Русскій Врачъ.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ ГАЗЕТА,

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины, общественной и частной гигіэнѣ и вопросамъ врачебнаго быта.

Органъ, основанный въ память **В. А. МАНАССЕИНА.**

Подъ редакціей проф. В. В. ПОДВЫСОЦКАГО и д-ра С. В. ВЛАДИСЛАВЛЕВА.

ТОМЪ III.

ВТОРОЕ ПОЛУГОДІЕ

(№№ 27—52, стр. 953—1760).

ПЕТЕРБУРГЪ.
ИЗДАНІЕ О. А. РИККЕРЪ.
1904.

Типографія Я. Трей, Разъѣзжая, 43.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ

Типографія Я. Трей, Разъѣзжая, 43.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ

А.

Б.

В.

Г.

Д.

З.

И.

І.

К.

Л.

М.

Н.

О.

П.

Р.

С.

Т.

Ф.

Ш.

Э.

Я.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ.

ПИСЬМА ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

РЕЦЕНЗІИ НОВЫХЪ КНИГЪ.

чертежамъ автора. 8°, 480 стр. Изд. Gustav'a Fischer'a. Jena. 1904. Ц. 15 мар. *В. Подвысоцкаго* 1088.

Hochsinger, Carl. Studien über die hereditäre Syphilis. 2 ч. Knochenerkrankungen und Bewegungstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis. Leipzig u. Wien. Fr. Denticke. 1901. 560 стр. Ц. 25 мар. *И. Троицкаго* 973.

Goldmann, Hugo. Die Hygiene des Bergmannes, seine Berufskrankheiten, erste Hilfeleistung und die Wurmkrankheit (Ankylostomiasis). 1903. *Д. Никольскаго* 1030.

Dubois, prof. Les psychonevroses et leur traitement moral. Paris. 1904. *Б. Воротынскаго* 1359.

Колычевъ, А. Рабочіе на пріискахъ въ Сибири. Томская горная область. Петербургъ. 1904. Ц. 1 р. 20 к. *Д. Никольскаго* 1488.

Kurella, Hans. Die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit und die Kriminal-Antropologie. Für Juristen, Aerzte und gebildete Laien.—Съ 20 рис. Halle. 1903. *Б. Воротынскаго* 1170.

Матеріалы для сужденія при опредѣленіи степени потери трудоспособности отъ поврежденій вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ. Изданіе Министерства финансовъ. Отдѣлъ промышленности. Петербургъ. 1904. *Д. Никольскаго* 1140.

Mikulicz, J. und Frau **Tomaszewsky.** Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung. Eine Anleitung für Aerzte und Erzieher. 2-ое дополн. изд. Jena. 1904. *І. И. Марголина* 1002.

Никитинъ, А. Ф. Санитарный врачъ. Очеркъ санитарно экономическаго положенія грузчиковъ на Волгѣ. Изданіе Управленія внутреннихъ водныхъ путей и шоссейныхъ дорогъ. Петербургъ. 1904. Ц. 1 р. 206 стр. *Д. Никольскаго.*

Отчетъ о дѣятельности Общества скорой медицинской помощи въ Варшавѣ за 1903 г. *Д. Никольскаго* 1453.

Отчеты Московскихъ городскихъ врачей (санитарныхъ, училищныхъ и базарныхъ смотрителей) за 1901 г. Москва. 1903. 190 стр. *Д. Никольскаго* 1229.

Pfeiffer, Emil. Verhandlungen der zwanzigsten Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abtheilung für Kinderheilkunde der 75 Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel. 1903. Изданіе J. F. Bergmann'a. Wiesbaden. 1904. 272 стр. Ц. 8 мар. 60 пф. *И. Троицкаго* 1229.

Рауберъ, А., д-ръ. Руководство анатоміи человѣка. Переводъ съ 6-го нѣмецкаго изданія подъ редакціей проф. *И. Э. Шавловскаго.* 1-й томъ. 1-я часть. VI+489 стр. 605 рис. Изд. Риккера. Петербургъ. 1904. Цѣна за полный 1-й томъ 8 р. *Л. Старокадомскаго* 1566.

Розенквистъ, А. И., ординаторъ городской Мясницкой больницы въ Москвѣ. Современное состояніе вопроса о борьбѣ съ сифилисомъ въ Россіи. Очеркъ (съ 4 таблицами). Посвящается участникамъ 1-го Русскаго сифилидологическаго Съѣзда. Москва. 1903. 135 стр. Ц. 1 р. 50 к. *А. Гарина* 1199.

Сборникъ работъ по невропатологіи и психіатріи, посвященный проф. *И. А. Сикорскому* его учениками по случаю 35-лѣтія его врачебно-научной дѣятельности. Кіевъ. 1904. *Б. Воротынскаго* 1488.

Schlater, Gustav. Dr. Zelle, Bioblast und lebendige Substanz. Kritische Studie. Петербургъ. 1903. II+83 стр.+1 табл. Ц. 1 р. *Л. Старокадомскаго* 1261.

Скаржинскій, Л. В. Къ вопросу объ обезпеченіи рабочихъ отъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ. 1903. 199 стр. *Д. Никольскаго* 1002.

Скибневскій, А. И., земскій санитарный врачъ. Фарфорово-фаянсовое производство Гжельскаго района Московской губ. въ санитарномъ отношеніи. Сборникъ статистическихъ свѣдѣній по Московской губ. Отдѣлъ санитарный. Вып. III. 1904. *Д. Никольскаго* 1600.

Спасскій, А. М. Санитарный врачъ. Санитарныя условія гончарнаго производства въ Екатеринбургскомъ уѣздѣ. 1902. *Д. Никольскаго* 973.

Stoeltzner, Wilhelm. Pathologie und Therapie der Rachitis. Berlin. 1904. Изд. S. Karger'a. 176 стр. *И. В. Троицкаго* 1059.

Сухановъ, С. А., приватъ-доцентъ. Семіотика и діагностика душевныхъ болѣзней (въ связи съ уходомъ за больными и лѣченіемъ ихъ). Часть II. Москва. 1904. Ц. 1 р. *Б. Воротынскаго* 1566.

Unger, Ludwig. Das Kinderbuch des Bartholomäus Metlinger 1457—1476. Ein Beitrag zur Geschichte der Kinderheilkunde im Mittelalter. Leipzig u. Wien. Fr. Denticke. 1904. 45 стр. Ц. 2 м. *И. Троицкаго* 1422.

Vincent, Ralph. The nutrition of the infant. London, Baillière, Tindall a. Cox. 1904. 295 стр. Ц. 10/п. *И. Троицкаго* 1293.

Шмидтъ, Н. Я. Аксайская чума (30 мая—1 августа 1902 г.). Астрахань. 66 стр. 3 табл. 1903 г. *Б. Мурзаева* 1171.

РУССКІЯ ИМЕНА.

А.

Б.

В.

Г.

Д.

Е.

Ж.

З.

И.

І.

К.

Л.

М.

Н.

О.

П.

Р

С.

Т.

У.

Ф.

Х.

Ц.

Ч.

ИНОСТРАННЫЯ ИМЕНА.

ПО ПРЕДМЕТАМЪ [1]).

А.

[1]) Для болѣе удобнаго отъисканія *каждое слово съ новой второй буквой* набрано болѣе жирнымъ шрифтомъ; кромѣ того, набраны болѣе жирнымъ шрифтомъ и слова, особенно богатыя указаніями. — Если передъ цифрой стоитъ №, то это значитъ, что данная цифра относится къ обложкѣ соотвѣтственнаго №.

Б.

1224; — сонная 1426, 1488; — —, изслѣдованіе спинномозговой жидкости 1668; — —, средство противъ нея 1174; — —, трипанозомы въ лимфатическихъ железахъ 1558; — *Werlhof*'ова, какъ осложненіе скарлатины 1167; — —, стиптицинъ 1591; — «4-ая» 1521. **Братья милосердія**, отряды 1455. Бродила бѣлковыя, бѣлки переваривающее и молоко свертывающее свойство 1325. Бродило гликолитическое 1518; —, каталаза 1627. Бронхи, болѣзни ихъ, сальвинъ 1024; —, тѣла инородныя, удаленіе, бронхоскопія 1100. Бромъ-этилъ. сочетанное усыпленіе съ хлороформомъ 1211, 1246 Брошюра *П. Я. Лощилова* «Наставленіе для крестьянъ на случай примѣси спорыньи ко ржи» 1329; — о *Ѳ. П. Гаазѣ* 1734. Брошюры Пироговской Коммиссіи 1117, 1329; — — —, изданіе на чувашскомъ языкѣ 1264; — популярныя медико-гигіеническаго содержанія 1142, 1201; — — — — —, изданіе на малороссійскомъ языкѣ 1735. Брюшина, воспаленіе бугорчатковое, свищъ, двойное выпаденіе кишекъ 1725; —, — гонококковое 1050; —, —, предохранительныя впрыскиванія 1748; —, — прободное брюшнотифозное, оперативное лѣченіе 1124, 1157; — тазовая, воспаленіе, послѣдствія, лѣченіе механическое 1388; — —, ..., —, — оперативное 1388. **Бугорчатка**, борьба съ ней 1006, 1425, 1586, 1676, 1730; — брюшины 1725; —, вліяніе психическаго внушенія на повышеніе температуры 1701; —, впрыскиваніе эйкалиптола 996; —, вызываніе невоспріимчивости къ ней у рогатаго скота 1626; — глаза 1137, 1290; — легкихъ, изслѣдованіе крови 1383; — — ложная у кроликовъ 1106; — —, лѣченіе по способу *Jacob*'а 1104; — —, — сывороткой *Marmorek*'а 1108, 1397, 1668; — —, некробугорчатка 1106; — —, происхожденіе, развитіе, кислотность крови 1023; — оболочки радужной, лѣченіе 1449; — — сосудистой 1483; — органовъ половыхъ женскихъ, способъ зараженія 1750; —, палочки 1108; —, —, ростъ на картофелѣ 1288; — почекъ, оперативное лѣченіе 1749; — —, распознаваніе 1725; —, связь съ сывороточнымъ плейритомъ у дѣтей 1167; —, смертность врачей въ Австріи 1492; —, способъ возникновенія у человѣка 1590; — сустава локтеваго, оперативное лѣченіе 1321; —, Съѣздъ врачей спеціалистовъ въ Berlin'ѣ 1697; —, — Международный 1233, 1638, 1731; —, — —, представители русскаго отдѣла 1638; — у дѣтей, туберкулинъ, какъ распознавательное средство 1600; — шейныхъ железъ, подкожный способъ удаленія 1593; — экспериментальная, дѣйствіе вытяжекъ бугорчатковыхъ лимфатическихъ железъ 1050. **Бѣлки** естественные, всасываніе въ желудочно-кишечномъ каналѣ новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей 1288; — мочи, количественное опредѣленіе каждаго въ отдѣльности 1255; —, переваривающее свойство бѣлковыхъ бродилъ 1325. Бѣшенство, наплывъ больныхъ въ Одессѣ 976; — послѣ лѣченія предохранительными прививками 1045; —, предохранительныя прививки, результаты 1492; —, пріютъ для укушенныхъ въ Одессѣ 1677; — собакъ, паралитическая форма 1288. **Бюро** по экспертизѣ увѣчій фабричныхъ и заводскихъ рабочихъ въ Москвѣ 1568; — санитарное Симбирское, изданіе Пироговскихъ листковъ и брошюръ на чувашскомъ языкѣ 1264; — санитарныя, свѣдѣнія о дѣятельности 1393; — справочное центральное въ Парижѣ 1090. Бюстъ проф. *И. М. Балинскаго* 1003; — — *Liebermeister*'а 1492.

В.

Вагонъ-станція фильтровая 1490. Валидолъ при морской болѣзни 1024. Ванны грязевыя, дѣйствіе ихъ 1166; — прѣсныя и 15—20% соленыя, сравнительныя наблюденія надъ теплообмѣномъ у людей 1541. Варенье, проэктъ обязательнаго постановленія по санитарному надзору за изготовленіемъ его въ Петербургѣ 1090. **Вена** яремная, луковица въ практической отіатріи 1730. Вены, вливанія внутривенныя сулемы 1082; — печеночныя, хроническій облитерирующій эндофлебитъ 973; —, расширеніе, лѣченіе по *Trendelenburg*'у 1702; —, шумъ венный при циррозѣ печени 1414. Вероналъ 1136, 1197. Вещества лѣкарственныя, способность всасываться черезъ кожу 964; — пахучія, неизмѣняемость вѣса при запахѣ 1362; — снотворныя, сравнительная фармакологія 953; — фотодинамическія, вліяніе на дѣйствіе x-лучей 1483. Влагалище см. рукавъ. **Вмѣняемость** уменьшенная 1196. **Внутренности**, выпаденіе при проникающихъ ранахъ живота 1093; —, обратное расположеніе 1618. Внушеніе психическое, вліяніе на повышеніе температуры у бугорчаточныхъ 1701. **Вода** бань, присутствіе холерныхъ палочекъ 1361; —, брызги водяныя, передача заразныхъ болѣзней 1628; — горячая, вкапыванія при глубокихъ пропитываніяхъ роговицы и межуточномъ ея воспаленіи 1750; —, передача дифтеріи 1350; — питьевая, обеззараживаніе водкой царской 965; — —, очистка сѣрнокислой мѣдью 1394; — —, приборы для обезпложиванія въ общественныхъ мѣстахъ Петербурга 1089; — съ глицирризиномъ и мятнымъ спиртомъ, какъ питье на походѣ въ жары 1714. Водка, монополія винная 1090, 1173; —, — — въ Красноярскѣ, неудовлетворительность врачебной помощи рабочимъ 1639; —, отравленіе 1639; — царская для обеззараживанія питьевой воды 965. Водолѣченіе, вліяніе на выдѣленіе желудочнаго сока 1519. Водоснабженіе въ Essen'ѣ, какъ причина возникновенія эпидеміи брюшного тифа 978; — — Петербургѣ, крайнее загрязненіе фильтровъ 1032. Воды минеральныя Кавказскія, Нарзанъ, договоръ на экспортъ и продажу 1032; — — —, курьезный отвѣтъ на запросъ больной еврейки 1005; — — —, назначеніе директора 975; — — —, — старшаго врача 1003; — — —, число пріѣзжихъ 1143; — — Липецкія, назначеніе старшаго врача 1003; — — Тифлисскія, признаніе общественнаго значенія 1330; — — Truskawiec'скія, вліяніе на обмѣнъ веществъ у здоровыхъ и у подагриковъ 1025; — — Цѣхоцинскія, предоставленіе ваннъ для пользованія пострадавшимъ на войнѣ 1032; — — —, число пріѣзжихъ 1117; — сточныя, біологическая очистка 1028, 1356; — —, условія допустимости ихъ спуска въ общественные водоемы 999. Воздухъ въ туннеляхъ 1677; — горный, измѣненіе крови 964, 964; —, проглатываніе непроизвольное при несвареніи 965. **Война** Россіи съ Японіей, армія дѣйствующая русская, заболѣванія 1263; — — — —, — — —, санитарное состояніе по сообщеніямъ иностранныхъ газетъ 1265, 1458; — — — —, — — —, снабженіе лѣкарственными веществами 1005; — — — —, — — —, — одеждой, злоупотребленія поставщиковъ 1674, 1711; — — — —, — — —, — пищевыми продуктами 975, 1003, 1031; — — — —, — — —, — — —, хлѣбъ съ плѣсенью 1490; — — — —, — — —, — сыворотками лѣчебными 976, 1060; — — — —, — — —, фондъ въ пользу сиротъ воиновъ 1754; — — — —, — — —, цифровыя данныя о работѣ лѣчебныхъ заведеній 1360; — — — —, — — —, чума зеленая 1006, 1031; — — — —, врачи, безвозмездный трудъ во врачебныхъ учрежденіяхъ для больныхъ и раненыхъ 1360; — — — —, — взятые въ плѣнъ 975, 1060, 1200, 1200; — — — —, — — — —, освобожденіе 1529; — — — —, — командированные 1004, 1089; — — — —, — —, письмо съ дороги 1625; — — — —, — контуженные 1060, 1230, 1295, 1455; — — — —, —, назначенія 1031, 1031, 1061, 1061, 1455, 1602; — — — —, —, —, инспекторъ в.-медицинскій полевой 3-й арміи 1602; — — — —, —, —, хирургъ главный 1602; — — — —, —, Общество временное медицинское въ Хабаровскѣ 1675, 1675, 1755; — — — —, —, — — — — — Харбинѣ 975, 1003, 1116, 1231, 1424; — — — —, —, — — — — — Читѣ 1231, 1424; — — — —, — оставшіеся въ «добровольномъ» запасѣ 1060; — — — —, — — на полѣ сраженія 1089; — — — —, —, отмѣна прикомандированія къ В.-Медицинской Академіи для усовершенствованія 1529; — — — —, —, письмо врача-еврея 1265; — — — —, —, погибшіе на войнѣ, пенсія семьямъ 1392; — — — —, —, право ихъ на размѣщеніе эвакуируемыхъ больныхъ и раненыхъ въ Московскомъ округѣ 975; — — — —, —, привилегія д-ра *Влаевича* на сохраненіе мяса 1200; — — — —, —, призывъ изъ запаса на дѣйствительную службу 1060, 1392; — — — —, —, — — — — — — —, допускаемая къ нимъ несправедливость 1263, 1327; — — — —, —, — — — — — —, матеріальное обезпеченіе 977; — — — —, —, — — — — — —, помощь имъ и семьямъ 975, 1231, 1327, 1327, 1486, 1529, 1596, 1602, 1711, 1732; — — — —, —, — — — — — —, правила объ освобожденіи 1230, 1295; — — — —, —, — — — — — —, сохраненіе должностей 1032; — — — —, —, — — — — — —, — — и содержанія 1033, 1200, 1529, 1529; — — — —, —, — — — — — —, ходатайство Кіевской Управы объ освобожденіи земскихъ врачей 1674; — — — —, —, — — — — — —, — объ освобожденіи въ виду появленія холеры 1060, 1061, 1142, 1200, 1296, 1392; — — — —, —, — — — — — —, — Съѣзда горнопромышленниковъ объ освобожденіи отъ призыва горнозаводскихъ врачей 1711; — — — —, —, — — — — — —, число 1296, 1296, 1296, 1529, — — — —, — раненые 1004, 1115, 1172, 1200, 1391, 1391, 1455, 1674; — — — —, — —, обезпеченіе ихъ 976, 1529; — — — —, —, резервъ Харбинскій Краснаго Креста 1116; — — — —, — убитые 1200; — — — —, —, ускоренный выпускъ 1529; — — — —, — японскіе, число умершихъ на войнѣ 1736; — — — —, гуманное дѣйствіе японскихъ пуль 1489; — — — —, здравницы для больныхъ и раненыхъ воиновъ 1116, 1142, 1392, 1455, 1489, 1567, 1754; — — — —, командировки иностранныхъ врачей, въ Россію и Японію 1605; — — — —, курсы для подготовки сестеръ милосердія 1360, 1392, 1455, 1490; — — — —, — — — — — въ Москвѣ 1568; — — — —, недобросовѣстность фабрикантовъ 1602; — — — —, обездоливаніе нѣкоторыхъ мѣстностей врачебнымъ персоналомъ 1060, 1061, 1142, 1172, 1201, 1567, 1732; — — — —, организація врачебно санитарная на театрѣ военныхъ дѣйствій 981, 1004, 1031, 1032, 1172, 1200, 1200, 1230, 1262, 1295, 1327, 1360, 1391, 1424, 1455, 1455, 1489, 1529, 1567, 1674, 1674, 1710, 1754; — — — —, — — — — — —, личный составъ отрядовъ, госпиталей и лазаретовъ 975, 1115, 1115, 1116, 1142, 1142, 1231; — — — —, — — — — — —, — — — — — —, потерпѣвшіе отъ ранъ и контузій 1230; — — — —, — — — — — — — — общеземская 1031, 1295, 1391, 1529; — — — —, — — — — — — — —, новый штатъ врачей 1674; — — — —, — — — — — — — —, отряды врачебно-питательные 1567; — — — —, — — — — — — — —, Совѣщанія представителей земствъ при главной квартирѣ 1567; — — — —, — — — — — — — —, характеристика дѣятельности земскихъ отрядовъ 1263; — — — —, — — — — — — — —, отзывы иностранной печати 978; — — — —, — — — — — — — —, предложенія отъ общественныхъ учрежденій и частныхъ лицъ 975, 975, 975, 1004, 1004, 1004, 1004, 1061, 1061, 1061, 1061, 1089, 1089, 1116, 1172, 1172, 1200, 1200, 1263, 1296, 1296, 1296; — — — —, — — — — — — — —, снабженіе госпиталей приборами, пропажа *Roentgen*'овскаго кабинета 1754; — — — —, — — — — — — — —, — отрядовъ пищевыми продуктами 1231; — — — —, — — — — — — — —, утѣшительныя свѣдѣнія 1115; — — — —, — — — — — — — —, центральная бактеріологическая станція 1004; — — — —, — — санитарной помощи эвакуируемымъ 1004, 1031, 1031, 1031, 1061, 1061, 1089, 1115, 1200, 1263, 1263, 1263, 1263, 1263, 1360, 1392, 1424, 1529, 1529, 1602, 1638, 1674, 1711; — — — —, — — — — — по воднымъ путямъ 1004, 1004; — — — —, — — — — — — — желѣзнымъ

Г.

Д.

Е.

Ж.

З.

И.

І.

К.

Л.

М.

Н.

О.

П.

Р.

С.

ткани сифилитическія, дѣйствіе ртути 1419; —, ядъ, фильтрація 1112; —, язва сифилитическая тонкой кишки 1085; — языка и гортани 1730. Сифилитики, движеніе ихъ въ Симбирской губ. за послѣдніе 4 года 1090; —, недопустимость принудительнаго осмотра въ семьяхъ 1202. **Скала** *Tallquist*'а 1321. Скарлатина, возбудители 1128; — въ Минскомъ уѣздѣ 1361; —, измѣненія въ лимфатическихъ железахъ у дѣтей 1728; —, — — селезенкѣ у дѣтей 1595; —, — на ногтяхъ 1481; —, лѣченіе 1595; —, смѣшанное зараженіе съ корью 1111; —, сывороточное лѣченіе 1053, 1053, 1635, 1635; —, эпидемія въ Бобруйскѣ 1491; —, — — Кіевѣ 1568; —, — — Москвѣ 1392; —, — — Ростовѣ н/Д 1605. Скотъ рогатый, вызываніе невоспріимчивости къ бугорчаткѣ 1626. **Слухъ** см. уши. Слѣпые см. глаза. Слюна, количество родана 1287. **Смертность** врачей въ Австріи 1492; — въ Англіи, главныя причины 1640; — дѣтская, Berlin'ское Общество борьбы съ ней 1532; — — въ Норвегіи 1492; — — — Парижѣ 1569; — — — Японіи 1362; — отъ алкоголизма въ большихъ городахъ 1526; — — пеллагры въ Италіи 1736; — — хищныхъ звѣрей въ Индіи 1433; — — чахотки въ Петербургѣ въ связи съ матеріальной достаточностью населенія 972; — путешественниковъ и проводниковъ въ Швейцарскихъ Альпахъ 1202. Смерть внезапная при параличѣ глазодвигательнаго нерва 1727; — отъ постоянныхъ занятій съ x-лучами 1458. **Собаки**, бѣшенство, паралитическая форма 1288; —, штрафъ за укусы 1640. Собраніе губернское земское Саратовское, ходатайство о лучшей постановкѣ медицинской и ветеринарной помощи въ Донской области и Астраханской губ. 1201; — — — —, — объ освобожденіи отъ призыва на военную службу медицинскаго персонала въ виду холеры 1296; — уѣздное земское Александрійское, постановленія по врачебно-санитарной части 1531; — — — Болховское, — — — — — 1531; — — — Мглинское, постановленіе о безплатномъ лѣченіи 1393; — — — Рязанское, ходатайство о сложеніи пошлинъ на лѣкарства, выписываемыя изъ-за границы 1605. Совѣтъ врачебный губернскій Смоленскій, постановленіе по поводу массового выхода въ отставку врачей мѣстной психіатрической больницы 1005; — — —, составъ его 1457; — — уѣздный Сольвычегодскій, именованіе «Манассеинскій» 1200; — — Харьковскій, санитарныя постановленія 1425; — Медицинскій, заключеніе по вопросу объ алкоголизмѣ 1173; — —, постановленіе о прошеніяхъ на иностранныхъ языкахъ 976; — —, — объ языкахъ на рецептахъ и о дверныхъ дощечкахъ врачей 1005; — — при Аткарской уѣздной земской Управѣ, телеграмма министру 1567; — Попечительный въ Петербургѣ о здравницахъ 1713; — санитарный губернскій земскій Московскій, ходатайство о самостоятельномъ веденіи противохолерныхъ мѣропріятій 1603; — — — — —, — объ отмѣнѣ аптечной привиллегіи 1491; — — уѣздный — —, отвѣтъ на непрошенное вмѣшательство Московскаго врачебнаго Управленія 1425; — — — — —, — — характеристику г. Зиновьева 1425; — — Саратовскій, постановленія 1732. Совѣты врачебно санитарные въ земствахъ 1392; — уѣздные училищные, участіе земскихъ санитарныхъ врачей 1361. Сокъ желудочный, выдѣленіе, вліяніе различныхъ водолѣчебныхъ пріемовъ 1519; — — свиньи 1256; — — свиней или собакъ, лѣченіе желудочныхъ болѣзней 1591; — кишечный, поступленіе натуральной смѣси его съ панкреатическимъ и съ желчью въ желудокъ 1305, 1340; — — у людей 1255; — панкреатическій 1305, 1340. Соли углекислыя, сгустки въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ 1450; — фосфорныя, — — — — — — — 1450. Соль азотно-висмутовая основная, совмѣстное употребленіе съ салицило-кислымъ натромъ при кровавомъ поносѣ 1636; — поваренная, вліяніе на вѣсъ грудныхъ дѣтей 1225; — —, — — теченіе плейрита 1628. Сонъ истерическій послѣ прививки оспы 1669. Сосуды артеріальные, отношеніе къ миндалинамъ, опасность кровотеченія при тонзиллотоміи 1706; — изолированныхъ почекъ, дѣйствіе нѣкоторыхъ ядовъ 1325; — неправильные печени 1453. Соустье кишечно-кишечное по *Hepperlen*'у 1322; — — —, результаты 1083. **Спиртъ** денатурированный для обеззараживанія рукъ 1232; — мятный 1714; —, отпускъ для лѣчебныхъ надобностей 1264. Спондилитъ тифозный 1114. Спорынья, брошюра *П. Я. Лощилова* 1329. Способъ *J. Arneth*'а изслѣдованія нейтрофильныхъ бѣлыхъ шариковъ крови 1050; — *Bevan*'а при крипторхизмѣ 1084; — *Вредена* коренной операціи аппендицита 1433; — *Cavazzani* коренной операціи бедренной грыжи 1052; — *Citron-Lehmann*'а іодометрическій для опредѣленія сахара въ мочѣ 1557; — *Dietel*'я усѣченія голени 1322; — *Dollinger*'а подкожнаго удаленія шейныхъ железъ 1593; — *Dreyer*'а при волчанкѣ 1085, 1482; — *Dreyfus*'а опредѣленія количества мочевой кислоты въ мочѣ 1413; — *Freyer*'а удаленія предстательной железы 1025; — *Galbraith*'а лѣченія фибринознаго воспаленія легкихъ 1668; — *Girard*'а оперированія пищеводнаго расширенія 1414; — *Gram*'а изслѣдованія перелойнаго выдѣляемаго 1705; — *Hartmann*'а *May*'я операціи брюшныхъ и пупочныхъ грыжъ 1025; — *Hepperlen*'а производства кишечнаго соустья 1322; — *Höning*'а выдавливанія послѣда 1138; — *Jacob*'а лѣченія бугорчатки 1104; — количественнаго опредѣленія каталазы въ организмѣ 1627; — *Marx*'а опредѣленія присутствія красныхъ кровяныхъ шариковъ 1323; — *Oswald*'а количественнаго опредѣленія каждаго изъ бѣлковъ мочи въ отдѣльности 1255; — *Ramon y Cajal*'я окраски нейрофибриллъ 1633; — *Rehn*'а при выпаденіяхъ прямой кишки 1137; — *P. F. Richter*'а фармакодинамическаго испытанія мочегонныхъ средствъ 1748; — *Rupfle* при водянкѣ яичка 1703; — *Salomon*'а распознаванія рака желудка 1383. Способы новые 1025, 1050, 1052, 1084, 1085, 1104, 1255, 1322, 1322, 1413, 1433, 1482, 1557, 1593, 1703, 1748. **Средостѣніе**, сифилисъ 1356. Средства кровоостанавливающія 1136; — мочегонныя, новый способъ фармакодинамическаго испытанія 1748; — новыя 995, 1024, 1107, 1136, 1136, 1164, 1164, 1164, 1192, 1223, 1256, 1320, 1323, 1383, 1480, 1481, 1482, 1517, 1518, 1557, 1627, 1627, 1628, 1700, 1701, 1701, 1725; — — обезболивающія 1136, 1164, 1627; — — обеззараживающія 1164, 1700; — — слабительныя 995; — патентованныя, борьба съ ними 1233; — — лѣкарственныя, содержаніе алкоголя 1006; — —, ограниченіе продажи въ Австраліи 1756; — —, способъ добыванія рекламъ о нихъ 1426. Средство новое жаропонижающее 1518; — — снотворное 1480; — — противогнилостное 1482; — — противоревматическое 1223; — противопоносное 1256; — противопотное 1320. **Стагнинъ** 1136. Станція бактеріологическая въ Благовѣщенскѣ, усиленная заготовка сибиреязвенной вакцины 1639; — — — Одессѣ, наплывъ укушенныхъ бѣшенными животными 976; —, вагонъ-фильтровая 1490; — научная на Monte-Rosa 1202; — обсерваціонная въ Астрахани 1032; — *Pasteur*'овская въ Колывани, дѣятельность за 1903 г. 1232; — — — Москвѣ 1362; — — — Одессѣ, проэктируемая больница при ней 1173; — — — Ростовѣ н/Д 1005; — — при Екатеринославской губернской земской больницѣ 1264; — санитарная на Зеленомъ Мысѣ 1200; — санитарно-наблюдательная въ Красноводскѣ 1426; — Харьковскаго медицинскаго Общества для добыванія сыворотокъ 1060. Старики преклонные 1144, 1265, 1426. Статистика больничная лѣченія дифтеріи сывороткой 1531; — гонорройнаго эпидидимита 1562; — отравленій въ Англіи 1492; — оффиціальная движенія сифилиса въ Симбирской губ. 1425; — рябыхъ 1414; — слѣпыхъ въ Германіи 1391. Стипендіи новыя 1360, 1454, 1674. Стипендія имени *Ф. А. Бубнова* 1360; — — *K. H. Huppert*'а 1640; — — *А. П. Чехова* 1454. Стиптицинъ при *Werlhof*'овой болѣзни 1591. Стиптолъ при маточныхъ кровотеченіяхъ 1701. Стираколъ 1256. Стоваинъ 1136, 1164, 1627. Столбнякъ 1668. Стопа, радіограмма нормальной и обезображенной у китаянки 1605. Страхованіе врачебнаго персонала 1603; — личнаго состава санитарныхъ отрядовъ 1200; — рабочихъ, роль врача 1027. Страхъ, вліяніе на тѣлесную и духовную сторону организма учащихся 1526. Стрихнинъ, впрыскиванія подкожныя при несахарномъ мочеизнуреніи 1256, 1413; —, приборъ рефлекторный 1633. Студентессы Высшихъ курсовъ въ Москвѣ, матеріальная недостаточность 1457; — русскія, уменьшеніе числа ихъ въ Zürich'ѣ 1677; —, преобладаніе числа ихъ надъ числомъ студентовъ на медицинскихъ факультетахъ въ швейцарскихъ университетахъ 1006. Студенты, заболѣваемость 1281; —, здравница для недостаточныхъ больныхъ студентовъ въ Пятигорскѣ 1264; —, исключеніе за невзносъ платы 1489; — медики В.-Медицинской Академіи, уѣхавшіе на Дальній Востокъ 1004; — — — — —, — — — —, разрѣшеніе возвратившимся держать переходные экзамены осенью 1115; — —, награжденный орденомъ св. Георгія 1060; — —, приглашеніе отъ земствъ на эпидемію холеры 1489; — —, — — Краснаго Креста ѣхать на театръ военныхъ дѣйствій 1115; — —, раненые на войнѣ 1230; — —, стипендіи проф. *K. H. Huppert*'а 1640; — —, уменьшеніе числа ихъ въ Англіи 1118; — нѣмецкіе, столкновеніе съ итальянскими профессорами 978, —, перепись для объективнаго выясненія половой жизни 1604. Стѣнка брюшная, давленіе и колюмнизація при лѣченіи женскихъ болѣзней 1354; — желудка, соединительно тканное перерожденіе 1384. **Суда**, галевка съ санитарной точки зрѣнія 992; — нагруженныя, истребленіе крысъ 965. Судороги вѣкъ 1352; — послѣродовыя 1484. Судъ чести высшій врачебный въ Berlin'ѣ, постановленія по врачебно-бытовымъ вопросамъ 1532; — —, Постановленіе по дѣлу д-ра *Владиславлева* и проф. *Афанасьева* 1359; — —, — — — — — — — — *Вейншенкера* 1359. Суевѣріе, убійство колдуна во Франціи 1265. Сулема, впрыскиванія при перелоѣ соединительной оболочки 1520; —, дѣйствіе внутривенныхъ вливаній 1082; — при трахомѣ 1438. Суставъ бедренный, вывихъ центральный 1257; — локтевой, бугорчатка, оперативное лѣченіе 1321; — плечевой, артродезъ по поводу паралича дельтовидной мышцы 1562. Суставы, артропатіи перелойныя 1595; — колѣнные, врожденный вывихъ 1573. Сухотка спинная, атрофія зрительныхъ нервовъ 1110; — —, частота анейризмы аорты 999. **Съуженіе** кишекъ толстыхъ 1056; — кишки тонкой на почвѣ сифилитической язвы 1085; — привратника, оперативное лѣченіе 1692; — —, распознаваніе 1108. **Съѣздъ** IV, австрійскихъ бальнеологовъ 1298; — венгерскихъ врачей, ходатайство объ огосударствленіи санитарной дѣятельности 1492; — врачей Гродненской губ. 1425, 1638; — —, XV, губернскій Херсонскій 1264, 1329, 1393; — —, —, — —, постановленія 1456; — — католиковъ въ Римѣ 1426; —, —, XVI, Лифляндской губ 1201; — — Минской губ., бюрократическія причины отмѣны 1567; — — спеціалистовъ по бугорчаткѣ въ Berlin'ѣ 1697; — Всеамериканскій медицинскій въ Panam'ѣ 1298; — Всероссійскій городскихъ врачей 1003; —, 2-й, горнозаводскихъ и фабричныхъ врачей Екатеринославской губ., программа 1143; — губернскій врачей въ Вологдѣ 1231; — — — — Одессѣ 1231; — — — земскихъ Харьковской губ. 1392; — — — и представителей Бессарабскихъ общественныхъ Управленій, постановленіе по вопросу о преобразованіи врачебно санитарнаго дѣла въ Россіи 1117; —, XIII, — — — — земствъ Смоленской губ., программа 1033; —, IX, — — — — — — Тульской —, — 1033; — — — — — — — Харьковской —, — 977, 1231, 1456; — — — — — — — — —, телеграмма министру 1457; —, XVI, — представителей врачебно-санитарныхъ организацій Московскаго земства по вопросамъ школьной гигіэны и санитаріи 1491; — для борьбы съ шарлатанствомъ во Франціи 1298; — женщинъ врачей въ Петербургѣ 1603; — земскихъ врачей и представителей земствъ Бессарабской губ. 1712; — — — — председателей земскихъ Управъ Калужской губ. 1296; —, XVII, — —, очеред-

Т.

У.

Ф.

Х.

Ц.

Ч.

Ш.

Щ.

Э.

Ю.

Я.

CXII. Изъ фармакологической лабораторіи проф. К. Ф. Архангельскаго въ Казани.

Нѣкоторыя данныя къ сравнительной фармакологіи снотворныхъ веществъ.

И. Е. Печникова.

(Предварительное сообщеніе).

Въ настоящее время, когда терапія такъ быстро обогащается все новыми средствами, весьма важнымъ представляется сравнительное изученіе фармакологическаго дѣйствія различныхъ веществъ одной фармакологической группы. Такое сравнительное изученіе прежде всего составляетъ задачу экспериментальной фармакологіи, которая должна дать точныя, строго научныя данныя, касающіяся сравнительнаго достоинства того или другого лѣкарственнаго вещества. Пользуясь этими данными, какъ своего рода критеріемъ, клиницистъ имѣетъ возможность скорѣе разобраться въ томъ громадномъ матеріалѣ, который даетъ изученіе дѣйствія лѣкарственныхъ веществъ у постели больного.

Имѣющіяся въ наукѣ данныя о сравнительномъ значеніи снотворныхъ веществъ (hypnotica) жирнаго ряда относятся главнымъ образомъ къ ихъ токсическому дѣйствію (на сердце, дыханіе и пр.); что-же касается сравнительной силы ихъ дѣйствія на центральную нервную систему (самый важный для терапіи вопросъ), то вопросъ этотъ еще недостаточно разработанъ.

Для того, чтобы болѣе точно опредѣлить сравнительную силу дѣйствія снотворнаго вещества, необходимо имѣть *такой критерій для сравненія, на основаніи котораго возможны были-бы не только качественныя, но и точныя количественныя опредѣленія силы дѣйствія даннаго вещества* на центральную нервную систему.

Чтобы до нѣкоторой степени подойти къ рѣшенію этого вопроса, я, по предложенію проф. *К. Ф. Архангельскаго*, произвелъ рядъ опытовъ съ цѣлію выяснить сравнительное дѣйствіе снотворныхъ веществъ на возбудимость двигательныхъ или психомоторныхъ центровъ коры головного мозга; опыты эти я соединилъ съ психофизіологическими наблюденіями и съ сравнительными изслѣдованіями вліянія нѣкоторыхъ изъ старыхъ и новыхъ снотворныхъ (hypnotica) на изолированное сердце теплокровныхъ.

Измѣненіе возбудимости психомоторныхъ центровъ, по нашему мнѣнію, является лучшимъ показателемъ дѣйствія данныхъ средствъ на центральную нервную систему, во 1-хъ, *потому, что эти измѣненія поддаются до нѣкоторой степени точному количественному опредѣленію*, а, во 2-хъ—относительно *снотворныхъ извѣстно*, что *при нихъ, въ отличіе отъ наркотическихъ алкалоидовъ, измѣненія чувствительной и двигательной сферы идутъ параллельно*. Результаты такого сравнительнаго экспериментальнаго изученія не могутъ не имѣть значенія и для клинициста. Практическое значеніе подобныхъ изслѣдованій увеличивается еще и благодаря слѣдующему весьма важному обстоятельству. Въ виду наблюденій, сдѣланныхъ въ послѣднее время, мы при изученіи снотворныхъ жирнаго ряда (какъ и вообще narcotica жирнаго ряда) имѣемъ больше права переносить результаты опытовъ надъ животными на человѣка, чѣмъ насколько это возможно относительно другихъ веществъ.

Изслѣдованія *Overton*'а показали, что сила дѣйствія снотворныхъ веществъ на центральную нервную систему различныхъ животныхъ находится въ прямой зависимости лишь отъ концентраціи этихъ веществъ въ крови животныхъ, а не отъ вида животнаго. Другими словами, если %-ное содержаніе даннаго вещества въ жидкостяхъ организма достигаетъ извѣстной величины, то явленіе со стороны центральной нервной системы (наркозъ) будутъ одинаковы у различныхъ животныхъ; въ этомъ отношеніи наркотическія жирнаго ряда рѣзко отличаются отъ наркотическихъ алкалоидовъ, напр. морфія, который различно дѣйствуетъ на различныхъ животныхъ. Такъ, напр., извѣстно, что для того, чтобы вызвать у овцы наркозъ, необходима доза морфія въ 1000 разъ большая, чѣмъ для человѣка (на кило вѣса тѣла).

Наши опыты являются далеко не законченными и въ настоящемъ сообщеніи я имѣю въ виду только подѣлиться тѣми фактами, которые удалось намъ выяснить. Обстановка нашихъ опытовъ была такова: животному (собакѣ) вводилось всегда точно опредѣленное, одинаковое на кило вѣса количество морфія въ кровь [1]). Дѣлалась трепанація и опредѣлялась возбудимость извѣстныхъ центровъ (главнымъ образомъ центра для движенія задней противоположной конечности) до введенія снотворнаго. Затѣмъ вводилось снотворное вещество въ 1% растворѣ, нагрѣтомъ до температуры тѣла. Жидкость вводилась черезъ бюретку подъ извѣстнымъ опредѣленнымъ давленіемъ медленно и равномѣрно, т. е. черезъ каждую единицу времени вводилось одинаковое количество жидкости. Такой способъ медленнаго и непрерывнаго введенія раствора даннаго вещества въ кровь представляетъ значительное преимущество передъ введеніемъ вещества въ желудокъ, подъ кожу или передъ быстрымъ введеніемъ въ кровь при помощи шприца; дѣйствительно, при этомъ способѣ, въ каждый данный моментъ мы имѣли возможность довольно точно опредѣлить, при какихъ количествахъ происходятъ извѣстныя явленія со стороны центральной нервной системы.

Привожу здѣсь нѣкоторые полученные мною результаты.

Принимая условно, что сила тока обратно пропорціональна разстоянію катушекъ саннаго аппарата, мы получимъ слѣдующія данныя о вліяніи различныхъ веществъ на возбудимость двигательныхъ центровъ коры головного мозга.

При хлоралъ-гидратѣ пониженіе возбудимости психомоторныхъ центровъ вдвое (съ 15 стм. на 7,5 стм. разстоянія катушекъ) наступаетъ при введеніи 0,3 на кило вѣса. Между тѣмъ отъ такого-же количества уретана замѣчается лишь очень незначительное пониженіе возбудимости (катушки приходилось сближать всего на 1 стм.). Отъ той-же дозы паральдегида пониженіе нѣсколько больше на 3—4 стм. Для того, чтобы понизить возбудимость центра вдвое, при помощи веронала, нужно ввести 0,5 грм. на кило. Наоборотъ, изопралъ оказался дѣйствующимъ сильнѣе хлоралъ-гидрата. Указанное пониженіе возбудимости при немъ получалось уже отъ дозы 0,15 на кило. Такъ-же сильно дѣйствуетъ, по видимому, и гедоналъ; къ сожалѣнію, опыты съ гедоналомъ малочисленны и не даютъ возможности категорически о немъ высказаться.

Совершенное исчезновеніе возбудимости психомоторныхъ центровъ [раздраженіе при разстояніи между спиралями въ 2—3 стм. [2]) не давало эффекта] наблюдалось:

при изопралѣ отъ 0,2 на кило,
» хлоралъ-гидратѣ отъ 0,5 » »
» при вероналѣ отъ 0,6 » »

Вводя большія дозы уретана, мы не могли добиться полнаго прекращенія возбудимости. *Такимъ образомъ по силѣ дѣйствія указанныя вещества можно распредѣлить въ такомъ нисходящемъ порядкѣ: гедоналъ* (?), *изопралъ, хлоралъ-гидратъ, вероналъ, паральдегидъ, уретанъ.*

Кромѣ опытовъ надъ животными, я изучалъ дѣйствіе снотворныхъ веществъ на людяхъ. Исходя изъ того положенія, что снотворныя, какъ вещества, понижающія возбудимость мозговой коры, должны замедлять время воспріятія ощущеній и передачу волевыхъ импульсовъ, я нашелъ нужнымъ опредѣлить измѣненіе времени реакцій, т. е. промежутка времени между началомъ ощущенія и наступле-

[1]) Вводя морфій въ одинаковомъ количествѣ на единицу вѣса животнаго, мы не измѣняемъ условій опыта, такъ какъ морфій въ малыхъ количествахъ почти не оказываетъ вліянія на возбудимость психомоторныхъ центровъ. Мы убѣдились изъ своихъ опытовъ, что возбудимость у всѣхъ животныхъ была въ началѣ опыта почти одинакова: явственное сокращеніе извѣстныхъ группъ мышцъ получалось отъ раздраженія токомъ при 150—140 мм. разстоянія катушекъ саннаго аппарата при одномъ элементѣ Грена.

[2]) Что это зависѣло отъ дѣйствія снотворныхъ веществъ, а не являлось результатомъ прижигающаго дѣйствія чрезвычайно сильнаго тока, на это указываетъ то обстоятельство, что послѣ введенія стрихнина центры дѣлались вновь возбудимыми, при чемъ возбудимость ихъ была близка къ нормальной.

ніемъ отвѣтнаго двигательнаго акта. Въ этихъ опытахъ для записи малыхъ промежутковъ времени, я пользовался способомъ, предложеннымъ проф. *К. Ф. Архангельскимъ* для опредѣленія періода скрытаго возбужденія въ мышцахъ лягушки. Указанный способъ имѣетъ то преимущество, что время реакціи здѣсь получается непосредственно записаннымъ на барабанѣ кимографа при помощи особаго сочетанія камертона и сигнала Deprez, при чемъ колебанія камертона записываются лишь въ теченіи періода реакціи. Эти опыты мною только что начаты, но тѣмъ не менѣе они даютъ право надѣяться, что и психофизіологическія изслѣдованія могутъ оказать не маловажную услугу для выясненія сравнительнаго значенія снотворныхъ веществъ. Такъ, напр., мы нашли, что хлоралъ-гидратъ удлинняетъ т. наз. время реакціи при слуховыхъ раздраженіяхъ почти на 40% нормальной реакціи, при зрительныхъ—на 25%. Тогда какъ замедленіе реакціи при уретанѣ при прочихъ равныхъ условіяхъ (одинаковая доза, производство наблюденій спустя одинаковое время послѣ пріема и др.) выражалось въ 12% первоначальнаго времени реакціи при слуховыхъ раздраженіяхъ и 8%—при зрительныхъ.

Другой наиболѣе важный моментъ, которымъ опредѣляется терапевтическое значеніе снотворныхъ, это *дѣйствіе ихъ на сердце и дыханіе*. Не останавливаясь на изученіи вліянія ихъ на дыханіе, мы сдѣлали сравнительные опыты надъ дѣйствіемъ этихъ веществъ на изолированное сердце теплокровныхъ. Эти опредѣленія дѣлались на кроличьемъ сердцѣ, черезъ которое пропускалась жидкость *Locke-Abderhalden*'а, по способу проф. *Кулябко*. Пропускалось черезъ сердце въ одинаковое время одинаковое количество вещества въ растворѣ 1:1000,0 жидкости. Такая концентрація для сравнительныхъ опытовъ представлялась наиболѣе подходящей.

На основаніи этихъ опытовъ, на первомъ мѣстѣ по своему благопріятному вліянію на сердце нужно поставить уретанъ, который въ началѣ даже учащалъ сердечныя сокращенія (явленіе, котораго мы не замѣчали при этой концентраціи отъ другихъ снотворныхъ). Рядомъ съ нимъ стоитъ вероналъ, угнетающее дѣйствіе котораго (замедленіе и пониженіе волны сокращеній) выражалось весьма слабо. Сильнѣе дѣйствуетъ паральдегидъ (почти втрое понижаетъ высоту волны). Еще сильнѣе вліяетъ гедоналъ, который въ указанныхъ количествахъ вызываетъ даже остановку сердца. За нимъ, по силѣ дѣйствія, слѣдуетъ хлоралъ-гидратъ, дѣйствіе котораго характеризуется тѣмъ, что онъ сначала вызываетъ аритмію, а затѣмъ остановку сердца, при чемъ сердце начинаетъ вновь биться только спустя долгій промежутокъ времени. Изопралъ и по дѣйствію своему на сердце оказался сильнѣе хлоралъ-гидрата. Онъ быстрѣе изъ всѣхъ указанныхъ веществъ вызываетъ аритмію и весьма продолжительную остановку сердца; къ нормѣ сердце возвращается съ трудомъ.

Такимъ образомъ по дѣйствію на сердце указанныя вещества можно расположить въ слѣдующемъ восходящемъ порядкѣ: уретанъ, вероналъ, паральдегидъ, гедоналъ, хлоралъ-гидратъ, изопралъ.

Сопоставляя эти данныя, т. е. результаты *сравнительнаго дѣйствія снотворныхъ веществъ на сердце и на центральную нервную систему*, мы полагаемъ, что едва-ли сдѣлаемъ большую ошибку, если скажемъ, что *вероналъ, сравнительно съ другими новыми снотворными*, на основаніи, по крайней мѣрѣ, экспериментальныхъ данныхъ, *могъ-бы имѣть право на болѣе широкое примѣненіе*. Но мы должны оговориться, что наши изслѣдованія еще не закончены и составятъ предметъ дальнѣйшей работы.

CXIII. Изъ академической терапевтической клиники проф. С. С. Боткина.

Вліяніе овсяной діэты v. Noorden'а на сахарное мочеизнуреніе.

А. А. Архипова.

(Предварительное сообщеніе).

Въ № 36 Berliner klinische Wochenschrift, за 1903 г. помѣщена статья проф. *v. Noorden*'а, въ которой описано 5 случаевъ сахарнаго мочеизнуренія, лѣченнаго овсяною діэтою. Благодаря лѣченію овсомъ, какъ говоритъ авторъ, достигнуты необычайные результаты; гликозурія, не уступавшая строгой и даже строжайшей діэтѣ, уже на 4-й день по назначеніи овса, исчезла въ 1 случаѣ. Начиная съ 49-го дня наблюденія больной уже пользуется обыкновенной пищей, при которой раньше выдѣлялось у него 50 грм. сахара и больше. Больной былъ отпущенъ 25/IV 1903 г.; съ тѣхъ поръ, при еженедѣльныхъ точныхъ изслѣдованіяхъ мочи, не замѣчалось больше слѣдовъ сахара, самочувствіе прекрасное, вѣсъ тѣла за 3-е сутокъ увеличился на 200 грм. Случай относится къ тяжелой формѣ сахарнаго мочеизнуренія. Объяснить такое дѣйствіе овса проф. *v. Noorden* затрудняется.

Изученіе вліянія означенной діэты на сахарное мочеизнуреніе послужило темою для моей диссертаціи. Наблюденія мои въ числѣ 6 произведены въ $190^3/_4$ учебномъ году въ академической терапевтической клиникѣ подъ руководствомъ проф. *С. С. Боткина* надъ коечными больными.

Всѣ больные одержимы были тяжелою формою сахарнаго мочеизнуренія, возрастъ ихъ былъ старше 20 лѣтъ; исключались вполнѣ наслѣдственность, болотная лихорадка, сифилисъ, пристрастіе къ какому-нибудь одному виду пищи, злоупотребленіе вкусовыми веществами. У всѣхъ болѣзнь началась безъ всякой видимой причины. Примѣненіе строгой діэты до моего наблюденія отмѣчено было только въ 1 случаѣ. Наблюденія мои поставлены были возможно полнѣе и я пришелъ къ вполнѣ опредѣленнымъ результатамъ.

Такъ какъ, по независящимъ отъ меня обстоятельствамъ, появленіе въ свѣтъ моей диссертаціи можетъ затянуться на продолжительное время, поэтому я считаю необходимымъ сообщить въ нижеслѣдующемъ выводы своихъ наблюденій.

Овсяная діэта *v. Noorden*'а заключается въ кормленіи больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ овсяною кашицею или супомъ, которые составлены по обычной схемѣ, указанной въ наукѣ о питаніи здороваго взрослаго человѣка. Особенностями діэты является уменьшенное количество углеводовъ (болѣе чѣмъ на $^1/_2$), отчасти азота и вегетарьянскій характеръ діэты. Что касается приготовленія каши изъ овсяной муки, то оно производилось мною по приведеннымъ въ работѣ *v. Noorden*'а указаніямъ. Каша приготовлялась обычно изъ 250 грм. овсяной муки *Knorr*'а, 300 грм. сливочнаго масла и 100 грм. растительнаго бѣлка «робората».

Діэта имѣетъ лишь питательное значеніе; по своему однообразію она стоитъ ниже мясной и должна быть признана неудачной. Составной части діэты—овсу принадлежитъ лишь второстепенное дѣйствіе; главное-же значеніе имѣетъ примѣшанный къ овсу жиръ.

По вліянію на тяжелыя формы сахарнаго мочеизнуренія овсяная діэта не имѣетъ никакихъ особенностей передъ другими діэтами, одинаковыми съ нею по составу входящихъ въ нихъ питательныхъ веществъ. Овсяная діэта пригоднѣе въ тѣхъ тяжелыхъ формахъ сахарнаго мочеизнуренія, гдѣ жевательный аппаратъ больного отказывается дѣйствовать или больной изнуренъ нецѣлесообразно строгою діэтою. Уменьшеніе количества углеводовъ, входящихъ въ діэту, не безопасно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ тяжелый больной не привыкъ къ строгой діэтѣ. Количество жира въ діэтѣ можно безъ вреда уменьшить, сообразуясь съ индивидуальностью; однако, пониже-

ніе жира имѣетъ предѣлъ и пониженіе этого количества до размѣровъ, обычно рекомендуемыхъ при сахарномъ мочеизнуреніи, вредно. Небольшое повышеніе азота въ діэтѣ на счетъ пищевыхъ средствъ, бѣдныхъ вытяжными веществами, является цѣлесообразнымъ.

Входящій въ составъ діэты растительный бѣлокъ «роборатъ» не вредитъ ея дѣйствію; замѣна его животнымъ бѣлкомъ, въ особенности бѣлкомъ съ примѣсью вытяжныхъ веществъ, мѣшаетъ ея дѣйствію.

Вліяніе овсяной діэты на сахарное мочеизнуреніе показываетъ, что неблагопріятное дѣйствіе углеводовъ въ пищѣ діабетиковъ преувеличено приверженцами строгой діэты.

Кромѣ этихъ выводовъ относительно вліянія овсяной діэты, у меня накопился рядъ фактовъ, которые позволяютъ мнѣ сдѣлать нѣсколько общихъ заключеній о сахарной болѣзни. Тяжелыя формы болѣзни, при всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ, опредѣляются не столько степенью гликозуріи, сколько состояніемъ питанія, а именно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вѣсъ тѣла упалъ ниже 40 кгрм. у взрослаго и даетъ необъяснимыя обычными причинами рѣзкія колебанія, надо ставить весьма дурное предсказаніе.

При оцѣнкѣ тяжести сахарнаго мочеизнуренія, діацетоурія имѣетъ большее значеніе, чѣмъ гликозурія; діацетоурія наблюдается во всѣхъ тяжелыхъ формахъ сахарной болѣзни; указанія другихъ авторовъ объ отсутствіи ея въ нѣкоторыхъ случаяхъ тяжелой формы болѣзни не выдерживаютъ критики, такъ какъ авторы не указываютъ, въ какой порціи мочи не находили они діацетовой кислоты—въ суточной, или же въ порціяхъ, выдѣленныхъ въ извѣстный промежутокъ дня; изъ моихъ наблюденій слѣдуетъ, что реакція на діацетовую кислоту можетъ отсутствовать въ общей суточной порціи мочи, открываясь въ то же время явственно въ порціяхъ мочи отдѣльныхъ періодовъ; сила ея въ различныхъ порціяхъ мочи (по періодамъ) не одинакова; съ другой стороны, авторы не указываютъ—наблюдался-ли осадокъ фосфатовъ въ тѣхъ пробахъ, гдѣ было отмѣчено отсутствіе діацетовой кислоты, или нѣтъ. Я пришелъ къ заключенію, что говорить объ отсутствіи реакціи *Gerhardt*'а (на діацетовую кислоту) въ мочѣ діабетиковъ можно только тогда, когда, не смотря на присутствіе осадка фосфатовъ, характернаго для этой реакціи окрашиванія не происходитъ, въ противномъ случаѣ надо воздержаться отъ заключенія и искать условій, мѣшающихъ возникновенію реакціи.

Въ тяжелыхъ, безнадежныхъ случаяхъ сахарной болѣзни моча приближается по нѣкоторымъ своимъ свойствамъ къ мочѣ голодающихъ. При оцѣнкѣ степени усвояемости питательныхъ веществъ при сахарномъ мочеизнуреніи, необходимо принимать во вниманіе приступы поноса, иногда обращающіе на себя вниманіе скорѣе больныхъ, нежели врача, такъ какъ испражненія иногда могутъ быть и не характерны для поноса, по крайней мѣрѣ по своимъ макроскопическимъ свойствамъ; поносъ, однако, рѣзко отражается на усвояемости.

Пониженное усвоеніе питательныхъ веществъ при тяжелой сахарной болѣзни бываетъ тогда, когда существуютъ осложненія со стороны пищеварительнаго прибора. Разнообразіе пищи имѣетъ громадное значеніе именно при сахарномъ мочеизнуреніи и менѣе всего можетъ быть достигнуто при существующемъ наиболѣе распространенномъ взглядѣ на лѣченіе сахарной болѣзни.

Поднятіе питанія въ тяжелыхъ формахъ сахарной болѣзни нужно признать болѣе важнымъ, чѣмъ ограниченіе гликозуріи. Вліяніе, вообще, діэты на тяжелую сахарную болѣзнь велико, оно гораздо больше того, что принимается обычно. Строгая діэта при тяжелыхъ формахъ болѣзни совершенно противопоказана въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раньше діэта вовсе не примѣнялась; необходимо сообразоваться также съ обычною пищею больного и съ его индивидуальностью.

Неблагопріятное дѣйствіе пищи, обильной углеводами, отражается лишь на гликозуріи. Неблагопріятное вліяніе на сахарное мочеизнуреніе пищи, богатой углеводами, требуетъ, вообще, провѣрки, такъ какъ во многихъ случаяхъ, особенно у старыхъ авторовъ, мало придавалось значенія дѣйствительному раціональному образу питанія больныхъ сахарною болѣзнью. Пища, богатая бѣлками, даже при сравнительно достаточномъ количествѣ жира, вредна при тяжелыхъ формахъ сахарнаго мочеизнуренія. Вліяніе діэты, вообще,—наибольшее на вѣсъ тѣла и на гликозурію. Вліяніе голоданія сильнѣе всего отражается на діацетоуріи: послѣдняя усиливается.

CXIV. 85 грыжъ, лѣченныхъ оперативно въ Дальне-Константиновской земской больницѣ, съ мая 1901 г. по августъ 1902 г.

В. Г. Лѣсового.

Нигдѣ такъ рѣзко не бросается въ глаза безпомощность больного грыжей, какъ въ крестьянскомъ населеніи. Находясь всегда подъ угрозой смерти, грыжевой больной, добывающій себѣ кусокъ хлѣба тяжелымъ физическимъ трудомъ, дѣлается инвалидомъ, или, въ лучшемъ случаѣ, полуработникомъ. Врачъ не одинъ разъ въ прежнее время сознавалъ себя безсильнымъ въ подачѣ раціональной помощи такого рода больнымъ. Бандажъ и только бандажъ, да еще въ той формѣ, которая обыкновенно нами практикуется (массовая выписка бандажей и выборъ изъ нихъ наиболѣе подходящаго) мало достигаетъ своей цѣли.

По моему глубокому убѣжденію, убѣжденію врача, въ теченіи 10 лѣтъ живущаго лицемъ къ лицу съ жизнью простого народа и подчасъ переживавшаго тяжелыя минуты при видѣ умирающихъ отъ ущемленной грыжи, *ни одинъ бандажъ не оправдываетъ возлагаемыхъ на него надеждъ у грыжевого больного, обреченнаго на тяжелый крестьянскій трудъ.*

Настоящимъ своимъ сообщеніемъ, я имѣю въ виду не сказать что-нибудь новое, но подчеркнуть необходимость и возможность *всякому участковому земскому врачу проводить у себя въ обыкновенной больницѣ оперативное лѣченіе грыжъ и настойчиво совѣтовать, въ случаяхъ ущемленія ихъ, прибѣгать къ ножу, какъ самому безопасному и вѣрному средству. Умѣть лѣчить грыжу ножемъ, сказалъ-бы я, такъ-же обязательно земскому врачу, какъ и лѣчить оперативно трахому.*

Съ мая 1901 г. и по августъ 1902 г. грыжевыхъ больныхъ въ Дальне-Константиновской земской больницѣ было 69 (36 мужчинъ, 5 женщинъ, 28 дѣтей—мальчиковъ); изъ нихъ 4 женщины съ бедренной грыжей, 1 мальчикъ съ пупочной грыжей и 1 мальчикъ съ грыжей по бѣлой линіи; остальные 62 больныхъ страдали паховой грыжей; при чемъ 2-стороннюю паховую грыжу имѣли 14 человѣкъ (11 мужч., 1 женщ., 2 дѣт. мальч.), правостороннюю 34 человѣка (20 мужч. и 14 дѣтей мальч.), лѣвостороннюю 17 чел. (7 мужч. и 10 дѣтей мальч.); 58 паховыхъ грыжъ было наружныхъ и 8 внутреннихъ. Трудно было добыть точныя свѣдѣнія для выясненія вопроса о наслѣдственности грыжъ; только отъ 10 больныхъ изъ 69 былъ полученъ утвердительный отвѣтъ о наличности грыжъ у родственниковъ по восходящей линіи; 26 больныхъ отрицали грыжи у родственниковъ и 33 больныхъ не могли на этотъ счетъ дать опредѣленнаго отвѣта. Интересно здѣсь упомянуть о семьѣ К., гдѣ грыжа свила прочное гнѣздо: дѣдъ, 2 сына и внукъ имѣли паховую грыжу. Кромѣ дѣда остальнымъ 3-мъ (отцу съ сыномъ и дядѣ) одновременно была сдѣлана операція. Что касается времени появленія грыжъ, то 30 больныхъ родились съ грыжами и у 39 больныхъ грыжа появилась впослѣдствіи. По продолжительности заболѣванія грыжей больные распредѣлялись такъ:

Грыжи пріобрѣтенныя						Грыжи врожденныя					
18	больныхъ	отъ	1	до	5 лѣтъ	10	больныхъ	отъ	1	до	5 лѣтъ
11	»	»	6	»	10 »	9	»	»	6	»	10 »
5	»	»	11	»	15 »	5	»	»	11	»	15 »
2	»	»	16	»	20 »	2	»	»	16	»	20 »
1	»	»	21	»	25 »	1	»	»	21	»	25 »
1	»	»	35	»	— »	1	»	»	26	»	30 »
1	»	»	43	»	— »	1	»	»	45	»	— »
						1	»	»	53	»	— »

Больные по возрасту представлены въ слѣдующей таблицѣ:

11	больныхъ	отъ	1	до	5	лѣтъ
10	»	»	6	»	10	»
6	»	»	11	»	15	»
3	»	»	16	»	20	»
1	»	»	21	»	25	»
3	»	»	26	»	30	»
3	»	»	31	»	35	»
5	»	»	36	»	40	»
9	»	»	41	»	45	»

2	больныхъ	отъ	46	до 50	лѣтъ
7	»	»	51	» 55	»
2	»	»	56	» 60	»
4	»	»	61	» 65	»
2	»	»	66	» 70	»
1	»	»	71	» 75	»

Часть грыжевыхъ больныхъ носила бандажъ, который иногда покупали въ магазинахъ, или получали отъ врача, иногда сами дѣлали, иногда заказывали кузнецамъ. Нужно сказать, что этотъ послѣдній видъ бандажей, не смотря на свою неуклюжесть, по отзывамъ больныхъ, давалъ возможность до нѣкоторой степени исполнять тяжелыя работы и обходился очень недорого. У громаднаго большинства больныхъ грыжа ущемлялась и вправлялась, либо самопроизвольно, либо больными. Почти всѣми больными указывается на 1 припадокъ, къ которому я вначалѣ своей врачебной дѣятельности относился скептически, это—особенно непріятное состояніе грыжевого больного во время ненастной погоды. «Грыжа гудитъ, ходитъ по животу и чаще выходитъ наружу». Дѣйствительно, грыжевой больной долженъ чувствовать себя плохо при паденіи барометрическаго давленія, такъ какъ содержимое брюшной полости, приспособившееся къ опредѣленному атмосферному давленію, при паденіи послѣдняго, должно выпячиваться въ грыжевой мѣшокъ. Такимъ образомъ грыжевые больные до нѣкоторой степени своей особой могутъ восполнять отсутствіе барометра и уже за 1—2 дня (говорю со словъ больныхъ) чувствуютъ измѣненіе въ атмосферномъ давленіи. Больные очень охотно соглашаются на предлагаемую операцію.

61 больному съ 65 грыжами изъ 69 всѣхъ грыжевыхъ больныхъ оказано оперативное пособіе. Въ 44 случаяхъ неущемленныхъ паховыхъ грыжъ сдѣлана операція по *Bassini*; изъ нихъ въ 37 случаяхъ излѣченіе произошло 1-мъ натяженіемъ, въ 7—вторичнымъ. Въ 10 случаяхъ неущемленныхъ паховыхъ грыжъ примѣненъ способъ *Kocher*'а, въ 3 изъ нихъ было нагноеніе; эти случаи оперировались по первоначальному способу *Kocher*'а съ укрѣпленіемъ на апонейрозѣ наружной косой мышцы части грыжевого мѣшка. 4 бедренныхъ неущемленныхъ грыжи оперированы по *Bassini* и зажили 1-мъ натяженіемъ. Всѣ вышеизложенные случаи закончились выздоровленіемъ. Въ 6 случаяхъ ущемленныхъ паховыхъ грыжъ (ущемленіе продолжалось не меньше 3 дней) было устранено оперативно только ущемленіе, въ виду значительныхъ патолого-анатомическихъ измѣненій кишечника въ 4 случаяхъ, омертвѣнія сальника въ 1 и бугорчато-перерожденнаго сальника въ 1 случаѣ; затѣмъ дальнѣйшее лѣченіе проводилось открыто. Изъ послѣдней категоріи больныхъ умерло 3, одна больная съ 11-дневнымъ ущемленіемъ, 1 больной съ 8-дневнымъ и, наконецъ, 1 больная съ 3-дневнымъ ущемленіемъ. 1-я больная погибла отъ перитонита, 2-й больной отъ истощенія и послѣдующаго восходящаго омертвѣнія кишекъ; въ обоихъ случаяхъ трупы были вскрыты; 3-я больная умерла отъ воспаленія легкихъ на 7-й день; послѣоперацiонный періодъ у ней протекалъ удовлетворительно, хотя въ грыжевомъ мѣшкѣ имѣлся выпотъ съ отвратительнымъ запахомъ, и кишечникъ былъ значительно измѣненъ. Этой больной за 3 недѣли передъ ущемленіемъ грыжи было сдѣлано мной съ хорошимъ исходомъ высокое сѣченіе шейки матки, colporhaphia anterior и colpoperineorhaphia по случаю выпаденія передней и задней стѣнокъ влагалища, гипертрофіи шейки и опущенія матки. При ущемленныхъ грыжахъ я не прибѣгалъ къ предварительному ручному вправленію, такъ какъ думаю, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, попадающихъ къ врачу всегда сравнительно поздно, имъ скорѣе можно повредить, чѣмъ принести пользу.

Обращу вниманіе еще на 1 случай паховой грыжи, гдѣ въ грыжевомъ мѣшкѣ были найдены кишечныя петли спаянными и сальникъ бугорчато-перерожденнымъ. Больной, крестьянинъ, П., былъ доставленъ въ плохомъ видѣ и быстро послѣ оперативнаго пособія (усѣченіе сальника, разсѣченіе спаекъ между кишечными петлями) оправился. *Такимъ образомъ, изъ 65 грыжъ, лѣченныхъ оперативно, только въ 3-хъ случаяхъ съ продолжительнымъ ущемленіемъ былъ смертельный исходъ, включая сюда случай смерти отъ воспаленія легкихъ.*

Теперь я позволю себѣ нѣсколько долѣе остановиться на проведенномъ мною систематически въ теченіи года оперативномъ лѣченіи грыжъ.

Лучшими способами радикальнаго лѣченія грыжъ могутъ считаться способы *Bassini* и *Kocher*'а. 1-й способъ имѣетъ въ основаніи своемъ физіолого-анатомическія отношенія тканей. При способѣ *Bassini* можно добиться излѣченія паховыхъ и бедренныхъ грыжъ, и возвраты при немъ положительно немыслимы. Будучи надлежаще примѣненъ въ крестьянской средѣ и, вообще, надъ больными, обреченными на тяжелый физическій трудъ, способъ *Bassini* со своей очень прочной задней стѣнкой пахового канала, незамѣнимъ. Глубокій основной шовъ долженъ быть наложенъ изъ шелку № 4—5, ни въ коемъ случаѣ изъ кэтгута. Мнѣ думается, съемные глубокіе швы (проф. *В. И. Разумовскаго* и др.) не могутъ представлять тѣхъ выгодныхъ преимуществъ, которыя имъ приписываютъ, и понятно почему. Обыкновенно устойчивое коренное излѣченіе грыжъ, безъ возвратовъ, при способѣ *Bassini* имѣетъ мѣсто тамъ, гдѣ получается первичное натяженіе. Это послѣднее вовсе не зависитъ отъ того, будутъ-ли погружные, или съемные глубокіе швы. Весь вопросъ сводится къ асептикѣ. Единственно, что, по моему мнѣнію, въ этомъ способѣ заслуживаетъ нѣкотораго размышленія, это,—не нарушается-ли функція сѣмяотводящаго протока въ сѣмянномъ канатикѣ, на которомъ производится цѣлый рядъ манипуляцій.

Что касается способа *Kocher*'а, то этотъ послѣдній, не смотря на свою техническую легкость, мною примѣнялся лишь при строго опредѣленныхъ показаніяхъ. Въ способѣ *Kocher*'а, какъ извѣстно, центръ тяжести лежитъ въ воронкѣ брюшины, которая превращается въ грыжевой мѣшокъ. Стѣнки пахового канала при немъ почти не принимаются въ разсчетъ. Говорю почти, такъ какъ нельзя-же придавать особеннаго значенія тому утолщенію, которое образуется на передней стѣнкѣ пахового канала за счетъ грыжевого мѣшка.

По *Kocher*'у я оперирую преимущественно въ слѣдующихъ случаяхъ: у стариковъ, не несущихъ тяжелыхъ работъ, при чемъ наружное паховое отверстіе мной съужается; у больныхъ съ небольшими грыжами при паховомъ каналѣ, близкомъ къ нормальному; затѣмъ тамъ, гдѣ небольшая грыжа образовалась при незакрытомъ влагалищномъ отросткѣ и, наконецъ, особенно у дѣтей съ врожденной грыжей, и вотъ почему: не смѣщая сѣменного канатика съ сѣмяотводящимъ протокомъ, я отдѣляю часть открытаго влагалищнаго отростка и переношу его по *Kocher*'у, какъ можно далѣе къ переднему верхнему гребешку подвздошной кости; можетъ быть, такимъ путемъ въ дальнѣйшемъ я предупреждаю образованіе воронки въ мѣстѣ привычнаго выпячиванія содержимаго брюшной полости, не нарушая будущей функціи сѣмяотводящаго протока, какъ это можетъ имѣть мѣсто въ способѣ *Bassini*.

Операціи производились подъ хлороформнымъ наркозомъ; съ возрастомъ при этомъ не приходилось считаться; принималось во вниманіе только состояніе сердца. Особенно непріятныхъ осложненій отъ наркоза не наблюдалось. Оперировались больные, начиная съ 2-лѣтняго возраста и кончая стариками. Въ среднемъ оперированный больной выписывался изъ больницы на 15-й день послѣ операціи съ совѣтомъ избѣгать дома тяжелыхъ работъ.

Все предыдущее позволяетъ мнѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Оперативное лѣченіе грыжъ должно настойчиво проводиться среди больныхъ, занимающихся тяжелымъ физическимъ трудомъ; оно ведетъ къ коренному излѣченію больныхъ.

2) Раздача бандажей грыжевымъ больнымъ, обреченнымъ на тяжелый физическій трудъ, какъ мѣра, мало достигающая своего назначенія, должна быть оставлена.

3) Изъ всѣхъ способовъ коренного лѣченія грыжъ самыми лучшими можно считать способъ *Bassini* и затѣмъ при очень ограниченныхъ показаніяхъ способъ *Kocher*'а.

4) Мирное вправленіе ущемленныхъ грыжъ въ виду того, что больные въ большинствѣ случаевъ являются къ врачу поздно и уже сами пытаются энергично вправить грыжу, должно быть безусловно оставлено и замѣнено кровавымъ.

5) Присоединять-ли въ случаѣ ущемленія грыжъ коренное лѣченіе, зависитъ отъ патолого-анатомическаго состоянія пораженныхъ органовъ.

6) При коренномъ лѣченіи грыжъ возрастъ не долженъ приниматься во вниманіе, если врачъ убѣжденъ, что не воспослѣдуетъ со временемъ самоизлѣченіе, и если не имѣется какихъ-нибудь иныхъ противопоказаній къ операціи.

7) Желательно, чтобы всякій участковый земскій врачъ умѣлъ радикально лѣчить бедренныя и паховыя грыжи, какъ наичаще встрѣчающіяся и какъ подрывающія работоспособность крестьянскаго населенія.

CXV. Къ вопросу объ удаленіи остроконечныхъ кондиломъ, достигшихъ громаднаго развитія.

П. П. Волохова (Ананьевъ).

Описаніе способа, по которому мнѣ удалось удалить остроконечныя кондиломы, развившіяся до громадныхъ размѣровъ, мнѣ не приходилось встрѣчать въ литературѣ, даже въ спеціальныхъ руководствахъ кожныхъ болѣзней, болѣзней женскихъ половыхъ органовъ, венерическихъ болѣзней и т. д. (*Finger*, *Lesser*, *O. Wolff*, *Fraenkel*, *Fritsch*, *Max Joseph*, *Gustav Behrend*, *Leistikow*).

Во всѣхъ руководствахъ описываются приблизительно одни и тѣже способы, приводить которые въ подробностяхъ, я полагаю, нѣтъ надобности. Въ общемъ они сводятся: или непосредственно къ прижиганіямъ посредствомъ цѣлаго ряда различныхъ средствъ, или къ удаленію срѣзываніемъ,

выскабливаніемъ и т. п. Всѣ авторы указываютъ на невозможность избѣжать весьма значительнаго кровотеченія, бывающаго послѣ удаленія кондиломъ, «а иногда даже смертельнаго кровотеченія» (*E. Lesser*. «Учебникъ венерическихъ болѣзней», стр. 55). Кромѣ того, въ иныхъ случаяхъ, при удаленіи ножемъ, удаляется вмѣстѣ съ кондиломами и здоровая ткань, что влечетъ за собою необходимость закрытія раны пластически съ наложеніемъ швовъ. [*E. Fraenkel*. «Общая терапія болѣзней женскихъ половыхъ органовъ», стр. 330; *Fritsch*. «Женскія болѣзни», стр. 57 [1])].

Способъ, который я примѣнилъ съ полнымъ успѣхомъ, не требуетъ много времени для его выполненія, сопровождается сравнительно небольшимъ кровотеченіемъ и крайне простъ, такъ какъ производится безъ всякихъ инструментовъ. Предварительно описанія самаго способа, я считаю нелишнимъ предпослать нѣсколько замѣчаній относительно характера строенія и нѣкоторыхъ свойствъ острыхъ кондиломъ. Кондиломы, какъ извѣстно, образуются вслѣдствіе разрощенія сосочковаго и *Malpighi*'ева слоевъ кожи, при чемъ отдѣльные сосочки чрезмѣрно удлинняются, продолжая въ тоже время постоянно дѣлиться, такъ что въ концѣ концевъ одинъ сосочекъ можетъ вырости какъ-бы въ большое обширно развѣтвленное дерево. Онѣ бываютъ покрыты лишь тонкимъ слоемъ кожицы. Кондиломы, появляющіяся во время беременности, могутъ послѣ родовъ исчезнуть самопроизвольно или въ значительной степени уменьшиться, на что указываютъ многіе авторы. Какимъ путемъ происходитъ это исчезаніе или уменьшеніе, объ этомъ не упоминается. Въ учебникѣ венерическихъ болѣзней *Lesser*'а, на стр. 54-й говорится лишь «о наступленіи до извѣстной степени *обратнаго развитія* (?) ихъ послѣ родовъ». Мнѣ пришлось, дѣйствительно, наблюдать случай значительно развившихся острыхъ кондиломъ на половыхъ губахъ, промежности и частью у отверстія задняго прохода въ послѣдній періодъ беременности, которыя исчезли послѣ родовъ. Исчезаніе ихъ обусловливалось непосредственнымъ отпаденіемъ болѣе или менѣе значительныхъ частей кондиломъ, какъ во время самыхъ родовъ, такъ и послѣ нихъ; отпаденіе это произошло вслѣдствіе нарушенія связи съ кожею губъ и промежности при значительномъ растяженіи кожи во время акта родовъ, и при послѣдовательномъ ея сокращеніи, т. е. путемъ чисто механическимъ. На тѣхъ-же частяхъ кожи, которыя не подвергаются растяженію, кондиломы остаются и послѣ родовъ; вотъ почему, вѣроятно, въ зависимости отъ области кожи, на которой онѣ разрослись, авторы говорятъ или о совершенномъ исчезаніи ихъ или только о значительномъ уменьшеніи. Многимъ, вѣроятно, приходилось убѣдиться, какъ вообще непрочно соединены кондиломы у своего основанія съ кожею, почему, при незначительномъ даже оттягиваніи опухоли, состоящей изъ разросшихся кондиломъ, на границахъ ея окружности, легко отпадаютъ ея части цѣлыми кусками. Такая слабая связь можетъ быть объяснима самымъ строеніемъ опухоли, состоящей изъ сосочковъ, которые значительно удлинняются, древовидно развѣтвляясь безъ соотвѣтствующаго утолщенія самого основанія.

Въ статьѣ д-ра *Лурье* «Случай папилломы громадной величины и на необычномъ мѣстѣ», напечатанной въ «Русскомъ журналѣ кожныхъ и венерическихъ болѣзней» (т. IV, № 11), мы встрѣчаемъ слѣдующія строки:

«При механической очисткѣ ватой, части опухоли отпадали цѣлыми кусками; да и неудивительно: больной, до того жиренъ и потливъ, опухоль такъ глубоко лежала въ почти замкнутомъ пространствѣ паховой области, что здѣсь были всѣ условія *для частичнаго омертвѣнія опухоли*. Поэтому уже послѣ первой тщательной очистки, папиллома уменьшилась приблизительно на $^1/_4$ ея первоначальной величины. При такихъ обширныхъ разрощеніяхъ лучше всего выскребать ихъ острой ложечкой или разрушать ихъ гальванокаустикой, или термокаутеромъ, но такъ какъ больной категорически отказался отъ всякаго активнаго мѣропріятія, то я назначилъ ему слущивающее обмываніе изъ 6%-го раствора резорцина, при чемъ въ первую недѣлю я самъ тщательно дѣлалъ эти обмыванія, и каждый разъ при этомъ отпадали цѣлыя массы омертвѣвшихъ кусковъ, и къ концу недѣли отъ опухоли осталась едва $^1/_2$ ея первоначальной величины».

[1]) См. изданія журнала «Практическая Медицина».

Перейду теперь къ описанію моего случая.

Въ А—скую земскую больницу, находившуюся въ моемъ завѣдываніи, лѣтомъ 1899 г. доставлена была 19-лѣтняя крестьянская дѣвушка А. С., имѣвшая уже половыя сношенія, съ громадно развитыми кондиломатозными разрощеніями въ видѣ опухоли значительной величины, занимавшей сплошную поверхность срамныхъ губъ, mons Veneris, паховъ и частью промежность; кромѣ того, замѣчалось и нѣсколько мелкихъ опухолей на внутренней поверхности бедеръ. Опухоль имѣла видъ и строеніе совершенно сходное съ цвѣтной капустой, но съ неправильнымъ очертаніемъ поверхности и краевъ. Цвѣтъ ея былъ бѣловато-сѣрый съ розоватымъ оттѣнкомъ. Больная съ трудомъ могла только очень медленно ходить, сильно раздвигая ноги, и распространяла вокругъ себя крайне зловонный запахъ, такъ что ее необходимо было помѣстить совершенно особо. Мочеиспусканіе было также затруднено. При изслѣдованіи опухоли, послѣ предварительной ванны и обмыванія растворомъ борной кислоты, больной было предложено оперативное пособіе, на которое она изъявила согласіе. Для операціи я приготовилъ острую ложечку, ножницы *Cooper*'а и термокаутеръ *Paquelin*'а. Больная не была хлороформирована. Мнѣ пришлось испытать тоже, что и д-ру *Лурье:* при незначительномъ оттягиваніи краевъ опухоли по окружности, части опухоли отпадали большими или меньшими кусками до величины крупнаго воложскаго орѣха. Отпадавшіе куски представляли собою какъ-бы отдѣльныя части кочана (головки) цвѣтной капусты, такъ какъ отдѣлялись у самаго основанія кожи. Обнаженная поверхность кожи кровоточила, но вслѣдъ за орошеніемъ струей холоднаго раствора борной кислоты, кровотеченіе быстро прекращалось. Отпадающія части опухоли, при ближайшемъ изслѣдованіи ихъ, не носили никакихъ слѣдовъ омертвѣнія. Обернувъ кисть руки кускомъ мягкой марли, смоченнымъ растворомъ борной кислоты, я попробовалъ постепенно отдѣлять по частямъ опухоль отъ краевъ къ центру верхушками пальцевъ, ладонная поверхность которыхъ была обращена къ опухоли, а тыльная плотно прилегала къ кожѣ. Части опухоли отваливались при этомъ большими кусками, отдѣляясь у самаго основанія. Безъ всякаго затрудненія больше третьей части поверхности, занимаемой опухолью, была совершенно очищена и покрыта компрессомъ, смоченнымъ растворомъ хлористаго желѣза; кровотеченіе быстро прекращалось. Такъ, больная дала свое согласіе на операцію, и не сопротивлялась отдѣленію по частямъ опухоли, хотя, по видимому, манипуляціи эти были для нея довольно болѣзненны и она не могла временами удерживаться отъ крика. Я не рѣшался на удаленіе сразу всей опухоли, такъ какъ приходилось получить большую раневую поверхность и я все-таки не зналъ, каковъ будетъ результатъ такого оперативнаго пособія. Успѣхъ превзошелъ мои ожиданія: спустя нѣсколько дней замѣтно было заживленіе обнаженной поверхности безъ всякой реакціи и я снова приступилъ къ удаленію оставшихся частей опухоли тѣмъ-же способомъ, на что больная, чувствуя облегченіе, охотно согласилась. Большая часть опухоли была удалена и больная просила дать ей отдыхъ, какъ и послѣ 1 го сеанса. Дня 3 спустя были удалены такимъ-же путемъ остатки опухоли на всемъ пространствѣ; отдѣльно разсѣянныя очень мелкія группы кондиломъ оттягивались съ помощью пинцета и отдѣлялись также легко черенкомъ ножа или-же желобоватымъ зондомъ. Раневая поверхность, при обыкновенной перевязкѣ іодоформогеномъ съ ксероформомъ, быстро зажила и больная оправилась вполнѣ, могла свободно ходить и мочиться безъ затрудненія. Она была все-таки предупреждена, при выпискѣ изъ больницы, о возможности возврата, на что заявила, что немедленно явится въ больницу въ случаѣ малѣйшаго возобновленія прежней болѣзни. Надо думать, что возврата не было, такъ какъ больная не являлась больше въ больницу.

Мнѣ не представился новый случай подобнаго громаднаго разрощенія кондиломъ, гдѣ-бы я могъ примѣнить описанный способъ, но вышеописаннымъ образомъ съ помощью пинцета и желобоватаго зонда съ такимъ-же удовлетворительнымъ результатомъ приходилось не разъ удалять незначительныя остроконечныя кондиломы, развившіяся на внутреннемъ листкѣ крайней плоти и у основанія головки. При этомъ разорванный кровеносный сосудъ давалъ всегда кровотеченіе, скоро останавливающееся. Быть можетъ, описанный мною способъ и не примѣнимъ для удаленія всякаго рода папилломъ, напр. плотныхъ и сухихъ, но для наиболѣе часто случающагося типа папилломъ мягкихъ, извѣстныхъ подъ именемъ остроконечныхъ кондиломъ, онъ, по видимому, представляется наиболѣе удобнымъ изъ существующихъ способовъ, особенно при полной возможности выполненія его въ 1 сеансъ подъ хлороформомъ.

CXVI. Изъ Севастопольской городской больницы.

Двойная матка съ необычнымъ теченіемъ выкидыша; нормальные срочные роды.

С. А. Никонова.

Двойная матка (uteris didelphus) представляетъ сравнительно нечасто встрѣчающуюся аномалію, такъ что и это одно обстоятельство могло бы служить достаточнымъ поводомъ къ описанію встрѣтившихся мнѣ 3-хъ случаевъ этой аномаліи; но особый интересъ придаетъ одному изъ этихъ случаевъ весьма необычное теченіе 2-хъ послѣдовательныхъ выкидышей. Прежде, чѣмъ перейти, однако, къ описанію моихъ случаевъ, я вкратцѣ коснусь литературы предмета.

Къ сожалѣнію, въ провинціальной глуши, гдѣ мнѣ пришлось писать эту работу, я никакъ не могъ достать полной литературы вопроса. Заграничныхъ изданій у меня вовсе не было подъ рукой, за исключеніемъ руководства *Pozzi*, изъ русскихъ я не могъ достать «Сборника работъ по акушерству и гинекологіи», посвященнаго *К. Ф. Славянскому;* между тѣмъ, въ этомъ сборникѣ помѣщены 2 или 3 статьи по данному вопросу. Въ концѣ статьи я привожу не только тѣ источники, которыми я могъ воспользоваться, но и тѣ, на которые я нашелъ указанія въ доступной мнѣ литературѣ. *Pozzi* различаетъ слѣдующіе виды аномалій, происходящихъ при неполномъ сліяніи Müller'овыхъ каналовъ, отъ чего бы эта неполнота сліянія ни зависѣла: 1) Двурогая матка (uterus bicornis) при общей шейкѣ, которая можетъ быть, впрочемъ, раздѣлена перегородкой (uterus bicornis unicervicalis и uterus bicornis duplex третья форма uteri bicornis есть uterus arcuatus, въ которой неполное сліяніе Müller'овыхъ каналовъ выражается, какъ показываетъ самый терминъ, въ дугообразной вогнутости дна матки, да еще въ остаткахъ перегородки внутри полости матки. 2) Uterus bilocularis, съ подвидами septus, если внутренняя перегородка раздѣляетъ полость матки на 2 половины сверху до низу, и subseptus, если перегородка уцѣлѣла лишь въ верхней части полости матки. Снаружи эта матка ничѣмъ не отличается отъ нормальной. Наконецъ 3) Uterus didelphus seu duplex, двойная матка въ собственномъ смыслѣ слова, при чемъ эта аномалія часто встрѣчается, будто-бы, съ exstrophia vesicae, атрезіей задняго прохода, съ сохраненіемъ клоаки.

Въ послѣдней аномаліи всегда, а въ первой нерѣдко влагалище оказывается также раздѣленнымъ на 2 половины перегородкой, идущей въ сагиттальномъ направленіи. *Pozzi*, характеризуя интересующій насъ порокъ развитія, говоритъ, что при uterus didelphus обѣ матки могутъ быть совершенно отдѣлены одна отъ другой, но нерѣдко онѣ спаяны между собою въ области шейки.

Проф. *Славянскій* (цитирую по *Дружинину*) предлагаетъ считать за uterus bicornis случаи, «въ которыхъ существуетъ одна общая шейка матки, снабженная двумя каналами», а за uterus didelphus—всѣ случаи, «въ которыхъ дѣленіе на 2 самостоятельныхъ шейки выражено ясно, и онѣ могутъ быть отпрепарованы ножемъ другъ отъ друга, не нарушая при этомъ цѣлости стѣнокъ, обращенныхъ къ срединной линіи тѣла».

Распознаваніе uteri didelphi при жизни не всегда легко установить; на это указываетъ *Pozzi*, который полагаетъ даже, что нѣкоторые изъ случаевъ, описанныхъ подъ именемъ uteri bicornis, скорѣе слѣдуетъ отнести къ категоріи uteri didelphi. У *Дружинина* приводится даже (изъ учебника *Schröder*'а) курьезный споръ между проф. *Fischer*'омъ и д-ромъ *Fr. A. Mai*, которые, изслѣдуя первородящую, утверждали—одинъ, что маточный зѣвъ открытъ, другой—что онъ закрытъ.

Можетъ быть, отличительное распознаваніе между uteri didelphus и uteri bicornis и не представляетъ особаго практическаго интереса. Въ моихъ 3-хъ случаяхъ онъ давался, впрочемъ, легко. Что же касается препарованія маточной шейки, то, конечно, этотъ способъ діагноза не примѣнимъ при жизни; онъ возможенъ лишь при вскрытіи.

За 6 лѣтъ практики въ Севастополѣ, я встрѣтилъ 3 раза двойную матку съ 2-раздѣльнымъ влагалищемъ (uterus didelphus cum vagina septa). За это время черезъ больницу стаціонарно (отдѣленіе гинекологическое, родильное и венерическое) и амбуляторно, прошло около 9000 женщинъ, подвергавшихся гинекологическому изслѣдованію или осмотру, да въ частной моей амбуляторіи мною было изслѣдовано до 2000 женщинъ; такимъ образомъ, на 11000 изслѣдованныхъ нами женщинъ означенный порокъ развитія встрѣтился въ 3-хъ случаяхъ, что составляетъ 0,027%.

1-ый случай не представляетъ ничего выдающагося; онъ былъ показанъ мною въ обществѣ Севастопольскихъ врачей въ 1899 г. Это была женщина, 30 лѣтъ, А. В., никогда не имѣвшая дѣтей и, вообще, не болѣвшая до послѣдняго времени; мѣсячныя съ 15 лѣтъ, правильно, но съ умѣренными болями и по 6—7 дней. При совокупленіи никакихъ болѣзненныхъ ощущеній не испытываетъ. Обратилась ко мнѣ по случаю бѣлей, появившихся съ нѣкотораго времени. При первомъ же осмотрѣ обнаружены 2 входа въ рукавъ, раздѣленные толстой мясистой перегородкой, которая продолжается кверху въ сагиттальномъ направленіи, раздѣляя влагалище на правую и лѣвую $^1/_2$. Дѣвственная плева отсутствуетъ съ обѣихъ сторонъ. Въ глубинѣ каждаго влагалища ощупывается маточная шейка съ круглымъ отверстіемъ зѣва (нерожавшая), довольно хорошо развитая. При двуручномъ изслѣдованіи оказывается, что обѣ шейки выстоятъ, приблизительно, каждая на $1^1/_2$—2 стм. во влагалище, но выше, приблизительно до области внутренняго зѣва, спаяны между собою, такъ что движеніе, сообщенное одной изъ нихъ, передается и другой. Черезъ брюшные покровы явственно ощупываются 2 отдѣльныхъ дна матки. Введя въ каждое влагалище по 2 маленькихъ ложки, мнѣ удалось открыть и показать разомъ обѣ маточныя шейки; затѣмъ, обѣ матки единовременно были прозондированы, при чемъ зонды шли нѣсколько въ расходящемся направленіи, одинъ немного вправо, другой влѣво, и между собою нигдѣ не соприкасались [1]). Величина полостей была по 6,5 стм.

3-ій случай (1903 г., 29/IX—3/X) обнаруженный въ женскомъ венерическомъ отдѣленіи больницы (завѣдующій отдѣленіемъ *Л. Г. Волынецъ*) и любезно предоставленный имъ въ мое распоряженіе, вполнѣ походитъ на 1-ый, съ тою только разницей, что здѣсь обѣ матки были совершенно обособлены одна отъ другой и ихъ можно было приводить въ движеніе порознь. Больная Х. Г., проститутка, 20 лѣтъ. Мѣсячныя съ 15 лѣтъ по 6—7 дней съ умѣренною болью первые дни. Въ правомъ рукавѣ дѣвственная плева цѣла, но однако палецъ все-таки можно провести. Въ лѣвомъ плева разорвана и имѣется гонорреійное воспаленіе рукава. Ни дѣтей, ни выкидышей не было.

Упомянувъ вкратцѣ объ этихъ 2 случаяхъ, я перехожу къ послѣднему (второму по времени), представляющему особый интересъ по необыкновенному теченію 2 выкидышей, наблюдавшихся нами въ больницѣ.

Т. А., еврейка (первыя 2 русскія), 23 лѣтъ, обратилась въ концѣ февраля 1902 г., въ амбуляторію больницы по слѣдующему поводу. У нея всегда были въ высшей степени болѣзненныя мѣсячныя, дѣло доходило до того, что въ первые 3—4 дня мѣсячныхъ она иногда кричала отъ боли, каталась по полу и т. д. Получила мѣсячныя на 14 году. 4 мѣсяца назадъ вышла замужъ, сношенія съ мужемъ все время въ высшей степени болѣзненны.

Послѣ замужества имѣла мѣсячныя 1 разъ, какъ всегда, съ сильными болями; почти 3 мѣсяца мѣсячныхъ нѣтъ. Особа очень нервная. При первомъ осмотрѣ, рукавъ больной кажется асимметричнымъ: нѣсколько справа отъ средней линіи находится небольшое круглое отверстіе, похожее на отверстіе мочеиспускательнаго протока, но расположенное нѣсколько ниже, чѣмъ слѣдуетъ. При ближайшемъ разсмотрѣніи оказалось, что это—входъ въ правый рукавъ, почти до верху закрытый дѣвственной плевой [2]). Лѣвое влагалище свободно допускаетъ 2 пальца и обрамлено многочисленными carunculа myrtiformia. Черезъ брюшные покровы прощупывается немного влѣво отъ средней линіи опухоль (беременная матка), верхняя граница которой находится на 2 пальца выше лобка. При двуручномъ изслѣдованіи черезъ лѣвое влагалище замѣтно, что разрыхленная нормальной величины шейка матки переходитъ въ шаровидное увеличенное тѣло матки (беременность около $2^1/_2$ мѣсяцевъ). Справа отъ этой матки прощупывается спаянная съ нею опухоль, напоминающая по формѣ вторую матку, твердая. Черезъ отверстіе дѣвственной плевы праваго влагалища удалось провести мизинецъ, который достигъ второй шейки, маленькой, твердой и съ точечнымъ отверстіемъ зѣва. Больной предписанъ покой и даны свѣчи съ вытяжкой опія.

---

[1]) Больная очень охотно согласилась подвергнуться изслѣдованію и предъявленію.

[2]) Вѣроятно, это расположеніе ввело въ заблужденіе опытнаго гинеколога изъ сосѣдняго города, къ которому больная обратилась за провѣркой моего распознаванія и который категорически заявилъ ей, что она сложена вполнѣ нормально и что никакой двойной матки у нея нѣтъ.

Утромъ 4/III 1902 г., черезъ 10 дней послѣ этого 1-го осмотра, больная доставлена мужемъ въ больницу съ кровотеченіемъ, которое началось наканунѣ вечеромъ и ночью было обильно, при сильныхъ схваткообразныхъ боляхъ. Мужъ принесъ, по его словамъ, все, что вышло изъ больной; здѣсь оказалось довольно много сгустковъ и типичная отпадающая оболочка, но собственно яйца или яйцевыхъ оболочекъ мы не нашли.

Когда больная была положена на столъ для изслѣдованія и обмыта, мы увидѣли, что кровь сочится не изъ лѣваго влагалища, а изъ отверстія правой дѣвственной плевы.

Лѣвая шейка была обнажена ложкообразными зеркалами, при чемъ оказалось, что зѣвъ закрытъ и изъ него не вытекаетъ ни капли крови. Двуручное изслѣдованіе показало, что объемъ лѣвой, беременной матки не только не уменьшился, но за эти 10 дней она, какъ будто, даже немного увеличилась. Тогда, съ разрѣшенія больной, ради точнаго распознаванія, я разсѣкъ ей правую дѣвственную плеву ножницами, ввелъ въ правое влагалище ложки, и тогда воочію убѣдился, что кровоточитъ правая матка. Осторожное зондированіе позволило ввести зондъ на $6^1/_2$ стм.; а двуручное изслѣдованіе показало, что правая матка невелика, приблизительно нормальной консистенціи и спаяна въ области внутренняго зѣва съ лѣвой маткой. Во всю длину влагалища въ сагиттальномъ направленіи идетъ довольно толстая мясистая перегородка, вполнѣ раздѣляющая его на двѣ отдѣльныя половины.

Больная оставлена подъ наблюденіемъ при полномъ покоѣ.

5/III: Чувствуетъ себя хорошо; по временамъ небольшія боли въ животѣ и небольшое кровотеченіе.

6—7: Тоже.

8: Боль и кровотеченіе прекратились.

9: Вновь начались схваткообразныя боли, довольно обильное кровотеченіе. Къ вечеру отошли куски яйцевыхъ оболочекъ: выкидышъ изъ лѣвой беременной матки.

10—11: Тоже. Кровотеченіе продолжается, хотя и не очень обильное. Выходятъ кусочки оболочекъ.

12: Въ виду продолжающагося кровотеченія и значительнаго обезкровленія больной, предложено выскабливаніе. Согласилась не безъ труда; вечеромъ выскабливаніе лѣвой матки, удалено довольно много остатковъ яйца и отпадающая оболочка. Выскабливаніе (безъ наркоза) очень болѣзненно.

13—14: Чувствуетъ себя хорошо; незначительное отдѣленіе крови.

15/III: Крови не показывается. Пожелала выписаться.

28/VII: Черезъ $4^1/_2$ мѣсяца больная вновь поступила въ больницу. Послѣ выкидыша у нея 2 раза были мѣсячныя, по 8 дней и съ сильными болями; затѣмъ 2 мѣсяца мѣсячныхъ не было. Не смотря на всю осторожность больной, у нея въ теченіе послѣднихъ 3 недѣль показывалась понемногу кровь, а ночью съ 27-го на 28-е іюля произошло обильное кровотеченіе съ сгустками при схваткообразныхъ боляхъ.

Вслѣдствіе болей и нервности больной двуручное изслѣдованіе почти не дало результатовъ. Опредѣлено было увеличеніе лѣвой матки, откуда и происходило кровотеченіе. Сдѣлано осторожное выскабливаніе лѣвой матки, при чемъ удалено много кусковъ отпадающей оболочки. Собственно яйцевыхъ оболочекъ не найдено.

До утра 29/VII ни малѣйшаго кровотеченія, но днемъ 29/VII снова появились схватки и кровь.

Утромъ 30/VII въ 11 часовъ на моихъ глазахъ изъ правой матки вышло цѣликомъ плодное яйцо съ зародышемъ около 2-хъ мѣсяцевъ.

31/VII—1/VIII. Умѣренное кровотеченіе.

2/VIII. Кровотеченія нѣтъ. Пожелала выписаться.

Какъ объяснить себѣ исторію и теченіе выкидышей у этой послѣдней больной? Возможно, конечно, что въ обоихъ случаяхъ имѣлась одновременно беременность въ обѣихъ маткахъ. Извѣстно, что даже цѣлость дѣвственной плевы не гарантируетъ отъ зачатія и въ одномъ изъ случаевъ д-ра *Карницкаго* имѣлась беременность въ лѣвой маткѣ, при цѣлости соотвѣтственной плевы, тогда какъ правая матка оставалась нормальной, хотя именно справа дѣвственная плева была разрушена и совокупленіе совершалось черезъ правый рукавъ.

Однако, въ нашемъ случаѣ, кромѣ рѣдкости и малой вѣроятности факта, противъ такой гипотезы рѣшительно говоритъ изслѣдованіе какъ того матеріала, который былъ собранъ и принесенъ мужемъ, такъ и того который былъ добытъ нами при выскабливаніи. Ни тамъ, ни здѣсь не было найдено при самомъ внимательномъ осмотрѣ ничего, похожаго на amnion, или на плодъ, но лишь вполнѣ типичная отпадающая. Наконецъ, и результатъ повторнаго двуручнаго изслѣдованія мною и другими товарищами говоритъ также противъ двойной беременности, такъ какъ каждый разъ мы находили приблизительно нормальную плотность и величину правой матки, рядомъ съ рѣзко увеличенной и размягченной лѣвой.

Поэтому я останавливаюсь по необходимости на другой гипотезѣ, которая и кажется мнѣ наиболѣе вѣроятной. По аналогіи съ тѣмъ, что намъ извѣстно относительно внѣматочной беременности, когда, параллельно съ развитіемъ плоднаго яйца въ трубѣ или въ иномъ мѣстѣ, въ маткѣ развивается т. наз. ложная отпадающая оболочка, при чемъ нерѣдко наблюдается и ложный выкидышъ съ отдѣленіемъ этой оболочки, въ нашемъ случаѣ я также вижу себя вынужденнымъ допустить образованіе ложной отпадающей оболочки въ правой, небеременной маткѣ— параллельно съ развитіемъ беременности въ лѣвой маткѣ. Въ такомъ объясненіи нѣтъ никакой натяжки. Въ самомъ дѣлѣ, если развивающаяся внѣ единственной матки беременность можетъ обусловить путемъ своего рода рефлекса и активнаго прилива крови къ половой сферѣ образованіе въ маткѣ отпадающей оболочки, то вѣдь почти совершенно тождественныя условія получаются и при развитіи плода въ одной изъ двухъ матокъ. Другая матка подвергается при этомъ тѣмъ-же вліяніямъ, какъ и единственная матка— при внѣматочной беременности.

Первый выкидышъ въ нашемъ случаѣ начался самопроизвольно съ матки, не содержащей плоднаго яйца. Не смотря на полный покой, черезъ 6 дней произошелъ настоящій выкидышъ изъ беременной матки, послѣ котораго было сдѣлано выскабливаніе, чтобы поскорѣе остановить кровотеченіе у потерявшей много крови больной.

Относительно 2-го выкидыша нельзя уже съ такой увѣренностью отрицать существованіе беременности одновременно въ обѣихъ маткахъ. Намъ совершенно неизвѣстно, что было извергнуто дома изъ лѣвой матки и, хотя выскабливаніе опять не дало типичныхъ и знакомыхъ каждому, сдѣлавшему нѣсколько выскабливаній, кусочковъ плодныхъ оболочекъ, но все-таки возможно, что яйцо вышло у больной еще до поступленія въ больницу. Объективное изслѣдованіе, къ сожалѣнію, на этотъ разъ не дало такихъ опредѣленныхъ результатовъ, какъ при первомъ выкидышѣ, больше всего вслѣдствіе нервности больной и сопротивленія брюшного пресса. Наркотизировать же больную съ распознавательной цѣлью я не считалъ необходимымъ. Выкидышъ изъ правой матки, совершившійся на нашихъ глазахъ черезъ $1^1/_2$ сутокъ послѣ выскабливанія лѣвой матки, могъ быть вызванъ именно этимъ вмѣшательствомъ, хотя, по аналогіи съ 1-мъ выкидышемъ, можно допустить, что онъ все равно случился-бы.

Послѣ этихъ 2-хъ выкидышей, очень измучившихъ и обезсилившихъ больную, она убѣдительно просила меня предпринять какія-нибудь мѣры, чтобы избавить ее отъ дальнѣйшаго забеременѣванія и сопряженныхъ съ беременностью страданій.

Признаюсь, мнѣ приходило въ голову предложить ей операцію, которую я продѣлалъ однажды надъ карлицей съ общесъуженнымъ тазомъ, а именно усѣченіе фаллопіевыхъ трубъ [1]). Конечно, для этого пришлось-бы прибѣгнуть къ чревосѣченію, такъ какъ можно было-бы, оперируя черезъ влагалище, натолкнуться на аномаліи, которыя затруднили бы ходъ оперативныхъ дѣйствій. Однако, посовѣтовавшись съ товарищами и принявъ въ соображеніе, что при описываемой аномаліи послѣ 2-хъ—3-хъ выкидышей нерѣдко наступала беременность, оканчивавшаяся нормальными срочными родами, я убѣдилъ больную потерпѣть и выждать, какъ пройдетъ еще одна беременность.

3-я беременность наступила въ мартѣ 1903 г., черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ 2-й. За это время мѣсячныя, продолжавшіяся по прежнему 7—8 дней, стали гораздо менѣе болѣзненными. Возможно, что въ этомъ отношеніи оказало благотворное дѣйствіе развитіе, т. е. увеличеніе объема и расширеніе шейки матокъ послѣ 2-хъ первыхъ беременностей.

Эта беременность протекала нормально, за исключеніемъ умѣренныхъ болей внизу живота. Все время беременности больная была подъ наблюденіемъ. Ясно было, что на этотъ разъ беременна лѣвая матка; правая прощупывалась рядомъ съ нею и съ 3-го мѣсяца была явственно разрыхлена и слегка увеличена (какъ беременная матка около 6 недѣль). Во 2-ой $^1/_2$ беременности мнѣ ни разу не удалось опредѣлить явственно контуры правой матки; она была какъ-то приподнята и сдвинута въ тоже время кзади.

11/XII при вполнѣ доношенномъ ребенкѣ начались родовыя схватки около 8 часовъ вечера; 12/XII въ 10 часовъ утра въ моемъ присутствіи родился здоровый мальчикъ безъ всякаго вмѣшательства, если не считать разсѣченія на 2—3 стм. въ глубину передняго края межвлагалищной перегородки, которая сильно натягивалась при выходѣ головки, по видимому, задерживала нѣсколько изгнаніе ея и грозила все равно разорваться. Роды

---

[1]) Въ этомъ случаѣ тазъ былъ настолько узокъ, что затруднялъ даже производство выскабливанія при 1-й беременности. Вслѣдствіе этого, операцію пришлось дѣлать путемъ чревосѣченія.

тянулись всего около 14 часовъ, періодъ изгнанія 2 часа. Послѣ этого я больную больше не видѣлъ, но знаю отъ акушерки, что послѣродовой періодъ прошелъ вполнѣ нормально (на этотъ разъ больная рожала дома).

Такимъ образомъ, послѣ 2-хъ выкидышей (изъ которыхъ, по крайней мѣрѣ, 1-й, отличался необычнымъ теченіемъ, а именно—отдѣленіемъ ложной отпадающей оболочки изъ небеременной матки, вслѣдъ зачѣмъ наступилъ уже настоящій выкидышъ изъ беременной матки)—наша больная 3-ю свою беременность благополучно доносила до срока.

Отмѣчу еще, что при каждой беременности мѣсячныя у больной прекращались. Въ одномъ изъ случаевъ д-ра *Карницкаго* при беременности правой матки мѣсячныя все время продолжались (изъ лѣвой матки). Въ случаѣ *Дружинина* при 1-й и 3-й беременностяхъ мѣсячныя отсутствовали, а при 2-й являлись періодически въ болѣе или менѣе обычное время.

Въ виду указываемой *Porri* и другими возможности смѣшенія uterus didelphus съ uterus bicornis, я остановлюсь въ заключеніе на вопросѣ, дѣйствительно-ли мои 3 случая должны быть отнесены къ 1-й категоріи.

Что касается 2-го случая то здѣсь нѣтъ мѣста сомнѣнію: обѣ матки явственно прощупывались совершенно отдѣльно одна отъ другой, отъ дна до шейки, и каждая могла быть приведена въ движеніе изслѣдующими руками отдѣльно отъ другой. Этотъ случай аналогиченъ случаямъ *Ollivier*, *Дружинина*, и по видимому, *Быховскаго*. Изслѣдованіе 2-й больной 2-мя маточными зондами единовременно, при чемъ зонды нигдѣ на протяженіи не соприкасались, заставляетъ признать и у нея полную обособленность маточныхъ полостей. Отдѣльныя шейки и отдѣльно прощупываемые 2 дна матки позволяютъ, мнѣ кажется, и въ этомъ случаѣ остановиться рѣшительнона распознаваніи uterus didelphus, при чемъ лишь на нѣкоторомъ протяженіи обѣ шейки матки оказались спаянными, сросшимися между собой, приблизительно, до области внутренняго зѣва. Этотъ случай входитъ въ категорію наиболѣе, по видимому, частыхъ для даннаго порока развитія (случаи *Heitzmann*'а, *Ameiss*'а и др.).

Наконецъ, въ послѣднемъ случаѣ исторія выкидышей, наблюдавшихся у А., доказываетъ съ очевидностью, что обѣ матки, будучи также сращенными на нѣкоторомъ протяженіи около области внутренняго зѣва, работали настолько самостоятельно, что и у нея необходимо признать тотъ-же порокъ развитія.

Въ самомъ дѣлѣ, невозможно допустить, чтобы при какомъ-бы то ни было сообщеніи между полостями 2-хъ матокъ выкидышъ могъ слѣдовать за изгнаніемъ отпадающей оболочки изъ небеременной матки на разстояніи почти недѣли. Кромѣ того, и здѣсь существованіе 2-хъ отдѣльныхъ хорошо сформированныхъ шеекъ и 2-хъ тѣлъ матки говоритъ въ пользу того-же распознаванія.

Литература. 1. Prof. *E. Porri*. Traité de gynécologie clinique et opératoire, Paris 1897 г.—2. *J. Heitzmann*. Spiegelbilder der gesunden und kranken Vaginalportion und Vaginaux, Wien, 1884 г.- 3. *F. C. Ameiss*. A case of uterus didelphis and vagina duplex. Americ. Journ. of obster. 1898, т. XXXIII.—4. *Ollivier*. Comptes rendus de la Soc. de biologie, Gaz. médicale de Paris, 1872, стр. 163.—5. *Дружининъ*. Къ казуистикѣ uteri didelphi cum vagina septa. Журн. акуш. и жен. бол., 1892, мартъ.—6. *Піонтковскій*. Uterus duplex separatus &. didelphus. Журн. акуш. и женск. бол. 1892, мартъ.—7. *Быховскій*. Случай двойной матки съ двураздѣльнымъ влагалищемъ. Журн. акуш. и женск. бол. 1896, декабрь.—8. *А. Э. Карницкій*. Къ вопросу объ uterus bicornis duplex et vagina septa. Журн. акуш. и женск. бол. т. XVII, 1903 г., апрѣль.—9. *Драницынъ*. Къ казуистикѣ беременности и родовъ при порочномъ развитіи полового аппарата. Сборникъ работъ, посвящ. *К. Ф. Славянскому*. ч. I.—10. *Заболотскій*. Случай uteri didelphi et vaginae septae infrasimplicis. Тотъ-же сборникъ, ч. II.—11. *Хростовскій*, id., тамъ-же.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Городская безплатная врачебная помощь въ Петербургѣ. Думскіе врачи.

Для подачи врачебной помощи бѣдному населенію столицы существуютъ, какъ извѣстно, оплачиваемые городскимъ общественнымъ Управленіемъ, *думскіе врачи* (о другихъ видахъ безплатной врачебной помощи городскихъ родильныхъ пріютахъ и городскихъ больницахъ поговорю въ другой разъ). Такихъ врачей во всемъ Петербургѣ, всего на-всего *тринадцать*. Каждый изъ нихъ вѣдаетъ своимъ участкомъ, который по численности населенія и пространства будетъ величиною съ иное порядочное мѣстечко.

Обязанности думскаго врача таковы: съ 9 до 11 час. утра ежедневно въ теченіи 6 дней въ недѣлю онъ принимаетъ приходящихъ бѣдныхъ больныхъ при думской Лѣчебницѣ своего участка (пріемный покой для приходящихъ больныхъ). Въ одной Лѣчебницѣ принимаютъ нѣсколько думскихъ врачей, что указываетъ на то, что такихъ амбуляторныхъ пунктовъ меньше, чѣмъ думскихъ врачей, и имѣются они не въ каждомъ изъ 13 думскихъ врачебныхъ участковъ.

При этихъ же участкахъ находятся *ночныя дежурства врачей*, куда бѣдное населеніе можетъ ночью, въ случаѣ надобности, обратиться за врачемъ. Этотъ дежурный ночной врачъ никакого постояннаго жалованья отъ думы не получаетъ, а за каждое ночное дежурство ему дума уплачиваетъ 2 р.; такимъ образомъ, если дежурный ночной врачъ имѣетъ физическую возможность дежурить 4 раза въ недѣлю, т. е. спать только 2 ночи въ недѣлю, то онъ можетъ заработать всего 30—32 р. въ мѣсяцъ. Способъ оплачиванья Думой этихъ дежурныхъ врачей довольно своеобразный, но еще своеобразнѣе способъ оплачиванья труда думскаго врача (дневного): Дума платитъ жалованье думскому врачу 50 р. въ мѣсяцъ и кромѣ того 30 коп. (!) за каждое посѣщеніе больного на дому; врачъ долженъ подробно отмѣчать адрессъ, имя, фамилію, возрастъ каждаго изъ посѣщенныхъ имъ за мѣсяцъ больныхъ на дому, и тогда дума ему уплатитъ столько разъ по 30 коп., сколько было имъ совершено посѣщеній. О неудобствахъ такого способа оплачиванья врачебнаго труда предоставляю судить врачамъ-читателямъ. А теперь посмотримъ, въ чемъ состоятъ другія обязанности думскаго врача.

Послѣ амбуляторнаго пріема думскій врачъ навѣщаетъ больныхъ на дому по заявленіямъ, которые поступаютъ къ нему въ лѣчебницу или у него дома. Такихъ заявленій въ день, въ которыхъ просятъ «прійти къ очень тяжелому больному» не мало: около *15* и больше! Всѣ эти «столичные» больные думскаго врача обитаютъ на чердакахъ (5—6 этажей) и въ подвалахъ; врачъ по нѣсколько разъ въ день то подымается на чердаки, то спускается въ подвалы, разнося повсюду врачебную помощь бѣдному населенію Петербурга. Но какова-же можетъ быть эта врачебная помощь при такихъ условіяхъ? Зайдемъ съ думскимъ врачемъ къ одному изъ его больныхъ—обитателю 5—6 этажа; тутъ по узкимъ, грязнымъ лѣстницамъ вамъ едва удается взобраться, не споткнувшись нѣсколько разъ; но вы преодолѣваете всѣ преграды и добираетесь, идя за думскимъ врачемъ, который привыкъ къ такимъ подъемамъ, до чердака; вы ощупываете какую-то дверь и вступаете въ предверіе..... чердака, гдѣ царствуетъ «непроглядная» тьма, и гдѣ все-таки пріютились 2—3 «жильца» на «нарахъ». Импровизированная постель изъ досокъ составляетъ жилище—«уголъ» каждаго изъ нихъ, нанимающаго «уголъ» у хозяина всѣхъ этихъ «угловъ», который нанимаетъ въ свою очередь *весь чердакъ* у домовладѣльца. Въ слѣдующей «комнатѣ», ничѣмъ не отличающейся отъ преддверія чердака, развѣ только количествомъ «угловъ» и обитателей ихъ, вы различаете хоть что-нибудь; тутъ не полная тьма, а полутьма; кромѣ 5—6 жильцовъ, здѣсь живетъ самъ хозяинъ съ женой и 3-мя дѣтьми. Вы задыхаетесь отъ отсутствія воздуха въ этомъ жильѣ, мало напоминающемъ человѣческую обитель. Думскій врачъ не менѣе васъ задыхается въ этой атмосферѣ лишенной кислорода; онъ поспѣшно спрашиваетъ, гдѣ больной, столь-же поспѣшно осматриваетъ больного и прописываетъ ему безплатное лѣкарство. Подавъ «врачебную помощь», думскій врачъ торопливо уходитъ изъ этого жилья—гдѣ царствуетъ убогая нищета, гдѣ ни свѣта, ни воздуха нѣтъ, и гдѣ часто не хватаетъ и хлѣба обитате-

лямъ его! Что же могутъ сдѣлать безплатныя лѣкарства думскаго врача, прописанныя больнымъ при такихъ условіяхъ? И въ такихъ условіяхъ находятся всѣ остальные «столичные» больные думскаго врача. Послѣ такихъ 5—8 посѣщеній онъ чувствуетъ полное изнеможеніе; у него не хватаетъ силъ посѣтить *всѣхъ* заявившихъ больныхъ, и онъ ихъ оставляетъ на завтра. А завтра, быть можетъ, онъ не застанетъ больного, который отправился въ другой, болѣе спокойный міръ, гдѣ уже не понадобятся ему ни врачебная помощь, ни безплатныя думскія лѣкарства.

Конечно, въ первое время думскій врачъ страдаетъ не только физически, но и нравственно, принужденный давать врачебную свою помощь въ такихъ условіяхъ, въ которыхъ медицинскія средства теряютъ свое значеніе. Но мало-по малу онъ «уходитъ» въ свои обязанности (съ чѣмъ только не свыкнется человѣкъ?), равнодушно и терпѣливо навѣщая своихъ убогихъ больныхъ; но подъ этимъ равнодушіемъ, кто знаетъ, порою, быть можетъ кроется глубокое страданіе наболѣвшей души.....

И такъ, при условіяхъ крайней нищеты и убожества врачебная помощь думскихъ врачей сводится почти къ нулю; тутъ нуженъ свѣтъ, нуженъ воздухъ, нуженъ хлѣбъ, а потомъ уже безплатныя лѣкарства!

Еще менѣе имѣетъ возможность думскій врачъ обратить вниманіе на санитарныя условія его больныхъ. Всѣ санитарныя мѣры думскаго врача заключаются въ томъ, что, найдя инфекціонныхъ острыхъ больныхъ дифтеріей, скарлатиной и пр. заразными болѣзнями, онъ увѣдомляетъ объ этомъ санитарнаго врача. Но пока судъ, да дѣло, пока санитарный врачъ предпринимаетъ санитарныя мѣры (изоляція, обеззараживаніе), заразная болѣзнь иногда успѣваетъ прекраснѣйшимъ образомъ перейти на многочисленныхъ обитателей чердака или подвала, гдѣ находился заразный больной. И такъ, ни о санитарномъ значеніи ни еще менѣе о просвѣтительномъ значеніи врачебной помощи думскихъ врачей нельзя говорить (а въ засѣданіяхъ Думы объ этомъ часто говорятъ!) тамъ, гдѣ обстановка исключаетъ всякую возможность подавать полезную врачебную помощь и сводить послѣднюю на нуль!

Не будь думскій врачъ такъ заваленъ непосильной работой, имѣй онъ больше времени, и меньшее количество больныхъ, онъ все-таки успѣлъ бы хотя что-нибудь сдѣлать для своихъ больныхъ, успѣлъ бы во время изолировать заразныхъ больныхъ, успѣлъ бы ознакомиться съ бытомъ своихъ больныхъ и, быть можетъ, какъ-нибудь помочь имъ матеріально. Но ни времени, ни силъ не хватаетъ ему для этихъ обязанностей.

Для того, чтобы дѣятельность думскихъ врачей имѣла *дѣйствительное* значеніе, а не кажущееся необходимы слѣдующія видоизмѣненія въ ея постановкѣ:

1) *назначить для каждаго думскаго участка 2-го врача, который-бы помогалъ думскому врачу, т. е. увеличить вдвое количество думскихъ врачей;*

2) *дать возможность думскимъ врачамъ на средства городского общественнаго управленія приходить на помощь нуждающимся больнымъ, предоставляя имъ, пока они больны, недостающія имъ самыя насущныя питательныя вещества*—чай, сахаръ, молоко, хлѣба, а иногда и жилище. Minim'альныя матеріальныя средства дали бы возможность такимъ больнымъ нанять себѣ тоже «уголъ», но въ атмосферѣ, гдѣ хоть немного дышать возможно. Конечно, и при этихъ 2-хъ палліативахъ врачебная дѣятельность думскихъ врачей не можетъ быть на высотѣ своего назначенія до тѣхъ поръ, пока *«столичные»* больные его живутъ среди убогой нищеты, превосходящей даже нищету крестьянскаго населенія въ деревнѣ, пока больнымъ думскаго врача не будетъ дана возможность имѣть то, въ чемъ они прежде всего нуждаются—не будетъ данъ свѣтъ, не будетъ данъ воздухъ, а иногда и хлѣбъ.

Свѣтъ, воздухъ и хлѣбъ нужны *прежде всего* больнымъ думскихъ врачей въ Петербургѣ, а *потомъ уже* безплатныя лѣкарства.

Женщина-врачъ *М. Я. Безбокая.*

О погребеніи въ Китаѣ.

Проживъ въ Китаѣ около 4-хъ лѣтъ, побывавъ въ теченіи этого времени въ разныхъ его мѣстахъ, главнымъ образомъ въ Южной Манчжуріи, Печилійской провинціи, окрестностяхъ Чифу, Шанхая, Сучоу, и принимая участіе въ борьбѣ съ чумою въ г. Инкоу въ теченіи 2-хъ періодовъ въ 1899 г. и 1901—1902 г., я имѣлъ возможность близко сталкиваться съ китайцами, и въ качествѣ эпидемическаго врача даже вторгаться и въ ихъ частную жизнь.

Изъ всѣхъ проявленій сложившейся многими вѣками, закоренѣлой старинными привычками и рутиной жизни китайцевъ, которая такъ рѣзко разнится отъ нашихъ условій жизни, меня особенно интересовали тѣ ея проявленія, которыя касались общественнаго и личнаго здравоохраненія. Особенное вниманіе обратилъ я на столь интересный въ бытовомъ отношеніи и столь важный въ происхожденіи разныхъ эпидемій вопросъ о погребеніи умершихъ, тѣсно связанный съ возведеннымъ въ религіозный культъ—почитаніемъ духа умершихъ предковъ.

Касаясь вопроса о погребеніи умершихъ въ Китаѣ, мы наталкиваемся на такую массу суевѣрій, наполняющихъ жизнь китайца, на такую массу кажущихся противорѣчій, что подчасъ многое остается непонятнымъ и только всестороннее глубокое изученіе этого въ высшей степени интереснаго народа, собираніе свѣдѣній о немъ въ будущемъ разъяснитъ намъ многое. Здѣсь я не буду касаться чисто обрядовой очень сложной и замысловатой стороны похоронъ. Она довольно подробно описана у многихъ авторовъ. Я попытаюсь изложить только способы, при помощи которыхъ китайцы избавляютъ себя отъ мертвыхъ тѣлъ.

Способы эти слѣдующіе: 1) предаютъ тѣла землѣ—погребеніе въ собственномъ смыслѣ слова; наиболѣе распространенный способъ; 2) подвергаютъ тѣло истлѣванію на воздухѣ, выставляя его наружу въ гробу или безъ гроба, или подвѣшиваютъ тѣло надъ поверхностью земли къ вѣтвямъ высокаго дерева и 3) предаютъ тѣло сжиганію (наиболѣе рѣдкая форма). Послѣднія 2 способа чрезвычайно мало распространены и примѣняются или въ нѣкоторыхъ только мѣстностяхъ, или по отношенію къ нѣкоторымъ только кастамъ.

Посѣтивъ однажды по поводу слуховъ о чумныхъ заболѣваніяхъ мѣстность къ сѣверо-западу отъ Стараго Ньючвана, я случайно натолкнулся на слѣдующую довольно странную картину: Въ небольшомъ ущельи, около котораго расположено нѣсколько деревенекъ, къ вѣтвямъ 2-хъ деревьевъ было подвѣшено 2 трупа: одинъ, сильно измѣнившійся, былъ уже наполовину исклеванъ вьющимися во множествѣ птицами, другой былъ еще, по видимому, свѣжій съ слегка лишь исклеваннымъ лицомъ. У корня деревьевъ валялось множество человѣческихъ костей. Тутъ же стояла маленькая кумирня, входъ въ которую былъ обставленъ большимъ количествомъ шестовъ съ бѣлыми флажками и курильницами, какъ это всегда бываетъ въ поминальныхъ кумирняхъ.

Жители крайне неохотно давали мнѣ черезъ переводчика объясненія, указавъ, что въ ближайшихъ деревняхъ обыкновенно такъ обращаются съ умершими, разсчитывая, что духъ умершаго, переселившись на время въ птицу, самъ позаботится перенести свое тѣло въ загробную жизнь.

Больше никогда и нигдѣ мнѣ не приходилось видѣть что-либо подобное. Отъ китайцевъ я узналъ, что подобный способъ погребенія практикуется въ нѣкоторыхъ глухихъ углахъ Восточной Монголіи и Западной Манчжуріи. Быть можетъ, такой способъ уничтоженія труповъ и болѣе распространенъ въ недоступныхъ медвѣжьихъ углахъ Срединнаго Царства, но о немъ извѣстно очень мало и онъ, очевидно, практикуется только нѣкоторыми сектантами и не пользуется популярностью.

Другой способъ уничтоженія мертвыхъ тѣлъ, способъ столь распространенный въ Японіи—сожженіе труповъ,—въ Китаѣ распространенъ очень мало и примѣняется только по отношенію къ буддійскимъ священникамъ, среди которыхъ изрѣдка бываютъ случаи и самосожженія живыми.

Буддійскіе аскеты часто не довольствуются самоистязаніемъ въ видѣ разныхъ пытокъ, но иногда подвергаютъ себя самосожженію, которое обставлено бываетъ очень торжественно; на зрѣлище это собирается масса народа, жаждущаго посмотрѣть, какъ душа праведника возносится на небо. Случаи самосожженія буддійскихъ священниковъ описаны англійскими миссіонерами; нѣсколько примѣровъ приводитъ также и д-ръ *Matignon*. Подвергнуться самосожженію имѣютъ право лишь буддійскіе священники, прославившіеся святой воздержанной жизнью. Въ буддійской книгѣ Sadharma poundarika Soutrá изложены средства, какъ достигнуть святости Будды и прелестей Нирванны; средства эти: полное воздержаніе отъ страстей и желаній и самосожженіе. Самосожженіе перешло, по видимому, изъ Тибета.

Иногда самосожженіе не бываетъ добровольнымъ, а назначается тому или другому монаху какимъ-либо монастыремъ, который желаетъ поднять свои средства и добиться популярности.

Сожженіе мертваго тѣла, которое практикуется тоже только среди буддійскихъ священниковъ, совершается весьма первобытно на большихъ кострахъ изъ дровъ. Случай сожженія умершаго пришлось мнѣ наблюдать въ 1899 г. въ Сучжоу. Сожженіе обставлено массой обрядностей, останки въ видѣ костей съ обуглившимися мягкими частями тѣла перекладываютъ въ гробъ и хранятъ въ ближайшемъ буддійскомъ храмѣ или монастырѣ.

Повсемѣстно распространенный способъ уничтоженія труповъ—это преданіе ихъ землѣ или оставленіе на поверхности ея. Способъ этотъ наиболѣе удовлетворяетъ руководящему принципу жизни китайца,—культу предковъ. Этотъ культъ предковъ, возведенный въ основное правило жизни: дѣти живутъ для воздаянія почестей умершимъ предкамъ и родителямъ—является одной изъ главныхъ причинъ отчужденности китайца отъ остального міра, отсталости и косности. Идя по жизненному пути, онъ не смотритъ, что впереди него, а все оглядывается назадъ, боясь сдѣлать несоотвѣтственный шагъ, который не понравился бы предкамъ или оскорбилъ бы ихъ тѣни.

Часто еще при жизни сыновья, въ знакъ сыновней почтительности, даритъ родителямъ великолѣпный гробъ. Иногда родители сами запасаютъ себѣ заблаговременно гробъ, желая избавить отъ расходовъ своихъ дѣтей. Такъ какъ забота о почитаніи предковъ и родителей лежитъ исключительно на сыновьяхъ, то является понятнымъ, почему такъ цѣнится мужское потомство и такъ подчасъ нежелательно женское, вызывающее только расходы. Такое отношеніе укореняетъ взглядъ на женщину, какъ на низшее существо.

Интересно прослѣдить, какія процедуры продѣлываютъ надъ умершимъ съ момента его смерти до преданія землѣ.

Обыкновенно, уже въ послѣднія минуты жизни или въ агоніи стараются вынести умирающаго изъ его спальни въ другую комнату или чаще въ переднюю и кладутъ его на столъ. Оставить умирающаго на его постели, это значитъ заставить страдать его духъ на томъ свѣтѣ, такъ какъ онъ будетъ тамъ осужденъ постоянно носить на своихъ плечахъ свою постель; кромѣ того, комната, гдѣ онъ умеръ, дѣлается необитаемой, такъ какъ душа умершаго въ своей спальнѣ пристаетъ къ стѣнамъ, кровати и другимъ вещамъ и будетъ безпокоить живущихъ въ ней. Вотъ почему, если не удалось передъ смертью вынести умирающаго изъ спальни, послѣдняя прежде, чѣмъ стать обитаемой, должна быть заново отдѣлана. Умирающаго одѣваютъ въ лучшее платье; запрещается одѣвать мѣха, сукно, перья къ шляпѣ и пр., изъ боязни, чтобы останки не превратились въ соотвѣтственное животное. Подъ голову кладутъ подушку изъ бѣлой матеріи, долженствующую изображать бѣлаго пѣтуха, чтобы обезпечить счастье на томъ свѣтѣ (по китайски одинаково произносятся «пѣтухъ» и «счастье»). У изголовья зажигаютъ курильныя свѣчи и ставятъ блюда съ кушаньями. Семейство отправляется въ ближайшій храмъ, гдѣ должна пребывать душа умершаго.

На 2-й или 3-й день умершаго кладутъ въ гробъ. Гробъ у богатыхъ людей сдѣланъ изъ толстыхъ брусьевъ (стм. 10—20), кипарисоваго или сандаловаго дерева, снаружи украшенъ лакомъ съ позолотою; щели замазаны замазкой. Гробы эти чрезвычайно дороги и нерѣдко расходы на нихъ и похороны раззоряютъ семью. Гробы бѣдныхъ состоятъ изъ кое-какъ сколоченныхъ тонкихъ досокъ. Похороны часто откладываются на очень продолжительное время, на нѣсколько недѣль и мѣсяцевъ, и даже годы, такъ какъ ждутъ благопріятнаго для похоронъ дня, назначаемаго астрологами и гадальщиками. Чтобы задержать гнилостное разложеніе, въ гробъ кладутъ негашеную известь. Гробъ до погребенія хранится или въ особо назначенной для этого кумирнѣ, или остается дома. Нерѣдко мнѣ приходилось видѣть, что крышка гроба съ умершимъ служила въ видѣ стола и нужно было удивляться притупленію-ли обонянія, или равнодушію китайца (въ силу привычки къ разнымъ сквернымъ запахамъ) къ издаваемому трупомъ запаху.

Храмы, куда помѣщаютъ гробы съ умершими, называются Цзи-чу-сы. Въ каждомъ большомъ городѣ существуютъ общества, которымъ принадлежатъ эти Цзи-чу-сы. Въ этихъ кумирняхъ гробы съ тѣлами ждутъ иногда по нѣсколько лѣтъ погребенія или перевозки на родину. Въ Китаѣ существуетъ обычай тѣло предавать погребенію на той землѣ, гдѣ родился покойный. Въ основѣ этого обычая лежитъ обязанность на потомствѣ воздавать почести умершимъ предкамъ. Конечно, это для нихъ представляется возможнымъ, если могилы находятся въ странѣ, гдѣ они сами живутъ.

Въ гор. Инкоу, напр., было такихъ 4 Цзи-чу-сы. Въ 1899 г. во время чумной эпидеміи Цзи-чу-сы были переполнены гробами съ умершими, такъ какъ, вслѣдствіе объявленія Инкоу неблагополучнымъ по чумѣ, ни въ одинъ портъ, гдѣ есть таможня, управляемая европейцами, не принимали пароходовъ или джонокъ съ этимъ грузомъ.

Посѣщая неоднократно городъ съ цѣлью отыскиванія больныхъ чумой, я случайно натолкнулся въ Юго-Западной части города на одинъ изъ такихъ храмовъ, которыхъ обыкновенно не показываютъ европейцамъ. Вниманіе мое обратилъ этотъ храмъ по сильно издаваемому на разстояніи трупному запаху. Когда я заставилъ открыть калитку, то увидѣлъ большой дворъ, окруженный одноэтажными зданіями. Весь дворъ былъ заставленъ гробами съ трупами, издающими страшное зловоніе. Гробы стояли на скамеечкахъ одинъ около другого; многіе гробы протекали, изъ нихъ сочилась гніющая сукровичная жидкость; подъ нѣкоторыя гроба для собиранія протекающей жидкости были подставлены глиняныя чашки. Въ одномъ углу много гробовъ, съ болѣе старыми трупами (какъ пояснилъ сторожъ), были свалены въ одну общую кучу, покрытую цыновками. Съ этимъ дворомъ находились въ сообщеніи еще 2, тоже переполненные гробами съ умершими. Окружающіе дворы были тоже завалены гробами. По приблизительному подсчету всѣхъ гробовъ оказалось около 500.

Отъ благопріятнаго предсказанія астролога или гадальщика зависитъ не только время похоронъ, но и мѣсто погребенія. Въ Китаѣ не существуетъ кладбищъ въ европейскомъ смыслѣ. Могилы въ Китаѣ разбросаны по всѣмъ направленіямъ и по разнымъ мѣстамъ: на поляхъ, у городскихъ стѣнъ, въ садахъ частныхъ домовъ, у дорогъ и проч. Въ сущности, весь Китай представляетъ изъ себя одно общее кладбище. Болѣе состоятельные имѣютъ свои фамильныя кладбища въ видѣ красиваго сада, обнесеннаго стѣной; тамъ имѣются мавзолеи въ видѣ кумирнь, гдѣ погребаютъ выдающихся предковъ. Эти фамильныя кладбища издали очень красивы, во множествѣ находятся въ окрестностяхъ Пекина, гдѣ похоронены Императоры и знатные сановники.

Нѣчто вродѣ кладбищъ имѣется около городовъ у стѣнъ, гдѣ хоронятъ бѣднѣйшихъ жителей. Обыкновенно могилы эти въ самомъ безобразномъ видѣ: жиденькій гробъ стоитъ прямо на поверхности едва прикрытый землей; многія гробы разваливаются, обнаруживая гніющіе трупы; около такихъ могилъ водятся стада собакъ и свиней, пожирающихъ остатки труповъ. Въ

большей части могилы безо всякой системы разбросаны повсюду.

Для выбора мѣста для похоронъ необходима цѣлая масса примѣтъ, опредѣляемыхъ гадальщиками и астрологами. Эти послѣдніе вооружаются книгами, компасомъ, зеркаломъ, чтобы видѣть теченіе судьбы. Нужно, чтобы надъ могилой не было звѣзды, подъ ней дракона, чтобы не безпокоилъ праха сильный вѣтеръ, чтобы не было вблизи ущелья, обвала и пр., особой тѣни отъ холмовъ и пр. Бѣдные откладываютъ обыкновенно похороны до окончанія полевыхъ работъ. Иногда случается, что выбранное мѣсто почему-либо оказывается неблагопріятнымъ для духа умершаго, тогда гадальщики выбираютъ новое мѣсто, гробъ выкапываютъ даже много лѣтъ спустя послѣ перваго погребенія и хоронятъ въ новомъ мѣстѣ. Земля, которая благопріятна для погребенія дѣда или отца, бываетъ неблагопріятна для погребенія сына.

Изъ исторіи Китая извѣстенъ случай о погребеніи Императора Toung-Tche, умершаго въ 1875 г. Похоронъ ждали 9 мѣсяцевъ. Не знали, гдѣ похоронить: около Пекина есть 2 кладбища династіи—на западѣ и востокѣ. Отецъ умершаго Императора былъ похороненъ на западѣ; сынъ долженъ былъ-бы быть похороненъ на востокѣ, но послѣ долгихъ дебатовъ и собиранія разныхъ примѣтъ рѣшили, что для блага государства и царствующей фамиліи Toung-Tche долженъ быть похороненъ около своего отца.

Суевѣріе, допускающее перемѣнять мѣсто прежней могилы, даетъ часто возможность китайцамъ обращать этотъ обычай въ свою пользу. Этотъ-же обычай помогъ русскимъ при выравниваніи линіи Манчжурской желѣзной дороги. Линію дороги вначалѣ пришлось сильно искривлять, такъ какъ старались щадить традиціи китайцевъ и не вызывать ихъ неудовольствія. Но оказалось, что мѣра эта была совершенно напрасной, такъ какъ предпріимчивые китайцы сами являлись съ предложеніемъ за извѣстную плату убрать могилы, мѣшающія прямому направленію дороги. Тоже повторилось и въ Портъ-Артурѣ, когда пришлось его застраивать казенными постройками; и здѣсь китайцы охотно за плату отъ 3 до 5 р. переносили могилы на новыя мѣста. Тревожа прахъ умершихъ, китайцы утѣшали себя тѣмъ, что они выбираютъ для духа своихъ предковъ болѣе благопріятное мѣсто.

Къ мѣсту погребенія гробъ переносятъ на спеціально устроенныхъ, часто очень роскошныхъ и весьма тяжелыхъ носилкахъ. Могила обыкновенно вырыта очень неглубоко, такъ что верхняя поверхность гроба—въ уровень съ поверхностью почвы. Дно могилы оштукатурено смѣсью глины съ углемъ. Сверху гроба обкладываютъ камнемъ и засыпаютъ земляным курганомъ, по величинѣ соотвѣтствующимъ рангу умершаго. Иногда курганъ покрываютъ земляным кирпичемъ и черепичной крышей. Часто могилъ не роютъ вовсе, а просто выставляютъ на полѣ гробъ, прикрытый слегка рогожей. Съ одной стороны у основанія могилы дѣлаютъ отверстіе, обложенное камнемъ, чтобы духъ умершаго могъ свободно сообщаться со своимъ тѣломъ. Часто могилы съ сѣверной стороны окружены небольшой стѣной около 2—3 аршинъ высотою, расположенной полукругомъ, напоминающимъ спинку китайскаго стула; это, во 1-хъ, предохраняетъ отъ злыхъ духовъ и, во 2-хъ, даетъ возможность умершимъ располагаться въ могилы такъ-же удобно, какъ въ креслѣ.

Здѣсь необходимо замѣтить, что для достиженія подобающаго положенія на томъ свѣтѣ китаецъ долженъ предстать тамъ безъ всякихъ тѣлесныхъ недостатковъ. Въ этомъ суевѣріи кроется причина, почему китайцы, вообще, большіе охотники до всякаго внутренняго лѣченія и даже хирургическаго, безъ отнятія только частей тѣла, упорно противятся ампутаціямъ и пр. Въ гробъ съ умершимъ кладутъ, обыкновенно, прежде обрѣзанные волосы, ногти и пр. Если хоронятъ евнуха, то непремѣнно кладутъ въ гробъ и его половые органы, тщательно сохраняемые въ банкѣ со спиртомъ. Каждый евнухъ при дворѣ долженъ явиться на тотъ свѣтъ непорочнымъ, т. е. предстать, имѣя при себѣ свои половые органы. Безъ предъявленія этой банки съ половыми органами никто не можетъ быть принятъ въ число придворныхъ евнуховъ. Во дворцѣ органы хранятся въ особой для этого предназначенной комнатѣ. Иногда особо назначенный чиновникъ производитъ осмотръ содержимаго этихъ банокъ. Операторы, производившіе оскопленіе, удерживаютъ у себя очень часто удаленныя половыя железы, пока не будетъ выплачена надлежащая сумма за операцію.

Осужденіе на казнь черезъ отсѣченіе головы считается особенно тяжелымъ и позорнымъ, если туловище погребается безъ головы. Въ видѣ особой лишь милости разрѣшается голову хоронить вмѣстѣ съ туловищемъ.

Во многихъ случаяхъ китайцы совершенно не предаютъ землѣ умершихъ, а выбрасываютъ тѣла прямо на поля, улицы, въ ближайшія каналы, лужи и т. п.

Полное отсутствіе попеченія объ умершемъ, съ одной стороны, и посвященіе чуть ли не всей жизни праху родственника, съ другой,—эти странныя противорѣчія опять-таки объясняются суевѣріями, играющими въ жизни Китая господствующую роль. Китайцы выбрасываютъ обыкновенно трупики дѣтей въ возрастѣ до 4—5 лѣтъ, вѣруя, что человѣкъ умираетъ ребенкомъ потому, что въ него поселился злой духъ; исходя изъ этого основанія, ни на фамильномъ кладбищѣ ни на своемъ полѣ не похоронятъ одержимаго злымъ духомъ. Поэтому тѣло ребенка выбрасываютъ куда-нибудь подальше отъ дома. Богатые хоронятъ дѣтей на особыхъ предназначенныхъ для этого участкахъ. Около нѣкоторыхъ городовъ существуютъ т. наз. дѣтскія башеньки, куда выбрасываютъ трупы дѣтей. У насъ на Квантунѣ поиски судебно-медицинскихъ властей виновниковъ выбрасыванія труповъ остаются безъ послѣдствій и случаи эти создаютъ большое затрудненіе въ судебныхъ дѣлахъ. Очень часто случается, что больного ребенка, еще живого выбрасываютъ на улицу *). Это случается во время какой-нибудь дѣтской эпидеміи, чтобы умилостивить злыхъ духовъ этой жертвой и отклонить ихъ отъ посѣщенія дома. Если выброшенный за порогъ дома ребенокъ не умираетъ, его вносятъ снова въ домъ и считаютъ его тогда своимъ достойнымъ сыномъ, настоящимъ представителемъ крови. Иногда погребаютъ дѣтей живыми при закладкѣ мостовъ, общественныхъ зданій и пр. Объ этомъ фактѣ около Чифу разсказываетъ г-жа Millanson въ своей книгѣ «Les vieilles grandes routes de Chine».

Чаще убиваютъ такимъ образомъ дѣвочекъ, какъ нежелательный элементъ и утѣшая себя тѣмъ, что душа убитой дѣвочки переходитъ въ тѣло мальчика.

Иногда выбрасываютъ трупы съ цѣлью избавить себя и умершаго отъ непріятныхъ послѣдствій, связанныхъ съ обнаруженіемъ заразнаго заболѣванія. Такъ было во время чумы въ Инкоу въ 1901—1902 г., когда установленъ былъ хорошій врачебный надзоръ и ни одинъ трупъ безъ врачебнаго осмотра не могъ быть похороненъ. И вотъ эта санитарная мѣра повлекла за собою нежелательные результаты, т. е. выбрасываніе труповъ на улицу. Дѣлали это китайцы, желая скрыть домъ откуда происходилъ умершій и боясь обеззараживанія и въ особенности уколовъ трупа, которые мы дѣлали ради бактеріологическаго изслѣдованія.

Не разъ приходилось мнѣ видѣть такую картину: на улицѣ лежитъ трупъ хорошо одѣтый, на мягкомъ ватномъ одѣялѣ, прикрытый такимъ же одѣяломъ; въ головахъ подушка руки сложены на груди, въ рукахъ бичъ (для защиты отъ собакъ въ загробной жизни) и бумажки съ заклинаніями; у изголовья поставлены тлѣющія бумажныя свѣчи. Почти всегда трупы эти по бактеріологическомъ

*) Причины дѣтоубійства въ Китаѣ, на сколько мнѣ удалось выяснить, слѣдующія: 1) бѣдность и желаніе избавиться отъ лишняго рта, въ особенности, если дѣти женскаго пола; 2) болѣзни матери приписываютъ злому ребенку; 3) изъ органовъ дѣтей, какъ утверждаютъ нѣкоторые, получаютъ цѣлебныя лѣкарства. Иногда отецъ рѣшается убить сына порочнаго съ цѣлью направить его духъ на путь истины. Однажды во время посѣщенія мною дома, гдѣ были больные, я замѣтилъ, что китаецъ сидѣлъ на подушкѣ, изъ подъ которой виднѣлись дѣтскія ножки. Когда я заставилъ смущеннаго отца встать, то подъ нимъ былъ обнаруженъ раздавленный трупъ однолѣтней дѣвочки. Китаецъ объяснилъ, что сдѣлалъ это для умилостивленія злого духа.

изслѣдованіи оказывались чумными. Китайцы знакомы довольно хорошо съ признаками чумы и потому, когда у нихъ умираетъ кто-либо отъ чумы, они спѣшатъ выносить его ночью на улицу для того, чтобы скрыть, гдѣ именно былъ чумный больной и чтобы избавиться такимъ образомъ отъ примѣненія къ такому дому всякихъ крайне непріятныхъ имъ мѣръ обеззараживанія.

А. В. Падлевскій.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физіологія и общая патологія. 522. По изслѣдованіямъ *Schwenkenbecher*'а *способность всасываться черезъ кожу* весьма многихъ *лѣкарственныхъ веществъ* идетъ параллельно съ ихъ растворимостью въ жирахъ и жироподобныхъ веществахъ или, по крайней мѣрѣ, со способностью ихъ смѣшиваться съ ними и поглощаться. Авторъ объясняетъ это тѣмъ, что процессъ всасыванія связанъ съ содержаніемъ жироподобныхъ веществъ въ клѣточкахъ кожи (лецитина, холестерина),—веществъ, которыя играютъ роль поглотителей (Archiv für Anatomie und Physiologie, стр. 121). *С. К.*

523. Проф. *G. Galeotti* (Turin) описываетъ *измѣненія въ щелочности крови на вершинѣ Mont Rosa.* Свои опыты авторъ производилъ въ Turin'ѣ и на вершинѣ Capanna Regina Margherita, на кроликахъ, собакахъ, обезьянахъ и надъ самимъ собою. При изслѣдованіяхъ онъ пользовался волюметрическимъ способомъ *Zuntz-Loewy*. Въ результатѣ изслѣдованій оказалось значительное уменьшеніе щелочности крови у всѣхъ животныхъ (съ 36 до 44%), подъ вліяніемъ пребыванія на вершинѣ горы. У 2-хъ собакъ, дышавшихъ смѣсью газовъ съ небольшимъ количествомъ кислорода, также наблюдалось уменьшеніе щелочности крови (съ 13—15%), что̀ заставляетъ предполагать, что главная причина уменьшенія щелочности крови на возвышенныхъ мѣстностяхъ есть меньшее количество вдыхаемаго кислорода вслѣдствіе уменьшенія воздушнаго давленія. Съ другой стороны, изслѣдованія *Terray*, *Saito* и *Kutsyama*, *Araki* и *Saiki* и *Wakayama* показали, что при недостаткѣ кислорода въ крови появляются жирныя кислоты и особенно молочная кислота въ ненормальномъ количествѣ, что̀ также могло быть у животныхъ, находившихся на вершинѣ горы. Найденное *Mosso* и *Marro* уменьшеніе при тѣхъже условіяхъ количества CO^2 не превышало 10%, тогда какъ найденное авторомъ уменьшеніе щелочности крови достигало 40%; это указываетъ, что между щелочностью крови и содержаніемъ CO^2 не существуетъ параллелизма (Archives Italiennes de biologie, 24 марта). *И. Вирскій.*

524. Д-ръ *C. Foà* (Turin) говоритъ объ *измѣненіяхъ крови на высокихъ горахъ и приводитъ основанную на опытахъ критику гипотезъ, предложенныхъ, для объясненія гиперглобуліи, наступающей на высокихъ горахъ.* Свои изслѣдованія авторъ производилъ частью въ Turinѣ (238 м.), частью въ Silvaplana (1816 м.) и въ Alagna (1880 м.), частью на Col d'Olen (2865 м.) и наконецъ на вершинѣ горы Rosa (4560 м.). Ни на одномъ препаратѣ крови, взятой въ первые часы прибытія на вершину горы, а также послѣ пребыванія на вершинѣ въ теченіи нѣсколькихъ дней, авторъ не видѣлъ, чтобы молодые эритроциты находились въ большемъ числѣ, чѣмъ въ крови нормальной. Костный мозгъ кроликовъ и морскихъ свинокъ, умерщвленныхъ черезъ 6 часовъ послѣ доставки ихъ на высоту въ 3000 м. и въ концѣ 1-го, 3-го и 6-го дня пребыванія на высотѣ 4560 м. ни макро-ни микроскопически не представлялъ усиленной кровеобразовательной дѣятельности; нормобласты встрѣчались не въ большемъ числѣ, чѣмъ въ нормальныхъ условіяхъ. Костный-же мозгъ кролика на 8-ой день и морской свинки на 12-ой день пребыванія на вершинѣ горы Ros'ы были краснѣе нормальнаго и подъ микроскопомъ представляли усиленную кровеобразовательную дѣятельность. Общіе выводы слѣдующіе: 1. На высотѣ 1200 м. гиперглобулія не обнаруживается; на высотѣ 1800 м., спустя лишь нѣсколько дней, наступаютъ признаки увеличенія числа кровяныхъ шариковъ и гэмоглобина. 2. На высотѣ 3000 м. гиперглобулія обнаруживается уже черезъ 8—9 часовъ послѣ прибытія, а, можетъ быть, и раньше. 3. Гиперглобулія у различныхъ особей является въ различной степени. 4. Съ увеличеніемъ числа красныхъ кровяныхъ шариковъ равномѣрно увеличивается количество гэмоглобина (вопреки мнѣнію *Roeppe*, *Egger*'а, *Jarutowsk*'аго и *Schroeder*'а). 5. Гиперглобулія наблюдается лишь въ периферическихъ сосудахъ, а не въ крупныхъ артеріальныхъ стволахъ. 6. На 8—10-й день пребыванія на возвышенностяхъ замѣчается нѣкоторое увеличеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ и гэмоглобина даже въ большихъ артеріальныхъ стволахъ, какъ результатъ появленія выше указанной кровеобразовательной дѣятельности костнаго мозга. 7. Черезъ 36 час. послѣ возвращенія въ долину гиперглобулія исчезаетъ, хотя и не вполнѣ. Дальнѣйшія изслѣдованія автора надъ самимъ собой показали, что переходъ крови къ нормальному состоянію не сопровождается разрушеніемъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, обнаруживающимся присутствіемъ уробилина въ мочѣ. Изслѣдованіе костнаго мозга, селезенки, печени показало, что количество желѣза въ нихъ не превышаетъ нормы. Кожно-легочныя потери при разрѣженномъ воздухѣ у человѣка меньше, чѣмъ при нормальномъ атмосферномъ давленіи, а потому гиперглобулія возвышенныхъ мѣстностей не можетъ быть объяснена потерей воды (*Grawitz*). Периферическая гиперглобулія въ горахъ зависитъ отъ застоя крови въ поверхностныхъ расширенныхъ сосудахъ. Красные шарики, какъ болѣе тяжелые морфологическіе элементы, движутся медленнѣе и застрѣваютъ въ капиллярахъ (Archives Italiennes de biologie, 24 марта). *И. В.*

525. Д-ра *G. Astolfoni* и *F. Soprana. Объ измѣненіяхъ ядовитости мочи во время усталости* (изъ физіологической университетской лабораторіи въ Падуѣ). Производившіяся до сего времени изслѣдованія по указанному вопросу немногочисленны и несогласны между собою вслѣдствіе неодинаковыхъ и несовершенныхъ способовъ изслѣдованія. Чтобы избѣжать возможныхъ ошибокъ, авторы ограничились небольшимъ числомъ опытовъ надъ собою и надъ братомъ одного изъ нихъ. Собиралось суточное количество мочи, изслѣдовалась ея нормальная ядовитость и затѣмъ измѣненія этой ядовитости во время и послѣ усталости. Въ то же время измѣрялось состояніе зрачковъ и плотность мочи у изслѣдуемыхъ субъектовъ. Изслѣдованіе ядовитости мочи производилось по способу *Stefani*, изслѣдованіе зрачковъ посредствомъ пупиллометра *Schweigger*'а. Изслѣдованіями авторовъ установлено, что послѣ утомленія въ мочѣ обнаруживаются свойства, замѣченныя уже *Stefani*: съуженіе зрачковъ, судороги и смерть. Авторы полагаютъ, что во время утомленія организмъ выдѣляетъ очень ядовитыя вещества, и что большая часть этихъ ядовитыхъ веществъ быстро выдѣляется мочей, другая-же часть ихъ, очень малая, остается нѣкоторое время въ организмѣ, что̀ обнаруживается съуженіемъ зрачковъ, продолжающимся довольно долго, когда другіе признаки ядовитости мочи исчезли (Archives Italiennes de Biologie, 24 марта). *И. Вирскій.*

Бактеріологія. 526. Странную противоположность съ получаемыми съ разныхъ сторонъ выводами о *дѣйствіи радія на микробовъ* составляютъ опыты д-ровъ *van Bewren*'а и *Zinsser*'а. Эти авторы располагали 12 мгрм. бромистаго радія въ запаянной стеклянной трубкѣ; радіоактивность соли была опредѣлена по гелію 300000. Бульонная разводка тифозной палочки, бывшая въ соприкосновеніи съ трубочкой, заключающей радій, въ теченіи 14 часовъ, ничѣмъ не обнаружила вреднаго дѣйствія его: палочки размножались и были быстро подвижны. Желатиновыя пластинки, засѣянныя тифозной палочкой, золотистымъ гроздекоккомъ, не опредѣленнымъ микробомъ и палочкой синяго гноя, подвергавшіяся дѣйствію радія отъ 8 до 19 часовъ, давали столь-же обильный ростъ, какъ и повѣрочныя разливки. Только на разливкѣ синегнойной палочки, подвергавшейся дѣйствію радія 19 часовъ, черезъ 24 часа послѣ посѣва ростъ колоній былъ менѣе обильный, чѣмъ на повѣрочной пластинкѣ; еще черезъ сутки, однако, разница эта выровня-

лась. Кромѣ этихъ опытовъ, авторами произведенъ съ совершенно отрицательнымъ результатомъ слѣдующій. Трубочка съ радіемъ $1^1/_2$ часа была прикрѣплена на разгибательной поверхности предплечья, отдѣляясь отъ кожи руки слоемъ полотна. Ни слѣда какого-либо вліянія въ теченіи 4 недѣль. Авторы упоминаютъ при этомъ о сообщеніи *Becquerel'я*, согласно которому получился ожогъ кожи послѣ 6-часового дѣйствія радія черезъ толстое платье, не смотря на то, что радіоактивность препарата радія равна только 20000 (American Medicine, 26 декабря 1903). *Л. С.*

Гигіена. 527. Ч. пр. *Б. И. Словцовъ* по предложенію проф. *А. Я. Данилевскаго* производилъ опыты обеззараживанія воды царской водкой и въ статьѣ «*Къ вопросу о способахъ химической очистки воды*» обращаетъ вниманіе на *возможность обеззараживанія воды царской водкой*. При провѣркѣ дѣйствія кислоты на тифозныя палочки и стафилококки способомъ *Schüder*'а оказалось достаточно 0,07%—0,08% кислоты, чтобы получить обеззараживаніе воды отъ данныхъ болѣзнетворныхъ бактерій, даже при загрязненіи воды до 0,1% органическими веществами. Для обеззараживанія обыкновенной воды царской водкой требуются меньшія количества кислоты. Прибавленіемъ слѣдовъ хлорнаго желѣза возможно повысить дѣйствіе кислотъ, т. е. или уменьшить продолжительность обеззараживанія воды, или понизить самую кислотность. Царская водка, при нейтрализаціи ея содой, не придаетъ водѣ исключительно солоноватаго вкуса. Привкусъ хотя и получается, но крайне слабый и далеко не непріятный. Все это даетъ право совѣтовать этотъ способъ очистки воды въ тѣхъ случаяхъ, когда скорая химическая очистка воды является необходимой. Въ заключеніе д-ръ *С.* приводитъ разсчеты количества кислоты, нужной для обеззараживанія 1000 литровъ воды и стоимость его. Для обеззараживанія 1 ведра (12 литровъ) противъ брюшного тифа требуется 4,20 грм. безводной соляной и 4,20 безводной азотной кислоты, что требуетъ:

16,8 грм. продажной ClH (1,12 уд. в.)—(12 коп. фунтъ)	0,5	коп.
6,4 » » NHO_3 (1,40 » »)—(24 » »)	0,37	»
19,2 Natri carbon. crystal. (9 коп. фунтъ)	0,42	»
Итого	1,29	коп.

Въ присутствіи-же небольшого количества желѣза достаточно было-бы 0,5% кислотъ. Въ такомъ случаѣ расходъ на одно ведро воды составитъ:

0,030 грм. Fe_2Cl_2 (фунтъ 50 коп.)	0,005	коп.
10,0 » ClH	0,3	»
3,9 » NHO_3	0,2	»
11,4 » Natr. carbon.	0,26	»
Итого	0,765	коп.

Запасъ кислоты на 1000 литровъ воды: 1400 грм. продажной ClH, 540 грм. NHO_3 и 1600 грм. соды. При желѣзномъ методѣ — 2,5 грм. Fe_2Cl_2 + 1000 грм. ClH + 390 грм. NHO_3 + 850 грм. соды (В.-Медицинскій Журналъ, мартъ). *И. Вирскій.*

528. Д-ръ *Paul Marin. Истребленіе крысъ на нагруженныхъ судахъ.*

Указавъ на прекрасные результаты, полученные при истребленіи крысъ сѣрнистымъ газомъ, посредствомъ аппарата *Clayton*'а, д-ръ *М.* говоритъ, что единственнымъ упрекомъ этому аппарату служило то обстоятельство, что сѣрнистый газъ нельзя примѣнять для уничтоженія крысъ на нагруженныхъ судахъ, такъ какъ сѣрнистый газъ портитъ товары. Опыты послѣдняго времени показали, что число товаровъ подвергающихся порчѣ, подъ вліяніемъ сѣрнистаго газа, очень ограничено. Такъ, опытами *Duriau* и *David*'а доказано, что различныя ткани въ тюкахъ, въ ихъ обычныхъ укупорочныхъ оболочкахъ, не подвергаются вредному вліянію газа. *Duriau* и *David* производили опыты надъ 338 образчиками различнаго рода тканей (шелковыя, льняныя, бумажныя, плюшъ, бархатъ, драпъ и т. п.). Образчики эти были раздѣлены на 7 серій, образующихъ 7 пакетовъ; въ каждый пакетъ положена была лакмусовая реактивная бумага. Всѣ 7 пакетовъ были упакованы обычнымъ образомъ въ одинъ тюкъ. Тюкъ этотъ былъ опущенъ на дно трюма, и аппаратъ *Clayton*'а приведенъ въ дѣйствіе, которое продолжалось $2^1/_2$ часа; концентрація газа была 7—12 на 100. Черезъ 6 дней тюкъ былъ извлеченъ и вскрытъ; всѣ лакмусовыя бумажки оказались покраснѣвшими, между тѣмъ какъ образчики тканей оказались совершенно не измѣненными. Эти опыты показали, что сѣрнистый газъ не измѣняетъ тканей, укупоренныхъ въ ихъ обычныя оболочки. Въ заключеніе, д-ръ *М.* приводитъ мнѣніе *Proust*'а и *Faivr*'а, по которымъ газъ *Clayton*'а является наиболѣе дѣйствительнымъ для уничтоженія крысъ и дезинфекціи товаровъ на судахъ (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, ноябрь 1903 г.). *И. Вирскій.*

Внутреннія болѣзни. 529. *Faber* и *Bloch* описываютъ нѣсколько наблюденій надъ *состояніемъ пищеварительнаго пути при злокачественномъ малокровіи.*

Въ нѣсколькихъ случаяхъ авторамъ удалось установить путемъ клиническаго изслѣдованія полное прекращеніе выдѣленія желудочнаго сока (achilia gastrica). Данныя, имѣющіяся въ литературѣ, также указываютъ на то, что это нарушеніе выдѣлительной дѣятельности желудка представляетъ собою частое явленіе при злокачественномъ малокровіи. Achilia появляется обыкновенно въ очень ранніе періоды злокачественнаго малокровія и остается неизмѣнной, не смотря иногда на значительныя улучшенія въ ходѣ основного страданія. Въ виду того, что ослабленіе или прекращеніе выдѣлительной дѣятельности желудка, съ одной стороны, можетъ отсутствовать при рѣзко выраженномъ малокровіи, а, съ другой стороны, она можетъ оставаться въ теченіи ряда лѣтъ послѣ того, какъ явленія малокровія совершенно исчезли,— слѣдуетъ думать, что achilia въ этихъ случаяхъ совершенно не зависитъ отъ состоянія крови. Микроскопическое изслѣдованіе слизистой оболочки желудка во всѣхъ изслѣдованныхъ *Faber*'омъ и *Bloch*'омъ случаяхъ (5) показало наличность какъ воспалительныхъ, такъ и атрофическихъ измѣненій. Но при этомъ атрофія железъ никогда не оказывалась настолько значительною, чтобы ахилію можно было объяснить исключительно лишь гибелью этихъ послѣднихъ. Слѣдуетъ предположить, что воспаленіе уничтожаетъ дѣятельность железъ еще до того времени, когда наступаетъ ихъ анатомическое разрушеніе. Какъ на одну изъ клиническихъ особенностей описываемой формы гастрита авторы указываютъ на то, что онъ часто не сопровождается никакими субъективными явленіями и что при немъ не наблюдается повышенное отдѣленіе слизи. Что касается кишечника, то *Faber* и *Bloch* полагаютъ, что нѣтъ никакихъ данныхъ утверждать, будто при злокачественномъ малокровіи наблюдается атрофія и значительное истонченіе кишечной стѣнки. Изслѣдуя матеріалъ, предохраненный отъ трупнаго разложенія впрыскиваніемъ въ брюшную полость непосредственно послѣ смерти 10%-го раствора формола, авторы убѣдились, что при злокачественномъ малокровіи какъ всасывающіе, такъ и отдѣлительные элементы кишекъ могутъ оставаться вполнѣ нормальными (Archiv für Verdauungs-Krankheiten, т. X, тетр. 1). *И. Назаровъ.*

530. *Al. Mathieu* посвятилъ статью обстоятельному описанію *непроизвольнаго проглатыванія воздуха, производимаго людьми, страдающими невареніемъ.* Больные обыкновенно не сознаютъ того, что они глотаютъ воздухъ; они жалуются только на отрыжку газами и довольно часто на вздутіе кишекъ, оказывающееся тѣмъ болѣе тягостнымъ, чѣмъ больше проглатывается воздуха. При проглатываніи воздуха больные производятъ обыкновенно звукъ, который неправильно принимается за отрыжку. Наблюдая больного въ моментъ возникновенія этого звука, легко замѣтить, что гортань производитъ при этомъ движенія совершенно сходныя съ тѣми, которыя совершаются ею при проглатываніи небольшихъ количествъ слюны. Иногда каждое проглатываніе воздуха сопровождается и его отрыгиваніемъ. Но это случается только тогда, когда проглоченный воздухъ не доходитъ до конца пищевода и не проникаетъ въ желудокъ. Въ противномъ случаѣ, послѣ извѣстнаго числа глотательныхъ движеній стѣнки желудка растягиваются и затѣмъ наступаетъ удаленіе газовъ съ помощью болѣе или менѣе продолжительной отрыжки. Впрочемъ, проглатываніе воздуха не всегда производится, такъ сказать, «вслухъ», оно продѣлывается иногда и потихоньку. Проглоченный воздухъ удаляется изъ желудка не только черезъ ротъ, но также и черезъ кишечникъ, гдѣ онъ точно также вызываетъ болѣе или менѣе значительное растяженіе стѣнокъ. Лица, страдающія разстройствами пищеваренія, пріобрѣтаютъ слѣдующимъ образомъ привычку къ проглатыванію воздуха: послѣ ѣды они испытываютъ непріятное чувство давленія въ области желудка, которое они приписываютъ ненормальному содержанію газовъ въ послѣднемъ. Стараясь удалить газы изъ желудка, они производятъ извѣстныя движенія, которыя, безъ вѣдома больныхъ, приводятъ къ проглатыванію воздуха. Наступающая по истеченіи нѣкотораго времени отрыжка сопровождается чувствомъ кратковременнаго облегченія и это обстоятельство заставляетъ больныхъ снова и снова прибѣгать къ описанному пріему. Если больной относится, кромѣ того, еще къ числу нервныхъ субъектовъ, то введеніе воздуха въ желудокъ пріобрѣтаетъ у него болѣе болѣзненный характеръ. Что касается лѣченія, то прежде всего необходимо, чтобы больные научились давать себѣ отчетъ въ

томъ, что они глотаютъ воздухъ. Путемъ наблюденія за собою, а также прибѣгая къ извѣстнымъ уловкамъ (напр., держа постоянно открытымъ ротъ), больные постепенно пріучаются обходиться безъ введенія въ свой желудокъ воздуха путемъ глотанія. Нужно лѣчить также невареніе и заботиться объ устраненіи вызываемыхъ ею ненормальныхъ ощущеній назначеніемъ наркотическихъ (Archiv für Verdauungs-Krankheiten, т. X, тетр. 1). *И. Назаровъ.*

531. *Robin* описываетъ наблюдавшійся имъ *случай рѣдкаго заболѣванія толстыхъ кишекъ, вызваннаго зараженіемъ balantidii coli*, и дѣлаетъ по этому поводу обзоръ накопившихся литературныхъ данныхъ.

Balantidium coli всегда встрѣчается въ кишечникѣ у свиней и можетъ передаваться людямъ, приходящимъ въ соприкосновеніе съ предметами, загрязненными свиными испражненіями или со свиными кишками. Такъ какъ экспериментальныя данныя показываютъ, что balantidium coli погибаетъ подъ вліяніемъ нормальнаго желудочнаго сока, то зараженіе, по мнѣнію автора, происходитъ только тогда, когда чужеядное попадаетъ въ желудокъ, выдѣляющій сокъ съ ослабленной или отсутствующей кислотностью. Пройдя безъ вреда для себя черезъ желудокъ, balantidium coli попадаетъ въ кишки, гдѣ находитъ условія, благопріятныя для своего развитія. За существованіе причинной зависимости между присутствіемъ въ кишкахъ balantidii coli и колитомъ, наблюдающимся въ подобныхъ случаяхъ, говоритъ цѣлый рядъ фактовъ: такъ, напр., наблюдается явственный параллелизмъ между ослабленіемъ поноса и уменьшеніемъ числа чужеядныхъ въ испражненіяхъ; на то-же самое указываютъ улучшеніе общаго состоянія больныхъ вскорѣ послѣ удаленія чужеяднаго изъ кишечника, а также успѣшное примѣненіе для лѣченія средствъ, убивающихъ чужеядное, каковъ напр. хининъ. Почти во всѣхъ случаяхъ, дошедшихъ до вскрытія, были находимы изъязвленія въ прямой кишкѣ или даже по всему ходу толстой кишки. Происхожденіе этихъ изъязвленій объясняется тѣмъ, что balantidium coli, какъ это явствуетъ изъ случая, описаннаго *Соловьевымъ*, живетъ не только на поверхности слизистой оболочки, но, благодаря своей способности къ самопроизвольному движенію, проникаетъ также между железами въ глубину кишечной стѣнки, гдѣ и вызываетъ измѣненія, ведущія къ изъязвленію. Въ виду сказаннаго становятся понятными упорство болѣзни и ея склонность къ возвратамъ.

Что касается лѣченія, то наиболѣе дѣйствительными средствами противъ balantidii coli нужно считать клистиры изъ раствора хинина (1:1000), въ соединеніи съ внутреннимъ употребленіемъ послѣдняго, а также клистиры изъ смѣси 2,6 литра воды + 5,0 уксусной кислоты + 50,0 таннина (Archiv für Verdauungs-Krankheiten, т. X, тетр. 1). *И. Назаровъ.*

532. *G. Rosenfeld*, указавъ на отсутствіе какихъ-либо типичныхъ признаковъ, или жалобъ, могущихъ содѣйствовать *распознаванію желудка формы песочныхъ часовъ*, послѣдовательно разобралъ относительное значеніе тѣхъ объективныхъ данныхъ, на основаніи которыхъ устанавливается распознаваніе этой формы; послѣдними могутъ являться ясная шнуровая борозда на желудкѣ, неравномѣрное наполненіе его воздухомъ, послѣдовательное выдѣленіе изъ него пищевыхъ остатковъ, или же чистой воды, по удаленіи желудочнаго содержимаго при промываніи его и измѣненіи положенія больнаго, нѣсколько своеобразная рвота въ два пріема. Для наглядной оцѣнки распознавательныхъ пріемовъ разбираемаго страданія авторъ приводитъ слѣдующій случай:

28-лѣтній больной, довольно истощенный, страдалъ явленіями затяжного заболѣванія желудка, но послѣдній, кромѣ избыточнаго содержанія соляной кислоты, не представлялъ никакихъ особенностей въ своей функціональной дѣятельности; для его изслѣдованія авторъ примѣнилъ зондъ, заполненный на концѣ дробью (для той-же цѣли, по его мнѣнію, можетъ служить зондъ съ металлическою спиралью по *Kuhn*'у, но *Röntgen*'овскіе лучи даютъ съ нимъ менѣе ясное изображеніе); при послѣдующемъ раздутіи желудка и опредѣленіи лучами *Röntgen*'а конца зонда обнаруживалась на нижней кривизнѣ желудка, ниже зонда, воздушная, протяженіемъ 8 стм. полость, на днѣ которой было незначительное количество пищевой смѣси, что являлось, по мнѣнію автора, характернымъ признакомъ для опредѣленія дна желудка. Послѣдовательное вскрытіе, помимо установленнаго распознаванія бугорчатаго пораженія брюшныхъ и грудныхъ органовъ, подтвердило и распознанную форму желудка, хотя прижизненное раздуваніе его и не давало характернаго отшнурованія, могущаго содѣйствовать распознаванію (Centralblatt für innere Medicin, № 7). *Г. Александровъ.*

Хирургическія болѣзни. 533. Д-ръ *Dunn* посвящаетъ вопросу *о почечно-каменной болѣзни* обстоятельную статью. При постановкѣ распознаванія почечно-каменной болѣзни (nephrolithiasis) являются слѣдующіе вопросы: 1) гдѣ находится камень: въ почкѣ, или въ мочеточникѣ; 2) въ какой почкѣ находится камень и въ какомъ состояніи другая почка; 3) пока постоянно образовываются новые камни, пока существуетъ временная анурія съ періодическимъ отхожденіемъ зеренъ и песку, когда терапевтъ долженъ передать своего больного хирургу; 4) когда уже рѣшено приступить къ операціи, какъ убѣдиться, въ какой почкѣ находится камень; 5) какъ вести послѣдовательное лѣченіе послѣ удаленія камня? Бугорчатка почки можетъ симулировать камень въ ней. Въ одномъ случаѣ автора больной имѣлъ нѣсколько припадковъ почечныхъ коликъ. При 1-омъ анализѣ мочи въ ней не найдены бугорковыя палочки. Спустя нѣкоторое время въ мочѣ были констатированы палочки и, дѣйствительно, спустя 3 года больной погибъ отъ бугорчатки почекъ. Авторъ совѣтуетъ поэтому до операціи производить повторный анализъ мочи и примѣнять для распознаванія туберкулинъ, хотя результаты отъ примѣненія послѣдняго не всегда доказательны: бугорковый очагъ можетъ находиться внѣ почки. Изъ 21 операцій, произведенныхъ авторомъ по поводу почечно-каменной болѣзни, въ 3 случаяхъ камня не найдено. Трудно распознаваніе между желчно-каменной болѣзнью и нейральгіей, особенно если послѣдняя сопровождается легкой гематуріей и слѣдами бѣлка. Увеличенное кровонаполненіе почки также даетъ признаки, симулирующіе камень. Авторъ совѣтуетъ въ данномъ случаѣ надсѣчь капсулу почки, послѣ чего всѣ признаки исчезаютъ. Не слѣдуетъ легко рѣшаться на разрѣзъ почки, такъ какъ послѣ этого наблюдалась полная атрофія органа (? *Ред.*). Воспаленіе червеобразнаго отростка, камни желчнаго пузыря, непроходимость кишекъ также могутъ симулировать камень въ почкѣ. Важно наблюдать начало болѣзни, такъ какъ при развитой формѣ осложненія затемняютъ картину. Очень полезно для распознаванія примѣненіе рентгеноскопіи. Боли оказываются признакомъ весьма субъективнымъ. Гематурія является болѣе вѣрнымъ признакомъ. Частота мочеиспусканія различна, поэтому при подозрѣніи на камень мочевого пузыря слѣдуетъ предпринять цистоскопію и собираніе мочи изъ обѣихъ почекъ отдѣльно. Катетеризація мочеточниковъ рѣдко бываетъ полезна. Разрѣшеніе вопроса, какая почка больна и въ какомъ состояніи другая почка, облегчается многими инструментами, хотя въ большинствѣ случаевъ больной правильно опредѣляетъ мѣстонахожденіе заболѣванія. При ощущеніи боли съ обѣихъ сторонъ примѣняется рентгеноскопія и раздѣленіе мочи. Лишь только становится яснымъ, что камень застрялъ въ мочеточникѣ, слѣдуетъ немедленно произвести операцію, чтобы избѣжать зараженія, потому что до зараженія операція эта даетъ наименьшій % смертности. Кожнымъ разрѣзомъ по *Morris*'у почка слегка выводится наружу. Въ крайнемъ случаѣ приходится работать въ глубинѣ раны или сдѣлать усѣченіе ребра. По извлеченіи почки, слѣдуетъ зажать начало мочеточника, чтобы камень не попалъ въ него. Разрѣзъ почки дѣлается по выпуклой поверхности ея. Этотъ разрѣзъ даетъ: 1) наименьшее кровотеченіе, 2) наименьшее послѣдовательное паренхиматозное перерожденіе, 3) быстрое заживленіе, 4) наибольшій доступъ для изслѣдованія. Мочеточники должны быть обязательно катетеризованы послѣ операціи, чтобы убѣдиться въ ихъ проходимости. Рана въ почкѣ зашивается круглой иглой іодоформеннымъ кэтгутомъ. При большихъ камняхъ въ почкѣ оставляется небольшое отверстіе, которое нѣсколько дней дренажируется марлей. Наружная рана всегда дренажируется (St.-Paul Medical Journal, декабрь 1903). *І. Л. Ф.*

534. Д-ръ *Guenot* описываетъ *случай хирургическаго лѣченія проказы.* Послѣ улучшенія общаго состоянія больного, подъ вліяніемъ укрѣпляющаго лѣченія, многочисленные проказные узлы, покрывавшіе почти все лицо, были вырѣзаны въ нѣсколько пріемовъ; наступило первичное натяженіе и затѣмъ поверхностные рубцы. Послѣ такого лѣченія лице больного приняло довольно благообразный видъ (Archives de médecine et de pharmacie militaires, № 71, 1903). *И. Вирскій.*

535. Проф. *Jaboulay* въ статьѣ «*О хирургическомъ лѣченіи воспаленій почекъ*» описываетъ случай, гдѣ у женщины, 41 года, съ одностороннимъ воспаленіемъ почекъ,

послѣ произведенной имъ операціи декапсуляціи почки, наступило полное выздоровленіе, настаиваетъ на широкомъ примѣненіи хирургическаго вмѣшательства, при болѣзняхъ почекъ (Archives générales de médecine, № 46, 1903). *В.*

536. Д-ръ *Harris* (Chicago) на основаніи своихъ наблюденій, отрицаетъ *значеніе ушибовъ какъ* одну изъ *причинъ, вызывающихъ подвижность почки.* Авторъ имѣлъ возможность изслѣдовать 1300 чел., получившихъ ушибы на желѣзныхъ дорогахъ; изъ общаго числа 728 были мужчины, 572—женщины. Ни у одного мужчины не было опредѣлено подвижной почки, хотя нѣкоторые представляли признаки, указывавшіе на поврежденіе этого органа; у женщинъ подвижная почка найдена 41 разъ; обѣ почки были подвижны у 9 женщинъ, одна правая—у 32. По тщательному изслѣдованію оказалось, что ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ нельзя возникновеніе подвижности почки поставить въ связь съ ушибомъ. По автору, подвижная почка наблюдается у лицъ съ особымъ тѣлосложеніемъ, ушибъ же служитъ большею частью лишь побудительной причиной къ изслѣдованію почекъ, при чемъ найденная подвижность почки не можетъ считаться только-что возникшей, такъ какъ для развитія этого болѣзненнаго состоянія требуется нѣкоторый промежутокъ времени (The Journal of the American Medical Association, 13 февраля). *Л. Старокадомскій.*

537. Д-ръ *Harrison* сообщилъ крайне рѣдкій случай *первичной ампутаціи* всѣхъ *4 конечностей.* Больной былъ доставленъ съ желѣзнодорожнаго полотна съ раздробленными членами, въ шокѣ, почти безъ пульса. Послѣ подкожнаго впрыскиванія $^1/_{10}$ грана стрихнина, было примѣнено общее обезболиваніе, въ вены влито болѣе 2 литровъ солевого раствора съ адреналиномъ. Правая голень ампутирована на 4 дюйма ниже колѣна, лѣвое бедро — на границѣ верхней и средней $^1/_3$, обѣ верхнія конечности—на 2 д. выше лучезапястнаго сочлененія. Оперировали одновременно на 2-хъ конечностяхъ, кровотеченіе было незначительное, операція продолжалось 25 м. Назначенъ адреналинъ, горячія бутылки, приподнятое положеніе нижнихъ конечностей; противъ болей—морфій. Нагноилась культя правой нижней конечности. Выздоровленіе (British Medical Journal, 20 февраля). *Л. Старокадомскій.*

Глазныя болѣзни. 538. Д-ръ *Nicati* совѣтуетъ особые пріемы для *обнаруженія односторонней притворной слѣпоты помощью призмы.* Сущность изслѣдованія сводится, по прежнему, къ попеременному прикрыванію призмой (съ угломъ преломленія въ 5—6°) то части зрачка, то всего зрачка видящаго глаза, иначе говоря — къ незамѣтному для притворщика превращенію одноглазнаго двоенія въ двуглазное, которое и обнаруживаетъ наличность зрѣнія на мнимослѣпомъ глазу. Особенность-же изслѣдованія заключается въ томъ, что, поворачивая призму преломляющимъ угломъ въ разныя стороны, отвлекаютъ вниманіе изслѣдуемаго перемѣщеніемъ мнимаго образа. Еще удобнѣе изслѣдовать такимъ путемъ красной призмой или обыкновенной призмой, сложенной съ краснымъ стекломъ: неокрашенный образъ, дѣйствительный, остается неподвижнымъ при поворачиваніи красной призмы, красный-же образъ перемѣщается то вверхъ, то внизъ, то вправо, то влѣво, и изслѣдуемый, занятый обозначеніемъ направленія, въ которомъ перемѣстился красный образъ, не замѣчаетъ, какъ призма передвинулась на весь зрачекъ, и продолжаетъ указывать направленія, обнаруживая такимъ образомъ свое притворство (Archives d'ophtalmologie, февраль). *Р. Кацъ.*

539. Въ статьѣ о *періоститѣ и остеоміэлитѣ глазничной крышки* д-ръ *Ammon* (München) высказывается противъ выжидательнаго лѣченія воспалительныхъ страданій глазницы согрѣвающими компрессами либо припарками. Нагноенія глазницы, какъ извѣстно, представляютъ двоякую опасность—для зрѣнія, пораженіемъ глазного яблока и зрительнаго нерва, и для жизни, переходомъ на мозговыя оболочки. Въ послѣднемъ отношеніи простая флегмона глазницы, какъ указывалъ еще *Berlin*, даетъ благопріятное предсказаніе; опасность-же для жизни представляютъ тѣ случаи, гдѣ либо нагноеніе распространилось изъ клѣтчатки на надкостницу глазничной стѣнки, либо костная стѣнка глазницы заболѣла первично,—особенно, если пораженію подверглась верхняя стѣнка глазницы. Эти-же случаи заставляютъ задумываться и надъ способомъ лѣченія: въ то время какъ при явномъ скопленіи гноя нѣтъ и сомнѣнія въ необходимости вскрытія нарыва, здѣсь представляется выборъ между пробнымъ проколомъ и выжидательнымъ лѣченіемъ. Но пробный проколъ, отнюдь не безразличный для отправленія мягкихъ частей глазницы, можетъ тутъ оказаться совершенно безцѣльнымъ, а выжидательное лѣченіе опасно, такъ какъ и улучшеніе, возможное на первыхъ порахъ отъ этого лѣченія, не обезпечиваетъ отъ весьма печальныхъ неожиданностей въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни. Въ подтвержденіе этого авторомъ приводится слѣдующій случай.

У 20-лѣтняго юноши, заболѣвшаго рожей лица, на 7-й день болѣзни опухли оба вѣка праваго глаза. На 17-й день болѣзни температура упала къ нормѣ, глазъ-же по прежнему оставался прикрытымъ сильно опухшими вѣками и, сверхъ того, нѣсколько смѣстился книзу и кнаружи; изслѣдовать верхне-внутренній уголъ глазницы на наличность пропитыванія было нельзя изъ-за сильной чувствительности кожи, покрывшейся въ этомъ мѣстѣ струпьями. Глазное дно было нормально, но острота зрѣнія равнялась лишь $^4/_{60}$. Назначены были согрѣвающіе компрессы, подъ вліяніемъ которыхъ припухлость вѣкъ, какъ и отекъ соединительной оболочки почти совершенно исчезли въ нѣсколько дней, а еще черезъ нѣсколько дней уменьшилось и смѣщеніе глазного яблока книзу. На 25-й день болѣзни удалось изслѣдовать глазницу довольно глубоко пальцемъ, при чемъ обнаружено было кверху и кнутри отъ глазного яблока короткое веретенообразное пропитываніе, толщиной въ карандашъ. Черезъ мѣсяцъ и это пропитываніе исчезло; осталась лишь небольшая припухлость верхняго вѣка, какъ это, впрочемъ, часто наблюдается въ теченіи долгаго времени послѣ рожи лица, а зрѣніе поднялось лишь до $^1/_3$ нормальнаго. Больного собирались уже выписать, тревожило лишь неполное возстановленіе зрѣнія на правомъ глазу, какъ вдругъ развились мозговыя явленія, сосокъ зрительнаго нерва въ правомъ глазу сдѣлался застойнымъ, и черезъ 2 недѣли больной умеръ. Вскрытіе показало, что верхняя стѣнка глазницы была изъѣдена насквозь, такъ что недалеко отъ задняго ея края имѣлось отверстіе, съ чечевицу; отверстіе это было прикрыто гнойной пробкой, микроскопическое изслѣдованіе которой обнаружило гроздекокки въ чистой разводкѣ. Въ правой лобной долѣ найденъ былъ нарывъ, а на основаніи мозга оказалось острое воспаленіе мягкой мозговой оболочки.

Случай этотъ показываетъ также, какъ трудно иногда отличить пораженіе одной лишь клѣтчатки глазницы отъ заболѣванія кости и надкостницы: по клинической картинѣ здѣсь можно было думать о нагноеніи либо пропитываніи глазничной клѣтчатки, какъ осложненіи рожи лица, а съ наступленіемъ мозговыхъ явленій приходилось признать нарывъ мозга отъ распространенія возбудителя воспаленія по венамъ либо черезъ верхнюю глазничную щель, въ дѣйствительности-же тутъ имѣлось дѣло съ періоститомъ и остеоміэлитомъ въ глубинѣ глазницы. Для предупрежденія подобныхъ неожиданностей авторъ и настаиваетъ на своевременномъ вмѣшательствѣ, но не пробнымъ проколомъ въ глазничную клѣтчатку, а *отслоеніемъ надкостницы отъ крышки глазницы*: если въ самомъ дѣлѣ имѣется пораженіе кости или надкостницы, то этимъ пріемомъ непосредственно обнажается очагъ заболѣванія, а въ томъ случаѣ, еслибы нарывъ оказался въ клѣтчаткѣ глазницы, можно было-бы вскрыть его черезъ надкостницу или-же дать ему самому вскрыться, препятствуя тампонами слишкомъ скорому прилеганію надкостницы къ кости. Во избѣжаніе перерѣзки подниматель верхняго вѣка, какъ и безобразящаго рубца, лучше всего провести разрѣзъ по нижнему краю сбритой брови; разрѣзъ дѣлаютъ до самой кости вдоль внутренней или наружной $^1/_2$ брови, смотря по предполагаемому мѣстоположенію воспалительнаго очага. По остановкѣ кровотеченія, растягиваютъ края раны тупыми крючками, вводятъ распаторій въ надкостничную рану и продвигаютъ его между костью и надкостницей до тѣхъ поръ, пока не переходятъ за надглазничный край, послѣ чего распаторій замѣняется подъемникомъ, такъ какъ съ этого мѣста связь между надкостницей и костью становится болѣе свободной; рычагообразными движеніями подъемника и отдѣляютъ надкостницу отъ верхней стѣнки глазницы. Такимъ способомъ авторъ оперировалъ съ успѣхомъ въ слѣдующемъ случаѣ.

У 22-лѣтняго мужчины, совершенно здороваго, внезапно явились въ правой $^1/_2$ головы непрерывныя боли, исходившія изъ праваго глаза, а въ то же время отекли и вѣки этого глаза. Температура повысилась до 38°,1 (по вечерамъ), при общей большой разбитости и полной потерѣ позыва на ѣду. На самомъ

глазу на 4-й день болѣзни не было замѣчено никакихъ измѣненій, а чувствительность къ давленію найдена была лишь у выхода надглазничнаго нерва. Наложенъ былъ согрѣвающій компрессъ изъ борнаго раствора; черезъ 2 дня припухлость вѣкъ увеличилась до того, что глазъ закрылся, а день спустя отекъ нѣсколько уменьшился, но глазное яблоко смѣстилось книзу. На 8-й день болѣзни верхнее вѣко припухло больше, смѣщеніе глазного яблока книзу увеличилось, при чемъ обнаружились и смѣщеніе кнаружи и выпячиваніе яблока впередъ; въ верхней стѣнкѣ глазницы, особенно во внутренней $^1/_2$, оказалась сильная чувствительность къ давленію, палецъ же, введенный въ глубину глазницы, нигдѣ не могъ открыть ни выбленія, ни уплотнѣнія. Головныя боли были сильны; 37°,6 (утромъ). Произведенъ былъ разрѣзъ по нижней границѣ правой брови до кости, и надкостница была отдѣлена на 4 стм. вглубь глазницы: ни гноя, ни измѣненія въ кости не оказалось; надкостница представлялась сильно утолщенной и покраснѣвшей, но ограниченнаго участка, подъ которымъ можно было бы подозрѣвать скопленіе гноя, въ ней не было найдено, а потому дальнѣйшаго разрѣза не было сдѣлано, и лишь между костью и надкостницей была оставлена іодоформная марля. Вечеромъ 37°,5. На 2-й день послѣ операціи головныя боли исчезли и явился позывъ на ѣду, хотя къ вечеру температура все еще держалась на 37°,5, а на 3-й день показался обильный гной изъ 2-хъ отверстій въ надкостницѣ, открывшихся приблизительно на 1 стм. за надглазничнымъ краемъ, вслѣдъ затѣмъ и глазное яблоко приняло болѣе нормальное положеніе, и опухоль верхняго вѣка уменьшилась. При дальнѣйшемъ тампонированіи въ слѣдующіе дни черезъ означенныя отверстія вышло еще немного гноя, а черезъ 10 дней рана очистилась до того, что можно было наложить швы, которые удалены были недѣлю спустя. Наступило полное выздоровленіе (Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 1). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 540. На основаніи наблюденій надъ 276 больными, д-ръ *Goth* приходитъ къ заключенію, что *аспиринъ представляетъ собою хорошее болеутоляющее средство* для страдающихъ разнаго рода *заболѣваніями женской половой сферы.* Назначая аспиринъ по 0,5—1,0, авторъ замѣчалъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ (напр., въ 38 изъ 42 больныхъ ракомъ матки) быстрое успокоеніе болей, наступавшее уже въ первые полчаса и продолжавшееся зачастую болѣе 12 часовъ. Изъ побочныхъ дѣйствій была замѣчена 1 разъ тошнота и 5 разъ сильный потъ, 3 раза въ сопровожденіи шума въ ушахъ. Авторъ совѣтуетъ особенно примѣнять аспиринъ въ случаяхъ недопускающаго уже операцію рака матки, при болѣзненныхъ отъ различныхъ причинъ мѣсячныхъ, а также при боляхъ послѣ врачебныхъ дѣйствій въ полости матки. По видимому, аспиринъ не проявляетъ упомянутаго дѣйствія при трипперномъ заболѣваніи женскихъ половыхъ органовъ (Medizinische Blätter, 11 февраля). *Л. Старокадомскій.*

541. Д-ръ *Bäisch* сообщаетъ результаты своихъ бактеріологическихъ изслѣдованій и опытовъ, касающихся *воспаленія мочевого пузыря послѣ гинекологическихъ операцій.* Въ настоящее время авторы еще расходятся въ существенныхъ пунктахъ, какъ напр. о патогенетическомъ значеніи bacter. coli com. (*Rovsing* отрицаетъ его этіологическое значеніе, большинство же авторовъ съ *Melchior*'омъ во главѣ считаютъ его главнымъ возбудителемъ цистита). Также не сходятся авторы въ вопросѣ объ инфицирующей его силѣ. Тогда какъ *Huber*, *Schnitzer* и *Wreden* признаютъ, что достаточно его присутствія въ пузырѣ для наступленія цистита, остальные авторы находятъ, что эту способность микробъ пріобрѣтаетъ только при задержкѣ мочи. Не меньшее разногласіе существуетъ относительно происхожденія зародышей и путей, по которымъ они попадаютъ въ пузырь. Наступаетъ циститъ иногда уже на 3-й день, обыкновенно же на 5—8-ой, рѣже еще позже и тогда теченіе его болѣе легкое. *В.* изслѣдовалъ 40 случаевъ цистита съ самаго момента его появленія. 6 разъ были найдены стрептококки, 34 раза стафилококки, главнымъ образомъ pyogenes albus и 10 разъ вмѣстѣ съ предыдущими bacter. coli commune. Если больная катетеризируется, ежедневно съ цѣлью промыванія пузыря или вслѣдствіе задержанія мочи, то, считая со 2-ой недѣли отъ начала цистита на ряду съ стрептококками и со стафилококками появляется bacter. coli. Затѣмъ приблизительно въ теченіи 14 дней всѣ указанные зародыши наблюдаются вмѣстѣ, позже кокки постепенно уменьшаются въ числѣ и съ 3—4-ой недѣли почти неизмѣнно въ еще мутной гнойно-слизистой мочѣ остается чистая культура bacter. coli. Стало быть въ дѣйствительности возбудителями цистита оказываются кокки, тогда какъ вторженіе bact. coli составляетъ уже вторичное явленіе. Что касается путей проникновенія ихъ въ пузырь, то *В.* не находитъ никакихъ доказательствъ къ тому, чтобы оно происходило черезъ кишки. По его заключенію содержаніе зародышей уретры зависитъ отъ содержанія ихъ на наружныхъ половыхъ частяхъ и во влагалищѣ; оно различно у беременныхъ, у родильницъ, у здоровыхъ женщинъ и у лежащихъ въ постели, у оперированныхъ и у неоперированныхъ! Въ уретрѣ не оперированныхъ и не лежащихъ въ постели женщинъ всегда находятся стафилококки и только въ 60% случаевъ bacter. coli. Зародыши, находимые въ уретрѣ, непремѣнно находятся и въ половыхъ органахъ, между тѣмъ не всегда микробы половыхъ органовъ наблюдаются и въ уретрѣ. Стало быть они переходятъ изъ половыхъ органовъ въ уретру. Bact. coli былъ найденъ авторомъ въ секретѣ половыхъ органовъ и уретры у лежащихъ женщинъ только въ $^2/_3$ всѣхъ случаевъ. Откуда же онъ берется во *всѣхъ* случаяхъ цистита при дальнѣйшемъ его теченіи? *В.* полагаетъ, что у лежащихъ и оперированныхъ играетъ роль близость заднепроходнаго отверстія. У лежащихъ мочеиспусканіе происходитъ рѣже, что благопріятствуетъ выхожденію зародышей въ пузырь. По мнѣнію *В.* послѣопераціонный циститъ—почти всегда катетеризаціонный циститъ. Но одного проникновенія зародышей въ пузырѣ еще недостаточно для появленія цистита. Главнымъ факторомъ *В.* считаетъ не обыкновенную задержку, какъ думаютъ многіе, а т. наз. ischuria paradoxa, а также трауматическое поврежденіе даже только наружныхъ стѣнокъ пузыря. И, дѣйствительно, *В.* замѣтилъ, что интенсивность воспаленія пузыря находится въ прямой зависимости отъ степени его поврежденія. Съ профилактической цѣлью *В.* совѣтуетъ при послѣопераціонной ишуріи вечеромъ 1-го дня впрыскиваніе 20 к. стм. 2% стерилизованнаго борнаго глицерина, что вызываетъ уже черезъ нѣсколько минутъ произвольное мочеиспусканіе; въ случаѣ неудачи катетеризація съ послѣдующимъ основательнымъ промываніемъ пузыря. *В.* видѣлъ при такомъ образѣ дѣйствія прекрасные результаты (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie, т. 8, тетр. 2). *А. Г—ръ.*

Дѣтскія болѣзни. 542. *John W. Brannan*, описывая случай аппендицита у 6-лѣтняго мальчика, указываетъ на нѣкоторыя *особенности воспаленія червеобразнаго отростка у дѣтей.* Пользованный имъ ребенокъ захворалъ болью въ области желудка и рвотою. При изслѣдованіи болѣзненность въ животѣ обнаружена не была. Температура 37°, п. 80. На слѣдующій день темп. 38, п. 120. Животъ не вздутъ, безболѣзненъ. На 3-ій день болѣзненность въ животѣ съ *лѣвой* стороны, затѣмъ явные признаки общаго воспаленія брюшины. Чревосѣченіе; кромѣ разлитого воспаленія брюшины найдено прободеніе червеобразнаго отростка. Послѣ вторичной операціи—смерть. Воспаленіе червеобразнаго отростка въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается сравнительно рѣдко, и авторъ могъ найти лишь скудныя казуистическіе данныя этого заболѣванія. Самый младшій ребенокъ, у котораго онъ наблюдался, былъ 16 мѣсяцевъ отъ роду. Въ 1 случаѣ нарывъ вскрылся самостоятельно въ прямую кишку, у 2 больныхъ операція произведена была черезъ прямую кишку. Что касается признаковъ воспаленія червеобразнаго отростка у дѣтей, то замѣчено, что классическіе признаки, за исключеніемъ рвоты, выражены у дѣтей менѣе рѣзко, чѣмъ у взрослыхъ; особенно это относится къ локализаціи болей въ области отростка. Въ началѣ болѣзни боль обыкновенно наблюдаются въ области пупка и желудка, въ дальнѣйшемъ теченіи она бываетъ на мѣстѣ отростка только въ 54% (*Dever*). Что касается лѣченія, то здѣсь, какъ и при аппендицитѣ у взрослыхъ, мнѣнія расходятся. Авторъ полагаетъ, что лѣченіе должно быть преимущественно хирургическое. Изъ внутреннихъ средствъ предлагаются (а другими въ тоже время отвергаются) каломель, слабительныя, соли, опій, морфій и белладонна (Medical Record, 30 апрѣля). *Ц. О.*

Нервныя и душевныя болѣзни. 543. Д-ръ *Paul Garnier*, въ статьѣ *«истерички-обвинительницы»*, указываетъ, что, если истеричекъ до сего времени и несправедливо обвиняли въ чрезмѣрной похотливости, то, во вся-

комъ случаѣ, онѣ весьма часто представляютъ врожденную глубокую испорченность, которая дѣлаетъ ихъ весьма опасными по отношенію къ окружающимъ. Наклонность къ обвиненіямъ зависитъ, по видимому, отъ нейроза и находится въ связи съ вырожденіемъ. Свойство это выражается въ различныхъ формахъ и можетъ быть подраздѣлено на 3 группы: 1) 1-ая степень выражается *злонамѣренными измышленіями*, вредный характеръ которыхъ является лишь относительнымъ и не имѣетъ особаго соціальнаго значенія. 2) Ко 2-ой степени относятся *неопредѣленныя обвинительныя инсинуаціи;* здѣсь истерическія измышленія принимаютъ, по видимому, реальный характеръ; это скорѣе лживые намеки, нежели опредѣленные доносы. 3) Къ 3-ей степени относятся *ложныя обвиненія*, которыя сначала бываютъ не прямыми. Клевета постепенно организуется, дополняется и въ обвинительномъ разсказѣ все предусмотрѣно, чтобы опутать жертву; въ случаѣ надобности присоединяется симуляція преступленія съ нанесеніемъ себѣ поврежденій для того, чтобы вызвать послѣдствія, степень которыхъ была-бы пропорціональна обвиненію. Въ заключеніе, д-ръ *G.*, приводитъ нѣсколько подробныхъ описаній такого рода истерическихъ обвиненій (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, октябрь и ноябрь, 1903). *И. Вирскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 544. *И. Мечниковъ* и *Em. Roux* «*Экспериментальныя изслѣдованія сифилиса*». 2 сообщенныхъ опыта авторовъ надъ шимпанзе и одинъ опытъ *Lassar*'а надъ этимъ-же животнымъ доказываютъ съ несомнѣнностью, что шимпанзе воспріимчивъ по отношенію къ сифилису, и что у него послѣ прививки, наступаютъ явленія, совершенно подобныя тѣмъ, которыя наблюдаются у человѣка. Поэтому этотъ родъ обезьянъ можетъ быть очень полезенъ для изученія сифилиса. Незначительность сифилитическихъ пораженій у привитыхъ макакъ, недолгое ихъ теченіе и отсутствіе у нихъ вторичныхъ явленій заставляютъ предполагать, что макаки способны ослаблять сифилитическій ядъ. Для рѣшенія этого вопроса надо было перенести этотъ ядъ послѣ поступленія его въ организмъ макаки черезъ организмъ чувствительный къ сифилису. Такимъ организмомъ является шимпанзе, воспріимчивость котораго къ сифилису достаточно доказана. Съ этой цѣлью самкѣ шимпанзе, привезенной изъ Конго, авторы сдѣлали прививку въ крайнюю плоть клитора изъ первичнаго пораженія отъ макаки. Черезъ 15 дней въ области прививки появились незначительныя явленія (гиперэмія, маленькое поверхностное изъязвленіе). Всѣ эти явленія исчезли совершенно черезъ 10 дней, при чемъ никакого уплотненія ткани не замѣчалось. Спустя 30 дней послѣ 1-ой прививки, авторы этому-же животному сдѣлали прививку отъ больного сифилитическимъ шанкромъ въ область клитора и въ лѣвую ляшку. Черезъ 8 дней послѣ прививки человѣческаго яда у шимпанзе замѣчено было общее увеличеніе железъ. Спустя 93 дня послѣ прививки яда макаки у шимпанзе не замѣчалось никакихъ вторичныхъ явленій ни на кожѣ, ни на слизистыхъ оболочкахъ, и спустя 63 дня послѣ прививки человѣческаго яда также не наблюдалось никакихъ явленій. Можно поэтому заключить, что прививка яда макаки дала шимпанзе невоспріимчивость къ сифилитическому яду. Естественную невоспріимчивость въ данномъ случаѣ допустить невозможно. Эти опыты, хотя и малочисленные, но достаточны, чтобы доказать возможность полученія ослабленнаго сифилитическаго яда посредствомъ проведенія его черезъ организмъ макаки и вызвать искусственную невоспріимчивость при помощи ослабленнаго яда. Желательно найти еще болѣе ослабленный ядъ. Обезьяны могутъ представить цѣлую скалу различныхъ степеней ядовитости сифилитическаго яда, представляя различную степень къ нему воспріимчивости, начиная отъ человѣкоподобныхъ, очень воспріимчивыхъ, до мандрилловъ—совершенно невоспріимчивыхъ. Желательно также найти не живую прививку, подвергнутую вліянію разныхъ физическихъ и химическихъ дѣятелей (Annales de l'Institut *Pasteur*, № 1). *И. Вирскій.*

545. Д-ръ *Ferd. Fuchs* въ 8 случаяхъ съ успѣхомъ примѣнялъ *обрывное лѣченіе перелоя альбаргиномъ*. Обрывное лѣченіе дѣйствительно только черезъ 48, самое большее черезъ 72 часа послѣ совокупленія. Субъективно въ это время чувствуется въ каналѣ только жженіе и покалываніе, а утромъ легкое склеиваніе наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Микроскопически—въ слизистомъ еще отдѣляемомъ—ромбическій плоскій эпителій, отдѣльные лейкоциты, очень мало гонококковъ, частью свободныхъ, частью приставшихъ къ эпителіальнымъ клѣткамъ и очень рѣдко въ лейкоцитахъ; въ этомъ періодѣ гонококки еще не проникли въ подъэпителіальную ткань. Примѣняя альбаргинъ въ этомъ періодѣ, удается убить гонококковъ и остановить перелой. Авторъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ: 2% растворъ альбаргина набирается въ шприцъ 100 к. с. емкостью, на шприцъ надѣвается стеклянная олива. Подъ малымъ давленіемъ передняя часть мочеиспускательнаго канала наполняется растворомъ, пока больной не почувствуетъ напряженія въ каналѣ. Олива не вынимается изъ наружнаго отверстія, жидкость остается въ каналѣ 5 минутъ, послѣ чего выпускается, дѣлается 2 впрыскиванія—жидкость оставляется 3 минуты и, наконецъ, 3-е впрыскиваніе—растворъ остается 2 минуты. Всего мочеиспускательный каналъ остается подъ вліяніемъ раствора альбаргина 10 минутъ. Только 1 изъ 8 больныхъ жаловался на боль при 1-мъ мочеиспусканіи. На другой день въ отдѣляемомъ много эпителія, немного лейкоцитовъ и никакихъ гонококковъ. Ради вѣрности, чтобы убить гонококковъ, застрявшихъ, можетъ быть, гдѣ либо въ мѣшечкахъ, дѣлается новое впрыскиваніе вышеописаннымъ образомъ. Изслѣдованіе на другой день отдѣляемаго обнаруживаетъ только много эпителія безъ лейкоцитовъ и гонококковъ. Такое выдѣленіе можетъ иногда держаться до 3-хъ недѣль и исчезаетъ само или подъ вліяніемъ вяжущихъ (Therapeutische Monatshefte, № 10, 1903). *А. Н. Д.*

546. Д-ръ *F. Paradi* производилъ наблюденія надъ *лѣченіемъ маточнаго перелоя у проститутокъ* въ клиникѣ проф. *Marschalko* (въ Kolozsvàr); онъ пользовался *растворами аргентамина* (1:10) и главнымъ образомъ параллельными испытаніями 5% раствора лигозината натрія (natrium lygosinatum; въ продажу онъ выпущенъ подъ названіемъ lygosin-natrium), получаемаго путемъ сгущенія (конденсированія) салициловаго альдегида съ ацетономъ; названное соединеніе, кристаллизующееся красивыми, металическаго зеленаго цвѣта, блестящими призмами, легко растворимо въ водѣ, не измѣняется отъ кипяченія и дневного свѣта, и, по изслѣдованіямъ *S. Jakabházi*, является сильнымъ противозаразнымъ и противобродильнымъ средствомъ. Въ видахъ лѣченія авторъ вводитъ названныя вещества въ полость матки *Braun*'овскимъ шприцемъ, вмѣстимостью въ 2 к. стм., при чемъ въ самую полость впрыскивался 1 к. стм., остаткомъ-же промывался каналъ маточной шейки; таковыя впрыскиванія производились большею частью дважды въ недѣлю, иногда же и чаще; возможное примѣненіе подобнаго лѣченія устанавливалось однако предварительнымъ гинекологическимъ изслѣдованіемъ матки и ея придатковъ, проведеніе серебряннаго наконечника чрезъ каналъ вырабатывалось навыкомъ и правильностью его направленія и лишь въ исключительныхъ случаяхъ требовало примѣненія *Hegar*'овскихъ расширителей. Отдѣляемое канала шейки обычно изслѣдовалось дважды въ недѣлю, въ день передъ спринцеваніемъ; излѣченными или точнѣе свободными отъ гонококковъ считались тѣ больныя, у которыхъ, по прекращеніи лѣченія, по крайней мѣрѣ, 2 послѣдующихъ микроскопическихъ изслѣдованія давали отрицательный результатъ. Авторъ подробно изложилъ и разобралъ бактеріологическіе опыты и изслѣдованія, произведенныя для оцѣнки гонококкоубійственнаго и противобродильнаго дѣйствія лигозината натрія. Разбирая въ итогѣ результаты своихъ наблюденій авторъ нашелъ, что, въ противоположность мнѣнію на этотъ счетъ гинекологовъ, перелой женщинъ, и въ особенности перелой матки у проститутокъ, въ значительномъ числѣ случаевъ, излѣчимъ вполнѣ, или доступенъ, по крайней мѣрѣ, большему или меньшему обезвреживанію; названное противорѣчіе въ выводахъ, вѣроятно, зависитъ, какъ на это указывали главнымъ образомъ *Neisser* и позднѣе *Marschalko*, отъ основной разницы клиническаго ма-

теріала изслѣдователей; перелойный матеріалъ гинекологовъ состоитъ большей частью изъ замужнихъ женщинъ, зараженныхъ перелоемъ въ бракѣ, много разъ уже, можетъ быть, бывшихъ беременными, одержимыхъ поэтому распространеннымъ процессомъ на придатки матки, т. е. запущенныхъ, осложненныхъ случаевъ; большую-же часть проститутокъ составляютъ молодыя, небеременѣвшія еще женщины, находящіяся, слѣд., въ болѣе свѣжей и доступной лѣченію ступени болѣзни. Въ виду установленной, такимъ образомъ, податливости перелоя проститутокъ къ излѣченію, является вполнѣ возможнымъ не только устранить у нихъ послѣдовательныя тяжелыя заболѣванія, но и предохранить ихъ отъ зараженія вообще. Поэтому, согласно основному положенію *Finger*'а «не медлить съ лѣченіемъ перелоя», является вполнѣ разумнымъ возможно раннее примѣненіе лѣченія въ вышеописанной формѣ и при маточномъ перелоѣ; можно думать, что успѣхъ такого лѣченія въ соотвѣтственныхъ случаяхъ и при соблюденіи необходимыхъ предосторожностей постепенно вытѣснитъ воззрѣнія объ его неизлѣчимости. Лигозинатъ натрія представляетъ въ этомъ случаѣ выдающееся средство; рядомъ съ своими значительными противозаразными свойствами, онъ не повреждаетъ и не раздражаетъ тканей, съ коими приходитъ въ соприкосновеніе; почему является вполнѣ возможнымъ и болѣе частое производство его впрыскиваній и послѣдовательное укороченіе времени самаго излѣченія (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXV, тетр. 3). *А. Гаринъ.*

547. Д-ръ *M. Kirstein*, указавъ, что для *лѣченія мягкой язвы* въ послѣднее время примѣнялось, главнымъ образомъ, прижиганіе жидкой карболовой кислотой, предложилъ испытанное имъ съ полнымъ успѣхомъ въ 4 случаяхъ смазываніе ея, иногда повторяемое чрезъ 24 часа, кускомъ ваты, смоченной обыкновенной *іодовой настойкой*, и послѣдовательную присыпку язвы какимъ-либо противогнилостнымъ порошкомъ. Преимуществами такого способа лѣченія авторъ считаетъ послѣдующее образованіе грануляціонной поверхности, склонной къ скорѣйшему заживленію, чѣмъ струпообразная вялая поверхность, образующаяся послѣ прижиганія карболовой кислотою; затѣмъ, способность іодовой настойки расплываться и, слѣд., проникать во всѣ ходы язвы, при чемъ отсутствіе вызываемой ею коричневатой окраски тканей укажетъ на мѣста, не подвергнувшіяся ея дѣйствію, тогда какъ карболовая кислота, по своей маслянистой консистенціи, требуетъ дѣятельнаго и заботливаго приложенія ея ко всѣмъ загибамъ и заворотамъ язвы; указанное примѣненіе іодовой настойки весьма мало болѣзненно (Dermatologisches Centralblatt, № 7). *А. Гаринъ.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ гигіэны. (Отчетъ *Г. И. Дембо*). Продолженіе. (См. № 26, стр. 942). Соединенное засѣданіе отдѣла гигіэны, общественной медицины и дѣтскихъ болѣзней, посвященное вопросамъ школьной гигіэны 9-го января. Почетнымъ предсѣдателемъ на 1-ую половину засѣданія избранъ *В. И. Долженковъ* (Курскъ), на 2-ую проф. *Г. Хлопинъ* (Одесса).

Ф. Л. Касторскій. Къ вопросу о гигіэнѣ преподаванія въ земской начальной школѣ. Положенія доклада сводились къ слѣдующему: гигіэна преподаванія въ начальной школѣ, являясь существенной частью школьной гигіэны, требуетъ серьезнаго вниманія земства и представителей его врачебно-санитарнаго надзора. Ближайшими руководителями школьнаго дѣла должны быть лица, основательно изучившіе физіологію и психологію школьнаго возраста. Психологія и физіологія должны входить въ курсъ знаній учащаго и врачебнаго персонала школъ. Гигіэну преподаванія слѣдуетъ признать необходимымъ отдѣломъ организуемыхъ для учащихъ педагогическихъ курсовъ и Съѣздовъ. Серьезнымъ недостаткомъ современной постановки начальной школы, въ смыслѣ школьной гигіэны, является чрезмѣрное развитіе грамматизма съ обиліемъ «самостоятельныхъ» письменныхъ работъ въ классѣ въ ущербъ объяснительному чтенію и наглядности преподаванія. Вредная для здоровья учащихся и учащихъ сторона экзаменовъ должна быть возможно смягчена.

Во время преній А. А. Стаховичъ (предводитель дворянства Елецкаго уѣзда), поддерживая всѣ тезисы докладчика, указалъ на то, что на Съѣздѣ, созванномъ попечителемъ Московскаго учебнаго округа въ 1901 г. изъ лицъ, почти исключительно принадлежащихъ къ школьной администраціи, по его докладу, программы начальныхъ народныхъ училищъ 1897 г. признаны неудовлетворительными, но измѣненій никакихъ не послѣдовало. *Я. Ю. Кацъ* указалъ на необходимость не съуживать, а расширять программы, такъ какъ и теперь обнаруживается безграмотность. Причины, препятствующія улучшенію начальныхъ школъ, заключаются въ недостаткѣ матеріальныхъ средствъ и въ условіяхъ завѣдыванія школами; поэтому, необходимы, съ одной стороны, субсидіи отъ правительства, съ другой, земства должны завѣдывать и педагогической частью школъ, должны быть образованы школьные Совѣты, по образцу врачебно-санитарныхъ Совѣтовъ. *Л. Д. Брюхатовъ* оттѣнилъ недостаточную подготовку педагогическаго персонала, отсутствіе свѣдѣній по естествознанію вообще, психологіи и физіологіи въ частности; желательно, чтобы возможно шире въ школахъ были распространены сочиненія по естествознанію и педагогикѣ.

В. В. Ставскій отмѣтилъ необходимость поставить условіемъ для педагогическаго персонала знаніе школьной гигіэны.

Б. Я. Дорфъ предложилъ отдѣлу высказать пожеланіе, чтобы народное просвѣщеніе, какъ и народное здравіе, находилось во вѣдѣніи одного хозяина, а именно общественнаго самоуправленія. *Н. М. Зевина* отмѣтила необходимость участія врачей въ всѣхъ училищныхъ Совѣтахъ, *В. В. Рахмановъ* указалъ на нищенское содержаніе учителей и учительницъ, *М. Б. Блауберъ* замѣтилъ, что свѣдѣнія по школьной гигіэнѣ, къ сожалѣнію, мало распространены среди самихъ врачей.

Кромѣ того, въ преніяхъ принимали участіе: *А. Я. Файнштейнъ, В. В. Зарембо.*

Отдѣлъ принялъ слѣдующія постановленія по докладу *Ф. Л. Касторскаго:* 1) признать необходимымъ коренную реформу земской начальной школы въ смыслѣ передачи въ вѣдѣніе общественныхъ учрежденій педагогической части, наравнѣ съ хозяйствомъ; 2) признать необходимымъ образованіе при земскихъ Управахъ для завѣдыванія народнымъ образованіемъ школьныхъ Совѣтовъ изъ выборныхъ представителей земства и изъ врачебнаго и учащаго персонала; 3) для ближайшаго времени приняты положенія докладчика.

И. П. Скворцовъ. Школьная гигіэна и наши школы. Школьная гигіэна, въ связи съ общимъ ученіемъ о дѣтяхъ (педологіей) и ихъ воспитаніе (педономіей) имѣетъ отношеніе какъ къ внѣшней, такъ и внутренней сторонѣ школьной жизни вообще, стремясь обезпечить какъ тѣлесное, такъ и душевное здоровье подростающихъ поколѣній. А для этого необходимо ставить ихъ въ условія, возможно болѣе благопріятныя для ихъ роста и развитія. Та или другая постановка школъ въ гигіэническомъ отношеніи въ значительной степени характеризуетъ и постановку школьнаго дѣла, вообще, а, слѣд., его цѣлесообразность и успѣшность. Наши школы въ громадномъ большинствѣ случаевъ далеко не удовлетворяютъ гигіэническимъ требованіямъ не только по распорядку и содержанію ихъ внутренней жизни, но и по своей внѣшней обстановкѣ (тѣснота помѣщеній, недостаточность и несоотвѣтственность естественнаго и искусственнаго освѣщенія, плохое провѣтриваніе, нецѣлесообразная меблировка и т. д.). Особеннымъ зломъ является подведеніе всѣхъ учащихся къ одному среднему уровню, благодаря чему свойственныя каждому человѣку особенности во чтобы то ни стало насилуются или угнетаются, принимаютъ уродливыя формы. Результатомъ этого, кромѣ большого % «неуспѣвающихъ» «лѣнивыхъ» получается и не малый % «испорченныхъ» «шалуновъ» и вообще дурно себя ведущихъ; въ концѣ концевъ кончаютъ курсъ въ нашихъ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ (особенно въ гимназіяхъ) едва 30 — 40% поступившихъ въ первый классъ. Отсюда ясно вытекаетъ необходимость организовать для школъ, кромѣ собственно педагогическаго, и спеціальный врачебно-гигіэническій надзоръ, который касался-бы какъ всѣхъ сторонъ школьнаго быта, такъ и личныхъ особенностей каждаго учащагося. Для достиженія этой цѣли нужно имѣть спеціально подготовленный институтъ школьныхъ врачей (для женскихъ школъ исключительно врачей-женщинъ) и подвѣдомственныхъ послѣднимъ санитарныхъ школьныхъ надзирателей. Лучше всего, конечно, было-бы,

если-бы помощниками врача въ гигіэническомъ отношеніи были сами преподаватели и школьные надзиратели, для чего школьная гигіэна въ извѣстномъ объемѣ должна-бы входить въ кругъ испытаній на должность преподавателя или надзирателя. Кругъ дѣятельности школьныхъ врачей долженъ быть опредѣленъ извѣстными программами и инструкціями, дающими имъ право участія въ школьныхъ Совѣтахъ, какъ полноправнымъ членамъ собранія, и Съѣзды школьныхъ врачей въ извѣстные сроки должны считаться обязательными при участіи въ нихъ представителей какъ педагогическаго персонала, такъ и того или другого общественнаго управленія—городского или земскаго. Было-бы очень желательно и участіе въ такихъ собраніяхъ и Съѣздахъ и представителей со стороны родителей, если-бы нашелся подходящій способъ ихъ приглашенія. Хотя у насъ давно уже существуютъ врачи при школахъ, но собственно школьныхъ врачей еще очень мало и при томъ, хотя въ послѣднее время компетенція ихъ и расширена, но кругъ ихъ правъ и обязанностей далеко еще не выясненъ и не опредѣленъ, по крайней мѣрѣ, въ гигіэническомъ отношеніи. Для такого выясненія и опредѣленія является крайне важнымъ взаимный обмѣнъ мыслей и наблюденій между заинтересованными въ данномъ дѣлѣ врачами, почему было-бы необходимо на будущихъ всероссійскихъ Съѣздахъ врачей имѣть спеціальный отдѣлъ по школьной гигіэнѣ и медицинѣ.

В. Г. Матвѣева. Къ вопросу о школьно-санитарномъ надзорѣ за начальными училищами въ большихъ городахъ (докладъ отъ имени школьныхъ врачей Петербурга). Организація врачебно-санитарнаго надзора за начальными школами создалась въ разныхъ государствахъ западной Европы не одинаково и не всюду отличается достаточной полнотой. Въ докладѣ очерченъ санитарный надзоръ за школами въ крупныхъ заграничныхъ центрахъ и въ Россіи. Сопоставляя инструкціи, выработанныя для этой цѣли, въ различныхъ городахъ, докладъ отмѣчаетъ существенную разницу въ нихъ. Такъ, въ Московской инструкціи на первое мѣсто поставлены санитарные вопросы школы (врачи обязаны наблюдать за санитарнымъ состояніемъ школы, за вліяніемъ школьнаго помѣщенія, его обстановки, распредѣленія занятій и т. д. на общее состояніе здоровья учащихся, лѣченіе-же послѣднихъ не входитъ въ кругъ обязанностей врачей); по инструкціямъ Петербургскихъ и Кіевскихъ школъ, вся дѣятельность школьныхъ врачей сосредоточивается преимущественно на лѣченіи заболѣвающихъ учащихся (врачи оказываютъ медицинскую помощь дѣтямъ при своемъ посѣщеніи школы, принимаютъ больныхъ у себя амбуляторно, а въ случаѣ тяжелаго заболѣванія Кіевскіе врачи обязаны посѣщать дѣтей на дому). Организація врачебно-санитарнаго надзора въ школахъ Петербурга, не смотря на стройность и цѣлесообразность, имѣетъ нѣкоторые пробѣлы, значительно умаляющіе продуктивность работы школьныхъ врачей и требующіе въ интересахъ школьной санитаріи внесенія нѣкоторыхъ поправокъ въ дѣйствующую нынѣ инструкцію. Сюда относятся: во-1-хъ, односторонняя дѣятельность врачей, вытекающая изъ требованій, предъявляемыхъ имъ инструкціей, по которой вся обширная область школьной санитаріи ускользаетъ отъ вмѣшательства врачебнаго надзора, и работа врачей сосредоточивается главнымъ образомъ на подачѣ медицинской помощи учащимся, во-2-хъ—недостаточное вліяніе врачей на текущую школьную жизнь и рѣшеніе школьно-санитарныхъ вопросовъ, зависящіе отъ отсутствія врачей въ тѣхъ коммиссіяхъ, гдѣ происходитъ разработка вопросовъ, касающихся школьной гигіэны и, въ 3-хъ, отсутствіе обязательныхъ нормъ, которыми врачи могли-бы руководствоваться при предъявленіи санитарныхъ требованій. Положенія: 1. Врачебно-санитарный надзоръ за начальными училищами большихъ городовъ долженъ быть возложенъ на особую группу врачей, обладающихъ спеціальными свѣдѣніями по вопросамъ школьной гигіэны. 2. На обязанность школьныхъ врачей возлагается надзоръ за здоровьемъ учащихся, санитарнымъ состояніемъ училищныхъ помѣщеній, классной обстановкой и гигіэной преподаванія. 3. Школьные врачи обязаны принимать соотвѣтствующія мѣры къ предохраненію училища отъ занесенія заразныхъ заболѣваній. 4. Для болѣе дѣйствительнаго вліянія врачей на текущую школьную жизнь желательно участіе ихъ, въ качествѣ равноправныхъ членовъ во всѣхъ тѣхъ совѣщаніяхъ, гдѣ разсматриваются вопросы, имѣющіе касательство къ школьной гигіэнѣ. 5. Желательно выработать, при участіи школьныхъ врачей, обязательныя гигіэническія нормы, которыя должны лечь въ основу при рѣшеніи вопросовъ школьнаго быта.

А. П. Нечаевъ. О спеціальной подготовкѣ для дѣятельности школьнаго врача. Положенія. 1. Дѣятельность школьнаго врача должна касаться самыхъ разнообразныхъ сторонъ положенія учебно-воспитательнаго дѣла въ томъ заведеніи, въ которомъ онъ состоитъ. 2. Школьный врачъ долженъ не только лѣчить больныхъ, но и заботиться о правильномъ развитіи организма здоровыхъ учащихся. 3. Являясь экспертомъ по вопросамъ гигіэны (въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова), школьный врачъ долженъ имѣть возможность близко изучить весь строй того учебнаго заведенія, которому онъ служитъ. 4. Для того, чтобы имѣть достаточный авторитетъ въ глазахъ педагогическихъ Совѣтовъ, школьный врачъ самъ не долженъ быть лишенъ извѣстной научной педагогической подготовки. 5. Для того, чтобы успѣшно слѣдить за психо-физическимъ развитіемъ учащихся, школьный врачъ долженъ быть знакомъ съ главными положеніями и методами современной педагогической психологіи. 6. Врачъ, получившій спеціальную педагогическую подготовку, былъ-бы самымъ желательнымъ руководителемъ (директоромъ) учебнаго заведенія. 7. Ближайшимъ средствомъ для практическаго осуществленія мысли о необходимости спеціальнаго образованія для школьнаго врача слѣдуетъ признать учрежденіе при медицинскихъ факультетахъ каѳедры «энциклопедіи педагогики», въ составъ которой входили-бы слѣдующіе отдѣлы: исторія педагогики, педагогическая психологія, школовѣдѣніе.

Пренія велись по всѣмъ 3-мъ докладамъ. По поводу доклада *В. Г. Матвѣевой*, *В. И. Долженковъ* указалъ на то, что изслѣдованіе учащихся производится слишкомъ рѣдко; слѣдовало-бы его производить чаще: кромѣ того, необходимо озаботиться болѣе строгимъ проведеніемъ гигіэническаго режима въ современной школѣ.

Я. Ю. Кацъ отмѣтилъ, какъ явленіе нежелательное, отсутствіе связи между городскими школьными врачами и другими врачами Петербургскаго городского управленія. *Н. М. Долгополовъ* оттѣнилъ положеніе *А. П. Нечаева* о томъ, чтобы врачи дѣйствительно были на уровнѣ тѣхъ знаній, которыя указаны докладчикомъ. Кромѣ того, въ преніяхъ принимали участіе: *В. А. Поповъ*, *Ф. Н. Бурчакъ*, *А. М. Ревидцовъ*, *Д. Д. Бекарюковъ*.

Предсѣдательствующій проф. *Г. В. Хлопинъ* прочелъ *докладъ правленія Пироговскаго Общества по вопросу объ организаціи школьнаго врачебно-санитарнаго надзора въ городахъ.* Въ докладѣ Правленія приведены слѣдующія заключенія: 1) Въ ряду санитарныхъ задачъ городскихъ общественныхъ управленій должно быть обращено особое вниманіе на заботы объ охраненіи здоровья подростающаго поколѣнія, въ особенности дѣтей, обучающихся въ учебныхъ заведеніяхъ. 2) Въ виду этого городскими общественными управленіями должны быть приняты мѣры, имѣющія цѣлью: а) устраненіе вредныхъ вліяній со стороны школы на здоровье и физическое развитіе учащихся (плохое школьное помѣщеніе и классная обстановка, неправильное распредѣленіе и условія занятій и т. д.); б) предотвращеніе возможности распространенія заразныхъ и заразительныхъ заболѣваній черезъ школу; в) ознакомленіе учащихся съ основами гигіэны и воспитаніе въ нихъ гигіэническихъ привычекъ. 3) Для достиженія этихъ цѣлей должно быть организовано постоянное врачебно-санитарное наблюденіе надъ учебными заведеніями и учащимися въ нихъ, при чемъ область врачебно-санитарнаго дѣла должна также быть распространена на санитарныя условія жизни и дѣятельности учащихъ. 4) Въ тѣхъ городахъ, гдѣ имѣется болѣе развитая и планомѣрная санитарная организація — на ряду съ персоналомъ думскихъ лѣчащихъ врачей и врачей санитарныхъ—для врачебно-санитарнаго надзора за школами долженъ быть учрежденъ институтъ школьно-санитарныхъ врачей. 5) Школьно-санитарные врачи должны быть вполнѣ освѣдомлены въ вопросахъ

школьной гигіэны, обладать достаточными знаніями въ области дѣтской патологіи, не исключая и спеціальныхъ областей ея (болѣзни глаза, уха и т. п.) и быть въ достаточной степени знакомы съ вопросами педагогики. 6) Школьно-санитарные врачи принимаютъ участіе въ засѣданіяхъ коллегіальныхъ учрежденій, рѣшающихъ основные и текущіе вопросы школьной жизни (училищные Совѣты, училищныя коммиссіи, педагогическіе Совѣты при школахъ и т. п.) для непосредственнаго представленія въ нихъ всѣхъ санитарныхъ нуждъ школы. 7) Школьно-санитарные врачи должны входить въ составъ общаго городского врачебнаго строя и быть участниками городского санитарнаго Совѣта. 8) Всѣ текущіе вопросы, возникающіе въ дѣятельности школьно санитарныхъ врачей, должны ими разрѣшаться коллективно въ ихъ періодическихъ собраніяхъ. Къ обсужденію вопросовъ, не имѣющихъ спеціально медицинскаго характера, желательно привлеченіе учительскаго персонала. 9) Такъ какъ дѣятельность школьныхъ врачей имѣетъ санитарный характеръ, то въ тѣхъ городахъ, гдѣ имѣются другіе городскіе лѣчащіе врачи и соотвѣтствующія лѣчебныя учрежденія, обязанность систематическаго лѣченія учащихся не должна быть на нихъ возлагаема. 10) Необходимо, чтобы должность школьно-санитарнаго врача не была совмѣщаема ни съ какою другою службой, а потому онъ долженъ быть въ достаточной степени обезпеченъ содержаніемъ отъ города. 11) Для практическаго осуществленія различныхъ общихъ мѣръ по охраненію здоровья учащихся дѣтей желательно учрежденіе коллегіальныхъ школьныхъ попечительствъ. Принимая участіе въ этихъ попечительствахъ, школьно-санитарный врачъ могъ-бы направлять ихъ дѣятельность на улучшеніе гигіэническихъ условій школьной обстановки и быта всѣхъ учащихся дѣтей (школьные завтраки, снабженіе одеждой, помѣщеніе дѣтей въ лѣтнія колоніи и т. п.).

С. А. Острогорскій. Объ учебныхъ пособіяхъ при преподаваніи гигіэны. Положенія. 1. Преподаваніе гигіэны должно сопровождаться показываніемъ опытовъ, аппаратовъ, моделей, рисунковъ, таблицъ и т. п. также экскурсіями для обозрѣнія соотвѣтственныхъ учрежденій. 2. Практическія затрудненія, встрѣчаемыя преподавателями гигіэны для осуществленія вышеозначеннаго положенія, настоятельно требуютъ обсужденія этого вопроса въ отдѣлѣ гигіэны. 3. Лица, занимающіяся преподаваніемъ гигіэны, чтеніемъ лекцій, веденіемъ бесѣдъ и т. п. должны совмѣстно выработать тѣ нормальные типы гигіэническихъ музеевъ и лабораторій, которые служили-бы для цѣлей преподаванія. Отдѣломъ приняты слѣдующія постановленія: По докладу *И. П. Скворцова,* чтобы на будущемъ Пироговскомъ Съѣздѣ былъ образованъ особый отдѣлъ или подотдѣлъ школьной гигіэны. Кромѣ того, признана необходимость достаточной подготовки по школьной гигіэнѣ и для преподавателей школъ. По докладу *В. Г. Матвѣевой* приняты заключенія коммиссіи, организованной Правленіемъ по вопросу объ организаціи школьнаго врачебно-санитарнаго надзора въ городахъ.

По докладу *А. П. Нечаева* выражена желательность учрежденія при медицинскомъ факультетѣ каѳедры энциклопедіи педагогики, въ составъ которой входили-бы отдѣлы: исторіи педагогики, педагогической психологіи и школовѣдѣнія. По докладу *С. А. Острогорскаго* отдѣлъ высказался за передачу вопроса на разработку въ коммиссію по школьной гигіэнѣ и распространенію гигіэническихъ знаній въ народѣ, состоящую при Правленіи Пироговскаго Общества.

А. А. Стаховичъ внесъ предложеніе о желательной передачѣ всѣхъ положеній съ краткою ихъ мотивировкою по вопросамъ, имѣющимъ связь съ общественными учрежденіями (земскими и городскими), во всѣ земскія и городскія управленія, съ просьбой доложить ихъ земскимъ собраніямъ и городскимъ Думамъ. Предложеніе принято.

(Окончаніе слѣдуетъ).

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

LXXXIX. XXIV-ое очередное засѣданіе Общества больничныхъ врачей 15-го марта 1904 г.

Прочтенъ и утвержденъ протоколъ предъидущаго засѣданія.

В. И. Шарый прочелъ докладъ: *«Смертность отъ чахотки въ Петербургѣ въ связи съ благосостояніемъ населенія».*

А. А. Вахрамѣевъ, присоединяясь къ заключенію докладчика, что правильная общественная борьба съ бугорчаткой въ Россіи возможна только при условіи соціальныхъ реформъ, считаетъ однако болѣе существеннымъ вопросъ о томъ, какими путями и средствами можно въ этомъ дѣлѣ добиться желательныхъ результатовъ.

А. Н. Рубель, наоборотъ, находитъ особенно важнымъ при каждомъ удобномъ случаѣ оттѣнять преимущественное значеніе въ дѣлѣ борьбы съ бугорчаткой именно соціальныхъ факторовъ. Какъ ни проста по существу эта мысль, какъ ни ясна она даже при поверхностномъ знакомствѣ съ статистикой бугорчатки, тѣмъ не менѣе до сихъ поръ она усваивается у насъ очень туго. *Р.* вспоминаетъ по этому поводу, какъ трудно было ему на первыхъ порахъ дѣятельности «Коммиссіи по борьбѣ съ бугорчаткой» при Обществѣ охраненія народнаго здравія въ 1901 г. провести ту, казалось-бы, элементарную мысль, что въ дѣлѣ заболѣванія бугорчаткой первенствующая роль принадлежитъ общественнымъ факторамъ, а не *Koch*'овской палочкѣ самой по себѣ; что преимущественное вниманіе Коммиссіи должно быть направлено на изученіе мѣръ, ведущихъ къ подъему сопротивляемости организма, а не на обеззараживаніе, изоляцію и т. п. мѣропріятія, сводящія всю борьбу съ бугорчаткой къ борьбѣ съ бугорчатковой палочкой. Онъ вспоминаетъ, какъ еще очень недавно даже для нѣкоторыхъ врачей показалось нѣсколько неожиданнымъ постановленіе IX-го Пироговскаго Съѣзда, подчеркнувшее невозможность правильной борьбы съ бугорчаткой безъ коренной перемѣны многихъ условій нашей общественной жизни. Не смотря на всю свою элементарность, эта простая истина все еще нуждается у насъ въ новыхъ и новыхъ доказательствахъ. Поэтому нельзя не быть особенно признательнымъ докладчику за его полный интереса и глубокой обдуманности докладъ, блестяще доказывающій тѣсную связь между нуждой обездоленнаго бѣдняка и чахоткой въ Петербургѣ. Особенный интересъ эта работа представляетъ въ томъ отношеніи, что наши присяжные статистики, устанавливая уменьшеніе смертности отъ чахотки въ Петербургѣ, въ своемъ служебномъ рвеніи стараются поставить этотъ фактъ въ связь съ мнимымъ улучшеніемъ санитарнаго состоянія города и, игнорируя экономическіе факторы, убаюкиваютъ всѣхъ своимъ: «все обстоитъ благополучно». Мы только что слышали, къ какимъ сложнымъ и блестящимъ по остроумію статистическимъ пріемамъ пришлось прибѣгнуть д-ру *Шарому,* чтобы получить отвѣтъ на вопросъ объ экономическомъ состояніи отдѣльныхъ группъ населенія Петербурга; но онъ преодолѣлъ всѣ трудности и далъ намъ яркую картину симбіоза бугорчатки съ бѣднотой. Будемъ-же ему сугубо благодарны за эту трудную, но плодотворную работу.

А. А. Кадьянъ резюмируетъ мнѣніе Общества по поводу доклада *В. И. Шараго* слѣдующимъ образомъ: Общество больничныхъ врачей находитъ, что единственная ведущая къ цѣли борьба съ бугорчаткой въ Россіи есть борьба путемъ общественныхъ реформъ.

Ю. Г. Малисъ читалъ докладъ: *«Больничное дѣло и отношеніе къ нему общества и государства».*

М. А. Чистяковъ высказываетъ сожалѣніе, что докладчикъ, упомянувшій въ своемъ докладѣ даже о такихъ подробностяхъ, какъ объ отношеніи Voltaire'а къ Hôtel-Dieu своего времени, не упоминаетъ о такихъ существенныхъ вопросахъ, какъ современное положеніе дѣла у насъ въ Петербургѣ, къ сожалѣнію, немногимъ лучшее, чѣмъ было въ свое время въ старомъ Hôtel-Dieu. Не имѣя подъ руками точныхъ цифръ, онъ принужденъ ограничиться приблизительными данными; въ Петербургѣ въ Барачной больницѣ въ память *С. П. Боткина* изъ 100 поступающихъ въ больницу около 10 заражается другими заразами. Между тѣмъ, гдѣ существовалъ, когда-то пресловутый Hôtel-Dieu, теперь устроенъ образцовый Hôpital *Pasteur,* гдѣ зараженіе посторонними заразами доведено до 0,3%.

А. А. Вахрамѣевъ указываетъ, что по существу и мы въ Петербургѣ ушли недалеко отъ порядковъ Hôtel-Dieu стараго времени: тамъ заразныхъ больныхъ совсѣмъ не сортировали по родамъ болѣзни, мы-же при сортировкѣ кладемъ больныхъ различными заразными формами въ одну палату.

А. Н. Рубель замѣтилъ, что, судя по заглавію доклада, онъ разсчитывалъ услышать взглядъ автора на значеніе больничнаго дѣла вообще, на роль больницъ, какъ опредѣленныхъ факторовъ общественнаго благоустройства; разсчитывалъ узнать, въ чемъ, по мнѣнію докладчика, должно-бы выразиться участіе государства въ дѣлѣ больничнаго призрѣнія, за какіе предѣлы оно не должно заходить, какихъ сторонъ должно касаться и т. п., далѣе, какую роль въ дѣлѣ больничной помощи должны играть органы общественнаго управленія, каковы должны быть полномочія послѣднихъ, должны-ли больницы все еще признаваться въ духѣ Устава 1857 г. заведеніями благотворительными или-же пора, наконецъ,

признать ихъ санитарно-общественными. Однако, ни на одинъ изъ этихъ вопросовъ докладъ не даетъ отвѣта, хотя изобилуетъ многими подробностями, имѣющими только историческій или даже анекдотическій интересъ. Въ виду такого характера доклада *Р.* находитъ, что заглавіе его совершенно не оправдывается его содержаніемъ.

Предсѣдатель *А. Кадьянъ.*
Секретарь *А. Рубель.*

XC. Протоколъ Совѣщанія врачей Маріинской больницы по научному отдѣлу 28-го марта.

Предсѣдательствовалъ *А. М. Айкановъ.* Присутствовали врачи больницы и нѣсколько гостей. Читанъ и утвержденъ протоколъ Совѣщанія 17-го января.

Ч. пр. *Ѳ. К. Гейслеръ* прочиталъ 1-ую $^1/_2$ своего сообщенія: *Историческое развитіе и современное состояніе ученія о невосприимчивости.*

М. Ю. Мошинскій сообщилъ случай *хроническаго облитерирующаго эндофлебита главныхъ стволовъ печеночныхъ венъ съ послѣдующей закупоркой мелкихъ ихъ развѣтвленій*, найденной при вскрытіи крестьянки К. К., поступившей на женское терапевтическое отдѣленіе Маріинской больницы. Послѣ краткаго изложенія исторіи болѣзни и литературы вопроса докладчикъ обратилъ вниманіе на рѣдкость подобнаго заболѣванія (описано всего 7 случаевъ), и привелъ данныя макро- и микроскопическаго изслѣдованія своего случая, который отличался отъ извѣстныхъ въ литературѣ случаевъ, во 1-хъ, несомнѣнностью въ основѣ его сифилиса, во 2-хъ, распространенностью закупорки, захватившей не только мелкія развѣтвленія печеночныхъ венъ, но и нижнюю полую вену съ ея вѣтвями. Въ заключеніе докладчикъ высказался въ пользу примѣненія въ данномъ случаѣ операціи *Talma* и показалъ микроскопическіе и патолого-анатомическіе препараты.

В. А. Кнохъ высказалъ сомнѣніе, чтобы въ случаяхъ эндофлебита печеночныхъ венъ предлагаемая докладчикомъ операція *Talma* дала-бы благопріятные результаты. Докладчикъ самъ говоритъ о необходимости ранняго производства операціи, между тѣмъ больные поступаютъ обычно въ послѣднія стадіи этой болѣзни, наступающей столь быстро, что о возможности возстановленія окольнаго кровообращенія едва-ли можетъ быть рѣчь.

Докладчикъ возразилъ, что, когда присоединится закупорка мелкихъ развѣтвленій печеночныхъ венъ, благопріятныхъ результатовъ ожидать трудно. Докладчикъ разумѣетъ своевременно сдѣланную операцію.

Н. И. Кусковъ высказалъ сожалѣніе, что докладчикъ слишкомъ сократилъ исторію болѣзни, которая велась довольно подробно и заключаетъ въ себѣ много поучительнаго. Докладчикъ предполагаетъ стрептококковую закупорку нижней полой вены и ея вѣтвей. Если бы это было такъ, то теченіе было-бы болѣе тяжелое и быстрое. За 3 недѣли до смерти началось ухудшеніе общаго состоянія, во время котораго присоединилась еще рожа и больная впала въ безсознательное состояніе. Закупорка распространилась на сосуды нижнихъ конечностей по той-же причинѣ, по которой началась въ нижней полой венѣ. Небольшой асцитъ явился, очевидно, послѣдствіемъ закупорки. Отсутствіе пульса, отмѣчаемое послѣдовательно всѣми наблюдавшими больную врачами, въ бедренной артеріи съ обѣихъ сторонъ заставляли думать о возможности въ виду отсутствія омертвѣнія конечностей—неполной закупорки этихъ артерій. Найденный хроническій міокардитъ былъ для наблюдавшихъ неожиданностью, такъ какъ кромѣ слабой дѣятельности сердца ничего особеннаго не наблюдалось. Что-же касается причины заболѣванія, то, конечно, нужно думать здѣсь о сифилисѣ, а потому и лѣченіе здѣсь болѣе умѣстно противусифилитическое, а не операція *Talma.* Приведши еще случай сифилитическаго пораженія воротной вены и ея вѣтвей съ послѣдующимъ омертвѣніемъ кишекъ, д-ръ *К.* спросилъ, изслѣдовалъ-ли докладчикъ микроскопически другіе органы.

Докладчикъ отвѣтилъ отрицательно.

С. П. Шуениновъ прибавилъ, что кусочки всѣхъ органовъ оставлены, такъ что, если-бы докладчикъ пожелалъ, онъ могъ-бы ихъ изслѣдовать.

Н. И. Кусковъ замѣтилъ, что изслѣдованіе органовъ было-бы интересно и желательно. Что-же касается вообще закупорки венъ, а въ частности полой вены и ея вѣтвей, то докладчикъ въ протоколахъ вскрытій Маріинской больницы могъ-бы найти интересныя данныя. Такъ онъ помнитъ случай закупорки нижней полой вены интересный въ томъ отношеніи, что ни при жизни, ни по смерти не замѣчалось расширенія подкожныхъ венъ. Это какъ разъ противорѣчитъ мнѣнію, высказанному однажды въ Обществѣ русскихъ врачей по поводу показаннаго случая, что сильно развитая подкожная сѣть венъ указываетъ на закупорку нижней полой вены.

Докладчикъ высказалъ, что изъ литературы ему извѣстны лишь 2 случая закупорки нижней полой вены—это случаи *Bloch*'а и *Robin*'а.

С. П. Шуениновъ присоединяется къ мнѣнію докладчика объ умѣстности въ случаяхъ облитерирующаго флебита печеночныхъ венъ операціи *Talma.* Измѣненія въ венахъ и самой печени указываютъ на очень длительное теченіе, и очевидно, на существованіе уже коллатераловъ, компенсировавшихъ въ теченіи многихъ лѣтъ затрудненіе кровообращенія въ печени и лишь, когда наступало то или иное осложненіе, появлялся рядъ признаковъ, аналогичныхъ циррозу печени, ведущихъ къ смерти. Случай докладчика интересенъ въ томъ отношеніи, что здѣсь на основаніи найденныхъ измѣненій въ органахъ сифилисъ несомнѣненъ въ этіологіи, тогда какъ въ случаяхъ ранѣе описанныхъ, онъ являлся лишь вѣроятнымъ. Что-же касается высказаннаго предположенія докладчика о стрептококковомъ происхожденіи закупорки сосудовъ, то въ виду отсутствія гдѣ-бы то ни было нагноенія закупорки и стрептококковъ въ закупоркѣ, оно болѣе, чѣмъ сомнительно.

Предсѣдатель *Кусковъ.*
Секретарь *С. Шуениновъ.*

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Санитарныя условія гончарнаго производства въ Екатеринбургскомъ уѣздѣ. Санитарнаго врача А. М. Спасскаго. 1902 г.

Работа д-ра *Спасскаго* даетъ обстоятельную характеристику гончарнаго производства въ санитарномъ отношеніи, а также и указаніе на тѣ мѣры, которыя могутъ улучшить это производство въ отношеніи безопасности рабочихъ отъ отравленія свинцомъ, которое такъ часто наблюдалось среди рабочихъ. Авторъ въ началѣ своей работы вкратцѣ описываетъ технику производства въ уѣздѣ, которая до сихъ поръ «стоитъ на самой первой ступени развитія». Во 2-ой главѣ очень подробно говорится о тѣхъ условіяхъ, въ которыхъ находится рабочій при гончарномъ производствѣ; здѣсь рабочій имѣетъ дѣло съ пылью, высокой температурой (50° Ц. и болѣе) и вдыханіемъ свинцовыхъ паровъ. Въ 3-ей главѣ описывается санитарная обстановка помѣщеній, въ которыхъ производятся работы. Состоятъ они, обыкновенно изъ 3-хъ отдѣленій: мастерской, машиннаго отдѣленія и помѣщенія для горна. По словамъ автора, машинное отдѣленіе—это типичная «конюшня» изъ разряда чистоплотныхъ. Въ послѣдней—4-ой главѣ—говорится о вліяніи на здоровье рабочихъ гончарнаго производства, которое должно быть урегулировано обязательными санитарными постановленіями.

Вообще, работа д-ра *Спасскаго* по своей полнотѣ и прекрасному изложенію является цѣннымъ вкладомъ въ нашу промышленную гигіену.

Д. Никольскій.

Carl Hochsinger, Studien über die hereditäre Syphilis. 2 Theil. Knochenerkrankungen und Bewegungstörungen bei der angeborenen Frühsyphilis. Leipzig u. Wien. Fr. Denticke. 1904. Стр. 560. Ц. 25 мар.

Неутомимый работникъ и достойный ученикъ *Max Kassowitz*'а, авторъ разбираемаго труда написалъ большую и хорошую книгу о наслѣдственномъ сифилисѣ ранняго дѣтства. Со свойственными нѣмцу терпѣніемъ, аккуратностью и строгой научностью *Carl Hochsinger* даетъ монографію, могущую удовлетворить самыя широкія требованія какъ врача-практика, такъ и спеціалиста. Въ общественной дѣтской больницѣ г. Вѣны за періодъ въ 30 лѣтъ было всего записано 700 случаевъ наслѣдственнаго сифилиса, при чемъ на 1-ый годъ жизни пришлось 600 случаевъ, т. е. 20 среднимъ числомъ въ годъ.

Книга состоитъ изъ 4 отдѣловъ. Въ 1-мъ изложено ученіе о физіологическомъ ростѣ костей съ полнымъ историческимъ обзоромъ вопроса о раннихъ пораженіяхъ костной системы, въ силу унаслѣдованнаго сифилиса. Во 2-мъ отдѣлѣ идетъ рѣчь о макро- и микроскопическихъ измѣненіяхъ при этомъ процессѣ. Особенный интересъ для дѣтскаго врача представляетъ 3-й отдѣлъ, излагающій «Клиническія и радіоскопическія данныя при заболѣваніи короткихъ и длинныхъ трубчатыхъ костей». 4-й отдѣлъ посвященъ вопросу объ отношеніи наслѣдственнаго сифилиса къ рахитизму и о страданіи при 1-мъ изъ нихъ черепныхъ костей. Въ концѣ книги имѣется 9 таблицъ, такъ мастерски исполненныхъ рисунковъ, что достаточно внимательно ихъ разсмотрѣть, чтобы никогда уже не забыть характерной для врожденнаго сифилиса гистологической картины.

Проф. *И. В. Троицкій.*

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

LXXXI. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки: Находясь въ пути на Дальній Востокъ, мы, врачи Таврическаго Лазарета и Ростовскаго на/Дону отряда Краснаго Креста, только сегодня имѣли возможность прочесть въ № 150 «Русскихъ Вѣдомостей» замѣтку о случаѣ возмутительнаго насилія, которому подвергся 1 изъ нашихъ товарищей по профессіи, врачъ Забусовъ со стороны генерала Ковалева. Изъ той же замѣтки мы узнали о постановленіяхъ Общества Закаспійскихъ врачей, Общества врачей въ Баку и Общества русскихъ врачей

въ Петербургѣ, обсуждавшихъ этотъ поступокъ въ своихъ засѣданіяхъ. Желая дать выходъ чувству глубокаго негодованія, охватившаго насъ при извѣстіи о гнусной кулачной расправѣ «интеллигента» надъ интеллигентомъ, мы, ни минуты не колеблясь, рѣшили обратиться къ посредству Вашей газеты, чтобы печатно выразить потерпѣвшему товарищу свое искреннее сочувствіе въ тяжкой нравственной обидѣ, нанесенной ему ген Ковалевымъ.

Негодованіе-же на виновника этого не находящаго себѣ оправданія поступка смѣшиваются съ чувствомъ глубокаго сожалѣнія къ нему; такъ грубо и беззаботно растоптавшему свое человѣческое достоинство.

Врачи: *Волковъ, Животовскій, Пталинскій, Капстонаки, Кишъ, Козинцевъ, Любенецкій, Рыжабекъ.*

9-го іюня 1904 г.

LXXXII. М. Г.! Общество Курскихъ врачей въ засѣданіи 21 мая, вполнѣ присоединившись къ постановленію очереднаго собранія Общества врачей Закаспійской области по поводу возмутительнаго факта истязанія старшаго врача Среднеазіатской желѣзной дороги *Николая Петровича Забусова* 8 казаками, по приказанію и въ присутствіи начальника Закаспійской казачьей бригады генер. Ковалева, единодушно выражаетъ свое глубокое негодованіе по поводу такого грубаго и предательскаго насилія со стороны начальствующаго лица надъ беззащитнымъ товарищемъ, призваннымъ обманнымъ образомъ для оказанія помощи больному и довѣрчиво поспѣшившимъ на этотъ зовъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ Общество врачей высказываетъ самое горячее и искреннее сочувствіе потерпѣвшему товарищу, признавая, что оскорбленіе, нанесенное ему, касается всего врачебнаго сословія и что онъ отъ подобной звѣрской расправы не можетъ быть гарантированъ ни одинъ самый преданный своему дѣлу общественный дѣятель при господствѣ среди нѣкоторой части нашего интеллигентнаго общества дикихъ крѣпостническихъ нравовъ и при слабомъ обезпеченіи личности человѣка. О вышеизложенномъ своемъ постановленіи Общество Курскихъ врачей поручило правленію Общества сообщить редакціи «Русскаго Врача».

Предсѣдатель Общества Курскихъ врачей *В. Долженковъ.*
Курскъ. 14-го іюня 1904 г.

LXXXIII. М. Г.! Не откажите помѣстить въ «Русскомъ Врачѣ» протоколъ Кубанскаго медицинскаго Общества отъ 9 іюня 1904 г.

Въ виду того, что сообщенный газетами слухъ о возмутительнѣйшемъ насиліи, учиненномъ надъ старшимъ врачемъ Средне-Азіатской желѣзной дороги *Н. П. Забусовымъ*, начальникомъ Закаспійской казачьей бригады Ковалевымъ, къ сожалѣнію, оправдался, члены Кубанскаго медицинскаго Общества и Екатеринодарскаго отдѣленія «Петербургскаго Общества взаимопомощи врачей», въ соединенномъ засѣданіи отъ 9-го іюня 1904 г. постановили занести въ протоколъ свое глубокое негодованіе по поводу истязанія и надругательства надъ д-ромъ *Забусовымъ*, совершеннымъ въ столь предательской формѣ, и выразить сочувствіе пострадавшему товарищу въ нижеслѣдующемъ письмѣ: «Глубокоуважаемый Николай Петровичъ»! Члены Кубанскаго медицинскаго Общества и Екатеринодарскаго отдѣленія «Петербургскаго Общества взаимопомощи врачей» въ соединенномъ засѣданіи 9 го іюня, постановили занести въ протоколъ свое глубокое негодованіе по поводу истязанія и надругательства надъ Вашей личностью.

Глубоко возмущенные дикимъ насиліемъ и истязаніемъ, произведеннымъ надъ Вашей личностью, выражаемъ мы Вамъ, глубокоуважаемый товарищъ, свое искреннее сочувствіе и скорбимъ о томъ, что въ нашъ просвѣщенный вѣкъ возможно проявленіе столь дикихъ наклонностей. Мы вполнѣ убѣждены, что варварскій поступокъ, совершенный генер. Ковалевымъ найдетъ достойную оцѣнку какъ въ обществѣ, такъ и въ судебныхъ установленіяхъ. Товарищъ предсѣдателя *Ч. Горскій.* Секретарь *С. Александровичъ.*

Екатеринодаръ. 17/VI 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1295. Мы слышали, что для недавно только перешедшаго въ новое помѣщеніе *Петербургскаго Клиническаго повивально-гинекологическаго Института*, долженствующаго, согласно § 1 и 2 Высочайше утвержденнаго въ 1899 г. Устава, быть прежде всего ученымъ и высшимъ спеціальнымъ учебнымъ заведеніемъ и не только подготовлять повивальныхъ бабокъ, но главнымъ образомъ давать врачамъ высшее научное и практическое образованіе по акушерству и гинекологіи, *выработанъ проэктъ новаго устава.* Согласно этому проэкту, Клиническій повивальный Институтъ, представляющій собою въ новомъ своемъ великолѣпномъ зданіи единственное въ мірѣ по совершенству устройства и оборудованія учрежденіе, стоившее государству 3½ милліоновъ и, собственно говоря, разсчитанный по всему плану постройки и внутренней организаціи служить разсадникомъ высшаго акушерскаго и гинекологическаго знанія въ странѣ, *предполагается переименовать изъ «высшаго спеціальнаго ученаго и учебнаго учрежденія»* въ спеціальное *учебно-вспомогательное учрежденіе*, т. е., другими словами, *въ обыкновенное лѣчебное заведеніе*, однородное съ остальными родовспомогательными заведеніями, гдѣ существуютъ курсы для подготовки повивальныхъ бабокъ и гдѣ допускаются къ занятіямъ по акушерству и женскимъ болѣзнямъ врачи. Соотвѣтственно такому основному духу указаннаго переименованія, присвоенное по уставу 1899 года званіе «профессоръ» Института замѣняется званіемъ «врачъ-преподаватель», руководительство «научно-лѣчебное» замѣняется «учебно-больничнымъ» и т. д. Положительно не хочется вѣрить, чтобы уставъ 1899 г., присвоившій Институту значеніе высшаго спеціальнаго учебно-научнаго учрежденія и, очевидно, послужившій основаніемъ къ отпуску изъ государственнаго казначейства 3½ милліоновъ на его постройку и оборудованіе, былъ-бы замѣненъ новымъ, низводящимъ этотъ Институтъ на низшій уровень. Такое переименованіе возможно было-бы лишь какъ выраженіе особой немилости къ учрежденію за какіе-либо крупные недочеты въ его дѣятельности. Между тѣмъ, напротивъ, вся дѣятельность Института, праздновавшаго недавно 100-лѣтіе своего существованія, и отмѣченная особымъ Высочайшимъ рескриптомъ, достойна лишь поощренія. И самый актъ отпуска громадной суммы денегъ на постройку новаго помѣщенія есть, дѣйствительно, поощреніе учрежденію, снискавшему себѣ право на благодарность со стороны государства. Милліоны, затраченные на постройку, воплотились въ форму такого великолѣпнаго учрежденія, которое по всѣмъ устроеннымъ въ немъ приспособленіямъ для оказанія врачебной помощи и для научнаго изученія акта родовъ и болѣзней женской половой сферы несомнѣнно стоитъ выше всѣхъ существующихъ не только у насъ, но даже въ Европѣ, университетскихъ акушерско гинекологическихъ клиникъ. Естественно было ожидать, что съ переходомъ Института въ новыя величественныя помѣщенія, права его будутъ расширены, напр., въ смыслѣ удовлетворенія того ходатайства, которое возбуждено было Попечительнымъ Совѣтомъ Института еще въ 1902 г., именно, что Институтъ будетъ переименованъ въ акушерско-гинекологическую Академію. Присоединившаяся къ 100-лѣтней учебно-практической дѣятельности ученая дѣятельность Института, сказавшаяся въ особенности въ послѣднее десятилѣтіе изданіемъ обширныхъ трудовъ работающихъ въ его стѣнахъ, давала основаніе надѣяться на такое расширеніе правъ единственнаго въ своемъ родѣ учрежденія. И вмѣсто всего этого намъ говорятъ объ упомянутомъ проэктѣ новаго устава. Если бы, паче чаянія, предлагаемое этимъ уставомъ переименованіе совершилось бы, въ такомъ случаѣ придется, какъ логическое послѣдствіе такого переименованія, признать, что народныя деньги *затрачены непроизводительно*, ибо на 3½ милліона можно было бы построить цѣлую сѣть столь необходимыхъ для страны родильныхъ домовъ на тысячу кроватей, а не вкладывать эту громадную сумму въ 1 родовспомогательное заведеніе, разсчитанное на 180—200 кроватей. Если на такое количество кроватей затрачено казной почти вдвое больше, чѣмъ на постройку цѣлаго новаго медицинскаго факультета въ Одессѣ, то это могло быть сдѣлано только въ томъ разсчетѣ, *чтобы новое учрежденіе служило не только лѣчебнымъ цѣлямъ, но также и для научнаго развитія и усовершенствованія врачей.* Въ томъ видѣ, въ какомъ оно представляется нынѣ, оно можетъ съ честью и даже лучше всякой университетской клиники служить этой послѣдней цѣли. Уставъ 1899 года долженъ былъ-бы быть, дѣйствительно, пересмотрѣнъ, именно въ смыслѣ расширенія академической дѣятельности Института, но никакъ не въ томъ направленіи, какъ это пока сдѣлано; слѣдовало-бы ввести въ уставъ тѣ положенія, которыя обезпечивали-бы за преподавательскимъ персоналомъ условія дѣятельности, присущія персоналу остальныхъ учено-учебныхъ учрежденій, т. е., В.-Медицинской Академіи и университетовъ. Кромѣ того, *слѣдовало-бы дополнить уставъ въ томъ смыслѣ, чтобы открыть широко двери Института земскимъ и другимъ врачамъ для періодическаго усовершенствованія* въ области гинекологіи и акушерства. Наши факультеты медицинскіе, назначенные прежде всего для студентовъ, и не въ силахъ удовлетворить все разростающейся потребности врачей въ научномъ усовершенствованіи. Со всѣхъ уголковъ земской Россіи раздается громкій вопль врачей, нуждающихся въ постоянномъ обновленіи своихъ знаній. И вотъ на встрѣчу этой насущной нуждѣ должны бы прійти спеціальныя высшія учено-учебныя учрежденія, каковыми являются Елисаветинскій Клиническій Институтъ, Институтъ экспериментальной медицины и Клиническій Повивально-гинекологическій Институтъ въ новой своей прекрасной оболочкѣ. Надежды врачей на это послѣднее учрежденіе велики и, какъ намъ приходилось неоднократно слышать, надежды эти питаются въ различныхъ уголкахъ нашего отечества. Надежды эти, однако, рухнутъ, если только пройдетъ новый уставъ, престижъ Института какъ высшаго ученаго учрежденія сразу падетъ. Повторяемъ, *проведеніе новаго устава* въ указанномъ выше смыслѣ *было бы непростительной ошибкой въ исторіи медицинскаго образованія въ Россіи.* Впрочемъ, мы увѣрены, что директоръ Института проф. *Д. О. Оттъ*, которому собственно и принадлежитъ вся иниціатива въ сооруженіи новыхъ величественныхъ зданій для Института, и которому русская акушерско-гинекологическая наука останется навсегда признательною за исходатайствованіе громадныхъ средствъ для устройства единственнаго въ своемъ родѣ научно-лѣчебнаго учрежденія, употребитъ всю свою энергію для того, чтобы отстоять честь этого учрежденія и обезпечить за нимъ то значеніе, которое должно ему по праву принадлежать въ странѣ. Несо-

мнѣнно также, что и Управленіе вѣдомства учрежденій Императрицы Маріи, въ лицѣ главноуправляющаго своего, приложитъ все стараніе къ тому, чтобы Клиническій повивально-гинекологическій Институтъ оставался-бы на той высотѣ учено-учебнаго учрежденія, на которой онъ поставленъ уставомъ 1899 года.

1296. *Управляющій министерствомъ народнаго просвѣщенія* В. Г. Глазовъ циркуляромъ отъ 10 іюня предложилъ попечителямъ учебныхъ округовъ принять всѣ зависящія отъ нихъ *мѣры къ улучшенію здоровья учащихся*. Нельзя не порадоваться этому предложенію, а также и тому, что распоряженіемъ министерства права школьныхъ врачей въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ значительно повышаются и что врачъ явится непремѣннымъ членомъ педагогическаго Совѣта. Только при такихъ условіяхъ голосъ врача въ вопросахъ охраны здоровья учащихся будетъ имѣть силу, а предложеніе объ улучшеніи здоровья учащихся можетъ быть осуществлено.

1297. Какъ извѣстно, вслѣдствіе *несвоевременнаго отпуска Одесской Думой денегъ на постройку госпитальныхъ клиникъ* (см. письмо изъ Одессы въ «Русскомъ Врачѣ» за 1903 годъ), послѣдніе еще не начинали строиться; между тѣмъ, предстоящей осенью студентамъ 5 курса въ Одессѣ надлежитъ уже посѣщать госпитальныя клиники. Правленіе Университета входило поэтому съ ходатайствомъ въ городскую Управу о временномъ отведеніи для нуждъ терапевтической и хирургической госпитальной клиники одного изъ бараковъ новой городской больницы на Романовкѣ. Послѣ цѣлаго ряда совѣщаній представителей медицинскаго факультета съ членами городской больничной Коммиссіи, вопросъ этотъ, наконецъ, былъ переданъ на заключеніе Думы, которая въ засѣданіи своемъ 25 іюня, къ крайнему сожалѣнію, рѣшила его отрицательно, а именно, большинствомъ 17 противъ 11 голосовъ постановила отвести для указанныхъ двухъ клиникъ помѣщеніе не въ новомъ зданіи больницы, какъ о томъ просилъ факультетъ, но въ старомъ корпусѣ. Гигіэническія условія больничныхъ палатъ, находящихся въ этомъ старомъ корпусѣ ниже всякой критики и весь этотъ корпусъ подлежитъ давно уже сносѣнію. Между тѣмъ, благодаря упомянутому постановленію Думы, корпусъ этотъ придется кое-какъ ремонтировать (на капитальный ремонтъ не стоитъ затрачивать денегъ) и студентамъ 5 курса придется еще въ теченіи по крайней мѣрѣ 2-хъ учебныхъ лѣтъ заканчивать свое медицинское образованіе въ такой невозможной обстановкѣ, которую они уже врядъ-ли потомъ гдѣ-либо встрѣтятъ во время своей врачебной дѣятельности.

1298. «Сибирскій Вѣстникъ» (10 іюня) сообщаетъ, что Министерство народнаго просвѣщенія, по соглашенію съ министерствомъ внутреннихъ дѣлъ *разрѣшило пріурочить* состоящія при Томскомъ Университетѣ *20 казенныхъ стипендій исключительно къ медицинскому факультету*.

1299. Горный инженеръ Вагнеръ, какъ сообщаетъ «Русское Слово» (25 іюня) *отклонилъ назначеніе его вмѣсто Хвощинскаго* директоромъ Кавказскихъ минеральныхъ водъ.

1300. 10 іюня въ Минскѣ устроены были очень *теплые проводы д-ра Р. Н. Плешивцева*, занимавшаго въ теченіи 11 лѣтъ мѣсто старшаго врача Либаво-Роменской желѣзной дороги и переведеннаго нынѣ на мѣсто старшаго врача Петербурго-Варшавской желѣзной дороги. Въ теченіи своей службы въ Минскѣ *Р. Н. Плешивцевъ* снискалъ себѣ всеобщую любовь со стороны всѣхъ, кто приходилъ съ нимъ въ соприкосновеніе.

1301. Врачи г. Буска *чествовали 25-лѣтіе* врачебной дѣятельности на мѣстныхъ водахъ д-ра *Ю. Майковскаго*, предсѣдателя Общества врачей въ Радомѣ («Gazeta lekarska», 2 іюля).

1302. Братья умершаго въ Абастуманѣ д-ра *М. В. Топурія*, какъ сообщаетъ «Телеграфное Агентство» отъ 27 іюня, заявили Кутаисскому городскому управленію, что изъ имущества, которое послѣ ихъ покойнаго брата придется на ихъ долю, они *жертвуютъ въ пользу города капиталъ*, необходимый *для полнаго оборудованія больницы на 100 кроватей*. Какъ извѣстно, *М. В. Топурія* былъ основателемъ единственной въ Кутаисѣ образцово устроенной частной лѣчебницы, дѣла которой шли очень хорошо.—Покойный товарищъ не разъ высказывалъ намъ при жизни свою затаенную мечту—часть заработанныхъ имъ денегъ употребить на такую насущную общественную надобность, какъ устройство городской безплатной лѣчебницы. Честь и слава его братьямъ за то, что они поспѣшили у открытой еще могилы покойнаго осуществить его желаніе.

1303. Умершій въ Москвѣ д-ръ *Колесовъ* (см. выше, № 26, стр. 950) *завѣщалъ* на благотворительныя дѣла *130000 р.* («Бессарабецъ», 18 іюня).

1304. Возникшій *среди думскихъ врачей Петербурга вопросъ—въ правѣ ли они отказываться отъ посѣщенія больныхъ фабричныхъ и заводскихъ рабочихъ*, для пользованія которыхъ существуютъ свои спеціальные врачи, былъ представленъ на *разсмотрѣніе санитарной Коммиссіи*, которая какъ сообщаетъ «Новое Время» (29 іюня) пришла къ слѣдующему заключенію: ни одинъ русскій практикующій врачъ не имѣетъ права отказываться отъ посѣщенія больного, независимо отъ того, обезпеченъ ли онъ медицинской помощью, или нѣтъ; городской же врачъ тѣмъ болѣе не можетъ уклоняться отъ посѣщенія городского обывателя. Отъ вторичнаго, однако, безплатнаго визита городской врачъ можетъ отказаться въ томъ только случаѣ, если больной въ состояніи посѣщать амбуляторію.—Все это совершенно вѣрно, но въ такомъ случаѣ еще сильнѣе ощущается потребность въ увеличеніи числа думскихъ врачей, которые, при наличномъ числѣ ихъ въ Петербургѣ, безсильны оказывать всѣмъ нуждающимся безплатную помощь. Заключеніе, къ которому пришла санитарная коммиссія, должно побудить ее же съ настойчивостью представить городскому управленію ходатайство какъ объ увеличеніи числа думскихъ врачей, такъ и объ увеличеніи содержанія ихъ. По сравненію съ другими большими городами Россіи—напр. съ Варшавой, Одессой, Кіевомъ, Петербургъ тратитъ слишкомъ мало на свою врачебно-санитарную часть, потому санитарная коммиссія столицы, если только она желаетъ оставаться на высотѣ своей задачи—охранять общественное здоровье, обязана энергично настаивать на лучшей постановкѣ врачебной помощи населенію.

1305. Главное управленіе Краснаго Креста назначило *женѣ* взятаго въ плѣнъ японцами и раненаго д-ра *Рыжкова содержаніе 200 руб. въ мѣсяцъ* до возвращенія мужа («Русь», 25 іюня).

1306. Исполнительная коммиссія утвердила въ составѣ *отряда для борьбы съ заразными болѣзнями* на театрѣ военныхъ дѣйствій на Дальнемъ Востокѣ и *ледодѣлательнаго поѣзда* врачей: старшимъ—*В. И. Бѣляева* и младшими—*А. И. Бердникова, М. Е. Крыжановскаго, Л. М. Розенталя, А. А. Цейтлина и П. Я. Майкова*. Затѣмъ въ составѣ *Калужскаго отряда* утверждены: старшимъ врачемъ—*В. А. Красинцевъ* и младшими врачами—*А. Н. Челищевъ, В. И. Рудановъ* и *Е. В. Флеринъ* и въ составѣ отряда *Донскаго окружнаго управленія* врачемъ—*А. Н. Павловъ*.—Врачами санитарнаго отряда *Новгородскаго мѣстнаго управленія* Краснаго Креста утверждены д-ра: *Н. А. Поповъ, А. Г. Варманъ* и *Ивановъ*.—Старшимъ врачемъ санитарнаго отряда *Костромского* мѣстнаго управленія утвержденъ д-ръ *Н. В. Комаревскій*.—Въ *санитарномъ отрядѣ*, организованномъ на собственныя средства *графини Е. В. Шуваловой*, уполномоченнымъ отряда состоитъ д-ръ *Н. Д. Королевъ*, врачами же отряда—д-ра *А. А. Таировъ, І. О. Воронецъ* и *И. М. Тирманъ*. Отрядъ выѣхалъ 20 іюня изъ Петербурга и везетъ съ собой все необходимое для лазарета на 100 кроватей.—*Врачами* санитарнаго отряда Донского окружнаго управленія Краснаго Креста *утверждены*: *А. Н. Павловъ, В. П. Матекинъ, Н. С. Ежовъ*.—Врачемъ *Тверского* санитарнаго отряда утвержденъ д-ръ *Ф. А. Федоровъ*.—23 іюня отбылъ изъ Петербурга на Дальній Востокъ *18-й сибирскій военно-санитарный поѣздъ*. Старшимъ врачемъ поѣзда назначенъ д-ръ *Д. Д. Знойко*, младшими врачами—д-ра *Я. А. Віолинъ* и *Кардо-Сысоевъ* («Правительственный Вѣстникъ», 23, 25, 27 іюня).

1307. Право размѣщенія больныхъ и раненыхъ воиновъ, эвакуируемыхъ съ театра войны въ Московскій округъ, *предоставлено врачамъ*; они на сборномъ пунктѣ всѣхъ эвакуированныхъ будутъ давать мнѣнія, согласно съ которыми прибывшіе съ Дальняго Востока и будутъ разсылаться по больничнымъ учрежденіямъ, по санаторіямъ, имѣніямъ, а также на частныя квартиры.—Въ составѣ 4 подвижныхъ и 8 запасныхъ госпиталей 1 армейскаго корпуса *войдутъ*: 12 главныхъ врачей, 36 ординаторовъ, 100 фельдшеровъ, 12 управляющихъ аптеками, 300 палатныхъ надзирателей, 648 служителей и 128 обозныхъ нижнихъ чиновъ.—Московско-Кіево-Воронежская желѣзная дорога соорудила *санитарный поѣздъ* въ 15 вагоновъ для отправки его на Дальній Востокъ («Новое Время», 26 іюня).

1308. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (23 іюня), для дѣйствующей арміи будетъ отправляться *стерилизуемое молоко*, приготовляемое на законтрактованной интендантскимъ вѣдомствомъ частной фермѣ въ Томской губ., около станціи Карачи Сибирской желѣзной дороги.

1309. Въ Харбинѣ основано *Общество военныхъ врачей* Краснаго Креста дворянскаго отряда для разработки военно-санитарныхъ вопросовъ дѣйствующей арміи («Русь», 27 іюня).

1310. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (24 іюня), родственники захваченныхъ въ плѣнъ Японцами врачей *Швецова* и *Рыжкова* возбудили въ Министерствѣ иностранныхъ дѣлъ ходатайство о представленіи Японскому правительству, черезъ французскаго посла въ Токіо, просьбы *объ освобожденіи этихъ врачей изъ плѣна*. Просьбы мотивированы тѣмъ, что въ силу Женевской конвенціи, подписанной, между прочимъ, и Японіей, врачебно-медицинскій персоналъ не подлежитъ захвату въ плѣнъ, а потому плѣненіе названныхъ докторовъ является со стороны Японіи противозаконнымъ дѣйствіемъ.

1311. Изъ Западной Европы все чаще и чаще начинаютъ, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (26 іюня), поступать въ Красный Крестъ *предложенія отъ разныхъ общественныхъ учрежденій и лицъ о безплатной помощи*, которую они хотѣли бы оказать нашимъ больнымъ и раненымъ воинамъ. Такъ, Управленіе водъ въ Гомбургѣ изъявляетъ желаніе освободить отъ платы русскихъ офицеровъ, какъ за пользованіе водами, такъ и за медицинскую помощь. Городской совѣтъ въ Карлсбадѣ предлагаетъ 100 русскимъ офицерамъ, начиная съ 2-го (15-го) августа, безплатныя квартиры и ванны. Городская Дума въ Франценсбадѣ предоставляетъ безплатное лѣченіе 30 русскимъ офицерамъ, предлагая вмѣстѣ съ тѣмъ прислать для нашихъ больныхъ и раненыхъ воиновъ, безвозмездно, извѣстное количество минеральныхъ водъ. Городской Совѣтъ въ Теплицѣ предложилъ безплатныя помѣщенія и лѣченіе въ городскихъ лѣчебныхъ заведеніяхъ русскимъ офицерамъ, не ограничивая ихъ количества.

1312. Акціонерное общество Друскеникскихъ минеральныхъ водъ устраиваетъ въ *Друскеникахъ 10 безплатныхъ кроватей* съ полнымъ содержаніемъ для больныхъ и раненыхъ на Дальнемъ Востокѣ.

1313. Правленіе *Голицынской больницы* въ Москвѣ рѣшило открыть, помимо стаціонарныхъ коекъ, *отдѣленіе для раненыхъ* на 20 коекъ, срокомъ на годъ, съ 1-го августа. Попечитель боль-

ницы князь С. М. Голицынъ выразилъ желаніе принять годовое содержаніе этихъ коекъ на свой личный счетъ и жертвуетъ на это 7000 р. («Правительственный Вѣстникъ», 24 іюня).

1314. Главное управленіе Общества Краснаго Креста вошло въ сношеніе съ Военнымъ министерствомъ по вопросу о томъ, не будетъ-ли признано возможнымъ и на какихъ, именно, условіяхъ *распространить покровительство Александровскаго комитета о раненыхъ на врачебный персоналъ Общества Краснаго Креста*, находящійся въ настоящее время во врачебно-санитарныхъ учрежденіяхъ Краснаго Креста въ дѣйствующей арміи и въ одинаковой мѣрѣ подвергающійся наравнѣ съ врачебнымъ военнымъ персоналомъ случайностямъ и опасностямъ войны («Новости», 24 іюня).—До настоящаго времени, какъ извѣстно, покровительствомъ Александровскаго комитета пользуются лишь военные врачи. Будемъ надѣяться, что не встрѣтится никакого препятствія въ удовлетвореніи вполнѣ справедливаго ходатайства объ уравненіи правъ всѣхъ лицъ врачебнаго персонала, работающихъ на театрѣ военныхъ дѣйствій.

1315. Изъ присланнаго въ исполнительную Коммиссію Общества Краснаго Креста *Отчета главноуполномоченнаго на Дальнемъ Востокѣ* С. В. Александровскаго видно, что центрами управленія, гдѣ сосредоточено все дѣлопроизводство по оказанію помощи больнымъ и раненымъ и по эвакуаціи ихъ избраны города Харбинъ и Ляоанъ. Здѣсь въ различныхъ, частью нанятыхъ, частью въ уступленныхъ Военнымъ вѣдомствомъ домахъ размѣщено огромное большинство санитарныхъ отрядовъ, присланныхъ изъ различныхъ городовъ Европейской Россіи. Изъ Харбина, немедленно по ихъ прибытіи, отправлены были въ различныя мѣста расположенія войскъ летучіе отряды числомъ 15. Санитарные поѣзда вывезли изъ Портъ-Артура, Дальняго, Дашичао, Инкоу и Ляоана до 4000 раненыхъ и больныхъ. Общее число кроватей, открытыхъ въ Манчжуріи Краснымъ Крестомъ до 1-го іюня свыше 4000; кровати эти распредѣлены въ 20 лазаретахъ. Кромѣ того, въ Манчжурской арміи до начала іюня дѣйствовали 8 обеззараживающихъ отрядовъ Краснаго Креста, обеззараживающіе пораженныя эпидеміями мѣстности, да 2 центральные бактеріолого-гигіэническіе отряда, которые устроены въ Харбинѣ и Ляоанѣ для объединенія и руководства остальными отрядами.

1316. Хамаданскій округъ и города Тегеранъ и Кумъ въ Персіи объявляются *неблагополучными по холерѣ* («Правительственный Вѣстникъ», 22 іюня).

1317. «Русь» (27 іюня) передаетъ, что Бакинская городская Управа постановила пригласить *необходимое число санитарныхъ врачей*, съ окладомъ въ 200 р. въ мѣсяцъ, прекратить разрѣшеніе отпусковъ медицинскому персоналу и предупредить находящихся въ отпуску вернуться по первому требованію санитарнаго бюро. Управѣ открытъ Думою неограниченный кредитъ для санитарныхъ нуждъ; портовымъ Управленіемъ постановлено осматривать всѣ суда, прибывающія въ Бакинскій портъ.

1318. Въ виду появленія холеры въ Персіи признано необходимымъ *открыть* на Кавказѣ *дѣйствія санитарныхъ исполнительныхъ Коммиссій по всей Тифлисской губерніи*, а также дѣйствіе санитарныхъ Коммиссій по всей линіи Закавказскихъ дорогъ («Новое Время», 26 іюня).

1319. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (27 іюня), амбуляторія Общества востоковѣдѣнія въ Тегеранѣ открыла, *для уединенія холерныхъ больныхъ*, въ 8 вер. отъ города *временное отдѣленіе*, гдѣ будутъ помѣщаться больные.

1320. Губернаторы Юго-западнаго Края получили *циркулярное предложеніе* отъ своего генералъ-губернатора *о принятіи мѣръ* къ тому, чтобы городскія и мѣстечковыя общественныя Управленія безотлагательно приступили къ работѣ *по оздоровленію и благоустройству городовъ и мѣстечекъ*. Для этой цѣли предлагается по выработкѣ общаго плана работъ озаботиться разработкой и проведеніемъ въ жизнь строительныхъ, санитарныхъ и прочихъ мѣропріятій.—Въ добрый часъ! Бѣда только въ томъ, что для дѣйствительнаго проведенія въ жизнь санитарныхъ мѣропріятій нужны не только средства, но и просвѣщеніе. Къ сожалѣнію, наше населеніе имѣетъ очень мало и того, и другого.

1321. Въ бывшемъ 24 іюня въ *Москвѣ* Совѣщаніи особой фармацевтической Коммиссіи, избранной городской Думой, обсуждался вопросъ объ *устройствѣ центральной городской фармацевтической лабораторіи и аптеки* для приготовленія галеновыхъ препаратовъ; изъ этой центральной городской аптеки предполагается снабжать всѣми необходимыми препаратами городскія больницы. Несомнѣнно, что этимъ путемъ достигнется значительное сбереженіе на лѣкарственныя надобности больныхъ.

1322. На *Одесской бактеріологической станціи* въ настоящее время замѣчается *небывалый наплывъ укушенныхъ бѣшеными животными*, прибывающими изъ всѣхъ городовъ юга Россіи и особенно изъ уѣздовъ. Ежедневно на станціи производится до 250 прививокъ («Одесскія Новости», 23 іюня).

1323. *Медицинскій Совѣтъ* призналъ необходимымъ, чтобы при препровождаемыхъ на его разсмотрѣніе *прошеніяхъ*, написанныхъ на иностранныхъ языкахъ, представлялись засвидѣтельствованные законнымъ порядкомъ *переводы на русскій языкъ*, какъ самыхъ прошеній, такъ и всѣхъ приложеній.

1324. Петербургская *городская санитарная Коммиссія* вошла въ городскую Думу съ представленіемъ о необходимости учрежденія нѣсколькихъ *дополнительныхъ должностей* городскихъ *санитарныхъ врачей* («Русь», 25 іюня).—Нужно надѣяться, что санитарная Коммиссія не замедлитъ войти съ ходатайствомъ и объ увеличеніи числа думскихъ врачей.

1325. Въ настоящее время при эпизоотологическомъ отдѣлѣ Института экспериментальной медицины производится въ обширныхъ размѣрахъ *приготовленіе противудизентерійной сыворотки* на средства военнаго министерства, которое ассигновало для этой цѣли 20000 р. Для этой сыворотки иммунизируется 20 лошадей. На Дальній Востокъ отправлено уже Институтомъ 5000 лѣчебныхъ дозъ сыворотки. Иммунизація лошадей и приготовленіе сыворотки поручено *С. Д. Непорожному*.

1326. По поводу сообщеннаго нами въ хроникѣ «Русскаго Врача» (№ 25, стр. 920) случая *массоваго отравленія мороженнымъ въ Шлиссельбургѣ*, нами получены изъ вполнѣ достовѣрнаго источника слѣдующія свѣдѣнія: 9-го іюня, поздно вечеромъ, къ уѣздному врачу г. Шлиссельбурга д-ру *А. И. Мясоѣдову* обратилось за медицинскою помощью одно семейство, у 7-ми членовъ котораго, вслѣдъ за употребленіемъ мороженнаго, появились припадки отравленія (сильныя болѣзненныя схватки въ животѣ, спазмы въ горлѣ и сильная жажда), во 2-мъ семействѣ заболѣлъ малолѣтній сынъ, тоже съѣвшій небольшую порцію сливочнаго мороженнаго. По прибытіи врача къ больнымъ, 3 изъ нихъ почти оправились и чувствовали себя бодрыми; у 2-хъ—рвота и боли еще не вполнѣ исчезли. Одинаковое заболѣваніе наблюдалось какъ у лицъ, употреблявшихъ сливочное, такъ и ягодное мороженное. Подобныя-же болѣзненныя явленія наблюдались и 8-го іюня у лицъ, употреблявшихъ тоже мороженное, но въ слабой формѣ, такъ какъ никто изъ нихъ къ врачамъ не обращался. Вслѣдъ за обнаружившимися заболѣваніями былъ въ тотъ-же день, 9-го іюня, составленъ полиціей протоколъ, мороженное опечатано и взяты пробы, какъ у мороженщика, такъ и отъ больныхъ, для отсылки на изслѣдованіе во врачебное Отдѣленіе. Въ настоящее время всѣ заболѣвшіе—около 20 человѣкъ—выздоровѣли. Судя по припадкамъ болѣзни, предполагается отравленіе мышьяковистой кислотой, попавшей, вѣроятно, совершенно случайно. Краска, которой окрашивается мороженное, опечатана, а торговля мороженнымъ пріостановлена.

1327. «Днѣпровскій Вѣстникъ» (22 іюня) передаетъ, что состоявшимся общимъ Собраніемъ членовъ Общества книгопечатниковъ въ Смоленскѣ *единогласно избранъ почетнымъ членомъ Общества Д. Н. Жбанковъ*.

1328. «Днѣпровскій Вѣстникъ» (17 іюня) разсказываетъ, со словъ «Приволжскаго Края», *слѣдующій печальный фактъ изъ жизни Самарской больницы*. Завѣдующій гинекологическимъ отдѣленіемъ д-ръ *У—нъ* пожаловался на фельдшерицу Р. старшему врачу больницы д-ру *Д—е*, который велѣлъ г-жѣ Р. немедленно «убираться вонъ». Когда-же д-ръ *Д.* на слѣдующій день нашелъ фельдшерицу Р. въ баракѣ и повторилъ приказаніе уйти изъ больницы, то г-жа Р., будто-бы, дала пощечину д-ру *Д.*, а послѣдній ударомъ кулака свалилъ женщину на полъ.—Мы увѣрены, что д-ръ *Д.* не откажется разъяснить, сколько въ этомъ грустномъ разсказѣ правды.

1329. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (19 іюня) приведены выдержки изъ *матеріаловъ для изученія санитарнаго надзора на рр. Волгѣ и Камѣ и на Маріинской системѣ*. Насколько плачевенъ этотъ надзоръ, видно изъ слѣдующихъ строкъ: Д-ръ *Строгановъ* въ своемъ отчетѣ заявляетъ о случаяхъ «побѣговъ пароходовъ отъ санитарнаго надзора»; другой врачъ—Министерства путей сообщенія—отмѣчаетъ не только уклоненіе пароходчика отъ выполненія «совѣтовъ», но прямое насиліе надъ представителемъ санитарнаго надзора: командиру не понравились замѣчанія врача на грязное содержаніе парохода; онъ безъ предупрежденій отдалъ распоряженіе объ отвалѣ парохода, въ то время, когда осмотръ не былъ оконченъ, и увезъ врача на середину рѣки. Тѣ-же отчеты отмѣчаютъ пренебрежительное отношеніе командировъ къ санитарному надзору: «При осмотрѣ судовъ представителями судоходнаго или техническаго надзоровъ со стороны командировъ, машинистовъ и другихъ лицъ встрѣчается полное вниманіе къ дѣлаемымъ указаніямъ и замѣчаніямъ и готовность исполнить распоряженіе; при осмотрѣ чинами *санитарнаго* надзора тѣ-же лица *очень часто* считаютъ своей обязанностью входить въ тѣ или другія пререканія и объясненія».—Относительно р. Камы отчетъ санитарнаго надзора устанавливаетъ рядъ слѣдующихъ характерныхъ явленій. На пассажирскихъ пароходахъ почти совершенно не наблюдалось улучшенія въ устройствѣ кухонъ, ледниковъ, помѣщеній для храненія провизіи, буфетовъ и помѣщеній буфетныхъ и кухонныхъ служащихъ. Кухни темны, грязны и лишены провѣтриванія. При осмотрахъ прислуги пассажирскихъ пароходовъ «приходилось сплошь и рядомъ наблюдать чрезвычайную грязь тѣла и бѣлья». Отчетъ отмѣчаетъ, что *особенно грязно содержится буфетная и кухонная прислуга*. При осмотрѣ оффиціантовъ, прислуживающихъ пассажирамъ I и II классовъ обязательно во фракѣ или форменномъ пиджакѣ, бѣлой манишкѣ и бѣломъ галстукѣ, обнаруживалось подъ фракомъ «грязное полуистлѣвшее нижнее бѣлье, издающее зловоніе». Въ такомъ-же видѣ являлись на осмотръ повара. Состояніе нижняго бѣлья и тѣла оффиціантовъ III класса, кухонныхъ мужиковъ, поваровъ и посудниковъ приводило врачей въ ужасъ. Въ довершеніе всего среди оффиціантовъ, спящихъ часто на пассажирскихъ койкахъ, и среди поваровъ, готовившихъ кушанья на весь пароходъ, по-прежнему санитарнымъ надзоромъ найдены *больные венерическими болѣзнями и сифилисомъ въ заразной стадіи*...

1330. Въ Баландѣ на средства губернскаго Земства открытъ *лѣчебно-продовольственный пунктъ* («Саратовскій Листокъ», 23 іюня).

1331. Въ засѣданіи Правленія Пироговскаго Общества 2 апрѣля было доложено *отношеніе Организаціоннаго Комитета*

IX-го Съѣзда, въ которомъ Комитетъ, препровождая состоявшіяся въ отдѣлахъ IX-го Съѣзда постановленія въ редакціи, принятой въ распорядительномъ собраніи 10-го января, сообщаетъ, что «постановленія эти, по независящимъ отъ бюро Съѣзда и Комитета причинамъ, не могли быть доложены на послѣднемъ Общемъ Собраніи при закрытіи Съѣзда и, слѣдовательно, не были утверждены послѣднимъ, почему приведеніе въ исполненіе этихъ постановленій зависитъ отъ рѣшенія Правленія по этому вопросу». При обсужденіи вопроса, въ которомъ принимали участіе всѣ присутствовавшіе члены Правленія, было выяснено, что, въ силу дѣйствующаго устава Общества, въ распорядительныхъ Собраніяхъ разсматриваются, обсуждаются и «окончательно устанавливаются предложенія отдѣльныхъ секцій для заявленія ихъ въ общихъ Собраніяхъ», (§ 14) въ послѣднемъ же общемъ Собраніи (§ 17) лишь читаются отчеты и производятся выборы. Поэтому единогласно опредѣлено: *считать всѣ постановленія, принятыя распорядительнымъ Собраніемъ 10-го января, состоявшимися въ качествѣ постановленій IX-го Пироговскаго Съѣзда, напечатать ихъ въ «Журналѣ» Общества и приступить къ ихъ исполненію.* Постановленія, касающіяся круга работъ, состоящихъ при Обществѣ Коммиссій, рѣшено передать на предварительное разсмотрѣніе въ эти послѣднія («Журналъ Общества русскихъ врачей», № 3).—Постановленія напечатаны въ этомъ же 3-мъ № «Журнала».

1332. Засѣданія Кавказскаго медицинскаго Общества 16 и 20 марта были посвящены обсужденію доклада состоящей при Обществѣ Коммиссіи по вопросу *о преобразованіи санитарно-врачебной части въ Тифлисскомъ городскомъ общественномъ Управленіи.* Коммиссія на первый планъ выдвинула: учрежденіе больницы, въ противоположность господствующему до сихъ поръ амбуляторному лѣченію въ городскихъ лѣчебницахъ; измѣненіе характера дѣятельности участково-думскихъ врачей (соединеніе санитарной и лѣчебной функцій въ лицѣ каждаго участково-думскаго врача), при чемъ предполагается увеличеніе числа думскихъ врачей до 10; расширеніе обеззараживаемой камеры; преобразованіе городской химической лабораторіи въ химико-бактеріологическій Институтъ; реформу центральной администраціи, вѣдающей санитарно врачебное дѣло, а именно, учрежденіе постоянной Коммиссіи народнаго здравія. Докладъ вызвалъ весьма оживленный обмѣнъ мнѣній. Въ итогѣ Общество высказалось за отдѣленіе санитарныхъ функцій отъ обязанностей пользующихъ врачей и признало необходимымъ, въ виду роста города, назначеніе одного врача гигіениста, 3-хъ или 4-хъ санитарныхъ и 7 участковыхъ лѣчащихъ врачей съ возложеніемъ на послѣднихъ эпидеміологическаго надзора. Далѣе Общество выразило пожеланіе о сохраненіи санитарно-врачебнаго Совѣта и объ учрежденіи постоянной при Думѣ Коммиссіи народнаго здравія. Принято предложеніе Коммиссіи относительно учрежденія центральной лѣчебницы, предназначенной только для спеціальнаго лѣченія больныхъ, для чего рѣшено учредить въ ней 6 должностей спеціалистовъ ординаторовъ. Относительно порядка замѣщенія должностей врачебнаго персонала больницъ и участково-думскихъ врачей Общество приняло предложеніе Коммиссіи о введеніи системы конкурса и баллотировки въ коллегіальномъ учрежденіи, каковымъ въ Тифлисѣ должно быть соединенное засѣданіе постоянной думской Коммиссіи народнаго здравія и санитарно-врачебнаго Совѣта; намѣченное въ этой коллегіи лицо рекомендуется Управѣ для утвержденія, въ данной должности. Докладъ Коммиссіи, касающійся городской лабораторіи, былъ принятъ, а учрежденіе серотерапевтическаго Института отложено. Докладъ Коммиссіи и рѣшенія Общества постановлено представить Тифлисскому общественному Управленію («Протоколы Кавказскаго медицинскаго Общества», № 18 и 19).

1333. Харьковскій губернскій врачебный Совѣтъ призналъ необходимымъ созвать въ первой ½ октября текущаго года *губернскій Съѣздъ врачей и представителей земствъ.* Программа намѣчена слѣдующая: 1. Обзоръ состоянія земской медицины въ уѣздахъ и лѣчебныхъ и прочихъ медицинскихъ учрежденій, находящихся въ вѣдѣніи губернскаго земства (губернская больница съ ея отдѣленіями, фельдшерская школа, повивальный институтъ, оспенный телятникъ и проч.). Обезпеченность населенія разнаго рода спеціальной (хирургической, акушерско-окулистической, сифилитической, психіатрической и пр.) медицинской помощью въ качественномъ и количественномъ отношеніяхъ; средства къ улучшенію медицинской помощи въ губерніи. 2. Обзоръ состоянія санитарной организаціи въ губерніи (санитарное бюро, санитарные врачи, врачебные Совѣты, благотворительныя Общества при больницахъ, участковыя попечительства); общая программа ея дѣятельности и очередныя задачи. 3. Участіе губернскаго земства въ дѣлѣ развитія медицинской помощи и улучшенія санитарнаго состоянія уѣздовъ (санитарныя изслѣдованія, губернскіе межуѣздные участки, борьба съ эпидеміями, санитарный надзоръ и мѣропріятія). Основанія для разграниченія дѣятельности губернскаго и уѣздныхъ земствъ или условія ихъ взаимной дѣятельности. 4. Медицинская отчетность и регистрація; ихъ настоящее состояніе и необходимыя въ нихъ измѣненія. 5. Фабрично-заводская медицина и ея отношеніе къ земству. 6. Санитарно-лѣчебное дѣло въ городахъ Харьковской губерніи; участіе въ немъ земства («Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 4).

1334. Д-ръ *Д. Н. Жбанковъ* въ замѣткѣ *«о расходахъ губернскихъ земствъ по смѣтамъ на 1903 годъ»* («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 3) дѣлаетъ интересныя сопоставленія и сравненія отдѣльныхъ губерній. Весь расходъ губернскихъ земствъ составляетъ внушительную сумму 35½ мил., въ среднемъ болѣе 1.000000 на 1 губернію. 15 губерній превосходятъ среднее и расходуютъ болѣе 1.000000 въ годъ на губернскія потребности, а остальныя 19 губерній имѣютъ бюджетъ меньше средняго, спускаясь до ½ и даже ниже. Наибольшій губернскій бюджетъ имѣютъ губерніи Московская (2.054000 р.) и Херсонская (2.032000 р.), затѣмъ слѣдуютъ губерніи Харьковская (1.751000 р.), Вятская (1.738000 р.), Самарская (1.652000 р.), Курская (1.645000 р.), а остальныя расходуютъ меньше 1.500000 р. Наименьшій расходъ имѣютъ: Псковская губ. (474000 р.), Олонецкая (561000 р.), Смоленская (575000 р.), и Симбирская (585000 р.). Такимъ образомъ Московское и Херсонское губернскія земства превосходятъ по своей смѣтѣ почти въ 4 раза земства послѣднихъ 4-хъ губерній. Эти различія, и при томъ значительныя, обусловливаются, конечно, не одной состоятельностью губерній, но и тѣмъ, что нѣкоторыя губернскія земства берутъ на себя такіе расходы, которые въ другихъ губерніяхъ ложатся исключительно на уѣздныя земства; такъ напр. Херсонское губернское земство принимаетъ на себя ⅓ всѣхъ расходовъ уѣздныхъ земствъ на медицину. Главный расходъ губернскихъ земствъ приходится на медицинскую часть, 9.000000 и 8.000000 р., или 27,5% общей смѣты. Эта статья является наибольшей въ 23-хъ земствахъ, въ 11-ти земствахъ она уступаетъ первенство дорожной повинности или уплатѣ долговъ и только въ одной Вятской народному образованію. Отдѣльныя губерніи очень различаются между собой по расходу на медицину. Больше всѣхъ расходуетъ на нее Пензенское губернское земство—49,2%, т. е. почти ½ всей своей смѣты, затѣмъ Херсонское—37,5%, Тамбовское—34,6%, а всѣ остальныя между 20% и 33% всей смѣты, и только 4 земства расходуютъ на медицину менѣе 20%, а именно: Уфимское 19%, Саратовское 18,6%, Петербургское 18% и меньше всѣхъ Вятское 15,3% всей смѣты. Медицинскіе расходы губернскихъ земствъ идутъ, главнымъ образомъ, на психіатрическое дѣло, затѣмъ крупныя суммы тратятся на губернскія больницы, и только нѣкоторыя земства (Московское, Херсонское, Курское и др.) приходятъ на помощь уѣздамъ въ борьбѣ съ эпидеміями, въ устройствѣ и содержаніи участковыхъ лѣчебницъ, въ устройствѣ санитарной части. Въ заключеніе своей замѣтки авторъ указываетъ, что, «разнообразіе мѣстныхъ условій, не одинаковость средствъ и запросовъ населенія создаютъ существенныя различія въ потребностяхъ, и потому всякія законодательныя нормы, устанавливающія одинаковыя требованія ко всѣмъ мѣстностямъ Россіи (какимъ является лѣчебный уставъ), не соотвѣтствовали-бы дѣйствительному положенію земскаго хозяйства и отозвались бы вредно на удовлетвореніи потребностей населенія. Но, съ другой стороны, очень разнообразны и взгляды губернскихъ Собраній на такіе вопросы, которые не допускаютъ въ настоящее время двухъ толкованій» (напр. народное образованіе). «Нежелательныя различія въ отношеніи губернскихъ земствъ къ такимъ нуждамъ населенія, которыя во всѣхъ губерніяхъ требуютъ одинаковыхъ и самыхъ старательныхъ заботъ, должны постепенно сгладиться, по мѣрѣ ознакомленія земцевъ однихъ губерній съ ходомъ земскаго дѣла въ другихъ губерніяхъ; этому ознакомленію много помогли бы изданіе общеземскаго органа и непосредственныя сношенія земцевъ между собою».

1335. *Порховскій Земскій Врачебно-санитарный Совѣтъ*, въ засѣданіи своемъ 18-го іюня, разсматривалъ возбужденный земскимъ участковымъ врачемъ *И. Ѳ. Знаменскимъ* вопросъ *«о матеріальномъ обезпеченіи* со стороны Порховского Земства тѣхъ *лицъ* служащаго у него *медицинскаго персонала*, которыя будутъ *призваны на театръ военныхъ дѣйствій.* Въ своемъ заявленіи д-ръ *Знаменскій* хлопоталъ передъ Совѣтомъ: 1) о сохраненіи мѣстъ за врачами и фельдшерами, которые будутъ призваны на войну; 2) о сохраненіи полнаго земскаго содержанія за тѣми и другими на все время военныхъ дѣствій и 3) объ усиленномъ вознагражденіи оставшихся на своихъ мѣстахъ врачей и фельдшеровъ, такъ какъ имъ придется нести усиленную работу по завѣдыванію покинутыхъ ихъ товарищами участковъ и пунктовъ. Врачебно-санитарный Совѣтъ, состоящій изъ членовъ Управы, всѣхъ врачей уѣзда и гласныхъ по выбору, отнесся въ высшей степени сочувственно къ приведенному заявленію д-ра *Знаменскаго* и постановилъ ходатайствовать передъ ближайшимъ земскимъ Собраніемъ: 1) о сохраненіи мѣстъ за призванными на войну врачами и фельдшерами; 2) о сохраненіи призваннымъ врачамъ половиннаго содержанія—600 р., а за фельдшерами полнаго, такъ какъ они, какъ бывшіе ротные, получатъ на войнѣ крайне ничтожное содержаніе; 3) оставшіеся врачи должны за каждую суточную поѣздку въ оставленный сосѣдній участокъ получать—3 руб., фельдшера-же 1 р. 50 к.; 4) врачи и фельдшера, по возвращеніи ихъ съ войны, обязуются отслужить *«за каждый годъ* (предложеніе д-ра *Вольфгона*) войны въ Порховскомъ Земствѣ 1 годъ.—Выражая полное наше сочувствіе къ первымъ 3-мъ постановленіямъ Порховского Врачебно-санитарнаго Совѣта, мы рѣшительно недоумѣваемъ по поводу 4-го постановленія. Неужели можетъ быть рѣчь о возвратѣ Земству того пособія, которое оно оказываетъ врачу, разъ этотъ врачъ идетъ на чрезвычайно тяжелую, полную риска и лишеній работу на войнѣ? Неужели этой самой работы недостаточно для искупленія не только такого, но даже гораздо большаго пособія? Вѣдь *«обязательство* отслужить годъ за годъ есть въ сущности ничто иное какъ возвратъ выданнаго пособія. Мы увѣрены, что Порховской Врачебно-санитарный Совѣтъ пересмотритъ свое постановленіе и отмѣнитъ 4-ый пунктъ его, который, очевидно, прошелъ лишь по недоразумѣнію.

1336. Корреспондентъ «Русскаго Слова» сообщаетъ изъ *Инсбрука*, что 23 іюня (7 іюля) тамъ произошло *крупное столкновеніе между итальянскими и нѣмецкими студентами* вслѣдствіе того, что въ экзаменаціонной коммиссіи засѣдалъ нѣмецкій профессоръ. Есть нѣсколько раненыхъ.

1337. На *каѳедру сравнительной и экспериментальной патологіи въ Парижѣ*, освободившуюся за переходомъ проф. *Chantemesse*'а на каѳедру гигіены, медицинскій факультетъ избралъ первымъ кандидатомъ д-ра *Roger*, а вторымъ кандидатомъ д-ра *Widal*'я.

1338. *Деканомъ* медицинскаго факультета Краковскаго Университета *избранъ* проф. *H. Jordan* («Przegląd lekarski», 2 іюля).

1339. Во время предстоящаго отъ 12 до 17 сентября настоящаго года (нов. стиля) *международнаго дерматологическаго конгресса въ Берлинѣ* будутъ выставлены между прочимъ *микроскопическіе препараты всѣхъ внутрикльточныхъ образованій*, описанныхъ различными авторами за *чужеядныхъ раковъ и саркомъ*. Завѣдующимъ этой демонстрацией препаратовъ состоитъ д-ръ *Unna* изъ Гамбурга и желающіе выставить свои препараты могутъ обратиться къ нему по этому поводу.

1340. Цѣлый рядъ Берлинскихъ врачебныхъ Обществъ выразилъ свое *отношеніе къ личности и общественной дѣятельности проф. Schweininger*'а въ особыхъ постановленіяхъ, сдѣланныхъ по поводу невнесенія завѣдуемой имъ больницы въ списки медицинскихъ учрежденій, въ которыхъ оканчивающіе врачи могутъ отбывать, т. наз. практическій годъ. Одно изъ такихъ постановленій врачебнаго Общества предмѣстья Schöneberg гласитъ: «Общество выражаетъ свою благодарность Министру Народнаго Просвѣщенія за то, что онъ не внесъ больницу Gross-Lichterfelde, завѣдуемую тайнымъ совѣтникомъ *Schweininger*'омъ въ списокъ учрежденій, которые назначены молодымъ врачамъ для прохожденія практическаго года. Принимая во вниманіе, что *Schweininger* въ ежедневной печати, въ залѣ судебныхъ засѣданій и вездѣ, гдѣ придется, рѣзко подчеркиваетъ свою несолидарность съ твердо установленными въ медицинской наукѣ основными положеніями; принимая во вниманіе, что его отношеніе къ вопросу о прививкѣ предохранительной оспы прямо противно законодательнымъ постановленіямъ; принимая далѣе во вниманіе, что онъ не стѣсняется не признавать за нашими выдающимися представителями медицины способностей врача и что онъ часто печатно унижаетъ все врачебное сословіе, Общество полагаетъ, что, если бы въ учрежденіи, гдѣ господствуютъ такіе взгляды, воспитывались молодые, еще не окрѣпшіе въ своихъ убѣжденіяхъ, врачи, то это явилось бы прямо опасностью, угрожающей общественному благу» (Berliner Local-Anzeiger).

1341. Заимствуемъ изъ «*Отчета о дѣятельности кассъ страхованія на случай болѣзни въ Германіи* за 1902 годъ» слѣдующія данныя: Число кассъ дошло въ 1902 году до 23 224 съ 9,858066 застрахованными, случаевъ заболѣванія было 3,578410 съ 67,377057 днями болѣзни. На каждаго члена приходится 0,36 случая заболѣванія съ 6,83 дня болѣзни. Доходъ кассъ равнялся 193,417677 марокъ, расходъ составлялъ 167,801376 марокъ, при чемъ на гонораръ врачамъ истрачено $37^1/_2$ милліоновъ, на лѣкарство и уходъ $26^1/_2$ милліоновъ, а $74^1/_2$ милліона на денежныя пособія во время болѣзни. На каждаго застрахованнаго члена приходится 17,02 марокъ расхода; къ этому слѣдуетъ еще прибавить 1,11 марокъ расходовъ по управленію, такъ что въ общемъ каждый застрахованный обходится въ среднемъ въ 18,13 марки. Общее имущество кассъ составляетъ 173,4 милліона.

1342. Проф. *Robert Koch оставляетъ* 1 октября текущаго года *мѣсто директора Берлинскаго Института для заразныхъ болѣзней*. Для того, чтобы дать ему возможность работать вполнѣ независимо на пользу науки и освободить его отъ обязанностей службы, Берлинская Академія наукъ избрала его своимъ членомъ на вакансію, которая освободилась послѣ *Virchow*'а; при этомъ за *Koch*'омъ сохраненъ полный окладъ получаемаго имъ теперь жалованья. Подобной привиллегіей до сихъ поръ пользовался только физикъ *van t'Hoff* и профессоръ астрономіи. На мѣсто *Koch*'а директоромъ Института будетъ назначенъ проф. *Gaffky*. Свои работы *Koch* по прежнему будетъ производить въ Институтѣ для заразныхъ болѣзней, гдѣ въ его распоряженіе оставлена занимаемая имъ теперь лабораторія.

1343. Въ городѣ Essen'ѣ въ настоящее время разбирается крайне интересное судебное дѣло. На скамьѣ подсудимыхъ сидятъ *директора водопроводнаго Общества*, которые *обвиняются* въ томъ, что по ихъ винѣ вспыхнула 3 года тому назадъ сильная эпидемія тифа въ городѣ Gilsenkirchen'ѣ. Оказывается, что *помимо фильтрованной воды* изъ рѣки Ruhr'а *водопроводное Общество снабжало жителей нефильтрованной водой* изъ той же рѣки; эта нефильтрованная вода шла по особо проложенной трубѣ и примѣшивалась по мѣрѣ надобности въ большемъ или меньшемъ количествѣ къ чистой фильтрованной. Интересна въ этомъ дѣлѣ экспертиза, такъ какъ судьба подсудимыхъ въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ того, будетъ ли признана вода какъ разносчикъ тифозной заразы, т. е. восторжествуетъ ли ученіе *Pettenkofer*'а, или *Koch*'а. Въ качествѣ экспертовъ вызваны профф. *Rob. Koch*, *Emmerich* и другіе извѣстные врачи и ученые. Дѣло протянется, вѣроятно, около 10 дней. Надѣемся по окончаніи этого интереснаго дѣла дать о немъ краткій отчетъ.

1344. Извѣстная фабрика микроскоповъ *Karl*'а *Zeiss*'а въ Jena изготовила уже *10000 объективовъ съ погружными системами*. Благодаря тому, что *Rob. Koch* много содѣйствовалъ усиленію спроса на микроскопы своими изслѣдованіями по бактеріологіи, фирма эта поднесла ему на память юбилейный экземпляръ погружного объектива.

1345. Общественное Управленіе города Charlottenburg'а въ Германіи рѣшило пригласить *на должность школьнаго врача* для женскихъ гимназій *женщину-врача*.

1346. Австрійское правительство организуетъ *въ Южномъ Тиролѣ, рядъ мѣръ противъ пеллагры*, принявшей размѣры угрожающіе. Занятая болѣзнью область обнимаетъ собою почти всю итальянскую часть Тироля. Годовое число заболѣваній, равнявшееся въ 1895 г. 384, въ 1900 г. дошло до 3171 случая, а въ 1901 г. до 4552; смертность же съ 22 случаевъ въ 1896 г. и 38 въ 1897 г. до 189 въ 1898 г., 160 въ 1899 г., 163 въ 1900 г. и 118 въ 1901 г. Для борьбы съ болѣзнью будутъ кромѣ проведенія общихъ гигіеническихъ мѣръ устроены особыя печи для сушки маиса, магазины для продажи его, обширныя пекарни, а также имѣется въ виду учредить особое учебное заведеніе по обработкѣ маиса и его продуктовъ («Wiener medizinische Presse», 3 іюля).

1347. Продолжая свои реляціи о безпрерывныхъ побѣдахъ японцевъ на сушѣ и на морѣ и совершенно умалчивая о неудачахъ ихъ, «The Lancet» по прежнему не упускаетъ случая сообщать о *нашихъ дѣлахъ что-нибудь дурное*. Такъ, въ № отъ 25 іюня газета передаетъ телеграмму «Daily Mail» изъ Ньючванга отъ 20 іюня, будто за послѣдніе 2 сутокъ черезъ Ташичао привезено въ Харбинъ съ фронта 3500 нашихъ раненыхъ и будто *поданіе имъ помощи поставлено неудовлетворительно*.

1348. *Послѣдніе вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 2 іюля). Въ Индіи за недѣли по 21 и 28 мая умерло 28219 и 20484 человѣка, при чемъ 208 и 129 смертей падаютъ на городъ Bombay, 1086 и 798 на Bombay'скій округъ, 134 и 90 на Calcutta, 215 и 200 на Bengal, 1069 и 653 на Сѣверо Западныя провинціи и Oudh, 24853 и 18086 на Punjab, 195 и 166 на Rajputana, 74 и 73 на Kashmir, 77 и 62 на Karachi. Изъ мѣстностей Капской колоніи за недѣли по 28 мая и 4 іюня случаи чумы зарегистрированы только въ Port-Elisabeth'ѣ—1 свѣжій случай и 6 остававшихся на лѣченіи. Въ Transvaal'ѣ за недѣли по 11 и 18 іюня вновь заболѣло чумою 3 (1 бѣлый) и 4 (2 бѣлыхъ) человѣка, а умерло, 0 и 1; всѣхъ случаевъ отъ начала эпидеміи насчитано 145 (27 бѣлыхъ). На островѣ св. Маврикія за недѣли по 16 и 23 іюня заболѣло 2 и 5 человѣкъ, а умерло 2 и 4. Въ Hong-Kong'ѣ за недѣли по 11, 18 и 25 іюня заболѣваній отмѣчено 47, 53 и 44, а смертей 46, 52 и 40.

1349. *Умерли:* 1) 16 іюня въ Ялтѣ *Іосифъ Андрониковичъ Костецкій*, родившійся въ 1862 г., а званіе врача получившій въ 1887 г. («Новости», 28 іюня).—2) 24 іюня въ Абастуманѣ *Самсонъ-Мелитонъ Виссаріоновичъ Топурія*, родившійся въ 1853 г., а званіе врача получившій въ 1886 г.—3) 24 іюня въ Москвѣ главный врачъ Бахрушинской больницы *Леонидъ Карловичъ Пфель*. Покойный родился 10-го іюня 1834 г. въ Москвѣ. Окончивъ въ 1856 г. медицинскій факультетъ Московскаго Университета и сдавъ въ томъ-же году экзамены на степень доктора медицины, *Л. К.* отправился для продолженія медицинскаго образованія заграницу. По возвращеніи оттуда онъ работалъ послѣдовательно въ Александровской больницѣ для чернорабочихъ въ Петербургѣ, въ Петербургской Измайловской больницѣ, въ Шереметевской больницѣ въ Москвѣ и, наконецъ, съ 1887 г. въ Бахрушинской больницѣ, главнымъ докторомъ которой былъ назначенъ тотчасъ послѣ открытія больницы. Его трудами построенъ былъ при больницѣ домъ призрѣнія для неизлѣчимыхъ больныхъ и въ 1902 г., благодаря его стараніямъ, былъ сооруженъ родильный пріютъ. Вся жизнь покойнаго и всѣ его интересы всецѣло сливались съ интересами дорогого ему учрежденія, которому онъ посвящалъ все свое время. Вникая во всѣ детали сложнаго больничнаго хозяйства, онъ вездѣ умѣлъ вносить любовь къ дѣлу. Идя на встрѣчу современнымъ принципамъ науки, *Л. К.* всегда относился съ полнымъ сочувствіемъ къ подобнымъ начинаніямъ его товарищей больничныхъ врачей; всегда готовъ былъ примѣнить тѣ или другіе новые методы лѣченія и изслѣдованія болѣзни, хотя и встрѣчалъ на этомъ пути немало препятствій въ ограниченности больничныхъ средствъ. До послѣдняго времени онъ дѣятельно работалъ въ больницѣ, и только тяжелая болѣзнь заставила его слечь въ постель («Русскія Вѣдомости», 27 іюня).—4) Въ Павіи проф. *Angelo Scarenzio*, извѣстный введеніемъ способа впрыскиванія каломеля при лѣченіи сифилиса («La Semaine médicale», 6 іюля). — 5) Проф. Львовскаго Университета по каѳедрѣ физіологической химіи *Władysław Niemiłowicz*, родившійся въ 1864 г. Покойный пользовался заслуженною извѣстностью въ избранной имъ спеціальности и всеобщею любовью своихъ учениковъ («Przegląd lekarski», 2 іюля).

Опечатка: Въ № 23, въ «Письмѣ въ редакцію»; № LXXIII, стр. 864, лѣвый столбецъ, на 7-ой строкѣ сверху *напечатано:* «въ зависимости отъ роста»; *слѣдуетъ* читать «въ зависимости отъ вѣса».

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Архивъ біологическихъ наукъ. Т. X. № 4.

1. **Г. Д. Бѣлоновскій.** *Гемолизины чумныхъ токсиновъ.* Разводки чумныхъ микробовъ обладаютъ способностью растворять кровяныя тѣльца. Можно получить также и антигемолизины чумныхъ токсиновъ. 2. **Онъ-же.** *Діагностическое значеніе осадковъ Крауса при чумной инфекціи. Краусовская* проба имѣетъ значеніе въ распознаванія чумной заразы. 3. **Онъ же.** *Къ вопросу о дозированіи чумныхъ микробовъ.* Дозировка чумного яда изъ крови свѣжепавшихъ (пассажныхъ) животныхъ значительно точнѣе дозировки изъ культуръ на искусственныхъ средахъ. 4. **К. А. Кучукъ.** *Къ ученію о двуядерности.* Нѣкоторые патологическіе процессы оказываютъ вліяніе на соотношеніе между количествомъ одноядерныхъ и двуядерныхъ печеночныхъ клѣтокъ. 5. **Е. С. Лондонъ и А. П. Соколовъ.** *Къ ученію о желудочномъ пищевареніи при экспериментальномъ остромъ малокровіи.* Опыты на собакахъ. 6. **В. Краюшкинъ.** *Годовой отчетъ отдѣленія антирабическихъ предохранительныхъ прививокъ за 1902 г.*

Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины. Апрѣль. № 4.

1. **В. М. Введенскій.** *Травматическія поврежденія на желѣзныхъ дорогахъ.* Разработка матеріала изъ врачебныхъ донесеній на Николаевской и Рыбинско-Псковской жел. дорогахъ. 2. **В. А. Арнольдовъ.** *О непримѣнимости гигіэническихъ нормъ питьевой воды въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ.* Существующія нормы растворимыхъ въ водѣ веществъ не могутъ служить гарантіей доброкачественности воды. 3. **И. Вонновъ.** *О болѣзняхъ кирпичнаго производства.* Статистическія данныя. 4. **А. В. Григорьевъ.** *О разрушеніи органическихъ веществъ при судебно-медицинскихъ анализахъ.* Кромѣ способа *Fresenius*'а и *Babo* авторъ рекомендуетъ также и свой собственный.

Извѣстія И. В.-Медицинской Академіи. Мартъ. Т. VIII. № 3.

1. **Э. Гранстремъ.** *Объ осмотической стойкости лейкоцитовъ при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ.* Изслѣдованіе свойствъ крови у 14 больныхъ съ фибринознымъ воспаленіемъ легкихъ, 13—съ брюшнымъ тифомъ, 2—съ сыпнымъ тифомъ, 3—съ бугорчаткой, 1—съ сифилисомъ, 3—съ остеомиэлитомъ, 6—съ малокровіемъ, 4—цынгой и друг. заб., всего 56 случаевъ. 2. **Ф. Д. Петровъ.** *О пищеварительномъ лейкоцитозѣ у брюшно-тифозныхъ больныхъ.* (Окончаніе). 3. **В. Ф. Орловскій.** *Обзоръ работъ по пищеварительнымъ органамъ за 1902 г.* Годовой обзоръ. (Окончаніе).

Извѣстія Петербургской біологической лабораторіи. Т. VII. Вып. 11.

1. **А. Красуская.** *Изслѣдованіе расположенія и взаимнаго соотношенія сосудовъ почекъ человѣка и млекопитающихъ животныхъ.* Сравнительно-анатомическое изслѣдованіе съ описаніемъ хода сосудовъ по пищеварительнымъ препаратамъ и коррозіоннымъ слѣпкамъ. 2. **В. И. Словцовъ.** *Окисляющіе ферменты и ихъ біологическое значеніе.* Литературно-критическій обзоръ ученія объ оксидазахъ. 3. **Н. Яковлевъ.** *О морфологіи и морфогеніи коралловъ группы Rugosa.* Описаніе одной группы коралловъ.

Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. Апрѣль. Т. VII. № 4.

1. **А. В. Тихоновичъ.** *О пораженіи верхнихъ дыхательныхъ путей при проказѣ.* Патолого-анатомическое и гистологическое изслѣдованіе. 2. **П. И. Ковалевскій.** *Излѣчимость и лѣченіе сифилиса.* Критическій обзоръ вопроса объ излѣчимости сифилиса. 3. **И. П. Дедюринъ.** *Къ вопросу о лѣченіи Ung. argenti colloidal. Credé венерическихъ бубоновъ.* (Продолженіе). 4. **Т. С. Буржаловъ.** *Balanoposthitis circinata erosiva.* Краткая исторія двухъ случаевъ.

Французскіе.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Май. Т. I. Серія 4.

1. **P. Brouardel.** *La saccharine état actuel de la question au point de vue de l'hygiène alimentaire.* Современное состояніе вопроса о значеніи сахарина какъ питательнаго вещества. 2. **A. Deléarde.** *Le service médical des assurances ouvrières abligatoires en Allemagne. L'organisation de la médecine des accidents en France ce qu'elle est et ce qu'elle devrait être.* Состояніе медицинской помощи при обязательномъ страхованіи у рабочихъ въ Германіи. 3. **Aug. d'Arenberg.** *La suppression du paludisme par la destruction des moustiques.* Опытъ борьбы съ болотной лихорадкой посредствомъ уничтоженія комаровъ.

Annales de l'Institut Pasteur. Мартъ. Т. XVIII. № 3.

1. **C. Levaditi.** *Contribution à l'étude de la spirillose des poules.* Экспериментальное изслѣдованіе о спирилловѣ куръ. 2. **P. Remlinger.** *Le passage du virus rabique à travers les filtres.* Къ вопросу о проходимости яда бѣшенства черезъ фарфоровые фильтры. 3. **A. Fernbach** et **J. Wolff.** *Recherches sur la coagulation de l'amidon.* Механизмъ и химизмъ въ процессѣ склеиванія крахмальныхъ зеренъ. 4. **E. Boullanger** et **L. Massol.** *Etudes sur les microbes nitrificateurs.* Біологическія свойства нитрифицирующихъ микробовъ. 5. **E. Duclaux** *Etudes d'hydrographie souterraine.* (Продолженіе).

Annales de gynécologie et d'obstétrique. Мартъ. Т. I.

1. **Pierré Fredet.** *Etude anatomique sur l'origine des kystes du vagin.* Анатомо-топографическое изслѣдованіе въ связи съ вопросомъ о происхожденіи влагалищныхъ кистъ. 2. **V. Wallich.** *Pyélo néphrite et suites de couches.* Связь между родами и піэлонефритами. 3. **J. Mouchotte.** *L'hystérectomie dans l'infection puerpérale post abortum* 3 случая удаленія матки послѣ выкидыша. 4. **Condamin.** *Kyste dermoïde des deux ovaires chez une malade ayant cinq accouchements antérieurs. Torsion du pédicule de l'un des kystes. Transposition du coté des deux kystes.* Описаніе случая. 5. **Kouznetzky.** *Cancer des deux ovaires chez une fillette de 14 ans. Operation.—Guérison sans récidive.* Переводъ съ русскаго.

Апрѣль. Т. I.

1. **Félix Legueu.** *De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité.* Клиническая лекція о піэлонефритѣ. 2. **M. Oui.** *L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures.* Значеніе фиксированія матки съ точки зрѣнія вліянія этой операціи на послѣдующую беременность. 3. **V. Wallich.** *Les leucocytes dans le lait.* Распознавательное значеніе присутствія лейкоцитовъ въ молокѣ у роженицъ. 4. **L. Laroyenne.** *Imperforation de l'hymen. Pyocolpos ferme.* Описаніе случая зарощеннаго влагалища.

Annales des maladies des organes génito-urinaires. Мартъ. № 6.

1. **J. Vanverts.** *La torsion du cordon spermatique (bistournage spontané).* Собрана литература вопроса. 2. **Gaudier.** *Volumineuse tumeur du scrotum (lymphangiome kystique).* 1 случай съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Апрѣль. № 7.

1. **B. Motz** et **L. Suarez.** *Dès hémorrhagies spontanées de la prostate.* Клиническое и микроскопическое изслѣдованіе. 2. **Adolfo Cariani.** *Contribution au traitement des uréthrites chroniques.* По поводу 20 ти наблюденій. 3. **J. Kérassotis.** *Sur un cas d'abcès métastatique d'origine gonococcique.* Описаніе случая. 4. **Revel.** *L'incontinence d'urine nocturne essentielle.* Критическій разборъ. 5. **Georges Luys.** *La séparation de l'urine des deux reins.* Рецензія по поводу этого сочиненія.

Апрѣль. № 8.

1. **Edgar Garceau.** *La cystite chronique rebelle.* Рядъ клиническихъ наблюденій о хроническомъ циститѣ. 2. **Henri Hartmann.** *Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine.* Случай эхинококка въ тазу, осложненный задержаніемъ мочи. 3. **Rafin.** *Le cathétérisme uretéral therapeutique.* Описаніе случая.

Archives d'électricité médicale experimentales et cliniques. Мартъ—Апрѣль.

1. **Stéphane Leduc.** *Photothérapie profonde par sensibilisation des tissus.* Нѣкоторыми пріемами авторъ дѣлаетъ ткани болѣе воспріимчивыми къ дѣйствію лучей. 2. **Guilleminot.** *Production de l'ozone par les spirales a haute tension et haute fréquence.* Краткая замѣтка о добываніи озона путемъ электрическаго тока высокаго напряженія. 3. **Virgilio Machado.** *Sur la polarisation double des electrodes employées dans l'électrothérapie.* Описаніе и рисунки. 4. **Morin.** *Sur deux réducteurs de potentiel liquides.* Объясненіе принциповъ устройства прибора. 5. **Stéphane Leduc.** *Emploi thérapeutique des émanations radioactives.* Предлагается лѣчить легочныя заболѣванія вдыханіями эманаціи радія. 6. **Delherm** et **Laquerrière.** *L'électricité dans le traitement des accidents hystériques.* Приводится рядъ болѣзненныхъ явленій, при которыхъ примѣненіе электричества дало успѣхъ. 7. **E. S. London.** *Action des rayons du Radium sur le sens de la vue.* (Продолженіе). 8. **J. Bergonié.** *Cancroïde de la paupière et de l'orbite traité avec succès par la radiothérapie.* Описаніе случая и рисунокъ паціентки.

Archives de neurologie. Апрѣль.

1. **F. Raymond.** *Les localisations du cancer sur le système nerveux périphérique.* Клиническая лекція съ демонстраціей микроскопическихъ картинъ. 2. **Prosper Merklen** et **Henri Guiard.** *Paralysie saturnine à type partiel Aran-Duchenne.* Описаніе случая свинцеваго паралича.

Май.

1. **A. Joffroy.** *Des signes oculaires dans la paralysie générale.* Клиническая лекція къ вопросу о симптоматологіи прогрессивнаго паралича. 2. **N. Vaschide** et **Cl. Vurpas.** *Du coefficient sexuel de l'impulsion musicale.* Анализъ полового акта.

Archives d'anatomie microscopique. Апрѣль.

1. **Félix Béguin.** *L'intestin pendant le jeûne et l'intestin pendant la digestion.* Гистологическія измѣненія въ слизистой оболочкѣ желудочнокишечнаго тракта при пищеваренія. 2. **J. Jolly.** *Recherches expérimentales sur la division indirecte des globules rouges.* Микроскопическія наблюденія надъ непрямымъ дѣле-

піемъ ядеръ у красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. 3. **Honoré Lams.** *Contribution à l'étude de la genèse du vitellus dans l'ovule des téléostéens.* Авторъ изучалъ процессъ появленія желтка въ яйцевой клѣткѣ костистыхъ рыбъ.

Archives italiennes de biologie. Мартъ.

1 **U. Stefani.** *Comment se modifie la réaction de la pupille à l'atropine à la suite de l'usage prolongé de cette substance. Contribution à l'étude de l'adaptation.* Къ вопросу о привыканіи къ атропину. Экспериментальное изслѣдованіе. 2. **D. Bono.** *Sur l'altération de l'hémopoèse dans la mort par le froid.* Измѣненіе количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ при смерти животнаго отъ охлажденія. 3. **F. A. Podera** et **V. Traina.** *Études sur l'alcalescence du sang.* Измѣненіе щелочности крови при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ. Опыты на собакахъ. 4. **G. Astolfoni** et **F. Soprana.** *Sur les variations de la toxicité urinaire durant la fatigue.* Наблюденія надъ увеличеніемъ токсическихъ свойствъ мочи во время усталости. 5. **A. Aggazzotti.** *Les mouvements réflexes que produisent les sons dans l'oreille externe des colayes.* Анализъ рефлекторныхъ сокращеній мышцъ у морскихъ свинокъ подъ вліяніемъ звуковъ. 6. **Онъ-же.** *Les mouvements réflexes de l'oreille externe des colayes dans l'air raréfié, et la sensibilité auditive de l'homme dans la dépression barométrique.* Рефлекторныя сокращенія мышцъ наружнаго уха у морскихъ свинокъ въ разрѣженномъ воздухѣ. 7. **G. Galeotti.** *Les variations de l'alcalinité du sang sur le sommet du Mont Rosa.* Колебанія щелочности крови у животныхъ на вершинѣ Mont Rosa. 8. **C. Foà.** *Les changements du sang sur la haute montagne.* Измѣненія въ крови на высокихъ горахъ. 9. **Онъ-же.** *Critique expérimentale des hypothèses émises pour expliquer l'hyperglobulie de la haute montagne.* Критическій обзоръ. 10. **A. Mosso.** *Action des centres spinaux sur la tonicité des muscles respirateurs.* Зависимость тонуса дыхательныхъ мышцъ отъ центровъ спинного мозга. 11. **Онъ-же.** *La pause des mouvements respiratoires dans l'asphyxie.* Остановка дыхательныхъ движеній при асфиксіи. 12. **Онъ же.** *L'apnée produite par l'oxygène.* Разстройства дыханія подъ вліяніемъ дѣйствія кислорода.

Bulletin de L'Institut Pasteur. Мартъ. Т. II. № 5.

1. **H. Mouton.** *Les divers rayons et leur action physiologique et thérapeutique.* (Продолженіе).

Апрѣль. Т. II. № 7.

R. Sabouraud. *La peau humaine, sa flore dite normale et ses processus spontanés de défense.* Литературно-критическій обзоръ. (Продолженіе).

La Médication martiale. Январь.

1. **Maurice Laty.** *Hystérie et paralysie générale.* Случай истеріи. 2. **O. Josué** et **Salomon.** *Un cas de rhumatisme cérébrale avec examen anatomo-pathologique.* Патолого-анатомическое изслѣдованіе одного случая мозгового ревматизма.

Февраль.

1. **A. Auché.** *Destruction progressive et complète de la luette par le processus ulcéreux de l'angine de Vincent.* 2 случая полнаго разрушенія язычно-мягкаго неба при язвенной ангинѣ. 2. **P. Brunon.** *Chancre syphilitique du cornet nasal inférieur chez un enfant de 7 ans.* Описаніе случая. 3. **S. Lamard.** *Polynévrite avec diplégie faciale chez un pleurétique.* Краткое описаніе случая. 4. **Georges Petit.** *La stomatite des tuberculeux.* Для лѣченія рекомендуется бура и іодистый калій.

Мартъ.

1. **Faivre.** *Alliance de la clinique et du laboratoire.* Публичная рѣчь. 2. **Albert Robin** et **Maurice Binet.** *Les échanges respiratoires dans les états antagonistes de la scrofule.* Клиническая лекція. 3. **A. Guépin.** *Des inconvénients et des dangers du sublimé corrosif dans les voies urinaires.* Въ 4 случаяхъ препараты сулемы вызывали тяжелыя мѣстныя явленія.

Апрѣль.

1. **Picot.** *Sur un cas de laryngo-typhus.* Описаніе случая. 2. **H. Vaquez.** *Hypertension.* Критическій обзоръ. 3. **Paul Cuq.** *L'avarie gonococcique et l'arthrite blennorrhagique.* Краткая замѣтка. 4. **A. Pic** et **S. Bonnamour.** *Des troubles médullaires de l'artériosclérose. La parésie spasmodique des athéromateux.* Клиническая лекція.

La Quinzanine therapeutique. Мартъ.

1. **G. Dimier.** *Impressions inédites sur la puériculture.* Благодѣтельныя послѣдствія закона охраненія дѣторожденій въ общинѣ Villiers-le-Duc въ теченіи 10 ти лѣтъ. 2. **Donnat.** *La métrite blennorrhagique chronique.* Клиническая лекція. 3. **O. Rosenraad.** *La sérothérapie du tetanos.* Критическій очеркъ. 4. **A. Combes.** *Influence des odeurs et des parfums chez les névropathes.* Перечень различныхъ заболѣваній, возникающихъ у нейропатовъ подъ вліяніемъ сильно пахучихъ веществъ.

Revue de médecine. Апрѣль.

1. **H. Bertoye.** *Contribution à l'étude de la maladie de Bence Jones.* Къ вопросу о болѣзни Бенсъ-Джонса. (Не окончена). 2. **Ch. Canter.** *Tuberculose pulmonaire. Pathogénie.— Evolution.— Acidose sanguine.* Измѣненія щелочности крови при бугорчаткѣ легкихъ. Нѣсколько клиническихъ наблюденій. 3. **Niclot.** *Une épidémie de diphtérie dans un service de typhoïdiques.* Описаніе эпидеміи дифтерита, случившейся въ тифозномъ отдѣленіи.

Май.

1. **F. Mouisset** et **S. Bonnamour.** *Du foie des tuberculeux.* Рядъ клиническихъ наблюденій и патолого-анатомическихъ вскрытій. 2. **Jaquerod.** *Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum Marmorek.* Въ девяти случаяхъ авторъ получилъ ободряющіе результаты. 3. **H. Bertoye.** *Contribution à l'étude de la maladie de Bence Jones.* (Продолженіе и конецъ). 4. **P. Busquet** et **H. Bichelonne.** *Sur un cas d'infection générale à gonocoque avec localisation secondaire.* Описаніе случая гонорреи съ осложненіемъ.

Revue d'hygiène et de police sanitaire. Мартъ.

1. **Ensch.** *La socialisation de la médecine. Essai d'hygiène sociale.* (Продолженіе и окончаніе).

Апрѣль.

1. **J. Dupuy.** *Navires et moustiques.* Суда всякаго типа могутъ перевезти на большія разстоянія насѣкомыхъ здоровыхъ и зараженныхъ. 2. **P. Caziot.** *La prophylaxie de la tuberculose militaire par le camp-sanatorium.* Критическій очеркъ. 3. **Ed. Imbeaux.** *La nouvelle alimentation de Berlin en eaux souterraines profondes.* Изслѣдованіе свойствъ подземныхъ водъ Берлина. 4. **J. Talayrach.** *La lutte contre la fièvre typhoide.* Отчетъ Германской экспедиціи относительно борьбы съ брюшнымъ тифомъ. 5. **A. Livasche.** *La fièvre typhoïde à Paris et l'eau de rivière filtrée.* 6. **Henry Chobol.** *La fièvre typhide et l'eau de la seine filtrée.*

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. Мартъ.

1. **Paul Delbet.** *Les varices et leur traitement.* Критическій разборъ способовъ лѣченія расширеній венъ. (Окончаніе). 2. **Ed. Enriquez.** *La secretine. Medication acide duodénale, stimulation des fonctions sécrétiniques chez l'homme.* Дѣйствіе секретина на отдѣленіе 12-перстной кишки.

Revue de chirurgie. Май.

1. **Ch. Julliard.** *De la valeur clinique de la courbe leucocytaire dans les maladies chirurgicales et en particulier dans l'appendicite.* Критическій обзоръ вопроса. (Статья не окончена). 2. **Favier Delore.** *Cancer de la thyroïde.* О ракѣ щитовидной железы. (Не окончена). 3. **E. Villard** et **L. Pinatelle.** *De la perforation des ulcères de la petite courbure.* Прободающія язвы желудка въ малой кривизнѣ его. 4. **Pierre Duval** et **Charles Lenormant.** *Rectoplicature antérieure et myorraphie des releveurs de l'anus dans le traitement du prolapsus rectal.* Оперативное лѣченіе выпаденія прямой кишки. 5. **F. Gross** et **G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* (Продолженіе). 6. **Mally** et **L. Richon.** *Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consécutives aux traumatismes articulaires.* Разборъ случаевъ травматическихъ поврежденій, сопровождающихся неподвижностью въ суставахъ. (Не окончена). 7. **Léon Cahier.** *Sur les myostéomes traumatiques particulièrement sur leur pathogénie et leur traitement opératoire.* (Продолженіе).

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Deutsche Aerzte-Zeitung. Апрѣль. Тетр. 7—9.

1. **Max Schüller.** *Eine angeborene Lymphcyste der Achselhöhle.* Описаніе случая лимфатической кисты. 2. **M. K. Preiss.** *Die Bedeutung der Tannin-Präparate in der Therapie der Darmkrankheiten im Säuglingsalter.* Клиническіе опыты. (Окончаніе). 3. **Ludwig Hirsch.** *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолженіе). 4. **v. Boltenstern.** *Ueber Veronal.* (Окончаніе). 5. **Albert Adamkiewicz.** *Besserungen und Heilungen krebskranker durch Kankroin.* Нѣсколько случаевъ съ удачнымъ, по мнѣнію автора, лѣченіемъ рака канкроиномъ. 6. **Schuster.** *Ueber Tabes und ihre Behandlung.* Критическая замѣтка. 7. **Lenné.** *Coma diabeticum und Alkalibehandlung.* Лѣченіе діабетической комы щелочами. 8. **Cieslewicz.** *Bakteriologische Vergleiche mit Professor Schleichs echter Marmorseife und grüner Seife.* Провѣрочные опыты къ вопросу объ обезвараживаніи рукъ. 9. **Boltenstern.** *Ueber Citrophen.* Связный рефератъ о цитрофенѣ. (Не оконченъ). 10. **Georg Rosenfeld.** *Die Praxis der Entfettungskur.* Опыты къ вопросу о лѣченіи тучности. (Не окончена). 11. **Bernstein.** *Penis-Suspensorium.* Описаніе и рисунокъ подвѣсника для полового органа. 12. **Max Levy-Dorn.** *Ein universeller Blenden- und Schutzapparat für das Röntgen-Verfahren.* Описаніе предохранительныхъ приборовъ при опытахъ съ лучами Рентгена. 13. **Boltenstern.** *Ueber Citrophen.* Терапевтическое дѣйствіе цитрофена. (Окончаніе). 14. **O. Burwinkel.** *Bericht über die 25 öffentliche Versammlung der balneologischen Gesellschaft.* Краткій отчетъ о 25 собраніи бальнеологическаго Общества въ Бадъ-Наугеймѣ.

Hygienische Rundschau. Апрѣль. № 8.

Ina Rosqvist. *Ueber den Einfluss des Sauerstoffes auf die Widerstandsfähigkeit des Typhusbacillus gegen Erhitzung.* Опыты съ разводками тифозныхъ палочекъ и отношеніе послѣднихъ къ нагрѣванію въ присутствіи кислорода.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CXVII. Изъ клиники заразныхъ болѣзней проф. Н. Я. Чистовича.

Къ микробіологіи кори.

Ч. пр. С. И. Златогорова.

(Предварительное сообщеніе).

Возбудитель кори до настоящаго времени еще съ точностью неизвѣстенъ, и сравнительно съ другими заразными болѣзнями ему удѣлялось слишкомъ мало вниманія. Изъ немногихъ работъ, посвященныхъ этому вопросу, извѣстно, что при кори находили микроорганизмы или животнаго происхожденія (зоопаразиты—*Doehle* и *Behla*) или растительнаго (бактеріи—*Canon* и *Pielicke*, *Giarré* и *Picchi*, *Чайковскій*, *Григорьевъ*, *Арзамасковъ*, *Кулеша*). Въ особенности заслуживаетъ вниманіе палочка, описанная *Canon* и *Pielicke* и одновременно съ ними *Чайковскимъ* (1892 г.), какъ постоянная находка у коревыхъ больныхъ въ различныя эпидеміи. Однако, повѣрочныя изслѣдованія *Iosias*'а, *Laveran*'а и *Варшавскаго* отрицаютъ существованіе такой палочки, не смотря на настойчивыя изслѣдованія *Чайковскаго*, вторично въ 1895 году описавшаго палочку, выдѣленную изъ новаго ряда случаевъ. Такимъ образомъ вопросъ долженъ считаться открытымъ, почему мною и была сдѣлана попытка къ изученію микробіологіи кори. Съ любезнаго разрѣшенія проф. *Н. Я. Чистовича* я имѣлъ возможность минувшей зимой изслѣдовать бактеріологически около 30 больныхъ корью, для повѣрки-же были взяты нѣсколько совершенно здоровыхъ субъектовъ и больныхъ другими заразными болѣзнями (скарлатиной, вѣтряной оспой, брюшнымъ тифомъ). Матеріаломъ для бактеріологическаго изслѣдованія служили: отдѣляемое соединительной оболочки глаза, носовая слизь и кровь больного. Изслѣдованіе производилось въ живомъ состояніи, въ мазкахъ и разводкахъ на жидкихъ и твердыхъ питательныхъ средахъ. Опыты на животныхъ (бѣлыхъ мышахъ, морскихъ свинкахъ и кроликахъ) производились какъ съ кровью больныхъ, такъ и съ выдѣленными разводками.

Нѣсколько предварительныхъ опытовъ показали, что наилучшимъ періодомъ для посѣвовъ нужно считать разгаръ высыпанія при высокой температурѣ и рѣзко выраженныхъ катарральныхъ явленіяхъ со стороны слизистыхъ оболочекъ. Посѣвы производились какъ въ обыкновенныя среды съ глицериномъ, такъ и въ спеціальныя приготовленныя изъ свѣжаго дѣтскаго мѣста (или легкихъ человѣка) съ примѣсью асцитической жидкости, плацентарной крови и человѣческой крови.

Пригодными оказались только послѣднія спеціальныя среды.

Посѣвы изъ носовой слизи давали богатую флору различныхъ микроорганизмовъ, среди которыхъ удалось только 1 разъ выдѣлить палочку, похожую на палочку, выдѣленную мною изъ крови и въ особенности изъ отдѣляемаго соединительной оболочки глаза. Изъ послѣдняго въ большинствѣ случаевъ можно было получить разводки ксерозной палочки и рядомъ съ нею палочку, очень на нее похожую, только меньшей величины, мало жизнеспособную, плохо растущую на питательныхъ средахъ и только при 35°—37° Ц. По *Gram*'у красится, неподвижна, споръ не образуетъ, растетъ на питательныхъ средахъ значительно слабѣе ксерозной палочки. Для животныхъ палочка оказалась мало болѣзнетворною. Наиболѣе интересные и опредѣленные результаты получались при изслѣдованіи крови (которая засѣвалась въ количествѣ около 1 к. стм. въ большомъ объемѣ жидкой среды отъ 25 до 150 к. стм.). Изъ 24 случаевъ [1]) кори, изслѣдованныхъ въ разгарѣ болѣзни (какъ объ этомъ было сказано выше) въ 17—была выдѣлена въ чистой разводкѣ на жидкой питательной средѣ палочка, которая характеризуется слѣдующими особенностями: длина ея 0,4—0,7 μ—0,8 μ, ширина 0,2—0,3—0,4 μ, хорошо окрашивается анилиновыми красками и по *Gram*'у, мало подвижна, обыкновенно встрѣчается по 2 и группами на подобіе зооглей. Концы палочки закруглены и нерѣдко лучше красятся, чѣмъ средняя часть. Въ то время какъ длина палочки не превышаетъ 0,7—0,8 μ, ширина ея бываетъ различная и палочка иногда приближается къ шарику. Появляется ростъ уже черезъ 2 сутокъ и на днѣ жидкой среды въ видѣ мелкаго осадочка, при чемъ самая среда остается прозрачной. Микробъ растетъ лучше всего при температурѣ 36—37° Ц., аэробъ и споръ не образуетъ. Пересѣвъ удается только въ 1-мъ поколѣніи. На твердой питательной средѣ (агаръ $1^1/_2$% + асцитическая жидкость + плацентарная кровь или телячья сыворотка, смѣшанная съ кровью послѣда) удалось получить разводку изъ крови тѣхъ же больныхъ только 2 раза. Ростъ получается въ видѣ мелкихъ круглыхъ зеренъ, едва возвышающихся надъ уровнемъ среды, полупрозрачныхъ, не сливающихся. Появлялись они на 3—4-й день роста въ термостатѣ. Пересѣвъ въ 1-мъ поколѣніи удался только въ одной разводкѣ. Опыты на животныхъ дали неопредѣленные результаты. Въ однихъ случаяхъ животныя выживали безъ видимыхъ болѣзненныхъ измѣненій, въ другихъ—они гибли черезъ 12—14 сутокъ при явленіяхъ истощенія, и на вскрытіи нельзя было найти микробовъ. Въ мазкахъ изъ крови больныхъ только въ нѣкоторыхъ случаяхъ (6 разъ) можно было при длительной окраскѣ *Löffler*'овской синькой видѣть группы (въ одномъ мазкѣ на предметномъ стеклѣ 2—3—4 группы) очень мелкихъ палочекъ, похожихъ на только-что описанныя. Обыкновенно, если въ мазкахъ обнаруживались микробы, то получались и разводки; только въ 2-хъ случаяхъ не удалось получить разводокъ, не смотря на присутствіе микробовъ въ мазкахъ. Такія-же группы мелкихъ палочекъ мы видѣли въ мазкахъ изъ носовой слизи (2 раза) и отдѣляемаго соединительной оболочки глаза (4 раза). Повѣрочныя изслѣдованія крови здоровыхъ людей и больныхъ другими заразными болѣзнями ни разу не дали такой разводки и такихъ микробовъ въ мазкахъ. Не имѣя возможности вполнѣ отождествить палочку, выдѣленную мною изъ крови коревыхъ съ палочкой носовой слизи и конъюнктивы глаза, я придаю значеніе только первой, которая во всѣхъ случаяхъ была тождественной. Дальнѣйшіе мои опыты должны показать зависимость коревого заболѣванія отъ этой палочки, нѣсколько напоминающую палочку прежнихъ авторовъ.

[1]) Подробности будутъ сообщены въ спеціальной работѣ.

CXVIII. О нѣкоторыхъ необходимыхъ мѣрахъ для предупрежденія заболѣваній въ дѣйствующей арміи.

Г. В. Ольдерогге (Петербургъ).

Въ тяжелую годину испытаній всякій, кто можетъ хотя сколько нибудь уменьшить страданія, вызываемыя войной, обязанъ придти на помощь словомъ или дѣломъ.

Мнѣ, участнику послѣдняго турецкаго похода, приходилось въ качествѣ полкового и госпитальнаго врача присматриваться къ условіямъ, вліяющимъ на здоровье войскъ. Тѣми отрывочными воспоминаніями и наблюденіями, которыя могутъ принести нѣкоторую пользу въ примѣненіи къ настоящей кампаніи, я хочу подѣлиться съ врачами, впервые отправляющимися на войну.

Невозможная нечистоплотность солдата относительно своихъ испражненій, оставляемыхъ во время похода на поверхности земли, несомнѣнно одна изъ главныхъ причинъ эпидемій военнаго времени, напр., брюшного тифа, кроваваго поноса, холеры, и вообще заразныхъ заболѣваній кишечника. Другія эпидеміи до нѣкоторой степени также могутъ распространяться путемъ проглатыванія и вдыханія частицъ заразныхъ испражненій или употребленія загрязненной ими питьевой воды.

При передвиженіяхъ каждая часть естественно заботится прежде всего только о себѣ, нисколько не думая о слѣдующихъ за нею частяхъ, которыя по необходимости часто становятся бивуакомъ на загрязненныя испражненіями мѣста, почему послѣдовательное загрязненіе бивуаковъ и всего пути, по которому двигаются войска, доходитъ до невѣроятнаго.

Въ послѣднюю нашу турецкую войну одинъ изъ полковъ

простоявшій на мѣстѣ около 3-хъ недѣль, до того загадилъ всю окрестность стоянки, подъ Sanstefano, что, задыхаясь отъ собственной вони, долженъ былъ быть отведенъ въ другое мѣсто. Послѣ этого, въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, нельзя было ѣздить по проходившей вблизи этого мѣста дорогѣ, почему образовалась новая, въ объѣздъ, удлинявшая путь болѣе, чѣмъ на версту.

Не смотря на естественное отвращеніе къ распространяемому на далекое разстояніе зловонію, я полюбопытствовалъ осмотрѣть эту загрязненную мѣстность, спустя 2 мѣсяца послѣ оставленія частью своего бивуака и былъ пораженъ величиною сплошь загаженной площади, невыносимымъ зловоеніемъ и несмѣтнымъ количествомъ мухъ, сидящихъ на испражненіяхъ.

При такомъ загрязненіи мѣстъ стоянокъ, эпидеміи военнаго времени неизбѣжны. Вотъ почему разумный выборъ какого-либо типа отхожихъ мѣстъ для времени похода представляетъ вопросъ первостепенной важности.

Не смотря на это, въ литературѣ вопросу этому отведено самое ничтожное мѣсто. Преимущественно указывается, какъ устраиваютъ отхожія мѣста во время расположенія части лагеремъ, при чемъ всѣ онѣ сохраняютъ типъ широкой и глубокой ямы съ различными приспособленіями надъ нею. Вслѣдствіе недостатковъ, присущихъ этимъ отхожимъ мѣстамъ, эти послѣднія устраиваютъ обыкновенно позади лагеря, вдали отъ стоянки нижнихъ чиновъ, которые въ ночное время ими неохотно пользуются и загрязняютъ испражненіями и мочею лагерное расположеніе.

Отхожія мѣста должны удовлетворять двумъ необходимымъ условіямъ: во 1-хъ, они должны быть удобны и легко примѣнимы при всѣхъ условіяхъ походной жизни; во 2-хъ, они должны сами по себѣ обезвреживать заразныя испражненія.

На такую систему отхожихъ мѣстъ я и хочу обратить вниманіе.

Часть, находящаяся въ походномъ движеніи, при всякой, даже самой короткой остановкѣ отряжаетъ, въ зависимости отъ величины части, 5—20 человѣкъ съ лопатами для рытья параллельныхъ ямъ, находящихся одна отъ другой въ разстояніи $^3/_4$ аршина. Ширина ямы равна ширинѣ лопаты, глубина и длина 1—$1^1/_2$ аршина. Для одного батальона, при небольшой остановкѣ, достаточно 4—5-ти такихъ узкихъ ямъ, которыя готовы черезъ 10—15 минутъ.

Испражняющійся становится на края ямы, поперекъ ея, при чемъ какъ испражненія, такъ и моча могутъ попасть только въ яму, что имѣетъ большое значеніе, потому что края ямы, оставаясь незагрязненными, не препятствуютъ остановиться на то же мѣсто послѣдующимъ, которые отходятъ съ чистою обувью и не разносятъ испражненія и мочу по мѣсту стоянки.

Испражнившійся засыпаетъ свои выдѣленія имѣющеюся здѣсь же лопатою или просто толчкомъ ноги о вырытую, находящуюся между ямами землю. Благодаря этому изъ ямы не слышно никакой вони.

Незагрязненность краевъ ямы и полное отсутствіе вони способствуетъ тому, что всякій охотно пользуется такою ямою, предпочитая эту систему всякому другому способу. Ямы засыпаются оставшеюся рыхлою землею тогда, когда уровень постепенно засыпаемыхъ землею испражненій достигаетъ $^1/_2$ аршина разстоянія отъ поверхности земли. Вслѣдствіе засыпки надъ ямой образуется небольшой земляной валъ.

Этими ямами слѣдуетъ пользоваться по порядку, при чемъ крайнія ямы, которыми не пользовались, остаются незасыпанными и должны служить для людей, отставшихъ отъ части или для небольшихъ командъ, двигающихся отдѣльно.

При слѣдованіи большого количества войскъ по одному или нѣсколькимъ путямъ, благодаря этой системѣ образуются уже готовыя отхожія мѣста (Erdcloset'ы), находящіяся по пути слѣдованія войскъ и невдалекѣ однѣ отъ другихъ.

Это обстоятельство должно привести къ тому, что отставшіе отъ своей части нижніе чины станутъ охотно пользоваться этими, уже готовыми отхожими мѣстами и такимъ образомъ обычай оставлять свои испражненія на поверхности земли при передвиженіи войскъ самъ собою долженъ исчезнуть или во всякомъ случаѣ почти вывестись.

Преимущества этихъ, настойчиво мною совѣтуемыхъ отхожихъ мѣстъ, слѣдующія:

1. Быстрота, легкость ихъ устройства.

2. Легкая примѣняемость ихъ во всѣхъ случаяхъ походной жизни (конечно, не во время сраженія, отступленія и т. п.).

3. Испражненія, засыпаемыя послойно и затѣмъ покрываемыя толстымъ слоемъ земли, не могутъ служить источникомъ заразы и не требуютъ обеззараживанія.

4. Полное отсутствіе вони, почему онѣ могутъ вырываться въ самомъ близкомъ разстояніи отъ расположенія людей.

5. Испражненія не могутъ служить пищею для мухъ, переносящихъ частицы заразныхъ испражненій на пищу.

6. Края ямъ не загрязняются, почему испражненія не могутъ быть разносимы на обуви по мѣсту стоянки.

7. Эти земляные клозеты, отличаясь опрятностью и полнымъ отсутствіемъ запаха, не вызываютъ ни малѣйшаго отвращенія даже у людей, весьма избалованныхъ.

8. Солдаты находятъ эти ямы весьма удобными, очень охотно ими пользуются и весьма легко оставляютъ старый способъ разбрасыванія испражненій на поверхности земли, въ чемъ я убѣдился на опытѣ.

9. Предлагаемая система отхожихъ мѣстъ, если только она будетъ проведена съ достаточнымъ упорствомъ въ войскахъ дѣйствующей арміи, значительно ослабитъ эпидемическія заболѣванія и можетъ спасти жизнь многимъ тысячамъ людей.

Эти отхожія мѣста были мною испытаны въ лазаретѣ лейбъ-гвардіи Измайловскаго полка во время эпидеміи брюшного и сыпного тифовъ подъ Sanstefano, а также въ отдѣльно стоявшемъ 4-мъ эскадронѣ лейбъ-гвардіи кирасирскаго полка въ Красномъ Селѣ и дали результаты, превзошедшіе всѣ ожиданія.

Конечно, въ зимнее время рытье ямъ болѣе затруднительно, но это относится и ко всѣмъ другимъ отхожимъ мѣстамъ. Устройство этихъ отхожихъ мѣстъ было-бы также полезно при всѣхъ подвижныхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ, расположенныхъ внѣ городовъ.

Какъ уже сказано выше, система земляныхъ отхожихъ мѣстъ препятствуетъ мухамъ садиться на испражненія и такимъ образомъ уничтожаетъ возможность переноса заразныхъ испражненій на пищу. Но въ лѣчебныхъ заведеніяхъ муха продолжаетъ оставаться переносчикомъ заразы съ одного больного на другого. Садясь на трудно больныхъ, находящихся въ безсознательномъ состояніи, мухи насасываются отдѣленій изъ глазъ, носа, рта, а также садясь на снятыя повязки, переносятъ заразу помощью укусовъ или прямо на рану при перевязкахъ больныхъ.

Если у насъ и въ мирное время мало обращаютъ вниманіе на вредъ, приносимый въ лѣчебныхъ заведеніяхъ распространеніемъ заразы мухами, то въ военное время на это не обращаютъ никакого вниманія и врачи смотрятъ на переполненіе мухами больничныхъ помѣщеній какъ на бѣдствіе почти стихійное, а потому и не предпринимаютъ никакихъ мѣръ.

За границею, гдѣ въ сознаніе народа проникло убѣжденіе во вредѣ, приносимомъ мухами, послѣднія встрѣчаются во многихъ городахъ весьма рѣдко, потому что какъ богатый, такъ и бѣдный, всѣ примѣняютъ всевозможныя средства для уничтоженія мухъ.

Если такая борьба возможна въ частныхъ домахъ, то она, мнѣ казалась-бы, должна быть обязательна для лѣчебныхъ заведеній.

Насколько мнѣ извѣстно, лучшее въ гигіеническомъ отношеніи средство противъ мухъ есть бумага, смазанная сильно липкимъ составомъ и доставляемая къ намъ прен-

мущественно изъ Америки подъ видомъ различной «Пуларег».

Такъ какъ эта бумага сравнительно дорога, отъ 2—5 копеекъ за листъ, то въ виду экономіи эта бумага могла-бы приготовляться въ военно-лѣчебныхъ заведеніяхъ изъ различныхъ дешевыхъ смѣсей, намазываемыхъ на невпитывающую бумагу, напр. парафиновую. Привожу 2 рецепта смѣсей, которыя намазываются на бумагу: канифоли въ порошкѣ 3 части и касторового масла 2 части; варить на легкомъ огнѣ до растворенія. Полезно прибавить небольшое количество сахарной пудры. Или: канифоли 1 часть; патоки 4 части. Приготовлять на легкомъ огнѣ, постоянно помѣшивая. Смѣси эти очень дешевы, хотя, правда, намазанная имъ бумага дѣйствуетъ нѣсколько слабѣе заграничной.

Между прочимъ, укажу на то, что комнатная муха не выноситъ сквозного вѣтра, чѣмъ и слѣдуетъ пользоваться и провѣтривать больничныя помѣщенія возможно сильнѣе.

Относительно того, что зараза можетъ быть переносима мухами и слѣпнями, было извѣстно уже давно, о переносѣ-же заразы комарами, блохами и клопами стали много писать за послѣднее 10-лѣтіе. Но до сихъ поръ, насколько мнѣ извѣстно, о возможности переноса заразныхъ болѣзней платяными вшами, указаній въ литературѣ еще не имѣется. Между тѣмъ такой переносъ весьма вѣроятенъ, а въ дѣйствующей арміи почти несомнѣненъ.

Платяная вошь, этотъ бичъ походной жизни, какъ офицеровъ, такъ и солдатъ, лишаетъ ихъ сна, неустанно безпокоитъ и ослабляетъ и безъ того ослабленнаго лишеніями походной жизни солдата.

Если принять во вниманіе ту обстановку, въ которой находится нижній чинъ во время похода: недостатокъ бѣлья, страшное загрязненіе верхняго платья, отсутствіе бань, спанье въ палаткѣ, такимъ образомъ, что люди лежатъ вплотную, прикасаясь одинъ къ другому, а также быстроту, съ которою плодится платяная вошь, то станетъ понятнымъ, что она можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ довести отдѣльныхъ лицъ до полной потери силъ, до угрожающаго жизни малокровія. Я вспоминаю 1 солдата, котораго лѣчилъ во временномъ госпиталѣ, завѣдываемомъ мною въ Софіи. Долгое время я не могъ найти причину его страшнаго малокровія. Въ госпиталѣ, за неимѣніемъ госпитальнаго платья, люди лежали въ своемъ, которое снимаютъ при врачебномъ осмотрѣ. Однажды, подходя къ этому больному, я былъ пораженъ тѣмъ, что шинель его у ворота и на плечахъ была покрыта чѣмъ-то, производящимъ впечатлѣніе мелкихъ хлопьевъ снѣга. Эта бѣлесоватая окраска шинели зависѣла отъ тысячъ платяныхъ вшей, которыя, какъ оказалось впослѣдствіи, были единственною причиною угрожающаго жизни малокровія.

Отправляясь въ походъ и разсчитывая на возможность перехода на меня этихъ насѣкомыхъ во время изслѣдованій больныхъ, я взялъ съ собою, лично для себя, semen sabodillae, средство извѣстное въ народѣ подъ названіемъ «вшивое сѣмя»; народъ примѣняетъ его противъ головной и платяной вши; онъ употребляется и въ медицинѣ, но, по видимому, знакомо не всѣмъ врачамъ. Сѣмя это лучше всего примѣнять въ видѣ настоя на спирту или водкѣ съ примѣсью $^1/_3$ простого уксуса или соотвѣтствующаго количества уксусной кислоты; настоемъ этимъ и производятъ обтираніе тѣла [1]).

Оставшимся у меня средствомъ я подѣлился съ солдатикомъ, о которомъ идетъ рѣчь, и нѣсколькихъ обтираній было достаточно, чтобы освободить его отъ насѣкомыхъ и способствовать его быстрому выздоровленію.

Дѣйствіе этого средства я испыталъ въ походѣ на самомъ себѣ. За годъ походной жизни я нашелъ на себѣ только 2-хъ насѣкомыхъ, отъ которыхъ страдали сильно всѣ офицеры. Между тѣмъ я находился въ самыхъ благопріятныхъ для зараженія условіяхъ, потому что мнѣ приходилось изслѣдовать массу трудно больныхъ, лежавшихъ на полу рядами, при изслѣдованіи которыхъ нужно было становиться на колѣни и почти лежа ихъ изслѣдовать. Это отсутствіе на мнѣ паразитовъ я могу объяснить только вліяніемъ настоя sabodillae, которымъ обтирался 1—2 раза въ недѣлю.

Средство это я совѣтую какъ дешевое, удобное и поразительно быстро дѣйствующее, препятствующее переходу насѣкомыхъ на того, кто хотя изрѣдка къ нему прибѣгаетъ.

Если принять во вниманіе сумму всѣхъ неблагопріятныхъ условій походной жизни, значительное ослабленіе вслѣдствіе переутомленія, недоѣданія и болѣзней, то нужно придти къ заключенію, что безцѣльное высасываніе крови вшами не можетъ не отразиться на здоровьи и выносливости арміи. Если къ этому еще прибавить, что возможность переноса болѣзней этими насѣкомыми съ одного хозяина на другого весьма вѣроятна, то этотъ, по видимому, ничтожный вопросъ представляется уже дѣломъ болѣе серьезнымъ, на которое военное вѣдомство должно-бы обратить вниманіе и озаботиться доставкою на востокъ сабодиллы, а въ крайнемъ случаѣ эту доставку могъ-бы взять на себя и Красный Крестъ.

Въ заключеніе перехожу къ описанію бараковъ-палатокъ, которые могутъ принести существенную пользу въ военное время при недостаткѣ въ госпитальныхъ шатрахъ и палаткахъ, а также для замѣны ихъ бараками-палатками, въ виду большихъ преимуществъ, представляемыхъ послѣдними въ жаркое время года.

Недостатокъ въ больничныхъ шатрахъ у насъ по временамъ весьма чувствителенъ и представляетъ явленіе, трудно устранимое, потому что часто невозможно предвидѣть ни мѣста, ни времени сраженія, а также и числа раненыхъ, почему всѣ или нѣкоторые изъ ближайшихъ госпиталей сразу невозможно переполняются ранеными.

Эти госпитали получаютъ неожиданное предписаніе немедленно принять число раненыхъ, превышающее въ 2, 3, 4 раза штатное число мѣстъ, а иногда число раненыхъ такъ велико, что нѣтъ возможности не только подать имъ медицинскую помощь, но нельзя ихъ даже накормить, о помѣщеніи-же подъ крышу и говорить нечего. Раненые валяются на землѣ сутки и болѣе, испытываютъ голодъ, который нечѣмъ утолить и изнываютъ отъ жажды подъ палящими лучами солнца.

Мнѣ памятна одна такая картина переполненія ранеными отряда Краснаго Креста.

Это было около Фратештъ. На бивуакъ Измайловскаго полка приплелся изъ отряда Краснаго Креста, находившагося въ нѣсколькихъ верстахъ, раненный въ ногу солдатикъ и просилъ бѣлья и перевязки. По его словамъ, 11 дней тому назадъ онъ былъ раненъ подъ Плевною и съ тѣхъ поръ не былъ перевязанъ за неимѣніемъ достаточнаго количества медицинскаго персонала, почему въ повязкѣ завелись черви. Желая помочь врачамъ Краснаго Креста, которые не могли управиться съ большимъ количествомъ раненыхъ, мы, д-ръ *Ціонъ* и я поспѣшили къ мѣсту расположенія отряда. Все видимое пространство вблизи 4-хъ шатровъ было усѣяно ранеными, скопившимися здѣсь въ числѣ 6000—7000. Часть раненныхъ валялась и на дорогѣ. Подъ палящими лучами солнца всюду были слышны стоны и мольба о помощи, требованія дать воды напиться, между тѣмъ не хватало ни рукъ для оказанія помощи, ни воды для утоленія жажды этихъ страдальцевъ.

Переполненіе госпиталей и лазаретовъ уменьшится только тогда, когда командующіе большими отрядами станутъ своевременно, т. е. до предполагаемаго сраженія, увѣдомлять о немъ высшее медицинское начальство или начальника госпиталей. Къ сожалѣнію, это часто упускается изъ вида, даже тогда, когда такое увѣдомленіе возможно.

Въ жаркое время года предлагаемые мною бараки-палатки могли-бы принести несомнѣнную пользу.

Впервые они были примѣнены по мысли покойнаго д-ра *А. Ѳ. Ціона* въ лазаретѣ лейбъ-гвардіи Измайловскаго полка во время эпидеміи брюшного и сыпного тифовъ подъ Sanstefano.

За неимѣніемъ шатровъ, нижними чинами полка были сложены изъ булыжныхъ глыбъ и плиты стѣны большого барака, вмѣщавшаго до 50 больныхъ. Стѣны вышиною до $1^1/_2$ аршина были сложены почти безъ глины. На обоихъ концахъ стѣнъ широкій проходъ. На $1—1^1/_2$ аршина кна-

[1]) Отправляющимся въ походъ совѣтую брать съ собою semen sabodillae и уксусную эссенцію; спиртъ и водку можно вездѣ найти.

простоявшій на мѣстѣ около 3-хъ недѣль, до того загадилъ всю окрестность стоянки, подъ Sanstefano, что, задыхаясь отъ собственной вони, долженъ былъ быть отведенъ въ другое мѣсто. Послѣ этого, въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, нельзя было ѣздить по проходившей вблизи этого мѣста дорогѣ, почему образовалась новая, въ объѣздъ, удлинявшая путь болѣе, чѣмъ на версту.

Не смотря на естественное отвращеніе къ распространяемому на далекое разстояніе зловонію, я полюбопытствовалъ осмотрѣть эту загрязненную мѣстность, спустя 2 мѣсяца послѣ оставленія частью своего бивуака и былъ пораженъ величиною сплошь загаженной площади, невыносимымъ зловоеніемъ и несмѣтнымъ количествомъ мухъ, сидящихъ на испражненіяхъ.

При такомъ загрязненіи мѣстъ стоянокъ, эпидеміи военнаго времени неизбѣжны. Вотъ почему разумный выборъ какого-либо типа отхожихъ мѣстъ для времени похода представляетъ вопросъ первостепенной важности.

Не смотря на это, въ литературѣ вопросу этому отведено самое ничтожное мѣсто. Преимущественно указывается, какъ устраиваютъ отхожія мѣста во время расположенія части лагеремъ, при чемъ всѣ онѣ сохраняютъ типъ широкой и глубокой ямы съ различными приспособленіями надъ нею. Вслѣдствіе недостатковъ, присущихъ этимъ отхожимъ мѣстамъ, эти послѣднія устраиваютъ обыкновенно позади лагеря, вдали отъ стоянки нижнихъ чиновъ, которые въ ночное время ими неохотно пользуются и загрязняютъ испражненіями и мочею лагерное расположеніе.

Отхожія мѣста должны удовлетворять двумъ необходимымъ условіямъ: во 1-хъ, они должны быть удобны и легко примѣнимы при всѣхъ условіяхъ походной жизни; во 2-хъ, они должны сами по себѣ обезвреживать заразныя испражненія.

На такую систему отхожихъ мѣстъ я и хочу обратить вниманіе.

Часть, находящаяся въ походномъ движеніи, при всякой, даже самой короткой остановкѣ отряжаетъ, въ зависимости отъ величины части, 5—20 человѣкъ съ лопатами для рытья параллельныхъ ямъ, находящихся одна отъ другой въ разстояніи $^3/_4$ аршина. Ширина ямы равна ширинѣ лопаты, глубина и длина 1—$1^1/_2$ аршина. Для одного батальона, при небольшой остановкѣ, достаточно 4—5-ти такихъ узкихъ ямъ, которыя готовы черезъ 10—15 минутъ.

Испражняющійся становится на края ямы, поперекъ ея, при чемъ какъ испражненія, такъ и моча могутъ попасть только въ яму, что имѣетъ большое значеніе, потому что края ямы, оставаясь незагрязненными, не препятствуютъ остановиться на то же мѣсто послѣдующимъ, которые отходятъ съ чистою обувью и не разносятъ испражненія и мочу по мѣсту стоянки.

Испражнившійся засыпаетъ свои выдѣленія имѣющеюся здѣсь же лопатою или просто толчкомъ ноги о вырытую, находящуюся между ямами землю. Благодаря этому изъ ямы не слышно никакой вони.

Незагрязненность краевъ ямы и полное отсутствіе вони способствуетъ тому, что всякій охотно пользуется такою ямою, предпочитая эту систему всякому другому способу. Ямы засыпаются оставшеюся рыхлою землею тогда, когда уровень постепенно засыпаемыхъ землею испражненій достигаетъ $^1/_2$ аршина разстоянія отъ поверхности земли. Вслѣдствіе засыпки надъ ямой образуется небольшой земляной валъ.

Этими ямами слѣдуетъ пользоваться по порядку, при чемъ крайнія ямы, которыми не по[illegible]лись, остаются незасыпанными и должны служить для [illegible] отставшихъ отъ части или для небольшихъ команд[illegible]щихся отдѣльно.

При слѣдованіи большого количества [illegible] одному или нѣсколькимъ путямъ, благодаря этом[illegible] образуются уже готовыя отхожія мѣста (Erdclose[illegible] дящіяся по пути слѣдованія войскъ и невдалекѣ [illegible] другихъ.

Это обстоятельство должно привести къ тому, [illegible]

стѣнкѣ пузыря, а конецъ его упирался въ сводъ и чтобы сводъ не проткнуть, надо было отдавливать нижнюю стѣнку и сводъ корнцангомъ. 2) На другомъ трупѣ, разрѣзавъ кожу на промежности на $2^1/_2$ стм. отъ задняго прохода воткнуть былъ тотъ же зондъ; пузырь въ спавшемся состояніи. По вскрытіи пузыря, стѣнки его оказались проткнутыми въ 2 мѣстахъ, при чемъ конецъ очутился въ брюшной полости. Отъ кожи до стѣнки пузыря 8 стм., въ пузырѣ 4 стм. и около 7 стм. въ брюшной полости. 3) На 3-мъ трупѣ опыты продѣлывались съ настоящимъ коломъ въ 18 стм. длиною: кожа надрѣзана на $2^1/_2$ стм. отъ задняго прохода и всаженъ колъ. Разрѣзавъ пузырь, мы кола въ немъ не нашли, а онъ лежалъ между пузыремъ и низходящей толстой кишкой, вершина кола на 2 поперечныхъ пальца ниже уровня пупка. 2-ой разъ колъ воткнули нѣсколько кпереди и обѣ стѣнки пузыря оказались проткнутыми. Отъ кожи до стѣнки пузыря $7^1/_2$ стм., въ пузырѣ 5 стм., и въ брюшной полости $5^1/_2$ стм. Вершина кола у корня брыжейки. 4) На 4-мъ трупѣ послѣ всаживанія кола въ 20 стм. длины онъ лежалъ такъ: проткнулъ 2 заднія стѣнки пузыря; прошелъ на S Romanum и вершина его лежала у корня брыжейки, на m. psoas лѣвой стороны. Выше пузыря 9 стм., въ пузырѣ 4 стм. и ниже пузыря 7 стм.

Размѣры, приведенные выше, почти соотвѣтствуютъ тѣмъ, какіе мы наблюдаемъ на колѣ: отъ основанія кола до начала отложенія солей 6 стм., кольцо солей $2^1/_2$ стм., а вершина, какъ и основаніе, свободныя отъ солей $7^1/_2$ стм. Очевидно, въ пузырѣ находилась только та часть кола, на которой отлагались соли, а части свободныя отъ солей были внѣ пузыря, что подтвердилось нашими опытами.

Въ доступной намъ литературѣ по интересующему насъ вопросу мы встрѣтили анологичныхъ нашему случаю только 2, о которыхъ мы вкратцѣ и упомянемъ.

1) Случай *Borsuk*'а (изъ хирургической госпитальной клиники въ Варшавѣ). Одновременное пораненіе кишекъ и мочевого пузыря, осложненное острымъ перитонитомъ (Хирургическій Вѣстникъ, 1894 г., январь, стр. 106). Крестьянинъ съ воза упалъ на палку съ заостреннымъ концемъ, конецъ палки отломился и застрялъ въ его внутренностяхъ. Больной былъ доставленъ ночью въ клинику въ полусознательномъ состояніи, съ признаками перитонита. Чревосѣченіе съ наложеніемъ швовъ на S-образную часть кишки, пробитую въ 3 мѣстахъ и на мочевой пузырь, пробитый въ одномъ мѣстѣ. Выздоровленіе.

2) Случай разрыва мочевого пузыря инороднымъ тѣломъ, внѣдрившимся чрезъ промежность, описанный д-ромъ *А. Л. Польновымъ* (Медицинское Обозрѣніе, 1898 г., стр. 494). Тростниковая трубка въ 10 стм. длины, съ діаметромъ въ $1^1/_8$ стм. попала чрезъ промежность въ мочевой пузырь во время купанья больного и находилась въ немъ въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ, образовавъ свищевое отверстіе, чрезъ которое выдѣлялась водянисто-гнойная жидкость. Было сдѣлано высокое сѣченіе, такъ какъ попытка извлечь чрезъ промежность оказалась неудачной; тростниковая трубка, покрытая конкрементами, не безъ труда была извлечена, свищъ выскобленъ острой ложечкой, выведенъ дренажъ чрезъ него и брюшную рану. Выздоровленіе.

Что касается до случаевъ *Alsberg*'а и *Рапчевскаго*, гдѣ было раненіе мочевого пузыря въ первомъ случаѣ при паденіи на желѣзную рѣшетку, а во 2-мъ, на колъ вилъ, безъ внѣдренія инороднаго тѣла, то о нихъ можно только упомянуть какъ о случаяхъ, гдѣ при разной терапіи получился одинъ и тотъ же результатъ, а именно выздоровленіе. Въ 1 случаѣ было произведено чревосѣченіе для наложенія швовъ на мочевой пузырь, а во 2-мъ былъ примѣненъ выжидательный способъ, давшій тоже прекрасный результатъ.

Случай нашъ, помимо глубокаго казуистическаго интереса, представляется намъ весьма назидательнымъ и важнымъ и въ другомъ отношеніи. Такъ, въ виду полнаго отсутствія какихъ-либо жалобъ со стороны больного на разстройство мочеиспусканія и испражненія, никакъ нельзя было предположить, что въ пузырѣ находится инородное тѣло; поэтому то тщательнаго обслѣдованія этихъ полостей и не было произведено. Явись хотя малѣйшее подозрѣніе на присутствіе кола въ пузырѣ, чего мы достигли-бы обслѣдовавъ тщательно полость пузыря и кишки, намъ кажется, что ходъ операціи долженъ былъ-бы быть нѣсколько инымъ, а вмѣстѣ съ симъ можетъ быть и исходъ оказался-бы другой. Началомъ операціи, намъ думается, все-таки должно было быть извлеченіе кола чрезъ промежность, такъ какъ высокое сѣченіе пузыря было-бы настолько трудно въ техническомъ отношеніи, что пожалуй-бы получилась еще большая траума во время усѣченія кола въ пузырѣ, чѣмъ при простомъ его извлеченіи чрезъ промежность; затѣмъ уже послѣ извлеченія кола надо было перейти къ чревосѣченію для наложенія пузырнаго шва. Конечно, трудность операціи очевидна, исходъ могъ-бы быть тотъ же самый, но за то случай прошелъ-бы клинически вполнѣ обслѣдованнымъ, чего о нашемъ случаѣ сказать нельзя. Нашъ случай рѣдокъ по ве[illegible] инороднаго тѣла, интересенъ по давности его пребы[illegible]

ружи отъ проходовъ врыты 2 крѣпкіе и высокіе столба, на которыхъ былъ укрѣпленъ горизонтальный брусъ, поддерживаемый снизу нѣсколькими перпендикулярными брусьями. Черезъ коньковый брусъ была переброшена крыша изъ солдатскаго холста, добытаго, какъ помнится, изъ интендантскаго склада. Боковые края этого холста, не достигая земли на 1—1½ аршина, помощью веревокъ и кольевъ прикрѣплялись къ землѣ такъ, чтобы крыша, проходя надъ стѣнами барака, ихъ не касалась, а между ними оставался промежутокъ въ 1 аршинъ.

Больные, расположенные на топчанахъ, лежали на ¾ аршина ниже верхняго края стѣнъ, почему сильный токъ воздуха, проходившій надъ больными, нисколько ихъ не безпокоилъ.

Такъ какъ 3-угольное пространство между верхнимъ краемъ короткой стороны стѣнъ и крышею оставалось незаделаннымъ, то въ баракъ проникалъ въ большомъ количествѣ свѣтъ, а провѣтриваніе барака было настолько хорошо, что въ немъ не только не замѣчалось больничнаго запаха, но воздухъ былъ такъ-же чистъ, какъ и снаружи. Благодаря такому устройству барака-палатки, почва въ немъ была всегда суха, а случайно попавшія на что-либо отдѣленія больныхъ обезвреживались сухостью и обиліемъ свѣта.

Когда число больныхъ возросло, мы стали строить небольшіе бараки-палатки со стѣнами изъ дюймовыхъ и ½-дюймовыхъ досокъ, а полотняная крыша была поднята еще выше.

3-мѣсячный опытъ съ этими бараками—палатками, въ которыхъ ежедневное среднее количество больныхъ почти исключительно брюшнымъ и сыпнымъ тифомъ было 130, далъ слѣдующіе результаты:

1) % смертности равнялся 4,5%. Но такъ какъ повторно заболѣвавшіе различными формами тифа и повторно поступавшіе въ лазаретъ считались за одного больного, то этотъ % на самомъ дѣлѣ былъ много ниже. Въ тоже самое время % смертности отъ тифа въ сосѣднемъ съ Измайловскимъ полку былъ 12.

2) Вслѣдствіе постояннаго провѣтриванія бараковъ-палатокъ, больные не страдали отъ духоты и жары, всегда вредно отзывающихся на лихорадящихъ и преимущественно тифозныхъ больныхъ.

3) Благодаря постоянному охлажденію тѣла тифозныхъ токомъ воздуха (своего рода Luftcur) больные требовали меньшее количество ваннъ.

4) Дѣятельность легкихъ и сердца въ зависимости отъ чистоты воздуха въ большинствѣ случаевъ была почти нормальна и не требовала медицинскаго вмѣшательства.

5) % заболѣваемости фельдшеровъ и служителей лазарета, не смотря на тяжелый трудъ, былъ значительно ниже % заболѣваемости нижнихъ чиновъ полка.

6) Больные были весьма довольны своимъ помѣщеніемъ и никогда не жаловались на неудобства провѣтриванія.

7) Сооруженіе бараковъ-палатокъ съ помощью досокъ весьма легко, дешево и требуетъ очень мало времени.

Единственное возраженіе, которое можетъ быть приведено противъ бараковъ-палатокъ, предлагаемыхъ мною для теплаго времени года, именно, что подымая полы обыкновенныхъ палатокъ, можно достигнуть тѣхъ-же результатовъ,—отпадаетъ, если принять во вниманіе, что при провѣтриваніи палатокъ и шатровъ больные находятся на сквозякѣ, что нуженъ строгій надзоръ, чтобы полы палатокъ не опускались самими больными. Кромѣ того, при этихъ условіяхъ количество проникающаго въ палатку свѣта будетъ далеко не то.

Такого-же провѣтриванія, какъ въ баракахъ-палаткахъ можно достигнуть и въ крестьянскихъ избахъ, продѣлывая широкія окна въ 2-хъ верхнихъ звеньяхъ бревенъ со всѣхъ сторонъ зданія.

Еще легче приспособить къ провѣтриванію и китайскія постройки.

CXIX. Токъ высокаго напряженія въ лѣченіи женскихъ болѣзней.

Р. А. Поповой (Петербургъ).

Благотворное и важное значеніе тока высокаго напряженія въ дѣлѣ лѣченія почечуя, зоба, сосудистыхъ заболѣваній и рейматическихъ страданій доказано неоспоримо 5-лѣтнимъ примѣненіемъ у насъ въ Россіи. Данныя французской литературы (d'*Arsonval*, *Oudin*, *Doumer*) указываютъ, что введеніе этого способа въ область лѣченія женскихъ болѣзней сопровождалось успѣхомъ.

Примѣненіе тока высокаго напряженія можетъ быть двоякаго рода: наружное и внутреннее.

То и другое лѣченіе было мѣстное и производилось при помощи электрода особаго устройства. Электродъ имѣетъ длинную эбонитовую ручку съ металлическимъ концемъ. На границѣ металлической части и эбонитовой ручки надѣтъ на ручку эбонитовый кружокъ-щитокъ перпендикулярно къ оси металлической части. Съ противоположныхъ сторонъ въ этомъ мѣстѣ расположены: съ одной стороны винтъ-зажимъ для прикрѣпленія проволоки, идущей отъ резонатора; съ другой стороны находится винтъ, проходящій къ центру металлическаго наконечника и укрѣпляющій собственно электродъ-цилиндръ. Металлическій наконечникъ ручки имѣетъ 2 отверстія—одно расположено по длиннику оси ручки, другое—перпендикулярно къ оси. Въ эти отверстія и вставляются металлическіе цилиндры различной толщины отъ 0,5 до 3 стм. въ діаметрѣ, по мѣрѣ надобности. Эти металлическіе цилиндры электрода, благодаря имѣющимся въ ручкѣ 2 отверстіямъ, мы можемъ укрѣплять горизонтально или вертикально къ оси ручки.

При электризаціи на цилиндръ обыкновенно надѣвается стеклянная трубка, прилегающая довольно плотно къ цилиндру. Такимъ образомъ электризація производится всегда черезъ стекло. При наружной электризаціи ручка электрода берется въ руки и электродъ водится по данному мѣсту. При полостной внутренней электризаціи электродъ укрѣпляется въ ручку перпендикулярно и вводится со склоненіемъ конца, смотря по надобности, въ ту или другую сторону.

Токъ высокаго напряженія употреблялся въ слѣдующихъ формахъ женскихъ болѣзней.

1. Дѣвица, 35 л., средняго роста, правильнаго сложенія съ хорошо развитой подкожной жировой клѣтчаткой. Признаковъ малокровія нѣтъ. Первое мѣсячное получила 16 лѣтъ и было разъ 3 дня. На 20 году (черезъ 4 года) послѣ сильнаго нервнаго потрясенія появилось мѣсячное на 3 дня и снова пропало. Затѣмъ, отъ нервно волнующихъ причинъ (экзаменъ брата, смерть отца) мѣсячное появлялось и снова прекращалось на цѣлые годы. На общемъ состояніи отсутствіе мѣсячныхъ выражалось нервностью и наклонностью къ тучности. Лѣченіе, прежде предпринимаемое противъ малокровія, не давало желанныхъ результатовъ такъ-же, какъ и прямое воздѣйствіе на половую сферу: горячія сидячія и ножныя ванны, введеніе зонда, гальванизація нижней части живота. Больная поступила ко мнѣ въ январѣ 1903 г. Общее изслѣдованіе дало: тучность, отсутствіе мѣсячныхъ, признаковъ малокровія нѣтъ—головокруженій не бываетъ, щеки и губы розово-окрашены. При наружномъ осмотрѣ половыхъ органовъ не представляется ничего ненормальнаго. Большія губы правильно развиты, покрыты волосами, малыя губы не гипертрофированы и не выдаются, дѣвственная плева полулунной формы сохранена, половая щель закрыта. Въ нижней ⅓ рукава ясно выражены columnae rugarum. Внутреннее изслѣдованіе показало: небольшая правильно развитая матка; контуры матки, благодаря тучности стѣнокъ живота, плохо опредѣлимы, матка изогнута впередъ. Своды свободны, влагалищная часть матки гипертрофирована (hypertrophia *Koenedi*) шейка цилиндрической формы съ едва замѣтнымъ круглымъ отверстіемъ. Придатки маточные не прощупываются.

Предложена электризація 3 раза въ недѣлю по 10 минутъ сеансъ. Въ полость рукава электродъ вводится на 6—7 стм., при чемъ электродъ касался наружной части маточной шейки. Послѣ 12 сеансовъ электризаціи появилось желтовато-розовое отдѣленіе на 2 дня. На слѣдующій мѣсяцъ послѣ 12 сеансовъ появилось уже кровянистое отдѣленіе въ большемъ количествѣ, нежели въ первый разъ. Въ такомъ видѣ мѣсячныя возстановились, а лѣченіе кончилось послѣ 2-хъ мѣсяцевъ. Послѣ электризаціи въ маѣ мѣсячныя больная получала 4 раза черезъ правильные промежутки до октября 1903 г. Лѣто провела въ городѣ и лѣченію не подвергалась. Соотвѣтственно съ возстановленіемъ правильнаго мѣсячнаго приходила въ равновѣсіе и и нервная система. Въ февралѣ текущаго года больная вновь

обратилась ко мнѣ, повторено тоже лѣченіе, мѣсячныя пришли ровно черезъ мѣсяцъ и продолжались 2 дня.

2. Жена чиновника. Мѣсячное на 15 году съ правильными промежутками. Имѣетъ 2-хъ дѣтей, третій—выкидышъ 2-хъ мѣсяцевъ, сопровождавшійся обильнымъ кровотеченіемъ, изъ-за котораго было произведено выскабливаніе на дому при неблагопріятной обстановкѣ, послѣдствіемъ чего явился двухсторонній параметритъ. Больная поступила въ почтовую больницу, имѣя утромъ 38,7, пульсъ 110, дыханіе 24, вечеромъ 39,6, пульсъ 120, дыханіе 24. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось съ лѣвой стороны матки въ сводѣ выпотъ, распространяющійся въ соотвѣтственную широкую связку. Съ правой стороны—тоже плотный выпотъ. Матка неподвижна, слегка болѣзненна, увеличена въ объемѣ соотвѣтственно бывшей беременности. По истеченіи 2-хъ мѣсяцевъ соотвѣтственнаго больничнаго лѣченія, при отсутствіи лихорадки въ теченіи 12 дней, больная была препровождена въ нашъ кабинетъ. При общемъ осмотрѣ больной найдено: крайняя слабость, малокровіе, истощеніе, 36°,3, пульсъ 180, безъ посторонней помощи ходить не можетъ. При наружномъ изслѣдованіи черезъ стѣнки живота прощупывается ясно въ правомъ и лѣвомъ параметріи плотная опухоль безъ рѣзкихъ границъ. Лѣвая пальца на 3 выше *Poupart*'овой связки, правая—на 2. Внутреннее изслѣдованіе показало: матка совершенно неподвижна, контуры ея плохо опредѣляются, увеличена въ объемѣ; плотный выпотъ съ боковъ распространяется къ соотвѣтственнымъ стѣнкамъ таза. Лѣченіе—назначена электризація по вышеупомянутому способу 3 раза въ недѣлю по 10 минутъ. Прежде назначенное лѣченіе ferrum peptonatum 0,3—порошка 3 въ день и клизмы—продолжалось. На электризацію пріѣзжаетъ, безъ провожатаго ходить не можетъ отъ слабости.

15/III—VI сеансъ: Первое изслѣдованіе послѣ начала электризаціи. Справа выпотъ меньше en masse, слѣва—тоже и болѣе тѣстообразенъ. Общее самочувствіе лучше. Съ V сеанса кишечникъ работаетъ самъ, въ клизмахъ нѣтъ нужды. Температура не повышается. Отъ ходьбы отекаетъ лѣвая нога.

17/III: Ходитъ лучше. Слабый отекъ ногъ только къ вечеру. На электризацію приходитъ съ провожатымъ.

19/III—VIII сеансъ: Самочувствіе лучше. Щеки и губы розовѣютъ.

22/III—IX сеансъ: Поднялась одна безъ провожатаго на лѣстницу 1-го этажа.

24/III—X сеансъ: Инфильтратъ какъ-бы таетъ съ обѣихъ сторонъ.

27/III—XI сеансъ: Первый разъ мѣсячныя по истеченіи 3-хъ мѣсяцевъ послѣ выкидыша. Мѣсячныя продолжались 4 дня, средняго количества, безъ всякихъ осложненій.

XII сеансъ: Внутреннее изслѣдованіе: инфильтратъ мягкій, значительно разсосался. Матка подвижна. Изслѣдованіе безболѣзненно.

Больная электризовалась еще въ продолженіи мѣсяца 3 раза въ недѣлю до прихода слѣдующихъ мѣсячныхъ и отпущена совершенно оправившись съ разсосавшимся лѣвымъ и правымъ параметритомъ. Внутреннее изслѣдованіе послѣ 23-го сеанса показало: правый и лѣвый своды свободны. Прощупываются только слѣды бывшей воспаленной клѣтчатки. Матка подвижна и безболѣзненна. Общее состояніе значительно лучше. Больная свободно ходитъ; позывъ на ѣду и сонъ хорошіе, отправленіе кишечника и мочеотдѣленіе—нормальны.

3. Жена ремесленника, 32 л., мѣсячныя съ 16 лѣтъ по 5 дней правильно. 1 ребенокъ 10 лѣтъ назадъ. Съ тѣхъ поръ постоянно прихварываетъ: боль внизу живота и въ области обоихъ яичниковъ. Прислана ко мнѣ вслѣдствіе нервнаго разстройства (истерія), причиной котораго предполагается половая сфера. Общій осмотръ: блѣдна, малокровна, позывъ на ѣду плохой, запоры. Нервно-возбудима—часто плачетъ. Психика подавлена. Наружные половые органы ничего ненормальнаго не представляютъ. Своды свободны, на шейкѣ рубецъ отъ разрыва бывшихъ родовъ, наружный зѣвъ пропускаетъ кончикъ пальца; тѣло и дно матки не увеличены, перегибъ впередъ 1-й степени. Черезъ своды ясно прощупываются увеличенные болѣзненные подвижные яичники. Въ трубахъ ничего ненормальнаго.

Приступила къ электризаціи по вышеупомянутому способу. Электризовалась 2½ мѣсяца (мартъ и апрѣль) по 3 раза въ недѣлю, выключая мѣсячные періоды. Сдѣлано 18 сеансовъ, каждый сеансъ по 10 минутъ. Осенью того-же года больная показалась мнѣ на 2-мъ мѣсяцѣ беременности послѣ 10-лѣтняго безплодія. Беременность протекаетъ подъ моимъ наблюденіемъ и достигла благополучно 7-го мѣсяца.

4. Замужняя, 30 л. Мѣсячныя съ 15 л., правильно по 5 дней. Дѣтей 2. Явилась съ жалобами на сильныя объѣдающія бѣли, существующія около года; всегда подвержена бѣлямъ, даже и въ дѣтствѣ. Болей нигдѣ нѣтъ. Въ общемъ здоровье удовлетворительное. Немного тучна. Золотушна въ дѣтствѣ. Влагалищная часть матки увеличена въ поперечникѣ, рѣзко окрашена, рыхла, на передней и задней губѣ сплошная экскоріація съ обильнымъ гноевиднымъ отдѣленіемъ. Матка увеличена, плотна, безболѣзненна, своды свободны. Лѣчилась приходящей въ Покровской общинѣ. Примѣнялось постепенно соотвѣтственное лѣченіе: сулемовое спринцеваніе, вяжущія, ихтіоловые шары и тампоны съ послѣдующимъ спринцеваніемъ. Въ февралѣ текущаго года предложена электризація язвы, которая производится слѣдующимъ образомъ: посредствомъ зеркала *Fergusson*'а открывается влагалищная часть матки, обмывается 2%-мъ растворомъ соды и буры и электродъ вводится въ непосредственное соприкосновеніе съ язвой. По истеченіи 13 сеансовъ при осмотрѣ зеркаломъ оказалось: гиперэмія влагалищной части матки меньше, язва передней и задней губы уменьшилась въ объемѣ и покрыта бѣловато-слизистымъ отдѣленіемъ. Бѣли въ небольшомъ количествѣ. Больная остается подъ наблюденіемъ до окончательнаго излѣченія.

Обращая вниманіе на главную причину дѣятельности тока высокаго напряженія въ лѣченіи почечуя, сосудистыхъ страданій (ангіома, зобъ)—именно сосудосъуживающее вліяніе тока высокаго напряженія,—а также бактеріеубивающее значеніе лучей электрода,—можно было ожидать хорошихъ результатовъ въ описанныхъ страданіяхъ.

Эти нѣсколько разнообразныхъ случаевъ излѣченія женскихъ болѣзней, а также работы д-ра *Oudin* [1]) въ томъ-же направленіи, даютъ надежду, что токъ высокаго напряженія займетъ видное мѣсто въ дѣлѣ лѣченія женскихъ болѣзней, благодаря, главнымъ образомъ, своему разсасывающему, бактеріеубивающему и болеутоляющему свойствамъ.

Въ заключеніе позволяю себѣ принести здѣсь свою глубокую благодарность д-ру *П. И. Ижевскому* за любезное предоставленіе имъ въ мое распоряженіе всѣхъ инструментовъ и приборовъ, находящихся въ его частномъ кабинетѣ.

CXX. Рѣдкій случай зараженія сифилисомъ. (Syphilis insontium—сифилисъ невинныхъ).

Н. Н. Романовскаго (Кіевъ).

(Съ 1 фотографіей).

Въ октябрѣ прошлаго года мнѣ пришлось наблюдать рѣдкій по мѣстонахожденію своему случай внѣполового зараженія сифилисомъ.

Это былъ *твердый шанкръ на переносицѣ*. Насколько такое мѣстонахожденіе рѣдко, доказываетъ статистика *Fournier*, въ которой на 1124 внѣполовыхъ шанкровъ носъ отмѣченъ лишь въ 18-ти случаяхъ, при чемъ всѣ эти случаи падаютъ, какъ это слѣдуетъ изъ болѣе подробнаго описанія (на стр. 141-й «Ученія о сифилисѣ». Первичный періодъ. Изд. 1899 г.), на слизистую оболочку носа и ноздри. О шанкрахъ на кожѣ носа или на переносицѣ вовсе не упоминается. Въ статистикѣ проф. *Ге* на 118 случаевъ внѣполового зараженія указаны шанкры носа въ 4-хъ случаяхъ, при чемъ, гдѣ именно: въ носу или на носу, также не указано. Скорѣе нужно думать, что здѣсь идетъ рѣчь также о слизистой оболочкѣ носа и носового входа, какъ мѣста наиболѣе подвергающагося опасности зараженія, благодаря обычнымъ способамъ перенесенія заразы: носовыми платками, салфетками, губками, медицинскими инструментами при изслѣдованіи, пальцами, загрязненными гноемъ, при ковыряніи въ носу и т. п.

Случай, подобный моему описалъ въ 1903 году д-ръ *Helot* (см. № 30 «Русскаго Врача» за 1903 г.): сифилитикъ извозчикъ съ мокнущими папулами на губахъ, имѣвшій привычку муслить кончикъ кнута, нечаянно ударилъ этимъ кнутомъ во время поѣздки проходившаго мимо господина по носу. Черезъ мѣсяцъ развился типичный твердый шанкръ на носу, но гдѣ именно и развились-ли впослѣдствіи вторичныя явленія—вопросъ остался открытымъ.

Перехожу къ описанію своего случая.

Рабочій желѣзнодорожныхъ мастерскихъ Е., 29 л., явился ко мнѣ на домашній пріемъ 3/x съ большой язвой на переносицѣ, съ жалобой на боль вокругъ язвы и на обезображиваніе, что главнымъ образомъ и побудило его искать врачебной помощи. По разсказу больного видно, что за 3 недѣли передъ тѣмъ, какъ появилась язва, его царапнулъ ногтемъ товарищъ, когда они «баловались», при чемъ сорвалъ ему кусочекъ кожицы, послѣ чего было небольшое на этомъ мѣстѣ кровоизліяніе. На мѣстѣ царапины ранка скоро зажила, образовалась корочка, которая скоро отвалилась и больной считалъ себя совершенно выздоровѣвшимъ. Черезъ 3 недѣли послѣ царапины на этомъ самомъ мѣстѣ образовалась язвочка, каковой больной не придалъ особеннаго значенія: «все надѣялся, что заживетъ», а между тѣмъ, язвочка все увеличивалась и постепенно превращалась въ большую язву, съ

---

[1]) *Oudin*. Annales d'électrobiologie, d'électrothérapie et d'électrodiagnostic. № 1. 1898 г.

каковой онъ и явился ко мнѣ черезъ 3 недѣли послѣ ея возникновенія, а всего черезъ 1½ мѣсяца послѣ царапины (см. снимокъ) язва представлялась въ такомъ видѣ: величина ея въ

20-копѣечную серебряную монету; расположена она болѣе въ лѣвой сторонѣ переносицы, такъ что меньшая часть ея заходитъ вправо отъ средней линіи, бо́льшая-же часть расположена влѣво и спускается къ основанію переносицы. Язва имѣетъ возвышенное, выстоящее дно, слегка зернистое, съ небольшимъ гнойнымъ отдѣленіемъ, края ея возвышены, гиперэмированы и слегка склерозированы. Лѣвый край язвы соотвѣтственно болѣе толстому слою мягкихъ частей сравнительно съ правымъ, лежащимъ прямо на кости переносицы, набухши, отеченъ, тѣстоватъ; пропитываніе кожи идетъ къ углу лѣваго глаза и захватываетъ кожу основанія переносицы. Лѣвыя переднія околоушныя железы (gl. auriculares anteriores) сильно увеличены и склерозированы, лѣвыя подчелюстныя, особенно у угла нижней челюсти, рѣзко увеличены, такъ что слились въ одну объемистую опухоль, бросающуюся въ глаза при первомъ взглядѣ на больного. Надключичныя и шейныя железы также увеличены; подмышковыя, локтевыя и паховыя не увеличены. Характерный видъ язвы въ связи съ увеличеніемъ ближайшихъ къ ней железъ и анамнезъ больного заставилъ сразу-же заподозрить здѣсь твердый шанкръ. Правда, видъ язвы нѣсколько напоминалъ плоскій кожный ракъ, но значительно утолщенные и пропитанные края язвы, при томъ не изрытые, какъ это бываетъ обыкновенно при ракѣ, затѣмъ гнойное отдѣленіе, зернистое выстоящее дно язвы, молодой возрастъ больного и анамнестическія данныя говорили за сифилисъ. Все послѣдующее теченіе вполнѣ подтвердило первоначальное распознаваніе.

Черезъ 3 съ лишнимъ недѣли можно было видѣть у больного на кожѣ боковыхъ частей туловища и груди ясную розеолу, специфическую жабу, изъязвившуюся папулу на правой миндалинѣ, воспаленныя обѣ дужки и plaques opalinnes на лѣвой дужкѣ. Въ это время уже можно было установить также увеличеніе не только ближайшихъ къ мѣсту зараженія железъ, но и дальнѣйшихъ, а именно паховыхъ, которыя представлялись четкообразными при ощупываніи.

Специфическое лѣченіе, состоявшее въ ежедневныхъ впрыскиваніяхъ 1%-ной бензойнокислой ртути и смазываніи въ горлѣ 20% азотнокислаго серебра, постепенно устранило всѣ явленія. Такъ, розеола исчезла послѣ 10 впрыскиваній, plaques въ горлѣ послѣ 20-го и полное заживленіе язвы на переносицѣ наступило къ концу лѣченія.

Помимо того, что данный случай интересенъ по крайне рѣдкому мѣстонахожденію, онъ еще разъ доказываетъ, что сифилисъ долженъ стоять въ группѣ общихъ заразныхъ заболѣваній, а не въ группѣ венерическихъ, ибо мой больной, напр., ничего общаго съ культомъ Венеры въ моментъ зараженія не имѣлъ.

СXXI. Изъ Старооскольской земской больницы.

Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ, внѣдрившихся чрезъ промежность.

А. І. Бѣликова и В. К. Бауэра.

Въ Музеѣ Старооскольской земской больницы находится колъ въ 16 стм. длины, вынутый чрезъ промежность у 1-го крестьянина послѣ 8-мѣсячнаго пребыванія его въ промежности и мочевомъ пузырѣ. Такъ какъ подобные случаи внѣдренія инородныхъ тѣлъ чрезъ промежность въ мочевой пузырь чрезвычайно рѣдки и, какъ говоритъ *Ранчевскій* «каждый подобный случай паденія съ извѣстной высоты на болѣе или менѣе заостренный предметъ представляетъ очень интересный казуистическій матеріалъ, какъ по отношенію къ лѣчебному мѣропріятію, которое въ каждомъ случаѣ бываетъ иное, такъ и по отношенію къ распознаванію», поэтому мы и рѣшили представить вниманію товарищей нашъ случай.

12/III 1898 г. въ Старооскольскую земскую больницу поступилъ крестьянинъ с. Верхне-Чуфичева, Долгополянской волости, Старооскольскаго уѣзда, Е. Д., 27 л., жалуясь на постоянную боль и выпираніе промежности, особенно при ходьбѣ. Больной при томъ сообщилъ, что въ началѣ іюля 1897 г., онъ, однажды вечеромъ, спускаясь со скирда, наткнулся на стоявшіе вилы, потерялъ сознаніе и когда пришелъ въ себя, почувствовалъ тупую боль въ промежности и замѣтилъ кровотеченіе изъ промежности. Кровотеченіе скоро прекратилось, ранка по истеченіи нѣсколькихъ недѣль совершенно закрылась и больной какъ и прежде исполнялъ всѣ домашнія и полевыя работы, только временами чувствовалъ тупую боль въ промежности. Такъ дѣло тянулось до февраля 1898 г., когда больной сталъ чувствовать на промежности постоянную и сильную тупую боль и напираніе, особенно при ходьбѣ. Кромѣ того, больной сталъ отмѣчать у себя нѣкоторый упадокъ силъ, отсутствіе позыва на ѣду и подавленное состояніе духа. Больной при семъ сообщилъ, что у вилъ, на которыя онъ упалъ, оказался сломаннымъ одинъ зубецъ и онъ предполагаетъ, что зубецъ этотъ сидитъ и понынѣ у него въ промежности и онъ-то и вызываетъ боли.—Средняго роста, хорошаго тѣлосложенія и удовлетворительнаго питанія. Въ дыхательныхъ органахъ и сердцѣ все въ порядкѣ, въ органахъ пищеваренія—тоже, отправленіе на низъ правильно, безболѣзненно; мочеиспусканіе совершенно свободно, температура нормальна. На промежности замѣчается линейный рубецъ въ 2 стм. длины, на разстояніи 2½ стм. отъ задняго прохода, кожа промежности нормальна, область рубца выпячена и подъ пальцемъ прощупывается что-то твердое. Въ виду яснаго указанія больного и легко ощутимаго присутствія инороднаго тѣла, больному предложена операція извлеченія этого тѣла, на каковую больной охотно согласился. Больному сдѣлана ванна, на область промежности сулемовый компрессъ и 13/III послѣ обычныхъ приготовленій, подъ хлороформомъ, совмѣстно съ городовымъ врачемъ *Е. А. Френкелемъ*, мы приступили къ операціи.

Разрѣзъ послойный, стм. 5 длины, по старому рубцу. На глубинѣ 2 стм. ножъ наткнулся на инородное тѣло. Захваченное пинцетомъ оно оказалось неподвижнымъ, плотно вколоченнымъ. Отсепаровавъ края инороднаго тѣла отъ окружающихъ тканей пальцемъ, можно было ощупать сломанный неровный конецъ палки, которая, не безъ труда, вытянута щипцами и, къ немалому удивленію, оказалась, дѣйствительно, отломаннымъ зубцомъ деревянныхъ вилъ, около ¼ въ длину. Болѣе подробно мы опишемъ его ниже, а пока вернемся къ больному. Вмѣстѣ съ извлеченнымъ коломъ появилась и моча. Кровотеченіе ничтожное. Рана промыта растворомъ борной кислоты, затампонирована іодоформной марлей, антисептическая повязка. Въ первое время послѣ операціи больной нѣсколько лихорадилъ, а затѣмъ температура упала до нормы. Рана грануляровала, постепенно уменьшалась, уменьшался также и свищъ пузыря. Моча первое время лилась только черезъ свищъ, а потомъ и обычнымъ путемъ. Свищъ оставался все время пребыванія больного въ больницѣ, съ нимъ-же онъ и выписался. Общее его состояніе послѣ операціи постепенно ухудшалось: аппетитъ пропалъ, временами появлялась безсонница, боли въ нижней части живота и промежности, больной сильно исхудалъ, въ послѣднее время появились поносы, еще болѣе обезсилившіе больного. Больной былъ выписанъ, по его личному желанію, 7/V. По наведеннымъ справкамъ, онъ черезъ нѣсколько недѣль умеръ, по всей вѣроятности, отъ истощенія вслѣдствіе хроническаго раздраженія брюшины или мочевыхъ затековъ.

Приступаемъ къ описанію инороднаго тѣла, рисунокъ котораго прилагается въ натуральную величину. Колъ остроконечный, конусовидный, изъ вязоваго дерева, длиною въ 16 стм., покрытый по срединѣ въ видѣ кольца инкрустаціями изъ фосфорнокислыхъ и мочекислыхъ солей. У основанія кола, которое представляется въ видѣ очень неровной поверхности поперечнаго излома, съ одной стороны желобокъ, доходящій до ⅓ кола и происшедшій вслѣдствіе отлома, а съ противоположной стороны, ближе къ острому концу, отщепившаяся пластинка, покрытая тоже инкрустаціями. Совершенно свободными отъ отложенія солей являются только вершины на разстояніи 3 стм. и основаніи кола, начиная отъ кольца, только въ желобкѣ есть небольшое отложеніе солей. Кольцо, шириною отъ 2½ до 3 стм., а толщиною около 1 стм. Окружность основанія кола немного менѣе 7 стм., возлѣ задняго края кольца 6 стм., а возлѣ передняго кольца немного болѣе 5 стм. Окружность кольца 9½ стм. Отъ вершины до верхняго края кольца 7 стм., отъ нижняго края кольца до основанія 6 стм.

Познакомившись съ описаніемъ какъ самого поврежденія, такъ и инороднаго тѣла, пробывшаго 8 мѣсяцевъ въ тканяхъ больного и при томъ безъ особенно важныхъ разстройствъ

тѣхъ органовъ, съ которыми оно имѣло такое тѣсное соприкосновеніе, насъ естественно должно было заинтересовать рѣшеніе вопроса, какъ колъ попалъ въ пузырь, въ моментъ-ли паденія больного на вилы, или же, какъ нѣкоторые товарищи допускали, онъ попалъ сначала между прямой кишкой и пузыремъ, а затѣмъ уже, вслѣдствіе пролежня въ стѣнкѣ пузыря, онъ вошелъ въ пузырь. Теоретически разсуждая, мы все время стояли за первое предположеніе, т. е., что колъ въ моментъ паденія проткнулъ стѣнку пузыря въ 2 мѣстахъ, такъ что верхушка его, свободная отъ солей, лежала въ брюшной полости внѣ пузыря, а основаніе кола ниже задней стѣнки пузыря въ промежности, середина же кола, покрытая инкрустаціями, лежали въ самомъ пузырѣ. Почему не было просачиванія мочи, почему первоначально ранка зажила безъ всякихъ осложненій, разъ было поврежденіе стѣнокъ пузыря, рѣшить трудно, но, вѣроятно, въ силу сокращенія пузыря вокругъ кола, онъ не пропускалъ въ достаточномъ количествѣ мочи, а затѣмъ появились по краямъ его отложенія, сначала въ видѣ сгустковъ крови, а затѣмъ солей, которыя и закрыли отверстіе въ стѣнкѣ мочевого пузыря. Допустить же 2-ое объясненіе, т. е. вхожденіе кола черезъ мѣсто пролежня положительно невозможно, такъ какъ верхушка кола при опытахъ на трупахъ почти доходила до уровня пупка, а значитъ она ни при какихъ условіяхъ не могла давить на стѣнки пузыря, такъ какъ она всегда была выше дна пузыря; давленіе же на пузырь боковой стѣнки кола могло произвести пролежень, но за то тогда и форма отложенія солей была-бы не круговая, а боковая.

Для выясненія этихъ вопросовъ нами были произведены опыты раненія пузыря на нѣсколькихъ трупахъ. Всѣхъ опытовъ было произведено 4: 1) при цѣломъ еще пузырѣ на $2^1/_2$ стм. отъ задняго прохода воткнутъ въ промежность троакаръ; во вскрытомъ за симъ пузырѣ троакаръ оказался впереди и немного влѣво отъ внутренняго отверстія мочеиспускательнаго канала. Отъ кожи до внутренней стѣнки пузыря по измѣренію оказалось 8 стм. Разрѣзавъ за симъ кожу на промежности, мы воткнули въ иномъ направленіи, болѣе кзади, желобоватый зондъ, имѣющій 20 стм. длины. Зондъ прошелъ на 1 стм. кзади отъ шейки пузыря. Отъ кожи до внутренней стѣнки пузыря $7^1/_2$ стм., въ пузырѣ 9 стм. при чемъ зондъ прилегалъ къ задней стѣнкѣ пузыря, а конецъ его упирался въ сводъ и чтобы сводъ не проткнуть, надо было отдавливать нижнюю стѣнку и сводъ корнцангомъ. 2) На другомъ трупѣ, разрѣзавъ кожу на промежности на $2^1/_2$ стм. отъ задняго прохода воткнутъ былъ тотъ же зондъ; пузырь въ спавшемся состояніи. По вскрытіи пузыря, стѣнки его оказались проткнутыми въ 2 мѣстахъ, при чемъ конецъ очутился въ брюшной полости. Отъ кожи до стѣнки пузыря 8 стм., въ пузырѣ 4 стм. и около 7 стм. въ брюшной полости. 3) На 3-мъ трупѣ опыты продѣлывались съ настоящимъ коломъ въ 18 стм. длиною: кожа надрѣзана на $2^1/_2$ стм. отъ задняго прохода и всаженъ колъ. Разрѣзавъ пузырь, мы кола въ немъ не нашли, а онъ лежалъ между пузыремъ и низходящей толстой кишкой, вершина кола на 2 поперечныхъ пальца ниже уровня пупка. 2-ой разъ колъ воткнули нѣсколько кпереди и обѣ стѣнки пузыря оказались проткнутыми. Отъ кожи до стѣнки пузыря $7^1/_2$ стм., въ пузырѣ 5 стм., и въ брюшной полости $5^1/_2$ стм. Вершина кола у корня брыжейки. 4) На 4-мъ трупѣ послѣ всаживанія кола въ 20 стм. длины онъ лежалъ такъ: проткнулъ 2 заднія стѣнки пузыря; прошелъ на S Romanum и вершина его лежала у корня брыжейки, на m. psoas лѣвой стороны. Выше пузыря 9 стм., въ пузырѣ 4 стм. и ниже пузыря 7 стм.

Размѣры, приведенные выше, почти соотвѣтствуютъ тѣмъ, какіе мы наблюдаемъ на колѣ: отъ основанія кола до начала отложенія солей 6 стм., кольцо солей $2^1/_2$ стм., а вершина, какъ и основаніе, свободныя отъ солей $7^1/_2$ стм. Очевидно, въ пузырѣ находилась только та часть кола, на которой отлагались соли, а части свободныя отъ солей были внѣ пузыря, что подтвердилось нашими опытами.

Въ доступной намъ литературѣ по интересующему насъ вопросу мы встрѣтили анологичныхъ нашему случаю только 2, о которыхъ мы вкратцѣ и упомянемъ.

1) Случай *Borsuk*'а (изъ хирургической госпитальной клиники въ Варшавѣ). Одновременное пораненіе кишекъ и мочевого пузыря, осложненное острымъ перитонитомъ (Хирургическій Вѣстникъ, 1894 г., январь, стр. 106). Крестьянинъ съ воза упалъ на палку съ заостреннымъ концемъ, конецъ палки отломился и застрялъ въ его внутренностяхъ. Больной былъ доставленъ ночью въ клинику въ полусознательномъ состояніи, съ признаками перитонита. Чревосѣченіе съ наложеніемъ швовъ на S-образную часть кишки, пробитую въ 3 мѣстахъ и на мочевой пузырь, пробитый въ одномъ мѣстѣ. Выздоровленіе.

2) Случай разрыва мочевого пузыря инороднымъ тѣломъ, внѣдрившимся чрезъ промежность, описанный д-ромъ *А. Л. Польновымъ* (Медицинское Обозрѣніе, 1898 г., стр. 494). Тростниковая трубка въ 10 стм. длины, съ діаметромъ въ $1^1/_3$ стм. попала чрезъ промежность въ мочевой пузырь во время купанья больного и находилась въ немъ въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ, образовавъ свищевое отверстіе, чрезъ которое выдѣлялась водянисто-гнойная жидкость. Было сдѣлано высокое сѣченіе, такъ какъ попытка извлечь чрезъ промежность оказалась неудачной; тростниковая трубка, покрытая конкрементами, не безъ труда была извлечена, свищъ выскобленъ острой ложечкой, выведенъ дренажъ чрезъ него и брюшную рану. Выздоровленіе.

Что касается до случаевъ *Alsberg*'а и *Ранчевскаго*, гдѣ было раненіе мочевого пузыря въ первомъ случаѣ при паденіи на желѣзную рѣшетку, а во 2-мъ, на колъ вилъ, безъ внѣдренія инороднаго тѣла, то о нихъ можно только упомянуть какъ о случаяхъ, гдѣ при разной терапіи получился одинъ и тотъ же результатъ, а именно выздоровленіе. Въ 1 случаѣ было произведено чревосѣченіе для наложенія швовъ на мочевой пузырь, а во 2-мъ былъ примѣненъ выжидательный способъ, давшій тоже прекрасный результатъ.

Случай нашъ, помимо глубокаго казуистическаго интереса, представляется намъ весьма назидательнымъ и важнымъ и въ другомъ отношеніи. Такъ, въ виду полнаго отсутствія какихъ-либо жалобъ со стороны больного на разстройство мочеиспусканія и испражненія, никакъ нельзя было предположить, что въ пузырѣ находится инородное тѣло; поэтому то тщательнаго обслѣдованія этихъ полостей и не было произведено. Явись хотя малѣйшее подозрѣніе на присутствіе кола въ пузырѣ, чего мы достигли-бы обслѣдовавъ тщательно полость пузыря и кишки, намъ кажется, что ходъ операціи долженъ былъ-бы быть нѣсколько инымъ, а вмѣстѣ съ симъ можетъ быть и исходъ оказался-бы другой. Началомъ операціи, намъ думается, все-таки должно было быть извлеченіе кола чрезъ промежность, такъ какъ высокое сѣченіе пузыря было-бы настолько трудно въ техническомъ отношеніи, что пожалуй-бы получилась еще большая траума во время усѣченія кола въ пузырѣ, чѣмъ при простомъ его извлеченіи чрезъ промежность; затѣмъ уже послѣ извлеченія кола надо было перейти къ чревосѣченію для наложенія пузырнаго шва. Конечно, трудность операціи очевидна, исходъ могъ-бы быть тотъ же самый, но за то случай прошелъ-бы клинически вполнѣ обслѣдованнымъ, чего о нашемъ случаѣ сказать нельзя. Нашъ случай рѣдокъ по величинѣ инороднаго тѣла, интересенъ по давности его пребыванія въ мочевомъ

пузырѣ, а назидателенъ въ томъ отношеніи, что нужно поставить себѣ за правило при всякомъ подобномъ случаѣ раненія промежности самымъ тщательнымъ образомъ обслѣдовать мочевой пузырь и прямую кишку, чтобы не впасть въ такую же непоправимую ошибку.

Свѣтописный снимокъ кола въ естественную величину сдѣланъ помощникомъ провизора земской аптеки *Н. В. Костяковымъ*, за что приносимъ ему благодарность.

CXXII. Медицинскій отчетъ Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютовъ за 1902 и 1903 года.

Врача-акушера Литейнаго пріюта Е. Л. Пушкиной.

По намѣченному санитарной Коммиссіей плану увеличенія числа кроватей въ существующихъ уже пріютахъ, въ 1902 г. были расширены до 20-кроватныхъ 3 пріюта—Московскій, Литейный и Выборгскій, въ 1903-мъ—Нарвскій и Петровскій. Для Александро-Невскаго пріюта невозможно было найти подходящаго помѣщенія и онъ остался пока въ прежней, тѣсной квартирѣ, съ трудомъ вмѣщающей 8—10 кроватей. Такимъ образомъ къ концу 1903 г. только 1 пріютъ оставался 8-кроватнымъ. 3 пріюта — Спаскій III, Выборскій и XIII, имѣющіе просторныя помѣщенія, стали называться 30-кроватными, остальные 9 пріютовъ 20-кроватные; слѣд., всего городъ имѣетъ 278 родильныхъ кроватей.

Въ настоящее время, когда почти каждый пріютъ разросся въ солидное учрежденіе, имѣющее до 1000 и болѣе родовъ въ годъ и соотвѣтствующее число служащихъ, очень сильно сказываются всѣ неудобства помѣщенія ихъ въ частныхъ квартирахъ, и было-бы очень желательно, чтобы городское Управленіе построило собственныя, спеціально приспособленныя для родильныхъ пріютовъ зданія.

О поступившихъ.

Въ 1902 г. во всѣ родильные пріюты поступило 11704 ро-

Поступленія по мѣсяцамъ.

1902 годъ.	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.
январь	67	60	60	64	67	123	39	59	96	124	57	91	81	988
февраль	48	52	36	60	48	110	38	35	70	113	41	64	75	790
мартъ	48	48	46	70	57	123	37	46	75	109	59	95	76	889
апрѣль	58	41	50	62	57	128	38	44	71	94	42	85	70	840
май	93	106	76	89	76	158	52	27	84	147	34	117	100	1159
іюнь	36	161	—	58	108	192	45	74	64	163	18	94	102	1115
іюль	56	103	133	—	96	193	—	25	133	—	45	—	98	882
августъ	179	—	114	174	—	59	58	99	—	—	72	40	114	909
сентябрь	121	92	96	154	76	—	61	68	89	55	85	144	—	1041
октябрь	117	127	77	72	71	154	55	75	124	128	53	132	65	1250
ноябрь	89	37	59	74	60	134	52	49	76	118	61	130	75	1014
декабрь	69	28	32	67	55	128	41	36	60	110	38	94	69	827
Итого	981	855	779	944	771	1502	516	637	942	1161	605	1086	925	11704
1903 годъ.														
январь	64	48	63	78	80	150	50	51	93	135	54	106	82	1054
февраль	77	38	35	62	61	128	41	38	80	116	57	101	62	896
мартъ	79	57	46	72	74	140	43	48	88	123	58	104	79	1011
апрѣль	75	59	72	82	68	152	45	51	65	107	64	107	47	994
май	75	136	96	106	89	196	56	22	—	124	88	139	—	1127
іюнь	—	175	—	80	106	230	37	—	87	—	67	172	127	1081
іюль	135	—	138	—	24	258	—	64	122	155	—	208	148	1252
августъ	125	57	113	140	70	95	—	68	82	192	46	1	144	1133
сентябрь	90	41	79	100	106	—	17	42	66	146	83	71	88	929
октябрь	92	43	39	76	73	146	71	64	62	128	65	121	103	1083
ноябрь	81	45	47	74	68	132	77	48	67	118	66	113	86	1022
декабрь	77	49	33	55	58	124	74	48	70	115	51	95	60	909
Итого	970	748	761	925	877	1751	511	544	882	1459	699	1338	1026	12491
за 2 года	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195

Сословіе поступившихъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.	%
крестьянки	1622	1333	1260	1620	1317	2677	867	1045	1534	2135	1077	2034	1703	20224	83,6
мѣщанки	301	242	265	223	291	518	145	121	272	452	203	352	228	3613	14,92
дворянки и чиновницы	15	11	5	28	17	35	11	9	12	17	19	27	11	217	0,9
купчихи и почетн. гражданки	6	14	4	11	8	21	2	4	5	9	3	6	4	97	0,4
духовныя	4	2	2	—	—	1	1	1	1	2	—	1	—	15	0,06
иностран. подданныя	2	1	3	—	1	1	1	1	—	—	2	—	—	12	0,05
не отмѣчено	1	—	1	1	—	—	—	—	—	5	—	4	5	17	0,07
	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195	100

Семейное положеніе поступившихъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.	%
замужнихъ	1275	951	859	1340	1058	2258	661	923	1281	1890	860	1614	1354	16324	67,5
незамужнихъ	598	591	610	456	500	877	313	207	458	623	405	721	529	6888	28,0
вдовъ	78	56	56	73	89	102	50	51	84	106	36	79	63	923	3,8
не отмѣчено	—	5	15	—	1	16	3	—	1	1	3	10	5	60	0,2
	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195	—

Возрастъ поступившихъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.	%
14 лѣтъ	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	12,3
отъ 16 до 20 »	242	180	230	188	193	397	99	117	229	285	169	357	282	2968	
» 21 » 25 »	689	585	578	607	611	1091	297	391	620	876	405	870	637	8257	34,1
» 26 » 30 »	543	478	407	584	464	968	295	340	555	794	420	689	573	7110	29,5
» 31 » 35 »	290	207	178	306	232	429	157	180	254	369	179	284	241	3306	13,6
» 36 » 40 »	149	124	114	151	122	299	91	110	135	237	112	183	187	2014	8,3
» 41 » 45 »	30	23	24	31	23	51	86	21	21	48	13	27	20	418	1,7
» 46 » 50 »	5	3	2	—	1	7	1	1	3	—	—	3	3	29	0,1
не отмѣчено	3	3	7	2	2	10	1	21	7	11	6	11	8	92	0,4
	1951	1603	1540	1869	1698	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195	—

Вѣроисповѣданіе поступившихъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.	%
православнаго	1783	1470	1367	1794	1501	2947	914	1106	1714	2420	1154	2122	1708	21930	90,6
католическаго	83	69	91	69	72	137	77	58	70	130	57	101	158	1172	4,9
лютеранскаго	50	54	54	55	55	96	26	9	23	61	84	182	54	803	3,3
старовѣрки	9	—	8	1	1	8	6	5	11	—	4	5	13	71	0,3
магометанки	1	—	—	1	2	3	—	1	1	4	2	2	4	21	0,1
іудейскаго	15	10	20	18	17	62	4	2	5	5	3	6	14	181	0,7
армяно-грегоріанскаго	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
не отмѣчено	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	16	0,1
	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195	—

Занятія поступившихъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.
своимъ хозяйствомъ	1052	745	684	1079	884	1944	485	669	750	1709	743	1195	998	12937
при родныхъ	3	4	16	3	5	6	1	3	—	9	2	4	4	60
прислуги	344	441	391	381	435	651	218	141	337	399	259	388	269	4654
фабричныя	121	90	66	43	25	95	86	176	214	240	83	546	313	2098
чернорабочія	184	122	125	133	74	127	98	88	358	55	104	134	187	1789
портнихи	110	99	108	99	117	201	77	39	77	85	64	78	98	1252
прачки	67	61	26	44	39	91	27	25	47	80	26	43	34	613
ремесленницы	51	31	21	41	35	82	28	28	30	19	17	25	18	429
торговки	5	—	17	38	21	32	4	8	7	7	6	2	10	157
бонны, сестры милосердія и сидѣлки	5	2	11	6	3	6	3	—	2	5	—	3	3	49
кассирши, конторщицы	—	1	7	1	2	4	—	—	2	2	—	3	2	24
акушерки, фельдш., дантистки	1	3	1	1	—	3	—	—	—	—	—	1	1	11
учительницы	—	—	—	—	6	1	—	—	—	4	—	1	—	12
пѣвицы	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	3
проститутки	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
нищая	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
призрѣваемыя	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
безъ занятій	5	4	59	—	1	5	—	4	—	6	—	1	14	99
	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195

Главныя занятія въ %-хъ.

своимъ хозяйствомъ . . .	54	47	46	57	54	60	47	57	41	65	57	49	51	54
прислуги, прачки, чернораб.	30	39	35	30	33	27	33	21	41	20	29	23	25	29
фабричныя	6	5	4	2	3	3	7	14	12	9	6	22	15	8
швеи, ремесленницы	8	8	8	7	8	8	10	6	5	4	6	4	6	7
разныя занятія	2	1	7	4	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2

Давно-ли поступившія живутъ въ Петербургѣ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій	13-й.	Всего.	%.
1 мѣсяцъ и менѣе	33	30	37	40	34	49	19	16	26	43	26	37	36	426	1,8
2—6 мѣсяцевъ	90	81	94	86	73	143	33	63	114	134	51	122	97	1181	5,0
7 мѣс. до 1 года. . .	202	175	184	262	193	326	104	157	221	319	116	313	230	2798	11,6
2 » 3 »	319	233	280	323	267	514	168	230	284	407	180	412	340	3957	16,3
4 » 8 лѣтъ . . .	540	411	398	472	408	893	288	272	464	726	365	582	518	6337	26,2
9, 10 и болѣе	495	417	350	439	442	845	361	351	506	662	346	604	495	6313	26,0
съ рожденія	265	199	136	215	174	256	44	92	186	306	183	214	227	2497	10,0
не отмѣчено.	7	57	61	32	57	227	10	4	23	23	37	140	8	686	3,1
	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195	100

Число дней, проведенныхъ поступившими въ пріютахъ.

Дни.	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего лицъ.	Провели дней.	%.
1 и менѣе	5	11	6	4	—	4	—	—	1	10	—	15	8	64	64	
2 дня	5	22	11	6	3	42	—	4	8	14	7	32	21	175	350	2,8
3 »	—	14	10	1	6	15	1	4	5	38	3	18	13	128	384	
4 »	6	81	11	3	4	15	4	33	7	115	11	21	5	316	1264	
5 »	94	333	27	88	7	129	—	253	452	873	64	65	6	2391	11955	9,9
6 »	338	193	504	211	68	943	78	585	652	1096	135	562	81	5446	32676	22,5
7 »	514	344	298	471	139	1227	492	199	186	265	286	1100	417	5938	41566	24,5
8 »	698	276	190	674	323	598	283	47	225	110	630	435	628	5119	40952	21,1
9 »	214	263	388	273	981	153	129	34	210	49	114	80	558	3446	31014	14,2
10 »	18	36	49	77	73	72	17	8	50	20	27	37	75	559	5590	
11 »	6	18	13	20	18	21	10	6	13	9	6	13	49	202	2222	
12 »	2	1	5	6	8	15	3	1	6	7	5	9	39	107	1284	
13 »	7	3	3	5	6	5	3	—	4	6	2	9	12	65	845	
14 »	—	2	2	11	2	4	3	—	1	2	2	7	6	42	588	
15 »	—	2	5	2	5	2	2	—	1	2	1	2	4	28	420	
16 »	—	—	3	5	2	3	—	3	—	1	2	4	4	27	432	
17 »	—	—	2	—	—	2	—	—	—	2	—	—	2	8	136	
18 »	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	5	90	
19 »	—	1	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—	1	8	152	
20 »	—	—	2	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	5	100	
21 »	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	5	105	
22 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	22	5,0
23 »	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	23	
24 »	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	48	
26 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	26	
27 »	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	54	
28 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	28	
29 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	58	
30 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	30	
33 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	33	
35 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	35	
42 »	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	42	
43 »	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	43	
Не отмѣчено . .	44	—	8	11	—	—	1	2	3	—	6	2	19	96	—	
Всего лицъ.	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195	—	—
Провели дней . . .	14006	10994	11281	14293	14172	22666	7810	7249	12020	15318	98[illegible]8	17087	15827	—	17[illegible]31	—
Средній срокъ пребыванія въ пріютѣ	7,2	6,8	7,3	7,6	8,6	7,0	7,6	6,1	6,6	5,8	7,4	7,0	8,1	7,1	—	—
Тоже въ 1901 г. . .	7,6	7,2	8,0	8,2	8,3	7,0	7,6	6,1	6,4	5,8	8,5	7,0	8,9	7,3	—	—

женицъ и беременныхъ; въ 1901 г. было 10205, слѣд. приростъ равенъ 1499, что составляетъ 15% общаго числа. Въ 1901 г. прироста было 10%. Въ 1903 г. поступило 12491 роженица, приростъ около 7%.

По свѣдѣніямъ городского статистическаго Бюро, въ 1903 г. во всемъ Петербургѣ съ пригородами было всего 47676 живо- и мертво-рожденій, значитъ, городскими пріютами было принято 26,2% всѣхъ роженицъ города. Въ 1902 г. ими было принято 25%, а въ 1896 г. 17%.

Поступленія по мѣсяцамъ были довольно равномѣрны и благодаря правильному распредѣленію сроковъ закрытія пріютовъ для ремонта, въ лѣтніе мѣсяцы принято роженицъ не меньше, чѣмъ другіе, а въ 1903 г. даже больше, и это очень важно для населенія, такъ какъ большинство другихъ родовспомогатель-

Среднее число занятыхъ кроватей.

Года.	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Во всѣхъ пріютахъ.	Оффиціальное число кроватей.
1903	21	17	17	20	20	38	12	10	17	23	15	23	22	255	278
1902	20	18	17	21	18	32	10	11	18	21	13	24	22	245	224
1901	16	17	13	16	16	28	10	10	15	18	15	19	21	214	188
1900	15	16	13	14	13	29	9	9	13	18	13	17	18	199	124

Поступившія по числу беременностей.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.	%
1-й разъ	508	572	643	410	495	900	213	211	506	557	364	829	613	6821	28,2
2 »	518	368	318	497	413	825	285	287	437	614	314	547	445	5868	24,2
3 »	337	207	192	313	255	491	191	207	282	448	211	348	254	3736	15,4
4 »	197	159	131	190	163	343	115	140	167	295	130	196	207	2433	10,5
5 »	105	86	87	145	106	213	80	112	136	210	96	143	138	1657	6,8
6 »	95	71	51	99	86	145	61	82	92	160	61	111	83	1197	5,0
7 »	70	48	37	78	47	108	27	44	70	125	49	82	65	850	3,5
8 »	48	37	31	55	32	81	19	36	48	76	30	68	60	621	2,5
9 »	33	18	17	40	17	60	18	17	38	54	14	41	39	406	1,6
10 »	20	20	13	18	14	34	9	18	25	35	15	23	15	259	1,0
11 »	7	7	7	13	6	15	2	11	8	21	7	13	16	133	0,5
12 »	4	7	4	6	4	23	2	6	4	12	3	8	3	86	0,7
13 »	5	2	2	3	8	5	—	2	6	5	6	2	1	47	
14 »	1	—	1	1	1	6	2	2	1	4	2	4	2	27	
15 »	1	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	3	7	
16 »	—	—	2	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	5	
17 »	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	2	
18 »	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	
24 »	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	3	
не отмѣчено	1	1	4	—	—	2	2	5	4	2	2	8	3	34	0,1
	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195	—
% первородящихъ	26	36	42	21	30	28	20	19	27	21	28	34	31	—	28,2

Сроки беременности поступившихъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.
роды срочные	1890	1430	1439	1635	1524	3001	933	1084	1720	2210	1232	2134	1707	21937
» преждевременные	50	97	56	216	89	175	86	73	77	293	64	177	173	1626
выкидыши	4	41	17	12	34	27	8	21	19	100	5	52	35	375
беременныя, выписавшіяся до разрѣшенія	7	35	28	6	1	50	—	3	8	17	3	61	36	255
	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195

Тоже въ %-ахъ.

роды срочные	96,8	89,2	93,5	87,6	92,5	92,4	90,9	91,9	94,3	84,2	94,4	88,1	87,7	90,7
» преждевременные	2,6	6,0	3,6	11,5	5,4	5,3	8,[illegible]	6,2	4,2	11,2	5,[illegible]	7,3	8,8	6,7
выкидыши	0,2	2,5	1,1	0,6	2,0	0,8	0,8	1,7	1,0	4,0	0,4	2,1	1,7	1,6
беременныя	0,4	2,3	1,8	0,3	0,1	1,5	—	0,2	0,5	0,6	0,2	2,5	1,8	1,0

нихъ заведеній лѣтомъ закрыто, и роженицы находятъ убѣжище почти исключительно въ городскихъ пріютахъ.

По сословіямъ, семейному положенію, возрасту, вѣроисповѣданію, занятіямъ и срокамъ пребыванія въ Петербургѣ поступившія представляютъ приблизительно тѣ же отношенія, что и въ предъидущіе годы. (См. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 6).

По числу дней, проведенныхъ родильницами въ пріютахъ первое мѣсто занимаютъ выписанныя на 7-й день, ихъ 24,5%, на 6-й—22,5% и на 8-й—21,1%. Выпущенныхъ на 9-й день всего 14%, тогда какъ въ 1901 г. послѣднихъ было 24,8%; значитъ въ послѣдніе 2 года переполненіе пріютовъ снова усилилось и приходится прибѣгать къ ранней выпискѣ родильницъ.

Изъ таблицы средняго числа ежедневно занятыхъ кроватей за послѣдніе 4 года видимъ, что до сихъ поръ фактическій ростъ пріютовъ шелъ постоянно впереди оффиціальнаго ихъ расширенія. Такъ въ 1900 г. во всѣхъ пріютахъ считалось 124 кровати, въ дѣйствительности-же въ среднемъ было занято 199 кроватей (при такомъ среднемъ числѣ по временамъ занятыхъ кроватей было конечно гораздо больше, до 300, переполненіе было значительное). Въ 1901 г. считалось 188 кроватей, занято 216. Въ 1902 г. считалось 224—занято въ среднемъ 245. Только во 2-ой ½ 1903 г. оффиціальное число кроватей въ родильныхъ пріютахъ превысило среднее число занятыхъ кроватей за этотъ годъ и въ настоящее время потребность въ нихъ можетъ считаться насыщенной.

Первородящихъ было 28,2%, на 0,3% меньше 1901 года; по отдѣльнымъ пріютамъ % первородящихъ колебался отъ 42 въ Коломенскомъ до 19 въ Александро-Невскомъ.

Записи о правильныхъ и неправильныхъ тазахъ продолжаютъ быть очень разнорѣчивы въ разныхъ пріютахъ, и это нужно

Размѣры таза.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.	%
правильный	1524	942	1183	1715	1597	3024	996	1075	1377	2029	1230	1997	1665	20354	84,1
неправильный	47	26	75	89	24	75	15	92	119	2	43	77	51	735	3,0
плоскій	—	333	112	34	5	24	6	7	124	227	5	71	177	1125	4,6
общесъуженный	2	282	100	15	—	25	9	—	191	273	4	88	26	1015	4,3
не отмѣчено	378	20	70	16	22	105	1	7	13	89	22	191	32	966	4,0
	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195	—
% неправильныхъ тазовъ	2	40	19	7	2	4	3	8	24	19	4	10	13	12	—

Общее движеніе поступившихъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.	%
выписались	1932	1543	1499	1850	1645	3183	1024	1166	1801	2590	1291	2347	1886	23757	98,32
переведены въ больницы	11	22	13	12	2	17	3	11	13	10	6	14	26	160	0,67
умерли	1	3	—	1	—	3	—	1	2	3	4	2	3	23	0,01
не разрѣшились	7	35	28	6	1	50	—	3	8	17	3	61	36	255	1,0
	1951	1603	1540	1869	1648	3253	1027	1181	1824	2620	1304	2424	1951	24195	—

приписать конечно не подбору матеріала, а неточности измѣренія, производимаго акушерками, почему цифры эти не могутъ имѣть большой цѣны.

(Окончаніе слѣдуетъ).

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Гулевка, какъ способъ передвиженія судовъ вверхъ по р. Днѣстру, съ санитарной точки зрѣнія [1]).

2-годичное пребываніе во время навигаціи на р. Днѣстрѣ, въ качествѣ санитара, невольно обратило мое вниманіе на гулевку [2]). Въ настоящее время на Волгѣ, Камѣ, Окѣ, Днѣпрѣ и другихъ болѣе или менѣе значительныхъ рѣкахъ существуетъ только одинъ способъ переправы судовъ вверхъ по теченію, это буксирнымъ пароходомъ. Но попадаются еще отдѣльныя рѣки въ обширной нашей странѣ, гдѣ старый способъ, запечатлѣнный нашимъ незабвеннымъ поэтомъ Некрасовымъ въ извѣстной «пѣсни бурлаковъ», остается въ полной силѣ. Къ числу такихъ рѣкъ принадлежитъ Днѣстръ. Видѣнное здѣсь мною побуждаетъ меня подѣлиться своими впечатлѣніями съ читателями «Русскаго Врача» и изложить, при какихъ санитарныхъ условіяхъ совершается передвиженіе судовъ вверхъ по теченію бичевой или лошадиной тягой.

Обыкновенно 2 парома (4-угольныя плоскодонныя суда, существующія только на р. Днѣстрѣ) или 1 паромъ и 2 лодки связываются между собой бичевкой. На первомъ изъ судовъ устраивается мачта. Впереди всѣхъ судовъ тянется бичевка на разстояніи 20—30 саж., въ которую запряжены гуськомъ 5—7 лошадей.

Прежде, чѣмъ говорить о вліяніи гулевки, остановимся вкратцѣ на семейномъ и матеріальномъ положеніи предпринимателей гулевки и ихъ рабочихъ.

Изъ 97 опрошенныхъ гулевщиковъ (предприниматель гулевки) 65,9% живутъ въ г. Ямполѣ, Подольской губ., а 34,1% въ г. Бендерахъ, Бессарабской губ. 91,8% оказались семейными, 8,2%—холостыми. Семьи состоятъ изъ 2—7 человѣкъ, въ возрастѣ отъ 1—35 лѣтъ. Всѣ дѣти находятся при родителяхъ. 63,9% владѣютъ участками земли, отъ 1—3 десятинъ, собственными хатами, 36,1% живутъ отчасти на отцовской, отчасти на арендуемой землѣ, 45,4% имѣютъ 4—5 лошадей, а 54,6% maximum—2 лошадей. Эти свѣдѣнія о количествѣ лошадей съ ясностью говорятъ за то, что большинство предпринимателей гулевки не располагаетъ возможностью самостоятельно взяться за переправу и поэтому должно прибѣгать къ чужой помощи. Въ послѣднемъ случаѣ имъ приходится нанимать рабочихъ съ лошадьми.

По продолжительности занятій гулевкой предприниматели распредѣляются такимъ образомъ:

1-ую навигацію гуляютъ 41,5%
2-ую » » 29,5%
3-ью » » 18,6%
и 4-ую » » 10,4%

Эти цифры, уменьшающіяся обратно пропорціонально числу навигацій, объясняются, по словамъ гулевщиковъ, тяжестью работы, которая отзывается въ зимнее время различными болѣзнями особенно у тѣхъ, кто не обладаетъ всѣми лошадьми. Сами гулевщики работаютъ за рабочихъ и, значитъ, всегда подвергаются тѣмъ-же заболѣваніямъ, что и они, и такимъ образомъ медленно подтачиваютъ свои силы.

Путемъ опроса намъ удалось получить слѣдующія свѣдѣнія о возрастѣ 97 гулевщиковъ и 388 рабочихъ. Возрастъ 1-хъ колеблется между 25—61 г., а 2-хъ отъ 7—35 лѣтъ.

Общее число.	Возрастъ.	%	Названія лицъ.
—	25—40 л.	61,7%	гулевщиковъ
97	41—61 г.	38,3%	гулевщиковъ
—	7—10 л.	67,1%	рабочихъ
97	11—14 л.	32,9%	рабочихъ
—	15—25 л.	65,7%	рабочихъ
291	26—35 л.	34,3%	рабочихъ

Изъ этой таблицы слѣдуетъ, что гулевкой занимаются дѣти въ самомъ цвѣтущемъ періодѣ роста. Что-же касается рабочихъ старшаго возраста, то до 25 л. число ихъ значительно увеличивается, а послѣ 25 л. оно уменьшается почти на 1/3. То-же самое можно сказать и о гулевщикахъ. До 40 л. число ихъ увеличивается, а послѣ 40 л. оно убываетъ.

Мы умышленно останавливаемся на возрастѣ рабочихъ и гулевщиковъ, такъ какъ эти цифры въ связи съ другими являются необходимымъ дополненіемъ къ ихъ положенію съ санитарной точки зрѣнія.

Въ самомъ дѣлѣ, изъ чего слагается жизнь рабочаго человѣка, какъ не изъ сочетанія различныхъ условій труда въ зависимости отъ времени года, соотвѣтствующаго возраста, заработной платы и т. п. обстоятельствъ.

Изъ 291 рабочихъ холостыми оказались 66,6%, а женатыми—33,4% съ семьями отъ 1—5 дѣтей, въ возрастѣ отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 14 лѣтъ. Возрастъ семейныхъ соотвѣтствуетъ 26—35 лѣтъ. Отсюда понятнымъ становится близкое подобіе %-ныхъ отношеній по возрасту и семейному положенію (см. табл. о возрастѣ). Тутъ приходится отмѣтить, что въ виду крайне скудныхъ матеріальныхъ средствъ (небольшіе участки земли отъ 1/2—1 десят., да и то только у семейныхъ, обиліе дѣтей) отцы обыкновенно идутъ на гулевыя работы съ малолѣтними, отъ 7—14 л., мальчиками, дабы хоть такимъ образомъ увеличить свой заработокъ. Всѣ рабочіе, преимущественно молдаване,—элементъ пришлый изъ прилегающихъ селеній Бессарабской, Подольской и Херсонской губерній. Во время навигаціи наплывъ рабочихъ на Днѣстрѣ

[1]) Докладъ, читанный на 1-мъ судоходномъ Съѣздѣ въ г. Кіевѣ.
[2]) Словомъ «гулевка» обозначается на р. Днѣстрѣ бичевая тяга.

столь великъ, что предложеніе не отвѣчаетъ спросу. За гулевку берутся лица, не успѣвшія пристроиться на какія-либо другія работы, лишь-бы не сидѣть сложа руки и заработать по ихъ выраженію «хоть что-нибудь». Спеціально занимающихся гулевкой изъ года въ годъ рабочихъ мы встрѣтили около 10%. Въ большинствѣ случаевъ они потомъ становятся сами предпринимателями гулевки, благодаря тому, что имѣютъ собственныхъ лошадей.

Посмотримъ теперь, какія условія найма существуютъ для гулевщиковъ и ихъ рабочихъ. Судовладѣльцы заключаютъ съ предпринимателями гулевокъ письменные договоры, по которымъ послѣдніе обязуются доставить извѣстное количество судовъ отъ с. Варницы до г. Сорокъ, Бессарабской губ. (хлѣбная станція въ 7 верст. отъ г. Бендеръ, т. е. на разстояніи 337 верстъ) за условленную плату. Срокъ обыкновенно не опредѣляется. Число лошадей иногда въ условіяхъ упоминается. При нарушеніи условія гулевщикомъ задаточная сумма его пропадаетъ. За порчу судна сооруженіями въ видѣ мачтъ не отвѣчаетъ, но въ случаяхъ недостаточно бдительнаго надзора за судами во время гулевки и являющихся вслѣдствіе этого порчъ гулевщикъ въ отвѣтѣ. Какія-же обязательства выставляются для судовладѣльца? Только одно обязательство—уплата по доставленіи судна въ назначенное мѣсто въ цѣломъ видѣ.

Эти условія наводятъ на грустныя размышленія и заставляютъ призадуматься надъ такой ненормальностью. Люди теряютъ, какъ мы увидимъ сейчасъ, все свое здоровье, уходятъ отъ своего семейнаго очага за сотни верстъ и днемъ и ночью находятся подъ открытымъ небомъ въ лѣтніе жаркіе и осенніе холодные, ненастные дни, подвергаясь различнаго рода заболѣваніямъ и надъ ними постоянно находится Дамокловъ мечъ въ видѣ ряда обязательствъ, между тѣмъ какъ гг. судовладѣльцы очень немногимъ обязуются по отношенію къ гулевщикамъ.

Кто же ихъ защита въ случаяхъ неожиданныхъ крушеній, потери на водѣ главнаго имущества—лошадей или вообще потери работоспособности? Мы осмѣливаемся думать, что никто. Вотъ случай изъ настоящей навигаціи, подтверждающій наши слова.

Гулевщикъ, семейный, живущій всегда въ г. Ямполѣ, почти на полпути изъ с. Варницы въ г. Сороки, т. е. на 12—13 день своего печальнаго шествія, недалеко отъ перекатовъ, потерялъ въ водѣ 6 лошадей. На чье содѣйствіе онъ имѣлъ законное право разсчитывать? Ни на чье. Случайная любезность судовладѣльца, достойная примѣра, выручила бѣднягу отъ тяжелаго горя. Ему пріобрѣтены были судовладѣльцемъ 6 новыхъ лошадей. Гулевщикъ обязался отработать сумму денегъ, уплаченную за лошади. Кончилась навигація, а нашъ бѣдный гулевщикъ и понынѣ остался въ долгу передъ судовладѣльцемъ. Мы были свидѣтелями этого стона наболѣвшей души, мы видѣли слезы потерявшаго голосъ въ пути гулевщика и только вмѣстѣ съ нимъ могли скорбѣть о тяжеломъ его положеніи. Но скорбь личная осталась при немъ еще и до сихъ поръ. Ради полученія новыхъ неизмѣнныхъ друзей—лошадей онъ работалъ всю навигацію гулевкой, забылъ о своей землѣ, домѣ, дѣтяхъ и еще дважды долженъ будетъ переправлять безплатно суда изъ с. Варницы въ г. Сороки.

Приведенное ненормальное явленіе невольно отражается на здоровьи рабочихъ и гулевщиковъ. Нервныя напряженія въ теченіи 21—28 сутокъ, боязнь за всякаго рода случайности, нарушеніе обязательствъ настолько истощаютъ предпринимателей гулевокъ и ихъ рабочихъ, что по пріѣздѣ въ г. Сороки они долго не могутъ прійти въ себя.

Какія-же матеріальныя блага даетъ гулевка предпринимателямъ послѣдней? Получаютъ они отъ 100—130 р. за переправу 2 паромовъ или 1 парома и 2 лодокъ. (Плата увеличивается во время полевыхъ работъ). Для этой цѣли они нанимаютъ 4 рабочихъ: 1 мальчика, за плату 2—3½ р. и 3 рабочихъ, старшаго возраста, за плату отъ 5—7 р., а если съ 2 лошадьми то за 14 р. (Кормленіе лошадей происходитъ на счетъ гулевщика). Пищу рабочимъ гулевщики обязуются давать свою. Послѣдняя состоитъ изъ бринзы, соленой рыбы—сушенной, картофеля, лука и кукурузной муки. Въ лѣтнюю пору, когда появляются огурцы, фрукты, арбузы, дыни пища нѣсколько разнообразится, но уже на счетъ самихъ рабочихъ. Изъ напитковъ единственными являются вода, взятая изъ-за борта (чаю въ пути не пьютъ никогда) и водка. Послѣдняя пріобрѣтается только на мѣстѣ остановокъ. Здѣсь-же варятъ похлебку. Способъ приготовленія ея—самый примитивный. Днѣстровская вода, взятая у берега, кипятится въ какомъ-либо грязномъ горшкѣ на открытомъ очагѣ. Сюда прибавляютъ недостаточно очищенный картофель, лукъ, обильное количество соли. Мы много разъ наблюдали за этимъ приготовленіемъ. Долго приходилось говорить о замѣнѣ Днѣстровской воды ключевой, о необходимости бо́льшей заботливости при приготовленіи пищи. Не могу жаловаться на нежеланіе рабочихъ понимать начальныхъ истинъ санитаріи, но я долженъ былъ согласиться съ ними, что, къ великому прискорбію, непосильный трудъ, чрезмѣрная усталость, сильно развивающійся голодъ отвлекаетъ ихъ отъ всякихъ мыслей о хорошемъ приготовленіи пищи, тѣмъ болѣе, что въ основаніи лежитъ съ ранняго дѣтства отсутствіе правильныхъ взглядовъ на питаніе.

Помимо пищи, гулевщики обязуются давать рабочимъ «ходаки», нѣчто напоминающіе наши сандаліи или кожаные скороходы въ виду того, что рабочимъ приходится погонять лошадей по пути, богатому камнями, щебнемъ, осколками стекла и т. д. Никакихъ письменныхъ обязательствъ между рабочими и предпринимателями гулевокъ не существуетъ, а только словесныя.

Что же при такихъ условіяхъ остается предпринимателямъ гулевокъ за 3—4 недѣльную работу и 3—4 дневные переѣзды на лошадяхъ изъ с. Варницы въ г. Сороки или изъ г. Ямполя въ Варницу за судномъ? По словамъ гулевщиковъ, приблизительно отъ 20—35 р. за 1 рейсъ т. е., другими словами, въ среднемъ около 1 р. въ день за свою и лошадиную работу. Цифра по истинѣ—очень мала, но такъ какъ такихъ рейсовъ въ теченіи навигаціи гулевщики дѣлаютъ отъ 1—5 въ зависимости отъ нужды, то въ общемъ получается сумма денегъ, которая хоть немного даетъ возможность «залатать» имѣющіяся у нихъ прорѣхи въ хозяйствѣ.

Таково положеніе гулевщиковъ. Обратимся теперь къ состоянію *рабочихъ* при этомъ передвиженіи судовъ. Если гулевщиковъ побуждаетъ взяться за эту тяжелую переправу нужда для покрытія долговъ по ихъ несложному хозяйству, то того же, къ великому сожалѣнію, нельзя сказать о рабочихъ. Здѣсь не стремленіе къ сбереженію какихъ-либо значительныхъ суммъ, а борьба за существованіе, за кусокъ хлѣба, отсутствіе возможности приложить свои руки къ какой-либо другой работѣ, скверн̂ѣйшія экономическія условія. Что можетъ быть дешевле платы, взимаемой рабочими—5—7 р. или дѣтьми 2—3½ р. за 21—28 рабочихъ дней каторжнаго труда? Я позволилъ себѣ назвать эту работу каторжной. Да, другого подходящаго имени положительно не нахожу. Мы уже указывали на несчастныхъ лошадей, истощающихся въ пути по бичевнику. Но ту же работу исполняютъ и рабочіе и дѣти. Изъ 4 рабочихъ (3 взрослыхъ и 1 ребенокъ) 2—3 всегда являются погонщиками лошадей; 1 рабочій—на мачтѣ обыкновенно вмѣстѣ съ предпринимателемъ гулевки. Помимо терній, которыми усѣянъ бичевникъ, во многихъ мѣстахъ его заражаютъ прилегающія селенія навозомъ и отбросами. Въ г. Сорокахъ мы были постояннымъ свидѣтелемъ убоя свиней и мелкаго скота на бичевникѣ. Далѣе тутъ же находятся общественныя ретирадныя мѣста, сплошь загрязненныя какъ внутри, такъ и снаружи на значительномъ протяженіи. И вотъ по этому пути приходится идти людямъ почти ⅔ сутокъ. Но далеко не повсюду и всегда рабочіе могутъ пользоваться бичевникомъ. Подлѣ казенныхъ и частныхъ сооруженій (т. е. дамбъ и водяныхъ мельницъ) рабочіе принуждены обходить ихъ и для этой цѣли погружаться обнаженными въ воду. Такого рода погруженія происходятъ большею частью экспромптомъ въ разгоряченномъ видѣ послѣ долгихъ усилій провести суда мирнымъ путемъ по бичевнику. Удивительно-ли, что при изслѣдованіи рабочихъ бо́льшая ½ страдаетъ различными формами простудныхъ болѣзней (насморкъ, бронхитъ, мышечный и суставной ревматизмъ, ларингитъ). Намъ приходилось видѣть ихъ въ водѣ не только лѣтомъ, но и въ осеннюю пору. Характерно, что первыми бросаются въ воду малолѣтнія дѣтишки. Но всѣмъ этимъ далеко не исчерпывается положеніе рабочихъ. Постоянное понуканіе лошадей кнутомъ, увѣщеванія словами и безконечнымъ крикомъ, до того приводятъ въ изможденіе несчастныхъ мальчишекъ и рабочихъ, что на мѣстѣ прибытія они, какъ снопы, сваливаются съ ногъ. Долгое время среди рабочихъ царитъ молчаніе и только сильный голодъ заставляетъ ихъ иногда поднять вопросъ о вышеупомянутой похлебкѣ, «мамалыгѣ» (особое блюдо изъ кукурузной муки) или объ искусственномъ возбужденіи «монополіей». При этомъ «монополіей» угощаются всѣ, не исключая и дѣтей. Такимъ образомъ послѣднихъ съ ранняго дѣтства не замѣтно пріучаютъ къ пьянству. Тутъ же необходимо отмѣтить, что сильнѣе всего отражается гулевка на дѣтяхъ. Если вспомнимъ ихъ возрастъ, то ясно станетъ, что постоянными погруженіями въ воду, при отсутствіи надлежащаго питанія, достигается не закаливаніе ихъ, а предрасположеніе къ тяжелымъ заболѣваніямъ, такъ какъ во время этой переправы приходится терпѣть рядъ физическихъ лишеній, двигаться по скалистому пути часто босыми («ходаки» быстро рвутся) и терять силу не по лѣтамъ. Слѣды этого пути сказываются въ язвахъ преимущественно на стопахъ, константированныхъ мною какъ у дѣтей, такъ и у взрослыхъ рабочихъ на почвѣ раненій камнемъ или щебнемъ. Вполнѣ понятно поэтому, что дѣти эти являются съ искусственной краской въ лицѣ только въ разгоряченномъ видѣ, а послѣ нѣкотораго отдыха блѣдными, хилыми и крайне истощенными. Все это не можетъ отзываться на дальнѣйшемъ физическомъ развитіи дѣтей.

Трудно передать словами всѣ ощущенія, пережитыя нами при ознакомленіи съ рабочими.

Изможденные, усталые и лишенные голоса (сплошь всѣ погонщики лошадей страдаютъ фарингитомъ и ларингитомъ) рабочіе и дѣтишки, помимо постояннаго риска заболѣть, находятся всегда въ страхѣ утонуть при погруженіи въ воду. Къ сожалѣнію, намъ не удалось найти статистическихъ данныхъ относительно печальныхъ случаевъ съ людьми, но на памяти у нѣкоторыхъ гибель одного мальчишки.

Для болѣе точнаго выясненія этихъ свѣдѣній я обратился съ письменными вопросами къ мѣстнымъ судоходнымъ властямъ. Вотъ что пишетъ мнѣ начальникъ 2-ой судоходной дистанціи на р. Днѣстрѣ г. Е. Ѳ. Ивановъ:

«Статистики такихъ несчастныхъ случаевъ не имѣется, такъ какъ гулевщики объ этомъ судоходному надзору не заявляютъ во избѣжаніе отвѣтственности. Но это не значитъ, что таковыхъ не бываетъ. Гибнутъ лошади и бросаются на берегу или въ рѣку. Гибнутъ, полагаю, и рабочіе, но это не становится своевременно извѣстнымъ служащимъ на рѣкѣ. Хозяинъ (т. е. предприниматель гулевки) скрываетъ это и артель его не выдаетъ».

Что касается до отдыха рабочихъ, то всѣ требованія санитарнаго и судоходнаго надзора—устраивать будки на случай ненастной погоды, нары, по числу рабочихъ, соблюдать по возможности чистоту на судахъ,—гулевкой совершенно нарушаются. Всѣ будки на ½ или совершенно разбираются. На судахъ устанавливаются телѣги, а также и лошади. Испражненія послѣд-

нихъ дополняютъ только картину антисанитарнаго состоянія судовъ.

Приведенныя данныя относительно санитарныхъ условій, при которыхъ совершается гулевка, даетъ намъ право прійти къ тому заключенію, что гулевка подрываетъ здоровье ея предпринимателей и рабочихъ, задерживаетъ развитіе дѣтей и что гулевкой загрязняются суда и устраняются начинанія санитарнаго и судоходнаго надзоровъ. Очевидно поэтому, что *гулевка, какъ способъ передвиженія судовъ вверхъ по р. Днѣстру, при современныхъ требованіяхъ санитаріи, въ интересахъ общегосударственныхъ должна быть замѣнена другимъ способомъ, при которомъ рабочіе не разрушали бы своего здоровья, а дѣти совершенно не участвовали бы въ передвиженіи судовъ.*

Л. П. Марьянчикъ.

Письмо съ Запада.

Врачебная поѣздка на курорты Юго-Восточной Франціи.

Въ сентябрѣ мѣсяцѣ прошлаго (1903) года состоялась 5-я учебно-медицинская поѣздка (5-me Voyage d'Études médicales) на минеральныя воды и климатическія станціи Юго-Востока Франціи, въ которой принялъ участіе и я въ качествѣ делегата со стороны санитарнаго Управленія Болгаріи и въ нижеслѣдующихъ строкахъ хочу подѣлиться моими впечатлѣніями съ русскими товарищами.

Предварительно считаю нелишнимъ изложить исторію возникновенія и развитія учебно-медицинскихъ путешествій во Франціи.

Счастливая мысль организовать учебно-научныя экспедиціи по отечественнымъ минеральнымъ водамъ и климатическимъ станціямъ въ 1-й разъ появилась у французскаго врача *Carron de la Carrière* въ началѣ 1899 года. Цѣль поѣздокъ этихъ заключалась главнымъ образомъ въ томъ, чтобы облегчить врачамъ и студентамъ—какъ французскимъ, такъ и иностраннымъ—посѣщеніе и практическое ознакомленіе съ курортами Франціи.

Въ Парижѣ составился по этому случаю особый Комитетъ, во главѣ котораго стали профф.: *Brouardel, Landouzy, Cornil, Debove, Fournier* и др.

Проф. *Landouzy* согласился принять на себя научное руководство этимъ дѣломъ.

Мысль д-ра *Carron*'а надо считать въ высокой степени удачной и своевременной; дѣло въ томъ, что во Франціи, какъ почти вездѣ въ Европѣ, наука о минеральныхъ водахъ находится въ совершенномъ пренебреженіи: отдѣльной каѳедры по бальнеотерапіи почти ни въ одномъ Университетѣ не существуетъ; если-же профессора клиникъ и фармакологіи и упоминаютъ въ курсѣ своихъ лекцій о лѣченіи минеральной водою, то лишь вскользь.

Но даже если-бы мы допустили, что въ Университетахъ студенты подробно проходили-бы курсъ науки о минеральныхъ водахъ съ геологіей, гидрологической химіей и клинической бальнеотерапіей,—все-же, эта наука для своего коренного изученія потребовала-бы еще одного необходимаго условія, а именно—знакомства съ лѣчебными водами на мѣстѣ.

Въ самомъ дѣлѣ, лѣченіе въ курортѣ—дѣло чрезвычайно сложное и результатъ этого лѣченія далеко не можетъ быть объясненъ единственно и исключительно химическимъ составомъ минеральной воды: тутъ играютъ важную роль климатъ, высота мѣстности, условія жизни, удобства, прогулки и т. д., и всѣ *эти условія врачъ всегда долженъ имѣть въ виду при выборѣ курорта для даннаго больного*, ибо эти условія иногда имѣютъ не меньшую важность, чѣмъ химическій составъ воды.

Книга и лекція по бальнеотерапіи даютъ въ этомъ отношеніи очень мало. И неудивительно, поэтому, что большинство врачей какъ въ Россіи, такъ и заграницей, имѣетъ о бальнеотерапіи смутныя понятія, что въ общихъ руководствахъ терапіи этому предмету обыкновенно удѣляется слишкомъ мало мѣста, а въ спеціальныхъ книгахъ,—какъ-бы обширны онѣ ни были—о большинствѣ лѣчебныхъ станцій можно найти лишь краткія свѣдѣнія, изъ которыхъ трудно вывести понятіе объ индивидуальныхъ особенностяхъ даннаго курорта, а при выборѣ послѣдняго эти особенности, какъ уже сказано, имѣютъ существенное значеніе.

Къ сожалѣнію, путешествіе по курортамъ не для всякаго врача и не во всякое время удобно и возможно. Подобное путешествіе обыкновенно стоитъ большихъ денегъ и требуетъ такого количества времени, которымъ не каждый изъ врачей располагаетъ.

Другое дѣло—путешествіе большою группой. Во 1-хъ, оно стоитъ несравненно дешевле, во 2-хъ,—при умѣлой организаціи въ сравнительно короткій срокъ можно многое увидѣть, особенно въ томъ случаѣ, если во главѣ подобнаго путешествія стоитъ опытный спеціалистъ, который въ каждый моментъ помогаетъ разобраться въ подробностяхъ и отличить важное отъ несущественнаго.

Всѣ эти условія имѣются на лицо въ научныхъ поѣздкахъ д-ра *Carron*'а, и, благодаря имъ, поѣздки эти имѣли необыкновенный успѣхъ.

Организаторъ раздѣлилъ для удобства всю Францію на 5 округовъ; каждый годъ посѣщается одинъ изъ нихъ. Въ 1903 году былъ осмотрѣнъ 5-й и послѣдній округъ, такъ что участники всѣхъ 5 поѣздокъ закончили полный кругъ и ознакомились съ минеральными и климатическими станціями всей Франціи.

Вотъ это распредѣленіе:

Въ 1899 г. была осмотрѣна центральная Франція и Auvergne; въ 1900 г.—Западно-Пиринейская область; въ 1901 г. — Дофинэ и Савойя; въ 1902 г. — Vosges и Юра; въ 1903 г.—Юго-Восточная Франція.

Въ 1904 году начинается 2-й кругъ путешествій, и я пользуюсь случаемъ горячо совѣтовать товарищамъ эти поѣздки, ибо онѣ организованы такъ хорошо, время проходитъ пріятно, а вмѣстѣ съ тѣмъ и полезно.

Поѣздка, которая составляетъ предметъ настоящей статьи, длилась ровно 14 дней—отъ 10 го до 23 го сентября (по новому стилю) 1903 г. Всѣхъ желающихъ принять участіе было болѣе 140 человѣкъ, но 30 было отказано, ибо администрація поѣздокъ изъ опыта прежнихъ лѣтъ вывела заключеніе, что увеличеніе числа участниковъ свыше предѣльной цифры (100) сопряжено съ неудобствами и нарушаетъ правильный ходъ дѣла.

По національностямъ участники 5-й учебно-медицинской поѣздки распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Французовъ. . . .	55	чел.
Бельгійцевъ. . . .	20	»
Датчанъ	7	»
Голландцевъ . . .	4	»
Румынъ	3	»
Англичанъ . . .	2	»
Шведъ.	1	»
Эльзасецъ . . .	1	»
Итальянецъ. . .	1	»
Болгаринъ . . .	1	»
Бразильянецъ. . .	1	»

Кромѣ того, въ числѣ участниковъ было 14 дамъ, не-врачей, сопровождавшихъ своихъ мужей. Удивительно, что ни въ этой, ни въ прежнихъ поѣздкахъ, не было ни одного русскаго. Обстоятельство это совершенно непонятно.

Такса за 14-дневное путешествіе, включая курсъ лекцій проф. *Landouzy*, проѣздъ, продовольствіе, помѣщеніе, транспортъ багажа, была опредѣлена въ 350 фр., т. е., 131 р. 25 к. Если принять во вниманіе тѣ удобства, тотъ комфортъ, которымъ мы пользовались во время путешествія, то слѣдуетъ признать, что эта ничтожная сумма не окупаетъ и десятой доли расходовъ, которые каждый изъ насъ бы сдѣлалъ, если бы вздумалъ совершить то же путешествіе одинъ. Комнаты мы имѣли всегда въ лучшихъ гостиницахъ, обѣды и ужины намъ давались въ полномъ смыслѣ слова Лукулловскіе; по желѣзной дорогѣ мы имѣли все время въ распоряженіи экстренный поѣздъ, составленный изъ вагоновъ 1-го класса, а переѣздъ на лошадяхъ совершался въ прекрасныхъ экипажахъ. И все это за 130 рублей!

Въ общемъ намъ пришлось сдѣлать около 2000 километровъ, при чемъ ровно 415 километровъ мы проѣхали на лошадяхъ, ибо цѣлью нашей поѣздки были курорты, расположенные въ глубинѣ Пиринеевъ, гдѣ желѣзныхъ дорогъ еще нѣтъ. Переѣзды лошадьми чрезвычайно усложняли путешествіе, и тѣмъ не менѣе техническая часть поѣздки была доведена до такого совершенства, что ни разу, впродолженіе 14-дневнаго пути, не смотря на постоянныя пересадки нашего «каравана» изъ поѣзда въ экипажи и обратно, не смотря на то, что каждый вечеръ мы ночевали въ разныхъ городахъ и станціяхъ,—ни одной жалобы со стороны членовъ каравана не послѣдовало.

Маршрутъ былъ составленъ такъ разумно и столь артистически комбинированъ и исполненъ, что даже хладнокровные англичане, голландцы и датчане приходили въ изумленіе.

Особенно хорошо была организована отправка багажа. Надо знать, что «караванъ» везъ съ собою болѣе 2000 килограммъ всевозможныхъ корзинъ, чемодановъ, дорожныхъ мѣшковъ и т. п. Чтобы освободить путешественниковъ отъ непріятной возни съ багажемъ, нашъ техническій агентъ взялъ на себя отправку нашихъ вещей, и- надо отдать ему справедливость—выполнилъ эту трудную и кропотливую задачу съ ловкостью артиста. Какъ по мановенію волшебнаго жезла, каждое утро невидимая рука убирала весь багажъ и каждый вечеръ мы находили его въ нашихъ комнатахъ въ полной исправности.

Не малыхъ хлопотъ стоила организаторамъ поѣздки продовольственная часть. Накормить одинъ только разъ 120 человѣкъ—вещь далеко нелегкая, но угощать подобную толпу два раза въ день впродолженіе $^1/_2$ мѣсяца и каждый разъ въ различныхъ мѣстахъ,—для этого нужны большой опытъ, много такта и ловкость французскихъ ресторaторовъ. Не смотря на всѣ затрудненія, и въ этомъ отношеніи поѣздка была организована какъ нельзя лучше: на каждой станціи—согласно заранѣе составленной программѣ—мы находили готовый столъ и помѣщеніе.

Сборнымъ пунктомъ для 5-й учебно-медицинской поѣздки былъ выбранъ городъ Тулуза, куда всѣ участники и съѣхались 9-го сентября вечеромъ [1]). Здѣсь каждому была выдана подробная программа путешествія, карта Юго-Восточной Франціи, съ обозначеніемъ мѣстностей, разстояній и содержащая еще много другихъ полезныхъ свѣдѣній; далѣе, каждый получилъ списокъ участниковъ и, наконецъ, очень красивый серебрянный значекъ съ выгравированнымъ именемъ участника и съ изображеніемъ: на одной сторонѣ наяды, выплывающей изъ воды, а на другой—источника и подъ нимъ—традиціоннаго галльскаго пѣтуха. Внизу—надпись: «e fontibus renovatio».

10-го сентября (новаго стиля) ровно въ 9 часовъ утра, согласно программѣ, экстренный поѣздъ стоялъ на мѣстѣ, а дебаркадеръ красиваго Тулузскаго вокзала былъ переполненъ публикой, вышедшей провожать интересныхъ путешественниковъ. Мы усѣлись въ вагоны и ровно въ 11 ч. прибыли въ первую лѣчебную станцію—Salies du-Salat. Послѣ краткаго ознакомленія съ термальнымъ заведеніемъ, мы пообѣдали, а въ 2 ч. 15 мин. сѣли въ кареты и направились къ курорту Aulus. Путешествіе на лошадяхъ чрезвычайно понравилось какъ французамъ, такъ и иностранцамъ, ибо мы проѣзжали необыкновенно красивую долину рѣки Salat, и каждый могъ вдоволь наглядѣться на красивые пейзажи Пиринейскихъ предгорій. Изъ ученыхъ мы превратились въ туристовъ. За ужиномъ въ Aulus'ѣ успѣли перезнакомиться другъ съ другомъ и на другой день всѣ участники представляли уже дружную, веселую семью, объединенную желаніемъ насладиться природой и познакомиться съ однимъ изъ красивѣйшихъ уголковъ Франціи—Пиринеями. Много способствовали этому объединенію проф. *Landouzy* и д-ръ *Carron*, оба чрезвычайно любезные, своей простотою въ обращеніи и веселымъ настроеніемъ вносившіе всюду оживленіе.

При посѣщеніи минеральныхъ водъ проф. *Landouzy* держался слѣдующаго порядка: тотчасъ по пріѣздѣ караванъ раздѣлялся на нѣсколько группъ, которыя подъ руководствомъ мѣстныхъ врачей дѣлали обходъ бюветовъ и бальнеотерапевтическихъ сооруженій, при чемъ на мѣстѣ давались нужныя объясненія. Послѣ этого руководитель нашего подвижного университета соединялъ насъ въ мѣстномъ театрѣ или какомъ-либо другомъ подходящемъ помѣщеніи, чтобы въ краткой бесѣдѣ выяснить передъ нами особенности даннаго курорта, способы примѣненія минеральной воды, показанія и противопоказанія и т. д. Эти бесѣды составляли самый привлекательный моментъ путешествія. Надо слышать изящную, полную мѣткихъ и красивыхъ сравненій рѣчь проф. *Landouzy*, который по справедливости считается однимъ изъ лучшихъ лекторовъ Парижскаго медицинскаго факультета, чтобы понять то истинное наслажденіе, которое давала каждая лекція. Представляя синтезъ того, что каждый изъ насъ только-что видѣлъ, эти чтенія глубоко врѣзались въ память слушателей.

Парижъ. *С. Бѣлиновъ.*

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физіологія и общая патологія. 548. *H. Salomon* производилъ опыты съ цѣлью выяснить возможность *введенія въ организмъ кислорода* помимо дыханія. Вопросъ о лѣченіи кислородомъ въ послѣднее время обратилъ на себя особенное вниманіе. *Gärtner* вводилъ въ яремную вену животныхъ кислородъ непрерывной струей безъ всякаго вреда; согласно *Stürts*'у, въ вену можно ввести до $^1/_4$ количества кислорода, необходимаго для даннаго животнаго. Въ тоже время оказалось, что при этомъ уменьшалось количество кислорода, поступающаго въ кровь посредствомъ дыханія. Съ клинической точки зрѣнія не лишенъ интереса вопросъ о томъ, не представляется ли возможнымъ недостатокъ кислорода при нарушенномъ дыханіи (одышка и проч.) пополнить другими путями. Насколько для этой цѣли пригодны кишечникъ и кожа, показываютъ изслѣдованія автора. Въ кишечномъ каналѣ, при нормальныхъ условіяхъ, происходитъ поглощеніе небольшого количества кислорода и выдѣленіе углекислоты. Однако, клизмы изъ кислорода ($1^1/_2$—$2^1/_2$ литровъ O^2) не оказали существеннаго вліянія на количества поглощаемаго при дыханіи кислорода и не уменьшали одышки и синюхи. Нѣсколько больше успѣха можно ожидать отъ наружнаго примѣненія кислорода въ видѣ теплыхъ водяныхъ ваннъ, насыщенныхъ O, при чемъ свободный газъ пропускается черезъ воду въ формѣ мельчайшихъ пузырьковъ. Однако, поглощеніе кислорода и здѣсь незначительное и не можетъ уравновѣсить недостаточнаго дыханія. Наконецъ, пребываніе въ атмосферѣ кислорода не сопровождается поглощеніемъ этого газа кожей. Изъ этихъ опытовъ слѣдуетъ, что едва-ли возможно будетъ когда либо разсчитывать на примѣненіе лѣченія кислородомъ путемъ введенія его въ организмъ черезъ кишечникъ и кожу (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 1 января). *Ц. О.*

549. Проф. *Luigi Ferrannini* (Palermo), введеніемъ въ сонную артерію собакъ проволоки съ цинковой пуговкой, производилъ *поврежденіе клапановъ аорты*. По наблюденію въ теченіи извѣстнаго періода животнаго (выслушиваніемъ, полученіемъ кривыхъ пульса), авторъ убивалъ ихъ, чтобы изслѣдовать, каковы были анатомическія измѣненія. Выводы, къ которымъ *F.* пришелъ на основаніи своихъ многочисленныхъ опытовъ, слѣдующіе: при недостаточности аорты аускультативныя явленія находятся въ прямомъ отношеніи съ распространеніемъ анатомическихъ измѣненій, такъ что можно построить аускультативную скалу, отвѣчающую серіи прогрессивно увеличивающихся измѣненій. Эта скала начинается простымъ нечистымъ, діастолическимъ аортальнымъ тономъ, а оканчивается діастолическимъ шумомъ, вполнѣ замѣняющимъ тонъ. Промежуточныя ступени образуютъ случаи съ тономъ и шумомъ, затемняющимъ всегда послѣднюю часть тона тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе выражены анатомическія измѣненія. При самыхъ легкихъ степеняхъ недостаточности аорты шумъ можетъ отсутствовать, а остается только не чистый тонъ, особенно свойственный утолщеніямъ клапановъ и ихъ разрывамъ при отсутствіи настоящей недостаточности; однако, если имѣется нѣкоторая недостаточность, то, возбуждая сердечную дѣятельность механически или химически, можно вызвать средне-діастолическій шумъ. Чѣмъ болѣе второй тонъ затемняется шумомъ, тѣмъ слабѣе на кардіограммѣ вызываемый закрытіемъ клапановъ аорты обратный подъемъ. Окно въ клапанѣ, мелкія прободенія ихъ, бахромки, нити, срощенія и складки клапановъ не могутъ вызывать музыкальныхъ шумовъ. Мурлыканіе—признакъ менѣе вѣрный; въ общемъ оно является спутникомъ тяжелыхъ пораженій и мѣняется соотвѣтственно шуму (Zeitschrift für Heilkunde, т. XXIV, 1903 г.). *А. Н. Д.*

Фармакологія. 550. Д-ръ *Alfons Stander* (Nürnberg) очень хвалитъ *новое слабительное средство, Exodin*. По своему химическому составу эксодинъ близокъ къ пургатину и представляетъ тетраметиловый эѳиръ диацетилруфигаллусовой кислоты. Онъ нерастворимъ въ водѣ, плохо растворимъ въ алкоголѣ и поэтому дается во взвѣшенномъ въ водѣ состояніи. Можно получить его и въ видѣ лепешекъ по 0,5 грм. Взрослымъ дается за разъ 1,5, дѣтямъ 0,5 грм. Средство безвкусно и поэтому какъ дѣти, такъ и взрослые охотно его принимаютъ. Дѣйствуетъ оно чрезъ 8—12 часовъ, и поэтому лучше всего принимать его передъ сномъ. Оно выгодно отличается отъ многихъ другихъ слабительныхъ тѣмъ, что оно не обусловливаетъ послѣдовательнаго запора и что оно не вызываетъ водянистыхъ испражненій, а лишь оформленныя твердыя или кашицеобразныя испражненія. Средство это, кромѣ того, не обусловливаетъ никакихъ побочныхъ неблагопріятныхъ дѣйствій и, что важнѣе всего, дѣйствіе его не ослабѣваетъ и при продолжительномъ употребленіи. Нужно замѣтить, что при пріемѣ эксодина, моча бываетъ окрашена въ темный цвѣтъ, но эксодиновая моча не пачкаетъ бѣлья (какъ это

[1]) Отъ французской границы до сборнаго пункта (Тулуза) и отъ дислокаціоннаго пункта (Ліонъ) до французской границы всѣ пріѣзжіе изъ заграницы участники поѣздки получили льготный билетъ, дающій право проѣзда по соотвѣтственнымъ желѣзно-дорожнымъ линіямъ, съ уступкой въ 50%.

наблюдается при пріемѣ пургатина). Авторъ особенно совѣтуетъ примѣнять экзодинъ при всѣхъ острыхъ и хроническихъ задержкахъ испражненій у помимо этого здоровыхъ людей, при атоническихъ формахъ запора; кромѣ того, при почечуѣ, съуженіяхъ и перегибахъ кишекъ и, вообще, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо правильное опорожненіе кишечника. *Ebstein* видѣлъ особенно хорошіе результаты отъ экзодина при запорахъ у беременныхъ, особенно въ первые мѣсяцы беременности и когда всѣ другія слабительныя средства оказались мало дѣйствительными (Therapie der Gegenwart, іюнь). *А. Коварскій.*

Внутреннія болѣзни. 551. Говоря о *herpes zoster при волокнинномъ воспаленіи легкихъ* д-ръ *Riehl* (Kissingen) приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Herpes наблюдается приблизительно въ 30—40% всѣхъ случаевъ волокниннаго воспаленія легкихъ, при чемъ онъ чаще бываетъ у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ; у одного и того-же больного herpes высыпаетъ только 1 разъ и большей частью на 3-ій или 4-ый день болѣзни. Онъ чаще всего появляется въ области 2-ой и 3-ьей вѣтви тройничнаго нерва, особенно часто въ области нижнеглазничнаго нерва. Въ области 1-ой вѣтви тройничнаго нерва (глазъ, лобъ) онъ появляется рѣдко. Атипичныя мѣстоположенія на шеѣ, крестцѣ, у заднепроходнаго отверстія и на конечностяхъ встрѣчаются крайне рѣдко. Воспаленія легкаго въ дѣтскомъ и старческомъ возрастѣ протекаютъ почти всегда безъ herpes. Самые легкіе случаи воспаленія легкихъ отличаются весьма широко распространеннымъ herpes, тяжелыя заболѣванія, кончающіяся смертельно, въ 90% случаевъ протекаютъ безъ образованія herpes. *Такимъ образомъ прогностическое значеніе этого признака при волокнинномъ воспаленіи легкихъ имѣетъ до извѣстной степени свое основаніе* (Münchener medicinische Wochenschrift, № 25). *А. Коварскій.*

552. Проф. *Antony* (Val-de-Grâce). *Лѣченіе хроническихъ ларингитовъ и легочной бугорчатки впрыскиваніями eucalyptol'я въ трахею.* Авторъ пользуется стеклянной спринцовкой, вмѣстимостью въ 3 к. стм., на конецъ которой надѣвается серебряная длинная, сильно изогнутая, канюля; канюля эта покрыта гуттаперчевой трубкой, выступающей на 1 млм. на концѣ канюли. Во избѣжаніе передачи заразы отъ одного больного другому каждый больной снабжается своей собственной гуттаперчевой трубочкой, надѣваемой передъ впрыскиваніемъ на канюлю. Больной садится лицомъ къ свѣту, захватываетъ салфеткой языкъ и сильно вытягиваетъ его наружу; въ случаѣ неопытности больного, эта процедура можетъ быть выполнена врачемъ. Наконечникъ шприца проводится по входу въ гортань и производится быстро впрыскиваніе, жидкость проникаетъ въ трахею и лишь изрѣдка вызываетъ легкій кашель; больные не испытываютъ при этомъ никакого непріятнаго ощущенія и охотно подчиняются этому лѣченію. Послѣ многочисленныхъ опытовъ, авторъ остановился на впрыскиваніяхъ раствора eucalyptol'я въ оливковомъ маслѣ (5,7:100). Впрыскиванія начинаютъ съ одного шприца черезъ 2 дня, а затѣмъ, когда больной привыкнетъ, доходятъ до 3 шприцовъ черезъ день. Всего авторомъ сдѣлано около 500 впрыскиваній 19-ти больнымъ; изъ нихъ 3-е, съ хроническимъ ларингитомъ, получили значительное улучшеніе; остальные 16 страдали бугорчаткой легкихъ; 1 изъ нихъ, послѣ 1-аго впрыскиванія, по независящимъ причинамъ, долженъ былъ оставить лѣченіе; у 1-го съ быстротечной чахоткой 3-ьей степени лѣченіе было прекращено послѣ 4-хъ впрыскиваній и у 2-хъ, вслѣдствіе наклонности къ кровохарканіямъ. Въ 12 случаяхъ получились хорошіе результаты: общее состояніе улучшилось, вѣсъ тѣла увеличился, мѣстныя явленія стали менѣе рѣзки. Противупоказаніемъ къ трахеальнымъ впрыскиваніямъ служатъ: чрезмѣрная чувствительность гортани, тяжелое состояніе больного и наклонность къ кровохарканію. Въ заключеніе, авторъ указываетъ, что лѣченіе хроническихъ ларингитовъ и многихъ формъ легочной бугорчатки впрыскиваніями въ трахею эйкалиптоваго масла представляетъ легко примѣнимый и легко переносимый способъ, дающій весьма благопріятные результаты. Способъ этотъ, сберегая пищеварительные органы, является, кромѣ того, менѣе болѣзненнымъ, нежели подкожныя впрыскиванія. Больные при этомъ лѣченіи могутъ продолжать свои занятія, и способъ впрыскиваній настолько простъ, что можетъ быть производимъ даже помощниками врачей (Archives de médecine et de pharmacie militaires, № 5). *И. В.*

553. Д-ръ *Senoble*, указавъ извѣстные въ литературѣ тяжелые и даже смертельные случаи отъ ужаленія осами и шершнями, описываетъ наблюдаемый имъ *случай ужаленія осой съ тяжелыми припадками.*

55-лѣтній мужчина В., не вдалекѣ отъ живодерни былъ ужаленъ осой въ руку въ области довольно крупной вены. Не придавая особаго значенія этому обстоятельству, такъ какъ это было съ нимъ не впервые, В. растеръ мѣсто ужаленія влажной землей съ пескомъ. Спустя 12—15 минутъ у него появилось сильное сердцебіеніе, головная боль, и затѣмъ онъ упалъ безъ сознанія. Будучи посаженъ окружающими въ кресло, онъ находился ½ часа въ обморочномъ состояніи, затѣмъ наступили судороги, бредъ, наклонность къ разрушительнымъ дѣйствіямъ, при чемъ конечности оставались холодными. Черезъ ¼ часа появилась рвота, лицо покраснѣло и появилось сознаніе, послѣ чего лишь больной вспомнилъ, что былъ ужаленъ осой. Мѣсто ужаленія было лишь немного опухшимъ. Лѣченіе состояло въ примѣненіи наружу и внутрь нашатырнаго спирта, горизонтальнаго положенія и т. п. Спустя 3 часа больной испытывалъ еще головокруженіе и шаткость походки и въ теченіи 8 дней страдалъ крапивной сыпью.

На основаніи этого наблюденія д-ръ *S.* дѣлаетъ такіе выводы. Ужаленіе осъ можетъ имѣть различныя послѣдствія, начиная отъ ничтожныхъ до самыхъ тяжелыхъ и даже смертельныхъ. Сила припадковъ находится въ зависимости отъ количества яда и отъ фагоцитарной сопротивляемости организма. Чѣмъ крупнѣе ужаленная вена, тѣмъ припадки опаснѣе. Часто тяжелые смертельные случаи отъ ужаленія осъ бываютъ вслѣдствіе зараженія этихъ насѣкомыхъ какими-либо гнилостными веществами (напр. въ Польшѣ въ 1679 г.). Такъ какъ каждый случай ужаленія можетъ осложниться тяжелыми припадками, то всегда слѣдуетъ имѣть это въ виду. Жало надо осторожно удалить, примѣнять снаружи и внутрь нашатырный спиртъ и заставить больного лежать до конца дня (Le Poitou médical, 1 ноября 1903 г.). *И. Вирскій.*

554. Д-ръ *Plesch*, указавъ, что появленію *каловой рвоты* обычно придаютъ характеръ угрожающаго признака, описалъ крайне рѣдкій наблюдавшійся имъ случай.

Больной, 39 л., болѣвшій когда-то сифилисомъ, отъ коего пользовался ртутью и іодистымъ каліемъ, въ общемъ-же вполнѣ здоровый субъектъ, потерялъ въ послѣдніе полгода 16 фунт. вѣса, не представляя, однако, какихъ-либо особыхъ внѣшнихъ признаковъ бугорчатки, за исключеніемъ крайне незначительныхъ явленій хроническаго воспаленія легкихъ съ порядочнымъ содержаніемъ *Koch*'овскихъ палочекъ въ необильной мокротѣ; главнымъ страданіемъ больного были повременныя рѣзкія боли въ животѣ, отъ которыхъ онъ собственно и лѣчился. Лихорадочный приступъ, явившійся у больного при поступленіи въ пользованіе автора, послѣднимъ былъ поставленъ въ зависимость отъ обильно гноившагося свища задняго прохода, который, не смотря на свой несомнѣнно бугорчатковый характеръ, быстро зажилъ послѣ соотвѣтственной операціи; для устраненія вызванной послѣдовательной задержки испражненій больному назначались промывательныя, но дѣйствіе ихъ замѣтнымъ образомъ всегда затягивалось. Однажды, послѣ вполнѣ удовлетворительнаго самочувствія, больной испыталъ дурноту и, въ присутствіи автора, его вырвало массою, съ яснымъ запахомъ кала; макро- и микроскопическое изслѣдованіе подтвердило указанный характеръ рвоты и, сверхъ того, обнаружило въ ней наличность бугорчатковыхъ палочекъ; особенной болѣзненности въ животѣ, однако, не устанавливалось; изо рта больного былъ слышенъ каловый запахъ. Больному сдѣлано было промываніе желудка и назначенъ пріемъ касторового масла, которое, впрочемъ, крайне быстро вышло вмѣстѣ съ промывательнымъ. На слѣдующій день больной, чувствуя себя лучше, разсказалъ автору, что каловая рвота за время болѣзни, у него бывала неоднократно, но особыми явленіями не сопровождалась, почему онъ и не придавалъ ей значенія; послѣдній разъ она была дня два назадъ. Вскорѣ больной умеръ при явленіяхъ прободного воспаленія брюшины и, при вскрытіи его, помимо рѣзкихъ явленій подостраго разлитого фибринознаго воспаленія брюшины съ громадными и крайне плотными сращеніями, въ однѣхъ мѣстахъ весьма съуживавшими просвѣтъ кишекъ, въ другихъ-же спаивавшими ихъ до полной невозможности разъединенія, найдено было прободеніе вблизи мѣста перехода тощей кишки въ слѣпую и, кромѣ того, старое, обрубцевавшееся покраямъ, *сквозное отверстіе, непосредственно сообщавшее желудокъ съ поперечною ободочною кишкою;* это послѣднее сообщеніе желудка съ кишками наглядно выясняло клиническую картину каловой рвоты, которая появлялась, такимъ образомъ, послѣ всякого усиленнаго давленія брюшного пресса на подлежащіе органы и отъ него-же, очевидно, зависѣло и крайне быстрое выведеніе касторового масла изъ кишекъ послѣ пріема его въ желудокъ (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, № 8). *Г. А—въ.*

Хирургическія болѣзни. 555. Д-ръ *Barbat* (San-Francisco) сообщаетъ *2* наблюдавшихся имъ *случая ущемленной бедренной грыжи,* при чемъ въ грыжевомъ мѣшкѣ *находился оба раза только червеобразный отростокъ.* Припадки были обычные. Оба случая наблюдались у женщинъ 66 и 69 лѣтъ; грыжи были правосторонніе; обѣ больныя послѣ операціи выздоровѣли. Изъ собранныхъ литературныхъ данныхъ, касающихся около 100 случаевъ, когда въ грыжевомъ мѣшкѣ при бедренной грыжѣ былъ найденъ червеобразный отростокъ, автору только 1 или 2 раза удалось встрѣтить указаніе, что въ мѣшкѣ былъ только червеобразный отростокъ, который и былъ ущемленъ и въ нѣсколькихъ случаяхъ отростокъ лежалъ въ мѣшкѣ одинъ, но не былъ ущемленъ (The Journal of the American Medical Association, 27 февраля). *Л. Старокадомскій.*

556. *H. Jarecky* разбираетъ причины *кровотеченія послѣ вырѣзыванія миндалевидныхъ железъ.* Это непріятное и нерѣдко даже опасное осложненіе наблюдается при слѣдующихъ условіяхъ: 1) при гэмофиліи, 2) фиброзномъ измѣненіи миндалевидныхъ железъ, 3) разрывѣ кровеносныхъ сосудовъ, 4) аномаліи артерій, снабжающихъ миндалевидныя железы, 5) пораненіи передней дуги и 6) при изъязвленіи. Приступая къ операціи удаленія миндалинъ (тонзиллотоміи), слѣдуетъ убѣдиться, что больной не страдаетъ кровоточивостью, при наличности которой болѣе благоразумно отклонить операцію. При хроническомъ воспаленіи миндалинъ, обыкновенно начиная съ 18-лѣтняго возраста, благодаря гипертрофіи, железы снабжены обильно кровью, и это обстоятельство способствуетъ обильному кровотеченію. Изъязвленіе бываетъ причиной болѣе поздняго кровотеченія. Выборъ оперативнаго метода до извѣстной степени можетъ предотвратить кровотеченіе. Существуютъ слѣдующіе способы тонзиллотоміи: 1) посредствомъ бистури, 2) вскрытіе отдѣльныхъ криптъ при помощи изогнутаго ножа и изсѣченіе частей миндалевидныхъ железъ ножемъ или разрушеніе ихъ химическимъ путемъ, 3) примѣненіе тонзиллотома, 4) проволочной петли или 5) гальваническаго écraseur'а. Наиболѣе удобный и безопасный способъ—примѣненіе тонзиллотома, особенно у дѣтей. Оперируя бистури, легко поранить дуги и языкъ. Послѣдовательное разрушеніе криптъ показано въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ особенно велики или наполнены содержимымъ. Обыкновенная и гальваническая петля съ успѣхомъ примѣняются при фиброзномъ перерожденіи миндалевидныхъ железъ. Тѣмъ не менѣе, послѣ каждаго изъ названныхъ способовъ можетъ наступить кровотеченіе. Кровь останавливается послѣ операціи, обыкновенно, черезъ нѣсколько минутъ, въ противномъ случаѣ ее нужно остановить. Въ легкихъ случаяхъ достаточно льда, раствора таннина или адреналина; внутрь—адреналинъ, эрготинъ. При болѣе сильномъ кровотеченіи и у безпокойныхъ больныхъ иногда хорошія услуги оказываетъ подкожное впрыскиваніе морфія. Если кровоточатъ отдѣльные сосуды, то нужно захватить ихъ пинцетомъ, при паренхиматозномъ и венномъ кровотеченіи — термокаутеръ или гальванокаутеръ. Иногда непосредственное надавливаніе на раневую поверхность посредствомъ обезпложенной марли въ теченіи $^1/_2$-часа останавливаетъ кровотеченіе. У нѣкоторыхъ возбужденныхъ больныхъ невозможно предпринять что-либо; кровотеченіе останавливается у нихъ лишь тогда, когда они теряютъ сознаніе отъ потери крови и волненія, а въ извѣстныхъ случаяхъ полезно вызвать обморокъ, заставляя больного стоять. Иногда кровоточащую миндалину удается захватить и наложить на нее шовъ. Очень хорошія услуги оказываетъ инструментъ *Mikulicz*'а. Въ особенно тяжелыхъ случаяхъ необходимой является перевязка наружной сонной артеріи. Наконецъ, предложено изсѣченіе миндалинъ посредствомъ наружнаго разрѣза. Чтобы установить причину кровотеченія, необходимо, успокоивъ больного впрыскиваніемъ морфія, хорошо освѣтить кровоточащее мѣсто. Приступая къ операціи, не слѣдуетъ никогда забывать о возможности кровотеченія (Medical Record, 30 апрѣля). *Ц. О.*

557. Проф. *Guyon* въ вступительной лекціи 1903—1904 г. сообщаетъ слѣдующіе результаты своихъ наблюденій надъ *дѣйствіемъ хлороформнаго наркоза на мочевой приборъ.* Цѣль хирурга при анэстезированіи мочевого пузыря—устраненіе сокращеній его. Безусловно покойное состояніе мышцъ пузыря немыслимо, особенно при продолжительныхъ операціяхъ. Сокращенія отъ времени до времени неизбѣжны, но нетрудно подмѣтить ихъ первыя проявленія, когда стѣнка пузыря теряетъ свою гибкость, напрягается и операціонное поле съуживается. Въ этотъ моментъ надлежащее примѣненіе хлороформныхъ паровъ можетъ воспрепятствовать усиленію и продленію сокращеній. Чувствительность мочевого пузыря не угасаетъ вполнѣ даже при самой сильной степени анэстезіи и всегда можетъ быть возбуждаема; съ другой стороны, отсутствіе сокращеній достижимо и при первомъ мозговомъ періодѣ наркотизированія. Важнымъ условіемъ для устраненія сокращеній на ряду съ наркозомъ является знакомство хирурга со степенью чувствительности пузыря. Нужно всегда, по мнѣнію *G.,* приспособлять степень хлороформированія къ степени чувствительности даннаго пузыря. Хлороформный наркозъ гораздо дѣйствительнѣе въ отношеніи уничтоженія чувствительности къ прикосновенію, чѣмъ къ растяженію, каковую онъ можетъ только уменьшить. Первое достигается при здоровомъ пузырѣ уже въ 1-мъ мозговомъ періодѣ хлороформированія, стало быть въ случаяхъ, гдѣ отсутствуетъ циститъ и чувствительность къ растяженію незначительна. Сюда относится большинство случаевъ камней мочевого пузыря. Полный наркозъ долженъ быть примѣняемъ при легко возбудимой болѣзненной чувствительности къ растяженію, усиливаемой прикосновеніемъ, а также вообще, когда предвидятся трудныя и продолжительныя дѣйствія. Въ случаяхъ съ воспаленіемъ пузыря слѣдуетъ предварительно попытаться устранить его систематическими впрыскиваніями раствора азотнокислаго серебра. При неуспѣшности этого лѣченія уже за нѣсколько дней до операціи больному назначаютъ повторные пріемы морфія съ цѣлью ослабленія чувствительности пузыря. Иногда сверхъ ожиданія первый періодъ наркоза оказывается недостаточнымъ; въ этихъ случаяхъ часто возможно бываетъ продолжать операцію въ періодѣ общаго мышечнаго возбужденія, въ которомъ мышцы пузыря совершенно не принимаютъ участія. Что касается дѣйствія хлороформнаго наркоза на мочеиспускательный каналъ, то въ общихъ чертахъ о немъ можно сказать то же, что и по отношенію къ мочевому пузырю. Онъ устраняетъ главнымъ образомъ чувствительность къ прикосновенію и гораздо менѣе дѣйствителенъ при растяженіи мочеиспускательнаго канала, которое также небезопасно въ виду возможныхъ осложненій со стороны почекъ. Впрочемъ, бо́льшая часть операцій надъ мочеиспускательнымъ каналомъ возможна безъ хлороформированія, тамъ-же, гдѣ его находятъ умѣстнымъ, можно удовольствоваться первой его стадіей. При операціяхъ надъ почками слѣдуетъ пользоваться полнымъ хирургическимъ наркозомъ, не опасаясь примѣненія его даже при значительныхъ пораженіяхъ почекъ (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 15 ноября 1903). *А. Г—ръ.*

Глазныя болѣзни. 558. Проф. *W. Goldzieher* (Budapest) испытывалъ *лѣченіе трахомы Röntgen'овскими лучами.* Свои наблюденія авторъ пока производилъ въ 4 случаяхъ трахомы, принадлежащихъ къ 3 главнымъ видамъ заболѣванія.

1 случай застарѣлой рубцовой трахомы съ pannus'омъ, рѣзкими явленіями раздраженія и незначительнымъ отдѣленіемъ; 2 случая трахомы съ pannus'омъ, обильными зернами, сильнѣйшимъ пропитываніемъ соединительной оболочки и выраженными явленіями раздраженія; въ 1 изъ этихъ 2 случаевъ въ виду затруднительности выворота вѣкъ вслѣдствіе блефароспазма была предварительно сдѣлана кантопластика; 1 случай трахомы съ обильными зернами, но безъ пропитыванія соединительной оболочки и явленій раздраженія и съ незначительнымъ отдѣленіемъ. Лѣченіе лучами велось только на одномъ глазу, на другомъ-же, въ видахъ сравненія, лѣченіе производилось другими способами. Техника была весьма проста и состояла въ томъ, что возможно широко вывернутыя вѣки, удерживаемыя въ этомъ положеніи однимъ изъ помощниковъ, подвергались дѣйствію лучей. Случай рубцовой трахомы уже сразу оказался неподходящимъ, такъ какъ сеансъ вызвалъ усиленіе явленій раздраженія; по мнѣнію *Goldzieher*'а, при рубцовой трахомѣ трудно и ожидать благопріятнаго вліянія лучей, такъ какъ тамъ имѣются главнымъ образомъ рубцы и почти нѣтъ трахоматозно-пропитанной ткани, на которую только и могутъ воздѣйствовать лучи. Въ случаѣ 2-ой группы,

въ которомъ была предварительно произведена кантопластика, лѣченіе лучами примѣнялось сперва каждые 6 дней въ теченіи 5—6 минутъ, затѣмъ послѣ 13-дневнаго перерыва по 5 минутъ чрезъ 4 дня и, послѣ вторичнаго 13-дневнаго перерыва по 5 минутъ черезъ 2 дня; всего воздѣйствіе лучей длилось 71 минуту. Дѣйствительность лѣченія сказалась весьма быстро уменьшеніемъ пропитыванія и зеренъ, исчезновеніемъ субъективныхъ явленій и ограниченіемъ отдѣленія; въ итогѣ получилось просвѣтленіе роговицы, исчезновеніе зеренъ и пропитыванія и почти полное прекращеніе отдѣленія, т. е., то, что можно считать излѣченіемъ. На другомъ глазу у этого-же больного было произведено выдавливаніе зеренъ по *Knapp*'у; авторъ признаетъ, что выдавливаніемъ былъ достигнутъ лучшій результатъ; послѣ него не осталось ни слѣда рубцовъ, тогда какъ послѣ лѣченія лучами получились рубцы. Во всякомъ случаѣ лучи оказали весьма быстрое и благопріятное дѣйствіе, и, по мнѣнію автора, есть основаніе надѣяться, что при менѣе энергичномъ, чѣмъ въ этомъ случаѣ, примѣненіи лучей уменьшится наклонность къ образованію рубцовъ. Въ пользу этого взгляда свидѣтельствуетъ и 2-ой случай той-же группы; здѣсь общая продолжительность лѣченія лучами составила 30 минутъ,—получилось также излѣченіе, при томъ съ гораздо меньшимъ рубцеваніемъ. Въ послѣднемъ случаѣ неосложненной трахомы послѣ свѣтолѣченія—всего въ теченіи 60 минутъ—зерна совершенно исчезли, равно и отдѣленіе; соединительная оболочка осталась бархатистой, какъ при затяжныхъ катаррахъ; картина на другомъ глазу, гдѣ было сдѣлано выдавливаніе, получилась совершенно одинаковая.

Авторъ считаетъ, что *Röntgen*'овскіе лучи оказываютъ весьма сильное вліяніе на трахоматозныя зерна и пропитываніе, и что имъ суждено съиграть большую роль въ дѣлѣ лѣченія трахомы; кромѣ излѣчивающаго дѣйствія имѣетъ большое значеніе полная безболѣзненность лѣченія, чего нельзя сказать о другихъ способахъ, и быстрое исчезновеніе раздраженія и субъективныхъ явленій (Wiener medicinische Wochenschrift, № 19). *С. Новосельскій.*

559. Для тѣхъ случаевъ *затяжного нагноенія слезнаго мѣшка*, гдѣ зондированія и промыванія слезно-носового канала, равно какъ и лѣченіе носа не даютъ успѣшныхъ результатовъ, д-ръ *Schulte* (Ophthalm. Klin., № 3) совѣтуетъ, *взамѣнъ вылущенія слезнаго мѣшка, закупоривать слезные канальцы гальванокаутеромъ*. Расширивъ, при обезболиваніи кокаиномъ, слезные канальцы коническимъ зондомъ, вводятъ сначала въ одинъ каналецъ, а потомъ и въ другой острую гальванокаустическую петлю млм. на 4 вглубь и оставляютъ ее тамъ сильно раскаленною около 2 секундъ. Иногда послѣ того наступаетъ въ первый день легкій отекъ у внутренняго угла вѣкъ, противъ чего назначаютъ холодныя примочки, хотя въ нѣсколько дней этотъ отекъ исчезаетъ и самъ собою. Кромѣ того, заставляютъ усердно выдавливать слезный мѣшокъ. Черезъ нѣсколько дней уже обыкновенно прекращается выдѣленіе, а черезъ 2—3 недѣли слезные канальцы совершенно заростаютъ, и имѣвшееся страданіе слезнаго мѣшка сказывается лишь слезотеченіемъ, какъ это бываетъ и послѣ вылущенія мѣшка. Такой исходъ получился во всѣхъ тѣхъ случаяхъ (13), въ коихъ авторомъ примѣненъ былъ означенный способъ. Въ 2 изъ этихъ случаевъ болѣзнь тянулась уже больше 20 лѣтъ, въ 1 уже до того сдѣлано было другимъ врачемъ вылущеніе слезнаго мѣшка, не увѣнчавшееся успѣхомъ, въ 1 имѣлось чрезвычайно сильное растяженіе слезнаго мѣшка, въ 1 страданіе слезнаго мѣшка было осложнено слезнымъ свищемъ; истеченіе бывало иногда гнойное, а иногда стекловидное (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 10 марта и 1 апрѣля). *Р. Кацъ.*

Дѣтскія болѣзни. 560. Д-ръ *Roeder* (Berlin) описываетъ *способъ лѣченія дѣтской холеры* (cholera infantum), принятый въ дѣтской больницѣ проф. *Baginsk*'аго. Такъ какъ болѣзнь развивается очень быстро, то помощь должна быть подана, какъ можно скорѣе: каждый часъ здѣсь имѣетъ громадное значеніе; лѣченіе прежде всего должно быть направлено на возмѣщеніе сильной потери воды и поддержку дѣятельности сердца. Прежде всего слѣдуетъ сдѣлать ребенку ванну съ горчицей; производится она такъ, что 2 полныя горсти горчицы завертываются въ полотняный платокъ и помѣщаются на нѣсколько минутъ въ ванну, при чемъ передвигаютъ горчицу въ водѣ до тѣхъ поръ, пока послѣдняя не станетъ мутной и не приметъ желтозеленой окраски; ребенка помѣщаютъ на 5—8 минутъ въ такую ванну, а послѣ нея растираютъ ему все тѣло и помѣщаютъ затѣмъ въ одѣяло; для предотвращенія потерь тепла кладутъ еще грѣлки; такія ванны дѣлаются въ первые дни болѣзни ежедневно; передъ ванной производится впрыскиваніе камфоры. Съ послѣдней не слѣдуетъ экономить и ее рекомендуется впрыскивать подъ кожу, если возможно каждые 3 часа по шприцу *Pravas*'а (въ видѣ камфарнаго масла) до тѣхъ поръ, пока опасность коллапса совершенно миновала. Другимъ важнымъ средствомъ для борьбы съ болѣзнью являются подкожныя впрыскиванія раствора поваренной соли. Ими слѣдуетъ воспользоваться какъ можно раньше (сейчасъ же за горчичной ванной) въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, благодаря значительнымъ потерямъ жидкости, тонусъ кожи ослабленъ, большой родничекъ вдавленъ, зрачки до крайности съужены и не реагируютъ на свѣтъ, животъ сильно втянутъ, поносы не прекращаются и моча задержана. Для впрыскиваній употребляютъ нагрѣтый до 40° Ц. 0,3% растворъ поваренной соли. Примѣненіе такого гипотоническаго раствора имѣетъ то преимущество, что онъ, во 1-хъ, скорѣе всасывается, въ 2-хъ не вредитъ почкамъ, которыя при дѣтской холерѣ всегда болѣе или менѣе сильно поражены; впрыскиваютъ обыкновенно во внутреннюю поверхность бедеръ или въ кожу груди; количество жидкости разсчитывается такъ, чтобы на каждый клгрм. вѣса тѣла пришлось по 20—30 к. стм., такъ что общее количество вводимой заразъ жидкости составляетъ 80—180 к. стм. Можно производить впрыскиваніе одновременно въ 2-хъ мѣстахъ. Само собой разумѣется, что при этомъ должны соблюдаться всѣ предосторожности безгнилостности. Для впрыскиваній пользуются шприцемъ вмѣстимостью въ 100 к. стм. Введеніе раствора поваренной соли слѣдуетъ продолжать до тѣхъ поръ, пока кожа не получитъ нормальнаго тонуса и общее состояніе силъ не поправится. Кромѣ названныхъ способовъ лѣченія нерѣдко приходится примѣнять еще промыванія желудка съ цѣлью удаленія изъ него вредныхъ остатковъ пищи. Оно показуется тогда, когда не смотря на полное воздержаніе въ пріемѣ пищи, рвота продолжается. Промываніе производится при помощи не слишкомъ узкой трубки. Можно послѣ промыванія ввести 60—100 к. стм. той же жидкости и оставить ее въ желудкѣ. Для промываній пользуются вышеприведеннымъ растворомъ поваренной соли. Что касается діэты, то прежде всего нужно имѣть въ виду, что *бѣлки являются самымъ вреднымъ питательнымъ средствомъ при этой болѣзни*, такъ какъ гніеніе ихъ въ кишечникѣ представляетъ извѣстную опасность; пока болѣзненныя явленія еще рѣзко выражены, приходится ограничить все питаніе однимъ чаемъ съ прибавкой небольшого количества коньяка (чайная ложка на литръ). При слабой наклонности къ рвотѣ чай даютъ въ подогрѣтомъ видѣ; если же рвота сильно выражена, то чай дается со льда и небольшими порціями по 3—5 чайныхъ ложки каждыя 5—10 минутъ. При заботахъ о содержаніи въ теплѣ ребенка, нужно избѣжать слишкомъ сильнаго нагрѣванія воздуха въ комнатѣ, такъ какъ это очень вредно дѣйствуетъ на дѣтей; температура въ комнатѣ никогда не должно доходить до 18—20° Р. Переходъ къ нормальному питанію долженъ быть сдѣланъ осторожно и постепенно. Когда поносы теряютъ первоначальный водянистый характеръ и испражненія дѣлаются болѣе густыми, переходятъ къ назначенію слизистыхъ суповъ, а затѣмъ уже къ разведенному молоку и далѣе къ обычному режиму. Изъ внутреннихъ средствъ примѣняемыхъ обыкновенно для улучшенія отправленія кишечника авторъ хвалитъ висмутозу; препаратовъ опія рѣшительно слѣдуетъ избѣгать, особенно въ первые дни болѣзни. Груднымъ дѣтямъ не даютъ груди при дѣтской холерѣ лишь въ теченіи 1—2 дней. Въ остальномъ лѣченіе ведется по вышеприведеннымъ пріемамъ. Съ тѣхъ поръ какъ описанный способъ лѣченія дѣтской холеры строго проводится въ больницѣ, ежегодная смертность отъ этой болѣзни значительно понизилась (Therapie der Gegenwart, іюнь). *А. Коварскій.*

Нервныя и душевныя болѣзни. 561. Д-ръ *Г. Гигіеръ* (Варшава) хвалитъ *солянокислый героинъ при половой нейрастеніи*. Онъ примѣнялъ его у 11 больныхъ, при чемъ въ 6 случаяхъ ночныхъ стечекъ, появлявшихся 3—4 раза въ недѣлю и даже по 2 раза за ночь, и вызывавшихъ

чувство слабости, апатію, боли въ спинѣ и головѣ, безсонницу, героинъ далъ очень хорошіе результаты; такіе-же итоги получены въ 2 случаяхъ усиленной половой возбудимости въ началѣ спинной сухотки и въ 3 случаяхъ нейрастеніи на почвѣ рукоблудія и частыхъ половыхъ сношеній. Подобно *Becker*'у и *Strauss*'у, для достиженія желаемаго результата автору пришлось примѣнять тройныя количества героина. Слабая сторона послѣдняго та, что организмъ къ нему привыкаетъ. Въ большинствѣ случаевъ автора подъ вліяніемъ солянокислаго героина одновременно съ исчезновеніемъ мѣстныхъ явленій улучшалось и общее состояніе больныхъ (Kronika lekarska, 15 іюня). *С. Островскій.*

562. Для провѣрки заявленія *Lesser*'а—въ его сообщеніи объ отношеніи сифилиса къ спинной сухоткѣ (см. выше, № 17, стр. 625)—о *частотѣ у спинносухоточныхъ анейризмы аорты*, %-ное отношеніе которой оказалось у нихъ почти одинаковымъ съ %-нымъ отношеніемъ сифилиса (28 и 26), д-ръ *Ruge*, по предложенію проф. *Hansemann*'а, пересмотрѣлъ весь патолого-анатомическій матеріалъ Berlin'ской больницы Friedrichshain за послѣднія 9 лѣтъ. На 11000 вскрытій оказалось 65 случаевъ спинной сухотки, но, такъ какъ въ 1-мъ вскрытъ былъ только спинной мозгъ, то для счета можно было взять 64 случая, изъ которыхъ анейризма аорты была только въ 3, что давало отношеніе 3:64 или 1:21, т. е. не у каждаго 5-го спинносухоточнаго оказалась анейризма, какъ это утверждалъ *Lesser*, а лишь у каждаго 21-го. Если даже присоединить сюда еще 4 сомнительныхъ случая анейризмы (3—незначительное расширеніе начала ея и 1—при общемъ артеріосклерозѣ), то отношеніе получится все таки не больше 1:16, т. е. слишкомъ въ 5 разъ меньше указаннаго *Lesser*'омъ. Сифилитическія измѣненія отмѣчены были въ 18 случаяхъ, что составляетъ на 64 случая отношеніе въ 28,5%, почти равное съ цифрой *Lesser*'а (28). Что сифилисъ играетъ въ этіологіи анейризмъ аорты извѣстную роль,—несомнѣнно; но статистическія данныя авторовъ по этому вопросу колеблятся въ весьма широкихъ предѣлахъ—отъ 18,75% *Hansseman*'а до 85% *Heller*'а. Всѣхъ случаевъ анейризмы аорты авт. нашелъ въ своемъ обширномъ матеріалѣ 132, изъ нихъ съ признаками сифилиса—только 17 или 12,8%, но онъ считалъ лишь несомнѣнные случаи, съ явными сифилитическими измѣненіями, чѣмъ и склоненъ объяснить разницу полученныхъ имъ %-ныхъ отношеній отъ данныхъ другихъ наблюдателей. Вообще личные взгляды патолого-анатомовъ при оцѣнкѣ данныхъ вскрытій съ точки зрѣнія бывшаго сифилиса играютъ въ этомъ вопросѣ весьма важную роль, такъ что клинически можно считать значеніе сифилиса въ этіологіи спинной сухотки гораздо болѣе значительной, чѣмъ объ этомъ можно судить по даннымъ вскрытій (Berliner klinische Wochenschrift, 14 марта). [*Б. Грейденбергъ*].

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ гигіены. (Отчетъ *Г. И. Дембо*). (Окончаніе. См. выше, № 27, стр. 970). Соединенное засѣданіе отдѣла гигіены и общественной медицины 10 января 1904 г.).

При открытіи засѣданій проф. *С. В. Шидловскій* сообщилъ о кончинѣ *В. И. Турчиновича-Выжникевича*, заразившагося чумой на фортѣ Александра I и предложилъ почтить память покойнаго вставаніемъ. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *Г. В. Хлопинъ*.

Ф. С. Бурчакъ. Кіевская канализація въ связи съ проэктомъ ея расширенія: Положенія. Техническая сторона Кіевской канализаціи не гарантируетъ чистоты почвы воды и воздуха въ канализированномъ районѣ. Существующія поля орошенія, расположенныя выше города на затопляемомъ низменномъ берегу рѣки Днѣпра, не удовлетворяя задачамъ санитарія, ни въ геологическомъ, ни въ техническомъ, ни въ пространственномъ отношеніяхъ, не минерализируютъ нечистотъ, а лишь маскируютъ спускъ нечистотъ прямо въ Днѣпръ и при томъ выше города, выше того мѣста, откуда Кіевъ питается водой; расширеніе канализаціи въ томъ же направленіи съ точки зрѣнія гигіены недопустимо. Спускъ очищенныхъ сточныхъ водъ долженъ быть ниже города. При безспорномъ преимуществѣ очистки сточныхъ водъ культурными полями орошенія, въ настоящее время есть полное научное основаніе совѣтовать городамъ біологическій способъ очистки сточныхъ водъ, въ особенности въ сочетаніи съ полями орошенія. Способъ этотъ долженъ быть изученъ примѣнительно къ мѣстнымъ условіямъ.

С. Л. Рашковичъ. Біологическіе фильтры [1]).

Е. Б. Контковскій. Къ вопросу объ условіяхъ допустимости спуска сточныхъ водъ въ общественные водоемы. Современное состояніе санитарной техники не даетъ возможности, безъ крайняго и непроизводительнаго обремененія городскихъ бюджетовъ, доводить загрязненную воду до ея первоначальной чистоты. При сравнительной оцѣнкѣ степени очистки сточныхъ водъ и допустимости спуска ихъ въ общественные водоемы слѣдуетъ различать: а) очистку воды, дѣлающую выпускъ ея безвреднымъ, въ смыслѣ устраненія непосредственнаго загрязненія водоема и измѣненія въ худшую сторону условій жизни животныхъ и растительныхъ организмовъ въ немъ и б) стерилизацію воды, убивающую въ ней всю органическую жизнь. Эта послѣдняя вовсе не является синонимомъ очистки, такъ какъ остающіяся въ водѣ органическія вещества способны загрязнять водоемы и вредно дѣйствовать на качество воды въ нихъ. Гигіеническое значеніе имѣетъ главнымъ образомъ частичная стерилизація воды (т. е. умерщвленіе въ ней болѣзнетворныхъ организмовъ), слѣдующая за раціональною очисткою ея, при чемъ совокупностью этихъ мѣръ вполнѣ устраняется вредъ, приносимый выпускомъ сточныхъ водъ въ естественные водоемы. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ на практикѣ, однако, оказывается вполнѣ достаточнымъ ограничиться очисткою воды безъ послѣдующей стерилизаціи ея, трудно достижимой для большихъ массъ воды и ведущей къ непроизводительнымъ расходамъ. Имѣя въ виду, что болѣзнетворные микроорганизмы, паразитирующіе большею частью въ тѣлѣ теплокровныхъ животныхъ и человѣка, не находятъ въ водоемахъ благопріятныхъ условій для своего размноженія и, большею частью, только временно сохраняютъ въ нихъ свою жизнеспособность—появленіе единичныхъ экземпляровъ этихъ организмовъ въ водоемѣ не можетъ считаться еще опаснымъ въ гигіеническомъ отношеніи и, на практикѣ, можно ограничиться тщательнымъ обеззараживаніемъ однихъ очаговъ заразы, до поступленія загрязненной воды этихъ очаговъ въ общую сѣть городскихъ стоковъ. Цифровыя нормы, опредѣляющія степень разбавленія сточной воды водою рѣки, служащей для выпуска ея, а также предѣльныя нормы содержанія въ выпускаемой водѣ органическихъ веществъ (окисляемость, бѣлковинный амміакъ и т. п.) или микроорганизмовъ вообще, не имѣютъ научнаго значенія, но послѣднія изъ этихъ нормъ могутъ съ пользою примѣняться для сравнительной оцѣнки однородныхъ системъ очистки сточныхъ водъ. Гораздо большую важность представляло-бы принципіальное соглашеніе на счетъ тѣхъ основныхъ условій, соблюденіе которыхъ въ очищенной сточной водѣ дѣлаетъ ее безвредною для организмовъ, населяющихъ рѣку, а также даетъ возможность пользованія этой водой человѣку, по крайней мѣрѣ, для поддержанія чистоты въ населенныхъ мѣстахъ и жилищахъ, купанья, а также для цѣлей промышленности и земледѣлія. Главными изъ этихъ условій слѣдующія (въ порядкѣ возрастающей трудности ихъ соблюденія: а) вода, имѣющая быть выпущенной въ рѣку, не должна содержать ядовитыхъ веществъ, могущихъ неблагопріятно повліять на жизненныя условія населяющихъ ее растительныхъ и животныхъ организмовъ; это условіе слѣдуетъ особенно имѣть въ виду при разрѣшеніи выпуска въ рѣки воды промышленныхъ заведеній или городскихъ сточныхъ водъ, освѣтленныхъ химическимъ способомъ; б) вода эта не должна, по возможности, содержать не органическихъ, а главнымъ образомъ, органическихъ взвѣшенныхъ веществъ, отложенія которыхъ, въ мѣстахъ измѣненія скорости теченія рѣкъ, ведутъ къ постепенному загрязненію этихъ мѣстъ (отмелей, островов) и развитію въ нихъ гнилост-

[1]) Доклада, къ сожалѣнію, достать не удалось.

ныхъ процессовъ, вредныхъ для большинства организмовъ, в) предназначенная къ выпуску въ рѣку вода не должна обладать способностью подвергаться гнилостному разложенію не только сама по себѣ, но и въ смѣси съ рѣчной водой, такъ какъ развитіе этихъ процессовъ въ рѣчной водѣ весьма вредно отзывается на нормальныхъ біологическихъ условіяхъ въ ней и можетъ совершенно прекратить естественный процессъ самоочищенія рѣки, сопровождаемый полной минерализаціей попадающихъ въ нее органическихъ веществъ; г) чтобы не вредить свободному развитію высшихъ растительныхъ и животныхъ организмовъ въ рѣкѣ, поступающая въ нее вода не должна обладать способностью поглощенія кислорода, растворенного въ рѣчной водѣ, т. е. должна содержать достаточное количество кислорода въ растворенномъ состояніи или въ видѣ легко отдающихъ кислородъ соединеній (нитраты); д) въ томъ случаѣ, когда вода даннаго водоема употребляется непосредственно для питья, предназначенная къ спуску въ нее очищенная вода не должна содержать наиболѣе часто встрѣчающихся въ водѣ патогенныхъ бактерій [стрептококки, тифозныя палочки, bacillus enteritis sporogenes (*Klein*)], что въ настоящее время принято оцѣнивать отсутствіемъ въ ней группы bacterium coli, обладающей большей сопротивляемостью. Примѣненіе изложенныхъ требованій на практикѣ должно быть сообразовано съ мѣстными условіями для каждаго даннаго частнаго случая и основано на подробномъ изученіи свойствъ даннаго водоема и предположенной къ спуску въ него воды.

Пренія велись по всемъ 3 докладамъ.

П. П. Розановъ замѣтилъ, что плачевное состояніе Кіевской канализаціи, какъ оно изображено въ докладѣ *Ф. С. Бурчака*, не представляется неожиданностью; Кіевская канализація оправдала предсказаніе, сдѣланное по этому поводу Пироговскимъ Съѣздомъ въ Кіевѣ. Въ настоящее время она—поучительный примѣръ, какъ не слѣдуетъ устраивать канализацію; дѣйствительно, не обращено было должнаго вниманія на начальные пріемники сточныхъ водъ въ частныхъ владѣніяхъ, допущено сплавленіе въ уличныя сѣти сточныхъ водъ изъ всевозможныхъ дворовыхъ пріемниковъ; въ результатѣ на поля орошенія сплавлялось клоачное содержимое выгребныхъ ямъ въ состояніи уже сильнаго разложенія, поэтому и поля орошенія приняла видъ свойства свалки нечистотъ. Переходя къ вопросу объ очисткѣ сточныхъ водъ, *П. П. Розановъ* указалъ на строгость законодательства по отношенію къ охранѣ рѣкъ отъ загрязненія; запрещается городамъ пользоваться рѣками для сплава сточныхъ водъ канализаціи, каковы бы ни были отношенія между величиной рѣки и города. Это запрещеніе не выполняется (напр. въ Петербургѣ), но, кромѣ того, оно вноситъ сильный тормазъ въ дѣятельность городовъ по части осуществленія техническихъ санитарныхъ мѣропріятій. Во имя призрачной охраны рѣкъ отъ загрязненія, города принуждены утопать и задыхаться въ городскихъ нечистотахъ, остающихся при вывозной системѣ почти полностью въ почвѣ, и платятъ за это высокой смертностью, не смѣя приступить къ устройству въ городѣ сплавной канализаціи; оздоровленіе почвы, между тѣмъ, играетъ гораздо болѣе важное значеніе; что же касается сточныхъ грязныхъ водъ, то очистка и обезвреживаніе ихъ будутъ примѣняться тамъ, гдѣ это возможно и достижимо по мѣстнымъ условіямъ; если же очистка и обезвреживаніе или невозможны или затруднительны настолько, что могутъ затормозить осуществленіе мѣръ къ оздоровленію городской почвы, то въ этихъ случаяхъ надо пожертвовать хотя бы временной чистотой рѣчной воды, ради сохраненія жизни и здоровья населенія.

М. Ф. Соскинъ указалъ, что біологическіе способы очистки сточныхъ водъ находятся еще въ періодѣ разработки.

П. Я. Шмидтъ высказался за запрещеніе общественнымъ управленіямъ отдавать концессіи на эксплоатацію общественныхъ санитарныхъ мѣръ, и считаетъ необходимымъ образованіе коммиссія для собиранія и разсмотрѣнія матеріала, касающагося біологической очистки сточныхъ водъ.

С. В. Шидловскій, отмѣтивъ, что вода также является передатчикомъ заразы, указалъ, что задачей гигіениста является борьба за чистоту воду, ибо эта чистота одно изъ главныхъ ея гигіеническихъ свойствъ. Запрещеніе Медицинскаго Совѣта, о которомъ говоритъ *П. П. Розановъ*, не является абсолютнымъ; требуется, чтобы не страдали интересы населенія, чтобы города не нарушали санитарнаго состоянія воды для нижележащихъ селеній. *С. В. Шидловскій* рѣшительно высказался противъ спуска безъ очистки сточныхъ водъ въ рѣки, указавъ, что загрязненіе воды можетъ вызвать необходимость дорого стоющихъ затратъ для проведенія воды.

Къ мнѣнію *С. В. Шидловскаго* присоединились *П. А. Грацiановъ* и *М. Б. Блауберъ*; послѣдній разобралъ по пунктамъ положенія *Е. Б. Контковскаго* и высказался противъ нихъ. *А. М. Спасскій* указалъ на трудность составленія нормъ для спускаемыхъ сточныхъ водъ. Кромѣ того, въ преніяхъ приняли участіе *Е. Б. Контковскій*, *Корчакъ-Чепурковскій* и др.

Затѣмъ были заслушаны положенія коммиссіи, избранной въ секціи 5 января.

Положенія эти слѣдующія: 1) Въ видахъ цѣлесообразной оцѣнки способовъ очистки сточныхъ водъ, коммиссія признаетъ, что прежде всего необходимо установить, хотя бы въ общихъ чертахъ, тѣ основныя требованія, которыя должны быть предъявлены къ водамъ, допускаемымъ къ спуску въ общественные водоемы. Само собой разумѣется однако, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ могутъ и должны быть приняты во вниманіе и разнообразныя мѣстныя условія; 2) коммиссія полагаетъ, что наилучшимъ способомъ очистки для водъ, загрязненныхъ органическими отбросами, слѣдуетъ признать тѣ, которыя основаны на процессахъ разложенія органическихъ веществъ въ природѣ, ведущихъ къ ихъ окончательной минерализаціи. Изъ этихъ способовъ наиболѣе совершеннымъ можно считать очистку сточныхъ водъ на особо подготовленныхъ поляхъ съ утилизаціей этихъ послѣднихъ для культуры растеній или безъ такой утилизаціи (поля орошенія и перемежающаяся фильтрація). Въ случаѣ неудобства примѣненія одного изъ этихъ способовъ, наилучшихъ результатовъ можно ожидать отъ искусственной біологической очистки сточныхъ водъ или отъ сочетанія этихъ способовъ между собою; 3) по мнѣнію коммиссіи, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ предлагаемые способы очистки сточныхъ водъ должны быть провѣрены компетентными органами какъ съ количественной, такъ и съ качественной стороны относительно достоинства и постоянства достигаемыхъ ими результатовъ; 4) очистка сточныхъ водъ на фабрикахъ и заводахъ, какъ уже существующихъ, такъ и вновь возникающихъ, должна упорядочиваться мѣстными обязательными постановленіями и находиться подъ постояннымъ контролемъ со стороны мѣстныхъ санитарныхъ органовъ. 5) Крайне желательно, чтобы были собраны и оповѣщены имѣющіеся уже матеріалы по вопросу о составѣ различныхъ фабричныхъ и заводскихъ водъ, какъ, напр., матеріалы, имѣющіеся въ распоряженіи Русскаго техническаго общества, матеріалы Кіевской экспертной коммиссіи сахарозаводчиковъ и Медицинскаго Совѣта. Желательно также, производство обширныхъ новыхъ изслѣдованій въ данномъ направленіи. Собираніе и разработка матеріаловъ о составѣ сточныхъ водъ и способахъ ихъ очистки могли бы быть поручены уже имѣющейся при Правленіи коммиссіи по изученію сточныхъ водъ — со включеніемъ въ ея составъ новыхъ членовъ—для доклада полученныхъ результатовъ слѣдующему Пироговскому Съѣзду.

Эти положенія отдѣломъ приняты.

Въ заключеніе *В. А. Левашевъ*, какъ завѣдующій отдѣломъ гигіены, высказалъ благодарность всѣмъ докладчикамъ и членамъ съѣзда, содѣйствовавшимъ успѣшному ходу занятій секціи; со стороны же отдѣла, по предложенію *Г. В. Хлопина*, была высказана благодарность *В. А. Левашеву* и всему бюро за труды по организаціи занятій отдѣла гигіены.

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

XCI. Общее собраніе Главной Вспомогательной Медицинской Кассы имени Я. А. Чистовича.

(26-го апрѣля).

На собраніе прибыло всего 17 участниковъ, въ томъ числѣ 7 членовъ комитета, 4 члена ревизіонной коммиссіи и 5—коммиссіи по пересмотру устава. Такое угнетающее малолюдство стало хроническимъ явленіемъ въ жизни Петербургской Кассы... За послѣдніе 24 года только 3 раза цифра участниковъ доходила до 40: 1885—41, 1886—40 и 1897—44, въ остальные годы—16—18—20, 24—26. Подобный индиферентизмъ тѣмъ болѣе страненъ, что Петербургскому общему собранію, не въ примѣръ другимъ, принадлежитъ по § 63 устава распорядительная власть, его постановленія есть законъ для всѣхъ остальныхъ кассъ, окончательное, безапелляціонное рѣшеніе...

Казначей сообщилъ о движеніи суммъ Главной Кассы за 1903 г. и *подробно перечислилъ тѣ %% бумаги*, въ какихъ хранятся ея капиталы. Это нововведеніе, первое за 36 лѣтъ, очень важно для правильнаго сужденія о доходности неприкосновеннаго капитала и *фактической*, а не *номинальной* только величинѣ его. Остается пожелать, чтобъ эти цифры были *дополнены* свѣдѣніями о всѣхъ провинціальныхъ отдѣленіяхъ и *оповѣщены*.

Секретарь сообщилъ о перемѣнахъ среди пенсіонеровъ и о новыхъ назначеніяхъ пенсій и единовременныхъ пособій. Постановленіе Комитета утверждено.

Довольно продолжительные дебаты вызвало интересное въ принципіальномъ и практическомъ отношеніи заявленіе Одесскихъ товарищей. Одесская касса обратилась въ Главный Комитетъ съ просьбой разрѣшить сборъ пожертвованій въ капиталъ имени В. А. Манассеина, но *съ удержаніемъ этихъ суммъ на мѣстѣ въ распоряженіи Одесскаго отдѣленія*. Дѣло въ томъ, что по § 2 устава этого капитала онъ долженъ храниться только при *Главной* Петербургской Кассѣ и въ *ея* вѣдѣніи. Нѣкоторыми изъ членовъ собранія высказано было опасеніе, что удовлетвореніе просьбы Одесскаго отдѣленія замедлитъ ростъ благотворительнаго капитала при Главной Кассѣ; что ради единства и болѣе равномѣрнаго распредѣленія пособій необходима концентрація, а не дробленіе капитала по отдѣленіямъ. Не соглашаясь съ такимъ взглядомъ, д-ра *Гребенщиковъ* и *Амстердамскій* предложили не только удовлетворить просьбу Одесской кассы, но и придать этому ходатайству болѣе общій характеръ, распространивъ испрашиваемое право на всѣ отдѣленія, отчего самое дѣло только-бы выиграло. Сосредоточеніе почти всѣхъ благотворительныхъ капиталовъ: 1) В. А. Манассеина, 2) *Я. А. Чистовича*, 3) *Е. Н. Чистовичъ* (свыше 80000 р.) въ Петербургѣ и почти полное ихъ отсутствіе въ рукахъ провинціальныхъ кассъ очень неудобно для нуждающихся и вредно для кассы. Въ экстренныхъ случаяхъ помощь запаздываетъ, не можетъ быть оказана на мѣстѣ, вблизи, такъ какъ необходимо списываться съ Петербургомъ и терять дорогое время. Или въ крайнихъ случаяхъ приходится выдавать единовременныя пособія не изъ благотворительнаго, а изъ пенсіоннаго капитала, при томъ лицамъ, не имѣющимъ на это права, т. е., нарушать уставъ кассы. На практикѣ происходитъ то и другое, къ явному ущербу для обѣихъ сторонъ. Очевидно, что Одесскіе товарищи, при всемъ ихъ уваженіи къ памяти В. А. Манассеина, желаютъ *сами распоряжаться* собранными средствами; стремленіе ихъ вполнѣ понятно и законно. Тоже самое замѣчается и въ другихъ отдѣленіяхъ. Отказавшись отъ щекотливой монополіи Петербургской кассы на капиталъ имени В. А. Манассеина и разрѣшивъ образованіе такого-же капитала на мѣстахъ, мы лишь усилимъ притокъ средствъ. А отказавъ, вынудимъ товарищей образовывать капиталъ другого имени.

По предложенію Главнаго Комитета большинствомъ голосовъ постановлено: ходатайство Одесскаго Комитета удовлетворить; а предоставленіемъ такихъ-же правъ другимъ отдѣленіямъ повременить, разъ они и сами не просятъ.

Съ своей стороны мы можемъ лишь посовѣтовать всѣмъ остальнымъ кассамъ послѣдовать примѣру Одесской и положить начало мѣстнымъ капиталамъ, а не посылать собранныя средства въ Петербургъ, какъ это происходило до сихъ поръ.

Въ заключеніе Общему Собранію были сообщены краткія свѣдѣнія *о положеніи вопроса по пересмотру устава Кассы*. Особо избранная въ 1902 г. коммиссія изъ 6 членовъ на дняхъ закончила свою работу. Единогласно она признала необходимымъ измѣнить § 63 въ томъ смыслѣ, что вся распорядительная власть, право измѣненія устава и пр., до сихъ поръ принадлежащая только Общему Собранію Петербургской Кассы, передается на рѣшеніе большинства участниковъ всѣхъ кассъ. Такого измѣненія особенно стойко добивалось Московское отдѣленіе, ему сочувствовали и другія; теперь это законное желаніе нашло полное удовлетвореніе въ §§ 63, 64 и 65 проэкта новаго устава. По остальнымъ не менѣе важнымъ вопросамъ—о возможности, предѣлахъ и способѣ увеличенія нормъ пенсій, объ управленіи кассой, о льготныхъ и пожизненныхъ участникахъ—къ сожалѣнію, въ средѣ самой коммиссіи возникли разногласія.

Такъ д-ръ *Гребенщиковъ* находитъ возможнымъ, сохранивъ 10 р. взносъ, равномѣрно увеличить всѣ пенсіи на 20%, при этомъ на расходы обратить а) всѣ % съ неприкосновеннаго капитала и б) 8 р. изъ каждаго членскаго взноса, а остальные 2 р. зачислять въ неприкосновенный капиталъ для его непрерывнаго роста.

Д-ръ *Амстердамскій* считаетъ а) такое увеличеніе пенсій (напр., для вдовы съ 150 до 180 р.) жалкимъ палліативомъ, временной полумѣрой, неспособной сколько-нибудь замѣтно улучшить бѣдственное положеніе пенсіонеровъ при современной дороговизнѣ жизни; б) отчисленіе изъ членскихъ взносовъ 20% въ неприкосновенный капиталъ—повтореніемъ старой ошибки: непроизводительнымъ уменьшеніемъ и безъ того скромнаго расходнаго бюджета кассы и низведеніемъ минимальнаго членскаго взноса до еще болѣе ничтожнаго 8 р.; в) стремленіе перенести главный источникъ дохода кассы съ живой и неуклонно развивающейся постоянной кинетической силы кассы—съ членскихъ взносовъ—на мертвый капиталъ и годъ отъ году падающую доходность его — въ финансовомъ отношеніи считаемъ не осуществимой мечтой, а при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ (въ случаѣ, напр., быстраго прироста новыхъ членовъ) операціей даже рискованной и не безопасной для устойчивости кассы въ будущемъ.

На основаніи своихъ разсчетовъ, опирающихся на 35-лѣтнее прошлое кассы, д-ръ *Амстердамскій* предлагаетъ: 1) въ виду ничтожности членскаго взноса (10 р.) обратить его *цѣликомъ* на помощь бѣдствующимъ товарищамъ, *отказавшись* разъ на всегда *отъ* какихъ-либо *предварительныхъ отчисленій* въ неприкосновенный капиталъ, размѣры котораго и такъ уже значителенъ (700000 р.); 2) увеличить существующія нормы пенсій до тѣхъ предѣловъ, какія позволяетъ 10-рублевый взносъ, до сихъ поръ использованный лишь на ½; 3) съ цѣлью болѣе существеннаго улучшенія положенія нуждающихся сочленовъ и осиротѣлыхъ семей перейти къ поразрядной системѣ; на первое время ограничиться введеніемъ 2-го добровольнаго разряда для желающихъ съ членскимъ взносомъ въ 15 р. и повышенными на 40% нормами пенсій (врачъ вмѣсто 400—600 р., вдова нетрудоспособная съ 200 до 300 р. и т. д.).

Къ еще болѣе противорѣчивымъ выводамъ пришли д-ра *Гребенщиковъ* и *Амстердамскій* по вопросу о льготныхъ и пожизненныхъ участникахъ.

Д-ръ *Гребенщиковъ* считаетъ *льготныхъ*, вступающихъ въ кассу въ годъ окончанія курса, крайне убыточными и предлагаетъ уничтожить эту льготу. Д-ръ *Амстердамскій* не видитъ, чтобы статистическій матеріалъ кассы оправдывалъ такое заключеніе. По соображеніямъ-же и финансовымъ и этическимъ (наша касса страхованія отъ бѣдности основана на принципѣ *товарищеской взаимопомощи*, а не на коммерческомъ расчетѣ дивиденда и пр...) считаетъ весьма полезнымъ удержать эту льготу за молодыми товарищами и на будущее время. По расчетамъ д-ра *Гребенщикова* наиболѣе выгодными оказались для кассы *пожизненные* участники. Такъ, къ 1 января 1902 г. на каждаго изъ нихъ приходится наличнаго капитала около 350 р. вмѣсто первоначально внесенныхъ 200 р. Д-ръ *Амстердамскій*, провѣривъ личные счета всѣхъ пожизненныхъ участниковъ съ основанія кассы и ихъ пенсіонеровъ, нашелъ, что на каждаго наличнаго пожизненнаго участника сейчасъ приходится только по 35 р., остальные 165 р. и всѣ %% на взносы уже израсходованы на пенсіи; кромѣ того на кассѣ лежатъ довольно крупныя и еще многолѣтнія обязательства предъ пенсіонерами изъ числа пожизненныхъ участниковъ. Такъ, напр., въ 1901 г. 23 пожизненнымъ пенсіонерамъ выдано кассою свыше 4000 р. (4246 р.), въ 1902 г. имъ-же 3546 р., но считая вновь назначенныхъ пенсій. Такимъ образомъ отъ 200 р. взносовъ всѣхъ пожизненныхъ участниковъ и нароставшихъ %% къ 1 января 1903 г. осталось въ кассѣ менѣе 3½ тысячъ, т. е. около 17 р. на члена. Очевидно, что черезъ 1—2 года пожизненные участники и выдѣленные ими пенсіонеры сдѣлаются громаднымъ финансовымъ бременемъ для кассы и поглотятъ нѣсколько десятковъ тысячъ кассовыхъ средствъ за счетъ остальныхъ участниковъ. Въ виду этого, по соображеніямъ и финансовымъ и этическимъ, д-ръ *Амстердамскій* категорично высказался за уничтоженіе допущенной съ 1873 г. по постановленію VII Общаго Собранія 3-лѣтней льготы для пожизненныхъ участниковъ и за продленіе ихъ срока участія до обычныхъ 6 лѣтъ, какъ это было въ первоначальномъ уставѣ 1866 года.

По вопросу объ управленіи Кассою голоса Коммиссіи раздѣлились по ровну: 3 члена (*А. П. Заболотскій*, *Г. Г. Епифановъ* и *Ф. Я. Чистовичъ*) стоятъ за сохраненіе существующей формы, а трое (*Л. Г. Карчагинъ*, *В. И. Гребенщиковъ* и *А. В. Амстердамскій*) за учрежденіе или особаго правленія или особаго наблюдательнаго комитета для контроля за дѣятельностью всѣхъ комитетовъ, въ томъ числѣ и Петербургскаго главнаго. Поводомъ къ созданію новаго органа послужило 1) неудовлетворительное состояніе отчетности при Главной кассѣ и слабая дѣятельность мѣстной ревизіонной коммиссіи, въ чемъ убѣждаютъ изъ года въ годъ повторяющіяся и не исправленныя ошибки печатныхъ отчетовъ Главной кассы. 2) Ненормальное положеніе Главнаго Комитета въ общей организаціи управленія кассой: въ одно и тоже время Главный Комитетъ совмѣщаетъ въ себѣ 2 существенно различныя функціи—Правленія *всей* кассы и обязанности *мѣстнаго* Петербургскаго Комитета. Отсюда—полная безконтрольность его дѣйствій какъ мѣстнаго комитета, неизбѣжная субъективность, а подъ часъ и ошибочность въ назначеніи нормъ пенсій и пр. 3) Крайне слабая связь Главной кассы съ ея отдѣлами, систематичное запаздываніе денежныхъ отчетовъ и другія не безразличныя погрѣшности въ веденіи кассовыхъ дѣлъ нѣкоторыми провинціальными отдѣленіями. Почему-то Главному Комитету не удалось за долгіе годы его главенства устранить эти вредные недочеты и объединить, оживить работу отдѣленій. По мысли иниціаторовъ предложенія наблюдательный Комитетъ долженъ обладать правами ревизіонной коммиссіи для всѣхъ кассъ безъ исключенія и въ члены его числомъ отъ 6 до 12 могутъ быть избираемы на 2—3 года (промежутки между Пироговскими Съѣздами) какъ Петербургскіе, такъ и иногородніе участники (Москва, Харьковъ, Одесса, Кіевъ, Саратовъ, Казань...) голосованіемъ или въ мѣстныхъ кассахъ или на Пироговскихъ Съѣздахъ. Такимъ образомъ этотъ органъ явится какъ-бы представительнымъ и выборнымъ отъ *всей* кассы, а не одного только Петербургскаго отдѣленія ея.

Въ виду значительной разницы выводовъ д-ра *Амстердамскаго* и *Гребенщикова*, коммиссія не сочла себя достаточно компетентной самостоятельно разрѣшить спорные финансовые вопросы и постановила — передать обѣ работы на заключеніе спеціалистовъ—математиковъ.

Общее Собраніе согласилось съ взглядомъ коммиссіи и кромѣ того приняло предложеніе *М. Н. Нижегородцева* — поручить консультантамъ математикамъ, пользуясь 36-лѣтнимъ опытомъ кассы и наличнымъ ея капиталомъ, произвести всестороннюю

оцѣнку ея устойчивости, указать возможные пути къ улучшенію и расширенію ея дѣятельности, не ограничиваясь рамками дѣйствующаго устава. Что-же касается вопроса объ управленіи кассой и редакціонныхъ измѣненій всего устава—оповѣстивъ работу коммиссіи съ отдѣльными мнѣніями д-ровъ *Амстердамскаго*, *Гребенщикова*, заключеніемъ математиковъ и этотъ матеріалъ разослать во всѣ отдѣленія кассы для совмѣстнаго обсужденія и рѣшенія всѣми участниками.

Такимъ образомъ окончательный пересмотръ устава состоится, вѣроятно, не ранѣе октября—ноября. Отъ степени пониманія своихъ собственныхъ интересовъ и сочувствія *благотворному дѣлу* товарищеской *взаимопомощи* (а не благотворительности товарищеской!) будетъ всецѣло зависѣть дальнѣйшая судьба кассы—быстрое-ли ея развитіе или какъ теперь слабое прозябаніе. Въ виду серьезности переживаемаго кассою момента мы горячо совѣтовали-бы какъ сочувствующимъ кассѣ, такъ въ особенности всѣмъ по той или другой причинѣ недовольнымъ ея дѣятельностью—сплотиться, записаться въ ея члены хотя-бы на этотъ годъ (10 р. членскіе взносы за 1904 г. принимаются только до 30 сентября 1904 г.) повсюду, гдѣ можно (не менѣе 5 членовъ) открыть отдѣленія, дабы получить право *активнаго участія* на предстоящихъ общихъ собраніяхъ и голосованіи. Давно пора перейти отъ безплодныхъ сѣтованій на кассу и пассивнаго протеста сознательнымъ уклоненіемъ отъ участія въ ней, перейти, наконецъ, къ роли активныхъ участниковъ, активныхъ критиковъ и преобразователей.

Такъ какъ 2-годовая работа коммиссіи еще не скоро увидитъ свѣтъ, то въ одномъ изъ лѣтнихъ №№ газеты я постараюсь въ самыхъ общихъ чертахъ познакомить товарищей съ наиболѣе существенными особенностями проэкта новаго устава. Кромѣ коренного измѣненія § 63, между прочимъ рѣшено единогласно 1) допустить женщинъ-врачей лишь съ небольшимъ ограниченіемъ правъ ихъ мужей-вдовцовъ; 2) допустить открытіе отдѣленій не только въ губернскихъ, но и въ уѣздныхъ городахъ; 3) отвергнуть какъ неподходящее къ цѣлямъ кассы — устройство благотворительныхъ вечеровъ, концертовъ и пр.—какъ источникъ увеличенія средствъ кассы; 4) установлено за *каждымъ* участникомъ *неотъемлемое право* на пенсію и ея *непрерывность*, если годовой доходъ просителя и пенсіонера ниже гарантируемыхъ кассою; 5) устранены случайность и произвольность въ назначеніи пенсіи и опредѣленіи ея нормъ и всей кассѣ приданъ *характеръ чисто взаимно-страхового товарищескаго* (а не коммерческаго акціонернаго) учрежденія.

На мой личный взглядъ участіе въ кассѣ послѣ намѣченнаго измѣненія ея устава и введенія новыхъ нормъ пенсій безусловно выгодно:

1) Земскимъ врачамъ на всю ихъ жизнь.

2) Военнымъ, морскимъ, уѣзднымъ и другимъ, состоящимъ на государственной службѣ — по крайней мѣрѣ въ первые 15—18 лѣтъ, пока врачъ не пріобрѣтетъ правъ на болѣе или менѣе значительную казенную пенсію (свыше 600 р.).

3) Частно-практикующимъ, фабрично-заводскимъ, желѣзно-дорожнымъ и пр...—пока имъ не удастся путомъ сбереженій или страхованіемъ жизни въ частныхъ обществахъ гарантировать себѣ и семьѣ въ случаѣ смерти или инвалидности — доходъ не менѣе 600 р. въ годъ.

4) *Особенно важно*, даже при существующихъ нормахъ, вступить *льготнымъ* участникомъ, т. е., *сдѣлать первый взносъ до истеченія ½-годія со дня окончанія курса*. Только такимъ путемъ громадное большинство молодыхъ, матеріально еще мало обезпеченныхъ, товарищей могутъ гарантировать своимъ престарѣлымъ родителямъ или малолѣтнимъ дѣтямъ, братьямъ и сестрамъ хоть скромное, но постоянное обезпеченіе (отъ 150 до 475 р.). Къ сожалѣнію, объ этой важной льготѣ товарищи мало знаютъ, спохватываются слишкомъ поздно, когда уже пропущенъ льготный срокъ. По понятнымъ причинамъ касса съ математической точностью вычисляетъ этотъ срокъ и запозданіе всего на нѣсколько дней уже не разъ ставило осиротѣлую семью беззаботнаго товарища въ безвыходное положеніе.

А. Амстердамскій.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Л. Б. Скаржинскій. Къ вопросу объ обезпеченіи рабочихъ отъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ. 1903 г. 199 стр.

Въ настоящее время, когда вопросъ объ отвѣтственности предпринимателей за увѣчья рабочихъ вступаетъ въ новый фазисъ, въ силу закона 2 іюня 1903 г., когда теперь фабрикантъ долженъ отвѣчать за каждаго пострадавшаго рабочаго, крайне интересно и даже необходимо ознакомиться всякому, близко стоящему къ этому вопросу и особенно врачу, который, по новому закону, играетъ особенно видную роль. Вмѣстѣ съ тѣмъ врачу небезъинтересно ознакомиться и съ тѣмъ, какъ настоящій вопросъ стоитъ въ западно-европейскихъ государствахъ. Въ виду этого трудъ г. *Скаржинскаго* представляетъ значительный интересъ. Хотя данный вопросъ и не исчерпывается здѣсь всесторонне, тѣмъ не менѣе настоящая работа можетъ служить пособіемъ въ особенности для лицъ, не имѣющихъ возможности ознакомиться съ заграничными источниками.

Книга автора состоитъ изъ нѣсколькихъ частей: въ 1-ой говорится о законѣ 2 іюня 1903 г.; во 2-ой—къ вопросу объ обезпеченіи рабочихъ отъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ—замѣчается существенный пробѣлъ относительно количества несчастныхъ случаевъ на сельско-хозяйственныхъ работахъ въ Россіи. Въ 3-ей главѣ, наиболѣе подробно изложенной, приводятся законодательства о несчастныхъ случаяхъ въ разныхъ странахъ; въ 4-ой изложены итоги опытовъ, полученныхъ страхованіемъ рабочихъ. Заканчивается краткимъ изложеніемъ вопроса объ обезпеченіи рабочихъ отъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ въ Россіи. Здѣсь можно было-бы указать на законъ по обезпеченію въ Россіи рабочихъ на казенныхъ горныхъ заводахъ.

Въ заключеніе авторъ говоритъ, что лишь государственное обязательное страхованіе могло-бы не только отвѣтить потребностямъ рабочаго люда, но и удовлетворить точно также желаніямъ большинства промышленниковъ.

Въ концѣ приведенъ краткій перечень литературы по данному вопросу.

Д. Никольскій.

Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung. Eine Anleitung für Ärzte und Erzieher von Prof. J. v. Mikulicz und Frau Tomaszewsky. Zweite vermehrte Auflage. Jena, 1904.

Небольшая книжка проф. *Mikulicz*'а и г-жи *Томашевской* выполняетъ давно ощущаемый пробѣлъ въ удобопонятномъ *практическомъ* руководствѣ къ лѣченію сколіозовъ.

Во вступленіи авторъ въ краткихъ, но ясныхъ чертахъ говоритъ о происхожденіи и сущности сколіозовъ, о способахъ предупрежденія и задержки ихъ дальнѣйшаго развитія и о значеніи ортопедической гимнастики при этомъ страданіи. Въ этой главѣ считаемъ нелишнимъ подчеркнуть мнѣніе проф. *Mikulicz*'а о *корсетахъ*, которыми такъ часто злоупотребляютъ. «Едва только дѣвочка обнаруживаетъ неправильную осанку, говоритъ авторъ, туловище ея стягиваютъ въ корсетъ. Не говоря уже о вредѣ, который наносится при этомъ развитію внутреннихъ органовъ,—самый позвоночникъ съ его мышцами претерпѣваетъ вслѣдствіе этого значительный вредъ, такъ какъ подвижность его задерживается, а подвижность позвоночника есть необходимое условіе красивой и правильной осанки. Корсетъ даетъ подростающему ребенку только видимую опору. Форма туловища при немъ можетъ съ внѣшней стороны казаться болѣе правильной, но внутри корсета позвоночникъ такъ-же легко можетъ искривиться, какъ и безъ корсета». Авторъ, однако, не отрицаетъ вовсе значенія корсетовъ—простыхъ и ортопедическихъ—при лѣченіи сколіозовъ, но справедливо замѣчаетъ, что не въ нихъ центръ тяжести лѣченія этого страданія: на первомъ планѣ должны стоять цѣлесообразная гимнастика и массажъ при соотвѣтствующемъ общемъ режимѣ. Въ частности ортопедическіе корсеты (Geradehalter) должны быть примѣняемы лишь въ тяжелыхъ случаяхъ сколіоза—какъ *дополненіе* къ основному лѣченію, и по своей конструкціи они, по мнѣнію *Mikulicz*'а, не должны обнимать собою всего туловища, а только прилегать къ позвоночнику, къ выдающейся лопаткѣ и т. д., давая позвоночнику возможность свободно двигаться и не нарушая, вмѣстѣ съ тѣмъ, дѣятельности спинныхъ мышцъ.

Во 2-й части авторъ даетъ наглядное описаніе снарядовъ и пріемовъ, примѣняемыхъ имъ при лѣченіи сколіозовъ. Въ отличіе отъ другихъ авторовъ, *Mikulicz* пользуется самыми разнообразными аппаратами и пріемами, оказавшимися наиболѣе полезными и доступными. Такъ, онъ описываетъ различные пріемы съ палками, гирями, трапеціей, кольцами, лѣстницами, нѣкоторыми простѣйшими аппаратами *Zander*'а, *Beely*, *Wagner*'а и др., описываетъ различныя вольныя движенія и весьма цѣлесообразные пріемы вдавливанія позвоночника на вертикальной лѣстницѣ и на скамейкѣ. Превосходные рисунки наглядно поясняютъ текстъ.

Нельзя не пожелать книжкѣ *Mikulicz*'а и *Томашевской* самаго широкаго распространенія.

І. И. Марголинъ.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

LXXXIV. М. Г.! Правленіе Маріупольскаго медицинскаго Общества, согласно постановленію Общества въ очередномъ его засѣданіи 10-го сего іюня, посылаетъ въ редакцію копію нижеслѣдующаго письма, посланнаго Обществомъ д-ру *Николаю Петровичу Забусову*, съ просьбой напечатать письмо это въ одномъ изъ ближайшихъ №№ «Русскаго Врача».

Уважаемый товарищъ Николай Петровичъ!

Маріупольское медицинское Общество въ засѣданіи своемъ 10-го сего іюня, ознакомившись съ произведеннымъ надъ Вами возмутительнымъ насиліемъ со стороны генерала Ковалева, постановило выразить Вамъ свое глубокое сочувствіе въ постигшемъ Васъ несчастіи и негодованіе по поводу дикой и коварной расправы съ Вами со стороны человѣка, занимающаго высокое служебное положеніе и пригласившаго Васъ для подачи медицинской помощи. Пусть наше сочувствіе, несомнѣнно раз-

дѣляемое всѣми русскими товарищами, послужитъ Вамъ хотя бы слабымъ утѣшеніемъ въ перенесенномъ Вами горѣ.

Предсѣдатель *С. Гамперъ.*
Товарищъ предсѣдателя *М. Очаковскій.*
Секретарь *З. Горѣловъ.*

LXXXV. М. Г.! Не откажите помѣстить на страницахъ «Русскаго Врача» слѣдующія строки: 14/VI сего года скончалась въ Москвѣ *Любовь Павловна Истомина*, весной этого года кончившая курсъ Женскаго Медицинскаго Института. Занимающаяся, способная студентка лѣтомъ она продолжала пополнять свои знанія. Лѣто прошлаго года она работала въ Сокольнической больницѣ въ Москвѣ; здѣсь-же она начала заниматься и нынѣшнимъ лѣтомъ. Къ сожалѣнію, смерть прекратила ея жизнь въ самомъ началѣ ея дѣятельности. Работая въ больницѣ, она заразилась; не уступавшее никакимъ средствамъ гнилокровіе унесло ее въ могилу. Желая почтить память безвременно погибшей труженицы, одной изъ первыхъ жертвъ науки изъ слушательницъ возрожденнаго Женскаго Медицинскаго Института, врачи Сокольнической больницы собрали вмѣсто вѣнка прилагаемую сумму — 30 р., которую и просятъ передать [1]) въ кассу взаимопомощи слушательницъ Института и педагогическихъ курсовъ въ память *Л. П. Истоминой* для образованія фонда ея имени или совмѣстнаго съ другими жертвами, погибшими при исполненіи долга. *К. Флеровъ.*

Москва. 29/VI 1904 г.

LXXXVI. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки: Въ № 26 текущаго года газеты «Русскій Врачъ», на стр. 950 уважаемый товарищъ *А. Г. Васильевъ* указываетъ, что покойный *Ф. А. Грузиновъ*, первый въ Россіи, описалъ случай тетаніи при расширеніи желудка («Клиническій Журналъ», № 2, 1900 г.). По этому поводу позволяю себѣ сказать, что еще за 5 лѣтъ до этого, а именно 12/V 1895 г. я показывалъ больного съ такой же болѣзнью Виленскому медицинскому Обществу, въ протоколахъ котораго (Приложеніе къ № 5—1895 г.) болѣзнь эта описана подъ названіемъ: «Случай тетаніи у 20-лѣтняго портного, одержимаго расширеніемъ желудка и булавовидными пальцами». *Л. Стембо.*

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1350. 7 іюля исполнилось *50-лѣтіе врачебной дѣятельности* главнаго медицинскаго инспектора флота, д-ра *В. С. Кудрина.* Юбиляромъ получено въ этотъ день со всѣхъ концовъ Россіи много привѣтствій (въ томъ числѣ и отъ редакціи «Русскаго Врача»), въ которыхъ отмѣчена полная любви къ ближнему и сердечности, чрезвычайная полезная и выдающаяся общественная дѣятельность глубокоуважаемаго *Владиміра Сергѣевича.*

1351. Въ декабрѣ текущаго года въ Москвѣ имѣетъ быть 5-й Съѣздъ Россійскихъ хирурговъ, засѣданія котораго будутъ происходить 28-го, 29-го и 30-го декабря. Въ качествѣ программныхъ вопросовъ предыдущимъ Съѣздомъ намѣчены слѣдующія темы: 1) О послѣоперационной пнеймоніи. 2) Объ обширныхъ изсѣченіяхъ реберъ при эмпіемахъ. 3) О пришиваніи подвижной почки.—Правленіе проситъ сообщить ему заглавіе сообщеній не позднѣе 1-го декабря, а аутореферат до начала Съѣзда. Кромѣ того оно проситъ лицъ, имѣющихъ наблюденія по 3-мъ упомянутымъ вопросамъ, если они сами не имѣютъ въ виду сдѣлать ихъ темой для собственнаго доклада, доставить свѣдѣнія о наблюденіяхъ лицамъ, взявшимся за ихъ разработку по предложенію Правленія Общества: *С. Ф. Дерюжинскому* (по первому вопросу), *Н. И. Напалкову* (по второму вопросу) и *А. В. Мартынову* (по третьему вопросу). Карточки для собиранія матеріала по программнымъ вопросамъ высылаются Правленіемъ по первому требованію. Заявленія о сообщеніяхъ и аутореферат просятъ адресовать на имя товарища Предсѣдателя Правленія проф. *Ф. А. Рейна* (Москва, Сивцевъ Вражекъ, д. Смирнова) или на имя секретаря Правленія, д-ра *А. В. Мартынова* (Москва, Цвѣтной бульваръ, д. № 34, кв. 4). Членскій взносъ въ размѣрѣ 8 руб. за одинъ годъ или 100 руб. пожизненно слѣдуетъ высылать на имя казначея, д-ра *Ф. И. Березкина* (Москва, Швивая горка, Яузская больница).

1352. Медицинскій факультетъ Томскаго университета избралъ на *каѳедру гигіены* ч. преп. Харьковскаго университета *П. Н. Лащенкова.*

1353. По словамъ «Руси» (6 іюля), Петербургское городское общественное управленіе возбудило вопросъ о *созывѣ всероссійскаго Съѣзда городскихъ врачей* для обсужденія вопросовъ городской санитаріи и гигіены и для выработки плана школьно-врачебнаго надзора. Съѣздъ предполагается созвать зимою текущаго года.

1354. Послѣдовало разрѣшеніе на *постановку* въ аудиторіи клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней В.-Медицинской Академіи *бюста* покойнаго проф. *Ивана Михайловича Балинскаго.*

[1]) Деньги 30 руб., по полученіи ихъ, будутъ переданы по назначенію. *Ред.*

1355. Въ числѣ *мѣръ, предлагаемыхъ управляющимъ Министерствомъ народнаго просвѣщенія*, В. Г. Глазовымъ попечителямъ учебныхъ округовъ съ цѣлью улучшенія здоровья и физическихъ силъ учащихся особеннаго вниманія въ *отношеніи врачебномъ заслуживаетъ слѣдующая мѣра*, выраженная въ циркулярѣ отъ 10 іюня такимъ образомъ: «Необходимо, чтобы въ большихъ городахъ начальники заведеній, при посредствѣ мѣстнаго начальства и участіи городскихъ и земскихъ дѣятелей, на лѣтнее время устраивали для слабыхъ здоровьемъ учениковъ санаторіи или особыя помѣщенія за городомъ, въ здоровыхъ и удобныхъ мѣстахъ. Заботы объ учрежденіи такихъ санаторій должны быть предпринимаемы главнымъ образомъ въ интересахъ дѣтей неимущихъ родителей». Мы увѣрены, что завѣдующіе учебными заведеніями найдутъ полную поддержку у городскихъ и земскихъ управленій для осуществленія этого прекраснаго предложенія.

1356. Въ дополненіе къ сообщенному нами въ № 25 (стр. 919) свѣдѣнію считаемъ нужнымъ прибавить, что проф. *А. В. Богдановъ* принялъ лишь *временно должность старшаго врача Управленія Пятигорской группы минеральныхъ водъ* впредь до замѣщенія должности этой по конкурсу.

1357. Вмѣсто оставившаго свою должность *Н. Н. Макшеева*, *директоромъ Липецкихъ минеральныхъ водъ* назначенъ старшій врачъ Управленія Кавказскихъ минеральныхъ водъ, *В. С. Борисовскій* («Липецкій Сезонный Листокъ», 27 іюня).

1358. Для повѣрки работъ по заготовкѣ въ гор. Омскѣ для довольствія Манчжурской арміи *консервированнаго мяса по способу* Morgan'а посылается изъ Петербурга интендантскимъ управленіемъ особая коммиссія въ составѣ акад. *А. Я. Даниллевскаго*, непремѣннаго члена военно-медицинскаго ученаго комитета *І. Ф. Рапчевскаго* и ч. пр. В.-Медицинской Академіи *М. Д. Ильина.*

1359. *Предсѣдателемъ временнаго медицинскаго Общества въ Харбинѣ* избранъ врачъ Московскаго губернскаго земства *М. С. Толмачевъ* изъ дворянскаго госпиталя, товарищемъ предсѣдателя—врачъ Елисаветинскаго госпиталя *Розовъ*; членовъ свыше 100. Въ 1-мъ засѣданіи происходили оживленныя пренія по вопросу объ эвакуаціи раненыхъ. Всего на театрѣ военныхъ дѣйствій работаютъ уже 20 земскихъ отрядовъ («Русскія Вѣдомости», 28 іюня).

1360. 8-го іюля въ селѣ Мытищахъ происходило празднованіе *25-лѣтней годовщины земской Тайнинской лѣчебницы.* Съ этимъ празднованіемъ совпадаетъ, по словамъ «Русскихъ Вѣдомостей» (2 іюля) также и *25-лѣтіе службы въ Московскомъ уѣздномъ земствѣ земскаго врача Д. И. Орлова*, завѣдующаго въ настоящее время лѣчебницей. Московская уѣздная земская управа подноситъ юбиляру адрессъ; кромѣ того рѣшено портретъ *Д. И. Орлова* повѣсить въ зданіи лѣчебницы и выдать юбиляру награду въ размѣрѣ 2000 р. Просимъ многоуважаемаго товарища принять наше поздравленіе по поводу его 1/4-вѣковой работы на тяжелой земской службѣ.

1361. 2-го іюля въ Кіевѣ въ усадьбѣ Кіевскаго управленія Общества *Краснаго Креста* состоялась закладка *дома управленія*, который будетъ построенъ на *средства, пожертвованныя* Лазаремъ и Львомъ Бродскими.

1362. Согласно телеграфнымъ свѣдѣніямъ изъ *Тегарана* отъ 5 и 6 іюля, *холера принимаетъ тамъ угрожающіе размѣры* и смертность достигаетъ до 800 человѣкъ въ день. Несомнѣнно нашей Кавказской границѣ, а также портамъ Каспійскаго моря угрожаетъ опасность заноса заразы изъ Персіи.

1363. Отъ коммиссіи о мѣрахъ предупрежденія и борьбы съ чумною заразою объявлено слѣдующее относительно *холеры, угрожающей нашей Кавказской границѣ съ Персіей.* Холера, не прекращавшаяся въ теченіи минувшей зимы на побережьѣ Персидскаго залива, постепенно распространялась по Месопотаміи и уже въ серединѣ марта сего года была обнаружена въ Керманшахѣ (въ Персіи). Охвативъ затѣмъ Керманшахскій округъ, болѣзнь перешла въ сосѣдній Хамаданскій, откуда стала распространяться далѣе, преимущественно къ сѣверу, и въ первыхъ числахъ іюня достигла гор. Кумъ, въ 100 верстахъ разстоянія отъ Тегерана, а 12-го іюня обнаружена была въ самомъ Тегеранѣ. По сообщенію нашего дипломатическаго представителя отъ 23-го сего іюня, холера въ Тегеранѣ за послѣдніе дни значительно усилилась, и смертность отъ нея достигла до нѣсколькихъ сотъ случаевъ въ день. Еще въ началѣ нынѣшняго года въ Керманшахъ былъ командированъ русскій врачъ, на котораго было возложено наблюденіе за санитарнымъ состояніемъ въ названномъ узловомъ пунктѣ караваннаго и паломническаго движенія и своевременное донесеніе о появленіи и ходѣ холерлерной эпидеміи. Затѣмъ, въ виду дальнѣйшаго движенія холеры по направленію къ нашимъ границамъ, распоряженіемъ коммиссіи установлены слѣдующія мѣры для предупрежденія заноса болѣзни въ наши предѣлы: 1) Для осмотра судовъ, отбывающихъ изъ персидскихъ портовъ Каспійскаго моря въ наши порты, въ Энзели, Мешедессеръ и на Гязскій берегъ командированъ медицинскій персоналъ, снабженный необходимыми лѣкарствами и обеззараживающими средствами. Къ судамъ, прибывающимъ въ наши порты съ Персидскаго побережья Каспійскаго моря, предложено примѣнять мѣры, указанныя въ утвержденной 5-го января 1902 г. «Инструкціи морскимъ врачебно-наблюдательнымъ станціямъ и морскимъ карантиннымъ учрежденіямъ Чернаго моря», съ тѣмъ, чтобы всѣ суда, предварительно захожденія въ одинъ изъ нашихъ портовъ, направлялись въ морскую врачебно-

наблюдательную станцію въ Баку для принятія установленныхъ мѣръ. 3) Въ Красноводскѣ, Чикишлярѣ и Гассанкули, для осмотра приходящихъ изъ Персіи судовъ, открываются временные врачебно-наблюдательные пункты.

1364. «Правительственный Вѣстникъ» (24 іюня) сообщаетъ, что *для огражденія сухопутной границы Кавказа съ Персіей, отъ холеры* граница эта закрыта съ разрѣшеніемъ пропуска людей и товаровъ только черезъ врачебно-наблюдательные пункты. Открыты санитарно-исполнительныя коммиссіи въ предѣлахъ Кавказскаго края и Закаспійской области, а также въ Поволжскихъ губерніяхъ: Астраханской, Саратовской, Самарской и Симбирской.

1365. «Кіевское Слово» (1 іюля) справедливо обращаетъ вниманіе на одну изъ *ближайшихъ неотложныхъ задачъ* только что *народившагося въ Юго-Западномъ краѣ земскаго самоуправленія*, именно на *улучшеніе санитарныхъ условій населенія*, вообще, и въ частности на *улучшеніе врачебной помощи*. Въ числѣ наслѣдій, переходящихъ отъ «Приказа Общественнаго Призрѣнія» новому Земству самымъ непригляднымъ оказывается *Кирилловская больница*. Дѣйствительно, чрезвычайная тѣснота и ветхость помѣщеній, съ одной стороны, слишкомъ малые оклады содержанія больничному персоналу, при удаленности больницы отъ города, съ другой стороны, обезпечили Кирилловской больницѣ въ Кіевѣ дурную славу одной изъ худшихъ большихъ больницъ въ Европейской Россіи. Нужно думать, что молодое Земство окажется на высотѣ своего призванія и броситъ взглядъ состраданія какъ на призрѣваемыхъ больницами бѣдняковъ, такъ и на медицинскій персоналъ, поставленный въ столь ненормальныя условія работы и жизни.

1366. Во многихъ общихъ газетахъ, а также въ нѣкоторыхъ медицинскихъ журналахъ (см. напр. «Практическій Врачъ» № 27, стр. 723) появилось сообщеніе, *будто на медицинскомъ факультетѣ въ Одессѣ предположенъ ускоренный выпускъ врачей*, а именно будто выпускъ состоится не осенью 1905 г., а въ декабрѣ текущаго года. Считаемъ нужнымъ заявить, что слухъ этотъ не имѣетъ никакой фактической подкладки.

1367. *Постоянный санитарный поѣздъ между Москвою и Казанью.* Между Москвою и Казанью будетъ курсировать особый санитарный поѣздъ. Поѣздъ будетъ состоять изъ 16 вагоновъ на 250 больныхъ и раненыхъ. Въ настоящее время для этого поѣзда формируется санитарный отрядъ («Русь» 4 іюля).

1368. Изъ числа *студентовъ* В.-Медицинской Академіи, находящихся на пятомъ курсѣ, *уѣхали на Дальній Востокъ* для участія въ отрядахъ Краснаго Креста слѣдующіе: *Вучетичъ, Еремичъ, Каринскій, Куковыровъ, Пархоменко, Пушинъ, Разумовъ, Стромбергъ* и *Федынскій*. Всѣ они, по постановленію Конференціи и съ разрѣшенія военнаго министра оставляются на 5-мъ курсѣ на второй годъ, при чемъ тѣмъ изъ нихъ, которые получали до сихъ поръ стипендію, таковая сохраняется и въ будущемъ («Новости» 7 іюля).

1369. Въ *11-ый Сибирскій военно-санитарный поѣздъ* Общества Московско-Кіево-Воронежской дороги, отправленный 28 іюня изъ Москвы, старшимъ врачемъ назначенъ д-ръ *Н. К. Рубисовъ* и младшими врачами д-ра *М. М. Гуковъ* и *Н. А. Шнейдеръ*. Поѣздъ состоитъ изъ 11 вагоновъ и разсчитанъ на 156 кроватей, изъ коихъ 20 для офицеровъ.

1370. Въ *числѣ больныхъ и раненыхъ*, помѣщенныхъ въ частный лазаретъ, устроенный въ Москвѣ Московской благотворительницей Е. Н. Рукавишниковой въ собственномъ домѣ, находится д-ръ *М. Г. Петерманъ*, участвовавшій въ боѣ подъ Тюренченомъ; многоуважаемый товарищъ, какъ намъ передаютъ, перевязалъ до 400 раненыхъ и многихъ изъ нихъ переносилъ черезъ рѣку.

1371. Въ окрестностяхъ Минска служащіе на Либаво-Роменской жел. дорогѣ рѣшили построить *баракъ для эвакуированныхъ раненыхъ и больныхъ воиновъ* («Новое Время», 1 іюля).

1372. Въ бывшемъ 24 іюня *въ Москвѣ засѣданіи Коммиссіи по безплатному размѣщенію больныхъ и раненыхъ воиновъ* на призрѣніи *у частныхъ лицъ*, обсуждался, по словамъ «Русскихъ Вѣдомостей» (29 іюня), вопросъ о порядкѣ наблюденія за уходомъ и содержаніемъ больныхъ и раненыхъ воиновъ. Коммиссія постановила наблюденіе это въ Москвѣ поручить городскимъ попечительствамъ о бѣдныхъ, а внѣ Москвы—лицамъ, принявшимъ на [себя, по сношенію съ Коммиссіей, пріемъ заявленій отъ частныхъ лицъ о желаніи пріютить у себя больныхъ и раненыхъ воиновъ. Свѣдѣнія о наблюденіи должны доставляться въ Коммиссію не менѣе 2 разъ въ мѣсяцъ. Общее наблюденіе за ходомъ дѣла содержанія больныхъ и раненыхъ воиновъ какъ въ Москвѣ, такъ и въ 14-ти губерніяхъ района Московскаго военнаго округа, взяли на себя сами члены Коммиссіи, которые съ этой цѣлью будутъ совершать правильныя поѣздки, раздѣливъ между собой весь районъ на отдѣльные участки. Затѣмъ рѣшено организовать особое врачебное наблюденіе за больными и ранеными. Для пріема на военно-сборномъ пунктѣ больныхъ образована особая подкоммиссія, въ составъ которой вошли 16 врачей, изъявившихъ желаніе безвозмездно нести этотъ трудъ. Далѣе Коммиссія признала желательнымъ, чтобы лица, берущія на себя попеченіе о больныхъ и раненыхъ воинахъ, обезпечивали послѣднихъ 3 смѣнами бѣлья.

1373. *Врачами* Рязанскаго госпиталя утверждены исполнительной коммиссіей Краснаго Креста *В. П. Клевезаль* (уполномоченный), *П. М. Орлицкій, А. Н. Хрущовъ* и *М. В. Саввинъ*.—Врачами 2-го лазарета Астраханскаго Управленія Краснаго Креста назначенъ *А. П. Кохановъ* и *П. Д. Эйсмонтъ*.—Врачами Костромского лазарета Краснаго Креста назначены: *П. Ф. Гусевъ* и *В. А. Груздевъ* («Правительственный Вѣстникъ» 2 іюня).

1374. *Военно-санитарный пароходъ «Новикъ»* Петербургскаго купечества, приспособленный для перевозки больныхъ и раненыхъ воиновъ, представляетъ лазаретъ, въ которомъ имѣются: больничныя помѣщенія, аптека, обеззараживающая камера, перевязочная, баня и ванная, столовая, кухни и пр. На пароходѣ цѣликомъ можно помѣстить полный составъ больныхъ изъ одного военно-санитарнаго поѣзда въ количествѣ 252 человѣкъ (30 офицеровъ, остальные нижніе чины) («Правительственный Вѣстникъ» 29 іюня).

1375. 2 іюля изъ Москвы отправился на Дальній Востокъ *поѣздъ съ центральной бактеріологической станціей имени С. П. Боткина*. Главнымъ врачемъ отряда для борьбы съ заразными болѣзнями назначенъ д-ръ *В. И. Бѣляевъ*; младшими врачами—д-ра *Л. М. Розенталь, А. И. Бердниковъ, А. А. Цейтлинъ, М. Е. Крыжановскій* и *Н. Н. Алянчиковъ*, женщины-врачи г-жи *Ю. І. Крыжановская* и *А. П. Попелышкина-Касякова*; кромѣ того, въ отрядъ входятъ три студента-медика Московскаго Университета и 24 санитара («Русскія Вѣдомости» 2 іюля).

1376. *Для перевозки раненыхъ и больныхъ* воиновъ на Волгѣ и Камѣ, согласно съ предложеніемъ соединенной коммиссіи отъ вѣдомства путей сообщенія Нижегородскаго биржевого общества, будетъ *приспособлена* спеціальная большая *деревянная баржа, превращенная въ передвижной госпиталь*. Стоимость баржи и всѣхъ необходимыхъ приспособленій, обезпечивающихъ покой и удобства для раненыхъ, а также устройство на баржѣ парового отопленія и электрическаго освѣщенія, исчислена до 40000 руб. («Правительственный Вѣстникъ», 27 іюня).

1377. Русскій *Штутгардскій Комитетъ* по оказанію помощи нашимъ раненымъ и больнымъ воинамъ снарядилъ полный *полевой лазаретъ* съ разборнымъ баракомъ и всѣми приспособленіями на 15 офицеровъ и 25 нижнихъ чиновъ. Лазаретъ этотъ уже доставленъ на дняхъ въ Петербургъ и отправляется на Дальній Востокъ.

1378. Въ Сумахъ, въ домѣ, предоставленномъ городскимъ Управленіемъ, рѣшено открыть *эвакуаціонный лазаретъ* на 50 кроватей («Биржевыя Вѣдомости», 3 іюля).

1379. Стрѣльнинское санитарное попечительство намѣтило какъ въ самой Стрѣльнѣ, такъ и во всѣхъ ея окрестностяхъ, *до 500 удобныхъ помѣщеній для раненыхъ*, ожидаемыхъ съ театра военныхъ дѣйствій. Всѣ владѣльцы указанныхъ помѣщеній съ полной готовностью согласны принять на свое попеченіе раненыхъ («Биржевыя Вѣдомости», 3 іюля).

1380. По словамъ «Руси» (29 іюня), въ Барнаулѣ приготовлены въ настоящее время *лазареты:* на 100 кроватей въ горной больницѣ, на 150—въ переселенческомъ пунктѣ, на 25—въ с. Берскомъ и на 30—въ Новониколаевскѣ.

1381. Хвалынскій мѣстный комитетъ Общества Краснаго Креста оборудовалъ *лазаретъ на 10 кроватей* въ помѣщеніи, безплатно предоставленномъ Хвалынскимъ городскимъ общественнымъ Управленіемъ («Правительственный Вѣстникъ», 29 іюня).

1382. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 11) приводятъ изъ Манчжурской оффиціозной газеты *описаніе страданій нашихъ раненыхъ* 18 апрѣля подъ Тюренченемъ. при передвиженіи ихъ въ Ляояну. «Безропотно они ковыляли, опираясь на большія суковатыя палки, покрытыя вершковымъ слоемъ пыли и грязи почти 200 верстъ, пока добрались до Ляояна. Раненыхъ 18-го апрѣля была такая масса, что двуколки пошли подъ тяжело раненыхъ. Много осталось и въ летучихъ этапныхъ госпиталяхъ, преимущественно такихъ, кто не могъ вынести или совершить переходъ около 200 верстъ по каменистой, тяжелой и тряской дорогѣ; потому страданія раненыхъ были прямо ужасны. Это такъ и читалось на блѣдныхъ изможденныхъ лицахъ. Большинство были одѣты въ сѣрые запыленные и рваные халаты, головные уборы были самые разнообразные, начиная съ папахъ и фуражекъ, кончая старыми шапками запасныхъ. У многихъ видны были на мундирахъ громадныя пятна и брызги крови».

1383. Въ Александровскомъ паркѣ, въ Петербургѣ, рядомъ съ народнымъ домомъ построенъ и уже почти совсѣмъ оборудованъ огромный *Ортопедическій Клиническій Институтъ*. Главнымъ врачемъ Института и завѣдующимъ находящеюся при Институтѣ больницей назначенъ д-ръ *К. Х. Хорнъ*. Въ новомъ Институтѣ устроена лѣчебница на 40 безплатныхъ и извѣстное число платныхъ кроватей, а также обширная мастерская для приготовленія механо-терапевтическихъ и ортопедическихъ инструментовъ. Институтъ построенъ на казенныя деньги и нужно думать, что онъ будетъ использованъ также для цѣлей преподаванія ортопедіи, механотерапіи и массажа. По словамъ «Руси» (4 іюля), открытіе новаго Института предполагается въ началѣ августа нынѣшняго года.

1384. Въ Петербургскомъ городскомъ Управленіи, какъ намъ передаютъ, существуетъ *проэктъ расширенія* недавно открытаго *пріюта для недоносковъ* въ виду того, что размѣры пріюта значительно превосходятъ потребность въ немъ; въ теченіи 1-го года существованія пріюта пришлось отказать въ пріемѣ болѣе 200 недоносковъ по недостатку мѣста.

1385. На постройку *новой акушерско-гинекологической клиники при В.-Медицинской Академіи* (по Боткинской улицѣ) ассигновано 350000 р. Клиника должна быть окончательно закончена постройкой и оборудованіемъ къ началу 1908 г.

1386. Одесская городская Дума, въ засѣданіи своемъ 1 іюля, постановила приступить къ *постройкѣ городского родильнаго*

пріюта. На постройку ассигновано *100000 р.* изъ десятимилліоннаго городского займа.

1387. Въ Вильнѣ вышли первые 2 выпуска *новаго журнала*, посвященнаго вопросамъ психіатріи, подъ заглавіемъ «*Научный Архивъ Виленской окружной лѣчебницы*». Журналъ этотъ издается самой лѣчебницей подъ редакціей директора ея *Н. В. Краинскаго* и при участіи и сотрудничествѣ всѣхъ ординаторовъ лѣчебницы. Подписная плата за годъ 5 р. Въ вышедшихъ первыхъ 2 выпускахъ, кромѣ ряда научныхъ работъ, находится описаніе новой лѣчебницы и историческая записка о постройкѣ ея.—Отъ души желаемъ полнаго успѣха новому изданію.

1388. «Биржевыя Вѣдомости» (29 іюня) передаютъ, что медицинскій Совѣтъ нашелъ, что *нѣтъ законныхъ основаній воспретить прописываніе рецептовъ врачами не на общеупотребительномъ латинскомъ языкѣ*, а на итальянскомъ, французскомъ или на всякомъ другомъ иностранномъ языкѣ, но разрѣшить это можно лишь при условіи, чтобы аптекарямъ не вмѣнялся въ обязанность отпускъ лѣкарствъ по такимъ рецептамъ. Равнымъ образомъ, Совѣтъ не усматриваетъ основаній къ воспрещенію врачамъ дѣлать надписи на дверныхъ дощечкахъ съ обозначеніемъ, кромѣ ученой степени, спеціальности, имени и фамиліи, еще названіе тѣхъ университетовъ, въ которыхъ они получили образованіе или при которыхъ состояли для практическаго изученія спеціальности.

1389. Въ виду увеличивающагося числа оспенныхъ заболѣваній въ Варшавѣ, Варшавская врачебная Управа признала необходимымъ продлить дѣйствіе открытыхъ въ маѣ *безплатныхъ станцій прививки оспы* и ходатайствуетъ о дополнительномъ ассигнованіи на эту надобность изъ городскихъ средствъ 1000 р.

1390. «Сѣверо-Западное Слово» (29 іюня) передаетъ, что въ виду переполненія госпиталей для душевно-больныхъ Министерство путей сообщенія возбудило вопросъ *о постройкѣ пріютовъ при всѣхъ дорогахъ для психически заболѣвшихъ желѣзнодорожнослужащихъ.*

1391. Петербургскимъ Обществомъ охраненія здоровья женщины открываются *курсы для подготовки лицъ женскаго пола къ уходу за новорожденными.* Для болѣе нагляднаго обученія при курсахъ будутъ открыты ясли. Въ дальнѣйшемъ намѣчено открытіе подобныхъ-же курсовъ для матерей и воспитательницъ и въ провинціальныхъ городахъ, а также организація летучихъ отрядовъ для оказанія врачебной помощи по всей Россіи («Биржевыя Вѣдомости», 5 іюля).

1392. Въ Ростовѣ на Дону въ скоромъ времени открывается *Pasteur'овская станція* при мѣстной Николаевской городской больницѣ («Биржевыя Вѣдомости», 3 іюля).

1393. «Нижегородскій Листокъ» (26 іюня) передаетъ, что г-жа Пашкова открыла въ с. Ветошкинѣ *школу для болѣзненныхъ и малоуспѣшныхъ дѣтей*, которыя, пользуясь полнымъ содержаніемъ и обученіемъ безплатно, будутъ жить въ имѣніи подъ наблюденіемъ Ветошкинскаго врача г. *Ассендельфта.*

1394. Въ Купянскомъ уѣздѣ свирѣпствуетъ, какъ передаетъ «Бессарабецъ» (26 іюня), *брюшной тифъ*, принявшій эпидемическій характеръ. Въ нѣсколькихъ селеніяхъ онъ такъ распространенъ, что нѣтъ избы, гдѣ-бы ни болѣлъ тотъ или другой членъ семьи. Земскіе врачи выбиваются изъ силъ.

1395. Въ «Биржевыхъ Вѣдомостяхъ» (3 іюля) помѣщена *замѣтка о городской больницѣ въ г. Маріинскѣ.* Больные, будтобы, бѣгутъ изъ богоугоднаго заведенія и подъ его кровъ приходятъ лишь тѣ, которымъ некуда дѣться. Грязь въ палатахъ поразительная... Въ одной и той-же палатѣ лежатъ 4 больныхъ—1 женщина и 3 мужчинъ...—Не сообщитъ-ли намъ товарищъ, завѣдующій больницей, насколько замѣтка эта заслуживаетъ довѣрія?

1396. 27 іюня происходило очень теплое *чествованіе* земскаго *фельдшера* Мангеймскаго участка, Одесскаго уѣзда, Т. Ф. Артеменко (завѣдующаго самостоятельнымъ фельдшерскимъ пунктомъ), по случаю *25-лѣтія служенія его въ одномъ и томъ-же земскомъ участкѣ.* Отъ имени земскихъ врачей Одесскаго уѣзда Т. Ф. Артеменка привѣтствовалъ уѣздный санитарный врачъ *А. И. Улыбышевъ* («Одесскія Новости», 29 іюня).

1397. Изъ находящагося въ Петербургѣ завода военно-врачебныхъ заготовленій послана недавно на Дальній Востокъ большая партія *лимонной кислоты* и *клюквеннаго экстракта.* Заводъ значительно расширяется и въ немъ устроена спеціальная фармакологическая и бактеріологическая лабораторія.

1398. Изъ прочитаннаго на годовомъ Собраніи (5 іюля) *Попечительства о глухонѣмыхъ отчета за 1903 г.* видно, что въ отчетномъ году былъ командированъ первый разъ въ Россіи *летучій ушной отрядъ* именно въ Екатеринославскую губ. для подачи населенію безплатной медицинской помощи по ушнымъ и носовымъ болѣзнямъ. За 3 мѣсяца отрядомъ было осмотрѣно 4782 больныхъ и изслѣдовано 373 глухонѣмыхъ.

1399. *Преподаваніе гигіены военнымъ врачамъ*, прикомандированнымъ къ В.-Медицинской Академіи для научнаго усовершенствованія и изученія хирургіи, съ полученіемъ за это установленнаго вознагражденія въ 1000 р. въ годъ, предоставляется, согласно постановленію военнаго Совѣта, не только профессорамъ Академіи, но также, съ согласія ихъ и съ разрѣшенія Конференціи Академіи, и частнымъ преподавателямъ.

1400. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 11) приводятъ интересный *отвѣтъ изъ Пятигорска на запросъ одной больной еврейки*, которую врачи посылали туда для лѣченія. «Лѣчиться могутъ только съ высшимъ образованіемъ, остальнымъ нельзя».

1401. Въ майской книжкѣ «Журнала Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» сообщается, что въ засѣданіи правленія Пироговскаго Общества 24-го февраля доложено было *письмо проф. А. А. Боброва* на имя *Г. Н. Габричевскаго объ отказѣ отъ предсѣдательства и о выходѣ изъ состава членовъ Правленія* въ виду того, что «теченіе Пироговскаго Общества измѣняетъ свой курсъ, и онъ не находитъ въ себѣ сочувствія дѣйствіямъ настойчиво выдвигающейся партіи въ этомъ Обществѣ». По поводу этого письма *Г. Н. Габричевскій* обратился къ проф. *А. А. Боброву*, по порученію Правленія, за выясненіемъ затронутыхъ имъ вопросовъ. Отъ проф. *Боброва* полученъ отвѣтъ, въ которомъ онъ мотивируетъ свой отказъ ссылкой на некорректный образъ дѣйствій нѣкоторыхъ членовъ бывшаго въ Петербургѣ IX-го Пироговскаго Съѣзда по отношенію къ профессорамъ и частно практикующимъ врачамъ, а также—въ 2-хъ случаяхъ—къ избраннымъ почетнымъ лицамъ Съѣзда, при чемъ такое отношеніе не только не встрѣтило протеста, но, напротивъ, нашло себѣ одобреніе со стороны присутствовавшихъ членовъ Съѣзда. «Согласно уставу и устанавливающемуся обычаю. Правленіе должно идти въ униссонъ большинству членовъ Общества», говоритъ въ своемъ письмѣ проф. *Бобровъ*, но онъ не находитъ въ себѣ «сочувствія» отмѣчаемымъ имъ «дѣйствіямъ» членовъ Общества, почему и считаетъ нужнымъ «отойти въ сторону». По обсужденіи опредѣлено: 1) согласно желанію проф. *Боброва*, напечатать его письмо при журналѣ засѣданія Правленія и 2) высказать, что *Правленіе Пироговскаго Общества совершенно не раздѣляетъ мнѣнія проф. Боброва относительно перемѣны «курса» Пироговскаго Общества*, а равно не усматриваетъ основаній къ тому, чтобы признать существованіе «настойчиво выдвигающейся партіи въ Обществѣ», какъ это полагаетъ проф. *Бобровъ*. Послѣ того какъ инкриминируемый проф. *Бобровымъ* докладъ, касающійся частной практики, напечатанъ (въ томъ совершенно видѣ, какъ онъ былъ доложенъ на IX Съѣздѣ) въ «Журналѣ» Общества (см. № 1—2 «Журнала» за 1904 г.) въ глазахъ всѣхъ должны сами собой пасть обвиненія этого доклада въ оскорбленіи профессорской коллегіи. Равнымъ образомъ, послѣ напечанія постановленій IX-го Съѣзда, несомнѣнно, должны потерять подъ собою почву преувеличенные слухи относительно этихъ постановленій. Бывшіе на Съѣздѣ члены Правленія считаютъ также преувеличеннымъ, не отвѣчающимъ дѣйствительности обвиненіе членовъ Съѣзда въ некорректномъ отношеніи къ избраннымъ почетнымъ лицамъ и полагаютъ, что проф. *Бобровъ*, не присутствовавшій на Съѣздѣ лично, повидимому, находится въ заблужденіи относительно нѣкоторыхъ событій, происшедшихъ на Съѣздѣ.

1402. Въ засѣданіяхъ Смоленскаго губернскаго врачебнаго Совѣта 28 и 29 января обсуждалось надѣлавшее много шуму *заявленіе ординаторовъ Смоленской Психіатрической больницы объ отставкѣ* (см. «Русскій Врачъ», 1903 г. № 38, стр. 1339, № 41, стр. 1448 и выше № 1, стр. 30). Послѣ продолжительныхъ преній на баллотировку былъ поставленъ вопросъ, *находитъ-ли врачебный Совѣтъ необходимымъ сдѣлать по поводу ухода ординаторовъ какое-либо постановленіе.* Большинствомъ 8 противъ 5 вопросъ рѣшенъ въ положительномъ смыслѣ. По обсужденіи предложенныхъ редакцій, большинствомъ 8 противъ 5 принята слѣдующая редакція постановленія Совѣта: въ виду того, что Управою заявлено о невозможности предоставить на разсмотрѣніе и обсужденіе губернскаго врачебнаго Совѣта всего вопроса о существующемъ строѣ въ психіатрической больницѣ въ полномъ его объемѣ, губернскій врачебный Совѣтъ считаетъ своею обязанностью лишь отмѣтить ту несомнѣнную заслугу ординаторовъ психіатрической больницы, что, благодаря главнымъ образомъ имъ, дѣло введенія коллегіальнаго начала въ психіатрической больницѣ получило возможность практическаго осуществленія. Затѣмъ единогласно принято слѣдующее постановленіе: Совѣтъ выражаетъ сожалѣніе, что ординаторы подали заявленіе объ отставкѣ, не выждавъ исполненія постановленія губернскаго земскаго Собранія объ упорядоченіи хода внутренней жизни психіатрическаго отдѣленія. При обсужденіи вопроса о выборѣ кандидатовъ на мѣста ушедшихъ ординаторовъ членами Совѣта было указано на случайность подбора кандидатовъ, небольшое ихъ число и отсутствіе свѣдѣній о нихъ, кромѣ оффиціальныхъ. Кромѣ того указывалось, что губернскій врачебный Совѣтъ не имѣлъ возможности разобрать психіатрическое дѣло in toto, не знаетъ доли участія въ немъ сторонъ—старшаго врача и ординаторовъ; одна сторона—ординаторы уходятъ теперь, находя невозможной дальнѣйшую работу; есть какъ будто обстоятельства въ жизни психіатрической больницы, тормозящія введеніе коллегіальной организаціи. Много было указаній на неколлегіальность старшаго врача, но, не смотря на это, съ его стороны не было дано никакихъ объясненій по этому поводу. Послѣ преній врачебнымъ Совѣтомъ сдѣлано постановленіе въ слѣдующей редакціи. «Въ виду исключительныхъ обстоятельствъ въ жизни психіатрической больницы, врачебный Совѣтъ затрудняется въ настоящее время рекомендовать Управѣ кандидатовъ на мѣста ординаторовъ въ психіатрической больницѣ» («Свѣдѣнія о заразныхъ больныхъ и дѣятельности медицинской организаціи въ Смоленской губ.,» № 4).

1403. Изъ *«отчета о дѣятельности бактеріологическаго Института Московскаго Университета за 1903 годъ.* Общее число флаконовъ всякихъ сыворотокъ, отпущенныхъ за 1903 годъ,—39057; изъ нихъ на противодифтерійную приходится 31611 флако-

новъ, на предохранительную 3019 фл.; на противострептококковую 3746 фл., на противотетаническую 61 фл., на противоскарлатинозную 350 фл. и на противодизентерійную 270 фл. Распредѣленіе сыворотки — весьма неравномѣрно: такъ, напр., противодифтерійной сыворотки было отпущено въ отчетномъ году въ однѣ Московскія больницы 10441 флак., въ различные города 11064 флак., а на земскія больницы пошло всего 6405 флаконовъ. Сыворотка противодизентерійная, впервые приготовленная у насъ въ Россіи, получается съ помощью токсина и разводокъ, и, слѣд., принадлежитъ къ сывороткамъ антитоксическимъ и бактеріеубивающимъ въ одно и тоже время. Сила сыворотки испытывается на кроликахъ путемъ впрыскиванія имъ смѣси изъ 10-кратной смертельной дозы токсина и различныхъ количествъ сыворотки, при чемъ число антитоксическихъ единицъ насчитывается по методу *Ehrlich*'а для сыворотки противодифтерійной. Сыворотка эта была примѣнена съ успѣхомъ д-ромъ *Розенталемъ* на 158 больныхъ въ Старо-Екатерининской больницѣ. Количество сыворотки, впрыскиваемой за-разъ, равнялось 20 к. стм. Для излѣченія незапущенныхъ случаевъ достаточно, большей частью, однократное впрыскиваніе.—Что касается до учебной дѣятельности Института, то въ отчетномъ году, какъ и въ прежніе годы, состоялся курсъ бактеріологіи для врачей и практическія занятія. За право пользованія курсомъ и участіе въ практическихъ занятіяхъ по прежнему каждый платилъ по 15 р.; кромѣ того, за пользованіе микроскопомъ взималась добавочная плата въ размѣрѣ 10 р. Общее число практикантовъ въ отчетномъ году составило 22 человѣка. Въ весеннемъ полугодіи въ Институтѣ происходили практическія занятія для студентовъ-медиковъ VI семестра. Всѣ занятія въ Институтѣ велись подъ руководствомъ завѣдующаго институтомъ *Г. Н. Габричевскаго*, при содѣйствіи помощниковъ его: *Н. М. Берестнева*, *Л. А. Чупаева*, *Н. И. Власьевскаго* и *П. В. Циклинской* (д-ра естественныхъ наукъ). На содержаніе Института поступило и израсходовано 38228 рублей.

1404. Русская колонія въ Парижѣ образовала *Комитетъ* для *чествованія памяти А. П. Чехова*. Во главѣ этого Комитета, по словамъ «Русскаго Слова» (4 іюля), стоитъ проф. *И. И. Мечниковъ*.

1405. 16 іюля въ Парижѣ, при чрезвычайно торжественной обстановкѣ, въ присутствіи президента республики, многихъ министровъ, профессоровъ и врачей происходило *открытіе международнаго памятника Pasteur*'у. Мы дадимъ въ одномъ изъ ближайшихъ № «Русскаго Врача» подробное описаніе этого по истинѣ международнаго научнаго праздника.

1406. Въ истекшемъ зимнемъ семестрѣ *въ Швейцарскихъ медицинскихъ факультетахъ* было *больше студентокъ, чѣмъ студентовъ*, а именно 891 женщинъ и 763 мужчинъ. Число студентокъ на медицинскихъ факультетахъ Швейцаріи распредѣлилось такъ: въ Бернѣ—377, въ Лозаннѣ—181, въ Цюрихѣ—177, въ Женевѣ—151 и въ Базелѣ—5 («Gazette médicale de Paris» 9 іюля).

1407. Оксфордскій Университетъ предложилъ проф. *Curie* (открывшему радій) *званіе почетнаго доктора*.

1408. О *своеобразномъ проявленіи истеріи у мужчины—желаніи подвергнуться чревосѣченію*—сообщаютъ д-ра *Thoinot* и *Mosny* въ іюльскомъ засѣданіи «Société médicale des hôpitaux». По настойчивой просьбѣ больного, ему уже раньше производили 3 раза чревосѣченіе въ 1896, 1898 и 1901 г. по поводу предполагаемаго бугорчатковаго пораженія брюшины. Всякій разъ чревосѣченіе не обнаруживало бугорчатки, между тѣмъ больной жаловался на сильныя брюшныя боли, тимпанизмъ и пр. Наконецъ недавно больной обратился къ *Th.* и *M.* съ настойчивой просьбой произвести ему 4-ое чревосѣченіе. Въ виду отсутствія всякаго показанія къ операціи и вполнѣ здороваго даже упитаннаго вида больного, докладчики на отрѣзъ отказались удовлетворить его просьбу. Если-бы подыскивать особый терминъ для этого своеобразнаго проявленія истеріи, то можно было-бы назвать его лапаротофиліей.

1409. Въ Генуѣ подъ редакціей проф. *Maragliano* началъ выходить въ свѣтъ *новый журналъ*, посвященный спеціально вопросу объ изученіи и о лѣченіи бугорчатки, подъ заглавіемъ «*Annali dell'Instituti Maragliano per lo studio e la cura della tuberculosi*».

1410. *Деканомъ* медицинскаго факультета Львовскаго Университета *избранъ* проф. *W. Łukasiewicz* («Przegląd lekarski», 9 іюля).

1411. Морской министръ Франціи пригласилъ морскихъ префектовъ поспѣшить организаціею въ портахъ «Gouttes le lait» системы Lyon'скаго проф. *Ausset* («Le Concours médical», 2 іюля).

1412. *Въ Харрарѣ* (Абиссинія) открыта *французская больница* имени Расъ-Маконена («Le Caducée», 2 іюля).

1413. *Зданія стараго медицинскаго факультета въ Парижѣ* на улицѣ de la Bûcherie, зачисленныя недавно въ разрядъ историческихъ памятниковъ, рѣшено реставрировать («Gazette des hôpitaux», 25 іюня).

1414. На медицинскомъ факультетѣ въ Napoli учреждается 2-я *каѳедра частной патологіи*, съ назначеніемъ на нее сенатора проф. *Tommaso Senise* («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 26 іюня).

1415. Правительственные химики Соединенныхъ Штатовъ Сѣверной Америки, изслѣдовавъ по порученію почтоваго департамента рядъ *патентованныхъ лѣчебныхъ средствъ*, нашли почти во всѣхъ ихъ *алкоголь*, отъ 7,23% до 44,3% («American Medicine», 4 іюня).

1416. Санитарное бюро штата Indiana постановило, что отнынѣ никто *страдающій бугорчаткою не можетъ учительствовать* въ публичныхъ школахъ штата. Въ настоящее время въ послѣднемъ оказывается 250 школьныхъ учителей, имѣющихъ эту болѣзнь («American Medicine», 18 іюня).

1417. Нѣкая г-жа Bessie M. Dresser, проѣзжая въ мартѣ 1902 г. по желѣзной дорогѣ New-York, New-Haven, получила *поврежденіе глаза желѣзнымъ осколкомъ* съ тендера встрѣчнаго поѣзда и предъявила къ желѣзнодорожной компаніи искъ въ 50000 долларовъ; *искъ* этотъ *признанъ* теперь судомъ *подлежащимъ удовлетворенію* въ размѣрѣ 18500 долларовъ — болѣе 37000 р. по курсу («American Medicine», 25 іюня).

1418. Изъ *Пекина* сообщаютъ, что Si-Liang, вице-король провинціи Сечуенъ, устраиваетъ *медицинскую школу* съ французами-преподавателями; въ школу эту выбрано 30 студентовъ изъ китайскихъ войскъ, съ тѣмъ, чтобы по окончаніи курса они вернулись въ свои полки («American Medicine», 25 іюня).

1419. Въ Washington'ѣ 10 іюня, въ присутствіи большого числа врачей, *открытъ памятникъ д-ру Benjamin*'у *Rush* (1745—1813), извѣстному американскому врачу и филантропу. Покойный былъ первымъ психіатромъ Америки и, кромѣ того, извѣстенъ какъ одинъ изъ славной плеяды подписавшихъ «декларацію о независимости» («The Medical Age», 25 іюня).

1420. Въ виду сильнаго распространенія бугорчатки среди метельщиковъ городскихъ улицъ въ New-York'ѣ, мѣстное санитарное бюро вырабатываетъ *рядъ мѣръ для защиты метельщиковъ отъ пыли*. Имѣется въ виду, между прочимъ, сдѣлать обязательною прибавку къ водѣ, которою поливаютъ улицы, обеззараживающихъ веществъ, обязать метельщиковъ брать ванну передъ отправленіемъ домой послѣ работы и обеззараживать черезъ день рабочее платье («The Medical Age», 25 іюня).

1421. Петербургскій корреспондентъ New-York'ской газеты «Sun» сообщаетъ о появленіи въ нашихъ войскахъ, расквартированныхъ въ китайскихъ домахъ Мукдена, какой-то «*зеленой чумы*». По его свѣдѣніямъ, *новая болѣзнь* эта поражаетъ сначала зрѣніе, затѣмъ появляются зеленыя пятна на тѣлѣ; обычный исходъ—смерть; болѣзнь въ высшей степени заразительна; китайцы, по видимому, невоспріимчивы къ ней («The Medical Age», 25 іюня).—Мы были бы очень признательны, если бы кто-либо изъ товарищей, работающихъ въ Мукденѣ, сообщилъ намъ болѣе достовѣрныя свѣдѣнія относительно этого неяснаго извѣстія.

1422. Въ *Германіи* замѣчается за послѣдніе годы постепенное *возрастаніе числа самоубійствъ*: въ 1900 г. самоубійцъ насчитывалось около 20 на 100000, въ 1901 г. 20,8, а въ 1902 г. уже 21,4. Большій % самоубійцъ даютъ, разумѣется, промышленные округа, а меньшій земледѣльческіе («The Medical Age», 25 іюня).

1423. Новѣйшими опытами *W. Crookes*'а обнаружено *своеобразное дѣйствіе радія на алмазъ*: подъ вліяніемъ его лучей послѣдній превращается въ простой графитъ; съ другой стороны, въ началѣ дѣйствіе сводится, наоборотъ, къ улучшенію алмаза, просвѣтленію его; такое-же дѣйствіе оказываетъ радій и на цвѣтные драгоцѣнные камни («The Lancet», 9 іюля).

1424. *Умерли:* 1) 19 іюня въ Таганрогѣ скоропостижно *Мендель Яковлевичъ Зеленскій*, родившійся въ 1866 г., а званіе врача получившій въ 1891 г. («Южный Курьеръ», 28 іюня).—2) 1 іюня въ Каменицѣ (Австрія), 70-лѣтнимъ старцемъ, д-ръ *Іованъ Іовановичъ Змай*, первый по таланту и значенію сербскій поэтъ. Уроженецъ Новаго Сада, онъ приходился родственникомъ покойному сербскому королю Александру Обреновичу, что не мѣшало ему и въ жизни, и въ поэзіи быть настоящимъ демократомъ. Окончивъ гимназію, *Змай*, по желанію отца, принялся за изученіе юридическихъ наукъ въ Будапештскомъ, Пражскомъ и Вѣнскомъ Университетахъ, а въ 1861 г. вернулся въ Новый Садъ и отдался цѣликомъ литературѣ. Затѣмъ, уже женатымъ человѣкомъ и извѣстнымъ поэтомъ, онъ получилъ возможность осуществить свое давнее желаніе—изучать природу и медицину, и поступилъ вновь въ Пештскій Университетъ, на медицинскій факультетъ. Черезъ 6 лѣтъ онъ былъ докторомъ медицины и работалъ вольнопрактикующимъ врачемъ въ разныхъ мѣстахъ сербо-хорватской земли,—въ Панчевѣ, Карловцахъ, Футогѣ, Новомъ Садѣ, Каменицѣ, Бѣлградѣ, Загребѣ и кромѣ того, въ Вѣнѣ («Славянское Вѣче», № 82).—3) 14 іюня въ Москвѣ *Любовь Ивановна Истомина*, званіе врача получившая весной 1904 г.—4) 2 іюня въ Баденвейлерѣ (Швейцарія) *Антонъ Павловичъ Чеховъ*, родившійся въ 1860 г., а званіе врача получившій въ 1884 г. Покойный врачебной практикой почти не занимался, но его перу принадлежатъ въ числѣ цѣлаго ряда талантливыхъ и общеизвѣстныхъ беллетристическихъ произведеній нѣсколько замѣчательно правдиво и художественно написанныхъ разсказовъ изъ больничной и врачебной жизни, напр., «Палата № 6» и др.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere. Апрѣль. Т. CII. Тетр. 5 и 6.

1. **А. О. Игнатовскій.** *Ein neuer Typus eines klinischen Anemocalorimeters.* Описаніе и рисунокъ прибора воздушнаго клиническаго калориметра. 2. **K. Bürker.** *Zur depressiven Kathodenwirkung.* Критическая замѣтка. 3. **Adolf Basler.** *Ueber den Einfluss der Reizstärke und der Belastung auf die Muskelcurve.* Опыты на мышцахъ лягушекъ. 4. **Надежда Зиберъ и С. Метальниковъ.** *Ueber Ernährung und Verdauung der Bienenmotte (Galleria mellonella).* Изслѣдованіе надъ личинками пчелъ. 5. **Н. В. Крыловъ.** *Ueber den Einfluss des Morphins auf die Fortbewegung des festen Magendarminhaltes hungernder Kaninchen.* Опыты надъ дѣйствіемъ морфія на передвиженіе кишечнаго содержимаго у голодающихъ кроликовъ. 6. **E. Pflüger.** *Fortgesetzte Untersuchung über den Glykogengehalt der foetalen Leber und die Iodreaction des Glykogenes.* Въ самыхъ раннихъ стадіяхъ развитія печень не содержитъ гликогена. 7. **Edward Babák.** *Über die Wärmeregulation im Fieber.* Распредѣленіе тепла у лихорадящихъ. 8. **R. Magnus.** *Versuche am überlebenden Dünndarm von Säugethieren.* Соотношеніе между нервами кишечника и аутоматическими движеніями кишекъ. 9. **A. Siewert.** *Ueber ein Verfahren der manometrischen Registrierung der Zusammenziehungen des isolirten Säugethierherzens.* Описаніе способа и рисунки къ нему.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Май. Т. LI. Тетр. 2 и 3.

1. **A. Grober.** *Die Bindung des Pepsins an die Salzsäure.* Слабые растворы соляной кислоты обладаютъ способностью привлекать къ себѣ фиксированный на хлопьяхъ фибрина (въ мочѣ) пепсинъ. 2. **Fritz Netolitzky.** *Untersuchungen über den giftigen Bestandteil des Alpensalamanders.* Изслѣдованіе яда черной альпійской саламандры. 3. **Friedrich Peters.** *Pharmakologische Untersuchungen über Corydalisalkaloide.* Фармакологическія свойства алкалоидовъ коридалиса. 4. **A. Heffter.** *Beiträge zur Pharmakologie des Schwefels.* Вліяніе сѣры на организмъ животныхъ (кроликовъ). 5. **Anna Tuschnow-Philippoff.** *Über das Verhalten der Meconsäure, Komensäure und Komenaminsäure im tierischen Organismus.* Опыты на кроликахъ и собакахъ. 6. **L. Riess.** *Über die Beziehungen der Spindelzellen des Kaltblüterblutes zu den Blutplättchen der Säugetiere.* Изслѣдованіе крови у холоднокровныхъ на кровяныя пластинки. 7. **J. Honda.** *Untersuchungen über die Saponinsubstanzen der Diascorea Tokoro Makino.* Фармакологическія свойства діаскорина. 8. **E. Poulsson.** *Über das «Isokreatinin» und dessen Identität mit Kreatinin.* Подтвержденіе тождества креатинина съ изокреатининомъ. 9. **Carl Luca Alsberg.** *Beiträge zur Kenntniss der Nucleinsäure.* Химическій анализъ нуклеиновой кислоты. 10. **Edwin S. Faust.** *Über das Fäulnissgift Sepsin.* Опыты надъ гнилостнымъ ядомъ.

Archiv für Hygiene. Т. XLIX. Тетр. 4.

1. **Jokote.** *Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygienisch wichtiger Gase und Dämpfe auf den Organismus.* Дѣйствіе фосфористаго водорода на организмъ. 2. **П. В. Бутягинъ.** *Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygienisch wichtiger Gase und Dämphe auf den Organismus.* Вліяніе фосфортрихлорида на организмъ животныхъ. 3. **C. Tonzig.** *Bedeutung der Farbe in der desinfizierenden Wirkung der Lacke.* Вліяніе цвѣта на обеззараживающія свойства масляныхъ красокъ. 4. **Max Rubner.** *Die Umsetzungswärme bei der Alkoholgärung.* О теплообразованіи при алкогольномъ броженіи.

Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwickelungsgeschichte. 1903. Декабрь. Т. LXIII. Тетр. 2—4.

1. **J. Rejsek.** *Anheftung (Implantation) des Säugetiereies an die Uteruswand, insbesondere des Eies von Spermophilus citillus.* Процессъ внѣдренія яйца млекопитающаго въ стѣнку матки. 2. **Maximilian Wallisch.** *Zur Bedeutung der Hassall'schen Körperchen.* Микроскопическое изслѣдованіе зобной железы и значеніе Гассалевыхъ железъ. 3. **Lydia Félicine.** *Über die Beziehungen zwischen dem Blutgefässsystem und den Zellen der Nebenniere.* Распредѣленіе кровеносныхъ сосудовъ въ паренхимѣ надпочечниковъ. 4. **Fr. Loewe.** *Ueber Neu- und Rückbildung im Ovarium vom Maifisch (Clupea alosa Cuv).* Явленія пролифераціи и обратнаго развитія яичниковъ у рыбъ. 5. **E. Ballowitz.** *Die merkwürdigen 2¼ Millimeter langen Spermien des Batrachiers Discoglossus pictus Otth.* О сперматозоидахъ-гигантахъ у амфибій. 6. **Wera Polowzow.** *Ueber kontraktile Fasern in einer Flimmerepithelart und ihre funktionelle Bedeutung.* Тонкое строеніе клѣтокъ мерцательнаго эпителія. 7. **N. Loewenthal.** *Beitrag zur Kenntniss der Struktur und der Teilung von Bindegewebszellen.* Строеніе и размноженіе клѣтокъ соединительной ткани. 8. **Richard Koch und N. Loewenthal.** *Epithelstudien am dritten Augenlide einiger Säugetiere.* О строеніи эпителія въ третьемъ глазномъ яблокѣ у млекопитающихъ. 9. **Hugo Rautmann.** *Zur Anatomie und Morphologie der Glandula vestibularis maior (Bartholini) bei den Säugetieren.* Микроскопическое изслѣдованіе Бартолиновыхъ железъ у млекопитающихъ. 10. **Disse.** *Ueber die Blutgefässe der menschlichen Magenschleimhaut, besonders über die Arterien derselben.* Распредѣленіе кровеносныхъ сосудовъ въ слизистой оболочкѣ желудка. 11. **Fanny Moser.** *Beiträge zur vergleichenden Entwickelungsgeschichte der Schwimmblase.* Сравнительное развитіе плавательнаго пузыря. 12. **Carl A. Kling.** *Studien über die Entwickelung der Lymphdrüsen beim Menschen.* Развитіе лимфатическихъ железъ у человѣка. 13. **A. Schmincke.** *Ueber Ruminantierspermien und ihre Bewegung.* Описаніе сѣмянныхъ нитей и движенія ихъ у жвачныхъ. 14. **В. Тонковъ.** *Zur Kenntniss des Pericardialepithels.* Полемическая замѣтка. 15. **Konrad Helly.** *Zur Frage der primären Lagebeziehungen beider Pankreasanlagen des Menschen.* Первичные ростки поджелудочной железы у человѣка. 16. **Oscar Hertwig.** *Weitere Versuche über den Einfluss der Centrifugalkraft auf die Entwickelung tierischer Eier.* Вліяніе центробѣжной силы на развитіе яйца животныхъ. 17. **Karl Peter.** *Einiges über die Gastrulation der Eidechse.* Явленія, замѣчающіяся въ раннихъ стадіяхъ развитія ящерицъ. 18. **А. Агабабовъ.** *Ueber die Nerven der Sclera.* Распредѣленіе нервовъ въ склерѣ глаза, изученное способомъ прижизненной окраски метиленовой синью. 19. **Franz Herzog.** *Beiträge zur Entwickelungsgeschichte und Histologie der männlichen Harnröhre.* Исторія развитія и гистологическое развитіе мочевого тракта у человѣка. 20. **Lucius Stolper und Edmund Herzmann.** *Die Rückbildung der Arterien im puerperalen Meerschweinchenuterus.* Микроскопическія измѣненія при обратномъ развитіи артерій въ послѣродовомъ періодѣ матки у морскихъ свинокъ. 21. **Wendelstadt.** *Experimentelle Studie über Regenerationsvorgänge am Knochen und Knorpel.* Опыты къ вопросу о возрожденіи костей и хряща.

Archiv für Verdauungs-Krankheiten. Апрѣль. Т. X. Тетр. 2.

1. **Schüle.** *Ueber die Sondierung und Radiographie des Dickdarms.* Техническіе пріемы зондированія и радіографій толстыхъ кишекъ. 2. **Georg Pietrkowski.** *Ueber Aetiologie und Schluckmechanismus bei idiopathischer Speiseröhrenerweiterung.* 4 случая расширенія пищевода и опыты для изученія механизма проглатыванія при этомъ заболѣваніи. 3. **Karl Grube.** *Einige Beobachtungen über Cholelithiasis.* Описаніе 7 случаевъ желчно-каменной болѣзни. 4. **A. K. Sievert.** *Beitrag zur Bestimmung der Magengrenzen mittelst Aufblähung.* Клиническіе опыты надъ опредѣленіемъ границъ желудка съ помощью его раздуванія.

Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie. Апрѣль. Т. V. Тетр. 7 и 8.

1. **Ivar Bang.** *Chemische Untersuchungen der lymphatischen Organe.* Химическое изслѣдованіе зобной железы. 2. **S. Lang.** *Ueber Desamidierung im Tierkörper.* 3. **Kammann.** *Zur Kenntniss des Roggen-Pollens und des darin enthaltenen Heufiebergiftes.* Связь между цвѣточной пылью ржи и сѣнной лихорадкой. 4. **Sigval Schmidt-Nielsen.** *Die Enzyme, namentlich das Chymosin, Chimosinogen und Antichimosin, in ihrem Verhalten zu conzentriertem elektrischen Lichte.* Вліяніе электрическаго свѣта на бродило кишечнаго сока. 5. **Agnes Kelly.** *Beobachtungen über das Vorkommen von Aetherschwefelsäuren, von Taurin und Glycin bei niederen Tieren.* Изслѣдованіе безпозвоночныхъ на присутствіе таурина и глицина. 6. **K. Shibata.** *Ueber das Vorkommen von Amide spaltenden Enzymen bei Pilzen.* О присутствіи расщепляющихъ амиды бродилъ въ плѣсневыхъ грибкахъ. 7. **Ivar Bung.** *Ueber die Labwirkung des Blutserum.* Створаживающее дѣйствіе кровяной сыворотки. 8. **Walter Haussmann** *Zur Kenntniss des biologischen Arsennachweises.* 9. **Sigval Schmidt-Nielsen.** *Wirkung der Radiumstrahlen auf Chymosin.* Опыты съ радіемъ.

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Мартъ. Т. XV. № 6—8.

1. **Alexander Lustig.** *Ist die für Gifte erworbene Immunität übertragbar von Eltern auf die Nachkommenschaft?* Къ вопросу о наслѣдственной передачѣ пріобрѣтенныхъ особенностей. 2. **v. Hansemann.** *Die Grösse der Knoten bei akuter und chronischer Miliartuberkulose.* Величина бугорковъ при острой и хронической миліарной бугорчаткѣ оказалась minimum 0,05 и maximum 2,09. 3. **G. Schickele.** *Die Lehre von den mesonephrischen Geschwülsten.* Литературно-критическій обзоръ.

Centralblatt für die gesammte Therapie. Май. Тетр. 5.

1. **Emil Schütz.** *Zur Diagnostik und Therapie des Speiseröhrenkrebses.* Клиническая лекція. 2. **Richard Leo Grünfeld.** *Die funktionelle Nierendiagnostik.* (Не окончена).

Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Апрѣль. № 8—9.

1. **Bernheim-Karrer.** *Ueber Pylorusstenose im Säuglingsalter.* Случай съуженія привратника у ребенка грудного возраста. 2. **Alfred Goenner.** *Die Berechtigung und die Indicationen der Konzeptionsverhinderung.* Показанія къ предупрежденію зачатія. 3. **Lanz.** *Sehnenplastik bei habitueller Luxation der Patella.* Описаніе случая пластической операціи сухожилія при привычномъ вывихѣ надколѣнной чашки. 4. **E. Fricker.** *Ueber einen Fall von sog. spindelförmigen oder flaschenförmigen Divertikel der Speiseröhre.* Случай расширенія пищевода. 5. **Felix R. Nager.** *Bericht über die auswärtigen Untersuchungen der Tumorenstation.* Годовой отчетъ лабораторіи по изслѣдованію опухолей.

Die Therapie der Gegenwart. Апрѣль.

1. **Emil Fischer** und **J. v. Mering.** *Ueber Veronal.* Краткая замѣтка о свойствахъ веронала. 2. **H. Winternitz.** *Ueber den respiratorischen Stoffwechsel bei der chronischen Lungentuberkulose.* Сравненіе легочнаго обмѣна у здороваго и у чахоточнаго. 3. **A. Doebert.** *Klinische Erfahrungen über die Digitalis-Dialysate.* 5 наблюденій. 4. **Heinrich Loebl.** *Ueber eine neue Applikationsmethode von Collargol (Collargolklysmen).* Примѣненіе колларгола въ видѣ клизмъ въ 28 случаяхъ различныхъ заболѣваній, въ общемъ дало хорошіе результаты. 5. **Schuster.** *Die therapeutische Verwendung der subkutanen Iodipininjektionen bei rheumatoiden Gelenksentzündungen.* Въ общемъ примѣненіе іодипина оказалось полезнымъ. 6. **L. Stembo.** *Ueber die Expektoration befördernde Wirkung des konstanten Stromes.* Примѣненіе постояннаго тока въ 3-хъ случаяхъ произвело отхаркивающее дѣйствіе. 7. **Leo Caro.** *Zur Therapie des harten Schankers.* Критическая замѣтка о терапіи твердаго шанкра. 8. **Ernst Neisser.** *Ueber Probepunktion und Punktion des Schädels.* Клиническая лекція о пункціи черепа. 9. **Carl Klieneberger.** *Ueber rektale Ernährung mit besonderer Berücksichtigung des Ulcus ventriculi.* 13 случаевъ примѣненія питанія больныхъ черезъ прямую кишку при язвѣ желудка. 10. **Max Pickardt.** *Zur lokalen Behandlung von Erkrankungen der unteren Darmabschnitte.* Описаніе способа и рисунокъ прибора. 11. **Alfred Lewandowski.** *Ueber unblutige Nervendehnung.* Критическая оцѣнка способовъ безкровнаго вытяженія нервовъ. 12. **G. Klemperer.** *XXI Kongress für innere Medizin. Leipzig 18—21 April 1904.* Отчетъ о Съѣздѣ терапевтовъ. 13. **W. Klink.** *33 Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin 6—9 April 1904.* Отчетъ о Съѣздѣ хирурговъ. 14. **Jochimsthal.** *Bericht über den III Kongress der deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.* Отчетъ о Съѣздѣ спеціалистовъ по ортопедіи.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. T. XXXVI. Тетр. 2.

1. **M. Pistor.** *Alexander Spiess. Nachruf.* Некрологъ. 2. **Th. Oehmcke.** *Gesundheit und weiträumige Stadtbebauung.* Критическій обзоръ вопроса о гигіеническихъ условіяхъ для городскихъ построекъ. 3. **E. Pfeiffer.** *Schwefelwasserstoff.* Значеніе сѣроводорода въ сточныхъ водахъ фабричныхъ заведеній. 4. **S. Oberndorfer.** *Hygiene und volkswirtschaftliche Bedeutung des Fleisches.* Мясо съ гигіенической точки зрѣнія и значеніе его въ народномъ хозяйствѣ. 5. **Kreńzlin.** *Das staatliche Aufsichtsrecht bei centralen Wasserversorgungsanlagen.* Надзоръ за городскими водопроводными сооруженіями.

Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie. Май. T. XLI. Тетр. 5.

1. **Kenzo Suto.** *Ueber einen Flüssigkeitsthermoregulator.* Сравнительная оцѣнка дѣйствія разнаго рода терморегуляторовъ. 2. **P. Ehrlich** und **C. A. Herter.** *Ueber einige Verwendungen der Naphtochinonsulfosäure.* Химическіе опыты съ нафтохино- и сѣрной кислотой. 3. **P. A. Levene.** *Die Endprodukte der Selbstverdauung tierischer Organe.* Конечные продукты самопереваривания органовъ животныхъ. 4. **P. A. Levene** und **L. B. Stookey.** *Notiz über das Pankreasnucleoproteid.* Краткая замѣтка о нуклеопротеидѣ поджелудочной железы. 5. **A. Kossel** und **H. D. Dakin.** *Ueber Salmin und Clupein.* Одноаминовыя кислоты сальмина и клупеина. 6. **R. O. Herzog.** *Ueber die Geschwindigkeit enzymatischer Reaktionen.* Выраженіе процессовъ броженія въ формѣ логарифмовъ. 7. **Louis C. Maillard.** *Ueber die Entstehung der Indoxylfarbstoffe und die Bestimmung des Harnindoxyls.* Критическій очеркъ. 8. **E. Schulze** und **N. Castoro.** *Beiträge zur Kenntniss der in ungekeimten Pflanzensamen enthaltenen Stickstoffverbindungen.* Содержаніе азотистыхъ соединеній въ сѣмени растенія. 9. **E. Schulze.** *Einige Notizen über das Lupeol.* Краткая замѣтка о лупеолѣ. 10. **E. Schulze** und **N. Castoro.** *Findet man in Pflanzensamen und in Keimpflanzen anorganische Phosphate.* О присутствіи неорганическихъ фосфатовъ въ сѣменахъ растеній. 11. **R. O. Herzog.** *Ueber die Secretionsgeschwindigkeit des Pepsins beim Hunde.* Опыты на собакахъ относительно скорости выдѣленія пепсина.

Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. Май. T. VI. Тетр. 2.

1. **К. Власовъ** и **Сепъ.** *Zur Frage bezüglich der Bewegung und der Emigration der Lymphocyten des Blutes.* Экспериментальное изслѣдованіе къ вопросу о выхожденіи лимфоцитовъ изъ кровяного ложа. 2. **С. Абрамовъ** и **А. Самойловичъ** *Zur Frage der normaeln und pathologischen Histologie der Gallenkapillaren in Verbindung mit der Lehre von der Pathogenese des Ikterus.* Микроскопическія данныя о началѣ желчныхъ путей въ печеночной ткани въ связи съ вопросомъ о происхожденіи желтухи. 3. **K. Kisbi.** *Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse.* Рядъ опытовъ на кошкахъ и собакахъ. Къ вопросу о физіологіи щитовидной железы. 4. **Ѳ. Чистовичъ** и **К. С. Акимовъ-Перетцъ.** *Amyloider Tumor der Retroperitonealdrüsen.* Случай амилоидной опухоли, изслѣдованный патолого-анатомически и гистологически. 5. **Anton Brosch.** *Zur Anatomie und Pathogenese der Vorderwand-Divertikel des Oesophagus.* Описаніе 23-хъ препаратовъ въ связи съ патогенезомъ заболѣванія. 6. **E. Fränkel.** *Kritisches zur Frage der gangrène foudroyante und der Schaumorgane.* Критическій очеркъ.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Мартъ. T. XLVI. Тетр. 2 и 3.

1. **K. Kisskalt** und **Herm. Pape.** *Ein Fall von periuterinem Exsudate, veranlasst durch einen bisher unbekannten Bacillus.* Авторъ изолировалъ новый видъ микробовъ изъ околоматочнаго эксудата. 2. **Carl Bruck.** *Experimentelle Beiträge zur Theorie der Immunität.* Для образованія антитоксина необходимо не только дѣйствіе гаптофорной группы, но также раздраженіе группой таксофорной. 3. **von Schuckmann.** *Der Einfluss der Windgeschwindigkeit auf die Wärmeabgabe.* Вліяніе скорости вѣтра на теплопотери у живого организма. 4. **Bruno Heymann.** *Ueber den Einfluss des Windes auf die Wärmeabgabe todter Objecte.* Вліяніе вѣтра на теплоотдачу мертвыми тѣлами. 5. **Fritz Kirstein.** *Ueber Beeinflussung der Agglutinirbarkeit von Bakterien, insbesondere von Typhusbacillen.* Вліяніе различныхъ условій на способность тифозныхъ палочекъ склеиваться. 6. **Fr. Konrich.** *Untersuchungen über die Agglutination des Micrococcus melitensis.* Отношеніе micrococcus melitensis къ различнаго рода кровянымъ сывороткамъ. 7. **В. Владиміровъ.** *Zur Frage von der Autoinfection.* Опыты съ введеніемъ разводокъ различныхъ микробовъ во влагалище животныхъ. 8. **Berthold Heinze** und **Erich Cohn.** *Ueber milchzuckervergährende Sprosspilze.* Біологическія свойства дрожжевыхъ грибковъ, расщепляющихъ молочный сахаръ. 9. **Rufus J. Cole.** *Ueber die Agglutination verschiedener Typhusstämme.* Опыты съ тифозными разводками различнаго происхожденія. 10. **Онъ-же.** *Experimenteller Beitrag zur Typhusimmunität.* Опыты на кроликахъ. 11. **Otto Panse.** *Trypanosoma Theileri in Deutsch-Ostafrika.* Краткая замѣтка. 12. **Kister** und **Trautmann.** *Ueber Versuche mit Formaldehydwasserdampf nach dem Verfahren v. Esmarch's.* Изученіе и сравнительная оцѣнка обеззараживающей силы водныхъ растворовъ формальдегида въ парообразномъ состояніи. 13. **R. Thiele.** *Die Vorgänge bei der Zersetzung und Gerinnung der Milch.* Свертываніе молока при различныхъ условіяхъ. 14. **Hans Streit.** *Untersuchungen über die Geflügeldiphtherie.* Экспериментальное изслѣдованіе дифтеріи у птицъ. 15. **Annibal Bettencourt** und **Carlos França.** *Ueber die Meningitis cerebrospinalis epidemica und ihren specifischen Erreger.* Клиническая картина, патолого-анатомическое и бактеріологическое изслѣдованіе. 16. **Fr. Prinzing.** *Die Verbreitung der Tuberculose in den europäischen Staaten.* Статистическія данныя.

Zeitschrift für klinische Medicin. T. LII. Тетр. 3 и 4.

1. **J. Mitulescu.** *Beiträge zum Studium der Hämatologie.* Клинико-микроскопическія изслѣдованія. 2. **A. Kautsky Bey.** *Blutuntersuchungen bei Bilharzia-Krankheit.* Анализъ крови при существованіи въ ней паразита Bilharzia sanguinis. 3. **A. Magnus-Levy.** *Ueber Myxödem.* Литература вопроса и рядъ клиническихъ наблюденій о слизистомъ отекѣ. 4. **A. Pappenheim.** *Betrachtungen über Leukämie.* Критическій обзоръ вопроса о лейкэміи. 5. **Alfred Wolff.** *Ueber Leucocytengranulationen.* Экспериментально-гистологическое изслѣдованіе протоплазмы лейкоцитовъ. 6. **L. Mohr.** *Zuckerbildung im Diabetes mellitus.* Къ вопросу объ образованіи сахара при сахарномъ мочевинурепіи. 7. **Ferdinand Blumenthal** und **Hans Wolff.** *Ueber das Auftreten der Glykoronsäure im Fieber.* Наблюденія надъ больными и опыты на животныхъ относительно гликуроновой кислоты при лихорадкѣ. 8. **Karl Glaessner.** *Zur Eiweissverdauung im Darm.* Опыты на собакахъ относительно переваривания бѣлковъ въ кишечномъ каналѣ. 9. **L. Mohr.** *Ueber den Stoffzerfall im Fieber.* Клиническія наблюденія надъ обмѣномъ при лихорадкѣ. 10. **Paul Lazarus.** *Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pankreaserkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Cysten und Steine.* Заболѣванія поджелудочной железы и въ особенности кисты и камни ея.

Zeitschrift für Heilkunde. Апрѣль. T. XXV. Тетр. 4.

1. **Franz Lucksch.** *Versuche zur experimentellen Erzeugung von Myeloschisis.* Опыты съ вызываніемъ уродствъ у куриныхъ зародышей. 2. **Carl Sternberg.** *Ueber lymphatische Leukämie.* Литература вопроса и 7 собственныхъ случаевъ лимфатической лейкэміи.

Zeitschrift für Thiermedicin. T. VIII. Тетр. 3 и 4.

1. **J. Marek.** *Weitere Beiträge zur Kenntniss der Beschälseuche.* 2. **Ernst Soest.** *Ueber Chorea beim Hunde.* 3. **Lydia Rabinowitsch.** *Zur Frage der Infectiosität der Milch tuberculöser Kühe.* 4. **P. Grunth.** *Ueber die manuelle Ablösung der zurückgebliebenen Nachgeburt beim Rinde.* 5. **August Zimmermann.** *Ueber Hufbeinfracturen.* 6. **Plósz** und **Marek.** *Ein durch Laparotomie geheilter Fall von Darmstenose beim Pferde.* 7. **Lorenz.** *Ergebnisse der Bekämpfung des Schweinerothlaufs im Grossherzogthum Hessen während der Jahre 1901 bis 1903.*

Французскіе.

Archives d'électricité médicale experimentales et cliniques. Апрѣль. № 139. Г. 13.

1. **Gagnière.** *Marché de l'interrupteur électrolytique de Wehnelt.* Критическій очеркъ. 2. **E. S. London.** *Action des rayons du radium sur le sens de la vue.* Переводъ опубликованной раньше на русскомъ языкѣ работы.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CXXIII. Изъ кабинета нормальной анатоміи Харьковскаго Университета.

Значеніе расширенія начала грудного протока для движенія лимфы.

Проз. Г. М. Іосифова.

Нижній конецъ грудного протока, происходя изъ сліянія 3-хъ стволовъ—2-хъ поясничныхъ и кишечнаго, является собирателемъ лимфы для нижней $^1/_2$ тѣла. Мѣсто сліянія указанныхъ стволовъ въ анатоміи отмѣчено, какъ начало грудного протока. Анатомическое изслѣдованіе этого начала, какъ у человѣка, такъ и, вообще, у млекопитающихъ животныхъ, указываетъ намъ, что этотъ отдѣлъ лимфатическаго русла представляетъ расширеніе, бо́льшая часть котораго ($^4/_5$—$^5/_6$) находится въ грудной полости, располагаясь выше прикрѣпленія сухожилій среднихъ ножекъ грудобрюшной преграды къ позвоночнику, а меньшая часть котораго лежитъ ниже прикрѣпленія тѣхъ-же ножекъ и, слѣд., въ брюшной полости. У человѣка это расширеніе, налитое желтиновой массой, имѣетъ видъ ампулы (цистерна) или четкообразнаго удлинненія, когда оно касается нижняго конца самого грудного протока. Но въ большинствѣ случаевъ (50—60%), при высокомъ образованіи грудного протока, расширеніе касается только стволовъ, сліяніемъ которыхъ образуется грудной протокъ. Кромѣ того, въ этихъ случаяхъ очень часто расширеніе стволовъ замѣняется *сплетеніемъ* лимфатическихъ сосудовъ. Далѣе, анатомическое изслѣдованіе указываетъ, что расширеніе, какой-бы формы оно ни было, всегда помѣщается въ углубленіи между позвоночникомъ и мясистой частью среднихъ ножекъ грудобрюшной преграды, располагаясь или съ правой стороны аорты (ампула, четкообразное удлинненіе), или позади ея (сплетеніе).

У собакъ, по указанію *Henle*[1]), расширеніе лимфатическаго русла въ видѣ цистерны (ампула) является болѣе постояннымъ. У этихъ животныхъ, такъ-же какъ и у человѣка, бо́льшая часть расширенія лежитъ выше прикрѣпленія среднихъ ножекъ грудобрюшной преграды къ позвоночнику и, слѣд., въ грудной полости. Цистерна имѣетъ яйцевидную форму и очень тонкія стѣнки, соединенныя рыхлой клѣтчаткой съ сосѣдними органами; внутренняя ея поверхность соединена съ правой боковой поверхностью аорты; наружная—въ нижнемъ отдѣлѣ прикрѣпляется къ сухожилію правой ножки грудобрюшной преграды, а въ верхнемъ отдѣлѣ, покрытая плейрой, выступаетъ въ правую грудную полость. У большихъ собакъ емкость цистерны достигаетъ до 2 к. стм.

Значительный объемъ расширенія лимфатическаго русла у начала грудного протока заставляетъ a priori сдѣлать предположеніе, что это расширеніе играетъ физіологическую роль въ движеніи лимфы, а его мѣстоположеніе у человѣка и вообще у млекопитающихъ позволяетъ сдѣлать заключеніе, что эта роль находится въ зависимости отъ движенія грудобрюшной преграды во время дыханія.

Физіологи, разсматривая движеніе лимфы по грудному протоку, почти игнорируютъ этимъ расширеніемъ и его анатомическимъ отношеніемъ къ грудобрюшной преградѣ, поэтому физіологическая роль этого расширенія далеко еще не выяснена. Если мы при этомъ примемъ во вниманіе мнѣніе проф. *Пашутина*[2]), что «физіологическіе моменты, движущіе лимфу, извѣстны намъ болѣе на основаніи предположеній, чѣмъ изъ научно поставленныхъ экспериментальныхъ доказательствъ», то будетъ понятна задача нашей работы выяснить значеніе расширенія начала грудного протока экспериментально и на основаніи добытыхъ нами анатомическихъ данныхъ.

Уже *Albert Haller* (1708—1777) доказывалъ, что колебаніе грудобрюшной преграды, прикрѣпленной къ дыхательному механизму, должно оказывать вліяніе на ускореніе теченія лимфы и хила. По его мнѣнію, во время *вдыханія* сокращенныя ножки грудобрюшной преграды, заключая между собою основаніе грудного протока, проталкиваютъ его содержимое впередъ, тогда какъ во время *выдыханія* разслабленныя ножки возвращаютъ цистерну къ прежнему состоянію, давая ей возможность наполниться новымъ количествомъ жидкости, которая въ моментъ слѣдующаго выдыханія проталкивается въ свою очередь и т. д.

Colin[3]), приводя эту выдержку, поясняетъ такъ: по «*Haller*'у эти послѣдовательныя сокращенія и разслабленія ножекъ оказываютъ такое-же вліяніе на движеніе лимфы, какое имѣетъ систола и діастола сердца на движеніе крови», и затѣмъ прибавляетъ: «дѣйствіе ножекъ, можетъ быть, не такъ существенно, какъ думаетъ *Haller*, но оно дѣйствительно для всѣхъ животныхъ, однокопытныхъ и плотоядныхъ, у которыхъ грудной протокъ проникаетъ въ грудную полость между ножками грудобрюшной преграды, а не за правой ножкой, какъ это наблюдается у большихъ жвачныхъ».

Ниже мы укажемъ, что вполнѣ раздѣляемъ мнѣніе *Haller*'а, высказанное имъ о вліяніи послѣдовательныхъ сокращеній грудобрюшной преграды на расширенное начало грудного протока, но вліяніе это мы объясняемъ совершенно иначе.

Другой изслѣдователь *Camus*[4]), недавно экспериментально изучавшій причины движенія лимфы, также пытается разъяснить вліяніе колебательныхъ движеній грудобрюшной преграды на цистерну. Наблюденія *Camus*'а сводятся къ слѣдующему: производя искусственныя дыхательныя движенія у собаки, у которой вскрыта грудная клѣтка и сердце остановилось, можно получать правильное истеченіе лимфы изъ грудного протока; истеченіе лимфы прекращалось съ остановкой дыханія; при каждомъ растяженіи легкихъ грудобрюшная преграда отталкивалась и дѣйствовала на цистерну черезъ желудокъ; чтобы обнаружилось дѣйствіе грудобрюшной преграды, необходимо, чтобы желудокъ былъ полонъ.

Въ наблюденіяхъ *Camus*'а замѣтно существенное упущеніе, такъ какъ онъ, указывая вліяніе грудобрюшной преграды на меньшую часть цистерны, расположенную въ брюшной полости, оставляетъ безъ вниманія большую ея часть, находящуюся въ грудной полости, выше прикрѣпленія грудобрюшной преграды къ позвоночнику.

При своихъ изслѣдованіяхъ мы обратили особенное вниманіе на анатомическую связь расширенія лимфатическаго русла, лежащаго выше и ниже прикрѣпленія грудобрюшной преграды и на физіологическое вліяніе, оказываемое во время дыханія на это расширеніе, послѣдовательными сокращеніями и разслабленіями прилежащихъ частей грудобрюшной преграды, и замѣтили слѣдующее:

Вскрывъ правую грудную полость у собаки, мы непосредственно рукою можемъ наблюдать движеніе среднихъ ножекъ грудобрюшной преграды, которыя при вдыханіи, отталкиваясь отъ позвоночника, принимаютъ положеніе почти перпендикулярное къ послѣднему, во время-же выдыханія, наоборотъ, съ силою прижимаются къ позвоночнику. Лимфатическая цистерна, плотно соединенная, съ одной стороны, съ аортой, съ другой стороны, съ сухожиліемъ правой ножки грудобрюшной преграды, подвергается во время вдыханія механическому растяженію. (При невскрытой грудной полости во время вдыханія цистерна подвергается также растяженію подъ вліяніемъ отрицательнаго давленія внутри грудной полости). Грудная часть цистерны, растянутая во время вдыханія, наполняется лимфой брюшной полости, сосуды которой въ этотъ моментъ подвергаются сравнительно значительному давленію. Во время выдыханія задняя часть грудобрюшной преграды, съ силою прижимаясь къ позвоночнику, надавливаетъ на цистерну, выжимая ея содержимое, которое движется по грудному протоку въ направленіи его венпаго устья, благодаря присутствію заслонокъ.

Что давленіе грудобрюшной преграды на цистерну оказываетъ извѣстное дѣйствіе, ясно доказывается опытомъ на собакѣ. Вскрывая правую грудную полость и такимъ образомъ устраняя присасывающее дѣйствіе грудной клѣтки на грудной протокъ во время вдыханія и давленіе на него спадающимися легкими и грудной клѣткой во время выдыханія, мы не наблюдаемъ почти никакого измѣненія въ истеченіи лимфы *). Истеченіе лимфы происходитъ такъ-же, какъ и при неповрежденной грудной клѣткѣ во время выдыханія и пріостанавливается во время вдыханія.

Далѣе, на основаніи нашихъ наблюденій мы можемъ съ нѣкоторой положительностью высказать мнѣніе, что наблюдаемая пріостановка истеченія лимфы на короткій промежутокъ времени (т. е. когда одно или 2 подрядъ выдыханія не сопровождаются истеченіемъ лимфы) зависитъ отъ незначительнаго нажатія грудобрюшной преградой на цистерну вслѣдствіе слабаго дыханія. По видимому, слабое дыханіе ведетъ къ переполненію лимфатической цистерны, кото-

*) Истеченіе лимфы мы наблюдали послѣ того, какъ находили грудной протокъ у мѣста его впаденія въ вену, гдѣ на него накладывали лигатуру и затѣмъ, сдѣлавъ отверстіе, вводили въ него стеклянную трубку, которая значительно облегчала наблюденіе истеченія лимфы. Грудной протокъ легче всего отыскивался въ промежуткѣ между общей сонной артеріей и угломъ сліянія яремной и подключичной венъ.

рая, наоборотъ, совершенно опорожняется при глубокомъ выдыханіи, давая внезапно обильное истеченіе лимфы, происходящее подъ вліяніемъ сокращенія брюшного пресса. Опыты показываютъ, что съ уничтоженіемъ вліянія брюшного пресса широкимъ крестообразнымъ разрѣзомъ брюшной стѣнки внезапное и обильное истеченіе лимфы болѣе не происходитъ; въ этомъ случаѣ его можно вызвать искусственно, сдавливая пальцами ножки грудобрюшной преграды, т. е. цистерну.

И такъ, наши наблюденія, вполнѣ совпадая съ установленнымъ въ физіологіи ученіемъ о движеніи лимфы по грудному протоку, только болѣе подробно выясняютъ зависимость этого движенія отъ колебательныхъ движеній грудобрюшной преграды или отъ дыханія—какъ сложной причины движенія лимфы.

Что движеніе лимфы по грудному протоку зависитъ въ значительной степени отъ толчковъ, производимыхъ колебаніемъ грудобрюшной преграды, подтвержденіе этому мы найдемъ въ сравнительной физіологіи, изучая лимфатическую систему низшихъ животныхъ, напр., лягушки и ящерицы, у которыхъ эта система устроена значительно проще и которая можетъ служить намъ точкой опоры для рѣшенія поднятаго нами вопроса.

У лягушки (классъ амфибій) лимфатическая система состоитъ изъ 3-хъ отдѣловъ: лимфатическихъ сердецъ, лимфатическихъ мѣшковъ или щелей и лимфатическихъ сосудовъ. Лимфатическія сердца представляютъ пузырьки, стѣнки которыхъ состоятъ изъ мышечной ткани. Пузырьки эти, ритмически сокращаясь, перекачиваютъ лимфу изъ полостей и мѣшковъ, не содержащихъ въ своихъ стѣнкахъ мышцъ. Въ эти лимфатическія полости впадаютъ лимфатическіе сосуды, принадлежащіе органамъ и состоящіе изъ выстланныхъ эндотеліемъ трубокъ. Лимфа, попадая въ мѣшки, переносится отсюда лимфатическими сердцами въ вены. Мы можемъ простымъ глазомъ видѣть движеніе лимфы и причину этого движенія—біеніе лимфатическихъ сердецъ, которые расположены симметрично въ 4-хъ мѣстахъ: у плечевого пояса они соединены съяремными венами, а у тазового—съ бедренными венами. У ящерицы (классъ пресмыкающихся) лимфатическая система въ общемъ имѣетъ тоже самое строеніе, но у нея лимфатическія сердца плечевого пояса отсутствуютъ и замѣняются шейными цистернами яйцевидной формы. Эти цистерны, сравнительно съ лимфатическими сердцами, имѣютъ большой объемъ и очень тонкія стѣнки, по видимому, не содержащія мышечныхъ элементовъ и поэтому ритмически несокращающіяся. Естественно возникаетъ вопросъ, какъ-же у ящерицы происходитъ истеченіе лимфы въ вены, когда во всей лимфатической системѣ, принадлежащей передней части туловища и головѣ, отсутствуютъ мышечные элементы, заключающіе необходимыя силы для движенія лимфы, какъ это мы только-что указали у лягушки.

Чтобы объяснить движеніе лимфы у ящерицы, мы должны найти вспомогательныя силы, способствующія этому движенію. Эти вспомогательныя силы тотчасъ обнаруживаются при внимательномъ изученіи мѣстоположенія шейныхъ цистернъ, стѣнки которыхъ дорзально срощены съ начальными аортами, а вентрально—съ дыхательными шейными мышцами. Цистерны съ одной стороны сообщаются съ яремными венами, а съ другой стороны — съ лимфатическими пространствами, принимающими лимфу органовъ частей тѣла, расположенныхъ впереди тазового пояса. Благодаря своему мѣстоположенію цистерны подвергаются попеременному сдавливанію и растяженію со стороны сосѣднихъ, постоянно измѣняющихъ свой объемъ, органовъ (дыхательныхъ мышцъ и начальныхъ аортъ), послѣдствіемъ чего является движеніе лимфы, направляемой заслонками въ вены. Такимъ образомъ, шейныя цистерны ящерицы, замѣняя собою лимфатическія сердца и не имѣя собственныхъ мышцъ, существенно отличаются отъ послѣднихъ тѣмъ, что систола и діастола ихъ пассивны и всецѣло зависятъ отъ измѣненія сосѣднихъ органовъ,—поэтому ихъ можно назвать *пассивными* лимфатическими сердцами.

Сравнивая шейные мѣшки ящерицы съ расширеніемъ начала грудного протока млекопитающихъ мы найдемъ полную аналогію.

Въ заключеніе я укажу, что объемъ цистерны или расширенія лимфатическаго русла у высшихъ животныхъ развитъ неодинаково. У подвижныхъ животныхъ, напр., у собаки и лошади, расширеніе—значительно; у малоподвижныхъ—барана и теленка, оно—незначительно. По величинѣ расширенія человѣка скорѣе можно отнести къ отряду подвижныхъ животныхъ и, какъ мы уже видѣли, расширеніе часто разнится въ своей формѣ. Зависитъ-ли величина расширенія отъ образа жизни или это врожденное состояніе? Нужно думать, что обѣ эти причины вліяютъ на величину расширенія. Несомнѣнно, что врожденность играетъ въ этомъ отношеніи значительную роль, доказательствомъ чего служитъ тотъ фактъ, что у 7-ми-мѣсячнаго человѣческаго плода, прожившаго 5 часовъ, мною было найдено расширеніе на нижнемъ концѣ грудного протока.

Еще болѣе доказательными фактами могутъ служить вполнѣ сформированныя цистерны, найденныя у мертворожденныхъ щенятъ, у которыхъ возможность расширенія русла дыханіемъ совершенно исключается.

Выяснивъ значеніе расширенія грудного протока для движенія лимфы и его близкую связь съ движеніемъ грудобрюшной преграды, мы невольно должны подумать о томъ, какимъ образомъ движется лимфа у зародышей и плодовъ, находящихся въ утробѣ матери и начинающихъ дышать только послѣ рожденія. Намъ кажется, что у плодовъ движеніе лимфы происходитъ менѣе сильно въ виду того, что отсутствуетъ такая важная вспомогательная сила—какъ дыханіе и что это движеніе исключительно зависитъ отъ сокращенія мышечныхъ элементовъ, заложенныхъ въ стѣнкахъ лимфатическихъ стволовъ. Весьма вѣроятно, что біеніе аорты играетъ въ этомъ возрастѣ большую роль для движенія лимфы по грудному протоку.

Вліяніе біеній аорты впервые разъясняетъ *Ab. Haller*, который, обращая вниманіе на анатомическое отношеніе грудного протока къ аортѣ въ брюшной и грудной полости, вполнѣ основательно думаетъ, что, вѣроятно, это положеніе протока предназначено въ виду толчковъ, которые онъ долженъ получать со стороны аорты и ея вѣтвей [*Milne-Edwars* [5])]. Только у плодовъ, за отсутствіемъ дыханія, можно придавать существенное значеніе вліянію біеній аорты на движеніе лимфы по грудному протоку, съ появленіемъ-же дыханія это вліяніе стушевывается, такъ какъ на сцену выступаютъ болѣе дѣятельныя вспомогательныя силы, связанныя съ актомъ дыханія.

Въ заключеніе мы всецѣло присоединяемся къ мнѣнію, высказанному уже давно *Ab. Haller*'омъ, что послѣдовательныя сокращенія грудобрюшной преграды имѣютъ большое значеніе для тока лимфы по грудному протоку, механически вліяя на его расширенное начало, и что природа вполнѣ утилизируетъ біеніе аорты и вообще артеріальныхъ стволовъ, какъ силу, способствующую движенію лимфы.

Заканчивая свою работу, считаю для себя пріятнымъ долгомъ принести мою искреннюю благодарность глубокоуважаемому проф. *А. К. Бѣлоусову* за его руководящее содѣйствіе въ моихъ сравнительно-анатомическихъ изслѣдованіяхъ, а также глубокоуважаемому проф. *В. Я. Данилевскому*, съ готовностью приходившему на помощь по спеціальнымъ вопросамъ.

Литература. 1) *Henle.* Handbuch der Gefässlehre des Menschen. 1868. — 2) *Пашутинъ.* Лекціи общей патологіи, ч. II. 1881. — 3) *Colin.* Traité de physiologie comparée des animaux. Paris, 1873. — 4) *Camus.* Causes de la circulation lymphatique («Archives de physiologie», 1894). — 5) *Milne-Edwars.* Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, т. IV. 1859.

CXXIV. Противострептококковая сыворотка въ 2-хъ случаяхъ воспаленія червеобразнаго отростка [1]).

(Съ 2-мя температурными кривыми).

М. С. Масловскаго.

Область слѣпой кишки и ея червеобразнаго отростка въ послѣднее время привлекаетъ усиленное вниманіе многихъ терапевтовъ, хирурговъ, анатомовъ и бактеріологовъ. Въ засѣданіяхъ ученыхъ Обществъ безпрерывно ведутся разсужденія о лѣченіи аппендицитовъ, тѣмъ не менѣе и до сихъ поръ не пришли еще къ опредѣленному рѣшенію, что и какъ лучше дѣлать въ случаѣ аппендицита. Правда, большинство французскихъ хирурговъ въ настоящее время рѣшительно высказывается за необходимость операціи, какъ только будетъ распознанъ аппендицитъ. *Dieulafoy*, *Hartmann*, *Poirier*, *Reclus* и другіе выдающіеся хирурги-французы стараются доказать, что необходимо оперировать въ каждомъ случаѣ аппендицита, и чѣмъ раньше, тѣмъ лучше. Лучшіе результаты получаются, если операція производится, когда всѣ острыя явленія минуютъ, т. е., въ періодѣ «à froid»; при оперированіи во время обостренія, т. е., «à chaud», хорошіе результаты получаютъ, если оперируютъ больныхъ въ первые 24—36 час. отъ начала припадка. Но такое общее назначеніе операціи во всѣхъ случаяхъ аппендицита, какъ справедливо говоритъ проф. *Бобровъ*, будетъ совсѣмъ не торжествомъ научнаго знанія, такъ какъ несомнѣнно есть много больныхъ, которые, перенесши 1—2 приступа аппендицита, выздоравливаютъ безъ всякой оперативной помощи, благодаря только внутреннимъ средствамъ и діэтетическимъ мѣрамъ.

Въ настоящее время принимаютъ слѣдующія предрасполагающія причины аппендицита: анатомическія особенности въ строеніи червеобразнаго отростка и слѣпой кишки, катарральное состояніе слизистой оболочки, частые застои; они-то и создаютъ благопріятныя условія для разводки микроорганизмовъ, которые въ свою очередь обусловливаютъ болѣе или менѣе рѣзкое воспаленіе въ этой области. Воспалительный процессъ въ области слѣпой кишки, вызванный траумою, каловыми камнями или инородными тѣлами, глистами, можетъ длиться годами, не сопровождаясь бурными припадками, но въ большинствѣ случаевъ время отъ времени бываютъ обостренія, можетъ развиться язвенный процессъ со стороны слизистой оболочки кишки, можетъ получиться нагноеніе съ послѣдовательными прободеніемъ и гнилостнымъ зараженіемъ окружающихъ тканей и болѣе отдаленныхъ органовъ.

Такимъ образомъ, вопросъ о степени необходимости оперировать всѣхъ больныхъ съ аппендицитомъ пока остается открытымъ. Нѣкоторые случаи воспаленія червеобразнаго отростка несомнѣнно проходятъ безслѣдно, благодаря опорожненію гноя обратно въ кишку чрезъ тоже отверстіе въ червеобразномъ отросткѣ или чрезъ новое отверстіе въ слѣпой кишкѣ, т. е., другими словами, путемъ самодренажированія. Иногда возможно бываетъ сдѣлать предположеніе и о всасываемости гноя, но во всякомъ случаѣ послѣднее допустимо только при существованіи небольшихъ нагноеній; большіе-же гнойники не всасываются, а только сгущаются и осумковываются. Въ 2-хъ тяжелыхъ случаяхъ воспаленія червеобразнаго отростка, которые мнѣ пришлось наблюдать, въ числѣ другихъ терапевтическихъ средствъ, я рѣшилъ испробовать примѣненіе противострептококковой сыворотки *Marmorek*'а, и результаты получились вполнѣ благопріятные для больныхъ. Мнѣ казалось, что если противострептококковая сыворотка оказывала благотворное вліяніе на теченіе родильнаго гнилокровія, рожи, гнилостныхъ жабъ (*Landouzy*), то она должна имѣть мѣсто и при лѣченіи гнилостныхъ гнойныхъ процессовъ, зависящихъ отъ страданія червеобразнаго отростка. Противострептококковая сыворотка, какъ извѣстно, представляетъ средство противомикробное, антитоксическое, специфическое противъ стрептококкціи; на самого больного она дѣйствуетъ, усиливая способность организма противодѣйствовать въ борьбѣ съ микробами и возбуждая фагоцитозъ.

Перехожу къ описанію своихъ наблюденій.

1. Капитанъ 1-го Уссурійскаго ж.-д. батальона В. Г., 38 л., уроженецъ Екатеринославской губ., заболѣлъ 3/XII 1902 г. Жалуется на сильную боль въ правой подвздошной области, тошноту, головную боль и общее недомоганіе.—Тѣлосложеніе правильное, питаніе удовлетворительное, кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты. 39°,4, п. 105. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ; слабое пальцевое постукиваніе правой подвздошной области вызываетъ рѣзкую, острую боль. Печень и селезенка не увеличены и не прощупываются. Со стороны органовъ грудной полости ничего особаго. На низъ не было 2 дня. Языкъ обложенъ густымъ, бѣлымъ налетомъ. Позыва на ѣду никакого. Позывы на рвоту, отрыжка. Моча мутная, кислой реакціи, уд. в. 1,015. Явленія хроническаго уретрита. Больной старается лежать больше на спинѣ съ притянутыми къ животу ногами, малѣйшее произвольное движеніе весьма болѣзненно. Всегда страдалъ запорами. Такого-же характера болѣзненныя явленія наблюдались въ 1898 г., 1901 г. и лѣтомъ 1902 г.; развивались на почвѣ каловыхъ застоевъ и быстро проходили при соотвѣтствующемъ назначеніи слабительныхъ при діэтѣ и покоѣ. Пьетъ водку съ 22 л.; послѣдніе 8 л. злоупотреблялъ спиртными напитками. Распознаваніе—острый катарральный аппендицитъ. Назначены—теплыя таннинoвыя промывательныя съ опіемъ, спиртовый компрессъ на животъ, покой; внутрь кусочки льда, салолъ съ кодеиномъ и жидкая пища (молоко и бульонъ).

4/XII: 39°—39°,2, п. 120. Послѣ промывательнаго слабило 2 раза; вышло много зловонныхъ газовъ и твердыхъ комковъ кала. При постукиваніи въ правой подвздошной области звукъ притупленъ. Боли по прежнему очень сильныя.

5/XII: 38°,8—39°,1, п. 100. Вздутіе живота меньше. Въ правой подвздошной области въ области слѣпой кишки прощупывается болѣзненное пропитываніе. Послѣ промывательнаго вышли комки кала.

6/XII: 39°—39°,1, п. 110. Боли въ области слѣпой кишки нѣсколько слабѣе. На низъ послѣ промывательнаго. Внутрь—соляная кислота и бензонафтолъ.

7/XII: 38°,5—39°, п. 90. Тошноты нѣтъ. Языкъ очищается. Общее состояніе лучше. Послѣ промывательнаго испражненія жидки.

8/XII: 37°—38°,5, п. 80. Боли значительно уменьшились. Пропитываніе въ томъ-же видѣ. Можетъ сидѣть. Появился позывъ на ѣду.

9/XII: 37°,2—38°,3, п. 76. Объективно—тоже. Самочувствіе хорошее. На боли не жалуется.

10/XII: 36°,5—37°,3, п. 72. Острыя явленія исчезли. Больной всталъ и ходитъ. На низъ безъ промывательнаго, жидко. Въ области слѣпой кишки осталось незначительное, малоболѣзненное пропитываніе.

Съ 11/XII дѣло замѣтно пошло на улучшеніе, дѣятельность кишечника по немногу стала возстановляться; болевыхъ, субъективныхъ ощущеній почти никакихъ; пропитываніе въ области слѣпой кишки приняло тѣстоватую консистенцію. Вечерняя температура по временамъ давала незначительное повышеніе (38°2—38°,5). Внутрь принималъ *Боткинскую* смѣсь и промывательное въ зависимости отъ запоровъ. До 28/XII чувствовалъ себя вполнѣ удовлетворительно. 28/XII послѣ любительскаго спектакля, въ которомъ больной принималъ дѣятельное участіе, вторично заболѣлъ и принужденъ былъ слечь въ постель. Появилась рѣзкая боль въ правомъ подреберьи и обострилась боль въ правой подвздошной области. Температура поднялась до 39° при 120 ударахъ пульса и дых. 26. Языкъ сухъ, обложенъ. На низъ не было. При вторичномъ изслѣдованіи найдено: Размѣры печеночной тупости: по сосковой линіи нижній край 5-го ребра, по подмышковой—верхній край 7-го ребра, на 1/3 пальца выходитъ изъ подъ края ложныхъ реберъ. Край печени весьма болѣзненъ; въ области желчнаго пузыря замѣчается довольно рѣзкая припухлость, при изслѣдованіи очень болѣзненная. Животъ вздутъ; притупленіе звука въ области слѣпой кишки.

29/XII: 38°,4—39°,3, п. 120, дых. 28. Желтушное окрашиваніе склеръ и кожныхъ покрововъ. Въ мочѣ реакція на желчные пигменты. Боли въ области печени сильныя. Дыхательные шумы чисты; звуки сердца также. На низъ послѣ промывательнаго. На животъ спиртовой согрѣвающій компрессъ. Внутрь — каломель съ кодеиномъ по 0,015. Ванна 28°.

30/XII: 37°,5—39°,5. Былъ ознобъ. Боли усилились. Сна нѣтъ. Послѣ ванны сильная слабость.

31/XII: 38°—39°,3, п. 100, дых. 30. Среди дня былъ потрясающій ознобъ и потъ. При глубокомъ вдохѣ и кашлевыхъ движеніяхъ рѣзкая острая боль въ области печени. Припухлость въ области желчнаго пузыря замѣтнѣе.

1/I 1903 г.: 37°,2—39°,4, п. 120, дых. 30. Опять знобило и сильно потѣлъ. Моча насыщена желчными пигментами, испражненія обезцвѣчены. Печень при изслѣдованіи очень болѣзненна.

2/I: 37°—39°,4, п. 120, дых. 29. Знобило и потѣлъ. Объективныя явленія тѣже.

3/I: 37°,2—39°, п. 110, дых. 26. Размѣры печени не измѣнились. Вздутіе живота меньше. Боли главнымъ образомъ сосредоточены въ области желчнаго пузыря.

4/I: 37°—39°,5, п. 120, дых. 30. Потрясающій ознобъ и обильный потъ. Селезенка не увеличена. Внутрь назначенъ хининъ по 0,5

[1]) Сыворотка *Marmorek*'а выписывается врачебною службою Уссурійской желѣзной дороги изъ *Pasteur*'овскаго Института въ Парижѣ.

5/I: 37°,3—39°,5, п. 100, дых. 30. Общее состояніе хуже. Силы слабѣютъ. Позывъ на ѣду и сонъ плохой. Предположено: гнойникъ въ области желчнаго пузыря и гнойное воспаленіе червеобразнаго отростка.

6/I: 37°,6—39°,3, п. 110, дых. 31. Боли не уменьшаются. Въ мочѣ масса пигментовъ. Полусидячее положеніе больному приноситъ нѣкоторое облегченіе.

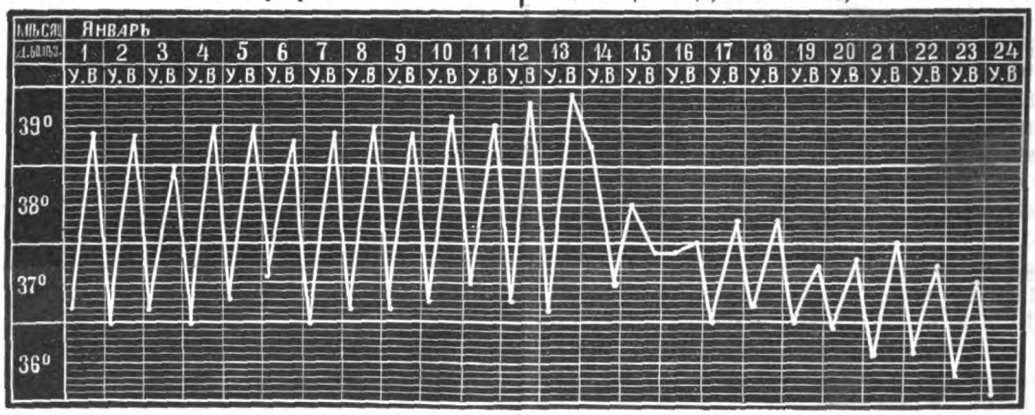
7/I: 37°—39°,4, п. 100, дых. 32. Дыханіе болѣе учащенное. Со стороны легкихъ не найдено ничего особаго, всюду везикулярное дыханіе.

8/I: 37°,2—39°,5, п. 120, дых. 32. Былъ ознобъ, жаръ и потъ. На низъ послѣ промывательнаго.

9/I: 37°,2—39°,4, п. 110, дых. 39. Пропитываніе въ области слѣпой кишки больше. Дальнѣйшее теченіе болѣзни съ каждымъ днемъ ухудшалось, силы больного слабѣли, моча все время была насыщена желчными пигментами, дыханіе сдѣлалось поверхностнымъ вслѣдствіе сильныхъ болей въ области печени и желчнаго пузыря. Лихорадка явно приняла перемежающійся типъ съ ежедневными знобами и потами, указывающій на гнойный процессъ.

12/I на совѣщаніи часть врачей высказалась за немедленное оперативное вмѣшательство—вскрыть гнойники, но больной отъ операціи отказался. Въ такомъ положеніи больной остался для дальнѣйшаго наблюденія и съ каждымъ днемъ надо было ожидать конца.

14/I при утренней темп. 39°,2, дых. 40, п. 130, при общей слабости больного (больной уже нѣсколько дней не въ состояніи былъ самъ подниматься) я рѣшилъ впрыснуть ему противострептококковую сыворотку, которая во всякомъ случаѣ не могла ухудшить дѣла. Впрыснуто было 20 к. стм. въ боковыя части живота. *Результатъ получился неожиданный* (см. кривую № 1). Въ 8 час. веч. температура пала до 37°,5. Самочувствіе стало лучше. Боли слабѣе. Больной часа 2—3 уснулъ.



15/I: 38°,5—37°,8, п. 100, дых. 32. Впрыснуто еще 20 к. стм., сыворотки въ подмышковыя области. Озноба и пота не было. Моча по прежнему насыщена пигментами.

16/I: 37°,8—38°,0, п. 100, дых. 30. Болѣе покоенъ. Острыхъ болей нѣтъ. Объективно тоже.

17/I: 37°,0—38°,3 п. 90, дых. 28. Припухлость и болѣзненность въ области желчнаго пузыря меньше. Больной бодрѣе. Озноба нѣтъ. Моча не такъ насыщена.

18/I: 37°,2—38,3, п. 90, дых. 30. Лежитъ покойно; болей острыхъ нѣтъ. Дых. болѣе свободно.

19/I: 37°,0—37°,7, п. 82, дых. 28. Въ области слѣпой кишки пропитываніе незначительное; припухлость желчнаго пузыря тоже меньше. Самочувствіе удовлетворительно.

20/I: 36°,9—37°,9, п. 76, дых. 24. Желтушное окрашиваніе слабѣе. Моча принимаетъ нормальный цвѣтъ. Позывъ на ѣду лучше. Языкъ чище. Въ послѣдующіе дни температура постепенно стала приходить къ нормѣ; изрѣдка бывали незначительныя вечернія повышенія. Болѣзненность и припухлость въ области желчнаго пузыря исчезла, въ области слѣпой кишки осталось незначительное пропитываніе. Ни ознобовъ, ни потовъ не было. Силы больного съ каждымъ днемъ прибывали. Моча стала нормальной, безъ желчныхъ пигментовъ. Желтуха совершенно прошла. Позывъ на ѣду и испражненія при употребленіи Карлсбадской соли постепенно улучшились. Болѣзненныхъ ощущеній никакихъ не осталось. Чрезъ 2 недѣли послѣ примѣненія сыворотки больной всталъ. Въ концѣ февраля вступилъ въ командованіе ротой. Возвратовъ больше не было. Въ маѣ мѣсяцѣ уѣхалъ на Кавказъ, чтобы провести въ предстоящій сезонъ курсъ лѣченія Эссентукскими водами.

2. А. Л., завѣдующій матеріальнымъ складомъ, 46 л., заболѣлъ 24/IV 1903 г. рвотой, болью въ правой подвздошной области и лихорадочнымъ состояніемъ. Въ 1886 г. перенесъ воспаленіе брюшины, въ 1881 г. разливалась желчь. Запорами никогда не страдалъ. Годъ тому назадъ ударила копытомъ лошадь по правой подвздошной области, съ какового времени и появилась тупая боль. Спиртными напитками не злоупотреблялъ. Имѣетъ наклонность къ кровоизліяніямъ въ слизистыя оболочки. Тѣлосложеніе крѣпкое, правильное, питаніе хорошее. Животъ сильно вздутъ; въ правой подвздошной области острая боль при изслѣдованіи. Языкъ покрытъ бѣлымъ густымъ налетомъ. Печень и селезенка не увеличены и не прощупываются. Въ мочѣ слѣды бѣлка; прозрачна, кислой реакціи. На низъ наканунѣ. Была нѣсколько разъ сильная рвота, сначала пищею, потомъ желчью. 39°,2, п. 100. Дыхательные шумы чисты. Сердце не представляетъ измѣненій. Распознанъ острый катаральный аппендицитъ. Назначенъ каломель по 0,3, 2 порошка, какъ слабительное. Спиртовый согрѣвающій компрессъ на животъ, покой, ледъ внутрь и жидкая пища.

25/IV: 39°,2—40°,0, п. 120. Боли въ области слѣпой кишки очень рѣзкія. Безсонница. На низъ послѣ промывательнаго изъ танина съ опіемъ. Внутрь салолъ съ бензонафтоломъ и кодеиномъ.

26/IV: При обильномъ потѣ температура критически пала до 35°,6. Больной почувствовалъ себя на столько хорошо, что на слѣдующій день рѣшилъ отправиться пѣшкомъ версты за 1½ въ поле. Но часа чрезъ 3 почувствовалъ сильный ознобъ, острую боль въ правой подвздошной области и принужденъ былъ слечь. 39°,5, п. 120, дых. 28.

28/IV: 38°,8—39°,2, п. 110. Въ области слѣпой кишки прощупывается весьма болѣзненное пропитываніе. На низъ послѣ промывательнаго жидко и много газовъ. Печень и селезенка не прощупываются.

29/IV: 37°,5—38°, п. 86. Ночь спалъ плохо. Головная боль и и полное отсутствіе позыва на ѣду. Діазореакціи по *Ehrlich*'у въ мочѣ нѣтъ. Боли нѣсколько меньше.

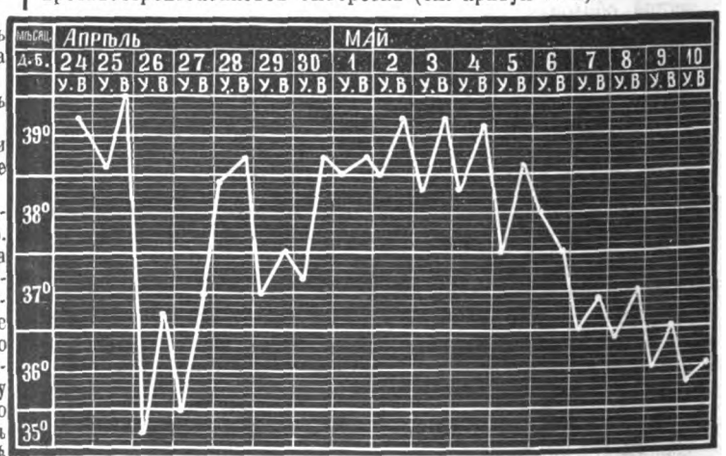
30/IV: 37°,7—39°,2, п.100. Позывы на рвоту. Послѣ таннинового промывательнаго вышло много газовъ. Ванна 28°.

1/V: 39°,0—39°,2, п. 100. Пропитываніе нѣсколько больше. При постукиваніи звукъ притупленъ. Болѣзненность при изслѣдованіи сильная. Внутрь салолъ съ бензонафтоломъ.

2/V: 39°,0—39°,6, п. 120. Сильная головная боль. Рвота. Пропитываніе распространяется по восходящей ободочной кишкѣ. Въ мочѣ реакція на индиканъ.

3/V: 38,7—39,3, п. 120. Спалъ безпокойно. Боли усилились. Былъ небольшой ознобъ и потъ. Опій дѣйствуетъ возбуждающимъ, а не успокаивающимъ образомъ. Въ крови плазмодій нѣтъ.

4/V: 38,8—39,2, п. 110. Вторично знобило и потѣлъ. Пропитываніе тѣстоватой консистенціи. Ослабѣлъ. Животъ вздутъ и болѣзненъ. Въ 10 веч. въ виду ухудшенія болѣзни, появленія ознобовъ съ потами, указывающихъ на нагноеніе, впрыснуто 20 к. стм. противострептококковой сыворотки (см. кривую № 2).



5/V: 37°,4—38°,6, п. 90. Боли слабѣе, спалъ лучше. Послѣ промывательнаго обильное испражненіе. Вздутіе живота меньше. Вечеромъ введено еще 20 к. стм. сыворотки въ промывательномъ черезъ прямую кишку удержалось хорошо.

6/V: 38°—37°,0 п. 80. Общее самочувствіе хорошее. Острыхъ болей нѣтъ. Языкъ очищается.

7/V: 36°,4—36,8, п. 58. Слабость. На боли не жалуется. На кожѣ живота пузырь отъ компресса.

8/V: 36°,5—37°,0, п. 60. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительное. Звукъ въ области слѣпой кишки проясняется; болѣзненности почти нѣтъ. Появился позывъ на ѣду. На низъ 2 раза жидко.

Съ 9/V больной сталъ быстро поправляться. Языкъ очистился. Болѣзненнаго пропитыванія не прощупывается. Отправленіе кишечника стало нормальнымъ. На низъ 1—2 раза въ сутки нормальной консистенціи. 14/V больной вступилъ въ исполненіе своихъ служебныхъ обязанностей. Возвратовъ болѣзни по сіе время не было, больной ни на что не жалуется и считаетъ себя вполнѣ здоровымъ.

Описанные 2 случая воспаленія червеобразнаго отростка въ этіологическомъ отношеніи представляютъ нѣкоторое различіе. Въ 1-мъ случаѣ воспалительный процессъ въ червеобразномъ отросткѣ существовалъ уже давно, болѣзнь не разъ обострялась вслѣдствіе частыхъ каловыхъ застоевъ, пока не развился гнойный процессъ въ червеобразномъ отросткѣ и не послужилъ источникомъ для нагноенія области желчнаго пузыря. Во 2-мъ же случаѣ весьма возможно предположить, что предрасполагающимъ моментомъ аппендицита было анатомическое измѣненіе положенія червеобразнаго отростка и слѣпой кишки вслѣдствіе трауматическаго поврежденія означенной полости.

Впрыскиваніе противострептококковой сыворотки въ обоихъ случаяхъ не сопровождалось какими-либо осложненіями: на мѣстахъ уколовъ не было ни сыпей, ни нагноеній; примѣнялась она въ той ступени болѣзни, когда отъ ранѣе назначенныхъ внутреннихъ средствъ улучшенія не замѣчалось, воспалительный процессъ шелъ впередъ, температура указывала на нагноеніе, больной съ каждымъ днемъ слабѣлъ. Благотворное вліяніе сыворотки въ данныхъ случаяхъ сказалось въ литическомъ паденіи температуры, уменьшеніи болей и улучшеніи общаго состоянія и мѣстнаго процесса. Дальнѣйшаго распространенія нагноеніе не приняло, воспалительный мѣстный процессъ быстро принялъ обратное развитіе.

Послѣдующія наблюденія, конечно, должны показать, умѣстно-ли вообще примѣненіе противострептококковой сыворотки при аппендицитахъ, въ какихъ случаяхъ и въ какомъ періодѣ болѣзни ее слѣдуетъ примѣнять. Въ описанныхъ 2-хъ случаяхъ она несомнѣнно принесла большую пользу больнымъ; до примѣненія же сыворотки въ состояніи больныхъ наклонности къ улучшенію не замѣчалось.

CXXV. Къ вопросу о лѣченіи перелойнаго воспаленія слизистой оболочки шейки и тѣла матки препаратами серебра.

А. П. Рудскаго (Москва).

Хотя перелойныя заболѣванія извѣстны уже давно, однако только во 2-ой $^1/_2$ прошлаго 100-лѣтія стали проникать въ сознаніе врачей правильные взгляды на перелойныя заболѣванія слизистой оболочки матки, именно съ тѣхъ поръ, какъ *Noeggerath* обратилъ вниманіе на серьезность этихъ патологическихъ процессовъ. Въ настоящее время на основаніи большого количества наблюденій можно утверждать, что перелой часто встрѣчается не только у женщинъ и мужчинъ, но и у дѣтей, что онъ составляетъ серьезное страданіе, могущее повлечь за собою самыя тяжелыя послѣдствія и потому заслуживаетъ самаго внимательнаго отношенія со стороны врачей и больныхъ. Нѣкоторые авторы пришли даже къ заключенію, что эта болѣзнь у женщинъ можетъ быть приравнена по серьезности къ сифилису и раку (*Dind*, *Rossier*).

Перелой встрѣчается особенно часто у явныхъ и тайныхъ проститутокъ, у которыхъ это одно изъ самыхъ частыхъ заболѣваній. Перелоемъ могутъ быть поражены разные отдѣлы женскихъ мочеполовыхъ органовъ.

Что касается пораженія собственно матки, то многіе авторы различаютъ заболѣваніе слизистой оболочки канала шейки и тѣла матки. Существованіе обособленнаго заболѣванія шейки матки признается *Bumm*'омъ, по мнѣнію котораго пораженіе тѣла матки можно допустить лишь тогда, когда являются особые характерные признаки. Такого же взгляда придерживаются *Jadassohn*, *Finger*, *Rossier*, *Wolff*, *Gustav*, *Klein*, *Küstner*, *Doederlein*, *Fritsch*, *Fehling*, *Bröse*, *Schauta*, *Brünschke*, *Eraud*, *Frommel*, *Small* и др. Но *Wertheim*, извѣстный также, какъ и *Bumm*, своими работами о перелоѣ, не признаетъ существованія обособленнаго перелоя слизистой оболочки шейки матки, заболѣваніе-же канала шейки безъ пораженія слизистой оболочки тѣла матки считаетъ большой рѣдкостью. Для доказательства онъ приводитъ 2 случая свѣ-

ло выражены, но въ выскобленномъ ложечкою кусочкѣ слизистой оболочки тѣла матки оказались гонококки. *Bumm* же признаетъ, какъ уже упомянуто, на основаніи клиническихъ признаковъ, болѣе частое обособленное существованіе перелоя слизистой оболочки шейки. Переходъ болѣзненнаго процесса со слизистой оболочки шейки на слизистую оболочку тѣла матки сопровождается ясными признаками. При остромъ перелоѣ шейки наблюдаются слѣдующіе признаки: истеченіе, содержащее гонококки, краснота и опуханіе губъ отверстія матки, матка мала, нечувствительна при двойномъ ручномъ изслѣдованіи. Субъективные признаки отсутствуютъ, обыкновенно даже при острой формѣ. Но могутъ явиться вдругъ новыя явленія, указывающія на распространеніе болѣзненнаго процесса на слизистую оболочку тѣла матки: движенія становятся болѣзненными, истеченіе увеличивается, мѣсячныя очень обильны, приходятъ слишкомъ часто, съ болями, соитіе очень болѣзненно, матка при ощупываніи крайне чувствительна. Эти признаки и обнаруженіе гонококковъ въ шеечномъ каналѣ или въ уретрѣ указываютъ на заболѣваніе перелоемъ тѣла матки.

Существуетъ нѣсколько условій, при которыхъ зараза можетъ проникнуть, въ полость матки: 1) мѣсячныя, 2) послѣродовой періодъ, 3) сильныя и продолжительныя движенія, 4) половыя излишества, особенно во время мѣсячныхъ или вскорѣ послѣ нихъ, 5) введеніе инструментовъ въ матку для терапевтическихъ цѣлей. Нѣкоторые авторы не согласны съ упомянутымъ взглядомъ *Bumm*'а на существованіе обособленнаго перелоя шейки матки и придерживаются мнѣнія *Wertheim*'а (*Calmann*, *Heinrich*, *Schultz*, *Fürst*, *Орловъ* и др.). Отъ того или иного взгляда на существованіе обособленнаго перелоя шейки зависитъ рѣшеніе вопроса о томъ, нужно-ли во всѣхъ случаяхъ перелойнаго эндометрита лѣчить мѣстно слизистую оболочку всей матки (если желаютъ примѣнить мѣстное лѣченіе), или слѣдуетъ лѣчить слизистую оболочку одного канала въ случаяхъ, когда отсутствуютъ признаки пораженія тѣла матки. По нашимъ наблюденіямъ въ 10 случаяхъ были признаки пораженія тѣла ея, въ 9 же случаяхъ при существованіи эндометрита шейки отсутствовали всякіе признаки, указывающіе на распространеніе процесса на тѣло матки и на ея придатки.

Что касается лѣченія перелойнаго воспаленія слизистой оболочки шейки и тѣла матки, то слѣдуетъ стремиться убить по возможности скоро гонококки, а потому самымъ раціональнымъ, по мнѣнію многихъ авторовъ, является мѣстное примѣненіе гонококкоубивающихъ средствъ, какъ только исчезнутъ острыя явленія, потому что этимъ возможно достигнуть предупрежденія осложненій и болѣе скораго излѣченія. Изъ лѣкарственныхъ гонококкоубивающихъ средствъ должно считать лучшимъ то, которое относительно скоро убиваетъ гонококки, не вызываетъ раздраженія и проникаетъ глубоко въ ткань. Этими свойствами обладаютъ нѣкоторые препараты серебра. Кромѣ послѣднихъ совѣтуютъ для лѣченія гонорройнаго эндометрита много другихъ средствъ (іодъ, хлористый цинкъ, креолинъ, креозотъ, карболовая кислота, сулема, алюмнолъ, формалинъ и др.), но нѣкоторыя изъ нихъ оказались во многихъ случаяхъ мало полезными, а другіе даже вредными, потому что они вызываютъ сильное прижигающее дѣйствіе и обусловливаютъ возможность появленія съуженій и даже срощеній. Впрочемъ, нѣкоторыя изъ упомянутыхъ средствъ очень расхваливаются отдѣльными авторами. Большое количество предложенныхъ лѣкарствъ и постоянныя стремленія найти новыя средства указываютъ на недѣйствительность или малую пользу прежнихъ средствъ. Препараты серебра (ляписъ, протарголъ, аргентаминъ, ихтарганъ и др.) примѣнялись многими авторами (*Wolff*, *Gustav Klein*, *Fritsch*, *Calmann*, *Rossier*, *Bumm*, *Benario*, *Fürst*, *Cailleux*, *Marschalko*, *Woyer*, *Paradi*, *Орловъ* и др.), и нѣкоторые изслѣдователи (*Fürst*, *Cailleux*, *Marschalko*, *Paradi*, *Орловъ* и др.), наблюдавшіе вліяніе препаратовъ серебра при гонорройномъ эндометритѣ, указываютъ на вполнѣ удовлетворительные результаты, достигнутые ими.

изслѣдованіями бактеріиубивающее дѣйствіе препаратовъ серебра при гонорреѣ у женщинъ, мы примѣняли 2 препарата серебра—*протаргол*ъ и *ихтарган*ъ при перелойномъ эндометритѣ, при чемъ болѣзнь распознавалась не только на основаніи анамнеза и клиническихъ признаковъ, но и путемъ микроскопическихъ изслѣдованій, именно констатированіемъ гонококковъ окраскою препаратовъ по *Gram*'у, какъ описано въ моей диссертаціи. Я выбралъ для наблюденія 1) тѣхъ больныхъ перелоемъ, у которыхъ можно было анамнезомъ и клиническими признаками исключить перелойное заболѣваніе слизистой оболочки тѣла матки, 2) больныхъ съ пораженіемъ не только шейки, но и тѣла матки. У больныхъ, страдавшихъ кромѣ перелойнаго эндометрита и воспаленіемъ придатковъ, я не лѣчилъ матку мѣстно препаратами серебра. Имѣвшихъ перелойное воспаленіе слизистой оболочки шейки матки было 9; страдавшихъ перелойнымъ эндометритомъ тѣла и шейки матки было 10. Больныя были въ молодомъ возрастѣ, отъ 18 до 26 лѣтъ. Давность заболѣванія была отъ 6 недѣль до 10 мѣсяцевъ. Для лѣченія примѣнялся протарголъ въ 14 случаяхъ и ихтарганъ въ 5 случаяхъ. Особаго различія въ дѣйствіи того и другого не замѣчено.

Лѣченіе заключалось въ смазываніи протарголомъ (5%—15%) или ихтарганомъ (0,2%—3%) шейки матки при шеечномъ эндометритѣ и слизистой оболочки всей матки, когда было поражено и тѣло матки. Въ 4-хъ случаяхъ производились впрыскиванія растворовъ протаргола (2%—4%) въ полость матки при эндометритѣ тѣла матки, при помощи шприца *Braun*'а. Въ 4-хъ случаяхъ сдѣлано предварительное расширеніе канала шейки бужами *Hegar*'а, въ остальныхъ-же оказалось возможнымъ производить мѣстное лѣченіе безъ предварительнаго расширенія. При всѣхъ манипуляціяхъ соблюдались требованія антисептики. По введеніи во влагалище зеркала *Cusco* для обнаженія влагалищной части матки, производилось обычное обеззараживаніе и наружнаго отверстія матки, затѣмъ при помощи пулевыхъ щипцовъ влагалищная часть матки фиксировалась и производились смазываніе или впрыскиваніе. Послѣ этого вводился во влагалище и прижимался къ влагалищной части матки тампонъ, напитанный ихтіолъ-глицериномъ; черезъ часовъ 12 онъ вынимался и больная спринцевалась горячимъ растворомъ марганцево-кислаго кали или борною кислотою, или просто горячею водою (около 40° до 45° Ц. и высшей температуры, смотря по выносливости). Спринцеваніе производилось также незадолго передъ смазываніями или впрыскиваніями, которыя дѣлались большею частью ежедневно, иногда черезъ 1—2 дня. Во время мѣсячныхъ и нѣсколько дней до и послѣ нихъ мѣстное лѣченіе не производилось. Конечно, больной запрещались половыя сношенія и давался совѣтъ о необходимости исполненія гигіэническихъ и діэтетическихъ требованій. Гонококковый уретритъ былъ у всѣхъ больныхъ и подвергался соотвѣтствующему лѣченію. У 3-хъ былъ бартолиннитъ. Наступило улучшеніе болѣзни, при уменьшеніи и даже исчезаніи временами гонококковъ, скоро,—послѣ 4—7 смазываній или впрыскиваній. Но гонококки не исчезли совсѣмъ послѣ 14—20 смазываній или впрыскиваній у 5 больныхъ, страдавшихъ шеечнымъ эндометритомъ и у 5 больныхъ, имѣвшихъ эндометритъ тѣла матки, и по прекращеніи мѣстнаго лѣченія являлись обостренія. У 3-хъ изъ нихъ гонококки были обнаружены черезъ 3—16 мѣсяцевъ, не смотря на лѣченіе, и у нихъ явился т. наз. *Wertheim*'омъ восходящій перелой въ очень тяжелой формѣ. У 2-хъ больныхъ появлялись боли послѣ впрыскиваній и смазываній, поэтому мѣстное лѣченіе у нихъ прекращено. У 4-хъ же больныхъ эндометритъ шейки и 3-хъ больныхъ эндометритомъ тѣла матки гонококки исчезли послѣ 12—21 смазываній или впрыскиваній и болѣе не были обнаружены ни разу при многократныхъ микроскопическихъ изслѣдованіяхъ отдѣляемаго изъ шейки матки нерѣдко и послѣ мѣсячныхъ, при отсутствіи какихъ либо признаковъ болѣзни. Лѣченіе продолжалось нѣкоторое время и послѣ исчезновенія гонококковъ. У 3-хъ излѣчившихся женщинъ (у 2-хъ страдавшихъ шеечнымъ эндометритомъ и 1-ой, имѣвшей эндометритъ тѣла матки) наступила беременность, которая какъ и послѣродовое состояніе протекли нормально; въ послѣродовомъ отдѣленіи не найдено гонококковъ; у родившихся дѣтей не было никакихъ перелойныхъ заболѣваній.

Такимъ образомъ, изъ 19 больныхъ можно считать выздоровѣвшими только 7 женщинъ. 2 больнымъ, какъ упомянуто, мѣстное лѣченіе прекращено въ самомъ началѣ. Остальнымъ больнымъ мѣстное лѣченіе принесло только значительное улучшеніе, которое сочтено было нѣкоторыми больными за выздоровленіе. На самомъ же дѣлѣ о выздоровленіи не могло быть и рѣчи, такъ какъ гонококки были обнаруживаемы неоднократно, не смотря на примѣнявшееся мѣстное лѣченіе. Существенная польза отъ лѣченія оказалась, какъ видно изъ изложеннаго, только въ меньшемъ числѣ случаевъ. Разные результаты этого лѣченія можно объяснить: 1) большимъ или меньшимъ прониканіемъ гонококковъ вглубь и, быть можетъ, неодинаковою степенью вирулентности ихъ и 2) разнымъ поведеніемъ больныхъ, т. е. соблюденіемъ или игнорированіемъ необходимыхъ при лѣченіи гигіэническихъ и діэтетическихъ требованій.

Нѣкоторые авторы (*Noeggerath*, *Sänger*, *Dohrn*, *Lucsny*, *Снегиревъ*, *Орловъ* и др.) указываютъ на возможность распознаванія перелоя у женщины безъ микроскопическихъ изслѣдованій. Другіе-же авторы (*Fabry*, *Neisser*, *Jadassohn*, *Wolff*, *Jullien*, *Fritsch*, *Doederlein*, *Gustav Klein*, *Frommel* и др.) признаютъ необходимость микроскопическихъ изслѣдованій. Для болѣе вѣрнаго распознаванія перелоя, по нашимъ наблюденіямъ, необходимы въ большинствѣ случаевъ кромѣ клиническихъ признаковъ бактеріоскопическія изслѣдованія, тѣмъ болѣе у женщинъ и у дѣвочекъ. Распознаваніе-же излѣченія невозможно безъ неоднократныхъ микроскопическихъ изслѣдованій, такъ какъ улучшеніе клинической картины болѣзни наступаетъ иногда скоро послѣ примѣненія того или другого лѣченія. Это улучшеніе принимается часто за излѣченіе, а между тѣмъ микроскопъ можетъ указать нерѣдко на поспѣшность такого оптимистическаго заключенія.

О мѣстномъ лѣченіи существуютъ разныя мнѣнія. Одни авторы (*Bumm*, *Küstner*, *Doederlein*, *Fritsch* и др.) предостерегаютъ отъ энергичнаго мѣстнаго лѣченія, такъ какъ оно, не принося существенной пользы, можетъ повлечь ухудшеніе болѣзни и обусловить появленіе восходящаго перелоя; другіе-же утверждаютъ, что лѣченіе перелоя вообще мало помогаетъ (*Frommel*, *Kromayer*, *Blaschko* и др.). Съ другой стороны, въ послѣднее время появились въ литературѣ сообщенія объ очень успѣшныхъ и даже прекрасныхъ результатахъ лѣченія перелойныхъ заболѣваній, но они не имѣютъ въ большинствѣ случаевъ безусловно доказательной силы, такъ какъ заключенія о скоромъ (въ 2—3 недѣли) излѣченіи перелоя высказываются безъ дальнѣйшихъ продолжительныхъ наблюденій и безъ многократныхъ микроскопическихъ изслѣдованій. Если у женщины, какъ показали наши наблюденія, исчезли болѣзненныя явленія послѣ 2—4-недѣльнаго лѣченія и въ отдѣляемомъ не обнаруживаются гонококки, то всё-таки нельзя дать съ полною увѣренностью заключеніе объ излѣченіи безъ дальнѣйшихъ наблюденій, потому что у такой женщины появляются нерѣдко обостренія и истеченіе, содержащее гонококки, при чемъ черезъ большій или меньшій промежутокъ времени можетъ развиться восходящій перелой въ самой тяжелой формѣ. Встрѣчались и у насъ случаи относительно скораго излѣченія, но мы сочли возможнымъ и правильнымъ признать выздоровленіе въ этихъ случаяхъ только послѣ продолжительныхъ наблюденій (въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ) и неоднократныхъ микроскопическихъ изслѣдованій при разныхъ условіяхъ (въ особенности послѣ мѣсячныхъ и послѣ родовъ).

Вообще можно сказать, что очевидное улучшеніе процесса и уменьшеніе гонококковъ въ отдѣляемомъ и даже временное ихъ исчезновеніе удавалось получить во многихъ случаяхъ отъ препаратовъ серебра и другихъ средствъ, но *полное излѣченіе можно признать*, по нашему мнѣнію, только въ тѣхъ случаяхъ, когда неоднократное микроскопическое изслѣдованіе во время и послѣ лѣченія даетъ отрицательные результаты и когда отсутствуютъ клиническіе признаки перелоя въ теченіи продолжительныхъ наблюденій.

Литература. *Noeggerath*. Die latente Gonorrhöe im weiblichen Geschlecht, 1872.—Prof. *Dind*. La blennorrhagie et ses complications, 1903, стр. 11.—*Rossier*. La blennorrhagie chez la femme.—Prof. *Bumm*. Die gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Harn-und Geschlechtsorgane. «Handbuch der Gynäkologie» (von *Veit*), т. I, 1897, стр. 487.—О перелоѣ у женщинъ и его лѣченіи, 1903, стр. 1—16.—Prof. *Jadassohn*. Die gonorrhoischen Erkrankungen. «Handbuch der praktischen Medicin», 1900, стр. 643.—Prof. *Finger*. Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Complicationen, 1901, стр. 375.—Prof. *Wolff*. Учебникъ венерическихъ болѣзней, 1900, стр. 91—93.—*Gustav Klein*. Перелой у женщины, 1901, стр. 40.—Prof. *Küstner*. Краткій учебникъ гинекологіи, 1903, стр. 159.—Prof. *Doederlein*. Гонорреа женскихъ половыхъ органовъ. Учебникъ *Küstner*'а, стр. 399.—Prof. *Fritsch*. Женскія болѣзни, 1903, стр. 534 и 543.—*Fehling*, *Bröse*, *Schauta*, цит. у prof. *Zeissl*'я. Diagnose und Therapie des Trippers und seine Complicationen beim Manne und Weibe, 1903, стр. 258.—

Brünschke. Ueber die Häufigkeit der gonorrhoischen Erkrankung der einzelnen Schleimhautpartieen des weiblichen Urogenitaltractus. Inaugural-Dissertation, Würzburg, 1891.—*Eraud.* De la blennorrhagie chez la femme. «*Baumgarten*'s Jahresbericht», 1890, стр. 133.—Prof. *Frommel.* Лѣченіе перелойныхъ заболѣваній матки и ея сосѣднихъ органовъ. Руководство *Penzoldt*'а и *Stintzing*'а, 1896, вып. 13, стр. 101—103.—*Small.* «Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», 1903, октябрь, стр. 480.—*Wertheim.* Die ascendirende Gonorrhöe beim Weibe. «Archiv für Gynäkologie», т. XLI, 1891, № 50.—Zur Lehre von der Gonorrhöe. «Centralblatt für Gynäkologie», 1891, № 24, стр. 484.—Zur Frage von der Recidive und Uebertragbarkeit der Gonorrhöe. «Wiener klinische Wochenschrift», 1894, № 24.—Цит. у *Bumm*'а, см. № 4, стр. 487.—*Calmann.* Die Diagnose und Behandlung der Gonorrhöe beim Weibe, Berlin, 1899.—*Heinrich Schutz, Fürst*, цит. у *Zeissl*'я (№ 14), стр. 259.—*В. Н. Орловъ.* Лѣченіе протарголомъ перелойныхъ заболѣваній слизистой оболочки шейки и тѣла матки. «Русскій Врачъ», 1903, № 31.—*Benario.* «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1897, № 12.—*Fürst.* «Therapeutische Monatshefte», 1898, № 13.—*Cailleux.* «Die Heilkunde», 1900. — Prof. *Marschalko.* Ist die Gonorrhöe der Prostituirten heilbar? «Berliner klinische Wochenschrift», 1902, № 15.—*Woyer.* Ueber die Wirkung des Ichtargans bei den gonorrhoischen Erkrankungen des Weibes. «Klinisch-therapeutische Wochenschrift», 1903, № 8.—*Paradi.* Ueber die Behandlung der Uterusgonorrhöe bei Prostituirten. «Archiv für Dermatologie und Syphilis», 1903, т. LXV, тетр. 3.—*Noeggerath.* Ueber latente und chronische Gonorrhöe. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1887, № 19, стр. 1059.—*Sänger.* «*Baumgarten*'s Jahresbericht», 1889, стр. 108.—*Dohrn.* Ueber die Gonorrhöe beim Weibe und deren Folgen. «Berliner klinische Wochenschrift», 1890, № 38.—*Luczny.* Pathologie und Therapie der frischen weiblichen Gonorrhöe. Inaugural-Dissertation, Berlin, 1891.—Проф. *В. Ѳ. Снегиревъ.* Клиническія лекціи по женскимъ болѣзнямъ, 1899, стр. 15.—*Fabry.* Ueber die gonorrhoische Schleimhautaffection beim Weibe. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1888, № 43.—*Neisser.* Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituirtenuntersuchung. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1890, № 131. — *Max Wolff.* Demonstration von Gonokokken-Präparaten und Culturen. «Berliner klinische Wochenschrift», 1892, № 29.—*Jullien.* Blennorrhagie et microbes. «Union médicale», 1892, 3 série. — *Kromayer, Blaschko.* «Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», 1901, февраль, стр. 258.—*А. П. Рудскій.* Къ вопросу о гонококкахъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи. Диссертація, Москва, 1902.—О дѣтскомъ перелойномъ вульво-вагинитѣ. «Медицинское Обозрѣніе», 1903, № 18.

CXXVI. Современное лѣченіе алкоголизма и его осложненій [1]).

С. А. Лясса (Саратовъ).

Объ алкоголизмѣ какъ о болѣзни мы можемъ говорить тогда, когда организмъ человѣка терпитъ существенный ущербъ въ своихъ отправленіяхъ, вслѣдствіе употребленія спиртныхъ напитковъ. Больной самъ воочію убѣждается, что онъ страдаетъ такими-то болѣзненными явленіями; онъ болѣе или менѣе ясно сознаетъ, что главная причина этихъ явленій—употребляемые имъ спиртные напитки; больной охотно соглашается съ тѣмъ, что о лѣченіи можетъ быть рѣчь только въ томъ случаѣ и лишь послѣ того, какъ онъ безусловно откажется отъ всего спиртнаго, но осуществить эту мѣру больной не въ состояніи и онъ сильнѣе и сильнѣе затягиваетъ ту петлю, которая въ концѣ концовъ задушитъ его. Получается заколдованный кругъ: алкогольные напитки разрушаютъ мозгъ, т. е. то самое вещество, которое своей функціей обычно защищаетъ организмъ отъ всего для него вреднаго и опаснаго. Если своевременно не придти на помощь больному, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ результатъ бываетъ одинъ—преждевременно искалѣченный организмъ, значительное пониженіе или потеря трудоспособности и преждевременная смерть. Я не имѣю въ виду описывать здѣсь всѣ тѣ болѣзненныя явленія, которыя являются результатомъ хроническаго злоупотребленія спиртными напитками; я намѣренъ вкратцѣ коснуться только осложненій въ области нервно-психической сферы, и оставлю въ сторонѣ болѣзненныя измѣненія органовъ растительной жизни.

Изъ болѣзней периферическихъ нервовъ слѣдуетъ указать на алкогольный нейритъ. Не стоитъ, разумѣется, останавливаться на простыхъ формахъ этой нервной болѣзни, но, пожалуй, интересно будетъ напомнить т. наз. *Корсаковскій* психозъ. Покойный проф. Московскаго Университета *С. С. Корсаковъ* описалъ у алкоголиковъ особую форму душевной болѣзни, которая характеризуется своеобразнымъ разстройствомъ памяти. Больной совершенно не запоминаетъ того, что происходитъ передъ нимъ; черезъ какихъ-нибудь $^1/_4$ часа онъ забываетъ, что этотъ человѣкъ только что былъ у него, говорилъ съ нимъ и встрѣчаетъ его какъ незнакомаго. При этомъ у больного всегда бываютъ явленія множественнаго воспаленія нервовъ, болѣе или менѣе рѣзко выраженныя. Другое менѣе часто встрѣчающееся у алкоголиковъ осложненіе—падучая.

Ученіе объ отношеніи между алкоголизмомъ и падучей за послѣднее время подверглось значительнымъ измѣненіямъ. Врачамъ давно было извѣстно, что при злоупотребленіи спиртными напитками у больныхъ бываютъ приступы характерныхъ эпилептическихъ судорогъ съ укусами языка и пѣной изо рта. Но только въ послѣдніе годы проф. *Kraepelin* и его школа на основаніи обширнаго матеріала Гейдельбергской клиники и литературныхъ данныхъ стараются съ новой точки зрѣнія освѣтить темный вопросъ о сущности запойнаго приступа. Всѣ мы знаемъ, что кромѣ привычныхъ алкоголиковъ есть люди, которые въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ или лѣтъ не только не берутъ въ ротъ ничего спиртнаго но оно положительно противно имъ. Но наступаетъ день, когда мирное теченіе трудовой жизни этихъ людей сразу нарушается, они бросаютъ свою работу, забываютъ о своихъ обязанностяхъ и начинаютъ пить самые простые сорта спиртныхъ напитковъ въ возрастающемъ количествѣ до полнаго пересыщенія организма. Приступъ въ такой формѣ продолжается отъ нѣсколькихъ дней до 1—2 недѣль и прекращается или естественно, напр. вслѣдствіе рвоты или искусственно, когда удается насильно уединить больного. Больной нѣкоторое время оправляется отъ приступа, а послѣ этого вновь принимается за свою обычную работу, и все спиртное внушаетъ ему полное отвращеніе... до новаго приступа, который опять выбьетъ его изъ нормальной колеи. Чѣмъ-же объясняется такое внезапное появленіе неудержимаго стремленія къ спиртнымъ напиткамъ? Въ 1901 г. появилась работа ассистента Гейдельбергской клиники д-ра *Gaup*'а. Въ этой брошюрѣ авторъ приводитъ очень подробное описаніе случаевъ запоя и подчеркиваетъ, что во всѣхъ ихъ запою предшествовало ничѣмъ не мотивированное измѣненіе настроенія больного. Безъ всякой видимой причины больной чувствуетъ угнетеніе общаго своего состоянія, сильно выраженную тоску, отъ которой онъ себѣ мѣста не находитъ; онъ дѣлается раздражительнымъ въ сильной степени, все не по немъ, все ему не нравится, онъ начинаетъ ссориться съ окружающими изъ-за мелочей и пустяковъ; позывъ на ѣду пропалъ, сонъ плохой. Больной готовъ что угодно сдѣлать, лишь-бы избавиться отъ тоски. По своему и чужому опыту больной предполагаетъ, что алкоголь облегчитъ его. Дѣйствительно, 2 первыя рюмки нѣсколько облегчаютъ его тоску, но вскорѣ она появляется въ еще болѣе сильной степени и заставляетъ больного прибѣгать къ все большимъ количествамъ спиртныхъ напитковъ. Такимъ образомъ разыгрывается хорошо извѣстный намъ приступъ запоя. Если-бы поставить больного въ условія невозможности полученія спиртныхъ напитковъ, то угнетенное настроеніе его прошло-бы безслѣдно, продержавшись 2—3 дня. Но обычно больной выпиваетъ большія, а иногда и громадныя количества спиртныхъ напитковъ и къ угнетенному настроенію духа присоединяются явленія отравленія алкоголемъ въ формѣ омраченія сознанія, болѣе или менѣе рѣзко выраженнаго, часто въ формѣ приступа бѣлой горячки. Съ другой стороны, д-ръ *Gaup* обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что такое-же безпричинное измѣненіе настроенія съ характеромъ угнетенія имѣетъ мѣсто и при падучей. Какъ у страдающихъ запоемъ, такъ и у падучныхъ это измѣненіе настроенія обусловливается не внѣшними какими-нибудь обстоятельствами, а измѣненіями въ организмѣ больного; иначе говоря, оно обусловлено причинами не психологическими, а

[1]) Извлеченіе изъ доклада Саратовскому физико-медицинскому Обществу въ ноябрѣ 1903 г.

органическими. Эти приступы угнетенія могутъ у типичнаго падучнаго повести къ приступамъ запоя, что мы дѣйствительно часто и наблюдаемъ. Съ другой стороны, запойный больной вслѣдствіе отравленія алкоголемъ нерѣдко получаетъ типичный эпилептическій припадокъ, повторяющійся неоднократно при злоупотребленіи спиртными напитками. Такимъ образомъ у падучныхъ мы наблюдаемъ приступы запоя, а у запойныхъ — падучные припадки; у тѣхъ-же и другихъ больныхъ—приступы безпричиннаго угнетенія. На основаніи всего этого школа *Kraepelin*'а высказывается въ томъ смыслѣ, что запой не есть нѣчто самостоятельное, а лишь одна изъ разновидностей падучей, этой многообразной формы болѣзни.

Клиническій матеріалъ, который мнѣ пришлось наблюдать, во многомъ подтверждаетъ взглядъ, который устанавливаетъ такое тѣсное сродство между запоемъ и эпилепсіей.

Среди своихъ больныхъ я припоминаю теперь уже умершаго больного Л., который поступалъ въ лѣчебницу по крайней мѣрѣ, 30 разъ. Типичный запойный больной съ измѣненіемъ настроенія передъ каждымъ приступомъ. Мнѣ самому пришлось наблюдать у этого больного припадки падучей. То-же самое пришлось мнѣ видѣть у другого запойнаго больного Г. Немотивированные приступы угнетенія съ рѣзко выраженной раздражительностью мнѣ пришлось нѣсколько разъ наблюдать у больного N. Во время такого приступа больной иногда запивалъ и дѣло кончалось жестокимъ приступомъ запоя продолжительностью около недѣли; иногда-же больной не пилъ, а только запирался въ отдѣльной комнатѣ, куда впускалъ только прислуживавшаго ему человѣка. Больной самъ объяснялъ это тѣмъ, что ему не хочется никого видѣть, ни съ кѣмъ не говорить, и всякое общество въ это время невыносимо для него.

Съ другой стороны, мнѣ неоднократно приходилось наблюдать такіе-же приступы угнетенія у падучныхъ. Особенно рѣзко это выступаетъ у больного Щ. Уже по напряженному выраженію лица больного, по общей напряженной его позѣ, уже потому, какъ онъ обычно довольно любезный, отворачивается и вмѣсто того, чтобы поздороваться съ врачемъ, отходитъ въ сторону, ясно видно, что ему очень не по себѣ, что приступъ угнетенія наступилъ, что больного нужно оставить въ возможно полномъ покоѣ, потому что все, буквально все, раздражаетъ его.

Хорошей иллюстраціей родства запоя и падучей можетъ служить больной П., 36 л., помѣщенный въ лѣчебницу 4 ноября 1903 г. Отецъ его и дѣдъ по отцѣ злоупотребляли спиртными напитками; у матери его наблюдались рѣдкіе припадки падучей. 20 л. больной заразился твердымъ шанкромъ. Приблизительно въ это же время больной началъ пить спиртные напитки. Года черезъ 4 П. настолько пристрастился къ нимъ, что часто напивался пьянымъ, приблизительно разъ въ недѣлю и даже чаще. На 24 г. съ больнымъ впервые случился припадокъ падучей. Впослѣдствіи эти припадки повторялись, когда больной пилъ въ теченіи нѣсколькихъ дней, и сопровождались потерей сознанія, судорогами, укусами языка. Временами у больного бываетъ мрачное настроеніе духа, ему дѣлается тоскливо, не по себѣ такъ, что онъ «готовъ либо себѣ пустить пулю въ лобъ, либо другому сдѣлать что-нибудь». Вспоминая объ этомъ, больной даже заплакалъ. Эти приступы тоски часто случаются независимо отъ припадковъ или выпивки... «такъ найдетъ мрачное настроеніе»! Во время этихъ приступовъ тоски больной часто, но не всегда прибѣгаетъ къ водкѣ. Первыя рюмки облегчаютъ его состояніе, но впослѣдствіи дѣлается еще хуже [1]).

Я подробно остановился на отношеніи между запоемъ и падучей потому, что 1) высказанное здѣсь положеніе представляется новымъ, 2) оно имѣетъ значеніе въ отношеніи лѣченія. Долженъ, однако, оговориться, что врядъ-ли это положеніе можетъ быть примѣнимо ко всѣмъ случаямъ запоя. Нѣкоторые больные изъ этой группы опредѣленно говорятъ, что они не чувствуютъ приступовъ тоски передъ запоемъ, но начинаютъ пить вслѣдствіе чисто внѣшнихъ обстоятельствъ, а, выпивъ одну или нѣсколько рюмокъ, они уже не въ состояніи удержаться. Такъ-ли это въ дѣйствительности, или мы имѣемъ дѣло съ недостаткомъ самонаблюденія, покажетъ будущее.

Подъ вліяніемъ алкоголя не только развиваются эпилептическіе припадки, но у нѣкоторыхъ людей получается состояніе, весьма напоминающее психическій эквивалентъ падучей. Это то состояніе, которое мы называемъ патологическимъ опьянѣніемъ. Отъ нормальнаго или обычно встрѣчающагося опьянѣнія патологическое отличается рѣзко выраженными омраченіемъ сознанія и двигательнымъ возбужденіемъ, которое иногда доходитъ до сильнѣйшаго буйства; при этомъ иногда бываютъ галлюцинаціи устрашающаго характера. Послѣ приступа больной совершенно не можетъ вспомнить того, что было съ нимъ.

Примѣромъ этого можетъ служить больной Д., 42 л. Одна изъ сестеръ его страдаетъ періодической формой умопомѣшательства, отецъ умеръ отъ горловой чахотки (?). 20 л. лѣчился въ Московской клиникѣ отъ сифилиса. Съ этого же времени сталъ пить спиртные напитки. Въ теченіи послѣднихъ 15 л. выпиваетъ въ день не меньше полубутылки, часто больше. Въ 1899 г. лѣчился въ Пензенской лѣчебницѣ отъ душевной болѣзни, вѣроятно такой-же, какую онъ впослѣдствіи 2 раза продѣлалъ въ Саратовской психіатрической лѣчебницѣ. Въ 1-ый разъ помѣщенъ 5/III 1900 г. Больной возбужденъ, много говоритъ, рѣчь безсвязная. Больной получалъ на ночь ванны и снотворныя, тѣмъ не менѣе возбужденіе его усиливалось и достигло maximum'а 7-го числа, когда сознаніе его было совершенно омрачено. Онъ сбрасывалъ съ себя бѣлье, рвалъ все въ клочки и оставался голымъ. Въ комнатѣ онъ все время оживленно разговаривалъ, жестикулировалъ, рѣчь его безъ связи и безъ смысла. При попыткахъ войти къ нему въ комнату онъ не даетъ отпереть дверь, бросается на входящихъ, пытается ударить. Веч. впрыснуто 0,001 сѣрнокислаго атропина. Черезъ $^1/_2$ часа послѣ впрыскиванія больной успокоился и проспалъ всю ночь. Утромъ 8/III сознаніе его уже было совершенно ясное. Обо всемъ, что было наканунѣ, Д. не сохранилъ ни малѣйшаго воспоминанія. Веч. больной получилъ атропинъ внутрь и хорошо спалъ всю ночь. 10-го выписанъ безъ признаковъ душевной болѣзни. На настойчивый совѣтъ врача не пить спиртныхъ напитковъ Д. отвѣтилъ, что онъ непремѣнно будетъ пить, потому что безъ водки жить не можетъ. 2-ой разъ былъ помѣщенъ въ лѣчебницу 13/IV 1901 г. съ психозомъ такого-же характера; но на этотъ разъ приступъ былъ менѣе выраженъ, можетъ быть потому, что больной съ самаго начала получалъ атропинъ.

Эта картина въ очень многомъ напоминаетъ ту, которую мы наблюдаемъ при психическихъ эквивалентахъ падучей. Это и даетъ основаніе д-ру *Gaup*'у высказаться въ томъ смыслѣ, что патологическое опьянѣніе это есть реакція эпилептическаго мозга на алкогольный ядъ.

Изъ другихъ осложненій алкоголизма слѣдуетъ указать на приступы бѣлой горячки и на галлюцинаторный алкогольный психозъ. На первой останавливаться не стоитъ, потому что она достаточно извѣстна всѣмъ врачамъ. Здѣсь можно только подчеркнуть, что приступъ не зависитъ непосредственно отъ отравленія алкоголемъ, но скорѣе всего обусловливается самоотравленіемъ вслѣдствіе неправильнаго обмѣна веществъ въ организмѣ. Достаточно напомнить, что приступы бѣлой горячки случаются и безъ употребленія спиртныхъ напитковъ, напр. при заразныхъ болѣзняхъ. Проф. *Kraepelin* подчеркиваетъ значеніе тяжелаго хроническаго ослабленія общаго питанія организма въ смыслѣ причиннаго момента бѣлой горячки. О галлюцинаторномъ психозѣ распространяться нѣтъ надобности въ виду сравнительной рѣдкости этой болѣзни.

Таковы въ общихъ чертахъ тѣ осложненія, съ которыми мы встрѣчаемся при алкоголизмѣ, въ области нервно-психической сферы.

Что наука предлагаетъ теперь для ихъ лѣченія? Такъ какъ всѣ эти болѣзненныя явленія происходятъ главнымъ образомъ отъ употребленія спиртныхъ напитковъ, то весь вопросъ сводится въ данномъ случаѣ къ тому, чтобы безусловно удержать человѣка отъ ихъ употребленія. Изъ всѣхъ лѣкарствъ, которыя когда-либо предлагались для этой цѣли, одинъ стрихнинъ до извѣстной степени сохранилъ за собой право гражданства и время отъ времени еще и теперь раздаются голоса, которые указываютъ на это лѣкарство, какъ на специфическое при алкоголизмѣ. Въ этомъ отношеніи представляетъ интересъ статья земскаго врача *Ѳедорова*, который примѣнялъ подкожныя впрыскиванія стрихнина на своихъ односельчанахъ. Живя съ своими больными въ одномъ селѣ, д-ръ *Ѳедоровъ* имѣлъ возможность продолжительное время наблюдать своихъ больныхъ. Результаты, къ которымъ онъ пришелъ, сводятся къ тому, что стрихнинъ улучшаетъ нервныя и желудочно-кишечныя явленія у алкоголиковъ, но не уничтожаетъ позыва къ алкоголю; иначе говоря, не предохраняетъ алкоголика отъ возвратовъ болѣзни и въ этомъ смыслѣ онъ не дѣйствителенъ. Каждый, кому приходится лѣчить алкоголиковъ, безусловно согласится съ послѣднимъ взглядомъ. Въ послѣдніе 2 года французскимъ врачемъ *Thiébault* была предложена сыворотка, которая будто-бы вызываетъ у алкоголиковъ безусловное отвращеніе къ

[1]) Здѣсь умѣстно отмѣтить, что д-ръ *Степановъ* собралъ данныя относительно 126 падучныхъ, содержавшихся въ Петербургскомъ арестномъ домѣ. Въ 46% падучая появилась послѣ злоупотребленія спиртными напитками («Врачъ», 1899 г., стр. 1214).

вину и устраняетъ всѣ болѣзненныя явленія алкогольнаго характера. Не говоря о шаткости общихъ положеній этого метода лѣченія, трудно сказать о немъ что-либо опредѣленное за отсутствіемъ надежныхъ данныхъ.

Въ послѣднее время много говорятъ и пишутъ объ удачномъ лѣченіи алкоголиковъ гипнотическимъ внушеніемъ.

Ограничусь ссылкой на нѣкоторыхъ русскихъ авторовъ. Напомню о докладахъ д-ровъ *Синани* и *Токарскаго* въ противоалкогольной Коммиссіи при Обществѣ охраненія народнаго здравія, о сообщеніяхъ д-ровъ *Рыбакова* и *Рига* на VIII Пироговскомъ съѣздѣ, о докладѣ д-ра *Пѣвницкаго* на IX Пироговскомъ съѣздѣ.

Изъ имѣющихся у меня записей о лѣчившихся у меня больныхъ я выбралъ 100 случаевъ. Изъ нихъ 95 мужчинъ, 5 женщинъ. Возрастъ больныхъ отъ 25 до 55, т. е. самый рабочій періодъ въ жизни человѣка; только одному было 20 лѣтъ, другому еще очень бодрому старику 70 лѣтъ. 50% изъ нихъ страдали хроническимъ алкоголизмомъ и употребляли спиртные напитки, главнымъ образомъ водку и пиво, въ количествахъ, безусловно вредныхъ для ихъ здоровья. Нерѣдко больные выпивали до 2-хъ бутылокъ водки въ день. Другіе 50% представляли собой запойныхъ, съ различной силою приступовъ запоя и различной продолжительностью свободнаго отъ запоя промежутка. Ко всѣмъ этимъ больнымъ примѣнялся гипнозъ въ формѣ гипнотическихъ внушеній. У всѣхъ больныхъ оказалась гипнотическая внушаемость 1-ой, 2-ой и 3-ьей степени и 6 случаевъ сомнамбулизма. Невнушаемость отмѣчена у 12 лицъ; невнушаемость эта, разумѣется, относительная: послѣ 3—4 неудачныхъ сеансовъ больной больше не является; нѣтъ сомнѣнія, что, если повозиться съ такимъ больнымъ, можно и у него добиться достаточно глубокой внушаемости, которая вообще наблюдается у большинства алкоголиковъ. Въ смыслѣ успѣха лѣченія, въ 24 случаяхъ получились отрицательные результаты, т. е. больные по прежнему продолжали пить или во время лѣченія или черезъ нѣсколько дней или недѣль послѣ лѣченія. Въ 16 случаяхъ результаты мнѣ неизвѣстны, такъ какъ я никакихъ дальнѣйшихъ свѣдѣній о состояніи этихъ больныхъ не получилъ. Въ 60 случаяхъ получились положительные результаты, т. е., насколько мнѣ удалось узнать отъ самихъ больныхъ, ихъ родныхъ или близкихъ знакомыхъ, больные воздерживались отъ употребленія спиртныхъ напитковъ въ теченіи большого промежутка времени, до 3—4 лѣтъ включительно. Я не узналъ, чтобы у кого-нибудь изъ нихъ уже наступилъ возвратъ болѣзни, хотя, разумѣется, я ни въ коемъ случаѣ не могу утверждать, что возвратъ, дѣйствительно, ни у кого не наступилъ или не наступитъ въ будущемъ. Успѣхъ лѣченія зависитъ отъ очень многихъ условій. Наиболѣе подходящими для лѣченія гипнозомъ мнѣ представляются привычные алкоголики, пьющіе спиртные напитки ежедневно, но люди безъ тяжелой патологической наслѣдственности и безъ рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ. Этого рода алкоголиковъ легко удается избавить отъ ихъ пагубной привычки, и результаты получаются очень быстрые и довольно стойкіе. Уже послѣ 1-го сеанса больные вовсе перестаютъ пить, хотя еще наканунѣ они получили свою обычную порцію, безъ которой, казалось, они жить не могутъ.

Какъ примѣръ такого рода больныхъ я могу привести больного Г. 44 л. Отецъ его пилъ и умеръ отъ удара. Самъ больной пьетъ съ 20 л., пьетъ каждый день, не меньше $^1/_2$-бутылки, въ годъ 1—2 раза пьетъ по мѣсяцу очень много. Обратился ко мнѣ 13/I 1902 г. — Тоны сердца чистые, п. 108. Сердце увеличено вправо, не рѣзкій склерозъ артерій, языкъ сильно обложенъ. Дрожаніе рукъ. 14/I: 1-й сеансъ. Больной скоро уснулъ. По окончаніи сеанса онъ «смутно помнитъ», что было съ нимъ. 16/I: По ночамъ хорошо спитъ. Передъ обѣдомъ и ужиномъ является желаніе выпить, но оно легко преодолимо, и больной больше не пьетъ. П. 72. Послѣ этого я видѣлъ и усыплялъ больного 18, 21 и 30/I, 15/XI, 15/XII; въ 1903 г. 11/IV, 20/V и 2 раза этой осенью. Больной въ теченіи этихъ почти 2 л. совершенно не пьетъ, слишкомъ много работаетъ и поэтому нѣсколько нервничаетъ.

2. Больной М., 37 л.; пьетъ уже 16 л., пьетъ при первой возможности. Началъ лѣченіе 3/VI 1902 г. Сеансы гипнотическаго внушенія 3, 6, 15 и 29/VI, 15/VIII, 16/IX, 22/XII; въ 1903 г. 9/II, 10/IV, 26/VI. Больной все это время совсѣмъ не пилъ и не пьетъ до сихъ поръ.

3. Больной Л., 44 л. Пьетъ съ 17 лѣтъ, пьетъ по временамъ. Лѣченіе внушеніемъ въ 1902 г. 4 и 9/VI, 20/VII, 5/X, 28/XI. Въ 1903 г. 26/I, 10/IV и 27/VIII. Въ теченіи всего этого времени больной безусловно ничего не пилъ и не пьетъ до сихъ поръ.

Случаевъ въ родѣ этихъ я могъ-бы привести много, но позволю себѣ ограничиться еще слѣдующими тремя.

4. Больной П., 40 л. Пьетъ постоянно, послѣдніе 6 мѣсяцевъ выпиваетъ бутылку водки въ день; сонъ и позывъ на ѣду плохой, плохо соображаетъ свои дѣла. По словамъ больного были даже 2 припадка падучей. Началъ лѣченіе 3/II 1901 г., всего подвергался лѣченію гипнозомъ 4 или 5 разъ въ февралѣ и мартѣ того-же года. Съ тѣхъ поръ не пьетъ ни одной капли, какъ это мнѣ достовѣрно извѣстно отъ его сына. Рѣзкое улучшеніе общаго состоянія больного.

5. Больной П., 44 л. Хроническій алкоголизмъ. Лѣчился у меня внушеніемъ въ октябрѣ 1900 г.; всего было 5 сеансовъ; съ тѣхъ поръ, хотя лѣченія не повторялъ, не пьетъ ничего спиртнаго до сего времени (конецъ 1903 г.).

6. Больной В., около 35 л., хроническій алкоголикъ, продавалъ все, что только можно было, для того, чтобы на полученныя деньги купить водки; не уживался на мѣстахъ. Начато лѣченіе внушеніемъ весной 1900 г. Съ 1-го дня лѣченія больной не пьетъ ничего спиртнаго, въ чемъ я имѣлъ возможность убѣдиться при посѣщеніяхъ больного въ 1901 и 1902 годахъ.

Случаи запойнаго пьянства, по моему мнѣнію, даютъ меньше шансовъ на успѣхъ, въ особенности, если приступы носятъ не случайный характеръ, напр. вслѣдствіе встрѣчи съ знакомыми и т. п. условій, а обусловливаются глубокими измѣненіями въ организмѣ, дающими себя знать въ формѣ измѣненія настроенія. При этомъ умѣстно напомнить вышеуказанное родство между этими случаями и падучей; а извѣстно, что по отношенію къ этой послѣдней болѣзни гипнотическое лѣченіе оказывается совершенно безсильнымъ. Успѣхъ лѣченія не находится въ прямой зависимости отъ степени гипнотической внушаемости. Я припоминаю больныхъ, у которыхъ сразу можно было получить очень глубокій сонъ, а между тѣмъ лѣченіе не дало ровно никакихъ результатовъ. Съ другой стороны, припоминаю больныхъ съ незначительной внушаемостью, у которыхъ результаты лѣченія тѣмъ не менѣе оказались вполнѣ удовлетворительными. Долженъ оговориться, что при безусловной невнушаемости можно скорѣе разсчитывать на неуспѣхъ лѣченія. Думаю, что нѣкоторое значеніе въ смыслѣ успѣшности лѣченія слѣдуетъ признать и за окружающей больного обстановкой, хотя она имѣетъ гораздо меньше значенія по сравненію съ гипнотическими внушеніями.

Интересно при этомъ отмѣтить, что больные, выпивавшіе до лѣченія 1—2 бутылки въ день, сразу бросаютъ пить съ момента лѣченія; общее недомоганіе, если оно и бываетъ, выражено не рѣзко и продолжается 1—2 дня, послѣ чего самочувствіе больныхъ значительно улучшается и громадное большинство изъ нихъ чувствуетъ себя какъ бы перерожденными. Долженъ добавить, что въ первые дни лѣченія я назначаю больнымъ успокаивающія, снотворныя, чаще всего въ сочетаніи съ сердечными средствами.

Кромѣ лѣченія гипнозомъ мы въ настоящее время можемъ предложить хроническимъ алкоголикамъ поступленіе въ спеціальныя лѣчебницы. Это особенно важно въ тѣхъ случаяхъ, когда гипнозъ не помогаетъ больному. Помѣщенный въ лѣчебницу алкоголикъ попадаетъ въ такую обстановку, гдѣ онъ ни въ коемъ случаѣ не можетъ достать ничего спиртнаго; организмъ, избавленный отъ алкоголя, исподволь оправляется, и больной по немногу опять привыкаетъ работать. Наблюденія показываютъ, что 25—30% больныхъ, проведшихъ въ лѣчебницахъ около году, навсегда отстаютъ отъ употребленія спиртныхъ напитковъ.

Подобныхъ лѣчебницъ существуетъ въ Америкѣ около 50 съ 2000 больныхъ, продолжительность пребыванія въ нихъ около $^1/_2$-года, 37% выздоровленія. Въ Англіи около 24 лѣчебницъ, въ Швейцаріи—6; на всю Россію имѣется всего 2 или 3 спеціальныхъ лѣчебницы (см. докладъ *Б. Брандта* противоалкогольной коммиссіи, стр. 32).

Интересны свѣдѣнія о лѣчебницѣ Ellikon въ Швейцаріи. Съ 1889 по 1896 г. тамъ лѣчились 343 человѣка, изъ нихъ 162 (47%) совсѣмъ выздоровѣли, 63 (18%) улучшились, 118 (34%) или снова пьютъ, или о нихъ нѣтъ данныхъ. Изъ выписанныхъ въ 1897 г. 82% не пили въ 1898 г. (См. «Врачъ», 1898 г.).

Въ лѣчебницѣ Rickmansworth въ 1897 г. лѣчились 475 человѣкъ въ возрастѣ отъ 30 до 50 лѣтъ; между ними 5% были адвокаты и 8%—врачи; $^2/_3$ больныхъ пили постоянно и равномѣрно

органическими. Эти приступы угнетенія могутъ у типичнаго падучнаго повести къ приступамъ запоя, что мы дѣйствительно часто и наблюдаемъ. Съ другой стороны, запойный больной вслѣдствіе отравленія алкоголемъ нерѣдко получаетъ типичный эпилептическій припадокъ, повторяющійся неоднократно при злоупотребленіи спиртными напитками. Такимъ образомъ у падучныхъ мы наблюдаемъ приступы запоя, а у запойныхъ — падучные припадки; у тѣхъ-же и другихъ больныхъ—приступы безпричиннаго угнетенія. На основаніи всего этого школа *Kraepelin*'а высказывается въ томъ смыслѣ, что запой не есть нѣчто самостоятельное, а лишь одна изъ разновидностей падучей, этой многообразной формы болѣзни.

Клиническій матеріалъ, который мнѣ пришлось наблюдать, во многомъ подтверждаетъ взглядъ, который устанавливаетъ такое тѣсное сродство между запоемъ и эпилепсіей.

Среди своихъ больныхъ я припоминаю теперь уже умершаго больного Л., который поступалъ въ лѣчебницу по крайней мѣрѣ, 30 разъ. Типичный запойный больной съ измѣненіемъ настроенія передъ каждымъ приступомъ. Мнѣ самому пришлось наблюдать у этого больного припадки падучей. То-же самое пришлось мнѣ видѣть у другого запойнаго больного Г. Немотивированные приступы угнетенія съ рѣзко выраженной раздражительностью мнѣ пришлось нѣсколько разъ наблюдать у больного N. Во время такого приступа больной иногда запивалъ и дѣло кончалось жестокимъ приступомъ запоя продолжительностью около недѣли; иногда-же больной не пилъ, а только запирался въ отдѣльной комнатѣ, куда впускалъ только прислуживавшаго ему человѣка. Больной самъ объяснялъ это тѣмъ, что ему не хочется никого видѣть, ни съ кѣмъ не говорить, и всякое общество въ это время невыносимо для него.

Съ другой стороны, мнѣ неоднократно приходилось наблюдать такіе-же приступы угнетенія у падучныхъ. Особенно рѣзко это выступаетъ у больного Щ. Уже по напряженному выраженію лица больного, по общей напряженной его позѣ, уже потому, какъ онъ обычно довольно любезный, отворачивается и вмѣсто того, чтобы поздороваться съ врачемъ, отходитъ въ сторону, ясно видно, что ему очень не по себѣ, что приступъ угнетенія наступилъ, что больного нужно оставить въ возможно полномъ покоѣ, потому что все, буквально все, раздражаетъ его.

Хорошей иллюстраціей родства запоя и падучей можетъ служить больной П., 36 л., помѣщенный въ лѣчебницу 4 ноября 1903 г. Отецъ его и дѣдъ по отцѣ злоупотребляли спиртными напитками; у матери его наблюдались рѣдкіе припадки падучей. 20 л. больной заразился твердымъ шанкромъ. Приблизительно въ это же время больной началъ пить спиртные напитки. Года черезъ 4 П. настолько пристрастился къ нимъ, что часто напивался пьянымъ, приблизительно разъ въ недѣлю и даже чаще. На 24 г. съ больнымъ впервые случился припадокъ падучей. Впослѣдствіи эти припадки повторялись, когда больной пилъ въ теченіи нѣсколькихъ дней, и сопровождались потерей сознанія, судорогами, укусами языка. Временами у больного бываетъ мрачное настроеніе духа, ему дѣлается тоскливо, не по себѣ такъ, что онъ «готовъ либо себѣ пустить пулю въ лобъ, либо другому сдѣлать что-нибудь». Вспоминая объ этомъ, больной даже заплакалъ. Эти приступы тоски часто случаются независимо отъ припадковъ или выпивки... «такъ найдетъ мрачное настроеніе»! Во время этихъ приступовъ тоски больной часто, но не всегда прибѣгаетъ къ водкѣ. Первыя рюмки облегчаютъ его состояніе, но впослѣдствіи дѣлается еще хуже [1]).

Я подробно остановился на отношеніи между запоемъ и падучей потому, что 1) высказанное здѣсь положеніе представляется новымъ, 2) оно имѣетъ значеніе въ отношеніи лѣченія. Долженъ, однако, оговориться, что врядъ-ли это положеніе можетъ быть примѣнимо ко всѣмъ случаямъ запоя. Нѣкоторые больные изъ этой группы опредѣленно говорятъ, что они не чувствуютъ приступовъ тоски передъ запоемъ, но начинаютъ пить вслѣдствіе чисто внѣшнихъ обстоятельствъ, а, выпивъ одну или нѣсколько рюмокъ, они уже не въ состояніи удержаться. Такъ-ли это въ дѣйствительности, или мы имѣемъ дѣло съ недостаткомъ самонаблюденія, покажетъ будущее.

Подъ вліяніемъ алкоголя не только развиваются эпилептическіе припадки, но у нѣкоторыхъ людей получается состояніе, весьма напоминающее психическій эквивалентъ падучей. Это то состояніе, которое мы называемъ патологическимъ опьянѣніемъ. Отъ нормальнаго или обычно встрѣчающагося опьянѣнія патологическое отличается рѣзко выраженными омраченіемъ сознанія и двигательнымъ возбужденіемъ, которое иногда доходитъ до сильнѣйшаго буйства; при этомъ иногда бываютъ галлюцинаціи устрашающаго характера. Послѣ приступа больной совершенно не можетъ вспомнить того, что было съ нимъ.

Примѣромъ этого можетъ служить больной Д., 42 л. Одна изъ сестеръ его страдаетъ періодической формой умопомѣшательства, отецъ умеръ отъ горловой чахотки (?). 20 л. лѣчился въ Московской клиникѣ отъ сифилиса. Съ этого же времени сталъ пить спиртные напитки. Въ теченіи послѣднихъ 15 л. выпиваетъ въ день не меньше полубутылки, часто больше. Въ 1899 г. лѣчился въ Пензенской лѣчебницѣ отъ душевной болѣзни, вѣроятно такой-же, какую онъ впослѣдствіи 2 раза продѣлалъ въ Саратовской психіатрической лѣчебницѣ. Въ 1-ый разъ помѣщенъ 5/III 1900 г. Больной возбужденъ, много говоритъ, рѣчь безсвязная. Больной получалъ на ночь ванны и снотворныя, тѣмъ не менѣе возбужденіе его усиливалось и достигло maximum'а 7-го числа, когда сознаніе его было совершенно омрачено. Онъ сбрасывалъ съ себя бѣлье, рвалъ все въ клочки и оставался голымъ. Въ комнатѣ онъ все время оживленно разговаривалъ, жестикулировалъ, рѣчь его безъ связи и безъ смысла. При попыткахъ войти къ нему въ комнату онъ не даетъ отпереть дверь, бросается на входящихъ, пытается ударить. Веч. впрыснуто 0,001 сѣрнокислаго атропина. Черезъ $^1/_2$ часа послѣ впрыскиванія больной успокоился и проспалъ всю ночь. Утромъ 8/III сознаніе его уже было совершенно ясное. Обо всемъ, что было наканунѣ, Д. не сохранилъ ни малѣйшаго воспоминанія. Веч. больной получилъ атропинъ внутрь и хорошо спалъ всю ночь. 10-го выписанъ безъ признаковъ душевной болѣзни. На настойчивый совѣтъ врача не пить спиртныхъ напитковъ Д. отвѣтилъ, что онъ непремѣнно будетъ пить, потому что безъ водки жить не можетъ. 2-ой разъ былъ помѣщенъ въ лѣчебницу 13/IV 1901 г. съ психозомъ такого-же характера; но на этотъ разъ приступъ былъ менѣе выраженъ, можетъ быть потому, что больной съ самаго начала получалъ атропинъ.

Эта картина въ очень многомъ напоминаетъ ту, которую мы наблюдаемъ при психическихъ эквивалентахъ падучей. Это и даетъ основаніе д-ру *Gaup*'у высказаться въ томъ смыслѣ, что патологическое опьянѣніе это есть реакція эпилептическаго мозга на алкогольный ядъ.

Изъ другихъ осложненій алкоголизма слѣдуетъ указать на приступы бѣлой горячки и на галлюцинаторный алкогольный психозъ. На первой останавливаться не стоитъ, потому что она достаточно извѣстна всѣмъ врачамъ. Здѣсь можно только подчеркнуть, что приступъ не зависитъ непосредственно отъ отравленія алкоголемъ, но скорѣе всего обусловливается самоотравленіемъ вслѣдствіе неправильнаго обмѣна веществъ въ организмѣ. Достаточно напомнить, что приступы бѣлой горячки случаются и безъ употребленія спиртныхъ напитковъ, напр. при заразныхъ болѣзняхъ. Проф. *Kraepelin* подчеркиваетъ значеніе тяжелаго хроническаго ослабленія общаго питанія организма въ смыслѣ причиннаго момента бѣлой горячки. О галлюцинаторномъ психозѣ распространяться нѣтъ надобности въ виду сравнительной рѣдкости этой болѣзни.

Таковы въ общихъ чертахъ тѣ осложненія, съ которыми мы встрѣчаемся при алкоголизмѣ, въ области нервно-психической сферы.

Что наука предлагаетъ теперь для ихъ лѣченія? Такъ какъ всѣ эти болѣзненныя явленія происходятъ главнымъ образомъ отъ употребленія спиртныхъ напитковъ, то весь вопросъ сводится въ данномъ случаѣ къ тому, чтобы безусловно удержать человѣка отъ ихъ употребленія. Изъ всѣхъ лѣкарствъ, которыя когда-либо предлагались для этой цѣли, одинъ стрихнинъ до извѣстной степени сохранилъ за собой право гражданства и время отъ времени еще и теперь раздаются голоса, которые указываютъ на это лѣкарство, какъ на специфическое при алкоголизмѣ. Въ этомъ отношеніи представляетъ интересъ статья земскаго врача *Ѳедорова*, который примѣнялъ подкожныя впрыскиванія стрихнина на своихъ односельчанахъ. Живя съ своими больными въ одномъ селѣ, д-ръ *Ѳедоровъ* имѣлъ возможность продолжительное время наблюдать своихъ больныхъ. Результаты, къ которымъ онъ пришелъ, сводятся къ тому, что стрихнинъ улучшаетъ нервныя и желудочно-кишечныя явленія у алкоголиковъ, но не уничтожаетъ позыва къ алкоголю; иначе говоря, не предохраняетъ алкоголика отъ возвратовъ болѣзни и въ этомъ смыслѣ онъ не дѣйствителенъ. Каждый, кому приходится лѣчить алкоголиковъ, безусловно согласится съ послѣднимъ взглядомъ. Въ послѣдніе 2 года французскимъ врачемъ *Thiébault* была предложена сыворотка, которая будто-бы вызываетъ у алкоголиковъ безусловное отвращеніе къ

[1]) Здѣсь умѣстно отмѣтить, что д-ръ *Степановъ* собралъ данныя относительно 126 падучныхъ, содержавшихся въ Петербургскомъ арестномъ домѣ. Въ 46% падучая появилась послѣ злоупотребленія спиртными напитками («Врачъ», 1899 г., стр. 1214).

вину и устраняетъ всѣ болѣзненныя явленія алкогольнаго характера. Не говоря о шаткости общихъ положеній этого метода лѣченія, трудно сказать о немъ что-либо опредѣленное за отсутствіемъ надежныхъ данныхъ.

Въ послѣднее время много говорятъ и пишутъ объ удачномъ лѣченіи алкоголиковъ гипнотическимъ внушеніемъ.

Ограничусь ссылкой на нѣкоторыхъ русскихъ авторовъ. Напомню о докладахъ д-ровъ *Синани* и *Токарскаго* въ противоалкогольной Коммиссіи при Обществѣ охраненія народнаго здравія, о сообщеніяхъ д-ровъ *Рыбакова* и *Рига* на VIII Пироговскомъ съѣздѣ, о докладѣ д-ра *Пѣвницкаго* на IX Пироговскомъ съѣздѣ.

Изъ имѣющихся у меня записей о лѣчившихся у меня больныхъ я выбралъ 100 случаевъ. Изъ нихъ 95 мужчинъ, 5 женщинъ. Возрастъ больныхъ отъ 25 до 55, т. е. самый рабочій періодъ въ жизни человѣка; только одному было 20 лѣтъ, другому еще очень бодрому старику 70 лѣтъ. 50% изъ нихъ страдали хроническимъ алкоголизмомъ и употребляли спиртные напитки, главнымъ образомъ водку и пиво, въ количествахъ, безусловно вредныхъ для ихъ здоровья. Нерѣдко больные выпивали до 2-хъ бутылокъ водки въ день. Другіе 50% представляли собой запойныхъ, съ различной силою приступовъ запоя и различной продолжительностью свободнаго отъ запоя промежутка. Ко всѣмъ этимъ больнымъ примѣнялся гипнозъ въ формѣ гипнотическихъ внушеній. У всѣхъ больныхъ оказалась гипнотическая внушаемость 1-ой, 2-ой и 3-ьей степени и 6 случаевъ сомнамбулизма. Невнушаемость отмѣчена у 12 лицъ; невнушаемость эта, разумѣется, относительная: послѣ 3—4 неудачныхъ сеансовъ больной больше не является; нѣтъ сомнѣнія, что, если повозиться съ такимъ больнымъ, можно и у него добиться достаточно глубокой внушаемости, которая вообще наблюдается у большинства алкоголиковъ. Въ смыслѣ успѣха лѣченія, въ 24 случаяхъ получились отрицательные результаты, т. е. больные по прежнему продолжали пить или во время лѣченія или черезъ нѣсколько дней или недѣль послѣ лѣченія. Въ 16 случаяхъ результаты мнѣ неизвѣстны, такъ какъ я никакихъ дальнѣйшихъ свѣдѣній о состояніи этихъ больныхъ не получилъ. Въ 60 случаяхъ получились положительные результаты, т. е., насколько мнѣ удалось узнать отъ самихъ больныхъ, ихъ родныхъ или близкихъ знакомыхъ, больные воздерживались отъ употребленія спиртныхъ напитковъ въ теченіи большого промежутка времени, до 3—4 лѣтъ включительно. Я не узналъ, чтобы у кого-нибудь изъ нихъ уже наступилъ возвратъ болѣзни, хотя, разумѣется, я ни въ коемъ случаѣ не могу утверждать, что возвратъ, дѣйствительно, ни у кого не наступилъ или не наступитъ въ будущемъ. Успѣхъ лѣченія зависитъ отъ очень многихъ условій. Наиболѣе подходящими для лѣченія гипнозомъ мнѣ представляются привычные алкоголики, пьющіе спиртные напитки ежедневно, но люди безъ тяжелой патологической наслѣдственности и безъ рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій во внутреннихъ органахъ. Этого рода алкоголиковъ легко удается избавить отъ ихъ пагубной привычки, и результаты получаются очень быстрые и довольно стойкіе. Уже послѣ 1-го сеанса больные вовсе перестаютъ пить, хотя еще наканунѣ они получили свою обычную порцію, безъ которой, казалось, они жить не могутъ.

Какъ примѣръ такого рода больныхъ я могу привести больного Г. 44 л. Отецъ его пилъ и умеръ отъ удара. Самъ больной пьетъ съ 20 л., пьетъ каждый день, не меньше ½-бутылки, въ годъ 1—2 раза пьетъ по мѣсяцу очень много. Обратился ко мнѣ 13/I 1902 г. — Тоны сердца чистые, п. 108. Сердце увеличено вправо, не рѣзкій склерозъ артерій, языкъ сильно обложенъ. Дрожаніе рукъ. 14/I: 1-й сеансъ. Больной скоро уснулъ. По окончаніи сеанса онъ «смутно помнитъ», что было съ нимъ. 16/I: По ночамъ хорошо спитъ. Передъ обѣдомъ и ужиномъ является желаніе выпить, но оно легко преодолимо, и больной больше не пьетъ. П. 72. Послѣ этого я видѣлъ и усыплялъ больного 18, 21 и 30/I, 15/XI, 15/XII; въ 1903 г. 11/IV, 20/V и 2 раза этой осенью. Больной въ теченіи этихъ почти 2 л. совершенно не пьетъ, слишкомъ много работаетъ и поэтому нѣсколько нервничаетъ.

2. Больной М., 37 л.; пьетъ уже 16 л., пьетъ при первой возможности. Началъ лѣченіе 3/VI 1902 г. Сеансы гипнотическаго внушенія 3, 6, 15 и 29/VI, 15/VIII, 16/IX, 22/XII; въ 1903 г. 9/II, 10/IV, 26/VI. Больной все это время совсѣмъ не пилъ и не пьетъ до сихъ поръ.

3. Больной Л., 44 л. Пьетъ съ 17 лѣтъ, пьетъ по временамъ. Лѣченіе внушеніемъ въ 1902 г. 4 и 9/VI, 20/VII, 5/X, 28/XI. Въ 1903 г. 26/I, 10/IV и 27/VIII. Въ теченіи всего этого времени больной безусловно ничего не пилъ и не пьетъ до сихъ поръ.

Случаевъ въ родѣ этихъ я могъ-бы привести много, но позволю себѣ ограничиться еще слѣдующими тремя.

4. Больной П., 40 л. Пьетъ постоянно, послѣдніе 6 мѣсяцевъ выпиваетъ бутылку водки въ день; сонъ и позывъ на ѣду плохой, плохо соображаетъ свои дѣла. По словамъ больного были даже 2 припадка падучей. Началъ лѣченіе 3/II 1901 г., всего подвергался лѣченію гипнозомъ 4 или 5 разъ въ февралѣ и мартѣ того же года. Съ тѣхъ поръ не пьетъ ни одной капли, какъ это мнѣ достовѣрно извѣстно отъ его сына. Рѣзкое улучшеніе общаго состоянія больного.

5. Больной П., 44 л. Хроническій алкоголизмъ. Лѣчился у меня внушеніемъ въ октябрѣ 1900 г.; всего было 5 сеансовъ; съ тѣхъ поръ, хотя лѣченія не повторялъ, не пьетъ ничего спиртнаго до сего времени (конецъ 1903 г.).

6. Больной В., около 35 л., хроническій алкоголикъ, продавалъ все, что только можно было, для того, чтобы на полученныя деньги купить водки; не уживался на мѣстахъ. Начато лѣченіе внушеніемъ весной 1900 г. Съ 1-го дня лѣченія больной не пьетъ ничего спиртнаго, въ чемъ я имѣлъ возможность убѣдиться при посѣщеніяхъ больного въ 1901 и 1902 годахъ.

Случаи запойнаго пьянства, по моему мнѣнію, даютъ меньше шансовъ на успѣхъ, въ особенности, если приступы носятъ не случайный характеръ, напр. вслѣдствіе встрѣчи съ знакомыми и т. п. условій, а обусловливаются глубокими измѣненіями въ организмѣ, дающими себя знать въ формѣ измѣненія настроенія. При этомъ умѣстно напомнить вышеуказанное родство между этими случаями и падучей; а извѣстно, что по отношенію къ этой послѣдней болѣзни гипнотическое лѣченіе оказывается совершенно безсильнымъ. Успѣхъ лѣченія не находится въ прямой зависимости отъ степени гипнотической внушаемости. Я припоминаю больныхъ, у которыхъ сразу можно было получить очень глубокій сонъ, а между тѣмъ лѣченіе не дало ровно никакихъ результатовъ. Съ другой стороны, припоминаю больныхъ съ незначительной внушаемостью, у которыхъ результаты лѣченія тѣмъ не менѣе оказались вполнѣ удовлетворительными. Долженъ оговориться, что при безусловной невнушаемости можно скорѣе разсчитывать на неуспѣхъ лѣченія. Думаю, что нѣкоторое значеніе въ смыслѣ успѣшности лѣченія слѣдуетъ признать и за окружающей больного обстановкой, хотя она имѣетъ гораздо меньше значенія по сравненію съ гипнотическими внушеніями.

Интересно при этомъ отмѣтить, что больные, выпивавшіе до лѣченія 1—2 бутылки въ день, сразу бросаютъ пить съ момента лѣченія; общее недомоганіе, если оно и бываетъ, выражено не рѣзко и продолжается 1—2 дня, послѣ чего самочувствіе больныхъ значительно улучшается и громадное большинство изъ нихъ чувствуетъ себя какъ бы перерожденными. Долженъ добавить, что въ первые дни лѣченія я назначаю больнымъ успокаивающія, снотворныя, чаще всего въ сочетаніи съ сердечными средствами.

Кромѣ лѣченія гипнозомъ мы въ настоящее время можемъ предложить хроническимъ алкоголикамъ поступленіе въ спеціальныя лѣчебницы. Это особенно важно въ тѣхъ случаяхъ, когда гипнозъ не помогаетъ больному. Помѣщенный въ лѣчебницу алкоголикъ попадаетъ въ такую обстановку, гдѣ онъ ни въ коемъ случаѣ не можетъ достать ничего спиртнаго; организмъ, избавленный отъ алкоголя, исподволь оправляется, и больной по немногу опять привыкаетъ работать. Наблюденія показываютъ, что 25—30% больныхъ, проведшихъ въ лѣчебницахъ около году, навсегда отстаютъ отъ употребленія спиртныхъ напитковъ.

Подобныхъ лѣчебницъ существуетъ въ Америкѣ около 50 съ 2000 больныхъ, продолжительность пребыванія въ нихъ около ½-года, 37% выздоровленія. Въ Англіи около 24 лѣчебницъ, въ Швейцаріи—6; на всю Россію имѣется всего 2 или 3 спеціальныхъ лѣчебницы (см. докладъ *Б. Брандта* противоалкогольной коммиссіи, стр. 32).

Интересны свѣдѣнія о лѣчебницѣ Ellikon въ Швейцаріи. Съ 1889 по 1896 г. тамъ лѣчились 343 человѣка, изъ нихъ 162 (47%) совсѣмъ выздоровѣли, 63 (18%) улучшились, 118 (34%) или снова пьютъ, или о нихъ нѣтъ данныхъ. Изъ выписанныхъ въ 1897 г. 82% не пили въ 1898 г. (См. «Врачъ», 1898 г.).

Въ лѣчебницѣ Rickmansworth въ 1897 г. лѣчились 475 человѣкъ въ возрастѣ отъ 30 до 50 лѣтъ; между ними 5% были адвокаты и 8%—врачи; ¾ больныхъ пили постоянно и равномѣрно

$^1/_4$ пила запоемъ. Выздоровѣли $33^1/_3$%, улучшились 5% (См. «Врачъ», 1898 г., № 15, стр. 452).

Громадное неудобство лѣченія въ этихъ спеціальныхъ пріютахъ сводится къ тому, что они на $^1/_2$—1 годъ отрываютъ больного отъ его обычныхъ занятій и не только лишаютъ его заработка, но еще требуютъ отъ него извѣстной, иногда довольно значительной платы за лѣченіе. Разумѣется, это доступно только состоятельнымъ людямъ. Разъ намъ удалось избавить алкоголика отъ употребленія спиртныхъ напитковъ, этимъ сдѣлано самое главное для лѣченія осложненій, обусловленныхъ алкоголемъ.

Нужно добавить только нѣсколько словъ относительно лѣченія бѣлой горячки въ виду того вреда, который больной можетъ причинить себѣ и окружающимъ. При этой болѣзни главнымъ образомъ употребляются успокаивающія и въ особенности снотворныя.

Д-ръ *Тувимъ* въ 1898 г. обратилъ вниманіе на благотворное вліяніе при бѣлой горячкѣ средствъ, возбуждающихъ мозгъ. Подъ ними онъ подразумѣваетъ холодныя обливанія (5°—6°) въ теплой ваннѣ и впрыскиванія атропина. Если бѣлая горячка протекаетъ съ рѣзкимъ двигательнымъ возбужденіемъ, то атропина впрыскивается 0,0005; если-же возбужденіе не рѣзкое, то впрыскивается 0,001. Авторъ приводитъ много случаевъ, которыми онъ подтверждаетъ это положеніе. До извѣстной степени я могу присоединиться къ нимъ. Для примѣра сошлюсь на вышеописаннаго больного Д. Припоминаю другой случай съ больнымъ Сл., у котораго слуховыя галлюцинаціи прошли послѣ пріема перваго-же порошка атропина. У меня имѣются данныя о многихъ другихъ случаяхъ, гдѣ послѣ впрыскиванія атропина галлюцинаціи прекращались и наступалъ спокойный сонъ. Но бывали и такіе случаи, когда и послѣ впрыскиванія состояніе больного нисколько не улучшалось, и приходилось назначать больному снотворныя.

Въ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie за 1903 г., вып. 4-й была напечатана статья д-ра *Donath*'а о лѣченіи наростающаго паралича впрыскиваніями сыворотки, по составу аналогичной съ сывороткой крови. Между прочимъ онъ описываетъ 1 случай внутривеннаго впрыскиванія физіологическаго раствора при очень тяжелой формѣ бѣлой горячки съ весьма благопріятнымъ результатомъ. Это станетъ намъ вполнѣ понятнымъ, если мы вспомнимъ раньше сказанное, что главная причина бѣлой горячки—это самоотравленіе производными неправильнаго обмѣна веществъ.

Въ итогѣ я прихожу къ слѣдующему заключенію: При лѣченіи алкоголизма и его осложненій наука предлагаетъ гипнозъ и помѣщеніе въ спеціальныя лѣчебницы. У насъ въ Россіи этихъ лѣчебницъ такъ мало, лѣченіе въ нихъ такъ дорого, что онѣ не имѣютъ пока никакого общественнаго значенія. Такое-же незначительное общественное значеніе слѣдуетъ, пожалуй, признать за гипнотическимъ лѣченіемъ. Изъ громадной массы алкоголиковъ обращаются за помощью только единицы; большинство-же, страдая, раззоряясь и погибая отъ водки, считаетъ это не болѣзнью, а порокомъ, дурной привычкой, отъ которой оно можетъ отстать въ любой моментъ, если только пожелаетъ, но, къ сожалѣнію, оно не желаетъ этого до самой смерти. Печальное и странное впечатлѣніе производятъ всѣ наши старанія вылѣчить больного, когда тутъ-же по выходѣ его изъ кабинета врача или изъ спеціальной лѣчебницы ему на каждомъ шагу предлагаютъ вино, уговариваютъ пить; обижаются, если онъ не пьетъ, когда кругомъ расположены всякаго рода заведенія, торгующія виномъ... Съ одной стороны—врачъ съ своими внушеніями, съ другой стороны—все общество съ цѣлымъ рядомъ какъ-бы нарочитыхъ приспособленій, чтобы спаивать больного. Слишкомъ понятно, что побѣда часто остается не на сторонѣ врача, вступающаго въ данномъ случаѣ въ борьбу со всѣми общественными предразсудками. Не лѣченіе, а предупрежденіе общественныхъ болѣзней должно стоять на первомъ планѣ, и въ этомъ смыслѣ вполнѣ можно присоединиться къ взгляду д-ра *Д. Н. Жбанкова*, высказанному имъ на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ по поводу доклада д-ра *Рыбакова:* «Пока $^1/_4$ государственнаго бюджета получается отъ акциза на водку, до тѣхъ поръ борьба съ алкоголизмомъ не дастъ прочныхъ результатовъ...»

При помощи нашихъ способовъ лѣченія мы будемъ спасать только единицы, а тысячи будутъ погибать по прежнему. Значеніе общественныхъ мѣропріятій въ борьбѣ съ алкоголизмомъ лучше всего можно видѣть на примѣрѣ Скандинавскихъ странъ, которыя изъ наиболѣе пьющихъ сдѣлались теперь самыми трезвыми и гораздо менѣе другихъ странъ страдаютъ отъ послѣдствій алкоголизма. Героическія усилія требуются для того, чтобы отстоять объятый пламенемъ домъ; несравненно легче прекратить пожаръ въ началѣ его развитія. А потому:

1. Въ борьбѣ съ алкоголизмомъ мѣры, предохраняющія всѣ слои населенія отъ употребленія спиртныхъ напитковъ, имѣютъ гораздо бо́льшее значеніе, чѣмъ мѣры лѣчебныя.

2. Гипнотическія внушенія оказываются весьма полезными во многихъ случаяхъ алкоголизма и удерживаютъ больныхъ отъ ихъ пагубной привычки-порока въ теченіи долгаго времени, а иногда и всей жизни.

3. Случаи привычнаго пьянства являются болѣе подходящими для этого рода лѣченія, чѣмъ случаи запоя.

4. Въ случаяхъ, когда гипнозъ не даетъ результатовъ, могутъ оказаться полезными соотвѣтствующія спеціальныя лѣчебницы для алкоголиковъ.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Къ вопросу о подготовкѣ санитарныхъ врачей [1]).

Достаточно извѣстно, насколько прочно, особенно въ послѣднее время, въ сознаніи представителей мѣстныхъ органовъ самоуправленія опредѣлилась необходимость санитарныхъ организацій для успѣшнаго развитія всей постановки медицинскаго дѣла.

Въ настоящее время губернскія санитарныя бюро существуютъ уже въ 25 изъ всѣхъ 34 земскихъ губерній; существуютъ они и въ большинствѣ крупныхъ городовъ (Петербургъ, Москва, Кіевъ, Одесса, Харьковъ, Ялта, Баку, Казань, Саратовъ, Нижній, Сумы и т. д.). За послѣдніе года развитіе общественной санитаріи двинулось впередъ особенно быстро: въ одномъ минувшемъ 1903 г. открыты санитарныя бюро въ 3-хъ губерніяхъ (Саратовская, Рязанская, Ярославская); въ томъ же 1903 г. Костромское губернское земское собраніе учреждаетъ и у себя должность санитарнаго врача, завѣдующаго бюро; съ настоящаго 1904 г. организуется санитарное бюро и въ Казани. Возникъ вопросъ о таковомъ же и на Полтавскомъ губернскомъ Съѣздѣ врачей (конецъ 1903 г.), но здѣсь вопросъ отложенъ для дальнѣйшей его разработки. Интересно отмѣтить, что изъ нѣсколькихъ губерній, въ которыхъ санитарныя бюро въ свое время были уже организованы, но затѣмъ, по причинамъ, совершенно не имѣющимъ никакого отношенія къ интересамъ дѣла, были опять закрыты, они вновь возстановлены въ губерніяхъ Саратовской и Рязанской.

До недавняго времени мы имѣли лишь 3 губерніи, развившія у себя поуѣздную санитарную организацію (Московская, Петербургская и Херсонская), но вотъ въ 1902 г. вводятся санитарные врачи въ земствахъ Екатеринославскомъ и Харьковскомъ и 4 санитарно-эпидемическіе [2]) врача для 12 уѣздовъ Костромской губерніи, земскія-же собранія послѣдней сессіи въ Курскѣ и Воронежѣ постановили ввести съ 1904 г. уѣздныхъ санитарныхъ врачей и въ этихъ 2-хъ губерніяхъ. Съ іюля текущаго года приглашаются Саратовскимъ губернскимъ земствомъ санитарные врачи для нѣсколькихъ уѣздовъ Саратовской губерніи. Общегубернская санитарная организація существуетъ и въ Новгородской губерніи, но здѣсь пока она носитъ исключительно противоэпидемическій характеръ.

Если мы обратимся къ 9 земскимъ губерніямъ, лишеннымъ до сихъ поръ санитарныхъ бюро, то и тутъ мы найдемъ признаки пробужденія, по крайней мѣрѣ въ отдѣльныхъ уѣздахъ, сознанія своевременности санитарной организаціи: укажу на Константиноградскій уѣздъ Полтавской губ., Ковровскій Владимірской губ., Бендерскій Бессарабской губ.; кромѣ того, изъ губерній съ функціонирующими губернскими бюро, но безъ общегубернской сани-

[1]) Переработано изъ сообщенія, сдѣланнаго на IX Пироговскомъ Съѣздѣ, по порученію совѣщанія санитарныхъ врачей Петербургскаго земства.

[2]) Съ 1903 г. эти врачи совершенно освобождены отъ эпидемическихъ обязанностей, для чего приглашены 2 особыхъ эпидемическихъ врача, дѣятельности-же первыхъ приданъ чисто санитарный характеръ.

тарной организаціи намъ извѣстны земскіе санитарные уѣздные врачи въ уѣздахъ: Суджанскомъ (Курской губерніи) и Екатеринбургскомъ (Пермской губерніи).

Даже въ губерніяхъ, лишенныхъ земскихъ учрежденій, начинаетъ проявляться таже тенденція: сошлюсь въ этомъ отношеніи на «Труды совѣщанія врачебныхъ инспекторовъ Юго-западнаго края», не только высказавшагося принципіально за санитарную организацію, но даже разработавшаго схему санитарнаго бюро, смѣты на него и т. д. Конечно, трудно предположить, чтобы организаціонные образцы, сформировавшіеся въ земскихъ условіяхъ, могли такимъ-же образомъ развиваться и на почвѣ казенныхъ губернскихъ врачебныхъ установленій, но намъ важно было лишь предуказать въ данномъ фактѣ еще новую потребность во врачахъ съ санитарной подготовкой.

Если перейти къ городской санитаріи, то въ одномъ Петербургѣ мы насчитаемъ свыше 50-ти санитарныхъ врачей (не включая туда школьныхъ). Да и правительство не можетъ быть равнодушно къ вопросу о подготовкѣ санитарныхъ врачей: послѣдніе нужны ему въ области фабричнаго и горнозаводскаго надзора, тюремнаго надзора, для организуемаго теперь санитарнаго надзора за водными и сухопутными путями сообщеній; многочисленные правительственные курорты и лѣчебныя заведенія также нуждаются въ санитарномъ надзорѣ; должны быть свѣдущи въ этой области и многочисленные правительственные городовые и уѣздные врачи.

Съ распространеніемъ въ обществѣ здравыхъ гигіеническихъ понятій, область санитарнаго вмѣшательства охватываетъ все большій и большій кругъ явленій и жизнь требуетъ уже этого вмѣшательства даже въ такую сравнительно обособленную и консервативную во всѣхъ отношеніяхъ область, какъ учрежденія епархіальнаго вѣдомства; я разумѣю здѣсь частыя скопленія больныхъ паломниковъ въ монастыряхъ и у разныхъ святынь.

Наконецъ, событія послѣдняго времени выдвигаютъ на очередь значеніе санитарнаго дѣла для арміи, для которой эпидемія гораздо болѣе страшны, чѣмъ огнестрѣльное и холодное оружіе противника [1]), и здѣсь нужны опять-таки спеціально подготовленные врачи, свѣдущіе въ санитаріи.

Между тѣмъ имѣютъ-ли врачи теперь возможность получить гдѣ-либо такую подготовку? Конечно, нѣтъ—это было установлено еще на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ компетентными устами проф. *М. Я. Капустина*. Университетъ въ этомъ отношеніи даетъ слишкомъ мало: бактеріологическую технику, технику химическихъ и микроскопическихъ изслѣдованій въ гигіенической лабораторіи—и только.

Въ нашу задачу отнюдь не входитъ обсужденіе того, насколько наша университетская постановка преподаванія гигіены достаточна для студентовъ, сообщая имъ основы гигіены и санитаріи, но для будущихъ санитарныхъ врачей, а тѣмъ болѣе земскихъ санитарныхъ врачей этого слишкомъ мало. Я сознательно выдѣляю при этомъ земскаго санитарнаго врача. Въ самомъ дѣлѣ, фабричный инспекторъ, школьный врачъ, торговый врачъ, даже городской участковый санитарный врачъ—это лица, которыя для своихъ профессіональныхъ цѣлей до извѣстной степени могутъ обойтись знакомствомъ съ санитаріей въ спеціальномъ смыслѣ этого слова; въ роль же земскаго санитарнаго врача, какою по крайней мѣрѣ опредѣлили ее сами условія общественно-медицинской дѣйствительности, задачи собственно санитарнаго надзора и санитарной экспертизы входятъ лишь, какъ часть.

Санитарный земскій врачъ долженъ быть прежде всего врачемъ-организаторомъ, долженъ быть объединяющимъ элементомъ для медицинской организаціи въ уѣздѣ или губерніи; живя въ центрѣ, участвуя въ дѣлопроизводствѣ Управы, онъ часто является главнымъ и ближайшимъ экспертомъ, свѣдущимъ лицомъ для послѣдней какъ въ области чисто санитарныхъ, такъ и организаціонно-медицинскихъ вопросовъ; въ то же время онъ—обычный секретарь врачебнаго Совѣта, и ему опять-таки естественно поручается занятыми лѣчебнымъ дѣломъ товарищами разработка и подготовка къ врачебному Совѣту, а отъ имени Управы и къ земскому Собранію большинства вопросовъ санитарнаго общеорганизаціоннаго характера. На земскомъ-же санитарномъ врачѣ въ уѣздѣ лежитъ, обыкновенно общее руководство противо-эпидемическими мѣропріятіями, дѣятельностью врачебно-продовольственныхъ пунктовъ, яслей и пр.; наконецъ тотъ-же санитарный врачъ обслѣдуетъ санитарную физіономію уѣзда, санитарныя нужды его населенія и т. д.

Для выполненія столь сложныхъ и отвѣтственныхъ функцій земскій санитарный врачъ долженъ, конечно, обладать соотвѣтствующими подходящими индивидуальными качествами, но, помимо того, ему необходимъ запасъ довольно разносторонныхъ знаній. На первомъ планѣ здѣсь остаются, конечно, гигіена общая и спеціальная и методика санитарно-гигіеническихъ изслѣдованій, но не менѣе необходимы для него и такія вспомогательныя науки, какъ метеорологія, климатологія, почвовѣдѣніе, технологія различныхъ производствъ, отдѣлы техническихъ наукъ и строительнаго искусства, поскольку послѣдніе находятся на службѣ у санитаріи, и пр. Оперируя не въ лабораторіи, а въ обстановкѣ многообразныхъ формъ окружающей живой дѣйствительности, въ условіяхъ сельскаго быта, въ школѣ, въ казармѣ рабочаго, наблюдая массовыя вредныя вліянія промысловъ и отдѣльныхъ производствъ, вліяніе неурожаевъ, слѣдя за движеніемъ населенія,—земскій санитарный врачъ долженъ быть достаточно знакомъ и съ методикой статистическихъ изслѣдованій и описаній.

Упоминавшееся выше центральное положеніе санитарнаго врача въ уѣздѣ и роль его, какъ секретаря врачебнаго Совѣта, требуетъ отъ него знакомства также съ общественной медициной, вообще съ постановкой земской медицины въ другихъ губерніяхъ, съ общественно-медицинской литературой.

Нечего говорить, что будущему санитарному врачу пока негдѣ всему этому учиться. Нѣсколько на всю Россію университетскихъ гигіеническихъ лабораторій, 2 на всѣ университеты приватъ-доцентуры по эпидеміологіи [1]) и ничего по общественной медицинѣ—вотъ наши медицинскіе факультеты, какъ школа для общественныхъ санитарныхъ врачей. Мы должны поэтому признать вполнѣ своевременнымъ принятіе мѣръ къ созданію спеціальнаго учрежденія, въ которомъ могли-бы подготовляться, а затѣмъ періодически пополнять и освѣжать свои знанія санитарные врачи. Объ этомъ напоминаютъ намъ постоянно тѣ страшныя затрудненія, которыя приходится испытывать при подыскиваніи кандидатовъ на мѣста земскихъ санитарныхъ врачей, продолжительное пустованіе этихъ вакансій и неохота участковыхъ товарищей браться за это отвѣтственное дѣло, въ которомъ пока приходится начинать кустаремъ, самоучкой.

Пока что, отдѣльные врачи отчасти по собственному почину, отчасти посылаемые общественными учрежденіями пробовали подготовлять себя къ общественно-санитарной дѣятельности при существующихъ каѳедрахъ гигіены; мы можемъ указать на проф. *Ѳ. Ѳ. Эрисмана*, у котораго работалъ цѣлый рядъ санитарныхъ врачей, затѣмъ на проф. *М. Я. Капустина*, выпустившаго нѣсколькихъ работниковъ на поприщѣ общественной санитаріи изъ своихъ учениковъ. Изъ свѣдѣній, любезно сообщенныхъ намъ *В. А. Левашевымъ*, видно, что нынѣ завѣдующіе санитарными бюро: *П. Ф. Кудрявцевъ, А. М. Спасскій, В. П. Успенскій* и санитарно-эпидемическій врачъ Вологодскаго Земства *С. Ф. Галюкъ* работали въ лабораторіи проф. *С. В. Шидловскаго*. Въ Юрьевѣ у проф. *Г. В. Хлопина* за 6 лѣтъ работало до 15 земскихъ врачей. Наконецъ, литература послѣднихъ дней знакомитъ насъ съ поѣздками земскихъ санитарныхъ врачей для совершенствованія заграницу. Все это говоритъ о жаждѣ соотвѣтствующихъ знаній у земскихъ санитарныхъ врачей, но, конечно, односторонняя все-таки подготовка при академическихъ каѳедрахъ не можетъ считаться достаточной для запросовъ общественной санитаріи.

[1]) См. статью *А. В. Корчакъ-Чепурковскаго* «Войны и эпидеміи» Русскій Врачъ, 1904, № 16.

[1]) Кіевъ и Москва.

Курсы или Институтъ для санитарныхъ врачей должны удовлетворять гораздо болѣе широкой программѣ, намѣченной въ общихъ чертахъ проф. *М. Я. Капустинымъ* на 2-хъ послѣднихъ Пироговскихъ Съѣздахъ.

Въ настоящее время, когда вопросъ объ организаціи подобныхъ курсовъ или Института для подготовки санитарныхъ врачей находится въ ступени разработки, не безинтересно будетъ познакомиться съ первыми въ этомъ направленіи опытами у насъ въ Россіи. Къ сожалѣнію, этотъ опытъ невеликъ и сводится къ единственнымъ краткосрочнымъ курсамъ для санитарныхъ врачей, состоявшимся въ Петербургѣ зимою 190²/₃ года.

Правда въ февралѣ 1903 г. устраивались также «практическія занятія для санитарныхъ врачей» еще и Харьковской губернской Управой, но эта попытка, начиная съ самой программы [1]) и до ея выполненія представляетъ собою одно сплошное недоразумѣніе. Программа, оказывается, была составлена «безъ участія спеціалистовъ по гигіэнѣ и безъ всякой предварительной освѣдомленности со стороны бюро о запросахъ въ этомъ отношеніи со стороны самихъ санитарныхъ врачей»; къ довершенію всего веденіе курсовъ поручено было спеціалисту—патолого-анатому. «Что могутъ дать живому дѣлу общественной санитаріи мертвые анатомическіе препараты?», восклицалъ по этому поводу одинъ изъ членовъ губернскаго врачебнаго Совѣта,—и онъ былъ правъ.

Петербургскіе курсы задуманы были очень широко, подготовка ихъ шла совершенно инымъ путемъ и, если, вслѣдствіе различныхъ внѣшнихъ обстоятельствъ, практически не удалось выполнить намѣченное въ задуманной формѣ и объёмѣ, все-же этотъ первый опытъ оставилъ поучительное наслѣдство для будущихъ начинаній въ томъ же направленіи, почему мы и остановимся на немъ нѣсколько подробнѣе.

Организованы были эти курсы по мысли и почину завѣдующаго санитарнымъ бюро Петербургскаго земства *И. А. Дмитріева*, горячо поддержанной VIII-мъ санитарнымъ Съѣздомъ врачей Петербургской губерніи (мартъ 1901 г.). Губернскимъ земскимъ Собраніемъ въ томъ-же 1901 г. на это дѣло было отпущено 600 р. Незначительная ассигновка не могла окрылять организаторовъ особыми надеждами, тѣмъ не менѣе коммиссія, которой было поручено земствомъ практическое осуществленіе порученія Съѣзда, энергично приступила къ дѣлу. Въ составъ коммиссіи, кромѣ представителей земства и земской и городской санитаріи, были привлечены еще и спеціалисты по различнымъ отдѣламъ намѣченной программы: проф. *С. В. Шидловскій*, ч. пр. *В. А. Левашевъ*, д-ръ *Д. Н. Никольскій*, проф. *Э. Г. Перримондъ*, д-ръ *В. И. Яковлевъ* и др.

Дѣятельному участію этихъ спеціалистовъ и обязана подробной разработкой отдѣловъ весьма обстоятельная программа курсовъ, которая окончательно была разсмотрѣна и одобрена какъ земской, такъ и городской санитарными Коммиссіями. Вообще, эта программа представляетъ собою наиболѣе цѣнный результатъ подготовительныхъ работъ Коммиссіи. Отсылая интересующихся деталями программы къ «Петербургскому Земскому Вѣстнику» за 1904 г., мы можемъ здѣсь привести лишь перечень главныхъ ея отдѣловъ.

I. *Гигіэна. А. Теоретическія лекціи.* 1. Гигіэна жилища. 2. Водоснабженіе. 3. Удаленіе нечистотъ. 4. Борьба съ заразными болѣзнями [2]). 5. Питаніе. 6. Одежда и климатъ. 7. Главнѣйшіе общіе вопросы школьной и фабричной гигіэны (кромѣ того см. отд. II).

Б. и В. Экскурсіи и осмотры, между прочимъ, имѣющіе цѣлью практическое ознакомленіе съ практическимъ приложеніемъ къ жизни обязательныхъ постановленій.

Г. Практическія занятія по методикѣ санитарныхъ изслѣдованій: 1) практическія занятія въ гигіэнической лабораторіи, курсъ оспопрививанія, методы бактеріологическаго распознаванія эпидемій и т. д. 2) упражненія въ санитарной экспертизѣ въ естественныхъ бытовыхъ условіяхъ.

II. *Профессіональная гигіэна и медицина* (§§ 1—8).

III. *Общественная медицина* (§§ 1—17).

IV. *Медицинская и санитарная статистика и медицинская географія* (§§ 1—9).

V. *Государственный врачебно-санитарный строй и санитарное законодательство* (§§ 1—17).

Какъ всякое теоретическое построеніе, эта программа несомнѣнно страдаетъ нѣкоторыми недочетами, отчасти уже сказавшимися при провѣркѣ ея практикой; между прочимъ многое можно возразить противъ группировки и систематизаціи матеріала въ отдѣлѣ общественной медицины, тѣмъ не менѣе въ ней ясно чувствуется, что составители ея достаточно широко рисовали себѣ задачи курсовъ и выработанное послужитъ, конечно, полезнымъ матеріаломъ, готовой схемой для будущей постановки этого дѣла. Весьма желательно, чтобы выработкой такой программы въ окончательномъ видѣ занялась особая Коммиссія при Правленіи Пироговскаго Общества, которое получило отъ послѣдняго IX Съѣзда порученіе дать дальнѣйшее движеніе вопросу о спеціальной подготовкѣ санитарныхъ врачей. Важно только и даже необходимо, чтобы въ составъ этой Коммиссіи вошли не только академическіе спеціалисты по гигіэнѣ, бактеріологіи и т. д., но и представители того житейскаго санитарнаго опыта, которымъ обладаютъ практическіе санитарные врачи, какъ общественные, такъ и другихъ категорій; интересно и полезно также выслушать и мнѣніе заинтересованныхъ въ развитіи санитарнаго дѣла учрежденій, ознакомиться съ требованіями, которыя они станутъ предъявлять будущимъ санитарнымъ врачамъ.

Эта-же Коммиссія по организаціи курсовъ (или Института) общественной санитаріи должна будетъ намѣтить и общую постановку занятій на нихъ. Когда-же удастся осуществить подобные курсы или Институтъ общественной санитаріи, какъ нѣчто, постоянно функціонирующее, дальнѣйшія измѣненія программы, дополненія ея и т. д. будутъ исходить естественнымъ образомъ отъ совѣта преподавателей послѣднихъ, но непремѣнно при участіи представителей отъ врачей-слушателей и отъ заинтересованныхъ учрежденій, матеріально поддерживающихъ курсы.

Возвращаясь къ Петербургскимъ курсамъ, приходится съ сожалѣніемъ отмѣтить, что практическое осуществленіе довольно широко задуманной программы натолкнулось на рядъ неблагопріятныхъ обстоятельствъ.

Прежде всего средства, отпущенныя Петербургскимъ Земствомъ для этого перваго опыта оказались слишкомъ недостаточными—600 р. Слѣдствіемъ этого явилась необходимость присоединиться къ городу, который одновременно съ Земствомъ задумалъ осуществить идею *И. А. Дмитріева* для своихъ врачей, отпустивъ для этого бо́льшія средства (1200 р.), но при этомъ городъ, къ сожалѣнію, нѣсколько иначе представлялъ себѣ задачи курсовъ, что несомнѣнно положило на всю организацію курсовъ извѣстный отпечатокъ и отразилось въ невыгодную сторону на приспособленности курсовъ къ задачамъ земской, преимущественно сельской санитаріи. Вообще-же этотъ опытъ показалъ, что организовать и поставить достаточно широко подобные курсы, хотя бы и періодически функціонирующіе, возможно лишь на совмѣстныя средства многихъ земствъ и городскихъ управленій при участіи и другихъ заинтересованныхъ въ этомъ дѣлѣ учрежденій и, само собою разумѣется, правительства.

Затрачивая 600 р. и не будучи увѣрена въ возможности скоро повторить подобные курсы, Управа постаралась привлечь въ нихъ по возможности всѣхъ своихъ санитарныхъ врачей изъ уѣздовъ одновременно, а чтобы не оставить губернію совсѣмъ безъ санитарнаго надзора, врачамъ пришлось пріѣзжать еженедѣльно лишь на 2 лекціонные дня, возвращаясь затѣмъ къ отправленію своихъ обязанностей въ уѣздъ. Но и въ эти 2 лекціонные дня занятіямъ посвящались лишь 3 часа вечеромъ, такъ какъ городскіе санитарные врачи въ свою очередь были заняты по утрамъ. Благодаря этому небольшое сравнительно число лекціонныхъ часовъ было растянуто на 3 мѣсяца, совершенно утрачена была интензивность занятій — этотъ главный коррективъ остальныхъ недостатковъ всякихъ краткосрочныхъ курсовъ, да и, вообще, занятія носили отрывочный характеръ. Съ другой стороны, частыя поѣздки санитарныхъ врачей, сопряженныя съ порядочнымъ расходомъ, ослабивъ скудный бюджетъ курсовъ, заставили еще болѣе сократить число лекціонныхъ часовъ далеко за предѣлы возможнаго еще минимума. Все росписаніе пришлось втиснуть въ 19 2-часовыхъ (фактически 3-часовыхъ съ перерывомъ около 15 мин. по срединѣ) лекцій, да еще 3 2-часовыя-же вечернія демонстративныя лекціи по изслѣдованію пищевыхъ средствъ на предметъ ихъ фальсификаціи у проф. *С. А. Пржибытека*. Въ эти 22 двойныя оплаченныя лекціи не входятъ частнымъ образомъ и безвозмездно устроенныя практическія занятія у проф. *С. В. Шидловскаго* (методика лабораторно-гигіэническихъ изслѣдованій) и у проф. *Заболотнаго* (методика бактеріологическаго распознаванія), въ которыхъ участвовало лишь нѣсколько земскихъ санитарныхъ врачей.

Неудивительно, что при такомъ количествѣ лекціонныхъ часовъ пришлось пожертвовать такими серьезными отдѣлами программы какъ III—общественная медицина, IV—медицинская и санитарная статистика и географія и V—врачебно-санитарный строй и законодательство, — въ пользу отдѣловъ программы болѣе, такъ сказать утилитарнаго характера. Впрочемъ, и въ этомъ послѣднемъ отношеніи неизбѣжны были пробѣлы. Въ 2 лекціи, отведенныя для профессіональной гигіэны, *Е. М. Дементьевъ* могъ успѣть освѣтить лишь 2 изъ 8-ми намѣченныхъ программой пунктовъ, виной чему несомнѣнно былъ недостатокъ отведеннаго лектору времени. Жалобами на послѣднее обстоятельство начинали положительно всѣ лекторы и даже у проф. *И. П. Павлова*, благодаря тому-же недостатку времени сильно скомканъ былъ конецъ его блестящаго конспекта физіологіи пищеваренія. Проф. *А. Я. Данилевскій* могъ за свои 2 лекціи изложить намъ лишь «общія химіофизіологическія основы питанія» вмѣсто «гигіэны питанія», какъ значилось въ росписаніи [1]). Та-

[1]) При 1¹/₂—2-мѣсячной продолжительности курсовъ предполагалось удѣлить лишь нѣсколько часовъ на изслѣдованіе воды, столько-же на изслѣдованіе воздуха и почвы; рядомъ съ этимъ предполагалось посвятить 1 день на изученіе гонококковъ *Neisser*'а и пнеймококковъ *Fränkel*'я и *Friedländer*'а.

[2]) Въ этомъ отдѣлѣ составители программы находили «необходимымъ познакомить слушателей съ примѣняемыми на практикѣ въ деревнѣ и городѣ способами собиранія статистическихъ данныхъ о смертности и заболѣваемости населенія, вообще, и свѣдѣній о заразныхъ заболѣваніяхъ въ частности»... Далѣе: «слѣдуетъ выяснить основные пріемы практической борьбы съ распространеніемъ заразныхъ болѣзней путемъ организаціи соотвѣтствующихъ учрежденій для точной и быстрой постановки распознаванія эпидеміи, подачи скорой медицинской помощи, уединенія, обеззараживанія, предохранительныхъ прививокъ, народныхъ столовыхъ, продовольственныхъ пунктовъ и проч.»...

[1]) Главу о питаніи косвенно дополняли лекціи маг. вет. *М. А. Игнатьева*, предъявленія по обнаруженію фальсификаціи у проф.

кая-же печальная судьба постигла широко задуманный составителями программы отдѣлъ: «борьба съ заразными болѣзнями», со спеціальной разработкой вопроса объ организаціи борьбы съ эпидеміями въ селѣ, который пришлось свести къ краткому теоретическому очерку бактеріологіи, сопровождавшемуся предъявленіями и элементарными практическими занятіями для нѣкоторыхъ желающихъ. Дополняли до извѣстной степени отдѣлъ борьбы съ заразными болѣзнями 2 содержательныя лекціи объ обеззараживаніи, прочтенныя ч. пр. *В. А. Левашевымъ* и сопровождавшіяся предъявленіемъ массы приборовъ и объектовъ обеззараживанія, но въ этихъ лекціяхъ, къ сожалѣнію, было слишкомъ мало удѣлено вниманія особенностямъ, значенію и примѣнимости различныхъ способовъ обеззараживать въ условіяхъ сельской жизни и обстановки.

Неприспособленность курсовъ къ задачамъ сельской санитаріи составляетъ, впрочемъ, существенный недостатокъ почти всѣхъ прочитанныхъ курсовъ до курса школьной санитаріи включительно. Кромѣ названныхъ выше 3 крупныхъ отдѣловъ совершенно были пропущены изъ отдѣла I одежда и климатъ и весьма неполно представлена была глава «о водоснабженіи», не смотря на то, что составители программы придавали ей совершенно основательно большое значеніе.

Отмѣченная выше неполнота прочитаннаго курса зависѣла, помимо недостатка средствъ и краткосрочности занятій, въ значительной степени еще и отъ невозможности подыскать лекторовъ. Даже для курса водоснабженія и удаленія нечистотъ [1]) пришлось, напр., выписывать проф. *Г. В. Хлопина* изъ Юрьева, такъ какъ представители мѣстной каѳедры гигіэны при Медицинской Академіи слишкомъ поглощены были занятіями со студентами и съ прикомандированными врачами.

Благодаря этому недостатку лекторовъ, осложненному спѣшностью организаціи, и пришлось отказаться отъ курсовъ: общественной медицины, санитарной статистики и географіи и врачебно-санитарнаго законодательства.

Въ будущемъ при организаціи подобныхъ курсовъ на эти отдѣлы надо обратить, конечно, гораздо больше вниманія. Соотвѣтствующихъ каѳедръ при медицинскихъ факультетахъ не существуетъ, а потому не имѣется и готовыхъ выработанныхъ курсовъ по общественной медицинѣ; санитарная статистика представлена обыкновенно лишь въ видѣ соотвѣтствующей главы въ руководствахъ гигіэны. Между тѣмъ для общественныхъ санитарныхъ врачей именно эти то отдѣлы и должны быть особенно разработаны. Въ случаѣ осуществленія въ будущемъ курсовъ или Института общественной медицины удовлетворить эту потребность будетъ крайне трудно и, на первыхъ по крайней мѣрѣ порахъ, намъ представляется единственно возможнымъ приглашать для чтенія лекцій по этимъ предметамъ лицъ, зарекомендовавшихъ себя трудами и извѣстныхъ своимъ опытомъ на поприщѣ общественной санитаріи и медицины.

Обширность отдѣла общественной медицины и практическая невозможность отрывать для этого на слишкомъ продолжительный срокъ отъ своихъ непосредственныхъ обязанностей этихъ лекторовъ изъ числа представителей земской и городской медицины и санитаріи вынуждаютъ, конечно, представить въ росписаніи лекцій общественную медицину не въ формѣ сплошного систематическаго курса, а въ видѣ отдѣльныхъ законченныхъ подъотдѣловъ, напр., организація лѣчебной медицины въ земствахъ; врачебно-санитарный надзоръ и обязательныя санитарныя постановленія; организація борьбы съ заразными болѣзнями, уединеніе и обеззараживаніе въ деревнѣ; врачебно-продовольственные пункты; общественно-санитарные способы статистическихъ изслѣдованій (карточная система, посемейныя записи, церковныя записи, какъ матеріалъ для изслѣдованія рождаемости, брачности и смертности, поголовные осмотры, медико-топографическія описанія, санитарно-экономическія изслѣдованія быта, графическіе методы и пр., и пр.) Подобная система, такъ сказать гастрольно-лекціонная система, съ успѣхомъ практикуется въ вольномъ университетѣ въ Брюсселѣ и въ русской высшей школѣ въ Парижѣ и даетъ возможность, особенно послѣдней, обходиться безъ большого числа постоянныхъ лекторовъ.

Трудно, конечно, спорить противъ того, что цѣльность и полнота преподаванія выиграли-бы, если-бы осуществился проектъ Института общественной санитаріи и гигіэны, выдвигавшійся на послѣднихъ 2-хъ Пироговскихъ Съѣздахъ проф. *М. Я. Капустинымъ*: въ немъ мы встрѣтимъ и по упоминавшимся только-что отдѣламъ постоянныхъ, спеціально себя посвятившихъ этому дѣлу лекторовъ. Но потребность въ спеціальной подготовкѣ санитарныхъ врачей настолько назрѣла, что, пока мы увидимъ осуществленнымъ проэктъ проф. *М. Я. Капустина*, необходимо, независимо отъ этого, приступить безотлагательно къ организаціи подобныхъ, хотя бы періодически только функціонирующихъ, курсовъ для санитарныхъ врачей на изложенныхъ выше основаніяхъ, привлекши къ матеріальному участію въ нихъ возможно большее число земствъ и городскихъ управленій, равно какъ и прочихъ заинтересованныхъ вѣдомствъ и учрежденій.

Переходя къ постановкѣ преподаванія на этихъ будущихъ курсахъ для санитарныхъ врачей, необходимо высказать пожеланіе, чтобы въ нихъ былъ устраненъ тотъ преобладающій теоретически лекціонный характеръ занятій, которымъ страдали Петербургскіе курсы въ ущербъ практическимъ занятіямъ, осмотрамъ и экскурсіямъ.

Практическія занятія въ объявленное росписаніе не вошли даже вовсе и лишь частнымъ образомъ были устроены проф. *С. В. Шидловскимъ* при участіи ч. пр. *В. А. Левашева* [1]) по гигіэнѣ и проф. *Д. К. Заболотнымъ* по бактеріологіи, да и то для нѣсколькихъ слушателей. Между тѣмъ пункты Б, В и Г I отдѣла программы (см. выше) имѣли въ виду гораздо шире поставленныя практическія занятія. По нашему мнѣнію, необходимы практическія занятія и по мясовѣдѣнію, и по распознаванію поддѣлки пищевыхъ продуктовъ, и по техникѣ различныхъ предохранительныхъ прививокъ, по обеззараживанію, по бактеріологическому распознаванію эпидемій. Особенно-же необходимы занятія по санитарной экспертизѣ въ условіяхъ окружающей санитарнаго врача бытовой обстановки: экспертиза жилого помѣщенія насчетъ сырости, освѣщенности, доброкачественности провѣтриванія, экспертиза воды изъ родника, рѣки и пр.

Послѣдняго можно достигнуть лишь путемъ широко поставленныхъ осмотровъ и экскурсій, обязательно руководимыхъ практически опытными спеціалистами. Подобныхъ практическихъ занятій по санитарной экспертизѣ (не въ лабораторной обстановкѣ) на Петербургскихъ курсахъ вовсе не было организовано, хотя для городскихъ санитарныхъ врачей они были-бы особенно полезны.

Въ концѣ курса желательны, кромѣ того, упражненія въ рѣшеніи различныхъ санитарныхъ задачъ (какъ улучшить и увеличить освѣщеніе въ данной школѣ; подвергнуть санитарной критикѣ проэктъ какой-нибудь постройки; улучшить путемъ передѣлки старое зданіе лѣчебницы, опредѣливъ предварительно его недостатки; приспособить подъ амбуляторію такое-то жилое зданіе и т. д., и т. д.). При извѣстномъ подборѣ задачъ, подобныя занятія могутъ быть поставлены очень жизненно и будутъ въ такомъ случаѣ очень поучительны.

Въ частности, для земскихъ врачей важно, чтобы все преподаваніе, а особенно подборъ задачъ, авторовъ и пр. были приспособлены къ условіямъ сельской обстановки, къ условіямъ той сѣрой земской дѣйствительности, гдѣ приходится считать каждую копѣйку, приходится наукой выработанныя идеальныя нормы пригонять къ неподатливымъ рамкамъ нищей и темной среды.

Въ этомъ отношеніи подготовка земскаго санитарнаго врача стоитъ нѣсколько особо, и, думается намъ, не слѣдуетъ даже особенно переоцѣнивать тутъ значеніе подобныхъ курсовъ или хотя-бы Института общественной санитаріи, ожидая, что они смогутъ выпускать совершенно подготовленныхъ работниковъ для общественно-санитарной дѣятельности.

Мы уже говорили раньше о томъ, какъ сложны обязан-

С. А. Пржибытека и практическія занятія у проф. *С. В. Шидловскаго*.

[1]) Послѣдній отдѣлъ, равно какъ и, вообще, глава «о жилищѣ» были разработаны особенно полно какъ спеціалистомъ чистой гигіэны проф. *Г. В. Хлопинымъ*, такъ и спеціалистами по санитарной техникѣ: проф. *Э. Г. Перримондомъ* и *Е. Б. Конткевскимъ*.

[1]) Послѣдніе безвозмездно пожертвовали для этого своимъ Пасхальнымъ досугомъ, обставивъ занятія прямо-таки съ любовной тщательностью. *Д. К. Заболотный* также все время самъ руководилъ занятіями, отдавая имъ безвозмездно свой крайне ограниченный досугъ.

ности земскаго санитарнаго врача и какъ отвѣтственна его роль; мы указывали также на то, что эта роль требуетъ отъ санитарнаго врача опредѣленныхъ индивидуальныхъ качествъ. Поэтому съ пользой для дѣла можетъ подготовляться на предположенныхъ курсахъ къ земской санитарной дѣятельности лишь врачъ, предварительно поработавшій на поприщѣ участковой лѣчебной медицины и тутъ опредѣлившій свои склонности къ санитарной работѣ [1]).

Но помимо всего этого, проэктируемые курсы или даже Институтъ, проэктируемый проф. *М. Я. Капустинымъ*, при соблюденіи всѣхъ коррективовъ въ видѣ усиленія демонстративной и прикладной стороны преподаванія, все-таки являются до извѣстной степени учрежденіями академическаго типа. Общественная-же санитарія—дѣло, слишкомъ жизненное, требующее, чтобы лица, посвятившія себя этой формѣ общественнаго служенія, постоянно совершенствовались-бы еще и другими способами, учась у практической, такъ сказать, школы общественно-медицинской жизни своей и другихъ губерній Россіи и заграницы: путемъ временнаго прикомандированія къ общественнымъ санитарнымъ организаціямъ, выдающимся постановкою дѣла, путемъ участія въ Съѣздахъ и посѣщенія выставокъ, имѣющихъ отношеніе къ общественной медицинѣ и санитаріи, и, наконецъ, путемъ самаго широкаго знакомства съ прошлой и текущей общественно-медицинской литературой. Въ этомъ отношеніи громадными недостачами являются: отсутствіе справочника по общественно-медицинской литературѣ за послѣднія 13 лѣтъ, равно какъ и отсутствіе періодическаго органа, посвящающаго себя *всецѣло* вопросамъ общественной медицины. Какъ то, такъ и другое могло-бы и должно было-бы осуществиться при редакціи журнала Пироговскаго Общества, такъ какъ попытки частныхъ лицъ вести журналъ, посвященный задачамъ земской медицины, до сихъ поръ не удавались. При существующемъ-же уже періодическомъ органѣ Пироговскаго Общества сравнительно легче выдѣлить соотвѣтствующій отдѣлъ (хотя-бы въ видѣ приложенія за особую приплату), въ которомъ-бы возможно полнѣе была представлена библіографія общественно-медицинской литературы и хроника общественно-медицинской жизни въ широкомъ смыслѣ этого слова.

Указывая выше на краткосрочность курсовъ для подготовки санитарныхъ врачей, мы нисколько не возражаемъ этимъ противъ Института общественной санитаріи, какимъ его проэктируетъ проф. *М. Я. Капустинъ*. Наоборотъ, мы думаемъ, что только такой Институтъ, какъ постоянно дѣйствующее учрежденіе, обезпеченное постояннымъ штатомъ преподавательскаго персонала, собственнымъ помѣщеніемъ, музеемъ, коллекціями, лабораторіями и прочими вспомогательно-учебными пособіями, будетъ вполнѣ отвѣчать задачамъ подготовки санитарныхъ врачей, но не надо обольщаться надеждой увидѣть осуществленіе этого проэкта слишкомъ скоро: средства для этого нужны очень крупныя, да и сама организація этого дѣла, не говоря о предварительной стадіи «ходатайствъ и утвержденій», требуетъ слишкомъ значительнаго времени. Между тѣмъ съ вопросомъ о подготовкѣ санитарныхъ врачей откладывать нельзя. Послѣдній Пироговскій Съѣздъ передалъ Правленію Пироговскаго Общества порученіе дать дальнѣйшее движеніе вопросу о подготовкѣ санитарныхъ врачей, и, намъ кажется, что, параллельно съ шагами на пути къ осуществленію постояннаго Института общественной гигіэны, Правленію Пироговскаго Общества необходимо безотлагательно приступить къ организаціи періодическихъ краткосрочныхъ курсовъ по санитаріи, которыми могли-бы пользоваться путемъ командировокъ санитарные врачи такъ-же, какъ пользуются, напр., Еленинскимъ Институтомъ практическіе врачи.

[1]) Интересно будетъ здѣсь отмѣтить, что согласно недавно изданнымъ общимъ для Германіи законоположеніямъ, къ врачамъ, желающимъ занять мѣста т. наз. окружныхъ врачей (Kreisärzte—нѣчто среднее между нашими правительственными уѣздными и земскими санитарными врачами) предъявляются довольно обширныя требованія, въ числѣ которыхъ одно изъ первыхъ, *чтобы кандидатъ обладалъ предшествующей, не менѣе 5 лѣтъ, дѣятельностью практическаго врача* (*Е. И. Яковенко*. Курсы для врачей въ Берлинѣ).

Какъ ни подчеркивали мы умышленно естественныя во всякомъ новомъ дѣлѣ и столь поучительныя для будущаго отрицательныя стороны 1-го Петербургскаго опыта, тѣмъ не менѣе эти состоявшіеся уже курсы дали довольно много тѣмъ нѣсколькимъ десяткамъ врачей, которые могли ими воспользоваться. Во всякомъ случаѣ, осуществленные съ затратой небольшихъ средствъ и при цѣломъ рядѣ внѣшнихъ неблагопріятныхъ условій, эти курсы доказали, что такая форма организаціи занятій для санитарныхъ врачей вполнѣ доступна, легко сравнительно осуществима, а если привлечь къ ея осуществленію больше средствъ путемъ участія бо́льшаго числа земствъ, городскихъ Управъ и другихъ заинтересованныхъ учрежденій и воспользоваться отчасти примѣромъ Западной Европы, а отчасти тѣмъже первымъ Петербургскимъ опытомъ, то организаціи курсовъ можетъ быть придана достаточная степень совершенства, и они будутъ вполнѣ удовлетворять своей цѣли. Важенъ первый шагъ, и этотъ первый шагъ уже сдѣланъ устроителями Петербургскихъ курсовъ, за что послѣдніе заслуживаютъ, конечно, великой признательности. Коммиссіи-же, которая займется этимъ вопросомъ при Правленіи Пироговскаго Общества надо идти въ томъ же направленіи дальше, не останавливаясь и не откладывая этой идеи впредь до осуществленія проэкта проф. *М. Я. Капустина*, такъ какъ форма краткосрочныхъ курсовъ, хотя и менѣе, конечно, совершенна, но гораздо болѣе доступна въ смыслѣ ея стоимости и скорѣе осуществима; недостатокъ-же у насъ въ Россіи въ лицахъ, подготовленныхъ къ санитарной дѣятельности при все ростущемъ спросѣ на нихъ, заставляетъ съ этимъ дѣломъ особенно торопиться.

Въ итогѣ всего сказаннаго, мы приходимъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1. Вопросъ о необходимости подготовки санитарныхъ врачей достаточно назрѣлъ и практическое разрѣшеніе его не терпитъ отлагательствъ.

2. Наиболѣе нормальнымъ и обезпечивающимъ успѣхъ разрѣшеніемъ этого вопроса надо признать прочно поставленный, постоянный Институтъ общественной санитаріи для врачей.

3. Въ ближайшемъ-же будущемъ доступнѣе всего организація краткосрочныхъ курсовъ для санитарныхъ врачей въ Петербургѣ или Москвѣ, гдѣ легче подыскать достаточное число лекторовъ и вспомогательныхъ учебныхъ средствъ по всѣмъ отдѣламъ программы.

4. Въ программу курсовъ должны входить слѣдующіе отдѣлы:

а) Общая и спеціальная гигіэна съ выдѣленіемъ изъ послѣдней самостоятельныхъ курсовъ по школьной гигіэнѣ, профессіональной гигіэнѣ и по научной эпидеміологіи съ бактеріологіей;

б) общественная медицина, съ подраздѣленіемъ ея на земскую и городскую, лѣчебную и санитарную и съ выдѣленіемъ особаго курса о борьбѣ съ заразными болѣзнями въ широкомъ смыслѣ этого слова;

в) основы статистики и примѣненіе послѣдней къ медико-санитарнымъ изслѣдованіямъ;

г) медицинская географія съ метеорологіей, климатологіей и почвовѣдѣніемъ;

д) технологія различныхъ производствъ со спеціальнымъ обращеніемъ вниманія на вредные въ санитарномъ отношеніи моменты;

е) санитарная, техника т. е. техника въ примѣненіи ея къ санитаріи;

ж) врачебно-санитарный строй и санитарное законодательство;

з) общественно-медицинская и спеціально-санитарная литература.

5. Общій характеръ преподаванія на курсахъ (да и въ Институтѣ) долженъ быть преимущественно демонстративный, теоретическія-же лекціи должны быть возможно сокращены въ пользу практическихъ занятій по методикѣ санитарно-гигіэническихъ изслѣдованій (какъ лабораторныхъ, такъ и практически-бытовыхъ) и по санитарной экспертизѣ. Широко организованные осмотры и экскурсіи должны знакомить участниковъ какъ съ положительными,

такъ и съ отрицательными въ санитарномъ отношеніи образцами.

6. Интересы *земской* санитаріи требуютъ, чтобы при всѣхъ занятіяхъ имѣлось въ виду примѣненіе требованій гигіены также и къ сельской или бѣдной провинціальной обстановкѣ.

7. Для веденія курсовъ, спеціально относящихся къ общественной, въ частности земской медицинѣ, за отсутствіемъ соотвѣтствующихъ каѳедръ слѣдуетъ приглашать извѣстныхъ своими трудами и опытомъ представителей земской и городской санитаріи и статистики.

8. Курсы или Институтъ общественной санитаріи отнюдь не должны считаться сами по себѣ достаточной подготовительной школой для *земскихъ* санитарныхъ врачей. Земскій врачъ съ опытомъ предшествующей участковой работы и съ опредѣлившимся санитарнымъ направленіемъ пріобрѣтетъ здѣсь лишь дополнительныя спеціально научныя свѣдѣнія и усвоитъ теоретическія основы той группы общественно-санитарныхъ наукъ, которымъ не находится мѣста въ университетской программѣ.

9. Жизненность и самобытность формъ общественной медицины и санитаріи исключаютъ возможность ознакомиться съ ними при посредствѣ одного только академическаго курса. Поэтому для совершенствованія земскихъ санитарныхъ врачей необходимы (въ совокупности):

а) Командированіе ихъ на вышеупомянутые курсы.

б) Прикомандированіе на извѣстные сроки къ общественно-санитарнымъ организаціямъ, достаточно зрѣлыхъ опытомъ и выдающихся постановкою дѣла.

в) Участіе въ Съѣздахъ и посѣщеніе выставокъ, имѣющихъ отношеніе къ общественной медицинѣ и санитаріи.

г) Тщательное знакомство съ прошлой и текущей общественно-медицинской и спеціально-санитарной литературой.

С. Корженевскій.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физіологія и общая патологія. 563. Д-ръ *M. Vidal. Къ вопросу о невоспріимчивости Арабовъ по отношенію къ брюшному тифу.* Въ госпиталѣ d'Ain-Sefra, въ эпидемію тифа, въ 1900 г., д-ръ *V.* наблюдалъ, что изъ числа 3053 европейцевъ заболѣло 429 чел. или 140,5 на 1000, тогда какъ изъ 2292 туземцевъ заболѣло лишь 7 чел. или 3:1000, т. е. европейцы заболѣвали въ 74 разъ больше туземцевъ. Такое-же почти отношеніе заболѣваемости наблюдали въ Алжирѣ и другіе авторы. Д-ръ *V.* находитъ: 1) что Арабы представляютъ значительную невоспріимчивость по отношенію къ брюшному тифу; 2) что эта невоспріимчивость врожденная, а не пріобрѣтенная и 3) что брюшной тифъ, если наблюдается у Арабовъ, то въ тяжелой формѣ (изъ 7 заболѣвшихъ 3-ое умерло). По видимому, пища Арабовъ, состоящая почти исключительно изъ молока, яицъ, чая, кофе и острыхъ приправъ и воздержаніе отъ алкоголя и мяса благопріятствуетъ невоспріимчивости къ брюшному тифу (Archives de médecine et de pharmacie militaires, № 11, 1903 г.).

564. Д-ръ *Ch. Canter* (Liège). *Бугорчатка легкихъ, ея происхожденіе, развитіе, кислотность крови.* Изучая въ теченіи многихъ лѣтъ значеніе кислотности крови (относительной) для здороваго и больного организма и особенно для чахоточныхъ, д-ръ *C.* находитъ, что кислотность мочи можетъ служить показателемъ кислотности крови. Для опредѣленія кислотности мочи д-ръ *C.* послѣ многочисленныхъ попытокъ остановился на слѣдующемъ способѣ:

Отъ суточнаго количества мочи берутъ 10 к. стм. въ пробирку, діаметромъ въ 16—18 млм. и прибавляютъ къ ней 3—4 капли спиртнаго раствора фенофталеина 1:100, затѣмъ прибавляютъ изъ градуированной бюретки по каплѣ 10% растворъ соды, до тѣхъ поръ пока не исчезнетъ при взбалтываніи розовое окрашиваніе, и пока капли щелочнаго раствора не будутъ вызывать уже розоваго облачка. Путемъ простыхъ вычисленій опредѣляется количество титрованнаго щелочнаго раствора, потребнаго для насыщенія всего суточнаго количества мочи. Количество это для здороваго взрослаго человѣка, средняго вѣса, колеблется между 400—450 к. с. При болѣзненныхъ измѣненіяхъ организма число это можетъ падать до 300 и доходить до 800, 1000, 1200 и выше.

Кислотность крови находится въ зависимости отъ многихъ условій, измѣняя которые, мы можемъ вліять на эту кислотность въ ту или другую сторону. Кислотность крови имѣетъ вліяніе преимущественно на кровообращеніе и отправленіе железъ. Между кровянымъ давленіемъ и кислотностью крови существуетъ извѣстный параллелизмъ. Выдѣленіе HCl зависитъ отъ кислотности крови: у здоровыхъ людей голодъ и пищеварительная способность пропорціональны кислотности крови, измѣряемой кислотностью мочи, и количеству въ мочѣ фосфатовъ. У лицъ, предрасположенныхъ къ бугорчаткѣ, и у бугорчаточнаго больного кислотность крови и количество фосфатовъ меньше нормы, т. е. въ суточномъ количествѣ мочи кислотность менѣе 400; при малой кислотности наблюдается уменьшеніе фосфатовъ. Если кислотность крови и количество фосфатовъ достигаетъ нормы или превышаетъ ее, то позывъ на ѣду тотчасъ-же улучшается, а вмѣстѣ съ тѣмъ и питаніе организма улучшается, вѣсъ тѣла увеличивается, проходитъ чувство слабости и появляется хорошее самочувствіе,—такой субъектъ съ успѣхомъ противустоитъ бугорчаткѣ. У лицъ, страдающихъ уже бугорчаткой, у которыхъ обнаруживаются палочки *Koch*'а, происходятъ тѣже явленія по отношенію къ общему состоянію и начинается борьба съ этими палочками,—борьба, всѣ ступени которой можно прослѣдить клинически. Здѣсь замѣчаются признаки мѣстной и общей реакціи. Слѣдуетъ отличать бугорчатку съ медленнымъ безлихорадочнымъ теченіемъ и бугорчатку съ быстрымъ лихорадочнымъ теченіемъ. Въ первомъ случаѣ, когда кислотность достигаетъ нормы или превышаетъ ее, черезъ нѣсколько дней уже въ нѣкоторыхъ случаяхъ бугорчатковые легочные очаги (какъ это можно установить клинически) даютъ явные признаки прилива; старые очаги даютъ болѣе рѣзкія явленія и открываются новые, не замѣченные прежде. Въ тоже время или нѣсколько позже появляются признаки общей реакціи, характеризующейся явленіями значительнаго отравленія лихорадкой. Эта реакція можетъ быть очень слабой въ легкихъ случаяхъ, болѣе рѣзкой въ умѣренныхъ и значительной въ тяжелыхъ случаяхъ, если ее не умѣрить. Въ умѣренныхъ случаяхъ, при нормальной кислотности, лихорадка и мѣстныя явленія постепенно уменьшаются и исчезаютъ, больной прибываетъ въ вѣсѣ и выздоравливаетъ. Изъ этихъ фактовъ можно заключить, что организмъ, который искусственно или собственными силами пріобрѣтаетъ нормальную фосфорную кислотность, не терпитъ микробовъ и проявляетъ воспалительную реакцію по отношенію къ бугорчатковымъ очагамъ (не только въ легкихъ, но и въ костяхъ и въ почкахъ). Организмъ начинаетъ разрушать эти очаги и микробы, всасываемые продукты выдѣленія которыхъ и вызываютъ общую реакцію. У больныхъ бугорчаткой, съ быстрымъ лихорадочнымъ теченіемъ, по мѣрѣ увеличенія кислотности до нормы, лихорадка уменьшается, наступаетъ реакція, и организмъ съ успѣхомъ борется съ заразой. Д-ръ *C.* находитъ, что 1) нормальный организмъ, при нормальной фосфорной кислотности, легко противустоитъ бугорчаткѣ; 2) что уменьшеніе кислотности и фосфатовъ составляетъ предрасполагающую причину у лицъ, расположенныхъ къ бугорчаткѣ; достаточно повысить кислотность и количество фосфатовъ выше нормы, чтобы предохранить ихъ отъ зараженія; 3) достаточно повысить количество фосфатовъ и кислотность у больныхъ бугорчаткой, чтобы дать имъ возможность освободиться болѣе или менѣе быстро отъ палочекъ *Koch*'а и возстановить пораженія, вызванныя этими палочками. Мѣриломъ тяжести случая можетъ служить степень отправленія, которая ограничиваетъ цѣлительную способность организма. Легочная бугорчатка, по мнѣнію д-ра *C.*, безъ лихорадки или съ умѣренной лихорадкой (0,1—0,2°), при нормальной или большей кислотности, легко излѣчима, каковы-бы ни были пораженія. Общій законъ при этомъ повышать кислотность очень медленно, улучшать позывъ на ѣду и общее состояніе. Это повышеніе кислотности можно достигнуть путемъ раціональнаго режима (успѣха лѣченія усиленнымъ питаніемъ) и назначеніемъ минеральныхъ веществъ: преимущественно фосфорной кислоты и фосфатовъ, HCl. Начинать надо съ

малыхъ дозъ 0,25 кислоты 1—3 раза въ день; полезенъ креозотъ и его производныя. Д-ръ *С.* полагаетъ, что такимъ способомъ можно излѣчить больного бугорчаткой въ началѣ болѣзни и предохранить отъ бугорчатки предрасположенныхъ къ ней (Revue de médecine, № 4). *И. В.*

Фармакологія. 565. Д-ръ *F. Mendel* рекомендуетъ *при рейматическихъ страданіяхъ различнаго рода внутривенное впрыскиваніе салициловыхъ препаратовъ.* Авторъ сдѣлалъ болѣе 300 впрыскиваній безъ какихъ-либо мѣстныхъ и общихъ дурныхъ послѣдствій. Необходимое условіе—впрыскиваніе должно производиться въ вену, расширенную ad maximum, что достигается слѣдующимъ образомъ: на опущенную книзу съ сжатымъ кулакомъ руку накладывается гуттаперчевый бинтъ, который снимается и накладывается 2—3 раза, пока даже самыя маленькія вены значительно расширяются и при соблюденіи всѣхъ асептическихъ предосторожностей производится впрыскиваніе. Для впрыскиванія употребляется слѣдующій растворъ: салициловаго натра 8,0, натро-салициловаго коффеина 2,0, перегнанной воды 50,0. Взрослымъ впрыскивается 2,0 этого раствора; впрыскиваніе повторяется въ промежуткахъ отъ 12 часовъ до 3 дней, въ зависимости отъ силы заболѣванія и продолжительности дѣйствія. *Дѣйствіе впрыскиванія прямо поразительно.* Боли въ мышцахъ, суставахъ, нервахъ или плейрѣ исчезаютъ почти сейчасъ-же послѣ впрыскиванія; вмѣстѣ съ этимъ обнаруживается и специфическое дѣйствіе на рейматическій болѣзненный процессъ: припухлость воспаленныхъ суставовъ уменьшается на глазахъ. При боляхъ въ суставахъ или мышцахъ не рейматическаго происхожденія впрыскиваніе не оказываетъ никакого вліянія. *М.* примѣнялъ этотъ способъ лѣченія въ 80 случаяхъ различныхъ рейматическихъ заболѣваній (острый, затяжной поли-, моноартритъ, сѣдалищная боль, прострѣлъ, сухой и выпотной плейритъ, рейматическая peliosis) и всегда съ прекраснымъ результатомъ. Какихъ-либо побочныхъ явленій не наблюдалось (не было тошноты, рвоты, шума въ ушахъ, обильнаго потоотдѣленія, разстройства желудочнокишечнаго канала, раздраженія почекъ, вліянія на сердце) (Therapeutische Monatshefte, № 4). *А. Н. Д.*

566. Д-ръ *E. Roos* и *O. Hinsberg* добыли изъ дрожжей смѣсь жирныхъ кислотъ, представляющихъ *дѣйствующее слабительное начало дрожжей.* Вещество это, названное ими церолинъ, содержится въ высушенныхъ дрожжахъ въ количествѣ 3%. Церолинъ уже въ малыхъ дозахъ (0,1—0,2 3 раза въ день въ пилюляхъ) дѣйствуетъ легко и безъ затрудненій слабительнымъ образомъ, не оставляя наклонности къ запору, почему авторы и совѣтуютъ его при легкихъ запорахъ для упорядоченія стула. Хорошее дѣйствіе церолинъ оказываетъ также и при болѣзняхъ кожи, въ особенности при чирьеватости и угряхъ (въ пилюляхъ 0,3—0,6 въ день) (Therapeutische Monatshefte, № 12). *Д.*

567. Д-ръ *E. Hirsch* (Berlin) при различныхъ *поражеціяхъ гортани и бронховъ примѣнялъ новый препаратъ тиміана (богородской травы)* сальвинъ д-ра *Müller*'а. Главная составная часть сальвина, имѣющаго темнокоричневый цвѣтъ и консистенцію сиропа, тиміанъ (thymus vulgaris), входящій въ составъ грудного чая. Средство охотно принимается дѣтьми и взрослыми и хорошо переносится, не вызывая раздраженія кишечника. Особенно хорошее дѣйствіе сальвинъ оказывалъ при коклюшѣ въ тяжелыхъ случаяхъ, гдѣ другія средства совершенно не помогали. Судорожные приступы уже при первыхъ дозахъ сальвина наступали черезъ большіе промежутки и теряли грозный характеръ; приступы судорогъ уменьшались, а затѣмъ исчезли совершенно. Отдѣленіе слизи происходило быстрѣе и легче, чѣмъ при всѣхъ другихъ отхаркивающихъ, раздраженія слизистой оболочки не было и слизь отдѣлялась безъ усилій, а при дальнѣйшемъ лѣченіи безъ кашля. Судорожный періодъ дѣлался значительно короче; употребленіе сальвина дѣлало излишнимъ употребленіе всякихъ наркотическихъ. Хорошее дѣйствіе сальвинъ обнаруживалъ и въ случаяхъ остраго бронхита; относительно хроническаго бронхита наблюденій недостаточно; благопріятное дѣйствіе наблюдалось и въ одномъ случаѣ бронхопнеймоніи у $1^1/_2$-годового рахитическаго ребенка. На основаніи своихъ наблюденій *Н.* совѣтуетъ попробовать сальвинъ при всѣхъ заболѣваніяхъ дыхательныхъ органовъ (Therapeutische Monatshefte, № 2). *А. Н. Д.*

Гигіена. 568. *Auguste d'Arenberg* описываетъ *результаты производившихся въ Измаиліи опытовъ уменьшенія болотной лихорадки посредствомъ уничтоженія комаровъ.* Измаилія находится при Суэцкомъ каналѣ на равномъ почти разстояніи отъ Средиземнаго и Краснаго морей. Во время работъ по прорытію канала Измаилія служила центромъ для громаднаго количества рабочихъ; съ открытіемъ канала городъ постепенно развился, и въ настоящее время въ немъ 9000 жителей, въ томъ числѣ 2000 европейцевъ. Мѣстность эта лѣтъ 15 считалась довольно здоровой, какъ вдругъ внезапно вспыхнула эпидемія болотной лихорадки съ такой силой, что рѣдкій европеецъ, проживя годъ въ Измаиліи, могъ избѣжать заболѣванія. Компанія Суэцкаго канала, по совѣтамъ врачей, какъ мѣры оздоровленія, примѣняла насажденія и осушку болотъ, но мѣры эти остались безъ результата, и число заболѣвающихъ болотной лихорадкой увеличилось. Въ послѣдніе годы были предприняты мѣры къ уничтоженію комаровъ; съ этой цѣлью въ городѣ были уничтожены всюду стоячія воды, большія лужи были засыпаны, канавы, не имѣющія стока, были прорыты, а находящіяся близь жилищъ стоячія воды были покрыты тонкимъ слоемъ нефти. Одна команда занималась спеціально осмотромъ всѣхъ канавъ и рвовъ, заботясь, чтобы вода въ нихъ не застаивалась, другая команда, не менѣе одного раза въ недѣлю, обходила всѣ лужи и бассейны, поливая ихъ нефтью и наблюдая, нѣтъ-ли гдѣ-нибудь комаровъ. Вскорѣ жители поняли пользу этихъ работъ и сами стали принимать участіе въ истребленіи комаровъ. Прошло немного болѣе года такихъ работъ по истребленію комаровъ, какъ комары исчезли въ Измаиліи и теперь очень трудно добыть экземпляръ комара-anopheles. Болотная лихорадка хотя и не исчезла совершенно, но уменьшилась настолько, что есть надежда на ея исчезновеніе въ близкомъ будущемъ. Съ 1897 по 1902 г. ежегодно число больныхъ болотной лихорадкой превышало 2000, а въ 1903 г. ихъ было всего 200; число больныхъ, пользованныхъ въ больницахъ, уменьшилось на 50%. Въ 1903 г. было всего 4 смертныхъ случая отъ болотной лихорадки, и то у туземцевъ. Кромѣ уничтоженія комаровъ, широко примѣнялись предохранительные пріемы хинина, который раздавался безплатно (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, май). *И. Вирскій.*

Внутреннія болѣзни. 569. Д-ръ *K. Koepke*, судовой врачъ Сѣверо-Германскаго Ллойда, хвалитъ *при морской болѣзни* валидолъ, впервые совѣтуемый проф. *Scognamiglio.* *K.* выработалъ слѣдующій способъ: въ начальномъ періодѣ морской болѣзни, т. е. когда больные жалуются на давленіе въ головѣ, плохой вкусъ, отдѣленіе слюны, головокруженіе, *K.* даетъ имъ кусокъ сахара съ 10—15 каплями валидола и совѣтъ лежать $^1/_2$-часа, послѣ чего стаканъ вина и бисквитъ. Черезъ часъ обыкновенно больные чувствуютъ себя хорошо, позывъ на ѣду возвращается. Въ тяжелыхъ случаяхъ, когда больные вслѣдствіе продолжительной морской болѣзни психически и физически потеряли силы, необходимо назначить лежаніе въ постели, затѣмъ кусокъ сахара съ валидоломъ разжевывать медленно и стараться удержать его во рту при рвотѣ; если кусокъ вырвало, нужно дать другой; черезъ нѣкоторое время больной ощущаетъ во рту пріятный вкусъ, тяжесть желудка и головная боль проходятъ. Черезъ $^1/_2$-часа можно дать чайными ложечками 2 сбитые желтка вмѣстѣ съ кусочками льда. Послѣ повторенія такого лѣченія больные обыкновенно хорошо спятъ ночью, и можно мало по малу перейти къ другой легкой пищѣ; но бываютъ случаи, когда все время плаванія приходится ограничиться желтками съ хересомъ или портвейномъ (Therapeutische Monatsschrift, № 6). *А. Н. Д.*

570. Д-ръ *Stuertz* (Berlin) описываетъ первый распознанный при жизни *случай пребыванія большого мохнорыла (Eustrongylus gigas) въ мочевомъ приборѣ человѣка съ односторонней хилуріей.*

27-лѣтній сѣдельникъ прибылъ изъ Австраліи и поступилъ во 2-ю Берлинскую внутреннюю клинику 2/VI 1902 г. Заболѣлъ въ 1895 г., когда онъ замѣтилъ въ первый разъ, что моча его имѣетъ молочный цвѣтъ. Теперь жалуется на молочный цвѣтъ

мочи и боли въ почечныхъ областяхъ въ особенности въ лѣвой, по временамъ болѣзненное выдѣленіе изъ пузыря желятинообразныхъ, а иногда кровянистыхъ свертковъ. Легкія нормальны; со стороны сердца незначительная недостаточность заслонокъ аорты. Со стороны органовъ живота ничего особеннаго. Моча цвѣта разведеннаго молока съ небольшимъ кровянистымъ осадкомъ; въ дни когда моча особенно бѣла, послѣ часового стоянія она свертывается въ желятинообразную массу; моча слабощелочной реакціи. Бѣлокъ. Фильтрованіе не измѣняетъ вида мочи; послѣ встряхиванія съ эѳиромъ моча просвѣтляется; эѳирная вытяжка послѣ испаренія на предметномъ стеклѣ оставляетъ жирный слой, окрашивающійся осміевой кислотой, и подъ микроскопомъ оказывающійся изъ жировыхъ капелекъ. Въ осадкѣ, кромѣ красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, маленькіе желятинообразные свертки, состоящіе изъ фибринной сѣти. При рентгеноскопіи на правой $^1/_3$ грудобрюшной преграды вблизи средней линіи замѣчено полукруглое выпячиваніе около 12 стм. въ поперечникѣ. При повторныхъ изслѣдованіяхъ въ клиникѣ, при примѣненіи катетеризированія мочеточниковъ оказалось, что бѣлая моча получается только изъ лѣвой почечной лоханки. Filaria sanguinis, какъ причина хилуріи, была исключена изслѣдованіемъ крови здѣсь, а также многочисленными изслѣдованіями прежде въ Австраліи. На 14 день ежедневнаго изслѣдованія мочевого осадка было найдено яйцо глисты Eustrongylus gigas. Такимъ образомъ являлось предположеніе, что причиной гэматуріи и хилуріи была эта глиста, помѣщающаяся, вѣроятно, въ расширенной лимфатической полости, сообщающейся съ почечной лѣвой лоханкой. 21/VII *König*'омъ было произведено сѣченіе почки, при чемъ оказалось, что почечная лоханка была пуста, около лѣвой почки и въ окружности ея не было никакихъ мѣшкообразныхъ придатковъ и вообще никакихъ болѣзненныхъ измѣненій. Такимъ образомъ операція не дала никакихъ указаній для разъясненія хилуріи; больной оставилъ клинику, не согласившись на новую операцію.

Всѣ извѣстные до сихъ поръ случаи Eustrongylus gigas у человѣка были распознаны на вскрытіи и они вообще крайне рѣдки. Большой мохнорылъ оказывается самой большой изъ круглыхъ глистъ: самка до 1 метра длины и 12 млм. толщины, самецъ до 40 стм. длины, 4 млм. толщины. Цвѣтъ червя при жизни кровавокрасный. Половое отверстіе самки—7 стм. позади головы; ротовое отверстіе очень маленькое съ 6 сосочками, каждое съ зубчикомъ для держанія. Яйца эллиптической формы коричневаго цвѣта, окружены бѣлковымъ слоемъ, длины 0,064 млм., 0,044 млм. ширины. Промежуточный хозяинъ—вѣроятно, рыбы (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. LXXVIII, тетр. 5 и 6). *А. Дмитріевъ.*

571. Д-ръ *T. Praschil* изучалъ въ Львовской клиникѣ проф. *Glusiński*'аго *вліяніе Truskawiec*'*кой воды (источника «Naftusia») на обмѣнъ веществъ у здоровыхъ людей и у подагриковъ.* По изслѣдованіямъ проф. *Radziszewsk*'аго.

Naftusia содержитъ въ 1000 чч.:

двукислаго натра	0,14488
» магнія	0,02050
» кальція	0,38890
» желѣза	0,00371
$MgSO^4$	0,11617
$CaSO^4$	0,02082
$MgCl^2$	0,02801
калійныхъ солей	слѣды
литіевыхъ »	слѣды
SiO^2	0,01169
свободной CO^2	0,07423
органическихъ веществъ	0,03779

У 2 здоровыхъ людей (клиническій служитель 22 л., и студентъ-медикъ, 21 г.) наблюденіе продолжалось 9 и 12 дней, при чемъ оба не мѣняли своего обычнаго довольствія. Оказалось, что свѣжая Naftusia дѣйствуетъ мочегонно, при чемъ выдѣленіе N и нѣкоторыхъ азотистыхъ тѣлъ повышается. Количество щавелевой кислоты и MgO не подвергаются измѣненіямъ при пріемѣ воды «Naftusia», известь-же, P^2O^5 и NaCl выдѣляются въ большемъ количествѣ сравнительно съ пріемомъ такого-же количества обыкновенной воды. У 2 больныхъ съ подагрой подъ вліяніемъ воды «Naftusia» отношеніе мочевой кислоты къ мочевинѣ, столь неправильное при подагрѣ (сл. 1—1: 17; сл. 2—1 : 24) значительно улучшилось (сл. 1-й—1 : 29, сл. 2-ой—1 : 32,5). Вообще Naftusia вызывала усиленное выведеніе мочевой кислоты, $^0/_0$-ное увеличеніе N мочевины не въ пользу низшихъ производныхъ окисленія, увеличеніе безотносительнаго количества мочевины и переходъ трудно растворимаго двойного соединенія двумочекислаго натрія съ фосфорнокислымъ натріемъ въ легко растворимое двойное соединеніе одномочекислаго натрія съ фосфорнокислымъ натріемъ. Авторъ приходитъ къ выводу, что *Truskawiec*'кую воду, при соблюденіи соотвѣтствующей діэты, слѣдуетъ считать полезнымъ средствомъ при лѣченіи мочекислаго діатеза (Przegląd lekarski, 4 и 11 іюня). *С. Островскій.*

572. Проф. *Pennington* (Chicago) лѣчилъ *х-лучами 13 больныхъ зудомъ задняго прохода.* Нѣкоторые изъ больныхъ, страдая нѣсколько лѣтъ, безуспѣшно примѣняли различныя средства. Во всѣхъ случаяхъ послѣ нѣсколькихъ недѣль лѣченія лучами наступало выздоровленіе; кожа изъ твердой и неподатливой становилась мягкой и тонкой. Осложненій не наблюдалось, только замѣчено выпаденіе волосъ въ мѣстахъ, подвергавшихся дѣйствію х-лучей. О продолжительности отдѣльныхъ сеансовъ авторъ не упоминаетъ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 20 февраля). *Л. Старокадомскій.*

Хирургическія болѣзни. 573. Д-ръ *J. P. zum Busch* предлагаетъ *удалять увеличенную предстательную железу черезъ высокое сѣченіе* по способу, предложенному впервые д-ромъ *Mc. Gill*'емъ и выработанному д-ромъ *Freyer*'омъ. Операція производится слѣдующимъ образомъ: послѣ вскрытія мочевого пузыря черезъ надлобковое сѣченіе, указательный палецъ одной руки вводятъ въ прямую кишку и протискиваютъ имъ предстательную железу по направленію къ указательному пальцу другой руки, который помѣщается въ пузырной ранѣ; когда продвинутая впередъ железа захвачена, ее удается въ большинствѣ случаевъ очень легко вылущать вмѣстѣ съ сумкой. Въ тѣхъ случаяхъ, когда полное вылущеніе встрѣчаетъ значительныя затрудненія, авторъ совѣтуетъ ограничиться вырѣзываніемъ и прижиганіемъ той части железы, которая препятствуетъ мочеиспусканію. По вылущеніи железы рана зашивается и оставляется въ ней дренажная трубка. Катетера не оставляютъ. Опытъ показываетъ, что пузырь послѣ этой операціи скоро получаетъ нормальную сокращаемость и мочеиспусканіе совершается вполнѣ правильно. Смертность отъ операціи приблизительно $10^0/_0$. Показана операція въ виду ея серьезности только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ опрятная катетеризація пузыря не возможна (слѣпота, параличъ или недостаточное умственное развитіе больныхъ); далѣе она показуется тогда, когда въ пузырѣ находятся еще камни; въ этихъ случаяхъ установленіе правильнаго опорожненія пузыря предотвратитъ образованіе камней. Наконецъ, можно предложить эту операцію сравнительно еще молодымъ людямъ въ виду того, что при предстоящей имъ катетеризаціи въ теченіи многихъ лѣтъ неизбѣжно должно послѣдовать зараженіе. Удачная операція все это устранитъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 25). *А. Коварскій.*

574. Проф. *H. Hartmann*, въ виду прекрасныхъ результатовъ, полученныхъ имъ въ 12 случаяхъ при примѣненіи предложеннаго имъ еще въ 1895 г. одновременно съ *William*'*омъ J. May способа оперированія большихъ пупочныхъ и брюшныхъ грыжъ*, описываетъ всѣ эти случаи и самый способъ. Способъ *H.* заключается въ слѣдующемъ. Ведется вертикальный разрѣзъ по средней линіи живота, переходящій внизу и вверху границы грыжи. Дойдя до грыжи, разрѣзъ раздваивается въ видѣ эллипса, при чемъ на грыжѣ оставляется возможно больше кожи. Кожа вмѣстѣ съ жировой клѣтчаткой отсепаровывается съ цѣлью добраться до шейки грыжи, что часто удается сдѣлать пальцемъ, но въ случаяхъ, когда грыжевой мѣшокъ имѣетъ карманы, приходится пользоваться бистури, пока не покажется передній брюшной апонейрозъ. Поверхность его разсѣкаютъ снаружи внутрь и останавливаются, когда доходятъ до шейки грыжи. Апонейрозъ и брюшина надрѣзываются по средней линіи на разстояніи приблизительно 2 стм. непосредственно надъ шейкой грыжи. Этотъ надрѣзъ позволяетъ ввести кончикъ лѣваго указательнаго пальца въ полость живота, провести по немъ тупой конецъ ножницъ и обойти такимъ образомъ круговымъ разрѣзомъ всю лѣвую $^1/_2$ грыжевой шейки, подымаясь затѣмъ на 1

стм. надъ ней. Это боковое чревосѣченіе даетъ возможность изслѣдовать содержимое грыжи. Если оно состоитъ только изъ сальника, то, зажавъ щипцами, его перерѣзываютъ, затѣмъ, отдѣливъ правую $^1/_2$ грыжевой шейки, освобождаютъ ее окончательно и удаляютъ сразу грыжевой мѣшокъ вмѣстѣ съ содержимымъ. Если-же грыжа содержитъ и кишки, то стараются ихъ вправить; при срощеніяхъ грыжевой мѣшокъ вскрываютъ, освобождаютъ кишки отъ срощеній и вправляютъ. Для возстановленія стѣнки сближаютъ края брюшно-апонейротической раны такимъ образомъ, чтобы 1 лежалъ на другомъ, какъ борты 2-бортнаго сюртука; для поддержанія ихъ въ такомъ положеніи накладывается рядъ швовъ, которые завязываются только подъ самый конецъ. Такъ какъ край верхняго лоскута оказывается свободнымъ, то его зашиваютъ непрерывнымъ тонкимъ кэтгутовымъ швомъ съ передней поверхностью лежащаго подъ нимъ лоскута. Большею частью соединеніе краевъ раны производится въ вертикальномъ направленіи, но, въ случаяхъ, когда пространство, отдѣляющее эти края, очень велико, можно опасаться чрезмѣрнаго натяженія тканей и тогда слѣдуетъ прибѣгать къ поперечному соединенію краевъ раны, при чемъ нижній край долженъ находиться подъ верхнимъ. Кожа во всѣхъ случаяхъ соединяется въ вертикальномъ направленіи рядомъ отдѣльныхъ швовъ; рана дренируется обыкновенно подкожно (Annales de gynécologie et d'obstétrique, май). *А. Г.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 575. Д-ръ *Schickele* сообщаетъ интересный *случай беременности, развившейся въ маточномъ дивертикулѣ.*

Больная, 29 л., доставлена въ Страсбургскую клинику съ распознаваніемъ—предлежаніе послѣда. Первые роды 4 года назадъ, преждевременные, съ послѣродовымъ параметритомъ. Черезъ годъ нормальные роды. Въ апрѣлѣ прошлаго года новая беременность, протекавшая правильно до января настоящаго года, когда появились схваткообразныя боли, слабость, рвота и, недѣли черезъ 2 послѣ этого, одновременно съ заявленіемъ больной объ остановкѣ движеній плода, не прекращающееся кровотеченіе. Дня за 4 до поступленія въ клинику боли внезапно усилились. Повторная рвота. Температура все время нормальная. 5/ш общее состояніе больной не представляетъ никакихъ особенностей. При наружномъ изслѣдованіи дѣлается предположеніе о 2-мъ поперечномъ положеніи. Сердцебіеніе плода не слышно. Шейка матки длиною въ 2 см., пропускаетъ 1 палецъ. Предлежащая часть не прощупывается. У внутренняго зѣва лежатъ легко разрывающіеся, мацерированные и зловонные куски яйцевыхъ оболочекъ. Схватокъ нѣтъ. Вечеромъ 38,3. 7/ш въ виду неудачныхъ попытокъ окончанія родовъ посредствомъ метрейринтеровъ, повышенія температуры, плохого состоянія пульса и зловонныхъ выдѣленій рѣшаютъ закончить роды искусственно. Низводится лѣвая ножка. Предлежащій послѣдъ отдѣляется со всѣхъ сторонъ, кровотеченіе незначительно. Открытіе шейки мало подвигается. Къ мацерированной ножкѣ подвѣшивается тяжесть въ $1^1/_2$ кгрм. При попыткѣ извлеченія за ножку она обрывается. Для окончанія родовъ приходится наложить краніокластъ *Fehling*'а на спинку и затѣмъ произвести прободеніе головки. Ручное удаленіе послѣда. Вѣсъ ребенка безъ мозга 3200 гр., вѣсъ послѣда — 800 гр. Послѣ пробужденія больной отъ наркоза 40°, п. 125, видимое улучшеніе. Черезъ нѣсколько часовъ внезапный коллапсъ и смерть. Вскрытіе показало, что плодный мѣшокъ представлялъ собой дивертикулъ маточнаго дна, развившійся постепенно изъ маточной стѣнки до такихъ размѣровъ, что въ немъ могъ помѣститься доношенный плодъ. За дивертикулярную беременность говоритъ здѣсь присутствіе гладкихъ мышцъ въ стѣнкѣ плоднаго мѣшка, переходъ маточной брюшины безъ перерыва съ матки на стѣнку плоднаго мѣшка и, наконецъ, сообщеніе полости плоднаго мѣшка съ полостью матки, при чемъ ни одинъ изъ концовъ фаллопіевыхъ трубъ не принималъ участія въ образованіи плоднаго мѣшка (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie, т. 8, тетр. 2). *А. Г—ръ.*

576. Д-ръ *I. Лисовскій* (Ковель) сообщаетъ свои наблюденія надъ примѣненіемъ *промываній матки по способу проф. В. Ѳ. Снегирева при гнилостныхъ процессахъ у родильницъ.* На основаніи $1^1/_2$-лѣтняго собственнаго опыта (12 больныхъ) авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. При послѣродовой горячкѣ, примѣняя промыванія по проф. *Снегиреву*, можно обойтись безъ сыворотки *Marmorek*'а и обеззараживающихъ жидкостей. По мѣрѣ надобности организмъ надо поддерживать соотвѣтственной діэтой, сердечными средствами, виномъ и т. д. Каждые 2—3 дня, а то и рѣже, въ особенности если температура постепенно понижается, слѣдуетъ осматривать зеркаломъ матку. Промыванія должны быть примѣняемы въ теченіи 12 часовъ въ сутки: отъ 7—11 ч., отъ 1—5 ч. и отъ 6—10 ч. вечера до тѣхъ поръ, пока язвы не исчезнутъ и не образуются рубцы. Наилучшими трубками для постоянныхъ орошеній оказываются трубки д-ра *Морозова* (можно получать у Швабе въ Москвѣ). Промыванія эти прекрасно дѣйствуютъ и на явленія остраго параметрита. По мѣрѣ улучшенія болѣзни орошенія слѣдуетъ примѣнять все рѣже (Kronika lekarska, 1 іюня). *С. Островскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 577. *O. Ziemsen* описалъ подъ названіемъ *urethrism*'а особое болѣзненное состояніе мужского мочеиспускательнаго канала, похожее на состояніе vaginism'а у женщинъ. Онъ отнесъ сюда явленія потрясающаго зноба, наступающія вслѣдъ за введеніемъ вполнѣ обезпложеннаго катетра въ мочеиспускательный каналъ, затѣмъ при замедленіи давно желаннаго соитія, при чемъ напряженное состояніе полового члена проходитъ, а наружное отверстіе канала становится мокрымъ, и при долгомъ задержаніи позыва на мочу, когда эти явленія зноба исчезаютъ съ опорожненіемъ пузыря. Какихъ-либо литературныхъ толкованій подобнаго рода явленій не имѣется. Къ установленію вышеприведеннаго названія привелъ автора слѣдующій, подлежавшій его наблюденію случай.

Вполнѣ здоровый, мужчина, 27 л., жаловался на чувство тупого давленія въ нижней части живота, при чемъ заявлялъ, что, не смотря на сильныя напряженія полового члена отъ созерцанія женщинъ или даже соблазнительныхъ картинъ, соитіе никогда не сопровождалось у него изверженіемъ сѣмени. Подъ вліяніемъ тщательнаго электро- и водолѣченія больной достигъ лишь того, что при глубокомъ снѣ у него стали появляться непроизвольныя сѣмеизверженія. Объективное изслѣдованіе больного ничего особаго не обнаружило; мочился больной тонкою струею и то лишь при значительной натугѣ; эти явленія, по его словамъ, были у него съ дѣтства; введенный въ мочеиспускательный каналъ бужъ, достигая предстательной части, ущемлялся такъ сильно, что его съ трудомъ можно было извлечь обратно. Прибѣгнувъ тогда къ растяженію канала жидкостью прямымъ наложеніемъ наконечника на наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала (способъ *Janet*), авторъ установилъ у больного полное отсутствіе какого-либо страданія мочеиспускательнаго канала и распозналъ прирожденную судорогу предстательной его части, подобную vaginism'у, возникающую при проникновеніи всякаго посторонняго тѣла въ каналъ, будь-то даже капли мочи или сѣмя. Установленіе подобнаго распознаванія легко объясняло всѣ наличные припадки болѣзненнаго состоянія мочеиспускательнаго канала у этого больного. При примѣненіи медленнаго растяженія канала жидкостью указаннымъ выше способомъ (безъ катетра), больной чрезъ 4 недѣли легко сталъ мочиться сильной струею, а еще чрезъ 3 недѣли достигъ, по его словамъ, и полнаго исправленія своихъ половыхъ отправленій (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, № 40). *А. Гаримъ.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ фабричной и горнозаводской медицины. (Отчетъ *Л. Т. Марголиной*). (Окончаніе. См. № 20, стр. 749). Соединенное засѣданіе съ отдѣломъ общественной медицины и гигіены 9 января. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *В. И. Долженковъ.*

Е. И. Мунблитъ. О необходимости передачи фабрично-заводской медицины земскимъ и городскимъ общественнымъ учрежденіямъ. По дѣйствующимъ узаконеніямъ врачебная помощь рабочимъ составляетъ обязанность владѣльцевъ фабрикъ. Между тѣмъ, благодаря неясности, неопредѣленности и неполнотѣ закона, на дѣлѣ фабричная медицина является фиктивной. Нѣкоторыя статьи закона, какъ напр., статья объ обязательности безплатнаго лѣченія, прямо обходятся—фабричные рабочіе сплошь и рядомъ платятъ фабричный сборъ, тогда какъ при опредѣленіи ихъ въ городскія больницы, сборъ за нихъ должны были вносить владѣльцы фабрикъ. Губернскія фабричныя присутствія, имѣющія право издавать обязательныя постановленія по санитарной части, не всюду пользуются этимъ правомъ—и въ результатѣ мы видимъ, что такія постановленія имѣются всего лишь въ 18-ти губерніяхъ. Слѣдуетъ еще указать на существующее совершенно несправедливо право фабрикантовъ отказывать рабочимъ, заболѣвшимъ заразной болѣзнью или-же послѣ неявки свыше 2-хъ недѣль, хотя-бы и по уважительной причинѣ. Заразные больные поступаютъ въ земскія больницы. Д-ръ *Дементьевъ*, изслѣдуя положеніе фабричной медицины въ 1897 г., нашелъ, что лишь 18% всѣхъ фабрикъ имѣютъ организованную фабричную медицину. Изъ этихъ

18% лишь 5% имѣютъ больницы, 10% имѣютъ только амбуляторіи, а въ 3% врачебную помощь можно считать фиктивной. Относительно хорошо поставлена врачебная помощь на крупныхъ заводахъ. Но даже въ лучшемъ случаѣ ею пользуется только часть рабочихъ, такъ какъ заразные и хирургическіе больные отправляются въ земскія больницы. Въ большинствѣ случаевъ въ фабричныхъ больницахъ лѣчатъ только легкія заболѣванія, тяжелые-же случаи отсылаютъ въ земство. Руководящимъ мотивомъ при этомъ служитъ отсутствіе постояннаго врачебнаго персонала. Въ заключеніе д-ръ *Дементьевъ* приходитъ къ выводу, что 1/3 больницъ существуетъ только формально, совершенно не отвѣчая своему назначенію. Амбуляторія обставлена тоже неудовлетворительно. Д-ръ *Бертенсонъ*, изслѣдовавшій состояніе горнозаводской медицины, тоже рисуетъ мрачную картину. И въ области горнозаводской медицины мы находимъ ту-же неопредѣленность закона. Соединенное присутствіе по фабричнымъ и горнозаводскимъ дѣламъ издало обязательное постановленіе, по которому постояннаго врача обязаны имѣть тѣ фабрики, гдѣ рабочихъ свыше 400 человѣкъ. Владѣльцамъ фабрикъ предоставлено право частнаго соглашенія съ общественными учрежденіями. Въ настоящее время существуетъ новый законопроэктъ, не получившій еще силы закона. Неясность и фиктивность, благодаря ему, еще увеличится и въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ его слѣдуетъ считать шагомъ назадъ. Несомнѣнно, что разрѣшеніе вопроса о правильной организаціи фабрично-заводской медицины представляетъ большія трудности и вотъ въ чемъ онѣ заключаются: а) въ непосильности для мелкихъ промышленныхъ заведеній самостоятельной медицинской организаціи; б) трудности и невозможности во многихъ случаяхъ взаимнаго соглашенія между промышленными заведеніями для совмѣстной медицинской организаціи; в) въ фикціи частнаго добровольнаго соглашенія съ земствами и городами; г) въ противорѣчіи между капиталомъ и трудомъ. Существующія на западѣ Россіи, въ Польшѣ, больничныя кассы, средства которыхъ составляются изъ взносовъ, противорѣчатъ принципу безплатнаго лѣченія рабочихъ и при обычномъ низкомъ уровнѣ заработной платы, тяжело ложатся на рабочихъ. Вопросъ объ обезпеченіи рабочихъ врачебной помощью можетъ быть правильно разрѣшенъ только путемъ передачи фабрично-заводской медицины земскимъ и городскимъ общественнымъ учрежденіямъ, при условіи переложенія натуральной повинности владѣльцевъ промышленныхъ предпріятій на денежную. Ненормальное положеніе фабричнаго врача тогда исчезнетъ. Правда, общественная медицина также небезупречна, но она сильна въ своей силѣ и ея недостатки стоятъ въ связи съ общими условіями русской жизни и сословностью земскаго представительства. Фактическое осуществленіе этой мѣры очень сложно, оно требуетъ предварительной разработки. Необходимо установить общія основанія передачи фабрично-заводской медицины земскимъ и городскимъ общественнымъ учрежденіямъ.

Ф. М. Блюменталь. О роли врача въ дѣлѣ страхованія рабочихъ. При проведеніи реформы въ области страхованія рабочихъ отъ болѣзни, увѣчья и инвалидности должна значительно расшириться дѣятельность врача. При страхованіи болѣзни на немъ будетъ лежать отвѣтственность за постановку медицинской помощи и санитаріи, при страхованіи увѣчья и инвалидности ему-же, какъ эксперту, придется опредѣлять тяжесть увѣчья и степень утраты трудоспособности. Такимъ образомъ страхованіе рабочихъ ставитъ передъ врачемъ рядъ новыхъ задачъ, которыя требуютъ отъ него научной и практической подготовки. Введеніе государственнаго страхованія рабочихъ въ Германіи, оказавшее чрезвычайно благодѣтельное вліяніе на положеніе рабочаго класса, въ то-же самое время очень неблагопріятно отразилось на врачебномъ сословіи. Объясняется это, по мнѣнію докладчика, тѣмъ, что врачи не были вовсе привлечены къ участію ни при разработкѣ законопроэкта о страхованіи, ни при организаціи самого страхованія рабочихъ. Вопросъ объ урегулировкѣ отношеній между врачами и страховыми кассами и обществами былъ всецѣло переданъ въ вѣдѣніе страховыхъ учрежденій. Этимъ путемъ создалось зависимое положеніе врача отъ страховыхъ организацій. Крайне тяжело и экономическое положеніе нѣмецкихъ страховыхъ врачей. Большинство страховыхъ кассъ стремится къ возможно большему сокращенію врачебнаго вознагражденія, пользуясь усилившимся предложеніемъ со стороны врачей. Бываютъ случаи, что врачъ за консультацію получаетъ 8—10 коп. Въ высшей степени неудовлетворительное обезпеченіе врачей привело къ образованію настоящаго «врачебнаго пролетаріата». Ненормальное соціальное и экономическое положеніе вызвало въ средѣ врачей попытки къ борьбѣ съ страховыми обществами—возникли товарищескія организаціи, стачки врачебнаго персонала. Управленія кассъ отозвались на это всякаго рода стѣсненіями и массовыми увольненіями. Естественно, что при такомъ положеніи дѣла не можетъ быть правильной постановки медицинской помощи и общественной гигіены. Съ другой стороны, врачебное сословіе дискредитируется въ глазахъ общества. Чтобы предотвратить возможность возникновенія у насъ такого порядка вещей, необходимо теперь-же заняться вопросомъ объ участіи врачей въ дѣлѣ страхованія рабочихъ, о регулированіи будущихъ отношеній между ними и страховыми учрежденіями и ихъ кліентами.

Докладчикъ предлагаетъ передать разработку и разрѣшеніе намѣченнаго вопроса Пироговскому Обществу врачей.

В. И. Долженковъ, чтобы напомнить присутствующимъ содержаніе доклада *В. Я. Канеля*, читаетъ положенія доклада.

Пренія (по докладамъ *В. Я. Канеля*, *Е. І. Мунблита* и *Ф. М. Блюменталя* совмѣстно).

М. С. Толмачевъ: Всѣ 8 положеній доклада д-ра *Канеля* могутъ быть сведены къ одному, именно слѣдующему: для упорядоченія фабричной медицины и санитаріи, и обезпеченія трудящихся на случай несчастій, старости и инвалидности необходимо обязательное страхованіе рабочихъ. Остальныя положенія только поясняютъ это основное положеніе. Далѣе нужно коснуться и того, какимъ образомъ должно быть проведено страхованіе. Чтобы законъ не былъ мертвой буквой, онъ долженъ вырабатываться всѣми заинтересованными сторонами, каковы фабриканты, рабочіе, общественныя учрежденія и врачи. Необходимо еще высказаться за желательность освобожденія фабричной инспекціи отъ зависимости отъ администраціи и включенія въ составъ фабричнаго по дѣламъ присутствія представителей общественныхъ учрежденій, рабочихъ и врачей.

К. В. Родіоновъ: Докладчики не указываютъ на то, что если даже будетъ возможна передача организаціи медицинской помощи общественнымъ учрежденіямъ, то рабочій отъ этого выиграетъ еще очень немного. Среди фабричнаго населенія наблюдается огромная заболѣваемость, вызываемая условіями производства. Чтобы бороться съ этой заболѣваемостью, необходимъ контроль надъ условіями производства. Въ настоящее время онъ лежитъ на фабричной инспекціи, но его можно считать какъ-бы вовсе не существующимъ, ибо условія производства за послѣднее время не только не улучшились, но даже ухудшились. Предлагаю поэтому принять слѣдующее положеніе: только при условіи широкаго общественнаго контроля надъ условіями фабричнаго производства, куда рабочій входилъ-бы полноправнымъ членомъ, возможна борьба съ громадной заболѣваемостью фабричнаго населенія.

Е. О. Конева: Въ послѣднее время участились случаи свидѣтельствованія врачами крестьянъ и рабочихъ передъ тѣлеснымъ наказаніемъ. Предлагаю Съѣзду высказать глубокое порицаніе и осужденіе тѣмъ врачамъ, которые запятнали себя такой ролью и по призыву администраціи согласились участвовать, въ качествѣ врачей, въ массовыхъ тѣлесныхъ наказаніяхъ.

К. В. Родіоновъ: Лучше обобщить это положеніе и выразить презрѣніе всѣмъ лицамъ и учрежденіямъ, поддерживающимъ до сихъ поръ въ Россіи такой позорный институтъ, какъ тѣлесное наказаніе.

Д. Н. Жбанковъ: Вопросъ о тѣлесномъ наказаніи поднимается на Пироговскомъ Съѣздѣ уже въ 3-й разъ. Мнѣ кажется, что просто слѣдуетъ установить, что тѣлесное наказаніе не должно существовать въ Россіи и что участіе врача въ качествѣ эксперта или свидѣтеля при этихъ наказаніяхъ недопустимо.

С. Н. Корженевскій: Для улучшенія положенія рабочихъ необходимы слѣдующія условія: урегулировка рабочаго времени до установленной теоретически нормы 8 часовъ, свобода рабочихъ организацій и союзовъ и правильная постановка общаго народнаго образованія. Вмѣстѣ съ тѣмъ необходимо, чтобы при выработкѣ закона о страхованіи рабочихъ приняли участіе рабочіе, общественныя учрежденія, фабриканты и врачи, въ количествѣ, обезпечивающемъ правильное разрѣшеніе вопроса.

Въ заключеніе отдѣлъ принялъ слѣдующія положенія по докладамъ *В. Я. Канеля* и *Ф. М. Блюменталя*: 1) Высшей формой обезпеченія трудящихся на случай болѣзни, ста-

рости и инвалидности служитъ государственное, обязательное для всѣхъ страхованіе рабочихъ. Въ выработкѣ устава и нормъ этого страхованія должны принимать участіе представители общественныхъ учрежденій, рабочихъ и предпринимателей и выработанный при такихъ условіяхъ уставъ долженъ быть переданъ на предварительное обсужденіе общественныхъ учрежденій.

2) По докладу *Е. І. Мунблита*: Вопросъ объ обезпеченіи рабочихъ врачебной помощью можетъ быть правильно разрѣшенъ въ Россіи только путемъ передачи фабрично-заводской медицины земствамъ и городскимъ общественнымъ учрежденіямъ при условіи переложенія натуральной повинности владѣльцевъ промышленныхъ заведеній на денежную и съ возложеніемъ выполненія этой повинности на органы земскаго и городского самоуправленій. Установленіе нормъ передачи должно быть возложено на земскія и городскія общественныя учрежденія, но успѣшное выполненіе этой задачи возможно только при широкомъ самоуправленіи.

Кромѣ того, 3) по поводу заявленія *К. В. Родіонова* постановлено: Успѣшная борьба съ заболѣваемостью и охрана здоровья рабочихъ вообще возможна только при условіи широкаго общественнаго контроля надъ условіями производства, куда рабочій входилъ-бы полноправнымъ членомъ, упорядоченіи фабричнаго законодательства при участіи рабочихъ, нормировкѣ рабочаго дня до 8 ч. и допущенія свободы рабочихъ организацій и союзовъ.

4) По заявленію *Е. О. Коневой* принято: тѣлесное наказаніе не должно существовать въ Россіи и участіе врача въ качествѣ эксперта или свидѣтеля при этихъ наказаніяхъ недопустимо.

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

XCII и XCIII. Изъ микробіологическаго Общества въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 16 апрѣля).

С. К. Дзержговскій. Къ вопросу о біологической очисткѣ сточныхъ водъ. Докладчикъ вкратцѣ описалъ главнѣйшіе методы очистки сточныхъ водъ, указавъ на преимущества и недостатки каждаго изъ нихъ. Методъ біологической очистки не представляетъ собою вполнѣ опредѣленнаго типа и долженъ видоизмѣняться, въ зависимости отъ состава воды и другихъ мѣстныхъ условій. По примѣру Англіи, гдѣ при каждой городской очистительной станціи имѣется своя опытная станція, таковая-же устроена и въ Царскомъ Селѣ для выработки наиболѣе подходящаго типа городской очистительной станціи. Описавъ устройство Царскосельской опытной станціи, докладчикъ привелъ данныя многочисленныхъ опытовъ, полученныя имъ совмѣстно съ д-рами *Григлевичемъ* и *Гутовскимъ* и инженеръ-химикомъ Дзержговскимъ. На основаніи этихъ данныхъ докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. 1) Закрытый возстановительный бассейнъ (Septic tanc) въ нашихъ климатическихъ условіяхъ работаетъ вполнѣ исправно въ теченіи цѣлаго года; не смотря на сравнительно низкую температуру воды, осѣдающія въ бассейнѣ вещества подвергаются полному разрушенію, такъ что особаго загрязненія бассейна не происходитъ. 2) Распредѣлительный бассейнъ нужно опоражнивать возможно чаще, иначе въ немъ образуются отстойные осадки, могущіе загрязнить фильтры. 3) Лучшимъ фильтрующимъ матеріаломъ для окислительныхъ бассейновъ слѣдуетъ признать коксовый шлакъ. Другіе матеріалы могутъ быть расположены, по степени ихъ пригодности, въ слѣдующемъ порядкѣ: 1) каменноугольный шлакъ, 2) шлакъ изъ бойни, 3) шлакъ, получаемый при выплавкѣ чугуна и 4) торфъ. Послѣдній оказался почти непригоднымъ для очистки водъ. 4) Для сточныхъ водъ Царскаго Села, при раздѣльной системѣ канализаціи, наиболѣе подходящею оказалась величина зерна шлаковъ въ 15—10 млм. для 1-го окислительнаго бассейна, въ 10—7 млм. для 2-го и въ 7—3 млм. для 3-го. 5) Высота слоя окислителя тоже оказываетъ вліяніе на очистку: послѣдняя происходитъ значительно лучше въ 5 ти футовыхъ окислителяхъ, чѣмъ въ 3-хъ футовыхъ. 6) Число наполненій имѣетъ не только экономическое значеніе, но и вліяетъ на степень очистки водъ. При 3—4-кратномъ наполненіи въ день бассейны очищаютъ воду лучше, чѣмъ при 1-кратномъ. 7) Продолжительность стоянія фильтровъ наполненными тоже оказываетъ вліяніе на степень очистки водъ. Въ опытахъ докладчика наиболѣе благопріятнымъ оказался 1-часовой періодъ стоянія фильтра наполненнымъ. 8) Времена года не особенно рѣзко отражаются на дѣятельности фильтровъ. Въ теченіи почти всей зимы одна пара бассейновъ сохранялась открыто и такимъ образомъ подвергалась всѣмъ перемѣнамъ температуры и атмосфернымъ воздѣйствіямъ. Особенныхъ перемѣнъ къ худшему въ дѣятельности фильтровъ при этомъ не замѣчалось. 9) При высотѣ фильтрующаго слоя (коксовый шлакъ) въ 3 фута и при 3-хъ наполненіяхъ бассейновъ въ день, были получены уменьшенія въ %:

	I	II	III
a) окисляемости	57,1	82,6	92,4
b) свободнаго амміака . .	50,0	95,0	98,6
c) альбуминнаго амміака .	49,4	95,0	98,8

10) Сточная вода послѣ выхода изъ 3-го окислительнаго бассейна, т. е., вода, выпускаемая станціей, по химическому составу лучше воды Невской. Окисляемость такой воды = 18 млгр. хамелеона на литръ (при содержаніи свободнаго амміака въ 2,06 млгр. и альбуминнаго амміака въ 0,68), тогда какъ окисляемость Невской воды колеблется между 28—30 млгрм. 11) Что касается бактеріологическаго изслѣдованія жидкостей, проходящихъ черезъ всѣ бассейны, то оказалось, что a) число аэробныхъ бактерій, ростущихъ на желатинѣ, въ водѣ окислителей нерѣдко больше, чѣмъ въ водѣ возстановительнаго бассейна (septic tanc'a), тогда какъ анаэробныхъ—наоборотъ. b) Общее число колоній, выростающихъ на агарѣ при 37°, больше всего изъ воды septic tanc'a, затѣмъ окислителей 1-го, 2-го и 3-го. Въ послѣднемъ всего нѣсколько колоній на 1 к. с. воды. c) Количество бактерій, разжижающихъ желатину, больше всего въ водѣ возстановительнаго бассейна и менѣе всего въ водѣ 3-го окислителя. 12) Опыты съ искусственнымъ зараженіемъ возстановительнаго бассейна и окислителей болѣзнетворными бактеріями кишечника—холерой и тифомъ, показали, что эти бактеріи могутъ сравнительно долгое время удерживаться въ бассейнахъ безъ замѣтнаго пониженія своей жизнедѣятельности. Бактеріи холеры погибли въ возстановительномъ бассейнѣ между 2-й и 3-й недѣлями, тифозныя-же погибли на 15-й день. 13) Лучшимъ способомъ обеззараживанія біологически очищенной воды слѣдуетъ признать обеззараживаніе перекисью хлора; стоимость полнаго обеззараживанія 1 к. метра воды, по приблизительнымъ разсчетамъ, обойдется не свыше 1 коп. Въ заключеніе докладчикъ высказалъ взглядъ, что примѣненіе біологическихъ фильтровъ для очистки сточныхъ водъ надо признать съ гигіенической точки зрѣнія болѣе цѣлесообразнымъ, нежели примѣненіе полей орошенія (естественныхъ біологическихъ фильтровъ) уже по одному тому, что въ первомъ случаѣ выпускаемая вода постоянно подвергается контролю и степень очистки можетъ регулироваться по желанію.

С. Д. Непорожній и *В. Л. Якимовъ. Патолого-анатомическія измѣненія органовъ животныхъ при экспериментальныхъ трипанозомахъ.* Авторы, указавъ на скудность имѣющихся въ литературѣ данныхъ относительно патологической анатоміи и гистологіи при трипанозомахъ, сообщаютъ свои наблюденія, собранныя на животныхъ, зараженныхъ трипанозомами «Nagan'ы» (Tripanosoma Brucei) и «Mal de Caderas» (Tripanosoma Elmassiani). Прежде всего обращено было вниманіе на кроветворные органы. Наблюдавшееся и другими авторами увеличеніе и бугристость *селезенки*, установлено ими какъ постоянное явленіе у всѣхъ зараженныхъ лабораторныхъ животныхъ. Подъ микроскопомъ найдено, на ряду съ увеличенными *Malpighi*'евыми тѣльцами, и тѣльца, подвергшіяся регрессивному метаморфозу, которыя очень бѣдны мелкоклѣточными элементами; гигантскія клѣтки въ селезенкѣ очень немногочисленны, жирноперерождены и находятся на пути къ полному некрозу. *Лимфатическія железы* представляются увеличенными только при болѣе медленномъ теченіи болѣзни; въ тѣхъ-же случаяхъ и *костный мозгъ* бываетъ покраснѣвшимъ. *Легкія*, не представляющія макроскопически никакихъ особыхъ измѣненій, если не считать встрѣчающіяся иногда гиперэмію, отечность и нѣкоторую эмфизематозность, тѣмъ не менѣе, гистологически довольно сильно затронуты, такъ какъ капиллярная сѣть ихъ переполнена трипанозомами и даже болѣе крупные сосуды мѣстами закупорены ими. Въ *почкахъ* уже макроскопически наблюдается гиперэмія корковаго слоя, доходящая до точечныхъ кровоизліяній,—которыя, какъ видно подъ микроскопомъ, происходятъ преимущественно въ *Malpighi*'евыхъ клубочкахъ; этимъ обстоятельствомъ, по видимому, и объясняется найденный однимъ изъ авторовъ (*Якимовъ*) постоянно бѣлокъ въ мочѣ зараженнаго животнаго; можетъ быть, наблюдающіеся часто кожные отеки, судороги и спячка должны быть отнесены отчасти къ явленіямъ мочекровія, хотя относительно кожныхъ отековъ возможно и другое объясненіе, а именно закупорка мелкихъ сосудовъ. *Сывороточныя оболочки*, большею частью, неизмѣнены; только у собакъ постоянно встрѣчаются въ сывороточныхъ полостяхъ кровянисто-сывороточные выпоты, содержащіе свободныхъ трипанозомъ. Подробнѣе всего разработана гистологія *печени*, которая макроскопически представляется большею частью увеличенной, красно-бураго или глинисто-бураго цвѣта; поверхность мелко-шагреневая; на разрѣзѣ дольчатость сильно выступаетъ, при чемъ центръ оказывается краснымъ, а периферія желто-бурой. Для микроскопическаго изслѣдованія примѣнялась методика, которая однимъ изъ авторовъ (*Непорожній*) будетъ подробно изложена отдѣльно. По препаратамъ, фиксированнымъ жидкостью *Flemming*'а и окрашеннымъ сафраниномъ съ индиго-карминомъ, приходится допустить, что процессъ, разигрывающійся въ печени, протекаетъ слѣдующимъ образомъ: вслѣдствіе скопленія въ печеночныхъ капиллярахъ большого количества трипанозомъ происходитъ замедленіе и послѣдующая остановка кровяного тока, съ этого времени ходъ процесса принимаетъ

двоякое направленіе: съ одной стороны, происходятъ измѣненія съ ясно выраженнымъ регрессивнымъ характеромъ, а съ другой стороны, выступаетъ, по видимому, реакція организма на эти послѣднія, въ видѣ прогрессивныхъ измѣненій. Къ регрессивнымъ измѣненіямъ относятся: атрофія, жировое перерожденіе, некротическій распадъ и каріолизъ, какъ въ печеночныхъ клѣткахъ паренхимы, такъ и въ эндотеліальныхъ клѣткахъ капилляровъ. Что касается прогрессивныхъ явленій, то въ печеночныхъ клѣткахъ они выражаются въ видѣ каріокинетическаго дѣленія ядеръ, принимающаго впрочемъ, какъ и въ другихъ аналогичныхъ случаяхъ, патологическій характеръ (патологическій каріокинезъ попадается преимущественно въ окружности некротическихъ очаговъ), а въ эндотеліальныхъ клѣткахъ—въ видѣ макрофагизма, который характеризуется воспріятіемъ и перевариваніемъ протоплазмою эндотеліальныхъ клѣтокъ трипанозомъ и лейкоцитовъ.

(Засѣданіе 21-го мая).

Произведены выборы 1 новаго члена. *С. Н. Виноградскій* доложилъ собранію письмо *Г. Н. Габричевскаго* съ предложеніемъ печатать протоколы Общества въ новомъ спеціальномъ изданіи «Бактеріологическія Извѣстія», имѣющемъ выходить при Бактеріологическомъ Институтѣ Московскаго Университета. *С. Н. Виноградскій*, указавъ на неудобства печатанія однихъ и тѣхъ-же протоколовъ въ 2-хъ русскихъ періодическихъ изданіяхъ, предложилъ передать заявленіе *Г. Н. Габричевскаго* на разсмотрѣніе Совѣта Общества, что и было принято.

В. М. Данчакова. Объ экспериментальномъ циррозѣ печени. Нѣсколькимъ кроликамъ были производимы систематическія впрыскиванія бульонной живой разводки золотистаго гроздекокка не превышающія 3—5 к. стм. на пріемъ, съ 4-дневными промежутками между впрыскиваніями. Опыты продолжались отъ 7 до 15 недѣль. Эти опыты вызываютъ въ печени кролика довольно острыя явленія, локализирующіяся не столько въ паренхимѣ печени, сколько между дольками: они заключаются въ пропитываніи лимфоцитами соединительно-тканныхъ прослоекъ, при чемъ лимфоциты внѣдряются и въ печеночныя дольки. При повторныхъ впрыскиваніяхъ острыя явленія постепенно поддерживаются по периферіи долекъ, въ центрѣ-же ихъ затихаютъ, при чемъ здѣсь появляется соединительная ткань, которая развивается здѣсь первично, но не въ силу дегенеративныхъ процессовъ въ паренхимѣ. Въ наиболѣе ярко выраженныхъ 2-хъ случаяхъ соединительно-тканныя прослойки изъ небольшихъ островковъ на границѣ нѣсколькихъ долекъ превратились въ мощныя соединительно-тканныя трабекулы, окружающія печеночныя клѣтки со всѣхъ сторонъ. На основаніи анализа микроскопической картины этого экспериментальнаго цирроза, авторъ полагаетъ, что соединительная ткань произошла изъ лимфоцитовъ.

В. А. Битный-Шляхто. Къ ученію о липазѣ. Во всѣхъ работахъ о липазѣ объектомъ для изученія ея служила исключительно почти 1% водная эмульсія монобутирина. Что касается естественныхъ жировъ, то, по *Hanriot*'у, они весьма мало разлагаются липазой и для изученія ея свойствъ вовсе не годятся; съ другой стороны, другіе авторы утверждаютъ, что липаза совершенно не разлагаетъ естественныхъ жировъ. По предложенію *Н. О. Зиберъ*, авторъ занялся въ химическомъ отдѣленіи Института экспериментальной медицины изученіемъ жирового бродила, resp. липазы, какъ животнаго, такъ и растительнаго происхожденія и сравненіемъ ихъ дѣйствія между собой. Главнымъ образомъ онъ испыталъ липолитическое свойство костнаго мозга, никѣмъ еще въ этомъ отношеніи не изслѣдованнаго въ смыслѣ вліянія его на искусственные и естественные жиры; равнымъ образомъ онъ подвергъ болѣе тщательному изученію серолипазу. Объектомъ изслѣдованія служилъ бѣлый костный мозгъ человѣка, быка, теленка, собаки, лошади нормальной и иммунизированной противъ дифтеріи. Изъ естественныхъ жировъ были изслѣдованы телячій и бычачій жиры, касторовое и оливковое масла; изъ искусственныхъ—монобутиринъ, трибутиринъ, триацетинъ и этилбутиратъ. Авторъ пользовался при извлеченіи липазы физіологическимъ растворомъ NaCl съ прибавкой 5% глицерина и 0,5% фенола. Жирорасщепляющее дѣйствіе липазы опредѣлялось наростаніемъ кислотности и устанавливалось титрованіемъ $^1/_{20}$ и $^1/_{10}$ КНО. По количеству употребленной щелочи для нейтрализаціи кислоты, которая образовалась вслѣдствіе разложенія жира, дѣлалось заключеніе о большемъ или меньшемъ эффектѣ расщепленія. Результаты получились слѣдующіе: Костный мозгъ содержитъ въ себѣ жировое бродило, липазу, способное вызывать гидролизъ естественныхъ и искусственныхъ жировъ; по видимому, костномозговая липаза неодинакова у различныхъ видовъ животныхъ и мѣняется съ возрастомъ животнаго. Въ нейтральной и слабо подщелоченной средѣ липаза дѣйствуетъ сильнѣе, чѣмъ въ средѣ подкисленной, при чемъ активность костномозговой липазы подъ вліяніемъ 1% фенола понижается слабѣе, чѣмъ растительнаго жирового бродила. Желчь не повышаетъ активности костномозговой липазы, но значительно ослабляетъ растительную. Костномозговая липаза, по видимому, принадлежитъ къ бѣлковымъ тѣламъ: спиртъ, бензолъ, ацетонъ, температуры выше 70° разрушаютъ липазу; низкая (5°—6°) и повышенная температура (65°—70°), фильтрованіе черезъ свѣчи *Chamberland-Pasteur*'а сильно понижаетъ активность костномозговой липазы, которая вовсе не способна проходить при діализѣ черезъ животныя и искусственныя перепонки. При дѣйствіи на костный мозгъ петролейнаго эѳира, активность липазы сохраняется; сѣрнокислый-же эѳиръ ее понижаетъ. Многочисленные опыты автора показали, что серолипаза *Hanriot*'а способна гидролизировать искусственные и естественные жиры, равнымъ образомъ этимъ свойствомъ обладаютъ выпоты и асцитическія жидкости. Основываясь на неодинаковомъ отношеніи липазы къ одному и тому-же жиру, можно думать, что липаза костнаго мозга и серолипаза разнородны.

С. К. Дзержговскій. О предохранительныхъ прививкахъ противъ тифа. Докладчикъ вкратцѣ изложилъ литературу вопроса и статистическій матеріалъ, который, по его мнѣнію, положительно говоритъ въ пользу практическаго примѣненія предохранительныхъ прививокъ. Докладчикъ заявилъ, что имъ заготовлено 100000 порцій предохранительныхъ прививокъ по способу *Wright*'а, и что заготовленная имъ лимфа испытана на животныхъ и на людяхъ. Докладчикъ сообщилъ, что съ цѣлью испытанія лимфы онъ впрыснулъ себѣ подъ кожу 4 куб. стм., а его ассистентъ д-ръ *Гутовскій* 1 к. стм. Общія и мѣстныя явленія, вызванныя впрыскиваніемъ лимфы, не отличались отъ наблюдаемыхъ другими авторами какъ по отношенію къ силѣ, такъ и по времени появленія агглютинирующихъ свойствъ крови. Докладчикъ, основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ, сдѣланныхъ при изученіи методовъ активной иммунизаціи животныхъ противъ дифтеріи, стрепто- и стафилококковъ, полагаетъ, что примѣненіе лимфы въ дозахъ, вызывающихъ общія явленія (отравленія), значительно менѣе благопріятно въ смыслѣ достиженія невосприимчивости, нежели примѣненіе дозъ ниже токсическихъ, но зато повторяемыхъ неоднократно. Обращая вниманіе врачей на этотъ пунктъ, докладчикъ выражаетъ пожеланіе, чтобы при примѣненіи противотифозной лимфы было обращено вниманіе на этотъ способъ иммунизаціи.

Секретари: *В. Омелянскій* и *Д. Заболотный*.

XCIV. *Къ вопросу о лѣченіи язвъ голени каломелемъ.*

Язвы голени—являются тяжелымъ крестомъ всѣхъ лѣчебныхъ заведеній, а особенно провинціальныхъ. Не смотря на массу терапевтическихъ средствъ и хирургическихъ мѣропріятій, предложенныхъ для ихъ лѣченія—только чрезвычайно рѣдко и при благопріятныхъ условіяхъ удается получить стойкій результатъ. Въ большинствѣ-же случаевъ больной, выходя изъ больницы и попадая въ прежнія неблагопріятныя условія жизни, вскорѣ возвращается обратно съ тѣми-же, если не худшими явленіями. Поэтому, вполнѣ естественно, что я съ большимъ интересомъ прочиталъ статью *Г. И. Мещерскаго* [1]) о лѣченіи каломелемъ язвъ голени и на первомъ же встрѣтившемся мнѣ случаѣ рѣшилъ испытать предложенный имъ способъ.

Поступившая въ Оренбургскую городскую Александровскую больницу больная У. Е., 40 л., чернорабочая (прачка или банщица). Дѣтей имѣла 4. Послѣ 2-ой беременности остались расширенія венъ обѣихъ голеней. Сифилисъ отрицаетъ. Язвой голени больна 4 года. Больная лѣчилась прежде разными средствами, но все безуспѣшно. Въ общемъ здоровая, хорошо сложенная женщина. Внутренніе органы нормальны. Какихъ-нибудь слѣдовъ сифилиса нѣтъ. На обѣихъ голеняхъ, какъ съ внутренней, такъ и съ наружной стороны имѣются рѣзко расширенныя вены. На лѣвой голени въ средней $^1/_3$ ея на наружной сторонѣ имѣется язва величиной немного больше рубля, почти правильной круглой формы. Дно язвы покрыто блѣдными, вялыми грануляціями, отдѣляющими вонючій гной. Края язвы рѣзко обрѣзаны, мозолисты и совершенно неподвижны. Язва кругомъ и на большомъ пространствѣ окружена плотной, неподвижной, блестящей, темнаго застойнаго синеватаго цвѣта кожей. При ощупываніи вокругъ язвы отмѣчается болѣзненность. Я рѣшилъ примѣнить лѣченіе каломелемъ, оставивъ въ тоже время больную въ ея прежней обстановкѣ и безъ всякаго мѣстнаго лѣченія язвъ. Послѣ 3 впрыскиваній каломеля [2]) въ ягодицы по 0,05 грм. черезъ недѣлю язва быстро и стойко зажила. Я видѣлъ больную спустя 3 мѣсяца: она вполнѣ здорова и очень довольна лѣченіемъ. На мѣстѣ язвы получился гладкій и стойкій рубецъ.

Судя по описанію случай д-ра *Мещерскаго* очень похожъ на мой и какъ тамъ, такъ и здѣсь получился чрезвычайно быстрый эффектъ.

Д-ръ *Мещерскій* объясняетъ терапевтическое дѣйствіе каломеля при язвахъ—его свойствомъ возбуждать ростъ грануляцій и эпидермоидальныхъ клѣтокъ. Такимъ образомъ весь процессъ сводится къ оживленію роста грануляцій и рубцеванія. Почему-же другіе способы, имѣющіе цѣлью такъ-же оживлять грануляціонный процессъ (постоянное давленіе по *Martin*'у, массажъ, лучистая теплота и др.) или совсѣмъ не дѣйствуютъ или дѣйствуютъ крайне ненадежно? На основаніи 1 случая я не берусь отвѣтить на это. Но необычайно быстрое и вѣрное дѣйствіе каломеля на язвы голени поразительно напоминаетъ дѣйствіе какъ самого каломеля, такъ равно и другихъ препаратовъ ртути на различныя проявленія сифилиса. И хотя для выясненія дѣла нуженъ большій матеріалъ, но какъ то невольно поднимается вопросъ, не имѣлъ-ли я въ данномъ случаѣ дѣло съ сифилисомъ или и самыя-то язвы голени не имѣютъ-ли въ своей основѣ сифилиса.

В. Новиковъ.

---

[1]) Медицинское Обозрѣніе, 1903 г., № 1.

[2]) Каломеля 1,0, вазелиноваго масла 10,0.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Die Hygiene des Bergmannes, seine Berufskrankheiten, erste Hilfeleistung und die Wurmkrankheit (Ankylostomiasis). Von Dr. Hugo Goldmann. 1903 г.

Работа въ рудникахъ, помимо того, что принадлежитъ къ однимъ изъ тяжелыхъ и вредно отражающаяся на здоровьѣ рабочихъ, сопровождается часто профессіональными заболѣваніями, присущими только имъ, напр., нистагмъ и анкилостоміазисъ. Не смотря на это, все-же вопросъ о вліяніи этихъ работъ на организмъ рабочихъ во многомъ остается еще не только мало изученнымъ, но мало извѣстнымъ даже и для врачей. Въ виду этого вышеуказанная работа д-ра *Goldmann*'а можетъ оказать нѣкоторую услугу для лицъ, интересующихся настоящимъ вопросомъ, и въ особенности по вопросу объ анкилостоміазѣ. Книга состоитъ изъ 5 главъ. Въ 1-ой говориться о гигіэнѣ рудника (о водѣ, воздухѣ, влажности, температурѣ); во 2-ой—излагается гигіэна наружнаго рудника. Очень кратко говорится о рабочихъ, о врачебномъ осмотрѣ рабочихъ, съ какими болѣзнями не могутъ допускаться на рудникѣ, о помѣщеніяхъ для рабочихъ, о снабженіи водой и т. п. 3-я глава посвящена вопросу о вліяніи горныхъ работъ на организмъ рабочаго и тѣмъ болѣзнямъ, которыя вызываются этими работами. Относительно нѣкоторыхъ болѣзней авторъ говоритъ очень кратко. Въ слѣдующей главѣ говорится о поданіи первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ и внезапныхъ заболѣваніяхъ, съ указаніемъ какъ перевозить такихъ больныхъ. Послѣдняя глава, наиболѣе обширная, относится къ анкилостоміазу, съ указаніемъ литературы по этому вопросу хотя далеко не полной [1]). Анкилостомы впервые были открыты въ 1838 г. г. Dalini въ Миланѣ, потомъ ея распространеніе было замѣчено въ верхней Италіи. Въ 1880 г. установлено было заболѣваніе анкилостомами у рабочихъ, по открытію С. Готтардскаго тунеля. Въ настоящее время болѣзнь эта все болѣе и болѣе распространяется по преимуществу у рудничныхъ рабочихъ. Въ 1885 г. она была установлена въ копяхъ Ліежскаго угольнаго бассейна въ Вестфаліи, Рейнской Пруссіи и т. д. Въ нѣкоторыхъ копяхъ встрѣчается до 80% больныхъ рабочихъ этой болѣзнью. Зараженіе происходитъ чрезъ каловыя массы рабочихъ. Однимъ изъ условій, благопріятствующихъ развитію яицъ (длина яйца 0,044 млм., шир. 0,028 млм.)—влажность въ отсутствіи свѣта при температурѣ 25° до 30° Ц. Д-ръ *Goldmann* даетъ очень интересный очеркъ объ анкилостомѣ-зародышѣ, о развитіи яйца, о распространеніи этой глисты рабочими, о признакахъ болѣзни и о мѣрахъ, какія должны быть приняты противъ распространенія и заболѣванія ею. Въ концѣ приложены прекрасно исполненные рисунки анкилостомы. *Д. Никольскій.*

[1]) Считаемъ не лишнимъ указать здѣсь на нѣкоторыя болѣе новѣйшія работы по этому вопросу.

A. Nissl und O. Wengner. Zur Untersuchungstechnik von Eiern und Lurven des Ankylostomum duodenale. «Hygienische Rundschau» 1904, № 4.

Dr *C. Tinus.* Die Bedeutung der Wurmkrankheit (Ankylostomiasis) im Bergbetriebe und deren Bekämpfung. «Gewerbe Hygiene, Unfall-Verhütungen und Arbeiter Wohlfahrts-Einrichtungen» 1903, № 16, 17.

C. Kennard. Ankylostomiasis. «Brit. Uniona Med.», 1902. стр. 61.

Dr *Tenholt.* Die Untersuchung der Ankylostomiasis, mit besonderer Berücksichtigung der wurmbehafteten Bergleute, 1903 г.

Dr *H. Bruns.* Die Gefahr der Infektion mit Anchylostoma duodenale. «Glückauf», 1903, № 10.

Die Wurmkranheit in den Kohlenbergwerken des Leitticher Reviers. «Glückauf», 1903, № 27.

Въ русскомъ переводѣ есть глава объ анкилостоміазѣ въ сочиненіи проф. *Duclaux* «Профессіональная гигіэна».

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

LXXXVII. Отъ Правленія Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія.

М. Г. г. Редакторъ! Правленіе Общества имѣетъ честь покорнѣйше просить Васъ помѣстить на страницахъ «Русскаго Врача» нижеслѣдующія строки:

1. Съ 15 сентября текущаго года въ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ (Васильевскій Островъ, Университетская линія, 3), открываются систематическіе курсы для врачей по гинекологіи и акушерству (см. отдѣлъ объявленій «Русскій Врачъ» № 27). Справочное бюро Общества высылаетъ безплатно желающимъ печатное росписаніе занятій въ Институтѣ. Врачи, занимающіеся въ Институтѣ, могутъ получать здѣсь за небольшую плату завтраки и обѣды.

2. Съ 1/х текущаго года въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны (Кирочная 41) начнутся обычные курсы для врачей.

3. По примѣру прошлыхъ полугодій, справочное бюро Общества помѣститъ въ ближайшихъ №№ «Русскаго Врача» подробное распредѣленіе занятій врачей въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны, въ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ и прочихъ больничныхъ учрежденіяхъ Петербурга.

4. Въ виду важности для врачей систематическихъ курсовъ по гигіэнѣ и санитаріи (пока въ бюро имѣются единичныя заявленія по этому предмету), Справочное бюро Общества сдѣлаетъ попытку организовать таковые въ ближайшемъ осеннемъ полугодіи, если найдется достаточное число желающихъ заниматься гигіэной и санитаріей. *Съ заявленіями заблаговременно обращаться въ справочное бюро Общества* (В. О., Университетская линія, 3, кв. 97, телефонъ 4206, къ д-ру *В. Г. Лѣсовому*).

5. По соглашенію съ Правленіемъ Общества администрація меблированныхъ комнатъ «Палэ-Рояль» (Пушкинская, д. 20, въ 5—7 минутахъ ѣзды отъ Николаевскаго вокзала) дѣлаетъ членамъ Общества уступку въ 10%.

6. Правленіе Общества открываетъ въ 8—10 минутахъ ходьбы отъ Еленинскаго Клиническаго Института для врачей столовую (Таврическая ул., д. 17 Назимова кв. 61), въ которой можно будетъ получать здоровый обѣдъ за небольшую плату, и которая всецѣло будетъ находиться подъ контролемъ членовъ Общества. *Для лучшей постановки дѣла Правленіе проситъ товарищей до пріѣзда въ Петербургъ письменно предупредить завѣдующаго справочнымъ бюро В. Г. Лѣсового (В. О. Университетская линія, 3, кв. 97, телефонъ 4206) или казначея Общества В. Л. Якобсона (Басковъ пер., д. 39, кв. 13), о своемъ желаніи пользоваться столовой Общества.* Въ помѣщеніи столовой члены Общества, по пріѣздѣ въ Петербургъ, могутъ оставлять свои вещи до пріисканія квартиры.

7. 9/х въ 8½ час. вечера состоится Собраніе членовъ Общества по слѣдующей программѣ:

а) Годовой отчетъ.

б) *Выборъ Правленія.*

в) Докладъ д-ра *А. В. Амстердамскаго о возможномъ расширеніи и улучшеніи дѣятельности кассы Я. А. Чистовича.*

8. Справочное бюро Общества по прежнему очень охотно безплатно даетъ провинціальнымъ товарищамъ справки по всевозможнымъ вопросамъ.

9. Лица, желающія вступить въ члены Общества, благоволятъ направлять членскій взносъ на имя казначея Общества д-ра *В. Л. Якобсона* (Басковъ пер., д. 39, кв. 13).

Предсѣдатель, *Д. Оттъ.*

Секретарь, *А. Марковскій.*

Завѣдующій бюро, *В. Лѣсовой.*

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1425. Приводимъ изъ «Русскихъ Вѣдомостей» (9 іюля) нѣкоторыя подробности бывшаго 8 іюля *чествованія земскаго врача Д. И. Орлова* (см. «Русскій Врачъ», № 28, стр. 1003). Зданіе Мытищенской лѣчебницы было убрано флагами и зеленью. На торжество съѣхалось изъ Москвы много земскихъ врачей, представителей различныхъ учрежденій, бывшихъ сослуживцевъ и больныхъ юбиляра. По окончаніи молебствія, сельскій священникъ обратился къ юбиляру съ глубоко-прочувствованной рѣчью, въ которой отмѣтилъ, что *Д. И. Орловъ* своей просвѣщенной медицинскою дѣятельностью разогналъ тьму предразсудковъ народа, организовалъ выдачу пособій выходящимъ изъ лѣчебницы больнымъ, вселилъ въ народѣ довѣріе какъ къ медицинѣ, такъ и къ врачамъ, принималъ дѣятельное участіе въ организаціи образовательныхъ чтеній для сельскаго населенія, существующихъ уже 11 л. Предсѣдатель Московской уѣздной управы Н. Ѳ. Рихтеръ привѣтствовалъ юбиляра слѣдующимъ адрессомъ: «Многоуважаемый *Дмитрій Ивановичъ*! Московское уѣздное земское собраніе постановило выразить Вамъ благодарность за вашу 25-лѣтнюю полезную службу въ Московскомъ уѣздномъ земствѣ, поручить Управѣ привѣтствовать Васъ въ день Вашего юбилея отъ имени собранія, выдать Вамъ единовременно окладъ годового жалованья въ размѣрѣ 2100 р. и повѣсить Вашъ портретъ въ амбуляторной пріемной Мытищенской лѣчебницы. Въ знаменательный для Васъ день, празднуемый здѣсь, въ Мытищенской лѣчебницѣ, которой Вы завѣдуете съ самаго ея основанія, — прежде всего является мысль, что Вы — первый изъ врачей Московскаго уѣзднаго земства, послужившій ему столь продолжительный срокъ и при томъ въ предѣлахъ одной и той-же мѣстности уѣзда. Эта долговременная дѣятельность Ваша среди одного и того-же населенія, не только сблизила Васъ съ нимъ, но, вѣрнѣе, сроднила, чему очевиднымъ доказательствомъ служитъ настоящее празднество, собравшее сюда столько Вашихъ почитателей. 25 лѣтъ назадъ населеніе уѣзда, незадолго передъ тѣмъ освобожденное отъ крѣпостной зависимости, почти не имѣло понятія о медицинѣ и врачебной помощи, вообще, а земство, едва начавшее свою дѣятельность, не знало, какія требованія предъявлять къ врачамъ, какую, въ какомъ видѣ и размѣрѣ врачебную помощь оно можетъ предоставить населенію, такъ какъ существовавшія до того времени учрежденія вѣдѣнія Приказа общественнаго призрѣнія не только не могли служить примѣромъ, но скорѣе указывали путь, по которому не слѣдовало идти ни земству, ни его врачамъ. При такихъ обстоятельствахъ Вы вступили на земскую службу, стали въ число немногихъ врачей-

піонеровъ, которые въ то время, какъ и Вы рѣшились посвятить свои силы, знанія и трудъ общественной врачебной дѣятельности. Дѣятельность эта въ то время не имѣла предъ собою никакихъ руководящихъ указаній, никакихъ достойныхъ подражанія примѣровъ: для нея нужно было вырабатывать новые пути и формы. Не смотря на трудность положенія, первые земскіе врачи, и Вы вмѣстѣ съ ними, не упали духомъ, не опустили рукъ, а поставили себѣ первою задачею заслужить довѣріе населенія, при чемъ хорошо сознавали, что достичь этого довѣрія нельзя ни положеніемъ, ни вліяніемъ или приказомъ, а только упорнымъ трудомъ, сердечнымъ отношеніемъ и постоянной готовностью, придти на помощь всякому нуждающемуся въ ней. Избранный Вами, первыми піонерами врачебнаго дѣла, путь привелъ вѣрно къ цѣли, подтвержденіемъ чего служитъ то, что постановка врачебнаго дѣла въ Московскомъ уѣздѣ, о которой 25 лѣтъ назадъ можно было только мечтать, въ настоящее время составляетъ почти совершившійся фактъ: земская медицинская помощь, доступная всему населенію, близка къ осуществленію. Теперь можно смѣло сказать, что въ уѣздѣ нѣтъ селенія или деревни, нѣтъ избы, гдѣ-бы земская врачебная помощь была неизвѣстна и гдѣ населеніе не пользовалось-бы ею».—Передавая адрессъ, предсѣдатель земской управы вручилъ юбиляру пакетъ отъ земства съ 2100 р. Изъ длиннаго ряда другихъ адрессовъ, поднесенныхъ *Д. И. Орлову*, отмѣтимъ адрессъ отъ Мытищенскаго населенія (прочитанный сельскимъ старостой), въ которомъ указывается, что юбиляръ во время своей 25-лѣтней службы не только старался всегда оказывать врачебную помощь, но и заботился о просвѣщеніи населенія. Въ отвѣтной рѣчи своей, *Д. И. Орловъ* заявилъ между прочимъ, что великія реформы освобожденія крестьянъ, заставшія его въ дѣтскомъ возрастѣ, сильно повліяли на его душевное состояніе, а его учителя, профессора В.-Медицинской Академіи, въ числѣ которыхъ находились *С. П. Боткинъ, В. А. Манассеинъ* и др., учили работать не въ красивыхъ обширныхъ клиникахъ, а въ бѣдныхъ деревенскихъ селеніяхъ. Въ Московскомъ же губернскомъ земствѣ онъ засталъ такихъ видныхъ дѣятелей какъ *Д. А. Наумовъ, Е. А. Осиповъ, Ѳ. Ѳ. Эрисманъ* и *В. И. Орловъ*. Всѣ эти люди невольно привлекали на общую службу и учили любить земскую службу, за что юбиляръ чтитъ ихъ память съ глубокою благодарностью и признательностью. — Несомнѣнно, что *чествованіе глубокоуважаемаго товарища и празднованіе 25-лѣтія Мытищенской земской лѣчебницы* является *настоящимъ праздникомъ* и до нѣкоторой степени *утѣшеніемъ земской медицины*, особенно въ настоящую минуту, когда на долю ея выпало столько горькихъ испытаній и впервые за ¼ вѣка тяжелаго, благотворнаго для населенія врачебнаго труда по адрессу земскаго врачебнаго персонала цѣлой Московской губерніи высказанъ оффиціально рядъ тяжелыхъ обвиненій въ рапортѣ г. Зиновьева.

1426. Медицинскій факультетъ Кіевскаго Университета избралъ д-ра *Б. С. Козловскаго частнымъ преподавателемъ* по каѳедрѣ хирургической патологіи и терапіи. Будучи въ теченіи многихъ лѣтъ завѣдующимъ больницей Бобринскихъ въ мѣстечкѣ Смѣла, многоуважаемый товарищъ составилъ себѣ имя выдающагося хирурга; мы отъ души привѣтствуемъ его съ упомянутымъ избраніемъ.

1427. Д-ръ *В. В. Фавръ*, находящійся нынѣ на войнѣ, *избранъ* Харьковскимъ Университетомъ *ч. преподавателемъ* по каѳедрѣ гигіены («Приднѣпровскій Край», 1 іюля).

1428. Главный медицинскій инспекторъ *В. К. Анрепъ командированъ* въ качествѣ уполномоченнаго противочумной Коммиссіи въ Прикаспійскія и Поволжскія губерніи для установленія на мѣстѣ *предупредительныхъ мѣръ противъ заноса холеры изъ Персіи*. Вмѣстѣ съ *В. К. Анрепомъ* командированъ также и д-ръ *Н. Г. Фрейбергъ*.

1429. Приводимъ текстъ *адресса*, поднесеннаго 7 іюля главному медицинскому инспектору флота д-ру *В. С. Кудрину отъ имени Конференціи В.-Медицинской Академіи: «Владиміръ Сергѣевичъ!* Сегодня исполнилось 50 л. Вашей высокополезной дѣятельности на различныхъ поприщахъ служенія Царю и родинѣ. Ваша непоколебимая преданность служебному долгу, Вашъ независимый и авторитетный голосъ въ рѣшеніи важнѣйшихъ вопросовъ, касающихся врачебнаго сословія и народнаго здравоохраненія, въ высшей степени корректное и теплое отношеніе Ваше ко всѣмъ лицамъ, съ которыми приводила Васъ въ соприкосновеніе Ваша разнообразная дѣятельность, снискали Вамъ всеобщее глубокое уваженіе. Конференція В.-Медицинской Академіи пользуется настоящимъ случаемъ, чтобы еще разъ выразить Вамъ ея искреннее уваженіе въ Вашей высокоплодотворной дѣятельности и принести Вамъ самыя горячія пожеланія, чтобы Провидѣніе еще на многіе годы даровало Вамъ силы и энергію для дальнѣйшаго служенія нашей дорогой родинѣ».

1430. Въ *Кельцахъ* основывается *Общество врачей*; тамъ-же открывается отдѣлъ Варшавскаго гигіеническаго Общества («Gazeta lekarska», 16 іюля).

1431. Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ уважено ходатайство бывшаго Кіевскаго генералъ-губернатора ген.-адъют. М. И. Драгомирова объ *учрежденіи центральной акушерско-фельдшерской школы для юго-западнаго края въ г. Кіевѣ* («Кіевское Слово», 2 іюля).

1432. Врачи Серпуховской земской лѣчебницы сдѣлали постановленіе объ учрежденіи на свои средства *1 койки при названной больницѣ въ память А. П. Чехова* («Биржевыя Вѣдомости», 8 іюля).

1433. «Русское Слово» (11 іюля) сообщаетъ, что строительное отдѣленіе Московской городской Управы приняло *новый порядокъ выдачи разрѣшеній на постройку новыхъ зданій*. Прежде утвержденія планы посылаются *на разсмотрѣніе Совѣту санитарныхъ врачей*. Было уже нѣсколько случаевъ неутвержденія плановъ въ виду того, что въ предполагаемыхъ къ сооруженію домахъ, нѣкоторыя комнаты проэктировались темными или полутемными. — Такой новый порядокъ можно привѣтствовать съ радостью, такъ какъ при немъ будетъ строиться меньше нездоровыхъ жилищъ, которыми изобилуютъ теперь наши большіе дома съ т. наз. дешевыми квартирами.

1434. По поводу напечатаннаго въ «Русскомъ Врачѣ» (№ 28, стр. 1006) сообщенія Петербургскаго корреспондента Нью-Іоркской газеты «Sun» считаемъ нужнымъ заявить на основаніи полученныхъ нами точныхъ данныхъ, что среди нашихъ войскъ въ Манчжуріи никакихъ чумныхъ заболѣваній не имѣется, и что упомянутое *сообщеніе о какомъ-то новомъ видѣ болѣзни*, именуемой *«зеленая чума»*, представляетъ *вымыселъ*.

1435. Ч. пр. Университета св. Владиміра *Б. С. Козловскій* назначенъ *помощникомъ уполномоченнаго по эвакуаціи* больныхъ и раненыхъ съ театра военныхъ дѣйствій до Иркутска.

1436. Въ Нижнемъ-Новгородѣ образованъ особый *распорядительный комитетъ для размѣщенія больныхъ и раненыхъ воиновъ* въ Нижегородскомъ уѣздѣ. Комитетъ намѣтилъ уже рядъ селеній и мѣстечекъ въ уѣздѣ, гдѣ могутъ быть размѣщены эвакуируемые больные и раненые. Суточная плата за содержаніе 1 больного опредѣлена въ 60 к., бѣлье-же для нихъ будетъ заготовлено средствами комитета. Наблюденіе за продовольствіемъ и состояніемъ здоровья больныхъ рѣшено возложить на земскихъ врачей и членовъ комитета («Правительственный Вѣстникъ», 9 іюля).

1437. 5-го іюля отбылъ изъ Москвы на Дальній Востокъ *санитарный отрядъ Олонецкаго земства*. Въ составъ отряда, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (6 іюля), входятъ: старшій врачъ *А. И. Мологинъ*, младшіе врачи *П. Я. Тыкушинъ* и *Э. Э. Фохтъ*, 8 сестеръ милосердія Свято-Петровско-Олонецкой общины и 7 санитаровъ.

1438. На одномъ изъ заводовъ въ Мологѣ изготовлена большая партія *кофейно-молочнаго экстракта для нуждъ дѣйствующей арміи*. Смѣсь эта заливается герметически въ фунтовыя жестянки и подвергается дважды обезпложиванію при температурѣ 75° по 1½ часа черезъ сутки. Работы по заготовленію этого кофейно-молочнаго консерва осмотрѣны были коммиссіей изъ *І. Ф. Рапчевскаго, А. Я. Данилевскаго* и *М. Д. Ильина*.

1439. *Харьковская губернская земская Управа* побила рекордъ въ пожертвованіяхъ общественныхъ учрежденій *на нужды, сопряженныя съ войной*. 9 іюля управа препроводила въ казначейство ассигновку на *1000000 р.*

1440. Намъ пишутъ съ Дальняго Востока о крайней *неравномѣрности пожертвованій*, приходящихся на *больничныя учрежденія Краснаго Креста и на военные лазареты и госпитали*. Въ то время, напр., какъ въ сосѣднихъ лазаретахъ Краснаго Креста больные и раненые при выпискѣ получаютъ много всякихъ вещей, военные госпитали лишены возможности снабжать этими вещами выписываемыхъ больныхъ. Выходитъ, что счастье на войнѣ нужно не только для того, чтобы избѣжать пули, но также и для того, чтобы попасть въ тотъ или другой лазаретъ.

1441. Главноуполномоченный общеземской организаціи телеграфируетъ изъ Лаояна, что *всѣ земскіе отряды Краснаго Креста прибыли* на мѣста ихъ назначенія. Отряды развернули врачебно-питательные пункты во всѣхъ передовыхъ частяхъ дѣйствующей арміи и на пути слѣдованія войскъ. Всего открыто въ различныхъ пунктахъ района Манчжурской арміи 1600 кроватей; изъ нихъ 100 Курскихъ, 200 Тульскихъ, 100 Ярославскихъ и 100 Костромскихъ, 700 (разбитыхъ на 4 отряда) Харьковскихъ, 50 Черниговскихъ, столько-же Орловскихъ и 300 Московскихъ. Если потребуютъ обстоятельства, лазареты земской организаціи могутъ принять всего до 2500 больныхъ и раненыхъ. Развернутые отряды въ числѣ прочихъ задачъ имѣютъ цѣлью также и питаніе слабосильныхъ («Новое Время», 13 іюля).

1442. Исполнительная коммиссія Краснаго Креста постановила назначить въ *резервъ* въ Никольскъ-Уссурійскъ врачей: *Попова, Боташа, Французова*, женщинъ-врачей *Каменскую* и *Матковичъ* и д-ра *Щербачева*. Въ Верхнеудинскъ назначена ж.-вр. *Калашникова* («Правительственный Вѣстникъ», 13 іюля).

1443. Въ ночь съ 3-го на 4-е іюля на перевязочномъ пунктѣ 5-го летучаго отряда близь Дашичао *раненъ студентъ-медикъ Таракановъ*. Рана была нанесена шрапнелью въ бедро правой ноги въ мягкія части; пуля извлечена и пораженіе отнесено къ легкимъ.

1444. Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ *предложено принимать* на имѣющіяся свободныя мѣста въ окружныхъ лѣчебницахъ Виленской, Винницкой и Казанской за счетъ Краснаго Креста *душевно-больныхъ, эвакуируемыхъ съ мѣстъ военныхъ дѣйствій* («Правительственный Вѣстникъ», 13 іюля).

1445. По свѣдѣніямъ Московскихъ газетъ, *общее число мѣстъ*, предлагаемое въ предѣлахъ *Московскаго военнаго округа безплатно* для выздоравливающихъ раненыхъ воиновъ, достигаетъ 3749. Въ Москвѣ предложено 117 мѣстъ — на 6 офицеровъ и 111 нижнихъ чиновъ. Наибольшее число мѣстъ по губерніямъ предложено: въ Ярославской—2340 (68 для офицеровъ и 2272 для нижнихъ чиновъ), въ Владимірской—638 (46

офицерскихъ и 592 солдатскихъ), въ Московской—369 (21 офицерское и 348 солдатскихъ). Изъ частныхъ лицъ, живущихъ въ Москвѣ, изъявили желаніе принять на безплатное попеченіе больныхъ и раненыхъ воиновъ 4, а именно: принимаютъ на полное содержаніе: 1) А. Ф. Павловъ—1 раненаго на все время войны; 2) Т. П. Щербининъ—1 офицера или классного чина на годъ; 3) Е. Н. Рукавишникова — 5 раненыхъ или больныхъ на время до 1-го мая 1905 г. и 4) В. Г. Дудышкинъ — 10 нижнихъ чиновъ на все время войны.

1446. Исполнительная коммиссія Краснаго Креста получила заявленіе отъ *Пѣхоцинскаго водолѣчебнаго заведенія*, что оно предоставляетъ *безплатно для пострадавшихъ на войнѣ* 2000 соленыхъ, 500 грязевыхъ и 200 углекислыхъ ваннъ.

1447. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (10 іюля), временное медицинское Общество на Дальнемъ Востокѣ признало нужду *скорѣйшаго устройства госпиталей для дизентериковъ и другихъ заразныхъ больныхъ* въ началѣ тыловой линіи и не далѣе Харбина, ибо развозка на дальнія разстоянія, напр., въ Читу, въ неприспособленныхъ поѣздахъ вредна больнымъ и опасна для слѣдующихъ изъ Россіи войскъ. Для мѣстныхъ жителей должны быть, кромѣ того, мѣстные эпидемическіе госпитали. Санитарные поѣзда для дизентериковъ—въ товарныхъ вагонахъ, каждый на 20 человѣкъ, съ нарами, покрытыми циновками, съ больными въ своей одеждѣ, безъ достаточныхъ смѣнъ бѣлья, съ парашами, при слабыхъ мѣрахъ предосторожности противъ распространенія заразы по линіи, медицинское Общество считаетъ неудовлетворяющими элементарнымъ требованіямъ санитаріи. Общество предполагаетъ открыть амбуляторіи на главныхъ станціяхъ, прежде всего въ Харбинѣ, какъ обсерваціонные пункты для выслѣживанія случаевъ заразныхъ болѣзней и для оказанія помощи проходящимъ эшелонамъ и мѣстнымъ жителямъ. Желѣзная дорога отвела удобное помѣщеніе въ Харбинѣ подъ амбуляторію.

1448. По словамъ «Руси» (7 іюля), врачи Петербургской городской Петропавловской больницы ходатайствуютъ передъ городскимъ Управленіемъ о *сохраненіи за ними штатныхъ должностей на время нахожденія ихъ въ госпиталяхъ и лазаретахъ Дальняго Востока*. Перерасходы противъ смѣты со стороны больничной Коммиссіи нѣсколько затрудняютъ Управу въ удовлетвореніи этого ходатайства, такъ какъ средства не позволяютъ городу сохранить за врачами, отозванными въ дѣйствующую армію, извѣстную долю ихъ содержанія. Что касается должности, то она будетъ сохранена.

1449. Мѣстный Комитетъ Краснаго Креста въ Кунгурѣ увѣдомилъ исполнительную Коммиссію, что на средства, предоставленныя Комитету А. И. Кузнецовой, законченъ въ настоящее время оборудованіемъ и готовъ къ отправкѣ на театръ военныхъ дѣйствій *лазаретъ на 16 кроватей* («Русь», 7 іюля).

1450. Для *предупрежденія заболѣваній желудочно-кишечнаго канала распоряженіемъ Кіевскаго полиціймейстера* объявлено всѣмъ владѣльцамъ гостинницъ, меблированныхъ комнатъ, ресторановъ, трактировъ, буфетовъ на пристаняхъ, столовыхъ, кухмистерскихъ, пивныхъ, бань и т. п. заведеній имѣть всегда для питья посѣтителей охлажденную прокипяченую воду; при этомъ требуется: 1) чтобы они въ 7-дневный срокъ, и никакъ не позже 15/VII, выставили во всѣхъ комнатахъ, предназначенныхъ для публики, на видныхъ мѣстахъ графины или кувшины съ прокипяченой уже остывшей водой, съ надписью: «прокипяченая вода». Сосуды эти должны содержаться въ постоянной чистотѣ и 2 раза въ день вода должна мѣняться, при чемъ остатокъ прежней воды долженъ выливаться и сосудъ необходимо насухо вытирать; 2) чтобы самовары, кубы и котлы, въ которыхъ кипятится вода, были хорошо вылужены и содержались въ полной чистотѣ и опрятности; 3) чтобы у каждаго графина и кувшина были чистые стаканы или кружки; 4) чтобы вода отпускалась посѣтителямъ для питья даромъ и въ ней не было-бы никому отказа; 5) распоряженіе это также относится къ ночлежнымъ пріютамъ, постоялымъ и заѣзжимъ дворамъ, всѣмъ артелямъ рабочихъ и всѣмъ мастерскимъ фабрикъ и заводовъ («Кіевское Слово» 9 іюля).—Не мѣшало-бы и другимъ нашимъ городамъ, особенно на Югѣ, хотя-бы въ виду угрожающаго заноса холеры, взять примѣръ съ Кіева.

1451. Для *наблюденія за нагрузкой фильтрующаго слоя* при устройствѣ водопроводныхъ фильтровъ, образована подъ предсѣдательствомъ д-ра *А. Н. Оппенгейма* особая Коммиссія, состоящая изъ старшаго городского санитарнаго врача *В. И. Вержейскаго*, проф. *Пржибытека*, совѣщательнаго члена д-ра *А. А. Липскаго* и д-ра *Дроздова*. Произведенный 12 іюля осмотръ существующихъ фильтровъ привелъ Коммиссію къ крайне неутѣшительному заключенію, что фильтры загрязнены до высшей степени и что они не чистились болѣе 10 лѣтъ, между тѣмъ чистку фильтровъ должно основательно производить каждыя 5—6 лѣтъ.

1452. Въ Архангельскѣ 12 іюля состоялась *закладка психіатрическаго отдѣленія* при губернской больницѣ; отдѣленіе строиться на 50 человѣкъ.

1453. Учетный ссудный банкъ въ Персіи (отдѣленіе нашего государственнаго банка) снарядилъ *3 санитарно-бактеріологическіе отряда для общихъ мѣропріятій противъ распространенія и занесенія холеры изъ Персіи въ Россію*. Каждый отрядъ состоитъ изъ 1 врача, 1 женщины-врача, фельдшеровъ и санитаровъ, при чемъ въ отрядѣ имѣется походная бактеріологическая лабораторія съ запасомъ обеззараживающихъ средствъ, а также аптека съ большимъ запасомъ различныхъ сыворотокъ. Заботу по организаціи отрядовъ взялъ на себя Институтъ экспериментальной медицины. Изъ Петербурга съ этими отрядами выѣхали на дняхъ ч. пр. *С. П. Златогоровъ*, д-ра *П. В. Крестовскій*, *В. А. Таранухинъ*, женщина-врачъ *Т. А. Коганская* и слушательница Женскаго Медицинскаго Института *В. Равская*. Расходы по снаряженію отрядовъ и по содержанію ихъ взялъ на себя упомянутый выше банкъ.

1454. Для *защиты отъ занесеній холеры Астраханская губернская санитарно-исполнительная коммиссія* постановила устроить *обсерваціонную станцію* на 12-футовомъ рейдѣ, для чего пріобрѣтена баржа, которая будетъ оборудована для плавучаго лазарета. Кромѣ того, въ тѣхъ-же цѣляхъ въ *Н.-Новгородѣ открыто дѣйствіе* губернской и городской *санитарно-исполнительныхъ коммиссій*. Въ виду приближенія Нижегородской ярмарки рѣшено организовать санитарно-исполнительныя Коммиссіи, кромѣ Н.-Новгорода, еще въ мѣстностяхъ, лежащихъ по р.р. Волгѣ и Окѣ, а именно: въ Василь-Сурскѣ, Балахнѣ, Горбатовѣ и селѣ Лысковѣ. На обязанности Коммиссіи, главнымъ образомъ, будетъ лежать устраненіе неблагопріятныхъ санитарныхъ условій населенныхъ мѣстъ, усиленіе врачебнаго надзора, съ цѣлью своевременнаго обнаруженія подозрительныхъ заболѣваній, подготовленіе на случай обнаруженія заболѣваній особыхъ больницъ, достаточнаго числа медицинскаго персонала и запаса обеззараживающихъ средствъ, установленіе надзора за прибывающими изъ заразныхъ мѣстностей людьми и недопущеніе ввоза изъ зараженныхъ мѣстностей предметовъ, могущихъ переносить заразу («Правительственный Вѣстникъ», 14 іюля).

1455. Корреспондентъ газеты «Асхабадъ» сообщаетъ изъ Красноводска слѣдующія *неутѣшительныя свѣдѣнія по вопросу о возможности заноса черезъ Красноводскій портъ холеры изъ Персіи*: «Никакія мѣры, не помогутъ изолировать нашъ портъ отъ Персидскихъ судовъ, во 1-хъ, потому, что жители города самые необходимые жизненные припасы получаютъ изъ Асхабадской провинціи на Персидскихъ и Туркменскихъ лодкахъ, а, во 2-хъ, потому, что, если холера разовьется по берегамъ Каспійскаго моря, то она едва-ли будетъ локализирована въ одномъ пунктѣ; скорѣе всего она, начнетъ расходиться въ разныя стороны и тѣмъ или другимъ путемъ проникнетъ въ Красноводскъ. Поэтому здѣсь, прежде всего, должны быть приняты широкія наблюдательныя мѣры, какъ за рабочимъ населеніемъ въ городѣ, такъ и за прибывающими лодками изъ Персіи. Съ этой цѣлью въ Красноводскѣ необходимо временно назначить хотя-бы еще одного врача для завѣдыванія наблюдательной частью, а также нанять санитарныхъ наблюдателей и нѣсколькихъ фельдшеровъ для исполненія порученій врача по осмотру прибывающихъ судовъ, жилищъ рабочихъ и торговыхъ заведеній. Возлагать въ этомъ случаѣ наблюденіе на полицію и на санитарныхъ попечителей нельзя, ибо штатъ первой въ Красноводскѣ не великъ и на ея долю выпадаетъ также не мало другой работы, а санитарные попечители, если и будутъ дѣйствовать энергично, то едва-едва справятся съ осмотромъ города, загрязненнаго до крайности. Въ Красноводскѣ все необходимое для борьбы съ эпидеміей нужно заводить вновь, ибо у города отсутствуетъ даже больница».—Къ этимъ заявленіямъ изъ нашихъ окраинъ слѣдуетъ прислушиваться тѣмъ, кому ввѣрена охрана нашей Персидской границы отъ заноса холеры.

1456. «Новое Обозрѣніе» (1 іюля) передаетъ, что прибывшій изъ Россіи санитарный отрядъ изъ 12 лицъ медицинскаго персонала предполагаетъ заняться наблюденіемъ лицъ, слѣдующихъ изъ Тегерана въ Рештъ, для чего между послѣдними пунктами устраивается *русскій врачебно-наблюдательный пунктъ*. Для провенансовъ, слѣдующихъ изъ Тегерана, Казвина и Решта устроенъ Персидскій карантинъ, въ которомъ пассажиры, ѣдущіе въ Энзели, будутъ находиться подъ надзоромъ 3 дня, а ѣдущіе въ Россію будутъ задержаны еще на 3 дня. Въ Казвинѣ, Рештѣ и Энзели случаевъ холеры не было. Карантинъ въ Энзели устроенъ довольно первобытно.

1457. Въ «Пятигорскомъ Листкѣ» напечатанъ *договоръ* директора Кавказскихъ минеральныхъ водъ Хвощинскаго съ представителемъ Сѣвернаго банка Московскимъ провизоромъ Эрмансомъ относительно *сдачи на откупъ экспорта и продажи минеральной воды Нарзанъ*. Изъ договора этого небезинтересно знать, по какой цѣнѣ контрагентъ, т. е. по просту откупщикъ получаетъ отъ казны воду; вотъ эти условія: «За отпускаемый Нарзанъ для губерній Россіи провизоръ Эрмансъ платитъ управленію водъ по 10,7 коп. за полубутылку минеральной воды со стекломъ, упаковкою въ ящикъ и сданную на станцію «Кисловодскъ» Владикавказской жел. дороги, и по 10,1 коп. за каждую полубутылку, высланную управленіемъ съ той же станціи вагонами въ навалку; при отпускѣ Нарзана неупакованнымъ контрагентъ платитъ управленію водъ по 9 коп. за полубутылку, въ томъ числѣ 5 коп. за минеральную воду съ пробкой, этикетомъ и укупоркой и 4 коп. за стекло. За Нарзанъ, отпускаемый управленіемъ водъ контрагенту для заграничнаго рынка, провизоръ Эрмансъ платитъ на 0,5 коп. дешевле указанныхъ цѣнъ при всякихъ способахъ отпуска Нарзана. Освобождающуюся изъ-подъ Нарзана посуду контрагентъ имѣетъ право возвращать управленію водъ для новаго налива минеральной воды; такая посуда должна удовлетворять всѣмъ условіямъ розлива Нарзана, въ виду чего она при пріемкѣ на складахъ управленія въ Кисловодскѣ подвергается тщательному осмотру, и принятыя бутылки записываются по той же цѣнѣ, по какой отпускались контрагенту». Срокъ договора для представительства по продажѣ воды за предѣлами Россіи—1 января 1911 г., а въ губерніяхъ и областяхъ Россіи—1 іюля 1909 г.—Нужно думать, что договоръ этотъ заключенъ съ цѣлью облегченія сбыта минеральной воды, а глав-

ное съ цѣлью возможно болѣе широкаго распространенія этой прекрасной столовой воды. Во имя этого послѣдняго обстоятельства, которое одно могло бы оправдать сдачу на откупъ экспорта и продажи минеральной воды, составляющей достояніе страны, въ договорѣ должны быть точно опредѣлены maxim'альныя цѣны, выше которыхъ минеральная вода не должна продаваться.

1458. По словамъ «Русскаго Слова» (7 іюля), *городская дѣтская больница* имени В. Я. Морозова въ Москвѣ въ этомъ году будетъ значительно *расширена*. 8 іюля сдѣлана закладка 3-хъ новыхъ огромныхъ корпусовъ.

1459. Проэктъ *зданія морга въ Петербургѣ* уже разработанъ во всѣхъ подробностяхъ акад. А. М. Кочетовымъ; моргъ будетъ построенъ на Выборгской сторонѣ, рядомъ съ Пироговскимъ Музеемъ.

1460. *Изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній Саратовской губ.* послѣдней сессіи. (Продолженіе; см. выше № 23, стр. 865). Сердобскій уѣздъ: 1) по вопросу *о порядкѣ увольненія врачей* постановлено предоставить Управѣ право увольнять врачей, когда представится надобность, безъ санитарной Коммиссіи; 2) отклонено ходатайство Саратовскаго фельдшерскаго Общества *о допущеніи делегата отъ фельдшеровъ въ санитарную Коммиссію* и о созывѣ Совѣщанія фельдшеровъ при Управѣ; въ связи съ этимъ вопросомъ постановлено также, чтобы фельдшера обращались въ Собраніе съ различными просьбами не непосредственно отъ себя, а черезъ врачей; 3) *смѣта* на 1904 г. утверждена въ 71608 р.—Вольскій уѣздъ: 1) въ 1900 г. земство выхлопотало себѣ привиллегію открыть *нормальную аптеку* со складомъ аптекарскимъ и со свободной продажей, но со скидкой до 50% съ рецептовъ и, сколько возможно, отъ ручной продажи. Аптека эта за послѣдній годъ дала чистаго убытку тысячу съ небольшимъ рублей; вмѣстѣ съ тѣмъ, она неудовлетворяла главной задачѣ земской аптеки—своевременно и тщательно снабжать участки лѣкарствами возможно высокаго качества. Собраніе постановило: а) принять уплату всѣхъ долговъ на средства земства, войдя въ соглашеніе съ кредиторами объ отсрочкѣ уплаты; б) пригласить спеціалиста для выясненія наличности имущества аптеки; в) образовать оборотный капиталъ аптеки изъ наличнаго остатка лѣкарствъ, изъ имѣющихъ поступить въ аптеку долговъ, изъ долга, числящагося за Управой и подлежащаго немедленной уплатѣ, и изъ наличной выручки; г) о перечисленіи со счета земскаго сбора ассигнованной суммы на лѣкарства и инструменты для медицинскихъ и ветеринарныхъ участковъ; д) отклонить предложеніе Управы о внесеніи въ смѣту на усиленіе средствъ аптеки 1470 р.; е) поручить санитарному Совѣту изыскать средства для удешевленія выписываемыхъ лѣкарствъ и найти средства избѣжать убытковъ по аптекѣ и о результатахъ доложить экстренному Собранію; ж) внести въ смѣту въ распоряженіе Управы 6020 р. на содержаніе аптеки, каковая сумма покрывается доходами съ аптеки; 2) *смѣта* утверждена въ 54772 р. («Врачебно-санитарная Хроника Саратовской губ.», № 5).

1461. Въ августѣ текущаго года имѣетъ быть *IX-й Съѣздъ земскихъ врачей и представителей Тульской губ.* Программа его установлена въ слѣдующемъ видѣ: 1) Обсужденіе сообщеній о положеніи земской медицины въ губерніи. 2) О систематизаціи работъ Съѣздовъ врачей. 3) Взаимоотношеніе между санитарной и лѣчебной организаціями: коллегіальные санитарные органы, ихъ роль и размѣры ихъ компетенціи. 4) Объ обезпеченіи уѣздовъ медицинской помощью и возможномъ участіи губернскаго земства въ этомъ обезпеченіи. 5) О родовспоможеніи и родильныхъ пріютахъ въ губерніи. 6) Объ организаціи яслей. 7) Объ организаціи земскаго низшаго ухаживающаго персонала. 8) Выработка формъ отчетности медицинской и хозяйственной. 9) О взаимоотношеніи медицины земской и неземской. Бюро Съѣзда обратилось въ губернскую Управу съ просьбой ходатайствовать передъ губернаторомъ о допущеніи на Съѣздъ съ правомъ совѣщательнаго голоса врачей фабричныхъ, желѣзнодорожныхъ, городскихъ, санитарныхъ и другихъ въ виду того, что въ программу Съѣзда поставленъ вопросъ о взаимоотношеніяхъ между земской и неземской медициной, правильное разрѣшеніе котораго возможно только при ихъ участіи («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 3).

1462. По вопросу *о сохраненіи за земскими врачами, уходящими на войну, права на мѣсто по возвращеніи и содержанія*, Дмитровскій уѣздный санитарный Совѣтъ постановилъ: 1) въ случаѣ призыва земскихъ врачей и фельдшеровъ на военную службу, желательно сохраненіе за ними права на мѣсто по возвращеніи съ войны и сохраненіе извѣстной части жалованья для семейства врачей, хотя-бы въ половинномъ размѣрѣ, для фельдшеровъ-же въ полномъ размѣрѣ. 2) Земскіе врачи, состоящіе въ запасѣ, но уѣзжающіе на войну ранѣе призыва ихъ на службу по доброй волѣ, лишаются права на сохраненіе за ними опредѣленной части жалованья, такъ какъ поступленіе на службу ранѣе обязательнаго призыва не вызывается необходимостью настоящаго момента, благодаря избытку предложенія со стороны врачебнаго персонала, но сохраняютъ право на занятіе мѣста, если оно окажется свободнымъ по возвращеніи ихъ съ театра военныхъ дѣйствій («Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи Московской губ.», № 6).—По тому-же вопросу санитарный Совѣтъ при Царицынской уѣздной земской Управѣ постановилъ ходатайствовать передъ земскимъ Собраніемъ: во 1-хъ, о сохраненіи мѣстъ за врачами и фельдшерами, которые будутъ взяты на войну, въ случаѣ объявленія мобилизаціи; во 2-хъ, о сохраненіи полнаго содержанія за врачами и фельдшерами, ушедшими на войну, на все время военныхъ дѣйствій, при чемъ уходящіе врачи и фельдшера обязуются подпиской по окончаніи войны прослужить въ Царицынскомъ земствѣ не меньше 2-хъ лѣтъ. Въ случаѣ неисполненія послѣдняго обязательства врачъ или фельдшеръ обязанъ возвратить Царицынскому земству всѣ деньги, полученныя за время пребыванія на войнѣ, и, въ 3-хъ, о вознагражденіи остающихся врачей, которымъ придется нести усиленный трудъ по завѣдыванію участками своихъ ушедшихъ на войну товарищей, въ размѣрѣ, какой угодно будетъ опредѣлить Собранію («Врачебно-санитарная Хроника Саратовской губ.», № 5).—По поводу послѣдняго условія—обязательства отслужить по окончаніи войны, или возврата денегъ мы отсылаемъ читателей къ 27-му № «Русскаго Врача» (стр. 977), гдѣ по поводу такого-же постановленія Порховскаго земскаго врачебно-санитарнаго Совѣта, мы рѣшительно высказываемся противъ подобныхъ «обязательствъ».

1463. *Значительное вниманіе санитарнымъ вопросамъ посвятило Костромское губернское земское Собраніе* въ послѣднюю сессію; оно постановило: учредить при губернской Управѣ санитарный Совѣтъ, организовать санитарное бюро, увеличить число санитарныхъ врачей, при чемъ предложено имъ заниматься исключительно санитарною практикой и не занимать иныхъ должностей, и усилить эпидемическій персоналъ еще 2 врачами и фельдшерами для помощи уѣздному персоналу въ случаѣ *чрезвычайнаго* развитія эпидемій; на ясли-пріюту ассигновано 6000 р. («Врачебная Хроника Харьковской губ.,» № 4).

1464. *XIII Съѣздъ земскихъ врачей Смоленской губ.* предположенъ къ созыву на первые мѣсяцы 1905 года. Программа: 1) делегатскіе доклады отдѣльно по каждому уѣзду; 2) докладъ по губернской больницѣ; 3) докладъ по психіатрической больницѣ; 4) докладъ по пріюту Барышникова-Младшаго; 5) дѣятельность санитарнаго отдѣленія губернской Управы; 6) о нормахъ пищевого довольствія больныхъ въ больницахъ; 7) о санитарномъ надзорѣ въ школахъ; 8) о дѣятельности губернскаго и уѣздныхъ санитарныхъ Совѣтовъ; 9) оперативная дѣятельность въ Смоленской губерніи; 10) развитіе въ Смоленской губерніи пріютовъ-яслей; 11) по поводу годовыхъ отчетовъ по врачебнымъ участкамъ къ уѣзднымъ земскимъ Собраніямъ; 12) о желательной и возможной постановкѣ дѣла борьбы съ эпидеміями въ участкахъ; 13) о выпискѣ лѣкарствъ; 14) условія службы и инструкціи медицинскаго персонала въ уѣздахъ; 15) Сводныя данныя о дѣятельности земско-медицинскихъ учрежденій губерніи; 16) о записи и отчетности; 17) нѣсколько данныхъ по заболѣваемости въ Смоленской губерніи по свѣдѣніямъ врачебныхъ участковъ; 18) судьба постановленій XII-го Съѣзда врачей; 19) положеніе вопроса о борьбѣ съ сифилисомъ въ Смоленской губ. 20) о распространеніи гигіеническихъ знаній среди населенія. Въ губернскомъ врачебномъ Совѣтѣ по вопросу объ участникахъ Съѣзда было высказано единодушное желаніе привлеченія къ работамъ его представителей городской медицины, желѣзнодорожной и фабричной, съ обязательнымъ представленіемъ докладовъ («Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и дѣятельности медицинской организаціи въ Смоленской губ.» № 4).

1465. Въ засѣданіи Сумскаго санитарнаго Совѣта д-ръ *В. Н. Демьяненко* доложилъ *о распространеніи трахомы въ училищахъ Сумскаго уѣзда*. Оказалось, что среди 7328 учениковъ земскихъ училищъ поражено трахомой 851, т. е. 11,6% и на 2048 учениковъ церковно-приходскихъ школъ больныхъ трахомою 247 душъ или 12,1%. Что касается степени распространенія трахомы среди учениковъ Сумскаго уѣзда сравнительно съ другими районами Россіи, то Сумскій уѣздъ по относительному количеству трахоматозныхъ школьниковъ занимаетъ въ ряду ихъ видное мѣсто; по *Тезякову*, на 5804 учащихся въ 78 народныхъ школахъ Воронежской губерніи больныхъ глазными болѣзнями оказалось 9,7%. По *Васильевскому*, изъ осмотрѣнныхъ 3786 учениковъ Херсонской губерніи страдали болѣзнями глазъ 195 учениковъ или 5,4% изъ коихъ лишь ¼ болѣли трахомою. Д-ръ *Важновъ*, изслѣдовавшій школьниковъ Егорьевскаго уѣзда Рязанской губерніи, нашелъ трахому у 4,6% мальчиковъ и у 3,9% дѣвочекъ. Въ Петербургскомъ уѣздѣ въ 1900 году изъ 1752 учениковъ найдена у 12%, съ колебаніями отъ 0 до 20, 30, 40% для отдѣльныхъ школъ. Средній % трахоматозныхъ среди 3496 учащихся въ народныхъ училищахъ Змієвскаго уѣзда составляетъ 15,9% (д-ръ *Б. А. Зингеръ*). *В. Н. Демьяненко* предложилъ для болѣе однообразной записи трахоматозныхъ условиться, что называть трахомою, такъ какъ по имѣющимся въ его распоряженіи матеріаламъ, доставленнымъ врачами товарищами, можно думать, что у нихъ, какъ и вообще въ медицинѣ, нѣтъ однообразія во взглядахъ на трахому. По предложенію *Г. С. Трамбицкаго*, санитарный Совѣтъ нашелъ желательнымъ, чтобы при записи трахоматозныхъ отмѣчать: 1) случаи подозрительные, 2) трахома съ гнойнымъ отдѣляемымъ, 3) зернистая безъ отдѣляемаго и 4) рубцовая. Съ цѣлью борьбы съ трахомою въ училищахъ постановлено: 1) распространять свѣдѣнія о трахомѣ при помощи чтеній, личныхъ бесѣдъ съ учениками въ школахъ, раздачи листковъ о трахомѣ. 2) Училища, находящіяся вблизи фельдшерскихъ и врачебныхъ пунктовъ, должны ежедневно посѣщаться фельдшерами для лѣченія трахоматозныхъ учениковъ. 3) Въ училищахъ, отдаленныхъ отъ медицинскихъ пунктовъ, врачи должны постараться привлечь къ участію въ лѣченіи трахомы учителей, при чемъ безусловно необходимо, чтобы распознаваніе трахомы былъ предварительно постановлено врачемъ и имъ-же были даны учительскому персоналу соотвѣтствующія указанія и лѣкарства («Врачебная Хроника Харьковской губ.» № 4).

1466. «Астраханскій Листокъ» (4 іюля) передаетъ, что Министерство внутреннихъ дѣлъ увѣдомило начальниковъ губерній, что въ настоящее время *должности уѣздныхъ повивальныхъ бабокъ утратили свое значеніе и являются излишними, въ виду крайне незначительныхъ размѣровъ ихъ дѣятельности.* Министерство нашло соотвѣтственнымъ войти установленнымъ порядкомъ съ ходатайствомъ объ упраздненіи должностей старшихъ и младшихъ уѣздныхъ повивальныхъ бабокъ. Сумму, оставшуюся свободной, за упраздненіемъ должностей повивальныхъ бабокъ, предположено обратить на увеличеніе содержанія врачебныхъ инспекторовъ и ихъ помощниковъ, а также на снабженіе врачебныхъ отдѣленій губернскихъ правленій инструментами, необходимыми имъ для разнаго рода медицинскихъ изслѣдованій.

1467. Самарская губернская земская Управа предполагаетъ открыть текущимъ лѣтомъ во всей губерніи *21 пріютъ-ясли* (отпущено на каждыя ясли по 150 р.) («Самарская Газета», 27 іюня).

1468. 10 іюня въ Гурьевѣ, на берегу р. Урала состоялась *закладка новой больницы* («Астраханскій Листокъ», 27 іюня).

1469. Въ Оренбургѣ открывается *городская санитарно-гигіеническая лабораторія* («Оренбургская Газета», 1 іюля).

1470. Директоръ Женскаго Медицинскаго Института обратился, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (8 іюля), въ Думу съ ходатайствомъ, *чтобы городская Петропавловская больница была предоставлена въ вѣдѣніе профессорскаго персонала этого Института для практической подготовки слушательницъ.* Городская Управа, разсмотрѣвъ это ходатайство въ засѣданіи 7-го іюля, постановила отклонить его на томъ основаніи, что Женскій Медицинскій Институтъ, преслѣдуя исключительно учебныя цѣли, не будетъ принимать для лѣченія больныхъ съ болѣзнями, не представляющими особаго интереса для медицинскаго курса. Женскому Институту были уже предоставлены нѣкоторыя отдѣленія Петропавловской больницы и въ теченіи года они не были заполнены, такъ какъ выбирались только тѣ больные, болѣзни которыхъ представляли интересъ для Института, вслѣдствіе чего многіе больные, требовавшіе только амбуляторнаго лѣченія, помѣщались въ больницу, больные-же, нуждавшіеся въ постоянномъ больничномъ уходѣ, получали отказъ.

1471. Въ засѣданіи «Académie des Sciences», 11 іюля, проф. *Gautier* и *Clausmann* сдѣлали интересное сообщеніе объ *источникѣ* того *мышьяка*, который находится обычно въ организмѣ и который постоянно теряется кожными покровами. Оказывается, что человѣкъ вводитъ очень малыя дозы мышьяка постоянно съ пищей въ поваренной соли, въ водѣ питьевой и въ винѣ. По разсчету, сдѣланному относительно пищи Парижскаго населенія оказывается, что въ теченіи года человѣкъ принимаетъ вмѣстѣ съ пищей $7^1/_2$ млгр. мышьяка.

1472. Согласно опубликованнымъ въ «Правительственномъ Вѣстникѣ» (10 іюля) свѣдѣніямъ Коммиссіи о мѣрахъ предупрежденія и борьбѣ съ чумной заразой, въ текущемъ году *умерло отъ чумы въ Индіи* въ 3 раза болѣе, чѣмъ въ предыдущемъ году, а именно въ 1903 г. по 5 іюня умерло 44369 чел., въ 1904 г. до этого-же времени умерло 139584 чел. *Смертность-же отъ холеры* за текущій годъ выразилась въ слѣдующихъ цифрахъ: въ *Персіи*, въ Керманшахѣ за вторую $^1/_2$ мая умерло отъ холеры свыше 100 чел., за первую $^1/_2$ іюня около 30, во второй $^1/_2$ іюня было только 4 случая заболѣваній. Въ маѣ холера появилась въ Сунгарѣ, Касри-Ширинѣ, Кумѣ, Сахнэ, Моаирскомъ округѣ, Ханекенѣ и Хамаданѣ. Въ Хамаданѣ за іюнь умерло свыше 300. 12-го іюня холера обнаружена въ Тегеранѣ, гдѣ къ концу іюня ежедневно умирало отъ холеры свыше 800 человѣкъ. Въ концѣ іюня холера появилась въ Казвинѣ. *Въ Азіятской Турціи.* Въ городѣ Бассорѣ до половины мая умерло отъ холеры 161. Въ гор. Багдадѣ съ 22-го мая до половины іюня было 16 случаевъ. Холера обнаружена въ Неджефѣ, Казименнѣ и Хиллэ. *Въ Индіи.* Въ гор. Калькуттѣ со второй половины марта до конца мая умерло 910 человѣкъ; въ Мадрасскомъ презид. въ апрѣлѣ умерло 495.

1473. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The Lancet», 16 іюля). Въ Transvaal'ѣ, по телеграммѣ *Milner*'а отъ 9 іюля, за недѣлю по это число заболѣли 2 человѣка (1 бѣлый), умершихъ-же не было; всѣхъ заболѣваній пока зарегистрировано 149 (28 бѣлыхъ). Въ Hong-Kong'ѣ за ту же недѣлю заболѣли чумою 24 человѣка и умерли 21.

1474. Въ сентябрѣ 1905 г. въ Люттихѣ (Бельгія) во время всемірной выставки состоится *международный Конгрессъ воспитанія и защиты дѣтей.* Лица, желающія принять участіе въ конгрессѣ, могутъ обращаться за справками къ секретарю бюро его, по адрессу: M-r *Pien*, rue Rubens, 44, Bruxelles (Belgique).

1475. Весьма грустное впечатлѣніе производитъ доставленный намъ съ послѣдною почтою, въ «Deutsche medicinische Wochenschrift», 7 іюля, *отчетъ японскаго врача Wada о нашихъ раненыхъ*, оставшихся въ японскомъ госпиталѣ послѣ «сраженія» при Чемульпо. Жаль видѣть и то, что редакція газеты сочла возможнымъ напечатать этотъ quasi—отчетъ безъ малѣйшей оговорки, кромѣ примѣчанія, что рукопись доставлена была ей, на англійскомъ языкѣ, изъ завѣдываемаго проф. *Kitasato* Института для изученія заразныхъ болѣзней въ Токіо. Дѣло въ томъ, что произведеніе г. *Wada* во многихъ мѣстахъ похоже болѣе на... пасквиль, чѣмъ на отчетъ,—пасквиль, направленный частью противъ русскихъ участниковъ неравнаго боя, частью противъ врачей французскаго крейсера «Pascal». Вотъ, напр., что пишетъ г. *Wada*, въ очевидномъ угарѣ злобнаго шовинизма: «Къ нашему величайшему изумленію, раненые, на вопросъ о томъ, какъ ухаживали за ними на французскомъ кораблѣ, отвѣчали, что обхожденіе было самое скверное (denkbar schlechteste). Они, будто-бы, были затиснуты въ тѣсное и сырое помѣщеніе и получали пищу совсѣмъ недостаточную. Санитарныя приспособленія были совершенно недостаточны; такъ, для госпитальныхъ цѣлей было отведено всего 5 коекъ. Раненые, которыхъ пріютилъ нашъ госпиталь, были присланы исключительно съ корабля Pascal. Нѣкоторые изъ нихъ были ранены тяжело; они были еще въ томъ платьѣ, которое имѣли на себѣ въ бою; раны гноились и распространяли противный запахъ. Я никогда еще не видалъ ранъ въ такомъ состояніи; онѣ живо напомнили мнѣ о доантисептическомъ времени. Почти ни одинъ паціентъ не былъ снабженъ шиной; исключеніе составляли только 2 случая, изъ которыхъ въ одномъ имѣлся оскольчатый переломъ большеберцовой кости, а въ другомъ проникающая рана бедра. Французскіе врачи удовольствовались въ главныхъ чертахъ тѣмъ, что прикрыли раны іодоформною марлею и перевязали. Я былъ въ высшей степени изумленъ, что такъ они поступали «при гноящихся и гангренесцирующихъ ранахъ».—Разумѣется, товарищи съ покойнаго «Варяга» не замедлятъ дать надлежащій отзывъ на это произведеніе; французскіе товарищи уже отозвались. Вотъ что пишетъ, напр., «Gazette des hôpitaux» (12 іюля) о литературномъ дѣяніи г-на *Wada* въ замѣткѣ подъ заглавіемъ «Японская клевета» (une calomnie japonaise). «Одинъ нѣмецкій медицинскій журналъ», пишетъ редакція, «журналъ изъ самыхъ извѣстныхъ, только-что напечаталъ, за подписью никому невѣдомаго японскаго врача, статью, въ которой безчестится санитарный корпусъ нашего флота. Широкое распространеніе, которое дано обвиненіямъ противъ нашихъ собратьевъ, можетъ имѣть лишь одинъ результатъ—выясненіе по достоинству научной добросовѣстности автора и журнала, который далъ ему пріютъ».

1476. Wiesbaden'скимъ Schöffengericht разбирался 30 іюня *врачебный процессъ-монстръ* съ 98-ю отдѣльными жалобами, которыя были заявлены Wiesbaden'скими врачами противъ мѣстнаго правительственнаго чиновника тайнаго совѣтника д-ра *August*'а *Pfeiffer*'а. Послѣдній давно уже находится съ большинствомъ Wiesbaden'скихъ врачей на военномъ положеніи, слишкомъ сурово примѣняя къ нимъ свое право наблюденія и дачи отзывовъ, но особенно острыя отношенія получились у него съ д-ромъ *Fischenich*'омъ. За *F.* вступилось мѣстное Общество врачей, членами котораго состоялъ онъ, какъ и *P.*, въ числѣ 120 Wiesbaden'скихъ врачей изъ 200. Тогда д-ръ *P.* вышелъ изъ Общества, а выйдя подалъ на послѣднее нѣчто въ родѣ доноса губернатору (Regierungspresident), заявивъ, между прочимъ, будто Общество давно уже потеряло всякій авторитетъ въ глазахъ всѣхъ приличныхъ врачей города. Доносъ этотъ попалъ случайно въ дѣло *P.* съ *F.*, а тогда его выраженіями обидѣлось все Общество. Попытки властей затушить это скандальное дѣло (напр. воздѣйствіемъ на членовъ—военныхъ врачей) не удались. Дѣло кончилось приговоромъ *Pfeiffer*'а къ штрафу въ 450 марокъ, съ замѣною каждыхъ 15 марокъ 1 днемъ тюрьмы въ случаѣ несостоятельности; ему-же придется уплатить и всѣ судебныя издержки («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 17 іюня).

1477. Въ городкѣ Einselden въ Швейцаріи удалось *спасти заживо погребенную* при слѣдующихъ условіяхъ: засыпая могилу землей, гробовщикъ услыхалъ исходящій изъ могилы крикъ; это побудило его быстро раскопать могилу и снять крышку съ гроба; онъ извлекъ покойницу еще съ признаками жизни. «Gazette médicale de Paris» (23 іюля), сообщая объ этомъ случаѣ, къ сожалѣнію, не говоритъ ничего, возвращена-ли къ жизни погребенная.

1478. «Gazette médicale de Paris» (23 іюля) сообщаетъ, будто въ *Харьковской губерніи эпидемія брюшного тифа* приняла такіе ужасающіе размѣры, что населеніе повержено въ панику.— Не сообщитъ-ли намъ кто-либо изъ Харьковскихъ земскихъ врачей, насколько правды въ этомъ заявленіи французской газеты?

1479. *Умерли*: 1) Въ Цебельдѣ Сухумскаго округа *Дмитрій Дмитріевичъ Краевичъ* («Новое Обозрѣніе», 27 іюня), родившійся въ 1842 г., а званіе врача получившій въ 1864 г.—2) 2-го іюля въ Тельшахъ, Ковенской губерніи, *Михаилъ Александровичъ Шлегель*, родившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1864 г. Съ 1897 г. состоялъ Тельшевскимъ городовымъ врачемъ; умеръ отъ восходящаго міелита и полинейрита; пользовался общимъ уваженіемъ всѣхъ знавшихъ его (сообщено д-ромъ *Ф. Фежеромъ*).— 3) Въ Ляоанѣ *С. Я. Канторовичъ*, родившійся въ 1861 г., а званіе врача получившій въ 1888 г. Покойный уже больнымъ отправился на театръ военныхъ дѣйствій. Онъ могъ бы воспользоваться предоставленнымъ ему закономъ правомъ по болѣзни освободиться отъ призыва на войну, но отказался отъ своего права, и отправился почти на вѣрную смерть. По словамъ «Приднѣпровскаго Края» (5 іюля), покойный, въ бытность его въ Полтавѣ, пользовался громадной популярностью и всеобщей любовью.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины. Май.

1. **Г. И. Ростовцевъ.** *Гигіэническое состояніе учебниковъ земскихъ начальныхъ школъ.* Обзоръ недостатковъ учебниковъ начальной школы въ гигіэническомъ отношеніи. 2. **Я. Пальчиковскій.** *Отчетъ о командировкѣ въ Кашгаръ отъ Высочайше учрежденной коммиссіи о мѣрахъ предупрежденія и борьбы съ чумною заразою въ 1902—1903 гг.* 3. **Е. Я. Гиндесъ.** *Матеріалы для изученія медико-санитарнаго состоянія дѣтскаго населенія г. Кіева. Мѣры улучшенія его въ связи съ современнымъ состояніемъ вопроса.* Статистическія данныя.

Вопросы нервно-психической медицины. Апрѣль—Іюнь. Т. IX.

1. **И. А. Сикорскій.** *Характеристика черной, желтой и бѣлой расъ въ связи съ вопросами Русско-Японской войны.* Публичная лекція въ пользу Краснаго Креста. 2. **П. В. Петровскій.** *Къ физіологіи щитовидной железы.* Экспериментальное изслѣдованіе. (Окончаніе). 3. **И. И. Ивановъ.** *Къ симптоматологіи и патологической анатоміи аміотрофическаго бокового склероза.* Литературно-критическій обзоръ вопроса.

Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней. Январь. Т. XVIII.

1. **К. Скробанскій.** *Опытъ иммунизаціи животныхъ яичниками животныхъ другого вида.* Сыворотка животныхъ иммунизированныхъ эмульсіей яичниковъ обладаетъ специфической токсичностью по отношенію къ яичникамъ этого вида. 2. **П. Т. Садовскій.** *Методы зашиванія пораженія мочеточника.* Описаніе способа и рисунки. 3. **И. И. Федоровъ.** *Corpora libera in tuba Fallopii.* Описаніе случая съ изслѣдованіемъ препарата микроскопически. 4. **А. Мурза.** *О практикуемомъ въ Екатеринбургскомъ родильномъ домѣ способѣ зашиванія брюшной раны послѣ чревосѣченія.* Описаніе и рисунки способа. 5. **А. Балашевъ.** *Стенозы влагалища въ акушерской практикѣ и пособія при нихъ.* Показаніе къ оперативному пособію. 6. **В. В. Потѣенко.** *Случай одновременной трубной и внутриматочной беременности.* Описаніе случая. 7. **М. Н. Порошинъ.** *Sympus apus.* Описаніе и рисунки урода.

Извѣстія В.-Медицинской Академіи. Апрѣль. Т. VIII. № 4.

1. **Ф. Я. Чистовичъ и К. Я. Акимовъ-Перетцъ.** *Амилоидная опухоль забрюшинныхъ железъ.* Случай съ патолого-анатомическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 2. **Г. Ф. Лангъ.** *Наблюденія надъ выдѣленіемъ воды кожею и легкими подъ вліяніемъ лихорадки.* Рядъ клиническихъ опытовъ. 3. **Я. В. Зеленковскій.** *Обзоръ литературы по офталмологіи за 1901 и 1903 гг.* Годовой обзоръ. (Не оконченъ). 4. **Д. М. Филипповъ.** *Обзоръ успѣховъ по ринологіи и фарингологіи за 1901 г.* Годовой обзоръ. (Не оконченъ).

Май. № 5.

1. **Е. Карташевскій.** *О вліяніи водорода на обмѣнъ веществъ и теплопроизводство у животныхъ.* Экспериментальное изслѣдованіе на собакахъ. 2. **Л. Ф. Ильинъ.** *Къ вопросу о силѣ дѣйствія травы горицвета и о характеристикѣ ея препаратовъ.* Опыты на лягушкахъ. 3. **Я. В. Зеленковскій.** *Обзоръ литературы по офталмологіи за 1901 и 1902 гг.* Годовой обзоръ за два года. 4. **Д. И. Филипповъ.** *Обзоръ успѣховъ по ринологіи и фарингологіи за 1901 г.* Обзоръ за одинъ годъ.

Англійскіе.

Lepra. Мартъ. Т. IV. Тетр. 3.

Eduard Ehlers. *La lèpre aux Antilles danoises.* О проказѣ на Антильскихъ островахъ. (Продолженіе).

The Journal of Pathology and Bacteriology. Мартъ. № 3.

1. **J. Walker Hall.** *A contribution to the knowledge of the purin bodies of human faeces in health and disease.* Къ вопросу о Пуриновыхъ основаніяхъ въ испражненіяхъ здоровыхъ и больныхъ людей. 2. **Milton Crendiropoulo** and Miss **B. Sheldon Amos** *On agglutination of vibrios.* Объ агглютинаціи вибріоновъ. 3. **James M. Beattie.** *Acute rheumatism caused by the «diplococcus rheumaticus».* Острый ревматизмъ, вызванный микробомъ «diplococcus rheumaticus». 4. **Marc Armand Ruffer** and **M. Crendiropoulo.** *On the toxic properties of bile and on antihaemolytic serum.* Токсическія свойства желчи и антигемолитической сыворотки. 5. **C. G. Seligmann.** *Cretinism in calves.* Кретинизмъ у рогатаго скота. 6. **J. V. Patersen.** *Some observations on the lymph elow through the eyeball in man and certain animals.* Наблюденія надъ лимфообращеніемъ въ глазномъ яблокѣ. 7. **W. Ramsay Smith.** *On the structure and mode of growth of epithelial cell-nest.* Строеніе и группировка эпителіальныхъ ростковъ. 8. **William G. Savage.** *Gelatin surface colonies of bacillus coli communis.* Строеніе колоній кишечной палочки на желатинѣ. 9. **W. J. S. Bythell.** *Empyema in children: a contribution to its bacteriology.* Эмпіема у дѣтей. Ея бактеріологія.

The Journal of Physiology. Май. Т. XXXI. № 2.

1. **R. H. Aders Plimmer.** *The formation of prussic acid by the oxidation of albumin.* Образованіе синильной кислоты при окисленіи бѣлка. 2. **W. B. Drummond.** *The histological changes produced by the injection of adrenalin chloride.* Микроскопическія измѣненія въ органахъ животныхъ, которымъ впрыскивался солянокислый адреналинъ. 3. **W. B. Drummond** and **D. Nöel Paton.** *Observations on the influence of adrenalin poisoning on the liver, with special reference to the glycogen.* Вліяніе отравленія адреналиномъ на печень и особенно на содержаніе въ ней гликогена. 4. **F. A. Bainbridge.** *On the adaptation of the pancreas.* Приспособляемость поджелудочной железы. 5. **C. R. Marshall.** *On the physiological action of the alkaloids of jaborandi leaves.* Физіологическое дѣйствіе алкалоидовъ, заключающихся въ листьяхъ яборанди. 6. **T. R. Elliott.** *On the innervation of the ilco-colic sphincter.* Иннервація Баугиновой заслонки.

The Quarterly Journal of microscopical science. Мартъ. Т. XLVII. № 188.

1. **Edwin S. Goodrich.** *On the dermal fin rays of fishes-Living and extinct.* Микроскопическое строеніе чешуи и кожныхъ зубовъ у рыбъ. 2. **E. Ray Lankester.** *The structure and classification of the arthropoda.* Строеніе и классификація членистоногихъ. 3. **Marcus Hartog.** *Some problems of reproduction.* Нѣкоторыя теоріи къ вопросу о разложеніи.

Нѣмецкіе.

Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiologische Abtheilung. Май. Тетр. 1—6.

1. **Robert Retzer.** *Ueber die musculöse Verbindung zwischen Vorhof und Ventrikel des Säugethierherzens.* Анатомо-микроскопическое изслѣдованіе сердца. Связь мускулатуры предсердій и желудочковъ. 2. **Emil Holmgren.** *Ueber die Trophospongien centraler Nervenzellen.* Тончайшее строеніе нервныхъ клѣтокъ. 3. **Clarence Martin Jackson.** *Zur Histologie und Histogenese des Knochenmarkes.* Микроскопическое строеніе костнаго мозга. 4. **A. Loewy.** *Ueber die Dissociationsspannung des Oxyhämoglobins im menschlichen Blute.* О состояніи оксигемоглобина въ человѣческой крови. 5. **Victor Schiller.** *Ueber die physiologischen Wirkungen des Delphinins. (Heyl).* Фармакологическое изслѣдованіе. 6. **Max Rothmann.** *Ueber die Leitungsbahnen des Berührungsreflexes unter Berücksichtigung der Hautreflexe des Menschen.* Проводящіе пути кожныхъ рефлексовъ у человѣка. 7. **Boris Birukoff.** *Zur Theorie der Galvanotaxis.* Критическій обзоръ. 8. **L. U. H. O. Werndly.** *Aequisonore Flächen ringsum eine ertönende Stimmgabel.* Математическія вычисленія по части звуковыхъ волнъ. 9. **Fr. Klein.** *Das Wesen des Reizes.* Критическій обзоръ вопроса о сущности раздражимости. 10. **E. Hekma.** *Ueber die Umwandlung des Trypsin-Zymogens in Trypsin.* Экспериментальное изслѣдованіе съ превращеніемъ зимогена-трипсина въ дѣйствующій трипсинъ. 11. **A. Roth.** *Zur Kenntniss der Bewegung der Spermien.* Механизмъ движенія сперматозоидовъ. 12. **A. Forster.** *Die Insertion des Musculus semimembranosus.* Сравнительно-анатомическое изслѣдованіе по вопросу о способѣ прикрѣпленія полуперепончатой мышцы. 13. **M. Holl.** *Ueber die äusseren Formverhältnisse der Insula Reili.* Конфигурація insulae Reilii. 14. **Онъ-же.** *Ueber die Insel des Delphingehirnes.* Анатомическое описаніе мозга дельфина. 15. **Wilhelm His.** *Studien an gehärteten Leichen über Form und Lagerung des menschlichen Magens.* Описаніе положенія и формы желудка въ уплотненныхъ трупахъ людей. 16. **Wilhelm His.** *Die Häute und Höhlen des Körpers.* Литературно-критическій обзоръ вопроса.

Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere. Май. Т. CII. Тетр. 8—12.

1. **W. Völtz.** *Untersuchungen über die Serumhüllen der Milchkügelchen.* Изслѣдованіе оболочекъ молочныхъ шариковъ. 2. **Alfred Fröhlich.** *Studien über die Statocysten.* Наблюденія надъ осьминогомъ. 3. **W. Biedermann.** *Studien zur vergleichenden Physiologie der peristaltischen Bewegungen. 1 Die peristaltischen Bewegungen der Würmer und der Tonus glatter Muskeln.* Авторъ приходитъ къ выводу, что тонусъ гладкихъ мышцъ распространяется въ нихъ не по волокнамъ мышечнымъ, а по нервамъ. 4. **E. Raelmann.** *Abnorme Empfindung des simultanen Contrastes und der unteren Reizwelle für Farben bei Störungen des Farbensinnes.* Критическая оцѣнка вопроса. 5. **Z. Gatin-Grużewska.** *Das reine Glykogen.* Способы химическаго полученія гликогена въ чистомъ видѣ. 6. **Hermann Loeschcke.** *Ueber die Berechtigung der Annahme dass das Glykogen in den Organen chemisch gebunden sei.* Экспериментальное изслѣдованіе о гликогенѣ въ органахъ.

Іюнь. Т. CIII. Тетр. 1 и 2.

1. **Eduard Pflüger.** *Ueber die im thierischen Körper sich vollziehende Bildung von Zucker aus Eiweiss und Fett.* Авторъ утверждаетъ, что полное удаленіе поджелудочной железы, сдѣланное животному искусно, не повлечетъ за собою діабета.

Тетр. 3 и 4.

1. **J. Bernstein** und **A. Tschermak.** *Ueber die Frage:*

Präexistenztheorie oder Alterationstheorie des Muskelstromes. Экспериментальное изслѣдованіе свойствъ мышечнаго тока. 2. **Alfr. Lehmann.** *Die Irradiation als Ursache geometrisch-optischer Täuschungen.* Анализъ акта зрѣнія и вліянія на него процесса иррадіаціи. 3. **Sigm. Exner.** *Eine Bemerkung zur Untersuchung von C. Hess über das Anklingen der Lichtempfindung.* Критическая замѣтка объ ощущеніи свѣта. 4. **J. L. Hoorweg.** *Ueber die elektrische Erregung des Muskels.* Критическая замѣтка объ электрической возбудимости мышцы. 5. **J. K. A. Wertheim Salomonson.** *Ueber Anfangs-und Endzuckung bei Reizung mittelst frequenter Wechselströme.* Зависимость мышечнаго сокращенія отъ момента раздраженія. 6. **O. Loth.** *Erwiederung an Dr. R. Mayr.* Полемическая замѣтка. 7. **Hans Koeppe.** *Zur Anwendung der physikalischen Chemie auf das Studium der Toxine und Antitoxine und das Lackfarbenwerden roter Blutscheiben.* Литературно-критическій очеркъ о лаковой крови. 8. **Alfred Fröhlich.** *Studien über die Statozysten wirbelloser Tiere.* Экспериментальное изслѣдованіе. 9. **Eduard Pflüger.** *Abgekürzte quantitative Analyse des Glykogens.* Краткое сообщеніе о способѣ количественнаго опредѣленія гликогена.

Тетр. 5 и 6.

1. **Paul Jensen.** *Ueber die Blutversorgung des Gehirns* Опыты на кроликахъ. Изучалось кровоснабженіе головного мозга. 2. **Paul Jensen.** *Ueber die Innervation der Hirngefässe.* Въ шейномъ отдѣлѣ симпатическаго нерва у кролика находятся вазоконстрикторы для соотвѣтствующей стороны мозга. 3. **M. Gonnermann.** *Ueber den hemmenden Einfluss fremder Moleküle bei der Wirkung der Hystozyme und Fermente auf Amide und Glykoside.* Экспериментальное изслѣдованіе. 4. **Jacques Loeb.** *Ueber Befruchtung, künstliche Parthenogenese und Cytolyse des Seeigeleies.* Вліяніе различныхъ условій на оплодотворяемость яицъ морскихъ ежей. 5. **Biberfeld.** *Zur Wirkungsweise des Strychnins auf das Atmungscentrum.* Опыты на кроликахъ; вліяніе стрихнина на дыхательный центръ. 6. **K. H. Baas.** *Zur Frage nach dem Sauerstoffbedürfnisse des Froschnerven.* Кислородъ необходимъ для дѣятельности вырѣзанныхъ изъ организма нервовъ лягушки. 7. **L. Gatin-Gruzewska.** *Das Molekulargewicht des Glykogens.* Молекулярный вѣсъ гликогена. Криоскопическое опредѣленіе его. 8. **Онъ-же.** *Die Wanderung des Glykogens unter dem Einflusse des elektrischen Stromes.* Краткая замѣтка.

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Май. № 9 и 10.

1. **Hugo Ribbert.** *Ueber das Myelom.* Критическая замѣтка о патологической анатоміи міеломы. 2. **L. Blum.** *Neuere Arbeiten über Blutgerinnung.* Обзоръ работъ, касающихся процесса свертыванія крови. 3. **Ed. Stadler.** *Bericht über die Verhandlungen des XXI Kongresses für innere Medizin in Leipzig vom 18 bis 21 April 1904.* Отчетъ со Съѣзда нѣмецкихъ врачей въ Лейпцигѣ.

Іюнь. № 11.

1. **Hermann Marx.** *Ueber das primäre Sarkom der Leber.* По поводу одного случая приводится связный рефератъ литературы вопроса.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe. Мартъ. Т. XV.

1. **A. Kollmann.** *Endourethral-Photographie.* Описаніе способа и рисунки фотографированія слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала. 2. **Joseph Englisch.** *Ueber eingesackte Harnsteine.* О камняхъ предстательной части мочевого канала. (Продолженіе).

Апрѣль.

1. **Wasserthal.** *Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der Cystinurie.* Описаніе случая. 2. **Robert Lucke.** *Zur Physiologie der Harnentleerung.* Критическая замѣтка выдѣленій мочи. 3. **Joseph Englisch.** *Ueber eingesackte Harnsteine.* Объ осумкованныхъ мочевыхъ камняхъ. (Окончаніе).

Май.

1. **Alfred Rothschild.** *Ueber die Frage der ätiologischen Beziehungen zwischen Gonorrhoe und Prostata-Hypertrophie.* Литературно-критическій обзоръ вопроса о связи между трипперомъ и гипертрофіей предстательной железы. 2. **Alex. Bakó.** *5 Fälle von perinealer Prostatektomie.* Описаніе 5 случаевъ.

Dermatologische Zeitschrift. Январь. Т. XI. Тетр. 1.

1. **Oscar Lassar.** *Ueber Impfversuche mit Syphilis am anthropoiden Affen.* Опытъ прививки сифилиса обезьянѣ (шимпанзе). 2. **H. E. Schmidt.** *Ueber Röntgenbehandlung der Hautkrankheiten.* 2 собственныхъ случая лѣчитъ лучами *Röntgen*'а кожное заболѣваніе. 3. **Felix Pinkus.** *Ueber eine besondere Form strichförmiger Hautausschläge.* Клиническое и микроскопическое изслѣдованіе. 4. **Wilhelm Wechselmann.** *Atrophodermia erythematosa maculosa (Lichen planus atrophicus).* Краткая замѣтка. 5. **H. Strebel.** *Fortschritte in der Lichttherapie.* Обзоръ работъ по свѣтолѣченію. 6. **Samuele Sereni.** *Mykosis fungoides.* Описаніе случая съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 7. **W. Retzdorff.** *Ueber Entzündungen der Haut, welche durch Primula sinensis hervorgerufen worden sind.* Случай воспаленія кожи, вызваннаго примулой.

Февраль—Мартъ. Т. XI. Тетр. 2 и 3.

1. **O. Lassar.** *Ueber Therapie des Ekzems.* Клиническая лекція. 2. **Hans Vörner.** *Ueber die vaginale, spezifische Behandlung schwangerer Frauen.* Лѣченіе сифилиса черезъ влагалище у беременныхъ женщинъ. 3. **F. Bierhoff.** *Beitrag zum Studium der Harnretention bei Tabes dorsalis.* 2 случая задержки мочи при спинной сухоткѣ. 4. **O. Lassar.** *Ernährungstherapie bei Hautkrankheiten.* Клиническая лекція объ усиленномъ кормленіи при лѣченіи кожныхъ болѣзней.

Апрѣль—Май. Т. XI. Тетр. 4 и 5.

1. **Josef Sellei.** *Beitrag zur Histologie der Epididymitis gonorrhoica.* Клиническая лекція о перелойномъ воспаленіи придатка яичка. 2. **Karl Kreibich.** *Zur Pathogenese kolliquativer Blasen.* Лекція о кожныхъ пузыряхъ. 3. **S. L. Bogrow** und **P. A. Scharkewitsch-Schroschinsky.** *Das Formalin und seine Wirkung auf den Favuspilz.* Экспериментальное изслѣдованіе относительно вліянія формалина на паршевый грибокъ. Отрицательные результаты. 4. **Arthur Alexander.** *Mehrere Fälle von Hautatrophie.* 3 случая кожныхъ атрофій. 5. **Julius Heller.** *Zur Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes.* Анатомическое и гистологическое изслѣдованіе объ атрофіи основанія языка. 6. **Artur Strauss.** *Eine neue Kataphorese-Elektrode mit auswechselbaren Tonkappen.* Описаніе и рисунки прибора для электризаціи. 7. **Th. Mayer.** *Zur Therapie der Tylosis palmaris bei Erwachsenen.* Краткая замѣтка.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Май. Т. XXV Тетр. 3.

1. **Viktor Urbantschitsch.** *Ueber die von den sensiblen Nerven des Kopfes ausgelösten Schrift-und Sprachstörungen sowie Lähmungen der oberen und unteren Extremitäten.* Рядъ случаевъ разстройствъ рѣчи, и паралича верхнихъ и нижнихъ конечностей. 2. **Dinkler.** *Zur Kasuistik der multiplen Herdsklerose des Gehirns und Rückenmarks.* Климатическое изслѣдованіе относительно очаговыхъ склерозовъ мозга и описаніе микроскопическихъ картинъ съ рисунками. 3. **Онъ-же.** *Ueber akute Myelitis transversa.* Симптоматологія и микроскопическія измѣненія при остромъ міелитѣ. 4. **Jarl Hagelstam.** *Ueber Tabes und Taboparalyse im Kindes-und Entwickelungsalter.* Критическій обзоръ вопроса. 5. **Steiner.** *Ueber den Kremasterreflex und die Superposition von Reflexen.* Критическая замѣтка. 6. **C. v. Rad.** *Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Tumoren des obersten Cervikalmarks und der Medulla oblongata.* 1 случай. 7. **Martin Brasch** *Ueber eine besondere Form der familiaren neurotischen Muskelatrophie (Dejerine-Sottas).* Описаніе 2-хъ случаевъ. 8. **Albert Knapp.** *Ein Fall von Tabes juvenilis, ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen crises gastriques und periodischer Gastroxynesis.* Описаніе случая. 9. **Ad. Schmidt.** *Cyste der Dura mater spinalis, einen extramedullären Tumor vortäuschend, mit Erfolg operiert.* Случай, изслѣдованный патолого-анатомически. 10. **Онъ же.** *Auffallende Störung des Lokalisationsvermögens in einem Falle von Brown-Séquard'scher Halblähmung.* Описаніе случая.

Tuberculosis. Апрѣль. Т. III.

1. **S. A. Knopp.** *The first tuberculosis exposition in the United States.* Первая выставка по бугорчаткѣ въ Соединенныхъ Штатахъ. 2. **Antonio Espina y Capo.** *Documents historiques relatifs à la prophylaxie de la tuberculose en Espagne.* Историческія данныя, касающіяся предупрежденія бугорчатки въ Испаніи. 3. **Dempel.** *Das Jaltasche Sanatorium zum Andenken an Kaiser Alexander III.* Описаніе и рисунки Ялтинской санаторіи.

Май.

1. **Carl Lorentzen.** *Waldemar Oldenburg.* Біографія. 2. **Holger Rördam.** *Niels Ryberg Finsen.* Біографія. 3. **H. Römer.** *Ueber Immunisierung gegen Tuberkulose.* Полемическая статья. 4. **B. Bang.** *Der Kampf gegen die Tuberkulose des Rindviehes in Dänemark.* Обзоръ успѣховъ борьбы съ бугорчаткой рогатаго скота въ Даніи. 5. **Holger Rördam.** *Der Kampf gegen die Tuberkulose in Dänemark.* О борьбѣ съ бугорчаткой въ Даніи.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Hygienische Rundschau. Май. № 9.

1. **W. Biltz.** *Ueber organische Kolloide aus städtischen Abwässern und deren Zustandsaffinität.* Анализъ сточныхъ водъ и присутствіе въ нихъ коллоидныхъ веществъ.

№ 10.

1. **G. Landmann.** *Ueber die Ursache der Darmstädter Bohnenvergiftung.* Разборъ причинъ массоваго отравленія бобами. 2. **O. Emmerling.** *Ein einfacher und zuverlässiger Anaërobenapparat.* Описаніе прибора и его рисунокъ для выращиванія анаэробныхъ микробовъ.

Іюнь. № 11.

1. **E. Gottstein.** *Bericht über die Tätigkeit des Untersuchungsamtes für ansteckende Krankheiten zu Halle a. S. vom 1 April 1903 bis 31 März 1904.* Статистическая замѣтка.

№ 12.

1. **Ernst Almquist.** *Zum Programm der Mässigkeitsbewegung.* Къ вопросу о борьбѣ съ алкоголизмомъ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CXXVII. Изъ 10-го полевого запаснаго госпиталя (Тьелинъ, Маньчжурія).

О раненіяхъ, наносимыхъ Японскими огнестрѣльными снарядами.

(Хирургическія замѣтки).

Я. Б. Зельдовича.

1.

При тѣхъ условіяхъ жизни и работы, въ которыхъ я нахожусь, составленіе работы, тщательно отдѣланной съ литературными данными, не представляется возможнымъ. Между тѣмъ матеріалъ самъ по себѣ настолько интересенъ и несомнѣнно будетъ имѣть такое большое окончательное рѣшающее значеніе въ той ломкѣ взглядовъ на хирургическое лѣченіе современныхъ огнестрѣльныхъ пораненій, которое началось еще съ Англо-бурской войны, что было-бы жаль его терять. Вотъ соображенія, на основаніи которыхъ я рѣшаюсь дѣлиться съ товарищами своими наблюденіями немедленно-же по мѣрѣ накопленія, подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ только-что видѣннаго, при чемъ буду ограничиваться только изложеніемъ фактовъ, группируя ихъ, когда это окажется возможнымъ. Для того, чтобы избѣгнуть при дальнѣйшемъ изложеніи повтореній, скажу здѣсь-же нѣсколько словъ объ общемъ характерѣ больныхъ, которыхъ мнѣ приходится наблюдать. Госпиталь, въ которомъ я работаю, находится настолько близко къ мѣсту военныхъ дѣйствій, что больные къ намъ попадаютъ (такъ, по крайней мѣрѣ, было съ 1-ой партіей) непосредственно съ поля сраженія послѣ 1-ой повязки, сдѣланной имъ на перевязочномъ пунктѣ, до прибытія въ который—считаю это нелишнимъ отмѣтить—многіе изъ нихъ пользуются перевязочными пакетиками. Слѣд., пораненія удается наблюдать въ разныхъ стадіяхъ; такъ, напр., партія раненныхъ, которая была къ намъ доставлена санитарнымъ поѣздомъ 4-го іюня въ 6 час. утра, принадлежала къ числу тѣхъ, которые были ранены въ битвѣ подъ Вафангоу 2-го іюня. Нѣкоторое замедленіе въ доставкѣ больныхъ съ поля битвы въ госпиталь надо объяснить тѣмъ обстоятельствомъ, что больнымъ до привезшаго ихъ поѣзда пришлось пройти большей частью пѣшкомъ до 20—30 верстъ и затѣмъ по желѣзной дорогѣ около 300 верстъ. Всѣхъ больныхъ было доставлено 150; всѣ они прибыли въ очень удовлетворительномъ общемъ состояніи, бодро себя чувствовали и считали почти всѣ себя легко раненными, хотя, какъ видно будетъ ниже, у многихъ имѣлись сквозныя раненія наиважнѣйшихъ въ анатомическомъ отношеніи областей. И, не смотря на послѣднее обстоятельство, къ хирургическому вмѣшательству пришлось прибѣгнуть только у 5, при чемъ оно ограничилось тѣмъ, что у 4 мною были извлечены подъ кокаиномъ пули, у 3 ружейныя и у 1 шрапнельная; пули были расположены поверхностно у 3 подъ кожей, на конечностяхъ, у 2 на спинѣ. Кромѣ того, 1 больному былъ удаленъ совершенно раздробленный палецъ на рукѣ. Такимъ образомъ на первой-же серіи раненныхъ мнѣ пришлось убѣдиться въ полномъ торжествѣ, кажущихся при чтеніи сильно преувеличенными, рѣзко консервативныхъ взглядовъ *Küttner*'а [1]) на лѣченіе огнестрѣльныхъ пораненій, взглядовъ, составленныхъ имъ на основаніи личныхъ наблюденій во время Англо-бурской войны. Прежде чѣмъ приступить къ изложенію своихъ наблюденій, не могу не сказать нѣсколько словъ о духовномъ обликѣ раненыхъ солдатъ. Безконечное добродушіе, отсутствіе озлобленности къ врагу, соединенное съ уваженіемъ къ его храбрости, простота и никакихъ намековъ на рисовку. Разсказъ раненнаго сопровождается непокидающимъ солдатъ часто очень мѣткимъ юморомъ. Почти всѣ, съ кѣмъ изъ нихъ приходилось объ этомъ говорить, высказывали желаніе какъ можно скорѣе вернуться въ строй, и когда часто больныхъ пришлось эвакуировать въ Харбинъ, то многіе просили не отсылать ихъ, потому что отсюда ближе вернуться въ часть.

2.

При описаніяхъ отдѣльныхъ случаевъ, чтобы не повторяться, считаю нужнымъ указать, что тамъ, гдѣ мною не будетъ дѣлаться особыхъ указаній на размѣры раны, надо считать, что она равняется размѣрамъ Японской пули, что даетъ на кожѣ рану, равную по величинѣ горошинѣ; при отступленіяхъ отъ этой нормы буду указывать размѣры. По виду отличить какое отверстіе входное, какое выходное не представляется большей частью возможнымъ даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пуля прошла чрезъ кость: оба отверстія одинаковой величины. Кромѣ того, не всегда больные могутъ указать, особенно при множественныхъ пораженіяхъ нѣсколькими пулями, гдѣ какая пуля вошла.

а) *Сквозныя раны грудной полости.*

1. И. К., рядовой 3-го Восточно-Сибирскаго полка. Когда получилъ рану, непріятель былъ на разстояніи 500 шаговъ (цифра, какъ и во всѣхъ послѣдующихъ случаяхъ, приблизительная). По полученіи раны остался на ногахъ, падать, по словамъ больного, некогда было, надо было скорѣе уходить; и прошелъ самъ до ближайшей станціи болѣе 20 верстъ (? *Ред.*), при чемъ чувствовалъ себя удовлетворительно, было только нѣкоторое затрудненіе дыханія. Крови черезъ ротъ не показывалось, кровотеченія изъ раны тоже не было. При осмотрѣ больного, 1 рана (мѣсто входа пули по словамъ больного), отступя пальца на 2 къ срединной линіи отъ правой передней подмышковой линіи подъ нижнимъ краемъ 7-го ребра, выходное отверстіе по правой лопаточной линіи въ 9-мъ, межреберномъ промежуткѣ, при чемъ послѣднее отверстіе немного больше; ребра, между которыми находятся раны, цѣлы и при ощупываніи безболѣзненны. Кругомъ выходного отверстія подкожная эмфизема. При изслѣдованіи праваго легкаго оно представляется въ нижней части притупленнымъ, а дыхательные шумы плохо прослушиваются. При дальнѣйшемъ теченіи больной 3 дня лихорадилъ—вечернія повышенія до 38°,8, но затѣмъ температура спала до нормы. Подкожная эмфизема исчезла и въ настоящее время, по прошествіи 11 дней, больной чувствуетъ себя отлично, въ нижней доли праваго легкаго замѣтно еще ослабленное дыханіе. Раны почти зажили.

2. В. І., артиллеристъ. Сводя лошадей съ позиціи, получилъ рану сзади на разстояніи около 800 шаговъ отъ стрѣлявшихъ, остался на ногахъ, отвелъ лошадей и отправился пѣшкомъ, что ему было легче, чѣмъ ѣхать на перевязочный пунктъ, отстоявшій въ нѣсколькихъ верстахъ. Крови изо рта не было, испытывалъ въ теченіи 1-го дня затрудненіе дыханія, которое потомъ исчезло. При осмотрѣ входное отверстіе—на спинѣ, отступя пальца на $1^1/_2$ медіально отъ лѣвой лопаточной линіи; выходное—спереди на палецъ сбоку отъ лѣвой сосковой линіи. Такимъ образомъ направленіе пулевого хода сзади снизу снутри кпереди кнаружи и кверху, благодаря чему пуля, къ счастью для больного, миновала область расположенія сердца. Прилежащіе къ ранамъ ребра неизмѣнены. При изслѣдованіи лѣваго легкаго небольшое притупленіе въ нижней части, общее состояніе хорошее. Въ дальнѣйшемъ теченіи первые 3 дня незначительныя вечернія повышенія температуры до 37°,5, а затѣмъ нормальная и теперь черезъ 12 дней больной чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. Притупленіе въ области нижней доли легкаго исчезло.

3. С. К., ефрейторъ 36-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка, раненъ на разстояніи около 800 шаговъ. Входное отверстіе по подмышковой линіи на уровнѣ 6-го ребра, выходное по лопаточной въ 10-мъ межреберномъ промежуткѣ. Остался на ногахъ и испытывалъ только въ теченіи 1-го дня затрудненіе при дыханіи. Для достиженія ближайшей станціи сѣлъ сначала на линейку, но почувствовалъ себя хуже, а потому предпочелъ пройти около 30 верстъ (? *Ред.*) пѣшкомъ. Со стороны легкихъ никакихъ ненормальныхъ явленій. Теченіе безлихорадочное и больной чувствуетъ себя въ настоящее время, черезъ 2 недѣли послѣ раненія, вполнѣ здоровымъ. Раны зажили.

4. С. Г., канонирь 35-й артиллерійской бригады. Послѣ раненія сначала остался на ногахъ и только послѣ первичной перевязки, сдѣланной фельдшеромъ, упалъ въ обморокъ, но скоро оправился и, ведомый подъ руку, прошелъ цѣлую станцію, при чемъ жаловался только на затрудненное дыханіе. При осмотрѣ входное отверстіе у мѣста прикрѣпленія къ грудинѣ 3-го ребра, выходное, одинаковое по размѣрамъ съ входнымъ, на уровнѣ 9-го ребра по задней подмышковой линіи. Слѣд., направленіе пулевого канала—спереди, сверху, снутри-кзади, книзу, кнаружи. Въ окружности выходного отверстія подкожная эмфизема. Въ мокротѣ примѣсь крови. Въ дальнѣйшемъ теченіи примѣсь крови въ мокротѣ держалась 3 дня, вмѣстѣ съ тѣмъ по вечерамъ повышеніе температуры до 37°,9. Но затѣмъ всѣ болѣзненныя явленія исчезли, и больной чувствуетъ себя черезъ 2 недѣли очень хорошо.

Лѣченіе во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ сводилось къ асептичной повязкѣ на раны, покою и пріемамъ кодеина

---

[1]) *H. Küttner.* Kriegschirurgische Erfahrungen aus dem Südafricanischen Kriege 1899—1900. Эту книжку, русскаго перевода которой, къ сожалѣнію, не существуетъ, горячо совѣтую интересующимся товарищамъ. Изъ имѣющихся на русскомъ языкѣ новѣйшихъ книгъ можно указать: *L. Lühe.* Лекціи по полевой хирургіи. *А. С. Тауберъ.* Огнестрѣльныя поврежденія при современномъ вооруженіи армія. «Русская Хирургія», отдѣлъ VII.

внутрь. И такъ, принимая во вниманіе ходъ пулевого канала, можно думать, что въ нѣкоторыхъ изъ описанныхъ случаевъ было сквозное пораненіе легкихъ. Случаи эти только подтверждаютъ наблюденія послѣдняго времени, что сквозныя раны грудной полости надо отнести къ числу наиболѣе благопріятныхъ. Обращаетъ на себя вниманіе, что ни въ одномъ изъ приведенныхъ случаевъ нельзя было установить никакихъ ни субъективныхъ, въ видѣ болѣзненности, ни объективныхъ явленій со стороны прилежащихъ къ ранамъ реберъ.

Это явленіе можно отчасти объяснить тѣмъ, что Японскія пули, благодаря своему малому калибру, легко могутъ проходить въ межреберныхъ промежуткахъ, отчасти-же тѣмъ, что благодаря быстротѣ полета и большой ударной силѣ, онѣ обладаютъ способностью пронизывать кость, дѣлая въ ней только соотвѣтствующій калибру пули каналъ и не нарушая ея цѣлости. Въ послѣднемъ мнѣ удалось убѣдиться на многихъ изъ моихъ случаевъ, а именно Японская пуля, не раздробляя, пронизываетъ насквозь такія кости какъ плюсневыя, какъ внутренній мыщелокъ плечевой кости.

б) *Сквозныя раны въ области таза.*

1. А. К., 36-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка, раненъ на близкомъ разстояніи около 200 шаговъ. По полученіи раны прошелъ 2 версты пѣшкомъ, перевязанъ въ поѣздѣ. При осмотрѣ, по прибытіи въ госпиталь—одна рана (входное отверстіе) на животѣ недалеко отъ передней верхней ости правой подвздошной кости, другая рана на правой ягодицѣ 2 пальца надъ и на палецъ отъ большого вертела праваго бедра. Жалобы на небольшую болѣзненность въ правой подвздошной области. Испражненія нормальны. Дальнѣйшее теченіе безлихорадочное, совершенно нормальное. Лѣченіе состояло въ покоѣ, діэтѣ и пріемахъ опія внутрь. Въ настоящее время больной чувствуетъ себя здоровымъ и просится на выписку, хотя послѣ раненія прошло только 2 недѣли.

Въ приведенномъ случаѣ мы видимъ вполнѣ благопріятное теченіе при выжидательномъ лѣченіи, хотя пуля по ходу своему должна была обязательно пройти черезъ брюшную полость, задѣвъ слѣпую кишку и пронизать при выходѣ подвздошную кость.

2. И. М., 36-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка, раненъ на разстояніи 2000 шаговъ и по полученіи раны прошелъ 4 версты. При осмотрѣ одна рана подъ лѣвымъ лоннымъ бугоркомъ (входное отверстіе), другая на правой ягодицѣ кнутри отъ верхушки ея, т. е. ходъ пулевого канала слѣва—сверху, спереди—вправо, кзади—книзу. На мошонкѣ обширный кровоподтекъ. При описанномъ ходѣ пуля, если посмотрѣть сагиттальный разрѣзъ таза, вѣроятно, прошла вверху справа налѣво, минуя пузырь, впереди его, черезъ заложенное впереди него венное сплетеніе (въ пользу чего говоритъ обширный кровоподтекъ на мошонкѣ), но затѣмъ, идя справа въ виду незначительности отклоненія выходного отверстія, она наврядъ-ли могла миновать переднюю стѣнку прямой кишки. Не смотря на это, у больного съ самаго момента раненія никакихъ ненормальныхъ явленій при испражненіяхъ и отсутствіе въ нихъ крови. Мочеиспусканіе нормальное. Кромѣ описанной раны у того-же больного имѣлись еще 2 сквозныя пулевыя раны черезъ мягкія ткани,—одна на лѣвомъ бедрѣ и другая на лѣвой голени. Не смотря на множественность ранъ, теченіе безлихорадочное и ко времени эвакуаціи изъ госпиталя, черезъ 10 дней по поступленіи, больной чувствовалъ себя очень хорошо и, не смотря на совѣты лежать и не расхаживать, свободно самъ ходилъ безъ костылей.

3) Д. Ш., 33-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка. Получилъ рану снизу, когда спускался съ горы. На внутренней поверхности лѣваго бедра въ верхней $^1/_3$ ссадина, довольно обширная; такія-же ссадины на обращенныхъ другъ къ другу поверхностяхъ ягодицъ въ заднепроходной области; входное отверстіе пули въ средней части промежности, выходное на передней поверхности мошонки, почти по срединѣ ея въ верхней части, и то и другое очень незначительной величины, съ чечевицу. Ходъ пули въ этомъ случаѣ надо представить себѣ такимъ образомъ, что она задѣла лѣвое бедро, скользнула между ягодицами, вошла въ области промежности снизу и прошла кверху черезъ всю мошонку, пролавировавъ между яичками и сѣмянными канатиками и параллельно мочеиспускательному каналу, не задѣвъ его, по видимому, такъ какъ не было разстройствъ мочеиспусканія; при выходѣ счастливо не задѣла полового члена. Со стороны яичекъ при изслѣдованіи никакихъ объективныхъ явленій. Жаловался первые дни на болѣзненность въ лѣвомъ яичкѣ и въ пахахъ. При выжидательномъ лѣченіи и покоѣ больной уже вполнѣ оправился (прошло 2 недѣли).

в) *Раны полости рта.*

1) А. А., фейерверкеръ 1-й Восточно-Сибирской стрѣлковой бригады. Рана получена отъ осколка гранаты, разорвавшейся въ 2-хъ приблизительно саженяхъ отъ больного. При осмотрѣ на лицѣ подъ и кнаружи отъ лѣваго угла рта рваная воронкообразная рана, вершиной обращенная въ полость рта, основаніе величиной съ 3-копѣечную монету; рана покрыта омертвѣвающимъ налетомъ. Вся лѣвая щека, лѣвая $^1/_2$ нижней челюсти и лѣвая $^1/_2$ подбородочной области представляются сильно припухшими и болѣзненными. При осмотрѣ со стороны полости рта слизистая оболочка на лѣвой щекѣ соотвѣтственно наружной ранѣ представляется размозженной и покрытой грязноватымъ налетомъ на протяженіи около 5 стм. Лѣвые нижніе 1-й и 2-й малые коренные и 1-й большой коренной зубы совершенно разрушены, соотвѣтствующій альвеолярный край нижней челюсти также разрушенъ, лѣвый край языка и нижняя поверхность языка съ лѣвой стороны, а также лѣвая $^1/_2$ дна полости рта представляютъ обширныя размозженія, покрытыя омертвѣвающимъ налетомъ. На губахъ никакихъ поврежденій. Какъ выпалъ ранившій больного осколокъ онъ опредѣленно сказать не можетъ. По его словамъ, осколокъ, былъ большой и выпалъ, вѣроятно, изъ произведенной имъ раны, не войдя въ полость ея. Я ограничился тщательнымъ орошеніемъ полости рта, удаленіемъ осколковъ зубовъ и подвижныхъ осколковъ челюсти. Раны, какъ наружная, такъ и въ полости рта, благодаря тщательнымъ, нѣсколько разъ въ день, производившимся промываніямъ послѣдней и влажнымъ повязкамъ на первую, хорошо очистились, и въ настоящее время, по прошествіи 2 недѣль, представляются уже чистыми и хорошо гранулирующими. Держится еще плотный инфильтратъ въ области нижней челюсти, соотвѣтственно мѣсту поврежденія ея. Инфильтратъ дна полости рта значительно разсосался. Больной въ теченіи первыхъ 3-хъ дней давалъ вечернія повышенія до 37°,9; дальнѣйшее теченіе почти безлихорадочное—2 раза только по вечерамъ 37°,4. Окончательно высказаться о настоящемъ случаѣ еще нельзя, но теченіе даетъ надежду на полное выздоровленіе. Единственное, чего можно бояться—частичная секвестрація части челюсти на мѣстѣ ея ушиба.

2) П. Б. Получилъ рану на разстояніи 400 шаговъ. У передняго края лѣвой грудино-ключично-сосковой мышцы на поперечный палецъ ниже сосцевиднаго отростка рана величиной немного меньше серебряннаго пятачка; изъ раны небольшое выдѣленіе гноя; кругомъ ея обширная припухлость. Ротъ почти нераскрывается; при раздвиганіи зубовъ и отведеніи кнаружи лѣвой щеки удается разсмотрѣть небольшую ушибленно-рваную рану на слизистой оболочкѣ полости рта и мягкаго нёба, позади задняго верхняго большого коренного зуба; восходящая вѣтвь нижней челюсти, по видимому, не повреждена. При дальнѣйшемъ осмотрѣ полости рта найдено, что 2-ой верхній малый коренной зубъ справа выбитъ и луночка его частью разрушена, на слизистой оболочкѣ верхней губы съ правой стороны, соотвѣтственно разрушенному зубу едва замѣтная ранка и такая-же ранка, величиной въ чечевицу, на кожной поверхности верхней губы у праваго угла ея. Такимъ образомъ пуля, войдя позади задняго края восходящей вѣтви нижней челюсти слѣва, прошла по внутренней ея поверхности, вѣроятно, задѣвъ ее, и затѣмъ, черезъ всю полость рта наискось, не поранивъ языка и разрушивъ зубъ, вышла наружу. При этомъ интересенъ, кромѣ курьезности самого хода пули, тотъ фактъ, что пуля, не смотря на то, что совершенно разрушила зубъ, при дальнѣйшемъ своемъ полетѣ произвела въ мягкихъ тканяхъ опять очень узкій каналъ съ едва замѣтными входнымъ и выходнымъ отверстіями. При промываніи полости рта замѣчалось протеканіе жидкости наружу черезъ рану позади нижней челюсти. Въ дальнѣйшемъ теченіи гноетеченіе изъ раны съ лѣвой стороны почти прекратилось, опухоль кругомъ исчезла и въ послѣдніе дни сообщеніе ея съ полостью рта уже прекратилось. Раны съ правой стороны на губѣ совершенно зажили. Лѣченіе состояло въ тщательномъ содержаніи въ чистотѣ полости рта и влажныхъ повязкахъ на наружную рану. Спустя 2 недѣли у больного существуетъ еще затрудненіе при открываніи рта. Температура въ день поступленія 38°,5, но затѣмъ спала и въ теченіи послѣдующихъ дней не подымалась выше 37°,4.

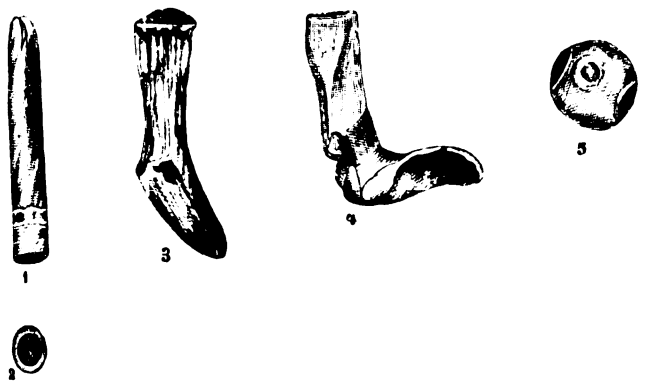
Описанные послѣдніе случаи еще недостаточно прослѣжены, чтобы можно было дѣлать выводы, но теченіе ихъ все-таки заставляетъ надѣяться на благопріятные результаты при сквозныхъ довольно обширныхъ пораненіяхъ полости рта. У 2-го больного кромѣ раны полости рта, еще одна сквозная рана—входное отверстіе у наружнаго края надколѣнной чашки въ верхней ея части, выходное въ подколѣнной впадинѣ въ средней части. Колѣнный суставъ сильно раздутъ и при ощупываніи даетъ зыбленіе. Такимъ образомъ, судя по ходу пулевого канала, имѣлось сквозное раненіе колѣннаго сустава. Подъ давящей крахмальной повязкой болѣзненныя явленія въ колѣнномъ суставѣ быстро исчезали.

Не останавливаясь здѣсь подробно на бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ раненіяхъ суставовъ, такъ какъ теченіе ихъ еще не закончено, могу однако уже сказать, что сквозныя раны суставовъ благопріятно протекаютъ при выжидательномъ лѣченіи. Лучшія предсказанія даютъ, по видимому, пораненія колѣннаго и плечевого суставовъ, значительно хуже съ болѣе рѣзкими припадками протекаютъ раны локтевого и луче-запястнаго суставовъ, особенно послѣдняго. Пораненій другихъ суставовъ среди на-

шихъ больныхъ не было. До слѣдующаго также раза оставляю собираемыя мною наблюденія огнестрѣльныхъ пораненій Японской ружейной пулей крупныхъ сосудовъ. Въ вопросѣ о лѣченіи этого вида ранъ указанія авторовъ крайне не полны. Такой даже рѣшительный во всѣхъ другихъ вопросахъ въ своемъ консерватизмѣ хирургъ, какъ *Küttner*, по вопросу о раненіяхъ сосудовъ высказывается не вполнѣ опредѣленно. Въ руководствѣ *Bergmann*'а, *Bruns*'а, *Mikulicz*'а этому вопросу удѣлено очень мало вниманія и большинство склоняется въ пользу немедленнаго вмѣшательства. У *Lühe* вопросъ о сквозныхъ пораненіяхъ сосудовъ недостаточно выдѣленъ, совершенно опущенъ этотъ вопросъ у *Таубера*. Неполнота литературныхъ указаній и отсутствіе у высказавшихся авторовъ наблюденій надъ такой малоколиберной пулей, какъ Японская, дали мнѣ смѣлость надѣяться на успѣхъ при выжидательномъ лѣченіи и съ этимъ видомъ пораненій. Изъ имѣвшихся у меня случаевъ въ одномъ было несомнѣнное могущее быть доказаннымъ объективными признаками сквозное пораненіе плечевой артеріи у мѣста перехода въ нее подмышковой артеріи и выжидательное лѣченіе дало пока прекрасные результаты. Больной еще находится подъ моимъ наблюденіемъ и по истеченіи болѣе продолжительнаго наблюдательнаго періода я къ нему вернусь. Здѣсь рѣшаюсь только указать, что съ первичной перевязкой простреленнаго сосуда безъ опредѣленныхъ строгихъ показаній не слѣдуетъ торопиться и имѣть въ виду, что въ такихъ случаяхъ прійдется вѣдаться съ легко поддающимся зараженію обширнымъ подкожнымъ кровоизліяніемъ.

3.

Чтобы дать товарищамъ болѣе наглядное понятіе о Японскихъ пуляхъ, прилагаю рисунки въ естественную величину съ извлеченныхъ мною пуль. Больные, которымъ принадлежатъ эти пули, представляютъ въ хирургическомъ отношеніи мало интереса и рисунки 3-ій и 4-ый приводятся мною для того, чтобы показать измѣненія формы пуль. Въ обоихъ случаяхъ пули вошли на передней поверхности бедра и застряли непосредственно подъ кожей на наружной поверхности того-же бедра. Нарушенія цѣлости кости нѣтъ, при извлеченіи не было найдено осколковъ, и раны не представляли явленій обширнаго размозженія, не смотря на то, что, какъ видно и изъ рисунка, обезображеніе пуль было очень рѣзкое, и оболочка представляла значительныя трещины. Заживленіе послѣ извлеченія совершенно гладкое. Рис. 5-ый представляетъ собой шрапнельную пулю, засѣвшую на спинѣ у раненнаго непосредственно подъ кожей; пуля эта произвела предварительно довольно значительное, хотя и поверхностное, размозженіе. Теченіе нормальное. Рис. 1-й и 2-й представляютъ собой не измѣненную въ своей формѣ Японскую пулю въ естественную величину и даютъ понятіе о ея калибрѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ о величинѣ входного и выходного отверстій. О больномъ, которому принадлежала эта пуля, я уже выше упомянулъ. Онъ представляетъ нѣкоторыя интересныя особенности. Входное отверстіе подъ нижнимъ краемъ лѣвой глазничной впадины. Вся лѣвая щека сильно опухла и болѣзненна, болѣзненность рѣзче всего выражена въ области носогубной складки, гдѣ въ глубинѣ у альвеолярнаго отростка при ощупываніи получается ощущеніе наличности пули. Въ виду значительной болѣзненности и отечности я рѣшилъ извлечь пулю подъ кокаиномъ; разрѣзъ проведенъ по носогубной складкѣ и, по разсѣченіи мягкихъ тканей, къ не малому моему изумленію (послѣ раненія прошло только 36 часовъ), изъ раны вытекло довольно значительное количество гноя. Въ ранѣ прощупывалась упершаяся въ альвеолярный отростокъ пуля, которую легко удалось извлечь; на верхушкѣ ея оказалось нѣсколько царапинъ. Дальнѣйшее теченіе гладкое, рана быстро очистилась и черезъ 10 дней зажила. Присутствіе гноя въ настоящемъ случаѣ я приписываю не занесенію заразныхъ началъ пулей извнѣ, а переселенію микроорганизмовъ изъ полости рта. Я остановился на этомъ случаѣ, потому что онъ, по моему мнѣнію, имѣетъ принципіальное значеніе; а именно, если при оставшихся гдѣ нибудь въ глубинѣ и не прощупываемыхъ пуляхъ нѣтъ надобности безъ особыхъ показаній прибѣгать къ необходимымъ обширнымъ въ такихъ случаяхъ разрѣзамъ для извлеченія пули, такъ какъ она можетъ совершенно безнаказанно оставаться въ тѣлѣ, то по отношенію къ пулямъ, прошедшимъ черезъ полость рта или находящимся въ близости отъ него, надо быть болѣе дѣятельнымъ и во всякомъ случаѣ имѣть въ виду, что въ такихъ случаяхъ можно ожидать нагноенія въ окружности пули. На 150 случаевъ это былъ единственный случай, гдѣ пулевой каналъ гноился, что̀, понятно, объясняется сообщеніемъ съ полостью рта. Упомяну еще, что между наблюдавшимися мною случаями былъ одинъ, въ которомъ пуля, войдя надъ козелкомъ лѣваго уха, осталась въ черепной полости, не вызывая въ теченіи 2-хъ недѣль, до эвакуаціи больного, никакихъ явленій. Вообще, имѣющіяся у меня наблюденія надъ раненіями, наносимыми Японскими пулями, даютъ уже нѣкоторое право заключить, что пули эти оказываются одними изъ наименѣе разрушительныхъ огнестрѣльныхъ снарядовъ. И если война есть еще неизбѣжное иногда зло, то остается только пожелать скорѣйшаго перевооруженія европейскихъ армій болѣе малокалиберными и не разрывающимися пулями.



1—Японская ружейная пуля въ естественную величину; 2—размѣры ея основанія; 3 и 4—дифформированныя ружейныя пули; 5—шрапнельная пуля.

4.

Начиная печатаніе своихъ наблюденій, основанныхъ на дѣятельности моей въ военномъ госпиталѣ, считаю умѣстнымъ коснуться постановки в.-медицинскаго дѣла въ военное время, а также взаимоотношеній между военнымъ вѣдомствомъ и Краснымъ Крестомъ. Въ виду важности и обширности вопроса, и рѣчи не можетъ быть о возможности полнаго освѣщенія ихъ въ краткой статьѣ. Оставляю это на другой разъ. Но хочу здѣсь хоть вкратцѣ коснуться нѣкоторыхъ частностей и, будучи случайнымъ военнымъ врачемъ, призваннымъ изъ запаса, думаю, что это мнѣ удастся сдѣлать sine ira et studio.

Не говорю уже о большой публикѣ, но увѣренъ, что и среди врачей (сужу по своимъ собственнымъ свѣдѣніямъ до поступленія на службу) существуютъ крайне смутныя свѣдѣнія о постановкѣ и дѣятельности в.-медицинскаго вѣдомства въ военное время; этому виною то обстоятельство, что работа этого вѣдомства мало освѣщается въ печати и если судить по послѣдней, то невольно получается впечатлѣніе, будто все медицинское дѣло на войнѣ выносится почти однимъ Краснымъ Крестомъ; это несправедливо. Дѣло въ томъ, что послѣдній вполнѣ основательно придаетъ всѣмъ своимъ дѣйствіямъ широкую огласку. Общество Краснаго Креста дѣлаетъ хорошее, большое дѣло, которому отъ всей души можно пожелать дальнѣйшихъ успѣховъ, но справедливость требуетъ указать, какъ объ этомъ извѣщалъ и Исполнительный Комитетъ Краснаго Креста, онъ является вспомогательнымъ учрежденіемъ. Главнымъ-же образомъ санитарно-медицинская часть падаетъ все таки на в.-медицинское вѣдомство, которое совершенно стушевывается вслѣдствіе скудости проникающихъ о немъ въ печати свѣдѣній. Позволю себѣ одинъ примѣръ: если въ газетахъ появляется обширное телеграфное сообщеніе о дѣятельности какого-нибудь летучаго отряда Краснаго Креста при какомъ-нибудь столкновеніи съ непріятелемъ, то это далеко еще не обозначаетъ, что при этомъ не было военныхъ врачей. Ихъ

здѣсь несомнѣнно было больше въ лицѣ врачей разныхъ частей и они также несомнѣнно исполнили свой долгъ, но это остается неотмѣченнымъ.

Насколько у врачей вообще отсутствуетъ ясное представленіе о самой организаціи в.-медицинскаго дѣла въ военное время, можно судить по слѣдующему факту. Когда, при началѣ войны, мною полученъ былъ призывной листъ съ назначеніемъ старшимъ ординаторомъ полевого запасного госпиталя, то я рѣшительно ни у кого даже изъ военныхъ товарищей не могъ узнать, что это за учрежденіе полевой запасный госпиталь, каковъ его характеръ и каковы отправленія. Не стану останавливаться на болѣе мелкихъ учрежденіяхъ в.-медицинскаго вѣдомства, какъ напр. полковые лазареты, разворачивающіеся во время сраженій въ перевязочные пункты и скажу только о болѣе крупныхъ, къ каковымъ относятся дивизіонные лазареты, подвижные полевые и запасные полевые госпиталя. Существенная разница между этими 3-мя учрежденіями—это то, что первыя представляются легко переносимыми, такъ какъ первые слѣдуютъ обязательно, а вторые обыкновенно за войсковыми частями и, по мѣрѣ надобности, разворачиваются, послѣдніе-же являются болѣе стаціонарными и, устроившись въ какомъ-нибудь пунктѣ, трогаются изъ него только въ случаяхъ крайней необходимости. Соотвѣтственно съ этимъ, первыя 2 учрежденія снабжены обозомъ и палатками, которыхъ нѣтъ у послѣднихъ, въ остальномъ-же оборудованіе и снабженіе почти одинаково. Разница между дивизіоннымъ лазаретомъ и подвижнымъ госпиталемъ еще количественная; первые принаравливаются—на 105 кроватей, вторые-же, какъ и запасные госпиталя на 210. Подвижные госпиталя и особенно дивизіонные лазареты по возможности быстрѣе эвакуируютъ своихъ больныхъ, въ запасныхъ-же больные остаются дольше.

Запасные госпиталя, въ виду отсутствія у нихъ обоза, располагаются по линіи желѣзной дороги, пользуясь тѣми мѣстностями, гдѣ имѣются подходящія помѣщенія. Не знаю, каковы помѣщенія другихъ запасныхъ госпиталей, но я видѣлъ запасный госпиталь, расположенный въ Ляоянѣ, имѣю свѣдѣнія о нѣкоторыхъ Харбинскихъ и они схожи съ помѣщеніемъ того госпиталя, гдѣ я работаю. Помѣщеніе это вполнѣ удовлетворяетъ тѣмъ требованіямъ, каковыя можно предъявить къ военно-врачебному заведенію временного характера. Госпиталь нашъ занялъ новую недавно отстроенную казарму, предполагавшуюся для пограничной стражи—обширное высокое зданіе со стеклянным фонаремъ во все зданіе—масса свѣта и воздуха: 210 кроватей удалось размѣстить вполнѣ просторно. Имѣются 2 отдѣльныя ванныя комнаты. Устроена операціонная съ верхнимъ свѣтомъ, полъ устланъ линолеумомъ. Какъ операціонная, такъ и перевязочная, окрашены масляной краской. Не могу не указать, что во всемъ принаравливаніи зданія нашего госпиталя мы встрѣтили самое горячее и полезное содѣйствіе со стороны мѣстнаго начальника желѣзнодорожнаго участка, которому мы многимъ обязаны. Что касается до оборудованія госпиталя, то для лѣченія хирургическихъ больныхъ все оборудованіе довольно тщательно придумано и цѣлесообразно. Инструментарій достаточный и удовлетворительный, перевязочный матеріалъ хорошій. Имѣются, правда, нѣкоторые досадные недочеты, которые очень легко исправить, а потому укажу на нихъ. Нѣтъ хлороформенной капельницы, нѣтъ языкодержателя, а роторасширители, которыхъ даже 2, оба одинаковые и оба по своему устройству принадлежатъ къ самымъ неудовлетворительнымъ. Хирургамъ, знающимъ, какъ важно спокойствіе оператора по отношенію къ наркозу, будетъ понятна вся досадность этихъ упущеній. Иглы безъ машинокъ, а съ ушками, что отнимаетъ много времени у помогающей сестры милосердія; иглодержатель немного грубоватъ, недостаточно количество щетокъ для рукъ—всего 3; это такая дешевая, въ то-же время необходимая принадлежность, что ихъ желательно было-бы имѣть, по крайней мѣрѣ, по 12. Непонятно полное отсутствіе какого-нибудь шприца для пробныхъ проколовъ при плейритахъ; напр. имѣются только маленькіе *Pravaz*'овскіе. Чувствительно отсутствіе приспособленій для подкожныхъ вливаній физіологическаго раствора. Стерилизаторъ для инструментовъ хорошій, *Schimmelbusch*'а, но крайне неудобно принаровлена къ нему печка, которую очень трудно заставить горѣть и приходится кипятить инструменты на плитѣ; недурно было-бы снабдить госпиталя лампой Primus. Досадно также отсутствіе какого-нибудь стерилизатора, хоть Турнетовскаго ведра, если нельзя имѣть небольшого прибора *Schimmelbusch*'а для стерилизаціи халатовъ, простынь и полотенецъ. Перевязочному матеріалу можно сдѣлать только одинъ упрекъ: при доказанной хорошей стерилизаціи матеріала заводомъ военно-врачебныхъ заготовленій, непонятно, почему марля сулемовая, а не асептичная, затѣмъ очень неудачна ея розовая окраска; послѣднее обстоятельство первое время приводитъ въ немалое смущеніе—краска переходитъ на поверхность тѣла и по снятіи повязки съ такой марлей получается полная иллюзія рожи. Обращаю на это вниманіе товарищей. Затѣмъ крайне желательна была-бы хоть частичная замѣна лигниномъ ваты, въ виду доказанныхъ уже крайне плохихъ всасывающихъ способностей послѣдней.

Вотъ тѣ недочеты, которые я нашелъ въ хирургическомъ оборудованіи госпиталей военнаго вѣдомства, которые, повторяю, желательно выполнить. Госпитальныя учрежденія, какъ военнаго вѣдомства, такъ и Краснаго Креста, насколько мнѣ извѣстно, страдаютъ, въ зависимости отъ мѣстныхъ условій, однимъ крупнымъ недостаткомъ—постель больныхъ очень жесткая. Дѣло въ томъ, что единственный матеріалъ, которымъ здѣсь можно набивать какъ мѣшки для тюфяковъ, такъ и для подушекъ, это солома. Ну, а что значитъ спать на соломѣ даже здоровому человѣку, это каждый изъ насъ врачей здѣсь испыталъ на себѣ. И потому тѣмъ больнымъ, которымъ надо постоянно лежать, переносить такіе тюфяки очень тяжело. У насъ въ госпиталѣ, благодаря содѣйствію склада Императрицы Александры Ѳеодоровны, удалось часть хоть подушекъ набить морской травой, которая уже гораздо мягче. А на тюфяки мы кладемъ толстые войлоки, предоставленные намъ, благодаря содѣйствію упомянутаго уже выше начальника участка желѣзной дороги. Это значительно улучшаетъ постель, но все-таки желательно было-бы сдѣлать ее болѣе мягкой; впрочемъ, и то, что имѣется у насъ, вѣроятно, далеко не всѣмъ удалось достать.

Заканчивая свою 1-ую статью, я прошу товарищей направить вниманіе принявшей столь широкіе размѣры общественной помощи больнымъ на этотъ вопросъ. Въ какомъ видѣ осуществить эту крайне желательную мѣру, на мѣстѣ будетъ виднѣе; самое лучшее, понятно, какъ pia desiderata, были-бы хоть самые тонкіе волосяные матрасики.

Не могу отказать себѣ въ удовольствіи, чтобы не привѣтствовать появленіе среди учрежденій, идущихъ на помощь больнымъ, земскихъ организацій. Громадный опытъ, пріобрѣтенный земствами въ такомъ веденіи въ обширныхъ размѣрахъ медицинскаго дѣла, гдѣ, при наименьшей затратѣ народныхъ средствъ, получалось-бы наиболѣе равномѣрное распредѣленіе помощи съ наиболѣе дѣйствительными результатами, несомнѣнно блестяще скажется и въ настоящемъ случаѣ.

CXXVIII. Къ вопросу о серотерапіи вонючаго насморка (озены).

В. Сиземскаго (Любань).

Вопросъ о микробной природѣ страданія, извѣстнаго подъ названіемъ озены, до сихъ поръ не разрѣшенъ окончательно и до сихъ поръ не установленъ еще специфическій возбудитель этой болѣзни.

Изысканія и болѣе или менѣе рѣшительныя указанія въ этомъ направленіи дѣлались очень многими изслѣдователями.

Нѣсколько микроорганизмовъ въ носовомъ отдѣляемомъ озеноз-ныхъ больныхъ было описано *Fränkel*'омъ, но ни одному изъ нихъ онъ не придавалъ специфическаго значенія.

Въ 1894 г. *Lowenberg* думалъ, что нашелъ специфическаго возбудителя страданія, въ видѣ описаннаго имъ bacillus mucosus.

Въ послѣдующемъ *Klamann*, *Hajek*, *Thost* и др. признали bacillus mucosus не самостоятельнымъ по виду микробомъ, а тождественнымъ съ *Friedländer*'овскимъ пнеймококкомъ; напротивъ, позднѣйшіе изслѣдователи (*Abel*, *Strubing* и др.) находили между ними рѣзкое различіе и отстаивали специфическое значеніе для озены bacillus mucosus *Lowenberg*'а.

Какъ-бы то ни было, но въ дальнѣйшемъ самъ *Lowenberg* долженъ былъ нѣсколько ограничить специфическое значеніе описаннаго имъ микроба озены, указавъ, что въ иныхъ, рѣдкихъ случаяхъ озены причиной своеобразнаго озенознаго запаха носового отдѣляемаго служитъ неописанная ранѣе сарцина.

Въ 1896 г. *Belphanti* и *della Vedova*, обслѣдуя бактеріологически 63 случая озены, нашли, что причиной страданія долженъ быть признанъ особый микробъ, похожій на псейдодифтерійную палочку, при чемъ bacillus *Lowenberg*'а признанъ ими не имѣющимъ специфическаго значенія.

Въ послѣдующіе годы *della Vedova* нѣсколько измѣнилъ свой взглядъ въ томъ смыслѣ, что призналъ, что существуютъ 2 формы озены: одна, происходящая отъ *Lowenberg*'овской палочки, другая отъ палочки, похожей на псейдодифтерійную, при чемъ и въ томъ и въ другомъ случаѣ получаются нѣсколько различныя клиническія картины страданія.

Pes и *Gradenigo* въ отдѣленіяхъ озенозныхъ больныхъ находили: 1) псейдодифтерійную палочку, 2) коккобацилла, и 3) еще особую маленькую палочку, которой и приписывали этіологическое значеніе въ данномъ страданіи.

По *Peres*'у, первопричина озены -- установленный и обслѣдованный имъ coccobacillus foetidus.

Въ параллель этимъ неустойчивымъ и противорѣчивымъ мнѣніямъ относительно этіологіи озены у изслѣдователей-бактеріологовъ, которые всѣ, вообще, согласны по крайней мѣрѣ въ готовности признать бактерійную природу страданія, можно указать на цѣлый рядъ изслѣдователей, которые до послѣдняго времени совершенно отрицаютъ микробное происхожденіе разсматриваемаго заболѣванія.

«Die Ozaena ist keine Erkrankung bakterieller Natur», утверждаетъ *Hecht* въ 1898 г. [1]).

Одни изслѣдователи (*Bayer*, *Hecht*, *Capart*, *Lautmann*, *Guguenheim* и др.) считаютъ озену просто трофонейрозомъ, другіе (*Störk*, *Gerber*) смотрятъ на нее какъ на продуктъ наслѣдственной сифилизаціи, наконецъ 3-ья группа изслѣдователей (*Frank Bosworth*, *Richmond*, *Mac Kinney*, *Lack*) считаетъ причиной озены гнойный катарръ носа, полученный въ дѣтскомъ возрастѣ. Исходнымъ моментомъ страданія одни изслѣдователи (*Krause*) считаютъ измѣненіе носового отдѣленія въ силу жирового распада клѣтокъ (Infiltrationszellen), другіе (*Cossolino*, *E. Fraenkel*, *Habermann*) усматриваютъ начало страданія въ измѣненіи строенія эпителія железъ слизистой оболочки носа, третьи (*R. Kayser*, *G. Rosenfeld*, *Hopmann* и др.) придаютъ главное значеніе въ происхожденіи озены прирожденнымъ анатомическимъ аномаліямъ полостей и костей носа, четвертые (*Michel*) думаютъ, что все дѣло зависитъ въ данномъ случаѣ отъ хроническаго воспаленія клиновидныхъ и рѣшетчатыхъ пазухъ.

Этой краткой литературной справки вполнѣ достаточно, чтобы показать, какая разнорѣчивость и неустойчивость имѣется въ воззрѣніяхъ изслѣдователей въ данное время по основному вопросу объ озенѣ, вопросу объ этіологіи и патогенезѣ страданія [2]).

Понятно, поэтому, что нѣкоторые изъ изслѣдователей въ концѣ концовъ совершенно отказываются признать за озеной ея самостоятельность, какъ опредѣленной болѣзненной формы, отрицаютъ ее какъ нозологическую и патологоанатомическую единицу и разсматриваютъ ее лишь какъ сумму припадковъ. Въ этомъ именно смыслѣ высказался *L. Grunwald* въ своемъ докладѣ о современномъ положеніи вопроса объ озенѣ въ Манчестерскомъ медицинскомъ Обществѣ въ іюлѣ 1902 года [3]).

Въ виду такого положенія вопроса казалось-бы нѣтъ никакихъ причинъ основанію для серотерапіи озены.

О теоретическихъ основаніяхъ пока, конечно, не можетъ быть и рѣчи.

Но имѣются на лицо основанія иныя: это, во 1-хъ, экспериментальное, а, во 2-хъ, клиническое.

Въ 1896 г. *Belfanti* и *della Vedova*, обслѣдуя бактеріологически, какъ сказано выше, 63 случая озены, нашли особую, специфическую, по ихъ тогдашнему мнѣнію, для озены палочку, близкую по виду къ дифтерійной и псейдодифтерійной. Дальнѣйшія ихъ изысканія на животныхъ показали, что найденная ими палочка, не смотря на свое сходство, не тождественна по своему дѣйствію ни съ дифтерійной, ни съ псейдодифтерійной: она не такъ ядовита для животныхъ, какъ первая и не такъ безразлична, какъ вторая.

Если чистую разводку этой бактеріи впрыснуть подъ кожу животному, то на мѣстѣ впрыскиванія получается воспаленіе ткани съ послѣдующимъ гнойникомъ и омертвѣніемъ. *Если-же впрыскивать эту разводку животному, которое предварительно иммунизировано къ дифтеріи*, то ни омертвѣнія, ни нагноеній на мѣстѣ впрыскиванія не получается.

Этотъ чисто экспериментальный фактъ и послужилъ основаніемъ *впервые* примѣнить противодифтерійную сыворотку для лѣченія озены человѣка.

Первое примѣненіе серотерапіи при озенѣ сдѣлали тѣже итальянскіе врачи *Belfanti* и *della Vedova* на 32-хъ случаяхъ страданія, при чемъ результатъ получился слѣдующій:

1) у 16 больныхъ наступило полное излѣченіе,
2) у 7 больныхъ почти полное излѣченіе,
3) у 4-хъ больныхъ почти прочное улучшеніе,
4) у 5 больныхъ улучшеніе на довольно продолжительное время.

Такимъ образомъ къ экспериментальному основанію для серотерапіи озены присоединилось клиническое.

Въ послѣдующей иностранной литературѣ за этотъ 7-лѣтній періодъ времени отъ 1-го примѣненія противодифтерійной сыворотки при озенѣ въ 1896 году и до сихъ поръ не перестаютъ появляться сообщенія о случаяхъ серотерапіи озены.

Въ доступной мнѣ иностранной литературѣ я насчиталъ за это время до 110 случаевъ озены, лѣченной противодифтерійной сывороткой, при чемъ послѣдствія лѣченія оказались слѣдующія:

Авторы, примѣнявшіе серотерапію при озенѣ.	Число случаевъ озены, лѣченныхъ противодифтерійной сывороткой.	Послѣдствія серотерапіи.					
		Полное излѣченіе.	Почти полное излѣченіе.	Улучшеніе.	Временное улучшеніе.	Неизвѣстный результатъ за раннимъ оставленіемъ лѣченія.	Отрицательный результатъ.
Belfanti и *della Vedova* . . .	32	16	7	4	5	—	—
d. Vedova . .	7	2	—	3	2	—	—
Gradenigo .	24	2	—	9	5	8	—
Arslau и *Catherina*	8	—	—	—	8	—	—
J. Lautmann .	7	—	—	—	7	—	—
C. Compaired .	7	—	-	7	—	—	—
Frankenberger	3	—	—	3	—	—	—
E. Lombard .	15	—	—	15	—	—	—
J. Molinie .	3	3	—	—	—	—	—
Cathelin . . .	1	1	—	—	—	—	—
Garnault .	1	—	—	—	—	—	1
Kayser . .	1	—	—	—	—	—	1
Habermann .	1	—	—	—	—	—	1
Итого	110	22%	6%	37%	21%	8%	3%

Какъ видно изъ этой, составленной мной таблички, результатъ лѣченія въ общемъ очень благопріятный. Отрицательный результатъ былъ лишь въ 3-хъ случаяхъ изъ 110, при этомъ надо добавить, что случай *Garnault*'а можетъ въ счетъ не идти, такъ какъ онъ былъ совершенно исключительнымъ по своему характеру: противодифтерійная сыворотка примѣнялась здѣсь у 37-лѣтней женщины, страдавшей парасифилитической озеной и очень можетъ быть, что въ этомъ случаѣ были показанія прежде всего къ специфическому лѣченію сифилиса.

Изъ этой статистики слѣдуетъ тотъ выводъ, который дѣлаетъ на основаніи своихъ случаевъ *C. Compaired*, что противодифтерійная серотерапія при озенѣ есть такой способъ, который въ большинствѣ случаевъ даетъ положительный результатъ. Этотъ положительный результатъ выражается частью въ болѣе или менѣе прочномъ улучшеніи т. е., въ исчезновеніи озенознаго запаха, уменьшеніи выдѣленій, уменьшеніи образованія корокъ въ полостяхъ но-

[1]) *Hecht*. Zur Ozaenfrage. «Münchener medicinische Wochenschrift», 1898, прив. по «Die Ozaena. Eine Monographie und Studie von Dr. *W. Grosskopff*». Jena. 1902. T. 13.

[2]) Такія разногласія, судя по сообщенію «Русскаго Врача» (1903 г., № 31, стр. 1111) относительно этіологіи (а равно и клинической картины) озены обнаружились и у спеціалистовъ-врачей на послѣднемъ XIV Международномъ Съѣздѣ врачей въ Мадридѣ, по поводу доклада Бордосскаго проф. *Moure* объ атрофическомъ ринитѣ, его распознаваніи и лѣченіи.

[3]) *L. Grunwald*. État actuel de la question de l'ozène (Annales des maladies de l'oreille etc. 1902, сентябрь).

са и вообще въ затиханіи воспалительнаго процесса, частью же — и въ довольно большомъ % (22) случаевъ — въ полномъ излѣченіи; нѣкоторымъ-же авторамъ (*I. Molinie*) удалось установить полное возстановленіе слизистой оболочки носа.

Замѣчательно, что даже въ тѣхъ случаяхъ (бывшихъ подъ наблюденіемъ *Arslau* и *Catherina*), гдѣ результатъ лѣченія былъ лишь преходящій, гдѣ не было излѣченія, изслѣдователи отмѣчаютъ особое вліяніе противодифтерійной сыворотки именно на слизистую оболочку носа.

Количество сыворотки, употреблявшееся для лѣченія, иногда доходило до очень большихъ цифръ, напр., у *Cathelin*'а до 315 к. стм.

Изъ русскихъ врачей противудифтерійную сыворотку при озенѣ употребляли, на сколько мнѣ извѣстно изъ печати, двое: *Абловъ* и *Шмурло*.

В. А. Абловъ на амбуляторномъ пріемѣ въ Саратовской губ. 12/II 1897 г. впрыснулъ 10 к. стм. противудифтерійной сыворотки *Roux* дѣвочкѣ 5 л., страдавшей въ продолженіи года зловоніемъ изъ носа и образованіемъ корокъ на слизистой оболочкѣ его полостей. Черезъ 2 недѣли дѣвочка явилась на амбуляторный пріемъ совершенно здоровой, запахъ исчезъ вполнѣ. Мать ея сообщила, что на 3-й день послѣ впрыскиванія дѣвочка стала усиленно чихать корками и слизью и съ тѣхъ поръ запахъ исчезъ. Д-ръ *Шмурло* имѣлъ 5 больныхъ (женщинъ отъ 13 до 30 лѣтъ), страдавшихъ озеной, которымъ онъ впрыскивалъ сыворотку повторными дозами отъ 500 до 1000 единицъ заразъ, черезъ 5—6 дней. Результатъ лѣченія въ смыслѣ выздоровленія во всѣхъ случаяхъ отрицательный. Но временное улучшеніе замѣчалось, въ видѣ уменьшенія и даже исчезновенія запаха, уменьшенія корокъ, разжиженія выдѣляемаго изъ носа. Слизистая оболочка послѣ первыхъ впрыскиваній набухала, но потомъ переставала реагировать на впрыскиваніе и болѣзнь принимала прежнее теченіе.

Позволю себѣ теперь описать свои 2 случая озены, которые я пользовалъ противодифтерійной сывороткой Института экспериментальной медицины. Обѣ больныя лѣчились у меня амбуляторно, въ Любанской земской больницѣ [Новгородскаго уѣзда [1])].

1. Больная Д. М., 14 л., ученица Петербургской швейной мастерской, хлоротична, золотухи нѣтъ. Заболѣла озеной $^1/_2$-года назадъ. Обильное выдѣленіе изъ носа. Отдѣляемое засыхаетъ въ корки, иногда съ примѣсью крови. Слизь по ночамъ затекаетъ на заднюю стѣнку глотки. Сильный озенозный запахъ носового дыханія. Обоняніе потеряно. Шумъ въ ушахъ, глаза краснѣютъ, голосъ сипнетъ особенно по утрамъ. Переносье и нижняя часть лба болѣзненны. Указаній на сифилисъ нѣтъ. Лѣчилась впродолженіи мѣсяца у врача промываніями носа; облегченія не получила. По совѣту своей хозяйки пила по утрамъ глицеринъ, отчего также улучшеній не было.

Явилась въ Любанскую больницу 9/IV 1903 г. Впрыснуто 2000 единицъ противудифтерійной сыворотки Института экспериментальной медицины.

10/IV: Измѣненій нѣтъ.

11/IV: Запахъ меньше, корокъ меньше.

12/IV: Запаха нѣтъ, корокъ нѣтъ совсѣмъ. Шумъ въ ушахъ исчезъ. Боли въ переносьѣ и лбу меньше. Выдѣленій почти нѣтъ.

20/IV: Больная заявляетъ, что чувствуетъ себя вполнѣ здоровой. Никакихъ объективныхъ признаковъ бывшаго страданія нѣтъ. Въ дальнѣйшемъ больная исчезла изъ вида. Былъ-ли этотъ рѣзкій и быстро наступившій положительный результатъ лѣченія только временнымъ, или прочнымъ, неизвѣстно.

2-й случай мной вполнѣ прослѣженный и представляетъ, по моему мнѣнію, значительный клиническій интересъ. Хронологически этотъ случай былъ первымъ въ моей практикѣ серотерапіи озены.

Больная М. С., жена ремесленника, 37 л., страдала тяжелой формой озены въ продолженіи 4 л. (съ 1897 по 1901 г.).

Всѣ характерные признаки страданія были на видъ и кромѣ того были нѣкоторыя подробности необычнаго характера, явившіяся какъ результатъ осложненія болѣзни вслѣдствіе давности процесса.

1. Полость носа больной была все время обильно наполнена густымъ, гнойнымъ грязновато-желтымъ отдѣляемымъ. Онъ былъ настолько обиленъ, что больная постоянно сморкалась, тратя по нѣскольку платковъ въ день, и никогда не чувствовала свой носъ свободнымъ отъ гнойной слизи.

2. Носовое отдѣляемое легко засыхало въ корки, и тогда получалась полная закупорка носовыхъ ходовъ и совершенная невозможность дышать носомъ. Отдѣляемое носа заливало, особенно по ночамъ, носоглоточное пространство, по стѣнкамъ глотки спускалось ниже до гортани, вездѣ производя затрудненіе въ отправленіяхъ. По утрамъ больная, отъ обилія корокъ въ областяхъ зѣва, глотки и носа, теряла голосъ и способность говорить, нерѣдко принуждена была объясняться жестами о подачѣ ей горячей воды для полосканья глотки, послѣ чего корки отставали, озенозное отдѣляемое извергалось вонъ массами и освобождало глоточные пути, возвращая больной способность говорить. Отъ затека озенозной слизи въ нижнія части глотки больную постоянно «першило» и позывало на тошноту. Проглоченный кусокъ пищи нерѣдко увлекалъ за собой въ желудокъ больной и зловонное отдѣленіе, попавшее въ глотку, и черезъ нѣкоторое время пища рвотой извергалась вонъ.

3. При отставаніи корокъ почти ежедневно изъ носа шла кровь, «черная кровь», какъ говоритъ больная.

4. Носъ больной нерѣдко припухалъ, въ немъ ощущалась тяжесть и чувствовался сильный зудъ, заставлявшій больную прибѣгать, по собственнымъ соображеніямъ, къ компрессамъ и массированію носа.

5. Головная боль была почти безпрерывная, сосредоточивавшаяся въ области лобныхъ пазухъ и висковъ, главнымъ образомъ на лѣвой сторонѣ; боль чувствовалось также и въ спинкѣ носа и въ области хрящей и связочнаго прибора гортани (куда затекало озенозное выдѣленіе ночью) и тоже больше на лѣвой сторонѣ.

6. Больная все время страдала колотьемъ въ ушахъ и зудомъ въ нихъ.

7. Обоняніе было потеряно совершенно, запаховъ больная не различала.

8. Проникаціе озенозныхъ продуктовъ въ слезный каналъ имѣло результатомъ страданіе конъюнктивы глазъ: слезотеченіе было почти постоянное, глаза нерѣдко краснѣли.

9. Вкусъ былъ потерянъ почти совершенно.

10. Потеря вкуса и обонянія были здѣсь, какъ и вообще при озенѣ, главнымъ образомъ отъ того специфическаго зловонія носового отдѣленія, которое является самымъ характернымъ и самымъ тяжелымъ признакомъ озены. Зловоніе въ данномъ случаѣ было рѣзкимъ, чувствовалось на разстояніи, больной напоминали о немъ ея собственныя дѣти, когда она къ нимъ подходила. Вслѣдствіе этого она не могла съ ними спать на одной постели. Зловоніе было постояннымъ и, какъ и все страданіе, продолжалось непрерывно и безъ послабленій.

11. Еще одинъ признакъ: больная не могла наклоняться отъ наступающихъ тотчасъ-же при этомъ тяжелыхъ приливовъ крови къ головѣ и особенно къ глазамъ, послѣ чего, по словамъ ея, помимо ощущенія тяжести, ей всѣ предметы казались въ красномъ цвѣтѣ.

12. Патолого-анатомическая картина страданія въ данномъ случаѣ была, какъ и обычно при озенѣ.

Какъ извѣстно, при этой болѣзни въ слизистой оболочкѣ носовой полости идутъ 2 процесса: гипертрофическій и атрофическій, идутъ *параллельно*, если имѣть ввиду разныя мѣста носовой полости, и *послѣдовательно*, если смотрѣть на какое-либо отдѣльное мѣсто слизистой оболочки. Въ этомъ отношеніи (и съ этой только стороны, конечно) озена напоминаетъ риносклерому. Гипертрофическій процессъ выражается въ гиперэміи слизистой оболочки, ея очечности, въ круглоклѣточковой инфильтраціи, наклонной къ жировому распаду. При этомъ, конечно, всѣ выступы и впадины, всѣ неровности слизистой оболочки, расположенной по извилинамъ носовыхъ пещеръ и раковинъ, становятся рѣзче, выпуклѣе, глубже, железы слизистыя набухаютъ. Въ дальнѣйшемъ вступаетъ въ свои права атрофія: появляется соединительная ткань, сосуды и железы сжимаются и постепенно пропадаютъ, нормальный цилиндрическій эпителій слизистой оболочки превращается въ плоскій, теряя, конечно, при этомъ свои выдѣлительныя функціи, слизистая оболочка вянетъ, пергаментируется, отъ сдавленія надкостницы атрофируются кости и въ концѣ концовъ носъ можетъ измѣниться въ своей формѣ, принимая сифилитическую сѣдловатость. Язвенный процессъ обычно отсутствуетъ. Въ данномъ случаѣ, когда больная явилась ко мнѣ въ іюнѣ 1901 г. послѣ 4-лѣтняго страданія, при осмотрѣ носа, язвъ также не было, если не считать тѣхъ поверхностныхъ ссадинъ слизистой, которыя вызывались отрывами озенозныхъ корокъ. Слизистая оболочка была мѣстами нечистой и набухшей, но больше преобладалъ атрофическій процессъ: соединительной ткани было много, замѣтна была мѣстами кожистость слизистой, на лицо была и атрофія хрящей и носа, особенно замѣтная съ лѣвой стороны. Такова картина страданія. На этой больной впервые мнѣ лично пришлось увидѣть и убѣдиться, на сколько озена, это простое мѣстное и хроническое страданіе, не угрожающее жизни, не связанное

[1]) Кромѣ описанныхъ ниже случаевъ, у меня, правда, были еще 2 случая примѣненія противодифтерійной сыворотки при озенѣ, но они могутъ въ счетъ не идти, потому что оба больные (мальчикъ, 16 л. и дѣвица, 23 л.), имѣвшіе ozaena, послѣ 1-го же впрыскиванія имъ 2000 единицъ сыворотки, исчезли изъ подъ наблюденія и больше въ больницу не являлись. Вскорѣ послѣ впрыскиванія объ одной изъ этихъ больныхъ я слышалъ, что больной лучше. Упоминаю объ этихъ случаяхъ просто изъ уваженія къ факту.

непремѣнно съ разстройствомъ общаго здоровья, можетъ быть страданіемъ тяжелымъ и даже невыносимымъ.

Отвратительное зловоніе, идущее отъ этихъ больныхъ дѣлаетъ ихъ подчасъ отверженными отъ общества, и «нѣтъ ничего удивительнаго, говоритъ *Krieg*, что такіе несчастные отверженцы общества, видя свою жизнь отравленной, приходятъ въ отчаяніе, доходятъ до самоубійства». Д-ръ *Sroskopff* (1902) считаетъ помраченіе сознанія и меланхолію постояннымъ признакомъ тяжелыхъ случаевъ озены.

Настроеніе нашей больной было сравнительно сносрымъ; она надѣялась и продолжала лѣчиться безъ перерыва всѣ 4 года. Лѣченіе давало ей облегченіе лишь въ томъ, что сравнительно меньше была болѣзненность въ области гортани, но область носа и лба оставалась безъ облегченія; даже зловонный запахъ, по ея словамъ, нисколько не уменьшался, хотя-бы временно.

Когда эта больная явилась въ іюнѣ 1901 г. въ амбулаторіи Любанской земской больницы, у нея былъ цѣлый ворохъ рецептовъ, свидѣтельствовавшихъ, что почти вся возможная мѣстная терапія уже была безуспѣшно примѣнена; обеззараживающія, успокаивающія, обезвоняющія, растворяющія, вяжущія—были на лицо въ этихъ рецептахъ почти всѣ во всѣхъ видахъ: примочекъ, мазей, смазываній, нюхательныхъ порошковъ, полосканій, промываній и т. д.

Руководясь правиломъ: вездѣ и всегда ищи сифилиса, я сталъ искать сифилиса и у этой больной. И, пожалуй, нашолъ. У ней было всего 9 человѣкъ дѣтей, между тѣмъ въ живыхъ осталось только двое. Изъ 7 умершихъ 1 ребенокъ умеръ отъ кровотеченія изъ пуповины, всѣ остальные умерли до 2-мѣсячнаго возраста и, по всѣмъ видимостямъ, отъ дѣтской эклампсіи. Кромѣ того у больной надъ гребнями лопатокъ видны (правда въ незначительномъ количествѣ) мелкіе точечные рубчики такого характера, какіе оставляютъ послѣ себя нѣкоторыя формы пустулезныхъ сифилидовъ. Выкидышей у больной не было. Другихъ припадковъ сифилиса также не было.

Энергически примѣненное мной противосифилитическое лѣченіе, въ продолженіи около $1^1/_2$ мѣсяцевъ, въ видѣ двуіодистой ртути съ іодистымъ каліемъ внутрь, никакого хоть сколько нибудь замѣтнаго вліянія не оказало, лишній разъ подтвердивъ, что не все то, чѣмъ болѣетъ сифилитикъ, происходитъ отъ сифилиса. Впрочемъ, дальнѣйшія наблюденія надъ заболѣваніемъ и сами по себѣ указали на то, что здѣсь имѣются данныя не только за, но и «противъ» сифилитическаго происхожденія характера заболѣванія именно: слишкомъ обильное отдѣленіе не соотвѣтствовало сифилитической озенѣ, бурное сравнительно съ сифилитической озеной теченіе болѣзни въ данномъ случаѣ, не смотря на продолжительность страданія, дало очень мало явленій разрушенія, именно того холоднаго некроза и язвенныхъ измѣненій ткани, которые такъ характерны для сифилиса, здѣсь не было.

Послѣ безуспѣшнаго курса противосифилитическаго лѣченія, послѣ безплодныхъ попытокъ мѣстнаго лѣченія, предложено, было больной впрыскиваніе противодифтерійной сыворотки, на что больная охотно согласилась. Впрыснуто было въ 3 пріема, черезъ 3 дня 1 послѣ другого, всего 10000 противоядныхъ единицъ сыворотки Института экспериментальной медицины: въ 1-й и 2-й разъ по 3000, въ 3-ій разъ 4000. Впрыскиванія производились всѣ въ подкожную клѣтчатку боковой части грудной клѣтки (около подмышковой линіи). Наканунѣ на мѣсто будущихъ уколовъ (ихъ дѣлалось каждый разъ по 2) накладывался широкій компрессъ изъ $^1/_4$% раствора креолина, который снимался предъ самымъ впрыскиваніемъ. Въ виду значительныхъ количествъ впрыскиваемой бѣлковой жидкости, у больной до и послѣ впрыскиваній обслѣдовалась моча на бѣлокъ, дававшая всегда отрицательный результатъ.

Послѣ 2-го впрыскиванія больная замѣтила впервые измѣненіе въ своемъ заболѣваніи: отдѣленіе стало менѣе обильнымъ и болѣе жидкимъ, послѣ 3-го впрыскиванія у больной нѣсколько распухли подмышковыя железы, чувствовалась боль въ суставахъ и пальцахъ, но всѣ эти явленія были не рѣзко выражены и послѣ нѣсколькихъ общихъ тепловатыхъ ваннъ прошли. Терапевтическій эффектъ превзошелъ всѣ мои ожиданія. Паденіе всѣхъ признаковъ заболѣванія было крайне рѣзкимъ и чрезъ недѣли $1^1/_2$ болѣзненный процессъ можно было считать окончившимся: отдѣленіе прекратилось совершенно, запахъ изъ носа изчезъ безъ слѣда, прошли головныя боли и боли въ зѣвѣ и около гортани, прекратились всѣ явленія и воспаленія слизистой, обоняніе и вкусъ возстановились. Нѣсколько времени послѣ этого больная временами лишь ощущала легкій жаръ въ полостяхъ носа и лобныхъ пазухъ, но и это ощущеніе скоро прошло. Все заболѣваніе сошло «на нѣтъ» въ полномъ смыслѣ этого слова, исключая, конечно, анатомическихъ слѣдовъ, которые оно по себѣ оставило, въ видѣ атрофіи хрящей и кожистости слизистой оболочки на нѣкоторыхъ мѣстахъ носовой полости. Спустя 4 мѣсяца послѣ излѣченія, у М. С. явился насморкъ, обыкновенный, простудный, продолжавшійся дня 3—4 и затѣмъ изчезнувшій безъ слѣда.

Въ мартѣ (27) 1903 г. эта больная была мною показана въ Петербургскомъ медико-хирургическомъ Обществѣ, какъ удачный случай стойкаго излѣченія озены серотерапіей. Больная вполнѣ здорова и теперь, спустя $2^1/_2$ г. послѣ впрыскиваній сыворотки. Заболѣваніе изчезло безъ слѣда и безъ возвратовъ.

Достаточно видѣть у себя въ практикѣ 1 такой случай, какъ только-что описанный, столь наглядный, чтобы получить убѣжденіе, что противудифтерійная серотерапія при озенѣ имѣетъ и въ данное время основаніе хотя, какъ сказано, о прочномъ теоретическомъ основаніи для нея пока не можетъ быть рѣчи, развѣ только въ смыслѣ догадокъ и предположеній общаго характера.

Научную основу серотерапіи озены нужно искать, конечно, не въ той или иной морфологической близости бактерій озены къ бактеріи *Loeffler*'а.

Разгадка дѣла кроется здѣсь въ необслѣдованной пока области химическихъ соотношеній токсиновъ озены и дифтеріи, съ одной стороны, и антитоксиновъ противудифтерійной сыворотки—съ другой.

Химическая-же близость или антагонизмъ токсиновъ совершенно не стоитъ въ прямомъ пропорціональномъ отношеніи къ близости или различію морфологическихъ свойствъ бактерій. Какъ напр. близки между собой по виду стафилококкъ и стрептококкъ, и какъ оба далеки *морфологически отъ* бактеріи дифтеріи, между тѣмъ, благодаря изслѣдованіямъ и наблюденіямъ *Martin*'а и *Н. Зиберъ*, извѣстно, что токсины стафилококка являются антагонистами дифтерійныхъ токсиновъ и, въ случаѣ соприкосновенія съ ними, до извѣстной степени ихъ нейтрализуютъ, наоборотъ, токсинъ стрептококка усиливаетъ собою разрушительныя свойства токсина дифтеріи. Въ силу этого дифтерія, осложненная стафилококкомъ обычно является заболѣваніемъ болѣе легкимъ для больного, съ предсказаніемъ на выздоровленіе, наоборотъ дифтерія, осложненная стрептококкомъ, даетъ самыя тяжелыя и нерѣдко смертельныя формы болѣзни.

Подробная разработка вопроса о строеніи химическихъ формулъ токсиновъ дифтеріи и озены, съ одной стороны, и антитоксиновъ противудифтерійной сыворотки—съ другой, дала-бы, вѣроятно, и общую научную основу для серотерапіи противудифтерійной сывороткой озены и не только озены, а и нѣкоторыхъ другихъ заразныхъ заболѣваній, при которыхъ, какъ и при озенѣ, сыворотка уже примѣняется отдѣльными врачами, но теперь пока исключительно на основаніяхъ эмпирическихъ.

И такъ, противодифтерійная серотерапія озены имѣетъ за себя пока, какъ сказано, 2 основанія: 1) экспериментальное и 2) клиническое. Общаго-же теоретическаго обоснованія ея примѣненія нужно ждать отъ физіологической химіи при дальнѣйшей разработкѣ общаго вопроса о строеніи химическихъ формулъ токсиновъ и антитоксиновъ и ихъ взаимоотношеніи.

Литература: 1. Die Ozaena. Eine Monographie und Studie. Dr. *W. Grosskopff*. Jena. 1902 г. (Подробно приведена почти вся литература предмета).—2. *L. Grunwald*. Etat actuel de la question de l'ozène («Annales des maladies de l'oreille etc. 1902 г. Septembre).—3. Internationales Centralblatt für Laryngologie. Годы 1896. 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902 ozaena.—4. Archives Italiennes otologiques 1896 г., № 2. (См. «Centralblatt für Laryngologie», 1897 г.).—5. Archiv für Ohrenheilkunde, 1898, т. 45.—6. *Frankenberger*. Serumtherapie der Ozaena, «Klinisch-therapeutische Wochenschrift», 1898 г. — 7. *Lombard*. Serotherapie de l'ozène. «Annales des maladies de l'oreille». 1897 г.—8. *Lautmann*. L'ozène atrophiante, pathogénie et sérotherapie. «Annales des maladies de l'oreille», 1877 г.

CXXIX. Изъ клиники проф. Н. А. Роговича въ Томскѣ.

Изсѣченіе длинныхъ трубчатыхъ костей при остромъ остеоміэлитѣ.

А. Н. Зимина.

Изсѣченіе длинныхъ трубчатыхъ костей при остеоміэлитѣ относится къ числу операцій, которыя еще не получили полныхъ правъ гражданства въ хирургіи. Эта операція сравнительно часто практикуется во Франціи, Англіи, откуда она собственно и взяла свое начало (1866 г.), и здѣсь находитъ своихъ защитниковъ; въ Германіи-же и въ Россіи, воспитывающей-

ся до сихъ поръ на германскихъ авторитетахъ и школахъ, эта операція считается излишней, для нея нѣтъ показаній. Упреки, которые дѣлаютъ ей, сводятся къ слѣдующему: 1) возстановленія кости можетъ не произойти или оно будетъ недостаточнымъ для отправленія конечности; 2) изсѣченіе ничего не даетъ, такъ какъ не только не обрываетъ болѣзни, но и не уменьшаетъ % смертности при остеомиэлитѣ; 3) трудно опредѣлить границу здоровыхъ частей отъ больныхъ и такимъ образомъ быть увѣреннымъ, что все больное удалено; 4) показанія къ операціи трудно установить. Дать полный отвѣтъ на эти упреки и разрѣшить всѣ сомнѣнія можно лишь съ помощью экспериментальныхъ изслѣдованій и разбора большого казуистическаго матеріала, который, кстати сказать, еще очень бѣденъ. Желая внести посильную лепту въ разрѣшеніе этого вопроса, я рѣшаюсь сообщить свои 2 случая. Въ заключеніе, на основаніи этихъ случаевъ, постараюсь отвѣтить хоть на нѣкоторые упреки, дѣлаемые этой операціи.

1. И. З., 16 л., православный, житель города Томска, булочникъ, поступилъ въ хирургическое отдѣленіе больницы Приказа изъ терапевтическаго 13/vii 1902 г. Больной захворалъ около 16 дней назадъ; болѣзнь началась небольшой болью въ мягкихъ частяхъ и костяхъ лѣвой голени, боль имѣла рвущій характеръ, изо дня въ день она увеличивалась; хотя и съ большимъ трудомъ, но больной пользовался конечностью; былъ жаръ, температура не измѣрялась; этіологическаго момента заболѣванія указать нельзя. Черезъ 4 дня послѣ начала заболѣванія З. поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе, изъ котораго и былъ переведенъ въ хирургическое. Верхняя 1/3 лѣвой голени распухла и красна; ниже колѣна снутри зыбленіе; икра очень болѣзненна. Внутренніе органы безъ измѣненій; развитіе больного для его возраста удовлетворительно. При разрѣзѣ (13/vii) верхняя часть діафиза большеберцовой кости обнажена отъ надкостницы, мѣстами шероховата, видъ ея блѣдно-розовый, между мышцами задней поверхности голени гной; всѣхъ разрѣзовъ сдѣлано 4. Послѣ операціи температура осталась по прежнему, равно какъ и общее самочувствіе больного. 16/vii большеберцовая кость на протяженіи 5 стм. спереди и съ боковъ суха, сѣроватаго цвѣта; тампоны сухи, перевязка сначала ежедневная, а потомъ черезъ день. 25/vii: Въ верхней части передней поверхности большеберцовой кости на мѣстѣ вышеупомянутаго сѣраго участка кости изъ глубины костно-мозговой полости шелъ гной. Въ гною стрептококки. Передняя стѣнка большеберцовой кости на протяженіи 13—15 стм. снята долотомъ; костный мозгъ былъ пропитанъ гноемъ; кость при операціи довольно сильно кровоточила, была рыхла; получившаяся полость выскоблена острой ложкой при большомъ насиліи, по видимому, до здоровыхъ частей. Больной хорошо перенесъ маленькую операцію; температура къ вечеру пала, но на слѣдующій день вечеромъ опять было 39°,4. 27-го перевязка; края кости темны, задняя поверхность на протяженіи серебряннаго пятачка тоже. 29-го—гноя много, самочувствіе больного удовлетворительное; омертвѣніе кости увеличивается; температура по прежнему. 3/viii операція. Морфійно-хлороформный наркозъ. Разрѣзъ по передней поверхности большеберцовой кости продолженъ внизъ стм. на 10 и такимъ образомъ занялъ почти всю длину ея діафиза.

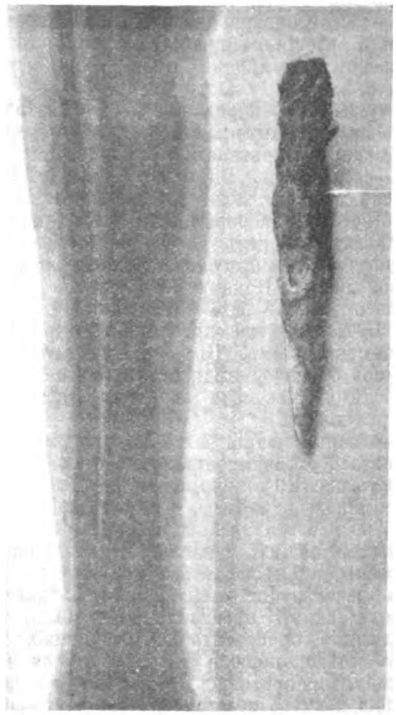
Снимокъ 1.

Лѣвая нога. Вынутый секвестръ. Правая нога.

Надкостница безъ усилія отслоена до того мѣста, гдѣ она и кость выглядывали нормальными. Внизу подведенной цѣпочной пилой кость перепилена и при легкомъ влеченіи за нижній конецъ произошло отдѣленіе ея на границѣ нижней эпифизарной линіи. Удаленный кусокъ кости имѣлъ 21 стм. длины (см. рис. 1); затѣмъ, разрыхленный, грязноватаго цвѣта эпифизъ выскобленъ, при чемъ выдѣлился еще кусокъ около 2 стм. Надкостница удаленной кости сочна, покрыта мѣстами грануляціями, мѣстами замѣтны на ней очень небольшіе островки какъ-бы кости, но въ общемъ коробка совершенно мягка и, по удаленіи кости и сближеніи кожной раны въ серединѣ 3 швами, она спалась; къ вечеру 38°,7; на 2-й день 37°, на 3-й вечеромъ 38°,8; съ 5-го дня температура начала по немногу падать и съ 10/viii она колебалась около 37°, иногда давая небольшія повышенія. Тампоны смѣнялись черезъ день; грануляціи имѣли хорошій видъ, подъ ними зондомъ ощупывались островки кости. Въ дальнѣйшемъ теченіи нужно отмѣтить 2 гнойныхъ затека, потребовавшихъ расширенія ранъ и новыхъ разрѣзовъ. 19/viii больной выглядитъ хорошо, появился позывъ на ѣду. Рана заживала медленно, равно какъ и окостенѣніе шло туго. Въ ноябрѣ больной перенесъ рожистое воспаленіе лѣваго бедра. Колѣнный суставъ началъ давать довольно значительныя боковыя движенія. Въ январѣ раневая поверхность почти зажила, и больному можно было назначить массажъ. 27/i 1903 г. сдѣланъ *Röntgen*'овскій снимокъ [1]), на которомъ видно неправильно (по внѣшнему виду) и неравномѣрно идущее окостенѣніе, въ нижней части очень незначительное, толщиной съ тонкое гусиное перо. Въ мартѣ больному сдѣлана съемная, съ шарнирами въ области колѣна, клеевая повязка, въ которой онъ съ палкой и ходилъ. Боковыя движенія въ колѣнномъ суставѣ уменьшились. Мѣсто удаленной кости при ощупываніи даетъ впечатлѣніе кости; больной выписался. Въ концѣ апрѣля онъ пріѣзжалъ показаться. На ощупь полное возстановленіе большеберцовой кости; fibula и головка ея немного утолщены, головка сдвинута кверху; боковыя движенія въ колѣнѣ очень небольшія. На снимкѣ, который я не прилагаю, образованіе кости очень значительное, за исключеніемъ нижней части, гдѣ на небольшомъ протяженіи толщина ея около 7—8 млм.; болѣе темная полоса кости окружена значительнымъ болѣе свѣтлымъ поясомъ. Больной ходитъ безъ повязки, выглядитъ здоровымъ, цвѣтущимъ.

2. А. Т., 14 л., русская, православная, мѣсто рожденія Минусинскій уѣздъ, поступила въ больницу Приказа общественнаго призрѣнія 5/ii 1903 г. Родители больной живы и здоровы; братьевъ и сестеръ 7 человѣкъ, 2 изъ нихъ страдаютъ золотухой, въ раннемъ дѣтствѣ и А. была золотушной. Настоящее заболѣваніе началось 6/xi 1902 г. явленіями остраго остеомиэлита лѣвой ноги. Недѣли черезъ 2 ниже колѣна съ наружной стороны образовался нарывъ, который былъ вскрытъ въ Красноярскѣ, при чемъ вышло много гноя. Вскорѣ послѣ разрѣза была замѣчена опухоль въ

Снимокъ 2.



Отпечатки картонныхъ полосъ шины.

[1]) За снимки считаю долгомъ поблагодарить д-ровъ *П. М. Левашева* и *Ѳ. А. Киркевича*.

колѣнномъ суставѣ, опухоль скоро опала, но нога продолжала болѣть. Правильнаго сложенія, плохого питанія, очень блѣдна. Органы кровообращенія и дыханія уклоненій отъ нормы не представляютъ. Лѣвая нога ниже колѣна по сравненію съ правой утолщена, колѣно согнуто подъ прямымъ угломъ. Кожа на передней поверхности голени мало подвижна, краснаго цвѣта. На голени 3 свища, изъ нихъ выдѣляется густой, сѣроватый гной; при ощупываніи незначительная болѣзненность; при изслѣдованіи зондомъ свищи соединяются между собой; температура нормальна. 14/II операція; разрѣзъ по передней поверхности голени. Изъ эпифиза удалены 2 секвестра, величиной съ голубиное яйцо каждый. Верхній конецъ діафиза большеберцовой кости изъѣденъ по всей окружности, но внизу еще не отдѣлился отъ здоровой кости, на границѣ съ которой и былъ перебитъ долотомъ. Длина этого секвестра около 15 стм. По удаленіи его на мѣстѣ верхней части діафиза оставалась только одна утолщенная надкостница. Нога уложена въ шину. Температура все время была нормальной. Рана постепенно выполнилась и 1/IV отмѣчено въ листкѣ: на мѣстѣ изсѣченной большеберцовой кости прощупывается деревянисто-плотная ткань, но очевидно еще не вполнѣ окостенѣвшая, такъ какъ нога въ этомъ мѣстѣ перегибается. 25/IV плотность ткани, замѣщающей большеберцовую кость, значительнѣе прежней, но всетаки нога легко перегибается въ этомъ мѣстѣ въ сторону. 28/IV снята рентгеновская фотографія и больная въ гипсовой, съемной шинѣ выписана. На свѣтописи ясно видна полоса новообразованной кости на сторонѣ, обращенной къ fibula. Образованіе кости идетъ болѣе правильно и равномѣрно, чѣмъ въ предшествовавшемъ случаѣ.

Въ «Хирургіи» за 1902 г. имѣется статья *Г. Б. Быховскаю* объ изсѣченіи трубчатыхъ костей при остромъ остеоміэлитѣ, гдѣ онъ разбираетъ упреки, дѣлаемые этой операціи, находитъ ихъ неосновательными и устанавливаетъ слѣдующія показанія къ операціи: 1) случаи, гдѣ улучшенія не наступаетъ послѣ широкаго вскрытія пораженной кости; температура, не смотря на произведенную операцію, высока, костяной желобъ становится безжизненнымъ, сѣроватымъ; больной слабѣетъ, изнуряется и температурой, и нагноеніемъ; 2) случаи, гдѣ надкостница отслоена отъ кости, гдѣ кость какъ-бы плаваетъ въ гнойной полости, иногда даже отдѣлившись въ эпифизѣ отъ здоровыхъ частей.

Нашъ 1-ый случай подходитъ подъ первую категорію этихъ показаній. Было сдѣлано вскрытіе поднакостичнаго нарыва, широко вскрыта костно-мозговая полость, тѣмъ не менѣе температура у больного не понижалась, выдѣлялось много гноя, больной истощался; произведенное изсѣченіе измѣнило дѣло въ теченіи нѣсколькихъ дней: пала температура, уменьшилось выдѣленіе гноя, больной сталъ на путь выздоровленія. Второй случай подойдетъ по своимъ показаніямъ къ операціи ко второй категоріи; кость здѣсь по всей окружности была обнажена отъ надкостницы, омертвѣвала и долго пришлось-бы ждать, пока произошлобы отдѣленіе и удаленіе секвестра; сдѣлавши операцію, мы, надѣюсь, на много сократили этотъ срокъ. Изъ этого видно, что никоимъ образомъ нельзя говорить, что операція изсѣченія костей при остеоміэлитѣ ничего не даетъ и что показанія къ ней трудно устанавливаются.

Опасаются еще недостаточнаго возстановленія изсѣченной кости, при чемъ иногда ссылаются на случай изъ клиники *Bergmann*'а, гдѣ не произошло возстановленіе изсѣченной локтевой кости. Но этотъ случай единственный и, кромѣ того, въ объясненіе его можно указать *(Быховскій)* на рядъ другихъ условій, понизившихъ регенеративную способность надкостницы; у этого больного чрезъ $5^1/_2$ недѣль, когда произошло омертвѣніе кости, костная коробка была толщиной въ листъ бумаги, а чрезъ 2 года кромѣ того произошло укороченіе лучевой кости и удлинненіе плечевой. Въ обоихъ нашихъ случаяхъ окостенѣніе шло хотя медленно, но непрерывно и въ достаточной степени, тоже и въ случаяхъ другихъ авторовъ.

Изъ всѣхъ упрековъ справедливѣе всего указаніе на то, что, оперируя такъ рано при остеоміэлитѣ, трудно найти границу здоровыхъ и больныхъ частей; но намъ въ обоихъ случаяхъ это удалось безъ особыхъ затрудненій; да, наконецъ, не произошло-бы ничего особо худого, если бы мы 1—2 стм. убрали больше или меньше; въ послѣднемъ случаѣ лишь пришлось-бы повторить чрезъ нѣкоторое время эту маленькую операцію.

CXXX. 4 случая бѣшенства у людей послѣ лѣченія предохранительными прививками.

Земскаго врача С. М. Рубинова (Борисоглѣбскъ).

Вопросъ о значеніи предохранительныхъ прививокъ противъ собачьяго бѣшенства, по видимому, нельзя еще считать въ настоящее время окончательно рѣшеннымъ. Появившаяся въ недавнее время брошюра проф. *Зѣнца* безъ достаточныхъ основаній совершенно отрицаетъ предохранительную силу прививокъ, а выступившій на страницахъ «Русскаго Врача» съ возраженіями на эту брошюру проф. *Мари*, однако, вполнѣ сознаетъ, что «мы въ настоящее время далеко еще не готовы къ тому, чтобы опровергать благотворное значеніе этихъ прививокъ, или наоборотъ защищать таковое». Для рѣшенія этого вопроса требуется точно провѣренный статистическій матеріалъ. Матеріалъ этотъ, по справедливому мнѣнію проф. *Мари*, находится въ рукахъ «тѣхъ врачей и ветеринаровъ, которые работаютъ въ глубинѣ земской Россіи».

Приведенныя выше соображенія проф. *Мари* нѣсколько раньше были высказаны на страницахъ мѣстнаго, малораспространеннаго органа «Санитарнаго Обзора Тамбовской губерніи». Пишущій эти строки въ № 8 упомянутаго «Обзора» за 1902 годъ сообщилъ 2 случая смерти отъ бѣшенства послѣ своевременно продѣланнаго курса лѣченія прививками, а въ № 11 «Обзора» за тотъ же годъ, д-ръ *Ханелесъ*, приведя еще нѣсколько подобныхъ случаевъ, высказывается слѣдующимъ образомъ: «Такимъ образомъ, по одной Тамбовской губерніи и за сравнительно небольшой періодъ времени, мы имѣемъ 6 случаевъ бѣшенства, въ которыхъ специфическое лѣченіе не принесло никакой пользы, а сколько еще остается случаевъ, и неизвѣстныхъ врачамъ, и не опубликованныхъ ими. Невольно и у меня, какъ и у д-ра *Рубинова*, возникаетъ цѣлый рядъ неутѣшительныхъ вопросовъ, насколько предохранительныя прививки обезпечиваютъ отъ заболѣванія бѣшенствомъ и дѣйствительно-ли мы имѣемъ въ *Pasteur*'овскихъ прививкахъ такое могучее средство. Статистическія данныя говорятъ за пониженіе % смертности со времени введенія прививокъ, но если принять во вниманіе, что изъ лѣченныхъ на *Pasteur*'овскихъ станціяхъ часть укушены не бѣшенными, а только подозрительными собаками, а изъ укушенныхъ бѣшенными животными заболѣваютъ даже безъ лѣченія далеко не всѣ, при чемъ многіе изъ заболѣвшихъ послѣ лѣченія остаются неизвѣстными— эти благопріятныя статистическія свѣдѣнія во всякомъ случаѣ нуждаются въ пересмотрѣ и провѣркѣ».

Въ 1903 году, въ № 5 того-же «Обзора» сообщенъ еще 1 случай заболѣванія и смерти отъ бѣшенства послѣ курса лѣченія прививками, и у меня съ тѣхъ поръ накопилось еще 2 подобныхъ наблюденія, почему я и считаю своимъ долгомъ въ интересахъ статистики привести всѣ свои случаи въ томъ порядкѣ, какъ я ихъ наблюдалъ.

За время моей 5-лѣтней земской работы мнѣ приходилось неоднократно отправлять укушенныхъ, исключительно собаками, въ Московскій *Pasteur*'овскій Институтъ, гдѣ Тамбовскимъ земствомъ содержатся нѣсколько коекъ. Къ сожалѣнію, я не могу привести точнаго числа отправленныхъ мною за этотъ періодъ, но приблизительно, думаю, оно равно 40—50. Отправляю я всякаго укушеннаго, который заявляетъ, что укушенъ подозрительной собакой. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ собака имѣется на лицо, при томъ обычно уже убитая, я отправляю ее для вскрытія къ мѣстному ветеринарному врачу. Послѣ микроскопическаго осмотра ветеринарный врачъ обычно даетъ свое заключеніе, что собака оказалась подозрительной по отношенію къ бѣшенству. Изъ частныхъ бесѣдъ съ нѣсколькими ветеринарными врачами выяснилось, что другого отвѣта они дать не могутъ, ибо для отрицанія бѣшенства, не наблюдавъ больной собаки, нужно и микроскопическое изслѣдованіе мозга и экспериментальная провѣрка путемъ прививокъ эмульсіи даннаго мозга здоровому животному, что, конечно, недоступно ни земскимъ, ни правительственнымъ ветеринарамъ, работающимъ въ сельской Россіи.

Перехожу теперь къ описанію своихъ 4 наблюденій:

1) Лѣтомъ 1901 г. я отправилъ въ Москву въ одинъ и тотъ же день 4-хъ человѣкъ, укушенныхъ одной собакой, которая обнаруживала всѣ обычные признаки бѣшенства. У 3-хъ взрослыхъ людей раны и ссадины имѣлись на конечностяхъ, у 4 го-же—9-лѣтняго мальчика отмѣчена небольшая поверхностная ранка на лбу. Обычно я промываю раны карболовой кислотой (5%) и прижигаю азотной кислотой. Всѣ укушенные немедленно отправлены въ Москву и доставлены на *Pasteur*'овскую станцію на 6-й день, считая со дня укушенія. 3-е взрослыхъ вернулись черезъ 2 недѣли обратно, мальчикъ-же умеръ на станціи послѣ 18 прививокъ—при явленіяхъ бѣшенства, какъ сообщили мнѣ впослѣдствіи станціонные врачи.

2) Крестьянка, А. В., 39 л. 29/v 1902 г. укушена собакой. Черезъ нѣсколько часовъ она обратилась въ амбуляторію, гдѣ отмѣчены на правой кисти нѣсколько царапинъ и поверхностныхъ кожныхъ ранокъ. Мѣстный ветеринарный врачъ далъ свое заключеніе (по вскрытіи собаки), что она страдала бѣшенствомъ. На другой-же день А. В. отправлена въ Москву вмѣстѣ съ 3-мя другими крестьянами, укушенными той-же собакой. Больная пробыла въ Институтѣ 13 дней, за каковое время ей были сдѣланы 14 прививокъ. Вернувшись домой она пользовалась хорошимъ здоровьемъ до 23/vп. Въ этомъ день она явилась ко мнѣ на пріемъ съ жалобой на общее недомоганіе, боли въ правомъ плечѣ. 27/vп у больной появилась рѣзкая водобоязнь и 28/vп она умерла при полной клинической картинѣ бѣшенства. (Клиническая исторія болѣзни А. В. напечатана въ № 8 «Санитарныхъ обзоровъ Тамбовской губерніи», за 1902 г.).

3) Дочь мастерового, Н. Х., 8 л., 6/vi 1903 г. укушена собакой. 7/vi мною отмѣчены у дѣвочки царапины на кисти лѣвой руки. Мѣстный ветеринарный врачъ *А. П. Козыревъ*, по вскрытіи собаки, далъ свое заключеніе, что она страдала бѣшенствомъ. Въ виду «Временныхъ Правилъ», требующихъ увѣдомленія начальника желѣзно-дорожной станціи за 48 часовъ до отправки укушенныхъ, дѣвочка 9/vi отправлена въ Москву и 11/vi утромъ, т. е., на 5-й день послѣ укушенія, принята на станцію, гдѣ ей въ тотъ-же день сдѣланы 2 прививки, а затѣмъ еще 12 прививокъ въ теченіи 13 дней [1]). 24/vi дѣвочка вернулась домой и пользовалась хорошимъ здоровьемъ до 12/vп. Въ этотъ день появились предвѣстниковыя явленія въ видѣ общаго недомоганія, потери позыва на ѣду, болей въ лѣвой рукѣ, а 14-го обнаружена водобоязнь. Впродолженіе 15-го и 16-го іюля развилась полная картина бѣшенства съ судорогами, пѣной у рта, боязнью жидкостей и свѣта, неистовыми криками, а въ ночь съ 16-го на 17-е наступило параличное состояніе и смерть [2]).

4) Крестьянскій мальчикъ, Р. В., 11 л., 2/ш 1904 г. укушенъ собакой. 5/ш, желѣзнодорожный мастеръ, хозяинъ собаки, довелъ до свѣдѣнія родителей, что собака, по видимому, бѣшенная, почему 6/ш мальчика привели ко мнѣ на пріемъ. У мальчика на щекѣ мною отмѣчены незначительныя ссадины. Въ этотъ-же день онъ отправленъ въ Москву и 7/ш, на 5-й день послѣ укушенія, принятъ на станцію, гдѣ пробылъ до 25/ш. По словамъ отца, мальчику сдѣланы около 20 прививокъ. 26/ш Р. В. вернулся домой и чувствовалъ себя здоровымъ до 7/iv. 7/iv появилось общее недомоганіе, потеря позыва на ѣду, возбужденное состояніе, головныя боли. 9-го прислали за мною за 15 верстъ, но къ моему пріѣзду въ тотъ-же день мальчикъ уже умеръ. Изъ разспросовъ выяснилось, что у мальчика за эти дни развилась водобоязнь, судорогъ не было, но незадолго до смерти наступили параличи, начиная съ ногъ.

Сообщая свои случаи исключительно въ интересахъ статистики и не беря на себя смѣлости дѣлать на основаніи ихъ какіе-либо выводы, я не могу, однако, скрыть, что наблюденія мои поколебали во мнѣ прежнюю вѣру въ значеніе специфическаго лѣченія предохранительными прививками. Во всѣхъ приведенныхъ мною случаяхъ укушенные попадали на станцію въ общемъ своевременно, на 5-й—6-й день послѣ укушенія; послѣ прививокъ до начала продромальныхъ явленій прошло во 2-мъ случаѣ 5 недѣль, въ 3-мъ—18 дней, въ 4-мъ—12 дней, т. е., сроки достаточные для развитія невоспріимчивости. Затѣмъ не могу не указать на то, что продѣланный курсъ лѣченія прививками нисколько не повліялъ на клиническое теченіе болѣзни, которая протекала такъ-же бурно, какъ и у непривитыхъ и такъ-же быстро вела къ смертельному исходу.

Въ заключеніе я считаю своимъ долгомъ привести одно соображеніе, высказанное какъ мною при сообщеніи своего 2-го случая, такъ и нѣкоторыми другими врачами въ засѣданіи Борисоглѣбскаго медицинскаго Общества. Соображеніе это слѣдующее: «Не зависятъ-ли неудачи отъ неудовлетворительныхъ качествъ прививного матеріала»? При томъ огромномъ наплывѣ укушенныхъ, который наблюдается на станціяхъ, эта мысль напрашивается сама собой и, высказывая ее, мы нисколько не хотимъ бросить тѣни на почтенныя учрежденія и врачей, стоящихъ въ ихъ главѣ.

[1]) Свѣдѣнія о числѣ прививокъ я сообщаю со словъ самихъ больныхъ или ихъ провожатыхъ.

[2]) Клиническая исторія болѣзни этой больной сообщена мною Борисоглѣбскому медицинскому Обществу.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Заразныя заболѣванія въ Петербургѣ въ 1903 г. [1]).

На основаніи данныхъ смертности и свѣдѣній санитарныхъ карточекъ, доставляемыхъ въ городское санитарное бюро о заразныхъ заболѣваніяхъ врачами и больничными учрежденіями города, позволяю себѣ сдѣлать краткій очеркъ распространенія въ 1903 г. въ Петербургѣ главнѣйшихъ, въ смыслѣ опасности развитія эпидемій или постояннаго ихъ существованія, формахъ заразныхъ болѣзней.

По смертности населенія 1903 г. не явился такимъ благопріятнымъ и выдающимся, какъ предшествовавшій 1902 г. Въ 1902 г. умерло въ Петербургѣ, безъ пригородовъ: 15740 мужчинъ и 12934 женщинъ, т. е. 28674 обоего пола, а въ пригородахъ 3135 мужчинъ и 2523 женщинъ, т. е. 5658 обоего пола.

Въ 1903 г. умерло: въ городѣ—мужчинъ 17574, женщинъ 14215 и обоего пола 31789; въ пригородахъ—мужчинъ 3674, женщинъ 3074, а обоего пола 6748.

Естественный приростъ населенія въ 1903 г. въ городѣ = +7370 обоего пола, а въ пригородѣ онъ былъ отрицательный = — 250 обоего пола, т. е. рождаемость преобладала надъ смертностью.

Общій коэффиціентъ смертности для города (безъ пригородовъ) выразился, для обоего пола, — въ 23,8 на 1000 жителей; соотвѣтственные коэффиціенты за предыдущія 5 лѣтъ были: въ 1902 г.—21,8, въ 1901 г.—23,5, въ 1900 г.—24,5, въ 1899 г.—23,2, въ 1898 г.—24,6, въ 1897 г.—23,9 на 1000 населенія.

Въ пригородахъ Петербурга коэффиціентъ смертности всегда былъ болѣе высокъ, чѣмъ въ городскихъ частяхъ. На 1000 жителей обоего пола умерло въ пригородахъ: въ 1903 г.—30,4, въ 1902 г.—25,8, въ 1901 г. — 30,1, въ 1900 г.—30,9, въ 1899 г. — 29,3, въ 1898 г.—31,1, въ 1897 г.—29,6.

Не останавливаясь на выясненіи общей смертности населенія Петербурга въ 1903 г., я имѣю въ виду въ настоящемъ очеркѣ привести лишь нѣсколько статистическихъ данныхъ относительно распространенія въ населеніи столицы, въ 1903 г., главнѣйшихъ болѣзней, съ которыми боролся городской санитарный эпидеміологическій надзоръ: тифовъ—брюшного, сыпного и возвратнаго, натуральной оспы, скарлатины, дифтеріи и кори.

Всѣхъ «санитарныхъ карточекъ» было получено «городскимъ санитарнымъ бюро» въ 1903 г. изъ больничныхъ учрежденій и отъ практикующихъ врачей въ столицѣ — 18882, — значительно больше, чѣмъ въ предшествовавшіе годы, но меньше, чѣмъ, въ среднемъ, за все послѣднее 10-лѣтіе.

Санитарныхъ карточекъ было доставлено: въ 1902 г.—16923, въ 1901 г. — 23669, въ 1900 г. — 21947, въ 1899 г. — 20312, въ 1898 г.—21166, въ 1897 г.—23482, въ 1896 г.—26212, въ 1895 г. - 16643, въ 1894 г.—17369.

Количество санитарныхъ карточекъ, доставляемыхъ практикующими въ столицѣ врачами и больничными учрежденіями въ городское санитарное бюро, конечно, не отвѣчаетъ истинному числу записываемыхъ заразныхъ заболѣваній. Извѣщенія о случаяхъ заразныхъ, подлежащихъ эпидеміологическому надзору и санитарнымъ мѣропріятіямъ, хотя и требуются по закону, но далеко не всѣми исполняются и въ Петербургѣ очень значительное количество заразныхъ заболѣваній, особенно дѣтскихъ, ускользаютъ отъ вѣдѣнія городскихъ санитарныхъ врачей. Несомнѣнно нѣкоторое число больныхъ остается и совсѣмъ безъ пользованія врачами и поэтому также оказываются неизвѣстными для городского санитарнаго надзора.

Нѣкоторыя болѣзни, какъ, напр., коклюшъ, родильная горячка, эпидемическая заушница, фиброзное воспаленіе легкихъ и др. регистрируются санитарными карточками лишь случайно;—извѣщаютъ о нихъ санитарныхъ врачей по преимуществу только въ случаяхъ, когда требуется участіе санитарнаго врача въ принятіи мѣръ. Число санитарныхъ карточекъ о случаяхъ заболѣваній указанными формами бываетъ во много разъ меньше истиннаго, иногда не превышаетъ числа умершихъ отъ тѣхъ-же болѣзней, почему разработка статистическаго матеріала представляемаго санитарными карточками для нѣкоторыхъ формъ заразныхъ болѣзней не заслуживаетъ вниманія. Статистическія данныя о смертности, по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти, даютъ болѣе вѣрную картину распространенія нѣкоторыхъ изъ этихъ болѣзней.

Распредѣленіе больныхъ, о которыхъ были доставлены свѣдѣнія санитарными карточками, по главнѣйшимъ болѣзнямъ, приведено въ слѣдующей таблицѣ, въ которой сопоставлены для сравненія данныя за 6 послѣднихъ лѣтъ:

[1]) Изъ сообщенія въ научномъ собраніи врачей Петербургской санитарной коммиссіи.

	1898 г.	1899 г.	1900 г.	1901 г	1902 г.	1903 г.
тифъ сыпной . . .	115	150	172	70	95	288
» брюшной . . .	7242	5550	4227	5757	3217	3472
» возвратный . .	8	155	260	26	2	592
» безъ опр. фор. и смѣш. . .	54	38	46	7	12	6
оспа натуральная . .	295	428	1027	223	463	708
» вѣтряная . .	638	653	979	1157	1000	1128
корь	3203	4889	4062	4998	4236	5455
скарлатина . . .	2187	1805	3136	4068	2311	2048
дифтерія	4878	3947	4142	4671	3200	3149

Чтобы видѣть, насколько полна запись заразныхъ заболѣваній путемъ «санитарныхъ карточекъ», въ слѣдующей таблицѣ числа санитарныхъ карточекъ сопоставлены съ числами умершихъ отъ тѣхъ-же болѣзней по «медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти», также за 6 послѣднихъ лѣтъ:

	1898 г.		1899 г.		1900 г.		1901 г.		1902 г.		1903 г.	
	санит. карт.	умерло	санит. карт.	умерло	санит. карт.	умерло	санит. карт.	умерло	санит. карт.	умерло	санит. карт.	умерло
сыпной тифъ . . .	115	17	150	22	172	25	70	9	95	24	288	43
брюшной »	7242	1035	5550	899	4227	836	5757	938	3217	575	3472	622
возвратн. »	8	2	155	12	260	15	26	2	2	—	592	22
неопред. и смѣш. тифъ	54	19	38	12	46	14	7	12	12	9	6	13
оспа натур.	295	83	426	105	1027	263	223	42	463	67	708	153
корь	3203	394	4876	661	4062	592	4998	707	4236	650	5455	918
скарлатина . . .	2187	643	1793	505	3136	732	4068	762	2311	433	2048	384
дифтерія	4878	1154	3969	1031	4142	1085	4671	1185	3200	766	3149	622 [1])

Относительно больныхъ тифомъ, натуральной оспою, скарлатиной и дифтеріей санитарныя карточки посылаются больничными учрежденіями и практикующими врачами съ каждымъ годомъ все аккуратнѣе, но всё-таки и въ 1903 г. доставленіе ихъ нельзя признать вполнѣ достаточнымъ, особенно въ нѣкоторыхъ частяхъ города.

Недостаточность записи видна изъ приводимаго ниже сопоставленія дѣйствительнаго количества полученныхъ санитарныхъ карточекъ и того числа извѣщеній, на какое можно было бы разсчитывать на основаніи данныхъ смертности. По количеству умершихъ и зная среднюю смертность для каждой болѣзни, по даннымъ больничныхъ учрежденій, можно вычислить съ приблизительной, конечно, вѣроятностью доставленія какого числа санитарныхъ карточекъ возможно ожидать въ теченіи года для каждой болѣзни въ отдѣльности. Цифры, полученныя при такомъ разсчетѣ, не точны, такъ какъ всегда остается неизвѣстнымъ % смертности для больныхъ, остававшихся на пользованіи на дому, но онѣ вѣроятны и будутъ наименьшими, какія можно предположить, такъ какъ % смертности берется высокій, большій наблюдаемаго обыкновенно въ практикѣ врачей.

На основаніи такого разсчета можно придти для 1903 г. къ заключенію, что разница между числомъ дѣйствительно полученныхъ санитарныхъ карточекъ и тѣмъ числомъ ихъ, на какое можно было бы разсчитывать, судя по даннымъ смертности, для тифовъ, оспы, скарлатины и дифтеріи—не особенно велика; доставку санитарныхъ карточекъ при этихъ заболѣваніяхъ можно признать близкимъ къ удовлетворительному и матеріалъ санитарныхъ карточекъ пригоднымъ для статистической разработки и нѣкоторыхъ выводовъ.

Сыпной тифъ, очень слабо развитый въ Петербургѣ во все послѣднее 5-лѣтіе и встрѣчавшійся разбросаннымъ по всѣмъ городскимъ частямъ въ формѣ спорадическихъ случаевъ, занесенныхъ изъ окраинъ города или пріѣзжими изъ другихъ губерній, въ началѣ 1903 г. значительно усилился и принялъ было угрожающіе размѣры.

Въ январѣ было 78 случаевъ заболѣванія, въ февралѣ 91, въ мартѣ 44, въ апрѣлѣ 27 и въ маѣ 40 случаевъ, затѣмъ сыпной тифъ быстро сталъ уменьшаться и въ концѣ года почти совсѣмъ исчезъ; небольшое повышеніе числа заболѣваній замѣчено было только въ сентябрѣ — 16 заболѣваній. Наибольшія числа больныхъ сыпнымъ тифомъ установлены были въ 1902 году въ Нарвской (15), Московской (16) и Александро-Невской (23) частяхъ города; въ послѣдней сыпной тифъ сосредоточился преимущественно въ концѣ года. Въ 1903 году сыпной тифъ продолжался развиваться преимущественно въ Александро-Невской части (79 заболѣваній или 6 на 10000 населенія обоего пола) и въ сосѣдней Рождественской (68 заболѣваній или 6 на 10000 населенія); изъ другихъ частей города сыпной тифъ былъ наиболѣе развитъ въ Коломенской части (29 случаевъ или 4 на 10000 населенія) и въ Нарвской (36 случаевъ или 3 на 10000 населенія). Въ указанныхъ 4 частяхъ города записано болѣе ²/₃ всѣхъ заболѣвшихъ въ городѣ сыпнымъ тифомъ, въ остальныхъ 8 частяхъ города сыпной тифъ встрѣчался въ спорадическихъ отдѣльныхъ случаяхъ, не давая гнѣздъ и очаговъ распространенія заразы.

Заболѣвшія сыпнымъ тифомъ женщины составили въ 1903 г. 29%; а въ 1902 году 23%. Почти всѣ больные были «бѣдные», богатыми отмѣчено только 2, и 8 зажиточными. Болѣли взрослые; въ возрастѣ до 5 лѣтъ записаны 1 больная, отъ 6 до 10 л.—2 и 11—15 л.—16 больныхъ. Такой же характеръ сыпного тифа, какъ болѣзни преимущественно лицъ взрослыхъ, мужского пола и бѣднѣйшаго класса населенія—наблюдался и въ предыдущіе годы и въ спокойное время и во время эпидемій.

Жили заболѣвшіе сыпнымъ тифомъ преимущественно въ угловыхъ квартирахъ (80 больныхъ), въ артеляхъ (80) въ ночлежныхъ домахъ (46) и въ семейныхъ квартирахъ (64). Больные почти всѣ отмѣчены въ санитарныхъ карточкахъ отправленными на лѣченіе въ больницы; только 4 находились на пользованіи дома. Такимъ образомъ, почти всѣхъ больныхъ сыпнымъ тифомъ въ 1903 г. удалось уединить въ больницахъ, и въ этомъ, быть можетъ, лежитъ одно изъ главнѣйшихъ условій успѣха борьбы съ сыпнымъ тифомъ, не развившимся до эпидеміи.

Больные *возвратнымъ тифомъ* за весь 1902 годъ наблюдалось только 2, а умершихъ не было ни 1-го; въ этомъ году въ Петербургѣ, можно сказать, возвратный тифъ не существовалъ. Въ 1903 году возвратный тифъ уже съ 1-ыхъ же мѣсяцевъ проявилъ наклонность къ усиленному распространенію. Огромное сравнительно развитіе возвратный тифъ имѣлъ въ Александро-Невской (232 заболѣваній; 18 на 10000 населенія) и затѣмъ въ Нарвской (101 заболѣваній; 8 на 10000 населенія) частяхъ города; значительно больше ¹/₂ всѣхъ случаевъ возвратнаго тифа пришлись на эти 2 части города; въ другихъ мѣстностяхъ города возвратный тифъ продолжалъ встрѣчаться въ формѣ отдѣльныхъ случайныхъ заболѣваній.

Въ маѣ и въ іюнѣ, а затѣмъ въ ноябрѣ и декабрѣ замѣчалась небольшая разбросанность возвратнаго тифа по различнымъ участкамъ города. Александро-Невская, Нарвская и отчасти Спасская части имѣютъ наибольшее количество ночлежныхъ пріютовъ и постоялыхъ дворовъ, явившихся и въ 1903 году главнѣйшими поставщиками больныхъ возвратнымъ тифомъ. Какъ и во время бывшихъ эпидемій возвратнаго тифа въ Петербургѣ, такъ и въ настоящее время приходится устанавливать фактъ, что ночлежные пріюты и постоялые дворы оказываются первыми поставщиками больныхъ возвратнымъ тифомъ; это всегда первые очаги распространенія заразы. Въ началѣ эпидеміи или вообще въ началѣ усиленнаго распространенія возвратнаго тифа имъ заболѣваютъ почти исключительно обитатели ночлежныхъ домовъ. Изъ общаго числа 602 больныхъ возвратнымъ тифомъ 107 или 33% поступили изъ ночлежныхъ домовъ и пріютовъ; 106 или 17% изъ угловыхъ квартиръ, 80 или 13% или артелей, и 91 больной (15%) совсѣмъ не указали своего мѣстожительства или дали не вѣрный адрессъ; въ числѣ ихъ было несомнѣнно много лицъ, дѣйствительно не имѣвшихъ опредѣленнаго мѣстожительства и бродившихъ по ночлежнымъ пріютамъ и постоялымъ дворамъ. Мужчины составили 90% всѣхъ больныхъ возвратнымъ тифомъ, а взрослые отъ 15 лѣтъ и выше 94%. Между заболѣвшими оказалось довольно много лицъ, только что прибывшихъ въ Петербургъ, по видимому, принесшихъ съ собой и заразу. Всѣ больные, исключая 1-го, отмѣченнаго достаточнымъ, были «бѣдные». Только 27 больныхъ, т. е. 4% оставались для пользованія на дому, всѣ остальные были помѣщены въ больницы.

Брюшной тифъ въ 1903 году нѣсколько увеличился въ сравненіи съ предшествовавшимъ годомъ, но былъ слабѣе развитъ, чѣмъ въ другіе годы послѣдняго 5-лѣтія. Брюшной тифъ все еще занимаетъ одно изъ самыхъ видныхъ мѣстъ въ общей заболѣваемости и смертности населенія и болѣе развитъ, чѣмъ въ 5-лѣтіе 1890—1894 гг.

Распредѣлялись больные брюшнымъ тифомъ въ 1902 г. и 1903 г. по отдѣльнымъ частямъ города слѣдующимъ образомъ

[1]) Въ 1903 году въ число умершихъ отъ дифтеріи включены и умершіе отъ «крупа» согласно новой номенклатурѣ болѣзней, утвержденной Медицинскимъ Совѣтомъ Мин. внутр. дѣлъ и обязательной для врачебныхъ учрежденій и врачей всѣхъ вѣдомствъ.

Части города.	Населеніе по переписи 15/XII 1900 г.	Санит. карточ.		Умерло об. пола.		На 10000 населенія. Санит. карточ.		Умерло об. пола.	
		1902	1903	1902	1903	1902	1903	1902	1903
Адмиралтейская	40421	67	53	8	8	16	13	2	2
Казанская . .	57397	102	89	17	18	18	15	3	3
Спасская . .	112066	254	262	38	43	22	23	3	4
Коломенская . .	71666	182	129	23	35	25	18	3	5
Нарвская . . .	121890	341	310	58	74	28	25	5	6
Московская . .	154746	345	371	46	43	22	24	3	3
Алекс.-Невская	124856	314	327	61	57	25	26	5	5
Рождественская	105225	279	303	47	52	26	29	4	5
Литейная . .	114076	172	152	29	33	15	13	2	3
Васильевская	130778	511	737	95	106	39	56	7	8
Петербургская .	119813	499	558	60	63	41	47	5	5
Выборгская I и II уч.	66063	151	181	46	60	23	27	7	9
Пригородные участки:									
Лѣсной	22320	—	—	18	12	—	—	8	6
Шлиссельбургскій	78910	—	—	67	48	—	—	8	6
Полюстровскій .	20854	—	—	13	9	—	—	7	5
Петергофскій .	68458	—	—	38	41	—	—	6	6

Наиболѣе былъ развитъ брюшной тифъ въ зарѣчныхъ частяхъ города и по окраинамъ города. Центральныя части города дали наименьшія числа заболѣваній. Такое-же пространственное распредѣленіе брюшного тифа наблюдалось и въ прежніе годы; неблагополучіе зарѣчныхъ частей, дающихъ вдвое больше больныхъ сравнительно съ количествомъ населенія, чѣмъ центральныя части города, выступило въ нѣкоторые года даже болѣе рельефно. Малое количество (181) доставленныхъ санитарныхъ карточекъ о заболѣвшихъ брюшнымъ тифомъ въ Выборгской части города при относительно большомъ числѣ умершихъ (60) заставляетъ предполагать, что врачи Выборгской части особенно тщательно посылали санитарныя карточки; тоже въ этой части наблюдалось и въ прошломъ году. Выборгская часть отличается вообще малой густотой населенія, бѣдностью послѣдняго и небольшимъ числомъ практикующихъ въ этой части города врачей; можно предполагать, что въ этой части города болѣе чѣмъ въ другихъ частяхъ значительная часть больныхъ остается безъ пользованія у врачей и лѣчится у фельдшеровъ и т. д.

Заслуживаетъ также вниманія постоянное и довольно равномѣрное существованіе брюшного тифа во всѣхъ частяхъ города. Это болѣзнь является для Петербурга эндемической, формой, прочно въ ней укоренившейся и имѣющей свой характеръ распространенія въ зависимости отъ особыхъ условій мѣстности. Попытокъ объяснить ежегодное усиленіе брюшного тифа въ осенніе мѣсяцы и высокую интензивность его въ зарѣчныхъ частяхъ города существуетъ нѣсколько. Рабочіе, прибывающіе въ столицу въ огромномъ числѣ весной, на лѣтнія работы, скоро изнуряются, организмы ихъ слабѣютъ и черезъ 3—4 мѣсяца жизни въ Петербургѣ они становятся болѣе воспріимчивыми къ заразѣ брюшного тифа; большинство этихъ рабочихъ, несомнѣнно пьютъ Невскую воду не кипяченой, иногда употребляютъ воду для питья и изъ загрязненныхъ каналовъ и рѣчекъ города. Зарѣчныя части города (Васильевская, Петербургская и Выборская) до сихъ поръ пользуются для водоснабженія нефильтрованной Невской водой; особенно недоброкачественна вода, проведенная на Васильевскій островъ и брюшной тифъ въ этой части города всегда болѣе сильно развитъ, чѣмъ гдѣ-либо въ другомъ мѣстѣ города. Съ 1903 года во всѣхъ центральныхъ частяхъ города установлены въ домахъ водомѣры и упорядочено дѣло водоснабженія города: количество воды, потребляемой въ городѣ, значительно уменьшилось, но вмѣстѣ съ тѣмъ улучшилась очистка воды въ городскихъ центральныхъ фильтрахъ. Въ будущемъ необходимо выяснить, насколько улучшеніе очистки воды, доставляемой городскимъ водопроводомъ, отразилось на уменьшеніи заболѣваемости брюшнымъ тифомъ въ центральныхъ частяхъ города.

Заболѣвали брюшнымъ тифомъ преимущественно взрослые, но болѣе молодого возраста. Несоотвѣтствіе данныхъ смертности и заболѣваемости, особенно въ дѣтскомъ возрастѣ, заставляетъ предполагать, что о дѣтяхъ, заболѣвшихъ брюшнымъ тифомъ, и въ большинствѣ остающихся для пользованія на дому, вслѣдствіе крайняго недостатка дѣтскихъ больницъ въ Петербургѣ врачи доставляютъ санитарныя карточки въ недостаточномъ количествѣ, иначе приходится допустить очень высокую смертность отъ брюшного тифа въ дѣтскомъ возрастѣ, не наблюдающуюся ни въ больницахъ, ни въ практикѣ думскихъ врачей.

Своимъ отношеніемъ къ ночлежнымъ пріютамъ, къ постоялымъ дворамъ брюшной тифъ рѣзко отличается отъ сыпного и возвратнаго тифовъ; заболѣванія имъ наблюдались въ наибольшемъ числѣ въ 40% въ семейныхъ квартирахъ, затѣмъ въ углахъ, т. е. въ квартирахъ со скученными жильцами, нанимающими углы—26%, въ артеляхъ—17%, въ разнаго рода мастерскихъ 5%, въ меблированныхъ комнатахъ—4% и т. д., изъ ночлежныхъ пріютовъ больныхъ брюшнымъ тифомъ поступило всего 36 лицъ, т. е. 1% общаго числа больныхъ; такимъ отношеніемъ къ ночлежнымъ пріютамъ брюшной тифъ особенно рѣзко отличается отъ возвратнаго,—230 или 7% больныхъ лѣчились дома. Хотя между брюшно-тифозными больными большинство лицъ неимущаго класса населенія, но и лицъ достаточныхъ—120 чел.—4% и даже богатыхъ 12 чел., записано больше, чѣмъ между другими формами тифа.

Натуральной оспы занесено санитарными карточками 463 случаевъ; мужчинъ 65% и женщинъ 35%. Послѣ вспышки эпидемическаго характера лѣтомъ 1900 г. натуральная оспа въ Петербургѣ хотя и ослабѣла, но не исчезла, и наблюдалась въ отдѣльныхъ случаяхъ во всѣ мѣсяцы года и почти во всѣхъ частяхъ города, а въ концѣ 1902 г. (въ декабрѣ—134 заболѣванія) проявила даже наклонность къ быстрому распространенію. Въ январѣ 1903 г. усиленіе оспы продолжалось (въ январѣ—181 заболѣваній), но затѣмъ съ февраля (111 заболѣваній) числа больныхъ натуральною оспою стали быстро уменьшаться и въ августѣ (7 заболѣваній) и въ сентябрѣ (11 заболѣваній) наблюдались уже только спорадическіе случаи. Въ зимніе мѣсяца оспа опять нѣсколько усилилась.

Въ 1900 г. натуральная оспа имѣла наибольшее распространеніе въ Спасской части города (24 заболѣванія на 10000 населенія), въ Выборгской (11 на 10000) и въ Александро Невской (8 на 10000). Въ 1902 г. она наблюдалась по преимуществу по окраинамъ города и особенно въ Александро-Невской части города (8 заболѣваній на 10000 населенія). Въ 1903 г. она съ особой силой продолжала развиваться въ Александро-Невской части города и въ сосѣднихъ съ ней Московской и Рождественской частяхъ города; по окраинамъ столицы—части: Нарвская, Васильевская, Петербургская,—она за годъ дала также 5 заболѣваній на 10000 населенія.

Заболѣвшіе натуральною оспою и умершіе отъ нея, обоего пола, имѣвшіе отмѣтку числа лѣтъ, распредѣлились по возрасту въ 1902 и 1903 годахъ:

	Заболѣвшіе (санит. карточки)				Умершіе (медиц. свид. о смерти)				На 100 санит. карт. пришлось умершихъ.		На 10000 населенія заболѣваній.	
	абсолютн. число.		%-ное отношеніе.		абсолютн. число.		%-ное отношеніе.					
	1902	1903	1902	1903	1902	1903	1902	1903	1902	1903	1902	1903
до 5 лѣтъ	74	129	16,4	18,7	39	85	58,2	55,6	53	66	6	14
6—10 »	29	33	6,4	5,0	1	10	1,5	6,5	4	30	4	4
11—15 »	33	42	7,3	6,1	1	2	1,5	1,3	3	5	3	4
16 лѣтъ и выше . .	315	484	69,9	70,2	26	56	38,8	36,6	8	12	3	5

Обращаетъ на себя вниманіе большое относительно число взрослыхъ заболѣвшихъ натуральной оспою. Такое-же отношеніе къ возрасту натуральной оспы наблюдалось въ Петербургѣ и раньше, хотя преобладаніе взрослыхъ больныхъ и не было столь значительно.

Несоотвѣтствіе между числами заболѣвшихъ дѣтей до 5 лѣтъ и умершими отъ натуральной оспы въ томъ-же возрастѣ позволяетъ предполагать очень высокую смертность между больными дѣтьми, но возможно, и даже вѣроятнѣе, допустить, что многія больныя дѣти, оставаясь безъ врачебной помощи, ускользаютъ отъ городского санитарно-эпидеміологическаго надзора, такъ какъ извѣщенія, т. е., санитарныя карточки о нихъ не поступаютъ. Между заболѣвшими натуральной оспою 49 лицъ (въ 1902 г.—51) отмѣчены «достаточными» и даже нѣсколько «богатыми»; это указываетъ, что въ Петербургѣ и достаточные люди относятся безъ должнаго вниманія, небрежно, къ оспопрививанію и тѣмъ не предохраняютъ себя отъ зараженія, не смотря на полную общедоступность дѣла оспопрививанія въ Петербургѣ, особенно въ послѣдніе годы. Въ 56 случаяхъ врачи имѣли возможность отмѣтить вѣроятный источникъ или путь распространенія заразы; въ большинствѣ это были повторныя заболѣванія въ той-же квартирѣ, 13 заразились въ чужой квартирѣ и т. д.

Изъ больныхъ, посѣщенныхъ санитарными врачами, очень большое число—210—жили въ угловыхъ квартирахъ, затѣмъ 79—въ артеляхъ, 45—въ мастерскихъ, 52—въ ночлежныхъ пріютахъ, 31—въ меблированныхъ комнатахъ и т. д., но, все-таки, около 1/3 всѣхъ больныхъ жили въ «семейныхъ квартирахъ».

Дифтерія въ Петербургѣ начала усиленно развиваться съ 1894 г. и въ теченіи 5 лѣтъ, 1897—1901 гг., имѣла характеръ грозной эндеміи, ежегодно унося почти одинаковое число жертвъ, давая въ годъ отъ 4142 до 5748 заболѣваній и отъ 1031 до 1717 смертей; въ послѣдніе-же 2 года дифтерія стала замѣтно ослабѣвать и въ 1902 г. было уже 3200 заболѣваній, при 766 умершихъ, а въ 1903 г.—3137 заболѣваній при 639 умершихъ. Въ послѣднее число вошли и умершіе отъ крупа, которые ранѣе записывались отдѣльно. Въ 1903 г. умершихъ отъ крупа въ

Петербургѣ, по даннымъ статистики смертности, было 55 обоего пола (23 мужчины и 22 женщины), которые по возрасту распредѣлились такъ: до 1 г.—7, отъ 2 до 5 л.—32 и отъ 6 до 10 л.—6 челов. Такъ какъ числа умирающихъ отъ крупа въ Петербургѣ не велики, то включеніе ихъ въ группу дифтерійныхъ не измѣнитъ общихъ выводовъ относительно послѣдней; кромѣ того, исключать умершихъ отъ крупа въ 1903 г. изъ группы дифтеріи не представляется удобнымъ, потому что впредь въ послѣдующіе годы, въ виду обязательности новой номенклатуры, въ которой дифтерія и крупъ соединены въ одну группу, дифтерія всегда будетъ записываться вмѣстѣ съ крупомъ.

Между заболѣвшими и умершими отъ дифтеріи преобладалъ женскій полъ: 51,6% между заболѣвшими и 52,5% между умершими (въ 1902 г.—52,4% и 50,8%). На 10000 мужского населенія столицы занесено 21 заболѣванія и 4 смерти отъ дифтеріи (въ 1902 г. 24 и 6), а на 10000 женскаго населенія 27 заболѣваній и 5 смертей (въ 1902 г. 30 и 7). Такое преобладаніе женщинъ между больными дифтеріей,—бо́льшая склонность ихъ къ заболѣванію послѣднимъ, въ Петербургѣ—явленіе почти постоянное, на которое мною уже неоднократно было обращаемо вниманіе (см. Отчеты Петербургской городской санитарной Коммиссіи).

Возрастъ больныхъ дифтеріей и умершихъ отъ нея былъ:

	Заболѣвшіе (санит. карточки) обоего пола				Умершіе (мед. свидѣт.) обоего пола.				На 100 санит. карточекъ умершихъ.	
	абсолют. число.		%.		абсолют. число.		%.			
	1902	1903	1902	1903	1902	1903	1902	1903	1902	1903
до 5 лѣтъ . .	1230	1279	38,4	40,8	571	492	74,5	77,1	46	38
6—10 лѣтъ .	845	750	26,4	23,9	139	111	18,2	17,4	16	15
11—15 »	483	456	15,1	14,5	25	15	3,3	2,4	5	3
16 и выше . .	563	577	17,6	18,4	31	20	4,0	3,1	5	3
неизв. возрастъ	79	75	2,5	2,4	—	—	—	—	—	—

По даннымъ смертности дифтерія — болѣзнь по преимуществу дѣтскаго возраста: дѣти до 5 лѣтъ составляютъ болѣе ¾ всѣхъ умершихъ отъ дифтеріи; между заболѣвшими дѣти составляютъ значительно меньшій %, едва 40% и сравнительно очень много взрослыхъ,—около 18%, тогда какъ между умершими ихъ только 3—4%. Такое различіе въ данныхъ можетъ объясняться тѣмъ, конечно, что между больными дифтеріей дѣтьми до 5 лѣтъ смертность очень высока, сравнительно съ смертностью взрослыхъ, тѣмъ, что санитарныя карточки о больныхъ дѣтяхъ доставляются менѣе аккуратно, чѣмъ о взрослыхъ, и тѣмъ, что дѣти заболѣвшія легкою формою дифтеріи остаются безъ лѣченія врачами, а къ послѣднимъ, также какъ и въ больницы поступаютъ уже съ болѣе тяжелыми формами. По мѣсяцамъ года заболѣванія и случаи смерти отъ дифтеріи за послѣднія 7 лѣтъ распредѣлялись слѣдующимъ образомъ (см. табл. А).

Табл. А.	Санитарныя карточки.							Умершіе.			На 100 санит. карточекъ умершихъ.		
	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1901	1902	1903	1901	1902	1903
январь	368	590	307	479	476	366	314	122	110	63	24	30	20
февраль	298	511	267	369	344	296	279	97	85	62	28	28	22
мартъ	361	474	256	330	360	301	265	108	87	41	30	29	15
апрѣль	351	394	233	304	380	297	233	102	74	49	27	25	21
май	433	389	257	302	369	285	217	69	71	44	24	25	20
іюнь	400	296	195	257	255	177	220	68	61	47	27	34	21
іюль	371	315	242	252	298	141	214	87	48	53	29	34	25
августъ	415	334	280	262	322	161	178	81	43	46	28	26	26
сентябрь	505	429	428	322	406	252	278	93	38	42	23	15	15
октябрь	630	445	467	424	569	290	306	119	40	58	21	14	19
ноябрь	853	381	557	443	505	318	377	108	61	41	21	17	11
декабрь	763	320	458	398	387	286	258	131	48	48	34	17	19
	5748	4878	3947	4142	4671	3200	3137	1185	766	594	25	24	19

Приведенныя данныя нѣсколькихъ лѣтъ наглядно убѣждаютъ, что дифтерія, какъ постоянная въ Петербургѣ болѣзнь, наблюдается во всѣ мѣсяцы года, не даетъ рѣзкихъ колебаній и имѣетъ постоянныя ослабленія въ лѣтніе мѣсяцы и усиленія въ зимніе. Уменьшеніе числа заболѣваній лѣтомъ можетъ быть поставлено въ связь съ уменьшеніемъ количества дѣтей въ это время въ городѣ за отъѣздомъ на дачи.

Случаи заболѣванія дифтеріей распредѣлялись по всѣмъ частямъ и участкамъ города съ очень небольшими колебаніями въ различные мѣсяцы года. Въ 1902 г. дифтерія была распредѣлена еще болѣе равномѣрно. Части города съ большимъ количествомъ дѣтей дали нѣсколько большія цифры больныхъ дифтеріей. Наибольшія числа заболѣваній по отношенію къ количеству населенія дали части города Рождественская, Петербургская и Александро-Невская; въ предшествовавшемъ году первыя мѣста также занимали части Петербургская, Рождественская, Московская; части города, отличающіяся болѣе богатымъ, зажиточнымъ населеніемъ, какъ напр. Казанская, Литейная дали больныхъ не меньше чѣмъ, въ среднемъ, всѣ остальныя части города; но въ этихъ частяхъ числа больныхъ значительно уменьшались въ лѣтніе мѣсяцы.

Около 50% всѣхъ больныхъ дифтеріей жили въ семейныхъ квартирахъ, въ 15% больные отмѣчены жившими въ «углахъ», 8% въ меблированныхъ комнатахъ, 5% въ учебныхъ заведеніяхъ, пріютахъ, 3% въ мастерскихъ и т. д. Такое-же распредѣленіе больныхъ по характеру квартиръ наблюдалось и въ прежніе годы.

Большинство больныхъ отмѣчено, конечно, бѣдными или недостаточными, но въ 476 санитарныхъ карточкахъ болѣе 15% подчеркнуты слова «достаточный» или «богатый». Хотя дифтерія, какъ большинство эпидемическихъ заразныхъ болѣзней, и имѣетъ наклонность къ большему распространенію въ бѣднѣйшихъ слояхъ населенія, тѣмъ не менѣе и въ «достаточныхъ» классахъ онъ имѣетъ широкое распространеніе, такое-же какъ скарлатина и корь. Статистическія данныя прежнихъ лѣтъ также всегда указывали на болѣе безразличное отношеніе дифтеріи къ зажиточности населенія.

Источникъ полученія заразы оставался, какъ и всегда ранѣе, въ огромномъ большинствѣ не выясненнымъ, но въ 180 случаяхъ врачи все-таки нашли возможнымъ отмѣтить полученіе зараженія въ «своей квартирѣ», въ 4—въ чужой квартирѣ, въ 15—въ больницѣ, въ 22—въ школѣ и т. д. Огромное большинство больныхъ 81% были отправлены на пользованіе въ больницы; такой-же % дифтерійныхъ больныхъ, помѣщенныхъ для лѣченія въ больницы, отмѣченъ и въ прошломъ году. Уединеніе дифтерійныхъ больныхъ въ спеціальныхъ больницахъ имѣетъ безспорное огромное значеніе, какъ санитарная мѣра, препятствующая распространенію заразы. Въ послѣдніе годы замѣчается очень важный въ этомъ отношеніи фактъ,—стремленіе и достаточныхъ жителей города помѣщать своихъ заболѣвшихъ дифтеріей членовъ семьи для лѣченія въ больницы.

Изъ больныхъ, не посѣщенныхъ санитарными врачами, у которыхъ санитарныя мѣры были приняты своими пользовавшими ихъ врачами и между которыми почти ½ отмѣчается въ санитарныхъ карточкахъ лицами достаточными, большинство также оказалось отправленными въ больницы.

Скарлатина въ своемъ распространеніи въ Петербургѣ всегда какъ-бы сопутствуетъ дифтеріи. Въ послѣднее 10-лѣтіе она такъ-же какъ и дифтерія была сильно развита въ столицѣ, имѣла постоянный характеръ, давая ежегодно близкія цифры заболѣваній и смертей, съ нѣкоторыми колебаніями въ ту и другую сторону. Случаи заболѣваній скарлатиной, по даннымъ санитарныхъ карточекъ, и умершіе отъ скарлатины распредѣлялись по годамъ (см. табл. Б).

Табл. Б.	Число санит. карточекъ.	Число умершихъ.	На 100 санит. карт. умершихъ
1891	2357	508	22
1892	1247	370	30
1893	1478	458	31
1894	1839	549	30
1895	2364	667	28
1896	3326	863	26
1897	2990	679	23
1898	2187	643	29
1899	1805	505	28
1900	3136	732	23
1901	4068	762	19
1902	2211	433	19
1903	2048	384	19

Въ послѣдніе 2 года скарлатина, подобно дифтеріи, проявила наклонность къ замѣтному ослабленію.—Соотношенія между количествами санитарныхъ карточекъ съ извѣщеніемъ о случаяхъ

заболѣванія скарлатиною и умершихъ отъ нея, по медицинскимъ свидѣтельствамъ о смерти, въ послѣдніе 3 года совершенно одинаковыя и выразившіяся цифрою 19, заставляютъ предполагать, что въ послѣдніе годы или запись заболѣваемости улучшилась, или смертность отъ этой болѣзни уменьшилась,—первое, конечно, вѣроятнѣе.

Заболѣванія скарлатиной, какъ и дифтеріей, всегда были болѣе развиты въ женскомъ населеніи, но въ 1903 г. заболѣвшихъ мужчинъ оказалось больше,—50,4%, чѣмъ женщинъ, между-же умершими преобладалъ женскій полъ: умерло 190 мужчинъ и 194 женщины. Такъ какъ мужского населенія въ Петербургѣ, даже въ возрастѣ до 15 лѣтъ, значительно больше, чѣмъ женскаго, то наклонность скарлатины къ пораженію женскаго пола больше чѣмъ мужского, ясна и изъ выше приведеннаго.

По возрасту заболѣвшіе и умершіе отъ скарлатины, обоего пола, распредѣлились:

	Санитарныя карточки.		Умершіе.		На 100 санит. карт. умершихъ.
до 5 лѣтъ .	924	45%	289	75%	31
6—10 » .	716	35	64	17	9
11—15 » .	266	13	17	5	7
16 и выше .	100	5	14	3	14
неизвѣстно .	47	2	—	—	—
	2053	100,0	384	100,0	19

По даннымъ смертности болѣе, чѣмъ по заболѣваемости, скарлатина должна быть признана болѣзнью дѣтскаго возраста; съ повышеніемъ возраста значеніе ея падаетъ.

По мѣсяцамъ года и частямъ города заболѣванія скарлатиною распредѣлялись, какъ и въ предыдущіе годы, довольно равномѣрно. Въ лѣтніе мѣсяцы числа заболѣваній скарлатиною уменьшались и въ зимніе увеличивались. Лучшія части города въ санитарномъ отношеніи дали меньше заболѣваній, такъ-же какъ и части города съ наименьшимъ количествомъ дѣтей; по окраинамъ города и въ зарѣчныхъ частяхъ скарлатина была особенно развита; значительное число умершихъ отъ скарлатины записано въ Шлиссельбургскомъ (32) и въ Петергофскомъ (30) участкахъ. Огромное большинство скарлатинныхъ больныхъ отмѣчены жившими въ семейныхъ квартирахъ, но при посѣщеніи больныхъ въ ихъ жилищахъ санитарные врачи нашли 322 больныхъ жившими въ «углахъ», 172 въ меблированныхъ комнатахъ, 50 въ мастерскихъ и т. д. Чаще, чѣмъ при многихъ другихъ болѣзняхъ, врачамъ удавалось установить пути распространенія заразы (въ 136 случаяхъ). Большое число заболѣвшихъ (391) отмѣчено также врачами «достаточными» и «богатыми». Большинство больныхъ были уединены въ больницахъ, но все-таки много сравнительно (397) оставались на пользованіи и на дому.

Ограничиваюсь приведенными данными. Болѣе подробныя свѣдѣнія, необходимыя для характеристики этіологіи и условій распространенія заразныхъ формъ, подлежащихъ городскому санитарно-эпидеміологическому надзору, приведены въ таблицахъ, помѣщенныхъ въ Отчетѣ городской санитарной Коммиссіи и въ «Статистическихъ Ежегодникахъ» Петербурга.

Ч. пр. *А. А. Липскій.*

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физіологія и общая патологія. 578. Въ теченіи ряда лѣтъ въ университетской поликлиникѣ въ городѣ Jessa (проф. *Krehl* и затѣмъ проф. *Matthes*) производились *изслѣдованія относительно альбуминуріи въ юношескомъ возрастѣ* надъ учениками фирмы Zeiss'a. Изслѣдованіе мочи производилось не одинъ разъ, но много разъ въ теченіи 1—2 лѣтъ. Теперь д-ръ *Felix Lommel* сообщаетъ результаты этихъ изслѣдованій. Изъ 445 изслѣдованныхъ случаевъ альбуминурія наблюдалась въ 90, т. е. 20%. Въ большей части случаевъ альбуминурія имѣла ясно выраженный перемежающійся характеръ, такъ что однократное изслѣдованіе ведетъ къ ложнымъ результатамъ. Реакція на бѣлокъ производилась уксусной кислотой и желѣзосинеродистымъ каліемъ. Въ большей части случаевъ бѣлокъ, находимый въ мочѣ, былъ глобулинъ. Количество бѣлка было незначительно, отъ $^1/_2$—1‰ по *Esbach*'у и очень рѣдко выше 1‰. Осадокъ послѣ долгаго центрифугированія состоялъ изъ незначительнаго количества гіалиновыхъ цилиндровъ и отдѣльныхъ жирно перерожденныхъ эпителіальныхъ клѣтокъ. Въ 38 случаяхъ альбуминуріи отмѣчены ненормальности со стороны сердца: 13 разъ увеличеніе сердца влѣво съ напряженнымъ пульсомъ, часто съ систолическимъ шумомъ и усиленіемъ 2-го аортальнаго тона, въ 11 случаяхъ отмѣчена резистенція толчка верхушки, въ 9 случаяхъ—только систолическій шумъ; въ прочихъ случаяхъ продолжительная тахикардія и увеличеніе сердца вправо. Почти такой-же % ненормальностей со стороны сердца отмѣченъ и у юношей безъ альбуминуріи. Какъ сердечныя явленія, такъ и самую альбуминурію слѣдуетъ разсматривать какъ явленіе недостаточной приспособляемости организма къ измѣненнымъ условіямъ подъ вліяніемъ роста. Тѣлесныя напряженія, въ противоположность альбуминуріи взрослыхъ, у юношей не играли никакой роли. Частота юношеской альбуминуріи имѣетъ практическое значеніе по отношенію къ распознаванію хроническихъ межуточныхъ воспаленій почекъ; при этомъ по *Leube* важно имѣть въ виду, что количество бѣлка при юношеской альбуминуріи рѣдко превышаетъ 1‰; эпителіальные и зернистые цилиндры говорятъ за органическое страданіе почекъ; въ виду этого никогда не упускать изъ вида офтальмоскопическое изслѣдованіе (Deutsches Archiv f. klinische Medicin, т. 78, тетр. 5 и 6). *Дмитріевъ.*

579. Проф. *Valagussa* сообщаетъ вкратцѣ (предварительное сообщеніе) о результатахъ своихъ 3-лѣтнихъ опытовъ надъ *дѣйствіемъ вытяжекъ, добытыхъ изъ пораженныхъ бугорчаткой лимфатическихъ железъ*, какъ при экспериментальной бугорчаткѣ животныхъ, такъ и на человѣкѣ. Для опытовъ онъ бралъ бугорчатковыя железы рогатаго скота на разныхъ ступеняхъ болѣзни,—т. е. пропитанныя только бугорчатковымъ процессомъ, творожисто-перерожденныя и, наконецъ, железы съ острымъ нагноеніемъ, обязаннымъ своимъ происхожденіемъ вторичнымъ микробамъ. Вытяжки приготовлялись съ помощью *Buchner*'овскаго пресса (350 атмосферъ) и употреблялись частью цѣликомъ, а въ большинствѣ случаевъ (на человѣкѣ всегда) послѣ центрифугированія и фильтраціи черезъ *Chamberland*'овскую свѣчу съ прибавленіемъ небольшихъ количествъ толуола. Дѣйствіе этихъ вытяжекъ оказалось различнымъ, смотря по характеру пораженія взятыхъ железъ. Фильтраты железъ въ начальной степени пораженія и творожисто перерожденныхъ не давали никакой реакціи, ни мѣстной, ни общей. Наоборотъ фильтраты нагноившихся железъ вели къ исхуданію и истощенію, что авторъ приписываетъ присутствіе въ нихъ большого количества тѣлъ микробовъ (гноеродныхъ и др.), а, слѣд., и соотвѣтственныхъ ядовъ. Фильтраты бугорчатковыхъ железъ обнаружили на морскихъ свинкахъ вакцинирующее дѣйствіе, хотя и слабое, по отношенію къ экспериментальной бугорчаткѣ. Лѣчебнаго дѣйствія получить не удалось. Вытяжки, полученныя безъ фильтраціи, вызываютъ у животныхъ мѣстное незначительное раздраженіе и потерю вѣса. Такого рода вытяжки дали у кроликовъ вакцинирующее дѣйствіе, гораздо болѣе сильное, чѣмъ фильтраты. Впрыскиваніе фильтратовъ бугорчатковыхъ железъ человѣку (8 наблюденій), въ дозахъ отъ 0,0015 до 20 к. стм. не дало никакой реакціи ни мѣстной ни общей. Они, вообще оказались совершенно безвредными. Авторъ настаиваетъ на томъ, что не смотря на присутствіе въ железахъ какъ мертвыхъ такъ и живыхъ микробовъ, они не даютъ реакціи, подобной туберкулину (Annale d'igiene sperimentale, 1904, I). *Т.*

580. Ч. пр. *Joseph Arneth* (изъ клиники проф. *Leube* въ Würzburg'ѣ) выработалъ совершенно *новый способъ изслѣдованія нейтрофильныхъ бѣлыхъ шариковъ крови* на основаніи различія въ строеніи ядра. Этотъ способъ изслѣдованія позволяетъ находить существенныя различія въ составѣ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ такихъ случаяхъ, гдѣ при прежнемъ способѣ изслѣдованія, ограничивавшемся однимъ общимъ счетомъ, различій найти не удавалось.

На основаніи подробнаго изученія строенія нейтрофиловъ авторъ дѣлитъ ихъ на слѣдующіе пять классовъ: *1-ый классъ* составляютъ нейтрофильные лейкоциты съ однимъ ядромъ; если это ядро совершенно кругло, то такія клѣтки по общепринятой терминологіи называются міэлоцитами; но въ этотъ классъ кромѣ нихъ входятъ еще клѣтки съ однимъ ядромъ, въ которомъ имѣются болѣе или менѣе рѣзко выраженныя вдавленія (эти клѣтки многими авторами обозначаются какъ полиморфно-ядерные лейкоциты). *Во 2-ой классъ* входятъ клѣтки съ 2-мя ядрами или, какъ авторъ выражается, съ 2-мя ядерными частями; каждое изъ частей ядра при этомъ можетъ имѣть или круглую, или петлеобразную форму. *3-ій классъ* состоитъ изъ лейкоцитовъ съ тремя ядрами, *4-ый* содержитъ нейтрофилы съ 4-мя ядрами, а въ 5-ый входятъ нейтрофилы съ 5-ью и болѣе ядрами. При изслѣдованіи авторъ сосчитывалъ въ окрашенныхъ *Ehrlich*'овскомъ тріацидомъ препаратахъ 100 нейтрофильныхъ лейкоцитовъ, при чемъ размѣщалъ ихъ при счетѣ въ клѣтки по классамъ, а затѣмъ опредѣлялъ %-ное содержаніе лейкоцитовъ каждаго класса. Изслѣдованіе цѣлаго ряда здоровыхъ людей показало, что огромное большинство нейтрофильныхъ лейкоцитовъ относится ко 2 и 3-му классу, 1-ый и 5-ый содержатъ ихъ очень мало. Такое-же распредѣленіе наблюдается при фи-

зіологическомъ лейкоцитозѣ. Совершенно иное наблюдается при заразныхъ болѣзняхъ, о которыхъ авторъ имѣлъ возможность сдѣлать очень большое количество изслѣдованій. Результаты этихъ изслѣдованій изложены авторомъ въ особой книгѣ—(Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infectionskrankheiten. Jena. Изданіе Gustav'a Fischer'a, цѣна 10 марокъ)—и сводятся главнымъ образомъ къ тому, что, пользуясь способомъ *Arneth*'а можно открыть очень глубокія измѣненія крови тамъ, гдѣ общее число лейкоцитовъ не превышаетъ нормы и наоборотъ не найти никакихъ отклоненій отъ нормальной картины тамъ, гдѣ общее число лейкоцитовъ значительно увеличено. Помимо обычныхъ опредѣленій гипер-и гиполейкоцитозъ, авторъ вводитъ еще понятіе изо-и анизоцитоза. Подъ изоцитозомъ онъ разумѣетъ такой составъ нейтрофиловъ крови, который не отклоняется отъ нормы, анизоцитозъ означаетъ рѣзкое нарушеніе этого нормальнаго состава. Почти во всѣхъ заразныхъ болѣзняхъ въ крови обнаруживался анизоцитозъ, не смотря на то, что общее число лейкоцитовъ не было увеличено или даже было уменьшено (гипоцитозъ). Измѣненіе картины крови при заразныхъ болѣзняхъ происходитъ, по мнѣнію автора, отъ того, что одни виды нейтрофиловъ погибаютъ въ большемъ количествѣ, чѣмъ другіе. Наблюденія далѣе показали, что измѣненіе въ картинѣ крови не идетъ параллельно тяжести болѣзни. Авторъ высказываетъ предположеніе, что анизоцитозъ при пониженномъ количествѣ лейкоцитовъ (гипоцитозъ) наблюдается тогда, когда въ крови циркулируютъ бактеріи, въ то время какъ анизоцитозъ съ гиперцитозомъ наблюдается при проникновеніи лишь однихъ ядовъ въ кровь. Только при трауматическомъ столбнякѣ авторъ ни разу (2 случая) не наблюдалъ сколько-нибудь замѣтнаго отклоненія въ картинѣ нейтрофиловъ: не смотря на гиперцитозъ, %-ное содержаніе нейтрофиловъ различныхъ классовъ не отклонялось отъ нормы, т. е. имѣлся изоцитозъ. Это можно объяснить тѣмъ, что при столбнякѣ нейтрофилы не принимаютъ прямого участія въ борьбѣ съ болѣзнетворнымъ началомъ.

Если высказанныя авторомъ гипотезы и требуютъ еще подтвержденія путемъ дальнѣйшихъ изслѣдованій, то во всякомъ случаѣ выработанный имъ способъ изслѣдованія несомнѣнно означаетъ крупный шагъ впередъ для гэматологіи (Münchener medicinische Wochenschrift, № 25). *К.*

Фармакологія. 581. Д-ръ *І. Прушинскій* изучалъ въ физіологической лабораторіи проф. *А. А. Жандра* въ Варшавскомъ Университетѣ *вліяніе адреналина на кровеносную систему*. Всѣхъ опытовъ на кроликахъ, собакахъ и кошкахъ авторъ произвелъ 52. Въ большинствѣ случаевъ животныя были кураризованы, и тогда производилось искусственное дыханіе. Одна изъ шейныхъ артерій соединялась съ манометромъ, а число ударовъ сердца, а равно и давленіе отмѣчалось на кривой, полученной на кимографіонѣ *Ludwig*'а; время отмѣчалось метрономомъ *Ludwig*'а. Для раздраженія нервовъ авторъ пользовался саннымъ приборомъ *Dubois-Raymond*'а, соединеннымъ съ элементомъ Stoerer'а. Опытъ на ненаркотизованномъ кроликѣ и безъ примѣненія кураре показалъ, что доза въ 0,000047 грм. на кило вѣса въ 5 сек. по впрыскиваніи повышаетъ давленіе на 30 млм. Hg, а въ 15 сек.—на 90 млм. Начиная съ этого времени давленіе постепенно падаетъ и достигаетъ нормы въ 3,5 мин. Какъ повышенію давленія, такъ и его пониженію сопутствуетъ болѣе рѣдкій пульсъ. Если слабо кураризованной собакѣ впрыснуть въ шейную вену 0,1 млгрм. адреналина, то давленіе начинаетъ повышаться уже по истеченіи 3,5 сек., а maximum повышенія (приблизительно на 100 млм. противъ нормы) приходится на 47,5 сек. отъ конца впрыскиванія. Пульсъ становится болѣе рѣдкимъ, появляются высокія волны, т. наз. Actionspulse *Ціона*. Послѣ перерѣзки блуждающаго нерва давленіе также повышается подъ вліяніемъ той-же дозы адреналина, но ни болѣе рѣдкаго пульса, ни Actionspulse не наблюдается. Такимъ образомъ подъ вліяніемъ адреналина давленіе сильно и быстро повышается; началу повышенія сопутствуетъ болѣе рѣдкій пульсъ, принимающій свойства т. наз. Actionspulse; но давленіе повышается только до извѣстной степени. Бо́льшія количества этого вещества не только не въ состояніи усилить повышенное, но даже и пониженное до нормы давленіе, и даже понижаютъ послѣднее, что̀ зависитъ, вѣроятно, отъ истощенія предварительно сильно возбужденныхъ сосудодвигательныхъ центровъ. Чтобы убѣдиться, отчего зависитъ быстрое и рѣзкое повышеніе давленія подъ вліяніемъ адреналина, авторъ перерѣзалъ спинной мозгъ на разной высотѣ. Опыты показали, что перерѣзка спинного мозга на разной высотѣ въ 1—2—3 мѣстахъ, а даже и полное его уничтоженіе не препятствуетъ повышенію давленія подъ вліяніемъ адреналина, изъ чего надо было-бы допустить, что адреналинъ дѣйствуетъ непосредственно на сосуды, а, можетъ быть, и на само сердце. Но отсюда еще не слѣдуетъ, что сосудодвигательные центры въ продолговатомъ и спинномъ мозгу не принимаютъ въ этомъ участія. Если-бы это такъ было на самомъ дѣлѣ, то давленіе, повышенное подъ вліяніемъ адреналина, не должно-бы понижаться послѣ перерѣзки спинного мозга; между тѣмъ во всѣхъ опытахъ перерѣзка послѣдняго, произведенная въ разгарѣ дѣйствія адреналина, понижала давленіе на 60—100 млм., но, съ другой стороны, авт. не видѣлъ такого пониженія, какое бываетъ при перерѣзкѣ спинного мозга передъ впрыскиваніемъ адреналина. Послѣ впрыскиванія 0,5 млгрм. стрихнина въ ступени пониженія давленія послѣ адреналина давленіе не только не повышается, но даже понижается; новая доза въ 0,2 млгрм. адреналина повышаетъ въ этомъ случаѣ давленіе лишь на 38 млм. Въ заключеніе авторъ высказывается, что повышеніе давленія подъ вліяніемъ адреналина обусловливается какъ усиленной дѣятельностью сердца, такъ и сжатіемъ сосудовъ, которое можетъ наступить и безъ участія сосудодвигательныхъ центровъ въ продолговатомъ и спинномъ мозгу (Gazeta lekarska, 28 мая, 4, 11 и 18 іюня). *С. О.*

582. Д-ръ *К. Ржентковскій* (Варшава), впрыскивая *внутривенно* 4 кроликамъ *адреналинъ*, вызывалъ у нихъ *затвердѣніе аорты*. Въ ушныя вены вводился черезъ день 1‰-ный растворъ адреналина (3 капли) въ 0,5 к. стм. обезпложенной перегнанной воды. У 3 кроликовъ, которымъ впрыскивался болѣе или менѣе продолжительное время упомянутый растворъ адреналина, постепенно развивались: а) гипертрофія сердца; б) ограниченныя обильныя объизвествленія въ средней оболочкѣ стѣнки аорты, ведущія къ ослабленію противодѣйствующей силы на давленіе, имѣющееся въ артеріальной системѣ, и замѣняющіяся вслѣдствіе этого аневризмами; в) въ 2 случаяхъ развилось отвердѣніе печени и переполненіе кровью почекъ. Кролики слабо противодѣйствуютъ вліянію адреналина и быстро погибаютъ отъ расширенія сердца и отека легкихъ. Въ итогѣ авторъ, согласно съ *Josué*, полагаетъ, что затяжное отравленіе кроликовъ адреналиномъ поражаетъ у нихъ всю артеріальную систему resp. вызываетъ, по всей вѣроятности, атероматозъ аорты (Gazeta lekarska, 28 мая). *С. Островскій.*

Внутреннія болѣзни. 583. *Въ послѣднюю чумную эпидемію въ Glasgow Dr Louis Cairns* въ 2 случаяхъ *примѣнялъ лѣченіе сывороткой Yersin*'а. Сыворотка *Yersin*'а примѣнялась подкожно (лимфатическій сосудъ, ведущій къ бубону) и впрыскивалась въ вену. Въ 1-мъ случаѣ можно было изслѣдованіемъ содержимаго бубона обнаружить, что сыворотка дѣйствовала бактеріиубивающимъ образомъ: чумныя палочки плохо окрашивались, полюсы ихъ исчезали. Внутривенное впрыскиваніе сыворотки *Yersin*'а дѣйствовало антитоксически, вызывая пониженіе температуры и улучшеніе общаго состоянія. Въ легкихъ случаяхъ чумы достаточно можетъ быть и одного подкожнаго употребленія сыворотки; въ тяжелыхъ-же случаяхъ необходимо и подкожное, и внутривенное впрыскиваніе; для послѣдняго начальная доза сыворотки отъ 150—300 к. стм., смотря по тяжести случая. Оба случая автора кончились выздоровленіемъ (Therapeutische Monatshefte, № 5). *А. Н. Дмитріевъ.*

Хирургическія болѣзни. 584. На основаніи собственнаго наблюденія и 325 случаевъ изъ литературы д-ра *Balacescu* и *Cohn* говорятъ *о наружномъ сѣченіи пищевода по поводу извлеченія инородныхъ тѣлъ*.

Въ случаѣ авторовъ дѣло шло о 50-лѣтнемъ мужчинѣ, у котораго въ верхней части (на разстояніи 16 стм. отъ рѣзцовъ) пищевода застряла искусственная челюсть. Послѣ безуспѣшныхъ попытокъ извлеченія черезъ ротъ сдѣлано наружное сѣченіе (на 5 день). Шовъ на пищеводъ, частичный шовъ на наружную рану, кормленіе черезъ зондъ. Выздоровленіе съ образованіемъ свища, который закрылся самъ собою черезъ 14 дней послѣ операціи.

Важнѣйшіе выводы изъ собранной литературы: заживленіе раны пищевода первымъ натяженіемъ наблюдается очень рѣдко (на 197 случаевъ наложенія шва только 10 разъ). Возрастъ больныхъ отъ 6 мѣс. до 50 лѣтъ. Характеръ инороднаго тѣла: главнымъ образомъ искусственныя челюсти (111 сл.), затѣмъ кости (83 сл.), монеты (45 сл.),

камни (9 сл.) и т. д. Изъ 326 больныхъ умерло 69 (21,1). Наибольшая смертность (45,4) среди стариковъ. Причины смерти: омертвѣніе пищевода (4 сл.) прободеніе пищевода (9 сл.), воспаленіе клѣтчатки средостѣній (8 сл.), истощеніе (7 сл.), гноекровіе (7 сл.), заболѣванія легкихъ (16 сл.), кровотеченіе (10 сл.), хлороформъ (1 сл.). Въ остальныхъ случаяхъ причина смерти не указана. Говоря вообще, причиною смерти было — долгое лежаніе инороднаго тѣла въ пищеводѣ съ проистекающими отсюда пагубными послѣдствіями. Поэтому, разъ осторожныя попытки извлеченія со стороны рта не достигаютъ цѣли, нельзя медлить съ операціей, по техникѣ весьма нетрудной и дающей при своевременномъ производствѣ прекрасные результаты (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXII). *В. К. Ф.*

585. Проф. *Körner* (Rostock) на основаніи собственныхъ 7 наблюденій и 31 случая изъ литературы говоритъ *о вліяніи трепанаціи сосцевиднаго отростка на теченіе и исходъ сахарной болѣзни.* Если исключить 4-хъ больныхъ, погибшихъ вскорѣ послѣ операціи не отъ сахарной болѣзни, а отъ внутричерепныхъ осложненій, и 1 случай, гдѣ смерть наступила черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи отъ воспаленія легкихъ, то результаты операціи въ оставшихся 33 случаяхъ предстанутъ въ слѣдующемъ видѣ: Въ 29 случаяхъ наступило полное выздоровленіе. Продолжительность послѣ-операціоннаго лѣченія таже, что и у не-діабетиковъ, т. е. 3—6 недѣль. Въ 4 случаяхъ тяжелой формы сахарной болѣзни (положительная *Gerhardt*'овская реакція на уксусную кислоту) наступила смерть. Выводы: легкія и средней тяжести формы сахарной болѣзни не служатъ противопоказаніемъ къ операціи производимой ради спасенія жизни. При легкихъ формахъ сахарной болѣзни операція иногда повышаетъ $^0/_0$ сахара въ мочѣ. Это повышеніе бываетъ временнымъ. Опасности перехода легкихъ формъ въ тяжелыя вслѣдствіе операціи не существуетъ. Слѣдуетъ опасаться появленія coma diabeticum, если до операціи *Gerhardt*'овская проба даетъ положительный результатъ (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, т. XII). *Б. К. Финкельштейнъ.*

586. Проф. *Cavazzani* (Parma) предлагаетъ *новый способъ коренной операціи бедренныхъ грыжъ.* Сперва высвобождаютъ и по возможности высоко перевязываютъ грыжевой мѣшокъ, затѣмъ вводятъ указательный палецъ лѣвой руки въ грыжевое кольцо и проводятъ верхушку пальца по задней поверхности горизонтальной вѣтви лонной кости книзу до верхняго края запирательнаго отверстія. Отодвинувъ въ сторону запирательные сосуды, проводятъ другою рукою сильно изогнутую тупую иглу, снабженную 2 крѣпкими шелковыми нитями, черезъ волокна гребенчатой мышцы въ canalis obturatorius по задней поверхности горизонтальной вѣтви лонной кости на встрѣчу къ указательному пальцу лѣвой руки и подъ руководствомъ пальца выводятъ иглу черезъ бедренный каналъ наружу. Верхній конецъ каждой нити вдѣваютъ въ иглу, помощью которой проводятъ нити черезъ нижній край *Poupart*'овой связки. Одну нить проводятъ поближе къ сосудамъ, другую поближе къ lig. *Gimbernati.* Завязываютъ туго концы нитей и такимъ образомъ *Poupart*'ову связку прикрѣпляютъ къ лонной кости. Затѣмъ обычный шовъ на наружные покровы. По мнѣнію *Cavazzani*, съ успѣхомъ примѣнявшаго описанный способъ въ 3 случаяхъ, такимъ путемъ достигается закрытіе бедреннаго канала безъ образованія воронки, неизбѣжной будто-бы при пришиваніи *Poupart*'овой связки къ lig. *Cooperi* или въ fascia pectinea (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXII). *Б. К. Финкельштейнъ.*

Глазныя болѣзни. 587. Убѣдившись на 3 случаяхъ въ *разрушительномъ дѣйствіи анилиновыхъ* (копировальныхъ) *карандашей на человѣческій глазъ*, Японскій глазной врачъ *Kuwahara* предпринялъ въ Erlangen'ской глазной клиникѣ проф. *Oeller*'а цѣлый рядъ опытовъ на кроличьихъ глазахъ для выясненія причины этого дѣйствія.

Въ 1 изъ случаевъ автора 11-лѣтній школьникъ, играя копировальнымъ карандашемъ, засорилъ себѣ правый глазъ осколкомъ, отскочившимъ отъ карандаша. Инородное тѣло вскорѣ исчезло, растворившись въ слезной жидкости, но затѣмъ глазъ сильно воспалился, и на 4-ый день послѣ несчастнаго случая оказалась уже глубокая язва роговицы. Не смотря на лѣченіе, наступило прободеніе роговицы, поведшее къ частичному ея выпячиванію.

Въ другомъ случаѣ, у 15-лѣтняго школьника, въ лѣвый глазъ отскочилъ кончикъ карандаша въ то время, когда тотъ его очинялъ. И здѣсь также, не смотря на промываніе глаза, предпринятое потерпѣвшимъ вскорѣ по растворенія кусочка въ слезной жидкости, глазъ разболѣлся на 3-ій день, а на 6-ой оказалось язва роговицы при сильной припухлости вѣкъ и соединительной оболочки. На слѣдующій день появился гной въ передней камерѣ и язва увеличилась. Эзеринъ, какъ и гальванокаутеръ не дали улучшенія, и лишь послѣ разрѣза роговицы по *Saemisch*'у, предпринятаго черезъ 2 дня, разрушеніе роговицы пріостановилось. Осталось большое бѣльмо.

Въ 3-ьемъ случаѣ, у 17-лѣтняго школьника, засореніе глаза произошло тоже при очинкѣ карандаша и глазъ былъ также промытъ водою; кончилось-же поврежденіе глаза прободеніемъ роговицы и частичнымъ ея выпячиваніемъ, потребовавшимъ впослѣдствіи операціи стафиломы, а также и иридектоміи противъ послѣдовательной глаукомы. [Къ счастью, столь тяжелыя послѣдствія отъ неосторожнаго обращенія съ копировальными карандашами наступаютъ далеко не всегда. Такъ, нѣсколько дней тому назадъ молодой конторщикъ при заводѣ, очиняя свой копировальный карандашъ, внезапно почувствовалъ сильную рѣзь въ правомъ глазу, а часа 2 спустя, когда, получивъ на заводѣ первую помощь—промывку глаза, кокаинъ и влажную повязку, больной обратился ко мнѣ, въ нижней части роговицы рѣзко выдѣлялось кольцевидное помутнѣніе фіолетоваго цвѣта, въ $1^1/_2$ мм. поперечникомъ. Незначительные остатки красящаго вещества, плававшіе въ слезной жидкости и прилипшіе къ слезному мясцу, указывали на происхожденіе этого кольца. Явленія раздраженія, равно какъ и налитіе кровеносныхъ сосудовъ были слабо развиты. Удаливши остатки красящаго вещества и впустивъ за вѣки кусочекъ мази изъ кокаина и ксероформа, я прописалъ повторное впусканіе этой мази при влажной повязкѣ. Весь вечеръ, по словамъ больного, прошелъ хорошо, но ночью поднялись сильныя боли въ глазу, не дававшія ему спать и не уступавшія самому усердному прикладыванію примочки—прописанная мною мазь еще не была пріобрѣтена больнымъ. Къ утру стали впускать ему мазь, и боли прекратились, а когда онъ, нѣсколько часовъ спустя, явился ко мнѣ, то оказалось, что фіолетовое кольцо совершенно исчезло и никакихъ воспалительныхъ явленій въ глазу не развилось. *Реф.*].

Опыты на кроликахъ состояли въ засариваніи глаза порошкомъ копировальнаго карандаша, либо другихъ карандашей, не содержащихъ метильвіолета, во впусканіи въ глазъ водныхъ растворовъ копировальнаго карандаша, и, наконецъ, во вдуваніи или вкапываніи чистаго метильвіолета, какъ и нѣкоторыхъ другихъ анилиновыхъ красокъ. Эти опыты и показали, что кусочки копировальнаго карандаша разрушаютъ роговицу (доходило и до панофтальмита) не механическимъ путемъ, а химическимъ, и именно-метильвіолетомъ, содержащимся въ этомъ карандашѣ: пораженіе роговицы, какъ и соединительной оболочки наступало и отъ растворовъ копировальнаго карандаша, въ то время какъ вдуваніе измельченныхъ въ порошокъ графитнаго или пастельныхъ карандашей не причиняло глазу никакого вреда, а анилиновыя краски въ чистомъ видѣ разрушали глаза такимъ-же образомъ, какъ и копировальные карандаши (Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 2). *Р. К.*

588. Д-ръ *Genth* (изъ Basel'ской глазной клиники проф. *Mellinger*'а) сообщаетъ *случай отрыва зрительнаго нерва, прослѣженный черезъ $4^1/_2$ года послѣ несчастнаго случая.*

Отрывъ произошелъ у 25-лѣтняго студента отъ удара набалдашникомъ палки въ носовую часть лѣвой глазницы; за ударомъ послѣдовало сильное кровотеченіе изъ глаза и носа. Черезъ мѣсяцъ глазныя среды настолько очистились отъ кровоизліянія, что видны стали подробности глазного дна, при чемъ на мѣстѣ соска зрительнаго нерва оказалась бѣлая масса, частью покрытая кровянымъ сгусткомъ. Черезъ 2 мѣсяца больной былъ отпущенъ; область соска была занята бѣлымъ пространствомъ неправильной формы, по одному краю котораго виднѣлись остатки кровоизліянія, а по другому—пигментная кайма; остатки кровоизліяній замѣчались и по всему бѣлому пространству въ видѣ сѣрыхъ и свѣтло-красныхъ участковъ. Замѣчались также нѣсколько тонкихъ артерій и 1 толстая вена, терявшіяся въ бѣломъ пространствѣ. Само яблоко глазное имѣло нормальный цвѣтъ, роговица была чиста, но зрачекъ, расширенный и неподвижный, представлялъ выемку кверху, какъ слѣдъ разрыва радужной оболочки отъ ушиба, а между носовой частью яблока и соединительной оболочкой нижняго вѣка имѣлось небольшое сращеніе (возвратъ послѣ операціи противъ болѣе сильнаго сращенія, произведенной 6 недѣль тому назадъ). Внутриглазное давленіе было нѣсколько ниже, чѣмъ на другомъ глазу, подвижность глазного яблока была ограничена, особенно книзу, и глазная щель была уже, чѣмъ на правой сторонѣ, въ виду западенія глазного яблока (enophthalmus). Черезъ $4^1/_2$ года на мѣстѣ соска виднѣлось углубленіе блестяще бѣлаго цвѣта, окруженное пигментными скопленіями. Изъ этого углубленія выступали очень тонкіе кровеносные сосудцы, которые, извиваясь, направлялись

къ остальнымъ частямъ глазного дна, имѣвшимъ нормальный видъ. Въ остальномъ не произошло никакихъ перемѣнъ (Archiv für Augenheilkunde, т. XLIX, 2). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 589. Д-ръ *Walthard* на основаніи *клиническихъ наблюденій, опытовъ in vitro и надъ животными* приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ относительно *серотерапіи при стрептококковомъ зараженіи родильницъ.* Антистрептококковая сыворотка не обладаетъ почти совсѣмъ антитоксическими свойствами, вслѣдствіе чего при чистомъ отравленіи организма стрептококковыми токсинами и распространенномъ зараженіи на нее нельзя возлагать надеждъ. Дѣйствіе ея заключается главнымъ образомъ въ усиленіи бактеріиубивающихъ силъ организма; но и это дѣйствіе остается безполезнымъ, если общее число стрептококковъ очень велико, т. е. превосходитъ сумму сопротивляющихся имъ клѣтокъ организма. Вотъ почему на успѣхъ можно разсчитывать при употребляемой въ настоящее время сывороткѣ только въ начальномъ періодѣ зараженія вирулентными стрептококками. Согласно сказанному, примѣненіе антистрептококковой сыворотки совѣтуется прежде всего въ тѣхъ случаяхъ, когда вскорѣ послѣ начала лихорадки и, не смотря на основательное очищеніе полости матки, жаръ не спадаетъ или когда на каналѣ шейки или на влагалищныхъ ранахъ замѣчаются налеты, а также при удаленіи зараженныхъ остатковъ послѣда, либо при родахъ, сопровождавшихся повышеніемъ температуры (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LI, тетр. 3). *А. Г—ръ.*

590. Д-ръ *Paul Richter* (Berlin) *лѣчитъ подострые и хроническіе эндометриты 15% растворомъ перекиси водорода* слѣдующимъ образомъ: черезъ трубкообразное, нестворчатое, зеркало осторожно, избѣгая кровотеченія, удаляютъ слѣды выдѣленій изъ влагалищной шейки и затѣмъ вливаютъ 1—2 стм. раствора перекиси водорода. При отсутствіи кровотеченія на мѣстахъ, гдѣ жидкость пришла въ соприкосновеніе съ *больнымъ эндометріемъ* и только на этихъ мѣстахъ появляются маленькіе газовые пузырьки и слышны тихіе шумы лопанія пузырьковъ; затѣмъ черезъ находящуюся въ зеркалѣ жидкость проводятъ въ шеечный каналъ или въ полость матки проводникъ съ ватой,—число воздушныхъ пузырьковъ и взрывовъ увеличивается. Смотря потому, требуется-ли поверхностное прижиганіе, или болѣе глубокое, вынимаютъ проводникъ совершенно вонъ или, обмочивъ его въ жидкости, снова вводятъ въ каналъ или матку, повторяя это, смотря по надобности, до 12 разъ. По окончаніи, жидкость удаляютъ ватой; на больныхъ мѣстахъ тогда виденъ бѣлый струпикъ. Если эндометритъ вылѣченъ, этихъ струповъ и образованіе газовыхъ пузырьковъ не получается. Процедура повторяется черезъ 4 дня. Если при вливаніи раствора перекиси водорода появилось кровотеченіе, то зеркало мгновенно наполняется пѣной, очень ѣдкой для кожи и рукъ, вслѣдствіе каталитическаго дѣйствія крови на H_2O_2, при чемъ получается H_2O и O. Пѣну удаляютъ, а лѣченіе откладываютъ на нѣсколько дней. При лѣченіи H_2O_2 въ среднемъ нужно было 10—12 прижиганій, т. е. продолжительность лѣченія была около 2 мѣсяцевъ, между тѣмъ какъ при лѣченіи растворами хлористаго цинка въ среднемъ нужно было не меньше 3 мѣсяцевъ. Само собой разумѣется, бываютъ случаи хроническаго эндометрита, гдѣ нужно еще примѣнять и другіе способы лѣченія (Therapeutische Monatshefte, № 5). *А. Н. Д.*

591. Самымъ *раннимъ вѣрнымъ признакомъ наступившей беременности* проф. *Johnson* (Washington) считаетъ замѣченное имъ ритмическое размягченіе и затвердѣніе маточной шейки, сопровождаемое измѣненіемъ цвѣта слизистой оболочки ея изъ обычнаго въ болѣе синеватый, и обратно. Измѣненія плотности влагалищной части легко опредѣляются пальцемъ, перемѣна въ цвѣтѣ—при изслѣдованіи зеркаломъ. Явленія эти авторъ объясняетъ наступающимъ временами сокращеніемъ матки подъ вліяніемъ развивающагося въ ея полости яйца и измѣненнаго вслѣдствіе этого кровообращенія. Авторъ ни при какомъ другомъ состояніи не наблюдалъ означеннаго признака, распознавать же беременность ему удавалось на основаніи только этого признака уже на 4-ой недѣлѣ беременности и даже раньше. Приводимыя 10 наблюденій подтверждаютъ сказанное, упоминаются и оправдавшіеся случаи отрицанія авторомъ беременности при отсутствіи признака, вопреки ожиданіямъ больныхъ (The Journal of the American Medical Association, 20 февраля). *Л. Старокадомскій.*

Дѣтскія болѣзни. 592. Д-ръ *І. Брудзинскій* (Варшава) примѣнилъ въ 5 случаяхъ скарлатины *противускарлатинную сыворотку д-ра Пальмирскаго* (впрыскивалось заразъ 40 к. стм.). Всѣ случаи были средней тяжести и всѣ закончились выздоровленіемъ. Сыворотка вліяла какъ на улучшеніе общаго состоянія и пониженіе температуры, такъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ на пораженіе зѣва. Въ 3-хъ случаяхъ авторъ наблюдалъ послѣсывороточную сыпь, при чемъ въ 1 сл. очень упорную, съ 2-мя возвратами. По мнѣнію автора, принятое до сихъ поръ количество впрыскиваемой сыворотки (40—50 к. стм.) должно подлежать провѣркѣ: въ тяжелыхъ случаяхъ эту дозу слѣдуетъ увеличить, въ легкихъ-же и у маленькихъ дѣтей—уменьшить. Ни въ одномъ случаѣ авторъ не наблюдалъ воспаленія почекъ. Каково вліяніе противускарлатинной сыворотки на скарлатинное воспаленіе почекъ, должны показать дальнѣйшія многочисленныя наблюденія (Gazeta lekarska, 18 и 25 іюня). *С. Островскій.*

593. Д-ръ *В. А. Колли* сообщаетъ свои наблюденія надъ примѣненіемъ *сыворотки* въ 14 случаяхъ *скарлатины* въ Московской Морозовской дѣтской больницѣ. Примѣнялась сыворотка, приготовленная Московскимъ бактеріологическимъ Институтомъ по указаніямъ д-ра *Moser*'а, и поливалентная противуцѣпекокковая, приготовленная тѣмъже Институтомъ изъ смѣси цѣпекокковъ, полученныхъ при различныхъ заболѣваніяхъ (рожа, родильная горячка и пр.) и въ число коихъ входилъ и цѣпекоккъ, добытый изъ крови скарлатинныхъ. Авторъ впрыскивалъ почти во всѣхъ случаяхъ 200 к. стм. въ подкожную клѣтчатку живота, по 100 к. стм. въ каждую сторону. Наиболѣе удобно, по автору, дѣлать впрыскиванія при помощи прибора проф. *Боброва* для солевыхъ вливаній. Особой разницы при примѣненіи той и другой сыворотки автору подмѣтить не удалось (*Moser*'овская сыворотка была примѣнена 9 разъ и 5 разъ—поливалентная). Случаи брались возможно свѣжіе и тяжелые. Прежде всего у больныхъ отмѣчалось улучшеніе самочувствія: совершенно до впрыскиванія отравленный ребенокъ, лежавшій въ полусознаніи, а то и совсѣмъ безъ сознанія, черезъ сутки послѣ впрыскиванія дѣлался неузнаваемъ. Вмѣстѣ съ улучшеніемъ самочувствія появлялся сонъ и позывъ на ѣду. Температура въ большинствѣ случаевъ падала критически (въ нѣкоторыхъ случаяхъ паденіе доходило до 3° въ теченіи одной ночи); ни разу авторъ не наблюдалъ упадка силъ. Пульсъ улучшался, дыханіе дѣлалось ровнѣе и глубже. Сыпь, буде она предъ впрыскиваніемъ была вяла и синюшна, на другой день уже оживала и затѣмъ быстро начинала исчезать. Омертвѣнія въ зѣвѣ очищались быстрѣе, чѣмъ это привычно наблюдается. Никакого благопріятнаго вліянія на шелушеніе сыворотка въ случаяхъ автора не оказала; наоборотъ, иногда оно появлялось необычно поздно, и держалось необычно долго. Воспаленій почекъ авт. не видѣлъ ни разу. Катарровъ средняго уха было 4, изъ коихъ 1 появился послѣ кори въ концѣ 6-ой недѣли скарлатины. Изъ всѣхъ больныхъ умеръ лишь 1 отъ присоединившейся дифтеріи до истеченія сутокъ послѣ впрыскиванія *Moser*'овской сыворотки (Дѣтская Медицина, № 3). *С. Островскій.*

594. Д-ръ *И. Шмурло* (Самара) сообщаетъ *необычный случай вскрытія заднеглоточнаго нарыва въ барабанную полость и изліянія содержимаго чрезъ наружный слуховой проходъ.*

Авторъ былъ приглашенъ къ дѣвочкѣ, 3 л., заболѣвшей 3 недѣли назадъ легкой скарлатиной. Недѣлю назадъ, когда температура понизилась, появились удушье во время сна и затрудненіе при глотаніи пищи. Не смотря на назначенное другимъ врачемъ лѣченіе, состояніе больной не улучшалось. Въ день посѣщенія авторомъ больной появилось изъ лѣваго уха гноетеченіе съ примѣсью крови.—Блѣдна, истощена. Подчелюстныя железы слѣва сильно набухли; въ лѣвомъ слуховомъ проходѣ небольшое количество крови, смѣшанной съ гноемъ. Слизистая обо-

лочка рта и зѣва красна, лѣвая сторона задней стѣнки глотки рѣзко полнокровна и выпячена; при ощупываніи пальцемъ ощущается съ лѣвой стороны зыбленіе, при чемъ во время каждаго надавливанія на указанное мѣсто изъ лѣваго уха показывается струей кровь вмѣстѣ съ гноемъ. Послѣ промыванія и очищенія слухового прохода на стѣнкахъ послѣдняго никакихъ измѣненій не оказалось, зато въ нижней передней $^1/_4$ барабанной перепонки видна была щель, чрезъ которую при давленіи вытекала кровь вмѣстѣ съ гноемъ. Помимо этого барабанная перепонка представлялась нормальной. Такимъ образомъ имѣлся заднеглоточный нарывъ, проложившій себѣ путь въ барабанную полость и здѣсь подъ вліяніемъ усиленнаго давленія вслѣдствіе движеній при глотаніи либо по иной причинѣ прорвавшій барабанную перепонку и излившійся наружу черезъ слуховой проходъ. Такъ какъ въ дальнѣйшемъ удушье у ребенка возобновилось вслѣдствіе увеличенія, какъ оказалось, заднеглоточнаго нарыва, то авторъ вскрылъ послѣдній. Спустя 2 дня послѣ разрѣза больная чувствовала себя гораздо лучше: опухоль въ глоткѣ почти совершенно исчезла, дѣвочка дышала спокойно и ѣла безъ малѣйшаго затрудненія. Барабанная перепонка не представляла никакихъ воспалительныхъ измѣненій, хотя щель на указанномъ мѣстѣ оставалась. Послѣдняя спустя 2 недѣли закрылась, и ребенокъ совершенно поправился (Gazeta lekarska, 7 мая). *С. О.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 595. Д-ръ *В. М. Рудишъ*, указавъ, что обрѣзаніе многими врачами предлагается какъ предупредительная мѣра противъ венерическихъ болѣзней, вообще, и противъ сифилиса въ частности, описалъ наблюдавшійся имъ *случай зараженія сифилисомъ при обрядѣ обрѣзанія (сифилисъ невинныхъ. Syphilis insontium).*

8-мѣсячному мальчику, изъ здоровой семьи, на 7-й день по рожденіи было сдѣлано обрѣзаніе 45 л. евреемъ, спеціалистомъ этой операціи, первые два дня высасывавшимъ и перевязывавшимъ рану; чрезъ 3—4 недѣли половой членъ ребенка сильно опухъ, появился рядъ «гнойничковъ», съ коими мать обратилась къ врачамъ; при осмотрѣ ребенка авторомъ у истощеннаго ребенка, помимо остатковъ типичнаго уплотнѣнія на корнѣ члена и на остаткѣ крайней плоти, установлены были разбросанныя по мѣстамъ тѣла послѣдовательныя явленія кондиломатозной ступени сифилиса; при соотвѣтственномъ лѣченіи по исчезновеніи мѣстныхъ явленій ребенокъ прибылъ въ вѣсѣ и общее состояніе его улучшилось (Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 12). *А. Гаринъ.*

596. Д-ръ *G. Variot* сообщилъ о *2 сестрахъ, заболѣвшихъ гонококковымъ перитонитомъ, какъ слѣдствіемъ гонорройнаго вульвита.*

2 дѣвочки, 10 и 12 лѣтъ, поступили 16/I въ дѣтскую больницу съ явленіями гонорройнаго вульвита. Происходятъ изъ бѣдной семьи; спали на одной постели; заболѣли въ концѣ декабря, старшая, по видимому, раньше; до заболѣванія были совершенно здоровы. У старшей 13/I появились сильныя боли во всемъ животѣ, которыя продолжались 2 дня. Подъ вліяніемъ промываній растворомъ марганцево-кислаго кали 2:1000 явленія вульвита стали исчезать, какъ вдругъ въ ночь съ 25 на 26/I у старшей появились рѣзкія явленія перитонита: сильныя боли въ животѣ, особенно въ лѣвой подвздошной ямкѣ, вздутіе, рвота желчью, лихорадка, малый, частый пульсъ. Съ 27/I температура упала до нормы и больная стала, быстро поправляться. Лѣченіе состояло въ строгой діэтѣ и примѣненіи льда на животъ. 20/I точно такія-же явленія перитонита съ такимъ-же теченіемъ наблюдались у младшей сестры и также быстро исчезли. Д-ръ *V.* полагаетъ, что гонококки могутъ распространяться и проникать въ брюшную полость не только черезъ внутренніе половые органы: матку, трубы, но также черезъ лимфатическіе пути. Гонококки въ сывороточныхъ полостяхъ, по видимому, не вызываютъ разрушительныхъ нагноеній. Во внутреннихъ органахъ, особенно сывороточныхъ, гонококки быстро исчезаютъ; они плохо переносятъ повышеніе температуры, вызываемое ихъ присутствіемъ (Gazette des hôpitaux, 8 марта). *И. Вирскій.*

597. Д-ръ *Gary* въ обстоятельной статьѣ *о контаціозности и лѣченіи облысѣнія*, дѣлаетъ слѣдующія заключенія. Не смотря на значительные труды, важныя бактеріологическія открытія и положительныя изслѣдованія *Vaillard*'а и *Vincent*'а, съ одной стороны, и *Sabouraud*, съ другой,—еще не пришли къ соглашенію по вопросу о причинахъ облысѣнія. Труды *Jacquet* въ послѣднее время обострили разногласія между французскими дерматологами. Случаямъ, говорящимъ въ пользу несомнѣнной передачи черезъ зараженіе, противупоставляли многочисленные случаи, гдѣ вліяніе нервной системы было несомнѣнно и гдѣ невозможно было установить зараженіе. Такимъ образомъ нельзя допустить, чтобы облысѣніе во всѣхъ случаяхъ зависѣло отъ одной и той-же причины, и очевидно нужно допустить существованіе многихъ формъ облысѣнія, которыя, при нынѣшнемъ состояніи науки, не могутъ быть съ клинической стороны разграничены. Облысѣніе, по видимому, хотя и въ слабой степени но все же передается отъ одного другому, а потому по отношенію къ больнымъ облысѣніемъ, при извѣстныхъ условіяхъ, должны примѣнятся нѣкоторыя мѣры. Въ арміи, гдѣ заболѣваемость облысѣніемъ изъ года въ годъ возрастаетъ, болѣзнь эта эпидемична, и при невозможности разграничить клинически заразные случаи отъ случаевъ на нервной почвѣ, было-бы желательно прибѣгнуть къ мѣрамъ уединенія и обеззараживанія и къ мѣрамъ дѣйствительнаго предохраненія, что должно примѣняться во всѣхъ сомнительныхъ случаяхъ. Лѣченіе іодистымъ коллоціемъ, изолирующимъ плѣши, представляетъ дѣйствительный безболѣзненный, дешевый, безопасный, доступный наблюденію, способъ, который, по видимому, является лучшимъ при лѣченіи облысѣнія въ военной средѣ (Archives de médecine et de pharmacie militaires, январь). *И. Вирскій.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ медицины желѣзнодорожной и водныхъ путей сообщенія. (Отчетъ *А. Т. Маргулиной*). (Окончаніе. См. № 20, стр. 747). Засѣданіе 9-го января. Почетный предсѣдатель *М. А. Заусайловъ.*

В. М. Введенскій. Трауматическія поврежденія на желѣзныхъ дорогахъ. Докладчикъ даетъ картину желѣзнодорожнаго трауматизма, которому подвергаются всѣ такъ или иначе соприкасающіеся съ желѣзной дорогой, какъ служащіе, такъ и посторонніе. Докладчикъ воспользовался имѣющимися свѣдѣніями о несчастныхъ случаяхъ на Николаевской ж.-д. и донесеніями Рыбинско-Псковской и Новгородской ж.-д., посылаемыми участковыми врачами старшимъ врачамъ. Въ виду поразительнаго сходства въ характерѣ несчастныхъ случаевъ на обѣихъ дорогахъ, онъ полагаетъ, что данныя, полученныя имъ, позволяютъ судить о характерѣ желѣзнодорожнаго трауматизма вообще. Изъ разсмотрѣнныхъ докладчикомъ 1008 случаевъ наиболѣе многочисленными являются: группа пострадавшихъ отъ наѣздовъ паровозовъ и поѣздовъ—242 ч.; вслѣдствіе паденія съ поѣзда на ходу—57; при вскакиваніи и соскакиваніи—49; при сцѣпкѣ вагоновъ—113. Меньшее число несчастныхъ случаевъ даютъ сходы поѣздовъ съ рельсъ, столкновенія и разрывы (34), затѣмъ обращеніе съ вагонетками, дрезинами, ручная перекатка вагоновъ, ударъ о встрѣчные, находящіеся близко отъ пути предметы, прижатіе вагонными дверьми, попаданіе въ машины, несчастные случаи въ мастерскихъ и т. д. Останавливаясь на наиболѣе многочисленной группѣ пострадавшихъ отъ наѣздовъ, докладчикъ отмѣчаетъ преобладаніе постороннихъ надъ служащими. Такими посторонними оказываются пѣшеходы, пользующіеся полотномъ желѣзной дороги, какъ пѣшеходной дорогой и желѣзнодорожными мостами; гибнутъ еще посторонніе при переходахъ и переѣздахъ черезъ полотно. Изъ 83 служащихъ $^1/_2$ пострадала во время исполненія служебныхъ обязанностей, другая $^1/_2$ въ донесеніяхъ отмѣчена въ качествѣ постороннихъ. Изъ рабочихъ страдаютъ главнымъ образомъ путевые сторожа и ремонтные рабочіе; послѣдніе вслѣдствіе того, что всецѣло занятые работой не замѣчаютъ приближающейся опасности, первые-же при обходѣ линіи, преимущественно ночью. Поврежденія въ громадномъ большинствѣ смертельныя (около 45%) и тяжкія. Въ случаяхъ смертельныхъ встрѣчаются поврежденіе костей черепа съ выпаденіемъ мозга, отдѣленіе головы отъ туловища, раздавливаніе грудной клѣтки, усѣченіе конечностей и иногда сотрясенія. Среди тяжкихъ—главное мѣсто занимаютъ раздробленія, открытые и закрытые переломы, трауматическія усѣченія; второе мѣсто занимаютъ—поврежденія черепа и позвонковъ; рѣже встрѣчаются тяжелыя поврежденія мягкихъ тканей. Среди пострадавшихъ при паденіи съ поѣзда на ходу, большинство опять-таки составляютъ посторонніе,—ихъ вдвое больше, чѣмъ служащихъ. Чаще всего они происходятъ при переходѣ изъ одного вагона въ другой. По характеру они относятся къ тяжелымъ, часто приводятъ къ смертельному исходу. Чаще всего здѣсь встрѣчаются обширныя раны черепа съ сотрясеніемъ мозга, рѣже раздробленіе и переломы конечностей; въ смертельныхъ случаяхъ—разрушеніе черепа и перерѣзаніе туловища. Многочисленная группа поврежденій при сцѣпкѣ вагоновъ даетъ 25% тяжкихъ случаевъ и 4% смертельныхъ. Работа сцѣпщиковъ, слѣд., принадлежитъ къ самымъ

опаснымъ отраслямъ желѣзнодорожнаго труда. Къ таковымъ-же надо отнести и работу съ тяжестями (нагрузку), дающую очень большой % поврежденій, хотя поврежденія здѣсь оканчиваются болѣе благопріятно для рабочихъ. Разсматривая остальныя группы, докладчикъ отмѣчаетъ, что къ большинствѣ изъ нихъ дѣло идетъ о тяжкихъ поврежденіяхъ; онъ приходитъ поэтому къ выводу, что несчастные случаи на желѣзныхъ дорогахъ вообще даютъ большой % поврежденій тяжкаго характера. Частота несчастныхъ случаевъ несомнѣнно зависитъ прежде всего отъ общихъ условій, каковы низкій уровень просвѣщенія и благосостоянія народа и распространенность пьянства. Измѣненіе этихъ условій исключило-бы огромное число несчастныхъ случаевъ. Изъ частныхъ мѣръ докладчикъ предлагаетъ: изданіе брошюръ съ цѣлью ознакомленія рабочихъ съ опасностями, сопряженными съ исполняемой ими работой, и съ устройствомъ машинъ, оповѣщеніе каждаго несчастнаго случая въ предѣлахъ дороги, съ описаніемъ полученнаго поврежденія и способа происхожденія несчастія. Далѣе, предлагается рядъ болѣе коренныхъ мѣръ, а именно: запрещеніе ручной перекатки вагоновъ, вагонетокъ и дрезинъ, введеніе аутоматической сцѣпки вагоновъ, введеніе механической нагрузки и разгрузки, оборудованіе мастерскихъ всѣми предохранительными приспособленіями и т. д. Желательно, кромѣ того, изобрѣтеніе и примѣненіе прибора, который при наѣздѣ поѣзда сбрасывалъ-бы или подбиралъ человѣка съ пути, не причиняя ему вреда.

Докладъ вызвалъ оживленныя пренія, въ которыхъ принимали участіе *Е. А. Головинъ*, *В. И. Земблиновъ*, *П. Выдринъ*, *П. Я. Мезавцевъ* и др.

А. А. Десятовъ. Къ вопросу о несчастныхъ случаяхъ на внутреннихъ водныхъ путяхъ. Несчастные случаи съ рабочими на судахъ и плотахъ не записываются. Нѣкоторыя оффиціальныя данныя имѣются только относительно матросовъ, но матросы составляютъ лишь незначительную часть всѣхъ, работающихъ на водныхъ путяхъ, рабочихъ, общее число которыхъ доходитъ до 300000 — 400000. Обязательныя свѣдѣнія собираются лишь о тѣхъ несчастныхъ случаяхъ, которые происходятъ при крупныхъ аваріяхъ судовъ. Кромѣ того нѣкоторыя, конечно, неполныя данныя имѣются въ Правленіи округовъ, куда они сообщаются членами округовъ. Такого рода данными, извлеченными изъ архива Казанскаго округа путей сообщенія, докладчикъ воспользовался для своей работы. Наиболѣе точныя данныя существуютъ лишь по отношенію къ числу служащихъ на судахъ; въ 1900 г. на судахъ паровыхъ и непаровыхъ занято было 138872 чел., при чемъ сюда входятъ лишь постоянные служащіе. Число сплавщиковъ плотовъ докладчикъ опредѣляетъ приблизительно въ 150000 чел., исчисляя его по приблизительному количеству проходящихъ плотовъ по внутреннимъ воднымъ путямъ и числу рабочихъ, занятыхъ на каждомъ изъ нихъ. Число грузчиковъ надо считать около 30000. Кромѣ того надо считать еще тягловыхъ и погонщиковъ, работающихъ на искусственныхъ водныхъ путяхъ, составляющихъ многіе десятки тысячъ и, наконецъ, служащихъ Министерства путей сообщенія, т. е. постовыхъ и пристанскихъ сторожей. Полученное такимъ образомъ общее число рабочихъ составляетъ 300—400000 чел. Если принять для Россіи тотъ самый % несчастныхъ случаевъ, который указывается въ статистикѣ Германіи, то получимъ ежегодно 6000 несчастныхъ случаевъ. Но данныя германской статистики относятся только къ служащимъ на судахъ, а между тѣмъ % несчастныхъ случаевъ для грузчиковъ и плотовыхъ рабочихъ несомнѣнно выше. Данныя относительно грузчиковъ будутъ приведены ниже, относительно-же плотовыхъ рабочихъ утвержденіе это основывается на самомъ характерѣ ихъ работы, которая должна быть признана опасной. Докладчикъ оговаривается, что приводимыя имъ цифры далеко не точны. Онъ пользуется 2-мя статистическими таблицами: 1-ая взята изъ статистическихъ сборниковъ Министерства путей сообщенія; въ ней содержатся только тѣ несчастные случаи, которые произошли при столкновеніи судовъ. Число ихъ очень незначительно въ сравненіи съ числомъ служащихъ и пассажировъ, но % смертности великъ (свыше 50%). Число пострадавшихъ служащихъ вездѣ больше числа пострадавшихъ пассажировъ. 2-ая таблица взята изъ архива Казанскаго округа. Данныя здѣсь тоже не полны, такъ какъ члены округа не обязаны собирать такого рода свѣдѣнія и лишь часть ихъ это дѣлаетъ. Кромѣ того сюда не вошли несчастные случаи, бывшіе въ Рыбинскѣ и Нижнемъ-Новгородѣ, такъ какъ тамъ существуетъ особая рѣчная полиція Министерства внутреннихъ дѣлъ, не передающая свѣдѣній въ округъ. Наконецъ, округъ не завѣдуетъ мелкими рѣками и потому несчастные случаи на нихъ тоже не включены. Число несчастныхъ случаевъ, собранныхъ докладчикомъ—991 за 5 навигацій, т. е. около 200 за 1 навигацію въ 1 округѣ. Изъ нихъ 56,4% падаетъ на служащихъ, 17,2 на пассажировъ и 26,4% на постороннихъ. Слѣд. большинство изъ нихъ профессіональные; нужно помнить, что пассажировъ значительно больше чѣмъ служащихъ. Кромѣ того пассажиры страдаютъ только при большихъ катастрофахъ, а служащіе въ силу условій своей работы. Насколько тяжки поврежденія въ этихъ несчастныхъ случаяхъ показываютъ слѣдующія цифры: 40,7% окончились смертью и 8,2% тяжкимъ увѣчьемъ. Хотя большое число несчастій происходитъ при столкновеніи лодокъ съ судами, столкновеніяхъ между судами и пожарахъ на послѣднихъ, тѣмъ не менѣе $^1/_2$ всѣхъ несчастныхъ случаевъ падаетъ почти исключительно на рабочихъ при исполненіи ими своихъ обязанностей. Наиболѣе опасныя работы слѣдующія: переноска грузовъ (25 случаевъ, 8 смертей), работа шпилемъ (17 сл., 8 смерт.), работа въ машинномъ отдѣленіи (40 случ., 9 смерт.). Случаи крушенія мостковъ должны быть отнесены къ несчастіямъ при переноскѣ грузовъ, такъ какъ крушеніе происходитъ вслѣдствіе большой тяжести груза и чаще всего страдаютъ при этомъ грузчики. На паровыхъ судахъ многочисленны несчастія въ машинныхъ отдѣленіяхъ, которыя здѣсь большей частью тѣсны и плохо освѣщаются; большую опасность представляютъ работы въ колесахъ парохода, потому что при внезапныхъ движеніяхъ работающій легко падаетъ въ воду или получаетъ ушибъ. На непаровыхъ судахъ много несчастій происходитъ при работѣ рулемъ (9 упавшихъ въ воду, 3 убитыхъ), со шпилемъ (убито ручками 8, ранено 9 человѣкъ) и съ тяжелымъ якоремъ, который при паденіи ушибаетъ людей и опрокидываетъ лодки. Докладчикъ очень сожалѣетъ о неполнотѣ и неточности добытыхъ имъ данныхъ, помѣшавшихъ выяснить причины и размѣры несчастій [1]), возрастъ пострадавшихъ рабочихъ, время происшествій по отношенію къ вахтамъ рабочихъ; тѣмъ не менѣе онъ полагаетъ, что приводимыхъ данныхъ достаточно для достиженія главной задачи доклада: обратить вниманіе на многочисленность несчастныхъ случаевъ на внутреннихъ водныхъ путяхъ и на важность и необходимость точнаго ихъ изученія, какъ для устраненія ихъ причинъ, такъ и для болѣе правильной выработки мѣръ для обезпеченія и лѣченія пострадавшихъ рабочихъ. Для доказательства частоты травматическихъ поврежденій среди судорабочихъ, докладчикъ приводитъ слѣдующія цифры: Среди принятыхъ врачами санитарнаго надзора случайныхъ больныхъ съ судовъ—13% съ травматическими поврежденіями; среди судорабочихъ, лѣчившихся въ Нижегородской амбуляторіи въ 1898 г.—9% съ травматическими поврежденіями; по даннымъ Саратовской береговой амбуляторіи среди судорабочихъ 10% съ механическими поврежденіями; въ Бѣлоозерской и Шлиссельбургской больницахъ и больницѣ на 12-ти футовомъ рейдѣ Каспійскаго моря—21,3%. Въ виду того, что начальникомъ Казанскаго округа предположено организовать въ округѣ возможно болѣе полное и подробное изученіе несчастныхъ случаевъ, докладчикъ выработалъ вопросную карточку, которую предлагаетъ на обсужденіе Съѣзда. На этой карточкѣ большинство отвѣтовъ отпечатано и отвѣтъ заключается только въ подчеркиваніи соотвѣтствующихъ словъ и цифръ, такъ что мало-мальски грамотный человѣкъ въ состояніи будетъ отвѣтить на большинство вопросовъ.

[1]) Въ 164 случаяхъ не указана хотя-бы внѣшняя причина поврежденій, въ 60 (22%) не было возможности опредѣлить тяжесть поврежденій.

Г. С. Кулеша. Санитарное изслѣдованіе чернаго хлѣба, потребляемаго судорабочими. Какъ извѣстно, у насъ рабочее и крестьянское населеніе питается главнымъ образомъ хлѣбомъ. Относительно Московскихъ фабричныхъ рабочихъ были собраны свѣдѣнія, при чемъ оказалось, что 58% всѣхъ бѣлковъ и 59% углеводовъ они получаютъ въ черномъ хлѣбѣ. Въ постной пищѣ хлѣбъ имѣетъ еще большее значеніе. Но судорабочіе въ отношеніи питанія находятся въ несравненно худшихъ условіяхъ, чѣмъ Московскіе рабочіе. Питаніе судорабочихъ можетъ быть поставлено на ряду съ питаніемъ другихъ рабочихъ во время постовъ. Хлѣбъ составляетъ фундаментъ ихъ пищи. Поэтому важно, чтобы онъ былъ хорошаго качества. Въ дѣйствительности однако онъ большей частью бываетъ недоброкачественнымъ. Докладчикъ произвелъ санитарное изслѣдованіе чернаго хлѣба, потребляемаго судорабочими Маріинской системы. Рабочіе не запасаются хлѣбомъ на весь путь, а пріобрѣтаютъ его въ пути въ мѣстахъ остановокъ. Изъ такихъ пекаренъ докладчикомъ взяты и изслѣдованы были 53 пробы. Опредѣлено было содержаніе воды, отношеніе мякиша къ коркѣ, пористость, кислотность и т. д. Оказалось, что въ среднемъ корка во взятыхъ пробахъ составляла $^1/_3$ хлѣба по вѣсу. Такое громадное развитіе корки можно только объяснить желаніемъ скрыть большую влажность мякиша. И дѣйствительно, опредѣленіе влажности цѣлаго хлѣба дало цифры, близкія къ нормѣ, тогда какъ опредѣленіе влажности мякиша дало цифры значительно превышающія норму; средняя цифра, полученная докладчикомъ,—52,9%, является самой высокой среди цифръ, полученныхъ при всѣхъ до сихъ поръ произведенныхъ изслѣдованіяхъ чернаго хлѣба. Въ тоже время относительная пористость хлѣба очень мала—31,3%, при изслѣдованіи-же рыночнаго хлѣба скважность найдена въ среднемъ не ниже 33,8. Такая незначительная пористость при большой влажности дѣлаетъ хлѣбъ очень непріятнымъ на вкусъ и мало доступнымъ для пищеварительныхъ соковъ. Дальнѣйшій недостатокъ изслѣдованнаго хлѣба—его чрезмѣрная кислотность, благодаря которой онъ долженъ раздражать желудокъ, усиливать перистальтику и вызывать учащенныя испражненія. Удѣльный вѣсъ его очень великъ, 100 к. стм. вѣсятъ 75—85 грм.; такимъ образомъ онъ тяжелѣе самыхъ низшихъ сортовъ городского хлѣба. Интересно было выяснить, какъ великъ припекъ во взятыхъ для изслѣдованія сортахъ хлѣба. Такъ какъ разспросы пекарей не дали никакихъ опредѣленныхъ данныхъ, то докладчикъ для вычисленія припека, воспользовался формулой д-ра *Давыдова*. Такимъ образомъ ему удалось выяснить, что припекъ въ среднемъ составляетъ 55,8% и на 5,8% превышаетъ установленный закономъ maximum (50%), что объясняется исключительно излишкомъ воды въ хлѣбѣ. Указанные недостатки чернаго хлѣба имѣютъ важное санитарное значеніе, такъ какъ они понижаютъ питательность и усвояемость хлѣба и, кромѣ того, вызываютъ лишній расходъ у потребителя, благодаря искусственному повышенію количества воды въ хлѣбѣ. Въ виду всего сказаннаго крайне желательны болѣе бдительный санитарный надзоръ за торговымъ хлѣбопеченіемъ и установленіе нормъ содержанія въ хлѣбѣ воды, кислотъ, отрубей и другихъ важныхъ составныхъ частей.

Постановленіе отдѣла: Предложить Правленію Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* вопросъ объ упорядоченіи хлѣбопеченія сдѣлать программнымъ вопросомъ отдѣла гигіены.

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

XCV и XCVI. Изъ Русскаго хирургическаго Общества Пирогова.

(Засѣданіе 14-го апрѣля).

В. А. Оппель показалъ юношу, 17 л., *съ ангіомой на слизистой оболочкѣ щеки* слѣва, которая занимала всю область внутренней поверхности щеки, начиная съ мѣста перехода слизистой оболочки верхней до мѣста перехода ея съ нижней челюсти. Опухоль эта, по указанію больного, была постоянной (по крайней мѣрѣ она у него существуетъ столько времени, сколько онъ помнитъ себя). Опухоль по своему мѣстоположенію, конечно, мѣшала больному принимать пищу и для удаленія ея пришлось докладчику вырѣзать всю слизистую оболочку щеки; чтобы восполнить эту недостачу, докладчикъ на лѣвой поверхности шеи вырѣзалъ кожный лоскутъ длиной въ 9 стм., шириной въ 3 стм. и вшилъ его, сдѣлавъ необходимое отверстіе подъ нижней челюстью, на мѣстѣ удаленной слизистой. Получившійся-же кожный мостикъ онъ перерѣзалъ на 4—5 недѣлѣ послѣ произведенной операціи. Такимъ образомъ внутрь была обращена эпидермоидальная поверхность взятаго лоскута. Срощеніе по периферіи получилось вполнѣ удовлетворительное, омертвѣли лишь поверхностные слои эпидермиса. Въ настоящее время вшитый лоскутъ мало чѣмъ отличается отъ сосѣдней слизистой оболочки. Отверстіе рта уменьшено, но свободно можетъ пропустить около 3-хъ поперечныхъ пальцевъ.

Проф. *М. С. Субботинъ* показалъ *больного съ эктопіей мочевого пузыря*; при помощи особаго упрощеннаго докладчикомъ способа моча была отведена на промежность. Черезъ поперечный разрѣзъ между жомомъ и кишкой былъ проведенъ изогнутый троакаръ по направленію къ мочевому пузырю и положена затѣмъ дренажная трубка à demeure съ цѣлью вызвать вокругъ рубцеваніе и созданіе искусственнаго мочевого хода. Хотя теперь моча выдѣляется удовлетворительно, нельзя поручиться за то, что просвѣтъ такимъ образомъ созданнаго хода не съузится.

Ф. К. Веберъ. Объ омертвѣніи слѣпой кишки при сужденіи нижняго отдѣла толстыхъ кишекъ. Авторъ приводитъ 3 случая этого рѣдкаго осложненія. 2 случая наблюдались имъ лично въ больницѣ св. Маріи Магдалины, 3-й предоставленъ ему прозекторомъ больницы *Г. С. Кулешою*. 1. К., 40 л., крестьянинъ, поступилъ съ жалобами на задержку испражненій и сильныя боли въ животѣ, которыя продолжаются 8 час.; этими припадками онъ страдаетъ 5-ый годъ; они всегда прекращались безъ оперативнаго вмѣшательства. При ощупываніи живота найдена рѣзко раздутая неподвижная кишечная петля. Распознаваніе: Volvulus S. Romani. Въ виду хорошаго общаго состоянія и отказа больного отъ операціи рѣшено ждать съ послѣднею до утра. Ночью коллапсъ, смерть. Вскрытіе показало: брюшина не измѣнена. Перекручиваніе петли S. Romani на 180°. Питаніе этого отдѣла кишечника почти совершенно не нарушено. Рѣзкое перерастяженіе всего выше лежащаго отдѣла толстыхъ кишекъ, въ особенности слѣпой кишки. Такъ какъ *Bauhin*'іева заслонка достаточна, то тонкія кишки представляются спавшимися. Омертвѣніе слизистой оболочки слѣпой и восходящей ободочной кишки, очевидно, вызвано перерастяженіемъ кишки. 2. М. А., 61 г., сапожникъ, поступилъ въ больницу съ жалобами на задержку испражненій, которая существовала уже 10 дней. Рвота отсутствовала; вода отъ клизмы тотчасъ выходила обратно. Найдено вздутіе живота преимущественно въ области толстыхъ кишекъ; въ лѣвой подвздошной области прощупывалась перистальтически сокращающаяся кишка. Общее состояніе мало нарушено. Предположено съуженіе верхняго отдѣла прямой кишки раковаго (?) характера. Больной на операцію согласился только черезъ 3 дня послѣ поступленія въ больницу, послѣ того какъ внезапно наступили явленія перитонита. При операціи найденъ прободный перитонитъ, который исходилъ отъ слѣпой кишки; послѣдняя была рѣзко растянута, дряблa и имѣла 2 прободныхъ отверстія. Имѣлось обширное внѣдреніе низходящей ободочной кишки въ S. Romani; закрытіе здѣсь просвѣта кишки повело къ рѣзкому вздутію выше лежащихъ толстыхъ кишекъ и къ омертвѣнію слѣпой кишки отъ перерастяженія; тонкія кишки оказались спавшимися. Омертвѣвшая слѣпая кишка выведена черезъ боковой разрѣзъ наружу; брюшная полость промыта и дренирована. Больной умеръ черезъ нѣсколько дней послѣ операціи при явленіяхъ общаго отравленія организма. 3. А., 54 л., крестьянка, поступила въ больницу съ явленіями разлитого перитонита. Изъ разспросовъ выяснилось, что больная 2 мѣсяца страдала рвотою и болью подъ ложечкою и за послѣднее время сильными запорами. За 2 дня до поступленія въ больницу больная почувствовала, какъ что-то лопнуло въ животѣ, послѣ чего быстро развились явленія воспаленія брюшины. Больная скоро послѣ поступленія умерла. При вскрытіи найденъ ракъ желудка, который по сосѣдству перешелъ на поперечную ободочную кишку и, кольцеобразно окруживъ ее, съузилъ ея просвѣтъ. Слѣпая кишка была растянута и истончена до крайнихъ предѣловъ; имѣлось 2 небольшихъ прободныхъ отверстія. Указавъ вкратцѣ на литературу, авторъ разбираетъ причины этого тяжелаго осложненія. Непремѣннымъ условіемъ для развитія такого чрезмѣрнаго вздутія слѣпой кишки при съуженіи нижняго отдѣла толстыхъ кишекъ слѣдуетъ считать плотное замыканіе *Bauhini*'евой заслонки. Причину, почему слѣпая кишка сильнѣе вздувается, чѣмъ остальные отдѣлы толстыхъ кишекъ, надо видѣть въ томъ, что стѣнки ея тоньше, діаметръ шире; кромѣ того имѣются съуженія и перетяжки на мѣстѣ перехода восходящей въ поперечную ободочную кишку; при антиперистальтическихъ движеніяхъ содержимое кишечника легче всего скопляется въ слѣпой кишкѣ, стѣнки которой не способны къ сильнымъ сокращеніямъ. Вслѣдствіе значительнаго перерастяженія слѣпой кишки наступаетъ рѣзкое разстройство кровообращенія въ стѣнкахъ слѣпой кишки, которое въ концѣ кон-

цевъ можетъ вести къ обширному омертвѣнію послѣдней. Скорѣе всего наступаетъ омертвѣніе слизистой оболочки. При сужеиіяхъ нижняго отдѣла толстыхъ кишекъ слѣдуетъ имѣть въ виду возможность развитія омертвѣнія слѣпой кишки, и раннеей операціею стараться предотвратить это осложненіе. Разъ омертвѣніе уже наступило, то въ виду обширной распространенности процесса едва-ли удастся спасти больного изсѣченіемъ омертвѣвшаго участка. Возможно быстрое выведеніе омертвѣвшаго участка изъ брюшной полости надо считать вполнѣ раціональнымъ.

С. П. Вертоградовъ замѣтилъ, что въ числѣ причинъ, дѣлающихъ слѣпую кишку мѣстомъ наименьшаго сопротивленія, вертикальное положеніе человѣка въ теченіи $^2/_3$ всей жизни должно имѣть извѣстное значеніе. За это отчасти могутъ говорить и данныя вскрытій и слѣпая кишка дѣтей ранняго возраста. Слѣпую кишку въ такомъ видѣ, въ какомъ она наблюдается обычно у человѣка, надо считать скорѣе явленіемъ патологическимъ.

(Засѣданіе 5-го мая).

Въ этомъ 15-мъ *годичномъ засѣданіи* Русское хирургическое Общество Пирогова постаралось подвести возможно полно и точно итоги своей годовой дѣятельности.

Секретарь д-ръ *Вальтеръ* въ своемъ сжатомъ, но полномъ и блестяще составленномъ отчетѣ отмѣтилъ наиболѣе выдающіеся доклады и сообщенія, которыя дѣлались на очередныхъ засѣданіяхъ Общества. Всѣхъ засѣданій въ году было 15; изъ нихъ 2 торжественныхъ въ память *Н. И. Пирогова* и *С. П. Боткина*, соединенныхъ съ другими Петербургскими медицинскими Обществами, 1 послѣднее годовое и 12 научныхъ. Въ стѣнахъ помѣщенія Общества въ текущемъ году происходили засѣданія IV Съѣзда русскихъ хирурговъ и хирургическаго отдѣла IX Пироговскаго Съѣзда. Въ истекшемъ году Общество лишилось 3 дѣйствительныхъ членовъ: *Г. П. Добужинскаго*, *Н. Г. Рубца* и *В. А. Ратимова*. Въ дѣйствительные члены Общества избраны: *Зенгеръ*, *Веселовзоровъ*, проф. *Кравковъ*, *Эберардтъ* и *Когановъ*.

Казначей *В. К Зененко* сообщилъ, что всѣхъ членовъ Общества почетныхъ, членовъ-учредителей, городскихъ и иногородныхъ числится 161 человѣкъ. Поступленій за весь годъ было на сумму 2891 р. $20^1/_2$ к., израсходовано—2822 р. 39 к. Остается 68 р. $81^1/_2$ к. Въ неприкосновенномъ фондѣ—20000 р. и 135 р. 39 к. капитала на пріобрѣтеніе медалей для присужденія ихъ за научные труды.

Консерваторъ музея *С. Я. Чистовичъ*, между прочимъ, прочиталъ, что въ музей поступило 282 новыхъ препарата, пожертвованныхъ различными лицами и учрежденіями: по I отдѣлу — 9 №№, II—57, III—193, IV—5 и V—18.

Вслѣдствіе внезапнаго отъѣзда библіотекаря, отчетъ о состояніи библіотеки не могъ быть прочитанъ.

Затѣмъ предсѣдатель заявилъ, что проф. *М. С. Субботинымъ*, *С. Я. Чистовичемъ* и *В. Н. Гейнацемъ* предложенъ въ члены Общества д-ръ *Дѣдовъ*, который недавно сдѣлалъ сообщеніе въ засѣданіи. Послѣ закрытой баллотировки д-ръ *Дѣдовъ* оказался избраннымъ единогласно.

А. А. Трояновъ предложилъ постановить, чтобы отнынѣ капиталъ на пріобрѣтеніе медалей назывался «капиталомъ д-ра *Эбермана*», который, по наведеннымъ имъ справкамъ, первый внесъ для этой цѣли 100 р. Кромѣ того *А. А.* замѣтилъ, что какъ видно изъ отчета ревизіонной коммиссіи, она не обревизовала имущества Общества, а стоимость его оцѣнивается солидной суммой, около 200000 р. Поэтому онъ думаетъ, что ревизіонная коммиссія должна включить въ кругъ своихъ обязанностей и ревизію всего имущества.

Проф. *Кадьянъ*, вполнѣ согласившись съ послѣднимъ замѣчаніемъ *А. А.*, присовокупилъ, что ревизіонная коммиссія должна работать въ теченіи всего года и ревизовать, когда угодно.

Проф. *А. С. Тауберъ* сказалъ, что ощущается большая потребность въ коренномъ измѣненіи устава Общества, какъ уже достаточно устарѣвшаго.

Послѣ этого приступили къ избранію закрытой баллотировкой членовъ Правленія и ревизіонной коммиссіи: предсѣдателемъ былъ избранъ проф. *М. С. Субботинъ*, товарищемъ проф. *Кадьянъ*, казначемъ—*В. Н. Зененко*, секретарями—*Вальтеръ* и *Рокицкій* и библіотекаремъ (временно) *В. Н. Гейнацъ*; въ ревизіонную коммиссію были избраны: *А. А. Трояновъ*, *Хольцовъ* и *Потоцкій*.

В. Божовскій.

XCVII. Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.

(Засѣданіе 23 апрѣля).

С. А. Сухановъ. Къ казуистикѣ случаевъ Корсаковскаго психоза съ затяжнымъ теченіемъ. Въ изученіи *Корсаковскаго* психоза замѣчается значительное оживленіе за послѣдніе годы. Въ настоящей работѣ докладчикъ имѣетъ въ виду выдвинуть на первый планъ и ярче подчеркнуть нѣкоторыя припадочныя явленія, остающіяся еще безъ достаточнаго освѣщенія и изслѣдованія и обнаруживающіяся иногда въ теченіи названнаго психическаго заболѣванія, такъ мало наклоннаго давать полное выздоровленіе. Послѣднее чаще всего бываетъ относительнымъ и лишь въ исключительномъ случаѣ. Какъ извѣстно, послѣ болѣе или менѣе остраго періода, иногда дающаго картину рѣзко выраженной спутанности сознанія, обыкновенно наступаетъ длительное и однообразное психическое состояніе, характерными признаками котораго являются та или другая степень пониженія психическаго тонуса, та или другая степень слабости памяти, не рѣдко съ ложными воспоминаніями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *Корсаковскаго* психоза въ теченіи этого длительнаго періода, весьма однообразнаго по своимъ проявленіямъ, начинаютъ обнаруживаться прибавочные признаки, въ формѣ бредовыхъ идей. Такъ, при полинейритическомъ психозѣ алкогольнаго происхожденія могутъ развиться и сочетаться съ ложными воспоминаніями стойкія бредовыя идеи ревности. Въ одномъ случаѣ *Корсаковскаго* психоза, который обнаружился у мужчины, 30 л., послѣ 2-го приступа тифозной горячки, наблюдался докладчикомъ, при постепенномъ и крайне медленномъ выздоровленіи, паранойяльный признакъ; этотъ больной, о которомъ здѣсь только что упомянуто, совсѣмъ не пилъ вина. Картина душевнаго разстройства была у него весьма характерная для *Корсаковской* болѣзни (признаки множественнаго нейрита, разстройство памяти въ формѣ забывчивости по отношенію къ текущимъ и недавнимъ сообщеніямъ). Такъ какъ физическія условія въ организмѣ были благопріятны, то больной сталъ оправляться отъ своего страданія, сталъ заниматься по немногу своимъ прежнимъ дѣломъ; но память оставалась слабоватой. Но вотъ у больного стали развиваться другіе признаки: подозрительность и бредовыя идеи паранойяльнаго характера; особенно рѣзко измѣнилось отношеніе больного къ одному изъ его прежнихъ хорошихъ знакомыхъ. Эти бредовыя мысли были очень упорны и стойки. Еще болѣе интереснымъ представляется ея слѣдующій случай, наблюдавшійся въ Московской психіатрической клиникѣ. Это — больной, 42 л., съ небольшимъ наслѣдственнымъ расположеніемъ; онъ давно уже пристрастился къ вину, которое сталъ употреблять все въ бо́льшемъ и бо́льшемъ количествѣ; въ концѣ декабря 1895 г. у него быстро развилась слабость въ ногахъ, головокруженія, двоеніе въ глазахъ; паранойяльныя явленія быстро наростали; былъ тогда-же бредъ галлюцинаціи, страхъ. Въ январѣ 1896 г. больной былъ помѣщенъ въ психіатрическую лѣчебницу, гдѣ установлены у него рѣзкія физическія явленія множественнаго нейрита, съ исчезновеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ, и психическое разстройство, характерное для *Корсаковскаго* психоза. Мѣсяцевъ чрезъ 5 больной оправился настолько, что вышелъ изъ лѣчебницы; но и въ это время оставалась у него еще слабость въ конечностяхъ и плохая память по отношенію къ текущимъ и недавнимъ событіямъ; когда его здоровье стало еще нѣсколько получше, онъ приспособился впослѣдствіи къ занятію однимъ дѣломъ, которое и исполняетъ, пользуясь, впрочемъ, услугами другихъ. Въ началѣ 1901 г., т. е. чрезъ 5 лѣтъ послѣ начала болѣзни, состояніе его, сдѣлавшееся стаціонарнымъ, стало измѣняться; больной сдѣлался задумчивымъ, высказывалъ разныя опасенія; въ 1902 г. явилась раздражительность и наклонность заводить ссоры съ окружающими; сталъ разсказывать небылицы, напр., о томъ, что его обокрали; тутъ вскорѣ снова помѣстили его въ психіатрическую лѣчебницу, гдѣ ему стало получше, и онъ вернулся домой. Въ октябрѣ 1903 г. у больного появилась безсонница, страхъ; онъ боялся, что его могутъ казнить; говорилъ, что онъ убилъ человѣка и ограбилъ церковь; подозрѣвалъ жену въ томъ, что она измѣняетъ ему и что-то замышляетъ дурное противъ него. 26/I 1904 г. больной поступилъ въ клинику. — Тоны сердца глуховаты; колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ; походка нѣсколько неувѣренная. Больной выглядитъ апатичнымъ сознаетъ, что у него плохая память. Жалуется на тоску и боится, что съ нимъ можетъ скоро случиться что-нибудь очень тяжелое; опасается, что его могутъ казнить; увѣряетъ, что дома видѣлъ висѣлицу, для него приготовляемую. Соображаетъ больной вяло; память слабая. Вскорѣ забылъ когда и съ кѣмъ пріѣхалъ въ клинику. Въ дальнѣйшемъ теченіи картина болѣзни была такая: продолжалъ опасаться, что его казнятъ, прощался съ врачами, говорилъ, что жена его выходитъ замужъ. Иногда казалось ему, что онъ слышитъ здѣсь голосъ жены. Въ окружающемъ видѣлъ намеки на свое положеніе. Чрезъ мѣсяцъ послѣ поступленія въ клинику разсказалъ о томъ, какъ онъ чудеснымъ образомъ пронесся однажды по воздуху въ Іерусалимъ и обратно, что тамъ видѣлъ. Въ другой разъ разсказалъ о томъ, какъ какая то сверхестественная сила бросила его однажды на землю, при чемъ святые угодники наказали его физически. Въ то, о чемъ больной разсказываетъ, онъ вѣритъ, передавая свои повѣствованія въ однихъ и тѣхъ-же выраженіяхъ. Многому изъ того, что происходитъ вокругъ, больной даетъ бредовое толкованіе. Съ марта ему становится все лучше; страхъ уменьшается. Въ апрѣлѣ онъ сдѣлался оживленнѣе, былъ благодушенъ и хорошо настроенъ.—Докладчикъ полагаетъ, что данный случай *Корсаковскаго* психоза представляетъ симптоматологическія особенности; можно думать, что измѣненіе настроенія, бредовыя идеи преслѣдованія, обманы со стороны органовъ чувствъ являются здѣсь лишь признаками *Корсаковскаго* психоза, составляющими одно цѣлое съ основными клиническими признаками данной болѣзни. Подобнаго рода случаи показываютъ, что въ теченіи полинейритическаго психоза можетъ наблюдаться паранойяльный признакъ. На возникновеніе бредовыхъ идей въ теченіи этой болѣзни обратилъ вниманіе авторъ ея, *С. С. Корсаковъ*. Недавно *Sydney Cole* сообщилъ вмѣстѣ съ другими случаями полинейритическаго психоза одинъ, гдѣ у больного обнаружились въ теченіи болѣзни паранойяльные признаки съ слуховыми галлюцинаціями. Интересно отмѣтить, что бредовыя идеи или бредовыя состоянія начинаютъ развиваться у больныхъ этого рода въ періодѣ медленнаго и постепеннаго уменьшенія и ослабленія главныхъ признаковъ болѣзни.

В. В. Воробьевъ обращаетъ вниманіе на то, что докладчикъ картину болѣзни у 2-го больного склоненъ считать за дальнѣйшее развитіе перенесеннаго имъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ *Корсаковскаго* психоза; но этотъ взглядъ нужно-бы обосновать болѣе положительно, чѣмъ это сдѣлано. Безъ болѣе подробной мотивировки этого взгляда можно, напр., смотрѣть на данный случай нѣсколько иначе, чѣмъ докладчикъ. Въ жизни человѣка, психика котораго потерпѣла измѣненія отъ алкоголя, можетъ встрѣчаться сложная и разнообразная смѣна картины болѣзни, однимъ изъ эпизодовъ которой могъ быть и *Корсаковскій* психозъ. Дальнѣйшее-же точеніе алкогольнаго пораженія психической сферы, а не *Корсаковскаго* психоза, выразилось и въ развитіи той параноидной формы, которая наблюдается у больного и которая совсѣмъ нерѣдка у алкоголиковъ. *Корсаковскій* психозъ оставилъ по себѣ у даннаго больного слѣды въ видѣ нѣкоторой дозы слабоумія и слабости памяти; эти-то 2 момента и отличаютъ только случай докладчика отъ наиболѣе обычныхъ параноидальныхъ алкогольныхъ формъ. Отличія эти настолько, однако, неярки и нехарактерны, что безъ хорошаго анамнеза, при разсмотрѣніи одного только настоящаго состоянія, существованіе раньше бывшаго полинейритическаго психоза можетъ быть даже и не заподозрѣно. Поэтому, есть основаніе скорѣе думать, что настоящее заболѣваніе по отношенію къ прежде бывшему *Корсаковскому* психозу—нѣчто этіологически связанное совсѣмъ не съ нимъ, а съ вызвавшимъ то и другое алкоголизмомъ.

Докладчикъ полагаетъ, что клиническую картину *Корсаковскаго* психоза нельзя считать вполнѣ изученной, и онъ обращаетъ вниманіе на то, что въ теченіи этой болѣзни, въ затяжныхъ случаяхъ ея, могутъ развиться бредовыя идеи и бредовыя состоянія въ параноидальной формѣ, обнаруживающіяся неисключительно на почвѣ ложныхъ воспоминаній и слабости памяти, а въ связи съ общимъ токсэмическимъ процессомъ, который проявился въ формѣ полинейритическаго психоза. Что касается предположенія, что эти новые признаки служатъ проявленіемъ алкогольнаго пораженія головного мозга, то съ нимъ нельзя согласиться и можно сослаться, въ подтвержденіе такого взгляда, на 1-ый случай, гдѣ алкоголизма совершенно не было, и на то, что во 2-омъ случаѣ новые признаки обнаружились спустя нѣсколько лѣтъ послѣ начала болѣзни.

В. А. Муратовъ замѣтилъ, что говорить о расширеніи симптомокомплекса *Корсакова* можно было-бы только тогда, если-бы было доказано, что описанныя докладчикомъ бредовыя представленія развились изъ ошибокъ памяти. Если-же считать ихъ самостоятельными составными частями клинической картины, то скорѣе можно говорить здѣсь о сочетаніи затяжного алкогольнаго бреда съ полинейритическимъ разстройствомъ.

Докладчикъ держится того взгляда, что новыя явленія стоятъ въ связи съ основною болѣзнью, т. е., токсэмическимъ процессомъ.

П. А. Преображенскій. Множественные цистицерки центральной нервной системы и мышцъ. Больная, крестьянка, 28 л., поступила въ Старо-Екатерининскую больницу 21/v 1903 г. съ явленіями общей слабости и психическаго разстройства. Со стороны наслѣдственности у больной ничего особеннаго отмѣтить нельзя. Сифилисъ и алкоголизмъ отрицаются. До 19 лѣтъ больная жила въ деревнѣ, гдѣ занималась обычными крестьянскими работами; затѣмъ вышла замужъ и переѣхала въ Москву, гдѣ занималась домашнимъ хозяйствомъ. Въ началѣ января 1903 г. явилась сильная головная боль, ознобъ, жаръ, общая слабость; при этихъ явленіяхъ больная пробыла около $1^1/_2$ недѣль въ одной изъ Московскихъ больницъ и выписалась здоровой; черезъ недѣлю подобное заболѣваніе повторилось; она снова поступила въ ту-же больницу, гдѣ, между прочимъ, была безпокойна, бредила; чрезъ мѣсяцъ вышла изъ больницы, невполнѣ оправившись: былъ замѣченъ упадокъ памяти. Съ этого-же времени начались припадки въ видѣ обмороковъ. Вскорѣ ея состояніе ухудшилось, почему она и поступила въ Старо-Екатерининскую больницу. За время пребыванія въ больницѣ состояніе ея, въ общемъ, было довольно однообразное, и только слегка наростали явленія, бывшія выраженными и при поступленіи (упадокъ памяти, вниманія и соображенія, спутанность сознанія). Часто бывали у нея иллюзіи и галлюцинаціи и мимолетныя бредовыя идеи; нерѣдко бывали припадки: то въ видѣ обморока, то съ судорогами. Общая слабость. Парезовъ и параличей не было, за исключеніемъ преходящаго паралича лѣваго отводящаго нерва, который въ 2—3 дня прошелъ. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи дна глаза обнаруженъ застойный сосокъ; упадка зрѣнія не было. Колѣнные рефлексы то ослабѣвали, то были нормальны. Вообще, во все время болѣзни никакихъ очаговыхъ явленій не было. Съ конца декабря общее состояніе больной ухудшилось: признаки слабоумія, общая слабость и спутанность еще болѣе усилились; при значительномъ повышеніи температуры развилось общее бугорчатковое воспаленіе легкихъ. 16/I 1904 г. больная умерла. Вскрытіе дало слѣдующіе результаты: *распространенная пузырчатая глиста въ головномъ мозгу и во всѣхъ мышцахъ, въ томъ числѣ въ мышцахъ языка и сердца.* Острая бугорчатка легкихъ. Свободныхъ пузырей ни подъ твердой мозговой оболочкой, ни въ желудочкахъ мозга не найдено. Въ *полушаріяхъ* большого мозга довольно равномѣрно распредѣлено *огромное количество пузырей;* такъ, напр., количество пузырей въ *правомъ полушаріи*, видимыхъ *снаружи*, было около *250*, въ *лѣвомъ*—около *270;* если прибавить сюда пузыри, находящіеся на внутреннихъ поверхностяхъ полушарій, то количество всѣхъ *цистицерковъ*, видимыхъ *съ поверхности*, будетъ не менѣе *700*. Въ самомъ веществѣ мозга расположено также много пузырей; такъ, напр., *на любомъ фронтальномъ разрѣзѣ*, проведенномъ *чрезъ оба полушарія*, можно встрѣтить *110—125 пузырей*. Несомнѣнно, такимъ образомъ, что *общее количество пузырей*, заключенныхъ *въ большихъ полушаріяхъ, равняется нѣсколькимъ тысячамъ.* Цистицерки расположены преимущественно въ сѣромъ веществѣ, въ бѣломъ-же ихъ очень мало. Пузырей довольно много находится подъ эпендимой мозговыхъ желудочковъ, въ сосудистыхъ сплетеніяхъ, въ ножкахъ мозга, въ *Varoli*'евомъ мосту, въ corpus quadrigeminum, въ мозжечкѣ. Въ спинномъ и въ продолговатомъ мозгу пузырей нигдѣ не найдено. На *поверхности сердца* найдено болѣе *120* пузырей, а *въ самой сердечной мышцѣ* ихъ *много сотенъ. Всѣ мышцы лица, жевательныя, языка, шеи, грудныя, спины, живота, грудобрюшной преграды, верхнихъ и нижнихъ конечностей сплошь набиты пузырями цистицерковъ;* такимъ образомъ, *количество пузырей въ мышцахъ* приходится исчислять *сотнями тысячъ*. Во внутреннихъ органахъ цистицерковъ не найдено, за исключеніемъ 2 пузырей: одинъ—подъ слизистой оболочкой желудка, другой—подъ слизистой тонкихъ кишекъ. Изслѣдованіе пузырей подъ микроскопомъ обнаружило присутствіе зародыша taenia solium—cysticercus cellulosae. Микроскопическое изслѣдованіе нервной системы показало почти полное отсутствіе реакціи вокругъ пузырей въ мышечной и нервной ткани. Въ подкожной клѣтчаткѣ не было ни одного пузыря. Данный случай слѣдуетъ считать исключительнымъ по огромному количеству пузырей; такъ, наибольшее число пузырей въ мозгу было нѣсколько болѣе 100 въ случаяхъ *Delore*'а, *Bonhomme*'а и *Кожевникова*. Что касается сердца и мышцъ, то къ данному случаю близко подходитъ случай *Мельникова-Разведенкова*, гдѣ въ сердцѣ было не менѣе 200 пузырей, а въ мышцахъ также огромное количество. Въ описанномъ случаѣ приходится удивляться отсутствію очаговыхъ явленій, не смотря на присутствіе нѣсколькихъ тысячъ пузырей въ мозгу; интересно отсутствіе какихъ-либо явленій со стороны сердца и мышцъ, не смотря на то, что послѣдніе органы сплошь усѣяны цистицерками.

В. А. Муратовъ указалъ на то, что въ одномъ оповѣщенномъ имъ случаѣ эхинококка уха и мозга («Русскій Архивъ патологіи», 1902) зараженіе произошло чрезъ ушную полость; клинически тотъ случай былъ опредѣленъ, какъ мозговой гнойникъ ушного происхожденія; анатомически—вся височная кость оказалась набитой эхинококковыми пузырями; смерть-же наступила при явленіяхъ менингита основанія мозга, въ зависимости отъ разсѣмененія эхинококка по полости *Varoli*'ева моста. Хотя въ общемъ способъ зараженія цистицерками отличается отъ эхинококковаго зараженія, но надо думать, что и въ случаѣ докладчика, при отсутствіи пузырей въ подслизистой оболочкѣ кишечника и при преобладающемъ пораженіи мозговой полости, нельзя отрицать подобнаго пути зараженія. Своеобразное распредѣленіе паразитовъ въ случаѣ докладчика, гдѣ поражены центральная нервная система и мышцы, наводитъ на мысль объ особомъ способѣ зараженія. Клиническая картина, какъ и въ большинствѣ случаевъ цистицерка, напоминала опухоль мозга, за которую, вѣроятно, и былъ принятъ данный случай. Было-ли произведено вскрытіе внутренняго уха?

Докладчикъ замѣтилъ, что хотя уши и не были изслѣдованы, такъ какъ не было къ тому повода, однако, онъ никакъ не можетъ себѣ представить ни малѣйшей возможности зараженія яичками глисты чрезъ ухо, потому что до сихъ поръ извѣстенъ только одинъ способъ зараженія—чрезъ желудокъ, гдѣ яички должны непремѣнно подвергнуться дѣйствію желудочнаго сока и тогда только зародыши токомъ крови могутъ разноситься по органамъ тѣла.

С. А. Сухановъ предполагаетъ, что данная больная страдала когда-то ленточной глистой, которая помѣщалась въ кишечномъ каналѣ; возможно и даже вѣроятно, что отдѣльные членики солитера попали въ желудокъ, откуда и поступили въ общій токъ крови; солитеръ могъ существовать у больной и выйти, подъ вліяніемъ какихъ либо причинъ, незамѣтно для нея. Вѣдь, нужно извѣстное время, чтобы яйцо глисты выросло до крупнаго размѣра цистицерка.

По мнѣнію *докладчика*, вопросъ о томъ, какъ произошло зараженіе въ этомъ случаѣ,—вопросъ темный, отвѣтъ на который можно получить лишь на основаніи догадокъ. Трудно объяснить проникновеніе въ ткани организма сотенъ тысячъ цистицерковъ какъ при эндогенномъ происхожденіи зараженія, такъ и при экзогенномъ, потому что при эндогенномъ зараженіи нужно допустить, что 1) у больной была ленточная глиста, которой при вскрытіи не оказалось, и 2) что большое количество члениковъ съ яйцами неоднократно попадало въ желудокъ. Вообще, въ данномъ случаѣ нельзя съ увѣренностью указать на путь зараженія, потому что всѣ данныя для сужденія объ этомъ отсутствуютъ.

Въ *закрытой части засѣданія*: 1) избранъ въ дѣйствительные члены Общества д-ръ *Ф. Ф. Чарнецкій;* 2) избрана Коммиссія для обсужденія вопроса о психіатрической темѣ на премію имени *А. Я. Кожевникова;* въ составъ этой Коммиссіи вошли: *А. Н. Бернштейнъ, В. П. Сербскій, С. А. Сухановъ* и *В. И. Яковенко.*

С. Сухановъ.

XCVIII. 4-е научное совѣщаніе при поликлиникѣ дѣтскихъ болѣзней Харьковскаго Университета.

(30-го апрѣля).

П. П. Эминетъ. Сыпной тифъ у 5-мѣсячнаго ребенка [1]).

[1]) Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ».

И. М. Колпакчи: Сыпной тифъ въ Харьковѣ обычная болѣзнь, но мнѣ ни разу не пришлось его наблюдать у маленькихъ дѣтей. Въ бытность земскимъ врачемъ случалось видѣть эту заразную форму и среди дѣтей, но возрастъ болѣвшихъ былъ значительно старше, чѣмъ въ случаѣ докладчика. Не совсѣмъ понятно значеніе примѣнявшихся съ терапевтическою цѣлью соленыхъ ваннъ.

П. П. Эминетъ: Почему не допустить возможность всасыванія кожей полезнаго для организма солевого раствора?

И. М. Колпакчи: На основаніи работъ *П. П. Сущинскаго* такая возможность врядъ-ли допустима. Ослабляющее дѣйствіе соленыхъ ваннъ стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія.

Н. Н. Филипповъ: Благодаря заболѣванію матери сыпнымъ тифомъ, ребенка перевели на искусственное вскармливаніе. Почему не думать, что это послѣднее сыграло роль ближайшей причины заболѣванія ребенка, организмъ котораго сдѣлался въ силу названныхъ обстоятельствъ болѣе воспріимчивымъ. Въ благотворномъ дѣйствіи соленыхъ ваннъ и клизмъ изъ раствора поваренной соли основную роль, быть можетъ, надо приписать водѣ, способствующей удаленію изъ тѣла вредныхъ токсиновъ, хотя по поводу сильнаго вліянія желѣзныхъ ваннъ на послѣднемъ бальнеологическомъ Съѣздѣ былъ высказанъ взглядъ о чисто динамическомъ дѣйствіи.

И. В. Троицкій: Въ теченіи 16-лѣтней практической дѣятельности въ Кіевѣ я не видѣлъ ни одного безспорнаго случая рѣзко выраженной формы сыпного тифа у дѣтей первыхъ 6-ти мѣсяцевъ жизни. Почему не допустить обрывныхъ формъ, протекающихъ, въ силу несомнѣнно малой склонности грудныхъ дѣтей къ заболѣванію сыпнымъ тифомъ, такъ легко, что болѣзнь попадаетъ подъ другую рубрику и окружающіе ребенка не обращаются за врачебной помощью. Примѣненіе докладчикомъ соленыхъ ваннъ могло благотворно вліять въ смыслѣ отвлекающаго дѣйствія на кожу, для чего было ясное указаніе—напряженность затылочныхъ мышцъ. Въ тонизирующемъ вліяніи солевыхъ растворовъ путемъ высокихъ клизмъ по *Cantani*, а физіологическаго раствора подкожно, я много разъ убѣждался при лѣченіи тяжелыхъ формъ скарлатины, тифа и пр.

А. И. Ордынскій. Случай инфантилизма у дѣвочки, 15 л. [1]).

И. М. Колпакчи: Зачѣмъ называть страданіе—инфантилизмомъ, терминомъ, предложеннымъ французскими авторами, тогда какъ нормальное состояніе психики и соотвѣтственно этому рѣзкая отсталость физическаго развитія даетъ право говорить о временной, быть можетъ, остановкѣ роста, вѣса и размѣровъ.

И. В. Троицкій: Въ случаяхъ инфантилизма въ чистой формѣ между физическимъ развитіемъ и умственнымъ также должна быть полная гармонія, т. е., весь складъ, отношеніе къ окружающимъ и поведеніе такихъ лицъ нисколько не уклоняются отъ той нормы, которая соотвѣтствуетъ физическому состоянію. Нанизмомъ данный случай тоже нельзя назвать, такъ какъ карлики представляютъ собою взрослыхъ въ миніатюрѣ: въ свое время они становятся зрѣлыми и даютъ подобное себѣ потомство.

И. М. Колпакчи: Среди воспитанниковъ мѣстнаго коммерческаго училища, гдѣ я состою врачемъ, мнѣ часто приходится наблюдать дѣтей мало развитыхъ физически для своего возраста, и затѣмъ быстро пополняющихъ недочеты въ указанномъ смыслѣ; что касается назначеннаго тиреоидина, то къ дѣйствію его, даже при слизистомъ отекѣ (наблюденія дѣтской больницы св. Ольги), я отношусь къ нему скептически.

А. И. Ордынскій: Почти всѣ авторы совѣтуютъ въ подобныхъ случаяхъ тиреоидинъ, да и почему не допустить, что въ основѣ страданія лежитъ недостаточная функція органа, не обнаруженнаго при изслѣдованіи.

И. В. Троицкій: Послѣ пріема дѣвочкой въ теченіи 1 недѣли тиреоидина общее состояніе ея улучшилось и рѣзко выраженная до того тахикардія уменьшилась — дѣвочка стала бодрѣе.

Я. С. Аркавинъ на основаніи собственныхъ наблюденій находитъ, что тиреоидинъ вызываетъ тахикардію, апатичность и отвращеніе къ пищѣ.

И. М. Колпакчи: При посѣщеніи мною образцовой клиники проф. *Czerni*, я лично отъ него слышалъ, что тиреоидинъ безнаказанно можно давать дѣтямъ на долгое время и въ большихъ дозахъ.

Н. Н. Филипповъ: Мнѣ кажется, что въ данномъ случаѣ скорѣе можно назначить опооваріинъ, а еще лучше усиленное питаніе и желѣзо, мышьякъ и фосфоръ. *А. И. Ордынскій.*

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Wilhelm Stoeltzner, Pathologie und Therapie der Rachitis. Berlin. 1904. Verlag v. S. Karger. Стр. 176.

Stoeltzner—ассистентъ дѣтской клиники Charité составилъ себѣ уже имя цѣлымъ рядомъ изслѣдованій въ области рахитизма, какъ въ клиническомъ, такъ и въ экспериментальномъ отношеніи. Настоящая книга представляетъ строго систематическое описаніе англійской болѣзни съ современной точки зрѣнія. Не совсѣмъ понятна однако цѣль. Если предполагалось дать въ руки спеціалиста книгу, въ которой онъ найдетъ хотя-бы и въ сжатомъ видѣ все, что писалось и все что сдѣлано для изученія рахита и для выясненія его сущности, что въ этомъ отношеніи ее нельзя даже сравнивать съ описаніемъ англійской болѣзни въ посмертномъ изданіи руководства общей патологіи проф. *В. Памутина.* Если-же имѣлось въ виду изложить однѣ положительныя данныя, о которыхъ уже не спорятъ, то и здѣсь полнаго удовлетворенія отъ разбираемой книги нельзя получить, такъ какъ довольно часто наталкиваешься на указанія о неразрѣшимыхъ пока загадкахъ. Но, съ другой стороны, трудъ *W. Stoeltzner*'а заслуживаетъ полнаго вниманія, такъ какъ даетъ ясную, полную и точную картину рахитизма съ приложеніемъ въ концѣ обширнаго литературнаго указателя и 4-хъ рисунковъ, взятыхъ изъ прекрасной работы «Beiträge zur Pathologie des Knochenwachsthums», произведенной авторомъ совмѣстно съ *Salge.*

Проф. *И. В. Троицкій.*

Т. Гейеръ. Матеріалы къ вопросу о формѣ и развитіи протоплазматическихъ отростковъ нервныхъ клѣтокъ спинного мозга. 1904, Москва, 116 стр., съ 21 рис. (Диссертація изъ Московской психіатрической клиники).

Монографія *Т. А. Гейера* о формѣ и развитіи дендритовъ спинальныхъ нервныхъ клѣтокъ представляетъ собою гистологическій очеркъ по названному предмету, основанный на личныхъ микроскопическихъ изслѣдованіяхъ по способу *Golgi-Ramon y Cajal*'я. Такъ какъ внѣшній видъ протоплазматическихъ отростковъ нервныхъ клѣтокъ спинного мозга былъ изученъ до послѣдняго времени весьма мало, то историческая часть вышла у автора очень небольшой, что, конечно, вполнѣ и естественно. Центръ тяжести работы, о которой идетъ здѣсь рѣчь, составляетъ обстоятельное и подробное описаніе гистологическихъ находокъ какъ въ спинномъ мозгу животныхъ (самыхъ разнообразныхъ видовъ, различнаго возраста), такъ и въ спинномъ мозгу человѣка. Часть гистологической работы является сводкой данныхъ, полученныхъ авторомъ, который высказываетъ свои соображенія о физіологическомъ значеніи дендритовъ, боковыхъ придатковъ, четкообразнаго состоянія. Авторъ приходитъ къ заключенію (правда, уже прежде высказанному), что дендриты клѣтокъ передняго рога спинного мозга въ общемъ имѣютъ сравнительно ровные контуры и болѣе или менѣе прямолинейное направленіе, бѣдны боковыми придатками; обратное, въ общемъ, наблюдается въ клѣткахъ задняго рога; четкообразное состояніе дендритовъ наблюдается не только въ эмбріональныхъ нервныхъ элементахъ спинного мозга, но и у взрослыхъ животныхъ въ нормальномъ состояніи; оно составляетъ, между прочимъ, отличительную черту внѣшняго вида дендритовъ нѣкоторыхъ клѣтокъ задняго рога спинного мозга. Выясняя вопросъ о формѣ спинальныхъ дендритовъ и ихъ развитіи, давая обильный гистологическій матеріалъ, монографія *Т. А. Гейера* можетъ быть сдѣланъ тотъ упрекъ, что изслѣдованія сдѣланы лишь по способу хромо-серебряной импрегнаціи; конечно, для большой доказательности, напр., реальнаго существованія боковыхъ придатковъ слѣдовало-бы попытаться примѣнить окраску ихъ въ спинномъ мозгу и по другому способу (окраска метиленовой синькой), что, впрочемъ, отчасти и пополнено авторомъ, нѣсколько позднѣе появленія его монографіи (въ совмѣстной работѣ его съ *Сухановымъ* и *Гуревичемъ*).

С. Сухановъ.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1480. Осенью настоящаго года будутъ значительно *расширены штаты центральнаго Управленія Министерства народнаго просвѣщенія*; вмѣсто нынѣ существующаго одного департамента будетъ 2 департамента, изъ коихъ 1, собственно Департаментъ народнаго просвѣщенія будетъ вѣдать всею ученою и учебною частью Министерства, а другой—Департаментъ общихъ дѣлъ. Новый департаментъ народнаго просвѣщенія съ разрядомъ высшихъ учебныхъ заведеній будетъ помѣщаться отдѣльно отъ зданія Министерства, въ нанятомъ помѣщеніи. Въ числѣ новыхъ штатовъ учреждена, между прочимъ, *должность—медицинскаго инспектора учебныхъ учрежденій Министерства*, при чемъ въ кругъ дѣятельности лица, которое будетъ занимать эту должность будетъ входить главный надзоръ за гигіэной въ учебныхъ заведеніяхъ и за здоровьемъ учащихся.

1481. Э.-ординарный проф. Казанскаго университета *И. А. Праксинъ* назначенъ *ординарнымъ профессоромъ* по каѳедрѣ хирургической госпитальной клиники («Правительственный Вѣстникъ», 18 іюля).

1482. Въ «Правительственномъ Вѣстникѣ» (21 іюля) напечатано Высочайше утвержденное 10 мая 1904 г. «*Положеніе о Петербургскомъ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ*». Вотъ главныя статьи этого положенія: Лицамъ, занимающимъ въ Институтѣ до введенія въ дѣйствіе настоящаго узаконенія, должности

[1]) Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ».

коимъ присвоивается нынѣ право на пенсію по учебной службѣ, засчитывается въ срокъ выслуги на эту пенсію все время ихъ прежней службы, при условіи внесенія ими въ казну установленныхъ на пенсію вычетовъ за все означенное время. Предоставляется Министру народнаго просвѣщенія выдавать лицамъ, окончившимъ курсъ Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института, дипломы на званіе лѣкаря. Предоставляется лицамъ женскаго пола, какъ окончившимъ курсъ Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института, такъ и выдержавшимъ соотвѣтствующія испытанія, право пріобрѣтать ученыя медицинскія степени при университетахъ и В.-Медицинской Академіи. Лица женскаго пола, имѣющія дипломъ иностранныхъ университетовъ на степень д-ра медицины и представившія удостовѣреніе въ полученіи ими образованія, дающаго право на поступленіе въ Петербургскій Женскій Медицинскій Институтъ, допускаются къ испытаніямъ на званіе лѣкаря при означенномъ Институтѣ, наравнѣ съ лицами, окончившими курсъ онаго. Впредь до общаго пересмотра законовъ о евреяхъ число слушательницъ Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института іудейскаго исповѣданія не должно превышать 3% общаго комплекта сихъ слушательницъ. На содержаніе Института отпускать изъ государственнаго казначейства, начиная съ 1905 г., по 139900 р. въ годъ, въ дополненіе къ имѣющимся въ распоряженіи Института на сей предметъ средствамъ. Удовлетворительно окончившія курсъ Института получаютъ дипломъ на званіе лѣкаря со всѣми предоставляемыми симъ званіемъ правами на медицинскую дѣятельность и службу, кромѣ правъ по чинопроизводству. Лица эти освобождаются отъ исполненія обязанностей врача въ присутствіяхъ по воинской повинности. Къ испытанію на степень д-ра медицины при Институтѣ допускаются лица женскаго пола, представившія дипломъ на званіе лѣкаря. Отъ ищущей степени д-ра медицины требуется устное испытаніе въ присутствіи Совѣта Института и публичная защита одобренной Институтомъ диссертаціи. Курсовыя испытанія, а равно экзамены на званіе лѣкаря и на степень д-ра медицины производятся по правиламъ, установленнымъ для медицинскихъ факультетовъ.—Согласно *штатамъ Института*, по акушерству и женскимъ болѣзнямъ полагаются 2 каѳедры—одна подъ наименованіемъ «Акушерство съ ученіемъ объ акушерскихъ операціяхъ и гинекологія съ пропедевтической клиникой», другая «Факультетская акушерско-гинекологическая клиника». Кромѣ того, полагаются отдѣльныя каѳедры: «бактеріологія», «рино- и ларингологія и отіатрія съ клиникой»; «эпизоотологія и ветеринарная полиція». Этихъ 3 каѳедръ, какъ извѣстно, на медицинскихъ факультетахъ нашихъ университетовъ нѣтъ, а для акушерства съ женскими болѣзнями полагается лишь 1 каѳедра. Введеніе въ штатъ Женскаго Медицинскаго Института 4 каѳедръ, которыя не имѣютъ медицинскіе факультеты, даетъ основаніе надѣяться, что при давно уже ожидаемомъ пересмотрѣ нынѣ существующихъ штатовъ медицинскихъ факультетовъ, каѳедры эти будутъ учреждены и въ университетахъ, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, было-бы явной несправедливостью обставлять преподаваніе медицины женщинамъ лучше, чѣмъ мужчинамъ.

1483. 27 іюня товарищи, сослуживцы и представители Карскаго Общества *чествовали прощальнымъ обѣдомъ* оставившаго службу, за выслугою лѣтъ и по болѣзни, Карскаго окружного врача *Александра Абрамовича Газазова*, прослужившаго въ Карской области 25 лѣтъ. Во время чествованія въ цѣломъ рядѣ рѣчей ярко обрисованы были безкорыстіе, честность и полезная дѣятельность юбиляра. Отъ города былъ поднесенъ д-ру *Газазову* адрессъ. За обѣдомъ было собрано въ пользу семействъ врачей, нуждающихся въ пособіяхъ, 55 р.

1484. Уральское медицинское Общество въ г. Екатеринбургѣ чествуетъ 16 августа *25-лѣтіе врачебной и общественной дѣятельности* своего предсѣдателя д-ра *Н. А. Русскихъ*. Занявъ 25 лѣтъ тому назадъ мѣсто участковаго врача Екатеринбургскаго уѣзднаго земства, д-ръ *Русскихъ* и до сихъ поръ съ честью несетъ врачебныя обязанности въ той-же скромной роли, на которой остановился его выборъ по окончаніи курса Московскаго Университета. Являясь неизмѣннымъ поборникомъ общественно-санитарнаго направленія земской медицины, *Н. А.* по справедливости считается въ Пермской губерніи однимъ изъ организаторовъ земской медицины на ряду съ *И. П. Молесономъ* и нѣкоторыми старѣйшими врачами и дѣятелями губерніи. Особенное вниманіе въ области общественной санитаріи *Н. А.* всегда отдавалъ вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью. Въ послѣднее время его имя стало извѣстнымъ и внѣ предѣловъ Пермской губерніи, въ связи съ его проэктомъ «Всероссійскаго Союза для борьбы съ дѣтской смертностью». Съ самаго основанія Уральскаго медицинскаго Общества (въ теченіи 14 л.) *Н. А.* состоитъ безсмѣннымъ предсѣдателемъ Общества, которое и возникло главнымъ образомъ благодаря его-же стараніямъ.

1485. Коммиссія о мѣрахъ предупрежденія и борьбы съ чумною заразою *приглашаетъ врачей, студентовъ-медиковъ старшихъ курсовъ* и фельдшеровъ, желающихъ быть командированными на Кавказъ и въ Закаспійскую область для принятія предупредительныхъ *противъ холеры* мѣръ, являться въ управленіе главнаго врачебнаго Инспектора Министерства внутреннихъ дѣлъ (Театральная, 3) въ присутственные дни отъ 12 до 4 час.

1486. Раненный на перевязочнохъ пунктѣ при Дашицао *студентъ* В. Медицинской Академіи *Таракановъ награжденъ военнымъ орденомъ* 4-ой степени.

1487. Въ справочномъ отдѣлѣ о военно-плѣнныхъ получено свѣдѣніе, что взятый въ плѣнъ японцами д-ръ *Рымшовъ находится въ городѣ Мацуямѣ*.

1488. По извѣстіямъ, полученнымъ въ Главномъ штабѣ 10 іюля въ бою при Дашицао *контуженъ* старшій врачъ 9-й Восточно-Сибирской стрѣлковой бригады д-ръ *П. Коломіецъ*.

1489. Въ дополненіе къ сообщенному нами (см. выше, № 26, стр. 946) свѣдѣнію относительно *назначенія д-ра Е. Н. Николаева завѣдующимъ отдѣленіемъ народнаго здравія въ Саратовѣ* считаемъ нужнымъ сдѣлать слѣдующее поясненіе, на которое совѣтуемъ обратить вниманіе всѣмъ товарищамъ, считающимся въ запасѣ арміи: Завѣдующій отдѣленіемъ народнаго здравія Саратовской губернской земской управы состоялъ до послѣдняго времени *Н. И. Тезяковъ;* 1-го іюня онъ былъ призванъ изъ запаса арміи на военную службу. Собственно д-ръ *Тезяковъ* еще въ 1901 г. могъ бы выйти изъ запаса, но по безпечности, за которую приходится теперь платиться не одному *Н. И.*, а очень многимъ, не позаботился объ этомъ своевременно и, согласно существующему положенію, оказался оставшимся въ запасѣ арміи «добровольно». *Н. И. Тезяковъ* прикомандированъ младшимъ врачемъ къ полевому госпиталю 61 пѣхотной дивизіи и находится въ настоящее время въ г. Самарѣ. 15-го іюня губернская Управа возбудила черезъ Саратовскаго губернатора ходатайство передъ военнымъ министромъ объ освобожденіи д-ра *Тезякова* отъ военной службы, мотивируя свое ходатайство невозможностью пріискать на время достаточно компетентное лицо для завѣдыванія обширной и сложной санитарной организаціей губернскаго земства; ходатайство это подкрѣплено ссылкой на § 5 Приложенія къ статьѣ 25, т. IV устава о воинской повинности, согласно которому освобождаются отъ призыва нѣкоторыя категоріи лицъ (врачи, ветеринары, фармацевты), завѣдующихъ отдѣльными учрежденіями правительственными и земскими. Каковъ будетъ результатъ неизвѣстно. Во всякомъ случаѣ губернское земство сохраняетъ за д-ромъ *Тезяковымъ* до его возвращенія занимаемое имъ мѣсто и $^2/_3$ оклада жалованья. До возвращенія д-ра *Тезякова* губернская управа предложила временное завѣдываніе отдѣленіемъ народнаго здравія д-ру *Е. П. Николаеву*, который счелъ возможнымъ принять это предложеніе лишь на короткій срокъ—до полученія отвѣта на ходатайство объ освобожденіи *Н. И. Тезякова*; если же отвѣтъ будетъ отрицательный, то *Е. П. Николаевъ* просилъ Управу созвать санитарный Совѣтъ, которому и надлежитъ рѣшить вопросъ о завѣдываніи и о всей дѣятельности губернской санитарной организаціи. Рекомендованные санитарнымъ совѣтомъ на должность помощника завѣдующаго отдѣленіемъ народнаго здравія оба кандидата, д-ра *Е. Г. Мунблитъ* и *Сысоевъ*, не могли принять предложенія Управы, потому что первый уже призванъ на военную службу, а второй находится на очереди.

1490. Въ связи съ только-что сообщенной справкой можно привести напечатанныя во «Врачебной хроникѣ Харьковской губерніи» (№ 5) соображенія *по поводу призыва врачей изъ запаса арміи* на дѣйствительную службу: «На одной изъ первыхъ страницъ запасно отпускного билета врачей, на видномъ мѣстѣ крупно напечатано: «полный срокъ обязательный по Уставу о воинской повинности службы истекаетъ...» тогда то, слѣдуетъ точное обозначеніе года, мѣсяца, числа. Эта надпись, очевидно, и ввела многихъ, если не всѣхъ, въ заблужденіе: думалось, что по истеченіи этого, такъ ясно обозначеннаго и точно вычисленнаго срока, обязательнаго нахожденія въ запасѣ всякій eo ipso дѣлается свободнымъ отъ воинской повинности. Оказывается, однако, что и здѣсь безъ «бумаги» нельзя: надо подать прошеніе объ отставкѣ. Въ извлеченіяхъ изъ постановленій объ офицерскихъ чинахъ запаса, приложенныхъ къ запасно-отпускному билету объ этомъ, однако, прямо нигдѣ не говорится, но въ концѣ одного изъ параграфовъ, трактующихъ о добровольномъ запасѣ, сказано между прочимъ, что «окончившіе сей срокъ въ обязательномъ запасѣ—если они не подали просьбъ объ увольненіи въ отставку—считаются состоящими въ добровольномъ запасѣ»... Нужно думать, что всѣ врачи смотрѣли на добровольный запасъ, именно, какъ на добровольный, т. е. обусловленный согласіемъ или выраженіемъ желанія, а потому мало интересовались правилами, регламентирующими добровольный запасъ. Такимъ образомъ, съ одной стороны, бумага всесильная въ мірѣ оффиціальныхъ отношеній, съ другой—добродушная безпечность россійскаго обывателя, всегда забывающаго своевременно изучить разныя правила,—сыграли надъ многими злую шутку. По видимому, не мало лицъ, спокойно дѣлавшихъ свое дѣло, въ одинъ несчастный день узнали, что они должны изломать свою жизнь, бросить дѣла, раззорить семью и ѣхать на войну и что дѣлаютъ это они не въ силу повинности, а яко-бы добровольно».

1491. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 13) сообщаютъ, что на состоявшемся 9-го сего іюня засѣданіи Томскаго отдѣла Краснаго Креста, между прочимъ, было постановлено: ходатайствовать передъ командующимъ Сибирскимъ военнымъ округомъ *объ оставленіи нѣкоторыхъ врачей города Томска, подлежащихъ военному призыву, въ распоряженіи мѣстнаго отдѣла*. Необходимость подобнаго ходатайства вызывается тѣмъ обстоятельствомъ, что съ призывомъ врачей въ Томскѣ чувствуется сильный недостатокъ во врачахъ. Не мѣшало бы, говорятъ «Вѣдомости» возбудить подобное же ходатайство и со стороны Красноярскаго городского общественнаго управленія, т. к. повторная мобилизація все болѣе и болѣе лишаетъ Красноярскъ врачей, и странно видѣть обездоливаніе врачами той мѣстности, куда проэктирована эвакуація и раненыхъ, и больныхъ съ театра военныхъ дѣйствій.

1492. Харьковское медицинское Общество устроило особую

станцію для добыванія сыворотокъ, предназначенныхъ для отправки санитарно-бактеріологическимъ отрядамъ на Дальній Востокъ. Первая партія полученныхъ отъ 15 лошадей сыворотокъ направляется, вмѣстѣ съ разными обеззараживающими средствами, всего въ количествѣ около 40 пудовъ, въ Ляоянъ для Харьковскаго бактеріологическаго отряда. Для этой пересылки Общество ходатайствуетъ черезъ главный штабъ объ установленіи льготнаго тарифа («Правительственный Вѣстникъ», 20 іюля).

1493. Одесскій благотворитель, графъ М. М. Толстой (устроившій, между прочимъ, въ Одессѣ образцовую станцію подачи скорой помощи) предоставилъ въ распоряженіе Краснаго Креста въ своемъ имѣніи при селѣ Дѣдиновкѣ, Зарайскаго уѣзда, Рязанской губерніи, *больничное зданіе для устройства въ немъ эвакуаціоннаго лазарета* на 20 офицерскихъ кроватей.

1494. 10 іюля *изъ Одессы* отбыли на Дальній Востокъ *2 военно-санитарные желѣзнодорожные поѣзда* (№ 24 и 25), оборудованные въ мастерскихъ юго-западныхъ желѣзныхъ дорогъ. Каждый поѣздъ состоитъ изъ 16 пульмановскихъ вагоновъ, обставленныхъ съ полнымъ удобствомъ и приспособленныхъ для жилья лицъ врачебнаго персонала. Въ каждомъ поѣздѣ можно помѣстить по 208 легко и 60 тяжело раненыхъ. Старшими врачами этихъ поѣздовъ назначены д-ра: *В. П. Альгинъ, Б. А. Пржисецкій*; младшими врачами д-ра: *Соловьевъ, Юдинъ, Н. Н. Лампеко* и *Г. И. Мельниковъ*. Послѣдніе 3 врача находятся на службѣ при клиникахъ медицинскаго факультета въ Одессѣ.

1495. «Русскія Вѣдомости» сообщаютъ, что Московское ремесленное общество предоставляетъ для эвакуируемыхъ больныхъ и раненыхъ воиновъ *палату на 15 кроватей*, принимая на свои средства содержаніе и снабженіе этихъ больныхъ медицинскою помощью.

1496. Исполнительная Коммиссія Краснаго Креста утвердила въ составѣ *военно санитарнаго поѣзда Императрицы Маріи Феодоровны* старшимъ врачемъ д-ра *В. Э. Пиккеля*, младшими врачами д-ровъ *Буша* и *Эванса*; въ составѣ Петербургскаго *военно-санитарнаго поѣзда княгини Юсуповой* старшимъ врачемъ д-ра *Валтера*, младшими врачами—д-ровъ *Н. Д. Игнатовскаго* и *В. А. Барыкина* («Правительственный Вѣстникъ», 20 іюля).

1497. «Сибирскій Вѣстникъ» (4 іюля) сообщаетъ, что въ Балашовскомъ уѣздѣ, Саратовской губ., вслѣдствіе призыва на военную службу земскихъ врачей и фельдшеровъ, *ощущается большой недостатокъ въ медицинскомъ персоналѣ*, каковой, впрочемъ, наблюдался и раньше; со времени начала военныхъ дѣйствій на неоднократныя объявленія Управы въ газетахъ и журналахъ о свободныхъ мѣстахъ врачей никто не откликается. Въ настоящее время свободны мѣста врачей въ 4 участкахъ и 2 мѣста вторыхъ врачей въ 2 больницахъ.

1498. Въ Семипалатинскѣ открытъ *лазаретъ* мѣстнаго отдѣла Общества Краснаго Креста *для эвакуируемыхъ 40 раненыхъ* («Русь», 18 іюля).

1499. Помѣщикъ Курской губ. г. Картавцевъ, желая принести посильную помощь больнымъ и раненымъ воинамъ, организовалъ съ этой цѣлью въ своемъ домѣ, въ имѣніи «Нижнее Ольховатое», Щигровскаго уѣзда, *пріютъ на 12 раненыхъ и больныхъ нижнихъ чиновъ*, снабдивъ его всѣмъ необходимымъ и обезпечивъ врачебнымъ надзоромъ («Биржевыя Вѣдомости», 18 іюля).

1500. «Сибирскій Вѣстникъ» (6 іюля) передаетъ, что 18 іюня состоялось вблизи г. Верхнеудинска въ дачной мѣстности открытіе *убѣжища для сестеръ милосердія*, оборудованное на 15 кроватей при полномъ инвентарѣ и содержаніи. Цѣль его дать мѣсто отдыха и возстановленія силъ для переутомленныхъ и разбитыхъ нервами сестеръ.

1501. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (16 іюля), въ столичныхъ техническихъ и строительныхъ Обществахъ возбужденъ вопросъ о томъ, чтобы *приглашать на засѣданія этихъ Обществъ членовъ медицинскихъ Обществъ* въ тѣхъ случаяхъ, когда прямо или косвенно затрагиваются интересы народнаго здравія.

1502. Торгово-санитарные врачи г. Петербурга рѣшили, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (14 іюля), внести предложеніе въ Думу, чтобы она ходатайствовала передъ министерствомъ внутреннихъ дѣлъ о разрѣшеніи торгово-санитарнымъ врачамъ составлять протоколы о торговлѣ недоброкачественными и гнилыми продуктами *безъ обязательнаго присутствія полиціи*. Очень часто, какъ выяснила практика, представители полиціи, занятые исполненіемъ своихъ прямыхъ обязанностей, не могутъ тотчасъ-же явиться на мѣсто захваченной врасплохъ торговли гнилыми продуктами и, вслѣдствіе несоставленія протокола, торговцы избѣгаютъ судебной кары, успѣваютъ скрыть недоброкачественный товаръ и снова продолжаютъ снабжать покупателей всякимъ гнильемъ.

1503. Въ настоящее время на *фортѣ Императора Александра I въ Кронштадтѣ изготовляется*, кромѣ предохранительной противочумной лимфы и лѣчебной противочумной сыворотки, еще и предохранительная *противохолерная лимфа*. Для приготовленія противочумной сыворотки иммунизируются 20 лошадей, 4 быка и 22 козы. За временнымъ отсутствіемъ завѣдующаго *Н. М. Берестнева* (который находится на Кавказѣ), руководитъ работами по приготовленію сыворотки и лимфы помощникъ завѣдующаго, магистръ ветеринарныхъ наукъ *И. З. Шуруповъ*.

1504. Вся Персія объявлена *неблагополучной по холерѣ*.

1505. Кавказскія газеты передаютъ слѣдующія подробности о *возникновеніи и распространеніи холеры въ Персіи*. Холера завезена въ Тегеранъ изъ сосѣднихъ городовъ Гумъ и Гамаданъ, а туда завезена мусульманскими пилигримами, возвратившимися изъ Мекки. Въ первое время появленія болѣзни персидское правительство не принимало никакихъ мѣръ для прекращенія холеры на мѣстѣ первоначальнаго возникновенія. Кое-какія мѣры стали приниматься уже тогда, когда болѣзнь стала развиваться въ столицѣ. До 24/VI въ Тегеранѣ умирало не болѣе 100 человѣкъ. Всѣ европейцы и часть зажиточныхъ персіянъ переселились на дачи Ванакъ, Зеркене и Голхакъ, гдѣ врачи (европейцы и армяне) по своему почину принимали кое-какія противохолерныя мѣры. Въ самомъ Тегеранѣ холера приняла крупные размѣры. Городъ совершенно опустѣлъ. Торговцы, побросавъ свое имущество, разбѣжались по окрестностямъ, думая тамъ спасти свою жизнь отъ опасной болѣзни. Въ настоящее время устроены карантины на ст. Менжилъ (въ 240 верстахъ отъ Тегерана) и въ Энзелахъ. Но карантины эти (персидскіе) никакого значенія не имѣютъ. Въ Энзелахъ, напр., карантинъ помѣщается въ усадьбѣ бр. Туманянцъ. Живутъ тамъ подъ открытымъ небомъ безъ всякаго прикрытія или въ сырыхъ, нездоровыхъ помѣщеніяхъ. Ни чайной, ни столовой нѣтъ при карантинѣ. Пища и питье доставляется въ карантинный домъ прямо съ базара и за счетъ путешественниковъ. Никакого отдѣленія въ дѣйствительности нѣтъ. До 30/VI іюня еще не было на карантинѣ никакихъ обеззараживающихъ средствъ, которыхъ ожидали изъ Тегерана. Богатыхъ и привиллегированныхъ держали не въ карантинѣ, а въ другомъ частномъ домѣ бр. Туманянцъ.

1506. По предложенію временно завѣдующаго отдѣленіемъ народнаго здравія въ Саратовскомъ губернскомъ земствѣ, д-ра *Николаева*, санитарно-исполнительная коммиссія постановила возбудить *ходатайство* о томъ, *чтобы въ угрожаемыхъ холерою мѣстностяхъ земскіе врачи были освобождены отъ призыва на военную службу*. Кромѣ того, коммиссія обратила вниманіе на необходимость борьбы съ заносомъ холеры извнѣ и на значеніе въ отношеніи заноса эпидеміи Пензенскаго тракта, по которому происходитъ сильное передвиженіе рабочихъ. И въ 1892 г. холера пришла по этому пути, слѣд., необходимо его обезопасить. Чрезвычайно важно также по возможности уединять мѣстное населеніе отъ проходящихъ мимо рабочихъ; особенно опасны въ этомъ отношеніи ночевки рабочихъ у крестьянъ. Въ этихъ видахъ коммиссія приняла постановленіе—просить губернскій комитетъ трезвости устроить 6 бараковъ для ночлега съ дешевою продажей чая и признала необходимымъ ознакомить населеніе съ элементарными мѣрами борьбы съ холерой путемъ распространенія печатныхъ листковъ о холерѣ. Въ заключеніе коммиссія постановила принять на земскій счетъ расходы по страхованію жизни врачей на время эпидеміи. Для вновь приглашаемыхъ временныхъ врачей это страхованіе обязательно, для постоянныхъ—добровольно («Саратовскій Дневникъ», 9 іюля).

1507. Вслѣдствіе бывшихъ за послѣднее время случаевъ острыхъ желудочно-кишечныхъ заболѣваній въ Петербургѣ врачебнымъ инспекторомъ *В. И. Скабичевскимъ* предложено городской санитарной Коммиссіи учредить *очередное дежурство санитарныхъ врачей и городскихъ дезинфекторовъ*. Врачи вмѣстѣ съ дезинфекторами будутъ дежурить у себя на квартирахъ и вызываться, въ случаѣ надобности, по телефону въ любую часть города («Русь» 15 іюля).

1508. На совѣщаніи санитарныхъ врачей, происходившемъ 16 іюня въ Петербургѣ подъ предсѣдательствомъ главнаго врача завѣдующаго эпидеміологическимъ бюро *В. И. Вержейскаго* обсуждался между прочимъ *проэктъ мѣръ, предупреждающихъ развитіе въ Петербургѣ коклюша и сыпного тифа*. Въ виду необходимости широкой популяризаціи въ населеніи свѣдѣній, какъ предохранить себя отъ заболѣванія, санитарная Коммиссія предполагаетъ издать для безплатной раздачи популярныя брошюры.—Мы полагаемъ, что санитарной Коммиссіи слѣдовало-бы, по примѣру Общества Тифлисскихъ врачей и Московскаго бактеріологическаго Общества, издать особые листы съ изложеніемъ въ доступной формѣ основныхъ понятій относительно того, какъ уберечь себя отъ различныхъ заразныхъ болѣзней и каковы главные признаки этихъ болѣзней. Листки такіе должны были-бы быть расклеены. въ достаточномъ количествѣ въ посѣщаемыхъ народомъ мѣстахъ, гдѣ приходится проводить безъ дѣла нѣкоторое время, напр., въ баняхъ, трактирахъ, на пароходахъ и въ вагонахъ желѣзныхъ дорогъ и пр.

1509. Для предупрежденія появленія въ Дербентѣ холеры, по примѣру другихъ городовъ, принимаются *спѣшныя мѣры къ оздоровленію города*. Учреждена исполнительная санитарно-полицейская Коммиссія, которая уже начала свою работу («Донская Рѣчь», 10 іюля).

1510. Въ Екатеринодарѣ учреждается *санитарная Коммиссія* изъ 2 санитарныхъ врачей, 2 санитарныхъ надзирателей и нѣсколькихъ санитарныхъ фельдшеровъ («Сѣверный Кавказъ», 8 іюля).

1511. Въ «Восточномъ Обозрѣніи» (29 іюня) приведены нѣкоторыя данныя *о положеніи сельской медицины въ Сибири*. Иркутская губернія имѣетъ $^1/_2$-милліона жителей, населяющихъ 2500 деревень и поселковъ, разбросанныхъ на пространствѣ, равномъ $^1/_4$ Европы. Изъ 19 врачебныхъ участковъ губерніи не болѣе $^1/_2$ имѣютъ собственныя зданія больницъ на нѣкоторое, но обыкновенно очень небольшое число кроватей; $^1/_4$ имѣютъ наемныя помѣщенія для больницъ, а остальныя имѣютъ только амбуляторіи.

1512. Въ Варшавской больницѣ св. Духа будетъ открыто *спеціальное отдѣленіе для больныхъ съ болѣзнями мочевыхъ путей* («Gazeta lekarska», 23 іюля).

ковмъ присвоивается нынѣ право на пенсію по учебной службѣ, засчитывается въ срокъ выслуги на эту пенсію все время ихъ прежней службы, при условіи внесенія ими въ казну установленныхъ на пенсію вычетовъ за все означенное время. Предоставляется Министру народнаго просвѣщенія выдавать лицамъ, окончившимъ курсъ Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института, дипломы на званіе лѣкаря. Предоставляется лицамъ женскаго пола, какъ окончившимъ курсъ Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института, такъ и выдержавшимъ соотвѣтствующія испытанія, право пріобрѣтать ученыя медицинскія степени при университетахъ и В.-Медицинской Академіи. Лица женскаго пола, имѣющія дипломъ иностранныхъ университетовъ на степень д-ра медицины и представившія удостовѣреніе въ полученіи ими образованія, дающаго право на поступленіе въ Петербургскій Женскій Медицинскій Институтъ, допускаются къ испытаніямъ на званіе лѣкаря при означенномъ Институтѣ, наравнѣ съ лицами, окончившими курсъ онаго. Впредь до общаго пересмотра законовъ о евреяхъ число слушательницъ Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института іудейскаго исповѣданія не должно превышать 3% общаго комплекта сихъ слушательницъ. На содержаніе Института отпускать изъ государственнаго казначейства, начиная съ 1905 г., по 139900 р. въ годъ, въ дополненіе къ имѣющимся въ распоряженіи Института на сей предметъ средствамъ. Удовлетворительно окончившія курсъ Института получаютъ дипломъ на званіе лѣкаря со всѣми предоставляемыми симъ званіемъ правами на медицинскую дѣятельность и службу, кромѣ правъ по чинопроизводству. Лица эти освобождаются отъ исполненія обязанностей врача въ присутствіяхъ по воинской повинности. Къ испытанію на степень д-ра медицины при Институтѣ допускаются лица женскаго пола, представившія дипломъ на званіе лѣкаря. Отъ ищущей степени д-ра медицины требуется устное испытаніе въ присутствіи Совѣта Института и публичная защита одобренной Институтомъ диссертаціи. Курсовыя испытанія, а равно экзамены на званіе лѣкаря и на степень д-ра медицины производятся по правиламъ, установленнымъ для медицинскихъ факультетовъ.—Согласно *штатамъ Института*, по акушерству и женскимъ болѣзнямъ полагаются 2 каѳедры—одна подъ наименованіемъ «Акушерство съ ученіемъ объ акушерскихъ операціяхъ и гинекологія съ пропедевтической клиникой», другая «Факультетская акушерско-гинекологическая клиника». Кромѣ того, полагаются отдѣльныя каѳедры: «бактеріологія», «рино- и ларингологія и отіатрія съ клиникой»; «эпизоотологія и ветеринарная полиція». Этихъ 3 каѳедръ, какъ извѣстно, на медицинскихъ факультетахъ нашихъ университетовъ нѣтъ, а для акушерства съ женскими болѣзнями полагается лишь 1 каѳедра. Введеніе въ штатъ Женскаго Медицинскаго Института 4 каѳедръ, которыя не имѣютъ медицинскіе факультеты, даетъ основаніе надѣяться, что при давно уже ожидаемомъ пересмотрѣ нынѣ существующихъ штатовъ медицинскихъ факультетовъ, каѳедры эти будутъ учреждены и въ университетахъ, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, было-бы явной несправедливостью обставлять преподаваніе медицины женщинамъ лучше, чѣмъ мужчинамъ.

1483. 27 іюня товарищи, сослуживцы и представители Карсскаго Общества *чествовали прощальнымъ обѣдомъ* оставившаго службу, за выслугою лѣтъ и по болѣзни, Карсскаго окружного врача *Александра Абрамовича Газазова*, прослужившаго въ Карсской области 25 лѣтъ. Во время чествованія въ цѣломъ рядѣ рѣчей ярко обрисованы были безкорыстіе, честность и полезная дѣятельность юбиляра. Отъ города былъ поднесенъ д-ру *Газазову* адрессъ. За обѣдомъ было собрано въ пользу семействъ врачей, нуждающихся въ пособіяхъ, 55 р.

1484. Уральское медицинское Общество въ г. Екатеринбургѣ чествуетъ 16 августа *25-лѣтіе врачебной и общественной дѣятельности* своего предсѣдателя д-ра *Н. А. Русскихъ*. Занявъ 25 лѣтъ тому назадъ мѣсто участковаго врача Екатеринбургскаго уѣзднаго земства, д-ръ *Русскихъ* и до сихъ поръ съ честью несетъ врачебныя обязанности въ той-же скромной роли, на которой остановился его выборъ по окончаніи курса Московскаго Университета. Являясь неизмѣннымъ поборникомъ общественно-санитарнаго направленія земской медицины, *Н. А.* по справедливости считается въ Пермской губерніи однимъ изъ организаторовъ земской медицины на ряду съ *И. И. Моллесономъ* и нѣкоторыми старѣйшими врачами и дѣятелями губерніи. Особенное вниманіе въ области общественной санитаріи *Н. А.* всегда отдавалъ вопросамъ борьбы съ дѣтской смертностью. Въ послѣднее время его имя стало извѣстнымъ и внѣ предѣловъ Пермской губерніи, въ связи съ его проэктомъ «Всероссійскаго Союза для борьбы съ дѣтской смертностью». Съ самаго основанія Уральскаго медицинскаго Общества (въ теченіи 14 л.) *Н. А.* состоитъ безсмѣннымъ предсѣдателемъ Общества, которое и возникло главнымъ образомъ благодаря его-же стараніямъ.

1485. Коммиссія о мѣрахъ предупрежденія и борьбы съ чумною заразою *приглашаетъ врачей, студентовъ-медиковъ старшихъ курсовъ* и фельдшеровъ, желающихъ быть командированными на Кавказъ и въ Закаспійскую область для принятія предупредительныхъ *противъ холеры* мѣръ, являться въ управленіе главнаго врачебнаго Инспектора Министерства внутреннихъ дѣлъ (Театральная, 3) въ присутственные дни отъ 12 до 4 час.

1486. Раненный на перевязочномъ пунктѣ при Дашицао *студентъ* В. Медицинской Академіи *Таракановъ награжденъ военнымъ орденомъ* 4-ой степени.

1487. Въ справочномъ отдѣлѣ о военно-плѣнныхъ получено свѣдѣніе, что взятый въ плѣнъ японцами д-ръ *Рыжковъ находится въ городѣ Мацуямѣ*.

1488. По извѣстіямъ, полученнымъ въ Глазовѣ, нашей 20 іюля въ бою при Дашицао *контуженъ* старшій врачъ 9-й Восточно-Сибирской стрѣлковой бригады д-ръ *П. Коломіецъ*.

1489. Въ дополненіе къ сообщенному нами (см. выше, № 26, стр. 946) свѣдѣнію относительно *назначенія д-ра Е. Н. Николаева завѣдующимъ отдѣленіемъ народнаго здравія в Саратовѣ* считаемъ нужнымъ сдѣлать слѣдующее пояснение, на которое совѣтуемъ обратить вниманіе всѣмъ товарищамъ, состоящимся въ запасѣ арміи: Завѣдующій отдѣленіемъ народнаго здравія Саратовской губернской земской управы состоялъ въ послѣдняго времени *Н. И. Тезяковъ*; 1-го іюня онъ былъ призванъ изъ запаса арміи на военную службу. Собственно д-ръ *Тезяковъ* еще въ 1901 г. могъ бы выйти изъ запаса, но по безпечности, за которую приходится теперь платиться не одному *Н. И.*, а очень многимъ, не позаботился объ этомъ своевременно и, согласно существующему положенію, оказался оставшимся въ запасѣ арміи «добровольно». *Н. И. Тезяковъ* прикомандированъ младшимъ врачемъ къ полевому госпиталю 61 пѣхотной дивизіи и находится въ настоящее время въ г. Сахарѣ. 15-го іюня губернская Управа возбудила черезъ Саратовскаго губернатора ходатайство передъ военнымъ министромъ объ освобожденіи д-ра *Тезякова* отъ военной службы, мотивируя свое ходатайство невозможностью пріискать на время достаточно компетентное лицо для завѣдыванія обширной и сложной санитарной организаціей губернскаго земства; ходатайство это подкрѣплено ссылкой на § 5 Приложенія къ статьѣ 25, т. IV устава о воинской повинности, согласно которому освобождаются отъ призыва нѣкоторыя категоріи лицъ (врачи, ветеринары, фармацевты), завѣдующихъ отдѣльными учрежденіями правительственными и земскими. Каковъ будетъ результатъ неизвѣстно. Во всякомъ случаѣ губернское земство сохраняетъ за д-ромъ *Тезяковымъ* до его возвращенія занимаемое имъ мѣсто и $^2/_3$ оклада жалованья. До возвращенія д-ра *Тезякова* губернская управа предложила временное завѣдываніе отдѣленіемъ народнаго здравія д-ру *Е. П. Николаеву*, который счелъ возможнымъ принять это предложеніе лишь на короткій срокъ—до полученія отвѣта на ходатайство объ освобожденіи *Н. И. Тезякова*; если же отвѣтъ будетъ отрицательный, то *Е. П. Николаевъ* просилъ Управу созвать санитарный Совѣтъ, которому и надлежитъ рѣшить вопросъ о завѣдываніи и о всей дѣятельности губернской санитарной организаціи. Рекомендованные санитарнымъ совѣтомъ на должность помощника завѣдующаго отдѣленіемъ народнаго здравія оба кандидата, д-ра *Е. Г. Мунблитъ* и *Сысоевъ*, не могли принять предложенія Управы, потому что первый уже принятъ на военную службу, а второй находится на очереди.

1490. Въ связи съ только-что сообщенной справкой можно привести напечатанныя во «Врачебной хроникѣ Харьковской губерніи» (№ 5) соображенія *по поводу призыва врачей изъ запаса арміи* на дѣйствительную службу: «На одной изъ первыхъ страницъ запасно отпускного билета врачей, на видномъ мѣстѣ крупно напечатано: «полный срокъ обязательный по Уставу о воинской повинности службы истекаетъ...» тогда то, слѣдуетъ точное обозначеніе года, мѣсяца, числа. Эта надпись, очевидно, и ввела многихъ, если не всѣхъ, въ заблужденіе: думалось, что по истеченіи этого, такъ ясно обозначеннаго и точно вычисленнаго срока, обязательнаго нахожденія въ запасѣ всякій eo ipso дѣлается свободнымъ отъ воинской повинности. Оказывается, однако, что и здѣсь безъ «бумаги» нельзя: надо подать прошеніе объ отставкѣ. Въ извлеченіяхъ изъ постановленій объ офицерскихъ чинахъ запаса, приложенныхъ къ запасно-отпускному билету объ этомъ, однако, прямо нигдѣ не говорится, но на концѣ одного изъ параграфовъ, трактующихъ о добровольномъ запасѣ, сказано между прочимъ, что «окончившіе сей срокъ въ обязательномъ запасѣ—если они не подали просьбъ объ увольненіи въ отставку—считаются состоящими въ добровольномъ запасѣ»... Нужно думать, что всѣ врачи смотрѣли на добровольный запасъ, именно, какъ на добровольный, т. е. обусловленный согласіемъ или выраженіемъ желанія, а потому мало интересовались правилами, регламентирующими добровольный запасъ. Такимъ образомъ, съ одной стороны, бумага всесильная въ мірѣ оффиціальныхъ отношеній, съ другой—добродушная безпечность россійскаго обывателя, всегда забывающаго своевременно изучить разныя правила,—сыграли надъ многими злую шутку. По видимому, не мало лицъ, спокойно дѣлавшихъ свое дѣ[illegible] однимъ несчастный день узнали, что они должны [illegible] жизнь, бросить дѣла, раззорить семью и ѣхать [illegible] дѣлаютъ это они не въ силу повинности, а як[illegible]

1491. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» [illegible] что на состоявшемся 9-го сего іюня засѣдан[illegible] Краснаго Креста, между прочимъ, было по[illegible]ствовать передъ командующимъ Сибирск[illegible] *объ оставленіи нѣкоторыхъ врачей* [illegible] *щихъ военному призыву, въ распоря*[illegible] Необходимость подобнаго ходатайст[illegible] тельствомъ, что съ призывомъ [illegible] сильный недостатокъ во врачах[illegible] домости» возбудить подобное [illegible] Красноярскаго городского [illegible] вторная мобилизація все бо[illegible] врачей, и странно вид[illegible] ности, куда проэктиров[illegible] съ театра военныхъ дѣ[illegible]

1492. Харьковское [illegible]

arl Kiss-
at. Экспе-
er den Be-
gleichzeitig
Рядъ кли-
бактеріо-

n. T. V.

hisiker in
радящихъ
ackmessun-
давленія
nastik und
dose. Кри-
ой бугор-
arorte für
ихъ остро-
als Heil-
умать, что
точной ча-
deren Be-
din Klebs.
a.

Tuberkulose.
результата-
tuberculosis,
ozoky. Ei-
вопроса о
ie Behand-
овъ бугор-
ohler. Zur
iberg. Die
gens in den
scher. Das
lerzklappen-
ое совпаде-
ріи. 8. Ig-
ка въ шко-
ie mit dem
ное изслѣ-

position zur
о наслѣд-
2. Hinsch.
Pfleglingen
l wie sind
ныя къ во-
ахоточныхъ.
bekämpfung.
рьбы съ бу-
Behandlung
heilanstalten.
Dispensaire
dosebekämp-
Ueber neue-
ose. Оцѣнка
гки. 7. Rit-
Arco. Описа-

ary tuberculo-
къ при бугор-
e Frostbeulen)
ка. 3. Elkan.
stallsbehandlung.
къ. 4. A. Moel-
und der Kinder-
vereines und der
s Jahr 1903. Ста-
zold. Einiges über
n. Критическій об-
Aftermessung. Срав-
емпературы въ рото-
. W. Armit. Grund-
in England. Планъ са-
sabteilung des Kranken-
angen für das Jahr 1902.

зскіе.

Métrique. Май.
r doublement dans la cure
bilicales. Новый способъ
2. Oltramare. Etude
es du cancer de l'utérus.
траненіи по организму
. Monstre avec malfor-
'a colonne vertébrale.
Des organes lympha-

е
нія пуп
alisation aux
ескій обзоръ вог
матки. (Не оконче
mations multiples et attitu
Описаніе и рисунокъ урода

1513. Въ Лодзи, по почину д-ра *Колинскаго*, при христіанскомъ благотворительномъ Обществѣ устроена *безплатная амбуляторія* для бѣдныхъ больныхъ.—Тамъ-же, по почину д-ра *С. Серковскаго*, учреждена при мѣстномъ отдѣлѣ Варшавскаго гигіеническаго Общества «*Капля молока*» («Czasopismo lekarskie», іюль).

1514. 7 іюля въ г. Юрьевѣ въ Окружномъ Судѣ слушалось крайне интересное дѣло *о кражѣ изъ университетской химической и фармакологической лабораторіи* микроскоповъ, химическихъ вѣсовъ, химическихъ препаратовъ и другихъ научныхъ приборовъ. Кража эта произведена съ *научной цѣлью* лицами, не имѣвшими возможности другимъ способомъ удовлетворить своей жажды къ знанію и въ этомъ отношеніи напоминаетъ собой средневѣковыя кражи труповъ лицами, которыя стремятся къ занятію анатоміей. Приводимъ со словъ корреспондента «Новостей» (15 іюля) наиболѣе существенныя подробности этого любопытнаго во многихъ отношеніяхъ дѣла. Въ ночь на 16-е, 28-е и 29-е декабря 1903 г. изъ фармакологической лабораторіи Юрьевскаго Университета были похищены разные приборы: въ первую ночь—ящикъ съ разновѣсомъ, алмазъ для рѣзанія стекла и стеклянные поплавки, въ ночь на 28-е декабря—санный аппаратъ, въ ночь на 29-е декабря—химическіе вѣсы съ разновѣсомъ, окуляры и объективы, электрическіе элементы и др. приборы. Похищенія эти не сопровождались взломами, и злоумышленники проникли въ помѣщеніе лабораторіи черезъ форточку запертаго окна, въ первомъ этажѣ зданія, не повреждая задвижекъ и форточекъ, такъ какъ послѣднія, по неудовлетворительности запоровъ, могли быть открыты и извнѣ. Въ ту-же ночь на 28-е декабря было совершено похищеніе также изъ химической лабораторіи Университета. Пропали разные дорогіе приборы, какъ-то: 2 микроскопа, подзорная труба, разныя стекла, вѣсы и т. п., при чемъ, по обнаруженіи пропажи, оказалось, что злоумышленники проникли въ зданіе лабораторіи также черезъ форточку двойной рамы одного изъ оконъ. Виновные всѣхъ описанныхъ похищеній оставались не обнаруженными до 14 го января 1904 г., когда въ управленіе Юрьевской городской полиціи явились: бывшій воспитанникъ Юрьевской гимназіи мѣщанинъ Вильгельмъ Вейнбергъ и пріемный сынъ домашняго учителя, также выбывшій изъ гимназіи, Фридрихъ Оргъ и, покаявшись въ совершеніи всѣхъ перечисленныхъ выше похищеній, доставили все похищенное, въ количествѣ около 80 предметовъ и объяснили, что похищенія эти они совершили не изъ корыстныхъ цѣлей, а съ цѣлью научною, такъ какъ оба, желая изучить химію и физику, хотѣли производить опыты, но не имѣли достаточно средствъ для пріобрѣтенія дорогихъ приборовъ. На судѣ подсудимые Оргъ и Вейнбергъ чистосердечно сознались во всѣхъ 4-хъ кражахъ и объяснили, что они уже давно занимались изученіемъ химіи и физики и у нихъ появилось сильное желаніе произвести опыты, для чего рѣшено было похитить изъ Университетской лабораторіи приборы. Похитивъ въ ночь на 16-е декабря часть приборовъ, они приступили къ производству опытовъ по химіи, но этихъ приборовъ было недостаточно, а потому въ ночь на 28-е декабря они вторично отправились на кражу и похитили санный аппаратъ и другія вещи, которыхъ также оказалось мало. 29-го декабря они сначала совершили кражу въ химической лабораторіи, а потомъ отправились на кражу въ фармакологическую лабораторію. Всѣ похищенныя вещи они отнесли домой и занимались нѣсколько дней подрядъ при помощи этихъ приборовъ опытами, производя только тѣ опыты, какіе умѣли. При совершеніи кражи они совершенно не руководствовались цѣлью наживы, а, напротивъ, намѣрены были положить похищенные приборы, по минованіи надобности, на мѣсто. Не имѣя возможности такъ поступить, въ виду сдѣланнаго Университетомъ заявленія о кражѣ, они сами отправились въ полицію, принесли чистосердечное раскаяніе и возвратили всѣ вещи и приборы.—Какъ и нужно было ожидать судъ вынесъ подсудимымъ оправдательный приговоръ.

1515. Коммиссія санитарныхъ врачей г. Москвы осматривала мѣстность около огромнаго Ваганьковскаго кладбища и между прочимъ дѣлаетъ нѣсколько замѣчаній о послѣднемъ. Указавъ, что правильно устроенныя и хорошо содержимыя кладбища не могутъ внушать рѣшительно никакихъ опасеній санитарнаго характера, Коммиссія замѣчаетъ, что *православныя кладбища* не только устраиваются безъ выбора соотвѣтствующей санитарнымъ требованіямъ почвы, но и *содержатся чрезвычайно неправильно*, при чемъ нерѣдко передъ вырытіемъ новой могилы щупомъ изслѣдываютъ мѣсто съ цѣлью узнать, не захоронено ли уже оно. Ваганьковское кладбище вплоть заполняется трупами. Такое насыщеніе почвы продуктами трупнаго разложенія и разныя нарушенія санитарныхъ требованій въ родѣ устройства общихъ братскихъ могилъ (даже для 2000 труповъ!) могутъ сдѣлать кладбище источникомъ могильнаго запаха, что и наблюдалось въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ послѣ Ходынскаго несчастья въ годъ коронаціи («Извѣстіе Московской Городской Думы» № 1, «Врачебная Хроника Харьковской губ.» № 5).

1516. Проф. *König*, директоръ хирургической клиники въ Charité нынѣшней осенью оставляетъ кафедру. На его мѣсто министерство пригласило проф. *Eiselsberg*'а изъ Вѣны, но послѣдній *отклонилъ предложеніе* прусскаго правительства, не смотря на весьма заманчивыя условія матеріальнаго вознагражденія. По словамъ «Berliner Tageblatt» *Eiselsberg*'у предлагалось 25000 марокъ годового жалованія и гарантировалось 32000 марокъ въ годъ гонорара отъ слушателей. Такая щедрость, имѣющая цѣлью привлеченіе въ университеты лучшихъ силъ заслуживаетъ подражанія. Причиной отказа со стороны вѣнскаго хирурга являются семейныя обстоятельства.

1517. Въ нѣмецкомъ журналѣ «Abstinenz» д-ръ *Goldfeld* (Schöneberg близъ Berlin'а) сообщаетъ результаты своихъ изслѣдованій по вопросу о *потребленіи спиртныхъ напитковъ учениками народныхъ школъ*. Такъ какъ при своей работѣ авторъ пользовался поддержкой учителей, то собранный имъ матеріалъ вполнѣ заслуживаетъ вниманія. Оказалось, что изъ 470 учениковъ мужской школы 264, т. е. 56,2% пьютъ ежедневно пиво, 139 т. е. 30% пьютъ по временамъ другіе спиртные напитки. Въ женской школѣ изъ 497 ученицъ 242, т. е. 48,7% пьютъ постоянно пиво, въ то время какъ 160, т. е. 32,2% по временамъ другіе спиртные напитки. Кромѣ того оказалось, что какъ разъ тѣ ученики, которые постоянно пили пиво и другіе спиртные напитки, особенно отличались своей разсѣянностью, лѣнью и лживостью, количество выпиваемаго пива колебалось въ среднемъ отъ 1 до 2-хъ стакановъ ежедневно. Другіе спиртные напитки (водки, ликеры) потребляются, главнымъ образомъ, по воскресеньямъ, когда родители берутъ съ собой своихъ дѣтей въ рестораны. Большинство родителей даетъ дѣтямъ спиртные напитки въ полной увѣренности, что они дѣйствуютъ укрѣпляющимъ образомъ на дѣтскій организмъ. Увѣщанія со стороны учителей и врача въ большинствѣ случаевъ остаются безъ результата. Учитель и школа безсильны тамъ, гдѣ домашняя обстановка имъ противодѣйствуетъ. Авторъ предлагаетъ для просвѣщенія родителей вручать имъ при поступленіи дѣтей въ школу печатное наставленіе о вредномъ вліяніи спиртныхъ напитковъ на душу и тѣло подростающаго поколѣнія.

1518. Всѣмъ директорамъ германскихъ среднихъ учебныхъ заведеній (482 гимназіи и 131 реальная гимназія) Союзомъ германскихъ врачебныхъ Обществъ разослана брошюра, въ которой *оканчивающихъ курсъ предостерегаютъ отъ поступленія на медицинскій факультетъ*. Въ брошюрѣ данъ краткій очеркъ печальнаго положенія врачебнаго сословія въ Германіи, при чемъ приводятся цифровыя данныя, съ достаточной наглядностью освѣщающія матеріальную необезпеченность врачей. Причинами ненормальнаго положенія врачей признаются: перепроизводство врачей, свобода практики, предоставленная шарлатанамъ и законодательство о страхованіи на случай болѣзни. Незначительной доходности врачебнаго труда противоставляется утомительность, тяжелое душевное напряженіе, постоянная отвѣтственность и быстрая трата силъ, связанныя съ дѣятельностью врача. Каждый приступающій къ изученію медицины долженъ имѣть въ виду, что пройдетъ не одинъ годъ послѣ окончанія имъ курса, прежде чѣмъ онъ съумѣетъ добиться заработка, достаточнаго для безбѣднаго прожитія (Medicinische Reform, № 30).

1519. Съ 10 по 15 октября текущаго года въ Санъ-Луи состоится *1-ый международный Съѣздъ военныхъ врачей*.

1520. По образцу французскихъ Dispensaires antituberculeux, въ Берлинѣ устраивается *попечительство о раковыхъ больныхъ*. Оно будетъ находиться подъ руководствомъ проф. *Leyden*'а, который имѣетъ уже въ своемъ вѣденіи Институтъ для изслѣдованія раковой болѣзни, помѣщающійся въ Charité. Комитетъ по изслѣдованію рака пожертвовалъ на устройство попечительства 2000 марокъ. Предполагается кромѣ того устроить, по образцу раковаго госпиталя въ Лондонѣ, еще убѣжище для неизлѣчимыхъ раковыхъ больныхъ. Средства для этихъ убѣжищъ пожертвованы частными благотворителями.

1521. Съ 1 октября текущаго года *въ Кельнѣ* германское правительство открываетъ новое высшее учебное заведеніе, посвященное спеціально изученію клинической медицины. Учрежденію этому дано названіе *Академіи практической медицины*. Профессорами этой академіи назначены слѣдующіе главные врачи Кельнскихъ госпиталей: *Bardenheuer* (хирургъ), *Hochhaus* (терапевтъ), *O. Minkowski* (терапевтъ), *Tilmann* (хирургъ). Преподаваніе исключительно для врачей будетъ имѣть мѣсто въ гражданскихъ военныхъ госпиталяхъ города.

1522. Изъ 2-хъ кандидатовъ, представленныхъ Парижскимъ медицинскимъ факультетомъ на кафедру сравнительной и экспериментальной патологіи—д-ровъ *Roger* и *Vidal*'я, *утвержденъ профессоромъ д-ръ Roger*.

1523. *Въ Букарештѣ* на средства, отпущенныя Румынскимъ правительствомъ (400000 франковъ) и на землѣ, пожертвованной городскимъ управленіемъ, приступили къ постройкѣ большой *народной здравницы для чахоточныхъ*. Остальная сумма денегъ, необходимая для постройки, будетъ собрана при помощи выпуска правительствомъ особыхъ лоттерейныхъ билетовъ («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 31 іюля).

1524. На дняхъ въ *Герберсдорфѣ* отпразднованъ былъ *50-лѣтній юбилей* извѣстной *здравницы*, основанной покойнымъ д-ромъ *Brehmer*'омъ. Герберсдорфская здравница для чахоточныхъ была первымъ учрежденіемъ этого рода и послужила, какъ извѣстно, образцомъ для цѣлаго ряда здравницъ для бугорчаточныхъ больныхъ.

1525. *Умерли*: 1) Въ Петербургѣ *Владиміръ Петровичъ Севастьевъ* («Новое Время», 16 іюля), родившійся въ 1857 г., а званіе врача получившій въ 1883 г.

Съ 1-го августа рукописи, направляемыя въ Петербургъ, просятъ вновь адрессовать на имя *С. В. Владиславлева* (Ивановская, д. 2, кв. 4).

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. Мартъ. Т. VII. Тетр. 12.

1. **Hugo Sellheim.** *Zur Dosierung der physikalischen Heilmethoden in der Geburtshülfe und Gynäkologie.* Описаніе и рисунки прибора. 2. **R. Friedlaender.** *Bewegunstherapie bei Paralysis agitans.* Клиническая лекція. 3. **Karl Hübner.** *Hat das Fett einen Einfluss auf die Zuckerausscheidung beim Diabetes mellitus.* Клинико-экспериментальное наблюденіе надъ вліяніемъ жира на выдѣленіе сахара при діабетѣ. 4. **J. Zabludowski.** *Ueberanstrengung beim Schreiben und Musizieren.* Переводъ работы, помѣщенной въ «Русскомъ Врачѣ». 5. **A. Gilardoni.** *Versuche über die Wirkung von hydriatischen Prozeduren auf die Magensekretion.* 6 наблюденій надъ больными. 6. **I. Sadger.** *Wie Priessnitz chronische Leiden kurierte.* Историческій очеркъ. (Окончаніе).

Апрѣль. Т. VIII. Тетр. 1.

1. **V. Babes.** *Vorläufige Mitteilung über die Behandlung der von wütenden Wölfen gebissenen Personen.* Лѣченіе укушенныхъ бѣшенымъ волкомъ. 2. **Hermann Eichhorst.** *Bergtouren für Nervöse.* Авторъ указываетъ на благотворное вліяніе горныхъ путешествій на нервныхъ больныхъ. 3. **Much, Römer** und **Siebert.** *Aus v. Behrings Marburger Privatinstitut für experimentelle Therapie. Ultramikroskopische Untersuchungen.* Опыты съ новымъ приборомъ *Zeiss'a.* (Не окончена). 4. **Max Herz** und **Ernst Meyer.** *Ueber den Einfluss der therapeutisch verwendbaren Atmungsformen auf das Herz.* Связь между дыханіемъ и сердечною дѣятельностью. (Не окончена). 5. **W. Caspari.** *Die Bedeutung des Radiums und der Radiumstrahlen für die Medizin.* Критическій обзоръ вопроса о значеніи радія въ медицинѣ 6. **B. Laquer.** *Ueber Winterkuren im Hochgebirge.* Краткая замѣтка.

Май. Т. VIII. Тетр. 2.

1. **L. Büchmann.** *Beiträge zum Phosphorstoffwechsel.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе о фосфорномъ обмѣнѣ. 2. **J. Arnheim.** *Das Verhalten rektal eingegebener Zuckermengen beim Diabetiker.* Опредѣленіе количества сахара, выдѣляемаго черезъ слизистую оболочку прямой кишки діабетиками. 3. **Bruno Alexander.** *Ueber Nasenatmung und Training.* Указывается на важность носового дыханія для организма. 4. **Much. Römer** und **Siebert.** *Aus v. Behrings Marburger Privatinstitut für experimentelle Therapie. Ultramikroskopische Untersuchungen* Опыты съ новымъ микроскопомъ Цейсса. (Окончаніе). 5. **Paul Römer.** *Zur Frage des physiologischen Stoffaustausches zwischen Mutter und Fötus.* Опыты на овцахъ. Изучался обмѣнъ веществъ, происходящій между матерью и плодомъ. 6. **Max Herz** und **Ernst Meyer.** *Ueber den Einfluss der therapeutisch verwendbaren Atmungsformen auf das Herz.* О связи между дыханіемъ и сердечной дѣятельностью. 7. **K. Beerwald.** *Einiges über den Wert des Fleischextraktes und anderer künstlicher Genussmittel.* Краткая замѣтка.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Май. Т. XLVII. Тетр. 1.

1. **F. Marchand** und **I. C. G. Ledinham.** *Ueber Infection mit «Leishman'schen Körperchen» (Kala-Azar?) und ihr Verkältniss zur Trypanosomen-Krankheit.* Клиническое, патолого анатомическое и экспериментальное наблюденіе. 2. **J. A. Schabad.** *Actinomycosis atypica pseudotuberculosa.* Одинъ клиническій случай и опыты на животныхъ. 3. **Dempwolff.** *Bericht über eine Malaria-Expedition nach Deutsch Neu-Guinea.* Отчетъ экспедиціи для борьбы съ маляріей. 4. **Carl Spengler.** *Anatomisch nachgewiesene Tuberculin-Heilung einer Miliartuberculose der Lungen.* Два случая доказаннаго вскрытіемъ излѣченія бугорчатки туберкулиномъ. 5. **Albert Schütze.** *Ueber einige praktische Anwendungen der Präcipitine in der Nahrungsmittelchemie* Примѣненіе преципитиновъ въ химіи пищевыхъ веществъ.

Іюнь. Тетр. 2.

1. **H. Liefmann.** *Ein Beitrag zur Frage nach der ätiologischen Bedeutung gewisser Pflanzenpollenkörner für das Heufieber.* Авторъ устанавливаетъ связь между количествомъ носящейся въ воздухѣ цвѣтневой пыли и интенсивностью заболѣваній сѣнною лихорадкою. 2. **V. Babes.** *Ueber die Behandlung von 300 von wüthenden Wölfen gebissenen Personen im Bukarester pathologisch-bakteriologischen Institute.* О лѣченіи 300 больныхъ, укушенныхъ бѣшеными волками. 3. **M. Kanda.** *Vergleichende Studien über die Tuberculine von Menschen und Rindertuberkelbacillen bei der Diagnose der Rindertuberculose.* Для распознаванія бугорчатки рогатаго скота авторъ считаетъ предпочтительными впрыскиванія туберкулина добытаго изъ палочекъ бугорчатки рогатаго скота, а не изъ палочекъ отъ человѣка. 4. **Noetel.** *Die Typhusepidemie im Landkreis Beuthen O/S. im Jahre 1900.* Отчетъ объ эпидеміи и разборъ причинъ, легшихъ въ основу распространенія тифозной эпидеміи. 5. **Karl Kisskalt.** *Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **Max Auerbach.** *Ueber den Befund von Influenzabacillen in Tonsillen und Larynx; gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der influenzaähnlichen Bacillen.* Рядъ клиническихъ случаевъ, въ которыхъ авторъ произвелъ бактеріологическое изслѣдованіе зѣва.

Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen. Т. V. Тетр. 2.

1. **H. Lorentz.** *Zur Behandlung der fiebernden Phthisiker in den Lungenheilanstalten.* 2 случая излѣченія лихорадящихъ чахоточныхъ въ санаторіи. 2. **Hans Naumann.** *Blutdruckmessungen an Lungenkranken.* Значеніе измѣреній кровяного давленія у легочныхъ больныхъ. 3. **Oskar Neitzert.** *Atemgymnastik und Körperbewegungen in der Behandlung der Lungentuberkulose.* Критическая замѣтка о легочной гимнастикѣ для легочной бугорчатки. 4. **H. Engel.** *Die Kanarischen Inseln als Kurorte für Lungenkranke.* Медико-санитарное описаніе Канарійскихъ острововъ. 5. **H. W. Blöte.** *Die Fontanelle (Ulcusartificiale) als Heilmittel gegen Lungenschwindsucht.* Авторъ склоненъ думать, что фонтанели могутъ оказать услугу при лѣченіи легочной чахотки. 6. **F. Jessen.** *Über Lungenschwindsucht und deren Behandlung mit besonderer Berücksichtigung des Tukerculocidin Klebs.* Рядъ случаевъ лѣченныхъ туберкулоцидиномъ *Klebs'a.*

Январь. Тетр. 3.

1. **A. Moeller.** *Über aktive Immunisierung gegen Tuberkulose.* Авторъ получилъ въ своихъ опытахъ отрицательные результаты. 2. **F. Parkes Weber.** *Arrested pulmonary tuberculosis, chiefly from the clinical point of view.* 3. **D. von Bozoky.** *Einiges über Lungenblutungen.* Критическій очеркъ вопроса о легочныхъ кровотеченіяхъ. 4 **H. Cybulski.** *Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit Menthorol.* 15 случаевъ бугорчатки гортани, лѣченныхъ ментороломъ. 5. **F. Köhler.** *Zur Tuberkulinfrage.* Критическая замѣтка. 6. **Povl Heiberg.** *Die Tuberkulosesterblichkeit unter den Schlächtern Kopenhagens in den Jahren 1891—1900.* Статистическая замѣтка. 7. **C. Fischer.** *Das Vorkommen der Lungentuberkulose bei Personen mit Herzklappenfehlern.* Авторъ ставитъ внѣ всякаго сомнѣнія частое совпаденіе легочной бугорчатки со съуженіемъ легочной артеріи. 8. **Ignaz Steinhardt.** *Tuberkulose und Schule.* Бугорчатка въ школахъ и способы борьбы съ нею. 9. **J. Fries.** *Versuche mit dem Thorakodynamometer nach Sticker.* Экспериментальное изслѣдованіе.

Февраль. Тетр. 4.

1. **Max Burckhardt.** *Über Vererbung der Disposition zur Tuberkulose.* Статистическія данныя къ вопросу о наслѣдственности предрасположенія къ бугорчаткѣ. 2. **Hinsch.** *Wie hat Lippspringe sich bei den lungenkranken Pfleglingen des Rekonvaleszentenvereines Elberfeld bewährt und wie sind heute seine hygienischen Verhältnisse.* Цифровыя данныя къ вопросу о вліяніи Липпшпринге какъ курорта для чахоточныхъ. 3. **A. Kayserling.** *Volksbelehrung und Tuberkulosebekämpfung.* Подъемъ народнаго образованія какъ средство борьбы съ бугорчаткой. 4. **Peter Pregowski.** *Zur Frage der Behandlung Lungenkranker nach ihrer Ueberbringung in Klima-Heilanstalten.* Краткая замѣтка. 5. **Philipp Blumenthal.** *Das Dispensaire (Poliklinik für Lungenkranke) im Dienste der Tuberkulosebekämpfung.* Критическій обзоръ вопроса. 6. **G. Schröder.** *Ueber neuere Medikamente für die Behandlung der Tuberkulose.* Оцѣнка новыхъ лѣкарственныхъ методовъ лѣченія бугорчатки. 7. **Ritter von Weismayr.** *Sanatorium St.-Pancratini in Arco.* Описаніе, планы и рисунки.

Мартъ. Тетр. 5.

1. **J. O. Cobb.** *The point of election in pulmonary tuberculosis.* Точки наиболѣе частаго пораженія въ легкихъ при бугорчаткѣ. 2. **G. E. Permin.** *Ist Erythema Pernio (die Frostbeulen) ein tuberkulöses Exanthem?* Критическая замѣтка. 3. **Elkan.** *Beschäftigung Lungenkranker während der Anstaltsbehandlung.* Преимущества лѣченія бугорчатки въ санаторіяхъ. 4. **A. Moeller.** *Ärztlicher Jahresbericht der Vereinsheilstätte und der Kinderheilstätte des Berlin-Brandenburger Heilstättenvereines und der Samuel Bleichröder-Stiftung bei Belzig für das Jahr 1903.* Статистическія данныя. 5. **Alexander von Pezold.** *Einiges über die Tuberkulosefrage und das Heilstattenwesen.* Критическій обзоръ. 6. **J. Ostenfeld.** *Mundmessung oder Aftermessung.* Сравнительная оцѣнка способовъ измѣренія температуры въ ротовой полости и въ заднемъ проходѣ. 7. **H. W. Armit.** *Grundsteinlegung des King Eduard-Sanatorium in England.* Планъ санаторіи. 8. **Sture Carlsson.** *Tuberkuloseabteilung des Krankenhauses St.-Göron nebst einigen Mitteilungen für das Jahr 1902.* Описаніе и рисунки.

Французскіе.

Annales de gynécologie et d'obstétrique. Май.

1. **Henri Hartmann.** *La suture par doublement dans la cure des éventrations larges et des grosses ombilicales.* Новый способъ коренного лѣченія пупочныхъ грыжъ. 2. **Oltramare.** *Etude sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer de l'utérus.* Критическій обзоръ вопроса о распространеніи по организму рака матки. (Не окончена). 3. **G. Lepage.** *Monstre avec malformations multiples et attitude particulière de la colonne vertébrale.* Описаніе и рисунокъ урода. 4. **Kroemer.** *Des organes lympha-*

tiques, des organes génitaux féminins et de leurs modifications dans le cancer de l'utérus. Критическій обзоръ.

Іюнь.

1. **V. Morax.** *Les ophtalmies du nouveau-né.* Критическій обзоръ вопроса и статистическія данныя. 2. **Potocki** et **Lacasse.** *Des modifications globulaires du sang dans l'infection puerpérale envisagées au point de vue du pronostic et du traitement.* Наблюденіе надъ измѣненіями въ крови при послѣродовой горячкѣ. 3. **Oltramare.** *Etude sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer de l'utérus.* Распространеніе раковыхъ опухолей лимфатическими путями. (Окончаніе). 4. **Queirel.** *Hystéropexie et puerpéralité.* Клиническая лекція.

Revue clinique d'andrologie et de gynécologie. Февраль. № 2.

1. **A. Nordin.** *Contrefaçon simiesque.* Оспаривается у *Мечникова* пріоритетъ прививки сифилиса обезьянамъ. 2. **P. Hamonic.** *Hypospadias et épispadias.* (Продолженіе). 3. **Maritoux.** *De l'emploi de la lumière au point de vue thérapeutique.* Лѣчебное свойство свѣта. 4. **Toveau de Courmelles.** *La lumière en gynécologie.* Критическій очеркъ примѣненія свѣтолѣченія въ гинекологической практикѣ.

Мартъ. № 3.

1. **Hamonic.** *Un cas d'appendicite grave en apparence foudroyante, mais en réalité très ancienne. Laparotomie. Guérison.* Описаніе случая. 2. **A. Guinard.** *Douleurs d'origine appendiculaire (Appendicologie).* Нѣсколько клиническихъ наблюденій.

Апрѣль. № 4.

1. **P. Hamonic.** *Castration pour cancer du testicule. Cystostomie pour cystite fongueuse hémorrhagique chez un prostatique. Section bilatérale du sphincter vulvaire pour vulvisme suraigu.* Клиническая лекція. 2. **A. Nordin.** *La syphilisation du singe.* Попытка отнять у *Мечникова* и *Roux* пріоритетъ опытовъ надъ обезьянами въ прививкѣ имъ сифилиса. 3. **Maritoux.** *Le traitement des affections cutanées et du carcinome par les rayons Roentgen.* Авторъ считаетъ дѣйствіе лучей x при нѣкоторыхъ болѣзняхъ кожи безспорно цѣлебными.

Revue de chirurgie. Іюнь. № 6.

1. **E. Quénu** et **P. Sebileau.** *La pharyngotomie rétro-thyroïdienne.* Описаніе метода и полушематическіе рисунки. 2. **De Vlaccos.** *Contribution à l'étude de la vaginalité séreuse chronique.* По поводу одного случая. 3. **F. Gross** et **G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* О прободеніи желудка язвой. (Продолженіе). 4. **Léon Cahier.** *Sur les myostéomes traumatiques.* (Продолженіе). 5. **E. Villard** et **L. Pinatelle.** *De la perforation des ulcères de la petite courbure.* О прободающихъ язвахъ желудка. (Продолженіе).

Revue de médecine. Іюнь. Г. 24. № 6.

1. **Ch. Féré.** *Note sur l'intérêt clinique de quelques équivalents des épileptiques.* 2 клиническихъ наблюденія падучей. 2. **G. Humbert.** *Des malformations pulmonaires. Étude anatomo-clinique.* Описаніе нѣсколькихъ аномалій въ положеніи легкихъ. 3. **E. Marandon de Montyel.** *Le mal perforant dans la paralysie générale.* 15 случаевъ прободающей язвы стопы при общемъ параличѣ. 4. **Conor.** *Affection subaiguë ayant présenté le syndrome «leucémie» et terminée par la guérison.* Подробное описаніе случая.

Revue d'hygiène et de police sanitaire. Май. № 5.

1. **Kelsch.** *La pratique de la vaccination.* Практическія свѣдѣнія о прививкахъ оспы и существующія во Франціи законоположенія. 2. **Gustave Reynaud.** *L'hotel des émigrants syriens à Marseille.* Описаніе и планы зданія. 3. **Estore de Franceschi.** *Influence du sol sur la virulence du bacille typhique.* Экспериментальное изслѣдованіе вліянія почвы на тифозныя палочки.

Іюнь. № 6.

1. **H. Vincent.** *Recherches sur les propriétés antiseptiques du sulfate ferrique.* Обеззараживающая сила солей закиси желѣза выше, чѣмъ солей окиси. 2. **E. Imbeaux.** *De la nécessité et des moyens d'instituer une proscetion efficace pour les eaux d'alimentation des villes.* Способы раціональнаго снабженія городовъ питьевой водой. 3. **Borel.** *Étude statistique et épidemiologique sur le lazaret de Camaran et les pèlerins qu'il a reçus de 1887 à 1902.* Отчетъ за 5 лѣтъ. 4. **D. Verhaeghe.** *La tuberculose en Grèce.* Критическій обзоръ вопроса.

Revue médicale de la Suisse Romande. Апрѣль. Г. 24. № 4.

1. **A. Lassueur.** *Aperçu critique sur la radiothérapie et la photothérapie. La radiumthérapie.* Литературно-критическій очеркъ современнаго состоянія вопроса о свѣтолѣченіи и лѣченіи лучами радія. 2. **J. Bastian.** *Un cas de bassin rachitique (D. P. P. M.=6½ centim.)—1-er accouchement, embryotomie céphalique.—2-me accouchement, operation césarienne conservatrice. Enfant à terme.* При рахитическомъ тазѣ двѣ беременности у одной и той-же женщины. Въ первомъ случаѣ была сдѣлана эмбріотомія. Во второмъ—вынутъ живой плодъ кесарскимъ сѣченіемъ. 3. **Veyrassat.** *Corps étranger du rectum.* Въ описываемомъ случаѣ въ прямой кишкѣ находился стаканъ. 4. **A. Renaud.** *Tuberculose ulcéreuse primitive de la grande lèvre.* Описаніе случая.

Май. № 5.

1. **Ermanno Chilerotti.** *Les carcinomes calcifiés de la peau (epithéliomes calcifiés). Étude sur un carcinome de la peau, primitif, multiple, calcifié.* Описаніе собственныхъ 2-хъ случаевъ и литературная казуистика. (Не окончена). 2. **H. Vulliet.** *La fracture de la tubérosité antérieure du tibia.* Описаніе случая и радіографическій снимокъ съ пораженой области. 3. **J. Veillard.** *Contribution à l'étude des râles émis au travers des voies aériennes dans la tuberculose pulmonaire et quelques autres affections bronchiques et pulmonaires.* Новый видъ хриповъ при бугорчаткѣ легкихъ. 4. **Huguenin.** *Quelques données statistiques sur la tuberculose des enfants et des adolescents.* Рядъ цифровыхъ данныхъ по вопросу о бугорчаткѣ у дѣтей и взрослыхъ.

Іюнь. № 6.

1. **Ermanno Chilesotti.** *Les carcinomes calcifiés de la peau (epithéliomes calcifiés) Étude sur un carcinoma de la peau, primitif, multiple, calcifié.* Объяввествившіяся раковыя опухоли. (Не окончена). 2. **H. Cristiani** et **G. de Michelis.** *Recherches bactériologiques sur l'emploi de la «Westrumite» pour l'entretien des routes.* Авторы приходятъ къ отрицательному выводу о достоинствахъ препарата. 3. **Muret.** *Des indications opératoires des tumeurs fibreuses de l'utérus.* О показаніяхъ къ оперативному лѣченію фиброзныхъ опухолей матки. 4. **René Guillermin.** *Anomalie d'un placenta de jumeaux.* Случай двойного послѣда. 5. **H. Grandjean.** *Corps étrangers de l'oreille.* 2 случая удаленія инородныхъ тѣлъ изъ уха.

Journal de physiologie et de pathologie générale. Мартъ. Т. VI. № 2.

1. **A. Pugliese.** *Études sur la réalimentation.* Химическій анализъ печени и мышцъ въ первые дни кормленія послѣ продолжительнаго голоданія. 2. **J. Cluzet.** *Sur l'excitation des nerfs.* О возбужденіи нервовъ разрядомъ конденсаторовъ. 3. **P. Nolf** et **L. Plumier.** *Du mécanisme des courbes de Traube-Hering.* Критическая замѣтка. 4. **J. Roux** et **A. Laboulais.** *Sur un procédé permettant d'apprécier la rapidité d'évacuation de l'estomac et l'abondance de la sécretion.* Экспериментальное изслѣдованіе. 5. **P. Nolf** et **L. Plumier.** *Contribution à l'étude des réactions cardio-vasculaires de l'asphyxie chez le chien.* Вліяніе задушенія на дѣятельность сердца и сосудовъ. 6. **A. Pugliese.** *Recherches sur les substances actives des organes et tissus.* Противостоваживающее вліяніе вытяжекъ изъ животныхъ тканей, полученныхъ по способу автора, онъ объясняетъ дѣйствіемъ вещества, выпадающаго при ощелачиваніи вытяжки. 7. **Victor Henri** et **Larguier des Bancels.** *Application des méthodes physico chimiques à l'étude de differents phénomènes de biologie générale.* Критическій обзоръ вопроса. 8. **Mavrojannis.** *Sur un signe differentiel entre le vibrion cholérique et certaines autres espèces vibrionniennes.* Вліяніе формалина на желатинныя разводки холернаго и другихъ вибріоновъ. 9. **Maurice Letulle.** *Varices lymphatiques de l'intestin grêle.* Варикозныя расширенія лимфатическихъ сосудовъ въ тонкой кишкѣ. 10. **Jules Courmont** et **Léon Lacomme.** *La caféine en bactériologie.* Кофеинъ обладаетъ бактеріиубивающимъ дѣйствіемъ на многіе виды микробовъ. 11. **A. Brault** et **M. Loeper.** *Le glicogène dans la membrane germinale des kystes hydatiques.* Авторы обнаружили присутствіе гликогена въ пузырѣ эхинококка. 12. **Joseph Nicolas, S. Froment** et **F. Dumoulin.** *Splénectomie et leucocytose dans l'intoxication diphtérique expérimentale.* Вліяніе удаленія селезенки на количество лейкоцитовъ при дифтеріи. 13. **E. Gaucler.** *Les reactions macrophagiques de la rate humaine et la pathogénie de certaines splénomégalies.* Существуютъ въ селезенкѣ макрофаги, разрушающіе только эритроцитовъ и микрофаги, разрушающіе лишь микоцитовъ.

Май. № 3.

1. **E. Castex.** *Nouveaux dynamomètres pour le membre supérieur.* Видоизмѣненіе прежняго динамометра, состоящее въ приспособленіи его къ ростяженію и скручиванію. 2. **C. Hervieux.** *Recherches expérimentales sur les chromogènes urinaires du groupe indolique.* Химическій анализъ мочевыхъ пигментовъ. 3. **Xavier Mathieu.** *Action de l'adrénaline sur le coeur.* Опыты на собакахъ. 4. **E. Castex.** *Recherches dynamométriques sur le membre supérieur chez les écoliers et les étudiants.* Статистическія данныя. 5. **A. Pugliese.** *Recherches sur l'action physiologique des substances actives des organes et des tissus.* Опыты на собакахъ. Изучалось дѣйствіе вытяжекъ изъ различныхъ органовъ. 6. **P. Armand-Delille** et **André Mayer.** *Experiences sur l'hyperglobulie des altitudes.* Авторъ приписываетъ гиперглобулію являющуюся у людей на горныхъ высотахъ вліянію не одного только измѣненнаго барометрическаго давленія, но и нѣсколькихъ другихъ причинъ. 7. **H. Cristiani.** *De la greffe hétérothyroidienne.* Пересадка щитовидной железы одного вида животныхъ другому. 8. **E. Dufourt.** *Contribution à l'étude de l'influence des alcalins sur le métabolisme des albuminoides dans l'organisme.* Вліяніе щелочей на бѣлковый обмѣнъ въ организмѣ. 9. **S. Arloing** et **Bancel.** *Comparaison de la tuberculine avec l'agent producteur de l'intoxication tuberculeuse chez le malade.* Литературно-критическая замѣтка. 10. **A. Brault** et **M. Loeper.** *Le glycogène dans le dévéloppement de certains parasites (Cestodes et Nématodes).* Морфологическое опредѣленіе гликогена въ зародышахъ нѣкоторыхъ паразитовъ. 11. **J. Charvet.** *Le coeur des athéromateux.* 2 случая съ патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ.

Редакторы { Проф. **В. В. Подвысоцкій.** Д-ръ **С. В. Владиславлевъ.**

CXXXI. Къ вопросу объ огнестрѣльныхъ раненіяхъ желудка и поджелудочной железы, съ описаніемъ случая, кончившагося выздоровленіемъ.

К. Г. Славскаго (Воронежъ).

Хирургическія заболѣванія поджелудочной железы встрѣчаются не часто, симптоматологія ихъ не ясна, распознаваніе ихъ трудно. Такое положеніе дѣла понятно, если принять во вниманіе глубокое, со всѣхъ сторонъ закрытое важными органами, положеніе железы въ брюшной полости и вспомнить, что еще въ 1880 г. *Péan* считалъ правиломъ не оперировать при болѣзняхъ поджелудочной железы. *Tillaux* давалъ тотъ-же совѣтъ въ 1888 г. Въ частности, огнестрѣльныя поврежденія поджелудочной железы крайне рѣдки и еще болѣе рѣдки случаи выздоровленій послѣ такихъ поврежденій. *Korte* по 1900 г. (Практическая Хирургія проф. *Bergmann*'а, изд. 1901 г.) собралъ всего 6 случаевъ открытыхъ поврежденій поджелудочной железы. На послѣднемъ Съѣздѣ американскихъ хирурговъ въ іюлѣ 1903 г. («Русскій Врачъ», 1904 г., № 8) проф. *Mikulicz* дѣлалъ докладъ о хирургіи поджелудочной железы. Въ литературѣ *Mikulicz* нашелъ всего 21 случай открытыхъ раненій этого органа, изъ которыхъ 12 случаевъ падаетъ на огнестрѣльныя раненія и 9 на колоторѣзаныя раны. Изъ 12 больныхъ съ огнестрѣльными ранами оперировано 5, изъ нихъ выздоровѣли 3. Всѣ 7 неоперированныхъ умерли. Операція состояла въ обнаженіи и тампонадѣ железы. Признаковъ подкожнаго, а также открытаго раненія поджелудочной железы наиболѣе употребительныя руководства частной хирургіи (*Koenig*, *Bergmann* и др.) не указываютъ и, собственно говоря, едва-ли можно указать такіе признаки, ибо они обязательно будутъ замаскированы признаками совмѣстныхъ поврежденій сосѣднихъ съ поджелудочной железой органовъ—желудка, печени, кишекъ. Единственное указаніе на раненіе поджелудочной железы можетъ давать положеніе огнестрѣльной или колотой раны и предположительное направленіе дѣйствія оружія.

При скудости казуистическаго матеріала по вопросу объ огнестрѣльныхъ раненіяхъ поджелудочной железы, имѣютъ нѣкоторый интересъ сообщенія о каждомъ отдѣльномъ случаѣ и я нахожу нелишнимъ сообщить краткую исторію болѣзни недавно оперированной мною больной съ проникающей раной желудка и раной поджелудочной железы.

14/п 1904 г. товарищемъ *Я. К. Яновскимъ* въ завѣдываемое мною хирургическое отдѣленіе Воронежской больницы Краснаго Креста была направлена ученица Воронежской гимназіи А. А. В. В. въ 10 час. утра 14/п выстрѣлила себѣ въ животъ въ упоръ изъ револьвера Смита и Вессона. Послѣ выстрѣла дѣвушка упала, но сознанія не потеряла ни на одну минуту. Были только очень сильныя молніеносныя боли въ лѣвой ногѣ и судорожныя сокращенія мышцъ всей лѣвой ноги. Сейчасъ-же послѣ раненія В. ушла въ другую комнату, гдѣ и прилегла на диванѣ. Кровотеченія изъ раны наружу не было. Черезъ $^1/_2$ часа послѣ раненія В. осмотрѣна и перевязана врачемъ и въ 1 ч. дня была доставлена на носилкахъ въ больницу Краснаго Креста. В., 16 л., ученица 5 класса гимназіи, крестьянка. На видъ высокаго роста, полная, упитанная, физически хорошо, не по лѣтамъ, развитая дѣвушка. Мѣсячныя приходятъ съ 13 л., черезъ 3 недѣли. Въ послѣдній мѣсяцъ была больна, по разсказу матери, какой-то лихорадочной формой и мѣсячныя не были у больной уже 2 мѣсяца, но снова показались за день до несчастнаго случая. При осмотрѣ въ 1 часъ дня В. очень блѣдна, нервна. Пульсъ 85 ударовъ въ минуту, нѣсколько аритмичный, но хорошаго наполненія. Сердечная тупость въ нормальныхъ границахъ, тоны сердца ясные, чистые. Дыханій въ минуту 18. Перкуторный звукъ на обѣихъ сторонахъ груди ясный легочный. Дыхательный шумъ везикулярный. Печеночная тупость ясно обозначается въ нормальныхъ границахъ. Также ясна селезеночная тупость звука и границы ея нормальны. Животъ не вздутъ, перкуторный звукъ по всему животу ясный тимпаничный. Ощупываніе живота во всѣхъ мѣстахъ совершенно безболѣзненно. Ни тошноты, ни рвоты не было и нѣтъ. Выпущенная катетеромъ моча соломенно-желтаго цвѣта, безъ крови. Наружныя половыя части дѣвственницы. Изъ влагалища въ незначительномъ количествѣ кровянистыя выдѣленія. Изслѣдованіе черезъ задній проходъ даетъ неувеличенную плотную матку въ нормальномъ положеніи. На животѣ влѣво отъ средины сейчасъ подъ ребрами по пригрудинной линіи входное отверстіе огнестрѣльнаго раненія, величиной въ 2-копѣечную монету, круглое. Края отверстія на ширину мизинца обожжены и окрашены пороховыми зернами. Подъ кожей во всѣхъ направленіяхъ отъ раны пули не ощупывается. Изслѣдующій зондъ не находитъ пули въ ранѣ и, уходя не болѣе какъ на 2—3 стм., упирается въ конецъ отверстія. Раненная жалуется на сильнѣйшія стрѣляющія боли въ лѣвой ногѣ, отдающія въ лобокъ, къ мочевому пузырю и менѣе сильныя боли въ правой ногѣ. Температура въ 1 часъ дня не была измѣрена. Изслѣдованіе больной произведено совмѣстно съ д-рами *Д. Н. Леоновымъ* и *А. Н. Меркуловымъ*. Мы были въ большомъ затрудненіи въ постановкѣ распознаванія. Направленіе выстрѣла, хорошее съ сильнымъ боемъ оружіе, наконецъ, очевидное поврежденіе поясничнаго нервнаго сплетенія говорили за то, что пуля проникла въ брюшную полость. Но, съ другой стороны, не было на лицо признаковъ кровоизліянія въ полость живота, и признаки пораненія желудка, кишекъ или другихъ органовъ брюшной полости отсутствовали. За время, пока готовили операціонную комнату, инструменты и перевязочный матеріалъ (съ 1 часа до 5 часовъ), измѣненій въ состояніи больной, которыя-бы дали болѣе опредѣленныя указанія для распознаванія, не произошло. Въ 5 час. вечера 38°,2, п. 85; рвоты не было, хотя больная проглотила ложечку причастія и пила воду; животъ мягкій, не вздутый, безболѣзненный, газы не отходили (?). Боли въ конечностяхъ возросли до чрезвычайной степени. Больная не переставала стонать и кричать. Операція произведена въ 5 час. вечера мной при помощи д-ра *А. Н. Меркулова*, подъ эѳирно-хлороформнымъ усыпленіемъ. Разрѣзъ приблизительно по наружному краю прямой мышцы длиной около 20 стм. Обожженныя и ушибленныя выстрѣломъ ткани очень хорошо обозначали дорогу. Рана проникаетъ въ брюшную полость приблизительно на границѣ входной $^1/_3$ желудка надъ желудкомъ. Поперечно-ободочная кишка (не пораненная) была отодвинута книзу. Подъ желудкомъ сзади небольшой сгустокъ крови. Желудокъ нѣжными спайками соединенъ съ сосѣдними органами. На задней стѣнкѣ обнаружена щелевидная ранка съ хорошими не ушибленными краями, величиной до 2 стм. Ранка сейчасъ-же зашита 2-мя этажами *Lembert*'овскихъ шелковыхъ швовъ. Спереди желудка тонкій край печени, изъ котораго пуля выбила небольшой кусочекъ въ видѣ полулунной вырѣзки, не кровоточитъ. Желудокъ прикрытъ сальникомъ. Съ сальника щелевидная ранка и подъ ней ранка въ передней стѣнкѣ желудка, круглая, величиной въ серебряный гривенникъ съ темными ушибленными краями. На рану желудка 2 этажа шелковыхъ *Lembert*'овскихъ швовъ. Далѣе, подъ желудкомъ пуля пробила поджелудочную железу. Пулевое отверстіе находится приблизительно на 10 стм. отъ хвоста железы и расположено какъ разъ по средней линіи железы. Пулевой ходъ свободно пропускаетъ мизинецъ; края ранки сильно ушиблены и кровоточатъ, какъ губка. Въ пулевомъ ходѣ ни палецъ, ни зондъ пули не ощущаютъ. Поле операціи было протерто стерилизованной марлей, въ рану поджелудочной железы вставленъ тампонъ изъ широкой полосы марли. Рана брюшной стѣнки зашита 3-этажнымъ швомъ, приблизительно по способу *Ottma*. Отверстіе для выведенія тампона въ срединѣ разрѣза. Операція продолжалась 2 часа, хлороформа и эѳира израсходовано по 50,0. На рану наложена повязка изъ обезпложенной марли и большого количества лигнина. Утромъ 15-го на 1-ый день послѣ операціи 37,°0, п. 85, хорошаго наполненія, животъ не вздутъ, безболѣзненъ, газы отходятъ, рвоты нѣтъ, не тошнитъ. Боли въ ногахъ значительно меньше. Видъ больной хорошій. Повязка не промокла. Въ дальнѣйшемъ послѣоперацiонный періодъ можно признать удовлетворительнымъ. Температура на 2-ой день поднялась выше 38, на 3-ій достигла 38,9, но къ 5-му дню спала до 37 съ десятыми по утрамъ, доходя до 38,2 по вечерамъ. Съ 26/п температура установилась на нормальныхъ цифрахъ и съ той поры оставалась нормальной, давая временами колебаніе самое большее (15/ш) до 37,7. Пульсъ даже при повышенной температурѣ держался ниже 100 ударовъ въ минуту, всегда правильный по ритму и всегда хорошаго наполненія. Сонъ съ 3-го дня послѣ операціи хорошій, безъ морфія. На 2-ой день на низъ послѣ клизмы, съ 6-го дня произвольныя испражненія. Животъ мягкій, безболѣзненный. Съ 3-го дня хорошій позывъ на ѣду и стали назначаться блюда изъ рубленаго мяса. Рвоты, тошноты, отрыжки не было ни разу. Больная немного капризна, но самочувствіе въ общемъ хорошее. Къ 4-му дню повязка сильно промокла на видъ сывороточной жидкостью и была смѣнена. Видъ раны такой: швы не нагноились, держатъ хорошо. Тампонъ удаленъ, и слѣдомъ за нимъ изъ раны вытекло значительное количество густой свѣтлой жидкости, безъ запаха. Кожа кругомъ отверстія для тампона шириной въ указательный палецъ какъ-бы отъѣдена. Снова марлевый тампонъ въ рану и большое количество лигнина въ повязку. Вытекающая изъ раны жидкость нейтральной реакціи, переваривaетъ небольшіе кружки яичнаго бѣлка, крахмалъ переходитъ въ сахаръ и легко обмыливаетъ жиры, словомъ, имѣетъ всѣ свойства сока поджелудочной железы. Съ этого дня ежедневная смѣна повязки, сильно пропитываемой сокомъ поджелудочной железы. Съ 7-го дня вмѣсто марлеваго тампона дренажная трубка. 22/п сняты швы—первое натяженіе. Съ этого дня стало возможнымъ накладывать коллодійную повязку и весь сокъ изъ раны отводить по трубочкѣ въ привѣшенный пузырекъ. Съ 11/ш марта все количество выдѣляемаго черезъ свищъ сока собиралось и измѣрялось. Больная выдѣлила по суткамъ слѣдующія количества сока поджелудочной железы. 11/ш—120,0, 12/ш—90,0, 13/ш—105,0, 14/ш—125,0, 15/ш100,0, 16/ш—90,0, 17/ш—70,0, 18/ш—90,0, 19/ш—100,0, 20/ш—50,0, 21/ш—100,0, 22/ш—100,0, 23/ш—70,0, 24/ш—60,0, 25/ш—70,0, 26/ш—35,0, 27/ш—30,0, 28/ш—20,0, 29/ш—10,0, 30/ш—10,0, 31/ш—15,0, 1/iv—5,0, 2/iv—5,0, далѣе менѣе 5,0. Дѣло вообще правильно и скоро шло къ выздоровленію. За все время болѣзни

у больной не было ни стеаторреи, ни выдѣленія виноградного сахара мочей—т. е., не было главныхъ общихъ признаковъ болѣзненныхъ измѣненій въ поджелудочной железѣ. На 18-ый день послѣ операціи В. встала съ постели. Къ концу апрѣля была выписана изъ больницы. Въ послѣдній разъ я видѣлъ В. 6/v. Она чувствуетъ себя прекрасно. Болей въ ногахъ нѣтъ, ходитъ помногу и не утомляется. Сонъ хорошій; позывъ на ѣду прекрасный. Рвоты, тошноты и болей подъ ложечкой не бываетъ. На низъ правильно ежедневно. Прибываетъ въ вѣсѣ. Количество выдѣляемаго черезъ свищъ сока стало совершенно ничтожнымъ (нѣсколько капель въ сутки) и, судя по литературнымъ даннымъ, вѣроятно, прекратится совершенно. Мнѣ кажется, что В. можно считать выздоровѣвшей послѣ тяжелаго раненія желудка и поджелудочной железы.

Если статистика, сообщенная проф. *Mikulicz*'емъ вѣрна, то мой случай является 13-ымъ описаннымъ въ литературѣ случаемъ огнестрѣльнаго раненія поджелудочной железы, 6-мъ лѣченнымъ оперативно, и 4-мъ случаемъ, окончившимся выздоровленіемъ.

CXXXII. Къ вопросу о выворотахъ матки съ описаніемъ случая полнаго выворота матки во время родовъ [1]).

М. Д. Тотеша.

Полные вывороты матки явленіе весьма необыкновенное. Проф. *Лазаревичъ* [2]) пишетъ, что на 100000 родовъ, происшедшихъ въ Дублинскомъ родильномъ домѣ такой выворотъ матки былъ наблюдаемъ только однажды, а у *K. Braun*'а на 250000 родовъ не было наблюдаемо ни одного выворота. По *Meier*'у по 1892 годъ описано до 500 случаевъ выворота матки и въ томъ числѣ въ русской медицинской литературѣ 8 случаевъ. По *Cross*'у [3]) на 140000 родовъ приходится одинъ выворотъ. Вслѣдствіе такой поразительной рѣдкости полныхъ выворотовъ матки я позволяю себѣ обратить вниманіе товарищей и на случай, который пришлось наблюдать мнѣ въ Петровѣровской больницѣ.

Исторія случая слѣдующая:

Въ ночь съ 11 на 12 января сего года въ Петровѣровскую больницу поступила беременная С., 18 лѣтъ отъ роду, съ начавшимися съ 1 часу ночи родовыми болями. Беременна въ 1-й разъ. При изслѣдованіи роженицы утромъ 12/I обнаружено слѣдующее: Матка увеличена соотвѣтственно сроку беременности; положеніе плода головное (1-е положеніе); головка баллотируетъ. Сердцебіеніе плода ясно выслушивается съ лѣвой стороны живота, частота его 144 въ минуту. Размѣры таза: между остей—22, гребешковъ—25, вертеловъ—28, наружная конъюгата—18. Выслушиваніе и постукиваніе грудныхъ органовъ не обнаружило никакихъ уклоненій отъ нормы. Видимыя слизистыя оболочки и кожные покровы въ значительной степени малокровны. Внутреннее изслѣдованіе роженицы черезъ влагалище, въ виду отсутствія показаній, не было произведено. Въ анамнезѣ указаній на какія либо конституціональныя заболѣванія не имѣется, если не принимать во вниманіе общаго малокровія, которымъ роженица страдаетъ давно. Въ дѣтствѣ, правда, 6 лѣтъ отъ роду, она перенесла скарлатину, протекшую однако безъ осложненій. Половая жизнь все время проходила правильно: первыя мѣсячныя появились въ 13 л.; типъ ихъ—черезъ 3 недѣли на 4-ую по 3 дня. Настоящая беременность также протекала вполнѣ нормально. Съ утра и до обѣда 12 января схватки были часты и продолжительны. Въ 3 часа дня родился живой ребенокъ (дѣвочка). 1-й періодъ родовъ (періодъ раскрытія) и въ особенности 2-ой періодъ (періодъ изгнанія) прошли чрезвычайно быстро, нѣсколько затянулся только 3-ій періодъ—послѣдовый. Черезъ $^1/_2$ часа по окончаніи 2-го періода вслѣдствіе невыхожденія послѣда принимавшей акушеркой приступлено было къ выжиманію послѣдняго по *Credé*. Послѣдъ вышелъ мгновенно, но вслѣдъ за его выхожденіемъ появилось обильное кровотеченіе и изъ влагалища выступило, по словамъ акушерки, какое-то мясистое тѣло, которое немедленно было вправлено ею во влагалище и вслѣдствіе кровотеченія ею же сдѣлано горячее спринцованіе влагалища и дано родильницѣ 5 капель жидкой вытяжки спорыньи. Сейчасъ-же призванный въ больницу я засталъ родильницу въ угрожающемъ состояніи малокровія. Пульсъ еле ощутимъ. При изслѣдованіи обнаружено: половая щель зіяетъ; изъ нея вытекаютъ кровянистыя отдѣленія; ни на промежности, ни на губахъ никакихъ разрывовъ или надрывовъ не наблюдается. Рука при вхожденіи во влагалище попадаетъ на какое-то мясистое тѣло, съ лѣвой стороны котораго тутъ-же сорванъ кусокъ послѣда. При болѣе подробномъ обслѣдованіи оказалось, что тѣло, помѣщающееся во влагалищѣ, имѣетъ яйцевидную форму и съуженный конецъ его, заходящій вглубь влагалища, переходитъ прямо въ своды. При изслѣдованіи другой рукой черезъ брюшные покровы обнаружено полное отсутствіе матки на ея обычномъ мѣстѣ и какъ разъ за лоннымъ соединеніемъ палецъ попадаетъ въ воронкообразное углубленіе, переходящее въ тѣло ощупываемое во влагалищѣ.

Распознаваніе полнаго выворота матки было, такимъ образомъ, внѣ сомнѣнія.

Чтобы хоть сколько нибудь остановить кровотеченіе, влагалище вмѣстѣ съ вывороченной въ него маткой было нѣсколько разъ промыто горячей водой и затѣмъ было приступлено къ вправленію матки, но троекратная попытка оказалась неудачной, быть можетъ отъ того, что, въ виду дряблости послѣродовой матки, я боялся сильно манипулировать руками, да и сама больная сильно реагировала при этихъ манипуляціяхъ. Оставалось тогда попытаться вправить матку подъ хлороформнымъ наркозомъ, но хлороформировать такую больную безъ согласія ея или родныхъ я не рѣшался. Получить-же согласіе находившагося въ больницѣ мужа больной было не такъ легко. Часъ съ лишнимъ колебался онъ, пока согласился на хлороформированіе. Между тѣмъ состояніе больной съ минуты на минуту становилось все болѣе и болѣе угрожающимъ. Явленія сильнаго малокровія мозга становились все рѣзче и рѣзче и, когда черезъ $1^1/_2$—2 часа послѣ окончанія родовъ приступлено было къ хлороформированію, больная была совершенно почти безъ пульса и въ конечностяхъ ея появились судорожныя подергиванія.

Не смотря на это я въ присутствіи 2-хъ фельдшеровъ и фельдшерицы-акушерки приступилъ къ хлороформированію, при чемъ во время послѣдняго больной впрыснуто подъ кожу 3 *Pravaz*'евскихъ шприца эѳира съ камфорой. Когда наступилъ наркозъ, я, послѣ тщательнаго обеззараживанія родовыхъ путей, войдя рукой во влагалище, у лѣваго угла матки нашелъ еще приросшій кусочекъ послѣда, величиною съ дѣтскую ладонь; по обнаженіи вывернутой матки означенный кусочекъ послѣда былъ удаленъ рукою и затѣмъ, промывъ еще разъ тщательно влагалище, я приступилъ къ вправленію. Сначала я пытался вправить матку равномѣрнымъ давленіемъ на дно ея и, когда это не удалось, приступилъ къ сочетанному двуручному вправленію. Правой рукой я производилъ постепенное давленіе на правую сторону шейки матки, стараясь протолкнуть ее черезъ образовавшуюся воронку въ брюшную полость и въ тоже время, входя пальцами лѣвой руки черезъ брюшные покровы въ воронку, я, разглаживая постепенно стѣнки послѣдней отъ центра къ периферіи, старался расширить самое отверстіе воронки. Послѣ 5—8-минутныхъ манипуляцій стала замѣтна податливость стѣнокъ матки. Дальнѣйшимъ передвиженіемъ пальцевъ по окружности матки и по длинѣ ея и постепеннымъ продвиганіемъ тѣла ея, начиная отъ шейки до дна, въ отверстіе воронки, удалось, наконецъ, съ немалымъ, правда, трудомъ продвинуть въ брюшную полость всю матку. Наркозъ былъ остановленъ. (Длился онъ 15 мин., хлороформа было употреблено 10,0). Послѣ вправленія рука нѣкоторое время была задержана въ полости матки и затѣмъ полость послѣдней и влагалище, послѣ тщательнаго промыванія растворомъ карболовой кислоты, были плотно затампонированы стерилизованной марлею. Больной назначена спорынья.

Всю ночь больная была поддерживаема возбуждающими средствами: 2 раза впрыснуто по шприцу камфоры; внутрь давались натро-салициловый коффеинъ и наперстянка; на область сердца и на голову ставились горячіе компрессы, на животъ—пузырь со льдомъ; въ прямую кишку 3 раза въ продолженіи ночи введено по 1 оросителю физіологическаго раствора.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни отмѣчено въ скорбномъ листѣ слѣдующимъ образомъ:

13/I: Утромъ, 37°,6, п. 100, умѣренной полноты и силы. Матка сократилась. Самочувствіе больной удовлетворительно. Легкія боли живота. Тампоны вынуты, при чемъ влагалищный тампонъ былъ съ рѣзкимъ вонючимъ запахомъ. Полость матки промыта растворомъ карболовой кислоты. Моча выпущена катетромъ. Назначены: наперстянка и кодеинъ. Веч. 37°,8, п. 120. Самочувствіе хорошее.

14/I: Утромъ 38°,6, п. 120. Болей нѣтъ. Больная спала. Мочиться сама не можетъ. Веч. 39°,1, п. 160. Утромъ и вечеромъ промыта полость матки. Веч. впрыснуто подъ кожу 0,01 колларгола.

15/I: Утр. 39°,4, п. 150. Веч. 39°,2, п. 160. Состояніе въ общемъ тоже. Дважды промыта полость матки. Веч. впрыснутъ колларгол и сдѣлано промывательное, послѣ котораго было испражненіе.

16/I Утр. 39°,8, п. 140. Матка на 3 пальца выше лобка. Впрыснуто 10,0 антистрептококковой сыворотки *Marmorek*'а. Веч. 38°,3, п. 130. Дважды промыта матка.

17/I: Утр. 39°,4, п. 155. Веч. 38,2, п. 120. Въ 1 часъ дня былъ продолжавшійся около 20 мин. потрясающій ознобъ, температура послѣ котораго поднялась до 41°,3. 8-е промываніе матки. Впрыснутъ колларгол и 2 шприца скипидара.

18/I: Утр. 39°,1, п. 135. Веч. 39°,9, п. 160. Самочувствіе удовлетворительно. Мочилась сама съ легкой болью. Озноба не было. Колларгол, промывательное. Промыванія матки оставлены; назначены влагалищныя спринцованія.

19/I: Утр. 38°,8, п. 140. Веч. 39°,7, п. 150. Ночью больную про-

---

[1]) Сообщено на Съѣздѣ врачей Тираспольскаго земства 9/IV 1904 г.

[2]) Учебникъ акушерства, 1892 г. т. II, стр. 113.

[3]) Приведено у д-ра *Шуварскаго*. Протоколы засѣданія Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ. 1892 г. стр. 74.

слабило 5 разъ. За исключеніемъ общей слабости больная ни на что не жалуется. Колларголъ.

20/I: Утр. 38°,3. п. 110. Веч. 39°,4, п. 140. Колларголъ.

21/I: Утр. 38°,6, п. 120. Веч. 38°,8. Ночью были сильныя но не продолжительныя боли живота (больная лежала на боку). На мѣстѣ впрыснутаго скипидара образовался нарывъ.

22/I—30/I: Состояніе въ общемъ тоже. Температура колебалась отъ 36°,6 до 38°,6.

31/I: Послѣ 5 мин. озноба температура повысилось до 40°,4; къ вечеру пала до 37°,3.

5/II: Температура пала. Самочувствіе хорошее.

9/II—19/II: Температура дважды повышалась и падала и наконецъ

20/II: Температура пала совершенно и дальше держалась въ предѣлахъ нормы. Общая слабость и малокровіе. Назначенъ гематогенъ *Hommel'я*.

25/II: Больная стала ходить; чувствуетъ себя хорошо.

2/III: Больная, совершенно оправившись, выписалась изъ больницы.

Путемъ дальнѣйшихъ наблюденій надъ больной установлено, что 8/III появились крови, продолжавшіяся 1 день; слѣдующія крови появились 2/IV и продолжались 3 дня; какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ онѣ не сопровождались никакими болями и были вполнѣ нормальны.

Въ настоящее время больная не жалуется ни на какія боли, чувствуетъ себя вполнѣ здоровой и уже приступила къ своимъ обычнымъ занятіямъ учительницы въ школѣ.

Насколько мнѣ удалось познакомиться съ литературою о выворотахъ матки, всѣ авторы въ происхожденіи ихъ одну изъ причинъ усматриваютъ въ неумѣлой подачѣ акушерской помощи (потягиваніе за пуповину, неумѣлое выжиманіе послѣда и т. п.) и въ тоже время всѣ согласны съ тѣмъ, что вывороты могутъ происходить самопроизвольно и такое происхожденіе ихъ даже чаще. *Бекманъ* собралъ 100 случаевъ выворота матки, изъ коихъ 54 раза это осложненіе послѣдовало самопроизвольно, 25 разъ вслѣдствіе насилія, въ остальныхъ случаяхъ причины выворотовъ не были указаны [1]). Да оно и понятно; если бы исключить совершенно самопроизвольное происхожденіе выворотовъ, а винить въ образованіи ихъ подающій помощь при родахъ персоналъ, то, несомнѣнно, что вывороты случались-бы несравненно чаще и не были-бы такою рѣдкостью, какую они представляютъ теперь. Основную причину въ происхожденіи выворотовъ проф. *Толочиновъ* [2]) видитъ въ атоніи матки. *Schroeder* [3]), высказывая тоже мнѣніе, особенно важную роль въ этіологіи выворота матки видитъ также въ ненормально сильномъ прикрѣпленіи послѣда. «Мѣсто прикрѣпленія послѣда, говоритъ онъ, до тѣхъ поръ пока она еще не отдѣлилось, можетъ сократиться лишь весьма несовершенно. Послѣдъ въ этомъ случаѣ вмѣстѣ съ вялою частью маточной стѣнки, на которой онъ прикрѣпленъ, спускается въ полость матки и такимъ образомъ получается первая стадія выворота». Всѣ эти объясненія какъ нельзя болѣе подходятъ и къ нашему случаю. Атонія матки нашей роженицы, если принять во вниманіе ея общее малокровіе, а, слѣд. и общій пониженный тонусъ тканей, была внѣ всякаго сомнѣнія. Къ этому присоединилось еще прирощеніе послѣда, ясно установленное на днѣ вывернутой матки. Если принять еще во вниманіе то, что роды прошли слишкомъ быстро и въ то время пока еще шейка матки и нижній отдѣлъ ея, ниже кольца сокращенія, были весьма растянуты, было произведено выжиманіе послѣда по *Credé*, то все происхожденіе выворота нашего становится ясно. Черезъ свободные родовые пути мгновенно вышелъ послѣдъ и потянулъ за собою ненормально плотно прикрѣпленную къ нему часть дна матки.

Что касается явленій, какими сопровождаются обыкновенно вывороты матки, то всѣ онѣ сводятся, главнымъ образомъ, къ явленіямъ общаго остраго малокровія и shock'а. Дурнота, обморочное состояніе, тошнота и рвота, малый еле ощутимый пульсъ, холодныя конечности, чрезвычайная блѣдность лица и т. д.,—все это признаки общаго малокровія и въ частности анэміи мозга. Послѣдняя особенно рѣзко проявляется при выворотахъ матки еще вслѣдствіе того, что кромѣ непосредственнаго уменьшенія общаго количества крови, потерянной черезъ родовые пути, мозгъ еще обезкровливается вслѣдствіе внезапнаго опорожненія брюшной полости, сосуды которой, вслѣдствіе быстро пониженнаго давленія, переполняются кровью (hyperaemia e vacuo).

Всѣ эти явленія несомнѣнно являются для больныхъ въ высокой степени угрожающими и, если не принимаются соотвѣтственныя мѣры, неминуемо ведутъ къ смерти. Вообще, предсказаніе при выворотахъ матки въ высокой степени серьезно. Проф. *Толочиновъ* полагаетъ, что смертность при этомъ осложненіи слѣдуетъ признать не ниже 50% [1]). Указываютъ, правда, на очень рѣдкіе, единичные случаи самопроизвольнаго излѣченія, но обыкновенно, если выворотъ не вправляется при такихъ угрожающихъ явленіяхъ малокровія, то больныя или погибаютъ, или, если и переживаютъ описанныя выше опасныя явленія, то долго страдаютъ и истощаются отъ перешедшаго въ хроническую форму страданія. Что касается нашего случая, то здѣсь врядъ ли можно было ожидать даже такого исхода болѣзни. Потеря крови и въ особенности анэмія мозга были настолько угрожающи, что, если-бы не были своевременно приняты соотвѣтствующія мѣры, смерть была почти неизбѣжна.

Первое, что приходитъ на мысль при лѣченіи выворотовъ матки—это ея немедленное вправленіе; однако вправленіе это не всегда оканчивается успѣхомъ. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда вправленіе производится немедленно послѣ происхожденія выворота и когда, слѣд. зѣвъ и нижній отдѣлъ матки не успѣли еще совсѣмъ сократиться, вправленіе удается легко. Если-же зѣвъ уже хоть сколько-нибудь сократился, вправленіе затрудняется и степень трудности его увеличивается съ теченіемъ времени и, наконецъ, въ случаяхъ, перешедшихъ въ хроническую форму, ручное вправленіе матки становится невозможнымъ. Въ такихъ случаяхъ предлагаются различные пріемы вправленія при помощи приборовъ. Проф. *Рейнъ* [2]) въ своей статьѣ о лѣченіи выворотовъ матки отдаетъ предпочтеніе кольпейризу, сочетанному съ ручнымъ вправленіемъ. Такимъ способомъ ему въ продолженіи 23 дней удалось вправить выворотъ матки, длившійся 20 лѣтъ. Другіе авторы предлагаютъ для вправленія хроническихъ выворотовъ матки разные способы и разные инструменты. Въ книгѣ *Denucé* «Traité clinique de l'inversion utérine» довольно подробно описаны всѣ способы, которые практиковались при этомъ страданіи отъ самыхъ отдаленныхъ временъ до 1883 г. Всѣ эти способы сводятся или къ вправленію черезъ влагалище или прямую кишку, или къ вправленію черезъ брюшную полость путемъ чревосѣченія или къ употребленію различныхъ инструментовъ: репозиторовъ, пессаріевъ, кольпейринтеровъ. Наконецъ, въ случаѣ неудачи вправленія прибѣгали къ усѣченію матки [3]).

Д-ръ *Шуварскій* [4]) въ своей работѣ, въ которой онъ описываетъ излѣченный въ Кіевской клиникѣ 20-лѣтній выворотъ матки, собралъ 441 случай выворотовъ матки акушерскихъ и гинекологическихъ, при чемъ 259 изъ этихъ случаевъ были лѣчены вправленіемъ и 182—удаленіемъ матки. Изъ 259 случаевъ первой категоріи 133 относятся къ аналогичнымъ съ нашимъ случаямъ свѣжихъ выворотовъ матки. На 133 случая этой группы приходится 5 невправленныхъ и 27 случаевъ съ смертельнымъ исходомъ, т. е. вправленіе свѣжаго выворота дало 3,7% неудачнаго лѣченія и 20,5% смертныхъ исходовъ. Въ 126 случаяхъ съ хроническимъ теченіемъ ручное вправленіе дало 4,8% смертности, кольпейризъ и балонъ *Gariel'я* — 4,1% и вправленіе репозиторами 6%. Наконецъ, лѣченіе выворота посредствомъ усѣченія матки дало 20,8% смертности. Сопоставляя всѣ вышеприведенныя цифры, онъ приходитъ къ заключенію, что: 1) лѣченіе выворота, заболѣванія далеко не частаго, дало въ общемъ довольно высокій % смертности—16%, 2) вправленіе выворота съ свѣжимъ тече-

[1]) *К. Ф. Толочиновъ*. Учебникъ акушерства, 1897 г., часть II, стр. 277.

[2]) *Толочиновъ*. Учебникъ акушерства, 1897 г. Ч. II, стр. 277.

[3]) *K. Schroeder*. Учебникъ акушерства, 1893 г. стр. 680.

[1]) *Толочиновъ*. Учебникъ акушерства. 1897, ч. II, стр. 279.

[2]) Протоколы засѣданій акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ. 1892 г., стр. 98.

[3]) *Н. К. Неелов*ъ. Протоколы засѣданій акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ. 1892 г., стр. 34.

[4]) Тамъ-же, стр. 54.

ніемъ даетъ значительно большій % смертности, чѣмъ тоже лѣченіе хроническихъ формъ, 3) частичное удаленіе матки при выворотѣ, кромѣ калѣченія женщинъ, даетъ къ тому же и наибольшій % смертности изъ всѣхъ способовъ лѣченія и 4) наилучшіе результаты получаются отъ лѣченія хроническихъ формъ вправленіемъ, въ частности ручнымъ и кольпейризомъ.

На основаніи этого казалось-бы, что свѣжихъ выворотовъ и не слѣдовало-бы вправлять, такъ какъ они даютъ большій % смертности. Дѣйствительно, при дряблости послѣродовой матки и при такой атоніи ея, какой мы имѣли въ нашемъ случаѣ, довольно энергичныя манипуляціи вправленія матки далеко не безразличны для послѣдней. *Сутугинъ* [1]) описалъ даже случай, въ которомъ матка, случайно раненная при ручномъ вправленіи, должна была быть удалена. Да и возможность заразить матку въ послѣродовомъ состояніи несомнѣнно гораздо больше, чѣмъ въ позднѣйшихъ періодахъ. Однако, бываютъ случаи, къ которымъ я отношу и нашъ, гдѣ, не смотря на свѣжесть происхожденія акушерскаго выворота, вправленіе должно быть произведено немедленно. Состояніе нашей больной, обусловленное кровотеченіемъ и, главнымъ образомъ, выхожденіемъ изъ брюшной полости тѣла матки, было настолько угрожающе, что по возможности немедленное вправленіе матки было для нея положительно жизненнымъ показаніемъ.

Въ заключеніе я считаю нужнымъ указать на 2 непріятныхъ обстоятельства, сопровождавшихъ, къ сожалѣнію, нашъ случай.

Первое изъ нихъ—это примѣненное акушеркой выжиманіе послѣда по *Credé*. Пріемъ этотъ настолько общеизвѣстенъ и настолько употребителенъ, что останавливаться на описаніи его я не стану; разсмотрю только примѣненіе его относительно описываемаго случая. Я далекъ отъ мысли, чтобы видѣть въ немъ главную причину происхожденія выворота; несомнѣнно, что главными этіологическими моментами нашего случая я считаю атонію матки и прирощеніе послѣда. Однако, въ нашемъ случаѣ пріемъ этотъ, какъ таковой, былъ неудобенъ; здѣсь, конечно, при задержаніи послѣда умѣстнѣе было-бы войти рукою въ полость матки и отдѣлить послѣдъ вслѣдствіе его прирощенія, но послѣднее осложненіе, какъ всѣмъ извѣстно, не легко распознается.

Другое обстоятельство—это бывшее у нашей родильницы гноекровное послѣродовое заболѣваніе. Не смотря на тщательныя наши старанія предупреждать эти непріятныя осложненія, нужно согласиться, что въ нашей земской практикѣ онѣ, къ сожалѣнію, еще возможны. Не говоря уже о массѣ мелкихъ обстоятельствъ, могущихъ обусловить зараженіе, какъ, напр., сравнительная неподготовленность служительскаго персонала, частыя посѣщенія больныхъ родственниками и т. д., уже самъ по себѣ самый строй нашей больничной дѣятельности далеко не совершененъ и во многихъ случаяхъ также можетъ обусловить зараженіе: одинъ и тотъ-же медицинскій персоналъ въ одно и тоже время долженъ подавать помощь разнаго рода больнымъ. При отсутствіи соотвѣтствующаго изоляціоннаго отдѣленія въ одномъ и томъ же корпусѣ приходится иногда лежать чистымъ больнымъ съ заразными, которыхъ, какъ ни стараешься, а очень часто нельзя не принять. Описываемый случай можетъ служить между прочимъ прекрасной иллюстраціей необходимости при нашихъ больницахъ изоляціонныхъ отдѣленій. Въ тотъ день, когда поступила въ больницу описанная роженица, въ больницѣ находились кромѣ гнойныхъ больныхъ 3 больныхъ брюшными тифами; въ день ея поступленія выписался сыпнотифозный больной и на 4-й день по ея поступленіи принятъ былъ въ больницу для операціи горлосѣченія крупозный ребенокъ.

---

[1]) Врачъ, 1890 г., стр. 311.

CXXXIII. Введеніе микробныхъ ядовъ и противоядій въ спинномозговую жидкость, какъ методъ экспериментальнаго изслѣдованія въ нейропатологіи [1]).

Л. С. Аринштейна (Петербургъ).

Вопросъ о непосредственномъ введеніи ядовитыхъ или лѣчебныхъ средствъ въ центральную нервную систему неразрывно связанъ съ другимъ вопросомъ нейропатологіи, именно съ значеніемъ спинномозговой жидкости въ жизни нервной системы.

Еще въ 1841 году знаменитый *Magendie*, посвятившій много труда изслѣдованію спинномозговой жидкости, приписывалъ ей громадное значеніе и въ одномъ мѣстѣ своей работы даже высказался такъ: «Можно быть увѣреннымъ, что когда-нибудь во всемъ, что относится къ патологіи нервной системы, раскроется роль, которую играетъ спинномозговая жидкость».

Это научное пророчество начинаетъ сбываться только въ наши дни. Во Франціи, Италіи, а въ послѣднее время и въ Германіи все чаще и чаще прибѣгаютъ къ поясничному проколу, все чаще и чаще изслѣдованіе спинномозговой жидкости разрѣшаетъ сомнѣнія нейропатолога у постели больного.

Открывая доступъ къ спинномозговой жидкости, поясничный проколъ даетъ возможность непосредственно воздѣйствовать на центральную нервную систему in vivo, даетъ возможность въ спинно-мозговую жидкость опытныхъ животныхъ переносить яды, отравляющіе и разрушающіе нервную систему больного. И нѣтъ ничего невѣроятнаго, что въ недалекомъ будущемъ тѣмъ же путемъ мы будемъ вводить цѣлебную сыворотку или иммунную спинномозговую жидкость въ подпаутинную полость, освобождая нервные центры отъ проникшихъ туда ядовъ и облегчая организму борьбу съ этими мертвыми, но жестокими врагами.

Нормальная спинно-мозговая жидкость совершенно прозрачна и безцвѣтна, содержитъ отъ 0,02% до 0,05% бѣлка, слѣды сахара; клѣтки обыкновенно не встрѣчаются, но иногда попадаются отдѣльныя эндотеліальныя клѣтки. При патологическихъ состояніяхъ въ ней находятъ: многоядерные лейкоциты при острыхъ процессахъ, а при хроническихъ или подострыхъ кромѣ того или исключительно одноядерные лимфоциты (*Bendix*). Эти наблюденія, особенно многочисленныя во Франціи въ послѣднее время провѣрены въ Гейдельбергской клиникѣ проф. *Erb*'а, и результаты изслѣдованій *Schaenbern*'а вполнѣ подтверждаютъ выводы французской школы.

При патологическихъ процессахъ спинно-мозговая жидкость часто содержитъ болѣзнетворные микробы. Въ настоящее время вполнѣ установлено, что въ ней встрѣчаются бугорчатковыя палочки, meningococcus intracellularis (*Weichselbaum-Jäger*), пневмококкъ (*A. Fränkel*), стрептококки, стафилококки, pneumobacillus *Friedländer*'а, гриппозная палочка *Pfeiffer*'а; находили также и тифозныя палочки и при томъ не только на трупѣ, но и при жизни, какъ, напр., въ случаѣ *Lenharts*'а; кромѣ того открыты въ спинно-мозговой жидкости bacterium acrogenes meningitidis, толстыя подвижныя палочки (*Stadelmann*'а), bacillus anthracis (*Biggs*), bacillus tetragenes, лучистый грибокъ (*Sicard*).

Частое присутствіе микроорганизмовъ въ спинно-мозговой жидкости легко понять, если принять во вниманіе, что эта жидкость служитъ прекрасной питательной средой; *Hellendal* и *Langner* даже совѣтовали пользоваться спинно-мозговой жидкостью, какъ хорошей средой для разводки бугорчатковыхъ палочекъ.

Само собой разумѣется, что микроорганизмы, попадая въ благопріятную для нихъ среду, обильно размножаются и, что насъ особенно интересуетъ, выдѣляютъ продукты своей жизнедѣятельности — токсины, которые и поступаютъ въ токъ спинно-мозговой жидкости.

Кромѣ того, à priori нужно ожидать, что и въ тѣхъ болѣзняхъ нервной системы, при которыхъ въ крови или въ спинно-мозговой жидкости не найдены специфическіе микроорганизмы, жидкость эта, какъ омывающая и пропитывающая спинной и головной мозгъ, должна все-же заключать ядовитыя вещества. Эти соображенія вполнѣ подтверждаются клиническими наблюденіями и экспериментальными изслѣдованіями. *Deniges* и *Sabrazès* находили въ жидкости, извлеченной проколомъ, ядъ бѣшенства, *Gumprecht* нашелъ тетанотоксинъ. *Leyden*, при изслѣдованіи спинно-мозговой жидкости у больной, страдавшей тяжелой формой столбняка, также нашелъ въ ней тетанотоксинъ. При бугорчатковомъ воспаленіи мозговыхъ оболочекъ и при брюшномъ тифѣ жидкость можетъ обладать ядовитыми свойствами (*Dirksen*),

---

[1]) Доложено въ извлеченіи 22/IV 1904 г. въ научномъ собраніи врачей клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней проф. *В. М. Бехтерева*.

между тѣмъ какъ по изслѣдованіямъ *Widal*'я, *Sicard*'а и *Lesué*, подкожныя, внутривенныя и даже церебральныя впрыскиванія нормальной спинно-мозговой жидкости переносятся животными безъ какихъ-либо болѣзненныхъ явленій.

Souques и *Cassaigne*, впрыскивая морскимъ свинкамъ спинно-мозговую жидкость больного, страдавшаго мочекровіемъ, вызвали судорожные припадки и смерть.

Bellisari устанавливаетъ ядовитость для свинокъ спинно-мозговой жидкости паралитиковъ.

Dide и *Sacquepée* вызвали у морской свинки припадки послѣ церебральныхъ впрыскиваній спинно-мозговой жидкости падучныхъ.

Не смотря на эти факты, *Vidal* и *Sicard*, опираясь на собственные опыты (7 случаевъ падучныхъ) доказываютъ, что спинно-мозговая жидкость человѣка и въ нормальномъ, и въ патологическомъ состояніи не ядовита для морскихъ свинокъ и кроликовъ. Церебральное впрыскиваніе спинно-мозговой жидкости падучныхъ и паралитиковъ названнымъ животнымъ давало всегда отрицательные результаты. Это странное противорѣчіе находитъ себѣ прекрасное объясненіе въ томъ несомнѣнномъ фактѣ, что многіе яды обладаютъ избирательнымъ специфическимъ вліяніемъ на опредѣленныя клѣтки опредѣленнаго вида животныхъ.

Это доказываютъ опыты *Roux* и *Borrel*'я съ тетанотоксиномъ, изслѣдованія *Sicard*'а, *Vidal*'я и *Lesué* надъ ядовитостью человѣческой кровяной сыворотки.

Опыты, произведенные въ лабораторіи *Behring*'а, показали, что у млекопитающихъ тетанотоксинъ, какимъ-бы путемъ онъ ни былъ введенъ въ организмъ, всегда поражаетъ только нервныя клѣтки; между тѣмъ какъ наблюденія надъ курами заставляютъ думать, что тотъ-же ядъ дѣйствуетъ и на другія клѣтки. *Goldscheider* и *Flatau*, *Жуковскій*, *Gumprecht* и др. отмѣчаютъ, что при столбнякѣ тетанотоксинъ дѣйствуетъ почти исключительно на клѣтки переднихъ роговъ.

Работа *Marie* и *Morax* и особенно тщательныя изслѣдованія *Ransom* и *Meyer*'а не оставляютъ сомнѣній, что ядъ столбняка распространяется исключительно по осевому цилиндру. При перерѣзкѣ периферическаго нерва преграждается яду путь къ спинному мозгу; при перерѣзкѣ спинного мозга дальнѣйшее движеніе яда къ головному мозгу становится невозможнымъ.

Прекрасный примѣръ такого избирательнаго дѣйствія яда служитъ наблюденіе *Aug. Waller*'а, показавшаго, что самое незначительное измѣненіе химическаго состава,—присоединеніе одной молекулы воды,—измѣняетъ дѣйствіе алкалоида. А именно, вератринъ обладаетъ специфическимъ вліяніемъ на мышцу, протовератринъ—только на нервъ.

Это избирательное сродство ядовъ къ протоплазмѣ опредѣленнаго строенія играетъ громадную роль въ патогенезѣ нервныхъ страданій. Если при этомъ допустить, что нервныя клѣтки, имѣющія различныя функціи, отличаются нѣкоторыми особенностями въ своемъ тончайшемъ строеніи и въ своемъ химическомъ составѣ, то многія системныя заболѣванія станутъ намъ болѣе понятными, и быть можетъ, самыя темныя страницы нервной патологіи пріобрѣтутъ больше ясности.

Не становится ли съ этой точки зрѣнія болѣе понятнымъ преобладающее пораженіе продолговатаго мозга при бѣшенствѣ? Не освѣщаетъ-ли это объясненіе нѣкоторыхъ излюбленныхъ локализацій дифтерійныхъ параличей? Можно-ли безъ теоріи избирательнаго отравленія объяснить удивительную частоту пораженій глазодвигательнаго и зрительнаго нервовъ или заднихъ корешковъ и столбовъ при сифилисѣ?

Мнѣ думается, что приведенные выше примѣры избирательнаго дѣйствія тетанотоксина, вератрина и протовератрина достаточно убѣдительны. Я хотѣлъ-бы только добавить, что недавнія изслѣдованія *Leonard Hill*'я и *v. Horsley*'я показываютъ, что при введеніи абсинта въ кровь животныхъ измѣненія обнаруживаются исключительно въ пирамидальныхъ клѣткахъ коры, если только доза была достаточно велика; при 5 капляхъ животное погибало черезъ 10 мин. При болѣе медленномъ отравленіи (2 капли), животное оставалось въ живыхъ 2 часа, и тогда, на ряду съ измѣненіями въ корѣ, обнаружены были измѣненія и въ двигательныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга и въ продолговатомъ мозгу, но и здѣсь пирамидальныя клѣтки коры подверглись болѣе сильному измѣненію.

Всѣ эти экспериментальныя данныя и общія соображенія приводятъ меня къ заключенію, что, не смотря на неудачные опыты *Sicard*, *Vidal* и *Lesué*, ядовитость спинно-мозговой жидкости при патологическихъ процессахъ нервной системы не опровергнута.

Если изслѣдованія названныхъ авторовъ на собакахъ, кроликахъ и морскихъ свинкахъ дали отрицательные результаты, то отсюда можно сдѣлать только одинъ выводъ, что на нервную систему *этихъ* животныхъ яды, циркулирующіе въ спинно-мозговой жидкости падучныхъ, не дѣйствуютъ.

Вполнѣ возможно, однако, что опыты съ вышестоящими животными, напр., съ обезьянами, вполнѣ подтвердятъ выводы приведенныхъ выше авторовъ *Souques*, *Castaigne*, *Bellisari* и др., которые на основаніи своихъ немногихъ опытовъ должны признать присутствіе токсиновъ въ спинно-мозговой жидкости человѣка.

Что касается антитоксиновъ, то до настоящаго времени не удалось установить присутствіе ихъ въ спинно-мозговой жидкости. При столбнякѣ, наоборотъ, доказано опытами *Ransom* и *Meyer*'а, что антитоксинъ не можетъ слѣдовать за токсиномъ по пути нерва. Этимъ, вѣроятно, и объясняется слабое дѣйствіе антитетанической сыворотки при подкожномъ впрыскиваніи. Переходитъ-ли выработанный организмомъ или введенный искусственно антитоксинъ столбняка изъ крови въ спинно-мозговую жидкость? Экспериментальная патологія не даетъ на это прямого отвѣта, но изъ сопоставленія различныхъ способовъ примѣненія противостолбнячной сыворотки можно будетъ сдѣлать нѣкоторые выводы.

Говоря о защитительныхъ средствахъ спинно-мозговой жидкости, я хотѣлъ-бы только отмѣтить, что эта жидкость, взятая отъ разныхъ больныхъ, напр., паралитиковъ, столбнячныхъ и др., обладаетъ нѣкоторыми бактеріиубивающими свойствами; палочки тифа и сибирской язвы, посѣянныя на спинно-мозговыя жидкости, дали инволюціонныя формы; прививка этихъ измѣненныхъ палочекъ животнымъ обнаружила ослабленіе вирулентности ихъ.

Агглютинины кровяной сыворотки, напр., при тифѣ, не переходятъ въ церебро-спинальную жидкость или встрѣчаются въ ней только въ очень незначительномъ количествѣ. Однако по этому вопросу пока еще слишкомъ мало данныхъ, и потому переносить всѣ наблюденія, сдѣланыя при томъ только in vitro, на человѣка было-бы неосновательно.

И такъ, мы приходимъ къ выводу, что спинно-мозговая жидкость должна содержать и тѣ специфическіе яды, которыми обусловливается данный патологическій процессъ.

Естественно возникаетъ вопросъ: нельзя-ли вызвать тотъ или иной патологическій процессъ въ нервной системѣ и соотвѣтствующую ему клиническую картину путемъ введенія въ субарахноидальную полость животныхъ чистыхъ токсиновъ или спинно-мозговой жидкости, содержащей тѣ-же токсины? Далѣе, возможно-ли спасти нервную систему отъ разрушительнаго дѣйствія токсиновъ путемъ введенія въ субарахноидальную полость соотвѣтствующихъ антитоксиновъ или какихъ-либо другихъ лѣчебныхъ средствъ?

На оба эти вопроса въ настоящее время можно отвѣтить утвердительно, именно на основаніи слѣдующихъ данныхъ экспериментальной патологіи и терапіи.

Начнемъ съ бугорчатки.

Въ 1898 г. *Martin* получилъ экспериментальнымъ путемъ бугорчатковый менингитъ у морскихъ свинокъ и кроликовъ, вводя въ спинно-мозговую жидкость бугорчатковыя палочки. Картина клиническая обрисована авторомъ въ слѣдующихъ словахъ: Въ ближайшіе за впрыскиваніемъ дни животное лихорадитъ, но не худѣетъ и не обнаруживаетъ явленій паралича. За 3—4 дня до смерти плечи вздымаются, свинка сворачивается въ клубокъ и начинаетъ быстро терять въ вѣсѣ. Часто наблюдалось уплощеніе живота, которое совершенно напоминаетъ втянутый животъ дѣтей, страдающихъ бугорчатковымъ менингитомъ. Параличи, преимущественно заднихъ конечностей, наступаютъ только въ послѣдніе дни. Животное умираетъ на 9—15 день. Само собою разумѣется, смерть тѣмъ позже, чѣмъ слабѣе разводка.

При вскрытіи и у морскихъ свинокъ, и у кроликовъ обнаружены бугорки вдоль сосудовъ и желатинозный отекъ впереди ножекъ, какъ это часто наблюдается у дѣтей.

Не ограничиваясь введеніемъ разводокъ, *Martin* сдѣлалъ еще и слѣдующій опытъ. Отъ ребенка, умершаго отъ бугорчатковаго менингита взята спинно-мозговая жидкость и $^1/_2$ к. стм. этой жидкости введено въ суб-арахноидальную полость морской свинки; черезъ недѣлю животное погибло. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ оболочкахъ найдено много бугорчатковыхъ палочекъ. Повѣрочная свинка, получившая ту-же дозу спинно-мозговой жидкости подъ кожу, прожила мѣсяцъ.

Въ другомъ опытѣ спинно-мозговая жидкость взята у больного при жизни. Результатъ такой-же.

Изъ статьи *Martin*'а не видно, однако, получилась-ли анатомическая картина бугорчатковаго менингита при впрыскиваніи не разводокъ, а спинно-мозговой жидкости больного, страдавшаго бугорчатковымъ менингитомъ.

Sicard утверждаетъ, что при впрыскиваніи бугорчатковыхъ палочекъ въ подпаутинную полость онъ получалъ у собакъ бугорчатку; при этомъ тѣ собаки, которымъ послѣ такого впрыскиванія чистой разводки вводилось при помощи поясничнаго прокола отъ 5 до 10 к. стм. іодоформнаго масла, остались въ живыхъ, повѣрочныя погибли.

Peron также получалъ экспериментальнымъ путемъ бугорчатковый менингитъ у собакъ; при этомъ тщательное изслѣдованіе

показало, что внѣ нервной системы не оказалось ни одного бугорка, весь процессъ ограничился однѣми оболочками.

Такимъ образомъ по *Martin*, *Sicard* и *Peron*, у морскихъ свинокъ, кроликовъ и собакъ можно получить анатомически доказанный бугорчатковый менингитъ при впрыскиваніи различными способами чистыхъ разводокъ бугорчатковыхъ палочекъ. Изъ этихъ опытовъ не видно только, возможно-ли достигнуть такого-же результата при впрыскиваніи въ подпаутинную полость бугорчатковой спинно-мозговой жидкости.

Hellendal, пытавшійся разрѣшить этотъ вопросъ, получалъ отрицательные результаты. Морскія свинки получали просовидную бугорчатку, а не менингитъ. При этомъ обнаружилось, что подпаутинныя впрыскиванія оказываютъ гораздо болѣе быстрое дѣйствіе; для полученія одного и того-же результата при подпаутинномъ впрыскиваніи требуется 2 к. стм. спинно-мозговой жидкости, при подкожномъ впрыскиваніи 4 к. стм. Но при оцѣнкѣ этой работы нельзя упускать изъ виду, во 1-хъ, того, что *Hellendal* бралъ спинно-мозговую жидкость умершихъ дѣтей; нѣтъ ничего невѣроятнаго, что бугорчатковые токсины, дѣйствующіе на мозговыя оболочки, въ мертвомъ организмѣ разрушаются или измѣняются; во 2-хъ, *Hellendal*, при поясничномъ проколѣ у морскихъ свинокъ, никогда не получалъ ни капли спинно-мозговой жидкости; поэтому трудно быть увѣреннымъ, что его игла дѣйствительно попадала въ подпаутинную полость.

Интересующій насъ вопросъ о возможности полученія экспериментальнаго бугорчатковаго менингита при введеніи токсиновъ въ спинно-мозговую жидкость рѣшенъ только недавно въ работѣ *Armand Dellile*, одного изъ учениковъ *Déjérine*'а.

Произведенные имъ опыты на собакахъ, которымъ вводилась при помощи поясничнаго прокола эѳирная или хлороформовая вытяжка бугорчатковыхъ палочекъ, показываютъ, что одними этими ядами, при полномъ отсутствіи палочекъ можно вызвать въ организмѣ животнаго измѣненія, анатомически очень сходныя съ тѣми, каковыя наблюдаются при хроническомъ бугорчатковомъ менингитѣ. Признаки тѣ-же, какіе бываютъ при первичномъ или вторичномъ пахилептоменингитѣ.

Armand Dellile не ограничился поясничнымъ проколомъ. Онъ вводилъ тѣ-же хлороформовыя и эѳирныя вытяжки бугорчатковыхъ палочекъ 1) въ подпаутинное пространство мозговой коры вблизи двигательной области и *Sylvi*'евой борозды и 2) въ подпаутинную между атлантомъ и затылочной костью. Въ томъ и другомъ случаѣ, если операція проходила удачно и не были затронуты нервные центры, животное послѣ пробужденія было совершенно нормально; болѣзненные признаки появлялись только черезъ нѣсколько дней.

При введеніи яда въ область полушарій у собаки только на 15 или 20-й день появлялись припадки *Jackson*'овской падучей, захватывавшей то одну нижнюю конечность, то обѣ конечности и лицо на одной и той-же сторонѣ; эти припадки иногда повторялись нѣсколько разъ въ сутки, иногда промежутки были болѣе значительные. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ не получалось никакихъ прижизненныхъ признаковъ, и только убивая животное можно было убѣдиться, что у него имѣются измѣненія, очень характерныя для бугорчатковаго менингита.

Впрыскиваніе черезъ атланто-затылочный промежутокъ даетъ ясно выраженную клиническую картину бугорчатковаго менингита основанія. Только на 4—5-й день животное становится скучнымъ, и признаки постепенно наростаютъ. Походка становится неувѣренной, шатающейся; собака впадаетъ въ состояніе оцѣпенѣнія; иногда обнаруживается нистагмъ. Дыханіе пока остается нормальнымъ, 16 въ мин. Скорость пульса не измѣняется, повышенія температуры нѣтъ, скорѣе наблюдается пониженіе. Если сдѣлать въ это время поясничный проколъ, получается мутная и богатая лейкоцитами спинно-мозговая жидкость. Въ послѣдующіе дни оцѣпенѣлость усиливается, появляется сведеніе всѣхъ 4-хъ конечностей, мышцъ спины и затылка; конечности вытягиваются, обнаруживается opisthotonus со сведеніемъ затылка. Пульсъ ускоренъ, выше 150, дыханіе быстрое, температура падаетъ. Наступаетъ полная кома; при сильномъ сердцебіеніи, дыхательныя движенія замедляются, прерываются, наконецъ, полная пріостановка дыханія, и животное погибаетъ.

Патолого-анатомическая картина и въ данномъ случаѣ не оставляетъ сомнѣнія, что собака погибла отъ бугорчатковаго менингита.

Такимъ образомъ, изслѣдованія *Armand Delille*'я убѣждаютъ насъ, что введеніемъ бугорчатковаго яда въ спинномозговую жидкость можно получить экспериментальный бугорчатковый менингитъ. Форма менингита зависитъ отъ мѣста впрыскиванія.

Перейдемъ теперь къ столбняку.

Изслѣдованія *Schakespeau*, *Verhoogen* и *Baert*'а, *Безрѣдка*, *Pasquini* доказали поразительное сродство тетанотоксина къ центральной нервной системѣ. Я уже упоминалъ о путяхъ распространенія этого яда въ организмѣ. Тетанотоксинъ идетъ не черезъ кровь, а по осевому цилиндру, и при впрыскиваніи этого яда непосредственно въ нервъ, дѣйствіе его обнаруживается гораздо сильнѣе, чѣмъ при подкожномъ впрыскиваніи. При введеніи-же токсина въ вену, напр., у кролика, даже смертельной дозы, уже черезъ 1 мин. кровь не ядовита; такъ быстро тетанотоксинъ воспринимается нервной системой.

Roux и *Borrel* показали, что при субдуральномъ впрыскиваніи тетанотоксина въ черепную полость, ядъ связывается исключительно клѣтками головного мозга; получается то, что эти авторы назвали «tetanus cerebral». У кроликовъ такимъ путемъ гораздо легче вызвать столбнякъ, чѣмъ при подкожномъ впрыскиваніи.

Періодъ зачаточный значительно сокращается при впрыскиваніи въ подпаутинную полость по сравненію съ подкожнымъ впрыскиваніемъ.

У кошекъ, при подкожномъ введеніи токсина даже самыхъ большихъ дозъ, зачаточный періодъ длится не менѣе 28—30 часовъ; между тѣмъ при впрыскиваніи въ спинной мозгъ даже самая маленькая доза уже черезъ 3 часа вызываетъ оцѣпенѣніе мышцъ.

При введеніи тетанотоксина въ подпаутинное пространство поясничнымъ проколомъ, нервная ткань связываетъ гораздо больше токсиновъ, чѣмъ можетъ содержаться въ протекающей черезъ нее крови, такъ что не весь тетанотоксинъ поглощается нервными клѣтками, и остатокъ попадаетъ въ кровь; а спинномозговая жидкость, по изслѣдованіямъ *Blumenthal*'я и *Jacob*'а, *Schultze*, *Rauson*'а и *Meyer*'а, не содержитъ тетанотоксина.

Rauson и *Meyer* считаютъ доказаннымъ, что антитоксинъ, въ противоположность тетанотоксину, не можетъ проникнуть въ осевой цилиндръ. Потому то, по ихъ мнѣнію, антитоксинъ столбняка по отношенію къ находящемуся въ нервѣ яду недѣйствителенъ. Антитоксинъ можетъ нейтрализовать только свободные излишки токсина, циркулирующіе въ разныхъ тканяхъ.

Rauson и *Meyer* высказываютъ убѣжденіе, что успѣхъ лѣченія будетъ обезпеченъ лишь тогда, когда антитоксинъ будетъ вводиться непосредственно въ нервъ.

Тѣмъ не менѣе и теперь подпаутинное введеніе противостолбнячной сыворотки, особенно если оно производится не слишкомъ поздно, даетъ гораздо лучшіе результаты, чѣмъ при введеніи подъ кожу.

Въ пользу такого мнѣнія говоритъ статистика *Schuckmann*'а, который разсмотрѣлъ 76 случаевъ примѣненія сыворотки при столбнякѣ.

Въ 20 случаяхъ сдѣлано по *Roux* и *Borrel* внутримозговое впрыскиваніе; выздоровленіе—25%.

Въ 10 случаяхъ впрыскиваніе сдѣлано въ подпаутинную полость поясничнымъ проколомъ; выздоровленіе—80%.

Въ 3 случаяхъ — внутривенное впрыскиваніе; выздоровленіе—33%.

Въ 43 случаяхъ—подъ кожу; выздоровленіе—51%.

По статистикѣ *Loeper*'а и *Oppenheim*'а, при подкожномъ введеніи сыворотки смертность 35,4%, при мозговомъ—73%. Эта статистика обнимаетъ 144 случая. Статистика *Lambert*'а, обнимающая 52 случая также даетъ для мозгового впрыскиванія гораздо болѣе высокій % смертности, чѣмъ для подкожной.

Если разсмотрѣть случаи подпаутиннаго впрыскиванія, оповѣщенные въ послѣдніе годы *Jaboulay*, *Heubner*'омъ, *Moxter*'омъ, *Leyden*'омъ, *Schultze*, *Mendel-Schuster*'омъ, *d'Aucona* и *Hohefeld*, *Berlizheimer*, *Meyer*'омъ, то мы получимъ слѣдующіе результаты: 7 случаевъ окончились смертью, 7—выздоровѣли.

Если можно говорить о статистикѣ, когда дѣло идетъ о 14 случаяхъ, то здѣсь смертность 50%. Нужно, однако, прибавить, что въ числѣ упомянутыхъ мною 7 случаевъ выздоровленія случаи *Leyden*'а, *Berlizheimer*'а и *Hohlfeld*'а принадлежатъ къ очень тяжелымъ, гдѣ предсказаніе было поставлено наихудшее.

На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ слѣдуетъ признать, что наилучшій успѣхъ получается при примѣненіи подпаутиннаго введенія сыворотки при помощи поясничнаго прокола.

Одинъ американскій врачъ *Laplace* пытается даже объяснить этотъ фактъ слѣдующимъ образомъ. Палочка столбняка принадлежитъ къ числу анаэробныхъ, и ея токсинъ-продуктъ анаэробнаго процесса. Вещество, на которое долженъ дѣйствовать антитоксинъ—это головной и спинной мозгъ; при подкожномъ впрыскиваніи онъ попадаетъ черезъ вены въ легкія; но здѣсь онъ подвергается окисленію и потому ослабѣваетъ. Подпаутинное впрыскиваніе имѣетъ, слѣд., то преимущество, что антитоксинъ безъ окольныхъ путей, не теряя ничего въ своей силѣ, непосредственно попадаетъ вблизи нервной системы.

(Окончаніе слѣдуетъ).

CXXXIV. Къ вопросу о лѣченіи рожи.

В. Я Суботина (Саратовъ).

Въ группѣ болѣзненныхъ процессовъ, для которыхъ еще не открыто специфическое лѣченіе, примѣненіе всякаго удачнаго способа лѣченія заслуживаетъ вниманія. Однако же надлежащую оцѣнку любого способа можетъ дать только возможно большее число наблюденій; въ виду этого я и считаю не лишнимъ сдѣлать настоящее краткое сообщеніе.

Въ примѣняемомъ мною способѣ лѣченія рожи нѣтъ ничего новаго въ смыслѣ открытія какихъ-либо спеціальныхъ лѣчебныхъ средствъ. Я пользуюсь давно извѣстными препаратами—10% ихтіоловой мазью и сѣрой ртутной мазью—только въ особомъ ихъ сочетаніи; въ этомъ собственно и заключается вся суть дѣла. Способъ примѣненія слѣдующій: въ самомъ началѣ болѣзни, пораженное мѣсто смазывается ихтіоловой мазью, а по всей перифе-

рія пораженнаго мѣста, чтобы задержать распространеніе рожи, на протяженіи въ 1 стм. ширины слегка втирается въ теченіи 2—3 минутъ ртутная мазь. Затѣмъ все мѣсто покрывается не толстымъ слоемъ гигроскопической ваты и дѣлается соотвѣтствующая данному мѣсту повязка. Очистивши предварительно кишечникъ, внутрь назначается салициловаго натра (6,0 на 200 воды) черезъ 2 часа по столовой ложкѣ, а на ночь пріемъ кодеина $^1/_2$ грана (для взрослаго); при слабой дѣятельности сердца—3, 4 пріема въ сутки коффеина по $1^1/_2$ грана. При сильныхъ головныхъ боляхъ—ледъ на голову. Если рожа переступаетъ за ртутный поясъ, послѣдній переносится далѣе, а пораженное мѣсто вновь очищается ватой, а затѣмъ смазывается ихтіоловою мазью.

Съ тѣхъ поръ какъ я началъ примѣнять описанный способъ, въ моей практикѣ было болѣе 10 случаевъ и во всѣхъ получились весьма хорошіе результаты: болѣзненный процессъ протекалъ безъ осложненій, быстро останавливался, всѣ больные выздоравливали скоро.

Какъ типичный для теченія болѣзни, подъ вліяніемъ описаннаго лѣченія можетъ быть до нѣкоторой степени принятъ слѣдующій случай, хотя онъ относится къ самымъ тяжелымъ изъ всѣхъ прежде бывшихъ:

Г—а, 30 л., жена прикащика заболѣла 21/v сего года потрясающимъ ознобомъ, смѣнившимся сильною головною болью; на правой щекѣ, около носа, кожа припухла, покраснѣла. Горяча на ощупь. Веч. 39,5° Ц. На 2 день болѣзненный процессъ распространился на вѣки и къ уху. Къ вечеру—примѣненіе описанныхъ выше мѣръ; 23/v головныя боли легче; температура нѣсколько понизилась, но рожистый процессъ распространился на волосистую часть головы; 23 и 24 пришлось повторить лѣченіе, рожа остановилась на шеѣ, появились обильные поты, началось шелушеніе, температура 36,5. 25/v общее улучшеніе; въ настоящее время (29/v) здорова. Сѣрой ртутной мази пришлось употребить менѣе 2,0 грм.; десны—въ порядкѣ.

Принципъ лѣченія, по моимъ соображеніямъ, состоитъ въ томъ, чтобы, съ одной стороны, воспрепятствовать распространенію рожи дѣйствіемъ ртути, проникающей при втираніи въ лимфатическія пространства кожи по краямъ пораженныхъ участковъ, гдѣ встрѣчаются рожистые кокки, а, съ другой стороны, способствовать благопріятному теченію болѣзни примѣненіемъ ихтіоловой мази на пораженномъ мѣстѣ. Въ нерѣдкихъ случаяхъ болѣзненный процессъ останавливался и проходилъ послѣ однократнаго примѣненія даннаго способа. Стоматитовъ никогда не наблюдалось.

Медицинскій отчетъ Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютовъ за 1902 и 1903 года.

Врача-акушера Литейнаго пріюта Е. Л. Пушкиной.

(Окончаніе. См. № 28, стр. 988).

О роженицахъ.

Изъ 24195 поступившихъ 255 выписались до разрѣшенія; разрѣшилось въ пріютахъ 23940 женщинъ.

Эклямпсій въ отчетные годы было 139 случаевъ. Она появлялась чаще, чѣмъ въ предъидущіе годы, а именно за 3 послѣдніе года % эклямпсіи въ пріютахъ былъ очень постояненъ—0,45, 0,45 и 0,46, въ настоящемъ-же отчетѣ онъ 0,6 за 1902 г. и 0,56 за 1903-й. Смертность отъ эклямпсіи по прежнимъ отчетамъ 10,7%, 5% и 10,6%. Теперь за 1902-й годъ на 70 случаевъ было 6 смертей=8,5% и въ 1903 на 69 случаевъ 5 смертныхъ=7,2%. За 5 послѣднихъ лѣтъ во всѣхъ пріютахъ

Теченіе родовъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	
правильное	1826	1175	1257	1561	1531	3053	998	983	1585	1536	1148	1735	1274	19662
неправильное	118	393	255	302	116	150	29	195	231	1067	153	628	641	4278
	1944	1568	1512	1863	1647	3203	1027	1178	1816	2603	1301	2363	1915	23940
Въ %:														
правильное	94	75	93	84	93	95	97	83	88	59	88	73	67	83
неправильное	6	25	17	16	7	5	3	17	12	41	12	27	33	17

Роды по числу плодовъ.

одноплодные	1926	1553	1496	1839	1622	3142	1007	1160	1783	2557	1279	2332	1886	23582
двойнями	18	15	16	23	25	61	19	18	33	46	22	31	29	356
тройнями	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
	1944	1568	1512	1863	1647	3203	1027	1178	1816	2603	1301	2363	1915	23940

Положеніе плода въ родахъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.	%
1-е затылочное	592	981	800	1282	969	1799	689	791	1176	1551	906	1152	1346	14034	64,2
2-е »	283	468	626	483	536	1136	281	294	496	779	276	790	386	6834	31,2
лицевое	3	8	5	10	16	5	2	8	4	13	2	11	8	95	0,5
лобное	—	1	—	—	—	1	—	—	2	2	—	—	2	8	
темянное	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	7	12	
ягодичное	20	33	30	18	30	95	21	27	43	61	30	52	40	540	2,5
нижнее	12	13	18	12	19	19	9	18	18	40	8	14	15	215	1,0
поперечное	8	7	4	8	5	26	4	5	9	16	5	14	9	120	0,6
косое	—	—	—	1	—	4	—	—	—	2	—	1	6	14	
уличные роды	5	7	—	4	2	7	—	2	7	9	2	9	6	60	—
выкидыши	4	41	17	12	34	27	8	21	19	100	5	52	35	375	—
не отмѣчено	1007	8	12	2	36	84	13	12	42	28	67	267	55	1633	—
	1944	1568	1512	1863	1647	3203	1027	1178	1816	2603	1301	2363	1915	23940	—

Неправильности и заболѣванія въ родахъ.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.
эклампсія	7	13†	9	7†	13	27†	2	6	12†	8†	9‡	14†	12	139
предлежаніе дѣтскаго мѣста центр.	—	1	1	—	2	—	—	3	—	—	—	1†	1	9
» краевое	—	1	—	—	3	5	—	—	1	3	2	2	3	20
низкое прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста	2	—	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	6
преждевр. отдѣленіе » »	4	4	—	—	—	—	—	2	11	8	1	3	2†	35
кровотеченіе при выкидышѣ	1	21	5	—	—	—	—	12	—	40	2	—	13	94
» во время родовъ	9	44	2	—	1	12	1	5	16	185	1	15	43	334
» послѣ родовъ (атонія матки)	6	36	15	10	—	1	—	14†	2†	21†	2	16	41	164
разрывъ промежности	27	88	151	80	104	221	19	46	115	70	87	259	151	1418
» входа рукава	—	—	16	—	—	—	—	—	1	—	—	4	—	21
» рукава	2	5	22	4	82	52	1	—	4	2	—	—	59	233
» свода рукава	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1†	2
» маточной шейки	—	—	4	—	—	—	1	1	—	—	—	2	1	9
» матки	—	1	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	1	5
выворотъ матки	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
неподатливость зѣва (отекъ)	—	9	1	—	—	—	—	—	—	97	—	—	3	110
раннее излитіе водъ	—	15	—	3	—	—	—	—	—	10	—	—	35	63
плоскій и плотный пузырь	46	43	33	128	—	85	40	11	41	963	23	151	132	1699
нерастяжимая промежность	1	9	22	1	—	2	1	1	4	—	—	2	3	46
выпаденіе и предлежаніе пуповины	4	10	7	2	5	9	1	8	14	9	2	7	13	91
» ручки при головкѣ	1	5	1	—	1	2	—	1	4	11	—	—	5	31
многоводіе	—	14	4	—	—	—	—	—	2	16	—	1	14	51
маловодіе	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	10	12
слабость потугъ	48	57	39	16	35	55	10	23	23	201	20	78	41	646
судорожныя боли (сильныя)	—	10	—	—	2	—	—	—	—	23	—	—	3	38
задержка и прирощеніе дѣтскаго мѣста	17	16	15	19	26	27	7	6	18	84	8	21	24	288
» оболочекъ	2	6	5	9	1	1	2	12	1	22	2	21	8	92
» частей плоднаго яйца	2	21	10	2	25	20	4	14	10	70	2	45	22	247
поперечное положеніе	8	8	4	8	5	26	5	5	9	15	6	12	9	120
косое »	—	—	—	1	—	4	—	—	—	1	—	1	5	12
замедленіе родовъ при ягодичн. полож.	27	23	20	30	24	40	16	8	23	40	32	42	8	333
» » » ножномъ »	11	14	7	13	17	9	9	12	10	33	9	10	9	163
задержаніе плечиковъ	10	2	4	12	—	1	—	3	—	25	—	7	5	69
головная водянка плода	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	4
перегородка рукава	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
киста рукава	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
фиброидъ матки	—	1	—	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	5
итого	235	479	397	349	346	601	120	195	327	1961	209	716	677	6612

Примѣч. Смертные случаи обозначены †, при чемъ число крестовъ показываетъ число смертей, независимо отъ стоящей рядомъ цифры.

% разрывовъ промежности.

	Во всѣхъ пріютахъ.					Въ СПБ. Родовспом. заведеніи.	
	1899 г.	1900 г.	1901 г.	1902 г.	1903 г.	1898 г.	1899—1900 г.
Къ общему числу родовъ	4,0	5,5	5,3	5,3	6,1	6 3	7,4
Къ числу первородящихъ	16,0	18,8	19,3	18,5	23,0	15,6	19,0
% первородящихъ	26,3	28,2	27,6	28,5	28,2	40,2	39 5

Оперативные роды.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-ый.	Всего.	%.
искусственные преждевременные роды	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	3	—
поворотъ внутренній	7	14	6	9	8	33	5	7	12	18	6	14	15	151	0,6
извлеченія ручныя	51	41	35	75	45	78	26	27	49	95	47	69	30	668	2,8
» щипцами	3	22	30	13	40	62	10	19	25	37	18	28	26	333	1,4
прободеніе головки плода	2	7	5	1	7	9	—	5	3	3	2	4	6	54	0,3
расчлененіе плода	—	—	—	—	—	3	1	—	1	3	—	1	2	11	
отдѣленіе послѣда и оболочекъ ручное	57	35	12	29	16	70	11	18	16	41	5	20	28	358	1,5
» » » » инструментальное	1	11	8	1	23	14	—	12	2	68	2	37	21	200	0,9
выправленіе вывороченной матки	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
кесарское сѣченіе	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
чревосѣченіе	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—
	121	130	96	128	140	269	54	88	108	266	80	175	130	1785	—
% оперативныхъ родовъ	6,2	8,3	6,3	6,8	8,5	8,4	5,2	7,4	5 9	10,2	6,1	7,4	6,8	—	7,6

Операціи, произведенныя въ городскихъ пріютахъ въ 1902 и 1903 гг.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.
искусственные преждевременные роды	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	–	—	3
ручное расширеніе маточнаго зѣва	1	3	2	—	1	—	—	—	1	23	—	—	1	32
кровавое » » »	—	1	1	—	1	—	—	—	—	1	1	—	1	6
искусственное вскрытіе плоднаго пузыря	97	46	54	134	—	145	59	11	53	1017	70	157	139	1982
вправленіе выпавшей ручки	2	—	2	—	—	7	—	—	—	3	—	—	4	18
» » пуповины	12	1	2	2	–	12	2	—	1	4	—	—	—	36
внутренній поворотъ на ножку	7	14	6	9	8	33	5	7	12	18	6	14	15	154
наружный поворотъ	6	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	9
низведеніе ножки при ягодичномъ положеніи	13	2	5	—	—	11	—	2	5	11	—	—	2	51
выжиманіе плода по *Kristeller*'у	54	12	28	1	—	9	—	1	4	202	7	49	18	385
извлеченіе за плечики	10	2	8	12	—	1	—	3	—	20	—	11	5	72
» » ножки	3	14	7	11	27	9	10	18	21	15	15	18	11	179
» » ягодицы	8	14	20	27	18	31	13	4	3	2	32	31	5	211
» верхней части туловища и головы	30	11	—	25	—	34	3	2	25	58	—	9	9	206
» щипцами	3	22	30	13	40	62	10	19	25	37	18	28	26	333
прободеніе головки живого плода	2	—	—	—	3	—	—	2	—	1	—	—	5	13
» » мертваго »	—	7	5	1	4	9	—	3	3	2	2	4	1	41
извлеченіе краніокластомъ	2	4	5	1	—	9	—	3	—	2	2	3	2	33
обезглавливаніе плода	—	—	—	—	—	3	1	—	—	1	—	1	2	8
вскрытіе грудной и брюшной полостей плода	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	3
надрѣзы половой щели	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	3	6
разрѣзъ промежности	1	1	32	1	—	2	1	1	2	—	—	2	—	43
выведеніе головки по *Ritgen-Olshausen*'у	8	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	9
выжиманіе послѣда по *Credé*	47	17	27	—	—	58	8	—	14	125	3	18	36	353
ручное отдѣленіе и выведеніе послѣда	32	16	6	19	12	39	6	6	8	15	5	12	20	196
извлеченіе плодныхъ оболочекъ	23	6	4	9	—	23	3	10	1	18	—	—	8	105
вправленіе вывороченной матки	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	--	1
ручное отдѣленіе и извлеченіе яйца при выкидышѣ	2	13	2	1	4	8	2	2	7	8	—	8	—	57
выскабливаніе полости матки	1	11	8	1	23	14	—	12	2	68	2	37	21	200
тампонація » »	2	17	16	—	—	7	—	12	1	6	—	25	5	91
введеніе колпейринтера	2	5	—	—	—	8	1	—	1	3	2	1	4	27
симфизеотомія	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
кесарское сѣченіе на живой	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
сшиваніе разрывовъ промежности	30	88	160	71	104	221	15	45	115	66	87	259	151	1412
» надрѣзовъ и разрывовъ половой щели	2	3	26	9	—	2	1	—	4	2	—	1	2	52
» » » » маточной шейки	—	—	4	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	8
наложеніе швовъ во влагалищѣ	2	3	25	4	74	52	2	—	—	2	—	1	58	223
оживленіе младенцевъ въ асфиксіи	24	20	26	25	—	40	6	15	40	70	15	71	44	396
повторное зашиваніе промежности	—	1	5	—	4	—	—	—	—	—	—	5	—	15
чревосѣченіе при разрывѣ матки и свода	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Всего	426	354	516	376	324	856	149	179	349	1804	268	769	602	6972

Послѣродовое теченіе.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	
безлихорадочное	1827	1360	1287	1727	1439	2959	972	1016	1649	2153	1193	2081	1622	21287
съ однократнымъ повышеніемъ температуры	17	87	80	31	94	49	6	61	56	228	39	102	62	912
съ многократнымъ повышеніемъ температуры безъ распознаванія	30	36	26	12	41	67	19	46	32	132	26	138	43	648
съ послѣродовыми гнилостными заболѣваніями	54	25	31	28	51	92	15	27	27	48	20	12	124	554
съ послѣродовыми негнилостными заболѣваніями	1	18	5	30	13	15	1	9	16	13	9	5	15	150
съ общими заболѣваніями	15	41	83	35	9	21	14	19	36	29	14	25	49	389
	1944	1568	1512	1863	1647	3203	1027	1178	1816	2603	1301	2363	1915	23940

То-же въ %%.

безлихорадочное	94,0	86,8	85,1	92,7	87,4	92,4	94,5	86,2	90,8	82,8	91,7	88,0	84,7	88,9
съ однократнымъ повышеніемъ температуры	0,9	5,6	5,3	1,6	5,7	1,5	0,6	5,2	3,0	8,8	3,0	4,3	3,2	3,9
съ многократнымъ повышеніемъ температуры безъ распознаванія	1,5	2,3	1,7	0,6	2,5	2,1	1,9	4,0	1,8	5,0	2,0	5,8	2,2	2,7
съ послѣродовыми гнилостными заболѣваніями	2,8	1,6	2,0	1,5	3,1	2,9	1,5	2,3	1,5	1,8	1,5	0,5	6,5	2,3
съ послѣродовыми негнилостными заболѣваніями	0,1	1,1	0,4	1,6	0,8	0,5	0,1	0,7	0,9	0,5	0,7	0,4	0,8	0,6
съ общими заболѣваніями	0,7	2,6	5,5	2,0	0,5	0,6	1,4	1,6	2,0	1,1	1,1	1,0	2,6	1,6

Послѣродовое теченіе сокращенное въ %%.

правильное	94,9	92,4	90,4	94,3	93,1	93,9	95,1	91,4	93,8	91,6	94,7	92,3	87,9	92,8
съ послѣродовыми заболѣваніями	4,4	5,0	4,1	3,7	6,4	5,5	3,5	7,0	4,2	7,3	4,2	6,7	9,5	5,6
съ общими заболѣваніями	0,7	2,6	5,5	2,0	0,5	0,6	1,4	1,6	2,0	1,1	1,1	1,0	2,6	1,6

Послѣродовыя гнилостныя заболѣванія.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	
лихорадка отъ всасыванія	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	1	4
» » задержки очищеній	—	4	18	—	41	1	—	4	2	—	6	—	2	78
» » оболочекъ	6	3	—	—	—	—	—	3	3	7	—	—	25	47
» частей послѣда	6	—	1	—	—	—	—	—	1	4	—	—	13	25
кольпитъ	—	4	2	2	7	12	—	4	—	9	4	—	2	46
язвы шейки матки	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	3
эндометритъ легкій	32	7	6	19	—	73	10	12	19	9	4	4	72	267
» гнилостный	6	1	3	3	1	1	2	2	2	4	3	1	2	31
метрофлебитъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	4	6
параперометритъ	—	3	1	2	—	4	3	—	—	8	1	6	1	29
перитонитъ	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	1	6
гнило-, гноекровіе	3	2	—	—	—	1	—	1	—	3	—	1	1	12
	54	25	31	28	51	92	15	27	27	48	20	12	124	554

Послѣродовыя несепти́ческія заболѣванія.

трещины сосковъ	—	3	—	5	3	13	1	—	3	—	—	—	5	33
сильное нагрубаніе грудей	—	4	1	3	1	—	—	—	12	8	7	2	7	45
маститъ начинающійся	—	5	2	16	8	—	—	4	—	1	1	2	—	39
» гнойный	—	1	1	—	—	1	—	1	—	—	—	1	3	8
симфизитъ	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2
гематома рукава и влагалища	1	2	—	2	—	—	—	1	1	1	—	—	—	8
отекъ наружныхъ частей	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	5
заматочная кровяная опухоль	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
недостаточн. обратн. развитіе матки	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
родильная манія	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	4
пузырно-влагалищный свищъ	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2
	1	18	5	30	13	16	1	8	16	13	9	5	15	150

Общія заболѣванія.

	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	
нарывъ, чирій, флегмона	—	—	—	2	—	3	1	—	1	1	—	2	1	11
мѣшечковая жаба	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4
брюшная водянка	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
острая атрофія печени	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
бартолинитъ	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2
бронхитъ	1	1	1	12	—	—	1	3	1	—	4	—	—	24
ракъ шейки матки	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
копростазъ	2	6	44	1	—	—	2	1	14	8	—	—	26	104
кондиломы влагалища	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
экзема	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
носовое кровотеченіе, кровохарканіе	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
эндокардитъ	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
роговица	—	1	1	—	—	—	—	1	2	—	—	1	—	6
гастроэнтеритъ	3	8	12	5	4	1	3	5	11	10	1	5	2	70
глисты	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
желтуха	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3
гриппъ	2	4	11	—	—	5	4	1	1	2	1	7	1	39
корь, краснуха	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3
нефритъ, мочекровіе	—	6†	—	1	—	3	—	1	—	1	—	1	1	14
паротитъ	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
флебитъ	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	3
пнеймонія катарр.	—	2	2	2	—	—	1	—	2	—	4	1	2	16
» затяжн.	1	4	—	1	1	—	—	1	1	1	1	3	—	14
» фибринозн.	2	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	5
ревматизмъ	1	2	1	4	1	1	—	—	—	2	—	1	3	16
сальпинго-оофоритъ	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2
сифилисъ кондил.	—	4	2	2	1	1	—	—	—	2	—	1	3	16
тифъ брюшной	—	—	1	—	—	—	—	2	2	—	1	—	1	7
» возвратный	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
оспа	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	3
почечуй	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2
порокъ сердца	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	1†	5
эмболія мозга	—	—	—	—	—	1†	—	—	—	—	—	—	—	1
острый циститъ	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
язва голени	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
крапивница	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
болотная лихорадка	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
острый менингитъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
	15	42	83	35	9	21	14	19	36	29	14	25	49	391

на 51355 родовъ было 251 случай эклямпсіи, что составляетъ почти 0,5%, съ 22 смертными случаями, или 8,7% смертности. Въ родильныхъ домахъ эклямпсія встрѣчается чаще, чѣмъ въ пріютахъ—въ Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи за 1899—1900 гг. = 1,3%. Въ Повивальномъ Институтѣ съ 1884 по 1897 гг.=1,4%. Смертность отъ эклямпсіи въ обоихъ заведеніяхъ много выше нашей, а именно 15,3% и 21,6%.

Неправильностей со стороны послѣда—мѣсто его прикрѣпленія и времени отдѣленія было 70 случаевъ=0,3% съ 2 смертными исходами ими 2,8% смертности. Въ 1901 году этихъ неправильностей было 0,2% съ 5% смертности. Прочихъ кровотеченій—при выкидышѣ, въ родахъ и отъ атоніи матки было 592 случая=2,5% съ 3 смертными случаями—0,5%. Въ 1901 году такихъ кровотеченій было 3% и всѣ кончились выздоровленіемъ.

Разрывовъ промежности было 1418 или 6,0 къ общему числу родовъ и 20,7 къ числу первородящихъ. По отдѣльнымъ годамъ % разрывовъ промежности представленъ въ таблицѣ.

Разрывовъ свода влагалища было 2, изъ которыхъ 1, не смотря на сдѣланное чревосѣченіе, кончился смертью въ первые сутки послѣ родовъ.

Разрывовъ матки было 5, всѣ съ исходамъ въ выздоровленіе. Изъ нихъ 1 Литейнаго пріюта былъ лѣченъ выжидательно, остальные операціей *Porro* въ XIII въ самомъ пріютѣ, въ Спасскомъ III 2 послѣ перевода въ клинику и Рождественскомъ 1 тоже послѣ перевода въ Обуховскую больницу.

Всѣхъ операцій и пособій было произведено въ 1902 и 1903 г.г. 6972, что на 23490 родовъ составляетъ 29,6%, но такъ какъ часто нѣсколько операцій и пособій дѣлаются на одной и той же больной, то главныя, родоразрѣшающія операціи выдѣлены въ отдѣльную таблицу оперативныхъ родовъ.

О родильницахъ.

Изъ 23940 разрѣшившихся послѣродовой періодъ прошелъ безлихорадочно у 21287 лицъ или 88,9%. Больше всего вполнѣ здоровыхъ родильницъ было въ Нарвскомъ пріютѣ 94,5% и Московскомъ 94,0. Меньше всего въ Васильевскомъ 82,8%.

% заболѣваній послѣродовыхъ и общихъ остался почти тотъ же, что и въ прошломъ отчетѣ, увеличеніе здоровыхъ получилась насчетъ уменьшенія повторно лихорадившихъ безъ мѣстныхъ явленій.

Въ больницы за 2 года было переведено всего 160 родильницъ, изъ нихъ гнилостныхъ 59, послѣродовыхъ негнилостныхъ 19 и съ общими болѣзнями 82. Кромѣ того 15 родильницъ выписанныхъ изъ пріютовъ домой, тамъ заболѣли и поступили въ больницы изъ дома; изъ нихъ умерли 4 отъ гнилостныхъ послѣродовыхъ заболѣваній, выздоровѣли 11. Въ таблицѣ смертности помѣщены какъ умершія въ самихъ пріютахъ (ихъ было 23) такъ и умершія въ больницахъ изъ переведенныхъ прямо изъ пріютовъ—ихъ 38—и наконецъ изъ поступившихъ въ больницы послѣ выписки, ихъ было 4, всего 65.

На содержаніе 13 родильныхъ пріютовъ израсходовано въ 1902 г. 133876 р., что при 11704 поступившихъ составляетъ стоимость каждой роженицы 11 р. 44 к. Въ 1903 г. израсходовано 148661 р., поступило 12495 рожениць стоимость каждой 11 р. 90 к. Стоимость одного дня роженицы въ 1902 году 1 р. 60 к., въ 1903 году 1 р. 66 к.

Смертность разрѣшившихся въ пріютахъ.

Умерли.	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій	13-й.	Всего.	
a) отъ родильныхъ негнилостныхъ заболѣваній:															
эклямпсія	—	1	—	1	—	2	—	—	2	2	3	1	—	12	
предлежаніе послѣда	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
преждевремен. отдѣлен. послѣда	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
атонія матки	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	3	
разрывъ свода рукава	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
														18	=0,08%
b) отъ гнилостныхъ заболѣваній:															
гнилостный эндометритъ	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	5	
дифтерійный кольпитъ	—		—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
метрофлебитъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	
параметритъ	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	3	
перитонитъ	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	5	
гнилокровіе	2	2	1	—	—	—	—	1	—	2	1	2	2	13	
														30	=0,13%
c) отъ общихъ болѣзней:															
эмболія мозга	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	
острая атрофія печени	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	
острый энтероколитъ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
кровохарканіе	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
нефритъ, мочекровіе	—	5	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	7	
фибринозная пнеймонія	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	
чахотка	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	
порокъ сердца	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
														17	=0,07%
	7	13	1	5	1	5	1	3	4	8	6	6	6	65	
	0,36	0,83	0,06	0,27	0,06	0,15	0,09	0,25	0,22	0,30	0,46	0,25	0,30	0,28	

Сравнительная таблица послѣродового теченія.

	Петербургское Родовспомогательное Заведеніе за 1899—1900 гг. по д-ру *Столыпинскому.*	Въ Петербургскихъ родильныхъ пріютахъ. за 1899 г.	за 1900 г.	за 1901 г.	за 1902 г.	за 1903 г.
разрѣшилось	8265	8064	9222	10129	11583	12357
% здоровыхъ родильницъ	86,6	84,1	88,0	87,8	88,0	89,7
лихорадило безъ мѣстныхъ явленій	1,8	10,9	7,4	7,5	7,0	6,1
заболѣло гнилостными формами	4,3	1,9	1,8	2,1	2,6	2,0
умерло отъ зараженія	0,2	0,14	0,04	0,22	0,16	0,09
заболѣло негнилостными послѣродовыми болѣзн.	0,9	1,3	1,1	1,0	0,7	0,6
умерло отъ нихъ	0,25	0,14	0,07	0,06	0,08	0,07
заболѣло общими болѣзнями	6,2	1,8	1,7	1,6	1,7	1,6
умерло отъ нихъ	0,12	0,12	0,07	0,06	0,08	0,05
общая смертность	0,58	0,41	0,19	0,34	0,33	0,21

О новорожденныхъ.

Родилось дѣтей:	Московскій.	Литейный.	Коломенскій.	Спасскій 1-й.	» 2-й.	» 3-й.	Нарвскій.	Ал.-Невскій.	Рождественскій.	Васильевскій.	Петровскій.	Выборгскій.	13-й.	Всего.
живыхъ	1899	1477	1461	1826	1584	3094	996	1136	1767	2465	1270	2274	1841	23090
мертвыхъ	27	32	28	24	31	84	17	21	39	43	24	40	49	459
мацерированныхъ	30	30	21	26	21	42	25	17	26	48	24	27	20	357
итого	1956	1539	1510	1876	1636	3220	1038	1174	1832	2556	1318	2311	1910	23906
То-же въ %%:														
живыхъ	97,1	96,1	96.8	97,4	96,8	96,1	96,0	96,9	96,5	96,4	96,5	97,2	96,5	96,6
мертвыхъ	1,4	2,1	1,8	1 3	1,9	2,6	1,6	1,7	2,1	1,7	1,8	1,7	2,5	1,9
мацерированныхъ	1,5	1,9	1,4	1,3	1,3	1,3	2,4	1,4	1,4	1,8	1,8	1,1	1,0	1,5
одиночныхъ	1922	1512	1479	1826	1587	3117	1000	1139	1769	2469	1273	2281	1849	23223
двойней	36	30	32	46	50	122	38	36	66	92	44	62	58	712
тройней	—	—	—	3	—	—	3	—	—	—	—	—	—	6
итого	1958	1542	1511	1875	1637	3239	1041	1175	1835	2561	1317	2343	1907	23941
Исходы:														
взяты матерями	1878	1452	1411	1782	1542	3034	973	1115	1733	2419	1257	2189	1785	22570
умерли въ пріютахъ	23	28	51	43	43	79	26	22	37	51	12	87	53	555
итого	1901	1480	1462	1825	1585	3113	999	1137	1770	2470	1269	2276	1838	23125
% дѣтей умершихъ въ пріютахъ	1,2	1,8	3,4	2,3	2,6	2,4	2,5	1,9	2,0	2,0	0,9	3,7	2,8	2,3
общая потеря дѣтей мертворожденными и умершими въ пріютахъ въ %	4,1	5,8	6,6	4,9	5,8	6,3	6,5	5,0	5,5	5,5	4,5	6,5	6,3	5,7
Изъ родившихся дѣтей было:														
1) мальчиковъ живыхъ	943	764	731	949	786	1557	488	568	913	1263	633	1204	1014	11813
» мертвыхъ	37	36	28	33	29	74	25	27	27	49	24	37	40	461
итого	980	800	759	982	815	1631	513	590	940	1312	657	1241	1054	12274
изъ нихъ выписалось	931	749	703	927	755	1517	472	551	889	1229	627	1151	986	11487
умерли въ пріютахъ	12	15	28	22	31	40	16	17	24	34	6	53	28	326
итого	943	764	731	949	786	1557	488	568	913	1263	633	1204	1014	11813
2) дѣвочекъ живыхъ	956	713	730	877	798	1537	508	568	854	1202	637	1070	827	11277
» мертвыхъ	20	26	21	17	23	52	17	16	38	42	24	30	29	355
итого	976	739	751	894	821	1589	525	584	892	1244	661	1100	856	11632
изъ нихъ выписались	945	700	707	856	786	1498	498	563	841	1185	631	1036	802	11048
умерли въ пріютахъ	11	13	23	21	12	39	10	5	13	17	6	34	25	229
итого	956	713	730	877	796	1537	508	568	854	1202	637	1070	827	11277
Общая потеря въ %:														
мальчиковъ	5,0	6,4	7,3	5,6	7,3	7,0	8,0	6,6	5,4	6,3	4,5	7,2	6,4	6,4
дѣвочекъ	3,2	5,2	5,9	4,2	4,3	5,7	5,1	3,5	5,7	4,0	4,5	5,8	6,3	5,0

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Впечатлѣнія отъ осмотра 8 германскихъ и швейцарскихъ здравницъ для легочныхъ больныхъ

Дѣло устройства у насъ здравницъ для легочныхъ больныхъ еще относительно новое и потому знакомство съ тѣми изъ этихъ учрежденій Германіи и Швейцаріи, которыя стяжали себѣ уже славу образцовыхъ, нельзя не признать весьма желательнымъ. Посѣтивъ прошлой зимой здравницы—Wehrawald, St. Blasien на югѣ Германіи и нѣсколько изъ лучшихъ здравницъ въ Davos'ѣ въ Швейцаріи, а также здравницу Alland возлѣ Вѣны, я хотѣлъ бы подѣлиться съ читателями «Русскаго Врача» тѣми впечатлѣніями, которыя я вынесъ изъ своей поѣздки, при чемъ остановлюсь главнымъ образомъ на различныхъ подробностяхъ внутренняго устройства, пищевого режима и всего склада жизни въ осмотрѣнныхъ здравницахъ. Не все здѣсь настолько хорошо, чтобы заслуживало подражанія, но многое

такъ разумно организовано, что стоитъ намъ этому поучиться.

Въ *Wehrawald*'ѣ я прожилъ цѣлый мѣсяцъ и потому на этой здравницѣ остановлюсь нѣсколько дольше. Это новѣйшая здравница акціонернаго общества, открытая только въ концѣ 1901 года и д-ръ *Turban* изъ Давоса принималъ дѣятельное участіе во всѣхъ подробностяхъ ея сооруженія. Въ выборѣ мѣста придерживались принципа отдаленности отъ густо-населенныхъ мѣстъ, въ лѣсу, на умѣренной высотѣ 2800 футовъ. Отъ города Wehr, по лѣсистому ущелью рѣки Wehra до здравницы 20 верстъ; здѣсь же у рѣки находится машинное зданіе и паровая прачечная здравницы съ турбиной. Подъ здравницей собственно около 3 десятинъ земли, но усадьба сообщается съ казеннымъ сосновымъ лѣсомъ, въ которомъ проложены на десятки верстъ тропинки. Зданіе здравницы 5-этажное, кирпичное, въ декадентскомъ стилѣ, полы бетонные, сверху залиты гипсомъ, по которому уложенъ линолеумъ; углы вездѣ закругленные, даже на ступенькахъ лѣстницъ. Стѣны оклеены особенно красивыми коленкоровыми обоями (Salubratapeten), покрытыми масляной краской; плинтусы высоки, въ 3 вершка. Изъ 99 комнатъ для больныхъ 68 расположенныхъ на югъ; большая часть комнатъ длиною $8^1/_2$ арш., шириною и высотою въ $4^1/_2$ арш. устроены такъ, чтобы движеніе воздуха изъ открытой форточки или двери ночью наименѣе чувствовалось у изголовья кровати. Въ такихъ комнатахъ на югъ выходитъ только широкая стеклянная двойная дверь на узкій общій балконъ; надъ дверью двойныя фрамуги, откидывающіяся внутрь при помощи сложной системы рычаговъ; такія-же фортки надъ дверьми, выходящими въ корридоръ. Чтобы двери и окна не открывались вѣтромъ болѣе желаемаго разстоянія, имѣются особые приборы, закрѣпляющіеся винтомъ. Близь балконной двери чугунныя батарреи парового центральнаго отопленія; благодаря обильной естественной вентиляціи, воздухъ не очень изсушается; при сильномъ кашлѣ больного, занимающаго комнату, на батарреи ставятся чашки съ водой. Мебель послѣднихъ образцовъ еловая, покрытая масляным лакомъ; шкафы, умывальники, ночные столики— на высокихъ ножкахъ (6 верш.), чтобы легко было подводить подъ ними щетку. Послѣ каждаго выѣхавшаго больного вслѣдъ за обеззараживаніемъ формалиномъ, мебель покрывается снова со всѣхъ сторонъ лакомъ. Въ раздѣвальнѣ и клозетахъ имѣются изящные умывальники, при которыхъ малыя полотенца, служащія для вытиранія рукъ только одинъ разъ, послѣ чего они бросаются въ никкелированную корзину. Искусственной вентиляціи (кромѣ столовой) нигдѣ нѣтъ, на томъ основаніи, что обратная тяга въ каналахъ можетъ заносить въ комнаты пыль. Кухня просторная, со всѣми новѣйшими приспособленіями. Столовая, въ 85 к. саж., въ $7^1/_2$ аршинъ высоты съ электрическимъ вентиляторомъ, можетъ вмѣщать 150 чел. Столовая посуда, кромѣ тарелокъ, вся изъ бѣлаго металла. Вилки вмѣсто обычныхъ 4 зубцовъ имѣютъ лишь 3 зубца ради удобства чистки. Полное устройство съ оборудованіемъ здравницы обошлось въ 700000 р.

Распредѣленіе пріемовъ пищи и молока обычны, по *Brehmer-Dettweiler*'у: въ 8 ч., $10^1/_2$ и 4 часа. Кромѣ хлѣба, кофе, масла и меда подается еще варенье или пюре изъ сливъ и абрикосовъ для тѣхъ, кто страдаетъ запорами. Вечеромъ въ 9 ч. молоко, а нѣкоторымъ грудной чай, приносятся на галлерею больнымъ, лежащимъ на кушеткахъ. Вино или пиво дается по особому требованію почти каждому больному. Столъ обильный, 5 блюдъ за обѣдомъ и 3—4 бл. за ужиномъ, супъ дается не болѣе $^1/_2$ тарелки, чтобы не очень разводить жидкостью пищевую кашицу; приготовленіе пищи гастрономическое (главный поваръ получаетъ 2000 р. въ годъ); разнообразіе блюдъ, приправъ и соусовъ оживляетъ вялый позывъ на ѣду, но при нормальномъ желудкѣ такая кухня можетъ способствовать переѣданію съ послѣдующими невареніями и катаррами. Въ Wehrawald'ѣ нѣтъ своей фермы, молоко получается изъ сосѣднихъ деревень. Послѣ обѣда и ужина обязательно покойное лежаніе (strengste Liegekur), при чемъ совѣтуется не говорить, не читать громко, такъ какъ многіе засыпаютъ въ кушеткахъ.

Врачебное наблюденіе руководится принципами: примѣняясь къ индивидуальности, все-же держать больныхъ въ чистомъ открытомъ воздухѣ возможно дольше, правильно питать и охранять ихъ спокойствіе. Для выясненія особенностей каждаго случая, первые 2 дня по пріѣздѣ больной не долженъ гулять, а измѣрять температуру (бо́льшею частью подъ языкомъ) каждые 2 часа, съ 8 утра до 10 веч.; въ это время изслѣдуется мокрота и моча; на 2-й или 3-й день подробное изслѣдованіе въ кабинетѣ врача, послѣ чего на температурномъ листкѣ назначается дневной режимъ; въ извѣстный день еженедѣльно больной долженъ являться въ пріемную врача въ 11 час. для взвѣшиванія и опроса, а черезъ 3—4 недѣли снова подробное изслѣдованіе легкихъ. Во время пребыванія больныхъ въ столовой всѣ корридоры и общія помѣщенія провѣтриваются сквозняками; въ комнатахъ больныхъ прислуга оставляетъ открытыми наружныя двери и окна; въ присутствіи больныхъ въ общихъ помѣщеніяхъ (гостинной, читальнѣ) нѣкоторыя фортки открываются, но сквозняки устраняются дверями на пружинныхъ петляхъ, безшумно аутоматически закрывающимися. Чтобы не поднимать пыль, комнаты подметаются щетками, обернутыми влажными мѣшками. Такъ какъ за-границей рѣдко пользуются галошами, то, при возвращеніи съ прогулокъ живущіе заносятъ въ корридоръ пыль или грязь, не смотря на половики у входныхъ дверей; 2 женщины постоянно вытираютъ запачканные полы влажными тряпками, и онѣ же чистятъ всѣ мѣдные приборы дверей и оконъ и слѣдятъ за чистотой всѣхъ общихъ помѣщеній.

Кромѣ библіотеки, шахматовъ, шашекъ, рояли, прогулокъ (въ сосѣдній городокъ каждый разъ съ особаго разрѣшенія), за цѣлый мѣсяцъ не было никакихъ общихъ развлеченій; управленіе здравницы не поощряетъ также собраній, концертовъ, баловъ и пр., чтобы не скучивать больныхъ, а послѣдніе, занятые весь день гигіенически-діэтетическимъ лѣченіемъ, къ концу дня уже чувствуютъ утомленіе и потребность отдыха въ постели; едва хватаетъ времени для писемъ урывками между отдѣльными назначеніями.

Съ 12/II по 9/III въ Wehrawald'ѣ было 10 ясныхъ дней съ температурою среди дня $+2^0$, $+9^0$ Ц, 10 пасмурныхъ и дождливыхъ при $+1^0$ $+5^0$ Ц, 6 морозныхъ и снѣжныхъ при 0^0, $+1^0$ Ц, ночные и утренніе морозы доходили до 8^0. Вѣтры были рѣдки.

У врачебнаго персонала занятія распредѣляются такъ: съ $6^1/_2$ до 8 час. утра 2 служителя и 2 женщины обтираютъ водой больныхъ въ постеляхъ. Къ 8 час. утра больные, принимающіе души (ихъ было 16 изъ 80), должны кончать свой 1-ый завтракъ и явиться въ водолѣчебницу, гдѣ ихъ ожидаетъ ассистентъ, а женщинъ сестра милосердія. Въ это время старшій врачъ дѣлаетъ административныя распоряженія. Съ $8^1/_2$ час. начинается обходъ больныхъ, лежащихъ по комнатамъ (ихъ было около 25 изъ 80). Въ $10^1/_2$ час. во время 2-го завтрака, когда всѣ нелихорадящіе собираются въ столовую, старшій врачъ коротко опрашиваетъ всѣхъ. Съ 11 до 1 ч. консультація врачей, ляpингоскопія, взвѣшиваніе и осмотръ очередныхъ больныхъ по днямъ недѣли: въ $3^3/_4$ ч. обходъ на галлереяхъ; отъ 6 до 7 ч. вечерняя визитація у нѣкоторыхъ тяжкобольныхъ, о которыхъ раньше докладываетъ сестра милосердія. Врачъ-бактеріологъ работаетъ въ лабораторіи. Въ здравницу принимаются также больные тяжкіе и даже безнадежные, явившіеся безъ предварительнаго сообщенія о степени своей болѣзни. Одинъ соотечественникъ за 5 мѣсяцевъ пребыванія въ Wehrawald'ѣ въ своемъ этажѣ (16 комн.) насчиталъ 11 умершихъ. Хотя двойныя двери изъ корридоровъ и двойныя перегородки изъ гипсовыхъ досокъ значительно скрадываютъ звуки, но все-таки сильный кашель и стоны умирающихъ слышны сосѣдямъ. Устраивать особыя, изолированныя отдѣленія или дома для такихъ больныхъ завѣдующій врачъ, д-ръ *Lips*, находитъ неудобнымъ, такъ какъ больные скоро узнаютъ объ этихъ преддверіяхъ могилы, будутъ ихъ избѣгать или мучиться сознаніемъ своей безнадежности.

Здравница *St. Blasien* находится въ 2 часахъ ѣзды отъ Wehrawald'a. Этотъ извѣстный Баденскій курортъ, пре-

имущественно лѣтній, расположенъ въ живописной долинѣ горной рѣки Alb, на высотѣ 2600 футовъ. На ю.-зап. крутомъ склонѣ, покрытомъ еловымъ лѣсомъ, построена д-ромъ *Hanfe* въ 1881 г. въ 2-этажномъ домѣ небольшая здравница въ 32 комнаты; въ 1900 г. преемникомъ его, д-ромъ *Sander* къ здравницѣ пристроено громадное 4-этажное зданіе, гдѣ получились просторныя общія помѣщенія и для больныхъ всего 70 комнатъ, изъ нихъ 58 на югъ. Внутреннее устройство отвѣчаетъ всѣмъ современнымъ требованіямъ отъ здравницъ за исключеніемъ подъемной машины, которая приводится въ движеніе электричествомъ; черезъ каналъ подъемника изъ машиннаго помѣщенія разносится непріятный запахъ въ корридоры всѣхъ этажей. Хотя площадка зданія здравницы отстоитъ отъ городской улицы саженяхъ въ 100, но черезъ улицу по спуску къ рѣкѣ Alb стоятъ извощичьи конюшни и домики ремесленниковъ; ночью тяга по ущелью относитъ атмосферу прибрежныхъ домовъ въ городъ, а днемъ обратная тяга доходитъ иногда къ вышележащимъ сосѣдямъ въ здравницѣ. Выше здравницы въ густомъ еловомъ лѣсу проложены въ 3 яруса широкія горизонтальныя тропинки, но подходъ къ нимъ изъ здравницы очень крутъ для легочныхъ больныхъ. Въ размѣщеніи кроватей въ комнатахъ больныхъ не вездѣ принято во вниманіе разстояніе изголовья отъ оконъ. Кромѣ большой столовой, рядомъ имѣется малая для семей и вновь пріѣзжающихъ. Молоко и бутерброды въ 10, 4 и 9 часовъ подаются больнымъ на галлереяхъ. Кухня образцовая, столъ хорошій, молоко доставляется изъ деревень. Въ сосѣднемъ съ здравницей курортѣ прекрасный курзалъ со всякими развлеченіями открывается на лѣтній и осенній сезонъ.

Въ Давосѣ (въ Швейцаріи) мною осмотрѣны 5 здравницъ. *Schatzalp*, новая здравница надъ Давосемъ, на 1000 футовъ выше его и на 6000 футовъ надъ уровнемъ моря. Отъ Давоса здравница отдѣлена еловымъ лѣсомъ; выше ея голыя снѣжныя вершины. Такое высокое мѣсто выбрано потому, что въ чрезвычайно разросшемся Давосѣ, при господствующемъ затишьѣ, часто держится въ долинѣ дымъ и пыль. Отъ курзала Давоса въ здравницу идетъ зубчатоколесная желѣзная дорога; ѣзды 12 минутъ. Величественное новое зданіе въ 4 этажа открыто въ 1901 г. Въ общихъ помѣщеніяхъ полы изъ шлифованнаго желтаго мрамора, стѣны покрыты масляной краской съ фресками; въ большой и малой столовой нѣтъ длинныхъ столовъ, а малые, на 4—10 человѣкъ. Въ каждомъ этажѣ 2 ряда комнатъ, раздѣленныхъ широкимъ корридоромъ; 75 комнатъ стеклянными дверями смотрятъ на югъ, 22 на сѣверъ. Передъ каждой южной комнатой крытое отдѣленіе общаго балкона, шириною въ сажень, представляющее какъ-бы другую наружную комнату. Стѣны и потолки комнатъ для больныхъ обшиты деревомъ и покрашены свѣтлой масляной краской. 1 шкафъ для платья въ стѣнѣ комнаты, другой въ стѣнѣ корридора; мягкая мебель закрыта моющимися чехлами; на полу линолеумъ насланъ по тонкому войлоку, что дѣлаетъ ходьбу совершенно безшумною.

Ночные морозы зимою въ Schatzalp'ѣ до—21° Ц., а въ морозные, обыкновенно солнечные дни, рѣдко бываетъ ниже—10°. На галлереяхъ лежатъ въ длинныхъ овчинныхъ мѣшкахъ и въ мѣховой одеждѣ; на прогулки-же одѣваются легко, иногда выходятъ въ однихъ пиджакахъ; сила солнечныхъ лучей и сухость воздуха поразительно умѣряютъ ощущеніе холода.

Здравница д-ра *Turban*'а, лучшая въ Давосѣ, въ началѣ была открыта въ приспособленной виллѣ въ 34 комнаты, потомъ къ ней пристраивались спеціальной архитектуры дома: послѣдній въ прошломъ году передѣланъ изъ купленной у города школы, нарушавшей спокойствіе больныхъ. Теперь здѣсь имѣется 82 комнаты для больныхъ. При разновременности построекъ по откосу, получилось большое разнообразіе комнатъ и отдѣлки, лѣстницъ и переходовъ, не напоминающее прямолинейности и однообразія [illegible] здравницъ. Большая часть комнатъ обшиты ело[illegible]чками, покрытыми лакомъ; всю обстановку мож[illegible] совершенною. Залъ для лежанія (Liegehalle) [illegible] мужскую и женскую; и въ этихъ отдѣленіяхъ [illegible]ныя перегородки, сдерживающія вѣтеръ и болтливость больныхъ. Столовая роскошная; особенно интересна кухня по простору, чистотѣ и разнообразію приспособленій; нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ кухнѣ установлены электрическіе приборы для приготовленія пищи, но тепловая электрическая энергія оказалась столь дорогой, что вскорѣ вернулись къ отопленію каменнымъ углемъ. Гостинныя малы на томъ соображеніи, чтобы больные оставались побольше на воздухѣ. Здравница расположена на окраинѣ города; въ ближайшій еловый лѣсъ ведутъ тропинки правильнаго уклона. Здравница *Turban*'а получила извѣстность строгой дисциплиной въ проведеніи лѣченія и нерѣдкомъ удаленіи своевольныхъ больныхъ; напр., если больной получилъ разрѣшеніе идти по горизонтальной улицѣ Давоса, а очутится на сосѣдней крутой — онъ получаетъ выговоръ; если не явился къ извѣстному часу въ столовую, не оказался на своей кушеткѣ въ назначенные часы — тоже; послѣ 2—3 замѣчаній дѣлается предложеніе выѣхать изъ здравницы. Выборъ больныхъ строгій: безнадежныхъ и даже сомнительныхъ не принимаютъ; говорятъ, что нѣтъ свободныхъ комнатъ. Нѣкоторые больные идутъ къ *Turban*'у, ради предсказанія; примутъ—стало быть, есть надежда на поправленіе.

Здравница du Midi, близь здравницы *Turban*'а, заново передѣлана изъ гостинницы, съ полными пристройками. Оригинальны стѣны и потолки въ гостиной и читальнѣ: они покрыты стеклянными листами съ живописью на внутренней сторонѣ. Мебель обита красивой узорчатой клеенкой. Большая часть комнатъ малы и низки, около 4 к. саж., въ разсчетѣ на провѣтриваніе фортками и окнами. Комнаты дешевы—2—5 фр. Столъ хорошій, чистота идеальная. Главные акціонеры—опытный содержатель гостинницы и извѣстный въ Давосѣ поваръ. Въ числѣ 39 больныхъ, которыхъ я засталъ въ этой здравницѣ, 16 были изъ Россіи.

Нѣмецкая здравница въ Давосѣ (Deutsche Heilanstalt für minder bemittelte Lungenkranke) приспособлена главнымъ образомъ для интеллигентныхъ работниковъ, у которыхъ нѣтъ достаточныхъ средствъ на лѣченіе въ частныхъ здравницахъ и которые въ тоже время не имѣютъ права занимать мѣста въ благотворительныхъ народныхъ здравницахъ. Съ 1898 г. нѣмецкая колонія въ Давосѣ начала собирать деньги на оборудованіе зданія, а въ 1900 г. здравница была открыта. Мѣсто выбрано, не доѣзжая Давоса, близь станціи Wolfgang, весьма удачно,—на пологомъ склонѣ, открытомъ на югъ, а съ 3-хъ сторонъ окружено хвойнымъ лѣсомъ. 2 2-этажныхъ флигеля, мужской и женскій въ 40 комнатъ каждый съ своими галлереями, соединяются общими помѣщеніями. Въ архитектурѣ и обстановкѣ полная гигіена (за исключеніемъ недостаточно изолированнаго машиннаго отдѣленія въ подвальномъ этажѣ), простота и удобство; полы въ корридорахъ и на галлереяхъ изъ особой цементной смѣси свѣтлаго сѣроватожелтаго цвѣта (Targament) натираются воскомъ; все устройство обошлось около 400000 руб. Столъ простой и питательный. Желающіе имѣть особую комнату (небольшую) платятъ 5 марокъ (около 2 р. 50 к.) въ день, за 3 марки помѣщаются вдвоемъ или четверомъ въ большой комнатѣ. Есть 4 мѣста, оплаченныхъ благотворителями. Управленіе здравницы стремится къ тому, чтобы все учрежденіе содержать на взносы пансіонеровъ, не обращаясь къ благотворительности. Принимаются больные съ начальными формами бугорчатки безъ тяжкихъ осложненій, обѣщающіе выздоровленіе. Во многихъ отношеніяхъ это учрежденіе заслуживаетъ вниманія и подражанія.

Базельская народная здравница въ Давосѣ открыта въ 1895 г. для недостаточныхъ больныхъ; не только многимъ дѣлается уступка съ суточной таксы, но нѣкоторые получаютъ одежду и путевые расходы на проѣздъ, отъ этого происходитъ ежегодный дефицитъ около 20000 р., покрываемый управленіемъ города и кантона Базеля. Расположеніе въ лѣсу, въ сторонѣ отъ Давоса и желѣзной дороги, между станціями Wolfgang и Davos-Dorf. Зданіе красивой простой архитектуры, вполнѣ удобное; стѣны комнатъ обшиты лакирован-

ными липовыми досками, величина комнатъ около 4 к. саж. стоимость комнаты съ пансіономъ 5 франковъ (около 2 р.) въ день и 3 франка въ общихъ палатахъ.

Когда есть свободныя мѣста, въ пріемѣ руководствуются также семейнымъ и имущественнымъ положеніемъ, не взирая на степень болѣзни. Въ общемъ выводѣ за 4 года (1897—1900) результатъ лѣченія въ здравницѣ такой: а) выздоровѣли (въ легкихъ никакихъ нормальныхъ явленій) 53; б) вышли способными къ работѣ 266; в) съ ограниченной способностью къ работѣ 22, г) къ работѣ неспособныхъ 264, д) умерли 142. Кстати сказать, старшій врачъ этой здравницы, д-ръ *Landgraff*, не раздѣляетъ мнѣній своихъ коллегъ по здравницамъ на потребленіе вина; онъ находитъ вреднымъ для своихъ легочныхъ больныхъ ежедневное питье вина и назначаетъ его лишь въ исключительныхъ случаяхъ, какъ лѣкарство.

Наконецъ, скажу нѣсколько словъ объ одной изъ осмотрѣнныхъ мною народныхъ австрійскихъ здравницъ возлѣ Вѣны. Это *Alland*, народная здравница въ 20 верстахъ отъ Вѣны, въ 1 верстѣ отъ небольшой деревни. На южномъ склонѣ небольшихъ холмовъ, покрытыхъ еловымъ лѣсомъ; здѣсь расположены: главное зданіе, въ 3-хъ этажахъ котораго размѣщаются свыше 100 больныхъ, смежное съ этимъ зданіемъ отдѣльное зданіе, соединенное съ нимъ теплымъ переходомъ, содержитъ кухню и столовую; нѣсколько далѣе стоитъ ферма, прачечная, машинное зданіе и лабораторія; послѣднія 2 зданія въ достаточномъ отдаленіи. Отдѣльныхъ на 1-го больного комнатъ въ этой здравницѣ мало; большія палаты устроены на 4—8 больныхъ, но въ нѣкоторыхъ изъ послѣднихъ приходилось помѣщать по 12 больныхъ, изголовьями близь оконъ; кашляющіе ночью безпокоятъ сосѣдей. Тюфяки въ чехлахъ; потѣющимъ ночью стелится сверхъ тюфяка въ 1 или 2 слоя бумазея. Столовыя просторныя, кухня такая роскошная, какой не приходилось встрѣчать въ дорогихъ частныхъ здравницахъ; молочная ферма и свиные хлѣва образцовые, коровы всегда остаются въ стойлахъ. Въ машинномъ зданіи секціонный залъ и богато обставленная лабораторія. Столъ простой, недорогой. Постройка и обстановка обошлась около $^1/_2$ милліона р. при многихъ пожертвованіяхъ натурой. Больные платятъ только 80 коп. въ день. Смѣта расхода на 1901—1902 годы составила 80000 р., при всѣхъ постоянныхъ рессурсахъ благотворительности. Годовой дефицитъ около 20000 р., которые приходится собирать всякими хлопотливыми способами. Эта необезпеченность дѣла ставитъ комитетъ здравницы въ весьма затруднительное положеніе. Служащихъ свыше 60 чел.; оклады имъ доведены до minimum'а, напр., 2-ой врачъ-ассистентъ получаетъ въ годъ 240 р., 1-ый ассистентъ 560 р. Бывали такіе моменты, когда нѣкоторымъ учредителямъ приходила мысль по недостатку средствъ о закрытіи здравницы, въ укоръ государству и городскому управленію Вѣны, которыя не идутъ на помощь столь полезному учрежденію.

Что касается до *финансовыхъ условій жизни* въ осмотрѣнныхъ мною здравницахъ, то плата за продовольствіе, лѣченіе, освѣщеніе (электрическое), отопленіе и водолѣчебныя процедуры (въ Wehrawald'ѣ за послѣднія особая плата) въ сутки слѣдующая: Schatzalp около 4 р. 60 к., Wehrawald около 4 р. 40 к., у *Turban*'а около 4 р. 35 к., Sanatorium du Midi—4 р., St.-Blasien—3 р. 90 к., кромѣ того, нужно прибавить около 25% на таксу пансіона по дополнительнымъ счетамъ.

Частныя здравницы Западной Европы обслуживаютъ весь міръ; въ Schatzalp'ѣ былъ такой составъ больныхъ: изъ Германіи—20, изъ Италіи—13, изъ Англіи—11, изъ Португаліи, Польши и Австріи по 10, изъ Голландіи и Сѣверной Америки по 7, изъ Бельгіи—6, изъ Аргентины, Финляндіи, Россіи по 2, изъ Испаніи, Венецуеллы, Швеціи, Швейцаріи по 1. У *Turban*'а, въ Wehrawald'ѣ, въ St.-Blasien'ѣ приблизительно подобный-же составъ съ прибавленіемъ Даніи, Остзейскаго края, Болгаріи, Сербіи, Бразиліи, Парагвая.

Большія многоэтажныя зданія здравницъ удобны для управленія и прислуги; присутствіе-же въ нижнихъ этажахъ подваловъ, ледниковъ, складовъ провизіи, помѣщеній для служащихъ, а иногда машинныхъ отдѣленій не обезпечиваетъ идеальную чистоту воздуха. Павильонная система постройки съ теплыми переходами между павильонами и курзаломъ, по награжденному въ Лондонѣ проэкту д-ра *Hinterberger*'а и архитектора Kraus'а [1]), имѣетъ много преимуществъ: павильоны отъ 3 до 20 комнатъ не болѣе 2-хъ этажей располагаются на большомъ пространствѣ; галлереи съ кушетками при курзалѣ и въ отдѣльныхъ постройкахъ. При этой системѣ удобнѣе размѣщать больныхъ по поламъ, уединять тяжко больныхъ, мѣняя павильоны для для нихъ; можно расширять здравницы постепенно, когда сразу не хватаетъ средствъ на полное оборудованіе на большое количество больныхъ.

Наконецъ, считаю нужнымъ обратить вниманіе на нѣкоторыя стороны всего *содержанія, пищевого режима и лѣченія больныхъ* въ указанныхъ здравницахъ. Главное вниманіе въ здравницахъ сосредоточено на возможно болѣе продолжительномъ пребываніи больныхъ на воздухѣ. У *Brehmer*'а въ Герберсдорфѣ утромъ въ 7 час., а лѣтомъ въ $6^1/_2$ час. охотничій рогъ будилъ больныхъ; въ новыхъ здравницахъ, снисходя къ больнымъ, страдающимъ безсонницей, первые звуки рога или колокола въ 8 час. извѣщаютъ о выходѣ къ кофе и къ 1-му завтраку; только принимающіе души обязаны къ 8 час. кончить 1-ый завтракъ, потому что въ 8 час. 15 мин. ассистентъ уходитъ изъ водолѣчебницы; въ 9 час. все со столовъ убирается; затѣмъ больные находятся или на кушеткахъ, или на прогулкахъ. Во всѣхъ здравницахъ послѣднее молоко въ 9 час. вечера приносится въ галлереи. Послѣ обѣда отдыхать въ своей комнатѣ позволяется только съ особаго разрѣшенія тѣмъ, кто своимъ храпѣніемъ во время сна нарушаетъ спокойствіе на общихъ галлереяхъ. Ночью обязательно открываются верхнія фрамуги оконъ или дверей и постепенно пріучаются къ открыванію послѣднихъ; только утромъ обтиральщикъ ихъ закрываетъ. Куреніе табаку абсолютно не воспрещается, но такъ какъ оно допускается только у подъѣздовъ, кое-гдѣ въ комнатѣ швейцаровъ (въ Wehrawald'ѣ) и на прогулкахъ, когда около нѣтъ больныхъ, то по неволѣ табаку выкуривается здѣсь очень мало. Когда больные засиживаются въ общихъ залахъ въ непоказанное время, они приглашаются ассистентомъ на воздухъ. Опоздавшіе на галлереи сопровождаются самими уже лежащими на кушеткахъ больными особыми укоризненными звуками. Только при сильномъ вѣтрѣ, снѣжной мятели и косомъ дождѣ галлереи пусты; при густомъ туманѣ тамъ лежатъ наиболѣе закаленные; при всякой температурѣ и влажности воздуха, при дождѣ и выпаденіи снѣга, увольненіе отъ лежанія на галлереѣ допускается только нѣкоторымъ малокровнымъ и зябкимъ больнымъ. При температурѣ тѣла выше 37°,5 больные лежатъ въ своихъ комнатахъ съ открытыми окнами. Навѣщать ихъ можно, въ видахъ охраненія ихъ спокойствія, каждый разъ лично съ особаго разрѣшенія; особенно много строгостей въ разрѣшеніи посѣщеній больныхъ разныхъ половъ.

Въ питаніи предоставляется большой выборъ пищевыхъ веществъ, разнообразно приготовляемыхъ, съ совѣтомъ, чтобы больные руководствовались чувствомъ позыва на ѣду и сытости; но вслѣдствіе господствующаго убѣжденія объ усиленномъ питаніи при чахоткѣ, получаются нерѣдко также и въ здравницахъ нежелательные результаты: больные стремятся скорѣе поправиться и стараются какъ можно больше ѣсть и пить молока, даже безъ позыва на ѣду; являются неваренія, поносы и уменьшеніе вѣса; чтобы наверстать потерянный вѣсъ, больные пытаются еще больше ѣсть; совѣты ограничить ѣду качественно и количественно принимаются скептически (въ St.-Blasien'ѣ д-ръ *Meier* передавалъ, что больные при этомъ подозрѣвали управленіе въ скупости и въ экономіи на питаніе). Нерѣдко больные наживаютъ расширеніе желудка и катарры кишекъ. Еще въ 1889 г. д-ръ *A. Volland* предостерегалъ отъ крайностей въ ученіи объ усиленномъ питаніи [2]); съ 1895—1897 гг. онъ повторялъ свои наблюденія и доводы [3]).

---

[1]) «Der Architect», февраль, 1903 г.

[2]) *A. Volland.* Die Lungenschwindsucht, 1899 г.

[3]) Therapeutische Monatshefte, сентябрь 1895 г., августъ 18 іюнь и октябрь 1897 г.

имущественно лѣтній, расположенъ въ живописной долинѣ горной рѣки Alb, на высотѣ 2600 футовъ. На ю.-зап. крутомъ склонѣ, покрытомъ еловымъ лѣсомъ, построена д-ромъ *Hanfe* въ 1881 г. въ 2-этажномъ домѣ небольшая здравница въ 32 комнаты; въ 1900 г. преемникомъ его, д-ромъ *Sander* къ здравницѣ пристроено громадное 4-этажное зданіе, гдѣ получились просторныя общія помѣщенія и для больныхъ всего 70 комнатъ, изъ нихъ 58 на югъ. Внутреннее устройство отвѣчаетъ всѣмъ современнымъ требованіямъ отъ здравницъ за исключеніемъ подъемной машины, которая приводится въ движеніе электричествомъ; черезъ каналъ подъемника изъ машиннаго помѣщенія разносится непріятный запахъ въ корридоры всѣхъ этажей. Хотя площадка зданія здравницы отстоитъ отъ городской улицы саженяхъ въ 100, но черезъ улицу по спуску къ рѣкѣ Alb стоятъ извощичьи конюшни и домики ремесленниковъ; ночью тяга по ущелью относитъ атмосферу прибрежныхъ домовъ въ городъ, а днемъ обратная тяга доходитъ иногда къ вышележащимъ сосѣдямъ въ здравницѣ. Выше здравницы въ густомъ еловомъ лѣсу проложены въ 3 яруса широкія горизонтальныя тропинки, но подходъ къ нимъ изъ здравницы очень крутъ для легочныхъ больныхъ. Въ размѣщеніи кроватей въ комнатахъ больныхъ не вездѣ принято во вниманіе разстояніе изголовья отъ оконъ. Кромѣ большой столовой, рядомъ имѣется малая для семей и вновь пріѣзжающихъ. Молоко и бутерброды въ 10, 4 и 9 часовъ подаются больнымъ на галлереяхъ. Кухня образцовая, столъ хорошій, молоко доставляется изъ деревень. Въ сосѣднемъ съ здравницей курортѣ прекрасный курзалъ со всякими развлеченіями открывается на лѣтній и осенній сезонъ.

Въ Давосѣ (въ Швейцаріи) мною осмотрѣны 5 здравницъ. *Schatzalp*, новая здравница надъ Давосемъ, на 1000 футовъ выше его и на 6000 футовъ надъ уровнемъ моря. Отъ Давоса здравница отдѣлена еловымъ лѣсомъ; выше ея голыя снѣжныя вершины. Такое высокое мѣсто выбрано потому, что въ чрезвычайно разросшемся Давосѣ, при господствующемъ затишьѣ, часто держится въ долинѣ дымъ и пыль. Отъ курзала Давоса въ здравницу идетъ зубчатоколесная желѣзная дорога; ѣзды 12 минутъ. Величественное новое зданіе въ 4 этажа открыто въ 1901 г. Въ общихъ помѣщеніяхъ полы изъ шлифованнаго желтаго мрамора, стѣны покрыты масляной краской съ фресками; въ большой и малой столовой нѣтъ длинныхъ столовъ, а малые, на 4—10 человѣкъ. Въ каждомъ этажѣ 2 ряда комнатъ, раздѣленныхъ широкимъ корридоромъ; 75 комнатъ стеклянными дверями смотрятъ на югъ, 22 на сѣверъ. Передъ каждой южной комнатой крытое отдѣленіе общаго балкона, шириною въ сажень, представляющее какъ-бы другую наружную комнату. Стѣны и потолки комнатъ для больныхъ обшиты деревомъ и покрашены свѣтлой масляной краской. 1 шкафъ для платья въ стѣнѣ комнаты, другой въ стѣнѣ корридора; мягкая мебель закрыта моющимися чехлами; на полу линолеумъ насланъ по тонкому войлоку, что дѣлаетъ ходьбу совершенно безшумною.

Ночные морозы зимою въ Schatzalp'ѣ до—21° Ц., а въ морозные, обыкновенно солнечные дни, рѣдко бываетъ ниже—10°. На галлереяхъ лежатъ въ длинныхъ овчинныхъ мѣшкахъ и въ мѣховой одеждѣ; на прогулки-же одѣваются легко, иногда выходятъ въ однихъ пиджакахъ; сила солнечныхъ лучей и сухость воздуха поразительно умѣряютъ ощущеніе холода.

Здравница д-ра *Turban*'а, лучшая въ Давосѣ, въ началѣ была открыта въ приспособленной виллѣ въ 34 комнаты, потомъ къ ней пристраивались спеціальной архитектуры дома: послѣдній въ прошломъ году передѣланъ изъ купленной у города школы, нарушавшей спокойствіе больныхъ. Теперь здѣсь имѣется 82 комнаты для больныхъ. При разновременности построекъ по откосу, получилось большое разнообразіе комнатъ и отдѣлки, лѣстницъ и переходовъ, не напоминающее прямолинейности и однообразія новыхъ здравницъ. Большая часть комнатъ обшиты еловыми дощечками, покрытыми лакомъ; всю обстановку можно признать совершенною. Залъ для лежанія (Liegehalle) раздѣленъ на мужскую и женскую; и въ этихъ отдѣленіяхъ есть парусинныя перегородки, сдерживающія вѣтеръ и болтливость больныхъ. Столовая роскошная; особенно интересна кухня по простору, чистотѣ и разнообразію приспособленій; нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ кухнѣ установлены электрическіе приборы для приготовленія пищи, но тепловая электрическая энергія оказалась столь дорогой, что вскорѣ вернулись къ отопленію каменнымъ углемъ. Гостинныя малы на томъ соображеніи, чтобы больные оставались побольше на воздухѣ. Здравница расположена на окраинѣ города; въ ближайшій еловый лѣсъ ведутъ тропинки правильнаго уклона. Здравница *Turban*'а получила извѣстность строгой дисциплиной въ проведеніи лѣченія и нерѣдкомъ удаленіи своевольныхъ больныхъ; напр., если больной получилъ разрѣшеніе идти по горизонтальной улицѣ Давоса, а очутится на сосѣдней крутой — онъ получаетъ выговоръ; если не явился къ извѣстному часу въ столовую, не оказался на своей кушеткѣ въ назначенные часы — тоже; послѣ 2—3 замѣчаній дѣлается предложеніе выѣхать изъ здравницы. Выборъ больныхъ строгій: безнадежныхъ и даже сомнительныхъ не принимаютъ; говорятъ, что нѣтъ свободныхъ комнатъ. Нѣкоторые больные идутъ къ *Turban*'у, ради предсказанія; примутъ—стало быть, есть надежда на поправленіе.

Здравница du Midi, близь здравницы *Turban*'а, заново передѣлана изъ гостинницы, съ полными пристройками. Оригинальны стѣны и потолки въ гостинной и читальнѣ: они покрыты стеклянными листами съ живописью на внутренней сторонѣ. Мебель обита красивой узорчатой клеенкой. Большая часть комнатъ малы и низки, около 4 к. саж., въ разсчетѣ на провѣтриваніе фортками и окнами. Комнаты дешевы—2—5 фр. Столъ хорошій, чистота идеальная. Главные акціонеры—опытный содержатель гостинницы и извѣстный въ Давосѣ поваръ. Въ числѣ 39 больныхъ, которыхъ я засталъ въ этой здравницѣ, 16 были изъ Россіи.

Нѣмецкая здравница въ Давосѣ (Deutsche Heilanstalt für minder bemittelte Lungenkranke) приспособлена главнымъ образомъ для интеллигентныхъ работниковъ, у которыхъ нѣтъ достаточныхъ средствъ на лѣченіе въ частныхъ здравницахъ и которые въ тоже время не имѣютъ права занимать мѣста въ благотворительныхъ народныхъ здравницахъ. Съ 1898 г. нѣмецкая колонія въ Давосѣ начала собирать деньги на оборудованіе зданія, а въ 1900 г. здравница была открыта. Мѣсто выбрано, не доѣзжая Давоса, близь станціи Wolfgang, весьма удачно,—на пологомъ склонѣ, открытомъ на югъ, а съ 3-хъ сторонъ окружено хвойнымъ лѣсомъ. 2 2-этажныхъ флигеля, мужской и женскій въ 40 комнатъ каждый съ своими галлереями, соединяются общими помѣщеніями. Въ архитектурѣ и обстановкѣ полная гигіена (за исключеніемъ недостаточно изолированнаго машиннаго отдѣленія въ подвальномъ этажѣ), простота и удобство; полы въ корридорахъ и на галлереяхъ изъ особой цементной смѣси свѣтлаго сѣроватожелтаго цвѣта (Targament) натираются воскомъ; все устройство обошлось около 400000 руб. Столъ простой и питательный. Желающіе имѣть особую комнату (небольшую) платятъ 5 марокъ (около 2 р. 50 к.) въ день, за 3 марки помѣщаются вдвоемъ или четверомъ въ большой комнатѣ. Есть 4 мѣста, оплаченныхъ благотворителями. Управленіе здравницы стремится къ тому, чтобы все учрежденіе содержать на взносы пансіонеровъ, не обращаясь къ благотворительности. Принимаются больные съ начальными формами бугорчатки безъ тяжкихъ осложненій, обѣщающіе выздоровленіе. Во многихъ отношеніяхъ это учрежденіе заслуживаетъ вниманія и подражанія.

Базельская народная здравница въ Давосѣ открыта въ 1895 г. для недостаточныхъ больныхъ; не только многимъ дѣлается уступка съ суточной таксы, но нѣкоторые получаютъ одежду и путевые расходы на проѣздъ, отъ этого происходитъ ежегодный дефицитъ около 20000 р., покрываемый управленіемъ города и кантона Базеля. Расположеніе въ лѣсу, въ сторонѣ отъ Давоса и желѣзной дороги, между станціями Wolfgang и Davos-Dorf. Зданіе красивой простой архитектуры, вполнѣ удобное; стѣны комнатъ обшиты лакирован-

ными липовыми досками, величина комнатъ около 4 к. саж. стоимость комнаты съ пансіономъ 5 франковъ (около 2 р.) въ день и 3 франка въ общихъ палатахъ.

Когда есть свободныя мѣста, въ пріемѣ руководствуются также семейнымъ и имущественнымъ положеніемъ, не взирая на степень болѣзни. Въ общемъ выводѣ за 4 года (1897—1900) результатъ лѣченія въ здравницѣ такой: а) выздоровѣли (въ легкихъ никакихъ нормальныхъ явленій) 53; б) вышли способными къ работѣ 266; в) съ ограниченной способностью къ работѣ 22, г) къ работѣ неспособныхъ 264, д) умерли 142. Кстати сказать, старшій врачъ этой здравницы, д-ръ *Landgraff*, не раздѣляетъ мнѣній своихъ коллегъ по здравницамъ на потребленіе вина; онъ находитъ вреднымъ для своихъ легочныхъ больныхъ ежедневное питье вина и назначаетъ его лишь въ исключительныхъ случаяхъ, какъ лѣкарство.

Наконецъ, скажу нѣсколько словъ объ одной изъ осмотрѣнныхъ мною народныхъ австрійскихъ здравницъ возлѣ Вѣны. Это *Alland*, народная здравница въ 20 верстахъ отъ Вѣны, въ 1 верстѣ отъ небольшой деревни. На южномъ склонѣ небольшихъ холмовъ, покрытыхъ еловымъ лѣсомъ; здѣсь расположены: главное зданіе, въ 3-хъ этажахъ котораго размѣщаются свыше 100 больныхъ, смежное съ этимъ зданіемъ отдѣльное зданіе, соединенное съ нимъ теплымъ переходомъ, содержитъ кухню и столовую; нѣсколько далѣе стоитъ ферма, прачечная, машинное зданіе и лабораторія; послѣднія 2 зданія въ достаточномъ отдаленіи. Отдѣльныхъ на 1-го больного комнатъ въ этой здравницѣ мало; большія палаты устроены на 4—8 больныхъ, но въ нѣкоторыхъ изъ послѣднихъ приходилось помѣщать по 12 больныхъ, изголовьями близь оконъ; кашляющіе ночью безпокоятъ сосѣдей. Тюфяки въ чехлахъ; потѣющимъ ночью стелится сверхъ тюфяка въ 1 или 2 слоя бумазея. Столовыя просторныя, кухня такая роскошная, какой не приходилось встрѣчать въ дорогихъ частныхъ здравницахъ; молочная ферма и свиные хлѣва образцовые, коровы всегда остаются въ стойлахъ. Въ машинномъ зданіи секціонный залъ и богато обставленная лабораторія. Столъ простой, недорогой. Постройка и обстановка обошлась около $^1/_2$ милліона р. при многихъ пожертвованіяхъ натурой. Больные платятъ только 80 коп. въ день. Смѣта расхода на 1901—1902 годы составила 80000 р., при всѣхъ постоянныхъ рессурсахъ благотворительности. Годовой дефицитъ около 20000 р., которые приходится собирать всякими хлопотливыми способами. Эта необезпеченность дѣла ставитъ комитетъ здравницы въ весьма затруднительное положеніе. Служащихъ свыше 60 чел.; оклады имъ доведены до minimum'а, напр., 2-ой врачъ-ассистентъ получаетъ въ годъ 240 р., 1-ый ассистентъ 560 р. Бывали такіе моменты, когда нѣкоторымъ учредителямъ приходила мысль по недостатку средствъ о закрытіи здравницы, въ укоръ государству и городскому управленію Вѣны, которыя не идутъ на помощь столь полезному учрежденію.

Что касается до *финансовыхъ условій жизни* въ осмотрѣнныхъ мною здравницахъ, то плата за продовольствіе, лѣченіе, освѣщеніе (электрическое), отопленіе и водолѣчебныя процедуры (въ Wehrawald'ѣ за послѣднія особая плата) въ сутки слѣдующая: Schatzalp около 4 р. 60 к., Wehrawald около 4 р. 40 к., у *Turban*'а около 4 р. 35 к., Sanatorium du Midi—4 р., St.-Blasien—3 р. 90 к., кромѣ того, нужно прибавить около 25% на таксу пансіона по дополнительнымъ счетамъ.

Частныя здравницы Западной Европы обслуживаютъ весь міръ; въ Schatzalp'ѣ былъ такой составъ больныхъ: изъ Германіи—20, изъ Италіи—13, изъ Англіи—11, изъ Португаліи, Польши и Австріи по 10, изъ Голландіи и Сѣверной Америки по 7, изъ Бельгіи—6, изъ Аргентины, Финляндіи, Россіи по 2, изъ Испаніи, Венецуеллы, Швеціи, Швейцаріи по 1. У *Turban*'а, въ Wehrawald'ѣ, въ St.-Blasien'ѣ приблизительно подобный-же составъ съ прибавленіемъ Даніи, Остзейскаго края, Болгаріи, Сербіи, Бразиліи, Парагвая.

Большія многоэтажныя зданія здравницъ удобны для управленія и прислуги; присутствіе-же въ нижнихъ этажахъ подваловъ, ледниковъ, складовъ провизіи, помѣщеній для служащихъ, а иногда машинныхъ отдѣленій не обезпечиваетъ идеальную чистоту воздуха. Павильонная система постройки съ теплыми переходами между павильонами и курзаломъ, по награжденному въ Лондонѣ проэкту д-ра *Hinterberger*'а и архитектора Kraus'а [1]), имѣетъ много преимуществъ: павильоны отъ 3 до 20 комнатъ не болѣе 2-хъ этажей располагаются на большомъ пространствѣ; галлереи съ кушетками при курзалѣ и въ отдѣльныхъ постройкахъ. При этой системѣ удобнѣе размѣщать больныхъ по поламъ, уединять тяжко больныхъ, мѣняя павильоны для для нихъ; можно расширять здравницы постепенно, когда сразу не хватаетъ средствъ на полное оборудованіе на большое количество больныхъ.

Наконецъ, считаю нужнымъ обратить вниманіе на нѣкоторыя стороны всего *содержанія, пищевого режима и лѣченія больныхъ* въ указанныхъ здравницахъ. Главное вниманіе въ здравницахъ сосредоточено на возможно болѣе продолжительномъ пребываніи больныхъ на воздухѣ. У *Brehmer*'а въ Герберсдорфѣ утромъ въ 7 час., а лѣтомъ въ $6^1/_2$ час. охотничій рогъ будилъ больныхъ; въ новыхъ здравницахъ, снисходя къ больнымъ, страдающимъ безсонницей, первые звуки рога или колокола въ 8 час. извѣщаютъ о выходѣ къ кофе и къ 1-му завтраку; только принимающіе души обязаны къ 8 час. кончить 1-ый завтракъ, потому что въ 8 час. 15 мин. ассистентъ уходитъ изъ водолѣчебницы; въ 9 час. все со столовъ убирается; затѣмъ больные находятся или на кушеткахъ, или на прогулкахъ. Во всѣхъ здравницахъ послѣднее молоко въ 9 час. вечера приносится въ галлереи. Послѣ обѣда отдыхать въ своей комнатѣ позволяется только съ особаго разрѣшенія тѣмъ, кто своимъ храпѣніемъ во время сна нарушаетъ спокойствіе на общихъ галлереяхъ. Ночью обязательно открываются верхнія фрамуги оконъ или дверей и постепенно пріучаются къ открыванію послѣднихъ; только утромъ обтиральщикъ ихъ закрываетъ. Куреніе табаку абсолютно не воспрещается, но такъ какъ оно допускается только у подъѣздовъ, кое-гдѣ въ комнатѣ швейцаровъ (въ Wehrawald'ѣ) и на прогулкахъ, когда около нѣтъ больныхъ, то по неволѣ табаку выкуривается здѣсь очень мало. Когда больные засиживаются въ общихъ залахъ въ непоказанное время, они приглашаются ассистентомъ на воздухъ. Опоздавшіе на галлереи сопровождаются самими уже лежащими на кушеткахъ больными особыми укоризненными звуками. Только при сильномъ вѣтрѣ, снѣжной мятели и косомъ дождѣ галлереи пусты; при густомъ туманѣ тамъ лежатъ наиболѣе закаленные; при всякой температурѣ и влажности воздуха, при дождѣ и выпаденіи снѣга, увольненіе отъ лежанія на галлереѣ допускается только нѣкоторымъ малокровнымъ и зябкимъ больнымъ. При температурѣ тѣла выше 37°,5 больные лежатъ въ своихъ комнатахъ съ открытыми окнами. Навѣщать ихъ можно, въ видахъ охраненія ихъ спокойствія, каждый разъ лично съ особаго разрѣшенія; особенно много строгостей въ разрѣшеніи посѣщеній больныхъ разныхъ половъ.

Въ питаніи предоставляется большой выборъ пищевыхъ веществъ, разнообразно приготовляемыхъ, съ совѣтомъ, чтобы больные руководствовались чувствомъ позыва на ѣду и сытости; но вслѣдствіе господствующаго убѣжденія объ усиленномъ питаніи при чахоткѣ, получаются нерѣдко также и въ здравницахъ нежелательные результаты: больные стремятся скорѣе поправиться и стараются какъ можно больше ѣсть и пить молока, даже безъ позыва на ѣду; являются неваренія, поносы и уменьшеніе вѣса; чтобы наверстать потерянный вѣсъ, больные пытаются еще больше ѣсть; совѣты ограничить ѣду качественно и количественно принимаются скептически (въ St.-Blasien'ѣ д-ръ *Meier* передавалъ, что больные при этомъ подозрѣвали управленіе въ скупости и въ экономіи на питаніе). Нерѣдко больные наживаютъ расширеніе желудка и катарры кишекъ. Еще въ 1889 г. д-ръ *A. Volland* предостерегалъ отъ крайностей въ ученіи объ усиленномъ питаніи [2]); съ 1895—1897 гг. онъ повторялъ свои наблюденія и доводы [3]).

[1]) «Der Architect», февраль, 1903 г.
[2]) *A. Volland*. Die Lungenschwindsucht, 1899 г.
[3]) Therapeutische Monatshefte, сентябрь 1895 г., августъ 1896 г., іюнь и октябрь 1897 г.

По его мнѣнію, чрезмѣрное введеніе жировъ нарушаетъ равновѣсіе въ питаніи тканей, а обильное питье молока въ промежуткахъ между ѣдой не даетъ возможности желудку освободиться отъ пищевой кашицы въ теченіи всего дня.

Чтобы уяснить себѣ количество и качество вводимой въ частныхъ здравницахъ пищи, мы взвѣсили обыкновенное дневное количество молока, сливочнаго масла, меда, хлѣба и пищевые продукты 9 блюдъ обѣда и ужина по меню Wehrawald'a 17/4 1905 г., разложили ихъ на существенныя составныя части по *J. König*'у; количество изъ блюдъ бралось minim'альное, безъ добавленій при вторичныхъ обносахъ. Получилось: бѣлковъ 174,0, жировъ 133,0, углеводовъ 512,0; все количество съ водой, введенное въ желудокъ—3375,0 (около $8^1/_2$ ф.). По *Munk*'у, *Uffelmann*'у, *Penzoldt*'у [1]) для взрослаго человѣка, покоющагося и совершающаго легкую работу, необходимо 100,0 бѣлка, 56,0 жира и 400,0—450,0 углеводовъ; при тяжелой работѣ: 130,0 бѣлка, 100,0 жира и 500,0 углеводовъ. Такимъ образомъ оказывается, что изслѣдованный пищевой режимъ здравницы содержалъ излишекъ бѣлковъ и особенно жировъ при преобладающемъ покоѣ больныхъ; разстройства пищеваренія, получаемыя при этомъ нѣкоторыми больными, происходятъ собственно больше отъ переѣданія, чѣмъ отъ другихъ причинъ. Это обстоятельство требуетъ большого вниманія и нѣкоторой реформы въ питаніи, ибо, по справедливому замѣчанію *Penzoldt*'a, «пищеварительный органъ представляетъ одинъ изъ лучшихъ предохранительныхъ аппаратовъ противъ заболѣваній легкихъ, а также онъ является и лучшимъ пособникомъ заболѣвашаго легкаго» (*Penzoldt*. Лѣченіе легочной чахотки въ здравницахъ).

Одно изъ слабыхъ мѣстъ всего діэтетическаго содержанія больныхъ въ западно-европейскихъ здравницахъ—это *употребленіе спиртныхъ напитковъ*. Потребленіе вина недостаточно упорядочивается въ частныхъ здравницахъ; при отсутствіи кровотеченій, всякій можетъ спрашивать себѣ вина изъ погреба здравницъ, сколько пожелаетъ. Даже въ здравницахъ съ строгой дисциплиной, на требованіе вина смотрятъ сквозь пальцы; только послѣ 10 час. вечера вино не отпускается. Оправданіе управленія здравницы этому попустительству въ употребленіи спиртныхъ напитковъ, совершенно несостоятельно; оправданіе это слѣдующее: съ одной стороны, интеллигенція Западной Европы привыкла къ ежедневному употребленію вина; съ другой стороны, плата взимаемая за содержаніе больныхъ такъ мала, что едва покрываетъ содержаніе здравницъ (напр., вездѣ на 3-хъ больныхъ приходится 2 служащихъ), и потому-де только съ вина, съ особыхъ порцій, съ аптеки, съ водолѣчебницы, съ прачечной и съкуртаксы покрываются %% на устройство здравницъ.

Обтираніе больныхъ съ хорошимъ питаніемъ производится быстро и очень энергично, по частямъ, начиная со спины, прежде узкимъ влажнымъ полотенцемъ, потомъ на смоченную часть накидывается сухое широкое полотенце; для возбужденія реакціи, обтиральщикъ нѣсколько разъ въ заключеніе хлопаетъ своей ладонью по подошвамъ больного, тоже и послѣ душа.

Вездѣ имѣются водолѣчебницы съ *душами* подъ давленіемъ 2—3 атмосферъ и съ смѣсителями. Обыкновенно ассистентъ самъ направляетъ вѣерный душъ отъ 30—60 сек., покуда больной сдѣлаетъ 3 оборота; изъ смѣсителя душъ начинается съ 26°—24° Ц. и быстро понижается на 12°, 8° и 4°; при такой постепенной процедурѣ не получается потрясающаго ощущенія холода, но вызывается сильная тепловая реакція.

Что касается до собственно *лѣкарственныхъ* мѣропріятій, примѣняемыхъ въ Южно-Германскихъ и Швейцарскихъ здравницахъ, то креозотъ и его производныя назначаются очень рѣдко; въ виду охраненія желудка, препаратъ этотъ, равно какъ его производныя, даютъ иногда лишь при обиліи гнойной мокроты. Впрыскиванія мышьяка также рѣдки. Мушки примѣняются при ясно выраженныхъ очагахъ съ плейритическими болями. Сыворотку *Maragliano* не примѣняютъ. Въ нѣмецкой здравницѣ въ Давосѣ 30 больнымъ, а въ Alland'ѣ 33 больнымъ, начиная съ ноября 1902 г. послѣ сообщенія *Petruschky*, *Weikert*'a, *Götsch*'a, *Möller*'a, *Turban*'a и др. производились впрыскиванія туберкулина *Koch*'a. Показаніемъ служили у больныхъ нелихорадящихъ медленность разрѣшенія и стойкость мѣстнаго процесса. Необходимое условіе для начала впрыскиваній: ограниченность бугорчатковыхъ очаговъ, въ одной или въ 2 верхушкахъ; безлихорадочное состояніе, хорошее питаніе. Начинаютъ впрыскиванія съ минимальныхъ дозъ, $^1/_{100}$—$^1/_{10}$ млгр., черезъ 1—2 дня; какъ только послѣ впрыскиваній температура поднимается выше 37,4° Ц., дѣлается перерывъ въ нѣсколько дней, а потомъ уменьшается доза. При такомъ осторожномъ способѣ примѣненія туберкулина ни у одного изъ больныхъ не наблюдалось опасныхъ реакцій, и д-ра *Brecke* и *Sorgo* очень довольны результатами своихъ 5-мѣсячныхъ наблюденій. Они показывали мнѣ цвѣтущихъ больныхъ, которые до впрыскиваній обезкураживали врачей. Вслѣдствіе страха передъ туберкулиномъ отъ перваго неосторожнаго способа его примѣненія въ Берлинѣ, трудно было уговорить больныхъ на впрыскиванія; въ Alland'ѣ и Давосѣ, наконецъ, нашлось по 2 охотника, а потомъ, убѣдившись въ безопасности туберкулина, многіе стали просить впрыскиваній сами, но получали согласіе лишь по строгому выбору врачей. Очень рѣдкіе больные реагировали на малыя дозы; д-ръ *Neumann* въ Schatzalp'ѣ показывалъ исторію болѣзни, въ которой послѣ впрыскиванія съ цѣлью распознаванія $^1/_{500}$ млг. туберкулина, температура поднялась до 37,8° Ц.; безопаснѣй начинать съ тысячныхъ частей млгр. Съ другой стороны, въ Alland'ѣ 1 дѣвушка утромъ получила на 36-ое впрыскиваніе 200 млгрм. туберкулина, а вечеромъ участвовала въ концертѣ безъ всякой реакціи.

При значительныхъ кровохарканіяхъ въ Alland'ѣ давно съ успѣхомъ примѣняются перетягиванія круговыми ходами бинта верхней или нижней конечностей вверху, съ цѣлью задержать въ нихъ венную кровь; при этомъ обязательно слѣдить за пульсомъ перетягиваемой конечности, чтобы не сдавить также плечевую илибедренную артерію. Черезъ 20—30 минутъ начинаютъ медленно распускать бинтъ; если кровохарканіе еще продолжается, перетягиваютъ другую конечность; внутрь даютъ скипидаръ по 5 капель черезъ 2—3 часа въ облаткахъ съ порошкомъ сахара. Эрготинъ не назначаютъ, ссылаясь на то, что вслѣдъ за съуженіемъ сосудовъ наступаетъ разслабленіе ихъ.

При упорныхъ поносахъ даже при подозрѣніи на бугорчатковыя язвы кишекъ д-ръ *Neumann* очень совѣтуетъ питательный порошокъ Цюрихскаго общества діэтетическихъ продуктовъ, извѣстныхъ подъ названіемъ энтероровзы. Главныя составныя части этого порошка, по видимому, бисквитная мука и мясной порошокъ; порошокъ назначается взрослымъ по столовой ложкѣ 5,0—8,0 черезъ 2—3 часа, смотря по силѣ разстройства, въ теченіи 1—2 дней; въ промежуткахъ даются слизистые отвары, для питья рисовый отваръ или чистая вода; всякая другая пища и питье исключаются въ эти дни. Въ 3-хъ случаяхъ мы примѣняли его съ успѣхомъ, когда всѣ другія средства не помогали; нормальный стулъ постепенно устанавливался на 4-ый и 5-ый день.

Немалое затрудненіе при лѣченіи въ здравницахъ представляютъ половые инстинкты больныхъ, которые даютъ себя чувствовать при хорошемъ питаніи, самочувствіи и при потребленіи вина; кромѣ настойчивыхъ убѣжденій, брошюръ, поощряющихъ къ воздержанію, наконецъ, кромѣ соотвѣтственнаго подбора прислуги, стараются раздѣлять полы по особымъ павильонамъ, на галлереяхъ, а въ Alland'ѣ даже на прогулкахъ; въ народныхъ здравницахъ это примѣняется систематически, въ частныхъ—не во всѣхъ и не столь строго.

Вообще, больные бугорчаткой въ степеняхъ не далеко зашедшихъ, убѣжденные въ необходимости для нихъ лѣченія въ здравницахъ, безропотно и точно исполняющіе всѣ совѣты и назначенія, разительно и быстро поправляются отъ своего недуга; больные-же мало культурные, не отдающіе себѣ яснаго отчета въ смыслѣ всей обстановки, особенно при болѣзни далеко зашедшей, теряютъ

[1]) *Penzoldt* и *Stinzing*. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней, т. IV, стр. 218.

терпѣніе, не видя улучшенія въ первые мѣсяцы, нервничаютъ, хандрятъ и оставляютъ здравницу по собственному желанію, или по предложенію администраціи.

Ялта. *И. Лебедевъ.*

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Физіологія и общая патологія. 598. Проф. *Raehlmann* (Weimar) сообщаетъ о своихъ *изслѣдованіяхъ крови при помощи ультрамикроскопа Siedenhopf'а* и *Zigmondy*. Помимо подробностей въ строеніи бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ, автору удалось видѣть при помощи ультрамикроскопа новый родъ клѣточныхъ образованій, которыя меньше красныхъ кровяныхъ шариковъ, безцвѣтны, имѣютъ круглую форму и двойные или тройные контуры. Авторъ видѣлъ 2 рода такихъ тѣлецъ: одни изъ нихъ содержали въ себѣ зернистую массу и походили поэтому на лейкоцитовъ, другіе состояли изъ совершенно однородной основной массы, въ которой быстро двигалось взадъ и впередъ большое количество сѣровато-желтыхъ шаровъ. Нерѣдко этихъ шаровъ попадалось такъ много, что они выполняли всю клѣтку. Движенія шаровъ въ клѣткѣ совершались, по видимому, совершенно свободно и въ свѣжей крови они носятъ явно активный характеръ. Въ виду того, что подобные быстро двигающіеся шарики и точки встрѣчаются, помимо этихъ образованій, также и въ кровяной сывороткѣ и въ другихъ бѣлковыхъ жидкостяхъ организма, авторъ высказывается за то, что они представляютъ изъ себя частицы бѣлка. Онъ полагаетъ, что движенія ихъ имѣютъ значеніе для обмѣна веществъ, такъ какъ при послѣднемъ, вѣроятно, помимо чисто химическихъ превращеній, и физическія явленія играютъ немаловажную роль. Что касается происхожденія и значенія самихъ вновь открытыхъ безцвѣтныхъ клѣтокъ, то объ этомъ нельзя пока сказать ничего опредѣленнаго. Можетъ быть онѣ представляютъ изъ себя продуктъ распада красныхъ кровяныхъ шариковъ и служатъ для упорядочиванія обмѣна веществъ (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 29). *А. Коварскій.*

599. Д-ръ *Georg Kelling* (Dresden) развиваетъ новую своеобразную теорію о *происхожденіи злокачественныхъ опухолей.*

Онъ исходитъ изъ положенія, что клѣтки опухоли являются чуждымъ элементомъ для того организма, въ которомъ ростетъ опухоль и что весь характеръ злокачественной опухоли основанъ на чужеядности составляющихъ ее клѣтокъ. Попадая въ чужой организмъ, живыя и способныя къ размноженію клѣтки могутъ найти себѣ при этомъ благопріятныя условія для дальнѣйшаго размноженія и образовать такимъ образомъ опухоль. Особенно легко это можетъ случиться съ зародышевыми клѣтками позвоночныхъ животныхъ. Эти клѣтки попадаютъ въ большомъ количествѣ въ желудокъ человѣка и животныхъ. Лѣтомъ, напр. очень часто употребляютъ въ пищу яйца въ сыромъ видѣ и среди нихъ попадаются нерѣдко такія, въ которыхъ уже началось развитіе зародыша. Если эти-же яйца попадаютъ въ видѣ приправы въ супъ или въ мороженое, то и тутъ зародышевыя клѣтки не бываютъ убиты. Помимо этого зародышевыя клѣтки изъ этихъ блюдъ могутъ быть разнесены насѣкомыми и черезъ уколъ въ кожѣ введены въ кровь. Икра рыбъ также часто употребляется въ пищу въ сыромъ видѣ; и она также можетъ содержать много эмбріональныхъ клѣтокъ. Однимъ словомъ обыденная жизнь представляетъ много возможностей и случаевъ занесенія зародышевыхъ клѣтокъ другихъ животныхъ въ желудокъ и даже въ кровь человѣка. Если будетъ доказано, говоритъ авторъ, что введеніемъ этихъ чужихъ зародышевыхъ клѣтокъ въ организмъ можно вызвать образованіе злокачественной опухоли, то теорія его получитъ существенную опору. На самомъ дѣлѣ автору удалось опытами на животныхъ (собакахъ) добиться въ этомъ направленіи положительныхъ результатовъ. Опыты были поставлены слѣдующимъ образомъ: яйца помѣщались на нѣсколько дней въ термостатъ для того, чтобы зародыши развились до извѣстной степени; затѣмъ они разрѣзывались, растирались въ ступкѣ и разъединенныя, такимъ образомъ, зародышевыя клѣтки взвѣшивались въ физіологическомъ растворѣ поваренной соли и впрыскивались въ вены или лимфатическіе сосуды собакъ; каждой собакѣ впрыскивалась только часть одного зародыша; впрыскиваніе большого количества клѣтокъ потому не цѣлесообразно, что тогда организмъ можетъ на это отвѣчать образованіемъ противотѣлъ, которыя дѣйствуютъ убивающимъ образомъ на зародышевыя клѣтки. Въ виду того, что для опытовъ употреблялись болѣе или менѣе старыя животныя, среди которыхъ могутъ попасться и такія, у которыхъ до опыта были злокачественныя опухоли, то всѣ собаки были предварительно тщательно изслѣдованы въ этомъ отношеніи, особенно тѣ органы, въ которые производилось впрыскиваніе. Черезъ 3 недѣли послѣ впрыскиванія 7 собакъ было убито и у 5 изъ нихъ оказались опухоли съ типичнымъ гистологическимъ строеніемъ злокачественныхъ опухолей, а именно: 1 мелко-клѣточная саркома, 2 веретенообразно-клѣточныя саркомы, 1 альвеолярный ракъ, 1 злокачественная аденома. Съ точки зрѣнія приведенной теоріи легко объяснить часто наблюдаемый переходъ язвы желудка въ ракъ тѣмъ, что на язву попадаютъ изъ пищи зародышевыя клѣтки и находятъ на ней благопріятныя условія для дальнѣйшаго быстраго размноженія. Авторъ самъ наблюдалъ 2 такихъ случая, начавшіеся съ язвы привратника и перешедшіе въ ракъ того-же органа, при чемъ достовѣрно извѣстно, что при лѣченіи язвы давались сырыя яйца per se и заправленные ими супы. Чтобы доказать вѣрность своей теоріи въ этихъ случаяхъ, авторъ поступилъ слѣдующимъ образомъ; онъ впрыснулъ обработанную соотвѣтственнымъ образомъ раковую массу, полученную отъ этихъ больныхъ, кроликамъ для того, чтобы получить соотвѣтствующую сыворотку. Полученная этимъ путемъ сыворотка имѣла слѣдующія свойства: она давала осадки съ 1) вытяжкой, полученной изъ рака, 2) съ бѣлкомъ человѣка и 3) бѣлкомъ курицы. Она не давала осадка съ бѣлкомъ изъ крови другихъ животныхъ (испробованы бѣлки собаки, голубя, свиньи и др.). Эти факты показываютъ біологически связь этихъ раковыхъ опухолей съ организмомъ курицы и происхожденіе ихъ отъ послѣдней. На основаніи этихъ данныхъ *Kelling* думаетъ, что злокачественныя опухоли человѣка происходятъ *главнымъ образомъ* отъ занесенныхъ *чужихъ* тканевыхъ частей зародыша. Въ отдѣльныхъ случаяхъ опухоль можетъ происходить и отъ чужихъ клѣтокъ не зародышеваго характера. Разъѣдающая язва, напр., ростущая въ теченіи многихъ лѣтъ, врядъ ли, по мнѣнію автора, происходитъ отъ зародышевыхъ клѣтокъ. Что касается безграничнo-атипическаго роста клѣтокъ злокачественныхъ опухолей, то онъ, вѣроятно, зависитъ отъ того, что чужія клѣтки имѣютъ другое осмотическое давленіе, чѣмъ клѣтки организма, а правильный ростъ происходитъ лишь при условіи равновѣсія между осмотическими давленіями внутри клѣтки и окружающей лимфой. Авторъ полагаетъ, что его теорія происхожденія опухолей можетъ оказать благотворное вліяніе на предупрежденіе и лѣченіе злокачественныхъ новообразованій. (Теорія эта поражаетъ своею фантастичностью и противорѣчитъ тому установленному факту, что клѣтки даже зародышей, пересаженныя на ткани чужеяднаго вида животнаго, не прививаются; очевидно, авторъ получалъ у опытныхъ животныхъ временныя воспалительныя гранулемы. *Ред.*) (Münchener medicinische Wochenschrift, № 24). *А. Коварскій.*

600. Д-ръ *Б. Жебровскій* (Варшава) изучалъ *вліяніе тиреоидина на число красныхъ кровяныхъ шариковъ и содержаніе сухого остатка въ крови.* 6 больныхъ (5 женщинъ и 1 мужчина) въ возрастѣ 20—43 лѣтъ (1—съ зобомъ, 1—съ затяжнымъ сочленовнымъ рѣматизмомъ и 4—съ истеронейрастеніей) получали въ началѣ (1-я недѣля) по $^1/_2$, а затѣмъ 2 раза въ сутки по $^1/_2$ или цѣлой таблеткѣ (англійской или *Пеля*) тиреоидина. Всѣ больные находились въ одинаковыхъ условіяхъ и лежали въ постели. Авт. изслѣдовалъ кровь предъ назначеніемъ тиреоидина, а затѣмъ, во время пріемовъ послѣдняго, обычно въ недѣльныхъ промежуткахъ. Число бѣлыхъ тѣлецъ, какъ послѣ примѣненія тиреоидина, такъ и до него, колебалось между 3000 и 6000 въ 1 к. млм. Что касается красныхъ кровяныхъ шариковъ, то подъ вліяніемъ небольшихъ количествъ тиреоидина въ 3 случаяхъ подмѣчена гиперглобулія (+ 2150000, + 1270000 и + 1510000 въ сравненіи съ повѣрочными изслѣдованіями); интересно, что въ этихъ случаяхъ содержаніе сухого остатка въ крови крайне незначительно измѣнилось (увеличеніе на 0,7—1%). Такимъ образомъ % воды въ крови остается неизмѣннымъ, не смотря на значительныя колебанія въ числѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ (Medycyna, 8 мая). *С. Островскій.*

601. Д-ръ *O. Josué. Атероматозъ аорты, искусственно вызванная повторными внутривенными впрыскиваніями адреналина.* Атероматозъ считаютъ обыкновенно, какъ хроническое пораженіе внутренней оболочки сосудовъ, вызванное медленнымъ отравленіемъ. Яды, способные вызвать эти измѣненія, могутъ быть различнаго происхожденія: яды эндогенные, вырабатываемые въ самомъ организмѣ, напр., при пищеварительныхъ разстройствахъ, яды экзогенные, изъ коихъ важнѣйшіе: свинецъ, табакъ, алкоголь и пр.; яды бактерійнаго происхожденія, напр., при тифѣ и др. заразныхъ болѣзняхъ. Кромѣ этихъ ядовъ, какъ на причину атероматознаго процесса, указываютъ (*Huchard*) на повышенное артеріальное давленіе. *Crocq*, *Boinet* и *Romary*, впрыскивая животнымъ различные яды и токсины, получали лишь незначительныя пораженія артерій, преимущественно траумaтическаго характера; известковыхъ

отложеній имъ не приходилось наблюдать ни разу. Свои опыты д-ръ *Josué* производилъ надъ кроликами, вѣсомъ болѣе 2 клгр.; впрыскивалось не болѣе 3-хъ капель раствора адреналина 1:1000, въ ушную вену, черезъ каждые 2 дня; 4 капли этого раствора иногда могутъ вызвать смерть животнаго. Во всѣхъ случаяхъ, послѣ впрыскиваній адреналина, у кроликовъ находимо было расширеніе сердца и ясныя атероматозныя измѣненія въ грудной и брюшной аортѣ. Въ 1-мъ случаѣ даже послѣ 8 впрыскиваній въ аортѣ найдены были известковыя бляшки; въ другомъ, послѣ 20 впрыскиваній, произведенныхъ въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ, кромѣ рѣзкихъ атероматозныхъ измѣненій, найдена была анейризма аорты. Степень атероматозныхъ пораженій всегда соотвѣтствовала числу впрыскиваній и продолжительности опыта. У кролика, которому раньше впрыснута была противудифтерійная сыворотка, многочисленныя впрыскиванія адреналина въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ не вызвали никакихъ измѣненій въ артеріяхъ; точно такъ-же не вызываютъ измѣненій въ артеріяхъ подкожныя впрыскиванія адреналина. Изъ опытовъ д-ра *J.* слѣдуетъ, что адреналинъ обладаетъ ядовитымъ дѣйствіемъ на артеріи; желательно поэтому было-бы тщательно изслѣдовать надпочечники при вскрытіяхъ атероматозныхъ (La Presse médicale, 18 ноября 1903 г.). *И. Вирскій.*

602. Въ физіологіи въ настоящее время существуютъ 2 противоположныхъ взгляда на *механизмъ передачи возбужденія при перистальтическихъ движеніяхъ.* Одни приписываютъ главную роль въ передачѣ возбужденія нервной системѣ *(Ціонъ, Kronecker)*, въ то время, какъ другіе допускаютъ возможность передачи возбужденія непосредственно отъ одной мышечной клѣтки къ сосѣдней (*Engelmann* и его школа). Поэтому сообщенныя *Biedermann*'омъ наблюденія надъ перистальтическими движеніями высшихъ червей представляютъ большой интересъ, давая нѣкоторый матеріалъ для рѣшенія важнаго біологическаго вопроса.

Biedermann воспользовался сравнительно-физіологическимъ способомъ. Объектомъ наблюденія служили высшіе черви (lumbricus, hirudo). Авторъ вырѣзывалъ или умерщвлялъ то части мышечнаго вещества, то части брюшного нервнаго ствола и слѣдилъ затѣмъ за измѣненіями характера перистальтическихъ движеній (вызванныхъ искусственно раздраженіемъ). Оказалось, что 1) вырѣзываніе или умерщвленіе (хлороформомъ, эѳиромъ, азотной кислотой) большихъ сегментовъ мышечнаго вещества, при цѣлости нервной системы, нисколько не измѣняетъ перистальтическихъ движеній; 2) наоборотъ, послѣ удаленія значительнаго куска нервнаго ствола, даже очень сильное механическое раздраженіе сегмента, лишеннаго нервной системы, не можетъ вызвать перистальтическихъ движеній. На основаніи этихъ данныхъ и аналогичныхъ наблюденій *Uexküll*'я и *Magnus*'а, сдѣланныхъ надъ другими червями, *Biedermann* приходитъ къ выводу, что сокращенія мышцъ при перистальтическихъ движеніяхъ у высшихъ червей отраженнаго происхожденія. Механическое раздраженіе дѣйствуетъ на кожныя окончанія центростремительныхъ нервовъ, съ которыхъ уже вторично отраженнымъ путемъ вызывается сокращеніе мышцъ. Дѣйствительно, послѣ предварительной кокаинизаціи червя, перистальтику вызвать не удается и раздраженіе вызываетъ только мѣстное сокращеніе. Поэтому у высшихъ червей нельзя признать существованіе непосредственной передачи возбужденія мышечными клѣтками. Передача происходитъ при посредствѣ нервной системы отраженно съ сегмента на сегментъ. Между прочимъ, автору удалось подмѣтить явленія аналогичныя антагонистическимъ рефлексамъ *Scherrington-Hering*'а: сокращеніе мышечнаго слоя червя сопровождается тотчасъ-же наступающимъ разслабленіемъ антагонистовъ.

Затрагивая въ этой-же статьѣ вопросъ о тонусѣ гладкихъ мышцъ, авторъ считаетъ его результатомъ свойства мышечныхъ волоконъ, независимо отъ присутствія периферическихъ гангліозныхъ клѣтокъ *(Straub, Biedermann)*. Такой взглядъ авторъ распространяетъ и на поперечно-полосатыя мышцы, допуская и здѣсь существованіе периферическаго міогеннаго тонуса, независимаго отъ центральной нервной системы. Касаясь причины ослабленія тонуса мышцъ, *B.* видитъ въ этомъ дѣйствіе особыхъ тормозящихъ нервныхъ волоконъ (*Gaskell, Biedermann, Morat)*, существованіе которыхъ въ настоящее время отрицается большинствомъ физіологовъ *(Goltz, H. Hering* и др.) (*Pflüger*'s Archiv, т. 102, тетр. 10—12). *К. Кржышковскій.*

Фармакологія. 603. *E. Carapelle* пытался разрѣшить вопросъ *о дѣйствіи сулемы при внутривенныхъ вливаніяхъ.* Успѣхъ этого способа лѣченія въ извѣстныхъ случаяхъ заразныхъ заболѣваній объясняли непосредственнымъ дѣйствіемъ сулемы на микроорганизмы, а по другой теоріи, измѣненіемъ сыворотки крови, пріобрѣтающей антитоксическія свойства. На основаніи своихъ опытовъ авторъ приходитъ къ слѣдующему заключенію: 1) При дѣйствіи сулемы на яичный бѣлокъ, сывороточный бѣлокъ и нуклеопротеиновыя тѣла, заключающіяся въ бактеріяхъ, происходитъ образованіе настоящихъ альбуминатовъ. 2) Сулема и въ избыткѣ бѣлка образуетъ растворимый альбуминатъ. 3) Бактерійные нуклеопротеины осаждаются растворомъ сулемы также въ присутствіи щелочей (сыворотки крови). Такъ какъ соединенія сулемы съ этими бѣлками образуются на основаніи не изслѣдованныхъ еще точно законовъ, то нельзя точно сказать, сколько сулемы связывается при этомъ бѣлкомъ. 4) Можно съ увѣренностью отвергнуть теорію о бактеріиубивающемъ дѣйствіи сулемы. 5) Благотворное дѣйствіе внутривеннаго введенія сулемы въ организмъ при извѣстныхъ заразныхъ болѣзняхъ можно объяснить способностью бактерійныхъ нуклеопротеиновъ соединяться съ сулемой, образуя безвредные альбуминаты (Annali d'igiene sperimentale, вып. II). *Ц. О.*

604. Въ подробной статьѣ *о примѣненіи морфія при болѣзняхъ сердца* д-ръ *Karl Grossmann* (München) приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Нѣтъ никакого основанія считать морфій, при назначеніи его въ предѣлахъ обычныхъ терапевтическихъ пріемовъ, сердечнымъ ядомъ и поэтому не слѣдуетъ принципіально отказываться отъ назначенія его сердечнымъ больнымъ. Случаи внезапной смерти, которые изрѣдка наблюдаются послѣ введенія въ организмъ морфія тѣмъ или инымъ путемъ, должны быть поставлены въ общемъ рядомъ съ случаями смерти послѣ правильно проведеннаго хлороформнаго усыпленія вслѣдствіе паралича сердца. Причина смерти въ этихъ случаяхъ остается невыясненной. Что касается показаній къ примѣненію морфія у различнаго рода сердечныхъ больныхъ, то взгляды авторовъ на этотъ счетъ очень расходятся и слѣдовало-бы на основаніи большого клиническаго матеріала выработать болѣе точныя показанія. Весьма большую осторожность слѣдуетъ соблюдать при назначеніи морфія больнымъ со слабымъ или больнымъ сердцемъ, которые, кромѣ того, страдаютъ болѣзнями дыхательныхъ органовъ, въ особенности остраго характера; то-же относится и къ больнымъ съ острыми заболѣваніями эндо- и міокардія. При чисто нервныхъ страданіяхъ сердца, въ особенности-же при неорганической грудной жабѣ морфій можетъ быть назначаемъ—въ предѣлахъ обычныхъ показаній къ его примѣненію—безъ колебаній. При грудной жабѣ съ органическими измѣненіями сердца, при стенокардіи можно назначать лишь маленькія количества морфія. Безусловно показано примѣненіе морфія для быстрой подачи помощи при всѣхъ тяжелыхъ припадкахъ сердечной астмы. Назначеніе его при хронической одышкѣ приходящихъ сердечныхъ больныхъ должно быть весьма ограничено. Морфій показанъ тамъ, гдѣ другія сердечныя средства, какъ наперстянка и другія не дѣйствуютъ или перестали дѣйствовать. Важную роль играетъ также морфій, какъ подготовляющее средство у очень возбужденныхъ, страдающихъ безсонницей и истощенныхъ сердечныхъ больныхъ. У этихъ больныхъ невозможно бываетъ начать лѣченіе наперстянкой прежде, чѣмъ послѣ нѣсколькихъ пріемовъ морфія ихъ общее возбужденное состояніе не уляжется. Въ этихъ случаяхъ имѣется прямое показаніе къ примѣненію морфія (Münchener medicinische Wochenschrift, № 28). *А. Коварскій.*

Внутреннія болѣзни. 605. Говоря о *лѣченіи воспаленій почекъ*, д-ра *Kövesi* и *Schulz* (Budapest) полагаютъ, что всѣ усилія должны быть направлены, на то, чтобы устранить задержку въ организмѣ подлежащихъ удаленію черезъ почки веществъ. Задержка азотосодержащихъ веществъ играетъ немаловажную роль въ происхожденіи мочекровія, въ то время какъ задержка солей является причиной (а не слѣдствіемъ) водянки и отековъ. На основаніи цѣлаго ряда подробныхъ изслѣдованій обмѣна веществъ у почечныхъ больныхъ авторы пришли къ заключенію, что нѣтъ никакого основанія при діэтетическомъ лѣченіи *Brigth*'овой болѣзни ограничить во всѣхъ безъ исключенія слу-

чаяхъ введеніе внутрь бѣлковъ. Способность больного организма задерживать азотъ неодинаково выражена во всѣхъ случаяхъ и поэтому для установки правильнаго режима слѣдуетъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ опредѣлить, насколько велика способность выдѣленія азота заболѣвшими почками. Больной, слѣд., долженъ получать съ пищей лишь столько азота, сколько способны выдѣлить его почки. Для того, чтобы предотвратить накопленіе (вслѣдствіе задержки) большихъ количествъ *солей* въ организмѣ, слѣдуетъ и тутъ упорядочить введеніе ихъ. Въ настоящее время всѣми признано, что задержка поваренной соли является постоянной спутницей водянки. Накопленіе соли въ организмѣ уменьшаетъ выдѣленіе воды черезъ кожу и легкія, такъ какъ соки тѣла стремятся удержать тѣмъ больше воды, чѣмъ больше въ нихъ содержится соли; увеличеніе количества соли такимъ образомъ увеличиваетъ количество воды въ организмѣ, т. е. вызываетъ отеки и водянку. Естественно, что лѣченіе должно имѣть въ виду уменьшить количество поваренной соли въ тканевыхъ сокахъ, во всякомъ случаѣ не должно ни въ какомъ случаѣ способствовать его увеличенію. Опредѣленіе количества выдѣляемой съ мочей поваренной соли у почечныхъ больныхъ показываетъ, что моча крайне рѣдко содержитъ больше 0,5% поваренной соли. Поэтому почечнымъ больнымъ слѣдуетъ давать на каждые 100 к. стм. выдѣляемой мочи не болѣе 0,5 грм. соли. Что касается количества воды, которое слѣдуетъ давать при нефритахъ, то и здѣсь слѣдуетъ сообразоваться съ особенностями каждаго случая. Во всякомъ случаѣ нужно имѣть въ виду, что введеніемъ чрезмѣрно большихъ количествъ жидкости невозможно добиться выдѣленія задержанныхъ въ организмѣ составныхъ частей мочи: избытокъ жидкости увеличиваетъ лишь гидрэмію. У тѣхъ нефритиковъ, которые потеряли способность выдѣлять разведенную мочу, наоборотъ, слѣдуетъ ограничить введеніе воды съ такимъ разсчетомъ, чтобы каждымъ 1000 к. стм. выдѣляемой ими мочи соотвѣтствовало 1500 к. стм. вводимой внутрь жидкости. Вообще весьма обильнымъ введеніемъ воды нельзя добиться благопріятныхъ розультатовъ какъ у больныхъ съ уравновѣшенными заболѣваніями почекъ, такъ и у водяночныхъ. Успѣхъ діэтетическаго лѣченія по вышеприведеннымъ основнымъ положеніямъ особенно ясно бываетъ выраженъ въ случаяхъ средней тяжести. Если задержка составныхъ частей мочи уже наступила, слѣдуетъ при помощи потогонныхъ и мочегонныхъ средствъ стремиться къ удаленію задержанныхъ веществъ изъ организма. Изслѣдованія пота, произведенныя авторами, показали, что черезъ него удаляются довольно таки значительныя количества (10—20%) задержанныхъ веществъ. И у почечныхъ больныхъ съ водянкой потъ содержитъ приблизительно такое-же количество твердыхъ составныхъ частей, какъ и у здоровыхъ, при чемъ количество твердыхъ составныхъ частей, выдѣляемыхъ почками, отъ одновременнаго потѣнія не уменьшается. Однако потогонное лѣченіе слѣдуетъ примѣнять лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется рѣзко выраженная задержка воды и водянка. Мочегонными средствами у почечныхъ больныхъ удается вызвать лишь сравнительно небольшой діурезъ, при помощи котораго однако удается вывести изъ организма больше твердыхъ составныхъ частей мочи, чѣмъ воды. Мочегонныя средства слѣдуетъ примѣнить лишь тогда, когда потогонныя не приводятъ къ цѣли (Berliner klinische Wochenschrift, №№ 24, 25 и 26). *А. Коварскій.*

606. Д-ръ *Ahrens* (Ulm) описываетъ *случай излѣченія (?) тяжелаго селезеночнаго бѣлокровія при помощи рентгенотерапіи.*

Больной, 27 л., заболѣлъ 1½ года назадъ послѣ сильной простуды во время военной службы. Болѣзненныя явленія постепенно усиливались и въ послѣднее время къ общей слабости, одышкѣ, быстрой утомляемости и чувству давленія въ животѣ присоединились еще костныя боли въ правомъ плечѣ. Изслѣдованіе живота обнаруживаетъ селезенку величиной въ 2 головы взрослаго человѣка. При изслѣдованіи крови получается отношеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ къ краснымъ 1:1. Въ виду дурного предсказанія при такомъ положеніи дѣла, авторъ рѣшилъ, помимо обычнаго лѣченія мышьякомъ и кислородомъ, испробовать дѣйствіе рентгенотерапіи. Лучи примѣнялись ежедневно такъ, что въ теченіи 5—10 минутъ они направлялись изъ твердой трубки при сильномъ токѣ на селезенку и по 1—2 минуты на каждую трубчатую кость и грудину. Уже послѣ 20 сеанса получилось поразительное улучшеніе въ смыслѣ исчезновенія большинства субъективныхъ признаковъ и уменьшенія объема селезенки; послѣ 40-го дня лѣченія положеніе настолько измѣнилось, что отношеніе числа бѣлыхъ къ краснымъ кровянымъ шарикамъ уже выражалось числами 1:525, т. е., было нормально; послѣ 50-го сеанса селезенка настолько уменьшилась, что ее уже нельзя было прощупать. Общее самочувствіе больного и состояніе его силъ были вполнѣ нормальны. Однако, въ виду возможности возврата ему предписано было являться каждые 14 дней для изслѣдованія крови и селезенки и для повторенія рентгенизаціи. Больному были запрещены всякія сильныя физическія напряженія и данъ совѣтъ пока не приступать къ обычнымъ занятіямъ. Больной не внялъ совѣту, началъ обычныя занятія и черезъ 1½ мѣсяца послѣ 5-часового утомительнаго марша сильно простудился, послѣ чего наступилъ возвратъ болѣзни: селезенка сильно увеличилась опять въ объемѣ, появилась высокая лихорадка съ потами, сильное кислородное голоданіе и черезъ 11 дней больной скончался. Вскрытіе обнаружило помимо большой селезенки (6½ фунтовъ) со множествомъ инфарктовъ, лейкэмическія измѣненія въ костномъ мозгу и печени. Авторъ думаетъ, что смертельный исходъ въ данномъ случаѣ не наступилъ-бы, если бы больной, благодаря собственной неосторожности не получилъ возврата (Münchener medicinische Wochenschrift, № 24). *А. К.*

Хирургическія болѣзни. 607. На основаніи наблюденій изъ клиники проф. *Eiselsberg*'а д-ръ *Haberer* говоритъ *о результатахъ операціи наложенія кишечно-кишечнаго соустія.* За послѣдніе 3 года въ клиникѣ *Eiselsberg*'а подобная операція была сдѣлана въ 35 случаяхъ. Въ 27 случаяхъ наложено соустіе между подвздошной и толстыми кишками, въ 3—соустіе между петлями подвздошной, одинъ разъ между петлями тощей, одинъ разъ между тощей и ободочной. Наконецъ, въ 3-хъ случаяхъ сдѣлано частичное выключеніе кишки со вшиваніемъ перерѣзанной подвздошной въ поперечную ободочную. Въ 5 случаяхъ до наложенія соустія сдѣлано сѣченіе кишки въ виду сильнаго переполненія приводящаго конца. Показаніемъ къ операціи въ 16 случаяхъ была раковая опухоль, въ 13 бугорчатка, въ 2—затяжное воспаленіе червеобразнаго отростка, въ одномъ—съуженіе кишекъ вслѣдствіе затяжного воспаленія брюшины, въ одномъ—заворотъ S Romani, въ одномъ—каловые свищи, въ одномъ—кишечная непроходимость. Изъ 35 больныхъ 4 были оперированы во время приступа кишечной непроходимости. Въ общемъ изъ 35 больныхъ непосредственно отъ операціи погибло 7 (воспаленіе брюшины, вызванное расхожденіемъ швовъ, кровотеченіе въ полость брюшины, shock). Изъ 28 больныхъ, перенесшихъ операцію, больные съ раковою опухолью прожили отъ 2 мѣсяцевъ до 1 года. Въ случаяхъ съ бугорчаткою (а также съ остальными страданіями) операція оказала прекрасное вліяніе на общее самочувствіе и на мѣстный процессъ. Выводы: боковое кишечное соустіе представляетъ очень хорошее палліативное средство при всевозможныхъ съуженіяхъ кишечнаго просвѣта, не поддающихся коренному лѣченію (т. е. изсѣченію). Въ случаяхъ существующаго или угрожающаго паралича кишекъ наложенію соустія слѣдуетъ предпослать сѣченіе кишки, при чемъ рана послѣдней можетъ и служить мѣстомъ для соустія. Боковое кишечное соустіе, если только позволяютъ силы больного, во всѣхъ отношеніяхъ заслуживаетъ предпочтенія передъ искусственнымъ заднимъ проходомъ. Основное условіе успѣха—это точное опредѣленіе мѣста съуженія. При существующемъ воспаленіи брюшины опасность расхожденія наложенныхъ швовъ очень велика и, если существуетъ хотя бы малѣйшее натяженіе, слѣдуетъ предпочесть соустію наложеніе искусственнаго задняго прохода. Боковое кишечное соустіе показано какъ предварительная операція у слабыхъ больныхъ, у которыхъ впослѣдствіи съ возстановленіемъ силъ можно изсѣчь цѣликомъ всю опухоль (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXII). *Б. Финкельштейнъ.*

608. Д-ръ *Otto Simon* (изъ клиники проф. *Czerny* въ Heidelberg'ѣ) на основаніи большого количества наблюденій пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно *мѣстнаго обезболиванія при помощи эйкаина и эйкаинъ-адреналина.* Эйкаинъ въ сравненіи съ кокаиномъ, при той же крѣпости раствора, долженъ быть признанъ почти совершенно безопаснымъ. Изотоническій, подогрѣтый растворъ эйкаина обезболиваетъ такъ-же хорошо, какъ и растворъ кокаина того-же %-наго содержанія. Адреналинъ усиливаетъ обезболивающее дѣйствіе эйкаина и не обусло-

вливаетъ неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій, если примѣняется въ растворахъ не крѣпче 1:20000. Адреналинъ одинаково относится къ кокаину, какъ и къ эйкаину. Вездѣ, гдѣ только можно, слѣдуетъ примѣнять способъ *Oberst*'а (съ 1% растворомъ эйканна), онъ заслуживаетъ предпочтенія передъ обыкновеннымъ пропитываніемъ эйкаиномъ и эйкаинъ-адреналиномъ (München. med. Wochenschrift, № 29). *А. Коварскій.*

609. Проф. *Bevan* (Chicago) предлагаетъ *новый способъ хирургическаго лѣченія неспустившагося въ мошонку яичка.*

Разрѣзъ длиною въ 8—10 стм. по ходу пахового канала. Книзу разрѣзъ не долженъ идти дальше наружнаго пахового кольца. Разсѣкаютъ сухожильное растяженіе наружной косой, подъ нимъ сухожильное растяженіе cremasteris и поперечную фасцію. Такимъ путемъ обнажаютъ сообщающійся съ брюшною полостію мѣшокъ, содержащій яичко. Вскрываютъ мѣшокъ (въ немъ нерѣдко находятъ кусокъ сальника) отдѣляютъ его у шейки отъ брюшной полости (по возможности выше въ области внутренняго пахового кольца) и отслаиваютъ отъ лежащаго подъ нимъ сѣмянного канатика. Закрываютъ брюшную полость, изъ мѣшка образуютъ для яичка влагалищную оболочку (кисетнымъ или непрерывнымъ швомъ). Тупо отдѣляютъ сѣмянной канатикъ и сосуды яичка отъ задней стѣнки брюшины, извлекаютъ яичко такъ, чтобы оно могло лежать по крайней мѣрѣ на 10—12 стм. ниже *Poupart*'овой связки, тупо устраиваютъ въ мошонкѣ карманъ для яичка, вкладываютъ туда послѣднее и укрѣпляютъ его тамъ кисетнымъ швомъ, проведеннымъ черезъ поверхностное сухожильное растяженіе и ножки сухожильнаго растяженія наружной косой. Операцію заканчиваютъ наложеніемъ шва на паховой каналъ по *Bassini*. Если яичко лежитъ очень высоко и его не удается низвести, то авторъ предлагаетъ перевязать и перерѣзать сѣмянные сосуды, напряженіе которыхъ и служитъ препятствіемъ къ смѣщенію яичка. Питаніе самого яичка не пострадаетъ, такъ какъ его будутъ питать сосуды сѣмяотносящаго протока.

Авторъ испробовалъ описанный способъ въ очень многихъ случаяхъ (точное число наблюденій не указано) и всегда съ полнымъ успѣхомъ (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXII). *Б. К. Финкельштейнъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 610. Д-ръ *J. Riddle Goffe* подвергаетъ критической оцѣнкѣ взгляды относительно *физіологическаго значенія мѣсячныхъ и роли Фаллопіевыхъ трубъ* въ этомъ процессѣ. Прежде полагали, что мѣсячныя бываютъ только у женщинъ; въ настоящее время установлено, что періодическое выдѣленіе крови происходитъ также у самокъ обезьянъ. По наблюденіямъ *Johnston*'а, аналогическій процессъ совершается у всѣхъ теплокровныхъ животныхъ. Появленіе кровянистаго выдѣленія изъ половыхъ органовъ объусловливается положеніемъ тѣла. У коровы, овцы, кошки и другихъ четвероногихъ млекопитающихъ, благодаря положенію матки, кровь удерживается въ этомъ органѣ и поглощается, а затѣмъ поступаетъ въ лимфатическія железы. Частота мѣсячныхъ у разныхъ животныхъ бываетъ различная. У обезьянъ она наблюдалась 5 разъ въ годъ; по *Wiltshire*'у, у коровы выдѣленіе изъ половыхъ органовъ бываетъ приблизительно черезъ 3 недѣли. То же можно сказать относительно кобылы. Болѣе правильное и частое появленіе мѣсячныхъ у женщины сравнительно съ животными старались объяснить образомъ жизни человѣка. Тогда какъ самки животныхъ позволяютъ приближаться къ себѣ самцамъ только тогда, когда возможно оплодотвореніе, у людей половыя сношенія являются часто лишь источникомъ наслажденія. Спорнымъ является также вопросъ о причинной связи между овуляціей и мѣсячными; *Ritchie*, *Lawson Tait* и другіе отрицаютъ существованіе подобной связи. Авторъ полагаетъ, что мѣсячныя являются прямымъ слѣдствіемъ овуляціи, при которой не наступило оплодотворенія. Когда яичко оставляетъ яичникъ и направляется въ матку, въ организмѣ происходятъ измѣненія, имѣющія цѣлью приготовить почву для болѣе успѣшнаго роста плода: дѣятельность нервной системы повышается, эндометрій переполняется кровью, клѣтки его набухаютъ и умножаются. Если оплодотвореніе не происходитъ и яйцо погибаетъ, тогда наступаютъ регрессивныя измѣненія: черезъ стѣнки набухшихъ капилляровъ просачивается кровь, клѣтки эндометрія разрушаются и вмѣстѣ съ кровью и слизью выдѣляются наружу. Что касается участія Фаллопіевыхъ трубъ при мѣсячныхъ, то на ихъ активную роль указалъ уже *Lawson Tait*. Слизистая оболочка ихъ имѣетъ то же строеніе, что и слизистая матки; она можетъ питать плодъ и образовать послѣдъ, какъ это доказываютъ случаи трубной беременности, поэтому при мѣсячныхъ въ трубахъ должны происходить тѣ же измѣненія, что и въ слизистой матки. Авторъ приводитъ 2 случая, говорящіе въ пользу этого взгляда. У 2-хъ больныхъ онъ произвелъ влагалищное удаленіе матки по случаю фибромъ этого органа, при чемъ былъ оставленъ одинъ яичникъ и соотвѣтствующая труба. При наступленіи мѣсячнаго періода изъ трубы стала выдѣляться кровь черезъ незажившую рану; это повторялось правильно каждый разъ, когда должны были появиться мѣсячныя, до заживленія раны. Авторъ, убѣжденъ, что при мѣсячныхъ главную роль играютъ яичники (Medical Record, 7 мая). *Ц. О.*

611. Вопросъ о *количественномъ опредѣленіи кровотеченія*, имѣющаго мѣсто *во время родовъ*, и послѣдствіяхъ этого кровотеченія находится до сихъ поръ еще въ неопредѣленномъ состояніи. Проф. *Ahlfeld* пытается на основаніи записей о 7000 родовъ поставить рѣшеніе его на болѣе твердую почву.

Для точности измѣреній потребовалось прежде всего особое приспособленіе кровати, а именно отверстіе въ матрацѣ и насаженная на него воронка, черезъ которую стекаетъ кровь въ подставленный градуированный сосудъ. Подстилки устроены соотвѣтствующимъ образомъ. Опредѣляется отдѣльно количество крови до рожденія послѣда, кровь вышедшая съ послѣдомъ и кровь, выдѣлившаяся черезъ опредѣленный промежутокъ послѣ этого. Нормальное теченіе періода выдѣленія послѣда таково, что при покойномъ положеніи роженицы на спинѣ послѣдъ въ теченіе $1^1/_2$—2 часовъ остается во влагалищѣ и оставался бы тамъ и больше, если-бы его не удаляли искусственно. На 6663 случая родовъ только въ 13% случаевъ онъ выдѣлился произвольно, при чемъ кровотеченіе въ среднемъ равнялось 673 грм., значительно выше нормальной средней цифры. При нормальныхъ во всѣхъ отношеніяхъ родахъ среднее количество крови составляетъ 435,8 грм. Многорожавшія теряютъ въ общемъ на 56 грм. больше крови, чѣмъ первородящія, при чемъ количество крови возрастаетъ съ числомъ родовъ. Впрочемъ здѣсь не столько вліяетъ число ихъ, сколько величина плода и поверхность послѣда, такъ что при рожденіи плода въ 7—8 фунт. и болѣе, кровотеченіе въ 600—800 грм. можно считать нормальнымъ. Продолжительность періода изгнанія не оказываетъ замѣтнаго дѣйствія на количество крови, исключая многорожавшихъ, у которыхъ предсказаніе съ увеличеніемъ этого періода ухудшается. Время вскрытія плоднаго пузыря также не играетъ видимой роли. Что-же касается послѣдоваго періода, то оказывается, что всѣ самыя тяжкія кровотеченія случаются въ теченіи перваго часа по рожденіи плода. По истеченіи этого часа сколько-нибудь значительныя кровотеченія очень рѣдки. Свои заключенія относительно кровотеченій при патологическихъ родахъ *А.* строитъ на основаніи 4566 случаевъ, при чемъ въ 21,3% случаевъ не удалось выждать установленныхъ $1^1/_2$—2 час. до удаленія послѣда. Чаще всего къ сокращенію послѣдоваго періода побуждаютъ кровотеченія. Эти довольно значительныя кровотеченія являются послѣ нѣкоторыхъ операцій или ненормальныхъ родовъ. Среднее количество кровотеченія при родахъ двойнями—793 грм., при hydramnion'ѣ—477 грм. При рожденіи мацерированнаго плода наблюдается очень незначительное кровотеченіе, всего 310,6 грм., при узкомъ тазѣ—461,8 грм., при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ—568 грм., при наложеніи щипцовъ—664,7, при поворотѣ съ послѣдующимъ извлеченіемъ—709,8 грм., при ягодичномъ положеніи съ извлеченіемъ плода—469 грм. Что касается послѣдствій, происходящихъ отъ кровотеченій въ послѣдовомъ періодѣ, то кровотеченіе въ 800 грм. и даже до 1000 грм. у здоровой и крѣпкой родильницы еще не должно вызывать опасеній, тогда какъ для слабыхъ и болѣзненныхъ женщинъ невозможно установить никакихъ опредѣленныхъ границъ и приходится считаться съ каждымъ случаемъ въ отдѣльности. Однако первый тревожный признакъ—ускореніе сердечной дѣятельности и ослабленіе пульса не наступаетъ еще обыкновенно при кровотеченіяхъ ниже 1000—1500 грм. Другіе признаки остраго малокровія замѣчаются уже при кровотеченіяхъ, превышающихъ 1600 грм., но и здѣсь въ большинствѣ случаевъ даже при потери крови, достигающей 2000 грм., явленія малокровія весьма умѣренны. Наступленія смертельнаго исхода у здоровой и крѣпкой родильницы слѣдуетъ ожидать при кровотеченіи въ 3500—4000 грм., полагая, что оно произошло въ теченіи короткаго промежутка времени. Позднѣйшія послѣдствія болѣе или менѣе значительныхъ кровотеченій сказываются ускореніемъ пульса въ послѣродовомъ періодѣ, увеличеніемъ воспріимчивости къ зараженію. Ни на кормленіе ребенка грудью, ни на дальнѣйшее состояніе здоровья женщины, при условіи хорошаго ухода за ней, родовыя кровотеченія, даже обильныя, особеннаго вліянія не оказываютъ (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, т. LI, тетр. 2). *А. Г-ръ.*

Судебная медицина. 612. Проф. *L. Wachholz* (Краковъ) и д-ръ *Horoszkiewicz* изучали *вопросъ о состояніи*

крови въ трупахъ утопленниковъ. Всего подвергнуто опыту 57 животныхъ, при чемъ у 49, изъ коихъ 26 были утоплены въ холодной, 10—въ теплой и 13—въ холодной водѣ послѣ предварительнаго наркоза, кровь изслѣдовалась тотчасъ-же послѣ смерти (отъ 10 мин. до 1 часа), а у 8 животныхъ—спустя 24 часа, 4 и 11 дней по наступленіи смерти. При вскрытіи обращалось вниманіе на состояніе крови въ шейныхъ венахъ, венахъ грудной клѣтки и въ обѣихъ $^1/_2$-нахъ сердца. У всѣхъ животныхъ за исключеніемъ 2-хъ, изслѣдованныхъ спустя 4 и 11 дней послѣ смерти, въ венахъ найдена жидкая кровь, въ сердцѣ-же (преимущественно въ лѣвой его $^1/_2$-нѣ) въ 16 случаяхъ свертки, а въ 41 сл.—жидкая кровь. Авторы приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ. Въ случаяхъ смерти отъ утопленія въ сердцѣ и въ венахъ кровь остается жидкой, но иногда она можетъ свернуться въ особенности, если передъ смертью имѣлись болѣзненныя состоянія, усиливающія свертываемость крови. Жидкая кровь, выпущенная вскорѣ послѣ смерти изъ сердца и венъ утопленниковъ, обнаруживаетъ наклонность къ свертыванію, въ особенности та часть ея, которая при разрѣзѣ сердца (лѣваго желудочка) прежде всего истекаетъ. Если-же кровь изъ сердца (лѣваго желудочка) утопленниковъ добывается съ надлежащей осторожностью, т. е., по предварительномъ ополаскиваніи его поверхности отъ околосердечной жидкости и осушеніи ея, и если кровь собирается въ стеклянный сосудъ, намазанный жиромъ, то въ большинствѣ случаевъ она остается жидкой. Въ виду сказаннаго раствореніе кровяныхъ свертковъ у утопленниковъ не допустимо; оно могло-бы наступить лишь вслѣдствіе далеко зашедшаго гніенія. Жидкому состоянію крови утопленниковъ благопріятствуетъ вода, проглоченная при утопаніи въ легкія, оттуда проникшая въ кровь и разжидившая ее. Жидкая кровь трупа съ теченіемъ времени теряетъ способность къ свертыванію, хотя она, все-же, со временемъ сгущается, благодаря потерѣ жидкихъ частей путемъ посмертнаго просачиванія (Przegląd lekarski, 25 іюня и 2 іюля). *С. О.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 613. *John M. Elder* оперировалъ больного по случаю острыхъ явленій *кишечнаго съуженія на почвѣ сифилитической язвы* тонкой кишки.

23-лѣтній больной поступилъ въ больницу съ язвами нижняго вѣка, по видимому, сифилитическаго происхожденія. Въ тотъ же день у него внезапно появились боли въ животѣ въ области пупка, тошнота, вздутіе живота, упадокъ дѣятельности сердца и коллапсъ. Немедленно произведено было чревосѣченіе, при чемъ тонкая кишка на разстояніи $2^1/_2$ футовъ отъ слѣпой оказалась съуженной вслѣдствіе хроническаго процесса вокругъ сифилитической язвы. Изсѣченіе части кишки; выздоровленіе.

Сифилисъ кишечника, какъ видно изъ литературы, представляетъ сравнительно рѣдкое заболѣваніе. *Oberndorfer* собралъ 25 случаевъ наслѣдственнаго и 24 случая пріобрѣтеннаго сифилиса кишекъ. Чаще всего сифилитическія измѣненія наблюдаются въ толстой кишкѣ. Какъ и въ другихъ органахъ, такъ и здѣсь встрѣчаются разныя стадіи сифилиса: гиперэмія, выпотъ, инфильтратъ, состоящій изъ круглыхъ клѣтокъ, и, наконецъ, образованіе рубцевой ткани. У дѣтей, страдающихъ наслѣдственнымъ сифилисомъ, въ кишечникѣ часто находятся гиперэмированные участки или язвы, тогда какъ рубцевая ткань встрѣчается рѣдко; въ полости брюшины нерѣдко образуются сращенія и выпотъ. При пріобрѣтенномъ сифилисѣ та же картина съ замѣтной наклонностью къ образованію инфильтратовъ и язвъ, нерѣдко глубокихъ и даже ведущихъ къ прободенію кишки. Предсказаніе нужно ставить осторожно, имѣя въ виду, что 20% больныхъ погибаетъ отъ прободающаго воспаленія брюшины, 20% страдаетъ множественными съуженіями кишечника, у нѣкоторыхъ больныхъ бываютъ повторныя кровотеченія; самое же серьезное осложненіе—заворотъ кишки. Лѣченіе — ртуть и іодистые препараты; при кровотеченіяхъ—ледъ и опій, при прободеніи и съуженіи—хирургическое вмѣшательство (British Medical Journal, 7 мая). *Ц. О.*

614. Проф. *Lassar* (Berlin) показывалъ въ Берлинскомъ медицинскомъ Обществѣ человѣкообразную *обезьяну (шимпанзе), которой успѣшно привитъ былъ сифилисъ*, при чемъ матеріалъ для прививки былъ взятъ отъ другого шимпанзе, которому былъ привитъ сифилитическій матеріалъ отъ человѣка. Какъ первичныя, такъ и вторичныя измѣненія у обезьянъ были вполнѣ типичны и по гистологической картинѣ были тождественны съ человѣческимъ сифилисомъ. Эти экспериментальныя данныя имѣютъ весьма важное значеніе для изученія сифилитическаго яда, такъ какъ показываютъ, что въ организмѣ человѣкообразныхъ обезьянъ онъ находитъ себѣ благопріятную почву. Можно поэтому теперь надѣяться, что скоро удастся найти возбудителя сифилиса и можетъ быть найти способъ сывороточнаго его лѣченія (Berliner klinische Wochenschrift, № 30).

615. Д-ръ *Bodo Spiethoff* (изъ клиники кожныхъ болѣзней проф. *Lesser*'а въ Berlin'ѣ) говоритъ на основаніи своихъ наблюденій *о значеніи способа Dreyer*'а (Sensibilisirungsmethode) *при лѣченіи волчанки.*

Способъ *Dreyer*'а, принятый *Neisser*'омъ и *Halberstadt*'омъ, заключается въ томъ, что въ пораженную ткань впрыскивается слабый растворъ Erythrosin'а (1,0‰) благодаря которому, по мнѣнію изобрѣтателя, клѣтки становятся болѣе чувствительными къ свѣту, въ особенности къ краснымъ и зеленожелтымъ лучамъ. Черезъ 2—3 часа послѣ впрыскиванія сенсибилизирующаго раствора пораженная ткань подвергается дѣйствію свѣта по *Finsen*'у. Этимъ путемъ удается достигнуть болѣе глубокаго дѣйствія лучей. Не смотря на то, что авторъ слѣдовалъ вполнѣ точно предписаніямъ *Dreyer*'а при пользованіи предложеннымъ имъ способомъ, онъ ни въ одномъ изъ пользованныхъ по этому способу 6 случаевъ волчанки не могъ отмѣтить положительнаго терапевтическаго эффекта. 4 изъ этихъ случаевъ были пользованы раньше безуспѣшно по обычному способу *Finsen*'а и лѣченіе по *Dreyer*'у не дало никакихъ измѣненій къ лучшему. Въ остальныхъ 2 случаяхъ получилось небольшое улучшеніе, которое получилось бы и при лѣченіи по *Finsen*'у безъ сенсибилизаціи. Способъ *Dreyer*'а имѣетъ еще, кромѣ того, тотъ недостатокъ, что онъ очень болѣзненъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣйствіе свѣта послѣ предварительнаго впрыскиванія эритрозина вызывало такія невыносимыя боли, что лѣченіе на время приходилось прерывать (Berliner klinische Wochenschritt, № 29). *А. Коварскій.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

XCIX. Омертвѣніе лѣвой нижней конечности, какъ осложненіе фибринознаго воспаленія легкихъ.

Фибринозное воспаленіе легкихъ, болѣзнь очень часто наблюдаемая въ практикѣ земскаго врача, въ ея типической формѣ не представляетъ для врача клинициста въ распознавательномъ смыслѣ никакого затрудненія. Даже въ тѣхъ атипическихъ формахъ, когда возбудитель болѣзни *Fraenkel-Talamon*'овскій ланцетовидный коккъ поражаетъ предпочтительно серозныя оболочки, когда болѣзнь протекаетъ подъ видомъ плейрита, брюшного тифа или менингита, врачъ, подробно разобравшійся въ каждомъ индивидуальномъ случаѣ съ большей или меньшей вѣроятностью, не прибѣгая къ содѣйствію микроскопа, можетъ заподозрить истинную основу болѣзни. Но какіе иногда страшные, неожиданные сюрпризы преподноситъ эта болѣзнь въ качествѣ своихъ осложненій, доказательствомъ этого является описываемый мною случай.

Больной А. Ч., 30 л., крестьянинъ, поступилъ 2/IV въ Царевосанчурскую больницу Яранскаго уѣзда Вятской губ. съ ясно выраженной клинически формой фибринознаго воспаленія легкаго. Судя по разсказамъ больного онъ захворалъ 29/III. Въ анамнезѣ больного не было другихъ болѣзней кромѣ фибринознаго воспаленія легкаго, которое онъ перенесъ въ 1894 г.

Объективное изслѣдованіе, произведенное врачемъ города Царевосанчурска *Бильтюковымъ* показало, что никакихъ патологическихъ измѣненій кромѣ яснаго пораженія праваго легкаго не было. Тоны сердца были совершенно чисты. Съ 5/IV на 6/IV наступилъ кризисъ, температура державшаяся между 38° minimum'а и 39°,6 maximum'а, пала до 37°,3, и больной, видимо, сталъ выздоравливать. 8/IV утромъ больной шелъ по корридору больницы. Онъ вдругъ почувствовалъ сильную боль въ лѣвой ногѣ и упалъ-бы, если-бы его не поддержали. Нога сдѣлалась по его описанію черной, чрезвычайно болѣзненной вверху и блѣдной и холодной, какъ ледъ, внизу. При изслѣдованіи, произведенномъ врачемъ, было обнаружено полное отсутствіе біенія пульса въ лѣвой бедренной артеріи, и врачъ поставилъ распознаваніе внезапной закупорки наружной подвздошной артеріи. Когда различными терапевтическими мѣропріятіями разогнать тромбъ не удалось и съ первыхъ же дней закупорки сосуда развилось омертвѣніе конечности, больному была предложена операція отнятія ноги, но онъ на нее не согласился и выбылъ 11/IV изъ больницы домой въ свое родное село.

24/IV я былъ приглашенъ къ больному на домъ. Лѣвая нижняя конечность вся до верхней трети бедра была совершенно черной, сухой, блестящей. Линія омертвѣнія была рѣзко ограничена. Она шла въ верхней $^1/_3$ бедра въ видѣ неправильнаго овала, занимая снутри высокое положеніе и спускаясь кнаружи и книзу. Тоны сердца были чисты, больному была предложено высокое усѣченіе бедра. Больной на операцію согласился и 25/IV поступилъ въ Рудкинскую земскую больницу Яранскаго уѣзда.

На слѣдующій день была произведена операція подъ хлороформомъ. Первоначально я провелъ разрѣзъ пальца на три ниже *Poupart*'овой связки надъ сосудами съ цѣлью перевязать бедренную артерію и вену. Кожа въ этой мѣстности была совершенно здорова. Но едва я надрѣзалъ фасцію, покрывающую мышцы, какъ рану наполнило обильное количество гноя. Тогда я оставилъ свое намѣреніе предварительной перевязки и циркулярно-овальнымъ разрѣзомъ до кости сталъ перерѣзывать кожу и мышцы. Кость я старался перепилить возможно выше. Когда я оперировалъ, все поле операціи буквально было залито гноемъ. Гной въ обильномъ количествѣ скопился между мышцами (въ особенности лежащими глубоко у кости) вмѣстѣ съ какими то газами. При надавливаніи на паховую область гной выходилъ изъ полости таза. Сосуды были перевязаны на мѣстѣ разрѣза. Здѣсь они были *проходимы*. Послѣ перевязки большихъ стволовъ по снятіи *Esmarch*'овскаго бинта кровотеченіе было незначительное. Въ виду присутствія большого количества гноя рана была оставлена почти открытой. Была наложена антисептическая повязка. Черезъ 2 дня была сдѣлана первая перевязка. Нагноеніе въ ранѣ послѣдовательно со дня на день уменьшалось. Въ настоящее время больной находится внѣ опасности.

Въ учебникахъ и отдѣльныхъ работахъ, гдѣ описывается фибринозное воспаленіе легкихъ и его осложненіе, рѣдко упоминается объ осложненіяхъ со стороны сосудовъ. Случай закупорки наружной подвздошной артеріи, который я описываю и который, по видимому, не имѣетъ подъ собою никакой иной почвы кромѣ только что перенесеннаго фибринознаго воспаленія легкаго, является единичнымъ и крайне интереснымъ для практическаго врача. Насколько можно было для меня, служащаго земскимъ врачемъ въ захолустьѣ познакомиться съ теоретической стороной занимающаго меня вопроса, объ осложненіяхъ со стороны сосудовъ при воспаленіи легкихъ, въ литературѣ я могъ добыть только незначительныя данныя. Вотъ нѣкоторыя изъ нихъ. *Eichhorst* и *Lepine* наблюдали иногда одностороннюю красноту и повышеніе температуры конечностей, какъ слѣдствіе сосудодвигательныхъ отраженныхъ разстройствъ (преимущественно у стариковъ). *Collet* въ своемъ Précis de pathologie interne въ главѣ phlébites en général бѣгло упоминаетъ, что иногда въ теченіи воспаленія легкихъ встрѣчаются флебиты. *W. R. Steiner*, подвергая подробному разсмотрѣнію вопроса о закупоркахъ венъ при воспаленіи легкихъ (*John Hopkins* Hospital Bulletin, VI и Lancet, 1902, 13 сентября) говоритъ, что закупорка венъ принадлежитъ къ рѣдкимъ осложненіямъ воспаленія легкихъ. Въ виду такихъ бѣглыхъ незначительныхъ данныхъ, съ тѣмъ большимъ интересомъ я останавливаю вниманіе читателей на закупоркѣ наружной подвздошной артеріи и послѣдующемъ за этимъ сплошномъ омертвѣніи всей нижней конечности.

П. Брюхановъ.

С. По поводу заключенія Коммиссіи[1]*), образованной при Министерствѣ земледѣлія и государственныхъ имуществъ для оцѣнки работъ (на премію) о рыбномъ ядѣ.*

Минимальное требованіе, какое можно предъявить къ лицамъ, призваннымъ произвести оцѣнку научныхъ трудовъ, сводится, по крайней мѣрѣ, къ тому, чтобы лица эти вполнѣ усвоили основную мысль разбираемыхъ ими работъ. Я не говорю уже о болѣе широкихъ требованіяхъ научной критики, которая должна поставить себѣ задачей не только отысканіе промаховъ и ошибокъ въ разбираемыхъ работахъ, но и извѣстное содѣйствіе самимъ работамъ въ видѣ общихъ указаній относительно направленія, плана изслѣдованій и пр., которыми можно было-бы руководиться въ дальнѣйшей разработкѣ даннаго вопроса. Но если эти послѣднія требованія научной критики предполагаютъ не только серьезное отношеніе къ дѣлу, но и извѣстныя способности критика, и потому не всегда осуществимы и лишь желательны, то тѣ минимальныя требованія, о которыхъ я сказалъ вначалѣ, ничего не предполагаютъ, кромѣ нѣкотораго знакомства съ разбираемой работой, и безусловно обязательны. Ставъ на точку зрѣнія этихъ минимальныхъ требованій, посмотримъ, насколько является удовлетворительнымъ критическій разборъ бактеріологическихъ трудовъ д-ра *Арустамова*[2]) и моихъ[3]), сдѣланныхъ названной выше Коммиссіей. Я здѣсь буду имѣть въ виду лишь отзывъ Коммиссіи, совершенно не касаясь взглядовъ и трудовъ д-ра *Арустамова* и ихъ научнаго обоснованія, и затрагивая ихъ лишь настолько, насколько это вызывается разборомъ отзыва Коммиссіи.

Конечный выводъ, къ которому пришла Коммиссія въ отношеніи моей работы о рыбномъ ядѣ, формулированъ ею такъ: «Работа д-ра *Констансова* представляетъ несомнѣнный интересъ въ смыслѣ дальнѣйшей разработки взглядовъ д-ра *Арустамова*», и нѣсколько раньше таже Коммиссія заключила, что «д-ръ *Констансовъ* подтвердилъ изслѣдованія д-ра *Арустамова* и только ихъ нѣсколько дополнилъ».

Такой выводъ Коммиссіи и такая оцѣнка моей работы основывается на полномъ неусвоеніи ни моей точки зрѣнія, ни точки зрѣнія д-ра *Арустамова*. Этимъ-же обстоятельствомъ, этимъ-же неусвоеніемъ основной мысли моей работы объясняется то, что нѣкоторые мои выводы оставались для Коммиссіи, по ея признанію, не совсѣмъ понятными. Для поясненія сказаннаго привожу слѣдующую выписку изъ отзыва Коммиссіи: «Дальнѣйшія изслѣдованія д-ра *Констансова* заключались въ слѣдующемъ: убѣдившись, что, при фильтраціи эмульсіи изъ ядовитой рыбы, ядъ проходитъ чрезъ фильтръ, авт. заключаетъ, что этимъ рѣшенъ вопросъ о химической натурѣ яда и исключена всякая возможность видѣть въ немъ организованное начало, т. е. микробовъ. *Выводъ этотъ не совсѣмъ понятенъ.* Кто-же сомнѣвался, что микробъ вредитъ не самъ по себѣ, а ядовитыми продуктами своей жизнедѣятельности».

Не говоря уже о крайней неточности передачи моего заключенія о химической натурѣ рыбнаго яда, основывающагося не только на томъ, что онъ проходитъ чрезъ фильтръ, а на цѣломъ рядѣ химическихъ и физическихъ данныхъ, не говоря уже о неправильности утвержденія, что микробъ всегда вредитъ, не самъ по себѣ, ибо онъ можетъ вредить, выражаясь словами Коммиссіи, и самъ по себѣ, т. е. механически, закупоривая сосуды, и пр., не говоря уже обо всемъ этомъ, — изъ приведенныхъ словъ Коммиссіи видно, что она не только не усвоила точекъ зрѣнія д-ра *Арустамова* и моей, но путаетъ понятія — заразное заболѣваніе и отравленіе бактерійными ядами.

Казалось-бы уже всѣмъ извѣстно, что разница въ данномъ случаѣ та, что при заразномъ заболѣваніи въ организмъ проникаетъ живое организованное начало, какъ таковое, и уже внутри организма развиваетъ извѣстные продукты своей жизнедѣятельности, которыми и отравляетъ организмъ; при отравленіи-же бактерійными ядами—въ организмъ попадаетъ не само организованное начало, а продукты его жизнедѣятельности, уже въ готовомъ видѣ. Доказывая, что въ рыбѣ имѣются уже готовыя ядовитыя тѣла бактерійнаго происхожденія, и нѣтъ живыхъ бактерій, я тѣмъ доказываю, что при отравленіи рыбой происходитъ не заразное заболѣваніе, а бактерійное отравленіе, слѣд. ни о какомъ вредѣ микробовъ, какъ заразнаго начала, т. е. внутри организма, не можетъ быть и рѣчи; въ этомъ смыслѣ долженъ быть понятъ вышеприведенный выводъ моей работы.

Разница между взглядами д-ра *Арустамова*, выраженными имъ въ его печатныхъ статьяхъ, и моими и заключается въ томъ, что *Арустамовъ* смотритъ на рыбное отравленіе, какъ на заразное заболѣваніе:—предполагаетъ, что въ организмъ проникаютъ открытыя имъ бактеріи, какъ таковыя, живыми, и вызываютъ заболѣваніе; я-же на основаніи своихъ опытовъ, противъ которыхъ Коммиссія не возражаетъ, утверждаю, что отравленіе рыбнымъ ядомъ есть бактерійное отравленіе въ химическомъ смыслѣ, что рыбный ядъ—не живое организованное начало, не бактерія,—а химическое тѣло, которое уже въ готовомъ видѣ поступаетъ въ организмъ, а не развивается тамъ, какъ продуктъ жизнедѣятельности заразнаго начала. Разница, такимъ образомъ, въ этихъ взглядахъ настолько существенная, что они должны быть признаны не только не подтверждающими другъ друга, какъ это кажется Коммиссіи, — а діаметрально противоположными, исключающими другъ друга.

Что касается происхожденія рыбнаго яда и условій его образованія, то и въ этомъ отношеніи, вопреки мнѣнія Коммиссіи, взгляды д-ра *Арустамова* и мои также діаметрально противоположны: д-ръ *Арустамовъ*, видя, какъ сказано, въ рыбномъ ядѣ заразное заболѣваніе, вполнѣ послѣдовательно думалъ, что оно обусловливается особыми, специфическими бактеріями, не встрѣчающимися ни при какихъ другихъ заболѣваніяхъ и не имѣющими ничего общаго съ гнилостными бактеріями. Такая точка зрѣнія д-ра *Арустамова*, по крайней мѣрѣ, послѣдовательна: по существующимъ взглядамъ, каждой заразѣ свойственъ лишь опредѣленный видъ заразнаго начала. Я смотрю на рыбный ядъ, какъ на химическое тѣло—продуктъ первоначальныхъ стадій гнилостнаго разложенія рыбы, обусловливаемаго однимъ изъ видовъ обыкновенныхъ гнилостныхъ бактерій, proteus vulgaris, bac. coli comm. и проч., но въ тоже время рядомъ опытовъ доказываю, что при обыкновенныхъ условіяхъ гнилостнаго разложенія рыбы, рыбный ядъ никогда не образуется, и чтобы онъ образовался, необходимы особыя условія, въ которыя должна быть поставлена гніющая рыба: именно, какъ доказали мои опыты, необходимо, чтобы рыба въ моментъ наступленія гніенія была вся en masse пропитана или пронизана гнилостными бактеріями: при этихъ условіяхъ гнилостный процессъ развивается и идетъ не постепенно съ поверхности внутрь, какъ это бываетъ обычно, а сразу во всей массѣ рыбы, и продукты гніенія—органическія вещества, свойственныя разнымъ стадіямъ гнилостнаго процесса, образуются въ рыбѣ послѣдовательно и постепенно, смѣняя другъ друга по мѣрѣ развитія гнилостнаго процесса: въ началѣ образуются тѣла съ характеромъ ядовитыхъ бѣлковъ, относящихся къ группѣ альбумозъ или пептоновъ, въ родѣ токсальбуминовъ *Brieger-Fränkel*'я или нуклеоальбуминовъ *Miescher*'а-*Kossel*'я; вотъ къ нимъ и относится, по

[1]) «Извѣстія Министерства земледѣлія и государственныхъ имуществъ», 1904 г., № 22.

[2]) «Врачъ», 1891 г., № 19 и 1898 г., № 36.

[3]) «Архивъ біологическихъ наукъ», т. X.

моимъ опытамъ, т. наз. рыбный ядъ. Если въ этотъ моментъ остановить дальнѣйшее развитіе гнилостнаго процесса, напр., путемъ соленія рыбы, то тѣла эти, составляющія рыбный ядъ, не подвергаются дальнѣйшему разложенію и могутъ сохраняться въ рыбѣ неопредѣленно долгое время. Въ противномъ случаѣ, при дальнѣйшемъ развитіи гнилостнаго процесса, они, претерпѣвая постепенныя измѣненія переходятъ частью въ жирныя кислоты, ароматическія вещества и пр., а частью въ алкалоидоподобныя соединенія, т. е. производныя, главнымъ образомъ, пиридина (птомаины *Gautier* и *Selmi*), далѣе они превращаются въ діамины и его производныя (птомаины *Brieger*'а), потомъ—въ амины, и подъ конецъ все кончается образованіемъ простыхъ газовъ H, H_2S, NH_3, CO_2.

Но такая постепенная смѣна продуктовъ гніенія происходитъ, по моему мнѣнію, лишь въ указанныхъ мною особыхъ условіяхъ; въ обычныхъ-же это не имѣетъ мѣста. Здѣсь гнилостный процессъ начинается съ поверхности и лишь постепенно, мало по малу проникаетъ внутрь, и когда весь кусокъ оказывается захваченнымъ гнилостнымъ процессомъ, то онъ можетъ быть въ это время разсматриваемъ, какъ находящійся одновременно на разныхъ ступеняхъ гнилостнаго разложенія: въ то время какъ въ поверхностныхъ слояхъ гнилостный процессъ уже подвинулся далеко, въ глубокихъ—онъ еще только-что начинается, и поэтому химическіе продукты гніенія, развивающіеся при описываемыхъ условіяхъ будутъ не одинаковы въ поверхностныхъ и болѣе глубокихъ слояхъ: въ поверхностныхъ они будутъ соотвѣтствовать болѣе позднимъ стадіямъ гнилостнаго разложенія, а въ глубокихъ — первоначальнымъ, во всей-же рыбѣ—они будутъ находиться въ неопредѣленной смѣси. Какъ бы мы ни задерживали гнилостный процессъ при указанныхъ условіяхъ, характеръ смѣси продуктовъ гніенія въ немъ не измѣнится качественно. Такимъ образомъ, условіе, необходимое для образованія въ рыбѣ рыбнаго яда, заключается, какъ видно, изъ моихъ опытовъ, въ равномѣрномъ пропитываніи рыбы гнилостными бактеріями; условіе это осуществляется на опытѣ пропитываніемъ куска рыбы, напр., бульонной разводкой гнилостныхъ бактерій, а въ природѣ—зараженіемъ рыбъ гнилостными бактеріями, ведущимъ къ тому, что въ моментъ смерти всѣ органы и ткани рыбы оказываются зараженными гнилостными бактеріями. Такимъ образомъ, въ противоположность д-ру *Арустамову*, никакихъ специфическихъ бактерій рыбнаго яда я не признаю,—считаю этотъ ядъ продуктомъ первоначальныхъ ступеней гнилостнаго разложенія бѣлковыхъ веществъ рыбы, происходящаго подъ вліяніемъ обыкновенныхъ гнилостныхъ бактерій, но при условіи равномѣрнаго пропитыванія рыбы этими бактеріями. Въ виду изложеннаго, казалось-бы, нѣтъ ничего общаго между моей точкой зрѣнія и *Арустамовской*, и тѣмъ не менѣе Коммиссія пишетъ: «Если въ опытахъ д-ра *Констансова* былъ, дѣйствительно, воспроизведенъ рыбный ядъ путемъ зараженія рыбъ разводками bacterium coli commune и proteus vulg. и если д-ръ *Констансовъ* вѣрно опредѣлилъ натуру микробовъ д-ра *Арустамова*, утверждая, что эти микробы суть bacterium coli commune и proteus vulg., то слѣдовало-бы заключить, что д-ръ *Констансовъ* подтвердилъ изслѣдованія д-ра *Арустамова* и только ихъ нѣсколько дополнилъ».

Такое заключеніе Коммиссіи является удивительнымъ недоразумѣніемъ и непониманіемъ того, что мною сказано и сдѣлано: если я дѣйствительно воспроизвелъ на опытѣ рыбный ядъ и вѣрно опредѣлилъ натуру микробовъ д-ра *Арустамова*, утверждая, что это bacterium coli commune и proteus vulg., то единственно, что отсюда слѣдуетъ вывести, это, что д-ръ *Арустамовъ* жестоко ошибался, выдѣливъ случайно попавшія гнилостныя бактеріи, которыхъ можно получить отовсюду—и изъ воздуха, и съ поверхности любого куска доброкачественной и не доброкачественной рыбы, и изъ любого полежавшаго трупа, и принявъ ихъ за особое заразное начало рыбнаго яда. Другихъ заключеній, считаясь съ логикой, сдѣлать нельзя.

Но Коммиссія, не понявъ исходныхъ точекъ зрѣнія работъ моихъ и д-ра *Арустамова*, и сдѣлавъ, благодаря этому совершенно невѣрный выводъ, что мои опыты подтверждаютъ взгляды д-ра *Арустамова*, сдѣлала и въ частностяхъ, при разборѣ моей работы, рядъ удивительныхъ логическихъ ошибокъ.

Напр., указавъ на мои опыты съ вліяніемъ соли въ питательной средѣ на бактеріи и приведя основанное на этихъ опытахъ мое заключеніе «о невозможности присутствія въ соленой рыбѣ, послѣ 4-мѣсячнаго храненія ея, жизнеспособныхъ неспороносныхъ микробовъ», Коммиссія далѣе говоритъ: «Заключеніе это, очевидно, имѣетъ въ виду опыты *Арустамова*, утверждавшаго, что и черезъ 4 мѣсяца храненія на льду ядовитой рыбы, онъ получалъ изъ нея своихъ микробовъ. Однако фактъ стерильности хорошо просоленой рыбы не только былъ извѣстенъ д-ру *Арустамову*, а имъ-же и установленъ въ его работѣ. Опыты самого д-ра *Констансова* показываютъ только одно, что рыба, причиняющая отравленіе, можетъ уже не содержать живыми тѣхъ микробовъ, которые сдѣлали ее ядовитою. Получивъ для своего изслѣдованія рыбу сильно просоленую и этимъ обезпложенную, д-ръ *Констансовъ* не имѣлъ никакого права обобщать свое заключеніе и утверждать, что въ рыбѣ *Арустамова* не было микробовъ».

Не говоря уже о неточности этихъ словъ Коммиссіи [напр.: ядовитая рыба *Арустамова* хранилась не на льду, а это была обыкновенная продажная соленая рыба [1]), слѣд., хранилась просто на открытомъ воздухѣ]—заключеніе это страдаетъ поразительной нелогичностью. Развѣ «фактъ стерильности хорошо просоленной рыбы, извѣстный *Арустамову*» опровергаетъ мои опыты? Или развѣ я дѣлаю на основаніи ихъ выводъ, что *Арустамовъ* ничего не зналъ о фактѣ стерильности хорошо просоленой рыбы.

Я своими опытами категорически, безповоротно устанавливаю, что, при опредѣленномъ % соли въ питательной средѣ, въ ней не могутъ жить неспороносныя бактеріи и ихъ не можетъ быть въ просоленной рыбѣ послѣ 4-мѣсячнаго храненія. Зналъ *Арустамовъ* ранѣе о фактѣ стерильности просоленой рыбы или не зналъ,—это нисколько не вліяетъ на мой выводъ, которымъ я утверждаю, что *Арустамовъ* не могъ выдѣлить изъ просоленой «въ корень», т. е., содержащій болѣе 15% соли и хранившейся въ теченіи 4 мѣсяцевъ на воздухѣ рыбы неспороносныхъ бактерій (кромѣ, конечно, случайныхъ, напр., съ поверхности куска). Это мое утвержденіе основывается вовсе не на изслѣдованіи сильно просоленой, и этимъ обезпложенной рыбы, а на особыхъ спеціально поставленныхъ опытахъ, логическая сила которыхъ не уменьшается отъ того, что они касаются и рыбы *Арустамова*.

Кромѣ того, интересно-бы знать, какъ-же согласовать, по мнѣнію Коммиссіи, то, что съ одной стороны д-ръ *Арустамовъ* зналъ о фактѣ стерильности просоленой рыбы, а съ другой — выдѣляетъ изъ нея своихъ микробовъ?

Вообще у Коммиссіи замѣтна наклонность, во что-бы то ни стало, иногда вопреки требованіямъ логики и даже не считаясь съ данными науки, пошатнуть мои положенія въ пользу д-ра *Арустамова*.

Напр., я изслѣдовалъ микробы д-ра *Арустамова*, которые въ оригинальныхъ разводкахъ остались послѣ него; произвелъ это изслѣдованіе точнѣйшимъ образомъ, какъ только мыслимо при современномъ состояніи бактеріологіи: каждый признакъ этихъ разводокъ описывалъ старательнѣйшимъ образомъ. Описаніе-же этихъ бактерій, данное *Арустамовымъ*, крайне не точно и не ясно: напр., описывая въ своей первой статьѣ [1]) выдѣленныхъ имъ бактерій, онъ говоритъ: «Всѣ онѣ однообразны и по виду напоминаютъ колоніи палочекъ брюшного тифа. Подобно послѣднимъ, и онѣ въ началѣ находятся въ глубинѣ агара, а затѣмъ, достигнувъ поверхности, сильно ростутъ по ней». Такое описаніе не научно. Не говоря уже о томъ, что палочки брюшного тифа совсѣмъ не представляютъ собой сколько-нибудь типичныхъ колоній, чтобы съ ними можно было сравнивать другія,—видѣть особенность ихъ въ томъ, что онѣ въ началѣ находятся въ глубинѣ агара, а затѣмъ, достигнувъ поверхности, ростутъ по ней,—значитъ не имѣть яснаго представленія о глубокихъ и поверхностныхъ колоніяхъ. Или, напр., говоря о вирулентности своихъ микробовъ, д-ръ *Арустамовъ* выражается такъ: «Всѣ кролики (сколько?), которымъ были впрыснуты (куда? въ какихъ дозахъ?) микробы изъ лососины и севрюги и разныхъ труповъ (въ какихъ разводкахъ? какой давности?) околѣли болѣе или менѣе скоро (?)». Развѣ на основаніи такихъ данныхъ можно говорить о степени вирулентности? И, тѣмъ не менѣе, Коммиссія сравниваетъ эти данныя *Арустамова* съ моими, находитъ «нѣкоторыя различія», въ виду которыхъ сомнѣвается,—тѣ-ли микробы описываю я, которыхъ видѣлъ д-ръ *Арустамовъ*. Не говоря уже о томъ, что при тѣхъ общихъ описаніяхъ микробовъ, какія далъ *Арустамовъ* и образцы которыхъ я привелъ,—вообще не можетъ быть и рѣчи о подробныхъ сравненіяхъ и различіяхъ,—Коммиссія указываетъ на такія различія въ данныхъ моихъ и *Арустамова*, которыя безусловно не могутъ считаться даже различіями. Напр., Коммиссія указываетъ, что микробы «бульонъ, по *Арустамову*, быстро мутятъ, не образуя какихъ-бы то ни было пленокъ на поверхности. По *Констансову*—иногда на поверхности бульона тонкая пленка». Извѣстно, что образованіе пленки на поверхности бульона у многихъ бактерій—очень непостоянный признакъ, и зависитъ отъ многихъ условій, напр., давности разводокъ и пр. и даже разныхъ случайныхъ причинъ: пленка можетъ, напр., образоваться, если колба съ бульономъ долго совершенно не трогается, и, съ другой стороны, пленка не образуется, если разъ въ сутки ее брать въ руки для разсматриванія, и тѣмъ бульонъ слегка взбалтывать. Такимъ образомъ, между данными *Арустамова*, заявляющаго, что на поверхности бульона не образуется какихъ-бы то ни было пленокъ, и моими, что—иногда образуется тонкая пленка—нѣтъ никакихъ различій. Но еще интереснѣе то, что въ числѣ признаковъ, на основаніи которыхъ Коммиссія заподозрила—тѣ-ли микробы описывалъ я, которыхъ видѣлъ *Арустамовъ*, Коммиссія указываетъ, что «микробы *Арустамова* отличались сильной вирулентностью для кроликовъ, по *Констансову* вирулентность ихъ была ничтожна». Во 1-хъ, у Коммиссіи не было данныхъ для утвержденія, что микробы *Арустамова* отличались сильной вирулентностью для кроликовъ, ибо, если они у *Арустамова* при впрыскиваніи неизвѣстно какихъ дозъ, какихъ разводокъ и даже куда—«*околѣвали болѣе или менѣе скоро*», то этого еще совершенно недостаточно, чтобы говорить о сильной вирулентности микробовъ и противополагать ее вирулентности тѣхъ микробовъ, которыхъ изслѣдовалъ я, и отъ которыхъ при введеніи ихъ въ кровь кроликамъ въ дозѣ 1,0 к. стм. 1—2-суточной бульонной разводки кролики падали черезъ нѣсколько дней. Во 2-хъ, вирулентность микробовъ, какъ извѣстно, тоже крайне непостоянный признакъ: извѣстно, что достаточно, чтобы микробы въ теченіи нѣсколькихъ недѣль росли на искусственныхъ питательныхъ средахъ, чтобы навѣрное вирулентность ихъ сильно понизилась, а иногда совершенно утратилась; существуетъ цѣлый рядъ извѣстныхъ микро-

[1]) См. его статью «Врачъ». 1891 г., № 19.

[1]) «Врачъ», 1891 г., № 19.

бовъ, вирулентность которыхъ никакимъ образомъ не удается сохранить на питательныхъ средахъ. При такихъ условіяхъ въ приведенныхъ данныхъ *Арустамова* и моихъ больше сходства, чѣмъ различія: если принять во вниманіе, что я и д-ръ *Арустамовъ* неодновременно изслѣдовали вирулентность однихъ и тѣхъ же микробовъ, то будетъ вполнѣ понятно, если она оказалась у насъ нѣсколько различной, было-бы менѣе правдоподобно, если-бы она оказалась совершенно тождественной. Казалось-бы—все это такъ просто и уже такъ прочно установлено.

Такимъ образомъ, Коммиссія не только совершенно не усвоила исходныхъ точекъ зрѣнія и основной мысли работъ д-ра *Арустамова* и моихъ, но и допустила при разборѣ этихъ работъ рядъ ошибокъ.

С. В. Констансовъ.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

R. Heinz, Privat-docent an d. Universität Erlangen. Handbuch der experimentellen Pathologie und Pharmacologie. Erster Band, erste Haelfte. Mit 4 lithogr. Tafeln und 30 Abbildungen im Text nach Zeichnungen. d. Verfassers. In—8 pag. 480, Verlag Gustav Fischer, Jena 1904, 15 Mark.

Въ виду все болѣе укрѣпляющейся связи между патологіей и фармакологіей и въ виду накопленія все большаго количества фактовъ, свидѣтельствующихъ, что значительная часть патологическихъ явленій объусловливается отравленіями и самоотравленіями, нельзя не отнестись съ полнымъ сочувствіемъ къ мысли д-ра *Heinz*'а изложить основы фармакологіи въ соотвѣтствіи съ относящимися сюда данными экспериментальной патологіи. Исходя изъ принциповъ эволюціонизма, авторъ задумалъ широкій планъ изложить накопившіяся въ наукѣ данныя относительно дѣйствія на организмъ лѣкарственныхъ веществъ, съ точки зрѣнія столь плодотворнаго, вообще, сравнительно патологическаго метода изслѣдованія. Будучи хорошимъ морфологомъ и экспериментаторомъ и обнаруживъ уже въ цѣломъ рядѣ работъ надъ кровью, надъ воспаленіемъ, надъ перерожденіями и надъ судьбой металловъ въ организмѣ, какое громадное значеніе для пониманія сущности дѣйствія лѣкарственнаго вещества имѣетъ знаніе патологической морфологіи и умѣніе свести дѣйствіе даннаго вещества къ дѣйствію его на простѣйшіе элементы тканей, *Heinz*'у была вполнѣ подъ силу обработка съ указанной, совершенно новой точки зрѣнія громаднаго фактическаго матеріала современной фармакологіи.

Планъ «Руководства» экспериментальной патологіи и фармакологіи задуманъ очень широко, насколько можно судить по содержанію вышедшей объемистой книги, составляющей лишь первую половину перваго тома. Согласно этому плану, въ содержаніе перваго тома входитъ ученіе о физической химіи клѣтки, ученіе о прижигающемъ, свертывающемъ и обеззараживающемъ дѣйствіи различныхъ веществъ, далѣе идетъ глава о возбудителяхъ воспаленія, патологія и фармакологія крови. Перечисленныя части уже обработаны и составляютъ собственно вышедшую въ свѣтъ *первую* часть перваго тома.

Вторая часть перваго тома, которую авторъ обѣщаетъ выпустить въ непродолжительномъ времени, будетъ обнимать ученіе о дѣйствіи лѣкарственныхъ веществъ на отдѣльныя системы тканей, а именно на кишечную ткань, сердце, кровеносную систему, лимфатическую систему и дыханіе.

Второй томъ будетъ посвященъ фармакологіи центральной нервной системы, периферическихъ нервовъ, пищеваренія, органовъ выдѣленія, лихорадки и обмѣна вещества. Въ заключеніе авторъ обѣщаетъ посвятить спеціальный томъ ученію о микробныхъ ядахъ и противоядіяхъ.

Соотвѣтственно тому, какъ обработана первая часть перваго тома, будутъ обработаны и остальныя части: а именно каждая глава состоитъ изъ трехъ отдѣловъ—общаго, методологическаго и спеціальнаго. Если въ спеціальномъ отдѣлѣ читатель не находитъ ничего новаго, чего бы не было въ существующихъ руководствахъ по фармакологіи, за то въ общемъ отдѣлѣ, а особенно въ отдѣлѣ методологіи, книга *Heinz*'а останавливаетъ на себѣ вниманіе чрезвычайной оригинальностью въ группировкѣ данныхъ фармакологіи, въ связи съ экспериментальной патологіей и широтой сравнительно—патологическаго созерцанія. Наибольшую цѣнность представляетъ при этомъ отдѣлѣ методологіи (набранъ петитомъ), такъ какъ здѣсь авторъ даетъ подробнѣйшее описаніе всѣхъ существующихъ методовъ изслѣдованія и постановки опытовъ для изученія дѣйствій химическихъ и лѣкарственныхъ веществъ на изолированные клѣточные элементы, на ткани и на органы. Такъ, напр. въ главѣ о физической химіи клѣтки, занимающей 116 страницъ убористой печати, отдѣлъ методологіи содержитъ подробнѣйшее описаніе способовъ изученія плазмолиза, и осмотическаго давленія животныхъ жидкостей, стойкость красныхъ кровяныхъ шариковъ съ ученіемъ о гематокритѣ, способа кріоскопическаго изслѣдованія животныхъ жидкостей, способа изученія электрической проводимости тканей и проч. Въ соотвѣтственномъ спеціальномъ отдѣлѣ этой главы читатель найдетъ огромный фактическій матеріалъ по основанному на явленіяхъ осмоза дѣйствію лѣкарственныхъ веществъ на отдѣльныя клѣтки и ткани (вліяніе растворовъ солей, вліяніе наркотическихъ средствъ, вліяніе іоновъ металловъ и проч.). Въ главѣ о прижигающемъ, свертывающемъ и обеззараживающемъ дѣйствіи химическихъ и лѣкарственныхъ веществъ, изложена подробная методика изученія обеззараживающаго дѣйствія, вообще, растворовъ на протоплазму, а въ соотвѣтственномъ спеціальномъ отдѣлѣ этой главы подробно описано дѣйствіе каждаго изъ многочисленныхъ обеззараживающихъ веществъ. Еще болѣе обстоятельно изложена методологія изученія воспалительнаго процесса подъ вліяніемъ различныхъ химическихъ раздражителей и методологія изученія кровяной ткани, въ нормальномъ и патологическомъ состояніи.

Въ концѣ каждой главы находится литература вопроса; въ текстѣ и въ концѣ книги приложены прекрасные схемы и рисунки, поясняющіе изложеніе.

Если автору удастся выполнить начертанный имъ планъ обработки всего существующаго огромнаго матеріала современнаго ученія о дѣйствіи лѣкарственныхъ веществъ на организмъ, въ такомъ видѣ, какъ это сдѣлано имъ по отношенію къ выпущенной первой части перваго тома, въ такомъ случаѣ ему будетъ принадлежать честь преобразованія фармакологіи въ смыслѣ установленія раціональныхъ, такъ сказать, физіологическихъ основаній для группировки лѣкарственныхъ веществъ и для пониманія физико-химической сущности ихъ дѣйствія.

В. Подвысоцкій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

LXXXVIII. М. Г.! Не откажитесь предать гласности нижеслѣдующій фактъ: 14 іюня с. г. во время пріема больныхъ въ амбуляторіи Вятскаго лазарета Краснаго Креста (въ Срѣтенскѣ) дежурнымъ врачемъ *А. Л. Маркевичемъ*, въ амбуляторію явился старшій врачъ *И. Ф. Іорданскій* и въ рѣзкой формѣ потребовалъ прекращенія пріема, въ виду окончанія назначенныхъ для того часовъ. Не смотря на просьбы какъ дежурнаго врача, такъ и остававшихся больныхъ, среди которыхъ были пріѣхавшіе за 30 верстъ и ожидавшіе очереди съ 8 ч. утра, а также женщины съ маленькими дѣтьми,—г. *Іорданскій* всё-таки не позволилъ окончить пріема и удалилъ больныхъ.

Дѣятельность же амбуляторіи лазарета для жителей Срѣтенска и его окрестностей, гдѣ медицинская помощь развита слабо, является не только желательной, но и безусловно необходимой, тѣмъ болѣе, что ущерба прямымъ задачамъ лазарета Краснаго Креста амбуляторія эта никакого не приноситъ. Пріемы ведутся поочередно всѣми дежурными врачами (за исключеніемъ г. *Іорданскаго*, который не дежуритъ) послѣ утренней визитаціи, т. е. въ совершенно свободное время. Необходимость же амбуляторіи доказывается тѣмъ, что число обращающихся за помощью быстро возрастаетъ. Подобный видъ помощи долженъ быть признанъ отвѣчающимъ задачамъ Краснаго Креста, дѣятельность котораго далеко не ограничивается лишь лѣченіемъ раненныхъ. И кромѣ того нужно отмѣтить, что главный контингентъ амбуляторныхъ больныхъ Вятскаго лазарета составляютъ семейства казаковъ, отправленныхъ въ дѣйствующую армію. Всѣ эти соображенія такъ же, какъ и обязательное для каждаго врача хотя бы элементарное чувство гуманности, по видимому, совершенно чужды г. *Іорданскому*.

Глубоко возмущенные какъ безсердечнымъ отношеніемъ г. *Іорданскаго* къ больнымъ, такъ и къ работѣ ведущихъ амбуляторію врачей лазарета, мы считаемъ своимъ нравственнымъ долгомъ путемъ печати протестовать противъ указаннаго образа дѣйствій г. *Іорданскаго*.

Врачи: *В. Бекенскій, С. Ложкинъ, А. Маркевичъ, В. Одинцовъ.*

Срѣтенскъ. 3 іюля 1904 г.

LXXXIX. М. Г.! Борисоглѣбское медицинское Общество проситъ Васъ напечатать въ «Русскомъ Врачѣ» слѣдующее свое постановленіе:

Борисоглѣбское медицинское Общество выражаетъ чувство глубокаго негодованія по поводу совершеннаго надъ д-ромъ *Забусовымъ* грубаго насилія, которое имѣетъ тѣмъ бо́льшее значеніе, что *Забусовъ* былъ приглашенъ подъ видомъ поданія врачебной помощи.

Предсѣдатель *Н. Н. Масловскій.*

18 іюля 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1526. *Директоромъ* вновь учрежденнаго *департамента народнаго просвѣщенія* назначается ректоръ Московскаго Университета, *профессоръ* зоологіи *А. А. Тихоміровъ*.

1527. На *каѳедру дѣтскихъ болѣзней* въ Одессѣ назначается ч. пр. В.-Медицинской Академіи *В. Ф. Якубовичъ*.—На *каѳедру госпитальной терапевтической клиники* въ Одессѣ назначается ч. пр. Университета св. Владиміра *Ѳ. Г. Яновскій*.

1528. Главный врачебный инспекторъ обратился съ просьбой къ начальникамъ губерній *предложить городовымъ и вольнопрактикующимъ врачамъ*, а также и помощникамъ губернскихъ врачебныхъ инспекторовъ, не пожелаютъ-ли они, въ случаѣ надобности, отправиться временно въ командировку для *принятія участія въ борьбѣ съ заразными болѣзнями*. Командированнымъ врачамъ будутъ выданы, кромѣ подъемныхъ денегъ по положенію, суточные по 200 р. въ мѣсяцъ, при чемъ, за лицами, состоящими на государственной службѣ, занимаемыя ими должности будутъ сохранены («Новости», 24 іюля).

1529. Въ числѣ капиталовъ, завѣщанныхъ Академіи Наукъ для выдачи изъ %% премій находится *капиталъ А. Я. фонъ-Гюббенета* въ 5000 р. для выдачи изъ %%, съ него *преміи въ память профессора хирургіи Х. Л. фонъ-Гюббенета за лучшее сочиненіе* или приспособленіе *для облегченія страданій раненыхъ на полѣ битвы*. Такъ какъ при составленіи положенія о преміяхъ въ физико-математическомъ отдѣленіи Академіи Наукъ выяснилось, что назначеніе премій представило-бы для Академіи Наукъ значительныя затрудненія и неудобства въ виду того, что она не имѣетъ и по уставу своему даже не можетъ имѣть въ своей средѣ представителей наукъ медицинскихъ, то Академія Наукъ рѣшила ходатайствовать, черезъ Комитетъ министровъ, о передачѣ пожертвованнаго капитала, согласно съ желаніемъ вдовы и душеприказчицы покойнаго жертвователя, г-жи М. Б. фонъ-Гюббенетъ, въ В.-Медицинскую Академію. Согласіе военнаго министра на исходатайствованіе установленнаго разрѣшенія на измѣненіе духовнаго завѣщанія въ смыслѣ передачи капитала изъ Академіи Наукъ въ В.-Медицинскую Академію уже послѣдовало.

1530. 7 іюня въ с. Ветошкинѣ, Сергачскаго уѣзда, *очень тепло чествовали* 25-лѣтіе врачебной дѣятельности въ упомянутомъ селѣ д-ра *Э. П. Ассендельфта* («Нижегородскій Листокъ», 13 іюля).

1531. *Въ годовомъ общемъ Собраніи членовъ Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи постановлено*, въ виду увеличенія расходовъ Общества, благодаря изданію «Вѣстника», установить *членскій взносъ* въ размѣрѣ 5 руб. въ годъ («Вѣстникъ Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи», вып. IX и X).

1532. Въ дѣлѣ съ японцами 18 іюля на Янзелинскомъ перевалѣ, по свѣдѣніямъ, опубликованнымъ Главнымъ Штабомъ, въ числѣ *оставшихся на полѣ сраженія* значится *врачъ* 33-го пѣхотнаго Елецкаго полка *С. А. Поповичъ*.

1533. Членъ Петербургской городской Управы д-ръ *В. С. Петровъ* назначенъ въ качествѣ *представителя городской Думы* въ одинъ изъ санитарныхъ отрядовъ, отправляющихся на Дальній Востокъ («Русь», 28 іюля).

1534. Въ виду *крайняго переутомленія персонала* летучихъ отрядовъ, главноуполномоченный Краснаго Креста проситъ Главное Управленіе о *командированіи* въ его распоряженіе *10 врачей-хирурговъ* для замѣны переутомившихся.

1535. По свѣдѣніямъ, полученнымъ въ Главномъ Управленіи Краснаго Креста до 22 іюля, *въ караванахъ плавучихъ лазаретовъ эвакуировано 1368 больныхъ и раненыхъ воиновъ*; на баржахъ въ Харбинѣ находится, кромѣ того, 560 человѣкъ раненыхъ и больныхъ.

1536. На средства Вел. Кн. Михаила Михаиловича въ *Каннѣ* на югѣ Франціи, устраивается *больница для 25 раненыхъ офицеровъ* въ виллѣ, предоставленной безвозмездно К. С. Сильванскимъ. Больница будетъ открыта 15 сентября.

1537. А. А. Араповъ обратился въ Исполнительную Коммиссію съ предложеніемъ предоставить *для больныхъ и раненыхъ воиновъ помѣщеніе на 80 мѣстъ* въ своемъ домѣ *въ Пензѣ* («Правительственный Вѣстникъ», 25 іюля).

1538. Въ виду случаевъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній среди офицеровъ и нижнихъ чиновъ дѣйствующей арміи, исполнительная Коммиссія Краснаго Креста предполагаетъ устроить для этого рода больныхъ *центральный лазаретъ въ Харбинѣ и 2 эвакуаціонныхъ лазарета въ Читѣ и Иркутскѣ* («Русь», 22 іюля).

1539. Министерство внутреннихъ дѣлъ, по соглашенію съ военнымъ министерствомъ, *отклонило ходатайство* III одонтологическаго Съѣзда о *дозволеніи зубнымъ врачамъ отбывать воинскую повинность*, по ихъ спеціальности, на правахъ военныхъ врачей.

1540. Къ началу 1904 г. *библіотека В.-Медицинской Академіи* содержала 112400 названій разныхъ сочиненій въ 150790 томахъ, цѣнностью на 322142 р.

1541. Одинъ изъ старѣйшихъ думскихъ врачей Петербурга, д-ръ *С. Л. Тривусъ* проситъ насъ *исправить допущенныя ж.-врачемъ М. Я. Безбокой* въ № 27 «Русскаго Врача» *ошибки* въ статьѣ *о думскихъ врачахъ*. Число думскихъ врачей не 13, какъ пишетъ г-жа *Безбокая*, а 34; кромѣ того, сверхъ 2-хъ р. за каждое ночное дежурство, дежурный ночной врачъ получаетъ по 75 к. за каждый визитъ, а думскій врачъ за каждое посѣщеніе больного на дому получаетъ съ января нынѣшняго года не 30 к., а по 50 к. Наконецъ по отношенію къ обнаруженному заразному заболѣванію думскій врачъ, предварительно увѣдомленія санитарнаго врача, заявляетъ самому больному, окружающимъ его и дворнику о заразительности даннаго случая, разъясняетъ опасность, угрожающую окружающимъ, излагаетъ о мѣрахъ для предотвращенія опасности зараженія, уговариваетъ больного отправиться въ больницу, если то необходимо, самъ требуетъ санитарную карету (въ 1902 г. было такихъ выѣздовъ кареты болѣе 2000) и только послѣ всего этого посылаетъ 2 извѣщенія—санитарному врачу и въ санитарное бюро.

1542. На островѣ Наргенѣ, возлѣ Ревеля, устраивается *пріютъ для сестеръ милосердія*, потерявшихъ здоровье на войнѣ или въ мирное время («Новости», 20 іюля).

1543. Петербургская санитарная Коммиссія возбудила *ходатайство* передъ Думой о *постановкѣ* во многихъ общественныхъ мѣстахъ, гдѣ скопляется народъ, *аппаратовъ для приготовленія обезпложенной питьевой воды*. Остается только пожелать, чтобы ходатайство это было скорѣе удовлетворено.

1544. Петербургская городская санитарная Коммиссія, по словамъ «Новаго Времени» (23 іюля), циркулярно обратилась ко всѣмъ столичнымъ мировымъ судьямъ съ просьбою обращать особенное вниманіе при разсмотрѣніи дѣлъ привлекаемыхъ за *недобросовѣстную продажу жизненныхъ продуктовъ* на предшествовавшую подсудность ихъ за продажу недоброкачественныхъ продуктовъ. Эта просьба вызвана тѣмъ обстоятельствомъ, что у извѣстныхъ торговцевъ изъ года въ годъ находятся недоброкачественные продукты, виновные привлекаются къ суду и тѣмъ не менѣе продолжаютъ по прежнему продавать эти продукты: имъ выгоднѣе заплатить небольшой штрафъ, къ которому приговариваютъ ихъ мировые судьи, чѣмъ прекратить торговлю недоброкачественнымъ товаромъ.—Несомнѣнно, что для борьбы съ поддѣлкой пищевыхъ продуктовъ и съ продажей недоброкачественныхъ продуктовъ нѣтъ другого средства, какъ усиленіе наказуемости виновныхъ.

1545. Въ соединенномъ засѣданіи представителей санитарныхъ попечительствъ Одессы, санитарный врачъ *М. А. Богомолецъ* сдѣлалъ докладъ о *санитарномъ состояніи производствъ обрабатывающихъ животные продукты* въ части города, извѣстной подъ названіемъ Пересыпи. Для понятія о томъ, насколько загрязняется вода и почва отъ одного только *кожевеннаго производства*, могутъ служить слѣдующія данныя. По сдѣланному докладчикомъ разсчету, совпадающему съ данными прежняго санитарнаго врача на Пересыпи д-ра *Ѳ. И. Мартемьянова*, всѣ 10 кожевенныхъ заводовъ въ теченіи года даютъ *болѣе 16000000 ведеръ грязныхъ, богатыхъ органическими веществами, сточныхъ водъ*. Изъ нихъ 13000000 сплавляются въ море, 3000000 поглощаются почвой. Но и изъ этихъ 13000000, вслѣдствіе плохой системы сплава, значительная (трудно впрочемъ учитываемая) доля попадаетъ въ почву. Сточныя воды, съ одной стороны, загрязняютъ все Пересыпское побережье, съ другой—дѣлаютъ морское купанье въ этой мѣстности совершенно невозможнымъ.

1546. *Санаторія Халила* въ Финляндіи, какъ видно изъ «Отчета за 1903 годъ», вступила въ 11-й годъ существованія. Въ настоящее время Халила, помимо своего врачебнаго значенія, пріобрѣла еще и значеніе научно-образовательное, а именно Халила стала доступною для оканчивающихъ студентовъ В.-Медицинской Академіи, которые совершаютъ групповыя поѣздки въ санаторію для ознакомленія на мѣстѣ съ ея устройствомъ. Санаторія состоитъ изъ 3-хъ отдѣленій: Николаевскаго, Александровскаго и Маріинскаго. Первымъ по времени возникло зданіе Александровскаго отдѣленія въ 1891 году. Это зданіе предназначено для женщинъ и заключаетъ въ себѣ 34 комнаты, разсчитанныя на помѣщеніе 32 больныхъ. Маріинское отдѣленіе учреждено въ 1893 году и назначено для воспитанницъ женскихъ институтовъ. Третье, Николаевское отдѣленіе начато постройкой въ августѣ 1895 г. и является самымъ большимъ изъ отдѣленій. Оно предназначено для мужчинъ, преимущественно военнаго сословія. Во всѣхъ 3-хъ отдѣленіяхъ въ отчетномъ году лѣчилось 176 больныхъ. Въ санаторію принимаются больные платные и безплатные. Въ отношеніи содержанія всѣ безъ исключенія больные уравнены между собою и въ уходѣ между платными и безплатными никакой разницы не дѣлается. Больные безнадежные не принимаются вовсе. Санаторія расположена на одномъ изъ возвышенныхъ плато Финляндіи, на высотѣ 60 метровъ надъ уровнемъ моря, въ очень живописной и весьма удачной въ климатическомъ отношеніи мѣстности. Жилыя зданія разбросаны въ густомъ хвойномъ паркѣ. Со всѣхъ прочихъ сторонъ санаторія защищена отъ вѣтровъ возвышенностями и лѣсами. Благодаря этому, а также сравнительной близости моря, годовая средняя температура Халилы никогда не падаетъ ниже 4°. Всѣ зданія снабжены широкими, отчасти открытыми, а отчасти защищенными стеклами верандами. Въ холодное время года больные, проводящіе время на верандѣ, снабжаются мѣховыми мѣшками для укутыванія ногъ. Для обеззараживанія вещей и бѣлья существуетъ спеціальная обеззараживающая камера. Каждый поправившійся больной, покидающій санаторію, получаетъ книжку съ наставленіями, какъ сохранять свое здоровье внѣ стѣнъ санаторіи.

1547. Государственный Совѣтъ разрѣшилъ расходовать по 10000 р. въ годъ въ теченіи 3-лѣтія 1903—1905 на *устройство психіатрической лѣчебницы въ г. Читѣ* Приамурской области («Правительственный Вѣстникъ», 27 іюля).

1548. Коммиссія о мѣрахъ предупрежденія и борьбы съ чумною заразою постановила: *закрыть нашу сухопутную границу Закаспійской области съ Персіей*, съ тѣмъ, чтобы пропускъ людей и товаровъ производился черезъ врачебно-наблюдательные пункты въ Чатлахъ, Кохнекесирѣ, Артыкѣ, Хивеабадѣ, Чаачѣ, Серахсѣ, и открыть на границѣ области съ Авганистаномъ врачебно-наблюдательный пунктъ въ Кульджѣ.

1549. По свѣдѣніямъ, полученнымъ въ Петербургѣ изъ *Тегерана* въ Персіи видно, что до 13 іюля среди русской колоніи не было *заболѣванія холерой* благодаря санитарнымъ мѣрамъ, принятымъ съ самаго начала эпидеміи. Съ начала эпидеміи до среднихъ чиселъ іюля умерло около 14000 человѣкъ, при чемъ были дни, когда смертность доходила свыше 1000 человѣкъ, средняя-же смертность держалась около 300—500 человѣкъ въ день. Случаевъ выздоровленія въ началѣ эпидеміи почти не было.

1550. По собраннымъ санитарнымъ надзоромъ г. Петербурга свѣдѣніямъ число *заболѣваній рабочихъ отъ свинцоваго отравленія значительно возросло*. Заболѣванія эти встрѣчаются главнымъ образомъ на гончарныхъ, фарфоровыхъ, стеклянныхъ, фаянсовыхъ, литейныхъ и свинцовыхъ заводахъ, на фабрикахъ для производства лаковъ и красокъ, клеенки, въ словолитняхъ, типографіяхъ и мастерскихъ, гдѣ рабочимъ приходится имѣть дѣло со свинцомъ и его соединеніями. Санитарная Коммиссія выработала рядъ предохранительныхъ мѣръ противъ такого отравленія; къ мѣрамъ этимъ относятся: провѣтриваніе помѣщеній, гдѣ производятся работы, и немедленное удаленіе свинцовыхъ отбросовъ и свинцовой пыли; воспрещеніе принимать пищу и напитки въ рабочихъ помѣщеніяхъ; переодѣваніе рабочихъ на время производства работъ въ другое платье и обязательное обмываніе лица и рукъ горячей водою съ мыломъ, по окончаніи работъ на заводахъ и фабрикахъ.

1551. По словамъ «Оренбургской Газеты» (11 іюля), организованное въ прошломъ году въ Оренбургѣ хорошее дѣло безплатной раздачи бѣднѣйшимъ дѣтямъ пастеризованнаго молока *за неимѣніемъ средствъ прекратилось*.

1552. Близь станціи Волосово, Балтійской желѣзной дороги, 18-го іюля состоялось освященіе *дачи-убѣжища*, сооруженной товариществомъ Россійско-американской резиновой мануфактуры для переутомившихся, слабосильныхъ и выздоравливающихъ рабочихъ («Биржевыя Вѣдомости», 20 іюля).

1553. По словамъ «Руси» (23 іюля), въ Петербургскихъ городскихъ начальныхъ училищахъ съ предстоящаго учебнаго года будетъ введена слѣдующая санитарная мѣра. Приходящимъ въ школу въ ненастную погоду ученикамъ *за счетъ города будутъ выдаваться туфли*, а ихъ собственная обувь будетъ подвергаться просушкѣ. Огромное число учащихся живетъ отъ школы въ разстояніи 2-хъ и болѣе верстъ и, естественно, часто простужается при возвращеніи изъ школы, тѣмъ болѣе, что какъ обувь, такъ и платье являются крайне неудовлетворительными.

1554. Въ Пятигорскомъ свѣтолѣчебномъ кабинетѣ вводится *примѣненіе Röntgen'овскихъ лучей для цѣлей лѣченія* («Новое Обозрѣніе», 15 іюля).

1555. «Биржевыя Вѣдомости» (22 іюля) передаютъ, что возбужденъ вопросъ объ учрежденіи въ Петербургѣ, *городской безплатной глазной лѣчебницы* и объ увеличеніи количества глазныхъ отдѣленій въ городскихъ больницахъ.

1556. 6 іюля въ Виленскомъ военно-окружномъ судѣ разбиралось дѣло о злоупотребленіяхъ въ Рижскомъ военномъ госпиталѣ. Главный врачъ госпиталя *А. И. Акуловъ признанъ виновнымъ въ превышеніи власти при смягчающихъ обстоятельствахъ и приговоренъ къ аресту на военной гауптвахтѣ на 1 мѣсяцъ* («Нижегородскій Листокъ», 8 іюля).

1557. Городская санитарная Коммиссія представила на обсужденіе Петербургской думы *проэктъ обязательнаго постановленія по устройству и содержанію заведеній, приготовляющихъ варенье*. Согласно проэкту этому, всѣ работы по очисткѣ и варкѣ ягодъ должны совершаться подъ наблюденіемъ городскихъ врачей, наблюдающихъ, чтобы работающіе не страдали заразными болѣзнями, а также въ помѣщеніяхъ, защищенныхъ отъ пыли, въ чистыхъ передникахъ, съ хорошо вымытыми руками. Воспрещается употребленіе мѣдной посуды для храненія ягодъ и употребленіе мѣдныхъ или свинцовыхъ машинокъ для чистки. Не дозволяется ночлегъ въ мастерскихъ. Каждая мастерская должна имѣть водопроводъ. Помѣщеніе должно быть свѣтлое и просторное («Русь», 23 іюля).

1558. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (22 іюля), въ Петербургской санитарной Коммиссіи возникъ вопросъ, достаточно-ли обеззараживаніе квартиръ формалиномъ въ случаяхъ заболѣванія натуральною оспою. Совѣщаніе санитарныхъ врачей, на обсужденіе котораго былъ переданъ этотъ вопросъ, нашло, что выборъ того или иного способа обеззараживанія долженъ быть предоставленъ усмотрѣнію санитарнаго врача, но въ виду нѣкоторыхъ особенностей, присущихъ оспѣ, Совѣщаніе нашло болѣе желательнымъ производить *обеззараживаніе сочетаннымъ способомъ—сулемою и формалиномъ*.

1559. Въ «Трудахъ IV губ. Съѣзда земскихъ врачей Ярославской губ.» (книга III) о винной монополіи имѣется докладъ д-ра *М. Ф. Бировика*, который такъ характеризуетъ монополію: «Хорошая сторона въ монополіи—это ограниченіе времени торговли, ворованнаго не возьмутъ, вино продается безъ всякой примѣси; бѣда только въ уличномъ пьянствѣ со всѣми его безобразіями, которое совершается исключительно пріѣзжими изъ деревень крестьянами. Поэтому дайте имъ мѣсто для правильнаго и неторопливаго распитія вина вмѣстѣ съ чаемъ, закуской, и безобразіе исчезнетъ навсегда. Кромѣ того, слѣдовало-бы понизить крѣпость вина и изъять изъ продажи «мерзавчиковъ». Послѣдняя мѣра ограничитъ пьянство среди мастеровыхъ, рабочихъ, прислуги и бродячихъ нищихъ. Справедливо было-бы отъ питейныхъ избытковъ удѣлять на лѣченіе искалѣченныхъ по милости вина, на поддержку осиротѣлыхъ, да и не позабыть и народную школу».

1560. Въ засѣданіи Меленковскаго уѣзднаго врачебнаго Совѣта недавно обсуждался вопросъ *о составленіи сборника существующихъ постановленій и узаконеній касательно врачебной службы*. Въ виду того, что земскому врачу нерѣдко въ своей дѣятельности приходится встрѣчаться съ разными вопросами, правильное пониманіе которыхъ связано съ знаніемъ существующихъ правительственныхъ узаконеній по врачебной части и постановленій земскихъ собраній, врачебный Совѣтъ счелъ нужнымъ, въ цѣляхъ руководства, собрать и кодифицировать всѣ постановленія земскихъ собраній за предшествующіе годы и въ этихъ цѣляхъ постановлено: просить врача *И. С. Камнева* составить означенный сборникъ («Вѣстникъ Владимирскаго Губернскаго Земства», № 10).

1561. Приводимъ изъ работы д-ра *А. Антаева* нѣкоторыя данныя *о движеніи больныхъ сифилисомъ въ Симбирской губ.* за послѣдніе 4 года («Врачебно-санитарный листокъ Симбирской губ.», № 11—12). Число записанныхъ во всей губерніи сифилитиковъ замѣтно увеличилось за послѣдніе 2 года по сравненію съ предшествовавшими годами, но этотъ приростъ сифилитиковъ параллельно шелъ съ приростомъ общаго числа записанныхъ въ губерніи больныхъ, такъ что относительныя числа больныхъ сифилисомъ не только не увеличивались по годамъ, но даже постепенно уменьшались. При сравненіи относительныхъ чиселъ заразныхъ формъ сифилиса среди записанныхъ врачами сифилитиковъ невольно бросается въ глаза большая разница въ цифрахъ для отдѣльныхъ уѣздовъ: въ уѣздахъ съ большою обращаемостью къ врачебной помощи сифилитиковъ (Сызранскій, Сенгилеевскій и Карсунскій уѣзды) заразныя формы сифилиса составляютъ почти 50% всего числа сифилитиковъ, въ тѣхъ-же уѣздахъ, гдѣ больные сифилисомъ сравнительно мало обращаются къ врачамъ (Курмышинскій, Алатырскій и Буинскій уѣзды), преобладаютъ главнымъ образомъ, третичныя формы,—больные съ заразными формами сифилиса составляютъ въ среднемъ только 31%.

1562. «Przegląd Tygodniowy» (30 іюля) передаетъ, что Краковское Общество врачей одобрило вывѣшиваніе во врачебныхъ кабинетахъ объявленія, гласящаго, что *гонораръ должно вручать врачамъ явно, а не тайкомъ* при уходѣ, такъ какъ плата имъ причитается по заслугамъ за совѣтъ.—Нельзя не присоединиться къ этому рѣшенію и не пожелать, чтобы и у насъ скорѣе прекратилась обидная для дѣятельности врача привычка тайнаго врученія гонорара.

1563. *1-й Международный Конгрессъ по гигіенѣ жилищъ* созывается въ Парижѣ, съ 15-го по 20-е октября н. с., обществомъ «Société Française d'hygiène». Работы Съѣда распредѣлены на 6 отдѣловъ: городскія жилища, сельскія жилища, жилища рабочихъ, гостинницы и меблированныя комнаты, школьныя жилища и плавучія жилища (пароходы, военныя суда и т. п.); членскій взносъ установленъ въ 20 франковъ; срокъ для записи въ члены установленъ 1-го сентября.

1564. Съ конца прошлаго года *Парижъ* обогатился однимъ чрезвычайно полезнымъ для врачей, литераторовъ и ученыхъ всѣхъ категорій учрежденіемъ, которое возникло по мысли генеральнаго секретаря международной ассоціаціи медицинской печати, д-ра *Blondel*'я. Это—*центральное справочное бюро* по выдачѣ всевозможныхъ справокъ и свѣдѣній относительно больницъ, библіотекъ, лабораторій, музеевъ, научныхъ изданій, общественныхъ учрежденій и пр. Бюро находится подъ покровительствомъ ректора Парижскаго университета и помѣщается въ спеціально отведенномъ для этого помѣщеніи, въ новомъ зданіи Сорбонны; завѣдываніе этимъ бюро взялъ на себя безвозмездно д-ръ *Blondel*. Расходы по содержанію бюро (3000 фр. ежегодно) взяло на себя городское управленіе Парижа. Бюро открыто отъ 10 до 12 и отъ 1 до 4 час.

1565. *Умерли:* 1) 20 іюля въ Пятигорскѣ заслуженный ординарный профессоръ Московскаго Университета *Викторъ Степановичъ Богословскій*, родившійся въ 1841 г., а званіе врача получившій въ 1865 г. Покойный окончилъ курсъ на медицинскомъ факультетѣ Московскаго Университета и въ 1868 г. былъ удостоенъ степени доктора медицины. Съ 1865 г. по 1868 г. *В. С.* состоялъ сверхштатнымъ ординаторомъ при терапевтической госпитальной клиникѣ; въ 1872 г. утвержденъ въ званіи доцента Московскаго Университета для преподаванія ученія о минеральныхъ водахъ и токсикологіи; въ 1884 г. утвержденъ въ званіи экстраординарнаго профессора по каѳедрѣ фармакологіи съ рецептурой. Въ 1898 г. онъ былъ назначенъ ординарнымъ профессоромъ по каѳедрѣ фармакологіи. Покойный много занимался вопросомъ о Кавказскихъ минеральныхъ водахъ, написалъ сочиненіе о нихъ и въ теченіи многихъ лѣтъ занимался лѣтомъ врачебною практикой въ Ессентукахъ. Похороны покойнаго состоялись въ Пятигорскѣ («Русскія Вѣдомости», 22 іюля).—2) 23 іюля въ Одессѣ *Фердинандъ Августовичъ Гребнеръ*, родившійся въ 1854 г., а званіе врача получившій въ 1881 г. («Одесскія Новости», 24 іюля).

Съ 1-го августа рукописи, направляемыя въ Петербургъ, просятъ вновь адрессовать на имя *С. В. Владиславлева* (Ивановская, д. 2, кв. 4).

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Французскіе.

Annales de l'Institut Pasteur. Апрѣль. № 4.

1. **Charles Nicolle.** *Suite d'expériences relatives au phénomène de l'agglutination des microbes.* Измѣненія агглютинирующихъ свойствъ сыворотки подъ вліяніемъ различныхъ условій. 2. **Remlinger et Mustapha Effendi.** *Deux cas de guérison de la rage expérimentale chez le chien.* По наблюденіямъ автора, бѣшеная собака можетъ сообщить укусомъ смертельное заболѣваніе и сама—выжить. 3. **P. Mazé et P. Pacottet.** *Recherches sur les ferments des maladies des vins.* Бактеріологическое изслѣдованіе испорченнаго вина. 4. **E. Bodin et E. Castex.** *Appareil pour l'agitation continue des cultures.* Описаніе и рисунокъ прибора для непрерывнаго взбалтыванія разводокъ. 5. **Triollet.** *Dispositif pour stériliser le catgut à l'autoclave.* Описаніе и рисунокъ. 6. **E. Duclaux.** *Études d'hydrographie souterraine.* (Окончаніе).

Май. № 5.

1. **P. Mazé.** *Recherches sur le mode d'utilisation du carbone ternaire par les végétaux et les microbes.* Бактеріологическіе опыты къ вопросу о способѣ усвоенія углерода микробами. 2. **Н. Чистовичъ.** *Contribution à l'étude de la pathogénie de la crise dans la pneumonie fibrineuse.* Кризисъ при пнеймоніи не можетъ быть объясненъ усиленіемъ бактеріиубивающихъ свойствъ соковъ организма, такъ какъ возможно даже послѣ кризиса добыть изъ легкаго больного уколомъ вполнѣ вирулентныхъ живыхъ диплококковъ. 3. **M. Weinberg.** *Un cas d'appendicite chez le chimpanzé.* Описаніе случая съ гистологическимъ изслѣдованіемъ препарата. 4. **Jules Bordet.** *Une méthode de culture des microbes anaérobies.* Способъ основанъ на примѣненіи пирогалловой кислоты.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Іюнь. Т. I.

1. **P. Brouardel et E. Mosny.** *Plan d'un traité d'hygiène.* Подробный планъ руководства по гигіэнѣ. 2. **N. Stoenesco.** *Empoisonnement par le phosphore. Nouveaux moyens de rechercher le phosphore.* Новые способы обнаруженія фосфора при отравленіяхъ. 3. **Dubrandy.** *L'assainissement urbain sur le littoral méditerranéen.* Удаленіе нечистотъ.

Annales des maladies des organes génito-urinaires. Май. № 9.

1. **C. Dambrin et E. Papin.** *Des ruptures intrapéritonéales de la vessie sans fractures du bassin, dans les contusions abdominales.* Подбрюшинные разрывы мочевого пузыря при ушибахъ въ животъ (Не окончена). 2. **G. Gayet et P. Cavaillon.** *Étude expérimentale et clinique de l'exclusion rénale.* Опыты на кроликахъ. Выведеніе мочеточника изъ брюшной полости. (Не окончена). 3. **F. Cathelin et M. Villaret.** *Un cas rare de calcule vésico-prostatique.* Критическій очеркъ вопроса. 4. **Benoit.** *Blennorhée à gonocoques. Rétrécissement de l'urèthre. Prostatite infectieuse—bacille. (Guérison).* Описаніе случая. 5. **Wasserthal.** *Un nouvel aero-uréthroscope.* Описаніе прибора для раздуванія мочеиспускательнаго канала воздухомъ.

№ 10.

1. **C. Dambrin et E. Papin.** *Des ruptures intrapéritonéales de la vessie sans fractures du bassin, dans les contusions abdominales* (Продолженіе). 2. **G. Gayet et P. Cavaillon.** *Étude expérimentale et clinique de l'exclusion rénale.* (Продолженіе). 3. **E. Legrain.** *Traitement rapide du bubon suppuré par l'incision, l'expression, et la suture immédiate.* Описаніе способа. 4. **O. Guelliot.** *Étude de chirurgie.* Рецензія.

Іюнь. № 11.

1. **C. Dambrin et E. Papin.** *Des ruptures intrapéritonéales de la vessie sans fractures du bassin, dans les contusions abdominales.* (Окончаніе). 2. **G. Gayet et P. Cavaillon.** *Étude expérimentale et clinique de l'exclusion rénale.* (Окончаніе). 3. **Rochet et Ruotte.** *Taille hypogastrique modifiée pour arriver à voir aisément les orifices urétéraux dans la vessie ouverte.* Описаніе способа и рисунокъ. 4. **Joseph Ruggi.** *Contribution à la pathogénie et au traitement de la neurasthénie observée en certains cas de néphroptose.* Краткая замѣтка.

№ 12.

1. **Alf. Pousson.** *Cure radicale du cancer de la prostate.* Клиническая лекція. 2. **E. Pillet.** *Déférentite tuberculeuse fistulisée d'origine prostatique.* Признаки и лѣченіе воспаленія выводныхъ протоковъ сѣмянной железы. 3. **Cathelin.** *Note à propos de douze cas de division endo-vésicale des urines des deux reins.* Отчетъ о 12 случаяхъ раздѣльнаго изслѣдованія мочи изъ каждой почки больного. 4. **C. Engelbreth.** *Traitement abortif de la gonorrhée.* Лѣченіе гонорреи азотнокислымъ серебромъ.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. Май. № 141.

1. **A. Béclère.** *Le dosage et sa représentation graphique en radiothérapie.* Къ вопросу о лѣченіи рентгеновскими лучами. 2. **Stephane Leduc.** *Les énergies nouvelles dans leurs rapports avec la médecine; les rayons cathodiques.* Критическая замѣтка. 3. **H. Marquès.** *Electrothérapie-radiographie-photographie.* Статистическій очеркъ.

№ 142.

1. **E. S. London.** *Études sur la valeur physiologique et pathologique de l'emanation du radium.* О дѣйствіи эманаціи радія на организмъ животныхъ. 2. **H. Guilleminot.** *Etat actuel de la question des rayons N.* Критическій обзоръ. 3. **Stéphane Leduc.** *Action du courant continu sur les toxines et les antitoxines.* Краткая замѣтка. 4. **J. Bergonier.** *Sur un nouvel interrupteur à mercure.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Іюнь. № 143.

1. **Stéphane Leduc.** *Traitement des névralgies par l'ion salicylique.* Случай лѣченія нейральгіи іонами салициловой кислоты. 2. **H. Guilleminot.** *État actuel de la question des rayons N.* (Продолженіе). 3. **André Broca et A. Zimmern.** *Etude de la moelle épinière au moyen des rayons N.* Авторы указываютъ на возможность распознавательнаго изслѣдованія отправленій спинного мозга съ помощью N-лучей. 4. **Jean Becquerel et André Broca.** *Modifications de la radiation des centres nerveux sous l'action des anesthésiques.* Прекращеніе радіаціи нервныхъ центровъ во время наркоза указываетъ на смерть животнаго. 5. **T. Marie.** *Appareil photothérapique à arc électrique, modèle pour courant alternatif.* Описаніе и рисунокъ прибора.

№ 144.

1. **Armagnat.** *Sur la théorie de la bobine d'induction.* Критическая замѣтка. 2. **Chanoz.** *Deux cas de mort par les courants triphasés de haute tension.* Описаніе 2-хъ случаевъ. 3. **Belot.** *Appareil porte-ampoule pour radiothérapie localisateur.* Описаніе и рисунокъ прибора. 4. **Stéphane Leduc.** *Action du radium sur l'oeil.* Авторъ разсѣиваетъ иллюзію наблюдателей, возлагавшихъ большія надежды на лѣченіе слѣпоты радіемъ.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. Май.

1. **Mazellier et Le Guelinel de Lignerolles.** *Le combat D'El-Moungar.* Характеристика огнестрѣльныхъ раненій, полученныхъ въ этомъ сраженіи. 2. **Antony.** *Traitement des laryngites chroniques et de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-trachéales d'eucalyptol.* Авторъ приходитъ къ заключенію, что мѣстное примѣненіе эйкалиптола даетъ хорошіе результаты. 3. **Grivet.** *Appendicite gangreneuse; hématémèses; pyléphlébite.* Случай съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 4. **Schmerber.** *Gangrène gazeuse survenue au cours d'une fièvre typhoïde.* 1 случай газовой гангрены. 5. **Grysez et Coez.** *Les injections hypodermiques et leur technique.* Описаніе и рисунки способовъ подкожнаго впрыскиванія лѣкарствъ. 6. **Talayrach.** *L'ankylostomiace dans les populations civile et militaire d'Allemagne.* Оффиціальный отчетъ объ анкилостоміазѣ въ Германіи.

Іюнь.

1. **Viguier.** *Épidémie d'ictère infectieux bénin et contribution à l'étude du syndrome solaire hépato-pancréatique.* Описаніе желтушной эпидеміи. (Не окончена). 2. **Le Guelinel de Lignerolles.** *Appareil de suspension et traction continues pour fractures du fémur avec paics postéro-laterales.* Описаніе и рисунокъ прибора. 3. **Richard.** *Observations recueillies à l'hôpital militaire de Belfort en 1901—1902.* Казуистика военнаго госпиталя. 4. **Fernand Rudler et L. de Charodon.** *Étude sur le fonctionnement du service de santé dans l'artillerie divisionnaire sur le champ de bataille.* Дѣятельность полевого госпиталя.

Archives de neurologie. Іюнь. Т. XVII. № 102.

1. **Masselon.** *Un cas de forme fruste de démence précoce.* Описаніе случая. 2. **Pasturel.** *Des paralytiques généraux persécutés et dangereux.* 1 случай. 3. **A. Papadaki.** *Un cas de delirium tremens au cours d'une hallucinose auditive éthylique.* Случай бѣлой горячки.

Archives italiennes de biologie. Май. Т. XLI.

1. **A. Mosso.** *Les centres respiratoires de la moelle épinière et les respirations qui précèdent la mort.* Физіолого-экспериментальное изслѣдованіе надъ дыхательными железами. 2. **Онъ-же.** *Théorie de la tonicité musculaire basée sur la double innervation des muscles striés.* Изслѣдованіе по мышечному тонусу. 3. **Онъ-же.** *La ventilation rapide des poumons au moyen d'un appareil qui fonctionne avec de l'air comprimé et de l'air raréfié.* Описаніе способа и рисунки прибора для изученія вентиляцій легкихъ. 4. **E. Lugaro.** *Sur la pathologie des cellules des ganglions sensitifs.* Измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ при перерѣзкѣ и резекціи нервовъ. 5. **M. L. Patrizi.** *Un instrument (ergostéthographe) pour mesurer la fatigue des muscles respirateurs chez l'homme.* Описаніе прибора и рисунки для измѣренія мышечной усталости. 6. **S. Dessy et Grandis.** *Contribution à l'étude de la fatigue. Action de l'adrénaline sur la fonction du muscle.* Возбуждающее дѣйствіе адреналина на мышцы. 7. **E. Bizzozero.** *Sur la régénération de l'epithélium intestinal chez les poissons.* Бокаловидныя клѣтки, отдавши свое содержимое, снова превращаются въ обыкновенныя эпителіальныя клѣтки. 8. **M. L. Patrizi et G. Bellentani.** *Le reflèxe du clignement et les phases de la pulsation.* Опыты къ вопросу о связи между біеніемъ пульса и миганіемъ вѣкъ. 9. **A. Mosso.** *Les oscillations interférentielles de la pression sanguine.* О перемежающихся колебаніяхъ кровяного давленія. 10. **A. Lustig.** *L'immunité acquise contre les poison peut-ellectre transmise par les parents à leur progéniture? (Contribution aux connaissances sur la transmission de caractères*

acquis. Recherches expérimentales). Опыты на цыплятахъ. Невосприимчивость по наблюденіямъ автора не передается имъ отъ родителей. 11. **M. Chiò.** *Sur quelques particularités de structure de la fibre nerveuse myélinique soumise à l'action de l'acide osmique.* Микроскопическія измѣненія въ нервныхъ волокнахъ, обработанныхъ осміевой кислотой. 12. **P. Pagnini.** *Sur une particulière réaction colorée des urines de quelques équidés traitées par des solutions de sublimé corrosif.* Краткая замѣтка.

Bulletin de L'Institut Pasteur. Май. № 10.

1. **A. Borrel.** *Bacilles tuberculeux et para-tuberculeux.* Литературно-критическій обзоръ вопроса о бугорчатковыхъ и парабугорчатковыхъ бактеріяхъ.

Іюнь. № 11.

1. **A. Borrel.** *Bacilles tuberculeux et para-tuberculeux.* Литературно-критическій обзоръ вопроса. (Продолженіе).

№ 12.

1. **A. Borrel.** *Bacilles tuberculeux et paratuberculeux.* Литературно-критическій обзоръ вопроса о палочкахъ бугорчатки и родственныхъ имъ микробахъ. (Окончаніе).

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. Іюль. № 13.

1. **Doumer** et **Lemoine.** *Traitement des tumeurs de l'estomac par la radiothérapie.* Въ двухъ случаяхъ авторъ наблюдалъ уменьшеніе опухоли подъ вліяніемъ лучей х. 2. **Baumel.** *Prolégomènes de médecine infantile.* Программа дѣйствій дѣтскаго врача.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Przegląd lekarski, 26 марта.

1. Prof. **L. Rydygier.** *Cięcie płatowe do krwawego odprowadzania zastarzałych zwichnięć w stawie biodrowym.* 2. **Kazimierz Rzętkowski.** *Przyczynek do nauki o zjawiskach dyfuzyi w żołądku ludzkim.* 3. **Spira.** (Продолженіе).

2 апрѣля.

1. Prof. **Karol Klecki.** *O fagocytozie.* (Не окончена). 2. **A. Rydygier** (syn). *Przyczynek do kazuistyki raków wargi górnej.* О ракахъ верхней губы. 3. **R. Spira.** (Продолженіе). 4. **Teofil Zalewski.** *Śródkrtaniowe wyłuszczenie włókniaka krtani.* Внутригортанное вылущеніе фибромы гортани.

9 апрѣля.

1. **Stanisław Eliasz Radzikowski.** *O tak zwanem «typhus diagnosticum».* 2. Prof. **Klecki.** (Продолженіе). 3. **Spira.** (Окончаніе).

16 апрѣля.

1. **Jan Piltz.** *Nowy przyrząd do fotografowania ruchów źrenicy.* Новый приборъ для фотографированія движеній зрачка. (Не окончена). 2. **Antoni Rydygier** (syn). *Niezwykła treść w przepuklinie wargi sromowej.* Необычайное содержимое въ грыжѣ срамной губы. 3. **Klecki.** (Продолженіе).

Нѣмецкіе.

Berliner klinische Wochenschrift. 2 мая.

1. **F. Hueppe.** *Ueber die Verhütung der Infectionskrankheiten in der Schule.* Не окончена. 2. **V. Babes.** *Ueber Gesichtsanomalien, welche eine Umwandlung der Extremitäten (Akrometagenese) zur Folge haben.* 3. **G. Joachim.** *Ueber die Bedeutung des Nachweises von Blutspuren in den Fäces.* Считаетъ діагностическое значеніе пробы *Weber*'а небольшимъ. 4. **W. Scholtz.** *Ueber die Bedeutung der Wärmestrahlen bei der Behandlung mit concentrirtem Licht nach Finsen.* Предварительное сообщеніе. 5. **A. Doebert.** *Ueber Entzündung des Herzbeutels und Punction desselben.* 6. **W. Koch.** *Ueber percutane Campheranwendung, speciell bei Lungentuberculose.* Хвалитъ подкожныя впрыскиванія камфоры (5,5 на 50,0 чистаго оливковаго масла, по 1 шприцу) при чахоткѣ, эмфиземѣ и бронхитѣ. 7. **M. Einhorn.** *Radiumbehälter für den Magen, Oesophagus und Rectum.*

9 мая.

1. **H. Bonhoff.** *Ueber einige neuere Untersuchungen auf dem Gebiete der Formaldehyddesinfection.* 2. **P. Krause.** *Zwei Fälle von Gonokokkensepsis mit Nachweiss der Gonokokken im Blute bei Lebzeiten der Patienten.* 3. **P. Kyes.** *Cobragift und Antitoxin.* 4. **E. Sehrt.** *Zur Fermentwirkung des Mumienmuskels.* Мышцы мумій обладаютъ тѣмъ-же ферментнымъ дѣйствіемъ, какъ свѣжія. 5. **O. Heine.** *Ueber den angeborenen Mangel der Kniescheibe.* О врожденномъ отсутствіи колѣнной чашки. 6. **F. Hueppe.** Продолженіе.

16 мая.

1. **A. Heller.** *Beitrag zur Tuberculose-Frage.* 2. **F. Volhard.** *Ueber Leberpulse und über die Compensation der Klappenfehler.* Не окончена. 3. **J. Morgenroth.** *Untersuchungen über die Bindung von Diphtherietoxin und Antitoxin, sowie über die Constitution des Diphtheriegiftes.* 4. **M. Sperling.** *Hernien in Laparotomienarben und maligne Degeneration der Intestina des Bruchsacks.* 5. **F. Hueppe.** Окончаніе. 6. **O. Lassar.** *Zur Radiotherapie.*

23 мая.

1. **E. Siemerling.** *Ueber den Werth der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnose der Nerven-und Geisteskrankheiten.* 2. **M. Bial.** *Ueber das Vorkommen von Pentosurie als familiäre Anomalie.* 3. **Jansen.** *Verhalten der faradocutanen Sensibilität nach Anwendung hydriatischer Proceduren.* 4. **Többen.** *Ueber Angina und Stomatitis ulcerosa.* 5. **E. H. Kisch.** *Die Lipomatosis als Degenerationszeichen.* 6. **Cassel.** *Ueber Nephritis heredo-syphilitica bei Säuglingen und unreifen Früchten.* 7. **F. Volhard.** Окончаніе статьи о печеночномъ пульсѣ.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 5 мая.

1. **M. Askanazy.** *Die Aetiologie und Pathologie der Katzenegelerkrankung des Menschen.* 2. **L. Rosenthal.** *Ein neues Dysenterieheilserum und seine Anwendung bei der Dysenterie.* 3. **A. Wassermann.** *Gibt es ein biologisches Differenzierungsverfahren für Menschen-und Thierblut mittelst der Präzipitine?* Возраженіе на статью *Hauser*'а и *Uhlenhuth*'а—см. выше. 4. **B. Chajes.** *Ueber alimentäre Lävulosurie bei Leberkranken.* 5. **Bettmann.** Окончаніе статьи объ акнеобразной бугорчаткѣ кожи. 6. **H. Ury.** *Ueber den quantitativen Nachweiss von Fäulniss-und Gärungsprodukten in den Fäces.* 7. **C. Helbing.** *Die Behandlung der koxitischen Hüftgelenkskontrakturen durch Osteotomie.* 8. **E. Neter.** *Hämaturie als einziges Symptom Barlowscher Krankheit.* Случай.

12 мая.

1. **F. Riegel.** *Ueber Hyperacidität und Hypersekretion* Не окончена. 2. **H. Richartz.** *Ueber die Differentialdiagnose zwischen spindelförmiger Erweiterung und tiefsitzendem Divertikel des Oesophagus.* Не окончена. 3. **L. Wullstein.** *Ueber antethorakale Oesophago-Jejunostomie und Operationen nach gleichem Prinzip.* 4. **H. E. Schmidt.** *Frühreaktionen nach Röntgenbestrahlung.* 5. **L. Neufeld.** *Ueber chronische Diphtherie.*

19 мая.

1. **A. Fraenkel.** *Ueber Bronchostenose.* Не окончена. 2. **A. Wassermann** und **C. Bruck.** *Ueber die Wirkungsweise der Antitoxine im lebenden Organismus.* 3. **V. Klingmüller** und **G. Baermann.** *«Ist das Syphilisvirus filtrierbar»?* 4. **W. Lublinski.** *Ueber das Verhältniss der Leukoplakie zur Syphilis.* 5. **M. Katzenstein.** *Ueber eine seltene Form der Epispadie, die Eichelepispadie und ihre Entstehung.* 6. **A. Bluhm.** *Zur Kasuistik der Missbildungen der weiblichen Genitalien.* 7. **F. Riegel.** Окончаніе статьи. 8. **H. Richartz.** Окончаніе.

26 мая.

1. **H. Ribbert.** *Ueber das Gefässsystem und die Heilbarkeit der Geschwülste.* О сосудистой системѣ и излѣчимости опухолей. 2. **L. Lewin.** *Zur Pharmakologie des Tannins und seiner Anwendungsformen.* 3. **J. Jalowicz.** *Ueber Veronal.* 4. **Gramann.** *Zur Serodiagnostik des Typhus abdominalis mittelst des Fickerschen Diagnosticums.* Отзывъ одобрительный. 5. **Halberstaedter.** *Zur Kenntniss der Sensibilisierung.* 6. **M. Katzenstein.** *Ueber eine neue Funktionsprüfung des Herzens.* Не окончена. 7. **A. Fraenkel.** Окончаніе статьи о съуженіяхъ бронховъ. 8. **Heidenheim.** *Ein Fall von Skorbut und Diabetes mellitus.*

Wiener medicinische Wochenschrift. 9 апрѣля.

1. **Neumann.** *Beitrag zur Kenntniss der Hirnsyphilis.* О 29 вскрытыхъ съ 1880 по 1900 г. въ Вѣнскомъ патолого-анатомическомъ Институтѣ случаяхъ мозгового сифилиса. Не окончена. 2. **K. Parascandolo.** Продолженіе. 3. **R. Barącz.** Продолженіе. 4. **J. Pal.** Окончаніе статьи объ *angina pectoris* и *abdominis.*

16 апрѣля.

1. **L. Schmeichler.** *Simulation von Augenleiden.* Симуляція глазныхъ болѣзней. Не окончена. 2. **R. Barącz.** Продолженіе. 3. **Neumann.** Окончаніе. 3. **K. Parascondolo.** Окончаніе. 5. **Petrides.** *Eine Modifikation der Zange von Breus.*

23 апрѣля.

1. **W. Presslich.** *Ein Beitrag zur Kenntniss des menschlichen Widerkauens.* 2 случая пережевыванія жвачки у человѣка. Не окончена. 2. **N. de Dominicis.** *Die latente Syphilis...* Не окончена. 3. **L. Hofbauer.** *Beitrag zur Lehre von der Fieberdyspnoë.* 4. **L. Schmeichler.** Продолженіе. 5. **Barącz.** Окончаніе.

30 апрѣля.

1. **S. Klein.** *Bemerkungen zur Operationstechnik der Augenmuskelvorlagerung.* 2. **L. Stolper.** *Ueber Dysmenorrhoe.* Не окончена. 3. **H. Ehrlich.** *Ueber Mastitis lactantium.* Не окончена. 4. **L. Schmeichler.** Продолженіе. 5. **W. Presslich.** Продолженіе. 6. **N. de Dominicis.** Окончаніе статьи о скрытомъ сифилисѣ, какъ причинѣ многихъ заболѣваній.

7 мая.

1. **W. Goldzieher.** *Ueber die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die trachomatöse Infiltration.* 2. **S. Beykovsky.** *Oculomotoriuslähmung und plötzlicher Tod infolge von Aneurysmen der Arteria carotis interna.* Случай. 3. **L. Stolper.** Продолженіе. 4. **H. Ehrlich.** Продолженіе. 5. **L. Schmeichler.** Продолженіе. 6. **W. Presslich.** Продолженіе.

14 мая.

1. **L. Piskaček.** *Ueber die Frühdiagnose der Gravidität.* Не окончена. 2. **P. Mayer.** *Ueber einige Fragen des intermediären Kohlehydratstoffwechsels.* Не окончена. 3. **L. Stolper.** Продолженіе статьи о дизменорреѣ. 4. **H. Ehrlich.** Тоже о *mastitis lactantium.* **L. Schmeichler.** Тоже о симуляціи глазныхъ болѣзней. 6. **W. Presslich.** Тоже о жвачкѣ у человѣка.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславовъ.

CXXXV. Изъ Бѣлевской земской больницы.

Проникающія раны живота съ выпаденіемъ внутренностей.

А. Т. Менчинскаго.

Въ настоящее время, когда на Дальнемъ Востокѣ приходится врачамъ-товарищамъ воочію видѣть разрушающія дѣйствія новѣйшихъ пріобрѣтеній военной науки, когда не разъ, можетъ быть, остановится хирургъ въ безнадежномъ созерцаніи развороченныхъ осколками внутренностей, сознавая невозможность спасти больного,—въ такое время вспоминаются тѣ случаи, когда, казалось, не было никакой надежды на спасеніе жизни больного, но природа оказывалась, какъ будто, въ противорѣчіи сама съ собой и счастливый случай спасалъ больного. Съ этими «капризами» природы, какъ изъ своей земской практики, такъ и изъ практики другихъ русскихъ товарищей я считаю нелишнимъ познакомить читателей «Русскаго Врача».

6/VI 1903 г. въ 12 час. ночи въ Бѣлевскую земскую больницу (Тульской губ.) привезли на телѣгѣ за 10 верстъ худую, блѣдную дѣвочку 9-ти лѣтъ; животъ ея былъ завязанъ шерстянымъ сѣрымъ платкомъ. Фельдшеръ въ пріемной снялъ платокъ, подъ которымъ оказался комъ кишечныхъ петель, величиною съ голову больной; положивъ на животъ вату (не стерилизованную), фельдшеръ послалъ за врачемъ. При разспросѣ и изслѣдованіи оказалось: П. М. [№ 395 *)], дочь крестьянина, до настоящаго заболѣванія пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Одна сестра умерла отъ чахотки. Отецъ съ матерью здоровы. Часовъ въ 9 вечера 6/VI П. М. нечаянно упала на ножикъ, привязанный къ ея поясу; ножикъ вонзился въ животъ. Поднявшись, дѣвочка вынула ножикъ и замѣтила, что изъ живота вышли кишки, образовавъ опухоль, съ ея кулакъ величиною. Родители собрались было трясти ребенка за руки и за ноги, чтобы спрятать кишки, но П. М. упросила везти ее въ больницу. Животъ завязали потуже платкомъ. По дорогѣ 4 раза была рвота, въ животѣ боль при толчкахъ. Больная въ сознаніи. Пульсъ 140 въ минуту, очень слабъ. Одышка. Кишечныя петли, длиною до 25 стм., вышли черезъ проколъ въ брюшной стѣнкѣ, соотвѣтствующій лезвію ножа—до 1,5 стм. въ продольномъ размѣрѣ—черезъ правую прямую мышцу, на 6 стм. выше пупка. Животъ умѣренно вздутъ. Кишки темно-краснаго цвѣта, сывороточная оболочка—блестяща. Въ 1 час. ночи операція подъ общимъ наркозомъ. Кожа живота—очень грязная—вымыта бензиномъ и застлана прокипяченой марлей. Выпавшіе кишки вымыты соляным растворомъ. Рана разрѣзомъ продолжена книзу стм. на 4. На мѣстѣ ущемленія рѣзкая граница между выпавшей петлей и кишками въ полости живота. Изсѣченъ кусокъ ущемленнаго и сильно измѣненнаго сальника, размѣрами 5 × 2 стм. Затѣмъ кишки вправлены. Одинъ съемный шовъ на брюшину. Тампонъ по *Mikulicz*'у. Послѣ операціи пульсъ едва ощутимъ; впрыснутъ коффеинъ. Заживленіе безъ повышенія температуры. Рвота 2 раза утромъ 7-го числа, больше не было. 8-го послѣ клистира обильно прослабило. Повязка промокла сукровичной жидкостью, сняты верхніе слои. 9-го—вынутъ тампонъ. Постепенное заживленіе. 29/VI выписана съ чистой грануляціонной поверхностью, размѣрами 3 × 1 стм. Пріѣзжала на перевязку черезъ недѣлю, рана зажила. Дѣвочка поражала своей понятливостью и разумностью. На шеѣ прощупывались железы, остальные органы въ порядкѣ.

Въ данномъ случаѣ, не смотря на грязный шерстяной платокъ, въ теченіи 2—3-хъ часовъ соприкасавшійся съ выпавшей на грязную кожу петлей кишекъ, не смотря на 10-верстную тряску телѣги, послѣ соотвѣтствующихъ хирургическихъ мѣропріятій больная выздоровѣла, можно сказать, безъ малѣйшей реакціи со стороны брюшины, какъ будто послѣ наивозможно чисто произведеннаго чревосѣченія. Подобные случаи описывались уже не разъ, и въ одной русской литературѣ наберется достаточное число подобныхъ фактовъ. Въ нижеслѣдующемъ мною собрано 11 случаевъ такихъ наиболѣе характерныхъ благодѣтельныхъ капризовъ природы, которые кончились выздоровленіемъ.

1. Въ 1883 г. д-ръ *Линденбаумъ* [1]) «подъ защитой распылявшагося карболоваго раствора» оперировалъ привезеннаго за 20 верстъ крестьянина, 35 л., которому быкъ пропоролъ животъ. Вывалившіяся кишки, завязанныя на мѣстѣ тряпкой, были измараны грязью и навозомъ; длина выпавшихъ петель до 1,5 арш. Кишки обмыты салициловымъ растворомъ. Въ брюшную полость вставленъ небольшой дренажъ; антисептическая повязка. Выздоровленіе съ небольшой реакціей со стороны брюшины.

2. Случай *Введенскаго* [2]). Больной раненъ часъ назадъ стамеской. Выпавшія кишки, длиною до 1 арш., были завязаны мокрымъ полотенцемъ. Кишки обмыты отъ «грязи» смѣсью карболки и сулемы, потомъ засыпаны іодоформомъ. Брюшная полость зашита наглухо. Выздоровленіе безукоризненное.

3. Случай *Глязштейна* [3]). Больная доставлена черезъ 2 часа послѣ 1-ой перевязки, сдѣланной врачемъ. 2 раны, черезъ 1-ую выпала петля кишекъ въ 40 стм., съ 3-мя сквозными ранами. Кишки вздуты, краснаго цвѣта. Кишка зашита. Тампонъ іодоформный по *Mikulicz*'у. Въ глубинѣ раны нагноеніе. Выздоровленіе.

4. Случай *Кронеберга* [4]). За часъ передъ операціей ранена крестьянка, 50 л., быкомъ въ животъ; кишки выпали, но къ приходу *К.* «ихъ уже вправили обратно». Чревосѣченіе; «въ брюшной полости оказалось достаточное количество кровяныхъ сгустковъ и кусочковъ мелкой соломы. Брюшная полость очищена губками, пропитанными слабымъ растворомъ карболовой кислоты; кишки вправлены и прикрыты сальникомъ». Брюшина зашита наглухо. Нагноеніе въ кожной ранѣ, выздоровленіе.

5. Случай *Соловейчика* [5]). Больная, 41 г., получила ударъ рогами коровы въ нижнюю часть живота, выпали кишки, но затѣмъ были вправлены кѣмъ-то изъ присутствующихъ крестьянъ. Черезъ 4 часа пріѣхавшій врачъ зашилъ кожную рану; черезъ ½ часа больная доставлена въ больницу: подъ кожей нѣсколько кишечныхъ петель; онѣ обмыты растворомъ сулемы. Рана зашита. Выздоровленіе безукоризненное.

6. Случай *Реутовскаго* [6]). Крестьянка, 50 л., съ посредственнымъ сложеніемъ, многорожавшая, получила отъ коровы ударъ рогами: «выпаденіе почти всѣхъ внутренностей». Д-ръ *Р.* прибылъ черезъ 3 часа послѣ раненія. До его прихода на животъ прикладывали завернутую въ тряпки золу. «При осмотрѣ оказалось, что всѣ почти кишки вмѣстѣ съ сальникомъ вывалились изъ раны, доходя почти до средины бедеръ въ видѣ фартука, а желудокъ, занимая верхнюю часть всей оставшейся массы, выпятился въ видѣ большого пузыря всей своею кривизной, при чемъ все это было въ высшей степени загрязнено: тамъ была солома, навозный соръ, зола, скорлупы орѣховъ, волоса, шелуха сѣмячекъ, шерсть и просто земля. Послѣ тщательной очистки всѣхъ выпавшихъ внутренностей (насколько было это возможно въ деревенской хатѣ), оказавшихся значительно гиперэмированными, и окружающаго поля, снача 2% карболовымъ, а послѣ сулемовымъ слабымъ растворомъ, приступлено было къ вправленію кишекъ безъ наркоза». Рана стѣнки живота разорвано-ушибленная, съ отечными краями, зашита наглухо. Первые дни явленія перитонита. Къ 9-му дню омертвѣніе краевъ раны. При снятіи швовъ изъ раны вылилась масса зеленоватаго гноя, съ гнилостнымъ запахомъ. Въ дальнѣйшемъ постепенное заживленіе, выздоровленіе.

7. Случай *Финкельштейна* [7]). Больной, 30 л., за часъ до поступленія получилъ ударъ ножемъ. «Изъ раны выпали и въ ней ущемлены петли тонкихъ кишекъ и сальникъ, сильно загрязненные». Выпавшія части промыты солью. Сальникъ усѣченъ. Шовъ наглухо. Заживленіе безукоризненное.

8. Случай *Финкельштейна* [8]). Больной, 32 л., за часъ до поступленія получилъ ударъ ножемъ. «Черезъ рану выпали 2 петли тонкихъ кишекъ, часть поперечно-ободочной и сальникъ. На поперечно-ободочной видна поперечная рана, занимавшая почти всю окружность кишки. На одной изъ петель тонкихъ кишекъ продольная рана въ 2 стм. Изъ раны выдѣлялись густой калъ и частицы непереваренной пищи». Раны зашиты. «Выпавшая часть сальника, сильно загрязненная каломъ, удалена». Въ брюшную полость тампонъ. Заживленіе безукоризненное.

9. Случай *Варнека* [9]). Крестьянка, 39 л., бѣжала, имѣя въ карманѣ юбки кусокъ сахару въ 1 фун. вѣсомъ, упала и сахаръ вонзился ей въ животъ. Больная «добѣжала до квартиры и тутъ только замѣтила, что испачкана кровью, а изъ живота висятъ кишки». Подвязавъ ей животъ кушакомъ, ее посадили на извозчика и доставили въ больницу. Черезъ часъ операція. Объемъ выпавшей части—съ голову взрослаго; кишки фіолетоваго цвѣта, обмыты слабымъ теплымъ растворомъ сулемы, вправлены, брюшная полость зашита наглухо. Заживленіе безукоризненное.

10. Случай *Яковлева* [10]). Крестьянинъ, 30 л., упалъ на деревянныя вилы, проткнулъ животъ; раненный вытащилъ зубецъ изъ раны и замѣтилъ выпячиваніе кишки. Фельдшеръ положилъ простую вату, повязку и на телѣгѣ за 50 верстъ больной былъ привезенъ въ больницу. «Выпаденіе большой петли тонкихъ кишекъ». Кишка гиперэмирована, отечна, проколота въ одномъ мѣстѣ, гдѣ выдѣляется калъ. Кишка омыта 1/500% сулемы, зашита, осыпана іодоформомъ, вправлена. (Тампонъ въ брюшную полость заложенъ, по видимому, не былъ). Заживленіе осложнилось раздраженіемъ брюшины въ первые 3 дня.

Если-бы можно было говорить о состязаніи на выносливость брюшины и на выносливость организма къ ея раздраженію, то въ этомъ состязаніи несомнѣнно рекордъ побитъ казакомъ Е. О. Вотъ какъ описываетъ этотъ случай д-ръ *Калиновскій* [11]).

Е. О., 25 л., казакъ станицы Новотиторовской, Кубанской области, поступилъ въ больницу 17/X 1893 г. Больной очень слабъ, пульсъ плохой. Вся масса тонкихъ кишекъ и часть сальника помѣщаются съ боку больного, страшно загрязнены въ лошадиный калъ и обсыпаны мелкой соломой, сине-багроваго цвѣта, склеены между собой, сосуды рѣзко налиты, кишки очень вздуты и обернуты грязной старой тряпкой. Рана въ правой паховой области, длиною 2,5 стм., причинена больному рогомъ быка ½-сутокъ назадъ; и привезенъ больной въ такомъ видѣ за 25 верстъ на телѣгѣ, запряженной быками. Всю дорогу была рвота, кишки поливались во время пути изъ чайника теплой водой, благодаря находчивости станичнаго фельдшера. По доставленіи въ больницу

*) № исторіи болѣзни въ архивѣ больницы.

животъ тщательно обмытъ теплой водой съ мыломъ; больной положенъ на бокъ, кишки всей массой помѣщены въ большую бѣлую эмалированную чашку съ теплой водой и тоже тщательно перемыты въ 3-хъ смѣнахъ воды, осушены стерилизованными марлевыми салфетками и по расширеніи отверстія въ брюшной стѣнкѣ вправлены обратно въ брюшную полость, послѣ чего по возможности прикрыты сальникомъ, который при вправленіи кишекъ былъ удерживаемъ; на брюшную рану наложены шелковые швы. Рана снаружи засыпана порошкомъ іодоформа и наложена повязка. Діэта—ледъ и холодное молоко въ теченіи первыхъ 3-хъ дней, потомъ на 4-й день бѣлый хлѣбъ, супъ и т. д. На 12-й день совершенно здоровъ».

Въ вышеприведенныхъ случаяхъ представлены самыя разнообразныя картины болѣзни. Здѣсь были больные, застигнутые пораненіемъ въ расцвѣтѣ силъ, крѣпкіе, здоровые, какимъ былъ, по видимому, казакъ Е. О., случай № 1 и др.; были и многорожавшія женщины въ преклонномъ возрастѣ №№ 5 и 7, и слабая дѣвочка, съ бугорчатковой наслѣдственностью—мой случай. Фигурировали разнообразныя орудія пораненія: рога, вилы, ножи и даже кусокъ сахара. Примѣнялось разнохарактерное лѣченіе и общимъ для всѣхъ больныхъ является только результатъ, т. е. неизмѣнное выздоровленіе. Подобныхъ исторій болѣзни при желаніи можно было-бы привести и еще достаточное количество; таковы, напр., изъ русской литературы случаи, описанные *Гошкевичемъ* [12]), *Бартомъ* [13]), *Истоминымъ* [14]), *Васильевымъ* [15]), *Гедевановымъ* [16]), *Беклемишевымъ* [17]), *Лесновскимъ* [18]), *Потаповымъ* [19]), *Потѣенко* [20]), *Голосовымъ* [21]). Но если бы я привелъ даже и всѣ описанные случаи и еще столько-же, то, конечно, это не заставило-бы насъ перемѣнить мнѣніе о необходимости строгаго отношенія къ брюшной полости, не смотря на благополучные исходы при самыхъ невѣроятныхъ случайныхъ чревосѣченіяхъ. Дѣло въ томъ, что до сихъ поръ принято сообщать случаи выздоровленія при пораненіяхъ, подобныхъ вышеописаннымъ, но никто не пишетъ о тѣхъ-же пораненіяхъ съ неблагопріятнымъ исходомъ, который для всѣхъ представляется естественнымъ. Если-же обратиться къ отчетамъ хирургическихъ больницъ, то оказывается, что при пораненіяхъ неизмѣримо болѣе легкихъ, чѣмъ описанныя, % смертности очень великъ. Такъ, *Lühe* [22]) собралъ изъ литературы 322 случая проникающихъ ранъ живота, лѣченныхъ оперативно, со смертностью въ 49,4%. Обуховская больница въ Петербургѣ была счастливѣе: на 132 случая проникающихъ ранъ живота, имѣвшихъ тамъ мѣсто смертность выразилась только въ 18% [7]). Надо, однако, знать, что въ большей $^1/_2$ случаевъ въ Обуховской больницѣ дѣло имѣлось съ неосложненными проникающими ранами; если взять случай съ выпаденіемъ кишекъ (2 изъ нихъ выше приведены—№№ 7 и 8), каковыхъ было 14, то изъ нихъ кончились смертельно 6, т. е. 42,8%.

Въ чемъ-же причина такой устойчивости организма, невѣроятные примѣры которой мы только что видѣли? Д-ръ *Линденбаумъ*, оперировавшій еще подъ защитой карболовыхъ распылителей, въ первые годы развитія противучужеяднаго способа лѣченія, увлеченный его успѣхами, причину спасенія видѣлъ въ способѣ лѣченія—въ обеззараживающемъ способѣ: «Нельзя не замѣтить, пишетъ онъ, что въ томъ случаѣ (случай № 1 изъ вышеописанныхъ), гдѣ брюшная полость была вскрыта на обширномъ пространствѣ, точное примѣненіе противугнилостныхъ мѣръ составляло для больного жизненный вопросъ и малѣйшая оплошность повлекла-бы за собой гибельныя и уже неисправимыя послѣдствія» [1]). А въ 1890 г. ч. пр. *Варнекъ* спасительную силу всецѣло относитъ на счетъ больного: «Такой на первый взглядъ парадоксальный результатъ (т. е. выздоровленіе подобныхъ больныхъ) легко объясняется тѣмъ, что случайнымъ раненіямъ подвергается по большей части здоровый организмъ, съ здоровыми, всецѣло сохранившими способность сопротивленія органами и тканями» [9]). «Если никто теперь съ неумытыми (по хирургически) руками не подойдетъ къ открытой брюшинѣ, дабы къ имѣющемуся зараженію не прибавлять новаго, то, съ другой стороны, ясно, и горькій опытъ насъ въ этомъ убѣждаетъ, что и всѣми нашими противучужеядными способами мы не въ силахъ справиться подчасъ съ зараженіемъ и даже иногда предупредить его». Однако, объясненіе д-ра *Варнека*, мнѣ кажется, не вполнѣ удовлетворяетъ всѣ недоумѣнія. Нечего и говорить, что извѣстная устойчивость организма имѣетъ огромное значеніе. Для человѣка съ больнымъ сердцемъ, съ эмфиземой, съ повышенной нервной возбудимостью и т. п. простое выпаденіе брюшныхъ внутренностей въ большомъ размѣрѣ можетъ оказаться гибельнымъ, но, съ другой стороны, случись такое пораненіе, со всѣми его послѣдствіями, какъ у нашей дѣвочки П., другой разъ хотя-бы и съ организмомъ болѣе крѣпкимъ никто не поручится, что оно пройдетъ также благополучно. Вѣдь при заразномъ заболѣваніи мы имѣемъ двѣ взаимодѣйствующія и рѣшающія величины—силы организма и силу заразы — вотъ эта то послѣдняя величина и упущена въ рѣшеніи вопроса д-ромъ *Варнекомъ*. Нужно думать, что условія спасенія нашихъ больныхъ,—это, съ одной стороны, слабость заразы, съ другой стороны, извѣстная устойчивость организма.

Что касается до лѣченія такихъ заболѣваній, то, какъ мы видѣли, больные выздоравливали при разнообразныхъ хирургическихъ мѣропріятіяхъ: поливались-ли кишки салициловымъ растворомъ, солянымъ растворомъ, карболкой, сулемой, зашивалась-ли загрязненная брюшная полость наглухо, или вставлялся туда тампонъ—больные неизмѣнно выздоравливали. Однако, въ настоящее время врядъ-ли кто станетъ поливать кишки сулемой или карболкой въ проблематической надеждѣ причинить какую нибудь непріятность чужеядному и въ тоже время навѣрняка понижая жизнедѣятельность эндотелія. Основательное промываніе теплымъ физіологическимъ растворомъ соли, конечно, самый цѣлесообразный способъ.

Что касается тампонады, то мнѣ представляется невѣроятнымъ зашить наглухо завѣдомо загрязненную брюшную полость и не вставить тампонъ *Mikulicz*'а, который будетъ способствовать оттоку отдѣляемаго изъ полости брюшины въ повязку и облегчитъ тѣмъ работу организма. *Mikulicz* говоритъ; «..... хирургъ хорошо сдѣлаетъ, если въ сомнительныхъ случаяхъ произведетъ тампонаду брюшной полости вмѣсто зашиванія ея наглухо. Онъ спасетъ не одну жизнь иначе утраченную и сохранитъ себя отъ горя и отъ разочарованія» [23]).

Правда, описанные больные выздоравливали и при глухомъ швѣ въ брюшной полости, но вѣдь всѣ эти случаи и приведены нами, какъ неподходящіе подъ общую рубрику, какъ примѣръ исключительной игры природы, а исключенія лишь подтверждаютъ правило.

Литература: 1. *Линденбаумъ, В. Ѳ.* Къ казуистикѣ проникающихъ ранъ живота и груди. «Врачъ», 1883 г., № 48. -2. *Введенскій.* Къ казуистикѣ проникающихъ ранъ живота съ выпаденіемъ внутренностей. «Врачъ», 1888 г., № 24.—3. *Глязштейнъ, И. М.* Случай проникающей раны живота и кишекъ. «Хирургія», т. II, № 10.—4. *Кронебергъ, А.* Случай чревосѣченія при проникающей рваной ранѣ живота. «Земскій Врачъ», 1893 г., №№ 38, 39.—5. *Соловейчикъ, С. М.* Два случая проникающихъ ранъ живота съ выпаденіемъ внутренностей. «Врачъ», т. IX, стр. 885.—6. *Реутовскій.* Случай ушибленной проникающей раны живота. «Еженедѣльникъ Практической Медицины», 1900 г., № 7.—7. *Финкельштейнъ, Б. К.* О проникающихъ колото-рѣзаныхъ ранахъ брюшной полости. «Русскій Врачъ», 1902 г., №№ 12, 13, 15—18, 21, стр. 454.—8. Тамъ-же, стр. 685.—9. *Варнекъ.* Къ казуистикѣ изъ области брюшной хирургіи. «Хирургическая Лѣтопись», т. IV, кн. 1, стр. 80.—10. *Яковлевъ.* Проникающая рана живота, осложненная пораженіемъ кишечника. Кишечный шовъ, вправленіе. Выздоровленіе. Тамъ-же, т. IV, кн. 2.—11. *Калиновскій, Б.* Раны, проникающія въ брюшную полость, какъ показаніе къ чревосѣченію. Тамъ-же, т. IV, кн. 3.—12. *Гошкевичъ.* «Русская Медицина», 1887 г., стр. 329.—13. *Бартъ, В. К.* Случай тяжелой проникающей раны живота. «В.-Медицинскій Журналъ», 1901 г., мартъ.—14. *Истоминъ, С. А.* Случай проникающей колото-рѣзанной раны живота, съ выпаденіемъ и поврежденіемъ нисходящей ободочной кишки. «Русская Медицина», 1894 г., № 12.—15. *Васильевъ.* «Хирургическій Вѣстникъ», 1885 г., стр. 665.—16. *Гедевановъ.* «Медицинское Обозрѣніе», 1887 г., стр. 58.—17. *Беклемишевъ.* Тамъ-же, стр. 206.—18. *Леоновскій, П.* Къ вопросу о неогнестрѣльныхъ проникающихъ ранахъ живота. «Приложеніе къ Протоколу Омскаго медицинскаго Общества», 1896—97 гг., № 3.—19. *Потаповъ, А.* Пораненіе передней стѣнки живота съ выпаденіемъ внутренностей. «Протоколы Общества врачей г. Вятки», 1894 г., №№ 2, 8.—20. *Потѣенко, В.* Колото-рѣзанная проникающая рана брюшной стѣнки и тонкой кишки. «Хирургія», т. V, № 28.—21. *Голосовъ, А.* Нерчинская каторга. Врачебно-санитарные вопросы. «Врачебная Газета», 1903 г., № 33, стр. 793.—22. Руководство практической хирургіи *Bergmann*'а *Bruns*'а, *Mikulicz*'а, т. III, стр. 93.—23. Тамъ-же, стр. 156.

CXXXVI. О степени безопасности нѣкоторыхъ приборовъ, предложенныхъ для развитія формальдегида.

Ч. пр. В. А. Левашева (Петербургъ).

Обширное примѣненіе формалина для обеззараживанія въ послѣдніе годы повлекло за собою, въ цѣляхъ быстраго развитія формальдегидныхъ паровъ въ большихъ количествахъ, появленіе цѣлаго ряда приборовъ, сравнительная, всесторонняя и точная оцѣнка которыхъ еще ждетъ своихъ изслѣдователей.

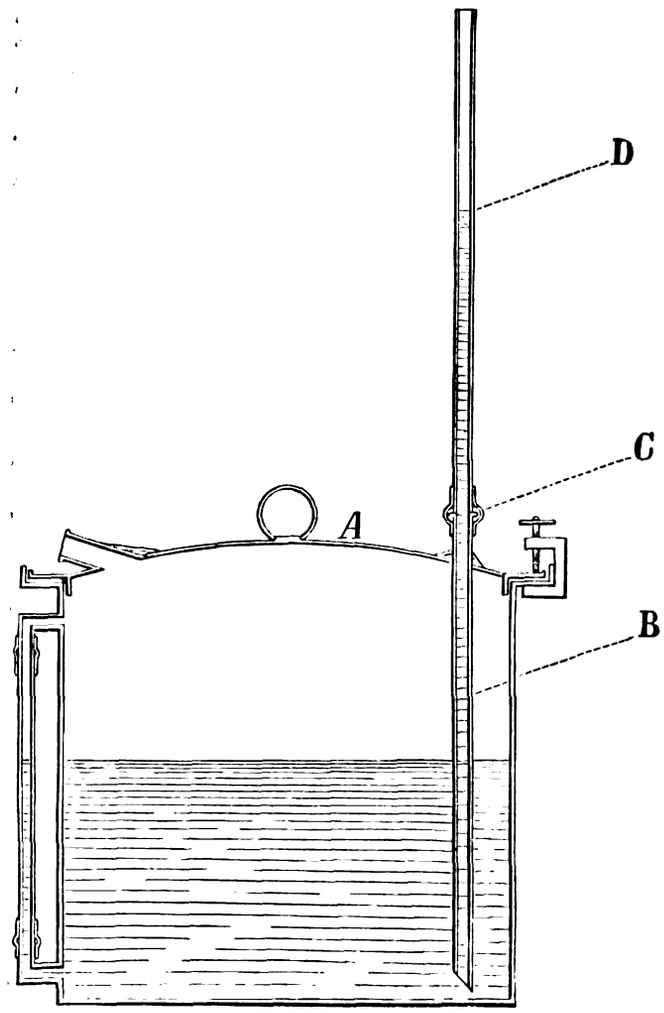
Въ нижеслѣдующемъ я позволю себѣ коснуться лишь одной подробности даннаго вопроса, чисто практическаго характера, но весьма важной въ интересахъ только-что указанной характеристики, а именно вопроса о сравнительной безопасности нѣкоторыхъ изъ этихъ приборовъ въ смыслѣ возможности *взрыва прибора* во время дѣйствія.

Поводомъ къ этому послужилъ слѣдующій случай:

24/IV сего года въ обеззараживающей камерѣ Барачной въ памятъ *С. П. Боткина* больницы для наполненія формалиновой камеры парами формальдегида былъ примѣненъ заряженный 5 литрами 8% раствора формалина приборъ проф. *Flügge*, пріобрѣтенный въ 1899 г. Въ горѣлку было влито соотвѣтственное количество 86% денатурированнаго спирта. Черезъ 40 минутъ послѣ того, какъ спиртъ былъ зажженъ и кипѣніе жидкости было въ полномъ ходу, было замѣчено, что приборъ сталъ нѣсколько пропаривать съ одного края. Такъ какъ подобное явленіе бывало и ранѣе и обыкновенно указывало на нѣкоторую негерметичность гайки, закрывавшей отверстіе для вливанія формалиноваго раствора, то старшій дезинфекторъ и обратилъ на это обстоятельство вниманіе своего помощника. Въ тотъ моментъ, когда этотъ послѣдній подошелъ къ прибору, чтобы узнать въ чемъ дѣло, послѣдовалъ взрывъ, верхняя крышка прибора цѣликомъ отлетѣла, нижняя часть съ силою была вдавлена въ штативъ по направленію къ горѣлкѣ, заставивъ эту послѣднюю, въ свою очередь, погнуться и втиснуться въ нижнюю часть штатива. Горящій спиртъ пролился на подставку, и все помѣщеніе наполнилось вырвавшимися парами воды и формальдегида, которыми обдало служителю лицо и глаза. Къ счастью, ожогъ кожи лица и отчасти шеи оказался легкимъ и прошелъ безслѣдно, изъ глазъ наиболѣе пострадалъ лѣвый, но, какъ выяснилось въ настоящее время, зрѣніе будетъ сохранено. Внезапное вдыханіе формальдегида вызвало въ 1-ый день чувство стѣсненія въ груди и на слѣдующій день было обнаружено незначительное количество бѣлка въ мочѣ. Затѣмъ, однако, эти явленія прошли.

Разслѣдованіе причинъ настоящаго несчастнаго случая установило, что снаряженіе прибора (наполненіе пріемниковъ растворами формалина и спирта) было произведено совершенно такъ-же, какъ это производилось и ранѣе, вполнѣ правильно, и дезинфекторъ отошелъ отъ прибора лишь послѣ того, какъ убѣдился, что теченіе паровъ по каучуковой трубкѣ совершается обычнымъ порядкомъ. Осмотръ же самого взорвавшагося прибора обнаружилъ, что верхняя крышка его скрѣплялась съ нижней сравнительно тонкимъ слоемъ обыкновеннаго легко плавкаго припая; въ виду того, что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ спайка по временамъ оказывалась уже негерметичною, приборъ нѣсколько разъ отдавался въ починку, при чемъ слои припая на неплотныя мѣста наносились сверху. Приборъ находился почти ежедневно въ работѣ, то въ камерѣ, то при производствѣ обеззараживанія въ частныхъ помѣщеніяхъ. На днѣ и внутреннихъ стѣнкахъ прибора, обычно не доступныхъ обозрѣнію, оказался небольшой, почти сплошной темный слой накипи. Въ выходномъ отверстіи и въ каучуковой трубкѣ какихъ-либо постороннихъ предметовъ, могущихъ съузить или вовсе закрыть каналъ, найдено не было.

Изъ этихъ данныхъ можно, очевидно, сдѣлать тотъ выводъ, что крышка прибора, несомнѣнно, не могла противостоять сколько-либо значительному давленію извнутри прибора вообще. Что-же касается условій, вызвавшихъ ненормально высокое давленіе въ приборѣ въ настоящемъ случаѣ, наличность чего нельзя отрицать на основаніи значительнаго измѣненія формы отдѣльныхъ частей прибора послѣ взрыва (напр., горѣлка—см. рис. I-й), то оно могло быть вызвано, напр., случайнымъ перегибомъ каучуковой трубки и послѣдовательнымъ образованіемъ въ изогнутой части трубки пробки изъ конденсировавшейся жидкости; возможно также предположить, что произошло частичное отслоеніе накипи на днѣ прибора, или-же что приборъ былъ поставленъ не вполнѣ горизонтально и произошло черезчуръ сильное одностороннее накаливаніе его стѣнокъ, и затѣмъ небольшого движенія было достаточно для того, чтобы соприкосновеніе жидкости съ этою накаленной частью прибора имѣло въ результатѣ обильное парообразованіе.



Въ концѣ концовъ, каковы бы ни были причины, обусловившія ненормально высокое давленіе пара въ приборѣ въ нашемъ случаѣ, — остается на лицо тотъ фактъ, что приборъ проф. *Flügge* не можетъ быть названъ вполнѣ безопаснымъ.

Въ устройствѣ прибора, очевидно, имѣется пробѣлъ, благодаря которому взрывъ прибора на практикѣ возможенъ. Этотъ пробѣлъ заключается въ отсутствіи приспособленій для своевременнаго опредѣленія и предупрежденія возникающаго ненормально-высокаго давленія въ приборѣ, что имѣетъ мѣсто и во многихъ другихъ общераспространенныхъ въ настоящее время приборахъ, какъ напр. *Ehrenburg*'а, *Schneider*'а, *Заревича*, *Proskauer*'а (въ приборахъ *Lingner*'а и *Чаплевскаго* имѣется предохранительный клапанъ).

Между тѣмъ, очевидно, подобное приспособленіе является весьма существеннымъ дополненіемъ въ устройствѣ приборовъ для выпариванія формалиновыхъ растворовъ; оно на практикѣ можетъ быть устроено весьма просто, безъ всякаго сколько-нибудь замѣтнаго осложненія прибора, по типу, осуществленному, напр., въ приборѣ покойнаго д-ра *С. Э. Крупина*.

Только-что названное приспособленіе заключается, какъ видно изъ прилагаемаго рисунка, въ томъ, что въ крышку А прибора д-ра *Крупина* впаяна металлическая трубка В, не доходящая сантиметра на $1^1/_2$ до дна прибора. Сверху эта трубка соединяется при помощи отрѣзка каучуковой трубки С съ вертикальной стеклянной трубкой D около 40—45 стм. длиной, открытой сверху. Когда въ приборѣ жидкость закипѣла, то образующіеся пары начинаютъ давить на жидкость, вслѣдствіе чего она и приподнимается въ стеклянной трубкѣ, служащей, такимъ образомъ, манометромъ, на высоту, соотвѣтствующую напряженію паровъ въ данный моментъ. Если это напряженіе очень велико, то жидкость будетъ выливаться и даже бить фонтаномъ изъ трубки.

Само собою понятно, что такого простого приспособленія совершенно, однако, достаточно для того, чтобы въ каждую данную минуту точно судить о степени напряженія пара въ приборѣ и оно вполнѣ въ состояніи обезпечить отъ случайностей, въ родѣ вышеописанной. Подобное приспособленіе должно-бы сдѣлаться, поэтому, *обязательнымъ* для всѣхъ приборовъ, предложенныхъ для развитія паровъ формальдегида путемъ выпариванія водныхъ его растворовъ въ закрытыхъ сосудахъ.

Въ заключеніе добавлю, что, въ частности, приборъ *Flügge* слѣдовало-бы, кромѣ того, дѣлать съ приспособленіемъ для удобнаго и моментальнаго тушенія спиртовой горѣлки, въ случаѣ необходимости, что предусмотрѣно напр. въ приборѣ *Schneider*'а.

CXXXVII. Изъ Петербургскаго Николаевскаго военнаго госпиталя.

Этіологія осложненій и послѣдовательныхъ заболѣваній при брюшномъ тифѣ по патолого-анатомическому матеріалу.

Проз. Ѳ. З. Омельченко.

«Только посмертное анатомическое изслѣдованіе субъекта опровергаетъ составленную нами гипотезу или даетъ ей значеніе факта. Только при посредствѣ такого контроля своихъ гипотезъ можетъ развиться истинный практическій врачъ. Никакого громаднаго матеріала не хватитъ для правильнаго развитія умѣнья прилагать свои врачебныя свѣдѣнія съ гуманной цѣлью къ отдѣльнымъ индивидуумамъ, если врачъ не будетъ имѣть возможности по временамъ провѣрять свои гипотезы на анатомическомъ столѣ» [1]). Въ такихъ словахъ *С. П. Боткинъ* связалъ данныя клиническаго изслѣдованія и клиническія заключенія съ результатами изслѣдованія патолого-анатомическаго.

Въ свою очередь, *Virchow*, учитель *С. П. Боткина*, совѣтовалъ такъ именно производить патолого-анатомическія изслѣдованія, чтобы онѣ вполнѣ удовлетворяли клинициста, имѣя при этомъ въ виду, что изслѣдованія эти своими фактами, въ ихъ связи и послѣдовательности, должны быть отвѣтомъ клиницисту.

Въ патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ клиницистъ можетъ находить какъ оправданіе, такъ и осужденіе своимъ предположеніямъ и ошибкамъ и, слѣд., въ нихъ онъ долженъ видѣть руль для своихъ дѣйствій и огражденіе отъ случайныхъ и даже отъ т. наз., законныхъ ошибокъ. При посредствѣ такого именно контроля можетъ развиться истинный практическій врачъ.

Однако, это справедливо и возможно въ томъ лишь случаѣ, если патолого-анатомическія изслѣдованія не будутъ ограничиваться установленіемъ анатомическихъ фактовъ, предъявляя ихъ клиницисту, какъ реальный матеріалъ, имѣющій значеніе для его предположеній, но будутъ стремиться сопоставленіемъ добытыхъ фактовъ и выясненіемъ ихъ неизбѣжной и опредѣленной послѣдовательности дать клиницисту правильную врачебную логику, безусловно необходимую и для возникновенія, и для составленія правильной гипотезы.

Только съ логически правильной, а также логически неправильной гипотезой или заключеніемъ можно бороться на научной почвѣ и при такихъ только гипотезахъ и заключеніяхъ фактическій матеріалъ анатомо-патологическаго изслѣдованія можетъ имѣть поучительное значеніе.

Чѣмъ разностороннѣе, подробнѣе и обстоятельнѣе производится патолого-анатомическое изслѣдованіе, тѣмъ болѣе вносится истиннаго свѣта въ закономѣрность патологическихъ процессовъ въ человѣческомъ организмѣ.

При своихъ патолого-анатомическихъ занятіяхъ я давно уже стремлюсь къ разносторонности изслѣдованія, для чего пользуюсь не только микроскопической, бактеріологической и химической, но также и физической методикой, включая сюда статику и антропометрію. Хотя не при всѣхъ условіяхъ моей службы удавалось провести это въ надлежащей мѣрѣ, однако-же, мнѣ посчастливилось до сихъ поръ собрать въ такомъ видѣ порядочный матеріалъ, приведеніе въ систему котораго я и начинаю этимъ сообщеніемъ.

Матеріаломъ для него послужили результаты патолого-анатомическаго и бактеріологическаго изслѣдованія 200 случаевъ, выбранныхъ изъ числа произведенныхъ мною до сихъ поръ изслѣдованій.

Этотъ матеріалъ, съ основнымъ заболѣваніемъ *брюшнымъ тифомъ*, я разсмотрю въ сочетаніи съ другими заразными болѣзнями, въ видѣ осложненій и послѣдовательныхъ заболѣваній. Такъ какъ сущность настоящей статьи имѣетъ прямое отношеніе къ вопросу о смѣшанныхъ зараженіяхъ, поэтому считаю необходимымъ предварительно изложить вкратцѣ современное состояніе вопроса о смѣшанныхъ зараженіяхъ, поскольку они имѣютъ мѣсто при брюшномъ тифѣ.

Смѣшанное зараженіе можетъ быть первичнымъ, когда въ организмъ одновременно проникаетъ нѣсколько разновидностей микробовъ, или же послѣдовательнымъ, т. е., вторичнымъ, когда къ первичному зараженію черезъ большій или меньшій промежутокъ времени присоединяется зараженіе организма другимъ какимъ-либо видомъ микробовъ. Принимая во вниманіе обычное раздѣленіе заразныхъ болѣзней на мѣстныя и общія, нужно думать, что въ случаѣ первичнаго мѣстнаго смѣшаннаго заразнаго заболѣванія, поступленіе заразнаго начала происходитъ черезъ одно и то же прививочное мѣсто. Въ случаѣ-же вторичнаго осложняющаго смѣшаннаго зараженія послѣдующій видъ микробовъ можетъ проникнуть не только черезъ первичное мѣсто прививки, но и съ какого угодно другого мѣста.

Если смѣшанное зараженіе останется только мѣстнымъ заболѣваніемъ, развитіе отдѣльныхъ видовъ бактеріальной смѣси будетъ подчиняться законамъ симбіоза бактерій. Разумѣется, законы эти также разнообразны, какъ разнообразны могутъ быть бактеріальныя смѣси. Составныя части смѣси могутъ другъ друга ослаблять, усиливать или одновременно и одинаково развиваться, при чемъ, какъ указалъ *Wassermann* [1]) возможно, что 1) отдѣльные виды бактерій при смѣшанномъ зараженіи останутся на мѣстахъ проникновенія ихъ въ организмъ, 2) бактеріи первичнаго зараженія ограничатся только мѣстомъ прививки, а бактеріи вторичнаго зараженія распространятся въ организмѣ и, наконецъ, 3) составныя части смѣшаннаго зараженія одинаково и одновременно распространятся въ организмѣ. Въ отношеніи палочекъ брюшного тифа *Eberth*'а-*Gaffky* въ медицинской литературѣ уже имѣются экспериментальныя данныя *Rumpfe* [2]) и *Kraus*'а [3]), что сожительство ихъ съ сине-гнойной палочкой сказывается въ неблагопріятномъ вліяніи на брюшно-тифозныя палочки. *Roncalli* [4]) установилъ, что ослабленнымъ брюшно-тифознымъ палочкамъ можно возвратить вирулентность, выращивая ихъ на питательныхъ средахъ, содержащихъ тетанотоксинъ. По изслѣдованіямъ *Атласова* [5]), произведеннымъ въ лабораторіи *Мечникова*, брюшно-тифозныя палочки хорошо уживаются на питательныхъ средахъ съ bacter. coli commun., но симбіозъ ихъ съ proteus vulgaris, streptococcus, bac. subtilis, bac. mesentericus vulg., staphyloc. aur., sarc. ros., sarc. flava et alba, не представляетъ ничего своеобразнаго. Изъ этихъ-же изслѣдованій видно, что bac. *Friedländer*'а нѣсколько благопріятствуетъ росту брюшно-тифозныхъ палочекъ на питательныхъ средахъ, но особенно благопріятствуетъ ихъ росту симбіозъ съ torula rosea.

Иныя условія будутъ при вторичныхъ, послѣдовательныхъ зараженіяхъ. Здѣсь уже новый видъ бактерій попадаетъ на почву, болѣе или менѣе исчерпанную, измѣнен-

---

[1]) *С. П. Боткинъ*, «Курсъ клиники внутреннихъ болѣзней», стр. 7, т. I, Спб. 1899.

[1]) *Wassermann*, Misch- und Sekundärinfektion (Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. *Kolle* u. *Wassermann*. 1902).

[2]) *Rumpfe*, «Deutsche medicinische Wochenschrift», № 41, 1893.

[3]) *Kraus*, «Wiener medicinische Wochenschrift», № 26, 1894.

[4]) *Roncalli*, «Annali dell' Instituto d'igiene sperimentale di Roma». 1893.

[5]) *И. Я. Атласовъ*, Докладъ въ Обществѣ Кіевскихъ врачей, 14 февраля 1904 г.

ную и загрязненную микробами основной, первоначальной заразной болѣзни. Въ такихъ случаяхъ возможно, что почва, измѣненная основнымъ зараженіемъ, становится пригодной для преимущественнаго размноженія лишь только строго опредѣленныхъ видовъ микробовъ; или-же тѣмъ или другимъ путемъ въ почвѣ этой усилены защитительныя приспособленія къ новому болѣзнетворному агенту. Въ этомъ отношеніи интересно указаніе *Pavone* [1]) на излѣченіе сибирской язвы при вторичномъ зараженіи брюшнотифозными палочками. Подъ вліяніемъ *Jaccoud* [2]) и друг., еще и теперь среди клиницистовъ можно встрѣтить ложное убѣжденіе въ томъ, что тифъ и бугорчатка другъ друга исключаютъ; будто-бы одновременно организмъ человѣческій не можетъ быть пораженъ этими двумя заболѣваніями. Въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ возможно одновременное размноженіе въ организмѣ производителей смѣшаннаго зараженія, происходитъ и одновременное вліяніе на организмъ ихъ токсиновъ на ряду съ усиленіемъ болѣзненныхъ явленій. Брюшной тифъ и по настоящее время считается заболѣваніемъ, выдающимся передъ другими обиліемъ и разнообразіемъ осложненій и послѣдовательныхъ болѣзней. По мнѣнію *Liebermeister*'а [3]), «изложить ихъ подробно и съ настоящей полнотой, значило-бы повторить большую часть патологіи». Въ настоящее время трудно оспаривать справедливость этого мнѣнія, такъ какъ въ наукѣ еще нѣтъ положительныхъ данныхъ о какой-либо законности и опредѣленной послѣдовательности осложненій; нѣтъ также указаній и на ихъ причинную зависимость. По крайне неопредѣленному мнѣнію *Flügge* [4]), осложняющая зараза прививается или вслѣдствіи мѣстнаго, а иногда общаго ослабленія организма первичной заразой, или-же вслѣдствіе того, что послѣдняя шире открываетъ путь для проникновенія вторичной, т. е., осложняющей заразы.

Пользуясь при своихъ патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ и бактеріологической методикой съ тою цѣлью, чтобы при этомъ не пропустить возможности указать этіологію находимыхъ анатомическихъ измѣненій въ тканяхъ и органахъ, я замѣтилъ нѣкоторую правильность, опредѣленность и постоянство осложненій, между прочимъ, и при брюшномъ тифѣ. Весьма интереснымъ оказались при этомъ также и отношеніе послѣдовательныхъ заразныхъ заболѣваній къ человѣческому организму, уже перенесшему заболѣваніе брюшнымъ тифомъ.

Въ своемъ сообщеніи: «нѣкоторыя основы патогенеза общихъ инфекціонныхъ заболѣваній» [5]), указавъ на специфическое предрасположеніе отдѣльныхъ тканевыхъ системъ человѣческаго организма къ опредѣленнымъ видамъ микроорганизмовъ, я въ тоже время обратилъ вниманіе, что подъ вліяніемъ перенесеннаго заразнаго заболѣванія эта специфичность измѣняется иногда въ рѣзкой степени, какъ въ количественномъ, такъ и качественномъ отношеніяхъ. Можно было думать, что специфическія измѣненія въ органахъ, перенесшихъ какое-либо заразное заболѣваніе, могутъ сообщать имъ специфическое же предрасположеніе къ новому виду заразы въ качествѣ осложненія или послѣдовательнаго заболѣванія. Предположеніе это я подвергну провѣркѣ при своихъ патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ.

Изъ собраннаго мною въ этомъ направленіи матеріала я изложу здѣсь лишь данныя относительно природы осложненій и послѣдовательныхъ заболѣваній при брюшномъ тифѣ. При патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ въ этомъ направленіи бактеріологическому и бактеріоскопическому способу я подвергалъ кровь, ткань селезенки и нѣкоторыхъ лимфатическихъ железъ, а также, по мѣрѣ надобности, ткань тѣхъ органовъ, измѣненія которыхъ по внѣшнему виду не вполнѣ были типичны. Изслѣдованные такимъ образомъ 200 случаевъ я, для удобства описанія, раздѣлю на 2 группы, изъ которыхъ 1-я, обнимающая 100 случаевъ, представляетъ собой брюшной тифъ въ различныхъ стадіяхъ его развитія на ряду съ посторонними зараженіями. Къ остальнымъ-же 100 случаямъ 2-й группы я отношу найденныя мной общія заразныя заболѣванія при наличности явленій брюшного тифа, окончившагося выздоровленіемъ.

Изъ 100 случаевъ 1-ой группы, на ряду съ присутствіемъ въ крови сердца, ткани селезенки и лимфатическихъ железахъ брюшно-тифозныхъ палочекъ *Eberth*'а-*Gaffky*, при соотвѣтствующихъ брюшному тифу патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ различныхъ органахъ трупа, оказались: 1) палочки *Eberth*'а-*Gaffky* въ чистой разводкѣ безъ примѣси другихъ микроорганизмовъ—2 раза, т. е. въ 2% этихъ изслѣдованныхъ случаевъ; 2) длинный гноеродный цѣпекоккъ—77 разъ, т. е. въ 77%; 3) зозотистый гноеродный гроздекоккъ—9 разъ, т. е. въ 9%; 4) бѣлый гноеродный гроздекоккъ—3 раза, т. е. въ 3%; 5) длинный гноеродный цѣпекоккъ и золотистый гноеродный гроздекоккъ—4 раза, т. е. въ 4%; 6) длинный гноеродный цѣпекоккъ и бѣлый гноеродный гроздекоккъ—1 разъ, т. е. въ 1% этой группы случаевъ.

Слѣд., брюшной тифъ въ 94% изслѣдованныхъ мною смертельныхъ случаевъ былъ осложненъ гноеродными микроорганизмами. Изъ остальныхъ 6% этого рода случаевъ 2% приходится на долю чистаго зараженія брюшно-тифозными палочками, 3% на долю случаевъ, въ которыхъ брюшно-тифозныя палочки заражали организмъ, уже пораженный хронической бугорчаткой, вызвавъ ея обостреніе въ видѣ разсѣянной острой просовидной бугорчатки и, наконецъ, въ 1 только случаѣ брюшной тифъ присоединился ко вторичному періоду сифилиса.

Такимъ образомъ вышеприведенныя данныя наглядно показываютъ не только зависимость смертоносности брюшного тифа отъ осложненій, но что осложненіями этими чуть не исключительно являются заболѣванія, обусловленныя гноеродными микроорганизмами. При этомъ %-ное отношеніе этого именно осложненія брюшного тифа къ вышеуказаннымъ остальнымъ 2-мъ, т. е. къ бугорчаткѣ и къ сифилису, исключаетъ возможность считать это случайностью, а, наоборотъ, позволяетъ придавать ей значеніе ассоціаціи брюшно-тифозныхъ палочекъ съ гноеродными возбудителями, особенно-же стрептококками. Къ этому необходимо теперь прибавить, что при хронической бугорчаткѣ и при сифилисѣ, въ нашихъ случаяхъ брюшной тифъ былъ вторичной заразой, а въ сочетаніи съ гноеродными микроорганизмами онъ былъ заболѣваніемъ первичнымъ, т. е. основнымъ.

Поразительная частота подобной ассоціаціи брюшнотифозной палочки меня заинтересовала тѣмъ болѣе, что въ соотвѣтствующей литературѣ не удалось встрѣтить такихъ именно данныхъ, вѣроятно, по той причинѣ, что у патолого-анатомовъ еще не сформировалась привычка систематически пользоваться и бактеріологическимъ способомъ при своихъ патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ. Нѣтъ также въ литературѣ указаній на причины постоянства такой ассоціаціи и значенія взаимодѣйствія возбудителей такого смѣшаннаго зараженія на человѣческій организмъ. Все, имѣющееся въ этомъ отношеніи въ литературѣ, сводится лишь къ указанію на возможность разнообразныхъ ассоціацій, какъ это сдѣлано *Babes* и *Cornil*'емъ [1]), указавшимъ, что ассоціаціи наблюдались: 1) между разновидностями одного и того-же вида микроорганизмовъ, 2) между различными ихъ видами, 3) между одинаковыми видами болѣзнетворныхъ бактерій, 4) между возбудителями различныхъ заразныхъ болѣзней, 5) между болѣзнетворными и неболѣзнетворными бактеріями, 6) между бактеріальными и небактеріальными чужеядными и 7) между различными protozoa.

Самый фактъ нахожденія гноеродныхъ микроорганизмовъ въ человѣческомъ организмѣ при брюшномъ тифѣ не представляется въ моей работѣ новымъ. Онъ давно уже подмѣченъ изслѣдователями, занимавшимися изученіемъ этіологіи различныхъ осложненій при заболѣва-

[1]) *Pavone*, «Giornale internazionale d. scientifica medicina», 1887.

[2]) *Jaccoud*, Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié. 1887.

[3]) *Liebermeister*, Брюшной тифъ. Патологія и терапія *Ziemssen*'а Т. II. 1. Изд. 3.

[4]) *Flügge*, Die Mikroorganismen. Mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie der Infektionskrankheiten. Leipzig. 1896.

[5]) *Омельченко*, Нѣкоторыя основы патогенеза общихъ инфекціонныхъ заболѣваній («Больничная Газета Боткина» 1901).

[1]) Verhandlung des X internationalen Kongresses, Berlin.

ніяхъ брюшнымъ тифомъ. Еще *Eberth* [1]), изслѣдовавъ микроскопически гнойники въ селезенкѣ и нѣкоторыхъ другихъ органахъ при брюшномъ тифѣ, нашелъ при этомъ исключительно «микрококки», которые и считалъ непосредственной причиной гнойныхъ осложненій при тифѣ. Впослѣдствіи на основаніи своихъ изслѣдованій, съ этимъ согласились *Klebs* [2]), *Fischel* [3]), а также *Senger* [4]). Воспользовавшись въ подобныхъ случаяхъ способомъ бактеріологическаго изслѣдованія, *Дунинъ* [5]) доказалъ участіе въ гнойныхъ процессахъ при брюшномъ тифѣ золотистаго гноероднаго гроздекокка. Тѣмъ-же путемъ *E. Fraenkel* и *Simmonds* [6]), кромѣ золотистаго гноероднаго гроздекокка, нашли въ одномъ случаѣ заминдальной флегмоны при брюшномъ тифѣ цѣпочечный коккъ безъ брюшно-тифозныхъ палочекъ. Затѣмъ *Seitz* [7]) въ одномъ случаѣ осложненія брюшного тифа рожей нашелъ цѣпочечный коккъ не только въ кожѣ, но и въ почечныхъ капиллярахъ. Къ вышепоименованнымъ изслѣдователямъ, установившимъ присутствіе гноеродныхъ бактерій въ мѣстныхъ гнойныхъ процессахъ при брюшномъ тифѣ, должны быть причислены еще *Karlinsky* [8]), *Banti* [9]), *Vincent* [10]), *Gruder* [11]), *Юдалевичъ* [12]) и др. Наконецъ, *Anton* и *Fütterer* [13]) изъ пораженной гнойнымъ процессомъ при брюшномъ тифѣ околоушной железы бактеріологическимъ путемъ выдѣлили брюшно-тифозную палочку на ряду съ гноеродными гроздекокками и цѣпочечнымъ коккомъ, при чемъ цѣпочечный коккъ оказался и во всѣхъ внутреннихъ органахъ.

Такимъ образомъ, если изъ вышеприведенныхъ литературныхъ данныхъ видна возможность осложненія тифа гноеродными бактеріями, въ огромномъ большинствѣ случаевъ въ видѣ вторичныхъ мѣстныхъ гнойныхъ процессовъ, то изъ результатовъ моихъ изслѣдованій не только видна возможность смѣшанныхъ общихъ зараженій тифозными палочками и гноеродными микоорганизмами, но очевидна преимущественность такого именно сочетанія, такой ассоціаціи болѣзнетворныхъ бактерій. Что эта ассоціація имѣетъ роковое значеніе для организма, достаточно видно изъ отношенія % смертности отъ брюшного тифа, а именно смертность при осложненіи тифа гноеродными бактеріями равна 94%, а безъ осложненій — только 2%.

Сочетаніе тифозныхъ палочекъ съ гноеродными кокками обусловливаетъ предрасположеніе перенесшаго брюшной тифъ къ гноероднымъ заболѣваніямъ. Такой организмъ превращается въ удобную почву не только для размноженія, но и для быстраго распространенія въ немъ гноеродныхъ возбудителей.

Къ этому заключенію я пришелъ на основаніи изученія новыхъ 100 случаевъ изъ моего патолого-анатомическаго матеріала, въ которыхъ бактеріологическимъ путемъ были установлены общія гноеродныя заболѣванія при наличности тѣхъ или другихъ признаковъ перенесеннаго брюшного тифа.

Прежде чѣмъ классифицировать общія гноеродныя заболѣванія на брюшно-тифозной почвѣ, считаю умѣстнымъ предварительно остановиться на патолого-анатомическихъ признакахъ этой почвы. По даннымъ *Brouardel*'я и *Thoinot* [1]) можно сказать съ нѣкоторой вѣроятностью, что перенесенный брюшной тифъ на много лѣтъ гарантируетъ хорошее здоровье, при чемъ все-же допускается, что въ теченіи брюшного тифа могутъ быть созданы измѣненія, которыя, отчасти по крайней мѣрѣ, не возстановляются и переходятъ въ хроническія и постоянныя измѣненія.

Такъ какъ брюшной тифъ представляетъ собой первичное и почти специфическое заболѣваніе лимфатической системы, на чемъ я особенно настаивалъ послѣ произведеннаго мной въ 1901-мъ году сопоставленія [2]) результатовъ патолого-анатомическихъ измѣненій съ отношеніемъ брюшно-тифозныхъ палочекъ къ питательнымъ средамъ изъ различныхъ органовъ, поэтому я прежде всего обращалъ вниманіе на признаки перенесеннаго тифа со стороны лимфатической системы, а именно на рубцы и пигментацію *Peyer*'овыхъ бляшекъ и одиночныхъ фолликуловъ, а также на пигментацію и нѣкоторый склерозъ брыжеечныхъ лимфатическихъ железъ на ряду съ межуточнымъ хроническимъ процессомъ въ селезенкѣ. Въ отношеніи прочности пигментаціи *Peyer*'овыхъ бляшекъ я, на основаніи своего опыта, всецѣло присоединяюсь къ мнѣнію *Cornil*'я и *Ranvier* [3]), которые указываютъ на то, что рубцовая ткань на нихъ окрашивается въ черный цвѣтъ, такъ что можно даже черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ тифа распознать пострадавшія при этомъ заболѣваніи *Peyer*'овы бляшки. Правда, *Brouardel* и *Thoinot* [4]) утверждаютъ обратное, а именно, что всякій слѣдъ язвы быстро исчезаетъ, и при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи лицъ, умершихъ нѣсколько времени спустя послѣ брюшного тифа, напрасно искать слѣдовъ зарубцевавшейся тифозной язвы. На самомъ же дѣлѣ нечего удивляться тому, что *Рокитанскій* [5]) могъ распознать рубцы послѣ тифозныхъ язвъ спустя 30 лѣтъ послѣ перенесеннаго брюшного тифа и врядъ-ли можно, согласно *Brouardel*'ю и *Thoinot*, считать этотъ случай исключительнымъ.

При наличности только-что названныхъ данныхъ дальнѣйшимъ доказательствомъ перенесеннаго тифа нужно считать немногочисленныя мелкія сѣровато-желтыя пятна и бляшки на внутренней поверхности аорты у заслонокъ, а также въ нѣкоторыхъ другихъ крупныхъ артеріяхъ, какъ остатки сопутствовавшаго тифу остраго эндоартеріита. Такъ какъ явленіе это свойственно всѣмъ общимъ заразнымъ болѣзнямъ, то я придавалъ ему опредѣленное значеніе лишь при наличности вышеназванныхъ явленій со стороны лимфатической системы.

3-ьимъ признакомъ оказывается межуточный процессъ, кромѣ селезенки, еще въ печени и почкахъ, какъ послѣдствіе страданія при тифѣ кровеносныхъ сосудовъ и клѣточныхъ элементовъ названныхъ органовъ.

Наконецъ, послѣднимъ признакомъ для меня служили большее или меньшее утолщеніе мягкой мозговой оболочки и большій или меньшій остеосклерозъ сосцевидныхъ отростковъ и лобныхъ пазухъ. Здѣсь я ограничусь только указаніемъ на этотъ, еще вовсе неоцѣненный въ литературѣ, признакъ, оставляя подробное описаніе его до болѣе удобнаго случая; прибавлю только, что параллельныя послѣтифозныя измѣненія со стороны лобныхъ пазухъ и мягкой мозговой оболочки, въ свою очередь, подтверждаютъ анатомическую связь между ними, на которую, между прочимъ, недавно указалъ *Милославскій* [6]).

Изъ 100 случаевъ общихъ гноеродныхъ заболѣваній на брюшно-тифозной почвѣ, т. е. при наличности въ человѣческомъ организмѣ только что описанныхъ измѣненій, установленъ: 1) чистый стрептомикозъ—66 разъ, т. е. 66%; 2) стрептомикозъ съ золотистымъ стафилококкомъ—11

---

[1]) *Eberth*, Die Organismen in d. Organen bei Abdominaltyph. («Virchow's Archiv» т. 81).

[2]) *Volkmann*'s Sammlung klinischer Vorträge, 1883, № 226.

[3]) *Fischel*, «Prager medicinische Wochenschrift» 1878.

[4]) *Senger*, Ueber die von den Darmgeschwüren ausgehende Sekundärinfection («Deutsche medicinische Wochenschrift» № 4, 1886).

[5]) *Дунинъ*, Ueber die Ursache eitriger Entzündungen u. Venenthrombosen im Verlaufe des Abdominaltyphus («Deutsches Archiv f. klinische Medicin» т. 39, 1886).

[6]) *Fraenkel* и *Simmonds*, Die aethiologische Bedeutung des Typhusbacillus. Hamburg, 1887, а также Weitere Untersuchungen über die aethiolog. Bedeutung d. Typhusbacil. (Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankheiten» т. II.

[7]) *Seitz*, Bakteriol. Studien zur Typhusaethiologie, München, 1886.

[8]) *Karlinsky*, Zur Frage über die Entstehung der typhösen Pneumonie («Fortschritte d. Medicin», 1889, т. VII, № 18).

[9]) *Banti*, Sulla etiol. delle pneum. acuta. «Sperimentale» 1890.

[10]) *Vincent*, Sur les resultats expérimentales de l'association du streptocoque et du bacille typhique («Comptes rendus de la Société de biologie», № 25, 1892).

[11]) *Gruder*, Die Lanynxgeschwüre beim Abdominaltyphus («Centralblatt für Bakteriologie» т. VII).

[12]) *Юдалевичъ*, Матеріалы къ клинической бактеріологіи осложненій брюшного тифа. Спб. 1895.

[13]) *Anton* и *Fütherer*, Untersuchungen über Typhus abdominalis («Münchener medicinische Wochenschrift» 1888, № 19).

[1]) *Brouardel* и *Thoinot*. Брюшной тифъ, русскій переводъ *Лаговской*. Спб., 1898.

[2]) l. c., стр. 8.

[3]) Прив. по *Brouardel* и *Thoinot*, l. c., стр. 15.

[4]) l. c., стр. 15.

[5]) *Рокитанскій*. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Wien, 1855.

[6]) *Милославскій*. Лобныя пазухи. Анатомо-топографическія и краніологическія изслѣдованія. Москва, 1903.

разъ; 3) стрептомикозъ съ бѣлымъ стафилококкомъ—3 раза; 4) чистый стафиломикозъ—20 разъ, при чемъ золотистый стафилококкъ найденъ 15 разъ, а бѣлый стафилококкъ—5 разъ.

Изъ этихъ данныхъ видно, что при наличности брюшнотифозной почвы наибольшій % послѣдующихъ гнойныхъ общихъ заболѣваній приходится на долю стрептомикоза, при чемъ, если считать въ томъ числѣ случаи смѣшаннаго зараженія стрептококка съ золотистымъ или бѣлымъ стафилококкомъ, % этотъ равняется 80, а, значитъ, на долю чистаго стафиломикоза остается 20%. Слѣд., если брюшно-тифозную почву можно признать предрасположенной къ общимъ гноероднымъ заболѣваніямъ, то предрасположеніе это особенно выражено по отношенію къ общимъ стрептомикозамъ.

Относительно сущности такого предрасположенія организма, одержимаго брюшнымъ тифомъ или его послѣдствіями къ общему стрептомикозу или стафиломикозу, въ настоящее время представляется возможнымъ только высказать болѣе или менѣе отдаленное предположеніе.

Говоря объ условіи, которое необходимо для того, чтобы болѣзнетворные микробы вызвали въ организмѣ развитіе соотвѣтствующей заразной болѣзни, *Мечниковъ* [1]) указалъ, что «оно заключается въ предрасположеніи организма или въ отсутствіи невоспріимчивости». Значитъ условія, противуположныя невоспріимчивости, будутъ предрасполагать организмъ къ тому или другому возбудителю болѣзни; слѣд., признаніе тѣхъ или другихъ причинъ предрасположенія должно быть также условно, какъ условны всѣ предложенныя до сихъ поръ теоріи невоспріимчивости.

По теоріи *Мечникова* [2]), главнѣйшимъ и постояннымъ факторомъ, какъ естественной, такъ и искусственной невоспріимчивости является сопротивленіе фагоцитовъ. По теоріи-же *Ehrlich*'а [3]), организмъ будетъ невоспріимчивымъ къ какой-либо заразѣ въ томъ лишь случаѣ, если въ его клѣточныхъ элементахъ не окажется соотвѣтствующихъ рецепторовъ (боковыхъ цѣпей). На основаніи этой послѣдней теоріи можно предположить, что при заболѣваніи брюшнымъ тифомъ клѣточные элементы пораженнаго организма вырабатываютъ особый видъ рецепторовъ, обладающихъ специфическимъ сродствомъ къ гноероднымъ микробамъ.

Разумѣется, только что названныя «боковыя цѣпи», «рецепторы», а также поглощаемыя ими «гаптофорныя группы» и т. п. въ настоящее время являются лишь новыми элементами воображенія и далеко еще не допускаютъ гармоническаго соотношенія фактовъ въ какой-либо одной стройной системѣ, а потому нельзя еще вполнѣ отрицать справедливости мнѣнія *Кравкова* [4]), что «не только механизмъ, значеніе иммунитета, но даже иногда и критеріи его до сихъ поръ весьма неопредѣленны и запутаны; объясненіе явленій иммунитета образованіемъ въ организмѣ различнѣйшихъ антивеществъ, лизиновъ, агглютининовъ и т. под. поневолѣ убѣждаютъ насъ въ современной растерянности мысли по этому вопросу». Если въ вышеприведенной теоріи *Ehrlich*'а достаточно выражено стремленіе свести дѣло къ химической атомной системѣ, то по новѣйшимъ взглядамъ натуралистовъ на природу вещества она является уже слишкомъ грубой и вовсе недостаточной для выясненія сущности процесса воспріимчивости и невоспріимчивости.

Разъ позволительно въ такихъ случаяхъ предаваться, такъ сказать, научному пользованію воображеніемъ, то я лично больше склоненъ въ вышеизложенныхъ отношеніяхъ стать на почву ученія натуралистовъ объ электрическомъ строеніи вещества, признающей уже атомъ весьма сложнымъ тѣломъ съ ассоціаціонными и диссоціаціонными свойствами. Открытіе факта радіоактивности дало прочное основаніе признавать существованіе свойства атомной диссоціаціи, которое должно быть всеобщимъ [5]).

[1]) *Мечниковъ*. Невоспріимчивость въ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Спб., 1903.

[2]) Тамъ-же.

[3]) *Ehrlich*. Das Sauerstoffbedürfniss des Organismus. Berlin, 1885.

[4]) *Кравковъ*, «Основы фармакологіи». Ч. I, Спб., 1904.

[5]) *Крукъ*, Новѣйшіе взгляды на вещество (русскій перев. Настюкова. Спб., 1903 г. и *Мережковскій*—Объ электрическомъ атомѣ или электронѣ (новѣйшіе взгляды на природу вещества). Спб., 1904.

Согласно ученію *Lodge*'а [1]), химическій атомъ или іонъ состоитъ изъ немногихъ сильно отрицательныхъ электроновъ въ соединеніи съ обыкновеннымъ нейтральнымъ атомомъ и, когда эти отрицательные электроны удалены, онъ становится вслѣдствіе этого заряженнымъ положительно. Значитъ, если подъ вліяніемъ какого-либо заразнаго начала произойдетъ диссоціація въ смыслѣ удаленія изъ атомовъ клѣточнаго вещества, напр., отрицательныхъ электроновъ, то нейтральный атомъ, становясь заряженнымъ положительно, пріобрѣтаетъ свойство ассоціаціи только къ веществамъ въ видѣ послѣдовательнаго зараженія съ отрицательнымъ электроническимъ строеніемъ. Такое значеніе, полагаю, имѣетъ заболѣваніе человѣческаго организма брюшнымъ тифомъ по отношенію къ послѣдующимъ гноероднымъ заразамъ, особенно стрептомикозамъ, собственно говоря, стрептококціямъ. Въ такихъ случаяхъ пропадаетъ и спеціализація предрасположенія отдѣльныхъ органовъ къ пораженію тѣмъ или другимъ гноероднымъ возбудителемъ, на что я уже указывалъ въ вышеприведенной моей работѣ [2]), гдѣ, между прочимъ, приведена и таблица, свидѣтельствующая о различной силѣ предрасположенія или сопротивляемости ткани различныхъ органовъ гноероднымъ заболѣваніямъ. На тифозной почвѣ стрептомикозъ съ необычайной быстротой становится общимъ заболѣваніемъ, часто даже не оставляя при этомъ времени для развитія гнойнаго процесса на мѣстѣ внѣдренія стрепто- или стафилококковъ.

Въ такомъ именно усиленіи общей воспріимчивости организма къ гноероднымъ заразамъ заключается сущность весьма интереснаго въ патологіи явленія, когда одинъ и тотъ-же этіологическій дѣятель въ одномъ случаѣ вызываетъ заболѣваніе, остающееся только мѣстнымъ, при той или другой реакціи со стороны организма, а въ другомъ—сразу-же даетъ общее пораженіе. Это обстоятельство легко провѣрить при стрептококковыхъ и стафилококковыхъ заболѣваніяхъ миндалевидныхъ железъ, а также при карбункулахъ.

Изъ 15-ти случаевъ чистаго стафиломикоза съ золотистымъ гноероднымъ гроздекоккомъ, указанныхъ въ вышеприведенныхъ данныхъ, 6 случаевъ приходится на общее зараженіе золотистымъ стафилококкомъ при карбункулахъ. Не только въ этихъ 6-ти случаяхъ, но и во всѣхъ остальныхъ случаяхъ карбункула, подвергнутыхъ мной изслѣдованію на вскрытіи (число такихъ случаевъ въ настоящее время достигло 18-ти), имѣло мѣсто общее зараженіе золотистымъ стафилококкомъ на брюшно-тифозной почвѣ, послѣдовавшимъ за мѣстнымъ такимъ-же стафиломикозомъ въ видѣ карбункула. Собственно говоря, мѣстныя зараженія золотистымъ стафилококкомъ, какъ въ видѣ чирьевъ, такъ и карбункуловъ, встрѣчаются часто и, оставаясь мѣстнымъ заболѣваніемъ, склонны къ благопріятному исходу для больного. Такія мѣстныя пораженія при обычныхъ условіяхъ тянутся долго и распространяются весьма медленно. Иное дѣло при брюшно-тифозной почвѣ. При этомъ мѣстный процессъ съ необычайной быстротой распространяется на большія протяженія при бурныхъ общихъ явленіяхъ, служащихъ указаніемъ на то, что одновременно уже происходитъ и общее зараженіе организма. Нѣсколько бактеріологическихъ изслѣдованій, произведенныхъ мною въ такихъ случаяхъ еще при жизни больныхъ, убѣдили меня въ полной возможности такой быстроты распространенія заразы на почвѣ измѣненій въ организмѣ послѣ перенесеннаго брюшного тифа. При отсутствіи этого предрасполагающаго элемента и продолжительности мѣстнаго гноероднаго пораженія, наблюдаются переносы заразнаго начала лимфатическими и кровеносными сосудами въ различныя части человѣческаго организма, но процессъ и въ этихъ частяхъ, въ свою очередь, все-же остается мѣстнымъ. Такіе случаи мнѣ неоднократно приходилось наблюдать при патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ умершихъ, при чемъ бактеріологи-

[1]) *Lodge*, Электричество и матерія. Переводъ *Мережковскаго*. Спб. 1904.

[2]) L. c., стр. 8.

ческимъ путемъ внѣ первичнаго и переносныхъ очаговъ пораженія гноеродныхъ микроорганизмовъ находить не удавалось. Особенно рѣзкіе случаи такого рода попадались мнѣ при стафилококковыхъ гнойныхъ плейритахъ. Какъ извѣстно, такіе случаи часто черезъ продолжительные промежутки времени могутъ окончиться самопроизвольнымъ вскрытіемъ in loco necessitatis, не вызвавъ общаго гноероднаго заболѣванія.

На основаніи всѣхъ вышеизложенныхъ данныхъ нахожу возможнымъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Бактеріологическія изслѣдованія должны быть поставлены въ ряду необходимыхъ способовъ при всѣхъ патолого-анатомическихъ изслѣдованіяхъ, такъ-же какъ химическіе и физическіе способы.

2) Человѣческій организмъ, какъ во время заболѣванія брюшнымъ тифомъ, такъ и послѣ него пріобрѣтаетъ особенное предрасположеніе къ гноероднымъ зараженіямъ.

3) Гноеродныя зараженія на брюшно-тифозной почвѣ съ необычайной быстротой становятся общими заболѣваніями.

4) При брюшно-тифозной почвѣ теряется специфичность нѣкоторыхъ органовъ къ тому или иному виду гноеродныхъ бактерій.

5) Потеря этого свойства уравниваетъ воспріимчивость всѣхъ органовъ, усиленную брюшно-тифознымъ заболѣваніемъ или его остатками, и такимъ образомъ даетъ наиболѣе благопріятныя условія для непрерывнаго распространенія заразы во всемъ организмѣ безъ скачковъ въ видѣ предварительныхъ переносныхъ гнѣздъ.

6) Организмъ человѣка съ брюшно-тифозной почвой наиболѣе предрасположенъ къ стрептомикозамъ и менѣе къ стафиломикозамъ въ видѣ золотистаго гноероднаго и бѣлаго гноероднаго гроздекокка, при чемъ къ первому предрасположеніе болѣе выражено, чѣмъ ко второму.

7) Мѣсто внѣдренія гноеродныхъ бактерій при этомъ не имѣетъ значенія; при брюшно-тифозной почвѣ онѣ отовсюду легко распространяются въ организмѣ.

8) При наличности брюшно-тифозной почвы даже незначительный гнойный процессъ представляетъ для человѣческаго организма громадную опасность, а потому требуетъ особеннаго вниманія и своевременнаго энергичнаго лѣченія.

CXXXVIII. Изъ Евангелической больницы въ Одессѣ.

Удаленіе инороднаго тѣла изъ лѣваго бронха при помощи нижней бронхоскопіи, по Killian'у.

К. М. Шмидта.

13/II 1903 г. мнѣ удалось удалить изъ лѣваго бронха 34-лѣтняго больного кусочекъ скорлупы орѣшка, находившійся тамъ впродолженіе 4 мѣсяцевъ. Больной, служащій на желѣзной дорогѣ въ Одессѣ, 2 октября 1902 г. грызъ орѣшки, при чемъ кусочекъ скорлупы попалъ въ дыхательные пути. Послѣ сильнаго припадка кашля больной почувствовалъ, что скорлупа засѣла съ лѣвой стороны, и какъ на вѣроятное мѣсто нахожденія скорлупы онъ всегда указывалъ на лѣвый край грудной кости. Появилась отрыжка, и больной былъ принужденъ прекратить свою работу (составитель поѣздовъ); часто онъ страдалъ также сильными припадками кашля. Въ больницахъ, куда онъ поступалъ 2 раза, онъ не находилъ помощи. 15/XI 1902 г. онъ первый разъ кашлялъ кровью, что вскорѣ повторилось. Это его очень испугало. Съ 25/XI 1902 г. онъ находился подъ моимъ наблюденіемъ въ Одесской Евангелической больницѣ, но извлеченіе инороднаго тѣла удалось только 13/II 1903 г. Въ общемъ было 6 сеансовъ, въ которыхъ удавалось дойти до мѣста заболѣванія, въ послѣднемъ сеансѣ извлеченіе удалось. Первоначально имѣлось въ виду достигнуть цѣли при помощи нижней бронхоскопіи, не прибѣгая къ горлосѣченію. При первыхъ-же опытахъ введенія инструментовъ, выяснилось, что больной хорошо переноситъ кокаинъ (10 и 20% растворы). Каждый разъ послѣ кокаинизаціи самочувствіе больного было хорошее, кашель прекращался часовъ на 12 и болѣе, и больной спалъ лучше. Случай этотъ и относился къ разряду такъ называемыхъ «хроническихъ инородныхъ тѣлъ» (*Killian*), безъ реакціи со стороны легкаго. Дыхательные шумы по всему лѣвому легкому были ослаблены, но нигдѣ нельзя было обнаружить притупленіе или хрипы. При изслѣдованіи х-лучами 6/XII 1902 г. замѣчалась ясная тѣнь влѣво отъ хребта, на высотѣ 3 и 4 грудныхъ позвонковъ. Свѣтопись не удалась. Тѣнь эта представляла, по видимому, инфильтратъ вокругъ инороднаго тѣла; послѣднее-же какъ таковое не было различаемо. 19/I 1903 г. приключилось легкое пораженіе слизистой оболочки лѣвой голосовой связки, что заставило меня прекратить сеансы до 24/II, когда наступило заживленіе. 25/I—мѣшечковая жаба, и только 4/II удается проникнуть до пораженнаго мѣста лѣваго бронха трубкою длиною въ 32 стм. и шириною въ 9 млм. При изслѣдованіи больной усаживался на низкомъ сидѣніи, при чемъ трубки вводились съ правой стороны рта. Введеніе трубокъ происходило то легче, то труднѣе, смотря по степени дѣйствія кокаина; передвиженіе трубокъ въ дыхательномъ горлѣ удавалось поразительно легко, особенно когда больной постепенно терялъ первоначальное чувство страха. Дыхательное горло кокаинизировалось впрыскиваніемъ 10% раствора и спустя короткое время по проявленію дѣйствія кокаина возможно было проникнуть до бронховъ, не вызывая кашля.

8/II 1903 г. 2-й сеансъ. Мнѣ кажется, что я вижу инородное тѣло. Зондированіе даетъ отрицательный результатъ. Введенный пинцетъ затемняетъ поле зрѣнія. Вскорѣ начинается паренхиматозное кровотеченіе, которое становится до того обильнымъ, что сеансъ долженъ быть прекращенъ. Вечеромъ и весь слѣдующій день въ мокротѣ еще наблюдается кровь. Въ общемъ больной потерялъ приблизительно чайную ложку крови. Трубка въ 32 стм. была введена до maximum'а. Что я дѣйствительно видѣлъ инородное тѣло, я заключаю изъ того, что при позднѣйшемъ извлеченіи я имѣлъ передъ глазами ту же картину.

11/II—21/II и 25/II сеансы съ такимъ же результатомъ. Кровотеченіе каждый разъ заставляетъ прекратить сеансъ. Трубка въ 32 стм. оказывается слишкомъ короткой. По телеграфу заказывается трубка большой длины, но по ошибкѣ присылается трубка такой же длины. Въ виду неуспѣха 21/II—25/II было рѣшено прибѣгнуть къ нижней бронхоскопіи.

27/II: Верхнее горлосѣченіе. Больной уже 24/II—25/II и 26/II вечеромъ лихорадилъ (38°,0 — 38°,1), что приписывалось запору. Послѣ трахеотоміи присоединился трахеитъ съ высокой температурой, хотя операція была сдѣлана при соблюденіи всѣхъ правилъ асептики. На ранѣ никакой воспалительной реакціи не было замѣтно. Опасеніе, что образуется воспаленіе легкаго въ инфильтратѣ вокругъ инороднаго тѣла, не оправдалось. При сильномъ отдѣленіи слизистой мокроты трахеитъ прошелъ черезъ 8 дней, температура спала на 4 день, отдѣленіе мокроты прекратилось на 2—10 день. По причинѣ сильной слабости больного послѣдній и рѣшающій сеансъ былъ отложенъ на 13/II. При введеніи трубки черезъ рану трахеи—опять же въ сидячемъ положеніи больного—сразу поражаетъ, съ какой легкостью и удобствомъ теперь совершаются всѣ манипуляціи. Сопротивленіе вѣдь со стороны рта и гортани довольно значительно. Къ тому же вводимая теперь трубка куда короче (20 стм.), что съ выгодою отзывается на освѣщеніи. Прекрасную картину представляетъ при хорошемъ освѣщеніи мѣсто раздвоенія дыхательной трубки. На различной глубинѣ инструмента ярко выступаютъ всѣ подробности, ясно различается, какъ правый бронхъ почти вертикально идетъ вглубь, между тѣмъ какъ лѣвый дѣлаетъ крутой поворотъ, такъ что приходится соотвѣтственно направить трубку, чтобы проникнуть въ него. Приблизительно на разстояніи 5—6 стм. отъ раздвоенія теперь замѣтно лежащее поперекъ бронха инородное тѣло; рядомъ съ нимъ видны узкія щели просвѣта бронха. Слизистая оболочка, по видимому, сильно припухшая, но кровотеченія нѣтъ. Трубка лежитъ правильно; все время ощущается и далѣе видно необыкновенно сильное біеніе, исходящее отъ большихъ сосудовъ. Все это можно было показать при помощи ручной лампы *Casper*'а. Въ этотъ моментъ и было схвачено пинцетомъ инородное тѣло, но пришлось схватить его безъ повѣрки глазомъ. Такъ какъ трубка была доведена до самаго тѣла, а положеніе послѣдняго было извѣстно, что промахнуться въ этомъ случаѣ нельзя было. *Killian* въ подобномъ случаѣ также удостовѣрился, что пинцеты затемняютъ поле зрѣнія, такъ что онъ для извлеченія косточки воспользовался спеціальнымъ крючкомъ. Необходимо, однако, упомянуть, что ширина его трубки равнялась 7 млм., моя же трубка была 9 млм. При достаточномъ навыкѣ и хорошемъ освѣщеніи (при случаѣ съ 2-мя лампами) схватываніе пинцетомъ должно удаваться и при контролѣ глаза. Во всякомъ случаѣ извлеченіе произошло гладко и не было основанія къ предположенію, что скорлупа при этомъ раздробилась. Послѣднее обстоятельство имѣетъ немаловажное значеніе въ томъ отношеніи, что послѣ удаленія трахеальной трубки (14/27/II), а именно 17/II больной безъ особеннаго напряженія выкашлянулъ—къ всеобщему удивленію—еще одинъ большой кусочекъ скорлупы. Вѣроятно, этотъ послѣдній не былъ замѣченъ по причинѣ сильнаго набуханія слизистой оболочки. Теперь только прекратились страданія и кашель больного.

При изслѣдованіи х-лучами 19/III 1903 г. выше упомянутая тѣнь еще была видна на прежнемъ мѣстѣ, но она была свѣтлѣе. Больной въ настоящее время вполнѣ здоровъ и работоспособность его не пострадала. 7/III онъ былъ представленъ въ мѣстномъ Обществѣ русскихъ врачей. Дыхательные шумы лѣваго легкаго не были болѣе ослаблены, только слѣва отъ грудной кости они были болѣе жестки, чѣмъ нормально.

Большая заслуга *Killian*'а состоитъ въ томъ, что онъ первый разработалъ методы бронхоскопіи. 30/III 1897 г. онъ впервые ввелъ пищеводную трубку въ правый бронхъ больного, при чемъ ему удалось не только распознать, но и извлечь аспирированный кусочекъ кости (Deutsche

medicinische Wochenschrift 39, 1897). Послѣ того какъ *Schrötter* показалъ возможность трахеоскопіи введеніемъ металлическихъ трубокъ черезъ рану трахеи (*Schrötter*, Krankheiten der Luftwege, Wien, 1896) и *Hacker*, какъ оказывается, уже въ 1887 г. это показывалъ (*Eiken*, Deutsche medicinische Wochenschrift, 27, 1903), *Pieniążek* въ Краковѣ широко воспользовался этимъ методомъ и своимъ хорошимъ результатомъ доказалъ пользу его (*Pieniążek*, Verengerungen der Luftwege, Wien 1901). При помощи его «Trachealtrichter» ему удавалось также извлеченіе инородныхъ тѣлъ изъ бронховъ; но вводить трубку глубже онъ никогда не рѣшался, считая это слишкомъ опаснымъ. Теперь-же послѣ ознакомленія съ методомъ *Killian*'а онъ признаетъ преимущество послѣдняго.

Анатомическими изслѣдованіями *Killian* убѣдился, что строеніе бронховъ несравненно прочнѣе, чѣмъ строеніе пищевода, который уже давно подвергался изслѣдованію металлическими трубками. Къ тому-же бронхи эластичны, растяжимы и, что̀ важнѣе всего, подвижны, такъ какъ они нигдѣ не прикрѣплены къ грудной клѣткѣ, а погружены въ упругую ткань легкихъ, гдѣ даже мельчайшія развѣтвленія ихъ постоянно дѣлаютъ рѣзкія пульсовыя и дыхательныя движенія. На трупахъ введеніе въ бронхи твердыхъ трубокъ совершалось легко, чѣмъ подтвердилось предположеніе *Killian*'а, а именно, что бронхи оказываютъ мало сопротивленія смѣщенію инструментами. Послѣдовали изслѣдованія на живыхъ. Такъ у мужчины ростомъ въ 168 стм., помощью нижней бронхоскопіи было установлено, что раздвоеніе находится на разстояніи 14 стм. отъ раны дыхательнаго горла. «Подвигая трубку медленно и осторожно, пишетъ *Killian*, я зашелъ сначала до мѣста отхода бронха для верхней доли праваго легкаго, затѣмъ я увидѣлъ начало маленькаго бронха и, наконецъ, при нагибаніи трубки влѣво развѣтвленіе бронховъ для средней и нижней долей легкаго. При этомъ трубка моя проникла вглубь на 5 стм. отъ бифуркаціи, конецъ ея находился приблизительно около 4-го межреберного пространства». Лѣвый бронхъ по *Killian*'у отходитъ подъ большимъ угломъ; по введеніи трубки ему удавалось проникнуть въ него вглубь на 4—5 стм., гдѣ онъ находилъ развѣтвленіе для верхней и нижней долей легкаго. Нагибая трубку вправо, онъ удобно могъ осмотрѣть эти бронхи. У 6-лѣтняго мальчика всѣ эти манипуляціи совершались трубкою шириною въ 7,5 млм.

Касательно верхней бронхоскопіи, *Killian* далѣе сообщаетъ, что у больного, ростомъ въ 152 стм., онъ находилъ раздвоеніе на разстояніи 27 стм., въ остальномъ всѣ измѣренія были тождественны съ выше указанными. «Подобный-же результатъ, заключаетъ *Killian*, я получилъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ».

Сообщенія *Killian*'а во всѣхъ пунктахъ были подтверждены другими авторами и еще теперь служатъ основаніемъ для бронхоскопіи. Я также съ своей стороны могу подтвердить это. Въ общемъ я долженъ сказать, что для взрослыхъ наиболѣе примѣнимы трубки шириною въ 9 млм., а для дѣтей старше 3 лѣтъ удобнѣе трубка въ 7 млм. Но крайне важно, конечно, имѣть въ своемъ распоряженіи разнообразныя трубки и инструменты. Только при помощи бронхоскопіи мы теперь въ состояніи опредѣлить свойства и главнымъ образомъ точное мѣстоположеніе инороднаго тѣла ея, на основаніи послѣдняго выработать планъ удаленія его соотвѣтствующими инструментами. Примѣненіе крючковъ, какъ *Lister*'овскаго такъ и обыкновеннаго, возможно только при повѣркѣ глазомъ и оказывало большую пользу *Killian*'у. Попытки къ извлеченію боба были поводомъ для устройства совершенно новаго пинцета.

Въ доступной мнѣ литературѣ, я нашелъ указанія на слѣдующія инородныя тѣла въ бронхахъ и дыхательныхъ путяхъ: бобы, груши, кости, монеты, свинцовая пломба, искусственные зубы, пуговицы, скорлупа орѣшекъ, запонки. Разнообразіемъ этихъ мѣръ объясняется и разнообразіе техническихъ пріемовъ и инструментарія для извлеченія. Казуистика эта очень поучительна.

Бронхоскопія, особенно верхняя, представляетъ много трудностей; въ началѣ она кажется почти невыполнимой. Разстояніе слишкомъ большое, сопротивленіе со стороны дыхательнаго горла и полости рта довольно значительное, и приходится считаться съ терпѣніемъ больного и технической ловкостью врача. Въ острыхъ случаяхъ поэтому способъ этотъ не всегда пригоденъ. Такъ какъ здѣсь требуется быстрая помощь, то болѣе на мѣстѣ оказывается въ такихъ случаяхъ горлосѣченіе и нижняя бронхоскопія. Послѣдняя, особенно при освѣщеніи лампой *Casper*'а, представляетъ способъ, доступный каждому, мало опасный, съ большими шансами на успѣхъ, хотя и здѣсь, тѣмъ не менѣе, требуется «вѣрная рука хирурга» (*Kredel*, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1903). Bronchoscopia superior остается удѣломъ спеціалиста, какъ способъ, требующій громадный навыкъ и развитую технику.

Въ заключеніе я желалъ-бы вкратцѣ разъяснить, въ какомъ положеніи находится больной съ инороднымъ тѣломъ въ бронхахъ, и какіе результаты до сихъ поръ достигнуты бронхоскопіей. По аспираціи инороднаго тѣла, первую опасность представляетъ задушеніе. До тѣхъ поръ, пока инородное тѣло еще свободно передвигается въ дыхательномъ горлѣ оно во всякое время можетъ заложить снизу гортань и совершенно закрыть ее, становясь такимъ образомъ непосредственной причиной смерти. Если-же тѣло закрѣплено, а именно въ бронхахъ, что по статистикѣ *Heller*'а (Fremdkörper in den Luftwegen, Jnaug. Dissert. 1890) между 646 случаями происходитъ 161 разъ (113 разъ въ дыхательномъ горлѣ 132 раза въ гортани), то все зависитъ отъ развивающейся воспалительной реакціи и отъ возможнаго позднѣйшаго самопроизвольнаго выведенія. По статистикѣ *Heller*'а въ 26% можно разсчитывать на самопроизвольное выведеніе. Другіе авторы высчитываютъ высшій % и, какъ мнѣ кажется, совершенно вѣрно, такъ какъ очень много случаевъ не попадаютъ къ врачу въ виду ранняго или поздняго выкашливанія инороднаго тѣла. Въ этомъ отношеніи мой случай очень поучителенъ. Вѣдь малѣйшее перемѣщеніе инороднаго тѣла можетъ способствовать самопроизвольному выведенію. Я, однако, не могу раздѣлить оптимизмъ *Spiess*'а, который говоритъ, «что большинство случаевъ излѣчивается при выжидательномъ способѣ», хотя въ литературѣ приводятся не мало поразительныхъ случаевъ излѣченія, какъ, напр., случай изъ статистики *Gross*'а (Foreign bodies in the air passages, Philadelphia, 1854), гдѣ самопроизвольно вышелъ кусочекъ кости послѣ 60-лѣтняго пребыванія въ бронхахъ. Въ той-же статистикѣ приведены случаи съ дѣтьми, гдѣ послѣ аспираціи нѣсколькихъ инородныхъ тѣлъ послѣднія одно за другимъ отходили въ продолженіи долгаго времени. Но общее состояніе больныхъ въ большинствѣ случаевъ страдало; больной *Gross*'а не былъ вполнѣ работоспособенъ. Въ моемъ случаѣ, не смотря на незначительную мѣстную реакцію, тяжелая физическая работа не была возможна. Мнѣ также неизвѣстенъ протоколъ вскрытія, гдѣ случайно было-бы найдено въ бронхахъ инородное тѣло безъ послѣдствій для больного, между тѣмъ какъ приводятся не мало случаевъ (*Schrötter*), въ которыхъ причиной тяжелыхъ гнойныхъ заболѣваній легкихъ были найдены инородныя тѣла, о существованіи которыхъ больной во время жизни не зналъ.

Пребываніе инороднаго тѣла въ дыхательныхъ органахъ никогда нельзя считать безопаснымъ, удаленіе его всегда желательно, способы удаленія должны только быть менѣе рискованными, что, кажется, и можно утверждать про прямую бронхоскопію. Очень часто послѣ аспираціи слѣдуетъ сильная реакція со стороны легкихъ, что̀ сопровождается большой опасностью для больного. По статистикѣ *Opitz*'а, *Gross*'а, *Kühn*'а, *Dürham*'а, *Behrens*'а и *Weis*'а (*Hofmeister*, Fremdkörper in den Luftwegen, Handbuch der pract. Chirurg., т. II) смертность безъ хирургическаго вмѣшательства 51%, при операціи-же только 32%, разница, которая несомнѣнно говоритъ въ пользу операціи. Нельзя не упустить изъ виду, что оперативное вмѣшательство въ этихъ случаяхъ не изъ легкихъ. Искать пинцетомъ инородное тѣло безъ повѣрки глазомъ—трудная задача и требуется много навыка и осторожности, тѣмъ болѣе, что всегда грозитъ опасность вогнать инородное тѣло еще глубже. Тѣмъ не менѣе удаленіе этимъ спосо-

бомъ удавалось чрезвычайно часто (статистика *Kredel*'я и *Pieniążek*'а). Болѣе поразительны, однако, результаты бронхоскопіи, т. е., способъ съ повѣркою глазомъ.

Въ литературѣ есть сообщенія о необычайно смѣлыхъ операціяхъ, предпринятыхъ по поводу инородныхъ тѣлъ въ дыхательныхъ путяхъ, такъ напр., *Spiess* (Deutsche medicinische Wochenschrift, 8, 1903) приводитъ случай, когда у больного по причинѣ застрявшаго въ бронхахъ небольшого куска трахеальной трубки была вскрыта грудная кость и надрѣзана трахея; хотя и удалось удалить отломокъ трубки, но больной на слѣдующій день умеръ. Въ этомъ случаѣ бронхоскопія принесла-бы несомнѣнную пользу. У дѣтей до 2-лѣтняго возраста бронхоскопія, однако, едва-ли выполнима по причинѣ малыхъ размѣровъ органовъ и соотвѣтственно этому и трубокъ. На первомъ планѣ здѣсь стоитъ горлосѣченіе съ пришиваніемъ трахеи къ наружнымъ покровамъ (способъ *Baum*'а). *Baum* такимъ образомъ способствовалъ самопроизвольному выведенію. Способъ этотъ представляетъ еще ту выгоду, что онъ совершенно устраняетъ всегда грозящую опасность внезапной асфиксіи, а именно заложеніемъ просвѣта гортани снизу. Можно, конечно, присоединить еще трахеоскопію при помощи воронки, но бронхоскопія едва-ли возможна.

Дальнѣйшую опасность для больного представляетъ вторичное перемѣщеніе инороднаго тѣла или разбуханіе его; извѣстно, что разбуханіе, напр., бобовъ не одинъ разъ было причиною смерти. Относящіяся сюда наблюденія хорошо описаны *Hofmeister*'омъ изъ клиники *Bruhns*'а. Вслѣдствіе разбуханія боба, засѣвшаго около раздвоенія въ одномъ бронхѣ, былъ заложенъ другой бронхъ, что и послужило причиною смерти. *Killian* въ подобномъ случаѣ находился въ критическомъ положеніи: захваченный бобъ ускользнулъ изъ пинцета и отъ времени до времени закладывалъ просвѣтъ трубки, обстоятельство, причинявшее временную асфиксію. Тѣмъ не менѣе, операція окончилась благополучно (*Wild*, Archiv für Laryngologie, XII, стр. 197).

Остальныя опасности, причиною которыхъ служатъ инородныя тѣла въ дыхательныхъ путяхъ, суть слѣдующія: воспаленіе легкихъ и сосѣднихъ органовъ въ различной степени, гнойные бронхиты, гнойники и плейриты. У дѣтей особенно часто и быстро развивается воспаленіе легкихъ съ послѣдующимъ гноекровіемъ, такъ что жизнь находится въ большой опасности. Только заблаговременное удаленіе инороднаго тѣла въ такихъ случаяхъ можетъ спасти ребенка.

Исходя изъ такой точки зрѣнія, нужно разсматривать результаты бронхоскопіи. Въ опытныхъ рукахъ она наиболѣе безопасный способъ, какъ это хорошо доказываетъ послѣдній оповѣщенный *Killian*'омъ случай (Wiener klinische Wochenschrift, 1903). Примѣнима она не только въ т. наз. хроническихъ случаяхъ, но и въ острыхъ, т. е., осложненныхъ воспаленіемъ. При случаѣ приходится прибѣгнуть къ наркозу. На 17-мъ засѣданіи British Medical Association 30 іюля 1903 г. *Killian* докладывалъ о 20 случаяхъ, пользованныхъ бронхоскопическимъ способомъ (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 36, 1902).

Между пользованными было 10 дѣтей (6—въ возрастѣ отъ 2—6 лѣтъ, 4—въ возрастѣ отъ 8—12 л.) и 10 взрослыхъ. Верхней бронхоскопіи подверглись 11 случаевъ, въ 9 случаяхъ удалось распознаваніе, въ 5 удаленіе инороднаго тѣла. Нижняя бронхоскопія была примѣнена въ 9 случаяхъ, при чемъ распознаваніе удалось во всѣхъ случаяхъ, удаленіе разъ. Въ 3 удачныхъ случаяхъ явленія со стороны легкихъ, однако, не были устранены и наступило только улучшеніе; случаи эти относились къ хроническимъ. Въ остальныхъ 10 случаяхъ наступило полное выздоровленіе, въ острыхъ случаяхъ очень быстро.

Въ статистикѣ *Killian*'а содержатся, очевидно, и вышеприведенные случаи *Schrötter*'а, *Neumayer*'а, *Wild*'а, *Spiess*'а, *Killian*'а *(Worms)*, такъ какъ послѣдніе всѣ были оповѣщены до 20/VII 1902 г. Къ этимъ 20 случаямъ нужно еще присоединить:

21-й случай *Spiess*'а (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 8, 1903). Женщина. Нижняя бронхоскопія, кусокъ кости въ лѣвомъ бронхѣ, хроническій случай, 8 сеансовъ, удаленіе, выздоровленіе.

22-й случай *Killian*'а (Wiener klinische Wochenschrift, № 8, 1903). Мужчина, запонка въ лѣвомъ бронхѣ, верхняя бронхоскопія, удаленіе въ первомъ-же сеансѣ.

23-й случай—мой собственный, вышеописанный.

Результаты, достигнутые до сихъ поръ бронхоскопіей, представляются такимъ образомъ въ слѣдующемъ видѣ: въ 23 случаяхъ удалось точное распознаваніе 20 разъ, удаленіе удалось 16 разъ, а именно при помощи верхней бронхоскопіи 6 разъ, при нижней бронхоскопіи 10 разъ.

Послѣсловіе: Въ появившейся въ іюнѣ 1903 г. работѣ *v. Eiken* (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 23, 1903) о новомъ случаѣ *Killian*'а авторъ сообщаетъ, что до сихъ поръ удаленіе удалось въ 18 случаяхъ (между послѣдними 8 случаевъ *Killian*'а) и что ему извѣстны еще 3 удачныхъ случая, которые вскорѣ будутъ оповѣщены [1]).

Введеніе микробныхъ ядовъ и противоядій въ спинномозговую жидкость, какъ методъ экспериментальнаго изслѣдованія въ нейропатологіи.

Л. С. Аринштейна (Петербургъ).

(Окончаніе. См. № 31, стр. 1068).

Изложенныя мною экспериментальныя данныя и клиническія наблюденія съ достаточной убѣдительностью доказываютъ, что въ патологіи бугорчатковаго менингита и въ патологіи и терапіи столбняка примѣненіе поясничнаго прокола и непосредственное воздѣйствіе на центральную нервную систему дало въ высшей степени цѣнные результаты.

Мнѣ думается поэтому, что способъ введенія микробныхъ ядовъ и противоядій въ спинно-мозговую жидкость, оправдавшій на опытѣ наши ожиданія, долженъ получить болѣе широкое распространеніе въ экспериментальной патологіи и терапіи болѣзней нервной системы. Въ настоящей статьѣ я хотѣлъ бы обратить вниманіе лишь на 2 болѣзни: на *сифилисъ нервной системы* и *рейматическую хорею*, экспериментальное воспроизведеніе которыхъ возможно скорѣе всего именно этимъ способомъ.

Говорить объ экспериментальномъ сифилисѣ, особенно сифилисѣ нервной системы, еще годъ тому назадъ считалось-бы ересью.

Но открытіе *Мечникова* и *Roux* сдѣлало невозможность дѣйствительностью. И въ настоящее время никто не сомнѣвается, что прививка отдѣляемаго сифилитическаго шанкра человѣка вызываетъ у шимпанзе сифилитическую твердую язву, за которой слѣдуютъ явленія вторичнаго сифилиса. Опытъ *Lassar*'а вполнѣ подтвердилъ эти наблюденія.

Насъ, нейропатологовъ, особенно интересуетъ вопросъ, обнаружатся-ли у шимпанзе признаки третичнаго сифилиса, перейдетъ-ли сифилисъ на нервную систему, появятся-ли парасифилитическія страданія?

Впрочемъ, такъ какъ только сравнительно незначительная часть сифилитиковъ (можетъ быть, $^1/_6$ или $^1/_5$) попадаетъ въ разрядъ нейропатовъ, поэтому уже a priori, при крайне ограниченномъ числѣ очень дорого стоющихъ шимпанзе, трудно ожидать, чтобы нейропатологія могла извлечь что-либо поучительное изъ этихъ опытовъ. Наши затрудненія могутъ быть устранены, какъ мнѣ кажется, все тѣмъже поясничнымъ проколомъ, который оказалъ намъ услугу при экспериментальномъ бугорчатковомъ менингитѣ.

Признавая избирательное дѣйствіе ядовъ и токсиновъ, я полагаю, что и сифилитическій ядъ, или можетъ быть, лучше сказать сифилитическіе яды, будучи введены непосредственно въ нервную систему воспріимчиваго къ сифилису животнаго, дадутъ ту или иную картину сифилитическаго страданія спинного или головного мозга, оболочекъ или периферическихъ нервовъ.

Само собой разумѣется, что локализація процесса будетъ зависѣть не только отъ мѣста впрыскиваній, но и отъ способа полученія сифилитическаго яда, и, вѣроятно, отъ

---

[1]) Въ только что вышедшемъ номерѣ «Deutsche medicinische Wochenschrift» (11 августа) *Killian* сообщаетъ о своемъ 16-томъ случаѣ удаленія посторонняго тѣла. *Ред.*

физіологическаго состоянія различныхъ отдѣловъ нервной системы.

Въ настоящій моментъ, когда специфическій микроорганизмъ сифилиса не открытъ и сифилитическій токсинъ въ чистомъ видѣ еще не выдѣленъ, экспериментальное изслѣдованіе сифилиса нервной системы представляется возможнымъ лишь въ слѣдующемъ видѣ:

I. Вводить обезьянамъ-макакамъ въ спинно-мозговую жидкость поясничнымъ, атланто-затылочнымъ или спинномозговымъ проколомъ:

а) отдѣляемое твердаго шанкра человѣка;

б) сыворотку крови сифилитика въ различныхъ періодахъ болѣзни;

в) спинно-мозговую жидкость сифилитика, страдающаго органическою болѣзнью нервной системы.

II. Какъ повѣрочный способъ введеніе тѣхъ-же сифилитическихъ или парасифилитическихъ ядовъ въ кровеносную систему спинного и головного мозга.

Выполненіе такой программы встрѣтитъ, конечно, не мало техническихъ препятствій, и первое это—дороговизна и недоступность для насъ шимпанзе. Впрочемъ, въ послѣднее время *Мечникову* и *Roux* [1]) удалось привить сифилисъ и другимъ низшимъ обезьянамъ (Macacus sinicus и Macacus cynomolgus), только внѣшнія проявленія сифилиса у нихъ слабѣе, чѣмъ у шимпанзе, и это обстоятельство даже подало мысль воспользоваться макаками для ослабленія сифилитическаго яда и полученія такимъ образомъ иммунизирующей и цѣлебной сыворотки.

Говоря о бугорчаткѣ и столбнякѣ, я уже указывалъ, что при введеніи токсиновъ въ спинно-мозговую жидкость требуются значительно меньшія дозы, чѣмъ при подкожномъ впрыскиваніи; дѣйствіе яда въ этихъ условіяхъ обнаруживается и сильнѣе, и быстрѣе. Поэтому опыты надъ нервной системой Macacus могутъ дать положительные результаты.

Совершенно подобныя разсужденія убѣждаютъ меня въ возможности получить экспериментальную хорею. Я говорю, конечно, только о хореѣ *Sydenham*'а.

Мнѣніе о заразномъ происхожденіи хореи впервые было высказано *Leube*. Этотъ взглядъ раздѣляютъ *Nauwerck*, *Koch*-*Möbius*, *Laufenauer*, *Triboulet*, *Mircoli* и др.

Проф. *Бехтеревъ* еще въ 1895 году на основаніи собственныхъ клиническихъ наблюденій и экспериментальныхъ изслѣдованій *Pianese*, пришелъ къ тому выводу, что хорея вызывается циркулирующими въ крови токсинами, при чемъ въ однихъ случаяхъ эти токсины появляются подъ вліяніемъ микроорганизмовъ, въ другихъ вырабатываются путемъ самоотравленія организма, при нарушеніи обмѣна веществъ.

Кромѣ *Pianese*, находившаго въ мозгу и въ крови хореатиковъ diplobacillus и diplococcus и вызывавшаго, по видимому, у животныхъ хорею, въ литературѣ имѣются сообщенія *Maragliano*, *Richer*'а, *Berkley*'я, *Dana*, *H. Meyer*'а, которымъ также удавалось открыть въ мозгу хореатиковъ микробы.

Изъ сопоставленія литературы по этому вопросу, сдѣланнаго *Maragliano*, видно, что до послѣдняго времени открыты въ 7 случаяхъ — гроздекоккъ, въ 2-хъ случаяхъ—диплококкъ, и въ 2-хъ какая-то палочка.

Въ послѣднее время *Westphal*, *Wassermann* и *Малковъ* нашли въ одномъ случаѣ тяжелой хореи послѣ сочленовнаго ревматизма—въ крови и въ тканяхъ стафилококка, который, будучи введенъ животнымъ въ кровь, вызывалъ у нихъ острый суставной ревматизмъ. Наконецъ, недавно *Reichardt* въ 2-хъ остропротекавшихъ случаяхъ хореи, при бактеріологическомъ изслѣдованіи, сдѣланномъ послѣ смерти, нашелъ: въ 1-мъ случаѣ золотистаго гроздекокка въ крови сердца, въ другомъ въ эндокардитическихъ отложеніяхъ на 2-створчатой заслонкѣ. По патолого-анатомической картинѣ *Reichardt* относитъ оба случая въ группу остраго энцефалита.

Приведенныя мною данныя не позволяютъ, конечно, считать этотъ вопросъ окончательно рѣшеннымъ, но клиническія наблюденія съ каждымъ днемъ увеличиваютъ число доказательствъ заразнаго происхожденія хореи. По *Ziemssen*'у и *Gowers*'у, ревматизмъ встрѣчается въ 24—26% хореи; по послѣдней статистикѣ *Шварца* и *Лунца*, разсмотрѣвшихъ 124 исторіи болѣзни,—36,4%, а *Köster* на 121 случай хореи считаетъ въ 86 случаяхъ вполнѣ установленнымъ предшествовавшее ревматическое заболѣваніе.

На основаніи всѣхъ этихъ фактовъ нельзя не раздѣлять взгляда *Heubner*'а, который считаетъ ревматизмъ, эндокардитъ и хорею — ревматической тріадой, а хорею разсматриваетъ, какъ ревматическій эквивалентъ.

[1]) Въ послѣднее время *Д. К. Заболотному* удалось привить сифилисъ и павіану. *Ред.*

Въ виду этого весьма вѣроятно, что при непосредственномъ введеніи въ центральную нервную систему токсиновъ, циркулирующихъ въ крови ревматиковъ, а можетъ быть, и въ спинномозговой жидкости хореатиковъ, можно вызвать у животныхъ экспериментальную хорею. Само собой разумѣется, что въ силу общихъ законовъ біологіи, подобные опыты имѣютъ тѣмъ больше шансовъ на успѣхъ, чѣмъ ближе кровное родство экспериментируемаго животнаго съ человѣкомъ.

И такъ, есть основаніе думать, что возможно вызвать экспериментальную хорею и экспериментальный сифилисъ нервной системы по способу введенія токсиновъ въ спинно-мозговую жидкость животныхъ и, прежде всего, обезьянъ.

Спинно-мозговая жидкость должна, такимъ образомъ исполнить въ экспериментальной патологіи и терапіи ту великую роль, которую смутно предчувствовалъ и предсказывалъ знаменитый *Magendie*.

Литература. *Бехтеревъ*. Нервныя болѣзни. Вып. II. 1899.—*Behring*. Zur antitoxischen Tetanustherapie («Deutsche med. Wochenschrift», 1903, № 35).—*Bellizari* (Riforma medica», 1899).—*Bendix*. Die Cytodiagnose d. Meningitis («Deutsche med. Wochenschrift», 1901, № 43). — *Berlizheimer* und *Meyer*. Ibidem. 1903, № 42. — *Blumenthal* und *Jacob*. Zur Serumtherapie des Tetanus (Berliner klin. Wochenschrift», 1898).—*Bouchard*. Traité de pathologie generale. Tome VI. 1903. — *A. Delille*. Rôle des poisons du bacille de Koch dans la meningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux. Paris. 1903. — *Deniges* et *Sabrazes*. («Revue de médecine», 1896). — *Dide* et *Sacquepée*. («Comptes rendus de la Société de Biologie». 1901. — *Goldscheider* et *Flatau*. «Deutsche med. Wochenschrift». 1898.—*Gumprecht*. Ibidem. 1894. — *Hellendal*. Die experimentelle Lumbalpunction. Ibidem. 1901. № 13.—*Leonard* Hill. The cerebral circulation «Arris and Gale lectures, and Proceedings of the royal Society». June 1900. — *Joukovsky*. «Annales *Pasteur*». 1900.—*Köster*. «Münchener medicinische Wochenschrift». 1902, № 32.—*Laplace*. «Philadelph. medic. Journal», 1900, т. I.—*Lemonnier*. Contribution à l'étude du traitement du tetanos. Thèse de Paris. 1901.—*Leyden*. «Therapie der Gegenwart». Aug. 1901.—*Marie* et *Morax*. Rech. sur l'absorption de la toxine tetanique. «Annales Pasteur». 1902—1903.—*Martin*. Mening. tubercul. experimentale. Société de Biologie». — *Metschnikoff* et *Roux*. Experimentelle Syphilis. «Deutsche medicin. Wochenschrift». 1903. Festnummer.—*Metschnikoff* et *Roux*. «Annales Pasteur». 1904, № 1. — *Mott*. Vier Vorlesungen aus d. allg. Pathol. des Nervensystems. 1902.—*Oppenheim*. Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1902.—*Oppenheimer*. Toxine und Antitoxine. 1904. — *Peron*. Mening. tubercul. «Archives générales de médecine». 1898. — *Quincke*. О поясничномъ проколѣ. 1903.—*Ransom* et *Meyer*. Untersuchungen über d. Tetanus. «Archiv für experimentelle Pathologie». 49. 1903.—*Ransom* et *Meyer*, Die Injectionen. «Zeitschrift für physiologische Chemie. 31. 1900—1901.—*Reichardt*. «Deutsches Archiv für klin. Medicin». T LXXII, тетр. 5—6.—*Roux* et *Borrel*. «Annales Pasteur». 1898. XII.—*Rosenraad*. Die Serumtherapie u. Prophyl. d. Tetanus. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1903, № 35.—*Schuekmann*. Ibidem. 1903, № 10. — *Шварцъ* и *Лунцъ*. Хорея. «Медицинское Обозрѣніе». 1903.—*Schultze*. Die Krankheiten d. Hirnhäute und die Hydrocephalie. Nothnagel's Handb. d. speciel. Pathologie. Bd. IX. 1901.—*Schultze*. «Grenzgebiete d. Medicin und Chirurgie». 1900. — *Schoenborn*. Centralblatt f. Nervenheilkunde», 1903 и «Archiv für Psychiatrie». Bd. XXXVII.—*Sicard*. Le liquide cephalo-rachidien. 1902. - *Sicard*. Les injections sous-arachnoidiennes et le liq. cephalo-rachidien. 1900.—*Sicard*. Essais d'injections microbiennes toxiques et thérapeutiques par voie cephalo-rachidienne. «Comptes rendus de la Société de biologie». 1898. *Souques* et *Castaigne*. «Société medicale des Hôpitaux». 9 Juin 1899. — *Vidal*, *Sicard* et *Lesné*. «Comptes rendus de la Société» de biologie». Juillet. 1898.—*Ziehen*. Nervensystem. Bardeleben's Handbuch der Anatomie des Menschen. 1899.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

О подготовкѣ санитарныхъ врачей.

Усиленное развитіе санитарной организаціи въ земскихъ губерніяхъ въ теченіи послѣднихъ лѣтъ выдвинуло вопросъ о необходимости соотвѣтствующей подготовки санитарныхъ врачей. Здѣсь, какъ и во многихъ другихъ случаяхъ, жизнь оказалась значительно впереди мертвыхъ формъ отжившихъ, устарѣлыхъ законовъ.

Всѣми чувствуется потребность учрежденія органовъ санитарнаго надзора, но, къ сожалѣнію, мы не видимъ подъ собой твердой почвы въ видѣ санитарнаго законодательства, которое дѣлало-бы обязательнымъ для всѣхъ проведеніе въ жизнь минимальныхъ нормъ санитарнаго

благополучія, выработанныхъ гигіэной и налагало-бы строгую отвѣтственность на нарушителей.

Но даже и при существующихъ законахъ подготовленный санитарный врачъ можетъ многое сдѣлать.

Теперь, при начинающемся ростѣ санитарныхъ требованій, города и земства вправѣ разсчитывать на приглашенныхъ санитарныхъ врачей, какъ на истинныхъ помощниковъ. Послѣдніе, относясь съ большимъ увлеченіемъ къ новому, живому, дѣлу, чувствуютъ, что одного желанія работать не достаточно, чтобы быть полезнымъ, необходимо умѣнье взяться за работу. Оно-же дается только спеціальнымъ гигіэническимъ образованіемъ. Отсюда логически вытекаетъ вопросъ объ особыхъ курсахъ для санитарныхъ врачей. Потребность въ такихъ курсахъ сознана Обществомъ взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ для усовершенствованія въ Петербургъ, каковое Общество и приступило къ организаціи этихъ курсовъ.

Статья многоуважаемаго товарища *С. Корженевскаго* («Русскій Врачъ», 1904, № 29) содержитъ не мало интересныхъ данныхъ. Изъ нея мы узнаемъ, что сдѣлано было у насъ по этому поводу и желательную программу курсовъ.

Въ настоящей статьѣ я желалъ-бы высказать нѣсколько соображеній именно по поводу этой программы.

Курсы, устроенные въ Петербургѣ зимой 1902 г. губернскимъ земствомъ и городской Думой, не могли выполнить всей программы. Это произошло, какъ мнѣ кажется, оттого, что намѣченныя лекціи не составляли между собой связнаго цѣлаго и носили по преимуществу теоретическій характеръ.

Я вполнѣ согласенъ съ *С. Корженевскимъ*, что на этихъ курсахъ должно быть отведено какъ можно больше мѣста практическимъ занятіямъ, предъявленіямъ приборовъ, моделей, таблицъ, плановъ и діапозитивовъ съ волшебнымъ фонаремъ. Составить программу, которая удовлетворила-бы всѣхъ слушателей, очень трудно.

Было-бы очень хорошо, если-бы санитарные врачи, желающіе воспользоваться приглашеніемъ Общества взаимопомощи врачей, прислали ему хотя бы краткія указанія относительно наиболѣе важныхъ пунктовъ программы. Тогда явилась-бы возможность устроителямъ этихъ курсовъ согласовать требованія большинства товарищей.

Программа-же, намѣченная *С. Корженевскимъ* для земскихъ санитарныхъ врачей, представляется мнѣ слишкомъ обширной, а потому и практически невыполнимой, такъ какъ она потребовала бы не менѣе $^1/_2$ года.

Я имѣю въ виду предложить здѣсь такую программу, которая, съ одной стороны, удовлетворяетъ большинству требованій, предъявляемыхъ санитарнымъ врачамъ, съ другой стороны, можетъ быть пройдена въ 2—3 мѣсяца.

1. Изученіе климатическихъ условій даннаго мѣста. Воздухъ. Физическія свойства. Ученіе о климатѣ. Метеорологія. Знакомство съ приборами.
2. Химическія свойства воздуха. Методика опредѣленія углекислоты и другихъ газообразныхъ примѣсей.
3. Почва. Вліяніе ея на составъ воды. Процессы самоочищенія.
4. Вода. Источники водоснабженія. Условія и вліяніе загрязненія воды. Оцѣнка доброкачественности воды.
5. Методика химическаго изслѣдованія воды.
6. Водоснабженіе. Очистка воды.
7. Жилище. Вліяніе почвы. Образованіе сырости и мѣры предохраненія.
8. Отопленіе и освѣщеніе.
9. Вентиляція—естественная и искусственная.
10. Удаленіе нечистотъ.
11. Основы правильнаго питанія.
12. Основы борьбы съ заразными болѣзнями. Теоріи невоспріимчивости.
13. Общія мѣры борьбы съ заразными болѣзнями: уединеніе, больничное лѣченіе, предохранительныя и лѣчебныя прививки.
14. Обеззараживаніе.
15. Воздухъ, вода и почва, какъ среды, могущія распространять заразныя болѣзни.
16. Заразныя болѣзни, передаваемыя животными.
17. Зараженные, испорченные пищевые припасы. Подѣлка ихъ.
18. Способы статистическихъ изслѣдованій.
19. Основы школьной гигіэны.
20. Основы фабричной гигіэны.
21. Санитарное законодательство.
22. Гигіэническія задачи.
23. Гигіэническія экскурсіи.

Нѣкоторые изъ вопросовъ потребуютъ одной, другіе нѣсколькихъ лекцій, значительная часть ихъ должна сопровождаться практическими занятіями. Трудно сказать впередъ, сколько понадобится лекцій, чтобы выполнить вышеуказанную программу, такъ какъ многое будетъ зависѣть, какъ отъ слушателей, такъ и отъ лекторовъ.

Нужно помнить, что такой курсъ потребуетъ отъ врача очень напряженной работы и въ лабораторіи, гдѣ ему прійдется не мало упражняться въ методикѣ, и дома. Поэтому болѣе 3 теоретическихъ лекцій и 2 практическихъ занятій въ недѣлю нельзя устраивать, такъ какъ и тогда промежутки между ними будутъ цѣликомъ заполнены изученіемъ методики. Если мы отведемъ 3—4 лекціи въ теченіи курса на рѣшеніе гигіэническихъ задачъ и по одной экскурсіи въ недѣлю, то всего наберется у насъ не меньше 50 лекцій. Если предположить 24 теоретическихъ лекціи, 16 практическихъ, 4 занятія съ задачами и 8 экскурсій, то все займетъ 2 мѣсяца. Такого рода программа представляется мнѣ выполнимой и думается, что въ Петербургѣ можно будетъ подыскать опытныхъ лекторовъ для всѣхъ отдѣловъ. Наиболѣе трудный вопросъ—средства по устройству курсовъ и помѣщеніе для него.

Мы знаемъ, что на пробные курсы было ассигновано въ Петербургѣ 1500 р. Мнѣ кажется, что при общемъ числѣ 56 лекцій, при 2-хъ мѣсячной продолжительности курсовъ и группѣ слушателей въ 15—20 человѣкъ понадобилось-бы не меньше 1000 руб. Простой разсчетъ говоритъ, что плата за курсъ въ 50 р., покроетъ всѣ расходы.

Заграницей мнѣ приходилось платить и по 100 р. за 2-хъ мѣсячные курсы. Но у насъ это покажется слишкомъ дорогимъ. Хотя, съ другой стороны, каждое земство, посылающее врача на курсы, могло-бы очень легко отпустить ему необходимую сумму для взноса за участіе въ курсахъ, тѣмъ болѣе, что ничтожный расходъ этотъ вернется съ лихвой отъ той пользы, которую принесетъ своему земству врачъ, участвовавшій въ курсахъ. Что-же касается помѣщенія, то наиболѣе подходящимъ должно считать гигіэническую лабораторію В.-Медицинской Академіи.

Надо думать, что и на этотъ разъ глубокоуважаемый проф. *С. В. Шидловскій* разрѣшитъ воспользоваться ею, какъ это онъ уже сдѣлалъ въ 1902 г. Несомнѣнно, что подобные курсы принесутъ огромную пользу санитарнымъ врачамъ и дадутъ послѣднимъ возможность приступить къ научному изученію вредныхъ условій окружающей обстановки и изысканію средствъ для искорененія ихъ. Несомнѣнно, что этотъ гигантскій трудъ не скоро принесетъ осязательные плоды, и только при одновременномъ улучшеніи экономическихъ условій населенія начнетъ обязательно подниматься и санитарное благополучіе его.

В. Кашкадамовъ.

Письма изъ Берлина.

Крупный инцидентъ въ Берлинскомъ терапевтическомъ Обществѣ по поводу способа проф. Jacob'а лѣченія бугорчатки.—Врачебныя поѣздки на курорты въ Германіи.

Когда я въ послѣднемъ своемъ письмѣ сообщалъ о новомъ способѣ лѣченія легочной бугорчатки, предложенномъ Берлинскимъ профессоромъ *Jacob*'омъ [1]), я не могъ предполагать, что мнѣ такъ скоро придется опять вернуть-

[1]) Въ прошломъ письмѣ слѣдуетъ исправить слѣдующую опечатку: на стр. 908, 2-ой столбецъ, 57-ая строка сверху *напечатано*: въ теченіи 10 минутъ до *90* куб. стм.; *слѣдуетъ* читать: въ теченіи 10 минутъ до *30* куб. стм.

ся къ этой темѣ. Но то, что произошло послѣ доклада *Jacob*'а и его сотрудниковъ, настолько необычно, настолько взволновало мѣстныхъ врачей, что обойти это молчаніемъ, я не считаю возможнымъ.

Пренія по этому докладу заняли 2 засѣданія здѣшняго терапевтическаго Общества, при чемъ велись они болѣе, чѣмъ оживленно. Общее возбужденіе, особенно во время 2-го засѣданія было такъ велико, что залъ засѣданія напоминалъ собой рейхстагъ во время бурныхъ засѣданій при обсужденіи таможеннаго тарифа: со всѣхъ сторонъ слышались возгласы, восклицанія, прерывавшіе ораторовъ; особенно становилось шумно, когда говорилъ *Jacob*. Во время 1-го засѣданія обсуждался докладъ по существу, при чемъ всѣ безъ исключенія указывали на практическую непригодность и теоретическую необоснованность новаго способа лѣченія. Прежде всего на всѣхъ непріятно подѣйствовала скудость подготовительной работы и недостаточное количество представленныхъ случаевъ. Предлагая новый способъ лѣченія легочной бугорчатки, *Jacob* вкупѣ со своими сотрудниками (проф. *Rosenberg* и ветеринарный врачъ *Bongert*) въ сущности произвелъ всего 1 опытъ на крупномъ животномъ—коровѣ, при чемъ онъ тутъ только показалъ, что животныя могутъ переносить сливанія большихъ количествъ жидкости, но не доказалъ, что вливанія туберкулина могутъ излѣчить бугорчатку легкихъ; представленные имъ препараты никого не могли убѣдить, такъ какъ на нихъ не было видно излѣченія, а, наоборотъ, во многихъ мѣстахъ въ легкихъ видны были просовидныя бугорки и свѣжія творожистыя гнѣзда. Мало того, самый фактъ введенія значительныхъ количествъ жидкости въ легкія оказался не новымъ: еще въ 1878 г. *Schüller* влилъ въ легкія кролику 32 к. стм. жидкости и много другихъ авторовъ производили съ успѣхомъ тотъ-же опытъ; но изъ этого вовсе не слѣдуетъ, что онъ безопасенъ: проф. *Max Wolf*, желая провѣрить опыты *Jacob*'а, ввелъ, придерживаясь въ точности его указаній 3-мъ кроликамъ въ легкія окрашенную жидкость; всѣ животныя погибли въ теченіи 24 часовъ, при чемъ оказалось, что красящее вещество проникло въ большую часть средней и нижней доли легкаго, между тѣмъ какъ верхняя осталась неокрашенной. Изъ этого слѣдуетъ, что далеко не всегда вливанія въ легкія бываютъ безвредны и для животныхъ. Кромѣ того было указано на то, что туберкулинъ при мѣстномъ примѣненіи, съ одной стороны, не имѣетъ болѣе цѣлебнаго дѣйствія, чѣмъ при введеніи его въ кровь, а, съ другой, наоборотъ, можетъ имѣть и безусловно вредное вліяніе на теченіе болѣзни. *Cornet* при опытахъ со вдыханіемъ распыленнаго туберкулина наблюдалъ непріятныя осложненія вслѣдствіе попаданія крупныхъ капель этого вещества въ легкія. Еще *Virchow* въ 1891 г. указалъ на то, что туберкулинъ можетъ вызвать воспаленія легкихъ не специфическаго характера и, благодаря размягченію творожистыхъ массъ, способствовать занесенію заразнаго матеріала въ другія части тѣла. Мѣстное примѣненіе туберкулина, по мнѣнію проф. *Wassermann*'а, имѣло-бы, можетъ быть, тогда свое оправданіе, если-бы между бугорчатковой палочкой и туберкулиномъ существовало химическое сродство, какъ между ядомъ и противоядіемъ. На самомъ-же дѣлѣ этого нѣтъ: туберкулинъ даже въ пробиркѣ не дѣйствуетъ бактеріиубивающе по отношенію къ *Koch*'овской палочкѣ. Нельзя поэтому признать существенной разницы въ дѣйствіи туберкулина при внутривенномъ и внутрилегочномъ способѣ введенія его въ организмъ.

Попытки лѣчить введеніемъ лѣкарственныхъ веществъ непосредственно въ легкія, какъ заявилъ *F. Klemperer*, были сдѣланы еще до *Jacob*'а. Еще въ 1890 г. испанскій врачъ *Potai*, а за нимъ и другіе сообщали о блестящихъ результатахъ, полученныхъ ими при лѣченіи бугорчатки вливаніемъ разныхъ лѣкарствъ въ легкія, но прошло нѣсколько лѣтъ и всѣ замолчали объ этомъ. Вся суть въ томъ, что нужно раньше найти лѣкарство, которое излѣчивало-бы бугорчатку, а потомъ уже можно будетъ спорить о томъ, какимъ путемъ лучше его вводить въ организмъ.

Если къ сказанному еще прибавить, что одинъ изъ сотрудниковъ *Jacob*'а проф. *Rosenberg* заявилъ, что вливанія въ легкія туберкулина вызываютъ сильные припадки кашля ко-торые могутъ повести къ кровотеченіямъ у расположенныхъ къ послѣднимъ больныхъ, то ясно станетъ, что никто изъ врачей, ознакомившихся съ вышеприведенными недостатками новаго способа, не рѣшился-бы испробовать его на довѣренныхъ ему больныхъ. Точно также и представленныя *Jacob*'омъ 5 молодыхъ дѣвушекъ, якобы излѣченныхъ по его способу, не могли никого убѣдить. Д-ръ *Salomon* нашелъ даже умѣстнымъ предложить докладчику ироническій вопросъ, не были ли представленныя дѣвушки послѣ лѣченія по новому способу посылаемы для поправки въ деревню.

Казалось-бы, что такой уничтожающей критики было-бы совершенно достаточно для того, чтобы навсегда предать забвенію эту неудачную попытку найти дѣйствительное средство противъ бугорчатки и надолго, а можетъ и навсегда излѣчить автора отъ стремленія пріобрѣсти лавры спасителя рода человѣческаго слишкомъ уже легкимъ путемъ. Къ сожалѣнію, на этомъ «инцидентъ» не окончился и къ огорченію всѣхъ, дорожащихъ честью врачебнаго сословія, инцидентъ принялъ очень непріятный и некрасивый оборотъ, такъ какъ оказалось, что *Jacob* при выполненіи своей задачи обнаружилъ недобросовѣстное отношеніе, какъ къ довѣреннымъ ему въ *Leyden*'овской клиникѣ больнымъ, такъ и къ своимъ товарищамъ, передъ которыми хотѣлъ скрыть факты, бросающіе тѣнь на его способъ лѣченія.

Началось съ того, что прозекторъ патологическаго Института въ Charité д-ръ *Westenhofen* заявилъ, что ему пришлось вскрывать трупъ дѣвушки, скончавшейся въ клиникѣ проф. *Leyden*'а въ отдѣленіи *Jacob*'а; при жизни дѣвушкѣ этой было сдѣлано 5 *вливаній* туберкулина, при чемъ для облегченія введенія жидкости въ легкія даже было сдѣлано *горлосѣченіе*. Насколько можно судить по исторіи болѣзни и даннымъ вскрытія, въ этомъ случаѣ легочныя вливанія могли имѣть дурное вліяніе на ходъ болѣзни и ускорить смерть больной. *Объ этомъ случаѣ, однако, Jacob въ своемъ докладѣ не заикнулся ни однимъ словомъ.*

На это тяжкое обвиненіе, взволновавшее все собраніе, *Jacob* возразилъ, что онъ не счелъ нужнымъ упоминать объ этомъ случаѣ, такъ какъ для оцѣнки его способа онъ не можетъ имѣть значенія; вливанія-же были предприняты какъ ultimum refugium, такъ какъ больная была уже безнадежно плоха; что касается горлосѣченія, то оно якобы сдѣлано было при наличности строгихъ для того показаній (отекъ голосовой щели). Если д-ръ *Westenhofer* вынесъ впечатлѣніе, что вливанія могли имѣть дурное вліяніе на теченіе болѣзни, то происходитъ это отъ того, что въ его распоряженіи не было подлинной исторіи болѣзни, а дѣлалъ онъ свои заключенія на основаніи краткаго журнала, взятаго изъ конторы Charité; всѣмъ извѣстно, что въ этихъ краткихъ извлеченіяхъ исторія болѣзни нерѣдко представляется въ невѣрномъ или извращенномъ видѣ. Какъ увидимъ ниже, всѣ эти оправданія не выдерживаютъ критики, такъ какъ несогласны съ истиной. Этой защитительной рѣчью закончился 1-й день преній по докладу *Jacob*'а.

На слѣдующій день въ нѣкоторыхъ наиболѣе распространенныхъ органахъ общей печати появились краткія отчеты объ описанномъ выше засѣданіи терапевтическаго Общества. Проф. *Jacob* узрѣлъ въ этомъ опасность для чести своего имени и нашелъ нужнымъ помѣстить въ «Berliner Tageblatt» (наиболѣе распространенная политическая газета) оправдательный документъ, въ которомъ повторялось тоже самое, что сказано было и выше. Этимъ обращеніемъ къ публикѣ *Jacob* еще болѣе возстановилъ противъ себя врачей и когда онъ явился во 2-е засѣданіе (18-го іюля), то уже весь переполненный залъ былъ настроенъ противъ него. Предсѣдатель д-ръ *Becher* нашелъ даже нужнымъ при открытіи засѣданія сказать, что онъ надѣется, что все, что будетъ сказано на засѣданіи, не попадетъ завтра-же въ политическую печать. Онъ, очевидно, предвидѣлъ уже, что предстоятъ дальнѣйшія разоблаченія относительно клинической дѣятельности молодого профессора-карьериста, которыми ученому Обществу гордиться не придется. И, въ самомъ дѣлѣ, оказалось, что *Jacob* по-

задумывался дѣлать больнымъ горлосѣченіе съ единственной цѣлью облегчить себѣ введеніе лѣкарственной жидкости въ легкія. Мало того, одна больная обвинила его еще въ томъ, что горлосѣченіе ей было сдѣлано безъ ея согласія, не говоря уже о томъ, что не было рѣшительно никакихъ показаній къ такой серьезной операціи. Особенно взволновало всѣхъ то обстоятельство, что горлосѣченіе было предпринято тогда, когда еще у *Jacob*'а не могло быть никакой увѣренности въ томъ, что его способъ дѣйствителенъ, такъ какъ онъ въ то время даже еще не владѣлъ техникой легочныхъ вливаній и операцію рѣшилъ предпринять послѣ того, какъ нѣсколько разъ неудачно пытался ввести туберкулинъ въ легкія черезъ естественные пути. Далѣе, выяснилось, что всѣ приведенные *Jacob*'омъ въ свое оправданіе доводы не выдерживаютъ самой снисходительной критики и приведенные въ нихъ факты прямо невѣрны. Въ своихъ возраженіяхъ на взведенныя на него тяжкія обвиненія онъ не могъ сказать ничего по существу дѣла и неумѣлой и неудачной защитой еще болѣе подтвердилъ свои прегрѣшенія противъ врачебной и общечеловѣческой этики. Онъ, напр., самымъ наивнымъ образомъ удивлялся тому, что всѣ такъ нападаютъ на него за производство горлосѣченія безъ жизненныхъ показаній. По его мнѣнію, это такая невинная операція, на какую можно всегда рѣшиться, если есть малѣйшая надежда при ея помощи облегчить страданія больного. Другихъ болѣе вѣскихъ возраженій у *Jacob*'а не нашлось.

Одинъ изъ врачей предложилъ выбрать особую коммиссію, которая занялась-бы «дѣломъ *Jacob*'а», но до этого дѣло, вѣроятно, не дойдетъ. Слишкомъ стремительный молодой профессоръ, будетъ, вѣроятно, наказанъ за свои грѣхи безъ участія коммиссіи. Пока ему пришлось уже уйти изъ Charité; вѣроятно придется также распроститься и съ правомъ быть частнымъ преподавателемъ университета. Въ одномъ изъ спеціально-сословныхъ журналовъ даже высказано было требованіе какъ можно строже наказать виновнаго ради чести сословія; несомнѣнно, что этимъ инцидентомъ воспользуются шарлатаны для того, чтобы обвинить все врачебное сословіе въ томъ, что оно производитъ опыты надъ людьми и врачи должны показать, что они отказываются отъ такихъ экспериментаторовъ. Какъ бы то ни было «инцидентъ съ проф. *Jacob*'омъ» является печальной страницей въ исторіи медицинской науки въ Германіи. Инцидентъ этотъ глубоко огорчилъ всѣхъ, кто дорожитъ честью врачебнаго сословія и любитъ медицинскую науку.

Въ дополненіе къ помѣщенному въ «Русскомъ Врачѣ» (№ 28) письму д-ра *Бѣлинова* о «Врачебныхъ поѣздкахъ на курорты юго-восточной Франціи», считаю нужнымъ сообщить, что и въ Германіи въ послѣдніе годы устраиваются такія же поѣздки съ научно-образовательной цѣлью. Здѣсь для этой цѣли существуетъ особый комитетъ, который въ нынѣшнемъ году устраиваетъ 4-ю поѣздку. Она начинается 7-го сентября новаго стиля въ городѣ Görlitz и имѣетъ цѣлью подробно ознакомить участниковъ съ курортами Силезіи. Осмотру подлежатъ слѣдующіе курорты: Flinsberg, Warmbrunn, Johannisbad, Cudowa, Reinerz, Landeck, Charlottenbrunn и Salzbrunn; кончается общая поѣздка въ Breslau. Въ нынѣшнемъ году имѣется въ виду ознакомить участниковъ экскурсіи не только съ чисто лѣчебными учрежденіями, но и съ общественно-гигіеническою постановкой дѣла на курортахъ. Лекціи во время поѣздки будутъ читать слѣдующіе профессора: *Brieger*, *Flügge*, *Goldscheider*, *Ott*, *Rosin*, *Stern* и *v. Strümpell*.

Стоимость всей $11^1/_2$-дневной поѣздки (ѣзда по желѣзной дорогѣ и въ экипажѣ, 30 клгрм. багажа безплатно, квартира и полный пансіонъ—кромѣ напитковъ) стоитъ всего 135 марокъ (62 р. 10 к.).

Нужно согласиться съ тѣмъ, что это очень дешево и слѣдуетъ настоятельно совѣтовать участіе въ такихъ поѣздкахъ. Къ сожалѣнію, у меня нѣтъ пока личнаго опыта на счетъ этихъ экскурсій, но то, что мнѣ приходилось читать о прежнихъ поѣздкахъ, организованныхъ тѣмъ-же комитетомъ, заставляетъ предполагать, что они представляютъ весьма счастливое сочетаніе пріятнаго съ полезнымъ.

Желающіе узнать подробности о поѣздкѣ нынѣшняго года должны обратиться къ генеральному секретарю комитета (Hofrat Dr. *W. H. Gilbert* въ Baden-Baden).

Berlin. 28/VI 1904 г. *А. Коварскій.*

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Патологическая анатомія. 616. Д-ръ *К. Г. Серповскій* изучалъ *некробугорчатку и ложную бугорчатку легкихъ у кроликовъ*. Онъ нашелъ, что убитыя бугорчатковыя палочки, впрыснутыя въ дыхательное горло, уже черезъ весьма короткое время вызываютъ въ легкихъ образованіе бугорковъ, состоящихъ изъ эпителіоидныхъ клѣточекъ и клѣточекъ-великановъ. Бугорки эти, достигнувъ извѣстнаго возраста и объема, могутъ подвергаться гіалиноподобному перерожденію и коагуляціонному некрозу въ своей центральной части съ послѣдующимъ творожистымъ перерожденіемъ. Спустя 6—7 мѣсяцевъ макро-и микроскопическая картина легкихъ принимаетъ почти нормальный видъ. Разстройства общаго состоянія подвергавшихся опытамъ кроликовъ были незначительны. Болѣзнетворное дѣйствіе убитыхъ бугорчатковыхъ палочекъ, по мнѣнію автора, обусловливается заключающимися въ нихъ ядовитыми веществами, противостоящими обезпложиванію. Убитыя палочки довольно долгое время послѣ введенія въ организмъ животныхъ сохраняютъ способность хорошо окрашиваться. Общее количество ихъ съ продолжительностью опыта постепенно убываетъ. Приблизительно на 3-мъ мѣсяцѣ онѣ совершенно исчезаютъ. Живыя ложнобугорчатковыя палочки *Petri-Рабиновичъ* при введеніи въ дыхательные пути кроликамъ вызываютъ въ легкихъ измѣненія узелковаго характера, макроскопически совершенно тождественныя съ измѣненіями, вызываемыми убитыми бугорчатковыми палочками; микроскопически-же измѣненія эти существенно различаются: для ложной бугорчатки характерны бугорки, состоящіе въ центрѣ изъ полиморфноядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ, окруженныхъ съ периферіи эпителіоидными клѣточками съ клѣточками-великанами. Дальнѣйшая судьба ихъ—некротическій распадъ въ центральной части, но безъ творожистаго перерожденія. Болѣзнетворное дѣйствіе ложно-бугорчатковыхъ палочекъ въ отношеніи кроликовъ не велико: спустя 6—8 мѣсяцевъ отъ начала зараженія животныя совершенно выздоравливаютъ, и анатомическая картина легкихъ приходитъ къ нормѣ. Кислотоупорность ложно бугорчатковыхъ палочекъ, по наблюденіямъ автора, значительно слабѣе, чѣмъ *Koch*'овскихъ палочекъ (Юрьевская диссертація). *С. Н.*

Физіологія и общая патологія. 617. Д-ръ *Kättcrer* (Berlin) изслѣдовалъ *въ 50 случаяхъ желтухи и болѣзней печени склеивающую способность крови по отношенію къ тифознымъ палочкамъ*. Работа была вызвана желаніемъ провѣрить теорію—объ усиленіи склеивающей способности крови циркулирующими въ ней при желтухѣ составными частями желчи. Только въ одномъ случаѣ реакція *Widal*'я дала положительный результатъ при разведеніи 1 : 50. Авторъ поэтому полагаетъ, что составныя части желчи не имѣютъ вліянія на склеиваніе и что если и наблюдаются при желтухѣ усиленіе склеивающей способности крови, то это слѣдуетъ объяснить такъ называемымъ групповымъ склеиваніемъ, т. е. тѣмъ, что кровь часто обладаетъ способностью склеивать не только самого возбудителя болѣзни, но и родственные ему микроорганизмы (Berliner klinische Wochenschrift, № 26). *А. Коварскій.*

618. *Окрашенный потъ* (chromidrosis) бываетъ большею частью 2-хъ родовъ: красный цвѣтъ, который бываетъ обусловленъ бактеріями и синій, вслѣдствіе выдѣленія индикана, который на воздухѣ окисляется въ индиго. Это дѣленіе на 2 группы, предложенное въ 1891 г. *Fourè*, однако, неправильно, такъ какъ *кромѣ краснаго и синяго пота* наблюдался еще потъ, окрашенный въ *зеленый и желтый цвѣта* и кромѣ индикана цвѣтъ пота можетъ быть обусловленъ еще фосфорнокислой закись-окисью желѣза. Д-ръ *Richard Trommsdorff* (изъ гигіеническаго Института

въ München'ѣ) описываетъ случай краснаго пота, при которомъ ему удалось выдѣлить 2 вида микроорганизмовъ, обусловливавшихъ окрашиваніе пота. Одинъ изъ нихъ, который авторъ предлагаетъ назвать micrococcus chromidrogenes ruber выдѣляетъ красное вещество, которое нерастворимо въ водѣ, алкоголѣ, эѳирѣ и другихъ обычныхъ растворителяхъ и растетъ на обычныхъ питательныхъ средахъ. Другой микроорганизмъ—micrococcus chromidrogenes citreus, выдѣляетъ желтое вещество, которое такъ-же мало растворимо, какъ и красное 1-го микроорганизма. Разводки были добыты изъ волосъ подмышковой впадины. Попытки вызвать выдѣленіе цвѣтного пота у нормальныхъ людей путемъ прививки описанныхъ бактерій на кожу дали положительный результатъ только для желтаго микроорганизма. Красный привить никоимъ образомъ не удалось: вѣроятно, онъ требуетъ для своего роста на кожѣ особыхъ благопріятныхъ условій (Münchener medicinische Wochenschrift, № 29). *А. Коварскій.*

619. Д-ръ *H. Arnsperger* (Heidelberg) на основаніи 35 случаевъ, наблюдаемыхъ въ клиникѣ проф. *Erb*'а, пытается разборомъ всѣхъ данныхъ установить *этіологію и патогенезъ анейризмы аорты.* Выводъ, къ которому онъ приходитъ, слѣдующій: анейризмы аорты въ преобладающемъ числѣ сводятся къ воспалительному процессу стѣнки аорты, причиною-же этого воспалительнаго процесса и послѣдовательнаго развитія анейризмы является въ большомъ числѣ случаевъ сифилисъ (дѣло идетъ только о мѣшкообразныхъ и цилиндрическихъ анейризмахъ) (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 78, тетр. 5 и 6). *А. Н. Д.*

620. Д-ръ *Triau. Передача чумы человѣку другими животными, кромѣ крысъ и мышей.* Выводы автора слѣдующіе. Зараженіе чумой наблюдалось особенно часто у крысъ, мышей, морскихъ свинокъ, обезьянъ, сурковъ и кошекъ. Эти животныя очень чувствительны къ чумной заразѣ. Гораздо менѣе чувствительны къ заразѣ собаки, свиньи, бараны и козлы. Птицы и змѣи при обыкновенной температурѣ, а также ящерицы и лягушки трудно поддаются зараженію. Передача чумы отъ животнаго къ человѣку можетъ совершаться посредствомъ укуса. Ужаленіе (мухой, клопомъ и т. п.) является настоящей прививкой заразы, такъ какъ при ужаленіи насѣкомыя изливаютъ въ рану настоящія культуры чумныхъ палочекъ. Чумныя палочки могутъ также въ большомъ количествѣ распространяться повсюду посредствомъ испражненій животныхъ. Смѣшиваясь съ пылью, эти палочки, будучи вдыхаемы съ воздухомъ, могутъ быть причиной легочной чумы (Paris'жская диссертація). *И. Вирскій.*

Фармакологія. 621. Д-ръ *Karl Grube* (Neuenahr-Bonn), разбирая *исключительно молочную діэту при хроническихъ воспаленіяхъ почекъ,* приходитъ къ заключенію, что *употребленіе молочной діэты основывается отчасти на неправильныхъ и недоказанныхъ предположеніяхъ, отчасти излишне и часто вредно.* Главный вредъ молочной діэты—недостаточное питаніе больныхъ. Почечные больные большею частью малокровны, почему для нихъ необходимо большее количество питательныхъ веществъ, чѣмъ ихъ заключается въ молокѣ; если 12—15-мѣсячному ребенку уже недостаточно исключительнаго питанія молокомъ, то тѣмъ болѣе это относится къ взрослымъ. Изслѣдуя мочеотдѣленіе, удѣльный вѣсъ мочи и выдѣленіе бѣлка въ 7 случаяхъ зернистыхъ почекъ и 3 случаяхъ паренхиматознаго нефрита, авторъ убѣдился, что въ большинствѣ случаевъ при смѣшанной діэтѣ выдѣляется больше жидкости относительно введенной, чѣмъ при молочной діэтѣ, такъ что при послѣдней въ тѣлѣ задерживается болѣе жидкости. По отношенію къ выдѣленію бѣлка особенной разницы опредѣлить не удается, но въ 1 случаѣ паренхиматознаго нефрита у мальчика, 17 л., гдѣ, не смотря на исключительно молочную діэту, выдѣленіе бѣлка было значительно и мальчикъ представлялъ всѣ признаки сильнаго малокровія, переходъ на обыкновенную пищу (за исключеніемъ раздражающихъ) привелъ къ исчезанію малокровія, улучшенію сердечной дѣятельности и уменьшенію бѣлка въ мочѣ до незначительныхъ слѣдовъ. На основаніи своихъ наблюденій авторъ приходитъ къ заключенію, что 1) при хроническихъ заболѣваніяхъ почекъ исключительно молочная діэта или діэта, гдѣ главную роль играетъ молоко—должна быть оставлена; 2) что употребленіе мяса и яицъ въ тѣхъ-же пропорціяхъ, какъ и у здоровыхъ при смѣшанной діэтѣ—можно смѣло разрѣшить; 3) нѣтъ никакого различія, ѣсть-ли бѣлое или темное мясо; 4) выдѣленіе мочи при смѣшанной діэтѣ благопріятнѣе, чѣмъ при молочной; особенно это нужно имѣть въ виду, когда вслѣдствіе слабости сердца появляются отеки (Deutsche Aerzte-Zeitung, тетр. 10). *А. Н. Дмитріевъ.*

622. Проф. *Siegert* (Halle) хвалитъ *новый,* приготовленный по его указанію, Цюрихскимъ проф. *Cloëtta препаратъ желѣза*—біоферринъ, который онъ съ успѣхомъ примѣнялъ при лѣченіи малокровія въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ. Біоферринъ приготовляется изъ крови, содержитъ много гэмоглобина и выгодно отличается отъ гэматогена *Hommel*'я тѣмъ, что не содержитъ болѣзнетворныхъ бактерій, хорошо сохраняется и пріятнѣе на вкусъ. Назначается новый препаратъ груднымъ дѣтямъ по 5 грм. 1—2 раза въ день, старшимъ дѣтямъ 10—15 грм. въ сутки, взрослымъ 15—30 грм. въ день. Дается онъ имъ въ неразведенномъ видѣ или въ растворѣ съ молокомъ или водой лучше всего передъ ѣдой (Münchener medicinische Wochenschrift, № 27). *А. Коварскій.*

623. Д-ръ *Zeigan* сообщаетъ о своихъ *изслѣдованіяхъ надъ впрыскиваніемъ адреналина въ мѣшокъ твердой мозговой оболочки.*

Впрыскивая кошкѣ 1 млгрм. адреналина въ 1 к. стм. физіологическаго солевого раствора, получаютъ анэстезію задней $^1/_2$ тѣла, которая держится отъ 8—12 минутъ; общихъ явленій, кромѣ нѣкотораго ускоренія пульса, не наблюдается. Послѣ впрыскиванія 3 шприцевъ съ промежутками въ 1 минуту, наступали клоническія судороги заднихъ конечностей, проходившія минутъ черезъ 12. Картина получается другая, если мягрм. адреналина впрыснуть въ 5 к. стм. солевого раствора. Черезъ минуту, особенно если голова ниже туловища, животное производитъ впечатлѣніе, какъ будто оно погружено въ глубокій сонъ, продолжающійся 30—50 минутъ. Чувствительность на всемъ тѣлѣ въ теченіи этого времени совершенно отсутствуетъ, а послѣ еще въ теченіи долгаго времени сильно понижена; рефлексы, кажется, сохраняются, такъ какъ при потягиваніи лапы животное притягиваетъ ее обратно къ себѣ; анэстезія—даже для сильнѣйшихъ болевыхъ раздраженій, какъ прижиганіе и пр. Пульсъ и дыханіе нѣсколько ускорены. Черезъ 2 часа животное вполнѣ приходитъ въ себя. Разница въ дѣйствіи одного и того-же количества адреналина (1 млгрм.) зависитъ отъ количества жидкости; въ 1-мъ случаѣ при 1 к. стм. жидкости обезкровливающее дѣйствіе адреналина сосредоточивается лишь на поясничной части, между тѣмъ, какъ при 5 к. стм. жидкости оно—простирается выше и захватываетъ головной мозгъ. Дѣйствительно, при впрыскиваніи 1 млгрм. адреналина въ 5 к. стм. раствора метиленовой синьки—при вскрытіи, произведенномъ въ періодѣ сна—синее окрашиваніе простиралось до основанія мозга съ синеватымъ окрашиваніемъ и поверхности мозга.

На основаніи этихъ предварительныхъ опытовъ авторъ допускаетъ возможность полнаго наркоза для хирургическихъ цѣлей при впрыскиваніи въ мѣшокъ твердой мозговой оболочки адреналина (Therapeutische Monatshefte, № 4). *А. Н. Дмитріевъ.*

Бактеріологія. 624. *M. Beattie* (Edinburgh) описываетъ 2 случая остраго рейматизма, давшіе ему возможность подтвердить выводъ *Paynton*'а и *Paine*'а, согласно которому *возбудителемъ рейматической лихорадки является особый диплококкъ—«diplococcus rheumaticus»,* а не палочка, какъ утверждали *Achalme, Thiroloix* и др.

Въ 1-мъ случаѣ дѣло шло о 30-лѣтней больной. Она жаловалась на боли въ суставахъ запястья, колѣнъ и лодыжекъ. Температура въ теченіи болѣзни достигала до 40° Ц., появились отекъ легкихъ, бредъ, слабый систолическій шумъ у основанія сердца. Пульсъ постепенно ослабѣвалъ. Въ мочѣ бѣлокъ. Число лейкоцитовъ 25000, изъ нихъ 80% полинуклеаровъ. Вскрытіе обнаружило свѣжія разрощенія на аортальныхъ и митральныхъ заслонкахъ, острый міокардитъ со слабо выраженнымъ жировымъ перерожденіемъ. Печень, селезенка и почки обнаруживали обычныя при гнилостныхъ процессахъ измѣненія. Приготовленныя авторомъ на молокѣ разводки изъ крови сердца обнаружили диплококкъ.

Во 2-мъ случаѣ дѣло касалось 16-лѣтней дѣвушки, перенесшей въ 7 и въ 9 лѣтъ рейматическую лихорадку, каковую перенесла и мать ея. Въ области лодыжекъ и колѣнъ замѣтна припухлость и боль. Сердечная слабость все увеличивалась. Появились одышка и синюха. Пульсъ сталъ быстрымъ и дикротическимъ. У верхушки выслушивался пресистолическій шумъ, въ области праваго легкаго—крепитаціи съ треніемъ. При сильно выраженной dyspnoe, чрезвычайно слабомъ пульсѣ и явленіяхъ коллапса больная скончалась. Патолого-анатомическое вскрытіе представило

нѣсколько петехій въ области между ушками и желудочками сзади; далѣе, утолщеніе эпикардія у ушка и масса узловатыхъ утолщеній величиной съ головку булавки. При расширенномъ митральномъ отверстіи chordae tendineae были укорочены и утолщены.

При впрыскиваніи кролику разводки изъ 1-го случая, замѣчался ясно выраженный систолическій шумъ, опуханіе въ области лодыжки лѣвой стороны, эндокардитъ съ огромными разрощеніями на аортальныхъ заслонкахъ. Въ правой почкѣ былъ свѣжій инфарктъ, въ колѣнѣ негнойная жидкость и утолщеніе синовіальной оболочки. Въ разводкахъ, добытыхъ изъ разрощеній, выпота и мочи, найдены диплококки, особенно въ разрощеніяхъ.

Во 2-мъ случаѣ внутривенное впрыскиваніе небольшихъ дозъ разводки 2-мъ кроликамъ вызвало лишь на нѣсколько дней повышеніе температуры. У 3-го кролика, которому была впрыснута разводка въ правый колѣнный суставъ, правое колѣно припухло, но не надолго. Въ полости колѣннаго сустава жидкости не оказалось; синовіальная-же оболочка была утолщена. Всѣ другіе суставы были здоровы. Только на митральныхъ заслонкахъ были небольшія разрощенія, разводки изъ коихъ обнаружили диплококкъ. Въ этомъ опытѣ особенно интересно то, что диплококки могутъ нѣкоторое время оставаться скрытыми въ суставахъ и лишь спустя нѣкоторое время вызвать эндокардитъ.

На основаніи своихъ опытовъ авторъ соглашается съ *Paynton*'омъ и *Paine*'омъ, что возбудителемъ рейматической лихорадки слѣдуетъ считать диплококкъ, а не палочку, выдѣленную *Achalme*'омъ, *Thiroloix* и др., ибо послѣдняя никогда не вызываетъ истинной картины рейматизма. Если-же она и получалась, то это зависѣло отъ присутствія, по мнѣнію автора, рейматическихъ диплококковъ, которые, какъ извѣстно, легко просматриваются (The Journal of pathology and bacteriology, мартъ). *Л. И—съ.*

625. Д-ра *A. Weber* и *Taute* (изъ бактеріологической лабораторіи санитарнаго вѣдомства въ Берлинѣ) думаютъ, что *превращеніе бугорчатковыхъ палочекъ въ тѣ кислотоупорныя палочки*, которыя находятъ у хладнокровныхъ послѣ прививки имъ палочекъ бугорчатки и которыя неядовиты для морскихъ свинокъ, *нельзя считать доказаннымъ.*

Они прививали лягушкамъ бугорчатковыя палочки въ лимфатическій мѣшокъ и брюшную полость и, изслѣдуя ихъ органы (главнымъ образомъ, печень) черезъ болѣе или менѣе продолжительные промежутки времени ($2^1/_2$—$7^1/_2$ мѣсяцевъ) находили кислотоупорныя палочки, которыя по своимъ морфологическимъ свойствамъ, по своему отношенію къ различнымъ способамъ окраски и по степени ядовитости совершенно тождественны были съ описанными другими авторами микроорганизмами, принимавшимися ими за ослабленныя бугорчатковыя палочки. Но повѣрочныя изслѣдованія надъ лягушками, которымъ не были привиты бугорчатковыя палочки, показали, что въ печени ихъ содержатся тѣ же самыя палочки. Совершенно тождественныя съ послѣдними палочки удалось выдѣлить и изъ мха и ила, которые взяты были изъ клѣтокъ, въ которыхъ содержались непривитыя лягушки. Особенно много кислотоупорныхъ палочекъ оказалось во мху.

Изъ своихъ изслѣдованій авторы дѣлаютъ тотъ выводъ, что нужно съ большой осторожностью относиться къ тѣмъ заключеніямъ, которыя въ послѣднее время сдѣланы на основаніи допущенія, что въ организмѣ хладнокровныхъ бугорчатковыя палочки человѣка могутъ быть значительно ослаблены (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 28). *А. Коварскій.*

Внутреннія болѣзни. 626. Д-ръ *Jaquerod*, директоръ здравницы въ Leysin'ѣ, описываетъ интересные *результаты лѣченія легочной бугорчатки сывороткой Marmorek*'а.

Впрыскиванія сыворотки, представляющей лимонно-желтую прозрачную жидкость, иногда съ примѣсью нѣсколькихъ хлопьевъ фибрина, производятся въ подкожную клѣтчатку живота. По *Marmorek*'у, въ 1-й и 2-й день впрыскивается сразу по 5 к. стм.; на 3-й и 4-й день—по 6 к. стм.; на 5-й день отдыхъ; на 6-й и 7-й день—по 5 к. стм.; на 8-й и 9-й день—по 6 к. стм.; на 10-й день—отдыхъ; на 11-й и 12-й день снова впрыскивается по 5 к. стм. Послѣ такой серіи впрыскиваній дается отдыхъ на 10 дней, а затѣмъ снова повторяютъ серію впрыскиваній и т. д., до полученія замѣтнаго дѣйствія. Послѣ наступленія улучшенія ожидаютъ нѣсколько недѣль, наблюдая, будетъ-ли продолжаться улучшеніе самостоятельно, въ противномъ случаѣ черезъ 3—4 недѣли повторяютъ серію впрыскиваній. Въ острыхъ, лихорадочныхъ случаяхъ дневная доза впрыскиваемой сыворотки можетъ доходить до 10—20 к. стм. Иногда послѣ первыхъ впрыскиваній появляется мѣстный отекъ; въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ дѣлать перерывъ на нѣсколько дней. У жирныхъ лицъ подкожная клѣтчатка плохо всасываетъ и даетъ рѣзкую реакцію; въ этихъ случаяхъ впрыскиванія слѣдуетъ прекратить вовсе. Иногда къ концу лѣченія наблюдается эритема и сильныя рейматоидныя боли. На 300 впрыскиваній авторъ ни разу не наблюдалъ появленія гнойника. 2 раза наблюдалась скоропреходящая опухоль железъ. Иногда при ежедневныхъ впрыскиваніяхъ по 10 к. стм. наблюдается, послѣ 5—6 впрыскиваній, общая слабость, потеря позыва на ѣду, но никогда не наблюдалось тяжелыхъ осложненій и повышенія температуры у нелихорадящихъ больныхъ. У 3-хъ лихорадящихъ больныхъ лихорадка, въ продолженіи многихъ мѣсяцевъ не уступающая противолихорадочному лѣченію, совершенно прекратилась послѣ впрыскиваній. Въ 2-хъ тяжелыхъ лихорадочныхъ случаяхъ,—въ одномъ температура съ 39°,5 понизилась до 38°,3, а въ другомъ температура опустилась до нормы и оставалась таковой 6 недѣль безъ всякаго лѣченія. Въ одномъ случаѣ лихорадка прекратилась послѣ 1—2 впрыскиваній 4 к. стм. сыворотки. Въ общемъ, лихорадка прекращалась черезъ нѣсколько дней послѣ послѣдняго впрыскиванія. Количество мокроты замѣтно увеличивалось у всѣхъ больныхъ послѣ первыхъ впрыскиваній и затѣмъ постепенно уменьшалось. Съ уменьшеніемъ количества мокроты уменьшалось и количество палочекъ. Во многихъ случаяхъ замѣчались интересныя измѣненія формы палочекъ: вмѣсто короткихъ палочекъ наблюдались длинныя, расположенныя кучами, какія встрѣчаются въ хроническихъ очагахъ. При выслушиваніи всегда наблюдалось улучшеніе болѣзненныхъ явленій. Во время впрыскиваній вѣсъ тѣла мало измѣнялся, но послѣ впрыскиваній вѣсъ тѣла всегда увеличивался. Ни кровохарканій, ни альбуминуріи при такомъ лѣченіи не наблюдалось ни разу. У 3-хъ больныхъ съ язвами гортани, въ одномъ случаѣ язвы совершенно зажили, а въ 2-хъ случаяхъ наступило значительное улучшеніе. Въ общемъ, у всѣхъ больныхъ получилось значительное улучшеніе, хотя ни одинъ еще не выздоровѣлъ. Кромѣ впрыскиваній, больные пользовались лѣченіемъ воздухомъ и питаніемъ, при чемъ авторъ избѣгалъ легкихъ случаевъ. Лѣченіе сывороткой *Marmorek*'а безопасно и даетъ ободряющіе результаты; при лѣченіи больные должны находиться въ хорошихъ гигіеническихъ условіяхъ, хорошо питаться и находиться подъ постояннымъ врачебнымъ надзоромъ. Если сыворотка ослабляетъ палочки, то надо дать время и возможность лейкоцитамъ очистить зараженную почву (Revue de médecine, № 5). *И. Вирскій.*

627. Д-ръ *Decker* (München) указываетъ на одинъ признакъ, значительно, по его мнѣнію, облегчающій подчасъ весьма трудное *распознаваніе сужденія привратника.* Этотъ признакъ заключается въ нахожденіи въ желудкѣ натощакъ задержанной пищи въ опредѣленной степени переработки. Если при выкачиваніи желудка на тощакъ находятъ остатки принятой наканунѣ пищи, то это принято считать доказательствомъ недостаточности двигательной силы желудка: вслѣдствіе недостаточности перистальтическихъ движеній пища не измельчается хорошо и по той же причинѣ она остается долго въ желудкѣ, не смотря на нормальную проходимость привратника. Присутствіе, слѣд., недостаточно переработанной пищи въ желудкѣ натощакъ указываетъ лишь на недостаточность двигательной силы его. Но если при выкачиваніи желудка на тощакъ находятъ очень хорошо переваренную кашицу, ничѣмъ не отличающуюся отъ пищевой кашицы, находимой въ здоровомъ желудкѣ, то это служитъ вѣрнымъ доказательствомъ наличности съуженія привратника. Желудокъ, обладающій настолько значительной двигательной силой, что можетъ хорошо измельчить пищу, былъ-бы въ состояніи продвинуть эту пищу въ кишки; если это не происходитъ, то объяснить это можно лишь присутствіемъ механическаго препятствія на пути въ видѣ съуженія выхода желудка. Признакъ этотъ, однако, имѣетъ лишь значеніе положительное, т. е. отсутствіе его далеко еще не исключаетъ наличность съуженія привратника. Нахожденіе недостаточно переработанной пищи въ желудкѣ натощакъ, напр., наблюдается также и при съуженіи привратника, такъ какъ въ позднѣйшихъ ступеняхъ болѣзни развивается слабость мышцъ стѣнокъ желудка и, слѣд., недостаточность двигательной силы. Кромѣ того тутъ играетъ извѣстную роль сокоотдѣленіе желудка: при недостаточной кислотности или полномъ отсутствіи кислоты, пища оказывается обыкновенно менѣе измельченной, чѣмъ при нормальной кислотности. Для отличенія доброкачественности съуженій отъ злокачественныхъ руководятся составомъ желудочнаго сока и результатами ощупыванія. При нормальной или избыточной кислотности есть основаніе думать о доброкачественности, при отсутствіи кислоты о злокачественности съуженія. Если при ощупываніи удается найти твердую опухоль съ неровной поверхностью, то рѣчь идетъ большей частью о злокачественномъ съуженіи. Отсутствіе опухоли говоритъ въ пользу доброкачественнаго съуженія (Münchener medicinische Wochenschrift, № 28). *А. Коварскій.*

628. Д-ръ *Путерманъ* (Сосновицы) имѣлъ возможность провѣрить значеніе т. наз. «*Typhus-diagnosticum*» *Ficker*'а (см. выше, стр. 544, № 310) въ 17 случаяхъ (11 брюшного тифа, 1 сл. бронхита, 1—спинномозгового менингита, 1—волокниннаго воспаленія легкаго, 1—сифилиса, 1—затвердѣнія печени и 1 сл. съ невыясненнымъ распознаваніемъ). Во всѣхъ случаяхъ брюшного тифа склеивающая проба съ реактивомъ *Ficker*'а дала положительный результатъ. Въ случаяхъ сомнительныхъ либо нераспознанныхъ, въ которыхъ реакція склеиванія получалась, дальнѣйшее теченіе болѣзни подтверждало распознаваніе брюшного тифа. Съ сывороткой крови больныхъ иными болѣзнями, а равно и съ нормальной животной сывороткой реакціи склеиванія автору ни разу не удалось получить. Реактивъ *Ficker*'а очень чувствителенъ: при опредѣленной склеивающей силѣ сыворотки и при опредѣленной комнатной температурѣ (18—19° Р.) реакція получается нерѣдко очень быстро въ теченіи 1—1½ часа (Czasopismo lekarskie, май и іюнь). *С. Островскій.*

629. *J. Boas* (Berlin) совѣтуетъ примѣнять *для остановки почечуйныхъ кровотеченій* 10%-ный растворъ хлористаго кальція. Растворъ вводится при помощи кишечнаго шприца въ количествѣ 20 к. стм. утромъ послѣ опорожненія кишечника и удерживается какъ можно дольше. Въ случаяхъ болѣе тяжелыхъ кровотеченій впрыскиванія производятся 2 раза въ день. Почти во всѣхъ случаяхъ (25) этотъ способъ лѣченія давалъ хорошій результатъ; избавленные отъ тягостныхъ кровотеченій больные быстро оправлялись и прибавлялись въ вѣсѣ. На самые почечуйные узлы средство не оказываетъ никакого замѣтнаго вліянія. Если препаратъ химически чистъ, то онъ не производитъ никакого раздраженія и не обусловливаетъ боли, въ противномъ случаѣ онъ вызываетъ сильное жженіе; поэтому слѣдуетъ всегда выписывать Solut. calcii chlorati cristallisati purissimi. Авторъ предлагаетъ испробовать этотъ способъ лѣченія и при другого рода кровотеченіяхъ. Введеніе раствора въ прямую кишку слѣдуетъ всегда продолжать нѣкоторое время послѣ прекращенія кровотеченій: въ тяжелыхъ случаяхъ авторъ примѣнялъ ежедневныя впрыскиванія въ теченіи 4-хъ недѣль, а затѣмъ они повторялись лишь 2—3 раза еженедѣльно; какъ только кровотеченія опять появлялись, впрыскиванія возобновлялись по 1—2 раза въ день (Therapie der Gegenwart, іюль). *А. Коварскій.*

630. Проф. *Aug. Hoffmann* (Düsseldorf) сообщаетъ *новыя наблюденія надъ скачкой сердца* (Herzjagen). Скачка сердца представляетъ особенную форму тахикардіи, когда дѣятельность сердца ускоряется въ чрезвычайной степени—150, а не рѣдко 200—300 ударовъ въ минуту. Ускореніе это наступаетъ всегда приступами. Какъ примѣръ можно привести вкратцѣ случай 2-й *Hoffmann*'а.

Чиновникъ, 52 л., женатъ 17 лѣтъ, имѣетъ здороваго сына. Сифилисомъ не болѣлъ, не куритъ и не пьетъ. Первый приступъ былъ въ 9 лѣтъ послѣ бѣганія на конькахъ, 2-й на 11 году послѣ урока танцевъ. Приступы повторялись въ теченіи 43 лѣтъ съ неправильными промежутками и были особенно часты въ гимназическій періодъ и во время студенческихъ экзаменовъ, но при всемъ этомъ онъ могъ заниматься гимнастикой, дѣлать большія прогулки въ горахъ и т. д. Приступы были чаще зимой, чѣмъ лѣтомъ; послѣ психическихъ возбужденій или тѣлесныхъ напряженій, при пребываніи въ табачномъ дыму наступала сначала неправильная сердечная дѣятельность и уже послѣ выхода на свѣжій воздухъ скачка сердца. Продолжительность приступовъ различна: часто нѣсколько минутъ, но иногда и нѣсколько дней. Погрѣшности въ діэтѣ не имѣли никакого вліянія на приступы. Лихорадки, кашля, отдѣленія мокроты во время приступа не наблюдалось. Приступъ протекалъ всегда одинаково. Внезапно сердце начинало работать въ высшей степени ускореннымъ темпомъ, потомъ также внезапно темпъ замедлялся. Частота пульса достигаетъ до 200 и болѣе ударовъ. Во время приступа больной чувствуетъ себя не хорошо, часто появляются боли въ области сердца, а также во всей верхней ½ тѣла, особенно, если онъ, не смотря на приступъ, идетъ или ѣдетъ. Во время сильныхъ приступовъ частота мочеотдѣленія и количество мочи увеличено. Ночью приступовъ никогда не было; сонъ хорошій, и онъ могъ спать какъ на лѣвомъ, такъ и на правомъ боку. Изъ средствъ, которыя помогали больному при приступахъ, нужно прежде всего упомянуть присѣданіе: въ началѣ приступа—онъ быстро присѣдаетъ и остается въ такомъ положеніи съ сильно притянутыми къ туловищу бедрами нѣкоторое время. Часто, особенно въ первые годы, удавалось такимъ образомъ быстро оборвать приступъ; глубокое вдыханіе тоже укорачивало приступъ. Больной явился къ проф. *Hoffmann*'у во время приступа. При изслѣдованіи въ области сердца видно сильное біеніе, которое ощущается почти на всей грудной клѣткѣ; частота сердечной дѣятельности—180 ударовъ въ минуту. Абсолютное сердечное притупленіе подъ 4 ребромъ ограничивается справа лѣвымъ краемъ грудины, слѣва на 2 пальца кнутри отъ сосковой линіи. Печень не увеличена. Надъ всѣми отверстіями сердца чистые тоны, которые совершенно одинаковы, такъ что 1-го тона нельзя отличать отъ 2 го. Тоны слѣдуютъ другъ за другомъ въ правильныхъ промежуткахъ. Сердечная дѣятельность совершенно правильна. Кровяное давленіе 140 млм. Черезъ 2 часа приступъ кончается и вечеромъ того же дня изслѣдованіе даетъ слѣдующее: сердечное притупленіе въ тѣхъ же границахъ; дѣятельность сердца—90 ударовъ въ минуту, правильна, только на кривой можно тутъ и тамъ замѣтить небольшія неправильности; пульсъ малый, кровяное давленіе 146 млм. Въ мочѣ ни бѣлка, ни сахара. Больной чувствуетъ себя нѣсколько усталымъ. Если положить больного на лѣвую сторону, то сердечный толчекъ ощущается на 7 млм. кнаружи отъ мѣста, отмѣченнаго при положеніи на спинѣ (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 78, тетр. 1 и 2). *А. Дмитріевъ.*

631. Д-ра *Weiss* и *Guillos* въ статьѣ «*Замѣчательная выносливость пищевода къ инородному тѣлу*», описываютъ слѣдующій интересный случай.

Ребенокъ, 3 л., въ октябрѣ 1899 г. проглотилъ монету въ 1 су. По словамъ родителей, ребенокъ съ этого времени могъ ѣсть только разжиженную пищу и при томъ медленно, въ противномъ случаѣ у него появлялись рвоты. Въ настоящее время ребенокъ (7-ми л.) ходитъ, согнувшись кпереди, съ напряженной шеей,—такое положеніе принялъ онъ съ того времени, когда проглотилъ монету. Часто страдаетъ бронхитами. Общее состояніе здоровья плохое, есть признаки бугорчатки; онъ худощавъ и плохо развитъ. Радіоскопія и радіографія показали, что монета находится въ средней части пищевода. Послѣ проталкиванія зондомъ монета легко прошла въ желудокъ, а черезъ 5 дней вышла съ испражненіями сильно измѣненной, пробывъ въ пищеводѣ 4 года (Revue française de médecine et de chirurgie, № 23). *И. Вирскій.*

Хирургическія болѣзни. 632. Проф. *Schauta*, приверженецъ *влагалищнаго удаленія матки при пораженіи ея ракомъ*, останавливается въ послѣдней своей работѣ на 2-хъ положеніяхъ, которыя выставляются обыкновенно, противниками этого способа въ пользу чревосѣченія, а именно, соглашаясь съ ними въ вопросѣ о невозможности вылущенія влагалищнымъ путемъ пораженныхъ лимфатическихъ железъ, онъ старается разрѣшить, насколько таковое способствуетъ дѣйствительной коренной операціи. 2-ое положеніе касается достиженія свободнаго доступа черезъ влагалище къ области околоматочной тазовой клѣтчатки. Для разрѣшенія вопроса о железахъ авторъ произвелъ микро- и макроскопическое изслѣдованіе лимфатическихъ железъ, начиная отъ таза и доходя до грудобрюшной преграды на трупахъ 60-ти женщинъ, умершихъ либо послѣ операціи удаленія рака матки (11), либо при наличности рака матки отъ другой болѣзни (9), либо отъ самого рака (40). Всего было вылущено съ этой цѣлью 1182 железы и приготовлено 160000 препаратовъ. Совсѣмъ не оказалось рака железъ въ 43,3% всѣхъ случаевъ (въ этой группѣ было 8 оперированныхъ). Въ 13,3% случаевъ доступныя вылущенію железы были поражены ракомъ въ то время, какъ паховыя, предпаховыя, поясничныя и подвздошныя железы были найдены здоровыми (въ этой группѣ всѣ случаи неоперированные). Въ 8,3% случаевъ доступныя вылущенію областныя железы были не тронуты болѣзненнымъ процессомъ, тогда какъ слѣдующія выше до грудобрюшной преграды и паховыя оказались пораженными (опять всѣ случаи неоперированные). Наконецъ, въ 35% случаевъ всѣ изслѣдованныя железы отъ тазовыхъ до грудобрюшной преграды оказались раковыми. *Sch.* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Когда при ракѣ матки областныя железы оказываются также пораженными, то слѣдуетъ предположить, что и остальныя железы въ направленіи къ грудобрюшной преградѣ (поясничныя подвздошныя) уже поражены; 2) большія, твердыя, пропитанныя железы часто оказываются свободными отъ рака, тогда какъ маленькія (до 1 млм. въ діаметрѣ) находятъ пораженными этимъ новообразованіемъ; 3) ракъ иногда развивается не только въ железахъ, но также и въ соединительнотканныхъ и въ лимфатическихъ щеляхъ, въ венахъ, проходящихъ между железами. Что касается вопроса объ оперативномъ вмѣшательствѣ, то на основаніи данныхъ своего изслѣдованія *Sch.* полагаетъ, что лишь въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ возможно полное коренное удаленіе рака со всѣми раково-

перерожденными лимфатическими железами въ случаѣ, если онѣ поражены. Находящійся въ видимомъ противорѣчіи съ изложенными заключеніями фактъ поздняго и рѣдкаго появленія возвратовъ въ лимфатическихъ железахъ авторъ объясняетъ наступающимъ часто въ раковыхъ железахъ послѣ операціи омертвѣніемъ раковыхъ клѣтокъ и пріостановкой болѣзненнаго процесса, благодаря устраненію главнаго очага, вызывавшаго раздраженіе железъ. На ряду съ изслѣдованіемъ железъ *Sch.* останавливается на результатахъ произведенныхъ имъ влагалищныхъ усѣченій раковой матки. %% случаевъ, оказавшихся подходящими для этой операціи, составилъ 43,6 (изъ 204)—всего 91 операція. Смертность—12%. Въ большомъ числѣ случаевъ авторъ пользовался паравагинальнымъ разрѣзомъ по *Schuchardt*'у, въ 38,4% случаевъ онъ обошелся безъ этого разрѣза. Способъ *Schuchardt*'а даетъ широкій и вполнѣ достаточный доступъ къ параметріямъ. У оперированныхъ *Sch.* больныхъ (91) оба параметрія были здоровы въ 32 случаяхъ, только 1 въ 39 случаяхъ, оба поражены раковымъ процессомъ въ 25 случаяхъ. Пораненія мочеточниковъ, пузыря и др. имѣли мѣсто въ 7,6% всѣхъ случаевъ. Оказывается, что ни % смертности, ни % пораненій не даютъ основанія предпочитать чревосѣченіе влагалищному удаленію раковой матки. Однако, только продолжительность результатовъ операціи, для измѣренія каковой авторъ полагаетъ срокъ не менѣе 5 лѣтъ, послужитъ рѣшающимъ критеріемъ для сравнительной оцѣнки обоихъ способовъ. Описывая выработанную имъ операціонную технику, авторъ особенно настаиваетъ на важности отсепаровыванія пузыря и мочеточниковъ. Пузырь долженъ быть отсепарованъ не только отъ матки, но и по бокамъ отъ параметріевъ и отодвинутъ по возможности кверху. Брюшинную рану, послѣ удаленія матки, *Sch.* тщательно закрываетъ, соединяя швомъ передній и задній лоскуты брюшины, помѣщая культи придатковъ внѣбрюшинно; соединительнотканную полость онъ дренируетъ іодоформной марлей (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XIX, тетр. 4). *А. Г—ръ.*

633. Д-ръ *H. Grandjean* (Lausanne), въ статьѣ *инородныя тѣла въ ухѣ*, описываетъ *слѣдующіе 2 интересные случая.*

1) У 18-лѣтней дѣвушки 2 дня тому назадъ наступила внезапно глухота на лѣвое ухо. До этого времени никогда глухотой не страдала, не было также головокруженій, раздраженій и воспаленій слухового прохода. При осмотрѣ зеркаломъ найдено скопленіе ушной сѣры въ видѣ пробки; пробка эта была безъ труда удалена и при паденіи въ каучуковый тазикъ произвела сухой стукъ. Изслѣдованіе этой пробки показало, что въ ней находилась стеклянная бусинка съ фасетками, величиною въ горошину. Бусинка эта, какъ выяснилось, была введена, когда дѣвочкѣ было 4 года, т. е., 14 лѣтъ тому назадъ и, оставаясь столько лѣтъ въ слуховомъ проходѣ, не вызывала никакихъ болѣзненныхъ явленій.

2) Мужчина, 23 л., съ 8-лѣтняго возраста, страдаетъ перемежающимся гноетеченіемъ, отъ котораго пользовался у нѣсколькихъ врачей. При осмотрѣ зеркаломъ въ области барабанной перепонки замѣчено сѣроватое тѣло, которое, будучи удалено впрыскиваніями растворомъ перекиси водорода, оказалось частичкой колоса. Больной при этомъ вспомнилъ, что, когда ему было 8 лѣтъ, колосъ этотъ былъ введенъ ему въ ухо товарищемъ. Такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ инородное тѣло пробыло въ ухѣ 15 лѣтъ (Revue médicale de la Suisse Romande, № 6). *И. В.*

634. Д-ръ *Malard. Лучистогрибковая ногтоѣда.* Къ числу рѣдкихъ причинъ ногтоѣды, каковы дифтерія, гонорея, является также лучистый грибокъ. Такого рода ногтоѣда наблюдается преимущественно у земледѣльцевъ и можетъ тянуться до 2-хъ лѣтъ. Она наблюдается въ видѣ узла, затѣмъ язвы; теченіе очень хроническое. Она можетъ поражать даже костную ткань. При распознаваніи можно смѣшать съ бугорчаткой и сифилисомъ, но длительное теченіе и узловатая форма говорятъ въ пользу лучистаго грибка. Нахожденіе подъ микроскопомъ желтыхъ зеренъ подтверждаетъ распознаваніе. При соотвѣтствующемъ лѣченіи наступаетъ скорое заживленіе, но иногда приходится прибѣгать къ хирургическому вмѣшательству (Thèse de Lyon, 1904). *Вирскій.*

Глазныя болѣзни. 635. Д-ръ *Stéphane Leduc. Дѣйствіе радія на глазъ.* Д-ръ *Greef*, директоръ офталмологической клиники Charité въ Берлинѣ, изслѣдовалъ вліяніе радія на глаза съ цѣлью провѣрить выводы д-ра *Лондона.* Результаты своихъ изслѣдованій д-ръ *Greef* сообщилъ медицинскому Обществу въ Берлинѣ 9 декабря 1903 г. Радій вызываетъ флюоресценцію нѣкоторыхъ тѣлъ, напр., бумаги. Если въ темнотѣ, при отсутствіи флюоресцирующихъ тѣлъ, приближать къ здоровому глазу радій, то ощущается зеленоватый, довольно сильный разсѣянный свѣтъ, который ощущается даже черезъ непрозрачную монету. *Himstedt* и *Nagel* утверждаютъ, что свѣтоощущеніе, вызываемое радіемъ, является результатомъ флюоресценціи хрусталика и стекловиднаго тѣла. *Greef* нашелъ, что хрусталикъ и стекловидное тѣло, будучи удалены изъ глаза, слегка флюоресцируютъ подъ вліяніемъ радія. Лучи радія не раздражаютъ сѣтчатку непосредственно. Слѣпые съ непрозрачной роговицей и непрозрачнымъ хрусталикомъ, подъ вліяніемъ радія, испытываютъ тѣ-же свѣтовыя ощущенія, что и люди со здоровыми глазами. Лучи радія не преломляются преломляющими средами глаза и не могутъ давать изображеній предметовъ, поэтому надежды д-ра *Лондона* дать зрѣніе слѣпымъ являются неосновательными (Archives d'électricité médicale, 25 іюня). *И. Вирскій.*

636. Д-ръ *Dor* сдѣлалъ сообщеніе медицинскому Обществу въ Lyon'ѣ о *лѣченіи спинно-сухоточной атрофіи зрительныхъ нервовъ.* Въ начальныхъ ступеняхъ этой болѣзни авторъ отъ фосфорнокислаго цинка, по 4 мгрм. въ день, и отъ фосфорноватистаго стрихнина (strychn. subphosphor.), по 3 мгрм. въ день, наблюдалъ остановку атрофическихъ измѣненій. Іодистыя соли онъ считаетъ вредными при спинно-сухоточной атрофіи зрительныхъ нервовъ; ртутное же лѣченіе, по его мнѣнію, безвредно, но и безполезно (По передачѣ въ «Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 2). *Р. Кацъ.*

637. Д-ръ *Gordon* указываетъ на необходимость *изслѣдованія и лѣченія носа при разстройствахъ слезныхъ путей.* Начало затяжного катарра слезныхъ путей, по автору, лежитъ обыкновенно въ области нижняго носового прохода. Поэтому-то—говоритъ онъ—больные и страдаютъ отъ слезотеченія раньше всего при вѣтрѣ, либо на холодѣ или же при насморкѣ, т. е. именно въ тѣхъ случаяхъ, когда припухаетъ слизистая оболочка носа. Въ этихъ случаяхъ бываетъ иногда достаточно прикоснуться къ нижней носовой раковинѣ кускомъ ваты, смоченнымъ въ адреналинѣ, чтобы глазъ тотчасъ-же сдѣлался сухимъ. Тутъ слезотеченіе можетъ быть излѣчено одними лишь обезболиваніями слизистой оболочки нижней раковины при проведеніи ваты помощью изогнутаго подъ прямымъ угломъ зонда до нижняго отверстія слезноносового канала. Если этого недостаточно, слѣдуетъ обращаться къ прижиганіямъ слизистой оболочки носа 2—4% адскимъ камнемъ черезъ 2—3 дня или 10—20% аргиролемъ черезъ день, а иногда и къ хромовой кислотѣ или даже къ гальванокаутеру и болѣе серьезнымъ мѣрамъ, которыя могутъ оказаться необходимыми для уменьшенія припухлости слизистой оболочки. Изслѣдованія носа особенно показуются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ слезотеченіе одностороннее. Для примѣра авторъ приводитъ 2 случая: въ одномъ обнаруженъ былъ полипъ въ носовомъ проходѣ, а въ другомъ—частичная гипертрофія слизистой оболочки (The Ophthalmic Review, февраль, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 3 марта). *Р. Кацъ.*

638. Д-ръ *Sommer не совѣтуетъ дѣлать при глаукомѣ иридектомію книзу,* на основаніи одного своего случая, гдѣ при такомъ разрѣзѣ послѣоперационное теченіе осложнилось глаукомнымъ приступомъ.

У сильно похудѣвшей глаукоматозной больной съ запавшими маленькими глазами и выдававшимися костями глазницы авторъ рѣшилъ замѣнить болѣе выгодный въ косметическомъ и оптическомъ отношеніяхъ, но очень трудный при данныхъ условіяхъ разрѣзъ кверху изсѣченіемъ радужной оболочки въ нижней ея части. Операція сошла хорошо, благополучно было и въ первые дни послѣ операціи, но на 8-ой день на оперированномъ глазу развился довольно сильный приступъ глаукомы, поддавшійся дѣйствію эзерина. Такъ какъ въ передней камерѣ къ тому времени область недостачи радужной оболочки была еще занята кровью, излившеюся во время операціи, то авторъ объясняетъ этотъ приступъ новымъ закрытіемъ угла камеры волокнинными массами означенной крови.

Въ виду возможности подобнаго осложненія, онъ и со-

вѣтуетъ при глаукомѣ не изсѣкать радужную оболочку въ нижней ея части (склонность нижнихъ вѣкъ у пожилыхъ лицъ къ завороту заставляетъ избѣгать нижней иридектоміи и при извлеченіи катаракты. *Реф.*) (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 3 марта). *Р. Кацъ.*

639. Д-ръ *Hilbert* (Lensburg) наблюдалъ *случай воспаленія радужной оболочки послѣ укуса пчелы.*

Укушена была 63-лѣтняя женщина въ лѣвое верхнее вѣко. Ночью глазъ сильно болѣлъ; больная прикладывала къ вѣкамъ мокрую глину, но боль не унималась. Кромѣ того, развилось общее недомоганіе, явился поносъ, позывъ на ѣду исчезъ. На другой день: пульсъ 52, дыханіе поверхностное и ускоренное, кожа холодная и влажная. Оба вѣка лѣваго глаза, какъ и верхняя часть лѣвой щеки сильно припухли и посинѣли; на верхнемъ вѣкѣ виднѣлось еще жало пчелы, которое и было извлечено безъ труда анатомическимъ пинцетомъ. По раздвиганіи вѣкъ надъ сильно раздраженнымъ глазомъ оказалось помутнѣніе водянистой влаги со скопленіемъ гноя на днѣ передней камеры и съ точечными отложеніями на задней поверхности роговой оболочки. Радужная оболочка измѣнилась въ цвѣтѣ; зрачекъ былъ съуженъ, но отъ атропина расширился равномѣрно. Назначены были атропинъ и теплыя борныя примочки при пребываніи въ темной комнатѣ, а внутрь каломель въ небольшихъ пріемахъ и эѳирный спиртъ для возбужденія сердечной дѣятельности. Черезъ 3 дня поправилось общее состояніе, черезъ 8 исчезла припухлость вѣкъ и щеки и лишь къ концу 4-ой недѣли возстановилось нормальное состояніе радужной оболочки и преломляющихъ средъ глаза (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 24 марта). *Р. Кацъ.*

640. Д-ръ *Braun* (Darmstadt) сообщаетъ *случай фіолетоваго окрашиванія соединительной оболочки и роговицы анилиновымъ карандашемъ и обезцвѣчиванія этихъ оболочекъ перекисью водорода.*

У школьника отъ «чернильнаго» карандаша при починкѣ обломался кончикъ, и послѣдній, попавъ въ лѣвый глазъ, окрасилъ въ рѣзкій фіолетовый цвѣтъ края вѣкъ, нижнюю переходную складку, всю соединительную оболочку глазного яблока и нижнюю $^1/_3$ роговицы. Острота зрѣнія понизилась до $^2/_3$. Для обезцвѣчиванія глаза испробованы были діонинъ и перекись водорода. Первый не оказалъ никакого дѣйствія; перекись-же водорода, примѣненная въ 3% растворѣ на 4-ый день, когда окраска была еще столь-же сильна, какъ въ 1-ый, послѣ повторнаго вкапыванія, вызывавшаго очень сильную боль, привела въ теченіи вечера и ночи къ полному обезцвѣчиванію. Раздраженіе соединительной оболочки, оставшееся отъ примѣненія перекиси водорода, исчезло черезъ нѣсколько дней, и острота зрѣнія сдѣлалась нормальной (Centralblatt für Augenheilkunde, февраль). *К.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 641. Д-ръ *Rieländer* произвелъ рядъ опытовъ надъ *дѣйствіемъ различныхъ прижигающихъ веществъ на слизистую оболочку матки* и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. При внутриматочныхъ прижиганіяхъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе спиртнымъ растворомъ прижигающихъ веществъ передъ воднымъ растворомъ, такъ какъ спиртный растворъ легче распространяется по поверхности и вѣроятно также и въ глубину слизистой матки. Прижиганія должны производиться или при помощи *Plaifer*'овскаго зонда или черезъ посредство растворяющихся содержащихъ прижигающее вещество палочекъ. Обоими способами достигается достаточно глубокое и равномѣрное прижигающее дѣйствіе на слизистую матки, такъ что можно совершенно обходиться безъ шприца *Braun*'а. Прониканіе въ ткани воднаго раствора происходитъ постепенно и вызываетъ значительное измѣненіе ихъ, тогда какъ спиртный растворъ пропитываетъ ткани быстро. При употребленіи 30%-наго спиртнаго раствора формалина уже черезъ 24 часа обнаруживается отпаденіе струпа и возстановленіе слизистой оболочки можетъ начаться. Во всѣхъ случаяхъ примѣненія *Plaifer*'овскаго зонда, Фаллопіевы трубы оставались свободными отъ дѣйствія прижигающаго вещества (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, т. LI, тетр. 3). *А. Г—ръ.*

642. Д-ръ *Saniter* (Berlin) предлагаетъ *при лѣченіи катарровъ шейки матки* для введенія лѣкарственныхъ веществъ пользоваться вмѣсто ваты азбестомъ, при помощи котораго гораздо вѣрнѣе можетъ быть проведено безгнилостное лѣченіе. Для этой цѣли нужно пользоваться волокнистымъ азбестомъ, который очень легко наматывается на зондъ. Для полнаго обезпложиванія зондъ съ намотаннымъ на немъ азбестомъ держатъ въ пламени *Bunsen*'овской горѣлки и на спиртовой лампѣ 5—6 секундъ. По цѣнѣ азбестъ въ 2—3 раза дороже ваты, но такъ какъ его потребляется значительно меньше, то стоимость матеріала не должна служить препятствіемъ къ введенію его во врачебный обиходъ. Для того, чтобы при сниманіи ваты или азбеста съ зонда врачъ не заражалъ себѣ руки, авторъ видоизмѣнилъ *Plaifer*'овскій зондъ такимъ образомъ, что на выпуклой сторонѣ его сдѣланъ желобъ. Вводя въ этотъ желобъ какой нибудь инструментъ съ острымъ концомъ (ножницы, пинцетъ и т. п.), врачъ можетъ съ легкостью сдвинуть намотанный на зондъ азбестъ или вату (Münchener medicinische Wochenschrift, № 28). *А. Коварскій.*

Дѣтскія болѣзни. 643. Д-ръ *Hukiewicz* разбираетъ *вопросъ о смѣшанномъ зараженіи корью и скарлатиной.* Авторъ наблюдалъ 21 случай такого смѣшаннаго зараженія, которые онъ дѣлитъ на 3 разряда: 1) случаи, въ которыхъ скарлатинная сыпь появилась передъ коревой, 2) случаи, въ которыхъ коревая сыпь предшествовала скарлатинной и 3) случаи съ обѣими сыпями, въ которыхъ невозможно было указать, какая изъ нихъ была въ ступени высыпанія. Сыпи эти по своему виду обнаруживаютъ большое разнообразіе и занимаютъ тѣло частями, переходя одна въ другую, либо образуя, вслѣдствіе имѣющагося уже переполненія кожи кровью, нѣсколько иную картину. Теченіе этихъ болѣзней показываетъ, что 1) предшествующая корь такъ вліяетъ на организмъ, что послѣдующая скарлатина очень легко принимаетъ тяжелое теченіе; 2) зараженіе корью обусловливаетъ предрасположеніе къ скарлатинѣ; 3) наибольшее предрасположеніе къ скарлатинѣ наблюдается во 2-ой $^1/_2$ зачаточной ступени и въ предвѣстниковомъ періодѣ; наименьшая—въ 1-ой $^1/_2$-нѣ зачаточнаго періода и послѣ законченнаго высыпанія (Jahrbuch für Kinderheilkunde, т. LIX, тетр. 5). *Островскій.*

644. Д-ра *Auche* и *Latreille* описываютъ *случай разсѣяннаго омертвѣнія кожи въ теченіи брюшного тифа.*

Уже въ первые дни брюшного тифа у 13-лѣтняго больного были замѣтны на спинѣ обильные пузырьки и бугорки, выступавшіе по срединѣ розовыхъ пятенъ; въ слѣдующіе дни на кожѣ появились мѣстами омертвѣнія. Какъ въ пузырькахъ и возвышеніяхъ, такъ и въ кожныхъ и подкожныхъ гнойничкахъ найденъ былъ золотистый гроздекоккъ. Разводки изъ омертвѣвшей кожи дали золотистаго гроздекокка и кишечную палочку. Золотистый гроздекоккъ, привитый кроликамъ, вызывалъ обширные гнойники, которые лопались и быстро заживали, не представляя характера омертвѣнія; кишечная-же палочка обусловливала подкожное затвердѣніе, которое быстро исчезало.

Авторъ приходитъ къ выводу, что взаимное сожительство золотистаго гроздекокка и кишечной палочки, наблюдавшееся у истощеннаго больного, вызывало явленія омертвѣнія кожи (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, іюль). *С. Островскій.*

Нервныя и душевныя болѣзни. 645. *H. Klien* сопоставляетъ результаты изслѣдованій патолого-анатомическихъ *измѣненій центральной нервной системы при Grews'овой болѣзни.* Автору удалось собрать въ литературѣ 37 случаевъ, въ которыхъ произведено было микроскопическое изслѣдованіе головного и спинного мозга. Въ 24 случаяхъ отмѣчены измѣненія въ центральной нервной системѣ вообще, въ 19 ограниченныя измѣненія въ *Varol*'іевомъ мосту и въ продолговатомъ мозгу, въ 10 случаяхъ въ спинномъ мозгу, въ 6 въ полушаріяхъ головного мозга и въ 3 въ мозжечкѣ. Измѣненія эти были слѣдующія: ограниченная гиперэмія, свѣжія кровоизліянія, накопленіе лейкоцитовъ, свѣжее перерожденіе волоконъ и клѣтокъ нервныхъ узловъ, старыя кровоизліянія, атрофія волоконъ и нервныхъ клѣтокъ, размягченіе нервнаго вещества. Кровоизліянія наблюдались чаще всего въ продолговатомъ мозгу, особенно на днѣ 4-го желудочка, вблизи центровъ 9—12 головныхъ нервовъ, преимущественно-же блуждающаго нерва. Процессъ перерожденія былъ сосредоточиваемъ главнымъ образомъ въ corpus restiforme и въ пирамидахъ. Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ отмѣчена была клинически тяжелая картина болѣзни, при изслѣдованіи найдены были патолого-анатомическія уклоненія отъ нормы. На основаніи собранныхъ казуистическихъ данныхъ, къ которымъ онъ присоединяетъ личныя наблюденія (1 случай), авторъ полагаетъ, что указанныя выше измѣненія центральной нервной системы представляютъ не причину *Basedow*'ой болѣзни, а слѣдствіе дѣйствія неизвѣстнаго намъ ядовитаго вещества, обусловливающаго

возникновеніе этой болѣзни. Ядъ этотъ вліяетъ главнымъ образомъ на функціи продолговатаго мозга, поврежденія котораго находятъ выраженіе въ такихъ признакахъ, какъ учащеніе пульса, параличи и проч. *Filehne* удалось вызвать у животныхъ главныя явленія *Basedow*'ой болѣзни повреждениемъ этой части мозга (тахикардія, пучеглазіе, параличи и даже увеличеніе щитовидной железы). Въ узлахъ симпатическаго нерва найдены также воспалительные и дегенеративные процессы, и это участіе сочувственной системы подтверждается клиническимъ наблюденіемъ, согласно которому изсѣченіе сочувственнаго нерва въ нѣкоторыхъ случаяхъ сопровождается существеннымъ улучшеніемъ (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, т. 25, вып. 5—6). *Ц. О.*

Судебная медицина. 646. Д-ръ *Louis Sergeant. Отравленія телячьимъ мясомъ.*

Случаи отравленія мясными продуктами слѣдуетъ раздѣлить на 2 группы: 1) группу истинныхъ отравленій—ботулизмъ въ собственномъ смыслѣ и 2) группу зараженій. Подъ *ботулизмомъ* надо разумѣть всасываніе продуктовъ изъ мяса или рыбы, недостаточно просоленныхъ или консервовъ, недостаточно провареннымъ и, вообще, всѣ питательныя вещества, въ которыхъ развился bacillus botulinus. Ботулизмъ есть настоящее отравленіе токсинами, образовавшимися въ пищевомъ веществѣ. Въ другихъ случаяхъ наблюдались цѣлыя эпидеміи отъ употребленія въ пищу телятъ больныхъ гнило-гноекровными процессами и энтеритомъ. Поэтому понятна необходимость не только санитарнаго надзора за качествомъ и свѣжестью мяса, но и за здоровьемъ назначенныхъ къ убою животныхъ. Чаще всего эпидеміи такихъ заболѣваній наблюдаются во Фландріи, гдѣ очень распространено употребленіе пирога съ телятиной (преимущественно внутренности). Эпидеміи поражали здѣсь сразу до 100 чел.; на 1000 заболѣваній наблюдалось до 20 смертныхъ случаевъ. Припадки наступаютъ обыкновенно черезъ нѣсколько часовъ (отъ 5—24), въ среднемъ, черезъ 10 часовъ. Чѣмъ больше употребляли въ пищу телячьяго пирога, тѣмъ скорѣе наступали и тѣмъ тяжелѣе были явленія отравленія. Появляется ослабленіе зрѣнія, головокруженія, дрожь,—эти припадки продолжаются 2—3 часа; затѣмъ наступаютъ припадки остраго гастро-энтерита съ лихорадкой и сильной слабостью мышцъ, сильной головной болью и болью во всѣхъ членахъ; голосъ становится хриплымъ, языкъ деревенѣетъ, бываютъ судороги въ икрахъ. Такое состояніе можетъ продолжаться отъ 3—8 дней. Смертность составляетъ около 2%. Тяжесть случая зависитъ: 1) отъ формы, въ которой принято мясо; пирогъ изъ внутренностей особенно вреденъ; 2) отъ количества съѣденнаго; 3) отъ способа приготовленія,—вареное мясо менѣе вредно, нежели жареное; 4) отъ времени, прошедшаго съ момента убоя животнаго до употребленія его въ пищу; 5) отъ возраста больного,—смертность у стариковъ наблюдается чаще, чѣмъ у взрослыхъ, и 6) отъ общаго состоянія больного. Признаки ботулизма (отравленіе гнилымъ мясомъ) слѣдующіе: 1) Прекращеніе или увеличеніе отдѣленія слюны и другихъ железъ; 2) блефароспазмъ, расширеніе зрачковъ, параличъ приспособленія, диплопія, внутреннее косоглазіе и пр.; 3) дисфагія и афонія, запоры и задержаніе мочи; 4) ослабленіе сократительности всѣхъ мышцъ; 5) отсутствіе лихорадки, сохраненіе сознанія; 6) затрудненіе дыханія и кровообращенія, которыя могутъ привести къ смерти отъ паралича продолговатаго мозга; 7) признаки эти появляются черезъ 12—24 часа послѣ отравленія, развиваются постепенно и тянутся недѣлями. Хорошіе результаты въ случаяхъ ботулизма даетъ слѣдующая микстура: сѣрнаго эѳира 3,0, простой опійной настойки 10 капель, бензонафтола 2,0, салициловаго висмута 4,0, померанцеваго сиропа 40,0, ратаніеваго сиропа 30,0, воды 70,0. Принять въ теченіи сутокъ (Thèse de Lyon, 1904). *И. Вирскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 647. Ч. пр. *V. Klingmüller* и д-ръ *G. Baermann* въ клиникѣ проф. *Neisser*'а производили *опыты съ фильтраціей сифилитическаго яда.* Для фильтраціи брались мокнущія папулы и свѣжія первичныя затвердѣнія; и тѣ, и другія размельчались и растирались съ нѣсколькими каплями физіологическаго солевого раствора въ теченіи 1—2 часовъ до полученія однородной массы. Фильтрацію авторы производили чрезъ небольшія *Berkefeld*'овскія свѣчи подъ давленіемъ въ 250 мм. Для каждаго опыта бралась новая свѣча; свѣчи до и послѣ опыта испытывались фильтраціей бульонной разводки куриной холеры,—свѣчи, пропускавшія единичныхъ микробовъ, исключались. Фильтратъ сифилитическаго яда *авторы прививали себѣ*, частью впрыскивая подъ кожу въ количествѣ 1 к. стм., частью втирая въ предварительно скарифицированную кожу и накладывая на 24 часа смоченную въ фильтратѣ вату. Всего авторы сдѣлали себѣ по 4 прививки въ различные промежутки времени; прививки вызывали мѣстныя явленія раздраженія и довольно сильную боль, проходившія въ 3—4 дня. Припуханія лимфатическихъ железъ не наблюдалось, равно какъ и какихъ-либо явленій сифилиса. По мнѣнію авторовъ, опыты ихъ съ несомнѣнностью устанавливаютъ, что *сифилитическій ядъ не проходитъ чрезъ фильтръ.* Возраженіе, что въ опытахъ между вырѣзываніемъ и прививками проходило слишкомъ много времени, благодаря чему, а также неизбѣжному охлажденію, уменьшалась ядовитость матеріала,—по словамъ авторовъ, не имѣетъ значенія, такъ какъ весь промежутокъ времени составляетъ всего около 3 часовъ, а клиническія наблюденія надъ заражаніемъ путемъ инструментовъ и вообще неодушевленныхъ предметовъ свидѣтельствуютъ о стойкости сифилитическаго яда (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 21). *С. Новосельскій.*

648. Проф. *Bettmann* (Heidelberg) пользуется для *обрывного лѣченія остраго перелоя* 20% растворомъ протаргола въ глицериновой водѣ, который приготовляется слѣдующимъ образомъ: въ плоскую фарфоровую чашку наливаютъ 45 к. стм. холодной воды и по поверхности жидкости распредѣляютъ 20 грм. протаргола. Жидкость оставляютъ стоять, не прибѣгая къ взбалтыванію и встряхиванію до полнаго растворенія протаргола. Затѣмъ прибавляютъ глицерина до 100,0. Этотъ растворъ примѣняется не для впрыскиваній, а для смазыванія передней части мочеиспускательнаго канала кисточкой. Послѣдняя прикрѣплена къ особой металлической трубочкѣ и употребляется лишь для однократнаго смазыванія (Инструментъ продается у Friedrich Dröll, Heidelberg). Смазыванія не очень болѣзненны и обусловливаютъ жженіе лишь при первомъ, а иногда и второмъ мочеиспусканіи послѣ нихъ; за то послѣ 6—8 смазываній (по 1 разу въ день) въ 47,6% всѣхъ случаевъ (42) получилось излѣченіе триппера. Успѣхъ лѣченія узнается по тому, что гнойное отдѣляемое быстро исчезаетъ и вмѣсто него появляется водянисто-слизистое. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло даже не доходитъ до появленія гнойнаго отдѣляемаго. Если-же подъ вліяніемъ смазываній, количество гноя увеличивается, то отъ лѣченія нельзя ждать успѣха и тогда лучше его оставить (Münchener med. Wochenschr., № 28). *А. Коварскій.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CI. *Изъ акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 20-го мая).

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* сказалъ нѣсколько словъ по поводу смерти члена Общества *М. А. Штрауха.* — Присутствовавшіе почтили память покойнаго вставаніемъ.

В. А. Стольпинскій показалъ рядъ *препаратовъ изъ гинекологическаго отдѣленія Родовспомогательнаго Заведенія.* Въ этомъ отдѣленіи за послѣднее время (съ 17/II по 12/V) было произведено *36*, т. наз., большихъ операцій, а именно: 27 чревосѣченій и 9 вскрытій брюшной полости черезъ влагалище. При этомъ 12 разъ было сдѣлано *надлагалищное отсѣченіе матки* по поводу *міомъ*; 10 разъ *овариотомія* по поводу *яичниковыхъ кистъ;* 11 разъ — *полное удаленіе матки*, изъ коихъ 4 раза путемъ чревосѣченія (3 раковыхъ матки и 1 міоматозная) и 7 разъ влагалищнымъ путемъ (въ томъ числѣ 3 раза кускованіемъ) и, наконецъ, 2 раза произведена была *colpocoeliotomia* (1 разъ по поводу кожевика яичника и 1 разъ по поводу кровоизліянія въ *Fallopi*'еву трубу). Большая часть больныхъ уже выписались совершенно здоровыми, нѣкоторыя еще находятся въ отдѣленіи и поправляются. Умерла—одна—отъ воспаленія брюшины. Не входя въ описаніе типичныхъ случаевъ вышеупомянутыхъ операцій, *докладчикъ* остановился только на нѣкоторыхъ, имѣющихъ какія-либо особенности, а именно: а) 3 препарата раковыхъ матокъ, удаленныхъ по способу *Wertheim*'а съ вылущеніемъ пораженной клѣтчатки и нѣкоторыхъ железъ. Всего съ прежде показанными препаратами теперь сдѣлано проф. *Н. Н. Феноменовымъ* 7 такихъ операцій; б) случай вылущенія раковоперерожденной матки, гдѣ воспалительное пропитываніе въ лѣвомъ параметріи помѣшало сдѣлать операцію типично: пришлось сначала перевязать всю правую широкую связку, за-

тѣмъ вывернуть дно матки черезъ разрѣзъ въ переднемъ сводѣ и потомъ уже перевязать сверху внизъ всю лѣвую широкую связку; в) myoma angiomatodes subserosum (degeneratio colloides). Вслѣдствіе подвижности и упругости опухоли, она казалась до операціи кистой; г) разлитая міома тѣла матки и ракъ шейки; д) haematosalpinx. Кровоизліяніе произошло, какъ и въ большинствѣ такихъ случаевъ, надо думать, вслѣдствіе внѣматочной беременности. На это указываютъ и нѣкоторыя клиническія данныя. Напр., была задержка въ мѣсячныхъ; хотя припадковъ остраго малокровія не было, но это обстоятельство можетъ быть объяснено тѣмъ, что кровь изливалась, вѣроятно, медленно и несвободно въ брюшную полость, а только въ трубу, ибо при разрѣзѣ задняго *Douglas*'ова пространства была видна прямо стѣнка растянутой трубы, а не сгустки крови, какъ обыкновенно бываетъ при свободномъ кровоизліяніи; е) киста, вызвавшая рядъ тяжелыхъ припадковъ: сильную боль по всему животу, рвоту, вздутіе кишочника, быстрый упадокъ силъ, повышеніе температуры и пр., вслѣдствіе перекручиванія ножки $3^1/_2$ раза вокругъ своей оси. При операціи, кромѣ того, найдены большія плоскостныя сращенія съ пристѣночной брюшиной и кровоизліяніе въ полость кисты.—Относительно *надвлагалищнаго срѣзыванія матки докладчикъ* замѣтилъ, что въ послѣднемъ рядѣ такихъ операцій въ способѣ обхожденія съ культей широкой связки было введено нѣкоторое измѣненіе. Имѣя въ виду, чтобы все операціонное поле малаго таза было по возможности покрыто брюшиной, проф. *Н. Н. Феноменовъ* обыкновенно культи круглыхъ и широкихъ связокъ пришиваетъ къ главной культѣ—маточной шейкѣ—и все это закрываетъ листками брюшины. Въ тѣхъ-же случаяхъ надвлагалищнаго срѣзыванія, гдѣ приходится удалять съ одной или обѣихъ сторонъ и яичники (перерожденные), тамъ культя lig. infundibulo-pelvici (resp. art. spermatic.) обыкновенно прилежитъ близко къ стѣнкѣ таза и подтянуть ее къ культѣ шейки матки трудно. Въ такихъ случаяхъ культя эта оставляется на мѣстѣ и закрывается брюшиной такимъ образомъ, что погружается между пластинками широкой связки, которыя надъ ней и сшиваются. Круглыя-же связки по прежнему пришиваются къ маточной шейкѣ, надъ которою сшиваются листки брюшины. Въ концѣ операціи въ полости малаго таза остается только поперечно идущій рядъ тонкихъ швовъ, соединяющій брюшину.

Г. П. Сережниковъ спросилъ, почему въ однихъ случаяхъ проф. *Н. Н. Феноменовъ* удаляетъ *всю* матку, пораженную фиброміомами, въ другихъ-же ограничивается *надвлагалищнымъ отсѣченіемъ* ея?

Докладчикъ отвѣтилъ, что это зависитъ отъ того, насколько низко распространяется опухоль: если поражена и шейка, удаляютъ матку всю, въ противномъ случаѣ ограничиваются надвлагалищнымъ отсѣченіемъ ея.

О. В. Прокофьева спросила, не наблюдалъ-ли докладчикъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ производилось надвлагалищное отсѣченіе матки, послѣдовательныхъ пропитываній или лихорадочныхъ движеній?

Докладчикъ отвѣтилъ, что ни того, ни другого онъ не наблюдалъ съ тѣхъ поръ, какъ проф. *Н. Н. Феноменовъ* сталъ примѣнять вышеописанный имъ способъ обхожденія съ культей (способъ аутопластики).

Л. А. Кривскій. Случай повторнаго кесарскаго сѣченія. 25-лѣтняя роженица поступила въ Родовспомогательное Заведеніе 28/IV 1900 г. Въ дѣтствѣ страдала англійскою болѣзнью. Послѣднее мѣсячное въ августѣ 1899 г., первое шевеленіе плода въ первыхъ числахъ декабря. Беременна 3-й разъ. Первая беременность окончилась выкидышемъ, вторая преждевременными родами (плодъ мертвый). Ростъ роженицы 141 стм.; тазъ: вертл. 30, гребешки 26, ости 25, прямой наружный $16^1/_2$, наклонная $8^1/_2$, истинная—не болѣе $6^3/_4$. 29/IV — кесарское сѣченіе произведенное *Н. Н. Феноменовымъ*, съ согласія роженицы, обычнымъ образомъ. Слѣдуетъ лишь замѣтить, что дѣтское мѣсто сидѣло на передней стѣнкѣ матки (placenta pr. caesarea). Извлеченная дѣвочка, вѣсомъ въ 2900 грм. и длиною въ 47 стм. прожила 10 мѣсяцевъ; она умерла затѣмъ отъ случайнаго заболѣванія. Мать выписалась здоровой, и 14/II 1903 г., слѣдуя данному ей совѣту, опять поступила въ Родовспомогательное Заведеніе для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Роды эти, произведенные за 6 недѣль до срока, окончились неудачно: извлеченъ мертвый плодъ, вѣсомъ въ 1800 грм. и длиною въ 47 стм. При вновь затѣмъ наступившей беременности, роженица настаивала поэтому на производствѣ кесарскаго сѣченія, которое и было сдѣлано ей 29/IV 1904 г., при почти полномъ открытіи зѣва, *В. А. Столыпинскимъ*. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ на $1—1^1/_2$ стм. влѣво отъ стараго рубца. Матка оказалась вверху приращенной къ брюшной стѣнкѣ на протяженіи 6—8 стм. Сращеніе это подрѣзано, послѣ чего матка выведена наружу. Шейка и широкія маточныя связки съ ясно прощупываемыми маточными артеріями захвачены руками помощника. Разрѣзъ по передней поверхности матки, на которой не замѣтно слѣдовъ рубца отъ прежней операціи (остались только ясно различаемые 3—4 шва, просвѣчивающіе черезъ брюшину въ видѣ темныхъ валовъ). Быстро извлеченъ за ножки, сейчасъ-же закричавшій плодъ, вѣсомъ въ 3000 грм. и длиною въ 50 стм. Послѣдъ, расположенный на задней стѣнкѣ матки, легко отдѣленъ вмѣстѣ съ оболочками. Матка хорошо сократилась. Кровотеченіе средней силы, не смотря на то, что сдавливаніе маточныхъ артерій подъ конецъ операціи было ослаблено, а затѣмъ и совершенно оставлено. Швы на рану матки наложены въ 2 этажа: мышечно-мышечные и сывороточно-мышечные. Брюшная рана зашита наглухо обычнымъ порядкомъ. Послѣопераціонное теченіе гладкое. Родильница, вмѣстѣ съ здоровымъ ребенкомъ, выписалась 16/V 1904 г., на 18-й день послѣ операціи. Въ заключеніе докладчикъ остановился на литературѣ вопроса. Оперированная и ребенокъ ея показаны Обществу.

С. Т. Виридарскій. 2 случая кесарскаго сѣченія. а) 26 л., беременна 3-й разъ. Первые роды, въ деревнѣ, продолжались 3-е сутокъ; плодъ родился мертвымъ. Послѣ родовъ хворала 2 мѣсяца. Въ результатѣ — рѣзкое, не пропускающее пальца, съуженіе рукава, отъ котораго долго лѣчилась безъуспѣшно. 2-ая беременность окончилась 3-мѣсячнымъ выкидышемъ. 1/IV т. г. поступила беременной въ Повивальный Институтъ съ желаніемъ имѣть живого ребенка. Тазъ: вертлуги 30, гребни 27, ости $25^1/_2$, прямой наружный $17^1/_2$. Наклонной конъюгаты, изъ за не пропускающаго пальца съуженія рукава, измѣрить не удалось. Рѣшено выждать наступленія родовъ. Послѣдніе наступили своевременно, но не смотря на боли въ теченіи 12—15 часовъ, головка все оставалась подвижной—не вставлялась въ тазъ. Во влагалище постепенно введены расширители *Hegar*'а до № 19; однако, и послѣ этого пальца въ рукавъ все-таки не удалось провести. Въ виду такихъ условій, немедленно-же приступлено къ кесарскому сѣченію. Извлеченъ плодъ вѣсомъ въ 3340 грм. Послѣопераціонное теченіе—гладкое. б) Рожаетъ во 2-й разъ. Первые роды окончены прободеніемъ головки плода въ Родовспомогательномъ Заведеніи. Тазъ: вертлуги 33, гребни $27^1/_2$, ости 27, прямой наружный $16^1/_2$, наклонная конъюгата — $8^1/_2$; истинный прямой — $6^1/_2$. Кесарское сѣченіе. Извлеченъ плодъ, вѣсомъ въ 2700 грм. Послѣопераціонное теченіе гладкое.

Г. П. Сережниковъ замѣтилъ, что въ Повивальномъ Институтѣ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ обыкновенно дѣлается меньшимъ сравнительно съ тѣмъ, который виденъ на больной, оперированной въ Родовспомогательномъ Заведеніи. Матку разрѣзаютъ in situ и выводятъ изъ брюшной полости только по рожденіи плода. Ни широкія связки, ни нижній отрѣзокъ матки не сдавливаются, при чемъ ни кровотеченія, ни атоніи наблюдать не приходилось.

Проф. *В. В. Строгановъ* думаетъ, что если нѣтъ основанія производить искусственные преждевременные роды при истинномъ прямомъ размѣрѣ ниже 8 стм., то это тѣмъ болѣе касается тѣхъ случаевъ, гдѣ истинный прямой меньше 7, какъ это было въ случаѣ *Л. А. Кривскаго*. Онъ считаетъ также излишнимъ производить сжиманіе широкихъ связокъ и нижняго отрѣзка матки. Подобное сжиманіе допустимо развѣ только при очень сильномъ кровотеченіи. Что касается разрѣза матки, то, предпочитая вообще разрѣзъ по дну, *В. В.* считаетъ послѣдній безъусловно желательнымъ тогда, когда дѣтское мѣсто прикрѣпляется къ передней стѣнкѣ матки. Вотъ почему во 2-мъ случаѣ *С. Т. Виридарскаго* матка, по совѣту *В. В.*, была до разрѣза выведена изъ брюшной полости, для опредѣленія, по круглымъ связкамъ, мѣста прикрѣпленія послѣда. Разрѣзъ въ этомъ случаѣ проведенъ по дну. Свой взглядъ *В. В.* обосновываетъ тѣмъ, что при прикрѣпленіи дѣтскаго мѣста къ передней стѣнкѣ матки, при обычномъ разрѣзѣ, разсѣкаются крупные сосуды и кровотеченіе, слѣд., должно быть болѣе значительнымъ. Помимо этого и накладываніе швовъ въ области этихъ сосудовъ нежелательно изъ за цѣлей, связанныхъ съ соблюденіемъ безгнилостности.

Проф. *А. И. Замшинъ* на 3 случая кесарскаго сѣченія въ 2-хъ наткнулся на placentam praeviam caesaream. Не смотря на то, что и въ этихъ 2 случаяхъ былъ сдѣланъ обычный разрѣзъ матки, онъ, *Замшинъ*, никакихъ осложненій не наблюдалъ.

М. Н. Порошинъ въ первомъ случаѣ своего кесарскаго сѣченія произвелъ обычный разрѣзъ матки и, хотя послѣдъ и прикрѣплялся къ передней стѣнкѣ матки, онъ никакихъ неудобствъ отъ этого не испыталъ.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*, подчеркнувъ быстроту и легкость производства кесарскаго сѣченія, высказался въ томъ смыслѣ, что операція эта въ недалекомъ будущемъ и при съуженіяхъ таза и при препятствіяхъ со стороны мягкихъ родовыхъ путей, будетъ несомнѣнно пользоваться значительно большимъ, чѣмъ теперь, сочувствіемъ не только со стороны врачей, но и со стороны больныхъ. Въ доказательство онъ напомнилъ о слѣдующемъ своемъ случаѣ, имѣвшемъ мѣсто въ Казанской клиникѣ. Татаркѣ съ абсолютнымъ съуженіемъ таза было съ успѣхомъ произведено кесарское сѣченіе. Когда ей было сказано, чтобы въ слѣдующую беременность она своевременно явилась для производства искусственнаго законнаго выкидыша, она безъусловно отказалась отъ этого, выразивъ желаніе и во 2-й разъ, въ случаѣ надобности, подвергнуться кесарскому сѣченію: «отъ добра, де, добра не ищутъ!»

Д-ръ *Шабакъ* показалъ 20-лѣтнюю, не рожавшую, больную, которой проф. *Д. О. Оттъ*, ради *выпаденія*, въ 2 кулака, *прямой кишки*, съ успѣхомъ сдѣлалъ *colpoperineorhaphiam*. Операція отличалась отъ обычной тѣмъ, что выпавшая слизистая кишки была спереди освѣжена на протяженіи 4 стм. вглубь, при чемъ сшитая часть эта пошла на пополненіе промежности. Оперированная, страдавшая своимъ недугомъ съ дѣтства, теперь совершенно поправилась.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*, указавъ на различныя пособія, примѣняющіяся для устраненія выпаденія прямой кишки, замѣтилъ, что, очевидно, существуютъ случаи, гдѣ страданіе это является врожденнымъ, будучи обусловленнымъ недостаточнымъ развитіемъ мышечныхъ тканей промежности. Въ такихъ случаяхъ, нужно думать, операція, примѣняемая *Д. О. Оттомъ*, можетъ оказаться вполнѣ умѣстной.

Л. Личкусъ.

CII. Изъ научныхъ собраній врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета.

(Засѣданіе 22-го марта).

П. И. Тихомировъ. Случай множественнаго нейрита сифилитическаго происхожденія (въ собственной передачѣ). Больной, крестьянинъ, 25 л., живописецъ. Наслѣдственности никакой нѣтъ. Развитіе шло правильно. Въ дѣтствѣ—вывихъ обѣихъ рукъ въ локтевыхъ сочлененіяхъ. Между 12—14 г. жизни бугорчатковое пораженіе праваго колѣннаго, а затѣмъ лѣваго тазобедреннаго суставовъ, послѣ чего осталось ограниченіе разгибанія ноги въ правомъ колѣнномъ суставѣ и—сгибанія въ лѣвомъ тазобедренномъ. Другіе суставы никогда не болѣли. Въ дѣтствѣ болѣлъ дифтеріей съ благопріятнымъ исходомъ. 23 л. уретритъ съ полнымъ выздоровленіемъ. Затѣмъ, до 25 л. пользовался хорошимъ здоровьемъ. Спиртными напитками не злоупотреблялъ. Въ октябрѣ 1903 г. получилъ твердую язву и тутъ-же было предпринято лѣченіе. Больной принималъ внутрь пилюли изъ салициловой ртути въ дозѣ $^1/_2$ грана на пріемъ, 3 раза въ день, и микстуру изъ препаратовъ іода. Черезъ нѣкоторое время послѣдовали вторичныя явленія сифилиса, а затѣмъ почувствовалъ слабость въ ногахъ, парэстезіи и боли въ стопахъ. Слабость увеличивалась, боли усиливались и больной потерялъ возможность ходить. Черезъ 3 недѣли заболѣла правая рука, а еще черезъ недѣлю и лѣвая. Въ рукахъ заболѣваніе началось также со слабости, парэстезій, а затѣмъ сюда присоединились и сильныя боли. Вскорѣ парезы рукъ и ногъ дошли до полнаго почти паралича. Со стороны внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы больной не замѣчалъ. Тазовые органы были въ порядкѣ. Больной былъ принятъ въ клинику 18/I 1904 г. 19/I 1904 г.: Больной представляется сильно похудѣвшимъ. Мышцы конечностей, особенно на периферіи, атрофированы. Слизистыя оболочки блѣдны. Въ полости рта, на правой миндалинѣ имѣется слизистая папула. На половомъ членѣ — язва, твердоватая на ощупь. Правое колѣнное и лѣвое тазобедренное сочлененіе измѣнены; на нихъ имѣются втянутые рубцы. Руки больного согнуты нѣсколько въ локтяхъ и межфаланговыхъ сочлененіяхъ. Правая нога нѣсколько сведена въ колѣнномъ сочлененіи, лѣвая нога короче правой; стопы ногъ опущены. Черепные нервы нормальны. Парезъ всѣхъ 4 конечностей. Пассивныя движенія возможны, но очень болѣзненны. Сильная болѣзненность нервныхъ стволовъ конечностей при давленіи. Сухожильные рефлексы оживлены, кромѣ праваго колѣннаго и съ 3-главой мышцы обѣихъ рукъ, гдѣ рефлекса не получается. Кожные рефлексы съ подошвъ отсутствуютъ, съ m. cremaster и брюшной вызываются хорошо. Зрачки ровны, реакція ихъ нормальна. Тазовые органы нормальны. Зрѣніе, слухъ, вкусъ, обоняніе нормальны. Пониженіе болевого и тактильнаго чувства на конечностяхъ по периферическому типу. Электровозбудимость мышцъ и нервовъ обнаруживаетъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ на конечностяхъ вялость реакціи и частичную реакцію перерожденія. Внутренніе органы нормальны. Моча бѣлка и сахара не содержитъ. Мокрота бугорчатковыхъ палочекъ не содержитъ. Больному было сдѣлано лѣченіе ртутью (40 впрыскиваній салициловокислой ртути 1%) и іодистымъ каліемъ, которое дало въ данномъ случаѣ очень хорошій результатъ. Постепенно исчезла папула, закрылась язва, ослабѣли боли въ конечностяхъ, возстановились движенія. Уже послѣ 20 впрыскиваній больной самъ сталъ ворочаться, съ боку на бокъ, чего прежде не могъ дѣлать, затѣмъ получилъ возможность сидѣть, стоять, и дальше улучшеніе все увеличивалось. Чувствительность возстановилась еще раньше движенія.

Первушинъ: Вашъ случай является чистымъ и типическимъ полинейритомъ на почвѣ сифилиса. Сифилисъ частъ, а случаи полинейрита сифилитическаго рѣдки; интересно было-бы знать, что вызвало здѣсь появленіе нейрита?

Докладчикъ: Здѣсь, вѣроятно, играетъ большую роль индивидуальность больного.

Клячкинъ: Въ наблюдавшихся мною случаяхъ сифилитическаго полинейрита я обыкновенно встрѣчалъ у больныхъ алкоголизмъ, или бугорчатку или простуду.

Сергѣевъ: Въ прошломъ, вѣдь, у больного были истощающіе моменты: дифтерія, бугорчатка суставовъ и т. д. Несомнѣнно, все это подкашивало организмъ и приготовило почву для нейрита.

Докладчикъ: Здѣсь, по моему мнѣнію, наступило полное выздоровленіе отъ ранѣе бывшихъ болѣзней.

Осокинъ: Состояніе сухожильныхъ рефлексовъ Вы связываете съ динамическимъ страданіемъ спинного мозга. Я-бы полагалъ, что здѣсь, скорѣе, имѣется измѣненіе клѣтокъ передняго рога, хотя и слабое, отъ той-же сифилитической заразы.

Левчаткинъ указавъ, что при вторичныхъ явленіяхъ сифилиса часто бываютъ пораженія психики, замѣтилъ, что представляется мало понятнымъ, почему у одного лица поражается нервная система въ одной части, а у другого въ другой. При пораженіи нервной системы у нѣкоторыхъ больныхъ играетъ, по видимому, большую роль сила самого яда сифилитическаго.

Проф. *Даркшевичъ:* Случай докладчика представляется несомнѣнно очень интереснымъ по своей рѣдкости; сифилитическій полинейритъ 4 конечностей я вижу въ первый разъ. Насколько часты сифилитическіе мононейриты, настолько рѣдки сифилитическіе полинейриты. Такую рѣдкость упомянутыхъ полинейритовъ, на мой взглядъ, нужно объяснить свойствомъ самой хронической заразы.

В. П. Первушинъ. Случай пораженія позвоночника на почвѣ брюшно-тифознаго зараженія — spondylosis typhosa (съ предъявленіемъ больного). (*Аутореферат*). К. З., 20 л., совершенно здоровый человѣкъ, въ концѣ августа и сентябрѣ 1903 г. перенесъ брюшной тифъ, при чемъ недѣли 3 было затемненное сознаніе; по прояснении его около $^1/_2$ сентября, при все еще повышенной температурѣ, замѣтилъ боли, парэстезіи и ослабленіе чувствительности въ области мизинца и локтевого отдѣла лѣвой кисти, рѣзкое ослабленіе движеній мизинца и отчасти прочихъ пальцевъ руки; въ октябрѣ боли ослабѣли, въ ноябрѣ прекратились. По окончаніи лихорадочнаго періода, приблизительно въ началѣ октября, неожиданно появились сильныя боли внизу живота справа, при повышеніи температуры, перешедшія вскорѣ на позвоночникъ и поясницу справа-же; къ концу октября боли усилились, что сопровождалось частыми позывами на мочеиспусканіе и даже непроизвольными выдѣленіями мочи; въ ноябрѣ боли появились въ лѣвой части поясницы и нижнемъ отдѣлѣ живота слѣва колеблясь въ своей силѣ; въ декабрѣ боли по передней поверхности бедеръ, а позднѣе и голеней; въ январѣ небольшія стрѣляющія боли въ правой рукѣ. Со времени болей въ поясницѣ и животѣ — затрудненія движеній позвоночника, все усиливающіяся. Легкій парезъ лѣвой руки, рѣзкій парезъ межкостныхъ мышцъ и hypothenar'a, рѣзкое исхуданіе послѣднихъ съ характеромъ дегенеративнымъ; всѣ движенія туловища затруднены, подвижность позвоночника въ поясничномъ отдѣлѣ крайне ограничена, сопровождаясь болевыми ощущеніями въ позвоночникѣ и справа отъ него въ поясницѣ; тамъ-же болѣзненна и пальпація, въ особенности въ области остистыхъ отростковъ поясничныхъ и 2 нижнихъ грудныхъ позвонковъ; ощущаетъ боль внизу живота справа и слѣва. Позвоночникъ, утративъ поясничный лордозъ, представляетъ кифотическое искривленіе въ нижне-грудномъ и поясничномъ отдѣлахъ безъ смѣщенія позвонковъ, съ болѣе замѣтнымъ выстояніемъ остистыхъ отростковъ 2—3 верхнихъ поясничныхъ позвонковъ; легкій сколіозъ лѣвосторонній въ поясничномъ отдѣлѣ и правосторонній въ грудномъ. Легкое пониженіе чувствительности по локтевому краю предплечья лѣвой руки, лучевой части кисти и первыхъ 3 пальцевъ. Повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, а также рѣзкое оживленіе сухожильныхъ рефлексовъ на рукахъ. Нервные стволы неболѣзненны; атаксіи нѣтъ. Внутренніе органы нормальны; реакція *Vidal'*я 16/III дала отрицательный результатъ (д-ръ *И. И. Троицкій*). За пребываніе въ клиникѣ съ 31/I по 22/III 1904 г. температура была нормальна, нерѣдко бывали боли внизу живота, то справа, то слѣва, а главнымъ образомъ, въ поясничномъ отдѣлѣ позвоночника и отчасти справа отъ него, изрѣдка въ бедрахъ спереди; постепенно боли уменьшались, подвижность позвоночника увеличивалась, а подъ конецъ и кифотическое искривленіе его стало исчезать. Болѣзненныя явленія въ лѣвой рукѣ соотвѣтствуютъ корешковому пораженію лѣваго плечевого сплетенія въ его нижнемъ отдѣлѣ. Измѣненіе конфигураціи позвоночника и его малоподвижность обусловливается пораженіемъ костяка и суставовъ его поясничнаго отдѣла. Пораженія костей при тифѣ извѣстны давно, изучены за послѣдніе 14 л. подробно; въ 1887 г. *Ebermai* впервые доказалъ бактеріологически зависимость этихъ процессовъ отъ внѣдренія въ костный мозгъ брюшно-тифозныхъ палочекъ, каковая мысль высказывалась клиницистами еще раньше; теперь накопилось нѣсколько десятковъ наблюденій, доказывающихъ бактеріологически чисто тифозное пораженіе костей; выясняется и роль костнаго мозга въ развитіи этихъ остеоміэлитовъ и въ дѣлѣ борьбы организма съ заразой. Въ 1898 г. *Quincke* первый описалъ случай *тифознаго спондилита* и съ тѣхъ поръ извѣстно въ литературѣ подобныхъ клиническихъ наблюденій не менѣе 11, на основаніи чего возможно дать картину заболѣванія. Оно наблюдалось между 16 и 24 гг. и при томъ исключительно въ поясничномъ отдѣлѣ, протекало безъ нагноенія, разрѣшаясь черезъ 2—12 мѣсяцевъ, начиналось внезапно съ повышеніемъ температуры, спустя $1^1/_2$—9 недѣль по окончаніи лихорадочнаго періода тифа, давая иногда и въ дальнѣйшемъ обостренія болей и повышеніе температуры на 1—2 дня; мѣстно: болѣзненность позвонковъ, безъ смѣщенія ихъ, легкій кифозъ, неподвижность позвоночника, иногда припухлость и болѣзненность мягкихъ частей по сосѣдству. Со стороны нервной системы: иррадіирующія боли, *временно* существующіе парезы и разстройство чувствительности и рефлексовъ на ногахъ, тазовыя разстройства; обыкновенно имѣется положительная реакція *Vidal'*я. Предсказаніе благопріятное. Лѣченіе сохраняющее. Изысканія (1903 г.) *E. Frenkel'*я (изслѣдованіе позвонковъ изъ труповъ лицъ, умершихъ отъ тифа) обнаружили весьма постоянное присутствіе тифозныхъ палочекъ въ костномъ мозгу поясничныхъ позвонковъ—съ 1-й до 6-й недѣли отъ начала тифа и въ костномъ мозгу кровоизліянія и некротическія гнѣзда (по *А. Арапову*). Описанный случай укладывается въ рамки тифознаго спондилита авторовъ; помимо участія менингеальныхъ оболочекъ, главная роль въ происхожденіи кифоза и неподвижности позвоночника выпала здѣсь на костякъ и суставы поясничнаго отдѣла позвоночника и въ силу обширности затронутыхъ частей докладчикъ *считаетъ умѣстнымъ обозначать такіе случаи черезъ «spondylosis typhosa»* по аналогіи съ другими спондилозами, полагая, что наблюдавшаяся картина можетъ повести въ дальнѣйшемъ, при благопріятныхъ къ тому условіяхъ, къ развитію и настоящаго спондилоза въ той или другой формѣ (*Strümpell-Marie, Бехтерева* и т. п.).

Левчаткинъ: Здѣсь, очевидно, имѣется пораженіе оболочекъ, которое можетъ въ свою очередь вести къ заболѣванію и кости позвоночника и т. д.

Докладчикъ: При пораженіи оболочекъ будетъ и анэстезія.

Левчаткинъ: Но, вѣдь, здѣсь есть пораженіе на рукѣ спинномозгового корешка.

Докладчикъ: Менингеальныя явленія имѣются только въ верхнемъ отдѣлѣ позвоночника. Почему-же здѣсь получился кифозъ?

Клячкинъ отмѣтилъ, что приведенныя докладчикомъ патологическія данныя, представляя большой интересъ, не укладываются въ опредѣленную рамку.

Ѳаворскій: Присоединяясь вполнѣ къ прекрасно проведенному распознаванію докладчикомъ, я желалъ-бы обратить вниманіе на важность подобныхъ случаевъ въ томъ отношеніи, что они проливаютъ свѣтъ на этіологію и т. наз. spondylose rizomelique (*Marie*). Какъ извѣстно, въ числѣ этіологическихъ причинъ при этой формѣ заболѣванія приводятся авторами самые разнообразные моменты, какъ, напр., ревматизмъ, сифилисъ, гонорреа, травма и т. д. Такое обиліе причинъ заставляло относиться съ большою осторожностью къ дѣйствительности связи ихъ съ spondylose rizomelique. Если же теперь встать на точку зрѣнія докладчика, въ случаѣ котораго брюшнотифозная зараза вызвала заболѣваніе позвонковъ, очень похожее на начальную степень spondylose rizomelique (*Marie*), то само собою разумѣется, что и всякая другая зараза или механическій моментъ, могущій вызвать заболѣваніе костей, способенъ повлечь за собою упомянутую форму заболѣванія.

Проф. *Даркшевичъ:* Въ данномъ случаѣ едва-ли можетъ быть сомнѣніе въ томъ, что здѣсь дѣло идетъ о заболѣваніи костяка, а не мышцъ и корешковъ, и распознаваніе, приведенное авторомъ, вполнѣ соотвѣтствуетъ дѣйствительности.

А. Ѳаворскій.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Dr. Calot,—Technique du traitement de coxalgie. 234 pag. 178 dessins dans le texte. Editeurs Masson. Paris. 1904. 8 francs.

Нельзя не согласиться съ д-ромъ *Calot*, что многіе практическіе врачи недостаточно знакомы съ распознаваніемъ и особенно съ правильной постановкой лѣченія такого, часто встрѣчающагося и вмѣстѣ съ тѣмъ тяжелаго хирургическаго заболѣванія, какъ бугорчатковое воспаленіе тазобедреннаго сустава. Поэтому нельзя не привѣтствовать монографію д-ра *Calot*, въ который авторъ знакомитъ практическаго врача съ отличительнымъ распознаваніемъ, съ клиническими формами и способами лѣченія бугорчатковаго коксита. Вся книга дѣлится на 3 отдѣла. Въ первомъ отдѣлѣ, обнимающемъ 2 первыхъ главы, авторъ знакомитъ читателя съ методикой изслѣдованія для правильнаго распознаванія заболѣванія, съ отличительнымъ распознаваніемъ и съ предсказаніемъ при той или другой формѣ заболѣванія. Во 2-мъ отдѣлѣ, которому посвящается 15 главъ, подробно излагается методика современныхъ способовъ лѣченія бугорчатковаго коксита. Въ этомъ отдѣлѣ авторъ даетъ читателю цѣлый рядъ практическихъ совѣтовъ, имѣющихъ несомнѣнно большое значеніе для успѣшнаго проведенія того и другого способа лѣченія. Въ третьемъ отдѣлѣ, которому отводятся послѣднія 8 главъ книги, разбираются въ отдѣльности клиническія формы бугорчатковаго коксита и необходимое для данной формы лѣченія. Нельзя не пожалѣть, что авторъ, при описаніи отдѣльныхъ формъ бугорчатковаго воспаленія тазобедреннаго сустава мало освѣщаетъ ихъ съ патолого-анатомической стороны, а между тѣмъ патолого-анатомическое распознаваніе не рѣдко бываетъ очень важное при показаніяхъ къ тому или другому врачебному вмѣшательству; да и вообще патологическая анатомія сказаннаго заболѣванія, столь подробно разработанная, благодаря раннему усѣченію, примѣнявшемуся въ недалекомъ прошломъ широкой рукой и нынѣ къ счастію оставленному, даетъ болѣе полное и совершенное объясненіе клиническихъ симптомовъ заболѣванія. Правда, въ раннихъ періодахъ болѣзни патолого-анатомическія измѣненія бываютъ иногда настолько незначительны, что не могутъ служить опорой для распознаванія, но и въ этомъ случаѣ у насъ въ настоящее время имѣется одно распознавательное средство, которое, хотя и не всегда, выясняетъ болѣзнь въ патолого-анатомическомъ отношеніи и можетъ имѣть рѣшающее значеніе для распознаванія—это рентгеноскопическая картина; такъ, она часто самымъ явственнымъ образомъ указываетъ на существованіе гнѣзднаго заболѣванія въ суставѣ. Къ сожалѣнію, «о распознавательномъ значеніи рентгеноскопіи при раннихъ стадіяхъ бугорчатковаго коксита авторъ не упоминаетъ. Эти недочеты, однако, не умаляютъ значенія монографіи д-ра *Calot*, которую можно настоятельно совѣтовать каждому практическому врачу, желающему усвоить себѣ методику распознаванія и современные способы лѣченія одного изъ тяжелыхъ хирургическихъ заболѣваній. Книга *Calot* читается легко и съ большимъ интересомъ; иллюстрація ея большимъ количествомъ рисунковъ (178) даетъ еще большую картинность излагаемыхъ авторомъ мыслей.

Проф. *Н. Щеголевъ.*

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1566. Согласно утвержденнымъ 19 апрѣля текущаго года *новымъ штатамъ* центральнаго управленія *Министерства Народнаго Просвѣщенія*, въ составъ новаго департамента народнаго просвѣщенія входитъ *завѣдывающій врачебно-санитарной частью учебныхъ заведеній*. Окладъ по этой новой должности опредѣленъ въ 3750 рублей. *Помощнику завѣдующаго* врачебно-санитарной частью опредѣлено содержаніе въ 2800 рублей. Обѣ эти, вновь учрежденныя должности, замѣщаются лицами съ высшимъ медицинскимъ образованіемъ. На содержаніе центральнаго управленія министерствомъ съ 1895 года отпускаться будетъ 487200 рублей.

1567. Проф. *Д. О. Оттъ* избранъ въ *почетные члены* Берлинскаго и Лейпцигскаго гинекологическаго Общества, а также Пражскаго и Сербскаго медицинскаго Общества.

1568. *Студентамъ В.-Медицинской Академіи*, которые возвратятся изъ театра военныхъ дѣйствій до 1 сентября настоящаго года и которые не держали весною экзаменовъ, *разрѣшено подвергнуться переходнымъ экзаменамъ въ теченіи сентября.*

1569. По постановленію Закавказской областной санитарно-исполнительной Коммиссіи, *на случай появленія холеры* въ области предположено открыть *14 холерныхъ больницъ*. Больницы будутъ открыты въ Асхабадѣ на 100 кроватей, въ Мервѣ на 75 кроватей, въ Красноводскѣ, въ Кизилъ-Арватѣ и Каахка по 25 кроватей, въ Серахсѣ, Ф.-Александровскомъ, Чикишлярѣ, Кара-Кала, Іолотанѣ, Тахта-Базарѣ и Кушкѣ по 15 кроватей въ каждомъ пунктѣ. При каждой больницѣ будетъ врачъ, а въ нѣкоторыхъ по 2 и 3 врача, фельдшера, сестры милосердія, санитары, сидѣлки. На первоначальныя мѣропріятія для борьбы съ холерой въ распоряженіе Асхабадскаго уѣзднаго начальника ассигновано 2750 р. Деньги эти предназначены на оборудованіе отдѣленій холерныхъ больницъ въ Асхабадѣ и Кизилъ-Арватѣ и на покупку бѣлья для 7 врачебно-наблюдательныхъ пунктовъ «Закаспійское Обозрѣніе»).

1570. Съ цѣлью предупрежденія и борьбы съ заразными болѣзнями, въ виду возможности занесенія ихъ на Сибирскую желѣзную дорогу при передвиженіи войскъ и раненыхъ, по распоряженію министра путей сообщенія, открывается, какъ передаетъ «Финляндская Газета» (22 іюля), на время военныхъ дѣйствій на Дальнемъ Востокѣ *главная желѣзнодорожная санитарная исполнительная коммиссія* при управленіи дороги, подъ предсѣдательствомъ начальника западнаго отдѣла дороги, а на линіи—санитарно исполнительныя подкоммиссіи. Для подачи медицинской помощи пассажирамъ вмѣняется въ обязанность участковымъ врачамъ выходить къ приходу пассажирскихъ поѣздовъ на платформы и оставаться тамъ во время стоянки поѣздовъ; къ приходу же воинскихъ поѣздовъ, при невозможности встрѣчать лично, командировать для той-же цѣли фельдшеровъ.

1571. По свѣдѣніямъ главнаго штаба въ числѣ *раненыхъ* въ дѣлахъ съ японцами съ 18-го по 24-е іюля значится *старшій врачъ* 6-го Московскаго отряда *Ивенинъ*.

1572. Въ составѣ санитарнаго *отряда Краснаго Креста при Казанскомъ Университетѣ* утверждены исполнительной коммиссіей слѣдующія лица: завѣдующимъ отрядомъ—проф. *Н. Ф. Высоцкій*, врачами отряда—д-ра *В. П. Котеловъ* и *П. Л. Мойковъ*.

1573. *Главнымъ врачемъ* 3-го сводного Харбинскаго госпиталя на 420 кроватей назначенъ *А. Ѳ. Каблуковъ*. Госпиталь приспособленъ для пріема исключительно тяжело раненыхъ, нуждающихся въ хирургической помощи, а также больныхъ оперативныхъ («Правительственный Вѣстникъ», 3 августа).

1574. Вслѣдствіе *необходимости замѣны на Дальнемъ Востокѣ переутомленныхъ и больныхъ врачей и студентовъ-медиковъ* новыми, исполнительная Коммиссія главнаго управленія Россійскаго Общества Краснаго Креста приглашаетъ врачей-хирурговъ, желающихъ быть командированными на театръ военныхъ дѣйствій, прислать о томъ заявленія съ точнымъ обозначеніемъ адресса и съ приложеніемъ краткаго описанія предшествующей дѣятельности. Хирурговъ, живущихъ въ Петербургѣ, просятъ обращаться лично отъ 10 до 1 часу дня (Инженерная, 9), На службу приглашаются также студенты-медики послѣднихъ 3-хъ курсовъ.

1575. Въ корреспонденціи «Новостей» (30 іюля) изъ Харбина сообщаются очень *утѣшительныя свѣдѣнія объ организаціи санитарно-медицинской части въ нашихъ войскахъ въ Манчжуріи*. Большія затрудненія замѣчаются только въ перевозкѣ больныхъ отъ поля битвы до перваго перевязочнаго пункта. Дальнобойность орудій не даетъ возможности держать перевязочные пункты, равно какъ и обозъ, на близкомъ разстояніи; имѣть-же достаточный запасъ санитаровъ для проноски каждаго раненаго за 15—20 верстъ, съ точки зрѣнія стратегической, немыслимо; пришлось-бы держать кадръ санитаровъ, равный составу войска. Но съ того момента, какъ солдатъ попадаетъ на болѣе безопасную позицію, его ждутъ самый лучшій уходъ и значительныя удобства транспортировки. Между Харбиномъ и южными конечными станціями курсируютъ военно-санитарные поѣзда. Они оборудованы всѣми новѣйшими приспособленіями: отличныя койки, много бѣлья, недурныя операціонныя для перевязокъ и неотложныхъ операцій; отличный столъ, достаточное количество санитаровъ, сестеръ и врачей. Больные за 2—3 дня ѣзды до того

свыкаются съ условіями жизни въ поѣздахъ, что очень неохотно оставляютъ ихъ для перехода въ госпитали. Количество госпиталей на всемъ протяженіи на театрѣ войны достаточно. Брюшного тифа очень мало. Страшнѣйшаго-же бича войны—сыпного тифа—нѣтъ, что служитъ указателемъ хорошаго санитарнаго состоянія войскъ и сравнительно недурного питанія. Многіе госпитали военнаго вѣдомства устроены прекрасно. Лучшимъ госпиталемъ слѣдуетъ считать 1 сводный (военный); онъ не вполнѣ еще отдѣланъ, но имѣющіяся палаты—прелестны. Это огромныя длинныя комнаты въ два свѣта съ крышей, наполовину стеклянной все блеститъ отъ бѣлой масляной краски. Прекрасныя койки; 2 ванныя—комнаты съ тремя ваннами въ каждой, съ приспособленіями для горячей и холодной воды. Отличная операціонная съ плиточнымъ поломъ и обильнымъ свѣтомъ. Изъ другихъ большихъ госпиталей, находящихся въ Харбинѣ, также очень хороши госпитали Иверской и Елизаветинской Общины Краснаго Креста, затѣмъ дворянскій госпиталь и цѣлый рядъ сводныхъ военныхъ госпиталей.

1576. Въ *центральную кассу Россійскаго Общества Краснаго Креста* съ начала войны по 30-е іюля 1904 года поступило пожертвованій 5201647 р., считая въ томъ числѣ суммы, истребованныя изъ кассъ мѣстныхъ управленій. Израсходовано по 30 іюля 5192783 р. *Остатокъ* свободный отъ пожертвованій по центральной кассѣ составляетъ *всего лишь 8863 р.* Въ виду огромныхъ текущихъ расходовъ по содержанію учрежденій Краснаго Креста и дополнительнаго питанія военно-лѣчебныхъ заведеній на театрѣ войны, исполнительная коммиссія обращается ко всему русскому обществу, прося придти на помощь больнымъ и раненымъ воинамъ на Дальнемъ Востокѣ.

1577. Членъ комитета Общества Краснаго Креста при Казанскомъ Университетѣ А. К. Ушковъ устроилъ на собственныя средства, въ своемъ домѣ *частный госпиталь для раненыхъ воиновъ*, имѣющихъ прибыть съ Дальняго Востока, всего на 12 кроватей. Для завѣдыванія госпиталемъ приглашенъ на средства жертвователя одинъ изъ мѣстныхъ врачей («Русское Слово», 27 іюля).

1578. Исполнительной коммиссіей Краснаго Креста утверждены: въ составѣ *санитарнаго отряда Орловскаго мѣстнаго управленія*—старшимъ врачемъ *Д. П. Серпѣевъ*, младшими врачами—*М. Г. Преображенскій*, *П. П. Урбановичъ* и *К. Ф. Морозовъ* («Правительственный Вѣстникъ», 1 августа).

1579. Исполнительная коммиссія Краснаго Креста утвердила въ *Харбинскій резервъ врачей*: *Короваева*, *Якобсона*, *Горѣлова*, *Фриланда*, *Бабушкина*, *Операнскаго*, *Тулакова*, *Бакина* и *Розова* («Правительственный Вѣстникъ», 31 іюля).

1580. Рижская городская дума назначила *100000 р.* на устройство и содержаніе въ *Кеммернѣ лѣтней санаторіи на 50 кроватей* для офицеровъ и нижнихъ чиновъ, пострадавшихъ отъ настоящей войны.

1581. Въ оффиціальномъ донесеніи представителя наблюдательнаго Комитета при исполнительной коммиссіи Краснаго Креста, по поводу *дѣятельности лицъ врачебнаго персонала* въ лазаретахъ Краснаго Креста отъ Харбина до Дашичао сказано: «Что касается врачей, сестеръ милосердія, студентовъ, то ихъ труды превышаютъ мѣру требуемаго долгомъ» («Правительственный Вѣстникъ», 31 іюля).

1582. Въ Харбинѣ открылось *«временное медицинское Общество на Дальнемъ Востокѣ»*. Въ засѣданіи 26 іюля въ присутствіи 96 членовъ предсѣдателемъ Общества и Правленія былъ избранъ д-ръ *М. С. Толмачевъ*, товарищемъ предсѣдателя д-ръ *Розовъ*, въ члены Правленія: д-ра *Безродный*, *Борнгаунтъ*, *Боришпольскій*, *Глаголевъ* и *Постниковъ* и секретарями: д-ра *Арцимовъ* и *Мамоновъ*. *М. С. Толмачевъ*, вступившій въ исполненіе обязанностей предсѣдателя Общества, отмѣтилъ свѣтлый историческій моментъ въ настоящей войнѣ—широкое проявленіе общественной инициативы, сказавшейся въ дворянской, земской и другихъ организаціяхъ въ дѣлѣ оказанія помощи больнымъ и раненымъ на Дальнемъ Востокѣ. Затѣмъ, указавъ на то, что впервые на этой войнѣ возникаетъ Общество врачей, имѣющее своею цѣлью разрѣшеніе научно-практическихъ вопросовъ военно-санитарнаго дѣла, предсѣдатель изложилъ въ краткихъ чертахъ программу будущей дѣятельности Общества. 1) Выясненіе врачебно-санитарныхъ условій войскъ на Дальнемъ Востокѣ: перевозка, стоянки, водоснабженіе, пища, одежда, обувь, бани, мытье бѣлья, обеззараживаніе и другія предупредительныя мѣры. 2) Описаніе во врачебно-санитарномъ отношеніи: госпиталей—стаціонарныхъ и подвижныхъ, летучихъ отрядовъ; транспортировки больныхъ: этапныхъ и продовольственныхъ пунктовъ и т. п. нуждъ больныхъ и раненыхъ. 3) Клиническія и научныя сообщенія и выработка статистическихъ пріемовъ по собиранію матеріала по врачебно-санитарной дѣятельности. 4) Содѣйствіе лицамъ и учрежденіямъ, по мѣрѣ возможности и средствъ, къ выясненію условій и нуждъ на театрѣ войны, для чего учреждается постоянное бюро. Затѣмъ засѣданіемъ обсуждался вопросъ объ эвакуаціи больныхъ и раненыхъ, вызвавшій очень оживленныя пренія. Были затронуты многія стороны этого вопроса: эвакуація легкихъ, тяжелыхъ, заразныхъ больныхъ и хрониковъ, сборный пунктъ для сортировки больныхъ, амбуляторное лѣченіе болѣе легко раненыхъ, вредныя стороны слишкомъ частой эвакуаціи, нужды дальней эвакуаціи, обеззараживаніе санитарныхъ поѣздовъ («Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», № 14). — Желаемъ молодому Обществу полнаго успѣха.

1583. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 14) рисуютъ такую картину *переполненія Красноярской губ. больницы*. Штатное число коекъ больницы разсчитано на 145 больныхъ. Теперь же въ виду мобилизаціи и призыва ополченія значительно увеличился контингентъ находящихся въ городѣ войскъ, а, слѣд., и больныхъ военнаго вѣдомства. Послѣднее почему то не развертываетъ своего лазарета на необходимое число коекъ, а посылаетъ своихъ больныхъ въ городскую больницу. Вслѣдствіе всего этого въ больницѣ теперь крайнее переполненіе больныхъ. Напр., на 29 іюня числилось: больныхъ военнаго званія—118 чел., женщинъ сифилитичекъ—15 чел., заразнаго отдѣленія—12 чел., душевно-больныхъ—90 чел. и всѣхъ другихъ категорій только 48 чел., а всего 283 чел. Такое скопленіе больныхъ въ неприспособленной для этого больницѣ, говорятъ «Вѣдомости», сказывается во всемъ, недостатокъ прислуги, бѣлья, фельдшерскаго персонала, врачей и пр. Печальнѣе-же всего, что за переполненіемъ больницы больными военнаго вѣдомства пріемъ больныхъ мѣстныхъ жителей фактически прекращенъ. Даже самымъ тяжелымъ больнымъ отказываютъ въ пріемѣ въ больницу, а другой въ городѣ нѣтъ. Положеніе больныхъ ужасное.

1584. *Первое подозрительное въ отношеніи холеры заболѣваніе въ Баку* имѣло мѣсто 20 іюля въ Михайловской больницѣ. Микроскопическіе препараты изъ испражненій этого больного, по имени Рѣшетникова, разсмотрѣны были 22 іюля Коммиссіей изъ главнаго медицинскаго инспектора *В. К. фонъ-Анрепа*, управляющаго медицинской частью на Кавказѣ *М. Н. Феноменова* и д-ровъ *М. И. Теръ-Оганяна*, *А. И. Семенова*, прозектора больницы *Леплинскаго* и ординаторовъ больницы, при чемъ обнаружены были запятовидныя бактеріи. Хотя больной и выздоровѣлъ, но по словамъ Кавказскихъ газетъ, Коммиссія изъ названныхъ лицъ, принимая во вниманіе клиническую картину болѣзни, видъ испражненій и запятовидныя бактеріи, признала больного за холернаго.—Во всякомъ случаѣ, если даже Рѣшетниковъ и не былъ боленъ холерой, и если имъ однимъ ограничатся подозрительныя заболѣванія, то случай этотъ послужитъ поводомъ къ принятію энергичныхъ оздоровительныхъ мѣръ по отношенію и къ той ужасной въ гигіеническомъ отношеніи обстановкѣ, въ которой, какъ извѣстно, живутъ фабричные рабочіе въ Баку.

1585. Для усиленія медицинскаго персонала Закаспійской области и въ виду необходимости принятія энергичныхъ мѣръ въ дѣлѣ охраны отъ заноса холеры изъ Персіи *противочумная Коммиссія командировала въ распоряженіе начальника Закаспійской области 17 врачей и 34 фельдшеровъ*.

1586. Съ особеннымъ удовольствіемъ прочли мы въ № 28 «Русскаго Слова» весьма мѣтко и живо написанныя *воспоминанія* нашего извѣстнаго художника слова В. М. Дорошевича *о холерѣ*. Въ небольшой статьѣ этой высказано много здравыхъ и вѣрныхъ мыслей по поводу предохраненія отъ заболѣванія холерой, по поводу своевременной организаціи врачебной помощи населенію и, что самое главное, по поводу развитія въ немъ довѣрія къ врачебной помощи.

1587. Въ виду появленія *холеры въ Персіи и возможнаго появленія ея въ войскахъ Туркестанскаго военнаго округа*, временно-командующій войсками округа *предложилъ слѣдующія мѣры*: 1) Теперь-же приготовить къ дѣятельности холерныя отдѣленія при мѣстныхъ военныхъ лазаретахъ: Мервскомъ, Кушкинскомъ, Асхабадскомъ, Кизиль-арбатскомъ, Красноводскомъ, Термезскомъ, Керкинскомъ, Серахскомъ, Хаахкинскомъ, Каракалинскомъ и Чикишлярскомъ, а также при пріемныхъ покояхъ въ Чатлы и Гумбетъ-Камбузѣ. 2) Приготовить къ дѣятельности 3 летучихъ санитарныхъ отряда въ Асхабадѣ, Мервѣ и Керкахъ, опредѣливъ мѣстомъ храненія ихъ имущества мѣстные лазареты; 3) снабдить холерныя отдѣленія обеззараживающими средствами и всѣмъ необходимымъ; 4) всѣ приготовленныя на случай холеры учрежденія должны быть готовы къ открытію своихъ дѣйствій по первому требованію, а санитарные отряды отправиться по ближайшему распоряженію военнаго начальства при появленіи болѣзни. 5) Подлежащимъ войсковымъ начальникамъ и окружному военно-медицинскому инспектору озаботиться предназначеніемъ въ проэктированныя холерныя учрежденія служительскаго и медицинскаго персонала, а медицинскому инспектору, кромѣ того, теперь же войти съ представленіемъ въ Главное военно-медицинское Управленіе, въ виду недостатка врачей въ округѣ, о командированіи врачей изъ войскъ Европейской Россіи («Правительственный Вѣстникъ», 29 іюля).

1588. По свѣдѣніямъ, относительно *холеры въ Персіи*, полученныхъ противочумной Коммиссіей, въ Тегеранѣ холера съ начала іюля стала ослабѣвать, при чемъ смертность, доходившая къ концу іюня до 800 и выше ежедневно, въ первыхъ числахъ іюля упала до 400, а къ 23-му іюля до 60. Къ югу отъ Тегерана холера обнаружена въ Исфаганѣ и Ширазѣ; въ послѣднемъ городѣ къ 20-му іюля ежедневно умирало отъ холеры до 1000 человѣкъ. Сѣвернѣе Тегерана наблюдались 14-го іюля 2 случая холеры въ Рештѣ, гдѣ затѣмъ до 23-го іюля новыхъ заболѣваній не было. 22-го іюля обнаруженъ 1-й случай холеры въ Энзели, на прибывшемъ изъ порта Гязь пароходѣ. Въ восточномъ и сѣверо-восточномъ отъ Тегерана направленіи эпидемія въ іюлѣ постепенно распространилась на Семнанъ, Дамганъ, Шахрутъ, Себзеваръ и 12-го іюля появилась въ Мешхедѣ, гдѣ съ 17—21-е іюля умерло 540 человѣкъ и съ 21—26-е около 400. 28-го іюля холера обнаружена въ Астерабадѣ (а не въ Асхабадѣ, какъ было ошибочно сообщено въ Агентскихъ телеграммахъ. *Ред.*).

1589. Саратовское городское управленіе возбудило ходатайство объ отпускѣ *кредита* изъ средствъ казны въ размѣрѣ *111000 р. на расходы по мѣропріятію для предупрежденія холеры* и для борьбы съ нею, въ случаѣ ея занесенія по Волгѣ.

Распредѣленіе этой суммы, по словамъ корреспондента «Русскаго Слова» (31 іюля) намѣчено слѣдующее: 1) содержаніе штата санитарныхъ врачей съ низшимъ медицинскимъ персоналомъ—13200 р.; 2) оборудованіе больницы на 50 кроватей—5000 р. и на наемъ и содержаніе ея—7200 р.; 3) единовременный расходъ на пріемный покой (баржу) на 10 кроватей, оборудованіе и содержаніе—7961 р.; 4) доставка больныхъ—7896 р.; 5) расходъ на обеззараживающую камеру съ 3 мя обозами—7689 р., обеззараживающія средства—4192 р., содержаніе—3540 р.; 6) производство микроскопическихъ изслѣдованій—250 р.; 7) популярныя брошюры—500 р.; 8) единовременный расходъ на постройку 10 навѣсовъ для рабочихъ—6613 р.; 9) постройка и оборудованіе 6-ти чайныхъ—17720 р.; 10) устройство горнаго водопровода для снабженія жителей внѣ черты Волжскаго водопровода доброкачественной водой—26464 р.; 4) на устройство 7 отхожихъ мѣстъ—3076 р.

1590. Открытый въ началѣ нынѣшняго года на южномъ берегу Крыма возлѣ Гурзуфа образцово устроенный *курортъ Суукъ-Су значительно расширенъ* и въ его усадьбѣ построено нѣсколько новыхъ зданій, вполнѣ приспособленныхъ для осенне-зиминаго пребыванія.

1591. 29-го іюля въ Бѣлостокѣ закончилъ свою дѣятельность *глазной отрядъ попечительства о слѣпыхъ*, находившійся въ завѣдываніи ч. пр. *Я. В. Зеленковскаго*; принято 4713 больныхъ, сдѣлано 716 операцій («Правительственный Вѣстникъ» 30 іюля).

1592. Петербургская городская санитарная Коммиссія закончила *оборудованіе 13-го родильнаго пріюта*, преобразованнаго изъ 8-кроватнаго въ 20-кроватный. Пріютъ будетъ посвященъ имени покойнаго акушера проф. *Крассовскаго*. Онъ устроенъ согласно всѣмъ позднѣйшимъ требованіямъ гигіены; освѣщенъ электричествомъ и имѣетъ операціонный залъ («Русь» 30 іюля).

1593. До 19 іюля общее число пріѣзжихъ на *Цѣхоцинскія минеральныя воды* достигъ цифры 6653.

1594. Къ № 8-му (25 іюля) «Липецкаго сезоннаго листка» приложенъ полезный въ библіографическомъ отношеніи *списокъ всей существующей литературы о Липецкѣ и Липецкихъ минеральныхъ водахъ*. Изъ списка этого видно, что первое описаніе Липецкихъ водъ сдѣлано въ 1804 г. на русскомъ языкѣ Н. М. Кугушевымъ (Московская брошюра въ 126 стр.) и въ «С.-Петербургскомъ журналѣ» т. V, и въ томъ же году на французскомъ языкѣ нѣкіимъ Albini.

1595. Для приведенія въ лучшее санитарное состояніе г. *Ростова на Дону* избрано думой *80 санитарныхъ попечителей* («Русское Слово», 26 іюля).

1596. «Самарская Газета» (24 іюля) передаетъ, что 17 и 18 іюля происходило Совѣщаніе Самарской уѣздной земской Управы съ земскими врачами, на которомъ, между прочимъ, постановлено было еще разъ просить земское собраніе *о закрытіи всѣхъ самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ* въ Самарскомъ уѣздѣ и о замѣнѣ ихъ врачебными; въ виду этого не признано было желательнымъ открытіе и въ сс. Бобровкѣ и Чернорѣчьи фельдшерскихъ пунктовъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ Совѣщаніе рѣшило просить земское собраніе, также и о скорѣйшемъ осуществленіи въ уѣздѣ всѣхъ постановленій XIV губ. Съѣзда врачей Самарской губерніи.

1597. Совѣтъ главныхъ врачей Петербургскихъ городскихъ больницъ обратился, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (31 іюля), въ городскую Управу съ представленіемъ, въ которомъ указываетъ на ненормальное положеніе городскихъ больницъ по отношенію найма больничной прислуги и совѣтуетъ Петербургской Думѣ учрежденіе въ Петербургѣ *новой школы для подготовки больничной прислуги*. Организація школы, по проэкту Совѣта врачей, такова: школа должна быть учреждена въ видѣ опыта при одной изъ городскихъ больницъ, и разсчитана на 100 ученицъ. Продолжительность обученія сидѣлокъ-ученицъ, въ зависимости отъ степени ихъ грамотности, способностей и успѣховъ, продолжается отъ 6 мѣсяцевъ до года. Необходимый на содержаніе школы кредитъ опредѣляется въ 25000 р. въ годъ, изъ разсчета по 250 р. въ годъ на ученицу. Изъ этой суммы каждой ученицѣ будетъ выдаваться жалованье по 5 р. въ мѣсяцъ, при полномъ содержаніи ученицъ. Управленіе школы ввѣряется старшему врачу больницы, преподавательницами будутъ сестры милосердія изъ больничнаго персонала. Проэктируя эту школу, Совѣтъ врачей находитъ необходимымъ возможно улучшить матеріальное положеніе сидѣлокъ, которое теперь ужасно. Нѣтъ помѣщеній, нѣтъ отдыха и полная необезпеченность подъ старость.

1598. «Биржевыя Вѣдомости» (30 іюля) передаютъ, со словъ «Приднѣпровскаго Края», что Екатеринославская земская Управа, во время полевыхъ работъ крестьянъ устроила *пріютъ-ясли*. Въ пріютъ принимались здоровыя дѣти, по преимуществу, изъ бѣдныхъ семействъ; грудныя дѣти, нуждающіяся въ особомъ уходѣ, вовсе не принимались. Дѣти собирались, обыкновенно, къ 7 ч. утра и расходились по домамъ послѣ ужина, часовъ около 8 вечера. День распредѣлялся слѣдующимъ образомъ: по приходѣ дѣтей имъ сейчасъ-же давали чай съ бѣлымъ хлѣбомъ, затѣмъ до 12 час. велись игры (въ мячъ и пр.), маленькихъ часовъ въ 10 кормили молокомъ, въ 12 ч.—обѣдъ изъ 2-хъ блюдъ—борщъ или супъ, каша, картофель и т. п., затѣмъ—опять игры до вечера, въ 4 часа—чай и въ 7 час.—ужинъ. Населеніе отнеслось не только очень сочувственно къ яслямъ, но и охотно пользовалось услугами этого прекраснаго учрежденія.

1599. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (30 іюля), при желѣзнодорожныхъ больницахъ рѣшено открыть *2-недѣльные санитарно-фельдшерскіе курсы* для младшихъ кондукторовъ пассажирскихъ смѣнъ, предназначенныхъ пополнять кадръ и замѣщать въ бригадахъ заболѣвшихъ и отпускныхъ кондукторовъ-фельдшеровъ.

1600. «Днѣпровскій Вѣстникъ» (22 іюля) передаетъ, что Бакинское губернское врачебное управленіе получило извѣщеніе медицинскаго Департамента, что поддѣлка фруктовыхъ водъ принимаетъ большіе размѣры. Спеціальныя изслѣдованія показали, что большинство нормальныхъ и сельскихъ аптекъ выписываютъ сахаринъ въ гораздо большемъ количествѣ, чѣмъ это необходимо для удовлетворенія рецептовъ врачей, изъ чего можно заключить, что сахаринъ сбывается частнымъ лицамъ для разныхъ цѣлей. Въ виду этого предлагается учредить *строгій контроль надъ продажей сахарина*, при чемъ владѣльцамъ аптекъ за разъ разрѣшается выписывать не болѣе 100 грм.

1601. Для руководства при организаціи *врачебно-наблюдательныхъ пунктовъ и пріемныхъ покоевъ на внутреннихъ водныхъ путяхъ*, состоящихъ въ вѣдѣніи Министерства путей сообщенія, Казанскій округъ издалъ, какъ передаетъ «Саратовскій Листокъ» (30 іюля), инструкцію, въ которой сказано, что по назначеніи пристаней, на которыхъ должны быть открыты врачебно-наблюдательные пункты, начальникъ подлежащаго округа или уполномоченный отъ министерства дѣлаетъ распоряженіе о приглашеніи врачей для завѣдыванія этими пунктами и пріемными при нихъ покоями. Кромѣ врачей, приглашается низшій медицинскій и служительскій персоналъ. На обязанность врачей возлагается: подготовленіе пунктовъ и пріемныхъ покоевъ къ открытію; приведеніе въ извѣстность, совмѣстно съ чинами судоходнаго надзора и общей полиціи, какія зданія или суда могутъ быть пригодны для пріемныхъ покоевъ, каковы условія ихъ покупки или аренды и способы приспособленія, снабженіе врачебно-наблюдательныхъ пунктовъ и пріемныхъ покоевъ лѣкарствами, обеззараживающими средствами и предметами ухода за больными; устройство бактеріологическихъ станцій; осмотры судовъ и пассажировъ, наблюденіе за обеззараживаніемъ судовъ, съ которыхъ сняты больные холерой или умершіе отъ этой болѣзни. Кромѣ того, врачи дѣлаютъ представленія въ правленіе округа путей сообщенія о числѣ заболѣвшихъ, выздоровѣвшихъ и умершихъ отъ холеры и о судахъ, на которыхъ были обнаружены эти случаи. На нихъ-же возложено: наблюденіе за санитарнымъ состояніемъ пристаней и производства, въ случаѣ надобности, осмотровъ домовъ и торговыхъ заведеній на бичевникахъ и пристаняхъ. Если завѣдующій врачебно-наблюдательнымъ пунктомъ врачъ признаетъ, что направленный къ нему больной не страдаетъ холерой и не принадлежитъ къ числу сомнительныхъ по этой болѣзни, то онъ направляетъ больного черезъ мѣстную полицію въ общую больницу, если таковая имѣется, или выдаетъ командиру судна удостовѣреніе, съ указаніемъ причинъ непріема больного. Пріемные покои устраиваются или на судахъ, или на берегу въ обеззараженномъ мѣстѣ. Если онъ будетъ устроенъ на берегу, то около него должны быть устроены приспособленія для удобнаго причала судовъ. Помѣщеніе пріемнаго покоя должно состоять изъ 4-хъ палатъ: 2-хъ (муж. и жен.) для опредѣлившихся больныхъ и 2-хъ (муж. и женск.) для сомнительныхъ больныхъ. Тутъ-же должно быть помѣщеніе для аптеки, комната для фельдшеровъ, комната для сестеръ милосердія, ванны, обеззараживающая камера, кухня, отдѣленіе для прислуги, покойницкая и 2 комнаты для врачей. Въ каждомъ пріемномъ покоѣ должны быть по крайней мѣрѣ 3 выхода наружу: изъ палатъ, аптеки и дежурной комнаты. Судно, на которомъ будетъ находиться пріемный покой, должно быть отдѣлено отъ каравана и поставлено ниже его по теченію. При каждомъ пріемномъ покоѣ необходимо имѣть матеріалъ и человѣка для изготовленія гробовъ. На рѣкахъ Волгѣ и Камѣ и на Маріинской системѣ общее завѣдываніе врачебно-наблюдательными пунктами и пріемными покоями возлагается, подъ руководствомъ старшаго врача санитарнаго надзора, на участковыхъ санитарныхъ врачей. Мѣстныя полицейскія власти и чины округа путей сообщенія должны оказывать содѣйствіе врачамъ при осмотрахъ судовъ, удаленіи больныхъ и по доставкѣ предметовъ, необходимыхъ для веденія хозяйства и лѣченія больныхъ.

1602. Состоящая при Правленіи Пироговскаго Общества врачей постоянная Коммиссія по распространенію гигіеническихъ знаній въ народѣ, приготовляетъ къ изданію *по вопросу о мѣрахъ борьбы съ холерой общедоступную брошюру* съ рисунками и картинами для волшебнаго фонаря. Брошюра эта будетъ отпечатана въ огромномъ числѣ экземпляровъ.

1603. Въ созванномъ, по предложенію министра внутреннихъ дѣлъ, въ Кишиневѣ Съѣздѣ представителей Бессарабскихъ общественныхъ управленій и врачей для обсужденія возбужденнаго извѣстнымъ циркуляромъ министерства внутреннихъ дѣлъ вопроса *о преобразованіи врачебно-санитарнаго дѣла въ Россіи* постановлено: общественнымъ учрежденіямъ слѣдуетъ оставить по прежнему лишь право заботы о народномъ здравіи, а отнюдь не вмѣнять имъ этого въ обязанность. Отсюда—нѣтъ надобности искать требуемаго циркуляромъ minimum'а обязательныхъ требованій къ земству по врачебной и санитарной части. 2) По вопросу о правительственномъ надзорѣ Съѣздъ пришелъ къ заключенію, что существующій административный надзоръ дастъ полную возможность правительственной власти контролировать дѣйствія общественныхъ учрежденій по медицинской части. Что-же касается матеріальнаго участія правительства въ борьбѣ съ эпидеміями, то регламентація такого участія не представляется необходимой. 3) Наконецъ, по вопросу о разграниченіи задачъ по

свыкаются съ условіями жизни въ поѣздахъ, что очень неохотно оставляютъ ихъ для перехода въ госпитали. Количество госпиталей на всемъ протяженіи на театрѣ войны достаточно. Брюшного тифа очень мало. Страшнѣйшаго-же бича войны—сыпного тифа—нѣтъ, что служитъ указателемъ хорошаго санитарнаго состоянія войскъ и сравнительно недурного питанія. Многіе госпитали военнаго вѣдомства устроены прекрасно. Лучшимъ госпиталемъ слѣдуетъ считать 1 сводный (военный); онъ не вполнѣ еще отдѣланъ, но имѣющіяся палаты—прелестны. Это огромныя длинныя комнаты въ два свѣта съ крышей, наполовину стеклянной все блеститъ отъ бѣлой масляной краски. Прекрасныя койки; 2 ванныя—комнаты съ тремя ваннами въ каждой, съ приспособленіями для горячей и холодной воды. Отличная операціонная съ плиточнымъ поломъ и обильнымъ свѣтомъ. Изъ другихъ большихъ госпиталей, находящихся въ Харбинѣ, также очень хороши госпитали Иверской и Елизаветинской Общины Краснаго Креста, затѣмъ дворянскій госпиталь и цѣлый рядъ сводныхъ военныхъ госпиталей.

1576. Въ *центральную кассу Россійскаго Общества Краснаго Креста* съ начала войны по 30-е іюля 1904 года поступило пожертвованій 5201647 р., считая въ томъ числѣ суммы, истребованныя изъ кассъ мѣстныхъ управленій. Израсходовано по 30 іюля 5192783 р. *Остатокъ* свободный отъ пожертвованій по центральной кассѣ составляетъ *всего лишь 8863 р.* Въ виду огромныхъ текущихъ расходовъ по содержанію учрежденій Краснаго Креста и дополнительнаго питанія военно-лѣчебныхъ заведеній на театрѣ войны, исполнительная коммиссія обращается ко всему русскому обществу, прося придти на помощь больнымъ и раненымъ воинамъ на Дальнемъ Востокѣ.

1577. Членъ комитета Общества Краснаго Креста при Казанскомъ Университетѣ А. К. Ушковъ устроилъ на собственныя средства, въ своемъ домѣ *частный госпиталь для раненыхъ воиновъ*, имѣющихъ прибыть съ Дальняго Востока, всего на 12 кроватей. Для завѣдыванія госпиталемъ приглашенъ на средства жертвователя одинъ изъ мѣстныхъ врачей («Русское Слово», 27 іюля).

1578. Исполнительной коммиссіей Краснаго Креста утверждены: въ составѣ *санитарнаго отряда Орловскаго мѣстнаго управленія*—старшимъ врачемъ *Д. П. Сергѣевъ*, младшими врачами—*М. Г. Преображенскій*, *П. П. Урбановичъ* и *К. Ф. Морозовъ* («Правительственный Вѣстникъ», 1 августа).

1579. Исполнительная коммиссія Краснаго Креста утвердила въ *Харбинскій резервъ врачей*: *Короваева*, *Якобсона*, *Горѣлова*, *Фриланда*, *Бабушкина*, *Операнскаго*, *Тумакова*, *Бакина* и *Розова* («Правительственный Вѣстникъ», 31 іюля).

1580. Рижская городская дума назначила *100000 р.* на устройство и содержаніе въ *Кеммернѣ лѣтней санаторіи на 50 кроватей* для офицеровъ и нижнихъ чиновъ, пострадавшихъ отъ настоящей войны.

1581. Въ оффиціальномъ донесеніи представителя наблюдательнаго Комитета при исполнительной коммиссіи Краснаго Креста, по поводу *дѣятельности лицъ врачебнаго персонала* въ лазаретахъ Краснаго Креста отъ Харбина до Дашичао сказано: «Что касается врачей, сестеръ милосердія, студентовъ, то ихъ труды превышаютъ мѣру требуемаго долгомъ» («Правительственный Вѣстникъ», 31 іюля).

1582. Въ Харбинѣ открылось *«временное медицинское Общество на Дальнемъ Востокѣ»*. Въ засѣданіи 26 іюля въ присутствіи 96 членовъ предсѣдателемъ Общества и Правленія былъ избранъ д-ръ *М. С. Толмачевъ*, товарищемъ предсѣдателя д-ръ *Розовъ*, въ члены Правленія: д-ра *Безродный*, *Борнгауптъ*, *Боришпольскій*, *Глаголевъ* и *Постниковъ* и секретарями: д-ра *Арцимовъ* и *Мамоновъ*. *М. С. Толмачевъ*, вступившій въ исполненіе обязанностей предсѣдателя Общества, отмѣтилъ свѣтлый историческій моментъ въ настоящей войнѣ—широкое проявленіе общественной инициативы, сказавшейся въ дворянской, земской и другихъ организаціяхъ въ дѣлѣ оказанія помощи больнымъ и раненымъ на Дальнемъ Востокѣ. Затѣмъ, указавъ на то, что впервые на этой войнѣ возникаетъ Общество врачей, имѣющее своею цѣлью разрѣшеніе научно-практическихъ вопросовъ военно-санитарнаго дѣла, предсѣдатель изложилъ въ краткихъ чертахъ программу будущей дѣятельности Общества. 1) Выясненіе врачебно-санитарныхъ условій войскъ на Дальнемъ Востокѣ: перевозка, стоянки, водоснабженіе, пища, одежда, обувь, бани, мытье бѣлья, обеззараживаніе и другія предупредительныя мѣры. 2) Описаніе во врачебно-санитарномъ отношеніи: госпиталей—стаціонарныхъ и подвижныхъ, летучихъ отрядовъ; транспортировки больныхъ: этапныхъ и продовольственныхъ пунктовъ и т. п. нуждъ больныхъ и раненыхъ. 3) Клиническія и научныя сообщенія и выработка статистическихъ пріемовъ по собиранію матеріала по врачебно-санитарной дѣятельности. 4) Содѣйствіе лицамъ и учрежденіямъ, по мѣрѣ возможности и средствъ, къ выясненію условій и нуждъ на театрѣ войны, для чего учреждается постоянное бюро. Затѣмъ засѣданіемъ обсуждался вопросъ объ эвакуаціи больныхъ и раненыхъ, вызвавшій очень оживленныя пренія. Были затронуты многія стороны этого вопроса: эвакуація легкихъ, тяжелыхъ, заразныхъ больныхъ и хрониковъ, сборный пунктъ для сортировки больныхъ, амбуляторное лѣченіе болѣе легко раненыхъ, вредныя стороны слишкомъ частой эвакуаціи, нужды дальней эвакуаціи, обеззараживаніе санитарныхъ поѣздовъ («Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», № 14). — Желаемъ молодому Обществу полнаго успѣха.

1583. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 14) рисуютъ такую картину *переполненія Красноярской губ. больницы*. Штатное число коекъ больницы разсчитано на 145 больныхъ. Теперь же въ виду мобилизаціи и призыва ополченія значительно увеличился контингентъ находящихся въ городѣ войскъ, а, слѣд., и больныхъ военнаго вѣдомства. Послѣднее почему то не развертываетъ своего лазарета на необходимое число коекъ, а посылаетъ своихъ больныхъ въ городскую больницу. Вслѣдствіе всего этого въ больницѣ теперь крайнее переполненіе больныхъ. Напр., на 29 іюня числилось: больныхъ военнаго званія—118 чел., женщинъ сифилитичекъ—15 чел., заразнаго отдѣленія—12 чел., душевно-больныхъ—90 чел. и всѣхъ другихъ категорій только 48 чел., а всего 283 чел. Такое скопленіе больныхъ въ неприспособленной для этого больницѣ, говорятъ «Вѣдомости», сказывается во всемъ, недостатокъ прислуги, бѣлья, фельдшерскаго персонала, врачей и пр. Печальнѣе-же всего, что за переполненіемъ больницы больными военнаго вѣдомства пріемъ больныхъ мѣстныхъ жителей фактически прекращенъ. Даже самымъ тяжелымъ больнымъ отказываютъ въ пріемѣ въ больницу, а другой въ городѣ нѣтъ. Положеніе больныхъ ужасное.

1584. *Первое подозрительное въ отношеніи холеры заболѣваніе въ Баку* имѣло мѣсто 20 іюля въ Михайловской больницѣ. Микроскопическіе препараты изъ испражненій этого больного, по имени Рѣшетникова, разсмотрѣны были 22 іюля Коммиссіей изъ главнаго медицинскаго инспектора *В. К. фонъ-Анрепа*, управляющаго медицинской частью на Кавказѣ *М. Н. Феноменова* и д-ровъ *М. И. Теръ-Оганяна*, *А. И. Семенова*, прозектора больницы *Леплинскаго* и ординаторовъ больницы, при чемъ обнаружены были запятовидныя бактеріи. Хотя больной и выздоровѣлъ, но по словамъ Кавказскихъ газетъ, Коммиссія изъ названныхъ лицъ, принимая во вниманіе клиническую картину болѣзни, видъ испражненій и запятовидныя бактеріи, признала больного за холернаго.—Во всякомъ случаѣ, если даже Рѣшетниковъ и не былъ боленъ холерой, и если имъ однимъ ограничатся подозрительныя заболѣванія, то случай этотъ послужитъ поводомъ къ принятію энергичныхъ оздоровительныхъ мѣръ по отношенію и къ той ужасной въ гигіэническомъ отношеніи обстановкѣ, въ которой, какъ извѣстно, живутъ фабричные рабочіе въ Баку.

1585. Для усиленія медицинскаго персонала Закаспійской области и въ виду необходимости принятія энергичныхъ мѣръ въ дѣлѣ охраны отъ заноса холеры изъ Персіи *противочумная Коммиссія командировала въ распоряженіе начальника Закаспійской области 17 врачей и 34 фельдшеровъ*.

1586. Съ особеннымъ удовольствіемъ прочли мы въ № 28 «Русскаго Слова» весьма мѣтко и живо написанныя *воспоминанія* нашего извѣстнаго художника слова В. М. Дорошевича *о холерѣ*. Въ небольшой статьѣ этой высказано много здравыхъ и вѣрныхъ мыслей по поводу предохраненія отъ заболѣванія холерой, по поводу своевременной организаціи врачебной помощи населенію и, что самое главное, по поводу развитія въ немъ довѣрія къ врачебной помощи.

1587. Въ виду появленія *холеры въ Персіи и возможнаго появленія ея въ войскахъ Туркестанскаго военнаго округа*, временно-командующій войсками округа предложилъ *слѣдующія мѣры*: 1) Теперь-же приготовить къ дѣятельности холерныя отдѣленія при мѣстныхъ военныхъ лазаретахъ: Мервскомъ, Кушкинскомъ, Асхабадскомъ, Кизиль-арбатскомъ, Красноводскомъ, Термезскомъ, Керкинскомъ, Серахскомъ, Хаахкинскомъ, Каракалинскомъ и Чикишлярскомъ, а также при пріемныхъ покояхъ въ Чатлы и Гумбетъ-Камбузѣ. 2) Приготовить къ дѣятельности 3 летучихъ санитарныхъ отряда въ Асхабадѣ, Мервѣ и Керкахъ, опредѣливъ мѣстомъ храненія ихъ имущества мѣстные лазареты; 3) снабдить холерныя отдѣленія обеззараживающими средствами и всѣмъ необходимымъ; 4) всѣ приготовленныя на случай холеры учрежденія должны быть готовы къ открытію своихъ дѣйствій по первому требованію, а санитарные отряды отправиться по ближайшему распоряженію военнаго начальства при появленіи болѣзни. 5) Подлежащимъ войсковымъ начальникамъ и окружному военно-медицинскому инспектору озаботиться предназначеніемъ въ проэктированныя холерныя учрежденія служительскаго и медицинскаго персонала, а медицинскому инспектору, кромѣ того, теперь же войти съ представленіемъ въ Главное военно-медицинское Управленіе, въ виду недостатка врачей въ округѣ, о командированіи врачей изъ войскъ Европейской Россіи («Правительственный Вѣстникъ», 29 іюля).

1588. По свѣдѣніямъ, относительно *холеры въ Персіи*, полученныхъ противочумной Коммиссіей, въ Тегеранѣ холера съ начала іюля стала ослабѣвать, при чемъ смертность, доходившая къ концу іюня до 800 и выше ежедневно, въ первыхъ числахъ іюля упала до 400, а къ 23-му іюля до 60. Къ югу отъ Тегерана холера обнаружена въ Исфаганѣ и Ширазѣ; въ послѣднемъ городѣ къ 20-му іюля ежедневно умирало отъ холеры до 1000 человѣкъ. Сѣвернѣе Тегерана наблюдались 14-го іюля 2 случая холеры въ Рештѣ, гдѣ затѣмъ до 23-го іюля новыхъ заболѣваній не было. 22-го іюля обнаруженъ 1-й случай холеры въ Энзели, на прибывшемъ изъ порта Гязь пароходѣ. Въ восточномъ и сѣверо-восточномъ отъ Тегерана направленіи эпидемія въ іюлѣ постепенно распространилась на Семнанъ, Дамганъ, Шахрутъ, Себзеваръ и 12-го іюля появилась въ Мешхедѣ, гдѣ съ 17—21-е іюля умерло 540 человѣкъ и съ 21—26-е около 400. 28-го іюля холера обнаружена въ Астерабадѣ (а не въ Асхабадѣ, какъ было ошибочно сообщено въ Агентскихъ телеграммахъ. *Ред.*).

1589. Саратовское городское управленіе возбудило ходатайство объ отпускѣ *кредита* изъ средствъ казны въ размѣрѣ *111000 р. на расходы по мѣропріятію для предупрежденія холеры* и для борьбы съ нею, въ случаѣ ея занесенія по Волгѣ.

Распредѣленіе этой суммы, по словамъ корреспондента «Русскаго Слова» (31 іюля) намѣчено слѣдующее: 1) содержаніе штата санитарныхъ врачей съ низшимъ медицинскимъ персоналомъ—13200 р.; 2) оборудованіе больницы на 50 кроватей—5000 р. и на наемъ и содержаніе ея—7200 р.; 3) единовременный расходъ на пріемный покой (баржу) на 10 кроватей, оборудованіе и содержаніе—7961 р.; 4) доставка больныхъ—7896 р.; 5) расходъ на обеззараживающую камеру съ 3 мя обозами—7689 р., обеззараживающія средства—4192 р., содержаніе—3540 р.; 6) производство микроскопическихъ изслѣдованій—250 р.; 7) популярныя брошюры—500 р.; 8) единовременный расходъ на постройку 10 навѣсовъ для рабочихъ—6613 р.; 9) постройка и оборудованіе 6-ти чайныхъ—17720 р.; 10) устройство горнаго водопровода для снабженія жителей внѣ черты Волжскаго водопровода доброкачественной водой—26464 р.; 4) на устройство 7 отхожихъ мѣстъ—3076 р.

1590. Открытый въ началѣ нынѣшняго года на южномъ берегу Крыма возлѣ Гурзуфа образцово устроенный *курортъ Суукъ-Су значительно расширенъ* и въ его усадьбѣ построено нѣсколько новыхъ зданій, вполнѣ приспособленныхъ для осенне-зимняго пребыванія.

1591. 29-го іюля въ Бѣлостокѣ закончилъ свою дѣятельность *глазной отрядъ попечительства о слѣпыхъ*, находившійся въ завѣдываніи ч. пр. *Я. В. Зеленковскаго*; принято 4713 больныхъ, сдѣлано 716 операцій («Правительственный Вѣстникъ» 30 іюля).

1592. Петербургская городская санитарная Коммиссія закончила *оборудованіе 13-го родильнаго пріюта*, преобразованнаго изъ 8-кроватнаго въ 20-кроватный. Пріютъ будетъ посвященъ имени покойнаго акушера проф. *Крассовскаго*. Онъ устроенъ согласно всѣмъ позднѣйшимъ требованіямъ гигіены; освѣщенъ электричествомъ и имѣетъ операціонный залъ («Русь» 30 іюля).

1593. До 19 іюля общее число пріѣзжихъ на *Цѣхоцинскія минеральныя воды* достигъ цифры 6653.

1594. Къ № 8-му (25 іюля) «Липецкаго сезоннаго листка» приложенъ полезный въ библіографическомъ отношеніи *списокъ всей существующей литературы о Липецкѣ и Липецкихъ минеральныхъ водахъ*. Изъ списка этого видно, что первое описаніе Липецкихъ водъ сдѣлано въ 1804 г. на русскомъ языкѣ Н. М. Кугушевымъ (Московская брошюра въ 126 стр.) и въ «С.-Петербургскомъ журналѣ» т. V, и въ томъ же году на французскомъ языкѣ нѣкіимъ Albini.

1595. Для приведенія въ лучшее санитарное состояніе г. *Ростова на Дону* избрано думой *80 санитарныхъ попечителей* («Русское Слово», 26 іюля).

1596. «Самарская Газета» (24 іюля) передаетъ, что 17 и 18 іюля происходило Совѣщаніе Самарской уѣздной земской Управы съ земскими врачами, на которомъ, между прочимъ, постановлено было еще разъ просить земское собраніе *о закрытіи всѣхъ самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ* въ Самарскомъ уѣздѣ и о замѣнѣ ихъ врачебными; въ виду этого не признано было желательнымъ открытіе и въ сс. Бобровкѣ и Чернорѣчьи фельдшерскихъ пунктовъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ Совѣщаніе рѣшило просить земское собраніе, также и о скорѣйшемъ осуществленіи въ уѣздѣ всѣхъ постановленій XIV губ. Съѣзда врачей Самарской губерніи.

1597. Совѣтъ главныхъ врачей Петербургскихъ городскихъ больницъ обратился, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (31 іюля), въ городскую Управу съ представленіемъ, въ которомъ указываетъ на ненормальное положеніе городскихъ больницъ по отношенію найма больничной прислуги и совѣтуетъ Петербургской Думѣ учрежденіе въ Петербургѣ *новой школы для подготовки больничной прислуги*. Организація школы, по проэкту Совѣта врачей, такова: школа должна быть учреждена въ видѣ опыта при одной изъ городскихъ больницъ, и разсчитана на 100 ученицъ. Продолжительность обученія сидѣлокъ-ученицъ, въ зависимости отъ степени ихъ грамотности, способностей и успѣховъ, продолжается отъ 6 мѣсяцевъ до года. Необходимый на содержаніе школы кредитъ опредѣляется въ 25000 р. въ годъ, изъ разсчета по 250 р. въ годъ на ученицу. Изъ этой суммы каждой ученицѣ будетъ выдаваться жалованье по 5 р. въ мѣсяцъ, при полномъ содержаніи ученицъ. Управленіе школы ввѣряется старшему врачу больницы, преподавательницами будутъ сестры милосердія изъ больничнаго персонала. Проэктируя эту школу, Совѣтъ врачей находитъ необходимымъ возможно улучшить матеріальное положеніе сидѣлокъ, которое теперь ужасно. Нѣтъ помѣщеній, нѣтъ отдыха и полная необезпеченность подъ старость.

1598. «Биржевыя Вѣдомости» (30 іюля) передаютъ, со словъ «Приднѣпровскаго Края», что Екатеринославская земская Управа, во время полевыхъ работъ крестьянъ устроила *пріютъ-ясли*. Въ пріютъ принимались здоровыя дѣти, по преимуществу, изъ бѣдныхъ семействъ; грудныя дѣти, нуждающіяся въ особомъ уходѣ, вовсе не принимались. Дѣти собирались, обыкновенно, къ 7 ч. утра и расходились по домамъ послѣ ужина, часовъ около 8 вечера. День распредѣлялся слѣдующимъ образомъ: по приходѣ дѣтей имъ сейчасъ-же давали чай съ бѣлымъ хлѣбомъ, затѣмъ до 12 час. велись игры (въ мячъ и пр.), маленькихъ часовъ въ 10 кормили молокомъ, въ 12 ч.—обѣдъ изъ 2-хъ блюдъ—борщъ или супъ, каша, картофель и т. п., затѣмъ—опять игры до вечера, въ 4 часа—чай и въ 7 час.—ужинъ. Населеніе отнеслось не только очень сочувственно къ яслямъ, но и охотно пользовалось услугами этого прекраснаго учрежденія.

1599. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (30 іюля), при желѣзнодорожныхъ больницахъ рѣшено открыть *2-недѣльные санитарно-фельдшерскіе курсы* для младшихъ кондукторовъ пассажирскихъ смѣнъ, предназначенныхъ пополнять кадръ и замѣщать въ бригадахъ заболѣвшихъ и отпускныхъ кондукторовъ-фельдшеровъ.

1600. «Днѣпровскій Вѣстникъ» (22 іюля) передаетъ, что Бакинское губернское врачебное управленіе получило извѣщеніе медицинскаго Департамента, что поддѣлка фруктовыхъ водъ принимаетъ большіе размѣры. Спеціальныя изслѣдованія показали, что большинство нормальныхъ и сельскихъ аптекъ выписываютъ сахаринъ въ гораздо большемъ количествѣ, чѣмъ это необходимо для удовлетворенія рецептовъ врачей, изъ чего можно заключить, что сахаринъ сбывается частнымъ лицамъ для разныхъ цѣлей. Въ виду этого предлагается учредить *строгій контроль надъ продажей сахарина*, при чемъ владѣльцамъ аптекъ за разъ разрѣшается выписывать не болѣе 100 грм.

1601. Для руководства при организаціи *врачебно-наблюдательныхъ пунктовъ и пріемныхъ покоевъ на внутреннихъ водныхъ путяхъ*, состоящихъ въ вѣдѣніи Министерства путей сообщенія, Казанскій округъ издалъ, какъ передаетъ «Саратовскій Листокъ» (30 іюля), инструкцію, въ которой сказано, что по назначеніи пристаней, на которыхъ должны быть открыты врачебно-наблюдательные пункты, начальникъ подлежащаго округа или уполномоченный отъ министерства дѣлаетъ распоряженіе о приглашеніи врачей для завѣдыванія этими пунктами и пріемными при нихъ покоями. Кромѣ врачей, приглашается низшій медицинскій и служительскій персоналъ. На обязанность врачей возлагается: подготовленіе пунктовъ и пріемныхъ покоевъ къ открытію; приведеніе въ извѣстность, совмѣстно съ чинами судоходнаго надзора и общей полиціи, какія зданія или суда могутъ быть пригодны для пріемныхъ покоевъ, каковы условія ихъ покупки или аренды и способы приспособленія, снабженіе врачебно-наблюдательныхъ пунктовъ и пріемныхъ покоевъ лѣкарствами, обеззараживающими средствами и предметами ухода за больными; устройство бактеріологическихъ станцій; осмотры судовъ и пассажировъ, наблюденіе за обеззараживаніемъ судовъ, съ которыхъ сняты больные холерой или умершіе отъ этой болѣзни. Кромѣ того, врачи дѣлаютъ представленія въ правленіе округа путей сообщенія о числѣ заболѣвшихъ, выздоровѣвшихъ и умершихъ отъ холеры и о судахъ, на которыхъ были обнаружены эти случаи. На нихъ-же возложено: наблюденіе за санитарнымъ состояніемъ пристаней и производства, въ случаѣ надобности, осмотровъ домовъ и торговыхъ заведеній на бичевникахъ и пристаняхъ. Если завѣдующій врачебно-наблюдательнымъ пунктомъ врачъ признаетъ, что направленный къ нему больной не страдаетъ холерой и не принадлежитъ къ числу сомнительныхъ по этой болѣзни, то онъ направляетъ больного черезъ мѣстную полицію въ общую больницу, если таковая имѣется, или выдаетъ командиру судна удостовѣреніе, съ указаніемъ причинъ непріема больного. Пріемные покои устраиваются или на судахъ, или на берегу въ обеззараженномъ мѣстѣ. Если онъ будетъ устроенъ на берегу, то около него должны быть устроены приспособленія для удобнаго причала судовъ. Помѣщеніе пріемнаго покоя должно состоять изъ 4-хъ палатъ: 2-хъ (муж. и жен.) для опредѣлившихся больныхъ и 2-хъ (муж. и женск.) для сомнительныхъ больныхъ. Тутъ-же должно быть помѣщеніе для аптеки, комната для фельдшеровъ, комната для сестеръ милосердія, ванны, обеззараживающая камера, кухня, отдѣленіе для прислуги, покойницкая и 2 комнаты для врачей. Въ каждомъ пріемномъ покоѣ должны быть по крайней мѣрѣ 3 выхода наружу: изъ палатъ, аптеки и дежурной комнаты. Судно, на которомъ будетъ находиться пріемный покой, должно быть отдѣлено отъ каравана и поставлено ниже его по теченію. При каждомъ пріемномъ покоѣ необходимо имѣть матеріалъ и человѣка для изготовленія гробовъ. На рѣкахъ Волгѣ и Камѣ и на Маріинской системѣ общее завѣдываніе врачебно-наблюдательными пунктами и пріемными покоями возлагается, подъ руководствомъ старшаго врача санитарнаго надзора, на участковыхъ санитарныхъ врачей. Мѣстныя полицейскія власти и чины округа путей сообщенія должны оказывать содѣйствіе врачамъ при осмотрахъ судовъ, удаленіи больныхъ и по доставкѣ предметовъ, необходимыхъ для веденія хозяйства и лѣченія больныхъ.

1602. Состоящая при Правленіи Пироговскаго Общества врачей постоянная Коммиссія по распространеніи гигіеническихъ знаній въ народѣ, приготовляетъ къ изданію *по вопросу о мѣрахъ борьбы съ холерой общедоступную брошюру* съ рисунками и картинами для волшебнаго фонаря. Брошюра эта будетъ отпечатана въ огромномъ числѣ экземпляровъ.

1603. На созванномъ, по предложенію министра внутреннихъ дѣлъ, въ Кишиневѣ Съѣздѣ представителей Бессарабскихъ общественныхъ управленій и врачей для обсужденія возбужденнаго извѣстнымъ циркуляромъ министерства внутреннихъ дѣлъ вопроса *о преобразованіи врачебно-санитарнаго дѣла въ Россіи* постановлено: общественнымъ учрежденіямъ слѣдуетъ оставить по прежнему лишь право заботы о народномъ здравіи, а отнюдь не вмѣнять имъ этого въ обязанность. Отсюда—нѣтъ надобности искать требуемаго циркуляромъ minimum'а обязательныхъ требованій къ земству по врачебной и санитарной части. 2) По вопросу о правительственномъ надзорѣ Съѣздъ пришелъ къ заключенію, что существующій административный надзоръ дастъ полную возможность правительственной власти контролировать дѣйствія общественныхъ учрежденій по медицинской части. Что-же касается матеріальнаго участія правительства въ борьбѣ съ эпидеміями, то регламентація такого участія не представляется необходимой. 3) Наконецъ, по вопросу о разграниченіи задачъ по

врачебной и санитарной части, Съѣздъ пришелъ къ выводу, что строгое разграниченіе сферъ дѣятельности между городами и земствами въ дѣлѣ попеченія о народномъ здравіи трудно осуществимо, но городамъ слѣдуетъ предоставить введеніе такихъ медицинскихъ организацій, которыя вызываются спеціальными условіями городской жизни (амбуляторные пункты для подачи первой помощи, лѣчебницы для венерическихъ больныхъ, заразныя больницы, родильные пріюты и лабораторіи для изслѣдованія пищевыхъ продуктовъ), а для согласованія дѣйствій городовъ и земствъ при борьбѣ съ эпидеміями слѣдуетъ предоставить губернскому земству право издавать обязательныя санитарныя правила для всей губерніи, не исключая и городовъ («Медицинская Бесѣда», № 11).

1604. Недавно Новомосковскій уѣздный исправникъ, согласно указаніямъ губернскаго правленія, запретилъ чинамъ исполнительной полиціи Новомосковскаго уѣзда *обращаться къ земскимъ врачамъ съ требованіями объ освидѣтельствованіи потерпѣвшихъ по уголовнымъ дѣламъ лицъ или о вскрытіи труповъ*. Прокуроръ окружного суда сдѣлалъ по этому поводу представленіе въ губернское правленіе. По мнѣнію прокурора, основанному на 337 ст. уст. уг. суд., судебные слѣдователи имѣютъ право для освидѣтельствованія потерпѣвшихъ лицъ и для вскрытія труповъ приглашать судебнаго врача, а если онъ по уважительнымъ причинамъ не можетъ явиться, то всякаго другого врача, и въ томъ числѣ, конечно и земскаго. Такъ какъ во всѣхъ слѣдственныхъ дѣйствіяхъ до прибытія судебнаго слѣдователя полиція исполняетъ обязанности послѣдняго, то она, въ свою очередь, имѣетъ право пользоваться означенной ст. 337 у. у. с. Запретить чинамъ полиціи пользоваться этимъ правомъ значило-бы ограничить ихъ права, вопреки 258 ст. у. у. с., и наложить на уѣзднаго врача обязанности, съ которыми онъ, въ силу мѣстныхъ условій, не можетъ справиться никоимъ образомъ. Губернское правленіе предписало уѣзднымъ исправникамъ принять эти доводы къ руководству и исполненію въ подлежащихъ случаяхъ («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 22).

1605. *Въ виду* истекающаго въ концѣ 1904 г. *10-лѣтія отъ начала приготовленія противодифтерійной сыворотки въ Бактеріологическомъ Институтѣ Харьковскаго Медицинскаго Общества*, послѣднее постановило *издать сборникъ*, въ который должны войти матеріалы, какъ относительно приготовленія, такъ и примѣненія противодифтерійной сыворотки съ лѣчебной и предохранительной цѣлями. Для осуществленія этой цѣли Бактеріологическій Институтъ обратился во всѣ земскія управы и къ лицамъ, поставленнымъ во главѣ санитарной организаціи земствъ и городовъ, съ просьбой предоставить въ его распоряженіе относящійся сюда статистическій матеріалъ, возможно полно разработанный по особой приложенной таблицѣ. Если разработка матеріаловъ представитъ затрудненія, то Институтъ проситъ передать таковые въ его распоряженіе. Въ случаѣ желанія всѣ матеріалы будутъ возвращены въ полной сохранности («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», № 6).

1606. Сенатъ разъяснилъ, что *тѣ изъ больницъ*, находящихся въ вѣдѣніи земствъ, *которыя являются благотворительными* учрежденіями, *освобождаются отъ платежа* въ пользу города *оцѣночнаго сбора* («Вѣстникъ Ярославскаго земства», № 12).

1607. Петербургскій корреспондентъ Парижской газеты «Matin» (9 августа) сообщаетъ, *будто въ Петербургѣ было нѣсколько случаевъ азіатской холеры*. Свѣдѣніе это представляетъ собой не болѣе какъ вымыселъ, ибо въ столицѣ нашей не было ни одного случая даже подозрительнаго относительно холеры заболѣванія.

1608. Въ *Англіи* больше, чѣмъ въ какой-либо другой странѣ прогрессивно *уменьшается число лицъ, поступающихъ на медицинскіе факультеты*. Такъ, за десятилѣтіе съ 1890 по 1900 г. число студентовъ-медиковъ уменьшилось почти вдвое: въ 1890 г. ихъ было 1308, а въ 1900 г. всего только 779 («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 7 августа).

1609. Съ 1/15 іюля въ Парижѣ началъ издаваться *новый ежемѣсячный журналъ*, посвященный спеціально разработкѣ ученія о лучистой энергіи и о ея примѣненіи къ медицинѣ и естествознанію. Новый журналъ носитъ названіе «*Le Radium*». Въ составъ редакторскаго комитета входитъ *d'Arsonval, Becquerel, Beclère, Blondlot, Bouchard, Curie, Danysz, Debierne, Fery, Finsen, Guillaume, Oudin, Rubens* и *Rhuterford*. Подписная цѣна для заграницы 15 франк. въ годъ. Первый № содержитъ слѣдующія оригинальныя статьи: *Laborde* (радіоактивность минеральныхъ водъ), *Matout* (излученіе радія), *Beclère* (радіотерапія), *Petit* (новый способъ для изготовленія платино-ціанистаго барія).

1610. Съ 1-го октября текущаго года въ Нью-Іоркѣ будетъ издаваться на англійскомъ языкѣ первая *ежедневная медицинская газета* «*Daily Medical Journal*» подъ редакціей д-ра *W. Curran*. До настоящаго времени была сдѣлана лишь однажды попытка издавать ежедневную медицинскую газету; это была италіанская «La Riforma medica», которая, вѣроятно, за отсутствіемъ матеріала и вслѣдствіе дороговизны изданія превращена теперь въ еженедѣльное изданіе. Пожалуй, американское изданіе будетъ счастливѣе италіанскаго.

1611. Лондонскій корреспондентъ газеты «Le Journal» (6 августа) сообщаетъ, будто знаменитому англійскому физику *Ramsay*'ю удалось въ *эманаціи радія* обнаружить *присутствіе* особаго газообразнаго вещества, которое представляетъ собой продуктъ разложенія радія. Газъ этотъ названъ «*exradio*».

1612. Деканомъ *Берлинскаго медицинскаго факультета* избранъ профессоръ патологической анатоміи *Orth*, а ректоромъ Берлинскаго университета проф. *Oscar Hertwig* («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 7 августа).

1613. Согласно окончательно выработаннымъ и утвержденнымъ планамъ новаго *Института для научныхъ изслѣдованій по медицинѣ*, устраиваемымъ въ *Нью-Іоркѣ* на средства, пожертвованныя американскимъ богачемъ Rockfeller'омъ, стоимость постройки оцѣнена въ *4.000000 марокъ* (около 2.000000 руб.). Кромѣ того, жертвователь внесъ въ городскую кассу еще 800000 марокъ на расходы по научнымъ работамъ («Deutsche medicinische Wochenschrift», 11 августа).

1614. 5 христіанскихъ миссіонерскихъ Обществъ, работающихъ въ Китаѣ, согласились основать въ *Пекинѣ медицинскую школу*, въ которую имѣли-бы доступъ студенты всѣхъ исповѣданій. Вдовствующая германская императрица пожертвовала на расходы по устройству этой школы 35000 марокъ («Deutsche medicinische Wochenschrift», 11 августа).

1615. Въ Вѣнѣ умерла нѣкая Magdalena Gely, которая избрала себѣ *своеобразный способъ зарабатывать средства къ жизни*; въ теченіи 20 лѣтъ она служила *манэкеномъ для практическихъ занятій по ларингоскопіи и риноскопіи* всѣмъ врачамъ, которые въ Вѣнѣ изучали носовыя и горловыя болѣзни («Gazette médicale de Paris», 6 августа).

1616. Д-ръ *N. Vergueira* заявляетъ въ «Revista medica de Sao Paulo» (№№ 3—6), что, по его личнымъ наблюденіямъ, *теорія передачи желтой лихорадки комарами ошибочна*: укушеніе комара stegomyia fasciata, зараженнаго кровью больного желтой лихорадкой, вызываетъ не эту послѣднюю, а infectio sui generis, протекающую всегда крайне благопріятно («The Journal of the American Medical Association», 23 іюля).

1617. О весьма своеобразномъ, поражающемъ своимъ недомысліемъ судебномъ заключеніи передаетъ изъ München'а, «Wiener medizinische Presse» (24 іюля): мѣстный верховный Landesgericht высказался по поводу одного случая, что *женщина-врачъ*, сдавшая испытаніе на врача, *не можетъ практиковать по акушерству*, если она не имѣетъ диплома акушерки.

1618. *Клеветническую статейку японца Wada* о боѣ при Чемульпо (см. выше, № 29, стр. 1034), цитируетъ, какъ «интересную», Berlin'скій корреспондентъ «The Lancet'а» (23 іюля). Такимъ образомъ клевета благополучно разносится по бѣлу свѣту, съ цѣлью опозоренія французскихъ врачей «Pascal'я» и нашихъ—«Варяга» и «Корейца».

1619. *На восточномъ берегу Исландіи* свирѣпствуетъ краснуха, гостья рѣдкая здѣсь, но уносящая много жертвъ; послѣдній разъ она появлялась въ 1882 г., унеся въ могилу около 2000 чел., преимущественно молодыхъ женщинъ («Le Progrès médical», 23 іюля).

1620. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 30 іюля). Въ Индіи за недѣли по 18, 25 іюня и 2 іюля умерло отъ чумы 5929, 2873 и 2688 чел., при чемъ за послѣднія 2 недѣли 48 и 53 смерти далъ городъ Bombay, 444 и 691 Bombay'скій округъ, 22 и 2 Calcutta, 74 и 47 Bengal, 40 и 17 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 1825 и 1314 Punjab, 8 и 6 Rajputana, 10 и 7 Kashmir, 3 и 1 Karachi, 0 и 1 Aden, 2 и 2 Центральная Индія, 8 и 23 Hyderabad, 264 и 311 Mysore, 136 и 201 Madras'скій округъ. Изъ мѣстностей Cape Colony за недѣли по 25 іюня и 1 іюля чума оставалась только въ Port-Elizabeth'ѣ, гдѣ дала 1 и 2 заболѣваній и столько-же смертей, да 3 случая оставалось къ 1 іюля на лѣченіи. Въ Transvaal'ѣ за недѣлю по 16 іюля относительно чумы было, по оффиціальному увѣдомленію, «безъ перемѣны». Въ Hong-Kong'ѣ за недѣли по 9 и 16 іюля заболѣло 24 и 20 чел., а умерло 21 и 20. На островѣ св. Маврикія за недѣли по 14 и 21 іюля заболѣло 2 и 1 чел., умерло 2 и 0.

1621. *Умерли:* 1) 20 іюля въ собственномъ имѣніи въ Ковенской губ. *Михаилъ Сигизмундовичъ Обакевичъ*, родившійся въ 1845 г., званіе врача получившій въ 1875 г.— 2) 26 іюля въ Москвѣ *Александръ Владиміровичъ Померанцевъ*, родившійся въ 1857 г., званіе врача получившій въ 1880 г. — 3) 29 іюля въ Москвѣ *Вячеславъ Александровичъ фонъ-Беккеръ*, родившійся въ 1852 г., званіе врача получившій въ 1875 г.—4) 30 іюля въ Одессѣ *Владиміръ Петровичъ Старковъ*, родившійся въ 1838 г., званіе врача получившій въ 1860 г. Послѣдніе годы покойный занималъ административныя должности сначала начальника карантина, а затѣмъ помощника Одесскаго градоначальника. — 5) Въ Петербургѣ врачъ больницы Всѣхъ Скорбящихъ *Парасковья Іосифовна Бороздина* («Новое Время», 1 августа). — 6) Въ Петербургѣ *Иванъ Генриховичъ Гентеръ* (тамъ-же).—7) 23 іюля (5 августа) въ Франкфуртѣ-на-Майнѣ проф. *Weigert*, на 59 г. жизни. Покойный принадлежалъ къ числу наиболѣе выдающихся патолого-анатомовъ XIX столѣтія и обогатилъ науку цѣлымъ рядомъ классическихъ изслѣдованій въ различныхъ областяхъ патологической анатоміи и общей патологіи. Съ его именемъ, кромѣ того, связано много новыхъ способовъ изслѣдованія въ микроскопической и въ бактеріологической методикѣ. Вся почти преподавательская дѣятельность *Weigert*'а прошла во Франкфуртѣ-на-Майнѣ въ Senkenberg'овскомъ Институтѣ; не желая покидать устроеннаго его заботами Института, онъ нѣсколько разъ отказывался отъ предлагаемыхъ ему университетскихъ каѳедръ.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Вѣстникъ общественной гигіены, судебной и практической медицины. Іюнь. № 6.

1. **П. Федоровъ.** *Ялтинская санаторія въ память Императора Александра III.* Исторія возникновенія и описаніе санаторія. 2. **С. А. Олиховъ.** *Объ опредѣленіи присутствія красныхъ кровяныхъ шариковъ въ кровяныхъ объектахъ по способу Marx'a.* По опытамъ автора реактивъ *Marx*'a не представляетъ преимуществъ передъ другими реактивами. 3. **Г. С. Кулешъ.** *О заболѣваемости судорабочихъ.* Медико-санитарный очеркъ. 4. **С. Серковскій и І. Майбаумъ.** *По вопросу о заразительности рака.* Авторы сторонники паразитарнаго происхожденія рака и рекомендуютъ обращаться осторожно съ извержениями раковыхъ больныхъ. 5. **Е. С. Варшавскій.** *Къ вопросу о распознаваніи смерти отъ утопленія при помощи кріоскопіи.* Экспериментальное изслѣдованіе. (Не окончена).

Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней. Іюнь. Т. VII.

1. **А. В. Тихоновичъ.** *О пораженіи верхнихъ дыхательныхъ путей при проказѣ.* (Окончаніе). 2. **Г. И. Мещерскій.** *Случай эритромеліи.* Описаніе случая. 3. **С. Л. Богровъ.** *Къ лѣченію Lupus erythematodes (Cazenave).* Для лѣченія употреблялся хининъ и смазыванія іодомъ. 4. **С. С. Яковлевъ.** *Объ особой формѣ мягкой язвы (ulcus molle), симулирующей твердый шанкръ.* Докладъ на Пироговскомъ Съѣздѣ. Особенность заключается въ томъ, что язва сопровождается затвердѣніемъ, симулирующемъ сифилитическій склерозъ. 5. **Н. В. Шеткаго.** *Твердый шанкръ нижняго вѣка.* Въ описываемомъ случаѣ зараженіе могло получиться черезъ посредство носового платка сифилитички. 6. **И. П. Дедюринъ.** *Къ вопросу о лѣченіи Ung. argenticolloidal Crédé венерическихъ бубоновъ.* (Окончаніе). 7. **И. Ф. Зеленевъ.** *Къ казуистикѣ перелойнаго разлитого кавернита.* 1 случай. 8. **И. И. Приклонскій.** *Фимозъ крайней плоти и его лѣченіе.* Способъ хирургическаго лѣченія фимоза. 9. **А. А. Цѣповскій.** *Эмпиризмъ въ лѣченіи сифилиса.* Критическій обзоръ.

Нѣмецкіе.

Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere. Іюль. Т. CIII. Тетр. 7 и 8.

1. **F. B. Hofmann.** *Studien über den Tetanus.* Попытка къ объясненію кажущейся задержки въ нервно-мышечномъ препаратѣ. 2. **H. Lichtenfelt.** *Über die chemische Zusammensetzung einiger Fischarten, warum und wie sie periodisch wechselt.* Химическій составъ мяса различныхъ видовъ рыбы. 3. **An. Medwedew.** *Ueber die oxydativen Leistungen der thierischen Gewebe.* Экспериментальное изслѣдованіе о процессахъ окисленія въ тканяхъ.

Тетр. 9 и 10.

1. **Walther Straub.** *Fortgesetzte Studien am Aplysienherzen (Dynamik, Kreislauf und dessen Innervation) nebst Bemerkungen zur vergleichenden Muskelphysiologie.* Анализъ сердечной дѣятельности. 2. **A. Loewy** und **Franz Müller.** *Über den Einfluss des Seeklimas und der Seebäder auf den Stoffwechsel des Menschen.* Наблюденія надъ обмѣномъ веществъ у людей подъ вліяніемъ морскихъ купаній. 3. **Ludwig Braun.** *Ueber die Wirkung der Kalisalze auf das Herz und die Gefässe von Säugethieren.* Введеніе въ кровеносную систему черезъ вены солей калія вліяетъ двояко: или прямо на сердце, или-же на сосудодвигательную нервную систему. 4. **Franz Müller** und **A. Ott.** *Über die Möglichkeit der Wiederbelebung der Gehirnzentren (nebst einigen Bemerkungen über Reaktionsänderungen in der Hirnsubstanz).* Опыты на кроликахъ: испытывалась возможность оживлять мозгъ. 5. **Jacques Loeb.** *Ueber die Natur der Lösungen, in welchen sich die Seeigeleier zu entwickeln vermögen.* Характеръ растворовъ, пригодныхъ для развитія яицъ морскихъ ежей. 6. **O. Weiss** und **J. Harris.** *Die Zerstörung des Adrenalins im lebenden Tiere.* Условія разрушенія адреналина въ животномъ тѣлѣ.

Achiv für Hygiene. Т. L. Тетр. 1.

1. **M. Rubner** und **Wolpert.** *Grundlagen für die Beurteilung der Luftfeuchtigkeit in Wohnräumen mit einem Beitrag zur Frage des Mindestschlafraumes.* Опредѣленіе емкости помѣщеній для жилья. 2. **Gust. Obermaier.** *Über die Abnahme des Zitronensäuregehaltes der Milch beim Kochen.* При кипяченіи молока уменьшается въ немъ содержаніе лимонной кислоты. 3. **G. N. Kazarinow.** *Über die Rolle des Shiga-Bazillus als Erreger der Dysenterie.* Патогенность палочекъ *Shiga* (напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»). 4. **Rudolf Stähelin.** *Über Stoffwechsel und Energieverbrauch bei der Surraerkrankung.* Клинико-экспериментальныя изслѣдованія относительно обмѣна веществъ тѣлъ болѣзни «Суррa».

Тетр. 2.

1. **Dombrowsky.** *Hygienische Untersuchungen über Mehl und Brot.* Изслѣдованіе муки и хлѣба въ санитарно-гигіеническомъ отношеніи. 2. **Ch. Yokote.** *Entstehen bei der Fäulniss flüchtige Phosphorverbindungen?* Экспериментальное изслѣдованіе процессовъ гніенія различныхъ веществъ. 3. **Онъ-же.** *Über Absorption von Gasen durch Kleidungsstoffe.* Испытаніе различныхъ тканей и матерія на способность поглощать газы. 4. **Онъ-же.** *Über die Zersetzungsvorgänge in schmutziger Unterkleidung.* Процессы разложенія, имѣющіе мѣсто въ грязномъ нижнемъ бѣльѣ. 5. **Julius Stoklasa.** *Ueber die Isolierung gärungserregender Enzyme aus Kuh-und Frauenmilch.* Бактеріологическое изслѣдованіе женскаго и коровьяго молока. 6. **Dombrowsky.** *Einige Versuche über den Uebergang von Riech-und Farbstoffen in der Milch.* О переходѣ въ молоко нѣкоторыхъ пахучихъ и красящихъ веществъ.

Тетр. 3.

1. **Ch. Yokote.** *Ueber die Absorption verdünnter Kupferlösungen im Erdboden.* Растворы солей мѣди при фильтраціи черезъ почву разлагаются и фильтратъ не содержитъ солей. 2. **H. Bonhoff.** *Eine Differentialfärbung von Typhusbazillen in Schnitten.* Дифференціальная окраска тифозныхъ бактерій въ тканяхъ. 3. **Онъ-же.** *Ueber die Identität des Loefflerschen Mäusetyphusbazillus mit dem Paratyphusbazillus des Typhus B. Löffler*'овскія палочки мышинаго тифа, паратифозныя палочки и B. enteritidis *Gärtner*'a невозможно отличить ни біологическими, ни склеивающими, ни бактеріологическими способами. 4. **E. Thesing.** *Eine einfache Methode der Sporenfärbung.* Большую часть неудачныхъ результатовъ окраски споръ авторъ относитъ къ примѣненію кислотъ при окраскѣ. 5. **G. Werner.** *Zur Kasuistik der Gasphlegmone und Schaumorgane.* Изслѣдованіе одного случая газоваго омертвѣнія. 6. **Max Rubner.** *Ueber insensible Luftströmungen.* Вентиляціонная способность незамѣтныхъ токовъ воздуха въ помѣщеніяхъ. 7. **E. Thesing.** *Einige Hände Desinfektionsversuche mit Sublamin Acetonlösungen.* Бактеріологическая провѣрка обеззараживающей силы этой смѣси.

Тетр. 4.

1. **G. Werner.** *Zur Kritik der Formaldehyddesinfektion.* Для обеззараживанія жилищъ количество формалина должно доходить до 5,0 на 1 к. метръ вмѣсто рекомендуемыхъ *Flügge* 2,5. 2. **Küster.** *Untersuchungen über Bakterienvernichtung durch den Sauerstoff der Luft und durch Wasserstoffsuperoxyd.* Опыты подъ вліяніемъ кислорода и перекиси водорода на бульонныя разводки микробовъ.

Archiv für klinische Chirurgie. Т. LXXII.

1. **Kümmell.** *Die neueren Untersuchungsmethoden und die operativen Erfolge bei Nierenkrankenheiten.* Значеніе *Röntgen*'овскихъ лучей, катетеризаціи мочеточниковъ и изслѣдованія крови при хирургическихъ заболѣваніяхъ почекъ. 2. **Payr.** *Zur Frage der circulären Vereinigung von Blutgefässen mit resorbirbaren Prothesen.* Соединеніе поперечно-перерѣзанныхъ сосудовъ сшиваніемъ надъ разсасывающимися цилиндрами изъ магнія даетъ прекрасные результаты. 3. **Langemak.** *Zur Kenntniss der Chondrome und anderer seltener Geschwülste der Gelenke.* 3 случая: хрящевикъ голеностопнаго, слизевикъ и саркома колѣннаго суставовъ. 4. **Haga** und **Fujimura.** *Ueber myositis ossificans traumatica.* 5 случаевъ травматическаго окостенѣвающаго воспаленія мышцъ. 5. **Franke.** *Eine Absprengungsfraktur des unteren vorderen Tibiarandes in frontaler Ebene.* Случай отрывного перелома нижнепередняго края большеберцовой кости. 6. **Julliard.** *Ueber die isolirte Abrissfractur des Trochanter minor.* Случай отрывного перелома малаго вертела. 7. **Schulze-Berge.** *Ueber Heilung Jackson'scher Epilepsie durch Operation.* Описаніе 4-хъ случаевъ. 8. **Kropac.** *Ein Beitrag zur weiteren Differencirung der Gangrène foudroyante.* Предлагаетъ отличать 3 формы: Necrosis emphysematosa *Fraenkel'*a, phlegmone emphysematosa, oedema malignum. 9. **Heinricius.** *Ueber die Cysten der Milz.* О мѣшетчатыхъ опухоляхъ селезенки. Описаніе случая. 10. **Онъ-же.** *Ueber recidivirende retroperitoneale Lipome.* О возвращающихся забрюшинныхъ жировикахъ. 2 случая. 11. **Suter.** *Diagnostische Irrthümer bei Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen.* Ошибки, возможныя при распознаваніи переломовъ костей нижнихъ конечностей при освѣщеніи *Röntgen*'овскими лучами. 12. **Friedländer.** *Vagus und Peritonitis.* Опытное изслѣдованіе относительно вліянія перерѣзки блуждающаго и сочувственнаго нервовъ на воспаленіе брюшины. 13. **Cavazzani.** *Eine neue Methode zur Radicalbehandlung der Hernia cruralis.* Новый способъ коренной операціи бедренныхъ грыжъ. 14. **Läwen.** *Die örtliche Anästhesie bei Zahnextractionen.* О примѣненіи кокаиноадреналиноваго обезболиванія при извлеченіи зубовъ. 15. **Payr.** *Ueber neuere Methoden zur operativen Behandlung der Geschwülste des Nasenrachenraumes.* Преимущества *Kocher*'овскаго способа временного изсѣченія обѣихъ верхнихъ челюстей для удаленія большихъ опухолей носоглоточнаго пространства. Описываетъ 1 случай. 16. **Явинъ.** *Die Lage der Speiseröhre bei verschiedenen Verkrümmungen der Wirbelsaüle.* Положеніе пищевода при различныхъ искривленіяхъ позвоночника. Анатомическій очеркъ. 17. **Klopstock** und **Bockenheimer.** *Beitrag zur Agglutination der Staphylokokken.* Агглютинація гроздекокковъ. Экспериментально-бактеріологическое изслѣдованіе. 18. **Freund.** *Ueber eine Prothese für einen Theil des Oesophagus nach partieller Exstirpation des Larynx und Pharynxresection.* 19. **Balacescu** und **Cohn.** *Die äussere cervicale Oesophagotomie zur Extraction von Fremdkörpern im Oesophagus.* Наружное сѣченіе пищевода

врачебной и санитарной части, Съѣздъ пришелъ къ выводу, что строгое разграниченіе сферъ дѣятельности между городами и земствами въ дѣлѣ попеченія о народномъ здравіи трудно осуществимо, но городамъ слѣдуетъ предоставить введеніе такихъ медицинскихъ организацій, которыя вызываются спеціальными условіями городской жизни (амбуляторные пункты для подачи первой помощи, лѣчебницы для венерическихъ больныхъ, заразныя больницы, родильные пріюты и лабораторіи для изслѣдованія пищевыхъ продуктовъ), а для согласованія дѣйствій городовъ и земствъ при борьбѣ съ эпидеміями слѣдуетъ предоставить губернскому земству право издавать обязательныя санитарныя правила для всей губерніи, не исключая и городовъ («Медицинская Бесѣда», № 11).

1604. Недавно Новомосковскій уѣздный исправникъ, согласно указаніямъ губернскаго правленія, запретилъ чинамъ исполнительной полиціи Новомосковскаго уѣзда *обращаться къ земскимъ врачамъ съ требованіями объ освидѣтельствованіи потерпѣвшихъ по уголовнымъ дѣламъ лицъ или о вскрытіи труповъ*. Прокуроръ окружного суда сдѣлалъ по этому поводу представленіе въ губернское правленіе. По мнѣнію прокурора, основанному на 337 ст. уст. уг. суд., судебные слѣдователи имѣютъ право для освидѣтельствованія потерпѣвшихъ лицъ и для вскрытія труповъ приглашать судебнаго врача, а если онъ по уважительнымъ причинамъ не можетъ явиться, то всякаго другого врача, и въ томъ числѣ, конечно и земскаго. Такъ какъ во всѣхъ слѣдственныхъ дѣйствіяхъ до прибытія судебнаго слѣдователя полиція исполняетъ обязанности послѣдняго, то она, въ свою очередь, имѣетъ право пользоваться означенной ст. 337 у. у. с. Запретить чинамъ полиціи пользоваться этимъ правомъ значило-бы ограничить ихъ права, вопреки 258 ст. у. у. с., и наложить на уѣзднаго врача обязанности, съ которыми онъ, въ силу мѣстныхъ условій, не можетъ справиться никоимъ образомъ. Губернское правленіе предписало уѣзднымъ исправникамъ принять эти доводы къ руководству и исполненію въ подлежащихъ случаяхъ («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 22).

1605. *Въ виду* истекающаго въ концѣ 1904 г. *10-лѣтія отъ начала приготовленія противодифтерійной сыворотки въ Бактеріологическомъ Институтѣ Харьковскаго Медицинскаго Общества*, послѣднее постановило *издать сборникъ*, въ который должны войти матеріалы, какъ относительно приготовленія, такъ и примѣненія противодифтерійной сыворотки съ лѣчебной и предохранительной цѣлями. Для осуществленія этой цѣли Бактеріологическій Институтъ обратился во всѣ земскія управы и къ лицамъ, поставленнымъ во главѣ санитарной организаціи земствъ и городовъ, съ просьбой предоставить въ его распоряженіе относящійся сюда статистическій матеріалъ, возможно полно разработанный по особой приложенной таблицѣ. Если разработка матеріаловъ представитъ затрудненія, то Институтъ проситъ передать таковые въ его распоряженіе. Въ случаѣ желанія всѣ матеріалы будутъ возвращены въ полной сохранности («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», № 6).

1606. Сенатъ разъяснилъ, что *тѣ изъ больницъ*, находящихся въ вѣдѣніи земствъ, *которыя являются благотворительными* учрежденіями, *освобождаются отъ платежа* въ пользу города *оцѣночнаго сбора* («Вѣстникъ Ярославскаго земства», № 12).

1607. Петербургскій корреспондентъ Парижской газеты «Matin» (9 августа) сообщаетъ, *будто въ Петербургѣ было нѣсколько случаевъ азіатской холеры*. Свѣдѣніе это представляетъ собой не болѣе какъ вымыселъ, ибо въ столицѣ нашей не было ни одного случая даже подозрительнаго относительно холеры заболѣванія.

1608. Въ *Англіи* больше, чѣмъ въ какой-либо другой странѣ прогрессивно *уменьшается число лицъ, поступающихъ на медицинскіе факультеты*. Такъ, за десятилѣтіе съ 1890 по 1900 г. число студентовъ-медиковъ уменьшилось почти вдвое: въ 1890 г. ихъ было 1308, а въ 1900 г. всего только 779 («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 7 августа).

1609. Съ 1/15 іюля въ Парижѣ началъ издаваться *новый ежемѣсячный журналъ*, посвященный спеціально разработкѣ ученія о лучистой энергіи и о ея примѣненіи къ медицинѣ и естествознанію. Новый журналъ носитъ названіе *«Le Radium»*. Въ составъ редакторскаго комитета входитъ *d'Arsonval*, *Becquerel*, *Beclère*, *Blondlot*, *Bouchard*, *Curie*, *Danysz*, *Debierne*, *Fery*, *Finsen*, *Guillaume*, *Oudin*, *Rubens* и *Rhuterford*. Подписная цѣна для заграницы 15 франк. въ годъ. Первый № содержитъ слѣдующія оригинальныя статьи: *Laborde* (радіоактивность минеральныхъ водъ), *Matout* (излученіе радія), *Beclère* (радіотерапія), *Petit* (новый способъ для изготовленія платино-ціанистаго барія).

1610. Съ 1-го октября текущаго года въ Нью-Іоркѣ будетъ издаваться на англійскомъ языкѣ первая *ежедневная медицинская газета «Daily Medical Journal»* подъ редакціей д-ра *W. Curran*. До настоящаго времени была сдѣлана лишь однажды попытка издавать ежедневную медицинскую газету; это бы[illegible] италіанская «La Riforma medica», которая, вѣроятно, за о[illegible]ствіемъ матеріала и вслѣдствіе дороговизны изданія пре[illegible] теперь въ еженедѣльное изданіе. Пожалуй, американское [illegible] будетъ счастливѣе италіанскаго.

1611. Лондонскій корреспондентъ газеты «Le Jour[illegible] густа) сообщаетъ, будто знаменитому англійскому ф[illegible] *say*'ю удалось въ *эманаціи радія* обнаружить *прис*[illegible] баго газообразнаго вещества, которое представляе[illegible] дуктъ разложенія радія. Газъ этотъ названъ *«exr*[illegible]

1612. Деканомъ *Берлинскаго медицинскаго ф*[illegible]

...ъ удаленіи раковоперерожден-...ровосѣченія (т. наз. операція ...heim'a).

Н. Феноменова.

...и Акушерско-гинекологическаго Об-...тербургѣ 19/II 1904 г.).

...ъ *Freund*'омъ предложенъ былъ ...перерожденной матки при помощи ...очень высокаго % смертности отъ ...ровѣ была, хотя и незаслуженно, за-...тельно недавнее время возроди-...ъ операціи *Wertheim*'a. Объ этой ...себѣ сказать нѣсколько словъ, ка-...но технической стороны дѣла.

...ы операціи, мы въ теченіи нѣсколь-...къ ней больную. Сущность подго-...ведению будущаго операціоннаго ...стерильное состояніе. Обыкновенно ...ий день очищающую ванну, упоря-...е кишечника, назначаютъ внутрь ...ющіе поглощенію газовъ въ кишеч-...щіе ихъ образованіе. Вмѣстѣ съ ...льное вниманіе обращаютъ на со-...ловыхъ органовъ. Такъ какъ дѣло ...раженіи матки, сопровождающемся ...ніями того или другого свойства, ...е органы 2 раза въ день тщательно ...ой съ мыломъ и какимъ-нибудь ...средствомъ. Влагалище тщательно ...открывается зеркалами, и пораженное ...мѣсто обезвонивается и обеззара-...ихъ или другихъ средствъ. Въ на-...ую услугу оказывало примѣненіе ...% и крѣпкаго виннаго спирта

...е пораженныхъ новообразованіемъ ...введеніемъ въ рукавъ рыхлаго там-...resp. ксероформной марли и повто-...операціи. Наканунѣ ея послѣ опо-...ины и тщательнаго очищенія кожи ...внутренней поверхности полового ...разъ вечеромъ. Въ день опера-...я покрововъ живота, наружныхъ ...ва обычными пріемами больная, ...ся на край стола, и одинъ изъ ...ской удаляетъ раковыя массы; по-...приборомъ *Paquelin*'a; въ тѣхъ ...ополнимо (пораженіе влагалищ-...мъ далеко), шейка прямо усѣ-...ка. Затѣмъ образовавшаяся во-...рмной марлей, конецъ кото-...ъ спиртѣ, прикладывается къ ...хорошо способствуетъ останов-...ъ паренхиматознаго кровоте-...я той-же марлей. Я нарочно ...довольно плотно. Это, по ...раціи—выгодное обстоя-...ъ вытягивается въ длину ...ху матка; во 2-хъ, при ...пузыря, окружающей ...ся болѣе удобною и ...льная переносится на ...ся въ положеніе по

...отъ пупка къ лонному ...чно длинный и обез-...а. Нижній край раз-...вилоть до верхняго ...нужды обыкновенно ...къ. Считаю нуж-...ъ быть глубокій и ...величина разрѣза resp. доступность операціоннаго поля и хорошій наркозъ—въ значительной мѣрѣ обезпечиваютъ болѣе легкое производство операціи. Такъ какъ при ней приходится тщательно препаровать глубоко лежащіе органы, то эти 2 требованія становятся легко понятными.

Вскрывъ брюшную полость, я прошиваю «черезъ край» всю толщу передней брюшной стѣнки толстымъ шелкомъ, по преимуществу въ средней и нижней $^1/_3$ раны. Передъ завязываніемъ швовъ я закрываю, въ видахъ чистоты, поверхность разрѣза брюшной стѣнки марлевыми компрессами, надъ которыми и завязываю петли лигатуръ. Такихъ лигатуръ я накладываю 4—6 (по 2—3 съ каждой стороны). Это даетъ возможность весьма легко и удобно въ нужный моментъ раскрыть, сколько требуется, рану, приподнять и оттянуть извѣстную часть брюшной стѣнки въ требуемомъ направленіи и пр. Это простое приспособленіе дѣлаетъ не нужнымъ введеніе внутрибрюшныхъ зеркалъ, подъемниковъ (каковы *Doyen*'a, *Jonesco*, *M. Ricard*'a) и другихъ сложныхъ приборовъ, стѣсняющихъ операціонное поле, устанавливаемыхъ неподвижно и нелегко перемѣщаемыхъ. По наложеніи лигатуръ необходимо сдѣлать себѣ легко видимыми и доступными тазовые органы. Кишечныя петли весьма тщательно отодвигаются кверху (или книзу) такъ, чтобы тазовая область была свободна, и удерживаются большими марлевыми салфетками.

Разобравшись во взаимныхъ отношеніяхъ органовъ, я захватываю крѣпкими щипцами матку за дно и подвожу ее, насколько это возможно, ближе къ брюшной ранѣ. Если имѣются какія-либо сращенія, то они раздѣляются по общепринятымъ правиламъ. Удерживая матку, я захватываю круглую связку въ зажимъ (собачку), кнаружи отъ него накладываю лигатуру и перерѣзываю всю толщу связки между ними. Считаю нужнымъ указать, что связку слѣдуетъ разрѣзать настолько, чтобы периферическій отрѣзокъ ея свободно приподнимался и отодвигался, что достигается только тогда, когда перерѣзывается не только связка, но и ткань, удерживающая ее въ связи съ подлежащими частями,—т. наз. «клѣтчатая брыжейка» (круглой связки) авторовъ. По раздѣленіи связки и приподнятіи ея периферическаго конца ясно опредѣляются края разрѣза брюшины; теперь разрѣзъ по брюшинѣ направляется слѣва направо (или справа налѣво) отъ одной связки къ другой по передней поверхности матки resp. передняго *Douglas*'ова пространства, тамъ, гдѣ брюшина (по разрѣзѣ) можетъ быть сдвинута кпереди. Продолжая разрѣзъ кнаружи и почти параллельно ходу круглой связки, попадаемъ въ подбрюшинное пространство—передняго отдѣла широкой связки (таза). Далѣе, отыскавъ воронково-тазовую связку (lig. infundibulo-pelvicum), я накладываю на нее лигатуру, захвативъ въ послѣднюю сѣмянную артерію (art. spermaticam). На центральный конецъ широкой связки, идущій къ боку матки, накладываю зажимъ, между которымъ и лигатурой и перерѣзываю связку. Разрѣзъ этотъ соединяю съ указаннымъ выше разрѣзомъ, идущимъ въ сторону отъ круглой связки. Тоже дѣлается и на другой сторонѣ. Такимъ образомъ клѣтчатка широкой связки—subserosium—съ обѣихъ сторонъ становится открытой на значительномъ протяженіи. Прежде всего я отыскиваю маточные сосуды. При нѣкоторомъ терпѣніи и вниманіи обыкновенно удается прослѣдить артерію на всемъ протяженіи. Немного отступя отъ бока матки resp. не доходя до него, маточная артерія (art. uterina) даетъ отвѣтвленіе къ рукаву (влагалищная артерія—art. vaginalis), затѣмъ вскорѣ перекрещивается съ мочеточникомъ, который проходитъ подъ нею. Въ этомъ мѣстѣ имѣется нѣкоторое количество клѣтчатки, и здѣсь-же не разъ встрѣчались лимфатическія железы. По ту сторону мочеточника артерія проходитъ приблизительно на протяженіи 3 стм. до мѣста отхожденія отъ подчревной артеріи (art. hypogastrica). Дойти до этого мѣста, работа... тупымъ путемъ, съ осторожностью, довольно легко... становятся хорошо видными обѣ подвздошн... въ случаѣ надобности, art. hypogastrica б... куда можетъ быть взята въ лигатуру. Въ т... ѣ, судя по распространенію инфильтрата, ...ніе околоматочной клѣтчатки на больше... глуби-

для удаленія инородныхъ тѣлъ. Литературно-клиническій очеркъ. 20. **Prutz** und **Ellinger**. *Ueber die Folgen der Darmgegenschaltung.* Экспериментальное изслѣдованіе о т. наз. антиперистальтикѣ. Отрицаніе возможности послѣдней. 21. **В. Боголюбовъ**. *Experimentelle Untersuchung über die Anastomosenbildung an den ableitenden Samenwegen.* Соустіе между vas deferens и caput epididymidis вполнѣ возможно и цѣлесообразно съ точки зрѣнія достигаемыхъ результатовъ. 22. **Bockenheimer**. *Der N. facialis in Beziehung zur Chirurgie.* Необходимо избѣгать поврежденій лицевого нерва при операціяхъ на лицѣ. 23. **Englisch**. *Ueber eingelagerte und eingesackte Steine der Harnröhre.* Обширный литературно-клиническій очеркъ о камняхъ мочеиспускательнаго канала. 24. **Zaudy**. *Kriegschirurgisches aus der Zeit des Grossen Kurfürsten.* Историческая замѣтка. 25. **Ekehorn**. *Die anatomische Form des Volvulus und Darmverschlusses bei beweglichem Coeco-colon ascendens.* Объ анатомическихъ формахъ заворота и кишечной непроходимости при подвижныхъ слѣпой и восходящей ободочной кишкахъ. 26. **Ranzi** und **Sultan**. *Zur Frage der Enderfolge der Uranoplastik.* Отдаленные результаты пластики неба. Отчетъ о 105 случаяхъ. 27. **Haberer**. *Anwendung und Resultate der seit April 1901 an Eiselsberg's Klinik in Wien ausgeführten lateralen Entero-Anastomosen.* Описаніе 35 случаевъ наложенія бокового кишечно-кишечнаго соустія и 2 случаевъ полнаго выключенія кишки. 28. **Suter**. *Ueber eine praktische Sehnennaht.* О техникѣ наложенія сухожильнаго шва. 29. **Grohé**. *Die elastischen Fasern bei der Knochenregeneration.* О значеніи упругихъ волоконъ при образованіи костной мозоли. 30. **Bakes**. *Zur Frage der mechanischen Netzverlagerungen bei Trendelenburg'scher Position.* Случай смѣщенія и приростанія сальника въ верхнемъ отдѣлѣ брюшной полости у акробата (вслѣдствіе хожденія на рукахъ). Смѣщеніе исправлено операціей. Выздоровленіе. 31. **Moszkowicz**. *Die erhöhte Resistenz des Peritoneums bei der acuten Perityphlitis.* О повышенной сопротивляемости брюшины при остромъ воспаленіи червеобразнаго отростка. Описываетъ 63 случая. 32. **Reisinger**. *Bericht über 370 operativ behandelte Fälle von Epityphlitis.* Отчетъ о 370 случаяхъ операціи по поводу воспаленія червеобразнаго отростка. 33. **Я. Б. Зельдовичъ**. *Ueber intraperitoneale Rupturen der Harnblase.* О внутрибрюшинныхъ разрывахъ мочевого пузыря. 1 собственное наблюденіе и обстоятельная разработка литературы. 34. **Schlesinger**. *Ueber Trockensterilisation mittels Formaldehyd.* Описаніе прибора для сухого обезпложиванія формальдегидомъ и изложеніе результатовъ подобнаго обезпложиванія. 35. **Mendes de Leon**. *Ueber die Gefahren der Wundinfektion durch das Sprechen bei Operationen.* О попаданіи бактерій въ рану изъ полости рта. Экспериментальное изслѣдованіе. 36. **Engelmann**. *Beiträge zur Kenntniss der Sacraltumoren.* 4 случая опухолей крестцовой области съ обстоятельнымъ изложеніемъ результатовъ патолого-анатомическаго изслѣдованія. 37. **Busse**. *Beitrag zur Lehre von der Nekrose des Fettgewebes und des Pankreas.* О жировомъ омертвѣніи при заболѣваніяхъ поджелудочной железы. Патолого-анатомическое изслѣдованіе 4 случаевъ. 38. **Pincus**. *Das centrale Kystadenom der Kiefer.* 2 случая центрально железисто-мѣшетчатой опухоли нижней челюсти. Подробное патолого-анатомическое изслѣдованіе и изложеніе литературы. 39. **Porthes**. *Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose und Operation der Stirnhöhlenosteome.* О значеніи х-лучей для распознаванія и лѣченія костныхъ опухолей лобной пазухи. Описаніе случая. 40. **Bevan**. *Ein weiterer Beitrag zur chirurgischen Behandlung des nicht herabgestiegenen Hodens.* Описаніе способа операціи неспустившагося въ мошонку яичка. 41. **Hildebrandt**. *Zur Erklärung der Bewegungsvorgänge bei Explosionschüssen.* Небольшая замѣтка о механизмѣ дѣйствія разрывныхъ пуль.

Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie. Іюнь. Т. V. Тетр. 9.

1. **Charles E. Simon** und **D. G. Campbell**. *Ueber Fütterungsversuche mit Cholalsäure bei Cystinurie.* Дѣйствіе холевой кислоты при цистинуріи. 2. **Julius Schütz**. *Ueber Hemmung der Pepsinwirkung durch Salze.* Вліяніе различныхъ солей на пепсинное пищевареніе. 3. **Siegfried Rosenberg** und **Carl Oppenheimer**. *Ueber die Resistenz von genuinem Eiweiss gegenüber der tryptischen Verdauung im tierischen Organismus.* О сопротивляемости бѣлковъ трипсинному пищеваренію въ организмѣ животныхъ. 4. **August Herrmann**. *Ueber die Bestimmung des Glycerins im Harn.* Способъ количественнаго опредѣленія глицерина въ мочѣ. 5. **Rudolf Höber** und **Dora Gordon**. *Zur Frage der physiologischen Bedeutung der Kolloide.* Рядъ опытовъ для опредѣленія физіологическаго значенія коллоидныхъ тѣлъ. 6. **C. H. Rothera**. *Zur Kenntniss der Stickstoffbindung im Eiweiss.* Азотъ въ бѣлковыхъ тѣлахъ. 7. **Wilh. Filehne** und **Bieberfeld**. *Ueber die Aufnahme von Wasser und Salz durch die Epidermis und über die Hygroskopizität einiger Keratingebilde.* Къ вопросу о проходимости эпидермиса для воды и солей. 8. **Franz Erben**. *Bemerkungen zu der Abhandlung von O. Schumm: «Ueber ein proteolytisches Ferment im Blute bei Leukämie».* Полемическая замѣтка.

Тетр. 10.

1. **Paul Hildebrandt**. *Zur Lehre von der Milchbildung.* Процессъ образованія молока изъ клѣтокъ молочной железы авторъ считаетъ результатомъ аутолиза. 2. **Hans Wolff**. *Zur Kenntniss der melanotischen Pigmente.* Въ меланотической печени авторъ нашелъ 2 вида пигментовъ: одинъ растворимый въ содѣ и другой нерастворимый. Послѣдній послѣ обработки ѣдкимъ натромъ становится растворимымъ въ содѣ. Растворимый пигментъ содержитъ больше углерода. 3. **W. v. Moraczewski**. *Ueber den Schwefelgehalt der Verdauungsprodukte des Kaseins.* Содержаніе сѣры въ паранукленнахъ постоянно и не зависитъ отъ продолжительности пищеваренія. Часть сѣры во время пищеваренія теряется и потеря возростаетъ съ интенсивностью пищеваренія. 4. **S. Isaac**. *Die Purinbasen der Heringslake.* Химическій анализъ пуриновыхъ веществъ. 5. **G. Embden**. *Ueber Alaninfütterungsversuche am pankreaslosen Hunde.* Опыты съ кормленіемъ аланиномъ собакъ, у которыхъ вырѣзана поджелудочная железа. 6. **E. C. van Larsum**. *Die Verwendbarkeit der Orcinprobe von Bial zum Nachweiss der Glykuronsäure.* Критическая замѣтка. 7. **M. Gonnermann**. *Ueber Rübeninvertase.* Полемическая замѣтка.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. Май. Т. LXXX. Тетр. 3 и 4.

1. **P. Linser**. *Ueber den Hauttalg beim Gesunden und bei einigen Hauterkrankungen.* Анализъ кожнаго жира у здоровыхъ людей и у больныхъ. 2. **Carl Klieneberger** und **Richard Oxenius**. *Ueber Urine und Urinsedimente bei normalen Personen, bei rheumatischen Erkrankungen und nach der Einwirkung von Salizylpräparaten.* Составъ мочи и мочевого осадка у здоровыхъ и у ревматиковъ. 3. **I. Ochler**. *Ueber die Hautemperatur des gesunden Menschen.* Сравненіе температуры различныхъ участковъ кожи. 4. **Wilhelm Pfeiffer**. *Die Typhusbewegung auf der medicinischen Klinik in Kiel von 1885—1902 nebst Bemerkungen über die Abkühlung durch Wasserkissen.* Ходъ тифозныхъ случаевъ, записанныхъ въ 1885 — 1902 гг. въ Кильской клиникѣ. 5. **L. Tobler**. *Ueber Pseudoassites als Folgezustand chronischer Enteritis.* 7 случаевъ ложнаго асцита. 6. **Felix Lommel**. *Ueber die Viskosität des menschlichen Blutes bei Schwitzprozeduren.* Вязкость человѣческой крови при потѣніи. 7. **Schwenkenbecher**. *Ueber die Adipositas dolorosa.* 2 случая болѣзненнаго ожирѣнія. 8. **Henry Asbury Christian**. *Einige Beobachtungen über natürliche und künstlicherzeugte Leukotoxine.* Экспериментальныя изслѣдованія на животныхъ о лейкотоксинахъ. 9. **P. Morawitz**. *Ueber die gerinnungshemmende Wirkung des Kobragiftes.* Вліяніе яда кобры на процессъ свертыванія крови. 10. **Buttersack**. *Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis.* Уротропинъ при скарлатинѣ предохраняетъ отъ заболѣванія почекъ. 11. **F. Steinhaus**. *Ein seltener Fall von Pfortaderthrombose mit hämorrhagischer Infarzierung und Nekrotisierung der Leber (zugleich ein Beitrag zu den Veränderungen der Leber nach Pfortaderthrombose).* Рѣдкій случай тромбозъ воротной вены. 12. **Konrad Sick**. *Ueber Herkunft und Wirkungsweise der Hämagglutinine.* Экспериментальное изслѣдованіе.

Тетр. 5 и 6.

1. **F. Moritz**. *Ueber Bestimmung der Bilans von Säuren und Basen in tierischen Flüssigkeiten.* Способы химическаго опредѣленія кислотъ и основаній въ организмѣ животныхъ. 2. **H. v. Pappeiner** und **A. Jodlbauer**. *Ueber die Wirkung der photodynamischen (fluorescierenden) Stoffe auf Protozoen und Enzyme.* Экспериментальное изслѣдованіе надъ вліяніемъ на простѣйшіе и на бродила флуоресцирующихъ веществъ. 3. **A. Jodlbauer**. *Ueber die Wirkung photodynamischer (fluorescierender) Substanzen auf Paramäcien und Enzyme bei Röntgen-und Radiumbestrahlung.* Опыты съ вліяніемъ лучей радія и х-лучей на инфузорій. 4. **W. Plaskuda**. *Untersuchung über das «Binden der Glieder» (ausgedehnte Bier'sche Stauung) und die sog. «Autotransfusion» (ausgedehnte Esmarch'sche Blutleere) mit besonderer Berücksichtigung des Blutdrucks in den freien Gefässrücksichtigung des Blutdrucks in den freien Gefässprovinzen.* Искусственное обезкровливаніе конечностей съ помощью эластическаго бинта. Клинико-экспериментальное изслѣдованіе. 5. **Eduard Allard**. *Ueber Theocinvergiftung.* 2 случая отравленія людей теоциномъ и опыты на собакахъ. 6. **Werner Schultz**. *Ueber Fusslähmung, speziell Peroneuslähmung, bei Rübenarbeitern.* Описаніе 3-хъ случаевъ. 7. **Georg Riebold**. *Ueberblick über die Lehre von den Oesophagusdivertikeln mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Bedeutung der Traktionsdivertikel.* Литературно-критическій обзоръ вопроса о дивертикулахъ пищевода. 8. **Gustav Liebermeister**. *Ueber Bronchitis fibrinosa.* 13 случаевъ фибринознаго бронхита. 9. **Otto Wendel**. *Die Typhuserkrankungen unter den deutschen Truppen in Tientsin im Herbst und Winter 1900—1901.* Отчетъ о заболѣваемости нѣмецкихъ войскъ въ Тіенцзинѣ въ 1900—1901 гг. 10. **Schütz**. *Fäulnisbakterien als Erreger chronischer Verdauungsstörungen.* Въ одномъ случаѣ причиной разстройствъ пищеваренія оказались гнилостныя бактеріи. 11. **Wilhelm Ebstein**. *Cheyne-Stokes'sches Atmen beim Coma diabeticum und Kussmaul's grosses Atmen bei der Urämie.* 7 случаевъ Cheyne-Stokes'овскаго дыханія при діабетической комѣ. 12. **D. Rothschild**. *Bemerkungen zu der Arbeit der Herren v. Kétly und v. Torday, über die Verwertung des kryoskopischen Verfahrens bei der Beurteilung der Resorption chronischer Brustfellexsudate etc.» in № 5 und 6 des 79 Bandes des Arch. f. kl. Med.* Полемическая замѣтка.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CXXXIX. Къ вопросу о полномъ удаленіи раковоперерожденной матки при помощи чревосѣченія (т. наз. операція Wertheim'a).

Проф. Н. Н. Феноменова.

(Рѣчь, читанная въ засѣданіи Акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургѣ 19/II 1904 г.).

Около 30 лѣтъ назадъ *Freund*'омъ предложенъ былъ способъ удаленія раковоперерожденной матки при помощи чревосѣченія. Въ виду очень высокаго % смертности отъ этой операціи, она вскорѣ была, хотя и незаслуженно, забыта и только въ сравнительно недавнее время возродилась вновь подъ именемъ операціи *Wertheim*'a. Объ этой послѣдней я и позволю себѣ сказать нѣсколько словъ, касаясь преимущественно технической стороны дѣла.

Приступая къ этой операціи, мы въ теченіи нѣсколькихъ дней «готовимъ» къ ней больную. Сущность подготовки сводится къ приведенію будущаго операціоннаго поля въ возможно стерильное состояніе. Обыкновенно больной дѣлаютъ каждый день очищающую ванну, упорядочиваютъ отправленіе кишечника, назначаютъ внутрь препараты, способствующіе поглощенію газовъ въ кишечникѣ, resp. задерживающіе ихъ образованіе. Вмѣстѣ съ этимъ особенно тщательное вниманіе обращаютъ на состояніе внутреннихъ половыхъ органовъ. Такъ какъ дѣло идетъ о раковомъ пораженіи матки, сопровождающемся кровотеченіемъ, выдѣленіями того или другого свойства, то наружные половые органы 2 раза въ день тщательно обмываются теплой водой съ мыломъ и какимъ-нибудь обеззараживающимъ средствомъ. Влагалище тщательно прошприцовывается, открывается зеркалами, и пораженное новообразованіемъ мѣсто обезвонивается и обеззараживается помощью тѣхъ или другихъ средствъ. Въ нашихъ случаяхъ хорошую услугу оказывало примѣненіе перекиси водорода 2% и крѣпкаго виннаго спирта 75—90°.

Такое обработываніе пораженныхъ новообразованіемъ частей заканчивается введеніемъ въ рукавъ рыхлаго тампона изъ іодоформной, resp. ксероформной марли и повторяется каждый день до операціи. Наканунѣ ея послѣ опорожненія кишечника, ванны и тщательнаго очищенія кожи живота обеззараживаніе внутренней поверхности полового канала производится еще разъ вечеромъ. Въ день операціи послѣ приготовленія покрововъ живота, наружныхъ половыхъ частей и рукава обычными пріемами больная, уже въ наркозѣ, сдвигается на край стола, и одинъ изъ помощниковъ острой ложкой удаляетъ раковыя массы; поверхность прижигается приборомъ *Paquelin*'a; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это удобоисполнимо (пораженіе влагалищной части не зашло слишкомъ далеко), шейка прямо усѣкается приборомъ *Paquelin*'a. Затѣмъ образовавшаяся воронка тампонируется ксероформной марлей, конецъ которой, намоченный въ крѣпкомъ спиртѣ, прикладывается къ обожженной поверхности и хорошо способствуетъ остановкѣ появляющагося при этомъ паренхиматознаго кровотеченія. Рукавъ туго набивается той-же марлей. Я нарочно совѣтую тампонировать рукавъ довольно плотно. Это, по моему, въ дальнѣйшемъ ходѣ операціи—выгодное обстоятельство. Во 1-хъ, такимъ путемъ вытягивается въ длину рукавъ resp. приподнимается кверху матка; во 2-хъ, при отдѣленіи влагалища сверху отъ пузыря, окружающей клѣтчатки и т. д., работа эта дѣлается болѣе удобною и легкою. По окончаніи подготовки, больная переносится на операціонный столъ и укладывается въ положеніе по *Trendelenburg*'y.

Разрѣзъ я веду по бѣлой линіи отъ пупка къ лонному соединенію. Онъ долженъ быть достаточно длинный и обезпечивать необходимую свободу дѣйствій. Нижній край разрѣза я, впрочемъ, ни разу не доводилъ вплоть до верхняго края лоннаго соединенія. Въ случаѣ нужды обыкновенно я увеличиваю разрѣзъ кверху за пупокъ. Считаю нужнымъ указать здѣсь, что наркозъ долженъ быть глубокій и спокойный. Эти 2 условія—достаточная величина разрѣза resp. доступность операціоннаго поля и хорошій наркозъ—въ значительной мѣрѣ обезпечиваютъ болѣе легкое производство операціи. Такъ какъ при ней приходится тщательно препаровать глубоко лежащіе органы, то эти 2 требованія становятся легко понятными.

Вскрывъ брюшную полость, я прошиваю «черезъ край» всю толщу передней брюшной стѣнки толстымъ шелкомъ, по преимуществу въ средней и нижней $^1/_3$ раны. Передъ завязываніемъ швовъ я закрываю, въ видахъ чистоты, поверхность разрѣза брюшной стѣнки марлевыми компрессами, надъ которыми и завязываю петли лигатуръ. Такихъ лигатуръ я накладываю 4—6 (по 2—3 съ каждой стороны). Это даетъ возможность весьма легко и удобно въ нужный моментъ раскрыть, сколько требуется, рану, приподнять и оттянуть извѣстную часть брюшной стѣнки въ требуемомъ направленіи и пр. Это простое приспособленіе дѣлаетъ не нужнымъ введеніе внутрибрюшныхъ зеркалъ, подъемниковъ (каковы *Doyen*'a, *Jonesco*, *M. Ricard*'a) и другихъ сложныхъ приборовъ, стѣсняющихъ операціонное поле, устанавливаемыхъ неподвижно и нелегко перемѣщаемыхъ. По наложеніи лигатуръ необходимо сдѣлать себѣ легко видимыми и доступными тазовые органы. Кишечныя петли весьма тщательно отодвигаются кверху (или книзу) такъ, чтобы тазовая область была свободна, и удерживаются большими марлевыми салфетками.

Разобравшись во взаимныхъ отношеніяхъ органовъ, я захватываю крѣпкими щипцами матку за дно и подвожу ее, насколько это возможно, ближе къ брюшной ранѣ. Если имѣются какія-либо сращенія, то они раздѣляются по общепринятымъ правиламъ. Удерживая матку, я захватываю круглую связку въ зажимъ (собачку), кнаружи отъ него накладываю лигатуру и перерѣзываю всю толщу связки между ними. Считаю нужнымъ указать, что связку слѣдуетъ разрѣзать настолько, чтобы периферическій отрѣзокъ ея свободно приподнимался и отодвигался, что достигается только тогда, когда перерѣзывается не только связка, но и ткань, удерживающая ее въ связи съ подлежащими частями,—т. наз. «клѣтчатая брыжейка» (круглой связки) авторовъ. По раздѣленіи связки и приподнятіи ея периферическаго конца ясно опредѣляются края разрѣза брюшины; теперь разрѣзъ по брюшинѣ направляется слѣва направо (или справа налѣво) отъ одной связки къ другой по передней поверхности матки resp. передняго *Douglas*'ова пространства, тамъ, гдѣ брюшина (по разрѣзѣ) можетъ быть сдвинута кпереди. Продолжая разрѣзъ кнаружи и почти параллельно ходу круглой связки, попадаемъ въ подбрюшинное пространство—передняго отдѣла широкой связки (таза). Далѣе, отыскавъ воронковотазовую связку (lig. infundibulo-pelvicum), я накладываю на нее лигатуру, захвативъ въ послѣднюю сѣмянную артерію (art. spermaticam). На центральный конецъ широкой связки, идущій къ боку матки, накладываю зажимъ, между которымъ и лигатурой и перерѣзываю связку. Разрѣзъ этотъ соединяю съ указаннымъ выше разрѣзомъ, идущимъ въ сторону отъ круглой связки. Тоже дѣлается и на другой сторонѣ. Такимъ образомъ клѣтчатка широкой связки—subserosium—съ обѣихъ сторонъ становится открытой на значительномъ протяженіи. Прежде всего я отыскиваю маточные сосуды. При нѣкоторомъ терпѣніи и вниманіи обыкновенно удается прослѣдить артерію на всемъ протяженіи. Немного отступя отъ бока матки resp. не доходя до него, маточная артерія (art. uterina) даетъ отвѣтвленіе къ рукаву (влагалищная артерія—art. vaginalis), затѣмъ вскорѣ перекрещивается съ мочеточникомъ, который проходитъ подъ нею. Въ этомъ мѣстѣ имѣется нѣкоторое количество клѣтчатки, и здѣсь-же не разъ встрѣчались лимфатическія железы. По ту сторону мочеточника артерія проходитъ приблизительно на протяженіи 3 стм. до мѣста отхожденія отъ подчревной артеріи (art. hypogastrica). Дойти до этого мѣста, работая тупымъ путемъ, съ осторожностью, довольно легко; при этомъ становятся хорошо видными обѣ подвздошныя артеріи и, въ случаѣ надобности, art. hypogastrica безъ особаго труда можетъ быть взята въ лигатуру. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, судя по распространенію инфильтрата, предвидится удаленіе околоматочной клѣтчатки на большомъ протяженіи въ глуби-

ну и въ стороны и гдѣ, слѣд., операціонное поле становится болѣе обширнымъ, — во избѣжаніе кровопотерь, не смотря на перевязку маточной артеріи, при дальнѣйшемъ ходѣ операціи (удаленіе клѣтчатки и лимфатическаго прибора), что составляетъ, если можно такъ выразиться, «гвоздь» ея,—я совѣтую подвести подъ подчревную артерію лигатуру и держать ее на готовѣ, дабы можно было тотчасъ-же затянуть ее въ нужное время. Это, конечно, нѣсколько усложняетъ операцію по сравненію съ обычными пріемами и вноситъ рѣзкое измѣненіе въ условія кровообращенія въ тазу; тѣмъ не менѣе, какъ показалъ опытъ, перевязка подчревной артеріи—даже двухсторонняя—переносится удовлетворительно. Маточную артерію я обыкновенно перевязывалъ почти сейчасъ у мѣста отхожденія ея отъ подчревной. Лигатуру я накладываю обыкновенной изогнутой, т. наз. анейризматической иглой. Перевязка маточной артеріи въ этомъ мѣстѣ имѣетъ нѣкоторое неудобство, а именно—она лишаетъ питанія на нѣкоторомъ протяженіи мочеточникъ, который, какъ извѣстно, въ тазу, не задолго до своего перекреста съ маточной артеріей, получаетъ отъ нея вѣточку въ видѣ нижней мочеточниковой артеріи (art. uretherica inf.), идущую на подобіе дуги кверху. Однако, такъ какъ видимыхъ разстройствъ въ системѣ мочеточника наблюдать не приходилось, можно думать, что эта недостача, вызываемая перевязкой артеріи, легко возстановляется окольнымъ путемъ, напр., изъ выше лежащихъ отдѣловъ — верхней мочеточниковой артеріи (art. uretherica sup.) или изъ верхней артеріи мочевого пузыря (art. vesicalis sup., отходящей отъ подчревной), питающей предпузырную и пузырную часть мочеточника. Обезопасивъ себя отъ кровотеченія надлежащей перевязкой маточной артеріи, я удаляю на всемъ протяженіи какъ ее саму, такъ и клѣтчатку, лежащую по ея системѣ. Само собою разумѣется, что вмѣстѣ съ клѣтчаткой такимъ образомъ надежно удаляются и лимфатическіе приборы, располагающіеся по ходу сосудовъ resp. въ корнѣ широкой связки. Въ 2-хъ случаяхъ я взялъ железу, лежавшую значительно дальше по ходу подчревной артеріи, почти у мѣста бифуркаціи; однако, тщательное изслѣдованіе ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ не обнаружило присутствія въ железѣ раковаго образованія.

Вслѣдъ за этимъ актомъ операціи, я обращаю особое вниманіе на мочеточники. Ихъ легко можно сдѣлать доступными и пальцу, и глазу, отодвигая тупымъ путемъ (я дѣлаю это кусочкомъ марли на корнцангѣ) задній листокъ широкой связки. Какъ извѣстно, мочеточникъ, опускаясь въ тазъ, приблизительно около крестцово-подвздошнаго соединенія переходитъ черезъ сосудистый пучекъ, пересѣкая подъ угломъ подвздошную артерію нѣсколько ниже ея раздѣленія на наружную и внутреннюю вѣтви, и здѣсь образуетъ замѣтное на глазъ расширеніе (ampulla uretheri). Отсюда онъ, покрытый тазовой брюшиной, resp. заднимъ листкомъ широкой связки, идетъ сзади напередъ и снаружи внутрь, спускаясь въ яичниковую ямку (fossa ovarica) и затѣмъ на уровнѣ шейки матки (portio supravaginalis), подходя къ маткѣ сзади и сбоку, скрывается въ параметріѣ и становится менѣе видимымъ. Здѣсь онъ близко прилегаетъ къ своду рукава и, проходя кпереди, образуетъ нѣкоторую дугу, при чемъ окружающей клѣтчатки здѣсь больше, чѣмъ до входа въ параметрій. Обыкновенно мочеточникъ представляется въ видѣ шнурка, толщиною въ небольшое гусиное перо. Цвѣтъ его — бѣловато-розовый и замѣтенъ среди окружающей ткани. Чтобы убѣдиться въ томъ, что это, дѣйствительно, мочеточникъ, я захватываю его пальцами и ясно ощупываю шнурокъ указанной толщины, затѣмъ оставляю его въ покоѣ и всматриваюсь въ него; при этомъ обыкновенно удается подмѣтить явственное перистальтическое движеніе сверху внизъ по ходу мочеточника. Это движеніе какъ мнѣ, такъ и другимъ, наблюдавшимъ его зрителямъ, поразительно напоминало движенія червя. Явленіе это, безспорно, обезпечиваетъ распознаваніе природы органа и можетъ быть вызвано произвольно: стоитъ потрогать этотъ шнурокъ, и онъ на глазахъ начинаетъ сокращаться указаннымъ образомъ. Проходя черезъ параметрій, мочеточникъ перекрещивается на своемъ пути съ маточной артеріей, ранѣе отхожденія отъ нея влагалищной вѣтви, приблизительно на 0,5 стм. Маточная артерія обыкновенно лежитъ надъ мочеточникомъ; однако—не знаю, часто-ли—бываетъ и обратное отношеніе, т. е. артерія, пересѣкая мочеточникъ, лежитъ подъ нимъ. Въ одномъ случаѣ при операціи удаленія внутрисвязочной кисты я видѣлъ и показалъ присутствовавшимъ такое отношеніе этихъ органовъ. Это было на лѣвой сторонѣ. Было-ли тоже самое и на правой сторонѣ, сказать не могу, такъ какъ подсывороточное пространство было обнажено только на одной сторонѣ. Мочеточникъ, какъ было уже сказано, еще до своего перекрещиванія съ маточной артеріей подходитъ къ своду рукава и прилегаетъ къ нему довольно близко. Для изолированія его требуется тщательная отпрепаровка, дающая возможность смѣстить органъ кнаружи и книзу (вглубь), дабы избѣжать пораненія его въ дальнѣйшемъ теченіи операціи при разрѣзѣ рукава. Когда сосуды надежно перевязаны въ указанномъ мѣстѣ, мочеточники отпрепарованы и сдвинуты, клѣтчатка на желаемомъ протяженіи удалена, остается только вытянуть рукавъ на извѣстную высоту, отдѣлить его отъ сосѣднихъ частей и перерѣзать на желаемомъ мѣстѣ. Съ этой цѣлью дѣлается разъединеніе влагалища отъ пузыря на требуемомъ протяженіи.

Выше я уже отмѣтилъ, что первый разрѣзъ по брюшинѣ дѣлается послѣ перерѣзки круглыхъ связокъ и идетъ слѣва направо или справа налѣво на мѣстѣ переходной складки въ переднемъ *Douglas*'овомъ пространствѣ, затѣмъ пузырь отдѣляется тупымъ путемъ отъ матки, а теперь отслаиваніе производится и отъ рукава на надлежащую глубину. Отдѣленіе рукава въ этотъ моментъ операціи совершается обыкновенно довольно легко. Оно замѣтно облегчается тѣмъ, что рукавъ, будучи крѣпко затампонированъ, представляетъ собой довольно плотную трубку, держась ближе къ которой, легче удается отслаивать эластическій пузырь. Отслойку пузыря нужно продолжать до тѣхъ поръ, пока не будетъ найдена здоровая непораженная часть рукава, въ которой и можетъ быть впослѣдствіи произведено круговое отсѣченіе послѣдняго. Тоже имѣется въ виду и по отношенію къ остальной окружности рукава, т. е. параметріямъ и задней стѣнкѣ. Сзади разрѣзъ приходится вести по задней пластинкѣ широкой связки отъ одной стороны къ другой по задней поверхности брюшиннаго покрова матки. Здѣсь въ случаяхъ неосложненныхъ, я перевязываю и перерѣзываю крестцово-маточную связку (lig. sacro-uterinum) и затѣмъ отслаиваю брюшину *Douglas*'ова пространства на требуемую глубину. Въ случаѣ присутствія или основательнаго подозрѣнія на инфильтрацію въ прямокишечно-влагалищномъ пространствѣ приходится значительно углубляться и въ эту послѣднюю область и отслаивать прямую кишку. Когда убѣдишься, что отслойка по окружности рукава выполнена надлежащимъ образомъ, остается только перерѣзать рукавъ, и матка съ частью рукава свободно будетъ извлечена черезъ брюшную рану. Въ обезпеченіе того, чтобы раковыя массы (нерѣдко распадающіяся) при извлеченіи матки кверху черезъ брюшную рану послѣ перерѣзки рукава не могли придти въ соприкосновеніе съ брюшиной, и такимъ образомъ была устранена возможность зараженія и загрязненія брюшной полости, предлагаютъ особые пріемы. Обыкновенно накладываютъ 1 или 2 зажима, особымъ образомъ изогнутые (подъ прямымъ угломъ), на всю толщу рукава; рукавъ ниже мѣста ущемленія зажимомъ перерѣзывается, а матка вмѣстѣ съ зажимами быстро извлекается черезъ брюшную рану. Вмѣсто этихъ сложныхъ и громоздкихъ приспособленій, неизбѣжно стѣсняющихъ и безъ того необширное поле операціи, я пользуюсь простой крѣпкой лигатурой, которую накладываю на рукавную трубку на желаемой высотѣ и крѣпко на крѣпко затягиваю ее обыкновеннымъ хирургическимъ узломъ въ 1 или 2 раза (вокругъ). Чтобы лигатура не соскользнула послѣ срѣза рукава, я укрѣпляю ее въ 2—3-хъ мѣстахъ, по окружности рукава, вкалывая и выкалывая проводящую иглу. Передъ завязываніемъ лигатуры удаляется тампонъ изъ рукава, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ я тутъ же поручалъ помощнику ввести небольшой свѣжій тампонъ къ мѣсту новообразованія на корнцангѣ и слегка придерживать его этимъ инструментомъ до тѣхъ

поръ, пока я не затяну обвивную лигатуру; передъ самымъ затягиваніемъ инструментъ удаляется, и лигатура ложится ниже тампона. Немного ниже мѣста наложенія лигатуры вскрывается полость рукава, и онъ просто отрѣзается ножемъ или ножницами, и весь препаратъ быстро удаляется. Остающійся нижній отрѣзокъ рукава я беру на временныя лигатуры для болѣе удобнаго обращенія съ нимъ въ дальнѣйшемъ ходѣ операціи.

Послѣ этого операцію въ главныхъ чертахъ можно считать оконченной, и остается лишь закрыть рану въ брюшной полости и брюшной стѣнкѣ. Кровотеченія, сколько нибудь значительнаго, въ раневой поверхности обыкновенно не бываетъ, и разнородныя ткани въ операціонномъ полѣ различаются очень хорошо. Такъ какъ брюшина при операціи отслаивается на большомъ протяженіи resp. обнажается подбрюшинное пространство, и оно-то собственно и составляетъ главное поле операціи, при чемъ нерѣдко приходится удалять порядочное количество клѣтчатки съ лимфатическимъ приборомъ, то, заканчивая операцію, я широко дренирую эти пространства при помощи марлевыхъ полосъ, концы которыхъ вывожу въ рукавъ, а брюшина на всемъ протяженіи (надъ дренажами-тампонами) зашивается наглухо. Сшиваніе производится съ такимъ разсчетомъ, чтобы всѣ культи (круглой, воронково-тазовой связокъ и пр.) были спрятаны въ подбрюшинномъ пространствѣ и въ полость брюшины въ концѣ концовъ смотрѣли только концы узловатаго или петли непрерывнаго шва. Пузырь обыкновенно я оставлялъ безъ всякой дальнѣйшей обработки. Но, принимая во вниманіе указанія авторовъ, что больныя плохо мочатся произвольно въ первые дни послѣ операціи и что это обусловливается значительнымъ нарушеніемъ при операціи первоначальныхъ отношеній пузыря къ окружающимъ частямъ, въ устраненіе чего и предлагается пришивать заднюю стѣнку пузыря къ культѣ рукава,—я въ 2-хъ случаяхъ поступилъ согласно этому указанію. Однако я долженъ сказать, что разницы въ отправленіи пузыря въ послѣоперацiонномъ періодѣ въ этихъ случаяхъ, по сравненію съ тѣми, гдѣ этого сдѣлано не было, я не замѣтилъ. Рану брюшной стѣнки я зашиваю наглухо. На животъ накладываю давящую повязку, а въ рукавъ ввожу ксероформную марлю въ видѣ рыхлаго тампона.

Дальнѣйшій уходъ за оперированной особенностей не представляетъ. Къ концу 2—3 сутокъ, смотря по обстоятельствамъ, тампонъ изъ влагалища удаляется, а къ концу 5—6 сутокъ удаляется и марлевый дренажъ.

Обращаясь къ техникѣ операціи, я долженъ сказать, что въ томъ видѣ, какъ я ее описалъ, она не особенно трудна, но требуетъ терпѣнія и вниманія. Особая осторожность и внимательность нужны при перевязкѣ маточной артеріи (resp. подчревной) и отпрепаровкѣ мочеточниковъ. Когда эти 2 дѣйствія выполнены надлежащимъ образомъ, дальнѣйшая часть операціи совершается сравнительно легко. Во всѣхъ случаяхъ мнѣ удавалось изолировать мочеточники, не нарушая ихъ цѣлости, не смотря на то, что въ числѣ моихъ случаевъ были и такіе, въ которыхъ рукавная стѣнка (свода) была разрушена новообразованіемъ, и оно смотрѣло непосредственно въ околоматочную клѣтчатку. Такъ какъ при этой операціи основной принципъ состоитъ въ удаленіи всего, что на глазъ и на ощупь маломальски кажется подозрительнымъ въ смыслѣ инфильтраціи новообразованіемъ, то я и не стѣснялся, если можно такъ выразиться, размѣрами операціоннаго поля, удаляя, по возможности, larga manu все, что можно было и казалось нужнымъ удалить. Въ одномъ случаѣ мнѣ казалось, что не удастся изолировать мочеточникъ: такъ близко къ нему прилегали подозрительныя массы (инфильтратъ); однако при тщательной препаровкѣ оказалось, что между массами, прилегавшими къ мочеточнику, и стѣнками его находилось минимальное количество клѣтчатки, работая въ которой, удалось освободить мочеточникъ, и онъ въ этой своей части ни по виду, ни на ощупь ничѣмъ не отличался отъ остальныхъ частей, завѣдомо свободныхъ отъ инфильтраціи новообразованіемъ.

Если-бы, однако, въ такихъ случаяхъ мочеточникъ оказался пораженнымъ новообразованіемъ на извѣстномъ протяженіи, то частичное удаленіе органа я считалъ-бы возможнымъ. Хотя при своихъ операціяхъ я и не встрѣчалъ такихъ случаевъ, но, манипулируя съ мочеточниками, я убѣдился, что, въ случаѣ нужды, можно было-бы удалить участокъ мочеточника на протяженіи нѣсколькихъ сантиметровъ и затѣмъ возстановить цѣлость мочевой системы. Это возможно двоякимъ путемъ—или сшить послѣ изсѣченія центральный и периферическій концы мочеточника, или центральный конецъ вшить въ пузырь, т. е., сдѣлать neocystostomi'ю. Первое—технически болѣе трудно выполнимо, и разсчетъ на удачный исходъ менѣе вѣроятенъ. Второе—выполнимо легче. Вшить конецъ мочеточника въ пузырь, сдѣлать въ послѣднемъ отверстіе въ подходящемъ мѣстѣ вполнѣ возможно. Я имѣлъ случай убѣдиться, что смѣщаемость мочеточника, съ одной стороны, и смѣщаемость (кверху) пузыря, съ другой, въ достаточной мѣрѣ устраняютъ затрудненія при прилаживаніи другъ къ другу сшиваемыхъ органовъ. Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ разсчитывать на заживленіе первымъ натяженіемъ. Если-бы этого и не произошло, то это еще не значитъ, что операція (вшиваніе) является безрезультатной. Такъ какъ вшиваніе произведено въ подбрюшинномъ пространствѣ, а пространство это дренировано, то моча станетъ стекать въ рукавъ, какъ при свищахъ мочеточника вообще. И въ этихъ случаяхъ, однако, не слѣдуетъ еще терять надежды: если конецъ мочеточника все-таки держится въ стѣнкѣ пузыря и вросъ въ него, хотя и не по всей окружности, то возможны закрытіе этого свища черезъ нѣкоторое время и возстановленіе мочевыдѣленія черезъ пузырь.

Заканчивая изложеніе технической стороны этой операціи, позволю себѣ высказать, что она заслуживаетъ большаго распространенія, чѣмъ то, какое теперь имѣетъ, и должна войти въ кругъ обычныхъ гинекологическихъ операцій. Дѣлать оцѣнку ея съ точки зрѣнія полезности — въ смыслѣ т. наз. коренной операціи,—по моему, еще рано. Но думается мнѣ, что, будучи теоретически задумана правильно, она, своевременно и съ достаточнымъ основаніемъ предпринятая, можетъ дать лучшіе результаты, чѣмъ обычно примѣняемые способы, или, по крайней мѣрѣ, нѣсколько расширить рамки для постановки показаній къ хирургическому вмѣшательству въ т. наз. «неоперируемыхъ» случаяхъ, гдѣ главнымъ образомъ состояніе сводовъ, т. е. дѣйствительная или только подозрѣваемая инфильтрація ихъ новообразованіемъ, составляетъ исходную точку для опредѣленія пригодности даннаго случая для коренной операціи.

Всѣ наши случаи относились именно къ этой категоріи «неоперируемыхъ», т. е. такихъ, гдѣ влагалищное удаленіе матки считалось невозможнымъ. И это положеніе высказывалось не только мною (элементъ субъективный), но и другими.

Въ числѣ первыхъ 4-хъ нашихъ случаевъ былъ и такой, въ которомъ однимъ изъ опытнѣйшихъ операторовъ и защитниковъ влагалищнаго способа больной было отказано въ операціи по невыполнимости ея. Больная эта тѣмъ не менѣе была мною оперирована по изложенному выше способу; операція прошла благополучно; больная весьма замѣтно поправилась, и я видѣлъ ее спустя 5 мѣсяцевъ безъ всякихъ признаковъ возврата и прекрасно себя чувствующей.

Всѣхъ больныхъ, оперированныхъ мною такимъ способомъ, было 7 *); всѣ эти случаи окончились благополучно. Нѣкоторыхъ оперированныхъ я видѣлъ спустя 6 мѣсяцевъ. Возврата у нихъ еще не было. Само собою разумѣется, что это отнюдь не служитъ ручательствомъ стойкаго или, какъ принято выражаться, коренного выздоровленія, но уже одно то, что послѣдствіемъ операціи было, во 1-хъ, устраненіе припадковъ, безпокоившихъ больныхъ, во 2-хъ—видимое улучшеніе ихъ общаго состоянія (хотя-бы и временное), заставляетъ меня считать вполнѣ цѣлесообразнымъ примѣненіе этой терапіи. Долго-ли продлится благополучіе оперированныхъ и будутъ-ли въ числѣ ихъ такія, которыхъ можно будетъ считать излѣченными, я не

*) Нынѣ 9.

берусь судить и полагаю, что въ этихъ случаяхъ, какъ и при всѣхъ операціяхъ, предпринимаемыхъ по поводу раковыхъ новообразованій, болѣе или менѣе отдаленные результаты операціи могутъ выражаться весьма различными цифрами въ %-мъ отношеніи въ зависимости отъ цѣлаго ряда условій (характера случая, времени операціи и пр.).

Я далекъ отъ мысли дѣлать какія-либо обобщенія на основаніи вышеизложенныхъ случаевъ. Въ виду того, что вопросъ объ этой операціи въ русской литературѣ разработанъ весьма мало и число этихъ операцій, производимыхъ русскими гинекологами, до сихъ поръ, по видимому, весьма ограничено, я и позволилъ себѣ занять Ваше вниманіе вышесказанными соображеніями на эту тему и тѣми небольшими видоизмѣненіями въ техникѣ операцій, которыя мнѣ пришлось сдѣлать.

CXL. Изъ мужской Обуховской больницы въ Петербургѣ.

Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи прободныхъ брюшнотифозныхъ перитонитовъ.

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ врачей въ соединенномъ засѣданіи хирургическаго и терапевтическаго отдѣловъ 8/I 1904 г.

В. В. Лаврова.

Перитонитъ, какъ осложненіе брюшного тифа, и теперь, какъ и во всѣ времена, представляетъ изъ себя грозное явленіе, предъ которымъ прежде безсильно опускались руки. И лишь въ послѣднее время, за 2 послѣднихъ десятка лѣтъ, стремятся найти оружіе противъ него въ хирургіи. Успѣхи, коихъ удавалось достигать послѣдней, являлись всегда, вслѣдствіе-ли особенностей основной болѣзни или по другимъ причинамъ, столь малозначущими, что во многихъ возбуждали сомнѣніе въ полезности подобнаго рода лѣченія. Таково, напр., мнѣніе *Fürbringer*'а, который всегда былъ настойчивымъ противникомъ оперативнаго вмѣшательства въ лѣченіе прободного перитонита. Дѣйствительно, если просмотрѣть статистику операцій при брюшно-тифозномъ перитонитѣ, то малочисленность счастливыхъ исходовъ ихъ невольно обращаетъ на себя вниманіе. Необходимо, впрочемъ, отмѣтить, что нѣкоторый прогрессъ замѣчается и въ этомъ отношеніи. Въ 1897 г. *Р. Х. Ваннахъ* и *М. С. Геселевичъ* собрали литературный матеріалъ по этому вопросу: на 65 операцій выздоровленій было 12 или 18,4%. По статистикѣ *Platt*'а въ 1899 г. % выздоровленій считается въ 20,3, по *Mauger* въ 1900 г. въ 23,3, по послѣдней статистикѣ *Loison*'а % нѣсколько понижается—до 21,6. (Эти цифровыя данныя я заимствую изъ статьи проф. *А. А. Кадьяна* въ «Русской Хирургіи»). Несомнѣнно, % выздоровленій, вычисленный вышеупомянутыми авторами, выше дѣйствительнаго, такъ какъ, конечно, остаются еще несообщенными не мало случаевъ, окончившихся смертью, о которыхъ вообще пишутъ меньше, чѣмъ о случаяхъ выздоровленія. Если къ собраннымъ случаямъ прибавить хотя-бы 25 неудачныхъ изъ мужской Обуховской больницы, нигдѣ до сихъ поръ неописанныхъ, и то вышеуказанный % замѣтно измѣнится.

Всѣ упомянутыя сводки выводились на основаніи литературныхъ данныхъ, изъ случаевъ, составлявшихъ достояніе многочисленныхъ авторовъ и имѣвшихъ мѣсто въ самыхъ разнообразныхъ странахъ Стараго и Новаго Свѣта, въ которыхъ, слѣд., лѣченіе велось при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ и различными способами. Какъ велико разнообразіе послѣднихъ, можно видѣть изъ того, что нѣкоторые хирурги примѣняютъ при операціяхъ перитонитовъ зашиваніе брюшной полости—такихъ, правда, теперь значительное меньшинство,—другіе оставляютъ ее открытой, одни промываютъ брюшную полость, другіе принципіально избѣгаютъ этого и держатъ раны сухо; въ послѣднемъ случаѣ одни вводятъ дренажи, другіе тампоны; одними примѣняются множественные разрѣзы брюшной стѣнки, другими одиночные и т. д.

Задача моей работы разобрать случаи прободного брюшно-тифознаго перитонита, лѣченнаго въ мужской Обуховской больницѣ, слѣд., веденнаго при однихъ и тѣхъ-же условіяхъ и съ помощью однихъ и тѣхъ-же способовъ оперативной техники и послѣдующаго ухода.

Въ 1-ый разъ оперированъ былъ у насъ больной съ брюшно-тифознымъ перитонитомъ *Г. Ф. Цейдлеромъ* въ 1891 г. Затѣмъ въ концѣ 1893 г. по тому-же поводу оперировалъ одного больного *А. А. Трояновъ*. Съ той поры до настоящаго дня такихъ оперированныхъ насчитывается у насъ 33. По годамъ они распредѣляются такъ: въ 1891 г.—1, въ 1893 г.—1, въ 1894 г.—1, въ 1895 г.—3, въ 1896 г.—4, въ 1897 г.—6, въ 1898 г.—2, въ 1899 г.—3, въ 1900 г.—4, въ 1901 г.—2, въ 1902 г.—1 и въ 1903 г.—5.

Преобладающее большинство больныхъ были въ возрастѣ 20—30 л.; 7 приходятся на возрастъ до 20 л.; 4 были въ возрастѣ 30—40 л. и наконецъ старше 40 л. (до 47 л.) было 3.

Почти въ $^1/_2$ всѣхъ случаевъ прободеніе произошло у больныхъ, лежавшихъ въ больницѣ; такихъ больныхъ было 13. Изъ поступившихъ уже съ явленіями прободного перитонита 11 чувствовали себя предъ этимъ нездоровыми въ теченіи нѣкотораго времени; при этомъ 6 имѣли т. наз. амбуляторную форму тифа, т. е. переносили болѣзнь на ногахъ, 2 имѣли типическій тифъ и должны были лежать; относительно 3-хъ больныхъ о формѣ протекавшаго у нихъ тифа въ исторіяхъ болѣзни никакихъ указаній не имѣется. Наконецъ, 6 больныхъ до прободенія субъективно чувствовали себя совершенно здоровыми, и болѣзнь застала ихъ среди полнаго благополучія. О 3-хъ остальныхъ больныхъ имѣются вообще весьма скудныя свѣдѣнія, поэтому я вынужденъ ограничиться лишь упоминаніемъ ихъ въ общемъ числѣ.

Изъ выздоровѣвшихъ послѣ операціи только у 1 прободеніе случилось въ больницѣ; остальные 3 были уже доставлены съ явленіями прободного перитонита: 1 переносилъ тифъ на ногахъ $3^1/_2$ нед., 2-й имѣлъ тяжелую форму тифа и, наконецъ, 3-й до прободенія чувствовалъ себя совершенно здоровымъ. Такимъ образомъ въ практикѣ нашей больницы выздоровленіе при операціи прободного брюшно-тифознаго перитонита наступало какъ при легкой, такъ и при тяжелой формѣ тифа.

Большинство случаевъ прободенія падаетъ на 3-ю и 4-ую недѣли теченія тифа, какъ это обычно и наблюдается; такихъ больныхъ было 11. Другіе сроки прободенія слѣдующіе: въ концѣ 2-й недѣли—4 сл., въ концѣ 5-й—1, на 7-й—1, и въ началѣ 8-й—1. Изъ поступившихъ съ прободеніемъ 1 заболѣлъ 5 дней назадъ знобомъ, жаромъ; 2-й былъ боленъ 7 дней головной болью и поносомъ.

Въ случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, прободеніе произошло въ 1-мъ въ началѣ 8-й недѣли, во 2-мъ—въ началѣ 3-й, въ 3-мъ—въ срединѣ 4-й; 4-ый больной имѣлъ амбуляторную форму тифа.

Изъ предшествовавшихъ прободенію обстоятельствъ лишь въ немногихъ случаяхъ можно указать на ту или иную трауму, либо напряженіе. 1 больной почувствовалъ боли въ животѣ тотчасъ послѣ сдѣланной ему ванны; 2-й повернулся предъ этимъ на бокъ; 3-й, вѣшая вѣнокъ на могильный крестъ, вдругъ почувствовалъ сильнѣйшія боли въ животѣ и упалъ; на 2-й день онъ былъ доставленъ въ больницу съ явленіями перитонита. 4-й больной во время теченія тифа почувствовалъ себя лучше и походилъ. На кишечныя кровотеченія, предшествовавшія прободенію, мнѣ пришлось натолкнуться только въ 1 случаѣ.

Что касается явленій, которыми сопровождалось прободеніе кишки и послѣдующее воспаленіе брюшины, то я могу отмѣтить слѣдующія. У меня имѣются свѣдѣнія лишь о 4-хъ больныхъ, у которыхъ температура была измѣрена въ теченіи перваго часа послѣ прободенія; во всѣхъ этихъ случаяхъ она была повышена: въ 1-мъ—до 38°,4, во 2-мъ—до 39°, въ 3-мъ—до 40° (съ потрясающимъ ознобомъ) и въ 4-мъ—до 40°,8. Въ остальныхъ случаяхъ температура была измѣрена много часовъ спустя, когда перитонитъ успѣлъ уже развиться. Въ такихъ случаяхъ она бывала обыкновенно повышенной, рѣдко пониженной. Что прободеніе сопровождалось ознобомъ, извѣстно лишь относи-

тельно 1 больного, у котораго температура повысилась при этомъ до 40°. У другого больного въ исторіи болѣзни отмѣчены ознобы. Такимъ образомъ рѣзкаго паденія температуры, указываемаго, между прочимъ, *Dieulafoy*, какъ признакъ прободенія кишки, въ нашихъ случаяхъ не было.

Изъ другихъ признаковъ прободенія, приводимыхъ различными авторами, какъ, напр., исчезновеніе или съуженіе области печеночной тупости, невозможность уловить перистальтику ни зрѣніемъ, ни осязаніемъ, ни слухомъ (признакъ проф. *К. Э. Вагнера*), шумъ плесканія при встряхиваніи больного (признакъ *Gerhardt*'а), увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (*Finney*, *Cabot*) можно остановиться лишь на первыхъ 2-хъ. Указаніе на исчезновеніе печеночной тупости мнѣ удалось найти въ 13 исторіяхъ болѣзни, при чемъ въ 4-хъ изъ нихъ о печеночной тупости сказано: «въ видѣ узенькой полоски». Отсутствіе перистальтики отмѣчено въ 4-хъ случаяхъ.

Относительно времени, протекшаго между моментомъ прободенія и началомъ операціи, въ собранныхъ мною случаяхъ имѣются разнообразныя указанія—отъ $2^1/_2$ час. до 15 сут. Послѣднее относится къ больному, перенесшему тифъ незамѣтнымъ для себя образомъ и оперированному по поводу перитонита. Случай этотъ интересенъ во многихъ отношеніяхъ, почему я и позволю себѣ описать его.

20. 16/I 1894 г. въ больницу поступилъ 19-лѣтній сапожникъ. До 15/I страдалъ только запорами; въ остальномъ чувствовалъ себя здоровымъ. 15/I появились сильныя боли въ животѣ, преимущественно въ области слѣпой кишки, рвота, ознобъ, жаръ, потъ. Хорошаго сложенія и питанія. Печень и селезенка не увеличены. Легкія и сердце безъ уклоненій отъ нормы. Значительная болѣзненность въ правой подвздошной области, гдѣ прощупывается уплотненіе. 37°,5; въ теченіи 2-хъ послѣдующихъ дней температура упала до нормы. Инфильтратъ въ первые дни увеличивался и къ 22/I достигъ значительныхъ размѣровъ, принялъ колбасообразную форму и направлялся изъ малаго таза къ гребешку подвздошной кости. Болѣзненность на мѣстѣ инфильтрата была значительная. Съ 23/I и инфильтратъ, и болѣзненность стали уменьшаться, а черезъ 3 дня они были уже едва замѣтны. На низъ было ежедневно частью самостоятельно, чаще-же послѣ промывательнаго. Съ 26/I инфильтратъ и болѣзненность снова стали увеличиваться. Появились ознобы; температура опять поднялась. 29/I операція. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Около слѣпой кишки внутрибрюшинный ограниченный гнойникъ. Вокругъ—сращенія. Видѣть червеобразный отростокъ не удалось. Тампонада. Послѣ операціи постепенно развились перитонеальныя явленія; наступили рвота, икота, и 7/II больной умеръ. На вскрытіи: гнойный острый прободной перитонитъ; рубцы и пигментація *Peyer*'овыхъ бляшекъ послѣ брюшного тифа; язва въ подвздошной кишкѣ съ прободеніемъ.

Мнѣ кажется, временемъ прободенія нужно считать здѣсь появленіе болей и рвоты наканунѣ поступленія больного въ больницу, т. е. за 14 дней до операціи, при чемъ развился мѣстный перитонитъ, протекавшій совершенно такъ-же, какъ перитифлитъ; за послѣдній говорило также отсутствіе какихъ-бы то ни было признаковъ тифа. Прободеніе въ періодѣ зарубцеванія брюшно-тифозныхъ язвъ также представляетъ интересную особенность этого случая.

Болѣе или менѣе точныя данныя о времени, протекшемъ между моментомъ прободенія и операціей, можно было установить лишь относительно нѣкоторыхъ больныхъ. Поэтому я ограничусь здѣсь дѣленіемъ случаевъ на слѣдующія группы: случаи, въ которыхъ отъ прободенія до операціи прошло менѣе 12 час., 12—14 час., 1 сутки, 2—3 сутокъ и т. д. Случаевъ 1-й категоріи 5. Точнѣе сроки въ нихъ слѣдующіе: $2^1/_2$ час., 4,5 и въ 2-хъ случаяхъ—немного менѣе 12 час. Изъ этихъ больныхъ ни одинъ не выздоровѣлъ. Случаи выздоровленія приходятся на болѣе позднее время: у 1-го больного, у котораго получено выздоровленіе путемъ операціи, она была произведена черезъ 17 час. послѣ прободенія, у 2-го—черезъ 1 сутки съ небольшимъ, у 3-го—черезъ $2^1/_2$ час. и у 4-го, оперированнаго въ 1903 г.,—почти черезъ $1^1/_2$ сут. Оперированныхъ между 12 и 24 час. послѣ прободенія было 6, позже 1 сут.—8, позже 2—1, черезъ 3 сут.—2, черезъ 4—3, черезъ 5—1, черезъ 6—1, черезъ 13—1, и черезъ 14—1.

Операція производилась почти исключительно подъ хлороформнымъ усыпленіемъ и лишь въ очень немногихъ случаяхъ подъ смѣшаннымъ (хлороформъ-эѳиръ), подъ частымъ эѳирнымъ и подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ кокаиномъ. Послѣднихъ случаевъ имѣется по 1 на каждый видъ наркоза.

Такъ часто указываемая въ литературѣ трудность, съ какою переносится брюшно-тифозными наркозъ, подтверждается и на нашихъ случаяхъ: наркозъ протекалъ въ нихъ очень часто тяжело, съ коллапсомъ; изъ просмотрѣнныхъ мною 28 карточекъ для записи наркозовъ въ 9 отмѣчено паденіе пульса; приходилось прибѣгать къ возбуждающимъ дѣятельность сердца.

Сообразно съ тѣмъ, гдѣ главнымъ образомъ сосредоточивались болѣзненность, припухлость, притупленіе, напряженность, въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ и вскрывалась брюшная полость. Мѣстомъ для этого избирались: средняя линія, правая подвздошная область и наружный край правой прямой мышцы живота. Изъ 28 больныхъ, относительно которыхъ у меня имѣются такого рода свѣдѣнія, у большинства (у 15) разрѣзъ сдѣланъ былъ въ правой подвздошной области, у 9—по средней линіи; у 2-хъ больныхъ брюшная полость была вскрыта по наружному краю правой прямой мышцы живота; въ 2-хъ случаяхъ сдѣлано было по 2 разрѣза: по бѣлой линіи и въ правой подвздошной области.

Обычно по вскрытіи брюшной полости находили разлитой сывороточно-гнойный или фибринозно-гнойный перитонитъ и лишь въ 2-хъ случаяхъ—ограниченный осумкованный.

Въ случаяхъ, гдѣ произведена была самая ранняя операція, —черезъ $2^1/_2$ час., 4 и 5 час., характеръ содержимаго брюшной полости былъ такой: въ 1-мъ случаѣ—слизисто-гнойно-фибринозный клейкій выпотъ съ каловымъ запахомъ; въ подвздошной кишкѣ было 9—10 разной величины, видныхъ со стороны сывороточной поверхности язвъ; нѣкоторыя изъ нихъ были покрыты только позеленѣвшимъ и готовымъ прорваться омертвѣлымъ сывороточнымъ покровомъ; на наибольшей язвѣ было отверстіе въ 2 млм. въ діаметрѣ. Интересно, что до прободенія не было никакихъ явленій раздраженія брюшины; правда, наканунѣ больного вырвало разъ, но и только; другихъ явленій при этомъ не наблюдалось. Во 2-мъ случаѣ, въ которомъ операція произведена была черезъ 4 часа послѣ прободенія, по вскрытіи брюшной полости въ послѣдней найденъ былъ сывороточно-кровянистый выпотъ въ очень большомъ количествѣ, безъ всякаго запаха. Наконецъ, въ 3-мъ случаѣ (операція черезъ 5 час.) въ брюшной полости оказалось много мутной сывороточной жидкости, безъ запаха. Случаи эти подтверждаютъ не разъ уже отмѣченное наблюденіе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже черезъ самое короткое время, черезъ 2—3 часа, послѣ прободенія въ брюшной полости образуется большое количество гнойнаго выпота.

Осумкованный перитонитъ былъ найденъ въ 2-хъ случаяхъ: у вышеописаннаго больного, у котораго послѣ смерти обнаружено было прободеніе одной брюшно-тифозной язвы во время зарубцеванія остальныхъ, и затѣмъ у больного, оперированнаго въ 1897 г. *С. В. Владиславлевымъ* и выздоровѣвшаго. При операціи у этихъ больныхъ прободенія обнаружено не было. Что у выздоровѣвшаго, дѣйствительно, имѣлась язва, близкая къ прободенію, а можетъ быть, и прободеніе, давшее мѣстный перитонитъ, обнаружилось въ послѣоперационномъ періодѣ, когда у больного въ теченіи 5 дней на повязкѣ оказывался въ небольшомъ количествѣ калъ. Въ другомъ случаѣ прободеніе, какъ было уже сказано, найдено на вскрытіи. Во всѣхъ остальныхъ оно обнаружено было при операціи. Величина отверстія большею частью была ничтожная—съ чечевицу, горошину, и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ она достигала размѣровъ двугривеннаго. Вокругъ мѣста прободенія нерѣдко видны были просвѣчивавшія черезъ сывороточный покровъ кишки язвы. Въ 1 случаѣ, въ которомъ операція была сдѣлана черезъ $2^1/_2$ час. послѣ прободенія, было найдено 10 покрытыхъ омертвѣлымъ сывороточнымъ покровомъ язвъ. Прободеніе почти всегда было 1, и лишь въ 2-хъ случаяхъ ихъ отмѣчено по 2.

Прободенное мѣсто большею частью зашивалось, иногда по оживленіи краевъ, иногда безъ этого. Въ 11 случаяхъ было сдѣлано изсѣченіе кишки. Въ 1 случаѣ изсѣ-

чена была содержавшая язвы часть кишки на протяженіи 65 стм. Больной погибъ вечеромъ въ день операціи. Можно еще отмѣтить 2 случая, въ которыхъ изсѣчено было 20 и 12 стм. кишки вслѣдствіе инфильтратовъ, прощупывавшихся въ окружности прободенія. Оба эти больные погибли. Въ остальныхъ случаяхъ дѣлалось клиновидное изсѣченіе прободеннаго мѣста. Изъ выздоровѣвшихъ у 2-хъ сдѣлано было изсѣченіе, у 3-го, оперированнаго мною въ этомъ году, на мѣсто прободенія наложенъ былъ *Lembert*'овскій шовъ.

Какъ поступать съ брюшной полостью, на этотъ счетъ имѣется множество мнѣній; выше я уже отчасти коснулся ихъ. Считаю нужнымъ по этому поводу указать на особенность хирургическаго лѣченія острыхъ перитонитовъ у насъ въ больницѣ. Правда, особенность эта не составляетъ исключительнаго достоянія нашей больницы: она примѣняется многими хирургами; но у насъ она проводится съ крайней настойчивостью и убѣжденностью. Система хирургическаго лѣченія перитонитовъ, введенная въ мужской Обуховской больницѣ завѣдующимъ хирургическимъ отдѣленіемъ ея *А. А. Трояновымъ*, состоитъ въ томъ, что брюшная полость никогда не промывается; вмѣсто того, она дренируется при помощи отсасывающихъ тампоновъ, тщательно и обильно проводимыхъ по всѣмъ направленіямъ между петлями кишекъ и между ними и брюшной стѣнкой. Дренажная трубка, какъ мало дѣйствующая въ брюшной полости, почти не употребляется. Брюшная рана оставляется открытой и покрывается хорошо всасывающимъ матеріаломъ. Такого рода способъ и былъ примѣненъ во всѣхъ описываемыхъ мною случаяхъ.

Какъ было сказано выше, изъ 33 оперированныхъ у насъ по поводу брюшнотифознаго прободного перитонита выздоровѣли только 4. Нужнымъ считаю, кромѣ того, отмѣтить, что отъ перитонита, какъ такого, оправился еще 1 больной, который въ концѣ концевъ погибъ мѣсяцъ спустя послѣ операціи, но отъ другой причины. Исторія болѣзни этого больного такая.

21. 3/ш 1897 г. въ больницу поступилъ В. М., 47 л., цвѣточникъ. Дней за 6 до поступленія заболѣлъ ознобомъ и жаромъ, но продолжалъ работать. Наканунѣ поступленія почувствовалъ сильнѣйшія боли въ животѣ и сразу свалился. Вслѣдъ затѣмъ развились явленія перитонита, съ которыми онъ и поступилъ въ больницу. Операція на 3-й день, такъ какъ первые 2 дня больной отъ нея отказывался. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости найденъ слизисто-гнойный вонючій выпотъ. На петлѣ тонкой кишки—прободеніе, окруженное продолговатымъ инфильтратомъ; на протяженіи кишки было еще нѣсколько инфильтратовъ. Отверстіе при манипуляціяхъ надъ кишками увеличилось до 2 стм. въ діаметрѣ. Мѣсто прободенія было вшито въ рану (образованъ такимъ образомъ каловый свищъ); въ приводящій конецъ введенъ дренажъ. Тампонада брюшной полости. На 2-ой день явленія раздраженія брюшины исчезли. Чрезъ трубку выдѣлялось много кала. 16/ш отмѣчено: Чрезъ задній проходъ ничего не выдѣляется; весь калъ выходитъ черезъ вновь образованное каловое отверстіе; изъ послѣдняго удалена дренажная трубка. 20/ш: Отводящій конецъ совсѣмъ съузился, приводящій широкъ; чрезъ него выдѣляется много кала. Больной вскорѣ-же сталъ страдать недостаткомъ позыва на ѣду. Появились кашель, жесткое дыханіе; въ легкихъ было много хриповъ. Больной сталъ истощаться, слабѣть. Въ виду этого рѣшено было закрыть каловый свищъ. Образовано соустіе между тонкой и восходящей ободочной кишками, при чемъ обѣ приходилось освобождать изъ массы срощеній. Въ тотъ-же день больной погибъ.

Я полагаю, что смерть здѣсь послѣдовала отъ истощенія вслѣдствіе недостаточнаго усвоенія пищи. Свищъ, исходящій изъ нижней части подвздошной кишки, не особенно сильно вредитъ здоровымъ въ остальномъ людямъ (*Mikulicz*); но этотъ больной, перенесшій тяжелую заразную болѣзнь, страдалъ, кромѣ того, какъ обнаружилось на вскрытіи, бугорчаткой легкихъ, и для него разстройство питанія, происходящее вслѣдствіе кишечнаго свища, должно было сказываться в. гибельно.

12 оперированныхъ погибли въ теченіи первыхъ-же сутокъ. Умершіе въ первые дни послѣ операціи также носили въ себѣ явные слѣды постепеннаго угасанія, и только въ в. немногихъ случаяхъ (2—3-хъ) на первыхъ порахъ замѣчалось болѣе или менѣе ясно выраженное кратковременное улучшеніе, смѣнявшееся затѣмъ ухудшеніемъ, которое и вело обыкновенно къ смерти. Такимъ образомъ во всѣхъ этихъ случаяхъ отравленіе организма или въ нѣкоторыхъ изъ нихъ шокъ отъ раздраженія брюшины наступали такъ быстро, что примѣненными мѣрами нельзя уже было сохранить жизнь. Операція, независимо отъ техники ея производства, должна была оказаться безполезной, что въ $^1/_2$ этихъ случаевъ до извѣстной степени можно было предполагать и заранѣе: предъ операціей почти у всѣхъ такихъ больныхъ отмѣчено оч. плохое состояніе, слабый пульсъ, упадокъ силъ и пр.

(Окончаніе слѣдуетъ).

CXLI. Изъ Саратовской губернской земской больницы.

Птомаинные параличи *).

Н. Е. Кушева **).

Въ то время, какъ параличи при отравленіи мышьякомъ и свинцомъ описаны давно и хорошо изучены, послѣдовательныя страданія нервной системы при отравленіи ядами животнаго происхожденія, т. наз. птомаинами, мало еще извѣстны, и въ литературѣ попадаются лишь единичныя наблюденія ихъ. Отравленіе птомаинами въ большинствѣ случаевъ выражается въ видѣ острыхъ припадковъ, кончающихся смертью при картинѣ тяжелаго пораженія нервной системы. Изъ извѣстныхъ до сихъ поръ птомаинныхъ ядовъ болѣе всего изученъ ядъ рыбный. Припадки отравленія рыбнымъ ядомъ начинаются обыкновенно черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды. Больные жалуются на головокруженіе, боль подъ ложечкой, сухость въ горлѣ, потерю голоса, затрудненное глотаніе и поносъ. Затѣмъ присоединяются двоеніе предметовъ, опущеніе верхнихъ вѣкъ, расширеніе зрачковъ и параличъ приспособленія. Сознаніе сохраняется до конца жизни, и смерть наступаетъ отъ паралича дыханія. Весь періодъ болѣзни имѣетъ обыкновенно острый характеръ. Въ благопріятныхъ случаяхъ выздоровленіе наступаетъ въ нѣсколько дней [1]). *В. К. Анрепъ* при рыбномъ отравленіи выдѣлилъ 2 птомаина—одинъ въ видѣ аморфнаго, сильно ядовитаго основанія, а другой—сиропообразный алкалоидъ, менѣе ядовитый [2]).

Отравленіе мяснымъ ядомъ обыкновенно встрѣчается въ видѣ отравленія остраго, поражающаго цѣлую группу людей, при чемъ припадки отравленія развиваются въ теченіи первыхъ дней послѣ употребленія въ пищу испорченнаго мяса. Изъ главныхъ припадковъ слѣдуетъ отмѣтить тошноту, рвоту и поносъ, т. е. явленія остраго желудочно-кишечнаго катарра. Въ числѣ сопутствующихъ явленій необходимо указать на головокруженіе, сильную жажду, сухость во рту, охриплость голоса, затрудненное глотаніе, параличъ приспособленія и опущеніе вѣкъ, а также въ дальнѣйшемъ—на сыпь, зудъ и шелушеніе кожи. Въ литературѣ приводятся случаи, гдѣ послѣ такого отравленія развивалось тифозное состояніе, продолжавшееся 2—3 недѣли и сопровождавшееся лихорадкой и поносомъ. Изъ послѣдовательныхъ осложненій отмѣчены альбуминурія и настоящій нефритъ. На вскрытіи находили воспаленіе кишекъ съ язвами и кровоподтеками.

Отравленіе въ большинствѣ случаевъ происходитъ отъ употребленія въ пищу мяса здоровыхъ животныхъ, начинающаго подвергаться гніенію, при чемъ наружныхъ признаковъ порчи мяса не замѣчается [1]). Отравленіе вызывается мясомъ различныхъ животныхъ и птицъ, а также консервами. Обыкновенно въ благопріятныхъ случаяхъ припадки отравленія проходятъ очень скоро и не оставляютъ послѣ себя никакихъ болѣзненныхъ измѣненій.

Что касается послѣдовательныхъ осложненій со стороны нервной системы, то въ этомъ отношеніи имѣются лишь отрывочныя указанія въ руководствахъ по нервнымъ болѣзнямъ и только въ 1899 г. на засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ *П. А. Преображенскій* [3]) сообщилъ о 2-хъ случаяхъ послѣдовательныхъ параличей послѣ отравленія птомаинами.

*) Сообщено въ Саратовскомъ физико-медицинскомъ Обществѣ.

**) Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

Въ 1-мъ случаѣ больной, наборщикъ, 15 л., поступилъ въ Старо-Екатерининскую больницу 9/п 1899 съ жалобами на слабость въ конечностяхъ, плохое зрѣніе и разстройство рѣчи. 3/п онъ былъ въ гостяхъ, ѣлъ икру, кильки, селедки, семгу и колбасу; на 2-ой день утромъ замѣтилъ, что стало трудно глотать и говорить; на 3-ій день голосъ сталъ гнусливый, жидкая пища попадала въ носъ. Вскорѣ присоединилась слабость всѣхъ конечностей. При изслѣдованіи въ больницѣ найдено: Головокруженіе. Двоеніе въ глазахъ; опущеніе верхнихъ вѣкъ; упадокъ зрѣнія вблизи; движенія глазъ нѣсколько ограничены. Лицо маскообразное. Парезъ мягкаго нёба; ограниченныя движенія языка; гнусливая рѣчь и затрудненное глотаніе. Шейныя мышцы слабыя: голову держать прямо не можетъ. Когда сидитъ, туловище тоже отклоняется въ сторону. Парезъ рукъ и ногъ. Всѣ виды чувствительности, фарадическая возбудимость и колѣнные рефлексы нормальны, кожные—немного ослаблены. Температура нормальная. Въ больницѣ сначала всѣ явленія ухудшались, а затѣмъ началось постепенное улучшеніе.

2-ой случай относится къ матери больного, которая была вмѣстѣ съ нимъ въ гостяхъ и ѣла тоже самое. Картина болѣзни — таже, что и у сына.—Такія-же явленія отравленія наблюдались и у квартирной хозяйки больныхъ, бывшей вмѣстѣ съ ними въ гостяхъ и употреблявшей закуски.

Особенности этихъ случаевъ, по мнѣнію докладчика, заключаются въ слѣдующемъ: 1) поражены были почти всѣ произвольныя мышцы; 2) страданіе сильнѣе было выражено въ мышцахъ верхней $^1/_2$ туловища; 3) не было никакихъ разстройствъ чувствительности, тазовыхъ органовъ и психической дѣятельности; 4) не было предвѣстниковъ—рвоты и поноса и 5) безлихорадочное начало и теченіе. Авторъ думаетъ, что въ данномъ случаѣ произошло отравленіе съ кураре-подобнымъ птомаиномъ, заключавшемся въ одной изъ закусокъ.

Бывшій на засѣданіи покойный проф. *А. Я. Кожевниковъ* указалъ, что подобныя заболѣванія, зависящія отъ какого-либо птомаиннаго отравленія, встрѣчаются не рѣдко, но на нихъ не обращаютъ должнаго вниманія, и потому ихъ рѣдко описываютъ.

Насколько было возможно, я просмотрѣлъ всю доступную мнѣ литературу по этому вопросу и, кромѣ доклада д-ра *Преображенскаго*, другихъ работъ не нашелъ. Въ виду рѣдкости описанія случаевъ послѣдовательнаго пораженія нервной системы при отравленіи мяснымъ ядомъ, я считаю небезполезнымъ представить здѣсь исторіи болѣзни больныхъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ.

1. Р. И., 32 л., мѣщанинъ г. Пензы, служившій раньше оффиціантомъ въ гостинницѣ, поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Саратовской губернской земской больницы 23/п 1903 г. Сифилиса не имѣлъ; алкоголизмомъ не страдалъ; всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Заболѣлъ съ 1-го дня Рождества послѣ обѣда тошнотой, рвотой, головокруженіемъ и слабостью; рвотныя массы содержали остатки пищи, примѣси-же крови въ нихъ не было. На 2-ой и 3-ій дни праздника послѣ обѣда снова появились тошнота и рвота, а спустя нѣкоторое время—поносъ, при чемъ въ испражненіяхъ крови не было. На 4-ый и 5-ый дни тошнота и рвота прекратились, но слабить продолжало, хотя и не сильно. Съ самаго начала болѣзни позывъ на ѣду совершенно пропалъ, и пища стала противной и невкусной. На 6-ой день праздника послѣ обѣда опять появились тошнота и рвота, а также поносъ, продолжавшійся болѣе 2-хъ недѣль. На 10-ый день больной замѣтилъ отекъ вѣкъ и всего лица, а затѣмъ дня черезъ 3—4 опухли руки, ноги и мошонка. Съ этого времени появились судороги въ рукахъ и ногахъ: при всякомъ движеніи чувствовалось продолжительное сведеніе пальцевъ рукъ и ногъ, особенно ночью. Къ судорогамъ вскорѣ присоединилась сильная ломота въ икрахъ, колѣнныхъ суставахъ, стопахъ, а также въ локтевыхъ суставахъ и въ пальцахъ рукъ. Стрѣляющихъ болей не было. На 2-ой недѣлѣ заболѣванія больной сталъ кашлять, голосъ охрипъ, появились одышка и затрудненное глотаніе. Боль въ горлѣ и потеря голоса держались болѣе 2-хъ недѣль. Отеки продержались съ мѣсяцъ и исчезли, но вслѣдъ затѣмъ появился сильный зудъ во всемъ тѣлѣ и небольшіе нарывы на груди, животѣ и ягодицахъ; нарывы вскорѣ зажили, зудъ-же продолжался болѣе 2-хъ мѣсяцевъ. Вмѣстѣ съ ломотой больной сталъ чувствовать онѣмѣніе въ рукахъ и ногахъ; на послѣднихъ оно распространялось до туловища, на рукахъ-же ограничивалось только ладонями. Въ началѣ февраля появилась слабость сначала въ ногахъ, а затѣмъ и въ рукахъ; очень скоро послѣ того больной почти пересталъ ходить: ноги, особенно при ходьбѣ по лѣстницамъ, подкашивались; затѣмъ онъ сталъ передвигаться только около стѣны или съ помощью палки; ходилъ, какъ онъ выражался, «точно на ходуляхъ». Въ рукахъ слабость ограничивалась предплечьями. На лицѣ и туловищѣ параличей не было; языкъ двигался хорошо; моча отдѣлялась свободно. Зрѣніе и слухъ во все время болѣзни оставались нормальными. Потери сознанія какъ при началѣ болѣзни, такъ и въ дальнѣйшемъ ея теченіи не было; память сохранилась хорошо. Кожная чувствительность, насколько можно было выяснить изъ разспросовъ, не уклонялась отъ нормы; скорѣе можно предположить гиперэстезію ея. Со времени появленія параличей, поноса, тошноты и рвоты не было, больной сталъ хорошо ѣсть. Безсонницы и головной боли не было.

Пострадавшіе (кромѣ Р. И., заболѣли и другіе; о нихъ см. ниже) выяснили истинную причину болѣзни, къ несчастію, слишкомъ поздно — тогда, когда она уже успѣла проявить свое разрушительное дѣйствіе. Болѣзнь началась, какъ оказалось впослѣдствіи, послѣ употребленія въ пищу баранины, изъ которой въ первые дни праздника приготовлялись кушанья. Сначала Р. И. и другіе заболѣвшіе съ нимъ объясняли головокруженіе и тошноту угаромъ и только съ 4-го дня праздника стали догадываться, что всѣ припадки происходятъ отъ употребленія въ пищу баранины. Не придавая все-же серьезнаго значенія желудочно-кишечнымъ разстройствамъ и предполагая, что они происходятъ отъ перемѣны постной пищи на скоромную, мать больного на 6-ой день снова приготовила изъ той-же баранины кушанья, которыя опять вызвали тѣже самыя разстройства со стороны желудка и кишекъ. Только съ этого дня больной и мать его прекратили употребленіе баранины, постояльцы-же на Новый годъ накормили бараниной пришедшихъ къ нимъ гостей, у которыхъ черезъ 2 часа начались рвота, тошнота и головокруженіе.

Баранина была куплена на базарѣ, при чемъ, по словамъ матери больного, мясо на видъ было хорошаго качества и не гнилое. За все время были съѣдены задняя часть и туловище, а переднія ноги были уничтожены. Мышьяка въ домѣ никогда не держали; не было также ни малѣйшаго основанія допускать, чтобы кто-либо могъ подложить какой-либо ядъ въ кушанья. Кромѣ баранины, никакихъ другихъ закусокъ не употребляли. Способъ приготовленія мяса былъ обыкновенный, при чемъ и въ почкахъ оказался такой-же ядъ, какъ и въ другихъ частяхъ баранины: приготовленная изъ нихъ солянка вызвала припадки отравленія. Вмѣстѣ съ больными ѣли туже баранину и кошки, которыхъ ежедневно рвало и слабило; впослѣдствіи одна кошка не могла ходить вслѣдствіе паралича заднихъ конечностей.

28/III: Больной—умѣреннаго питанія и средняго сложенія. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны; желтухи нѣтъ. Пульсъ 76, полный; артеріи не оплотнены. Языкъ слегка обложенъ. Правый зрачекъ немного расширенъ. Движенія глазъ нормальны. Зрѣніе, слухъ и обоняніе безъ особыхъ измѣненій. Паралича лицевыхъ мышцъ, а также языка и глотки нѣтъ. Голосъ нормальный. Селезенка и печень не увеличены. Въ полости живота ничего особеннаго не прощупывается. Органы дыханія и кровообращенія нормальны. Моча отдѣляется хорошо, за сутки 1000—1500 к. стм., уд. в. ея 1010, реакція средняя, бѣлка, сахара и форменныхъ элементовъ не содержитъ; нѣтъ въ ней также мышьяка и свинца. Температура нормальная. Позывъ на ѣду хорошій; отправленія желудочно-кишечнаго канала правильныя. Головныхъ болей нѣтъ; сонъ удовлетворительный. Память не пострадала. Отековъ рукъ, ногъ и лица не обнаруживается. Атрофіи мышцъ ни на конечностяхъ, ни на туловищѣ нѣтъ. Кожа на ногахъ слегка шелушится; на мѣстѣ бывшихъ нарывовъ—поверхностные рубцы. Выпаденія волосъ на головѣ не замѣтно; точно также нѣтъ никакихъ измѣненій въ ногтяхъ. Кожа конечностей и туловища не зудитъ и не чешется. Усиленнаго отдѣленія пота не замѣчается. При изслѣдованіи нервной системы найдено: Кожная болевая чувствительность слегка понижена на рукахъ, начиная съ кистей и до локтевыхъ суставовъ, а въ остальныхъ частяхъ туловища и лица нормальна. Оба вида температурной чувствительности не уклоняются отъ нормы; точно также сохранены чувства осязанія и мѣста. Кожные рефлексы немного усилены на ногахъ; брюшной и яичковый рефлексы нормальны. Рѣзко выраженная дермографія. Рефлексовъ колѣнныхъ и съ Ахилловыхъ сухожилій нѣтъ; сухожильные рефлексы на рукахъ сохранены. Стоять съ закрытыми глазами не можетъ. При поколачиваніи мышцъ рукъ, а также мышцъ лопатки рѣзко выраженъ мышечный валикъ; на ногахъ онъ не получается. Мышечное чувство нормально. Мышечная сила значительно уменьшена въ рукахъ и ногахъ, при чемъ разницы между сгибателями и разгибателями не замѣчается; въ мышцахъ плеча и бедра мышечная сила нормальна. Гальваническая и фарадическая возбудимость мышцъ и нервовъ ослаблены болѣе въ ногахъ, чѣмъ въ рукахъ. Въ рукахъ и ногахъ часто бываютъ судороги, особенно сильныя по ночамъ. Кромѣ того, больной жалуется на онѣмѣніе и ползаніе мурашекъ въ конечностяхъ. При давленіи на нервные стволы и на мышцы чувствуетъ сильную боль. Ходитъ плохо, съ трудомъ приподнимаетъ подошвы; при ходьбѣ ощущаетъ, что ходитъ «какъ-бы на иглахъ или по колючей шерсти». Дыханіе ровное и неучащенное; дѣятельность грудобрюшной преграды нормальна. Половая способность сохранилась хорошо. Лѣченіе: электричество и іодистый калій.

22/III: Температура нормальная. Отправленія кишечника правильны. Моча отдѣляется хорошо, уд. в. 1010, слабо-кислой реакціи, бѣлка и сахара не содержитъ. Мышечная сила въ рукахъ и ногахъ начинаетъ прибавляться.

19/IV: Самочувствіе хорошее. Начинаетъ ходить безъ палки. Колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ. Можетъ стоять съ закрытыми глазами. Судорогъ нѣтъ. Позывъ на ѣду хорошій; сонъ покойный. Кожная, болевая и температурная чувствительность нормальны. Ежедневныя ванны въ 28°.

3/V: Общее состояніе удовлетворительно. Позывъ на ѣду хорошій; отправленія кишечника и мочевого пузыря нормальны. Ходитъ хорошо, свободно поднимается по лѣстницѣ. Колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ. Кожная, болевая и температурная чувствительность не уклоняются отъ нормы. Судорогъ нѣтъ. Сонъ спо-

чена была содержавшая язвы часть кишки на протяженіи 65 стм. Больной погибъ вечеромъ въ день операціи. Можно еще отмѣтить 2 случая, въ которыхъ изсѣчено было 20 и 12 стм. кишки вслѣдствіе инфильтратовъ, прощупывавшихся въ окружности прободенія. Оба эти больные погибли. Въ остальныхъ случаяхъ дѣлалось клиновидное изсѣченіе прободеннаго мѣста. Изъ выздоровѣвшихъ у 2-хъ сдѣлано было изсѣченіе, у 3-го, оперированнаго мною въ этомъ году, на мѣсто прободенія наложенъ былъ *Lembert*'овскій шовъ.

Какъ поступать съ брюшной полостью, на этотъ счетъ имѣется множество мнѣній; выше я уже отчасти коснулся ихъ. Считаю нужнымъ по этому поводу указать на особенность хирургическаго лѣченія острыхъ перитонитовъ у насъ въ больницѣ. Правда, особенность эта не составляетъ исключительнаго достоянія нашей больницы: она примѣняется многими хирургами; но у насъ она проводится съ крайней настойчивостью и убѣжденностью. Система хирургическаго лѣченія перитонитовъ, введенная въ мужской Обуховской больницѣ завѣдующимъ хирургическимъ отдѣленіемъ ея *А. А. Трояновымъ*, состоитъ въ томъ, что брюшная полость никогда не промывается; вмѣсто того, она дренируется при помощи отсасывающихъ тампоновъ, тщательно и обильно проводимыхъ по всѣмъ направленіямъ между петлями кишекъ и между ними и брюшной стѣнкой. Дренажная трубка, какъ мало дѣйствующая въ брюшной полости, почти не употребляется. Брюшная рана оставляется открытой и покрывается хорошо всасывающимъ матеріаломъ. Такого рода способъ и былъ примѣненъ во всѣхъ описываемыхъ мною случаяхъ.

Какъ было сказано выше, изъ 33 оперированныхъ у насъ по поводу брюшнотифознаго прободного перитонита выздоровѣли только 4. Нужнымъ считаю, кромѣ того, отмѣтить, что отъ перитонита, какъ такого, оправился еще 1 больной, который въ концѣ концевъ погибъ мѣсяцъ спустя послѣ операціи, но отъ другой причины. Исторія болѣзни этого больного такая.

21. 3/ш 1897 г. въ больницу поступилъ В. М., 47 л., цвѣточникъ. Дней за 6 до поступленія заболѣлъ ознобомъ и жаромъ, но продолжалъ работать. Наканунѣ поступленія почувствовалъ сильнѣйшія боли въ животѣ и сразу свалился. Вслѣдъ затѣмъ развились явленія перитонита, съ которыми онъ и поступилъ въ больницу. Операція на 3-й день, такъ какъ первые 2 дня больной отъ нея отказывался. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости найденъ слизисто-гнойный вонючій выпотъ. На петлѣ тонкой кишки—прободеніе, окруженное продолговатымъ инфильтратомъ; на протяженіи кишки было еще нѣсколько инфильтратовъ. Отверстіе при манипуляціяхъ надъ кишками увеличилось до 2 стм. въ діаметрѣ. Мѣсто прободенія было вшито въ рану (образованъ такимъ образомъ каловый свищъ); въ приводящій конецъ введенъ дренажъ. Тампонада брюшной полости. На 2-ой день явленія раздраженія брюшины исчезли. Чрезъ трубку выдѣлялось много кала. 16/ш отмѣчено: Чрезъ задній проходъ ничего не выдѣляется; весь калъ выходитъ черезъ вновь образованное каловое отверстіе; изъ послѣдняго удалена дренажная трубка. 20/ш: Отводящій конецъ совсѣмъ съузился, приводящій широкъ; чрезъ него выдѣляется много кала. Больной вскорѣ-же сталъ страдать недостаткомъ позыва на ѣду. Появились кашель, жесткое дыханіе; въ легкихъ было много хриповъ. Больной сталъ истощаться, слабѣть. Въ виду этого рѣшено было закрыть каловый свищъ. Образовано соустіе между тонкой и восходящей ободочной кишками, при чемъ обѣ приходилось освобождать изъ массы сращеній. Въ тотъ-же день больной погибъ.

Я полагаю, что смерть здѣсь послѣдовала отъ истощенія вслѣдствіе недостаточнаго усвоенія пищи. Свищъ, исходящій изъ нижней части подвздошной кишки, не особенно сильно вредитъ здоровымъ въ остальномъ людямъ (*Mikulicz*); но этотъ больной, перенесшій тяжелую заразную болѣзнь, страдалъ, кромѣ того, какъ обнаружилось на вскрытіи, бугорчаткой легкихъ, и для него разстройство питанія, происходящее вслѣдствіе кишечнаго свища, должно было сказываться в. гибельно.

12 оперированныхъ погибли въ теченіи первыхъ-же сутокъ. Умершіе въ первые дни послѣ операціи также носили въ себѣ явные слѣды постепеннаго угасанія, и только въ в. немногихъ случаяхъ (2—3-хъ) на первыхъ порахъ замѣчалось болѣе или менѣе ясно выраженное кратковременное улучшеніе, смѣнявшееся затѣмъ ухудшеніемъ, которое и вело обыкновенно къ смерти. Такимъ образомъ во всѣхъ этихъ случаяхъ отравленіе организма или въ нѣкоторыхъ изъ нихъ шокъ отъ раздраженія брюшины наступали такъ быстро, что примѣненными мѣрами нельзя уже было сохранить жизнь. Операція, независимо отъ техники ея производства, должна была оказаться безполезной, что въ $^1/_2$ этихъ случаевъ до извѣстной степени можно было предполагать и заранѣе: предъ операціей почти у всѣхъ такихъ больныхъ отмѣчено оч. плохое состояніе, слабый пульсъ, упадокъ силъ и пр.

(Окончаніе слѣдуетъ).

CXLI. Изъ Саратовской губернской земской больницы.

Птомаинные параличи *).

Н. Е. Кушева **).

Въ то время, какъ параличи при отравленіи мышьякомъ и свинцомъ описаны давно и хорошо изучены, послѣдовательныя страданія нервной системы при отравленіи ядами животнаго происхожденія, т. наз. птомаинами, мало еще извѣстны, и въ литературѣ попадаются лишь единичныя наблюденія ихъ. Отравленіе птомаинами въ большинствѣ случаевъ выражается въ видѣ острыхъ припадковъ, кончающихся смертью при картинѣ тяжелаго пораженія нервной системы. Изъ извѣстныхъ до сихъ поръ птомаинныхъ ядовъ болѣе всего изученъ ядъ рыбный. Припадки отравленія рыбнымъ ядомъ начинаются обыкновенно черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды. Больные жалуются на головокруженіе, боль подъ ложечкой, сухость въ горлѣ, потерю голоса, затрудненное глотаніе и поносъ. Затѣмъ присоединяются двоеніе предметовъ, опущеніе верхнихъ вѣкъ, расширеніе зрачковъ и параличъ приспособленія. Сознаніе сохраняется до конца жизни, и смерть наступаетъ отъ паралича дыханія. Весь періодъ болѣзни имѣетъ обыкновенно острый характеръ. Въ благопріятныхъ случаяхъ выздоровленіе наступаетъ въ нѣсколько дней [1]). *В. К. Анрепъ* при рыбномъ отравленіи выдѣлилъ 2 птомаина—одинъ въ видѣ аморфнаго, сильно ядовитаго основанія, а другой—сиропообразный алкалоидъ, менѣе ядовитый [2]).

Отравленіе мяснымъ ядомъ обыкновенно встрѣчается въ видѣ отравленія остраго, поражающаго цѣлую группу людей, при чемъ припадки отравленія развиваются въ теченіи первыхъ дней послѣ употребленія въ пищу испорченнаго мяса. Изъ главныхъ припадковъ слѣдуетъ отмѣтить тошноту, рвоту и поносъ, т. е. явленія остраго желудочно-кишечнаго катарра. Въ числѣ сопутствующихъ явленій необходимо указать на головокруженіе, сильную жажду, сухость во рту, охриплость голоса, затрудненное глотаніе, параличъ приспособленія и опущеніе вѣкъ, а также въ дальнѣйшемъ—на сыпь, зудъ и шелушеніе кожи. Въ литературѣ приводятся случаи, гдѣ послѣ такого отравленія развивалось тифозное состояніе, продолжавшееся 2—3 недѣли и сопровождавшееся лихорадкой и поносомъ. Изъ послѣдовательныхъ осложненій отмѣчены альбуминурія и настоящій нефритъ. На вскрытіи находили воспаленіе кишекъ съ язвами и кровоподтеками.

Отравленіе въ большинствѣ случаевъ происходитъ отъ употребленія въ пищу мяса здоровыхъ животныхъ, начинающаго подвергаться гніенію, при чемъ наружныхъ признаковъ порчи мяса не замѣчается [1]). Отравленіе вызывается мясомъ различныхъ животныхъ и птицъ, а также консервами. Обыкновенно въ благопріятныхъ случаяхъ припадки отравленія проходятъ очень скоро и не оставляютъ послѣ себя никакихъ болѣзненныхъ измѣненій.

Что касается послѣдовательныхъ осложненій со стороны нервной системы, то въ этомъ отношеніи имѣются лишь отрывочныя указанія въ руководствахъ по нервнымъ болѣзнямъ и только въ 1899 г. на засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ *П. А. Преображенскій* [2]) сообщилъ о 2-хъ случаяхъ послѣдовательныхъ параличей послѣ отравленія птомаинами.

*) Сообщено въ Саратовскомъ физико-медицинскомъ Обществѣ.

**) Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

Въ 1-мъ случаѣ больной, наборщикъ, 15 л., поступилъ въ Старо-Екатерининскую больницу 9/II 1899 съ жалобами на слабость въ конечностяхъ, плохое зрѣніе и разстройство рѣчи. 3/II онъ былъ въ гостяхъ, ѣлъ икру, кильки, селедки, семгу и колбасу; на 2-ой день утромъ замѣтилъ, что стало трудно глотать и говорить; на 3-ій день голосъ сталъ гнусливый, жидкая пища попадала въ носъ. Вскорѣ присоединилась слабость всѣхъ конечностей. При изслѣдованіи въ больницѣ найдено: Головокруженіе. Двоеніе въ глазахъ; опущеніе верхнихъ вѣкъ; упадокъ зрѣнія вблизи; движенія глазъ нѣсколько ограничены. Лицо маскообразное. Парезъ мягкаго нёба; ограниченныя движенія языка; гнусливая рѣчь и затрудненное глотаніе. Шейныя мышцы слабыя: голову держать прямо не можетъ. Когда сидитъ, туловище тоже отклоняется въ сторону. Парезъ рукъ и ногъ. Всѣ виды чувствительности, фарадическая возбудимость и колѣнные рефлексы нормальны, кожные—немного ослаблены. Температура нормальная. Въ больницѣ сначала всѣ явленія ухудшались, а затѣмъ началось постепенное улучшеніе.

2-ой случай относится къ матери больного, которая была вмѣстѣ съ нимъ въ гостяхъ и ѣла тоже самое. Картина болѣзни — таже, что и у сына.—Такія-же явленія отравленія наблюдались и у квартирной хозяйки больныхъ, бывшей вмѣстѣ съ ними въ гостяхъ и употреблявшей закуски.

Особенности этихъ случаевъ, по мнѣнію докладчика, заключаются въ слѣдующемъ: 1) поражены были почти всѣ произвольныя мышцы; 2) страданіе сильнѣе было выражено въ мышцахъ верхней $^1/_2$ туловища; 3) не было никакихъ разстройствъ чувствительности, тазовыхъ органовъ и психической дѣятельности; 4) не было предвѣстниковъ—рвоты и поноса и 5) безлихорадочное начало и теченіе. Авторъ думаетъ, что въ данномъ случаѣ произошло отравленіе съ кураре-подобнымъ птомаиномъ, заключавшемся въ одной изъ закусокъ.

Бывшій на засѣданіи покойный проф. *А. Я. Кожевниковъ* указалъ, что подобныя заболѣванія, зависящія отъ какого-либо птомаиннаго отравленія, встрѣчаются не рѣдко, но на нихъ не обращаютъ должнаго вниманія, и потому ихъ рѣдко описываютъ.

Насколько было возможно, я просмотрѣлъ всю доступную мнѣ литературу по этому вопросу и, кромѣ доклада д-ра *Преображенскаго*, другихъ работъ не нашелъ. Въ виду рѣдкости описанія случаевъ послѣдовательнаго пораженія нервной системы при отравленіи мяснымъ ядомъ, я считаю небезполезнымъ представить здѣсь исторіи болѣзни больныхъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ.

1. Р. И., 32 л., мѣщанинъ г. Пензы, служившій раньше оффиціантомъ въ гостинницѣ, поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Саратовской губернской земской больницы 23/II 1903 г. Сифилиса не имѣлъ; алкоголизмомъ не страдалъ; всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Заболѣлъ съ 1-го дня Рождества послѣ обѣда тошнотой, рвотой, головокруженіемъ и слабостью; рвотныя массы содержали остатки пищи, примѣси-же крови въ нихъ не было. На 2-ой и 3-ій дни праздника послѣ обѣда снова появились тошнота и рвота, а спустя нѣкоторое время—поносъ, при чемъ въ испражненіяхъ крови не было. На 4-ый и 5-ый дни тошнота и рвота прекратились, но слабить продолжало, хотя и не сильно. Съ самаго начала болѣзни позывъ на ѣду совершенно пропалъ, и пища стала противной и невкусной. На 6-ой день праздника послѣ обѣда опять появились тошнота и рвота, а также поносъ, продолжавшійся болѣе 2-хъ недѣль. На 10-ый день больной замѣтилъ отекъ вѣкъ и всего лица, а затѣмъ дня черезъ 3—4 опухли руки, ноги и мошонка. Съ этого времени появились судороги въ рукахъ и ногахъ: при всякомъ движеніи чувствовалось продолжительное сведеніе пальцевъ рукъ и ногъ, особенно ночью. Къ судорогамъ вскорѣ присоединилась сильная ломота въ икрахъ, колѣнныхъ суставахъ, стопахъ, а также въ локтевыхъ суставахъ и въ пальцахъ рукъ. Стрѣляющихъ болей не было. На 2-ой недѣлѣ заболѣванія больной сталъ кашлять, голосъ охрипъ, появились одышка и затрудненное глотаніе. Боль въ горлѣ и потеря голоса держались болѣе 2-хъ недѣль. Отеки продержались съ мѣсяцъ и исчезли, но вслѣдъ затѣмъ появился сильный зудъ во всемъ тѣлѣ и небольшіе нарывы на груди, животѣ и ягодицахъ; нарывы вскорѣ зажили, зудъ-же продолжался болѣе 2-хъ мѣсяцевъ. Вмѣстѣ съ ломотой больной сталъ чувствовать онѣмѣніе въ рукахъ и ногахъ; на послѣднихъ оно распространялось до туловища, на рукахъ-же ограничивалось только ладонями. Въ началѣ февраля появилась слабость сначала въ ногахъ, а затѣмъ и въ рукахъ; очень скоро послѣ того больной почти пересталъ ходить: ноги, особенно при ходьбѣ по лѣстницамъ, подкашивались; затѣмъ онъ сталъ передвигаться только около стѣны или съ помощью палки; ходилъ, какъ онъ выражался, «точно на ходуляхъ». Въ рукахъ слабость ограничивалась предплечьями. На лицѣ и туловищѣ параличей не было; языкъ двигался хорошо; моча отдѣлялась свободно. Зрѣніе и слухъ во все время болѣзни оставались нормальными. Потери сознанія какъ при началѣ болѣзни, такъ и въ дальнѣйшемъ ея теченіи не было; память сохранилась хорошо. Кожная чувствительность, насколько можно было выяснить изъ разспросовъ, не уклонялась отъ нормы; скорѣе можно предположить гиперэстезію ея. Со времени появленія параличей, поноса, тошноты и рвоты не было, больной сталъ хорошо ѣсть. Безсонницы и головной боли не было.

Пострадавшіе (кромѣ Р. И., заболѣли и другіе; о нихъ см. ниже) выяснили истинную причину болѣзни, къ несчастію, слишкомъ поздно — тогда, когда она уже успѣла проявить свое разрушительное дѣйствіе. Болѣзнь началась, какъ оказалось впослѣдствіи, послѣ употребленія въ пищу баранины, изъ которой въ первые дни праздника приготовлялись кушанья. Сначала Р. И. и другіе заболѣвшіе съ нимъ объясняли головокруженіе и тошноту угаромъ и только съ 4-го дня праздника стали догадываться, что всѣ припадки происходятъ отъ употребленія въ пищу баранины. Не придавая все-же серьезнаго значенія желудочно-кишечнымъ разстройствамъ и предполагая, что они происходятъ отъ перемѣны постной пищи на скоромную, мать больного на 6-ой день снова приготовила изъ той-же баранины кушанья, которыя опять вызвали тѣже самыя разстройства со стороны желудка и кишекъ. Только съ этого дня больной и мать его прекратили употребленіе баранины, постояльцы-же на Новый годъ накормили бараниной пришедшихъ къ нимъ гостей, у которыхъ черезъ 2 часа начались рвота, тошнота и головокруженіе.

Баранина была куплена на базарѣ, при чемъ, по словамъ матери больного, мясо на видъ было хорошаго качества и не гнилое. За все время были съѣдены задняя часть и туловище, а переднія ноги были уничтожены. Мышьяка въ домѣ никогда не держали; не было также ни малѣйшаго основанія допускать, чтобы кто-либо могъ подложить какой-либо ядъ въ кушанья. Кромѣ баранины, никакихъ другихъ закусокъ не употребляли. Способъ приготовленія мяса былъ обыкновенный, при чемъ и въ почкахъ оказался такой-же ядъ, какъ и въ другихъ частяхъ баранины: приготовленная изъ нихъ солянка вызвала припадки отравленія. Вмѣстѣ съ больными ѣли туже баранину и кошки, которыхъ ежедневно рвало и слабило; впослѣдствіи одна кошка не могла ходить вслѣдствіе паралича заднихъ конечностей.

28/III: Больной—умѣреннаго питанія и средняго сложенія. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны; желтухи нѣтъ. Пульсъ 76, полный; артеріи не оплотнены. Языкъ слегка обложенъ. Правый зрачекъ немного расширенъ. Движенія глазъ нормальны. Зрѣніе, слухъ и обоняніе безъ особыхъ измѣненій. Паралича лицевыхъ мышцъ, а также языка и глотки нѣтъ. Голосъ нормальный. Селезенка и печень не увеличены. Въ полости живота ничего особеннаго не прощупывается. Органы дыханія и кровообращенія нормальны. Моча отдѣляется хорошо, за сутки 1000—1500 к. стм., уд. в. ея 1010, реакція средняя, бѣлка, сахара и форменныхъ элементовъ не содержитъ; нѣтъ въ ней также мышьяка и свинца. Температура нормальная. Позывъ на ѣду хорошій; отправленія желудочно-кишечнаго канала правильныя. Головныхъ болей нѣтъ; сонъ удовлетворительный. Память не пострадала. Отековъ рукъ, ногъ и лица не обнаруживается. Атрофіи мышцъ ни на конечностяхъ, ни на туловищѣ нѣтъ. Кожа на ногахъ слегка шелушится; на мѣстѣ бывшихъ нарывовъ—поверхностные рубцы. Выпаденія волосъ на головѣ не замѣтно; точно также нѣтъ никакихъ измѣненій въ ногтяхъ. Кожа конечностей и туловища не зудитъ и не чешется. Усиленнаго отдѣленія пота не замѣчается. При изслѣдованіи нервной системы найдено: Кожная болевая чувствительность слегка понижена на рукахъ, начиная съ кистей и до локтевыхъ суставовъ, а въ остальныхъ частяхъ туловища и лица нормальна. Оба вида температурной чувствительности не уклоняются отъ нормы; точно также сохранены чувства осязанія и мѣста. Кожные рефлексы немного усилены на ногахъ; брюшной и яичковый рефлексы нормальны. Рѣзко выраженная дермографія. Рефлексовъ колѣнныхъ и съ Ахилловыхъ сухожилій нѣтъ; сухожильные рефлексы на рукахъ сохранены. Стоять съ закрытыми глазами не можетъ. При поколачиваніи мышцъ рукъ, а также мышцъ лопатки рѣзко выраженъ мышечный валикъ; на ногахъ онъ не получается. Мышечное чувство нормально. Мышечная сила значительно уменьшена въ рукахъ и ногахъ, при чемъ разницы между сгибателями и разгибателями не замѣчается; въ мышцахъ плеча и бедра мышечная сила нормальна. Гальваническая и фарадическая возбудимость мышцъ и нервовъ ослаблены болѣе въ ногахъ, чѣмъ въ рукахъ. Въ рукахъ и ногахъ часто бываютъ судороги, особенно сильныя по ночамъ. Кромѣ того, больной жалуется на онѣмѣніе и ползаніе мурашекъ въ конечностяхъ. При давленіи на нервные стволы и на мышцы чувствуетъ сильную боль. Ходитъ плохо, съ трудомъ приподнимаетъ подошвы; при ходьбѣ ощущаетъ, что ходитъ «какъ-бы на иглахъ или по колючей шерсти». Дыханіе ровное и неучащенное; дѣятельность грудобрюшной преграды нормальна. Половая способность сохранилась хорошо. Лѣченіе: электричество и іодистый калій.

22/III: Температура нормальная. Отправленія кишечника правильны. Моча отдѣляется хорошо, уд. в. 1010, слабо-кислой реакціи, бѣлка и сахара не содержитъ. Мышечная сила въ рукахъ и ногахъ начинаетъ прибавляться.

19/IV: Самочувствіе хорошее. Начинаетъ ходить безъ палки. Колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ. Можетъ стоять съ закрытыми глазами. Судорогъ нѣтъ. Позывъ на ѣду хорошій; сонъ покойный. Кожная, болевая и температурная чувствительность нормальны. Ежедневныя ванны въ 28°.

3/V: Общее состояніе удовлетворительно. Позывъ на ѣду хорошій; отправленія кишечника и мочевого пузыря нормальны. Ходитъ хорошо, свободно поднимается по лѣстницѣ. Колѣнныхъ рефлексовъ нѣтъ. Кожная, болевая и температурная чувствительность не уклоняются отъ нормы. Судорогъ нѣтъ. Сонъ спо-

койный. Мышечная сила въ рукахъ и ногахъ значительно прибавилась.

2. Р. Н., мать больного, 48 л., заболѣла въ 1-ый день Рождества вмѣстѣ съ сыномъ. Вскорѣ послѣ обѣда, приготовленнаго изъ той-же баранины, появились боль подъ ложечкой, тошнота и рвота, а также сильная слабость и головокруженіе. Спустя нѣсколько часовъ къ этому присоединился поносъ. До этого была здорова; въ прошломъ году хворалъ лихорадкой, но послѣ употребленія хинина выздоровѣла. На 2-ой и 3-ій дни, тоже послѣ обѣда, снова повторились припадки тошноты и рвоты. Затѣмъ на 6-ой день, послѣ съѣденной солянки, опять появились тошнота, рвота и поносъ. Послѣ этого больная уже не ѣла баранины, и припадковъ рвоты и тошноты не было. Черезъ нѣсколько дней опухли лице и ноги, а также появилась сыпь на тѣлѣ въ видѣ пузырьковъ и зудъ. Опухоль и сыпь держались нѣсколько недѣль; затѣмъ развилась слабость въ рукахъ и ногахъ, а временами бывали судороги и стрѣляющія боли. Вскорѣ больной стало не подъ силу исполнять ея домашнія работы, и она съ трудомъ даже двигалась по комнатѣ. Рвоты и поноса въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни не было, скорѣе были запоры; моча все время выдѣлялась правильно. Глотать было трудно только въ началѣ болѣзни, затѣмъ это исчезло; точно также и потеря голоса продолжалась недолго. Зрѣніе и слухъ не пострадали.

15/IV: Средняго роста, умѣреннаго сложенія; значительное исхуданіе. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны; желтушной окраски не замѣчается. Языкъ слегка обложенъ. Пульсъ 72, полный; артеріи не оплотнены. Зрачки одинаковой величины и хорошо отвѣчаютъ на свѣтъ; косоглазія нѣтъ. Вѣки закрываются хорошо. Параличей лицевыхъ мышцъ, а также языка и глотки нѣтъ. Голосъ нормальный. Органы дыханія и кровообращенія безъ измѣненій. Селезенка и печень не увеличены. Въ полости живота скопленія жидкости нѣтъ. На ногахъ небольшой отекъ. Мышцы конечностей не атрофированы. Кожная чувствительность всѣхъ видовъ не уклоняется отъ нормы; кожные рефлексы слегка усилены; рефлексовъ колѣнныхъ, а также съ Ахилловыхъ сухожилій нѣтъ. Мышечная сила въ рукахъ и ногахъ значительно уменьшена, при чемъ разницы между сгибателями и разгибателями не замѣчается. Мышечное чувство сохранено. При сдавленіи мышцъ и нервовъ чувствуетъ значительную боль. Гальваническая и фарадическая возбудимость мышцъ и нервовъ понижены, особенно въ ногахъ. Въ мышцахъ рукъ и ногъ частыя судороги. Ходитъ очень плохо, кое-какъ пробирается по стѣнѣ, скоро утомляется, при ходьбѣ не приподнимаетъ стопъ, ходитъ, какъ выражаются «какъ-бы по иглам и гвоздямъ». При сдвинутыхъ ногахъ и съ закрытыми глазами падаетъ. Кромѣ судорогъ, часто бываютъ стрѣляющія боли въ конечностяхъ. Температура нормальная. Ѣстъ хорошо. Запоры. Мочеиспусканіе правильно; моча уд. в. 1008, реакціи слабо-кислой; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ, есть слѣды индикана. Въ послѣднее время—безсонница.—Лѣченіе: электричество и бромистый калій, по 0,6, на ночь.

8/V: Безсонница исчезла. Позывъ на ѣду удовлетворительный. Отправленія кишечника и мочевого пузыря правильны. Судорогъ нѣтъ. Колѣнныхъ рефлексовъ тоже нѣтъ. Мышечная сила значительно увеличилась. Ходитъ безъ сторонней помощи и дов. свободно. Кожная чувствительность не уклоняется отъ нормы.

Острые припадки отравленія наблюдались также и у 4-хъ постояльцевъ этихъ больныхъ, которые вскорѣ уѣхали изъ города. Одинъ изъ нихъ недавно вернулся въ Саратовъ и передалъ мнѣ, что по пріѣздѣ на родину они всѣ чувствовали незначительную слабость въ рукахъ и ногахъ, а у одного больного, старика, отнялись ноги и руки, и онъ и теперь еще не оправился отъ болѣзни. 2 кошки, которымъ давали мясо баранины, сначала страдали рвотой и поносомъ, а затѣмъ у одной отнялись заднія ноги, и она не могла ходить *).

Приведенныя исторіи болѣзни ясно показываютъ, что описанная картина страданія нервной системы развилась на почвѣ отравленія бараниной. Что здѣсь, дѣйствительно, въ началѣ было отравленіе, сомнѣній быть не можетъ, ибо больные экспериментально доказали какъ на себѣ, такъ и на животныхъ присутствіе яда въ купленномъ мясѣ. Въ виду того, что остальная часть баранины была уничтожена больными и что во время острыхъ припадковъ отравленія не было произведено химическаго изслѣдованія рвотныхъ массъ и мочи, возникаетъ вопросъ, какова природа яда, находившагося въ бараньемъ мясѣ? Изъ показаній потерпѣвшихъ можно установить съ несомнѣнностью, что въ данномъ случаѣ не могло быть и рѣчи о какой-либо умышленной примѣси со стороны постороннихъ лицъ; точно также нельзя подозрѣвать въ такомъ умыслѣ и продавцевъ, такъ какъ дѣло происходило зимою, когда мясо не подвергается гніенію. Какъ объяснить, далѣе, равномѣрное распредѣленіе яда не только въ наружныхъ частяхъ, но и во внутренностяхъ, въ почкахъ, изъ которыхъ была приготовлена солянка, оказавшаяся ядовитой? Для этого имѣется одинъ только способъ—введеніе яда въ кровеносную систему, что, само собою разумѣется, не доступно продавцамъ. Первоначальная картина бурныхъ припадковъ въ видѣ рвоты, поноса и головокруженія, повторявшихся съ поразительной правильностью всякій разъ послѣ употребленія въ пищу баранины, указываютъ на отравленіе какимъ-нибудь сильно дѣйствующимъ ядомъ. Имѣя въ виду припадки отравленія въ началѣ болѣзни и послѣдующія осложненія, я исключаю у своихъ больныхъ отравленіе мышьякомъ или свинцомъ и вотъ на какихъ основаніяхъ. Для того, чтобы вызвать эти припадки, необходима такая насыщенность яда, которая при повторномъ введеніи его въ человѣческій организмъ, безъ всякаго сомнѣнія, вызвала-бы или смертельный исходъ, или, въ крайнемъ случаѣ, серьезныя пораженія желудочно-кишечнаго прибора. У вышеописанныхъ больныхъ такихъ измѣненій, судя по анамнезу и дальнѣйшему теченію болѣзни, не было. Затѣмъ, если принять во вниманіе послѣдующіе параличи и сравнить ихъ съ хорошо извѣстными мышьяковыми или свинцовыми параличами, найдемъ громадную разницу, а именно—у моихъ больныхъ не было преобладающаго пораженія разгибателей, характерныхъ для параличей отъ вышеназванныхъ веществъ. При внимательномъ изслѣдованіи и путемъ обстоятельныхъ разспросовъ я убѣдился, что у нихъ съ самаго начала болѣзни и до настоящаго времени сгибатели и разгибатели конечностей поражены были одинаково.

Остается выяснить еще вопросъ о природѣ яда. Изслѣдованій въ этомъ отношеніи до сихъ поръ нѣтъ. По аналогіи съ рыбнымъ ядомъ, въ которомъ *В. К. Анрепъ* нашелъ 2 вида птомаиновъ, слѣдуетъ и въ мясномъ ядѣ предположить существованіе птомаиновъ, развивающихся въ мясѣ отъ неизвѣстныхъ еще причинъ.

Что касается, наконецъ, характера нервнаго разстройства у моихъ больныхъ, то на основаніи отсутствія пораженія мочевого пузыря и прямой кишки, я исключилъ страданіе спинного мозга и призналъ въ этомъ случаѣ множественный нейритъ. Почему вообще рѣдко встрѣчаются послѣдовательные параличи послѣ отравленія птомаиномъ—отвѣтить на этотъ вопросъ въ настоящее время очень трудно въ виду малочисленности имѣющихся въ литературѣ наблюденій. Сомнѣвающимся вообще въ существованіи послѣдовательныхъ птомаинныхъ параличей я могъ-бы указать на давно извѣстные алкогольные параличи: эти послѣдніе тоже приходится наблюдать очень рѣдко, не смотря на всеобщее злоупотребленіе алкоголемъ. По всей вѣроятности, для появленія птомаинныхъ параличей требуется повторное введеніе яда, какъ это и было въ приведенныхъ мною случаяхъ.

Источники: 1) «Реальная энциклопедія медицинскихъ наукъ» проф. *Eulenburg*'а, русск. пер., т. 21.—2) *В. К. Анрепъ.* Отравленіе рыбой и рыбный ядъ, «Врачъ», 1885 г.—3) *П. А. Преображенскій.* Къ казуистикѣ птомаинныхъ параличей, «Медицинское Обозрѣніе», 1900 г.

*) Въ такомъ видѣ кошка была показана на засѣданіи во время чтенія доклада.

CXLII. Изъ Сокольнической городской больницы въ Москвѣ.

О возбудителяхъ оспы, варіолоида, вакцины, вѣтряной оспы, скарлатины, кори и сыпного тифа.

Проз. П. М. Невядомскаго.

(Предварительное сообщеніе).

Микроскопическія и бактеріологическія изслѣдованія, направленныя къ отысканію возбудителя оспы, привели меня къ открытію микроорганизма растительнаго, а не животнаго происхожденія, который обладаетъ весьма сложными и своеобразными морфологическими и біологическими свойствами.

Специфичность полученнаго въ чистой разводкѣ микроорганизма установлена прививками на телятахъ, произведенными въ телятникѣ Московскаго Воспитательнаго Дома; зараженіе 9-ой генераціей чистой разводки вызвало у теленка образованіе характерной пустулы, послѣдовательное зараженіе содержимымъ которой давало также пустулы.

При варіолоидѣ и вакцинѣ найдены и получены въ чистой разводкѣ тѣ-же микроорганизмы.

Найденный и полученный въ чистыхъ разводкахъ возбудитель оспы рѣшаетъ, такимъ образомъ, вопросъ о взаимномъ отношеніи между оспой, вакциной и варіолоидомъ, выясняетъ роль гноеродныхъ микроорганизмовъ при оспѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ выдвигаетъ новыя точки зрѣнія на патогенезъ и отдѣльные признаки болѣзни.

Устанавливая связь между оспой и вѣтряной оспой удалось найти и получить въ чистыхъ разводкахъ возбудителя послѣдней, который исключаетъ этіологическое тождество данныхъ заболѣваній.

Вмѣстѣ съ тѣмъ мною найдены и получены въ чистыхъ разводкахъ возбудители кори, скарлатины и сыпного тифа, которые имѣютъ между собой значительное морфологическое сходство, но біологически и экспериментально обнаруживаютъ отличительныя свойства. Найденныя микроорганизмы ничего не имѣютъ общаго съ тѣми, которые описывались различными авторами, какъ специфическіе возбудители данныхъ заболѣваній.

Въ настоящее время производится иммунизація животныхъ всѣми найденными микроорганизмами, результаты которой, равно какъ подробное изложеніе морфологіи, біологіи, полученія чистыхъ разводокъ и опытовъ на животныхъ будетъ представлено въ самомъ непродолжительномъ времени.

CXLIII. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева.

Къ вопросу о прободеніи стѣнки матки при зондированіи и выскабливаніи ея полости.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

Въ то время, какъ при родахъ стѣнка матки можетъ разорваться самостоятельно, безъ всякаго посторонняго вліянія, внѣ родовъ разрывъ ея можетъ быть произведенъ только помощью инструментовъ (зонда, ложки) или какихъ-либо другихъ предметовъ, вводимыхъ въ полость матки съ различными цѣлями.

Чаще всего такіе прободенія стѣнки матки наблюдаются при выскабливаніи полости ея ложкой или при зондированіи. Въ литературѣ приводятся описанія цѣлаго ряда такихъ случаевъ; слѣдуетъ однако предположить, что много ихъ остается неописанными. Весьма предрасполагающимъ условіемъ для прободенія стѣнки матки при выскабливаніи ея служитъ т. наз. послѣродовое состояніе, будетъ-ли оно протекать собственно послѣ родовъ или послѣ выкидыша. Большее число случаевъ приходится на долю эндометритовъ послѣ выкидыша и родовъ и меньшее—на долю не послѣродовыхъ эндометритовъ и др. заболѣваній стѣнки матки, какъ-то: новообразованій—фиброміомъ, саркомъ и раковъ и различныхъ искривленій органа—впередъ, назадъ и иныхъ отклоненій его отъ нормальнаго положенія.

Къ группѣ первыхъ случаевъ относятся:

Случай бывшаго проф. *А. Н. Соловьева* [1]). Больная, 24 л., рожала 2 раза; послѣдній разъ—7 недѣль до прихода къ автору. Явилась она съ жалобами на непрекращавшіяся кровотеченія, по поводу чего ей было сдѣлано сначала расширеніе шейки матки, а затѣмъ осторожное выскабливаніе ложкой *Récamier*. Послѣ нѣсколькихъ движеній ложка вдругъ, безъ всякаго насилія и безъ болѣзненнаго ощущенія для больной, прорвала стѣнку матки въ области прикрѣпленія дѣтскаго мѣста и стала ощущаться подъ брюшной стѣнкой. Больная поправилась. Кровотеченія, наблюдавшіяся раньше, прекратились.

Случай *Odebrecht*'а [2]). Больная, 29 л., рожала 5 разъ и имѣла 3 выкидыша. Явилась она къ автору съ сильнымъ кровотеченіемъ послѣ выкидыша. Авторъ у себя-же на амбуляторномъ пріемѣ сдѣлалъ ей выскабливаніе. Въ виду перегиба матки назадъ онъ исправилъ ея положеніе и вставилъ кольцо *Godge*'а. Черезъ 3 недѣли послѣ этого больная снова явилась къ нему съ тѣми-же жалобами, что и раньше, а именно—на кровянистыя отдѣленія, переходившія въ кровотеченія, и боли. Авторъ рѣшилъ сдѣлать больной т. наз. ventrofixati'ю матки. Для исправленія положенія органа онъ ввелъ въ полость матки крючковатый зондъ *Orthmann*'а и при чревосѣченіи нашелъ разрывъ стѣнки матки у дна. На разрывъ наложенъ былъ кэтгутовый шовъ; матка пришита къ передней брюшной стѣнкѣ. Гладкое выздоровленіе.

Случай *Beuttner*'а [3]). Больная 24 л. Выскабливаніе по поводу остатковъ яйца послѣ выкидыша. Полость матки при измѣреніи зондомъ—7 стм., при расширеніи-же расширителями *Schultze*, послѣдніе проходили на 13—14 стм., при повторномъ изслѣдованіи зондомъ получилось опять 7 стм. Произведено осторожное выскабливаніе; сильное кровотеченіе. Матка все время имѣла наклонность разслабляться. Полость ея промыта растворомъ сулемы 1:1000. Легкая тампонада іодоформной марлей канала шейки. Гладкое выздоровленіе.—Случай этотъ самъ авторъ не считаетъ случаемъ прободенія стѣнки матки, а лишь особаго состоянія ея вслѣдствіе способности органа сильно разслабляться. Но авторы, писавшіе послѣ *Beuttner*'а, думаютъ, что онъ имѣлъ дѣло въ этомъ случаѣ и случаѣ, описанномъ ниже, съ прободеніемъ маточной стѣнки.

Случай *Francis Hagnes* [4]). Больная, 34 л., многородящая, явилась къ автору черезъ 2 мѣс. послѣ послѣднихъ родовъ по поводу кровотеченія. Онъ сдѣлалъ ей выскабливаніе. Полость матки была 7 стм. длиной. Выскабливаніе производилось острой ложкой. Во время операціи помощникъ, низводившій матку книзу, вдругъ замѣтилъ, что ложка проскользнула черезъ стѣнку матки и стала прощупываться подъ брюшной стѣнкой. Промываніе полости матки растворомъ сулемы вызвало боль. Коллапсъ. Послѣдовательное воспаленіе брюшины; явленія отравленія сулемой. Медленное выздоровленіе.

Случаи *Manuclair*'а [5]). 1. Выскабливаніе при 3-недѣльномъ выкидышѣ по поводу остатковъ яйца. Прободеніе стѣнки матки ложкой. Коллапсъ. Воспаленіе брюшины. Чревосѣченіе, при чемъ матка усѣчена надъ влагалищемъ (amputatio uteri supravaginalis). Дренажъ іодоформной марлей во влагалище. Не смотря на это, смерть черезъ 12 час. отъ гнилостнаго перитонита.—2. Выскабливаніе послѣродовой матки. Прободеніе стѣнки въ концѣ выскабливанія. Тампонада іодоформной марлей. Черезъ 20 час.—признаки воспаленія брюшины. Чревосѣченіе. Отверстіе въ маткѣ зашито. Полость таза дренирована. Выздоровленіе.—3. Выскабливаніе черезъ 4 недѣли послѣ родовъ у лихорадившей родильницы. Прободена задняя стѣнка. Черезъ 24 часа—общее гнилостное воспаленіе брюшины. Не смотря на hysterectomi'ю и дренажъ, быстрая смерть.

Mann [6]) описалъ случай, гдѣ призванный до него врачъ, дѣлая выскабливаніе полости матки при выкидышѣ, прорвалъ заднюю стѣнку ея, при чемъ выпали петли кишекъ. Авторъ сдѣлалъ чревосѣченіе, при чемъ изсѣкъ отрѣзокъ кишечника, состоявшій изъ части слѣпой и части тонкой кишекъ и образовалъ кишечное соустіе. Матка была зашита. Медленное выздоровленіе.—Кромѣ этого, авторъ наблюдалъ еще 2 такихъ-же случая, гдѣ тотчасъ-же было приступлено къ чревосѣченію, но, не смотря на это, обѣ больныя погибли.

Случай д-ра *Потѣенко* [7]) (изъ Усманской больницы). Больная—35 л. Рожала 12-ый разъ. Долго длившіяся кровотеченія послѣ родовъ. Лѣкарственныя вещества и горячія души безъ результата. Матка 9 стм., на ощупь дрябла; придатки безъ измѣненій. Селезенка въ голову новорожденнаго. Температура въ послѣднее время доходила до 38°,5. Выскабливаніе. Ложка послѣ 3—4-хъ движеній, безъ всякаго насилія со стороны оператора, проскочила въ брюшную полость черезъ переднюю стѣнку матки. Тампонада іодоформной марлей. Медленное выздоровленіе при повышенной температурѣ.

Jahreiss [8]) описалъ 2 случая, гдѣ было сдѣлано выскабливаніе матки безъ одновременнаго расширенія. Въ 1-мъ случаѣ—изъ-за кровотеченій при выкидышѣ, спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ него. Матка лежала правильно и была нормальной величины. При выскабливаніи ложка вдругъ ушла очень далеко; прошла-ли она въ трубу или произошло прободеніе, осталось неизвѣстнымъ. Выскабливаніе было немедленно-же прекращено. Больная поправилась безъ всякихъ осложненій.—Во 2-мъ случаѣ выскабливаніе произведено было спустя 14 дней послѣ неполнаго выкидыша. Матка была нормальной величины и лежала правильно. Во время выскабливанія ложка вдругъ прошла до рукоятки и дальше, при чемъ появилось обильнѣйшее кровотеченіе. Операція была прекращена. Тампонада шейки матки и влагалища іодоформной марлей. Ледъ на животъ и эрготинъ подъ кожу. Выздоровленіе гладкое и безъ болей.—Авторъ предполагаетъ, что онъ попалъ ложкой въ *Fallopi*'еву трубу, откуда вылилась кровь.

Случай *Schwarz*'а [9]). Больная—32 л. Рожала 9 разъ; послѣдніе правильные роды были 4 года назадъ. Съ этого времени боли въ крестцѣ и бѣли. Матка наклонена впередъ, полость ея 12 стм. Рѣзкія явленія эндометрита. Лѣченіе эндометрита каутеризаціей. Черезъ 2 года больная забеременѣла, но выкинула на 3-мъ мѣсяцѣ. Дѣтское мѣсто осталось въ полости матки и вызвало гнилостный эндометритъ. Выскабливаніе; дренажъ іодоформной марлей и обеззараживающія внутриматочныя впрыскиванія. Вскорѣ больная снова забеременѣла и опять безъ всякой причины выкинула на 3-мъ мѣсяцѣ. Дѣтское мѣсто опять задержалось и загнило. За врачебной помощью больная обратилась только черезъ 6 недѣль. Полость матки 16 стм.; тонкостѣнная, вялая матка легко растягивалась зондомъ до 18 стм. При выскабливаніи ложка легко проникла на мѣсто прикрѣпленія послѣда въ брюшную полость; она немедленно-же осторожно была извлечена назадъ, и дальнѣйшее вмѣшательство прекращено. Тампонада полости матки іодоформной марлей; плотный бандажъ живота; эрготинъ подъ кожу. На 2-ой день 38° и боли въ передней стѣнкѣ матки; марлевый тампонъ вынутъ и замѣненъ новымъ. Медленное выздоровленіе (въ теченіи 12 дней).

Случай *Gutbrod*'а [10]). Разрывъ стѣнки матки производенъ

корнцангомъ въ 2-хъ мѣстахъ при удаленіи остатковъ выкидыша, при чемъ корнцангомъ извлечена была кишка. Кишку тотчасъ-же вправили. Тяжелый перитонитъ. Черезъ $2^1/_2$ мѣс. чревосѣченіе по поводу съуженія кишекъ. При чревосѣченіи найдено много сращеній. Выздоровленіе черезъ 3 мѣс.

Boldt [11]) нашелъ у одной больной прободеніе матки, сдѣланное до него врачемъ при выскабливаніи, предпринятомъ ради удаленія остатковъ яйца. Черезъ 50 час. послѣ выскабливанія у больной развился перитонитъ. Чревосѣченіе, при которомъ найдено, что подвздошная кишка разорвана и на протяженіи 14 стм. отдѣлена отъ брызжейки. Смерть.

Случай *Glaeser*'а [12]). У больной черезъ 3 мѣс. послѣ родовъ зондъ при введеніи его въ полость матки свободно и повторно уходилъ до рукоятки и дальше. Введеніе зонда сопровождалось кровотеченіемъ. Матка была удалена. При осмотрѣ ея около лѣвой трубы найдено 4 проникавшихъ отверстія, лежавшихъ близко одно возлѣ другого. 2 разрыва соединялись вмѣстѣ. Матка была небольшая, стѣнка ея не толстая, плотности, «какъ гусиное сало»; близь шейки она была тверже и хорошо противустояла зонду. Опыты на вынутой маткѣ доказали легкую проходимость стѣнки ея для зонда даже при самомъ легкомъ давленіи; небольшое противодѣйствіе представляли лишь нѣкоторыя части брюшины. На 2-ой день при предъявленіи препарата студентамъ матка легко размягчалась даже подъ пальцемъ.

Случай *Schulze-Vellinghausen*'а [13]). Больная, 29 л., замужемъ 9 лѣтъ. Мѣсячныя съ 13 л., черезъ 3 недѣли, по 4 дня. Рожала правильно 6 разъ; 3 раза имѣла выкидышъ: 1-ый разъ на 2-мъ мѣсяцѣ; сдѣлано выскабливаніе; 2-ой—тоже на 2-мъ мѣсяцѣ; при немъ не требовалось помощи врача; 3-ій на 3-мъ мѣсяцѣ; кровотеченія сначала не было, а затѣмъ черезъ 4 недѣли явились сильныя кровотеченія и боли внизу живота и въ крестцѣ. Матка увеличена, подвижна, въ положеніи anteflexio versio latero-posita dextra. Внутреннее отверстіе открыто, и въ немъ прощупывались мягкія массы. Своды свободны. При пробномъ выскабливаніи ложка въ 3-хъ мѣстахъ легко прошла черезъ стѣнку матки безъ всякаго насилія. На 3-ій день послѣ этого сдѣлано влагалищное изсѣченіе матки въ виду подозрительности на злокачественность мягкихъ массъ, находившихся въ полости матки. Послѣ прободенія никакихъ воспалительныхъ явленій не наблюдалось. Матка 10,5 стм., шеечный каналъ 3,5 стм. Толщина стѣнки тѣла матки 2—2,5 стм., она очень мягка и богата кровью. У дна матки 3 прободныхъ отверстія.

Ко 2-ой группѣ принадлежатъ случаи, въ которыхъ прободеніе стѣнки матки произведено было при попыткахъ вызвать выкидышъ. Случаи эти — я думаю, въ общемъ очень нерѣдкіе—встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ предыдущіе, но рѣдко попадаютъ въ печать. Орудія, которыми производится разрывъ, весьма разнообразны, начиная съ маточнаго зонда и кончая палкой или, какъ въ нижеприводимомъ случаѣ ж.-вр. *М. Черномордикъ-Гинзбургъ* [14]), веретеномъ.

Больная—30 л. Рожала 3 раза, послѣдній разъ—1 г. 3 мѣс. назадъ. Влагалищная часть объемиста, мягка, дрябла, лежитъ низко. Матка обращена вправо и впередъ, увеличена, сильно болѣзненна; подвижность ея ограничена; въ лѣвомъ и заднемъ сводахъ—плотный выпотъ. Наружное отверстіе свободно пропускаетъ палецъ. Полость матки наполнена сгустками крови. Въ лѣвой $^1/_2$ ея палецъ наткнулся на твердое тѣло, по видимому, на щепку. При осторожномъ обведеніи пальцемъ, чтобы узнать размѣры и форму тѣла, оно ускользнуло въ брюшную полость. Больная послѣ долгихъ отрицаній созналась, что она, по наущенію другой женщины, пыталась произвести у себя выкидышъ: присѣвъ на корточки, она ввела себѣ во влагалище веретено, которое послѣ нѣкоторыхъ усилій вдругъ куда-то погрузилось, и вынуть его она уже не могла. Чтобы скрыть слѣды преступленія, она обломила веретено. Выкидышъ совершился, но больная умерла отъ воспаленія брюшины на 7-ой день.

Hivet [15]), вскрывая трупъ одной больной, доставленной не задолго до смерти въ госпиталь въ безнадежномъ состояніи, нашелъ разрывъ задней стѣнки шейки матки, черезъ который подъ вліяніемъ маточныхъ сокращеній вышелъ въ брюшную полость 3-мѣсячный плодъ вмѣстѣ съ послѣдомъ. Авторъ предполагаетъ, что стѣнка матки была повреждена при попыткахъ къ производству выкидыша.

Случай *Pincus*'а [16]). При искусственномъ выкидышѣ была разорвана стѣнка матки,—чѣмъ, неизвѣстно. Разрывъ былъ обнаруженъ врачемъ при выскабливаніи; онъ шелъ косвенно по лѣвой стѣнкѣ шейки и тѣла матки.

Manuclaire [17]) тоже наблюдалъ случай прободенія матки при производствѣ преступнаго выкидыша. Сдѣлано надвлагалищное усѣченіе тѣла матки. Тампонада полости малаго таза іодоформной марлей, чтобы обособить кишечникъ.

Къ случаямъ 3-ей категоріи принадлежатъ тѣ, въ которыхъ прободеніе матки произведено было при обыкновенныхъ условіяхъ и при не-послѣродовой маткѣ: при различныхъ формахъ заболѣванія слизистой оболочки матки и ея самой, при фиброміомахъ ея. Я не буду говорить о прободеніи матки при злокачественныхъ новообразованіяхъ въ полости ея, такъ какъ происхожденіе разрыва въ такихъ случаяхъ совершенно понятно: онъ происходитъ путемъ проростанія стѣнки матки непосредственно самимъ злокачественнымъ новообразованіемъ, а потому въ теченіи болѣзни и наблюдается цѣлый рядъ мѣстныхъ перитонитовъ. Прорвать такую матку не представляетъ большого труда, и едва-ли такой разрывъ можно поставить въ вину изслѣдующему врачу.

Къ случаямъ прободенія матки при эндометритахъ можно отнести случай *Hagnes*'а [18]), гдѣ прободеніе стѣнки матки было сдѣлано у многородящей при фунгозномъ эндометритѣ во время выскабливанія полости матки острой ложкой. Больная выздоровѣла безъ оперативнаго вмѣшательства.

Случай *Caruso* [19]). Авторъ получилъ разрывъ стѣнки матки при расширеніи шейки помощью металлическихъ расширителей. Ложкой онъ прошелъ далеко подъ широкую связку. Вредныхъ послѣдствій отъ этого не было.

О такомъ-же прободеніи матки при расширеніи ея говоритъ *Schenk* [20]). Послѣ расширенія полости матки въ нее введенъ былъ для промыванія катетеръ, который прошелъ очень глубоко. Тоже самое было опредѣлено съ помощью зонда *Schultze*, № 4, прошедшаго дальше, чѣмъ на 20 стм. Такъ какъ полость матки была промыта растворомъ сулемы, попавшимъ черезъ прободныя отверстія въ брюшную полость, то, изъ боязни отравленія сулемой, было сдѣлано чревосѣченіе. При осмотрѣ матки у дна ея найдены 3 прободныхъ отверстія. Матка была мягкая. Отверстія зашиты. Были припадки отравленія сулемой. Выздоровленіе.

Guérard [21]) получилъ прободеніе въ 2-хъ случаяхъ. Въ 1-мъ—при почти полномъ выпаденіи матки у 35-лѣтней больной, рожавшей 12 разъ, во время выскабливанія, которое авторъ предпослалъ операціи для устраненія выпаденія матки; въ области дна послѣдней очень легко произошли 2 прободныхъ отверстія. Сдѣлано вылущеніе матки съ изсѣченіемъ связокъ. Выздоровленіе.—Во 2-мъ случаѣ у 29-лѣтней больной, рожавшей 9 разъ и 1 разъ выкинувшей, присланной къ автору съ сильными кровотеченіями и съ пахнувшими отдѣленіями, съ подозрѣніемъ на ракъ, онъ при пробномъ выскабливаніи 3 раза легко прошелъ черезъ стѣнку матки. На 3-й день было сдѣлано полное удаленіе матки, и въ ней у дна найдены 3 прободныхъ отверстія.

Случай *H. Queisner*'а [22]). Больная, 42 л. Рожала послѣдній разъ 6 лѣтъ назадъ. Черезъ каждыя 2 недѣли—сильныя кровотеченія съ болями въ крестцѣ. Матка изогнута назадъ, увеличена, мягка и плотными перепонками сращена съ задней стѣнкой таза. Сращенія разорваны. По расширеніи шейки полость матки изслѣдована пальцемъ, при чемъ на передней ея стѣнкѣ найдены 2 полипа. Зондъ шелъ на 10 стм.; введенный же для промыванія *Frieg-Bozemann*'овскій катетеръ шелъ гораздо дальше, не встрѣчая сопротивленія. Сначала авторъ сомнѣвался, не попалъ-ли онъ въ *Fallopi*'еву трубу, а затѣмъ при повторномъ введеніи катетра убѣдился, что верхушка его опредѣлялась непосредственно подъ брюшной стѣнкой. Тогда онъ рѣшилъ, что сдѣлалъ прободеніе матки, тотчасъ-же прекратилъ операцію и затампонировалъ матку іодоформной марлей, которую на другой день вынулъ. Гладкое выздоровленіе; больная встала на 5-й день, а на 8-й ей былъ введенъ пессарій *Godge*'а.—Авторъ полагаетъ, что катетеръ попалъ на мѣсто, не покрытое брюшиной, т. е., на то, которое раньше было прирощено къ стѣнкѣ таза.

H. van de Velde [23]) получилъ прободеніе матки при вапоризаціи ея. Больная умерла. На вскрытіи на передней стѣнкѣ матки было найдено нѣсколько отверстій, 2—3 млм. величиной, окруженныхъ поясомъ омертвѣлой ткани, въ самомъ большомъ поперечникѣ въ 7 стм. Больной было 45 л. Она рожала 6 разъ; выкидышей не было; поступила съ жалобами на обильныя кровотеченія—климактерическія. Въ стѣнкѣ матки подъ микроскопомъ найдены очень глубокія некротическія измѣненія.

Прободенія стѣнки матки при фиброміомахъ ея тѣла наблюдали:

Случай *G. Courant*. Больная, 40 л., страдала лѣвосторонней межсвязочной фиброміомой. При ощупываніи матка казалась небольшой и лежала вправо, зондъ-же безъ особыхъ усилій прошелъ на 20—25 стм. Осторожное выскабливаніе ложкой *Récamier*. Кровотеченія не было. На 2-й день при чревосѣченіи на задней стѣнкѣ матки, вблизи дна, найденъ разрывъ стѣнки съ подбрюшиннымъ кровоизліяніемъ на протяженіи 1 стм.; края разрыва плотно сомкнулись. Въ заднемъ *Douglas*'овомъ пространствѣ 1 столовая ложка кровянистой жидкости.

L. Tait [25]) говоритъ, что при фиброміомахъ стѣнка матки можетъ истоньчиться такъ сильно, что легко рвется при изслѣдованіи зондомъ и выскабливаніи ложкой. Онъ самъ видѣлъ 2 подобныхъ случая, изъ которыхъ 1, какъ онъ справедливо замѣчаетъ, представляетъ большой интересъ.

Больная, которой 5 лѣтъ передъ тѣмъ, *Knowley Thornton* удалилъ по поводу фиброміомы придатки, обратилась къ автору съ жалобами на сильныя бѣли и кровотеченія, продолжавшіяся послѣдніе 8 мѣсяцевъ. Авторъ сдѣлалъ выскабливаніе, но при этомъ прорвалъ переднюю стѣнку матки. 9 мѣсяцевъ больная чувствовала себя совершенно здоровой, кровотеченія прекратились, и никакихъ явленій со стороны разрыва не было. Черезъ 9 мѣсяцевъ снова возобновились, и еще съ большею силой, всѣ прежніе припадки, и авторъ удалилъ матку черезъ влагалище. При осмотрѣ онъ нашелъ въ днѣ совершенно старческой матки нѣсколько небольшихъ міомъ и остатки прежней міомы. При разрѣзѣ матки найденъ фунгозный эндометритъ и у нижняго

края одной изъ міомъ, въ передней стѣнкѣ матки, толщиною въ бумагу, открытый, въ $^1/_2$ дюйма длиною, разрывъ, который авторъ сдѣлалъ при выскабливаніи 9 мѣсяцевъ назадъ. Несомнѣнно, что такой маточно-брюшинный свищъ существовалъ все время и не вызывалъ перитонита.

Отдѣльно стоитъ случай *Guérard*'а [26]), гдѣ при воображаемой доношенной беременности призванный врачъ, тоже сдѣлавшій ошибку въ распознаваніи, рѣшился ускорить роды введеніемъ бужа. По введеніи послѣдняго боли усилились и особенно стали ощутительны при каждомъ движеніи. Приглашенный другой врачъ не нашелъ беременности и повторнымъ введеніемъ бужа и зонда убѣдился, что онъ имѣетъ дѣло или съ разрывомъ матки, или съ двурогимъ органомъ. Въ виду повышенія температуры до 39° и ускоренія пульса до 120, а также увеличенія размѣровъ живота (брюшная водянка), рѣшено сдѣлать чревосѣченіе, при которомъ найдены: бугорчатка брюшины, разрывъ стѣнки матки косвенно отъ лѣвой стороны снизу вверхъ и очень много водяночной жидкости. Больной было 27 л. На маткѣ никакихъ воспалительныхъ явленій не замѣчалось, но она сама и придатки ея были на большомъ протяженіи срощены съ кишечникомъ. Разрывъ былъ зашитъ непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ. Оперированная встала на 16-й день.—Такое легкое прободеніе стѣнки матки авторъ объясняетъ патологической дряблостью мышечной ткани вслѣдствіе разстройства питанія.

Kehlmann [27]) описалъ случай прободенія матки у дна зондомъ. Больная—40 л. Рожала 5 разъ. Послѣ 1-хъ родовъ, 14 лѣтъ назадъ, замѣтила опущеніе матки. Послѣдніе 9 мѣсяцевъ страдала большими потерями крови. Матка увеличена, малоподвижна, перегнута назадъ. Редрессація затруднительна. Въ виду прободенія матки и массы мягкихъ выскобленныхъ массъ, рѣшено сдѣлать полное удаленіе матки. Выздоровленіе. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи найдено: отечный міометритъ и прободеніе.

Всѣ 3 случая, которые я наблюдалъ, относятся къ 1-ой группѣ, т. е. къ группѣ случаевъ т. наз. послѣродовыхъ; исключеніемъ, развѣ, можно считать случай 3-ій, въ которомъ роды произошли уже давно и у больной была фиброма яичника.

1. (Изъ частной практики). А. С., 24 л., къ которой я былъ позванъ товарищемъ для совѣщанія, рожавшая 2 раза, послѣдній разъ 12 дней назадъ, жаловалась на сильныя кровотеченія, появившіяся на 7-й день послѣ послѣднихъ родовъ. Съ постели встала на 6-й день. Роды были правильные и длились $6^1/_2$ час.—Средняго роста, слабаго сложенія, очень истощена, блѣдна. Матка увеличена, дрябла, плохо сокращена, наклонена впередъ. Своды свободны. Въ виду большой потери крови рѣшено сдѣлать выскабливаніе, такъ какъ предполагалось, что въ полости матки остались куски дѣтскаго мѣста. По тщательномъ обеззараживаніи наружныхъ половыхъ частей и рукава влагалищная часть матки обнажена зеркалами *Frieg*'а и захвачена пулевыми щипцами, а въ полость матки введенъ зондъ. При очень осторожномъ зондированіи оказалось, что зондъ шелъ въ лѣвую сторону на 12 стм., а въ правую—до рукоятки и далѣе; повторное введеніе зонда дало тѣже результаты; пуговки зонда въ свободной брюшной полости не прощупывалось. Предположено, что зондъ прошелъ черезъ стѣнку матки подъ широкую связку. Произведено осторожное выскабливаніе, при чемъ удалены куски дѣтскаго мѣста. Послѣ выскабливанія полость матки затампонирована іодоформной марлей. Образованіе околоматочнаго выпота. Медленное выздоровленіе.

2. М. М., 28 л., рожала 4 раза правильно, послѣ родовъ не хворала. Кромѣ родовъ, было 3 выкидыша: 2—на 2-мъ мѣсяцѣ и 1 на 3-мъ. Въ клинику явилась съ жалобами на кровотеченія. Изъ разспросовъ выяснилось, что на 2-мъ мѣсяцѣ послѣ послѣднихъ родовъ была задержка мѣсячныхъ, затѣмъ крови пришли, но съ сильными схватками, при чемъ выходили какіе-то куски. — Средняго роста и сложенія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Матка увеличена, болѣзненна, наклонена впередъ; наружный зѣвъ пропускаетъ палецъ; въ полости матки прощупываются остатки яйца. Своды свободны и безболѣзненны. 38°,5. Рѣшено сдѣлать выскабливаніе. При зондированіи найдено, что зондъ идетъ на 10 стм.; при введеніи-же ложки и осторожномъ выскабливаніи ею, она вдругъ пошла черезъ переднюю стѣнку матки безъ конца. Ложка тотчасъ-же была вынута, и полость матки затампонирована стерилизованной марлей. Ледъ на животъ и свѣчи съ опіемъ по $^1/_4$ гр. Выздоровленіе безъ всякихъ осложненій.

3. П. Ш., 33 л., поступила въ клинику 31/x 1903 г. Мѣсячныя съ 15 лѣтъ, безболѣзненныя, необильныя, по 3 дня, черезъ 4 недѣли. Замужъ вышла на 20-мъ году. Беременной была 6 разъ. Всѣ беременности, исключая 5-й, кончились срочными нормальными родами; 5-ая кончилась, хотя и въ срокъ, но мертвымъ плодомъ. Послѣдніе роды — 1 г. 4 мѣс. назадъ. Послѣдняго ребенка кормила 16 мѣс. Въ началѣ октября 1903 г. послѣ родовъ пришли первыя мѣсячныя. Съ іюня 1903 г. сильныя боли внизу живота, заставлявшія больную бросать работу и ложиться въ постель. Опухоль замѣтила 5 мѣсяцевъ назадъ.—Ростъ выше средняго. Костная и мышечная системы развиты правильно; подкожнаго жирнаго слоя достаточно. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. При изслѣдованіи внизу живота опредѣляется плотная, бугристая, подвижная опухоль, съ головку новорожденнаго, расположенная по средней линіи, заходя немного влѣво. Матка лежитъ отдѣльно отъ опухоли, вправо, но всѣ движенія послѣдней немедленно передаются ей. При оттягиваніи опухоли кверху за ней двигается и матка. Зондъ, введенный въ полость матки, вправо даетъ до дна матки 7 стм., влѣво же безъ всякаго насилія идетъ безконечно (на 21 стм. и болѣе); при повторномъ изслѣдованіи получены были тѣ же результаты. Предположено, что зондъ, вводимый въ лѣвую сторону полости матки, направляется прямо въ лѣвую *Fallopi*'еву трубу. Рѣшено при чревосѣченіи повторить опытъ съ введеніемъ зонда. Распознана фибро-саркома лѣваго яичника. Теченіе болѣзни до операціи не представляло никакихъ осложненій. Послѣ зондированія никакихъ явленій раздраженія брюшины не наблюдалось. 8/xi 1903 г. Чревосѣченіе. Морфійно-эѳирное усыпленіе. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи, начинаясь отъ лобка, оканчивался немного выше пупка. Изъ вскрытой брюшной полости вылилось нѣкоторое количество водяночной жидкости. Опухоль исходила изъ лѣваго яичника. Длинная ножка ея перевязана въ 2 пучка и перерѣзана, послѣ чего опухоль удалена. Матка оказалась сильно гиперэмированной и чрезвычайно рыхлой; въ лѣвой части дна ея было небольшое, кровоточившее прободное отверстіе. При осторожной попыткѣ зондировать зондъ снова, какъ черезъ тѣсто, прошелъ черезъ стѣнку матки, безъ малѣйшаго насилія, совершенно свободно и почти въ томъ-же мѣстѣ. Оба сдѣланныхъ отверстія зашиты шелковыми швами. Апонейрозъ и брюшина сшиты непрерывнымъ шелковымъ швомъ, а на кожу наложенъ рядъ аграфовъ. Послѣопераціонное время прошло безъ всякихъ осложненій при нормальныхъ температурѣ и пульсѣ, за исключеніемъ первыхъ 4-хъ дней, когда температура поднималась до 39°,6, а пульсъ до 130 въ 1 мин.; при этомъ никакихъ объективныхъ явленій, однако, не замѣчалось. Аграфы сняты на 8-ой день; первое натяженіе. П. Ш. выписалась изъ клиники 1/xii 1904 г. вполнѣ здоровой.

Описаніе препарата. Опухоль—плотная, состоящая, изъ 5 узловъ различной величины (отъ кулака взрослаго до грецкаго орѣха), въ общей массѣ удлиненно-яйцевидной формы. На нижней поверхности ея—остатки яичника, тѣсно соединеннаго съ нею. Видно ясно, что опухоль выросла непосредственно изъ яичника, такъ какъ она служитъ какъ-бы продолженіемъ его. На разрѣзѣ она совершенно бѣлая, фиброзная, волокнистаго строенія, при чемъ расположеніе волоконъ похоже на расположеніе ихъ въ маточныхъ фиброидахъ. Мѣстами видны большіе кровеносные сосуды. Подъ микроскопомъ опухоль ничего особеннаго не представляетъ. Въ ней видны пучки соединительной ткани въ различныхъ ступеняхъ развитія. Мѣстами встрѣчаются лишь ряды молодыхъ, круглыхъ клѣтокъ, похожихъ на саркоматозныя, мѣстами—хорошо образованныя волокна, собирающіяся въ пучки, которые, въ свою очередь, переплетаются другъ съ другомъ во всевозможныхъ направленіяхъ, образуя отдѣльный узелъ опухоли. Въ центрѣ узла всегда находится большаго или меньшаго размѣра артерія и вена, наполненная красными кровяными шариками. Между узлами заложена рыхлая соединительная ткань съ веретенообразными клѣтками, соединяющимися одна съ другой отростками. На срѣзахъ изъ оставшагося яичника—той части его, что не вошла въ составъ опухоли,—наблюдалась хорошо сохранившаяся яичниковая ткань.

На основаніи вышеприведенныхъ случаевъ изъ литературы и собственныхъ позволю себѣ сдѣлать нѣкоторыя замѣчанія относительно этіологіи, теченія, патологической анатоміи и лѣченія прободеній матки.

Всѣхъ случаевъ прободеній вмѣстѣ съ моими было 33; изъ нихъ въ 23 прободеніе стѣнки матки произведено въ т. наз. послѣродовомъ ея состояніи, въ 2—при фибромiомахъ, въ 6—при эндометритѣ, въ 1—при выпаденіи матки и въ 1—при бугорчаткѣ полости ея.

Большинство случаевъ относится къ т. наз. послѣродовой маткѣ—главнымъ образомъ, послѣ выкидыша—гдѣ выскабливаніе было сдѣлано при задержкѣ частей яйца. Отсюда можно придти къ выводу, что стѣнка т. наз. послѣродовой матки чрезвычайно дрябла и слабо противустоитъ давленію инструментомъ съ внутренней стороны, resp. со стороны ея полости. Инструменты, помощью которыхъ было сдѣлано прободеніе стѣнки матки, были: ложки острыя и тупыя (въ 16 сл.), зондъ (въ 8), зондъ *Orthmann*'а (въ 1), бужъ (въ 1), катетеръ для промыванія матки (въ 2), корнцангъ (въ 1) и веретено (въ 1). Чѣмъ было сдѣлано прободеніе въ остальныхъ случаяхъ, осталось неизвѣстнымъ; почти всѣ эти случаи относятся къ искусственному выкидышу.

Въ большинствѣ случаевъ прободное отверстіе находилось у дна матки и передней ея стѣнки, а въ меньшинствѣ—на задней стѣнкѣ тѣла, 1 разъ—по правой боковой стѣнкѣ (въ моемъ случаѣ) и 2 раза въ шейкѣ, при чемъ въ случаѣ *Huvet* послѣ происшедшаго разрыва (при расширеніи) задней стѣнки шейки матки яйцо вышло въ свободную брюшную полость; въ случаѣ *Pincus*'а разрывъ шелъ косвенно по лѣвой стѣнкѣ матки.

Во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ случая *Caruso* и моего, разрывы были сквозные; въ случаѣ-же *Caruso* и въ

1 моемъ разрывъ шелъ лишь подъ широкую связку. Число прободныхъ отверстій получалось различное; чаще всего было 1 отверстіе, такъ какъ операторъ, убѣдившись, что зондъ и ложка для выскабливанія идутъ ненормально далеко, тотчасъ-же вынималъ ихъ и прекращалъ дальнѣйшія дѣйствія. При повторномъ введеніи зондъ и ложка рѣдко попадаютъ въ только-что сдѣланное отверстіе и образуютъ новое. Такъ, въ случаѣ *Schultze* при перегибѣ матки впередъ были найдены 3 прободныхъ отверстія у дна матки, въ случаѣ *Glaeser*'а также у дна матки вблизи лѣвой *Fallopi*'евой трубы 4 отверстія, а въ случаѣ *van de Velde* при вапоризаціи вслѣдствіе глубокаго омертвѣнія нѣсколько отверстій въ области дна.

Распознать происшедшій разрывъ стѣнки матки чрезвычайно легко: распознаваніе ставится или на основаніи того, что непосредственно подъ брюшной стѣнкой прощупывается пуговка зонда, или по тому, что инструментъ, вводимый въ полость матки, идетъ очень далеко. Случаевъ попаданія зондомъ или ложкой въ *Fallopi*'еву трубу черезъ маточный конецъ ея чрезвычайно мало; да они къ тому-же подвержены большому сомнѣнію, хотя опытами на трупахъ такая возможность и не вполнѣ исключена. Возможность эта была предположена и въ моемъ 3-мъ случаѣ; за такое предположеніе говорило главнымъ образомъ то, что зондъ въ правую сторону шелъ всего на 7 стм., въ лѣвую же уходилъ безъ конца. Пуговка зонда черезъ брюшную стѣнку не опредѣлялась. Введеніе зонда производилось безъ всякихъ насилій. Предположено было, что зондъ проходитъ въ лѣвую *Fallopi*'еву трубу, что̀, однако, при чревосѣченіи не подтвердилось, такъ какъ введенный зондъ прямо на глазахъ свободно прошелъ, какъ черезъ тѣсто, черезъ стѣнку матки у дна ея съ лѣвой стороны. Съ правой-же стороны стѣнка матки хорошо противостояла даже форсированному зондированію. Я особенно подчеркиваю эту разницу въ силѣ противодѣйствія съ правой и съ лѣвой стороны одной и той-же матки, такъ какъ этого обстоятельства не отмѣчено ни въ одномъ изъ вышеописанныхъ случаевъ. Матка въ моемъ случаѣ была небольшая, наклонена была впередъ и макроскопически ничего ненормальнаго не представляла. Микроскопическаго изслѣдованія, къ сожалѣнію, произвести было нельзя, такъ какъ матка оставлена была in situ.

Возрастъ больныхъ самый малый было 24 года, а самый большой—42 г.

24	года	имѣли	3	больныхъ.
27	лѣтъ	»	1	»
28	»	»	1	»
29	»	»	1	»
30	»	»	1	»
33	»	»	1	»
34	»	»	1	»
35	»	»	2	»
40	»	»	2	»
42	»	»	1	»
			14	больныхъ.

Возрастъ остальныхъ больныхъ въ случаяхъ авторовъ не отмѣченъ.

Приведенная таблица указываетъ, что прободеніе стѣнки матки чаще случается въ среднемъ возрастѣ, чѣмъ въ болѣе пожиломъ. Зависитъ это, конечно, отъ того, что женщины средняго возраста чаще хворяютъ различными болѣзнями половыхъ органовъ и беременности, почему и оперативное вмѣшательство примѣняется у нихъ чаще.

Pichavin [28]) въ своей статьѣ «Des accidents causés par le curage utérin» говоритъ, что прободеніе матки чаще всего случается у многородящихъ и что т. наз. послѣродовая матка, вслѣдствіе дряблости ея стѣнокъ, наиболѣе проницаема для инструментовъ. Въ вышеописанныхъ случаяхъ не во всѣхъ обозначено число родовъ, а въ тѣхъ, гдѣ приводятся эти свѣденія, значится: въ 2 случаяхъ было 2 родовъ, въ 1—3, въ 1—4, въ 2—5, въ 3—6, въ 2—9 и въ 2—12. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, кромѣ родовъ, имѣлись еще выкидыши; въ другихъ авторы, говоря о бывшихъ родахъ, называютъ своихъ больныхъ многородящими.

Обращусь теперь къ патологической анатоміи и постараюсь представить общую картину микроскопическаго строенія поврежденной матки—чѣмъ она отличается по строенію отъ нормальной и какія имѣетъ особенности? Къ сожалѣнію, я не могъ изслѣдовать матку въ своемъ случаѣ; поэтому приведу описаніе микроскопической картины по *Guérard*'у [21]), *Schulze-Vellinghausen*'у [13]) и *Kentmann*'у [27]).

Guérard [21]) изслѣдовалъ матку въ 2-хъ случаяхъ прободенія. Для изслѣдованія онъ бралъ кусочки (2) вблизи дна матки, около прободного отверстія, и вблизи шейки (1). Микроскопическія срѣзы дали почти одинаковую картину: мышечные пучки отдѣлены были другъ отъ друга большими свободными промежутками, образовавшимися вслѣдствіе атрофіи ихъ; въ этихъ промежуткахъ развивалась соединительная ткань. Мышечная ткань отчасти представляла стекловидное перерожденіе, особенно около прободныхъ отверстій. Кровеносные сосуды были значительно развиты и имѣли ясно утолщенную внутреннюю оболочку. *Guérard* называетъ эту патолого-анатомическую картину міометритомъ.

Schulze-Vellinghausen [13]) изслѣдовалъ кусочки матки, взятые тоже изъ 3-хъ мѣстъ: у дна, изъ стѣнки тѣла и изъ стѣнки шейки. На препаратахъ изъ дна, вблизи прободного отверстія, въ слизистой оболочкѣ матки особыхъ измѣненій не оказалось; въ мышечной-же оболочкѣ между пучками найдены большіе свободные промежутки, частью равные по ширинѣ самимъ мышечнымъ пучкамъ, частью-же шире ихъ. Промежутки между волокнами были равномѣрно выполнены однородной массой, не имѣвшей никакого строенія. Жирового перерожденія мышечныхъ волоконъ нигдѣ не наблюдалось; было лишь небольшое попутнѣніе нѣкоторыхъ изъ нихъ. Кровеносные сосуды были сильно развиты, при чемъ стѣнки ихъ были утолщены, но больше на счетъ наружной и внутренней оболочекъ; средняя оболочка утолщена была гораздо меньше; просвѣтъ сосудовъ зіялъ, а они сами наполнены были кровью; утолщенная средняя оболочка повсюду была богата ядрами, и только на нѣкоторыхъ, отдѣльныхъ мѣстахъ видны были однородныя, блѣдно окрашенныя массы. На срѣзахъ изъ стѣнки тѣла найдены почти тѣ-же измѣненія, но въ меньшей степени. Рѣзко бросалось въ глаза разростаніе соединительной ткани какъ между мышечными пучками, такъ и среди отдѣльныхъ волоконъ. На срѣзахъ изъ шейки свободныхъ промежутковъ между мышечными пучками уже не было вовсе, но еще рѣзче бросалось въ глаза разростаніе соединительной ткани, совершенно сдавливавшей мышечныя волокна. Кровеносные сосуды представляли картину одинаковую съ 2-мя верхними отдѣлами.

Kentmann [27]) взялъ для микроскопическаго изслѣдованія кусочки изъ тѣхъ-же 3-хъ мѣстъ—дна, тѣла шейки—и, кромѣ того, изъ влагалищной части матки. На срѣзахъ изъ дна онъ нашелъ между мышечными пучками такіе-же большіе свободные промежутки, какъ и предыдущіе авторы. Нѣкоторые изъ этихъ промежутковъ наполнены были однородной, безструктурной, свернувшейся массой. Утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ замѣчалось повсюду; особенно утолщена была внутренняя оболочка на счетъ соединительной ткани. Слизистая оболочка полости матки представляла явленія железистаго эндометрита. На срѣзахъ изъ стѣнки тѣла матки найдены такіе-же большіе промежутки между мышечными пучками. Въ самихъ мышечныхъ волокнахъ измѣненія были выражены рѣзче. Вблизи сосудовъ мышечныя волокна какъ-бы расплывались; мѣстами они окрашивались очень плохо, а ядро въ нихъ исчезало. На большихъ участкахъ замѣчалось полное перерожденіе мышцъ. Особаго разростанія соединительной ткани *Kentmann* не нашелъ, но она рѣзко бросалась въ глаза, благодаря большимъ промежуткамъ между мышечными пучками и тому, что ясно выступала на мѣстѣ перерожденія мышцъ при ихъ исчезаніи. Въ шейкѣ матки всѣ эти явленія выражены были не такъ рѣзко, во влагалищной-же части они снова выступали на первый планъ. Описанную микроскопическую картину *Kentmann* объясняетъ такъ: раздираніе мышечныхъ пучковъ и образованіе свободныхъ пространствъ зависитъ отъ отека органа, пропитыванія его жидкостью вслѣдствіе застоя крови; причиною-же застоя и обусловливаемаго имъ вліянія на мышечную ткань матки служатъ измѣненія въ положеніи послѣдней; вслѣдствіе недостаточнаго питанія и давленія въ мышечныхъ пучкахъ развиваются процессы перерожденія; при перегибѣ матки назадъ, какъ это и было въ случаѣ автора, всѣ явленія перерожденія въ мышцахъ дна матки, само собою разумѣется, должны быть выражены рѣзче, что̀ *Kentmann* и нашелъ при микроскопическомъ изслѣдованіи. Измѣненія въ сосудахъ онъ разсматриваетъ, какъ явленіе послѣдовательное—результатъ уравновѣшиванія. Такое болѣзненное состояніе матки *Kentmann* называетъ отечнымъ міометритомъ (myometritis oedematosa).

Микроскопическія картины, данныя *Guérard*'омъ, *Schulze-Vellinghausen*'омъ и *Kentmann*'омъ, какъ это видно изъ сравненія ихъ описаній, очень похожи одна на другую и позволяютъ представить нѣкоторую общую схему заболѣванія стѣнки матки, не смотря на то, что случаи этихъ авторовъ нѣсколько отличались между собой клиническимъ теченіемъ. Такъ, въ случаѣ *Schulze-Vellinghausen*'а дѣло имѣлось съ т. наз. послѣродовою маткой; въ случаѣ *Guégard*'а у 29-лѣтней больной было подозрѣніе на злокачественное (раковое) новообразованіе, а въ случаѣ *Kentmann*'а имѣлись опущеніе матки, перегибъ ея назадъ и метритъ. Въ моемъ 3-мъ случаѣ матка была такая мягкая и дряблая, хотя послѣдніе роды и были 1 г. 4 мѣс. назадъ, что зондъ безъ малѣйшаго насилія проходилъ чрезъ стѣн-

ку ея у дна. На такую дряблость маточной ткани указывали многіе авторы; особенно рѣзко она была выражена въ случаѣ *Glaiser*'а [12]).

Kentmann, какъ было уже сказано, назвалъ такое состояніе стѣнки матки «отечнымъ міометритомъ» (myometritis oedematosa). Мнѣ кажется, названіе это—наиболѣе подходящее, такъ какъ оно лучше всего обобщаетъ картину заболѣванія матки. *Beuttner* [3]) при объясненіи своихъ случаевъ предположилъ, что зондъ не проходилъ черезъ стѣнку матки, а эта послѣдняя мѣстами такъ сильно разслаблялась, что онъ входилъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ на большую глубину. Я наблюдалъ это явленіе въ нѣсколькихъ случаяхъ на т. наз. послѣродовыхъ маткахъ послѣ родовъ или выкидыша, а въ 1 случаѣ нашелъ его при неполномъ выпаденіи матки у пожилой больной. Но случаи эти легко отличаются отъ случаевъ разрыва стѣнки матки, такъ какъ при разрывѣ зондъ идетъ на неопредѣленную глубину, при частичныхъ-же разслабленіяхъ стѣнки онъ въ концѣ концовъ достигаетъ конечной своей точки. Разница при повторныхъ измѣреніяхъ полости послѣродовой матки не превышаетъ 3—5 стм., не-послѣродовой-же—2 стм.

Что касается лѣченія разрыва стѣнки матки, то оно можетъ быть или сохраняющее, или оперативное. На 33 вышеописанныхъ случая въ 16 лѣченіе было сохраняющее, безъ всякаго оперативнаго вмѣшательства, въ 7 было сдѣлано чревосѣченіе, и разрывъ зашитъ кэтгутомъ или шелкомъ, въ 5 произведено влагалищное вылущеніе матки, въ 5—надвлагалищное усѣченіе тѣла ея. Сохраняющее лѣченіе разрывовъ матки заключалось въ тампонадѣ полости ея или только полости одного влагалища іодоформной или стерилизованной марлей.

Какой-же изъ этихъ 3-хъ способовъ лѣченія слѣдуетъ употреблять предпочтительнѣе? Само собою разумѣется, на первомъ планѣ нужно поставить тампонаду и приступать къ оперативному лѣченію лишь при строгихъ показаніяхъ къ нему, какъ-то: при выпаденіи кишечныхъ петель, гнилостномъ содержимомъ въ полости матки, внутрибрюшинномъ кровотеченіи и, наконецъ, при появленіи угрожающихъ признаковъ перитонита. Изъ оперативныхъ способовъ лѣченія слѣдуетъ отдавать предпочтеніе чревосѣченію съ зашиваніемъ прободного отверстія. Придерживаться этого способа въ данныхъ случаяхъ слѣдуетъ тѣмъ болѣе, что большинство больныхъ—женщины средняго возраста и лишеніе ихъ матки не можетъ не отозваться вредно на состояніи ихъ здоровья. Полное удаленіе матки можно примѣнять лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

При сохраняющемъ лѣченіи умерла 1 больная [случай ж.-вр. *Черномордикъ* [14])], сама себѣ произведшая веретеномъ выкидышъ. Въ 4 случаяхъ, гдѣ было сдѣлано чревосѣченіе тотчасъ-же или спустя нѣкоторое время послѣ разрыва, тоже послѣдовала смерть отъ гнилостнаго воспаленія брюшины. Изъ этихъ 4 случаевъ въ 2 разрывъ матки былъ осложненъ выпаденіемъ кишечныхъ петель [сл. *Mann*'а [6])] и даже разрывомъ ихъ [сл. *Boldt*'а [11])]. Кромѣ того, въ 1 случаѣ смерть наступила послѣ вапоризаціи полости матки, при чемъ получилось нѣсколько прободныхъ отверстій, которыя и были причиной гнилостнаго воспаленія брюшины [сл. *H. van de Velde* [23])].

Прободныя отверстія въ стѣнкѣ матки обычно заростаютъ весьма быстро, и такіе случаи, какъ случай *L. Tait*'а [25]), гдѣ брюшинно-маточный свищъ безъ вреда для больной оставался у нея 9 мѣс., представляютъ большую рѣдкость.

На основаніи всего вышесказаннаго позволяю себѣ представить слѣдующіе выводы:

1. Прободеніе стѣнки матки при зондированіи или выскабливаніи ея можетъ быть произведено очень легко, и для этого не требуется большого насилія.

2. Легкому прободенію подвержены стѣнки матокъ не только въ т. наз. послѣродовомъ состояніи, но и всякихъ другихъ, особенно при разстройствѣ кровообращенія въ нихъ (застои), что наблюдается главнымъ образомъ при отклоненіи матки отъ ея нормальнаго положенія.

3. Зондированіе и выскабливаніе матки слѣдуетъ всегда производить съ большою осторожностью, и при малѣйшемъ подозрѣніи на разрывъ стѣнки и то, и другое слѣдуетъ тотчасъ-же оставить.

4. Мѣсто разрыва чаще всего приходится у дна матки или на одной изъ стѣнокъ, но ближе къ нему.

5. Лѣченіе прободеній матки должно быть, по возможности, сохраняющее.

Литература. 1. *А. Н. Соловьевъ.* «Медицинское Обозрѣніе» 1892, № 21.—2. *Odebrecht.* «Centralblatt f. Gynaekologie», 1897 № 49.—3. *Beuttner.* Тамъ-же, 1897, № 42. — 4. *Francis Hagues.* American Journal of obstetrics», 1890, ноябрь. — 5. *Manuclair.* «IV Internation. gynäkologisch. Kongress in Rom».—6. *Mann.* «American Journal of obstetrics», т. XXXI, № 5. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1896, № 31.—7. *Потѣенко.* «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1894.—8. *Jahress.* «Centralblatt f. Gynaekologie», 1898, № 6.—9. *Schwarz.* Тамъ-же, 1899. № 30.—10. *Gulbrod.* Тамъ-же, 1902, № 27, реф.—11. *Boldt.* «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaecologie, т. IX, тетр. 3.—12. *Glaeser.* «Centralblatt f. Gynaekologie, 1898, № 6. — 13. *Schulze-Vellinghausen.* Тамъ-же, 1902, № 27. — 14. *М. Черномордикъ.* «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1894, стр. 801.—15. *Huvet.* «Centralblatt f. Gynaekologie», 1898, № 39.—16. *Pinkus.* Тамъ-же, 1902, № 27. Засѣданіе Общества акушеровъ и гинекологовъ въ Берлинѣ 23/IV 1902 г.—17. *Manuclaire.* l. c. — 18. *Hagues.* l. c.—19. *Caruso.* «Centralblatt f. Gynaekologie, 1902, № 44, реф.—20. *Schenk.* Münchener med. Wochenschrift», 1901, № 22. — 21. *Guérard.* «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 41; реф. — 22. *H. Queisner.* Тамъ-же, 1898, № 27. — 23. *H. von de Velde.* Тамъ-же, 1898, № 52.—24. *G. Courant.* Тамъ-же, 1897, № 48. — 25. *L. Tait.* «The Lancet», 1895, 10 августа.—26. *Guérard.* «Centralblatt f. Gynaekologie», 1898, № 27. — 27. *Kenntmann.* «Monatsschrift f. Geburtshülfe und Gynaekologie», т. VIII.—28. *Pichevin.* «Annales de gynécologie», 1895, т. XLIII.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Письмо изъ Парижа.

Открытіе международнаго памятника Pasteur'у.—Дѣятельность Pasteur'овскаго Института.—Причина уменьшенія поступленій во французскіе университеты.

3/16 іюля состоялось открытіе международнаго памятника *Pasteur*'у въ Парижѣ. Цѣлый рядъ городовъ Франціи, какъ-то: Dôle—родина *Pasteur*'а, Arbois, гдѣ онъ провелъ свое дѣтство, Besançon, Lille, Alais, Melun, Chartres уже давно воздвигли памятники великому ученому. Въ іюлѣ прошлаго года небольшое мѣстечко Marnes la Coquette, гдѣ *Pasteur* умеръ, послѣдовало ихъ примѣру. Этотъ рядъ національныхъ чествованій завершился теперь международнымъ торжествомъ, открытіемъ памятника, сооруженнаго на средства, собранныя по международной подпискѣ.

Судя по Парижскимъ газетамъ, торжество носило величественный характеръ праздника науки, въ присутствіи цѣлаго ряда, какъ французскихъ ученыхъ, такъ и иностранныхъ; нѣкоторые изъ послѣднихъ названы по имени съ *Behring*'омъ во главѣ. Самъ памятникъ, внушительный по своей величинѣ (7 метровъ вышины), представляетъ *Pasteur*'а сидящимъ на высокомъ пьедесталѣ, въ спокойной позѣ, съ лицомъ, выражающимъ доброту и вдумчивую мысль. Взглядъ его какъ-бы прозрѣваетъ вдали какое-то полезное для человѣчества открытіе. Внизу статуи, вокругъ пьедестала, изображены горельефомъ фигуры, напоминающія славныя открытія ученаго. Впереди фигура женщины, символизирующей человѣчество; она проситъ о спасеніи ребенка, котораго держитъ на рукахъ; далѣе смерть съ косою; съ боковъ и сзади рядъ сельскихъ сценъ: пастушекъ, играя на свирѣли, пасетъ овецъ, другой ведетъ пару здоровыхъ быковъ; дальше отдыхаютъ жницы. Всѣ эти рабочіе мирно наслаждаются благодѣяніями, которыми они обязаны открытіямъ *Pasteur*'а. Общій эффектъ очень хорошъ. Таково описаніе памятника въ одной изъ самыхъ распространенныхъ Парижскихъ газетъ.

Едва-ли, однако, возможно признать это описаніе соотвѣтствующимъ дѣйствительности. Ни торжество открытія, ни самый памятникъ далеко не произвели такого впечатлѣнія, о какомъ говорятъ газеты. Иностранныхъ ученыхъ, кромѣ нѣсколькихъ бельгійцевъ, среди которыхъ были *Bordet* и *Errera*, почти не было: 1—2 англичанина, одинъ,

кажется, нѣмецъ и проф. *Bujwid* изъ Кракова. *Behring*'а не было; онъ прислалъ телеграмму о болѣзни. Отъ Россіи мы не замѣтили никакихъ представителей, ни оффиціальныхъ, ни неоффиціальныхъ. Еще болѣе бросалось въ глаза то обстоятельство, что изъ представителей даже французскаго ученаго и медицинскаго міра были почти исключительно члены делегацій, и вообще, лица, принимавшіе непосредственное участіе въ празднествѣ. Была едва-ли десятая часть членовъ Парижскаго медицинскаго факультета. Все это ясно указываетъ на то, что энтузіазмъ къ личности *Pasteur*'а успѣлъ уже охладѣть, хотя его открытія въ настоящее время пріобрѣли еще большее значеніе и распространеніе, чѣмъ при его жизни. Присутствующіе состояли, помимо оффиціальныхъ участниковъ съ президентомъ республики во главѣ, изъ лицъ такъ или иначе причастныхъ къ *Pasteur*'овскому Институту, изъ принимавшихъ участіе въ подпискѣ, журналистовъ и несмѣтнаго количества фотографовъ. Выстроившись въ шеренгу и наводя свои аппараты то на г-жу Pasteur, то на президента республики, они представляли самую оригинальную группу, «moderne style» празднества. Рѣчей было изобиліе, даже излишество (11), что было особенно чувствительно, въ виду сильной жары, не смотря на утренній часъ (длилась вся церемонія отъ 10 до 12) и въ виду того, что за исключеніемъ лицъ, сидѣвшихъ въ президентской трибунѣ, никто не слышалъ почти ни слова. Первый изъ ораторовъ старикъ *Wallon*, doyen d'âge сената и Академіи, авторъ французской конституціи, съ трудомъ взошелъ на трибуну; его пришлось поддерживать, а затѣмъ во время чтенія рѣчи, разбирать и подавать ему листки. Произвелъ онъ все-таки трогательное впечатлѣніе. Наибольшій успѣхъ, въ смыслѣ аплодисментовъ со стороны лицъ, слышавшихъ рѣчи, выпалъ на долю академика Boissier. Отъ имени *Pasteur*'овскаго Института говорилъ проф. *Grancher* (*Roux* и *Мечниковъ* произносили уже рѣчи при предыдущихъ торжествахъ этого рода), очертившій борьбу, которую пришлось пережить *Pasteur*'у при введеніи прививокъ противъ бѣшенства. Очень хороша короткая рѣчь Desplas, предсѣдателя городского Совѣта, отмѣтившаго благотворное для народа значеніе *Pasteur*'овскихъ открытій и то, что среди разнаго рода славъ (здѣсь ораторъ указалъ на могилу Наполеона, находящуюся какъ-разъ напротивъ памятника *Pasteur*'а на другомъ концѣ Avenue de Breteuil) та, которую завоевалъ *Pasteur*, самая благородная и самая чистая.

Что касается памятника, то онъ, конечно, высѣченъ искусной рукой, но никакой связи между его отдѣльными частями не видно; не видно также мысли и выраженія въ отдѣльныхъ фигурахъ. *Pasteur* производитъ впечатлѣніе человѣка спокойно отдыхающаго и не заботящагося ни объ открытіяхъ, ни о борьбѣ со смертью. Фигуры на пьедесталѣ могли-бы, пожалуй, послужить иллюстраціями къ буколикамъ Виргилія, но уловить въ нихъ какое-либо отношеніе къ *Pasteur*'у и его открытіямъ трудно, даже при помощи газетной критики. Памятникъ несомнѣнно неудаченъ. Дѣло въ томъ, что по открытіи подписки *Duclaux* и *Roux* желали, какъ это водится въ подобныхъ случаяхъ, объявить конкурсъ, но семья *Pasteur*'а, по совѣту друга его Dubois, настояла на порученіи дѣла скульптору Folguière'у. Этотъ скульпторъ, пріобрѣвшій себѣ извѣстность изяществомъ рѣзца, никогда не отличался идейностью въ своихъ произведеніяхъ, что отразилось и на памятникѣ *Pasteur*'а. Слѣдуетъ при этомъ еще замѣтить, что Folguière успѣлъ сдѣлать только гипсовую модель памятника, который по его смерти былъ законченъ K. Peter'омъ подъ наблюденіемъ Dubois и Thomas.

Отъ мраморнаго памятника перейдемъ къ живому—*Pasteur*'овскому Институту, гдѣ послѣ смерти *Duclaux* (см. «Русскій Врачъ», № 18) произошли нѣкоторыя перемѣны. Директоромъ былъ назначенъ *Roux*, а помощниками его *И. И. Мечниковъ* по научной части, и *Chamberland* по административной. Такъ какъ новыхъ лицъ эти назначенія не ввели и такъ какъ послѣднее время по случаю болѣзни *Duclaux* управленіе de facto было тоже самое, которое теперь утверждено de jure, то существеннаго измѣненія въ общемъ направленіи не произошло и, вѣроятно, не произойдетъ, но проф. *Мечниковъ* пожелалъ внести новую струю и оживленіе въ научную дѣятельность Института и съ этой цѣлью, пригласивши всѣхъ работающихъ въ немъ какъ постоянно, такъ и временно, предложилъ, чтобы помимо отдѣльныхъ изслѣдованій, которыя каждый работникъ ведетъ своими силами и за своею отвѣтственностью, всѣ желающіе соединились и для совмѣстныхъ работъ. Предметомъ послѣднихъ должны служить вопросы такого рода, которые по своей сложности и трудности, по разнообразію методики, необходимой для ихъ всесторонней разработки, превосходятъ силы и средства отдѣльныхъ изслѣдователей. Такого рода вопросовъ въ наукѣ не мало; изъ нихъ *Мечниковъ* выбралъ и предложилъ изслѣдованіе роли микробовъ въ процессахъ питанія. Еще *Pasteur* 20 лѣтъ тому назадъ указывалъ на интересъ предмета и на необходимость его разработки и, однако, до сихъ поръ мы въ этомъ отношеніи подвинулись весьма мало. Взгляды на возможность жизни въ условіяхъ полной стерильности расходятся, за отсутствіемъ точныхъ экспериментальныхъ данныхъ. Правда, есть животныя, какъ, напр. моль, у которыхъ пищеварительная трубка не содержитъ микробовъ (не смотря на то, что живетъ моль въ средѣ, богатой послѣдними) и которыя обладаютъ тѣмъ не менѣе способностью переварить самыя трудноваримыя вещества, что указываетъ на возможность обходиться безъ содѣйствія микробовъ; есть другія, какъ скорпіонъ, кишечная флора которыхъ весьма бѣдна. Но въ противоположность имъ, кишечная флора большинства животныхъ, особенно млекопитающихъ и человѣка, богата и разнообразна. Одни (*Мечниковъ*) видятъ въ этой флорѣ существенную причину недолговѣчности и старости, другіе признаютъ необходимость и полезность этой флоры для процессовъ пищеваренія, особенно, поскольку дѣло касается веществъ, не поддающихся дѣйствію пищевыхъ соковъ, какъ клѣтчатка. Не только по отношенію къ кишечной флорѣ вообще, но даже и относительно роли отдѣльныхъ ея представителей, какъ напр. кишечной палочки, взгляды далеко не установлены, не смотря на огромное количество работъ. Попытки *Nuttal*'я, *Thierfelder*'а, *Schottelius*'а и *О. Н. Мечниковой* рѣшить вопросъ о возможности «стерильной жизни» дали противорѣчивые и недостаточные результаты. Сами изслѣдователи говорятъ, что они принуждены были прекратить свои работы въ силу техническихъ трудностей непреодолимыхъ для отдѣльнаго работника. Здѣсь нужны и средства для постройки приборовъ, и постоянное, непрерывное почти наблюденіе за животными, постоянное производство ряда анализовъ, особенно химическихъ (изслѣдованіе выдѣленій). Всѣмъ этимъ, т. е. матеріальными средствами, обиліемъ работниковъ, среди которыхъ есть и бактеріологи, и физіологи, и техники, и спеціалисты по другимъ отдѣламъ естествознанія и медицины, обладаетъ *Pasteur*'овскій Институтъ, представляющій въ этомъ смыслѣ единственное въ своемъ родѣ учрежденіе. Ему и должна принадлежать честь и обязанность заняться разрѣшеніемъ подобныхъ вопросовъ, которые, помимо теоретическаго интереса, важны и для практической медицины. Изученіе процессовъ пищеваренія въ вышеуказанномъ направленіи, быть можетъ, позволитъ пойти и дальше, проникнуть въ природу т. наз. болѣзней питанія, относительно которыхъ наши теперешнія представленія столь же смутны, какъ была патологія заразныхъ болѣзней въ добактеріологическій періодъ. Знакомство-же съ этіологіей и патогенезомъ есть необходимое условіе разумной терапіи.

Осуществленіе предложенія *Мечникова* должно повысить продуктивность работы и использовать средства всѣхъ отдѣленій Института. Въ настоящее время между ними нѣтъ никакого соотвѣтствія. Отдѣленіе бактеріологіи работаетъ много, и всѣ работы, составляющія славу Института, вышли именно изъ этого отдѣленія; между тѣмъ и по мѣсту, имъ занимаемому (нерѣдко работникамъ приходится отказывать за недостаткомъ мѣста), и по средствамъ своимъ оно уступаетъ, напр. огромному и роскошному, но пустующему новому химическому отдѣленію, построенному 2 года тому назадъ на средства баронессы Hirsch. Еще меньше даетъ устроенная при Институтѣ заразная больница, за 4 года ничѣмъ не проявившая своего существованія и не привлекшая, кажется, ни одного

изъ пріѣзжихъ работниковъ. Совмѣстныя работы могутъ повысить соревнованіе этихъ отдѣленій, а затѣмъ для нихъ, конечно, будутъ использованы помѣщенія химическаго зданія. Часть его уже занята въ послѣднее время для обезьянъ, надъ которыми въ настоящее время ведутся очень интересные опыты по сифилису. Результаты этихъ опытовъ будутъ сообщены *Мечниковымъ* на предстоящемъ въ сентябрѣ Съѣздѣ сифилидологовъ въ Берлинѣ. Помимо большого количества шимпанзе (въ послѣднее время доставлено 9) и макакъ, доставлены еще павіаны, горилла (скоро погибшая, къ сожалѣнію) и ожидаются орангъ-утанги. Работа надъ человѣкообразными обезьянами затрудняется ихъ стоимостью и трудностью доставки и акклиматизаціи; такъ, напр., въ маѣ въ Институтъ былъ посланъ съ Канарійскихъ острововъ транспортъ изъ 28 шимпанзе, изъ которыхъ 23 погибло, не доѣзжая до Bordeaux, а остальныя 5 по дорогѣ въ Парижъ и въ Институтъ. Въ виду этого удачныя прививки, сдѣланныя въ Институтѣ экспериментальной медицины въ Петербургѣ *Д. К. Заболотнымъ* на павіанахъ, должны очень упростить дѣло.

Изъ событій, интересующихъ здѣшній медицинскій міръ, можно отмѣтить только выборы на каѳедру экспериментальной медицины. Изъ 2 кандидатовъ (были и другіе, но тѣ не имѣли шансовъ и не принимались во вниманіе) *Vidal*'я и *Roger* факультетъ 17 голосами противъ 13 избралъ *Roger*, не смотря на то, что по своимъ научнымъ заслугамъ *Vidal*, который, къ тому-же, превосходный лекторъ, стоитъ значительно выше.

Неожиданныя послѣдствія для университетовъ имѣлъ послѣдній военный законъ, отмѣнившій льготу по образованію (прежде лица, окончившія университетъ служили годъ, а теперь 2 наравнѣ съ прочими): число студентовъ уменьшилось и настолько значительно, что факультеты не имѣютъ достаточно средствъ для уплаты жалованья профессорамъ, и напр. по поводу жалованья будущему замѣстителю *Duclaux* (еще не избранъ) Сорбонна должна обратиться въ Институтъ *Pasteur*'а съ просьбой войти въ соглашеніе и принять участіе въ этомъ дѣлѣ. Настолько еще, даже въ такой культурной странѣ, какъ Франція, льготы по воинской повинности играютъ роль въ смыслѣ привлеченія къ высшему образованію.

Л. Тарасевичъ.

Парижъ.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Патологическая анатомія. 649. Д-ръ *R. Lewisohn* (Frankfurt a/M.) описываетъ *случай истиннаго добавочнаго легкаго.*

Ребенокъ, 4 мѣс., умеръ отъ воспаленія спинно-мозговыхъ оболочекъ. Сердце совершенно нормально. На діафрагмальной поверхности нижней доли лѣваго легкаго лежитъ похожій на селезенку придатокъ темно-краснаго цвѣта, плотной консистенціи, отличающійся уже своимъ цвѣтомъ отъ блѣднокрасныхъ легкихъ. Этотъ придатокъ соединенъ съ лѣвой нижней долей только тяжемъ толщиной съ карандашъ, а длиной нѣсколько миллиметровъ; связи съ совершенно нормальной грудобрюшной преградой нѣтъ и придатокъ совершенно свободно лежитъ на ней. Къ этому придатку отъ аорты отходитъ артеріальная вѣтвь шириной 1,2 стм., въ то время какъ почечная артерія всего 0,3 стм.; эта вѣтвь длиной 2,2 стм. оканчивается въ придаткѣ. Ткань придатка на поперечномъ разрѣзѣ темнокраснаго цвѣта, пронизана большимъ числомъ широкихъ сосудистыхъ полостей. Оба легкія нормальнаго вида; отъ зобной железы только маленькій остатокъ. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что ткань придатка соотвѣтствуетъ ткани легкихъ новорожденныхъ передъ дыханіемъ (ателектазъ), сильно сжатыя альвеолы выложены довольно высокимъ цилиндрическимъ эпителіемъ; отклоняются отъ нормы только очень большое количество отслоившагося эпителія въ альвеолахъ и многочисленные могучіе сосудистые стволы, преобладающіе въ микроскопической картинѣ; мѣстами видны разрѣзы полостей, въ окружности которыхъ въ соединительной ткани заложены хрящи; бронхи придатка соединяются съ бронхами легкихъ тяжемъ. Это 13-й случай истинныхъ прибавочныхъ легкихъ, описанныхъ въ литературѣ (Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, № 21, 1903 г.). *А. Н. Д.*

650. Д-ръ *G. Humbert* (изъ клиники проф. *L. Bard*'а въ Женевѣ), въ обстоятельномъ *анатомо-клиническомъ трудѣ о порокахъ развитія легкихъ*, дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

Пороки развитія легкихъ, будучи довольно рѣдкими, тѣмъ не менѣе наблюдаются настолько часто, что изученіе клиническихъ признаковъ этого состоянія представляется умѣстнымъ. Пороки развитія легкихъ весьма различны, начиная отъ полнаго недостатка одного легкаго, до расширеній бронховъ; къ послѣдней категоріи относятся наиболѣе интересные и наиболѣе многочисленные случаи. Въ числѣ врожденныхъ расширеній бронховъ въ собственномъ смыслѣ слѣдуетъ различать воздушныя кисты, ангіомы, подобныя кистамъ другихъ железистыхъ органовъ (Revue de médecine, № 6). *И. Вирскій.*

Физіологія и общая патологія. 651. Вопросъ о стрептококкѣ и *противострептококковой сывороткѣ* въ послѣднее время привлекаетъ къ себѣ общее вниманіе. Огромная роль этого микроба въ патологіи, тяжесть многихъ обусловленныхъ имъ заболѣваній, наше безсиліе при наступившихъ уже общихъ стрептококковыхъ зараженіяхъ издавна заставляли заниматься имъ; открытіе *Marmorek*'омъ сыворотки возбудило повсюду интересъ и надежды. Надежды эти, къ сожалѣнію, не оправдались, и самый интересъ какъ-бы нѣсколько заглохъ до *Moser*'овскаго сообщенія о противускарлатинной сывороткѣ на прошлогоднемъ Карльсбадскомъ конгрессѣ. Съ тѣхъ поръ снова цѣлый рядъ работъ посвящается рѣшенію вопросовъ о природѣ стрептококковъ, о ихъ единствѣ или множественности, о ихъ роли при скарлатинѣ и т. д. Послѣ выхода *Marmorek*'а изъ Института *Pasteur*'а приготовленіе противострептококковой сыворотки было поручено д-ру *Безрѣдкѣ*, который и сообщаетъ теперь результаты своихъ изслѣдованій (Annales de l'Institut *Pasteur*, № 6). *Безрѣдка* становится на точку зрѣнія множественности стрептококковъ, разсматривая ихъ, какъ морфологическую группу, соотвѣтствующую напр. группѣ вибріоновъ. Исходя изъ этого воззрѣнія, онъ иммунизируетъ лошадей нѣсколькими стрептококками (поливалентная сыворотка) и вводитъ рядъ измѣненій въ технику, изъ которыхъ прежде всего надо отмѣтить то, что онъ употребляетъ твердую среду (агаръ, политый сывороткой) для своихъ разводокъ вмѣсто примѣнявшихся до сихъ поръ жидкихъ, такъ какъ ему удалось пріучить стрептококка рости обильно на такой средѣ. Недостатокъ нѣкоторыхъ противострептококковыхъ сыворотокъ, напр. *Moser*'овской, состоитъ въ томъ, что ихъ нельзя дозировать; чтобы устранить этотъ недостатокъ, *Безрѣдка* прибѣгаетъ къ слѣдующему пріему: кромѣ ряда различныхъ стрептококковъ, онъ вводитъ въ смѣсь служащую для впрыскиваній (въ вены) всегда также 1 опредѣленный микробъ, долженствующій служить какъ-бы показателемъ. Это—микробъ, сдѣланный путемъ перевивокъ весьма ядовитымъ для мыши и кролика. Полученная сыворотка предохраняетъ мышь отъ 2000-ной смертельной дозы, въ количествѣ $^1/_{40}$—$^1/_{400}$ к. стм. (въ брюшину); если впрыснуть мыши 1^0 смертельной дозы и черезъ 18—24 часа послѣ этого $^1/_{1000}$ к. стм. сыворотки, то мышь выживаетъ. Для кроликовъ дозы сыворотокъ должны быть бо́льшими значительно: 2 часа послѣ введенія 100 смертельныхъ дозъ надо для достиженія лѣчебнаго эффекта 1,5—2 к. стм. Сыворотка эта еще будетъ усилена дальнѣйшей иммунизаціей; пока она не примѣнялась на людяхъ, но надо надѣяться, что результаты окажутся вполнѣ благопріятные. То обстоятельство, что дозы сыворотки различны для различныхъ животныхъ (мыши и кролики), заставляетъ автора высказаться въ пользу того, что лѣчебное дѣйствіе сыворотки по преимуществу должно зависѣть не отъ прямого вліянія на стрептококковъ, а отъ вліянія на лейкоцитовъ. Изслѣдованія специфическихъ свойствъ сыворотки, главнымъ образомъ фиксаторной реакціи (способъ *Bordet-Gengou*), показали, что сыворотка можетъ быть активна, не смотря на отсутствіе фиксатора (сыворотка *Aronson*'а) и что она можетъ заключать фиксаторъ, не будучи весьма активной. Нельзя значитъ разсматривать фиксаторъ, какъ эквивалентъ иммунъ-тѣлъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ эта реакція позволяетъ убѣдиться въ томъ, что существуетъ рядъ разновидностей стрептококковъ, такъ какъ получаемые съ тѣмъ или другимъ видомъ фиксаторы специфичны именно для этого вида. Реакція склеиванія не даетъ убѣдительныхъ результатовъ въ примѣненіи къ стрептококку, въ виду этого *Безрѣдка* и *Dopter* примѣнили туже фиксаторную реакцію для рѣшенія вопро-

са о роли стрептококка при скарлатинѣ; оказалось, что сыворотка больныхъ скарлатиной и выздоравливающихъ отъ нея не заключаетъ фиксатора ни для стрептококковъ, выдѣленныхъ изъ горла тѣхъ-же больныхъ, ни для выдѣленныхъ изъ крови сердца погибшихъ отъ скарлатины. Это заставляетъ авторовъ высказаться противъ взгляда на стрептококка, какъ на возбудителя скарлатины, и видѣть въ немъ только вторичный микробъ. *Л. Тарасевичъ.*

652. Д-ра *Thoinot* и *Gabriel Delamere*, въ статьѣ «*Langerhans'овская недостаточность*», разбираютъ вопросъ, является-ли сахарная болѣзнь (diabète maigre) результатомъ пораженія долекъ (acini) или междольковыхъ островковъ поджелудочной железы. На основаніи существующей литературы и своихъ изслѣдованій авторы допускаютъ существованіе причинной зависимости между нѣкоторыми измѣненіями островковъ и нѣкоторыми формами сахарной болѣзни, или, что одно и тоже, считаютъ эти формы сахарной болѣзни клиническимъ выраженіемъ *Langerhans'*овской недостаточности. Эти выводы имѣютъ теоретическій и практическій интересъ; теоретически—это положительное указаніе на железистый характеръ островковъ; практически,—что при нѣкоторыхъ формахъ сахарной болѣзни опотерапія можетъ быть весьма полезна (Revue française de médecine et de chirurgie, № 23). *И. В.*

653. Д-ръ *Wohlgemuth* (изъ патологическаго Института Берлинскаго Университета) изучалъ *физіологическое дѣйствіе лучей радія.* Онъ подвергалъ въ термостатѣ дѣйствію радіевыхъ лучей бѣлки, углеводы и жиры, чтобы опредѣлить, происходитъ-ли при этомъ какое-либо измѣненіе въ составѣ этихъ веществъ. Опыты эти дали совершенно отрицательный результатъ. Вопреки утвержденіямъ *Schwartz*'а, что радій обнаруживаетъ избирательное дѣйствіе по отношенію къ лецитину, оказалось, что лецитинъ не измѣнился нисколько подъ вліяніемъ лучей радія. Авторъ подвергалъ дѣйствію радіевыхъ лучей также куски бугорчатковыхъ легкихъ и нашелъ при этомъ, что въ кускѣ легкихъ, подвергнутомъ дѣйствію лучей, перешло въ растворъ въ 4 раза больше азота, чѣмъ въ кускѣ, который служилъ для провѣрки; онъ объясняетъ это тѣмъ, что подъ вліяніемъ радія усиливается дѣйствіе саморастворяющихъ бродилъ, содержащихся въ органахъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 26). *А. Коварскій.*

654. Въ статьѣ *о зернистости бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ*, д-ръ *A. Wolf* (Berlin) указываетъ на то, что описанныя еще раньше имъ и д-ромъ *Michaelis*'омъ зернышки въ протоплазмѣ лимфоцитовъ и одноядерныхъ лейкоцитовъ (Azurgranula), которыя красятся по способу *Романовскаго*, потому такъ рѣдко наблюдаются, что большая часть ихъ растворяется въ водѣ и эозиновокисломъ метиленазурѣ. Часто поэтому находятъ въ протоплазмѣ лимфоцитовъ пробѣлы, которые соотвѣтствуютъ растворенныхъ зернышкамъ. Авторъ считаетъ, что зернистость протоплазмы лимфоцитовъ является такимъ-же постояннымъ явленіемъ, какъ зернистость другихъ бѣлыхъ шариковъ крови и поэтому дѣленіе *Ehrlich*'а на 2 большія группы съ зернистой и незернистой протоплазмой слѣдуетъ совершенно оставить (Zeitschrift für klinische Medicin, т. 52, тетр. 3 и 4). *К.*

Фармакологія. 655. Д-ръ *T. Pisarski* примѣнялъ въ Краковской клиникѣ проф. *Pareńsk*'аго у 60 больныхъ (35 мужчинъ и 25 женщинъ) при разныхъ внутреннихъ болѣзняхъ *веронал* — диэтилмалонилкарбамидъ, представляющій изъ себя бѣлый кристаллическій порошокъ, плавящійся при 190° Ц., растворимый въ горячей водѣ, безводномъ алкоголѣ, эѳирѣ и хлороформѣ и имѣющій слегка горькій вкусъ. Возрастъ больныхъ колебался отъ 12—78 лѣтъ. Веронал назначался въ количествѣ 0,25—3,0. Доза въ 0,25 вызываетъ сонъ черезъ 1—1½ часа, но лишь у женщинъ и очень ослабленныхъ мужчинъ; доза въ 0,5 вызываетъ сонъ какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, самое позднее черезъ 1 часъ; доза въ 0,75—1,0—черезъ ½ часа, а доза въ 1,5—3,0—черезъ 10—15 минутъ. Въ среднемъ сонъ продолжается 6—7 часовъ. На 284 дозъ 151 разъ больные просыпались съ пріятнымъ ощущеніемъ отдыха, въ 75 случаяхъ жаловались на разныя непріятныя ощущенія: боль и тяжесть головы, шумъ въ ушахъ и пр.; въ 19 случаяхъ наблюдалась сонливость, продолжавшаяся нѣсколько часовъ послѣ пробужденія. Въ случаяхъ безсонницы, зависѣвшей отъ болей, кашля, удушья и т. п., авторъ съ успѣхомъ назначалъ веронал въ сочетаніи съ фосфорнокислымъ кодеиномъ (0,02) либо діониномъ (0,02). Позывъ на ѣду и дѣятельность кишечника подъ вліяніемъ веронала не мѣнялись; не было подмѣчено также и неблагопріятнаго вліянія на дыхательный приборъ. Пульсъ въ большинствѣ случаевъ нѣсколько учащался, но наполненіе его не измѣнялось. Въ итогѣ авторъ говоритъ, что веронал, дѣйствуя быстро и безвредно, является однимъ изъ лучшихъ снотворныхъ (Przegląd lekarski, 23 и 30 іюля). *О.*

656. Д-ра *Landau* и *Hisch* получили новое *кровоостанавливающее средство—стагнинъ*—изъ селезенки лошади слѣдующимъ образомъ: смѣсь, состоящую изъ 100 грм. селезеночной мякоти, 200 к. стм. NaCl (0,9%), 1 грм. раствора соды и избытка хлороформа (во избѣжаніе гніенія) оставляли въ теченіи 24—48 часовъ при 30—37°. Затѣмъ смѣсь эту процѣживали и получали свѣтло-или темнокрасную жидкость, представлявшую изъ себя вытяжку селезенки, полученную помощью противобродильнаго аутолиза. Оказалось, что вытяжка эта содержитъ очень богатое желѣзомъ бѣлковое вещество, полезное при малокровіи; кромѣ того найдено, что вытяжка изъ животной селезенки, полученная путемъ противобродильнаго аутолиза, обладаетъ сильнымъ кровеостанавливающимъ свойствомъ, а именно у очень малокровной женщины, страдавшей обильными маточными кровотеченіями, которыхъ ничѣмъ нельзя было остановить, подкожное впрыскиваніе вытяжки изъ селезенки остановило очень быстро кровотеченіе. Опытами авторы убѣдились, что стагнинъ въ противоположность адреналину останавливаетъ кровотеченіе не вслѣдствіе съуженія сосудовъ, на которые не дѣйствуетъ, но въ силу непосредственнаго вліянія на кровь, усиливая ея способность свертываться; поэтому стагнинъ дѣйствуетъ лучше всего при паренхиматозныхъ (волосниковыхъ) кровотеченіяхъ, хуже—при артеріальныхъ. До сихъ поръ вещество это было примѣнено съ успѣхомъ при маточныхъ кровотеченіяхъ, но, по видимому, оно окажется полезнымъ и при кровотеченіяхъ изъ внутреннихъ органовъ, а именно при кровохарканіи, язвѣ желудка, кишечныхъ кровотеченіяхъ, кровоточивости и даже, предупрежденія ради, при операціяхъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 22). *С. О.*

657. Проф. *Reclus* въ засѣданіи Парижской Медицинской Академіи сообщилъ о собственныхъ наблюденіяхъ, произведенныхъ на людяхъ въ теченіи 9 мѣсяцевъ надъ *стовайномъ, новымъ обезболивающимъ средствомъ*, полученномъ синтетически французскимъ химикомъ *Fourneau*, и пришелъ къ заключенію, что стовайнъ обладаетъ такою-же способностью обезболиванія, какъ и кокаинъ и что послѣднему не уступаетъ. Такимъ образомъ со времени введенія кокаина въ хирургію стовайнъ—первое средство, которое такъ-же хорошо обезболиваетъ, какъ и кокаинъ, чего нельзя сказать о тропакокаинѣ, эйкаинѣ, анэстезинѣ, гуаяколѣ, которыми желали замѣнить кокаинъ. Въ виду того, что *Billon*, производившій опыты на животныхъ, доказалъ, что стовайнъ для животныхъ въ 2 раза менѣе ядовитъ, чѣмъ кокаинъ, проф. *Reclus* смѣлѣе пользовался у людей стовайномъ; такъ, напр., при операціи коренного грыжесѣченія онъ впрыскивалъ кокаина 10—14, а стовайна безнаказанно—14—20 стгрм. Помимо вылущенія ограниченныхъ опухолей—кожныхъ и подкожныхъ, усѣченія членовъ, пальцевъ, вырѣзыванія вросшаго ногтя, вскрытія нарывовъ, онъ пользовался съ успѣхомъ стовайномъ при слѣдующихъ операціяхъ: желудочномъ соустіи, искусственномъ заднемъ проходѣ, пупочныхъ, тазовыхъ и бедренныхъ грыжахъ, почечуѣ, расширеніи задняго прохода, водянкѣ яичка, расширеніи венъ на ногахъ, чревосѣченіи, бугорчатковомъ перитонитѣ, эмпіемѣ. Стовайнъ расширяетъ кровеносные сосуды, тогда какъ кокаинъ съуживаетъ ихъ, а потому, хотя раны и кровоточатъ больше, но, предупреждая малокровіе мозга, стовайнъ дѣлаетъ возможными операціи въ сидячемъ положеніи (въ ротовой полости, на головѣ). Кромѣ всего этого стовайнъ имѣетъ будущность и потому, что, будучи искусственно приготовленнымъ средствомъ, онъ будетъ значительно дешевле кокаина (La Presse médicale, 9 іюля). *С. Островскій.*

Внутреннія болѣзни. 658. Д-ра *A. Pic* и *S. Bonnamour* (Lyon). *Спинно-мозговыя измѣненія у больныхъ съ артеріосклерозомъ; спазмодическій парезъ атероматозныхъ.* Обычный клиническій типъ спинно-мозговыхъ измѣненій, вызываемыхъ артеріосклерозомъ, представляетъ собою то, что можно назвать спазмодическимъ парезомъ атероматозныхъ стариковъ; онъ характеризуется спазмодическимъ парезомъ, являющимся незамѣтно, постепенно, безъ измѣненій чувствительности. Общая картина слѣдующая: больной жалуется сначала на извѣстную утомляемость, слабость нижнихъ конечностей, иногда падаетъ, но безъ потери сознанія; шаги его коротки, что описалъ *Charcot* у двосторонних гемиплегиковъ. Это укороченіе шаговъ зависитъ не отъ короткости шаговъ, а отъ спазмодическаго состоянія, вслѣдствіе чего походка затруднена. Спустя нѣкоторое время больной можетъ ходить лишь при помощи 2-хъ служителей, а подъ конецъ остается все время въ постели, впадая въ послѣднюю степень нервнаго истощенія. При изслѣдованіи такого больного вначалѣ можно наблюдать при характерной походкѣ усиленное сокращеніе мышцъ (сведенія), усиленіе колѣнныхъ рефлексовъ, судорожныя сокращенія; между тѣмъ кожные рефлексы нормальны. Въ случаяхъ, гдѣ психика не затронута, не замѣчается измѣненій чувствительности. Но психика рѣдко остается нетронутой, часто наблюдается уменьшеніе интеллекта; это одна изъ формъ старческаго безумія часто со спазмодическимъ смѣхомъ и плачемъ, головокруженіями. При этомъ наблюдаются признаки артеріосклероза и межуточнаго воспаленія почекъ. Въ заключеніе авторы приводятъ 11 наблюденій (Revue de médecine, № 1). *И. Вирскій.*

Хирургическія болѣзни. 659. На основаніи собственныхъ наблюденій и данныхъ литературы проф. *Bruns* говоритъ *о внутригортанномъ зобѣ*, страданіи, наблюдающемся очень рѣдко. Самъ *Bruns* наблюдалъ 5 случаевъ, въ литературѣ описано всего 6 случаевъ. 4 случая были уже описаны *Bruns*'омъ въ прежнихъ работахъ. Теперь онъ приводитъ описаніе 5-го случая.

Дѣвушка, 19 л., страдаетъ 6 лѣтъ одышкою при каждомъ усиленномъ тѣлодвиженіи. Воздухъ при этомъ проходитъ черезъ дыхательное горло съ присасывающимъ шумомъ. Щитовидная железа слегка увеличена. При изслѣдованіи гортаннымъ зеркаломъ найдено: ниже голосовой щели на задней стѣнкѣ дыхательнаго горла кругловатая, сидящая на широкомъ основаніи, гладкая опухоль, покрытая слизистой оболочкой. Подъ вліяніемъ кормленія щитовидною железою нѣкоторое ослабленіе припадковъ. Разсѣченіе гортани и дыхательнаго горла съ перерѣзкою перешейка щитовидной железы. По разсѣченіи слизистой оболочки задней стѣнки опухоль удалена отчасти тупо, отчасти ножемъ. Введенная въ дыхательное горло трубка удалена на 3 день. Гладкое выздоровленіе. Опухоль микроскопически оказалась коллоиднымъ зобомъ.

Описанное страданіе наблюдается у лицъ въ возрастѣ отъ 15 до 40 лѣтъ, сопровождаясь умѣреннымъ и въ большинствѣ случаевъ равномѣрнымъ увеличеніемъ щитовидной железы. Опухоль обыкновенно сидитъ въ области перстневиднаго хряща и верхнихъ колецъ дыхательнаго горла, рѣже въ области гортани и почти всегда на задней или боковой стѣнкѣ. Объясняется появленіе этой опухоли врастаніемъ ткани щитовидной железы черезъ межхрящевые промежутки въ гортань и дыхательное горло. При предсказаніи нужно имѣть въ виду возможность сильнаго съуженія дыхательнаго горла и возможность перехода въ злокачественное новообразованіе. Лѣченіе, если не помогаетъ внутреннее употребленіе щитовидной железы, оперативное. Наилучшій способъ—сѣченіе гортани и дыхательнаго горла. Во всѣхъ 5 случаяхъ автора указанный путь привелъ къ полному выздоровленію (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XLI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

660. На основаніи 1 наблюденія изъ клиники проф. *Krönlein*'а и данныхъ литературы д-ръ *Monnier* говоритъ *о мѣшетчатыхъ опухоляхъ селезенки.*

Дѣвушка, 21 г., за мѣсяцъ до поступленія почувствовала сильныя колющія боли въ лѣвомъ подреберьи, спустя 8 дней тамъ же появилась опухоль и своеобразный шумъ тренія. При поступленіи отмѣчено: рѣзкое выпячиваніе лѣваго подреберья и лѣвой $^1/_2$ живота, гдѣ прощупывается опухоль, слегка подвижная, напряженная, плотная, доходящая книзу до высоты пупка. Приложенная къ области опухоли рука ощущаетъ ясное треніе. Разрѣзъ въ 30 стм. по краю прямой мышцы. Въ виду срощеній съ грудобрюшною преградою и большихъ размѣровъ опухоли (съ дѣтскую головку) къ продольному разрѣзу присоединенъ поперечный; опухоль, принадлежавшая селезенкѣ, предварительно опорожнена троакаромъ (при чемъ выдѣлилось около 4 литровъ шоколаднаго цвѣта жидкости съ большимъ содержаніемъ холестеарина). Срощенія съ сальникомъ и грудобрюшной преградою разъединены тупо, ножка селезенки перевязана и вся селезенка удалена. Глухой шовъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи выпотное воспаленіе плейры, потребовавшее удаленія 700 к. стм. жидкости. Выздоровленіе. Опухоль оказалась кровянистою кистою селезенки.

Мѣшетчатыя опухоли селезенки встрѣчаются рѣдко. Въ литературѣ (считая и случай автора) всего 14 наблюденій (12 женщ., 2 мужч.). Патолого-анатомически различаютъ: сывороточныя, кровянистыя и лимфатическія опухоли. Причина образованія этихъ опухолей неясна. Въ 5 случаяхъ причиною была траума. Лѣченіе оперативное. Проколъ троакаромъ, пришиваніе и вскрытіе опухоли требуютъ очень длительнаго послѣдовательнаго лѣченія. Вылущеніе одной лишь опухоли (съ оставленіемъ селезенки in situ) выполнимо въ очень немногихъ случаяхъ. Поэтому въ большинствѣ случаевъ приходится удалять селезенку цѣликомъ, что, какъ показываютъ клиническія наблюденія, не влечетъ никакихъ послѣдствій и не вызываетъ даже существенныхъ измѣненій въ крови. Предсказаніе при оперативномъ лѣченіи благопріятное. Всѣ 14 больныхъ выздоровѣли (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XLI). *Ф.*

661. Д-ръ *Ehrich* описываетъ рѣдкій *случай забрюшиннаго положенія подвижной селезенки.*

Женщина, 49 л., давно страдаетъ разстройствами со стороны желудка и кишекъ (боли, отсутствіе позыва на ѣду, запоры). За 3 недѣли сильныя колющія боли въ лѣвой $^1/_2$ живота, рвота, повышеніе температуры, задержка на низъ и уменьшеніе количества мочи. При поступленіи отмѣчено: легкое выпячиваніе лѣвой $^1/_2$ живота, гдѣ прощупывается опухоль въ $1^1/_2$ кулака, простирающаяся книзу до входа въ большой тазъ, кнутри до средней, кзади до передней подмышковой линіи. Кверху опухоль теряется подъ ребрами. Опухоль гладка, смѣщается при дыханіи, болѣзненна. Справа ниже печени прощупывается увеличенная слегка подвижная почка. Распознаваніе: подвижная, увеличенная (гидронефротическая) почка. Поясничный разрѣзъ. Оказалось, что опухоль принадлежитъ селезенкѣ поворочненной кнаружи и книзу, лежащей совершенно забрюшинно и имѣющей собственную жировую и соединительнотканную оболочки. Отдѣльно отъ селезенки на нормальномъ мѣстѣ лежитъ почка. Селезенка повернута кнутри и кверху и укрѣплена въ такомъ положеніи швами, проведенными черезъ ея ткань и край крестцово-поясничной мышцы. Полное и прочное выздоровленіе (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XLI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

662. Д-ръ *Becker* описываетъ *новый способъ оперативнаго лѣченія выпаденій прямой кишки*, предложенный проф. *Rehn*'омъ (Frankfurt a/M.). Послѣ обычныхъ подготовленій помощью слабительныхъ и промываній кишки перекисью водорода оттягиваютъ пулевыми щипцами выпавшую часть книзу. Круговымъ разрѣзомъ у основанія опухоли (на границѣ кожи и слизистой оболочки) отдѣляютъ слизистую оболочку, покрывающую выпавшій участокъ и шагъ за шагомъ отслаиваютъ всю слизистую до самой верхушки опухоли. Получается цилиндрическая поверхность прямой кишки, снаружи не покрытая слизистой оболочкой. Отслоенный цилиндръ изъ слизистой оболочки отрѣзываютъ, а выпавшую часть, лишенную слизистой, прошиваютъ (отъ кожи до слизистой) рядомъ швовъ, при затягиваніи которыхъ выпавшая часть въ видѣ толстой складки ложится съ внутренней стороны болѣе или менѣе сохранившагося растянутаго наружнаго жома, укрѣпляя и усиливая послѣдній. Преимущества способа: удаленіе пораженной слизистой оболочки, не вскрытіе брюшины, укрѣпленіе жома, отсутствіе возвратовъ. *Rehn* испробовалъ описанный способъ въ 11 случаяхъ (7 дѣтей, 4 взрослыхъ). Больные прослѣжены нѣсколько лѣтъ. Возврата не было. Изъ оперированныхъ 1 умеръ отъ случайной причины (коклюшъ). Въ остальныхъ — гладкое выздоровленіе (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XLI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

Глазныя болѣзни. 663. Д-ръ *Dor* сообщаетъ *поучительный случай бугорчатковаго пораженія глаза послѣ поврежденія роговицы.*

Въ одной семьѣ, гдѣ 2 жильца страдали легочной бугорчаткой и мокроту свою выплевывали на полъ, 4-лѣтній ребенокъ поранилъ себѣ роговицу деревянной игрушкой, испачкавшейся въ этой мокротѣ. Развилось воспаленіе роговицы и радужной оболочки съ гноемъ въ передней камерѣ. Произведена была иридектомія, но бугорки, развившіеся затѣмъ въ радужной оболочкѣ, заставили вылущить глазъ. Прививка частички радужной

оболочки морской свинкѣ дала характерную бугорчатку (Revue générale d'ophtalmologie XXII; Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 2). *Р. Кацъ.*

664. Д-ръ *Valois* сообщаетъ *2 случая*, въ коихъ *сочувственное воспаленіе наступило послѣ вылущенія больного глаза.* Авторъ сталъ *впрыскивать синеродистую ртуть въ клѣтчатку оперированной глазницы*, вслѣдъ затѣмъ наступило быстрое улучшеніе зрѣнія; въ 1 случаѣ острота зрѣнія, по выздоровленіи глаза, поднялась до нормы, а въ другомъ—до $^8/_{10}$ (Receuil d'ophtalmologie, XXV; Archiv für Augenheilkunde XLIX, 2). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 665. Д-ръ *Rousse* *рядомъ опытовъ* надъ кроликами и въ нѣсколькихъ случаяхъ надъ женщинами *убѣдился, что простой перевязки, а тѣмъ болѣе разсѣченія Фаллопіевой трубы*, захватывающаго широкія связки между 2 лигатуръ, *вполнѣ достаточно для полнаго и окончательнаго закрытія просвѣта нормальной трубы.* Нѣкоторые неудачные опыты, упоминаемые авторами, слѣдуетъ приписать либо несовершенству техники, либо измѣненіямъ ткани трубы. Въ теченіи послѣдняго года *R.* произвелъ 6 разъ эту операцію съ благопріятнымъ результатомъ у женщинъ, подвергавшихся чревосѣченію по другому поводу, но подлежавшихъ на законномъ основаніи обезпложиванію. Авторъ отдаетъ препочтеніе разсѣченію, но и тотъ и другой способы отнимаютъ мало времени и нисколько не увеличиваютъ опасности главной операціи. Наблюдавшіяся при перевязкѣ осложненія — это образованіе въ ея области даже въ случаяхъ безлихорадочныхъ многочисленныхъ срощеній, подчасъ болѣзненныхъ и составляющихъ источникъ явленій; кромѣ того перевязка, уничтожая просвѣтъ Фаллопіевой трубы, можетъ способствовать образованію трубной кисты. Упомянутыя обстоятельства побуждаютъ только съ особенностью выбирать случаи, подлежащіе оперированію, такъ что *R.* категорически высказывается противъ взгляда *Kehrer*'а и др. объ оперативномъ вмѣшательствѣ исключительно съ цѣлью достиженія безплодія. Перевязка или разсѣченіе признаются *R.* какъ дополненія при нѣкоторыхъ операціяхъ, какъ кесарское сѣченіе изъ-за съуженія таза, вентрофиксація у истощенныхъ и многорожавшихъ женщинъ, брюшныя операціи у чахоточныхъ, сердечнобольныхъ и т. п. (Annales de gynécologie et d'obstetrique, декабрь, 1903 г.). *А. Г—ръ.*

666. Д-ръ *Гелибтеръ* (Замостье) примѣнилъ въ 1 случаѣ съ успѣхомъ *выдавливаніе послѣда по Höning'у.*

28/iv текущаго года авторъ былъ приглашенъ къ роженицѣ и нашелъ передъ срамной щелью плодъ, величиною въ 18—20 стм. (5-й мѣсяцъ беременности), съ тонкой пуповиной, выстоявшей на 3—4 стм. изъ влагалища и очень напряженной. Подкожной клѣтчатки имѣлось столь много, что авторъ съ большимъ трудомъ прощупалъ матку, лежавшую болѣе слѣва. При массажѣ и давленіи на матку выскочило изъ нея нѣсколько большихъ сгустковъ, а вмѣстѣ съ ними вышло изъ влагалища нѣсколько стм. пуповины. Вскорѣ затѣмъ показалось еще 6—7 стм. шнурка, но на этомъ дѣло остановилось. Избѣгая вообще введенія пальцевъ въ маточную полость и принимая во вниманіе, что въ данномъ случаѣ эпителій влагалища, вѣроятно, неповрежденъ (малый плодъ у 4—родящей), авторъ, обмывъ собственныя руки и наружныя половыя части родильницы, ввелъ, стоя съ правой стороны, во влагалище указательный и средній пальцы правой руки и дошелъ до задняго свода, производя одновременно лѣвой рукой давленіе на матку чрезъ брюшные покровы. Когда матка стала сокращаться, онъ лѣвой рукой началъ давить на дно и переднюю стѣнку матки, а пальцами правой—черезъ сводъ на заднюю стѣнку. Черезъ нѣсколько секундъ весь послѣдъ вмѣстѣ съ оболочками выскочилъ изъ матки во влагалище.

Описанный способъ отличается отъ способа *Credé* тѣмъ, что на заднюю стѣнку матки давленіе производится не черезъ брюшные покровы, а чрезъ задній сводъ влагалища. Въ соотвѣтствующихъ случаяхъ способъ этотъ имѣетъ передъ извлеченіемъ послѣда пальцемъ, корнцангомъ либо ложечкой слѣдующія преимущества: 1) быстрота—не нужно обезпложивать приборовъ, укладывать больную на столъ либо поперечную кровать и т. п.; 2) легкость и 3) избѣжаніе введенія пальца въ полость матки (Gazeta lekarska, 2 іюля). *С. Островскій.*

667. Д-ръ *Ferré* сообщаетъ слѣдующій оперированный имъ *случай внѣматочной беременности, продолжавшейся до срока.*

Женщина, 35 л., поступаетъ 25/iii 1903 г., въ родильное заведеніе. До послѣдней беременности всегда была здорова. Мѣсячныя остановились въ маѣ 1902 г. Различныя перипетіи во время наступившей беременности, а также признаки, собранные въ родильномъ заведеніи, заставляютъ предположить внѣматочную беременность. Въ сентябрѣ больная почувствовала первое движеніе плода, въ концѣ февраля послѣ сильныхъ движеній плода во время припадка острой боли больная совсѣмъ перестала ихъ ощущать. 23/iii возобновленіе мѣсячныхъ въ теченіи 8 дней. При вступленіи въ родильное заведеніе грудныя железы при давленіи выдѣляютъ молоко. Граница опухоли живота находится на 4 пальца выше пупка. Опухоль зыблится въ верхней части, ощупываніе обнаруживаетъ расположенное въ глубинѣ ея неправильное тѣло. Надъ пупкомъ опухоль кажется твердой, неодинаковой консистенціи; безболѣзненна повсюду, неподвижна и перемѣны въ положеніи не измѣняютъ ея отношеній къ брюшной полости. Вся масса соотвѣтствуетъ величинѣ матки при 8-ми-мѣсячной беременности. Закругленная вверху опухоль расширяется книзу и занимаетъ главнымъ образомъ правую подвздошную ямку. Постукиваніе даетъ на опухоли тупой звукъ. Выслушиваніе не обнаруживаетъ ничего. Матка глубиной въ 11 стм. мягкой консистенціи, отодвинута съ мочевымъ пузыремъ кзади и влѣво, опухоль занимаетъ передній сводъ. Произведенное 31/iii чревосѣченіе подтверждаетъ распознаваніе. Извлекается плодъ вѣсомъ въ 2730 грм.. Полость плоднаго мѣшка состоитъ изъ 3 частей; средняя, содержавшая тѣло плода идетъ снизу вверхъ и слѣва направо; изъ 2 боковыхъ частей 1 находится въ правой подвздошной ямкѣ—здѣсь заключалась головка,—къ другой, направляющейся кзади и влѣво прикрѣпленъ послѣдъ. Обѣимъ боковымъ частямъ соотвѣтствуютъ съуженія мѣшка. Въ виду прирощенія послѣда къ стѣнкѣ мѣшка и кишечнымъ петлямъ удаляется только малая отдѣлившаяся часть его. Полость мѣшка тампонируется. Остальныя части его при явленіяхъ мѣстнаго зараженія удаляются постепенно въ теченіи 20 дней. Въ нижней части мѣшка образовалось скопленіе гноя. 25/iv—выпячиваніе и зыбленіе въ заднемъ сводѣ. Разрѣзъ даетъ выходъ значительному количеству гноя, послѣ чего больная начинаетъ быстро поправляться и 22/vi оставляетъ родильное заведеніе совершенно здоровой (Annales de gynécologie et d'obstetrique, декабрь, 1903 г.). *А. Г—ръ.*

Дѣтскія болѣзни. 668. Д-ра *Żeleński* и *Cybulski* изучали въ Краковской дѣтской клиникѣ проф. *Jakubowsk*'аго *вопросъ о появленіи міэлоцитовъ въ крови дѣтей.* Для изслѣдованія крови авторы пользовались тріацидомъ *Ehrlich*'а и среднимъ растворомъ эозина и метиленовой синьки въ метиловомъ алкоголѣ по *Maya-Grünwald*'у. Случаевъ тяжелаго дѣтскаго малокровія, характеризовавшагося увеличеніемъ селезенки, лейкоцитозомъ и присутствіемъ ядросодержащихъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, авторы наблюдали 8. Во всѣхъ случаяхъ найдено уменьшеніе количества красныхъ кровяныхъ шариковъ и гэмоглобина, умѣренный лейкоцитозъ, присутствіе нормо- и мегалобластовъ и міэлоцитовъ. Число послѣднихъ колебалось отъ 1,5—17,4%. Изъ 6 дѣтей съ врожденной слабостью (недоношенныхъ либо близнецовъ съ крайне пониженнымъ развитіемъ) у 5 найдены міэлоциты въ значительномъ количествѣ. Изъ 16 случаевъ наслѣдственнаго сифилиса міэлоциты оказались въ 12. Далѣе авторы изслѣдовали кровь у 51 рахитика и подмѣтили, что въ легкихъ случаяхъ англійской болѣзни міэлоциты находятся въ крови рѣдко и въ скудномъ количествѣ, въ тяжелыхъ-же случаяхъ они встрѣчаются въ $^1/_2$ случаевъ, но тоже въ незначительномъ количествѣ. Изъ 6 золотушныхъ дѣтей у 2 сказались міэлоциты, а изъ 15 чахоточныхъ—у 11, при чемъ у послѣднихъ количество міэлоцитовъ равнялось 0,5—2%. 19 разъ авторы изслѣдовали кровь у дѣтей, истощенныхъ продолжительнымъ катарромъ пищевыхъ путей; міэлоциты найдены у 15 больныхъ и то въ значительномъ количествѣ. Относительно затяжныхъ болѣзней авторы приходятъ къ выводу, что міэлоцитозъ сопутствуетъ у ребенка почти постоянно сифилису, бугорчаткѣ и затяжному отравленію изъ пищевыхъ путей; рѣже онъ встрѣчается при англійской болѣзни и золотухѣ. Изъ 16 случаевъ фибринознаго и катаррального воспаленія легкихъ міэлоциты въ крови найдены въ 12; они оказались также во всѣхъ изслѣдованныхъ 5 случаяхъ остраго неваренія у дѣтей въ первыя недѣли жизни. Ни въ одномъ изъ 4 случаевъ вѣтряной оспы міэлоцитовъ въ крови не найдено. Въ заключеніе авторы указываютъ, что частота нахожденія въ крови міэлоцитоза (всего изъ 157 изслѣдованныхъ дѣтей міэлоциты найдены у 97) въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ возраста ребенка: у дѣтей моложе 2 мѣс. положительный результатъ полученъ 28 разъ и отрицательный—3; отъ 2—6 мѣс.—18 разъ положительный и 11 отрицательный; отъ 6—12 мѣс. положительный 11 разъ и отрицательный 13 и т. д.; такимъ образомъ явленіе это

рѣзче выражено въ первыя недѣли жизни (и у здоровыхъ дѣтей), а съ возрастомъ оно проявляется слабо (Przegląd lekarski, 2, 9, 16 и 23 іюля). *С. Островскій.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CIII. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества при Московскомъ Университетѣ.

(Засѣданіе 21-го апрѣля).

С. И. Благоволинъ сдѣлалъ сообщеніе: *Полная гистерэктомія по поводу фибромъ матки*, и показалъ препараты: а) *фибромы матки*, б) *внѣматочной беременности*. Полное удаленіе матки производится 2-мя путями: чревосѣченіемъ и черезъ влагалище. Разобравъ преимущества того и другого способа, докладчикъ пришелъ къ заключенію: удаленіе черезъ влагалище сопряжено съ меньшею степенью нарушенія цѣлости организма, слѣд., наиболѣе соотвѣтствуетъ хирургическому идеалу, въ смыслѣ-же консервативности предпочтительнѣе; показанія къ нему широки, но условія выполненія ограничиваютъ возможность примѣненія этого способа. Этого нельзя сказать про способъ путемъ чревосѣченія, хотя онъ иногда примѣняется тамъ, гдѣ можно было-бы обойтись влагалищнымъ путемъ, но за то онъ имѣетъ неоспоримое преимущество для точнаго распознаванія и неограниченной возможности примѣненія ко всѣмъ страданіямъ половой сферы. Докладчикъ стоитъ за полное удаленіе матки, также и въ виду отмѣченныхъ фактовъ, гдѣ, по видимому, доброкачественныя фиброміомы иногда при микроскопическомъ изслѣдованіи оказывались злокачественными опухолями, что наблюдалось въ гинекологической клиникѣ и гинекологическомъ Институтѣ для врачей не рѣже, чѣмъ въ цифровыхъ данныхъ *La Torre* (Nature des fibromes uterins). Какъ преимущество способа надвлагалищнаго срѣза матки при фибромахъ, выставляютъ большую легкость выполненія операціи, невозможность раненія мочеточниковъ, сохраненіе тазового дна и, наконецъ, невозможность появленія влагалищныхъ грыжъ. Докладчику извѣстно, что больше чѣмъ на 500 случаевъ полнаго удаленія міоматозной матки черезъ брюшные покровы, произведенныхъ проф. *В. Ф. Снегиревымъ*, не отмѣчено ни одного случая появленія влагалищныхъ грыжъ. Если-бы влагалищная грыжа и появилась, то за причину докладчикъ считаетъ не послѣдствіе хирургическаго вмѣшательства, а нарушеніе тазового дна, существовавшее ранѣе. Первые свои случаи полнаго удаленія міоматозной матки черезъ брюшные покровы докладчикъ дѣлалъ по способу *Doyen-Снегирева*; послѣдніе-же 10 случаевъ, оперированные въ поликлиникѣ при комитетѣ «Христіанская помощь», произведены по способу, заимствованному у *G. Richelot*. Всѣ оперированныя фиброміомы были множественныя, простирались надъ входомъ въ малый тазъ, большинство было съ осложненіемъ воспаленіемъ придатковъ матки. Въ одномъ случаѣ придатки матки были запрокинуты въ *Douglas*'ово пространство, врощены тамъ и при двойномъ изслѣдованіи прощупывались въ видѣ отдѣльныхъ опухолей очень плотныхъ, почти твердыхъ на ощупь, что заставляло даже предполагать, что имѣлось дѣло не съ фиброміомой, а съ злокачественнымъ пораженіемъ придатковъ матки. Двѣ фиброміомы простирались въ область правой подвздошной впадины. Въ 2-хъ случаяхъ былъ проведенъ дренажъ во влагалище. Операція производилась безъ предварительной перевязки тканей; кровоостанавливающіе пинцеты накладывались только на артеріи. Сосуды перевязывались предпочтительно въ отдѣльности; массовыхъ перевязокъ обыкновенно не накладывалось, также не накладывалось цѣпочечной лигатуры на широкія связки, благодаря чему не получалось никакихъ культей широкихъ связокъ, не требовалось никакого ихъ укрѣпленія и никакой обработки брюшиной. Швейный матеріалъ: оленьи сухожилья и silk wormgut. Изъ 10-ти оперированныхъ по этому способу случаевъ, 9 прошли вполнѣ благополучно; послѣдній, оперированный 10/IV, препаратъ котораго былъ показанъ, окончился смертью. Показанный препаратъ представлялъ множественную фиброміому матки вѣсомъ 18½ фунтовъ. Исторія болѣзни: больной 51 годъ, замужемъ 22 года; подрядъ 3 выкидыша 3—4-хъ мѣсяцевъ; послѣдній выкидышъ 19 лѣтъ назадъ. Послѣ каждаго выкидыша страдала кровотеченіемъ и была повышенная температура. Съ годъ назадъ начался климактерическій періодъ. Бѣлями страдала съ замужества. Изъ прежнихъ заболѣваній: скарлатина и фибринозное воспаленіе легкаго. Послѣ послѣдняго выкидыша была послана въ Ессентуки для грязевого лѣченія, гдѣ опредѣлили: хроническое воспаленіе матки и выпотъ въ *Douglas*'овомъ пространствѣ. Къ 40 годамъ больная стала полнѣть, была послана на Кавказъ, гдѣ гинекологами была опредѣлена фиброма. Пользовалась тамъ грязевыми ваннами и лѣчилась отъ ожирѣнія. 6 лѣтъ назадъ больная сама замѣтила по срединѣ живота желвакъ плотный безболѣзненный, подвижной. Опухоль росла медленно, увеличивалось и общее ожирѣніе. По наступленіи климактерическаго періода опухоль стала быстро рости и достигла настоящихъ размѣровъ, простираясь на 3 поперечныхъ пальца выше пупка. Появилась одышка, сердцебіеніе. Пораженіе лѣвой верхушки легкаго, поліурія (2100—2800); слѣды бѣлка, цилиндровъ нѣтъ; сонъ плохой. Показаніемъ къ операціи при такомъ тяжеломъ состояніи больной было: быстрый ростъ опухоли и наростающая одышка. Было высказано предположеніе, что можетъ быть, мы имѣемъ дѣло съ злокачественнымъ перерожденіемъ опухоли и выполнить операцію не удастся. Хлороформное усыпленіе продолжалось 2 часа, операція-же 1 ч. 40 мин. Удаленіе опухоли и сама операція не представляли уклоненій. Былъ проведенъ дренажъ во влагалище. Послѣ операціи къ вечеру 37°,5, пульсъ 98, сильный кашель, мочи 700 к. стм. на другой день 36°,8, пульсъ 100, на 3-й день пульсъ сталъ слабѣе, одышка, рѣзкое вздутіе живота, не смотря на всѣ возможныя мѣры послабленія не было. На 4-й день при температурѣ 36°,2 и нитевидномъ пульсѣ больная скончалась. Вскрытія не было. За причину смерти докладчикъ считаетъ «все-таки заразу». Обстановка при производствѣ операціи была тождественная, какъ и въ другихъ 9-ти случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ. Содѣйствующими причинами смерти докладчикъ считаетъ плохую сопротивляемость организма въ зависимости отъ общаго ожирѣнія, отъ плохого состоянія сердца, отъ состоянія почекъ (поліурія) и наконецъ верхушечный процессъ въ лѣвомъ легкомъ. б) Препаратъ *внѣматочной беременности* представлялъ увеличенную трубу, бахромчатый конецъ которой тѣсно спаянъ съ яичникомъ. По срединѣ трубы отверстіе, изъ котораго вышелъ плодъ длиной 9 стм., висѣвшій на пуповинѣ. Объективное изслѣдованіе больной до операціи не соотвѣтствовало удаленному препарату. Микроскопическое изслѣдованіе, выдѣлившейся вмѣстѣ съ небольшимъ количествомъ крови, отпадающей оболочки окончательно установило, что имѣли дѣло съ внѣматочной беременностью. 12/IV чревосѣченіе. Гладкое послѣоперационное теченіе. *С. Бояркинъ.*

CIV. Изъ Общества охраненія народнаго здравія.

(Засѣданіе III отдѣла Общества 28 апрѣля).

В. А. Левашевъ. О дѣятельности обеззараживающей камеры при Барачной въ памятъ С. П. Боткина больницѣ въ 1903 г. (Сообщеніе сопровождалось предъявленіемъ плановъ и снимковъ). Докладчикъ познакомилъ Собраніе въ главныхъ чертахъ съ устройствомъ новой городской обеззараживающей камеры при Барачной въ память *С. П. Боткина* больницѣ, открытой 8 декабря 1902 г., и сообщилъ цифровыя данныя о дѣятельности ея за 1903 г. Въ отчетномъ году всего обеззаражено по 3627 квитанціямъ 243284 штукъ вещей отъ частныхъ лицъ и общественныхъ учрежденій и 3004 пудовъ 36 фунтовъ ветоши (тряпья отъ торговцевъ) тюками. Кромѣ того, обеззаражено узловъ больныхъ, поступившихъ въ Барачную больницу, 7071, бѣлья—9440 пудовъ 15 фунтовъ, халатовъ, капотовъ, одѣялъ, подушекъ, матрацевъ и др. вещей изъ больницы 14799 штукъ, а всего отъ города и отъ больницы обеззаражено 328493 штуки вещей и 12445 пудовъ 11 фунтовъ бѣлья и ветоши. Наибольшее количество вещей изъ города доставлено было въ январѣ (30069), наименьшее въ августѣ (10368). Изъ 9 незарѣчныхъ частей города, направляющихъ вещи для обеззараживанія въ камеру Барачной больницы, наибольшее число выданныхъ квитанцій приходится на долю Александро-Невской части (716), наименьшее—Коломенской (109). Въ 2519 случаяхъ вещи доставлялись для обеззараживанія изъ города по распоряженію санитарныхъ и другихъ врачей, въ 1108 случаяхъ—по почину самихъ владѣльцевъ или общественныхъ учрежденій. На долю скарлатины и дифтеріи приходится въ отчетномъ году 55,5% всѣхъ доставленныхъ изъ города вещей, на долю натуральной и вѣтряной оспы—13,2%, на долю тифовъ всѣхъ формъ 9,4%; въ 9,5% вещи были доставлены въ камеру безъ указанія формы заболѣванія. Вещи были доставлены въ камеру въ каретѣ камеры въ 76 случаяхъ, санитарнымъ обозомъ въ 2566 случаяхъ, легковыми и ломовыми извозчиками въ 943 случаяхъ, на рукахъ—въ 42 случаяхъ. Для обеззараживанія означеннаго количества вещей потребовалось 6006 рабочихъ часовъ и 2838 нагрузокъ паровыхъ и формалиновыхъ приборовъ.

Въ обмѣнѣ мнѣній по поводу заслушаннаго доклада приняли участіе: проф. *С. В. Шидловскій, Ф. И. Піотровскій, М. И. Алтуховъ, Н. И. Григорьевъ, В. П. Кашкадамовъ, В. О. Губертъ, В. Ѳ. Штромъ, И. Л. Шверлдовъ, П. О. Смоленскій* и *докладчикъ*.

Предсѣдатель, проф. *С. В. Шидловскій*, доложилъ Собранію о полученномъ имъ, черезъ Совѣтъ Общества, *запросѣ отъ Департамента земледѣлія Министерства земледѣлія и государственныхъ имуществъ относительно качествъ воды изъ артезіанскаго колодца*, устроеннаго въ усадьбѣ Псковскаго средняго сельско-хозяйственнаго училища, и сообщилъ приложенныя къ запросу данныя произведенныхъ химическихъ изслѣдованій воды означеннаго колодца.

Отдѣлъ постановилъ просить *П. Л. Мальчевскаго, В. П. Кашкадамова* и *В. А. Левашева* разсмотрѣть присланныя данныя и высказать свое заключеніе по настоящему запросу.

Въ виду предстоящихъ выборовъ должностныхъ лицъ Отдѣла *С. В. Шидловскій* повторилъ выраженную имъ еще въ 1900 г. просьбу выбрать предсѣдателемъ Отдѣленія другое, болѣе его свободное лицо. Причина, по которой онъ *безусловно* считаетъ необходимымъ сложить съ себя обязанности предсѣдателя—полная невозможность удѣлять дѣятельности Отдѣла столько времени, сколько необходимо для того, чтобы способствовать расширенію этой дѣятельности, а не являться ея тормазомъ. При этомъ

онъ сообщилъ, что еще годъ назадъ онъ получилъ письмо отъ секретаря Отдѣла *Н. И. Григорьева*, въ которомъ тотъ извѣщалъ, что за недостаткомъ времени слагаетъ съ себя обязанности секретаря. Письмо это не было доложено Собранію, такъ какъ *С. В. Шидловскому* удалось уговорить глубокоуважаемаго *Н. И.* не отказываться отъ исполненія секретарскихъ обязанностей до времени новыхъ выборовъ. *Н. И. Григорьевъ* возобновилъ свою просьбу не избирать его вновь секретаремъ Отдѣла.

Въ произведенныхъ засимъ выборахъ избраны слѣдующія лица: предсѣдатель ч. пр. *А. А. Липскій*, товарищъ предсѣдателя проф. *В. Е. Тимоновъ*, секретарь Отдѣла—*В. П. Кашкадамовъ*, секретарь по редакціоннымъ дѣламъ—*В. А. Левашевъ*. Въ ревизіонную Коммиссію—*Э. Г. Перримондъ*.

В. Левашевъ.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Prof. Dr. G. Aschaffenburg. Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Heidelberg. 1903.

Трудъ проф. *Aschaffenburg*'а раздѣляется на 3 части: I. Соціальныя причины преступности. II. Индивидуальныя причины ея. III. Борьба съ преступностью.

1-й части предшествуетъ краткое введеніе, въ которомъ авторъ устанавливаетъ основные принципы криминальной политики, выясняетъ современное значеніе судебной психопатологіи, намѣчаетъ задачи уголовной антропологіи и разбираетъ тѣ способы, которыми она пользуется при изученіи преступности и самихъ преступниковъ.

Въ 1-й части, раздѣленной на отдѣльныя главы, изучаются различныя соціальныя причины преступности и выясняется ихъ роль и значеніе. Авторъ устанавливаетъ здѣсь зависимость числа и характера преступленій отъ времени года, указываетъ вліяніе религіи, расы, профессіи, выясняетъ важное значеніе въ этомъ отношеніи алкоголизма и проституціи.

Во 2-й части разсматриваются индивидуальныя причины преступности, при чемъ отдѣльно изучается вліяніе воспитанія, образованія, возраста, пола и т. д.; тутъ-же довольно подробно изложено ученіе о физическихъ и психическихъ особенностяхъ преступниковъ, а также приведена характеристика наблюдающихся у преступниковъ душевныхъ ненормальностей.

3-я часть посвящена разбору мѣръ борьбы съ преступностью. Въ этомъ отдѣлѣ авторъ съ достаточной полнотой разсматриваетъ всѣ тѣ средства, которыми располагаетъ наука и которыми можетъ воспользоваться общество для борьбы съ преступностью. Въ нѣсколькихъ заключительныхъ главахъ подвергаются критическому анализу основные вопросы уголовнаго права объ отвѣтственности и о цѣли наказанія, а также приводятся принципы новѣйшаго ученія криминалистовъ т. наз. позитивной школы объ условномъ осужденіи и досрочномъ освобожденіи. Послѣднюю главу своего труда авторъ посвящаетъ оцѣнкѣ всѣхъ предлагаемыхъ наукой способовъ воспитанія и исправленія малолѣтнихъ преступниковъ, а также лицъ съ уменьшенной вмѣняемостью.

Проф. *Aschaffenburg* очень удачно справился съ своей задачей, изложивъ весьма умѣло и сжато все то, чѣмъ располагаетъ современная наука по вопросамъ криминальной психологіи. Поэтому на книгу его можно смѣло указать какъ врачамъ, въ особенности судебнымъ, такъ и юристамъ, желающимъ ознакомиться съ современнымъ состояніемъ ученія о преступленіи и о мѣрахъ борьбы съ этимъ соціальнымъ недугомъ. *Б. Воротынскій.*

Матеріалы для сужденія при опредѣленіи степени потери трудоспособности отъ поврежденій вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ. Изданіе Министерства финансовъ. Отдѣлъ промышленности. С.-Петербургъ. 1904 г.

Новый законъ 2 іюня 1903 г. объ отвѣтственности предпринимателей за несчастные случаи съ рабочими является первой серьезной попыткой законодательства улучшить положеніе рабочихъ, утратившихъ трудоспособность вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ. Въ примѣненіи этого закона принимаютъ непосредственное участіе, помимо самого рабочаго и фабриканта, также фабричная и окружная инспекція, присяжные повѣренные и врачи. На послѣднихъ выпадаетъ особенно важная роль, можно сказать, главная; заключеніе врача о степени того или другого поврежденія и о степени утраты трудоспособности—самая существенная сторона дѣла. Такая важная роль врача въ данномъ случаѣ налагаетъ на него большую отвѣтственность. Къ сожалѣнію, у насъ не было и нѣтъ инструкцій, которыми врачи могли-бы руководствоваться при опредѣленіи потери трудоспособности, и это ставитъ ихъ въ затруднительное положеніе. Пользоваться-же схемой далеко не всегда удобно въ виду ея неполноты. Поэтому вышеупомянутое изданіе Министерства финансовъ, составленное фабричнымъ ревизоромъ Е. М. Дементьевымъ, по наиболѣе извѣстнымъ и по наиболѣе употребляемымъ въ Германіи и Австріи трудамъ и схемамъ для опредѣленія степени утраты трудоспособности рабочимъ отъ несчастныхъ случаевъ, хотя и можетъ служить хорошимъ пособіемъ, но все-же имѣетъ тотъ недостатокъ, что въ этой книгѣ не указано, которой изъ приводимыхъ инструкцій можно пользоваться для означенной цѣли [1]).

Не входя въ разборъ указанныхъ матеріаловъ и сравненія ихъ между собою, укажемъ лишь на содержаніе книги. Она состоитъ изъ IX главъ. Наиболѣе подробная VIII глава—данныя Германскаго страхового управленія (24—58 стр.); здѣсь приведены важнѣйшія рѣшенія по обжалованіямъ съ іюля 1886 г. по 1 августа 1896 г. Вмѣсто %% утрата трудоспособности означена % отъ полной пенсіи назначавшагося вознагражденія. Въ 1-ой главѣ приведены скалы пониженія трудоспособности при вознагражденіи за несчастные случаи, составленныя по таблицѣ *О. Боде*; во 2-ой—такія-же скалы составлены д-ромъ *Е. Гомбіевскимъ* по *О. Боде*; въ 3-ей правила II отдѣленія Сѣверогерманскаго строительнаго страхового товарищества; въ 4-ой—схема средней величины пониженія трудоспособности, выработанная Вѣнскимъ страховымъ Обществомъ (наиболѣе подробная). Далѣе приведена замѣчательная схема, выработанная Конференціей врачей желѣзнодорожныхъ мастерскихъ въ Германіи; краткій тарифъ вознагражденія за несчастные случаи Кельнскаго частнаго страхового Общества. Очень интересная и полезная глава «объ оцѣнкѣ потери трудоспособности при поврежденіи глазъ» составлена по руководствамъ *Е. Гомбіевскаго* и *Я. Беккера*, наиболѣе распространенныхъ въ Германіи. Въ послѣдней главѣ приводятся правила опредѣленія потери трудоспособности въ Финляндіи, изданныя 9 декабря 1897 г.

При отсутствіи у насъ пока собственныхъ правилъ и схемъ по опредѣленію степени утраты трудоспособности рабочими, названные «матеріалы» могутъ оказать услугу не только врачамъ, но и фабричнымъ инспекторамъ и окружнымъ инженерамъ.

Д. Никольскій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XC. М. Г.! Не откажите помѣстить наше нѣсколько запоздалое письмо.

Мы, нижеподписавшіеся земскіе врачи Ветлужскаго уѣзда, Костромской губ., выражаемъ глубокое сочувствіе многоуважаемому товарищу *Николаю Петровичу Забусову*, подвергшемуся такому возмутительному нападенію въ то время, когда онъ исполнялъ гуманную обязанность врача. Не можемъ думать, что гнусное отношеніе къ человѣческой личности, проявленное г. Ковалевымъ, не встрѣтитъ достойнаго осужденія въ гласномъ судѣ. Глубоко убѣждены, что лучшіе элементы среды, изъ которой выходятъ гг. Ковалевы, раздѣляютъ съ нами всю тяжесть оскорбленія, нанесеннаго обществу варварскимъ поступкомъ г. Ковалева.

Прядильщиковъ, П. Гусевъ, Н. Давыдовъ, Я. Гейманъ, А. Лаговскій, Я. Эйзенбетъ.

Ветлуга. 15/VIII 1904 г.

XCI. Нѣсколько словъ по поводу статьи Н. В. Краинскаго „Вліяніе „настроенія" на эволюцію психіатрическаго дѣла въ Россіи".

Во вновь вышедшемъ «Научномъ Архивѣ Виленской окружной лѣчебницы» (№ 1 и 2) помѣщена статья *Н. В. Краинскаго* подъ выше указаннымъ заглавіемъ. Въ статьѣ авторъ сообщаетъ свои впечатлѣнія о психіатрическомъ отдѣлѣ IX Съѣзда врачей въ память *Н. И. Пирогова*. Оставляя на совѣсти автора выраженія «анонимная толпа», «пристрастное постановленіе», «неискренность» и другіе перлы, какими испещрена его статья и какіе онъ, не задумываясь, позволяетъ себѣ по отношенію къ Съѣзду, къ которому всегда чутко прислушивалось и съ уваженіемъ относилось и относится русское общество, мы считаемъ нелишнимъ остановиться на статьѣ д-ра *Кр.*, такъ какъ она, являясь яркимъ выраженіемъ переживаемаго времени, носитъ своеобразность.

Прежде всего о заглавіи. Считая постановленія психіатрическаго отдѣла Съѣзда неправильными, авторъ объясняетъ происхожденіе ошибокъ, допущенныхъ отдѣломъ особымъ настроеніемъ ея. Намъ думается, что д-ру *Кр.*, автору энергетической психологіи, слѣдовало бы точно и вдумчиво проанализировать это настроеніе; если онъ признаетъ послѣднее «патологическимъ», то ему, легко обвиняющему другихъ въ пристрастіи, слѣдовало бы объективно изучить патогенезъ его. Мнѣ не пришлось быть на IX Съѣздѣ и потому не считаю себя въ правѣ оспаривать мнѣнія д-ра *Кр.* о настроеніи Съѣзда по существу, но авторъ, понимающій необходимость существованія причинъ всякаго психическаго явленія, не долженъ-бы упускать изъ виду этіологіи этого настроенія, тѣмъ болѣе, что она во многихъ отношеніяхъ представляетъ глубокій интересъ. Смѣемъ надѣяться, что онъ, въ дальнѣйшемъ, обѣщая вернуться къ разбираемому имъ во-

[1]) Для выработки такой инструкціи или правилъ у насъ, какъ извѣстно, избрана особая Коммиссія при Медицинскомъ Совѣтѣ подъ предсѣдательствомъ акад. *Н. П. Ивановскаго*, которая уже окончила свои занятія. Кромѣ того, эту-же инструкцію разсматривали въ особой Коммиссіи при Обществѣ содѣйствія торговли и промышленности. Можно надѣяться, что въ скоромъ времени явится новая инструкція.

просу, исправить свой пробѣлъ, но при этомъ не можемъ не выразить пожеланія, чтобы авторъ проникся убѣжденіемъ, что, подобно тому какъ въ наше безгнилостное время всякая рана требуетъ чистыхъ рукъ, бываютъ душевныя явленія, къ которымъ нужно подходить съ чистымъ сердцемъ и мышленіемъ.

Въ своей статьѣ д-ръ *Кр.* не желаетъ признавать «земской» психіатріи, хотя на стр. 264 Научнаго Архива Виленской окружной лѣчебницы приведена рѣчь того же д-ра *Кр.*, въ которой онъ буквально сказалъ слѣдующее: «Со времени собственно передачи психіатрическаго дѣла въ руки *земства* можно считать настоящее начало учрежденія и развитія въ Россіи дѣла призрѣнія душевнобольныхъ.... *Земствами* были приглашены въ больницы врачи спеціалисты и дѣло призрѣнія душевнобольныхъ стало постепенно налаживаться».

Эта рѣчь была произнесена 21/V 1903 г. и меньше, чѣмъ чрезъ годъ авторъ послѣ Съѣзда забылъ имъ же сказанное.

Постановленіе Съѣзда «главныя заботы дѣла устройства призрѣнія и лѣченія душевнобольныхъ должны лежать главнымъ образомъ на общественныхъ самоуправленіяхъ» авторъ считаетъ насильственно навязаннымъ Съѣзду, предвзятымъ, неправильнымъ. Мы готовы были-бы согласиться съ мнѣніемъ д-ра *Кр.*, если-бы онъ представилъ соображенія, которыя имѣли хотя-бы слабый характеръ убѣдительности. Въ доказательство ошибки, допущенной Съѣздомъ въ этомъ постановленіи, авторъ считаетъ нужнымъ сдѣлать кивокъ въ сторону санитарныхъ земскихъ врачей, вообще, и санитарнаго врача Самарской губ. *Грана* въ частности, дерзнувшаго сдѣлать неугодное д-ру *Кр.* предложеніе; а именно д-ръ *Кр.* указываетъ, что онъ, де *Гранъ*, съ психіатріей ничего общаго не имѣетъ и ея не знаетъ (?) и что это постановленіе Съѣзда есть слѣдствіе вторженія въ чужую область санитарныхъ земскихъ врачей. Считая Съѣздъ всё-таки учрежденіемъ компетентнымъ, мы не станемъ приводить ничего ни за, ни противъ постановленія Съѣзда, но разберемся только въ соображеніяхъ, приводимыхъ д-ромъ *Кр.* противъ постановленія Съѣзда. При ближайшемъ разсмотрѣніи ихъ оказывается, что они или не стоятъ ни въ какой даже слабой логической связи съ постановленіемъ Съѣзда или по существу несправедливы. Постановленіе Съѣзда, о которомъ идетъ рѣчь, неправильно, по мнѣнію д-ра *Кр.*, потому что психіатрія должна быть одна (какъ будто Съѣздъ говоритъ, что она должна быть разная), потому что психіатрія имѣетъ задачею лѣчить и помогать страждущимъ и наконецъ потому, что земскія собранія ходатайствовали о передачѣ дѣла призрѣнія душевнобольныхъ въ руки и на средства правительства. Только послѣднее замѣчаніе имѣетъ отношеніе къ постановленію Съѣзда, но оно грѣшитъ тѣмъ, что земства ходатайствовали «о принятіи на счетъ правительства *части* расходовъ по содержанію психіатрическихъ больницъ или о призрѣніи (правительствомъ) неизлѣчимыхъ хрониковъ, испытуемыхъ, арестантовъ, статейныхъ, военныхъ», но не о передачѣ дѣла призрѣнія душевнобольныхъ въ руки и на средства правительства. Тутъ есть нѣкоторая разница, но авторъ упускаетъ ее изъ виду, хотя она ему извѣстна, такъ какъ мы цитируемъ взятыя въ кавычки слова изъ рѣчи д-ра *Кр.* (стр. 267, Научнаго Архива Виленской окружной лѣчебницы). Полагая такимъ образомъ, что соображенія автора не выдерживаютъ критики, не можемъ не сказать попутно нѣсколько словъ по поводу вышеупомянутой боязни «вторженія въ чужую область».

Если психіатрическое дѣло даже въ земскихъ губерніяхъ стоитъ еще на распутьи (въ неземскихъ губерніяхъ дѣло поставлено значительно хуже—ссылаюсь на авторитетъ *С. С. Корсакова*. Психіатрія, 1901 г., стр. 633), если дѣло призрѣнія и лѣченія душевнобольныхъ до сихъ поръ въ Россіи за единственнымъ почти исключеніемъ Московскаго земства шло безъ опредѣленнаго плана, то, помимо другихъ причинъ, не малое значеніе въ этомъ случаѣ имѣла эта боязнь «вторженія въ чужую область», какую проявляли и иногда проявляютъ и теперь нѣкоторые директора психіатрическихъ больницъ по отношенію къ вмѣшательству «постороннихъ лицъ» общественныхъ дѣятелей съ одной—и ординаторовъ этихъ же больницъ, съ другой стороны, вмѣшательству, выражающемуся въ томъ, что и эти люди позволяютъ себѣ и свое скромное сужденіе имѣть.

Участковая земская медицина, идя по опредѣленному пути къ заранѣе намѣченной цѣли, достигла результатовъ, какіе для ея сестры, земской психіатріи, а тѣмъ болѣе для психіатріи неземскихъ губерній, являются пока pium desiderium, благодаря тому, что земскіе дѣятели и земскіе врачи дружно работали, заботясь прежде всего объ интересахъ населенія; между земскими врачами не было диктаторовъ, для которыхъ главнымъ девизомъ дѣятельности служитъ «sic volo, sic iubeo»; они, участковые земскіе врачи не чуждались «некомпетентныхъ» земскихъ дѣятелей, являющихся представителями населенія и выразителями истинныхъ нуждъ его, не боялись «вмѣшательства несвѣдущихъ лицъ въ технику спеціальнаго» медицинскаго дѣла и они не имѣютъ основанія въ этомъ раскаиваться. Земскіе участковые врачи дѣлали и дѣлаютъ свое нелегкое дѣло, считая для себя обязательнымъ мнѣніе другихъ товарищей, такъ какъ сознавали, что большія затрудненія могутъ они поборотъ на своемъ терпистомъ пути только единеніемъ, а не разрозненностью и властнымъ подчиненіемъ себѣ воли и иниціативы другихъ. Не въ этой-ли боязни «вторженія въ чужую область» кроется одна изъ причинъ «психіатрическихъ эпопей съ крушеніемъ многихъ почтенныхъ психіатровъ», не въ ней-ли главная причина форсированной смѣны ординаторовъ не только земскихъ психіатрическихъ, какъ указываетъ д-ръ *Кр.*, но и вообще психіатрическихъ больницъ, не въ этомъ-ли трудно объяснимомъ стремленіи огораживать себя китайской стѣной, не въ обособленности-ли психіатріи отъ участковой медицины лежитъ одна изъ причинъ многихъ недостатковъ въ строѣ психіатрическаго дѣла?

Могутъ возразить, что и на фонѣ земской участковой медицины случались столкновенія между Управами и врачами. Не отрицая этого, я долженъ отмѣтить, что они имѣли главнымъ образомъ мѣсто тамъ, гдѣ сохранялось въ силѣ бюрократическое начало и во всякомъ случаѣ увѣренъ, что тамъ, гдѣ отсутствуетъ товарищеское веденіе дѣла, отъ такихъ печальныхъ эпизодовъ не спасъ-бы и «превосходный» уставъ 1893 г., о не введеніи котораго такъ скорбитъ д-ръ *Кр.*

Перехожу къ другому наводящему ужасъ на д-ра *Кр.* грѣху психіатрическаго отдѣла Съѣзда. *Возможно* широкая децентрализація психіатрическихъ лѣчебницъ является наиболѣе правильнымъ обезпеченіемъ психіатрической помощи населенію. Это вполнѣ умѣренное, строго продуманное, ясное постановленіе Съѣзда д-ръ *Кр.*, называетъ пристрастнымъ, неправильнымъ. «Мы ничуть не отрицаемъ», говоритъ д-ръ *Кр.*, «того, что нѣкоторая децентрализація возможна, равно какъ и то, что слишкомъ большая централизація можетъ быть вредна, но теперь, когда въ Россіи призрѣвается лишь 10% общаго числа душевнобольныхъ, рано говорить объ уѣздныхъ психіатрическихъ больницахъ». Но призадумался-ли д-ръ *Кр.* надъ дилеммой, что, если-бы въ Россіи при развитіи психіатрическаго дѣла не было этой большой централизаціи, напр., Томская окружная лѣчебница для всей Сибири со смѣтой постройки въ 2000000 р., которую д-ръ *Кр.*, неосторожно обмолвившись, но справедливо называетъ вредной, если-бы психіатрическая помощь при осуществленіи возможной децентрализаціи стала доступной населенію, то развѣ уже этимъ самымъ % призрѣваемыхъ душевнобольныхъ не увеличился-бы значительно; вѣдь населеніе, ознакомившись съ гуманнымъ отношеніемъ въ больницахъ къ душевнобольнымъ, проникшись довѣріемъ къ психіатрическимъ лѣчебницамъ, помѣщало-бы въ нихъ своевременно больныхъ вмѣсто того, чтобы держать ихъ на цѣпи. Развѣ нельзя допустить, что % душевнобольныхъ, пользующихся теперь разумной помощью именно потому и низокъ, что эта помощь, за отдаленностью больницы отъ населенія, недоступна ему какъ въ земскихъ, а тѣмъ болѣе въ неземскихъ губерніяхъ съ ихъ окружными лѣчебницами. Хотя, какъ выше указывалось, д-ръ *Кр.* признаетъ большую централизацію вредной, однако находитъ возможнымъ заявить, что *Н. И. Баженовъ* и *В. И. Яковенко* незнакомы съ дѣломъ (!) когда они отозвались объ окружныхъ лѣчебницахъ, какъ о шагѣ назадъ. Радуясь за автора, что ему, по видимому, одному посчастливилось ознакомиться съ дѣломъ, мы не находимъ возможнымъ упускать изъ виду вполнѣ доказаннаго факта, что, изъ-за господствующей въ русской психіатріи централизаціи, многіе острые больные не попадаютъ своевременно въ лѣчебницы и превращаются въ неизлѣчимыхъ хрониковъ, которыми переполнены наши психіатрическія больницы. Не говоря о томъ, что это переполненіе составляетъ крупное зло, въ борьбѣ съ которымъ мы теперь безсильны, развѣ централизація сама по себѣ не является косвенной причиной калѣчества значительнаго числа душевнобольныхъ, калѣчества, которое ложится трудно поддающимся подсчету тяжелымъ бременемъ на населеніе и сопряжено съ непроизводительной затратой его крайне скудныхъ средствъ? Возставая противъ централизаціи, д-ръ *Кр.* указываетъ, во 1-хъ на то, что децентрализація обойдется дорого государству, во 2-хъ, на то, что въ маленькихъ лѣчебницахъ нельзя будетъ поставить дѣла клинически, на вполнѣ научныя основанія. Первое соображеніе, имѣющее характеръ излишняго запугиванія, имѣетъ за себя пока еще только теоретическія основанія: чѣмъ меньше больница, говоритъ *С. С. Корсаковъ*, тѣмъ дороже стоитъ ея содержаніе, но мы не считали бы себя въ правѣ предостерегать отъ попытокъ въ направленіи децентрализаціи психіатрической помощи населенію, что и дѣлаютъ уже нѣкоторыя земства, такъ какъ, во 1-хъ, громадная польза для душевнобольныхъ отъ этого способа не подлежитъ сомнѣнію и, во 2-хъ, потому, что эти опасенія дороговизны на практикѣ могутъ оказаться преувеличенными. Что касается 2-го довода автора противъ небольшихъ психіатрическихъ больницъ, то признавая крайнюю желательность, если бы для этого были средства, клинической постановки медицинскаго дѣла, вообще, и психіатрическаго въ частности, мы должны отмѣтить, что и въ большихъ психіатрическихъ больницахъ не можетъ быть пока, къ сожалѣнію, рѣчи о вполнѣ клинической постановкѣ дѣла, когда, напр., по опредѣленному штату больныхъ и врачей Виленской окружной лѣчебницы, на одного врача приходится 100 больныхъ.

Въ заключеніе замѣчу, что статья д-ра *Кр.* оставляетъ послѣ прочтенія крайне тяжелое чувство и вызываетъ грустныя размышленія: подобныя статьи не способствуютъ прогрессу нашего молодого психіатрическаго дѣла, а тормозятъ его.

Земскій врачъ-психіатръ *Е. И. Альтшулеръ.*

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1622. Проф. *М. С. Субботинъ*, 30-лѣтіе службы котораго по учебной части истекло 29-го минувшаго іюля, *оставленъ*, какъ сообщаютъ общія газеты («Новое Время», «Русь», 6 августа), въ должности профессора В.-Медицинской Академіи *еще на 2 года*.—Менѣе всего, разумѣется, имѣя въ виду данный конкретный случай, мы все-же по поводу его позволимъ себѣ напом-

нить читателямъ, что незабвенный Вячеславъ Аксентьевичъ съ принципіальной стороны былъ убѣжденнымъ противникомъ затягиванія преподавательской дѣятельности врачей свыше 25 лѣтъ, полагая, что за 25 лѣтъ напряженной мозговой работы, выпадающей на долю представителя каѳедры, естественнымъ образомъ рука его устаетъ высоко и крѣпко держать знамя науки и что послѣ этого «пора уже дать мѣсто молодымъ силамъ». Идейные взгляды учителя, видимо, разбиваются о суровую дѣйствительность, и удержаніе за собой профессорскаго мѣста не только послѣ 25, но и 30 и даже 40 лѣтъ службы продолжаетъ оставаться у насъ почти обычнымъ явленіемъ.

1623. Московское городское общественное Управленіе открываетъ *обеззараживающій Институтъ* со школой для приготовленія опытныхъ обеззараживателей («Новое Время», 10 августа).

1624. «Оренбургская Газета» (27 іюля) сообщаетъ, что служащіе Верхнеуральской уѣздной больницы съ марта дѣлаютъ *2%-ныя отчисленія* съ получаемаго содержанія въ пользу Краснаго Креста.

1625. Московская уѣздная земская Управа, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (4 августа), увѣдомила врачебное Управленіе на его запросъ, что въ *Московскомъ уѣздѣ* нѣтъ *ни одного медицинскаго участка, который бы оставался безъ врачей*, такъ какъ ни одинъ изъ уѣздныхъ земскихъ врачей до настоящаго времени не былъ призванъ изъ запаса на дѣйствительную службу, а также никто не былъ командированъ отъ Общества Краснаго Креста.

1626. «Донская Рѣчь» (30 іюля) сообщаетъ, что, по почину Самарской губернской земской Управы, чрезъ губернскую санитарно-исполнительную Коммиссію предполагается возбудить ходатайство предъ Министерствами внутреннихъ дѣлъ и военнымъ *объ освобожденіи врачей запаса Самарской губ. отъ дальнѣйшаго призыва на военную службу*. Ходатайство это возбуждается въ виду того, что Самарская губ. объявлена «угрожаемой по холерѣ», а между тѣмъ только-что закончившаяся мобилизація взяла изъ нея около 15 врачей, вслѣдствіе чего теперь цѣлый рядъ медицинскихъ участковъ остается безъ врачебнаго персонала.

1627. Во главѣ *бактеріолого-гигіеническаго Отряда*, отправляемаго Харьковскимъ медицинскимъ Обществомъ на Дальній Востокъ, командируется д-ръ *В. Фаверъ* («Новости», 3 августа).

1628. Въ составъ *врачебнаго персонала эвакуаціоннаго лазарета* при Александровскомъ убѣжищѣ для увѣчныхъ воиновъ въ Москвѣ вошли: *Р. К. Коппе, М. Ф. Исперъ и В. А. Пановъ* («Русь», 4 августа).

1629. «Новое Время» (10 августа) сообщаетъ, что Управленіе курорта «Kreuznach» (Рейнская провинція, Германія) увѣдомило русское военное Министерство, что всѣмъ русскимъ офицерамъ, раненымъ въ русско-японской войнѣ и желающимъ лѣчиться въ курортѣ, обѣщана какъ безплатная куртакса, такъ и вполнѣ *безплатное пользованіе всѣми цѣлебными средствами курорта*.

1630. «Русь» (4 августа) передаетъ, что Комитетъ Закавказскихъ желѣзныхъ дорогъ постановилъ учредить съ октября текущаго года на побережьѣ Чернаго моря, вблизи Батума, *санаторію на 30 раненыхъ и больныхъ офицеровъ*, пострадавшихъ на войнѣ и нуждающихся въ возстановленіи и укрѣпленіи здоровья.

1631. 24 іюля населеніе г. Вилейки, Виленской губ., устроило *теплые проводы* д-ру *Я. Г. Диллону*, отправившемуся на Дальній Востокъ («Сѣверо-Западное Слово», 29 іюля).

1632. Дорогобужскій уѣздный врачебный Совѣтъ постановилъ выразить искреннюю *благодарность* отъ имени Совѣта завѣдующему хирургическимъ отдѣленіемъ Петербургской Маріинской больницы *Г. И. Трахтенбергу* за его любезное отношеніе къ врачамъ, пріѣзжающимъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія («Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и дѣятельности медицинскихъ организацій въ Смоленской губ.», № 5).

1633. 5-го августа Александровская Община Краснаго Креста въ Петербургѣ скромно праздновала *25-лѣтіе своей дѣятельности* («Новое Время», 6 августа).—За 25 лѣтъ своего существованія Община дала Россіи цѣлый сонмъ идейныхъ труженицъ, самоотверженно и въ полной личной неизвѣстности выполнявшихъ и выполняющихъ свой высокій подвигъ служенія больному человѣчеству. Сердечное спасибо несется на встрѣчу симпатичному образу «сестрицы» отъ всѣхъ, кому въ горькой долѣ пришлось на себѣ испытать нѣжное дѣйствіе ея умѣлыхъ рукъ и благотворное вліяніе ея ласковаго слова. Просимъ Общину принять и нашъ горячій, хотя и запоздалый, привѣтъ.

1634. Приводимъ изъ отчета *«о научной командировкѣ въ Елениинскій Институтъ»* д-ра *Д. Христочевскаго* («Врачебно-санитарная хроника Воронежской губ.», № 6) отзывы его о нѣкоторыхъ курсахъ. «Операціонная у проф. *Тилинга* устроена амфитеатромъ, зрители помѣщаются на скамьяхъ, но и первый рядъ на значительномъ разстояніи отстоитъ отъ операціоннаго стола, чтобы свободенъ былъ проходъ; смотрѣть приходится больше противъ свѣта; на слѣдующихъ скамьяхъ видно еще хуже. Бываетъ на операціяхъ человѣкъ до 100 и болѣе, видѣть ничего не удастся, и всегда почти послѣ операціи уходишь съ сознаніемъ напрасно потраченнаго времени: лучше было-бы раздѣлиться по группамъ, что предлагалъ въ началѣ проф. *Тилингъ* и на что товарищи не согласились, и хотя разъ въ мѣсяцъ хорошо увидѣть весь ходъ операціи, чѣмъ посѣщать всѣ операціи и почти ничего не видѣть. Я нѣсколько разъ собирался оставить ходить на операціи къ проф. *Тилингу*, но у него всегда перечень операцій вывѣшивается за 2—3 дня, подборъ операцій всегда интересный и трудно устоять, чтобы не пойти, надѣясь, конечно, что хоть на этотъ разъ удастся увидѣть». «По оперативной хирургіи на трупѣ я занимался у д-ра *Ауэ*; занятія онъ ведетъ усердно и умѣло; продолжаются они отъ 7 час. веч. до 11—12 час. ночи ежедневно въ теченіи 10 дней. Труповъ бываетъ мало, но каждому удается продѣлать всѣ желаемыя операціи; однако, ежедневныя занятія очень утомляютъ, и все довольно скоро забывается, какъ послѣ экзамена. Еще весьма полезны вечернія занятія на трупахъ у д-ра *Трахтенберга* по топографической анатоміи и оперативной хирургіи; ведетъ онъ ихъ безвозмездно и сообщаетъ много интересныхъ клиническихъ свѣдѣній». У проф. *Отта* операціи чрезъ чревосѣченіе видны хорошо; но проф. *Оттъ* больше оперируетъ чрезъ влагалище, и, хотя онъ освѣщаетъ при помощи электрическихъ лампочекъ въ зеркалахъ, но детали мало видны, только развѣ для 2—3-хъ близко стоящихъ. Способъ удаленія чрезъ влагалище мнѣ показался очень труднымъ; надо владѣть хорошей техникой, имѣть спеціальныя зеркала проф. *Отта*; операціи вообще дольше затягиваются, чѣмъ при брюшномъ способѣ». «Еще по гинекологіи я занимался у проф. *Рачинскаго*—діагностикой и массажемъ. Лично я очень благодаренъ проф. *Рачинскому* за этотъ курсъ; я получилъ возможность теперь гораздо легче и правильнѣе разбираться при изслѣдованіи; помогло этому и занятіе массажемъ, дѣлая пальцы болѣе чувствительными». «Очень интересны еще были лекціи по гидротерапіи и массажу проф. *Штанге*; здѣсь онъ очень часто касался общей патологіи. Еще я почти не пропускалъ амбуляторіи по накожнымъ и венерическимъ болѣзнямъ проф. *Петерсена*; онъ ведетъ занятія отъ 6—8 час. веч. 2 раза въ недѣлю—время, обыкновенно въ эти часы свободное; пріемы бываютъ очень интересны».

1635. *Изъ Отчета о командировкѣ съ научной цѣлью въ Петербургъ* д-ра *В. В. Ставскаго* («Санитарный Обзоръ Тамбовской губ.», № 4). «Проф. *Г. Ф. Тилингъ* работаетъ быстро и увѣренно, сообщая передъ каждой операціей краткую исторію болѣзни и планъ операціи; перечень назначенныхъ операцій вывѣшивается наканунѣ операціоннаго дня, и всякій, кто интересуется, имѣетъ полную возможность почитать дома и познакомиться съ типическимъ ходомъ операціи, и такимъ образомъ дѣйствія оператора въ общемъ становятся достаточно понятны. Тамъ же, гдѣ приходилось отступать отъ типичности, профессоръ съ удовольствіемъ вступалъ въ научные разговоры съ врачами и старался объяснить всѣ вопросы, предлагаемые ему; въ въ рѣзкихъ-же случаяхъ отступленія отъ предположеннаго плана операціи, онъ самъ всегда сообщалъ, что онъ дѣлаетъ, и что будетъ дѣлать дальше, такъ что врачи-слушатели всякій разъ могли отдавать себѣ ясный отчетъ». «Въ Обуховской больницѣ работаетъ д-ръ *А. А. Трояновъ*. Онъ тоже оперируетъ быстро и увѣренно, часто бесѣдуя передъ операціей по поводу предстоящаго случая; оперируетъ онъ 2 раза въ недѣлю, начиная съ 10 час. утра и часто заканчивая къ 5 час. вечера; такимъ образомъ успѣваетъ онъ сдѣлать 5 или 6 крупныхъ операцій»... «Матеріалъ въ этой больницѣ очень большой, разнообразный и интересный, и занятія здѣсь для земскихъ врачей особенно полезны, такъ какъ много здѣсь приходится видѣть такихъ поврежденій, какія часто попадаются у насъ въ практикѣ». «Клинику и поликлинику женскихъ болѣзней въ клиническомъ Институтѣ и акушерскую клинику въ повивальномъ Институтѣ ведетъ проф. *Д. О. Оттъ*—одинъ изъ самыхъ талантливыхъ учителей; онъ работаетъ быстро и увѣренно, и нужно видѣть эту работу, чтобы судить о ней: каждое движеніе его руки разсчитано и даже въ самыхъ затруднительныхъ случаяхъ совершенно незамѣтно, чтобы онъ терялъ присутствіе духа. Оперируетъ онъ 2 раза въ недѣлю въ Елениинскомъ Институтѣ, столько же въ повивальномъ Институтѣ и столько же разъ онъ ведетъ поликлинику; его лекціи коротки, но ясны и содержательны, и каждое его слово продумано; разсказывая исторію болѣзни, онъ въ краткихъ словахъ такъ ясно и отчетливо передаетъ свою мысль, что у слушателей представляется яркая картина болѣзни, отчего его поликлиника особенно выигрываетъ». «Разъ въ недѣлю проф. *Н. Н. Феноменовъ* читалъ лекціи въ Надеждинскомъ родовспомогательномъ Институтѣ изъ избраннаго отдѣла по акушерству и всегда увлекалъ своими умѣло-составленными и весьма цѣнными лекціями».

1636. *Кавказское медицинское Общество*, поставивъ себѣ одною изъ цѣлей распространеніе среди населенія Кавказскаго края здравыхъ понятій о гигіенѣ и о мѣрахъ предохраненія отъ болѣзней, *занялось изданіемъ на русскомъ и туземныхъ языкахъ популярныхъ листковъ и брошюръ медико-гигіеническаго содержанія*. За 3 послѣднихъ года имъ изданы и распространены нѣсколько десятковъ тысячъ экземпляровъ такихъ листковъ и брошюръ. Для изданія и широкаго распространенія этихъ листковъ на помощь Обществу денежными пожертвованіями пришли нѣкоторыя городскія общественныя Управленія и другія учрежденія. Въ настоящее время уже приготовленъ къ печати на туземныхъ языкахъ рядъ листковъ и брошюръ, для изданія и распространенія которыхъ у Общества не имѣется денежныхъ средствъ. Слухи о появленіи въ ближнихъ провинціяхъ Персіи холеры и возможности занесенія эпидеміи въ предѣлы Кавказа дѣлаютъ особенно настоятельнымъ немедленное изданіе листка и брошюры, посвященныхъ этой болѣзни, дабы разноязычное населеніе края было заблаговременно подготовлено къ разумной борьбѣ съ надвигающейся эпидеміей. Въ виду этого Кавказское медицинское Общество обратилось къ начальнику области и наказному атаману съ просьбою придти ему на помощь въ этомъ общеполезномъ и крайне необходимомъ дѣлѣ,

путемъ ассигнованія на него нѣкоторой денежной субсидіи, при чемъ, соотвѣтственно размѣру послѣдней, Обществомъ будутъ высланы немедленно по изготовленіи тѣ или иные листки и брошюры по разсчету: 80 коп. за 100 листковъ и 5 р. за 100 брошюръ («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 30),—Надо надѣяться, что просьба Общества не будетъ напрасной.

1637. Петербургскіе санитарные врачи, какъ сообщаетъ «Русь» (7 августа), возбуждаютъ ходатайство *о предоставленіи имъ командировокъ* на болѣе или менѣе продолжительный срокъ для обстоятельнаго ознакомленія съ положеніемъ санитарно-врачебныхъ учрежденій въ Россіи и за-границей.—Городское санитарное дѣло въ настоящее время настолько развилось и пріобрѣло такое важное значеніе, что къ удовлетворенію этого ходатайства товарищей, намъ кажется, не должно-бы быть никакихъ помѣхъ.

1638. Въ засѣданіи больничнаго Совѣта Воронежской губернской земской больницы недавно д-ромъ *А. Н. Меркуловымъ* было предложено возстановить *должность ассистента* хирургическаго отдѣленія, съ жалованьемъ въ 600 р.; работа съ 9 час. утра до 3 час. дня и вечеромъ 1—1½ часа («Врачебно-санитарная Хроника Воронежской губ.» № 4). Въ томъ-же № «Хроники» помѣщено «особое мнѣніе» д-ра *Н. А. Вырубова*; не можемъ отказать себѣ въ удовольствіи привести это мнѣніе полностью. *Н. А. Вырубовъ* указываетъ, что «въ протоколѣ означеннаго засѣданія сдѣланы весьма существенные пропуски въ той части, которая была посвящена обсужденію проэкта инструкціи т. наз. ассистенту хирургическаго отдѣленія. По проэкту, представленному Совѣщанію г. старшимъ врачемъ соматической больницы д-ромъ *А. Н. Меркуловымъ*, ассистенту вмѣнялось въ обязанность являться въ больницу ранѣе другихъ врачей, исполнять подготовительную работу, производить перевязки и т. д., или, выражаясь словами д-ра *А. Н. Меркулова*, вести «черную работу». Таковы должны быть функціи ассистента, насколько это можно было выяснить изъ указаннаго проэкта. Тогда же это предложеніе ввести іерархію въ отношеніи больничныхъ врачей, установить должности врачей, несущихъ «черную работу» и т. д., встрѣтило возраженія со стороны д-ра *И. И. Гинзбурга* и моей; и вотъ эти-то возраженія, страннымъ образомъ, совершенно исчезли изъ протокола засѣданія. Въ виду того, что мои возраженія имѣли чисто принципіальный, общій характеръ и не касались рѣшительно ничьей личности, я считаю необходимымъ возстановить ихъ, хотя бы въ общихъ чертахъ, въ настоящемъ особомъ мнѣніи. Первое, на что я тогда-же счелъ необходимымъ указать, это—совершенно непонятное для меня и съ моей точки зрѣнія вредное для живого врачебнаго дѣла подраздѣленіе врачей на старшихъ и младшихъ, однихъ непривиллегированныхъ и потому несущихъ болѣе тяжелую работу, исполняющихъ тѣ обязанности, отъ которыхъ другіе, привиллегированные по своему оффиціальному положенію—старшій врачъ и ординаторъ,—освобождаютъ себя. Мнѣ казалось, что всякая регламентація въ этомъ направленіи можетъ только убить дѣло, внести разладъ въ тотъ механизмъ, который долженъ дружно и стройно работать; здѣсь необходимо, чтобы всѣ одинаково были проникнуты одной только цѣлью облегченія больному его страданій и всѣ одинаково направляли свои силы, не считаясь съ тѣмъ, кто старшій врачъ и кто ассистентъ. 2-ое, на что я также вскользь указалъ—это неправильность, по моему мнѣнію, выраженія «черныя» работы, такъ какъ для насъ, врачей, не должно существовать никакой «черной» работы, ибо дѣло опять-таки идетъ существенно о пользѣ больного. Впрочемъ, на этомъ я не останавливаюсь, такъ какъ д-ръ *А. Н. Меркуловъ* во время преній самъ отказался отъ этого выраженія, и остается только высказать удовольствіе, что доводы товарищей убѣдили его въ неправильности употребленнаго выраженія. Наконецъ, въ 3-хъ, какъ на проистекающее изъ двухъ предъидущихъ посылокъ, мною указывалось на необходимость строгой коллегіальности въ веденіи больничнаго дѣла, т. е. въ примѣненіи къ врачебному дѣлу того принципа коллегіальности, который законодателемъ положенъ въ основаніе земской организаціи».—Всецѣло присоединяемся къ этимъ прекраснымъ словамъ.

1639. Въ сентябрѣ текущаго года, въ теченіи недѣльнаго срока, въ Екатеринославѣ состоится, какъ передаетъ «Приднѣпровскій Край» (26 іюля), *2-й Съѣздъ горнозаводскихъ и фабричныхъ врачей губерніи*. Программа Съѣзда слѣдующая: Современное положеніе горнозаводской и фабричной медицины въ губерніи; ея исторія. Задачи правильной горнозаводской и фабричной медицины: а) больничное дѣло; б) лѣченіе рабочихъ амбулаторно, въ пріемныхъ покояхъ, на дому и въ квартирѣ врача; в) лѣченіе персонала фабрично-заводской администраціи и служащихъ; г) лѣченіе семействъ рабочихъ; д) аптечное дѣло; е) бытовые вопросы. Санитарныя задачи горнозаводской и фабричной медицины: а) осмотръ рабочихъ при поступленіи на работу; составленіе таблицъ болѣзней, при существованіи которыхъ, въ видахъ пользы самихъ рабочихъ, нежелательно допущеніе ихъ на работы на фабрикахъ, заводахъ и рудникахъ; б) періодическіе осмотры рабочихъ по отношенію къ сифилису, трахомѣ и профессіональнымъ заболѣваніямъ; в) изученіе заводскихъ, фабричныхъ и горныхъ производствъ въ санитарно-гигіеническомъ отношеніи. Несчастные случаи и увѣчья: а) регистрація и статистика несчастныхъ случаевъ; наиболѣе удовлетворительныя схемы ихъ; б) примѣненіе скалы *Haas*'а и формулы *Zehender*'а при опредѣленіи степени потери трудоспособности; в) вопросъ о страхованіи рабочихъ и о взаимномъ страхованіи; г) обезпеченіе рабочихъ и ихъ семействъ при временной потерѣ трудоспособности и заболѣваніяхъ нетрауматическаго свойства. Предохранительныя мѣры. Профессіональная и общая гигіэна на заводахъ, фабрикахъ и т. п. промыслахъ: а) жилища, пищевое довольствіе, бани, чайныя, бесѣды по гигіэнѣ; б) цѣлесообразная организація санитарнаго надзора на фабрикахъ, заводахъ, рудникахъ и прочихъ промыслахъ; в) борьба съ сифилисомъ и проституціей. Къ вопросу о сліяніи горнозаводской и фабричной медицины съ земской. Доклады научные и казуистика.—Если-бы Съѣзду удалось справиться и съ частью поставленной себѣ задачи, заслуга его будетъ немалая. Желаемъ ему полнѣйшаго успѣха.

1640. Д-ръ *И. И. Рябовъ* въ *«Отчетѣ объ эпидеміи сыпного тифа* въ с. Каргалейкѣ Петровскаго уѣзда» («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», № 5) отмѣчаетъ интересную особенность, заключавшуюся въ томъ, что больше чѣмъ въ ½ всѣхъ случаевъ сыпной тифъ протекалъ совершенно безъ сыпи. Это звучитъ абсурдомъ, говоритъ авторъ—сыпной тифъ безъ сыпи, но между тѣмъ это такъ. Изъ 246 больныхъ у 118 на лицо была болѣе или менѣе обильная сыпь, а у 128 сыпи не было совершенно. Что болѣзнь была дѣйствительно сыпнымъ тифомъ, явствовало изъ хода температуры и всего теченія болѣзни. Кромѣ того, нерѣдко наблюдалось почти поголовное заболѣваніе всѣхъ членовъ семьи, при чемъ у однихъ бывалъ ясно выраженный тифъ съ сыпью, у другихъ же безъ всякой сыпи.

1641. Число *пріѣзжихъ на Пятигорскую группу Кавказскихъ минеральныхъ водъ* въ текущемъ году значительно больше прошлогодняго и превышаетъ 26000 чел.

1642. «Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» (№ 3) приводитъ изъ «Русскаго Инвалида» нижеслѣдующую *телеграмму командующаго войсками Сибирскаго военнаго округа*, объявленную въ приказѣ по войскамъ Московскаго военнаго округа за № 112 (курсивъ—«Журнала»): «По наряду главнаго Интендантства для обезпеченія довольствія передвигающихся на Дальній Востокъ войскъ заготовлены Интендантствомъ по линіи Сибирской ж. дороги большіе запасы провіанта и фуража для обезпеченія продовольственныхъ пунктовъ доброкачественными продуктами. Таковые принимаются особыми Коммиссіями съ участіемъ врачей. Экстренными заготовками по условіямъ урожая и состоянію погоды во время пріема и укладки въ бунты удалось обезпечить пункты *продуктами, годными для текущаго довольствія. Продолжительнаго-же храненія они могутъ не выдержать*, а потому должна быть приложена особая заботливость къ возможно большему расходу припасовъ на довольствіе войскъ. Между тѣмъ много эшелоновъ уклоняются подъ разными предлогами отъ полученія фуража натурой, одни потому, что имѣютъ съ собой запасы, другіе имѣютъ деньги и покупаютъ дешевле казенной заготовки, третьи отказываются получать, находя припасы *якобы неудовлетворительными*, четвертые не желаютъ брать непресованнаго сѣна. Долженъ заявить, что съ окончаніемъ спѣшныхъ экстренныхъ заготовокъ цѣны по линіи дороги мѣстами пали, и войска дѣйствительно имѣли нерѣдко возможность купить дешевле цѣнъ заготовительныхъ Интендантства. Если подобный порядокъ уклоненія отъ получки главнымъ образомъ фуража натурою продолжится, можно навѣрное утверждать, что *съ наступленіемъ тепла продукты, долго не расходуясь, могутъ портиться, и казна понесетъ громадные убытки*. Принявъ во вниманіе, что продовольственные пункты и фуражные склады расположены въ полосѣ отчужденія, въ предупрежденіе *неосновательныхъ* претензій передвигающихся войскъ и могущихъ быть отъ того убытковъ казнѣ, нахожу крайне необходимымъ, на основаніи второй ½ ст. 7 положенія о продовольствіи, въ военное время *разрѣшить отпускать эшелонамъ продукты, хотя и не удовлетворяющіе нормальнымъ качествамъ, но годные для употребленія въ пищу безъ вреда для здоровья*, а потому намѣренъ воспретить эшелонамъ покупку фуража и провіанта при наличности въ складахъ годныхъ припасовъ. Прошу распоряженія, чтобы о мѣрѣ этой было поставлено въ извѣстность эшелонамъ, слѣдующимъ изъ европейскихъ округовъ, и чтобы начальники эшелоновъ подъ личною отвѣтственностью за 2 дня, какъ установлено планами перевозки, телеграфировали на склады фуража о количествѣ слѣдующихъ лошадей и потребности продукта».

1643. Изъ составленнаго д-рами *Е. П. Николаевымъ* и *Н. Л. Гуревичемъ «Обзора заразныхъ заболѣваній въ Саратовской губ. за 1903 г.»* («Врачебно санитарная хроника Саратовской губ.», № 6) видно, что общее число заразныхъ больныхъ среди сельскаго населенія губерніи за 1903 г. составляетъ почтенную цифру 77300 чел. или по отношенію къ населенію 34,7 pro mille. По количеству заболѣваній 1-ое мѣсто принадлежитъ гриппу, который далъ 22,6% всѣхъ заразныхъ заболѣваній и 7,7 на каждую 1000 населенія; затѣмъ слѣдуютъ скарлатина и коклюшъ около 15% заболѣваній и больше 5‰ населенія на каждую болѣзнь; отъ 2 до 4‰ заболѣваній дали кровавый поносъ, дифтерія, брюшной тифъ и заушница, отъ 1 до 2‰—фибринозное воспаленіе легкихъ, корь и рожа; меньше всего отмѣчено цынги—0,09‰ и сыпного тифа—0,1‰. Слѣд., если не считать гриппа, отличающагося вообще недолгимъ и относительно легкимъ теченіемъ и почти не дающаго смертности, то наиболѣе крупныя цифры падаютъ на дѣтскія заразныя болѣзни, при томъ болѣзни тяжелыя, дающія и значительную смертность и влекущія за собой различныя тяжелыя осложненія: на скарлатину, коклюшъ, кровавый поносъ (большая часть больныхъ кровавымъ поносомъ въ деревняхъ падаетъ на дѣтскій возрастъ), дифтерію. Если прибавить сюда-же и корь, которая среди деревенскихъ дѣтей производитъ значительныя опустошенія, и отнести на долю дѣтей, по крайней мѣрѣ, ½ заболѣваній кровавымъ поносомъ и

оспой, то получимъ, что около 39000 заразныхъ заболѣваній, т. е. больше $^1/_2$ всѣхъ ихъ, приходится на тяжелыя дѣтскія болѣзни. Изъ тяжелыхъ болѣзней, поражающихъ преимущественно зрѣлый возрастъ, большую цифру даютъ тифы—7258 случаевъ или больше 3‰, и изъ нихъ особенно брюшной тифъ. Въ виду неимѣнія данныхъ о заразной заболѣваемости по Саратовской губ. за прежніе годы, авторы, чтобы хотя отчасти пополнить этотъ пробѣлъ, сравниваютъ свои цифры съ данными за 1900 г., относящимися къ 16 земскимъ губерніямъ Россіи, заимствуя ихъ изъ извѣстной работы *К. И. Шидловскаго*. Изъ сравненія—конечно, лишь въ формѣ предположенія—вытекаетъ, что 1903-й годъ для Саратовской губ. былъ вообще довольно неблагополученъ, особенно по отношенію къ скарлатинѣ, брюшному тифу и дифтеріи. «Обзоръ» (еще незаконченный) содержитъ рядъ весьма интересныхъ эпидеміологическихъ подробностей, входить въ которыя мы, къ сожалѣнію, лишены возможности за недостаткомъ мѣста.

1644. Приводимъ нѣкоторыя данныя *о наиболѣе выдающихся заболѣваніяхъ въ Сибирскомъ военномъ округѣ*, въ сравненіе съ подобными же данными по русской арміи за 1900—1902 гг. *Сифилисъ* въ Сибирскомъ военномъ округѣ, по сравненію съ русской арміей, возрастаетъ съ каждымъ годомъ и при томъ съ рѣзкими колебаніями, что особенно было замѣтно для 1901 г., въ каковомъ году развитіе болѣзни достигло приблизительно 12,6%, въ сравненіи съ 1900 г. Кромѣ того, заболѣваемость сифилисомъ воинскихъ чиновъ Сибирскаго военнаго округа, по сравненію съ русской арміей, была очень велика и въ 1902 г.—въ Сибирскомъ военномъ округѣ означенная болѣзнь достигла вдвое большей величины сравнительно съ русской арміей. Изъ другихъ болѣзней, по своей интенсивности развитія, въ Сибирскомъ военномъ округѣ, по сравненію съ русской арміей, заслуживаетъ вниманія *гриппъ*, каковая болѣзнь хотя и не имѣла сильнаго распространенія въ Сибирскомъ военномъ округѣ за всѣ 3 года, но по количеству заболѣваемости превышала заболѣваемость таковой болѣзнью въ русской арміи вдвое; при этомъ въ послѣдніе 2 года не усматривается въ Сибирскомъ военномъ округѣ рѣзкихъ колебаній означенной болѣзни въ своемъ развитіи по сравненію съ 1900 г., въ которомъ имѣлось наибольшее число больныхъ означенной болѣзнью. *Брюшной тифъ* въ Сибирскомъ военномъ округѣ по заболѣваемости также стоитъ выше, чѣмъ въ русской арміи, хотя и замѣтно пониженіе таковой болѣзни въ теченіи каждаго года для Сибирскаго военнаго округа. Наибольшее развитіе тифа въ Сибирскомъ военномъ округѣ наблюдалось въ 1900 г., а въ послѣдующіе года (1901 и 1902 г.) число болѣвшихъ тифомъ воинскихъ чиновъ значительно понизилось, но все-таки тифъ среди частей войскъ Сибирскаго военнаго округа, какъ уже выше сказано, имѣлъ большое развитіе по сравненію съ заболѣваемостью этой болѣзнью въ русской арміи. Заболѣваемость *воспаленіемъ уха* въ частяхъ войскъ Сибирскаго военнаго округа наблюдалась въ наибольшемъ количествѣ по сравненію съ русской арміей. Означенная болѣзнь въ русской арміи хотя и увеличилась на 1%, но не имѣла тѣхъ рѣзкихъ колебаній въ своемъ распространеніи, какъ это наблюдалось для Сибирскаго военнаго округа, гдѣ эта болѣзнь ежегодно давала разныя колебанія въ своемъ проявленіи; такъ, напр., наибольшее распространеніе эта болѣзнь имѣла въ 1900 и 1902 гг., тогда какъ въ 1901 г. замѣчалось уменьшеніе заболѣваемости. Кромѣ того, эта болѣзнь въ Сибирскомъ военномъ округѣ значительно превышала по количеству заболѣваемость въ частяхъ войскъ русской арміи. Прочія выдающіяся болѣзни, какъ, напр.: *глазныя болѣзни, катарръ дыхательныхъ путей, фибринозное воспаленіе легкихъ, плевритъ* и въ особенности легочная чахотка, по степени проявленія и развитія, дали наименьшій % заболѣваемости для Сибирскаго военнаго округа, чѣмъ для русской арміи, и очень замѣтно, что легочными болѣзнями страдаетъ воинскихъ чиновъ гораздо меньше въ Сибирскомъ военномъ округѣ, при чемъ въ частности легочная чахотка, по своему проявленію и развитію, въ русской арміи значительно превышаетъ заболѣваемость ею въ частяхъ войскъ Сибирскаго военнаго округа («Протоколы Омскаго медицинскаго Общества», вып. II).

1645. Въ «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостяхъ» (№ 13) д-ръ *Н. Кириловъ* говоритъ *о проэктируемой во Владивостокѣ китайской больницѣ*. «Во время послѣдней холеры 1902 г. у нѣкоторыхъ радѣтелей о санитарномъ благоустройствѣ возникла незрѣлая мысль создать спеціальную китайскую больницу, гдѣ лѣченіе китайцевъ велось-бы китайскими врачами по способу китайской медицины... Прожекторы вообразили, что въ русскую больницу (городскую) китайцы мало обращаются, вслѣдствіе недовѣрія къ русскимъ врачамъ... Такой проэктъ былъ подвергнутъ подробному обсужденію какъ въ «Обществѣ» врачей Южно-уссурійскаго края, такъ и въ Думѣ и, конечно, былъ осужденъ, такъ какъ для китайцевъ открыта городская больница, и они фактически ею пользуются (почти $^1/_2$ состава больныхъ — китайцы); было лишь предположено открыть при городской больницѣ спеціальный баракъ для китайцевъ, съ китайской прислугой, діэтой и китайцами-фельдшерами, обученными нашими врачами. И вотъ, къ общему удивленію, за послѣднее время похороненный проэктъ вдругъ снова подвергнутъ обсужденію и, говорятъ, принятъ особо образованною въ крѣпости Владивостокѣ санитарно-исполнительною Коммиссіею. Рѣшено, будто-бы, съ цѣлью удержанія въ районѣ крѣпости большаго числа манзъ и корейцевъ, устроить для нихъ спеціальныя больницы, въ которыхъ распоряжались-бы самостоятельно китайскіе и корейскіе врачи со своею аптекою. Такое рѣшеніе продиктовано прежде всего, конечно, представителями полиціи; затѣмъ поддержано китайскимъ коммерческимъ агентомъ и нѣкоторыми военными чинами; а, наконецъ, horribile dictu, и немногими врачами; одинъ изъ этихъ врачей, правда, полицейскій, рѣшился смѣло заявить, что не получалъ заявленій о вредныхъ результатахъ лѣченія китайскими врачами; другой, морской, не менѣе развязно напомнилъ, что на Гонконгѣ имѣется спеціально-китайскій госпиталь Алисы... И публика повѣрила всѣмъ этимъ голосамъ, потому что всѣ наэлектризованы, увѣрены, что мѣры полицейской опеки, стѣсненія — виноваты въ неурядицѣ жизни нашей, и вотъ хотятъ ихъ ослабить прежде всего... въ санитарномъ дѣлѣ». «Серьезно о «безвредности» китайской медицины могутъ говорить лишь тѣ люди, которые заинтересованы въ той или иной мѣрѣ процессомъ обложенія инородцевъ на спеціальную для нихъ медицину. Не даромъ, говорятъ, повышается заработная плата манзъ и кулей во Владивостокѣ въ тѣхъ видахъ, чтобы для нихъ менѣе чувствительно было «добровольное пожертвованіе» на новую китайскую больницу... Къ счастью еще, корейцы, видимо, относятся скептически къ этой затѣѣ. Впрочемъ, и китайцы-старожилы заявляютъ, что пойдутъ всегда въ русскую городскую больницу. Что же можетъ выйдти изъ «національной китайской больницы?». Развѣ это не проповѣдь невѣжества, не грубая насмѣшка надъ нашей медициной, не жалкое признаніе неумѣнья провести санитарныя мѣропріятія или нежеланія взяться за нихъ?»

1646. Д-ръ *Я. Б. Розенбергъ* обращаетъ наше вниманіе на сообщеніе «Казанскаго Телеграфа» (7 іюля), будто въ Самаркандѣ *умеръ на 142-мъ году* жизни мулла Аляміевъ. Если сообщаемое газетой извѣстіе вѣрно, то покойный, несомнѣнно, принадлежалъ къ числу старѣйшихъ людей нашего времени.

1647. «Русь» (3 августа), со словъ газеты «Teataja», сообщаетъ о слѣдующей *возмутительной системѣ воспитанія* въ училищѣ для глухонѣмыхъ въ Старо-Кенкернѣ (Лифляндской губ.). «Тамъ бьютъ воспитанниковъ нагайкой, палками изъ ивы и даже желѣзными палками, точно такъ-же, какъ били въ старину, во времени рабства, рабовъ. Тамъ бьютъ названными инструментами тяжело по головѣ, спинѣ и груди. Нѣкоторые послѣ такихъ боевъ заболѣвали воспаленіемъ мозга, грудною болѣзнью и другими болѣзнями. Иногда бьютъ до синяковъ, до крови».—Неужели правда?

1648. Въ «Руси» (8 августа), со словъ «Каспія» сообщается, что Бакинская санитарная Коммиссія, осмотрѣвъ *заводы Бѣлаго городка*, нашла, что заводы Шибаева, Чикнаверова, «Олеумъ», Каспійско-Черноморскаго общества и Манташева—«скопища всякой мерзости и готовые очаги заразы». У Шибаева казармы рабочихъ найдены въ ужасномъ, по выраженію Коммиссіи, видѣ. При заводѣ «Олеумъ» все подвальное помѣщеніе, надъ которымъ живутъ служащіе, заполнено гніющей подпочвенной водою. Рабочія казармы при заводѣ Каспійско-Черноморскаго товарищества ниже всякой критики и т. д.—Видимо, обидная характеристика русскаго человѣка въ родѣ «заднимъ умомъ крѣпокъ» или «громъ не грянетъ» и пр. имѣетъ для насъ какую-то обаятельную прелесть. А уже гремитъ!

1649. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (7 августа), въ г. Баку особая Коммиссія, осматривавшая помѣщеніе *амбуляторіи при городской больницѣ*, нашла, что въ немъ «даже при открытыхъ окнахъ стоитъ невыносимое зловоніе, въ виду того, что ватеръ-клозета тамъ вовсе не имѣется, почему сосуды съ нечистотами и бывшія въ употребленіи перевязки находятся въ смежной комнатѣ, гдѣ помѣщаются и ванны. Паръ изъ котла для нагрѣванія воды, врываясь чрезъ двери, вноситъ сильное зловоніе въ палату и въ помѣщенія служащихъ, а потолокъ ванной комнаты отъ ветхости уже началъ проваливаться».—На ряду съ такой амбуляторіей въ Баку, безъ сомнѣнія, имѣются и электрическое освѣщеніе, и телефоны, и трамваи, и другіе внѣшніе признаки цивилизаціи и кажущагося городского благоустройства.

1650. Нѣкоторые «спеціалисты» по сифилису и половому безсилію, изъ тѣхъ, что изо дня въ день фигурируютъ въ объявленіяхъ газетъ, по видимому, не вполнѣ удовлетворены своими обычными рекламами и стремятся къ ихъ усовершенствованію. Въ Парижѣ они украшаютъ своими объявленіями стѣны общественныхъ писсуаровъ, а въ самихъ объявленіяхъ сулятъ излѣченіе отъ сифилиса въ 15 дней, а отъ перелоя въ 3 дня. За крайне малымъ числомъ общественныхъ писсуаровъ въ Петербургѣ наши «спеціалисты» не могутъ воспользоваться услугами послѣднихъ и пока прибѣгаютъ только къ газетамъ, но по содержанію ихъ ново-усовершенствованныя рекламы мало чѣмъ разнятся отъ французскихъ; такъ, въ «Петербургской Газетѣ» (22 іюня) мы нашли среди объявленій о «спеціалистахъ» слѣдующее: «Излѣчимость сифилиса. Какъ можно излѣчиться легко отъ сифилиса въ самый короткій срокъ. Д-ра мед. *Т. М. Шульмана*. Цѣна 30 коп. Складъ изданія у автора Невскій пр., 73».—Къ новому типу усовершенствованныхъ рекламъ слѣдуетъ отнести и рекламу «д-ра мед. Вѣнскаго университета» *Добрянскаго*, «лѣчащаго экзему, лишаи, пятна на лицѣ» и т. д. Г. *Добрянскому*, конечно, хорошо извѣстно, что титулъ этотъ вполнѣ равнозначущъ русскому «лѣкарю», и что, обладая однимъ этимъ званіемъ, безъ русскаго врачебнаго диплома, онъ практиковать въ Россіи не имѣетъ права; у г. *Добрянскаго* русскій дипломъ, конечно, и есть, а громкое названіе нужно ему только для пусканія пыли въ глаза наивной публикѣ... Г. *Добрянскій*, впрочемъ, титулуетъ себя хоть существующимъ въ дѣйствительности званіемъ, а вотъ нѣкій г. *Гуринъ* изъ Кіева окрестилъ себя «докторомъ грудныхъ болѣзней». Въ «Свѣтѣ» (23 іюня) помѣщена слѣдующая реклама г. *Гурина*: «Чахотка» въ 9 глав. Гдѣ, какъ и чѣмъ лѣчить

чах.? — Примѣры скораго излѣченія тяжк. чахот. способомъ моей сложной дезинфекціи и ускореннаго самовыздоровленія. Высыл. немедленно за 1 руб. Адр.: Кіевъ, д-ру грудныхъ болѣзней *Гурину*».—O tempora, o mores!

1651. Перепечатываемъ изъ «Врачебной Газеты» (10 іюля) не нуждающуюся въ комментаріяхъ *«замѣтку о гематогенѣ Hommel'я»*, подписанную д-ромъ *А. Монсе*: «Прельстившись рекламой и отзывами врачей, помѣщенными въ ней, о гематогенѣ д-ра *Hommel'я*, я началъ примѣнять это средство на своихъ больныхъ въ лазаретѣ 14-го гренадерскаго полка. Результаты, полученные мною, настолько противорѣчатъ рекламѣ, что это побуждаетъ меня подѣлиться своими наблюденіями. Всего я примѣнялъ гематогенъ на 8 больныхъ. 4 изъ нихъ были солдаты, а 4 интеллигентныя женщины. По болѣзнямъ распредѣлялись такъ: 3 chlorosis и 5 случаевъ слабости, послѣ перенесеннаго брюшного тифа, сопровождавшейся отсутствіемъ аппетита и т. д. Первое, что заявляютъ больные, это—противный вкусъ и запахъ гематогена, который въ связи съ своимъ кровянымъ цвѣтомъ вызываетъ отвращеніе («какъ будто кровь пьешь»), послѣ принятія—тошноту, а иногда и рвоту. Паціенты (7) болѣе 2 недѣль не выдерживали и бросали гематогенъ, вызывавшій у нихъ не улучшеніе аппетита, а, наоборотъ, отвращеніе къ пищѣ и лѣченію. Эти явленія наблюдались не только у интеллигентныхъ больныхъ, гдѣ играетъ громадную роль воображеніе, брезгливость и т. п., но даже у солдатъ, просившихъ меня перемѣнить лѣкарство, «бо воно нутро воротыть». Изъ принимавшихъ гематогенъ только 1 паціентка съ сильной волей принимала его въ теченіи мѣсяца. Выводы изъ моихъ наблюденій: 1. Гематогенъ д-ра *Hommel'я* противенъ на вкусъ; вкусъ гематогена не удается исправить ни виномъ, ни молокомъ, какъ это совѣтуетъ реклама. 2. Аппетита гематогенъ не улучшаетъ, а иногда, наоборотъ, вызываетъ отвращеніе къ пищѣ. 3. Какого-либо улучшенія въ общемъ состояніи больного гематогенъ не вызываетъ».—Отзывъ д-ра *Монсе*, надо думать, не будетъ удостоенъ печатанія въ назойливыхъ рекламахъ о гематогенѣ *Hommel'я*.

1652. Въ числѣ экспонатовъ изъ Россіи на открывшейся 1/14 августа въ Парижѣ *гигіенической выставкѣ* большое вниманіе иностранцевъ привлекали, какъ намъ сообщаютъ, модель одного изъ русскихъ санитарныхъ поѣздовъ, дѣйствующихъ на Дальнемъ Востокѣ.

1653. Въ Бернѣ 2/15 августа открытъ 6-й международный *конгрессъ зоологовъ*. Слѣдующій конгрессъ состоится въ Бостонѣ въ 1907 г.

1654. Въ Парижскомъ Университетѣ, какъ сообщаетъ «Русь» (8 августа), рѣшено учредить для проф. Curie каѳедру физики *съ особымъ отдѣломъ радіографіи*. При образованной такимъ образомъ каѳедрѣ радіографіи предполагается устроить отдѣльныя лабораторіи, обставленныя согласно послѣднимъ требованіямъ науки. Въ качествѣ ближайшаго помощника проф. *Curie* по лабораторнымъ работамъ назначается г-жа Curie-Skłodowska, принимающая дѣятельное участіе во всѣхъ научныхъ трудахъ своего мужа.

1655. *Въ Японіи*, по «The Medical Age» (10 іюля), насчитывается *31000 врачей и 8 медицинскихъ школъ*.—Американская газета упускаетъ изъ вида, что едва-ли не 7 изъ этихъ школъ (кромѣ медицинскаго факультета въ Токіо) готовятъ нѣчто среднее между врачемъ и фельдшеромъ, не болѣе.

1656. Въ St.-Louis'ѣ учреждена *лабораторія для раздачи чистаго молока* бѣдному населенію въ лѣтнее время («The Medical Age», 10 іюля).

1657. На послѣднемъ Съѣздѣ по внутренней медицинѣ въ Leipzig'ѣ проф. *Kraus* заявилъ рѣзкій *протестъ противъ* предложеннаго д-ромъ *Smith*'омъ, изъ Potsdam'а, способа *изслѣдованія сердца*. Протестъ этотъ тогда, замѣчаетъ «Deutsche medizinische Wochenschrift» (21 іюля), былъ не всѣми слушателями одобренъ, и напрасно. Теперь оказывается, что проф. *Kraus* былъ вполнѣ правъ. Недавно д-ръ *Smith* напечаталъ въ цѣломъ рядѣ общихъ газетъ статью за своею подписью, въ которой разъясняетъ, яко-бы, непригодность всѣхъ существовавшихъ до сего времени способовъ изслѣдованія сердца и обращаетъ вниманіе публики на свой способъ. «Подобная реклама способа, будто-бы научнаго», замѣчаетъ газета, «заслуживаетъ самаго рѣзкаго осужденія, тѣмъ болѣе, что, какъ показалъ опытъ, такія рекламы весьма вредны для интересовъ страждущей публики».

1658. *Умерли*: 1) Въ Кяхтѣ *Болеславъ Константиновичъ Пласковицкій* («Восточное Обозрѣніе», 22 іюля), родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій въ 1876 г.—2) *Романъ Яковлевичъ Роммъ* («Сѣверо-Западное Слово», 31 іюля), родившійся въ 1860 г., а званіе врача получившій въ 1889 г.—3) 2-го августа, въ Петербургѣ, *Александръ Ивановичъ Уверскій* («Русь», 5 августа), родившійся въ 1847 г., а званіе врача получившій въ 1878 г.

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *П. І. Розенштейнъ-Бороздиной* (см. выше, № 32, стр. 1118), глубокоуважаемый *А. Е. Черемшанскій* прислалъ намъ слѣдующій ея некрологъ. *П. І.* прослужила въ Петербургской психіатрической больницѣ Всѣхъ Скорбящихъ слишкомъ 19 лѣтъ и безвременно и неожиданно скончалась на 47-мъ году жизни отъ мозгового кровоизліянія. Первые признаки пораженія мозга при общемъ, ясно выраженномъ, малокровіи и начальномъ бугорчатковомъ пораженіи верхушки праваго легкаго, при наступавшихъ при этомъ по временамъ головныхъ боляхъ и безсонницѣ, обнаружились у нея дней за 10 до смерти: 20/VII появилась повторившаяся нѣсколько разъ рвота, «очевидно—мозгового происхожденія», какъ справедливо думала и говорила сама больная; 21/VII она чувствовала себя удовлетворительно и обрадовалась этому, но 22/VII у нея внезапно образовался, при полномъ сохраненіи сознанія, парезъ всей правой стороны тѣла съ затрудненіемъ рѣчи. Все это происходило въ Васильсурскѣ, гдѣ больная находилась, будучи въ 2-мѣсячномъ отпуску. Къ счастію, ее удалось довезти оттуда живою до Петербурга, гдѣ она желала быть, въ случаѣ несчастнаго исхода болѣзни, похороненной на Смоленскомъ кладбищѣ, рядомъ съ могилами ея матери и брата (что и исполнено). 30/VII, во 2-мъ часу дня, разразилась окончательная катастрофа болѣзни въ видѣ мгновенно поразившей больную полной потери сознанія, тотчасъ-же перешедшей въ глубокую спячку, которая продолжалась безъ перерыва до самой смерти, послѣдовавшей 31/VII въ $4^1/_2$ часа утра.—*П. І.* родилась 13/I 1857 г. и по окончаніи курса въ Петровской женской гимназіи въ 1876 г. поступила въ томъ же году для спеціальнаго образованія на бывшіе при Николаевскомъ военномъ госпиталѣ Женскіе Медицинскіе Курсы. Получивъ званіе врача въ 1882 г., она занималась въ теченіи первыхъ 2-хъ лѣтъ, въ качествѣ экстерна, въ женской Обуховской больницѣ и нѣкоторое время—въ гинекологической клиникѣ бар. Вилліе при В.-Медицинской Академіи, а затѣмъ, съ 1/IV 1885 г., служила непрерывно въ больницѣ Всѣхъ Скорбящихъ, сначала врачемъ-ассистентомъ, а потомъ младшимъ ординаторомъ, имѣя въ своемъ завѣдываніи пансіонерское и наблюдательное женскія отдѣленія. Многіе въ Петербургѣ товарищи-врачи, а также лица, у которыхъ находились на пользованіи въ больницѣ Всѣхъ Скорбящихъ близкіе люди, безъ сомнѣнія, хорошо помнятъ эту умную и образованную женщину-врача, производившую прекрасное впечатлѣніе своимъ привѣтливымъ спокойствіемъ, утонченною деликатностью и сдержанностью и имѣвшую, благодаря этимъ свойствамъ характера, самое благотворное вліяніе на своихъ несчастныхъ больныхъ, къ которымъ она относилась съ глубокою симпатіею. Горячо преданная своему дѣлу, покойная отличалась большою практическою опытностью и наблюдательностью въ распознаваніи и лѣченіи душевныхъ болѣзней и выдающимся «медицинскимъ тактомъ» въ обращеніи съ душевнобольными,—качествомъ, столь необходимымъ для всякаго врача-психіатра. Въ 1887 г. *П. І.* была избрана въ дѣйствительные члены Общества психіатровъ въ Петербургѣ за сдѣланное ею сообщеніе одного замѣчательнаго случая «Кругового помѣшательства» съ исходомъ въ выздоровленіе. 2-ое, столь-же интересное сообщеніе о случаѣ «Многолѣтней кровавой рвоты у истерической больной» (впослѣдствіи поправившейся) было сдѣлано въ томъ-же Обществѣ. Оба эти сообщенія напечатаны въ «Вѣстникѣ психіатріи», издававшемся проф. *И. П. Мержеевскимъ*. Въ послѣдніе годы подъ наблюденіемъ покойной находился 3-ій замѣчательный случай «кататоніи» съ полной неподвижностью, молчаніемъ (mutacismus) и отказомъ отъ пищи, продолжающимся уже болѣе 3-хъ лѣтъ и требующимъ ежедневнаго примѣненія кормленія зондомъ. *П. І.* собиралась сдѣлать сообщеніе и объ этомъ случаѣ въ психіатрическомъ Обществѣ, но нежданная кончина воспрепятствовала ей въ этомъ. Безъ преувеличенія можно сказать, что эта кататоническая больная, давно похожая на лежащаго въ постели живого покойника, продолжаетъ существовать уже нѣсколько лѣтъ, благодаря крайне заботливому и внимательному попеченію о ней покойной. *П. І.* была одной изъ немногихъ первыхъ женщинъ-врачей, принятыхъ на правительственную службу на основаніи Высочайшаго повелѣнія отъ 24/III 1884 г. Ея кончина составляетъ тяжелую, трудно-замѣнимую утрату для больницы Всѣхъ Скорбящихъ.

Въ дополненіе къ помѣщенному въ № 23 «Русскаго Врача» извѣстію о смерти д-ра *Гиршгаузена* изъ Везенберга приводимъ слѣдующія строки, присланныя намъ д-ромъ *И. Рудницкимъ* изъ Ряжска: «Я довольно хорошо зналъ покойнаго и считаю своимъ долгомъ сказать о немъ нѣсколько словъ. Съ д-ромъ *Гиршгаузеномъ* я служилъ одновременно съ 1892 по 1898 г. въ Везенбергѣ. Это былъ врачъ наиболѣе популярный у простого народа; его пріемная съ утра до вечера была полна простымъ людомъ. Влекло народъ въ пріемную д-ра *Гиршгаузена* его простота, доступность, при глубокихъ познаніяхъ и обширномъ опытѣ. Всегда спокойный, веселый, добрый онъ во всякихъ обстоятельствахъ врачебной практики умѣлъ сохранить спокойствіе духа, помочь и ободрить больного. Ни одного труднаго случая въ городѣ или въ уѣздѣ не обходилось безъ участія д-ра *Гиршгаузена*. Онъ былъ и терапевтъ, и акушеръ, и хирургъ. Для молодого неопытнаго врача онъ былъ незамѣнимымъ товарищемъ и надежнымъ авторитетомъ. Въ немъ не было ни суетливости, ни растерянности, какъ бы случай ни былъ труденъ и неожиданъ. Присутствія духа онъ никогда не терялъ. Это дѣйствовало въ высшей степени благотворно и на молодого врача, призывавшаго на помощь д-ра *Гиршгаузена* и на окружающихъ больного».

Опечатка. Въ статьѣ д-ра *Марьянчика* (№ 28 «Русскаго Врача») при перепискѣ вкралась ошибка. Вмѣсто слова «*гулевка*» слѣдуетъ вездѣ читать «*галевка*». Слово это происходитъ, согласно присланному намъ заявленію автора статьи, отъ нѣмецкаго слова «halen», тянуть. *Ред.*

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

ТОМОВЫЯ ИЗДАНІЯ.

Чешскія.

Sbornik klinicky, т. V, тетр. 3.

1. **Vaclav Libensky.** *Dorsalni auskultace srdecni a jeji diagnosticky vyznam.* 2. **Sitta.** *Alimentarni laevulosurie pri organickych chorobach jater.* 3. **Rud. Vanysek.** *Prispevek ku kasuistice chronicke otravy sirouhlikem.*

Тетр. 4.

1. **P. Broz.** *O angioneurotickych oedemech.* 2. **Kr. Hynek.** *Ankylostomiasis v ceské panvi uhelné.* 3. **D. Panyrek.** *Jednoducha methoda kekriseni bezvedomych zvlaste pripadu lehcich.* 4. Prof. **J. Thomayer.** *O obrnach dnavych.*

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Чешскіе.

Lékarské rozhledy, мартъ.

1. Doc. **O. Kose.** *O perkutoricke auskultaci a pribuznych methodach.* 2. **Zahradnicky.** *O leceni fraktur.* 3. **Spilka.** (Окончаніе). 4. **K. Helbich.** *O alboferinu.*

Апрѣль.

Jan Bizek. *Vnitrni leceni processu zanetlivych.* (Не окончена).

Май.

1. **Karel Helbich.** *Idiopathicky tres duhovky.* 2. **Bizek.** (Окончаніе).

Нѣмецкіе.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. Май. Т. XIX. Тетр. 5.

1. **P. Mathes.** *Ein Beitrag zur Theorie von der Intoxikation der Mutter durch die Frucht.* Отравленіе матери со стороны плода. 2. **Alexander Scheib.** *Die operative Behandlung des Scheiden-und Gebärmuttervorfalles nach Sänger mit besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate.* Оцѣнка *Зенгеровскаго* способа. 3. **R. Schaeffer.** *Weitere Beiträge zur Händedesinfektion.* Къ вопросу объ обеззараживаніи рукъ. Сравненіе различныхъ способовъ. 4. **Heinrich Bayer.** *Kritisches und Antikritisches zur Beckenlehre.* Критическая замѣтка о тазѣ. 5. **C. Breus.** *Erwiderung.* Полемическая статья. 6. **Köstlin.** *Die forensische Bedeutung des Puerperalfiebers.* Критическій обзоръ вопроса о судебно-медицинскомъ значеніи послѣродовой горячки.

Іюнь. Тетр. 6.

1. **J. Voiht.** *Zwei seltene Fälle von Tubargravidität.* Описаніе 2-хъ рѣдкихъ случаевъ трубной беременности. 2. **H. Rothe.** *Zwei solide Ovarialembryome.* Распознаваніе въ обоихъ случаяхъ было сдѣлано послѣ операціи. 3. **O. Schaefter.** *Ueber die Blutversorgung des sich kontrahierenden Uterus.* Критическая замѣтка. 4. **A. Mackenrodt.** *Drüsenfrage und Rezidive bei der Totalexstirpation nebst Bemerkungen zu Schautas Arbeit: Die Berechtigung der vaginalen Totalexstirpation bei Gebärmutterkrebs.* Показанія къ удаленію матки черезъ влагалище. 5. **Nenadovics.** *Geschlechtliche Unempfindlichkeit (Anaesthesia sexualis) der Frauen.* Литературно-критическій очеркъ о половой нечувствительности женщинъ. 6. **Gustav Klein.** *Anatomische Paten.* Литературный обзоръ.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. T. XII.

1. **Miculicz.** *Ueber den heutigen Stand der Chirurgie des Pankreas.* Современное состояніе вопроса о хирургіи поджелудочной железы. 2. **Strauss.** *Klinische Studien über den Magensaftfluss.* Клиническія наблюденія надъ выдѣленіемъ желудочнаго сока. 3. **Sauerbruch.** *Die Pathogenese der subkutanen Rupturen des Magen-Darmtraktus.* Условія происхожденія разрывовъ желудочно-кишечнаго канала. 4. **Schultze.** *Zur Diagnostik und operativen Behandlung der Rückenmarkshautgeschwülste.* Описываетъ 11 случаевъ опухоли мозговыхъ оболочекъ. 5. **Federmann.** *Ueber Perityphlitis mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Leukocyten.* О значеніи «лейкоцитоза» при воспаленіяхъ брюшины, вызванныхъ прободеніемъ червеобразнаго отростка. 6. **Reinbach.** *Hämorrhoiden im Kindesalter.* О почечуѣ у дѣтей. Описаніе 4 случаевъ. Выводъ: почечуйные узлы есть чисто мѣстное страданіе, по характеру являющееся сосудистою опухолью. 7. **Walbaum.** *Untersuchungen über die Bedeutung der Epithelkörperchen beim Kaninchen.* О значеніи т. наз. glandulae parathyreoideae у кроликовъ. 8. **Lossen.** *Ueber die idiopathische Erweiterung des Oesophagus.* О самородномъ расширеніи пищевода. 5 случаевъ. 9. **Nehrkorn.** *Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa chronica.* 4 случая изъ клиники *Czerny* и 30 случаевъ изъ литературы. 10. **Engelmann.** *Beiträge zur Lehre von dem osmotischen Drucke und der elektrischen Leitfähigkeit der Körperflüssigkeiten.* Изслѣдованіе относительно осмотическаго давленія и электрической проводимости жидкостей тѣла (крови) въ здоровомъ и больномъ (воспаленіе почекъ) человѣкѣ. 11. **Fraenkel.** *Ueber Erkrankungen des roten Knochenmarkes.* На основаніи изслѣдованія 18 труповъ больныхъ, погибшихъ отъ волокниннаго воспаленія легкихъ и осложненій, приходитъ къ заключенію, что бактеріи (diplococcus) уже въ раннихъ ступеняхъ болѣзни проникаютъ въ костный мозгъ и размножаются въ немъ. 12. **Alessandri.** *Ueber einen Fall von gestieltem Magensarkom.* Случай саркомы желудка. Приводитъ литературу о соединительно-тканныхъ опухоляхъ желудка. 13. **Borchard.** *Die Verbiegung der Wirbelsäule bei der Syringomyelie.* Объ искривленіяхъ позвоночника при сирингомиэліи. 14. **Wittek.** *Die Bedeutung der Sehnentransplantation für die Behandlung choreatischer Formen der infantilen Cerebrallähmung.* Въ одномъ случаѣ дѣтскаго паралича обѣихъ нижнихъ конечностей, авторъ добился значительнаго улучшенія перерѣзкой m. ileo-psoatis и пересадкой сгибателей (m. biceps, semitendinosus et semimembranosus) на переднюю поверхность голени. 15. **Hansemann.** *Aetiologische Studien über die Epityphlitis.* О причинахъ воспаленія въ червеобразномъ отросткѣ и его окружности. 16. **Möller.** *Bakteriämie und Sepsis.* Клиническое и бактеріологическое изслѣдованіе относительно проникновенія бактерій при гнилостныхъ и заразныхъ заболѣваніяхъ. 17. **Miculicz.** *Beiträge zur Physiologie der Speiseröhre und der Cardia.* Физіологія пищевода и входной части желудка. Клинически-экспериментальное изслѣдованіе. 18. **Asakura.** *Experimentelle Untersuchungen über die Decapsulatio renum.* 19. **Stursberg.** *Experimentelle Untersuchungen über die zur Heilung chronischer Nephritiden von Edebohls vorgeschlagene Nierenentkapselung.* Оба автора подтверждаютъ опытами на животныхъ, что «декапсуляція» очень сильно способствуетъ новообразованію сосудовъ въ почечной ткани и, слѣд., можетъ служить средствомъ лѣченія затяжного воспаленія почекъ. 20. **Klien.** *Ueber die Konfiguration der lumbalen Intervertebralräume.* О формѣ поясничныхъ межпозвоночныхъ промежутковъ. 21. **Mori.** *Spontane Appendicitis bei einigen Tierspecies.* Авторъ наблюдалъ случайно воспаленіе червеобразнаго отростка у кроликовъ (2 сл.) и у собаки (1 сл.). 22. **Ritter.** *Die Enstehung der entzündlichen Hyperämie.* О причинахъ и условіяхъ происхожденія воспалительной гиперміи. Экспериментальное изслѣдованіе. 23. **Brion** und **Kayser.** *Künstliche Infektion der Gallenblase mit Pneumokokken nach Coledochusresektion.* Искусственное зараженіе желчнаго пузыря пнеймококками послѣ изсѣченія желчнаго протока. Экспериментальное изслѣдованіе. 24. **Körner.** *Untersuchungen und Erfahrungen über den Einfluss von Operationen auf den Verlauf und Ausgang des Diabetes mellitus.* Вліяніе операцій (трепанаціи сосцевиднаго отростка) на теченіе и исходъ сахарнаго мочеизиуренія. Не считаетъ діабетъ противопоказаніемъ. 25. **Kredel.** *Ueber die akute Darminvagination im Kindesalter.* 12 случаевъ остраго кишечнаго внѣдренія у дѣтей. 26. **Janssen.** *Zur Kenntniss der Arthritis chronica ankylopoëtica.* Патолого-анатомическое описаніе 2 случаевъ. 27. **Zaaijer.** *Anurie infolge doppelseitiger Nierennekrose verursacht durch Druckerhöhung in den Nieren.* Описаніе случая.

Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin. Май. T. CCLXXXII. Тетр. 5—7.

1. **O. Heubner** und **B. Salge.** *Bericht über die wichtigeren Fortschritte der Kinderheilkunde im Jahre 1903.* Успѣхи въ области педіатріи въ 1903 году. 2. **Paul Wagner.** *Neuere Beiträge zur Nierenchirurgie.* Новѣйшія работы изъ области хирургіи почекъ.

Therapeutische Monatshefte. Май.

1. **Louis Cairns.** *Beobachtungen über die Behandlung der Bubonenpest mittels intravenöser Anwendung von Yersins Serum.* Клиника и микроскопическія наблюденія надъ внутривенными впрыскиваніями противочумной сыворотки. 2. **E. Heinrich Kisch.** *Ueber Bäderbehandlung in der Geschlechtsperiode der Menarche.* Къ вопросу о примѣненіи ваннъ въ начальномъ періодѣ мѣсячныхъ у женщинъ. 3. **Max Behr.** *Die Behandlung gewisser innerer Erkrankungen durch äusserliche Anwendung des Salizyls in Form von «Rheumasan».* Преимущества наружнаго примѣненія «реймазана» передъ внутренней терапіей. 4. **Herm. Engels.** *Die echte «Baldrianwirkung» im Bornyval.* 21 случай. 5. **W. Bauermeister.** *Ueber Insektenstich-Ikterus nebst Beiträgen zur Therapie der Gallenstein-etc. Krankheiten.* Клиническая лекція. 6. **Albert Kaiser.** *Ueber Spiritusverbände mit Duralcol-Binden, einer neuen bequemen Art der Alkoholverbände.* Во многихъ случаяхъ авторъ получилъ хорошіе результаты. 7. **Paul Richter.** *Ueber die Verwendung von chemisch reinem Wasserstoffsuperoxyd, besonders bei Haut-und Geschlechtskrankheiten.* Примѣненіе перекиси водорода при заболѣваніяхъ кожи и половыхъ органовъ. 8. **A. Rahn.** *Dionin Merck.* Выставляются на видъ преимущества этого средства. 9. **Fackenheim.** *Zur medikamentösen Behandlung der Gebärmutterblutungen.* Новое средство—styptol при маточныхъ кровотеченіяхъ. 10. **Casimir Strzyzowski.** *Ueber den Einfluss des Formaldehyds auf den Nachweiss der normalen und pathologischen Harnbestandteile.* Вліяніе формалина на способы обнаруженія нормальныхъ и патологическихъ составныхъ частей человѣческой мочи.

Іюнь.

1. **J. Meinertz.** *Versuche über Diurese, insbesondere über die Wirkung des Thexin-natrium aceticum.* 12 краткихъ исторій болѣзни съ примѣненіемъ теоцина. 3. **G. Günther.** *Zur Kenntniss der Strophanthuswirkung.* Строфантъ представляетъ чистый сердечно-мышечный ядъ для млекопитающихъ и убиваетъ, останавливая сердце въ діастолѣ. 3. **Rob. Blum.** *Erfolge der*

Zimtsäurebehandlung der Lungenschwindsucht in der Sprechstunde des Landarztes. Въ 12 случаяхъ получился успѣхъ отъ лѣченія тимоломъ бугорчатки легкихъ. 4. **Cholewa.** *Nasale Therapie von Herzaffektionen.* Связь между страданіями носа и сердечными заболѣваніями. 5. **K. Koepke.** *Validol und Seekrankheit.* Валидолъ противъ морской болѣзни. 6. **L. Lünnemann.** *Die Wirkungen der Caspar-Heinrich-Quelle zu Driburg bei Krankheiten der Harnorgane.* Показанія и противопоказанія къ примѣненію названныхъ водъ. 7. **Max Bürger.** *Ueber Protylin und seinen Wert als Nährund Heilmittel, insbesondere bei rhachitischen Zuständen im Kindesalter.* Авторъ приходитъ къ благопріятному выводу о дѣйствіи протилина. 8. **M. Lewitt.** *Pyrenol.* Его терапевтическое дѣйствіе.

Іюль.

1. **Alexander Tietze.** *Zur Statistik der operativen Behandlung des Mammakarzinoms.* Статистическія данныя оперативнаго лѣченія рака грудной железы. 2. **Wilhelm Perlmann.** *Zur Wirkungsweise des Cancroins.* Въ 2-хъ случаяхъ автора, успѣха отъ канкроина не получилось. 3. **Heinrich Mohr.** *Die Verhütung von Rezidiven nach Karzinomoperationen.* Критическій обзоръ способовъ предупрежденія возвратовъ рака послѣ операціи. 4. **F. C. R. Eschle.** *Die Energetopathologie O. Rosenbachs.* Критическій очеркъ. 5. **Netz.** *Gangrän bei Scharlach.* Случай омертвѣнія при скарлатинѣ. 6. **Prölss.** *Resultate mit dem Gichtmittel Citarin.* Въ 5 случаяхъ авторъ получилъ ободряющіе результаты отъ лѣченія подагры цитариномъ. 7. **Gernsheim.** *Kurze Mitteilung über meine Erfolge mit Citarin.* Краткая замѣтка о томъ-же препаратѣ. 8. **Goliner.** *Beitrag zur Eisentherapie.* Авторъ рекомендуетъ марганцево-желѣзистый пептонатъ для внутренняго употребленія. 9. **J. Arnold Goldmann.** *Praktische Erfahrungen über die spezifische Wirkung des «Lactagol».* Къ вопросу о дѣйствіи «лактагола». 10. **Manasse.** *Arhovin, ein neues Antigonorrhoicum für den innerlichen und äusserlichen Gebrauch.* Авторъ хвалитъ «арговинъ» какъ средство, пригодное для наружнаго и внутренняго употребленія при гонорреѣ.

Die Therapie der Gegenwart. Іюнь.

1. **A. Martin.** *Zur Behandlung des sogenannten inoperablen Uteruscarcinoms.* Къ вопросу о лѣченіи т. наз. неоперируемыхъ раковъ матки. 2. **Peter Bergell** und **Robert Pschorr.** *Ueber das Euporphin (Apomorphinbrommethylat).* Краткая замѣтка о химическомъ строеніи эйпорфина. 3. **Max Michaelis.** *Ueber Euporphin.* 6 случаевъ терапевтическаго примѣненія эйпорфина. 4. **Focke.** *Ueber den gleichmässigen Wirkungswert von gut präpariertem und gut aufbewahrtem Digitalisblätter-Pulver.* Сравнительное дѣйствіе различныхъ препаратовъ изъ листьевъ дигиталиса. 5. **Alfons Stauder.** *Exodin, ein neues Abführmittel.* Нѣсколько наблюденій надъ терапевтическимъ дѣйствіемъ. 6. **Eduard Weiss.** *Einige Worte über Gelenksneurosen.* Краткая замѣтка о нейрозахъ суставовъ. 7. **H. Roeder.** *Die Behandlung der Cholera infantum mit besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Technik.* Практическія указанія къ лѣченію дѣтскихъ поносовъ. 8. **Furst.** *Chronische Lymphdrüsen-Intumeszenzen, verdächtig als latente Tuberkuloseherde.* Лѣченіе хроническихъ лимфаденитовъ. 9. **W. Klink.** *Therapeutische aus Vereinen und Kongressen. 33. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Berlin 6—9. April 1904.* (Окончаніе).

Іюль.

1. **Backhaus.** *Milchhygiene und Säuglingsnahrung.* Рѣчь о питаніи грудныхъ дѣтей. 2. **J. Boas.** *Ueber die Behandlung von Hämorrhoidalblutungen mittels rektaler Chlorcalciuminjektionen.* Въ 6 случаяхъ у автора получился положительный результатъ отъ лѣченія геморроидальныхъ кровотеченій хлористымъ кальціемъ. 3. **August Homburger.** *Ueber Bedingungen und Grenzen der Wirksamkeit schwerlöslicher Hypnotica (Tryonal und Veronal) mit besonderer Berücksichtigung der arteriosklerotischen Schlafstörungen.* Критическая замѣтка относительно сравнительнаго дѣйствія снотворныхъ средствъ. 4. **A. Rittershaus.** *Intravenöse Collargolinjektionen bei septischen und infektiösen Erkrankungen.* Во многихъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ внутривенное впрыскиваніе колларгола уменьшаетъ лихорадку и улучшаетъ общее состояніе организма. 5. **Arthur Lange.** *Ueber Lysolvergiftung.* 3 случая отравленія лизоломъ. 6. **L. Ballin.** *Ueber die Behandlung des pemphigus neonatorum.* Авторъ употреблялъ для лѣченія pemphigus neonatorum ихтарганъ. 7. **Fr. Bering.** *Ueber einige neuere Heilmittel.* Критическая замѣтка объ эмпироформѣ, эугуформѣ, круринѣ, альбаргинѣ, гоносонѣ и гельмитолѣ.

Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. Іюнь. Т. CLXXVI. Тетр. 3.

1. **G. Vannini.** *Beitrag zum Stoffwechsel bei Chlorose.* Рядъ клиническихъ наблюденій надъ обмѣномъ при блѣдной немочи. 2. **Arnold Orgler.** *Chemische Nierenuntersuchungen mit Berücksichtigung des hystologischen Bildes.* Химическое изслѣдованіе почечной ткани, подвергнувшейся различнымъ патологическимъ измѣненіямъ. 3. **E. Neumann.** *Die subcutane Myelomeningocele, eine häufige Form der Spina bifida.* Описаніе случая. 4. **Anton Brosch.** *Ueber die natürliche Disposition der Speiseröhre zur Divertikelbildung und über die hystologischen Merkmale der Traktion und Pulsion.* Къ вопросу объ образованіи дивертикуловъ пищевода. 5. **J. G. Mönckeberg.** *Der normale hystologische Bau und die Sklerose der Aortenklappen.* Нормальное строеніе и измѣненія при склерозѣ клапановъ аорты. 6. **H. Herzog.** *Ueber einen neuen Befund bei Molluscum contagiosum.* Связь между моллюскомъ и кожнымъ ракомъ. 7. **R. Kothe.** *Beitrag zur Kenntniss der Lymphangiome (speziell der Makromelie) mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese.* По поводу одного случая.

Іюль. Т. CLXXVI. Тетр. 1.

1. **Waldvogel.** *Autolyse und fettige Degeneration.* Экспериментальное изслѣдованіе объ аутолизѣ. 2. **Julius Leuchs.** *Ueber die Zellen des menschlichen Eiters und einiger seröser Exsudate.* Къ вопросу о зернистости въ лейкоцитахъ при различныхъ болѣзненныхъ процессахъ. 3. **Alfred Binder.** *Ueber Riesenzellenbildung bei kongenitaler Lues der Leber.* Микроскопическое изслѣдованіе одного случая сифилиса печени; образованіе гигантскихъ клѣтокъ. 4. **Gaetano Fichera** und **Vittorino Scaffidi.** *Beitrag zur pathologischen Histologie der Glomeruli.* Микроскопическія измѣненія въ почкахъ при гломерулонефритахъ. Изслѣдованіе 8 случаевъ. 5. **S. Jellinek.** *Zur klinischen Diagnose und pathologischen Anatomie des multiplen Myeloms.* Къ вопросу о клиническомъ распознаваніи и патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при множественныхъ міеломахъ. 6. **Bindo de Vecchi.** *Ueber einen Fall von Hypernephrom der Leber.* Описаніе случая присутствія железистой опухоли надпочечниковаго происхожденія въ печени. 7. **Herm. Schridde.** *Ueber den angeborenen Mangel des Processus vermiformis.* Случай врожденнаго отсутствія червеобразнаго отростка. 8. **Georg Hirschel.** *Ueber einen Fall von Darmmyom mit Divertikelbildung bei gleichzeitigem Vorhandensein eines Meckel'schen Divertikels.* Описаніе и рисунки. 9. **Karl Reitmann.** *Ueber einen Fortsatz des Chiasma nervi optici.* Въ случаѣ, описываемомъ авторомъ, существовалъ впереди перекрестка зрительныхъ нервовъ отростокъ, состоявшій изъ нейроглія. 10. **Eug. Fraenkel.** *Kritisches zur Frage der gangrène foudroyante und der Schaumorgane.* Критическая замѣтка.

Zeitschrift für Heilkunde. Май.

1. **Hödlmoser.** *Tod durch Embolie der Pulmonalarterie, ausgehend von einem in die Hohlvene gewucherten primären Angiosarkom der Nebenniere.* Описаніе случая и литература. 2. **Jiro Otori.** *Ueber die Phosphorwolframsäure als ein Reagens zum Nachweise und zur Differenzierung der Kohlehydrate im Harne.* Описаніе способа примѣненія фосфорновольфрамовой кислоты въ качествѣ реактива для обнаруженія углеводовъ въ мочѣ. 3. **Онъ-же.** *Ueber die Verteilung der stickstoffhaltigen Substanzen in menschlichen Trans- und Exsudaten sowie im Ovarialzysteninhalt.* Химическій составъ различныхъ эксудатовъ и трансудатовъ, а также содержимаго овариальныхъ кистъ. 4. **Emil Zdarek.** *Chemischer Befund des Inhaltes von Leberzysten bei gleichzeitigem Bestande von Aszites.* Химическій составъ содержимаго печеночной кисты.

Іюнь.

1. **Ludwig Teleky.** *Die Laugenverätzungen der Speiseröhre.* Ожоги пищевода щелочами. 2. **Sigmund Stiassny.** *Ueber die Veränderungen der Zellen des Epithelsaumes granulierender Wunden unter dem Einflusse von Kältetraumen.* Микроскопическія измѣненія въ эпителіѣ грануирующихъ ранъ. 3. **Alfred Exner.** *Bericht über die Magenoperationen der letzten fünf Jahre an der Klinik Gussenbauer.* Клиническій отчетъ.

Іюль.

1. **Carl Sternberg.** *Ueber lymphatische Leukämie.* Монографія о лимфатической лейкэміи. 2. **Viktor Kroph.** *Ein Beitrag zur Kenntniss des primären Sarkoms und Karzinoms der Harnblase.* 6 случаевъ съ патолого-анатомическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 3. **Miki Yamasaki.** *Zur Kenntniss der Hodgkinschen Krankheit und ihres Ueberganges in Sarkom.* 2 случая.

Zeitschrift für klinische Medicin. Т. LII. Тетр. 5 и 6.

1. **E. von Leyden.** *Untersuchungen über Mamma-Carcinom bei einer Katze.* Микроскопическое изслѣдованіе рѣдкаго случая рака грудной железы у кошки. 2. **Stuertz.** *Ueber Sputum-Virulenz-Prüfungen im Verlauf der croupösen Pneumonie und über die prognostische Verwerthung der Virulenzcurve.* Прививки микроба фибринозной пнеймоніи. 3. **P. Fraenckel.** *Ueber die Bestimmung des Blutkörperchenvolumens aus der elektrischen Leitfähigkeit.* Опредѣленіе объема и прочихъ свойствъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ у различныхъ животныхъ. 4. **Maximilian Sternberg.** *Cerebrale Localisation der Mimik.* Къ вопросу о мимическихъ центрахъ. 5. **Heinrich Singer.** *Untersuchungen über die Iodausscheidung nach Gebrauch von Iodkali und von Jodipin.* Сравнительная оцѣнка всасыванія и выдѣленія іода при пріемахъ іодипина и іодистаго калія. 6. **H. Strauss** und **B. Chajes.** *Refractometrische Eiweissbestimmungen an menschlichem Blutserum und ihre klinische Bedeutung.* Количественное опредѣленіе бѣлковъ кровяной сыворотки. 7. **Kurt Brandenburg.** *Ueber die Eigenschaft des Digitalin, in nicht tödtlicher Gabe die Anspruchsfähigkeit des Herzen für künstliche Reize vorübergehend zu vermindern.* Краткая замѣтка о дигиталинѣ. 8. **Alfred Wolff.** *Kurze Bemerkung zu meiner Arbeit: «Ueber Leukocytengranulationen».* Добавочная замѣтка къ напечатанной раньше работѣ.

Т. LIII.

1. **Carl von Noorden.** *Bemerkungen über Hyperacidität des Magensaftes und ihre Behandlung.* Въ случаяхъ простой нервной диспепсіи, когда питаніе ослаблено наилучшимъ лѣчебнымъ средствомъ, является откармливаніе. 2. **L. Kredel.** *Ueber die*

angeborene Dilatation und Hypertrophie des Dickdarms (Hirsprung'sche Krankheit. 3 случая. 3. **Онъ-же.** *Embolische Extremitätengangrän nach Pneumonie.* 1 случай. 4. **C. Posner.** *Ueber essentielle Albuminurie.* По поводу 1 случая. 5. **Ludwig Edinger.** *Neue Darstellung der Segmentinnervation des menschlichen Körpers.* Къ вопросу о снабженіи нервами человѣческаго тѣла. 6. **Proebsting.** *Zur Behandlung der Hämorrhoiden.* Критическая замѣтка. 7. **Franz Kuhn.** *Die Desinfection der Gallenwege.* Бактеріологическіе опыты. 8. **V. Ziegler.** *Salzsäurehyperacidität im Beginn von Magenkrebs.* Къ вопросу о содержаніи соляной кислоты въ желудкѣ при ракѣ. 9. **E. Biernacki.** *Ueber den Begriff der Anämie in klinischer Beziehung.* Клиническая лекція. 10. **W. Bauermeister.** *Ein Fall von Allgemeininfection durch Bacterium coli commune mit typhusähnlichen Verlauf und spätfolgender Hodenabscedierung.* Подробное описаніе случая. 11. **Ed. Reichmann.** *Die inspiratorische Verkleinerung des Pulses (sogen. Pulsus paradoxus).* Литературно-критическій очеркъ. 12. **H. Strauss.** *Ueber digestive oder alimentäre Hypersecretion des Magens (nebst Bemerkungen über Atonia et Ptosis gastrica).* Клиническая лекція. 13. **L. Metzger.** *Zur Casuistik des menstruellen Icterus.* Описаніе случая. 14. **E. Bosenberger.** *Ueber homogen wachsende saurefeste Bacillen.* Біологическія свойства кислотоупорныхъ палочекъ. 15. **Ernst Homberger.** *Zur Casuistik der Hämoglobinurie.* 1 случай. 16. **W. Streng.** *Ueber Polymyositis.* Клиническая лекція. 17. **Max Laehr.** *Bemerkungen zur Arbeitsbehandlung Nervenkranker.* Критическій обзоръ вопроса. 18. **F. Tuczek** *Ueber das pathologische Element in der Criminalität der Jugendlichen.* Къ вопросу о судебной психопатологіи. 19. **Aug. Hoffmann.** *Ueber Verdoppelung der Herzfrequenz nebst Bemerkungen zur Analyse des unregelmässigen Pulses.* Литературно-критическій обзоръ. 20. **Otto Reissner.** *Ueber unregelmässige Herzthätigkeit auf psychischer Grundlage.* Нѣсколько клиническихъ случаевъ, иллюстрирующихъ вліяніе душевнаго состоянія на сердечную дѣятельность. 21. **Kurt Brandenburg.** *Ueber die Eigenschaft des Digitalin, in nicht tödtlicher Gabe die Anspruchsfähigkeit des Herzmuskels für künstliche Reize vorübergehend zu vermindern.* Экспериментальное изслѣдованіе на сердцахъ лягушекъ. 22. **Kullmann.** *Ueber Hämolyse durch Carcinomextracte.* Авторъ доказалъ, что настои раковыхъ опухолей обладаютъ гемолитическими свойствами. 23. **K. Osswald.** *Zur Casuistik der Embolie und Thrombose der Mesenterialgefässe.* Въ 2-хъ случаяхъ авторъ обнаружилъ на вскрытіи тромбы брыжеечныхъ сосудовъ. 24. **B. Markwald.** *Ueber seltene Complicationen der Ruhr.* Случай кроваваго поноса осложнился воспаленіемъ уретры и заболѣваніемъ глазъ. 25. **Wladyslaw Buner.** *Ueber die therapeutische Anwendung des Aderlasses.* Показанія къ примѣненію кровопусканій въ терапіи. 26. **Herzog.** *Casuistischer Beitrag zur Lehre von der motorischen Apraxie.* Описаніе случая. 27. **Bönniger.** *Zur Frage der Resorption aus den Geweben.* Опыты на собакахъ. 28. **G. Honigmann.** *Beitrag zur Symptomatologie des Magenrkebses und zum Vorkommen der Tetanie bei Magenkrankheiten.* По поводу одного случая, изслѣдованнаго патолого-анатомически и микроскопически. 29. **H. Richartz.** *Beitrag zur Lehre von der Tetanie bei Magenerweiterung.* Описаніе случая. 30. **Konrad Alt.** *Die diätetische Behandlung der Epileptiker in Vergangenheit und Gegenwart.* Къ вопросу объ уходѣ за эпилептиками. 31. **Georg Zuelzer.** *Die Sauerstoffaufnahme durch die Haut.* Экспериментальное изслѣдованіе. 32. **Paul Edel.** *Ueber den Einfluss gefässerweiternder Maasnahmen und geeigneter Muskelleistung bei chronischer interstitieller Nephritis und ihre Bedeutung für die Therapie derselben.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе на людяхъ. 33. **S. Heichelheim.** *Ueber das Vorkommen von langen fadenförmigen (Boas Oppler) Bacillen in Blutgerinnseln des Mageninhalts und dessen Bedeutung für die Frühdiagnose des Magencarcinoms.* Присутствію большого количества нитевидныхъ палочекъ въ содержимомъ желудка больного, авторъ считаетъ за признакъ начальной стадіи рака этого органа. 34. **v. Tabora.** *Grenzwerthe der Eiweissausnutzung bei Störungen der Magensaftsecretion.* Изслѣдованіе усвоенія бѣлковыхъ веществъ у больныхъ съ нарушенной дѣятельностью желудка. 35. **Franz Volhard.** *Ueber ventrikulöse Bigeminie ohne compensatorische Pause durch rückläufige Herzcontractionen.* Описаніе случая.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. T. LI. Тетр. 3.

1. **Hans Meyer-Rüegg.** *Eihautberstung ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.* Краткій перечень описанныхъ уже случаевъ перерыва беременности и описаніе собственнаго случая. 2. **M. Walthard.** *Grundlagen zur Serotherapie des Streptokokkenpuerperalfiebers.* Авторъ приходитъ къ отрицательному взгляду на дѣйствіе противъ цѣпекокковой сыворотки. 3. **A. Rieländer.** *Ueber die Wirkung von Aetzmitteln auf das elbende Endometrium.* Къ вопросу о лѣченіи эндометритовъ. 4. **W. Stoeckel.** *Die intraperitoneale Implantation des Ureters in die Blase.* Техника вшиванія мочеточника въ мочевой пузырь. 5. **Hohmeier.** *Ueber einen vaginal ausmündenden überzähligen Ureter und dessen operative Behandlung.* Описаніе случая уродства женскихъ половыхъ органовъ. 6. **Ahlfeld** und **Arschoff.** *Neue Beiträge zur Genese der Placenta praevia.* Критическій очеркъ по поводу 2-хъ случаевъ предлежащаго послѣда. 7. **J. Voigt.** *Zur Bildung der intervillösen Räume bei frühen Stadien von tubarer und intrauteriner Gravidität.* Къ вопросу объ образованіи межворсинчатыхъ синусовъ при внѣматочной беременности. 8. **Paul Bröse.** *Ueber die Wendung bei Erstgebärenden mit engem (plattem) Becken und die Anwendung eines neuen Handgriffes bei schweren Wendungen.* О поворотахъ у первороженицъ съ узкимъ тазомъ.

T. LII. Тетр. 1.

1. **M. Hofmeier.** *Ueber angeborene und erworbene Verschlüsse der weiblichen Genitalien und deren Behandlung.* 4 случая прирожденнаго закрытія входа во влагалище. 2. **Ph. Jung.** *Die Aetiologie der Kraurosis vulvae.* Микроскопическое изслѣдованіе кожи пораженной области въ 4-хъ случаяхъ. 3. **Eduard Jhm.** *Ueber die Bedeutung des Fiebers in der Geburt.* Прогнозъ лихорадочнаго теченія родовъ, какъ для матери, такъ и для ребенка. 4. **Ludwig Kleinwächter.** *Zur Aetiologie des Prolapses der weiblichen Urethra.* Въ случаѣ автора виною выпаденія было ненормально совершаемое совокупленіе. 5. **G. Hinz.** *Ein Fall von Chorioepitheliom nach Tubargravidität.* Подробное описаніе случая хоріоэпителіомы съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Centralblatt für die gesammte Therapie. Іюнь. Тетр. 6.

1. **Julius Neumann.** *Ueber die entzündlichen Erkrankungen der inneren weiblichen Genitalien.* Обзоръ воспалительныхъ состояній внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ. 2. **Richard Leo Grünfeld.** *Die funktionelle Nierendiagnostik.* Распознаваніе функціональныхъ отклоненій отъ нормы въ почкахъ.

Іюль. Тетр. 7.

1. **C. E. Walla.** *Eine Studie über die Perkussion der Lungen.* Распознавательное значеніе выстукиванія легкихъ. 2. **Richard Leo Grünfeld.** *Die funktionelle Nierendiagnostik.* (Продолженіе).

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Przegląd lekarski, 23 апрѣля.

1. Prof. **Jan Raczyński.** *Badania nad etyologią czerwonki z uwzględnieniem dwóch epidemii panujących w Galicyi w roku 1903.* Изслѣдованія надъ этіологіей кроваваго поноса въ связи съ развитіемъ въ Галиціи въ 1903 г. 2-хъ эпидемій этой болѣзни (Не окончена). 2. **Piltz.** (Окончаніе). 3. **Klecki.** (Окончаніе).

30 апрѣля.

1. **Adam Wrzosek.** *Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.* (Не окончена). 2. **J. Raczyński.** (Окончаніе). 3. **Maurycy Ameisen.** *Przypadek niezwykły rozedmy podskórnej.* Необычный случай подкожной эмфиземы.

7 мая.

1. Doc. **Wincenty Łepkowski.** *Replantacya, transplantacya i implantacya zębów.* (Не окончена). 2. **A. Wrzosek.** (Продолженіе).

14 мая.

1. **Wasserthal.** *Nowy aëro-uretroskop.* 2. **Wrzosek.** (Продолженіе). 3. **Łepkowski.** (Продолженіе).

21 мая.

1. **Leon Karwacki.** *Kreozot i kreozalbina w cierpieniach narządu oddechowego.* 2. **Łepkowski.** (Окончаніе). 3. **Wrzosek.** (Продолженіе).

28 мая.

1. **Z. Pelczar.** *O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania kąpieli gazowych w chorobach serca.* 2. **Józef Kadyi.** *Wypadnięcie pochwy i macicy wśród porodu.* Выпаденіе рукава и матки во время родовъ. 3. **Wrzosek.** (Окончаніе).

4 іюня.

1. **W. Moraczewski.** *O źródłach indykanu w moczu.* Объ источникахъ индикана въ мочѣ. 2. **Tadeusz Praschil.** *Wpływ truskawieckiej wody zwanej «Naftusia» na przemianę materyi u ludzi zdrowych i dotkniętych skazą moczanową.* О вліяніи источника «Naftusia» на обмѣнъ веществъ у здоровыхъ и подагриковъ. (Не окончена).

11 іюня.

1. **Piotr Pręgowski.** *Omówienie przypadku niewątpliwego dziedziczenia kurczowej naczynioruchowej nerwicy wraz z uwagami o t. zw. hartowaniu dzieci.* Случай несомнѣннаго наслѣдственнаго спазмодическаго сосудодвигательнаго нейроза въ связи съ вопросомъ о закаливаніи дѣтей (Не окончена). 2. **Praschil.** (Окончаніе).

18 іюня.

1. **Adam Greliński.** *Kilka słów o przyczynach krwotoków w przypadkach ostrego zupełnego zatrzymania moczu.* О причинахъ кровотеченій въ случаяхъ острой полной задержки мочи. 2. **Pręgowski.** (Продолженіе). 3. **Władysław Dziewoński.** *Przypadek samoistnego przebicia ropnia opadowego do płuca.*

25 іюня.

1. **L. Wachholz i S. Horoszkiewicz.** *O zachowania się krwi w zwłokach utopionych.* О состояніи крови въ трупахъ утопленниковъ (не окончена). 2. **Pręgowski.** (Окончаніе).

2 іюля.

1. **Tadeusz Żeleński i Teodor Cybulski.** *O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej.* О появленіи міэлоцитовъ въ крови дѣтей (не окончена). 2. **Wachholz i Horoszkiewicz.** (Окончаніе).

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CXLIV. Заболѣваніе слухового органа у дѣтей школьнаго возраста [1]).

А. А. Борхмана (Москва).

Страданія уха, сравнительно съ болѣзнями другихъ органовъ, находятся въ общемъ до извѣстной степени въ пренебреженіи. Правда, органъ слуха, по расположенію своему менѣе доступенъ нашему наблюденію, чѣмъ, напр., глазъ, почему заболѣванія его долго время остаются скрытыми; да и ослабленіе слуховой способности, пока оно нерѣзко или ограничивается однимъ ухомъ, легко просматривается.

Даже болѣе рѣзкія разстройства со стороны уха не всегда пользуются вниманіемъ, которое они заслуживаютъ. Какъ часто, напр., приходится встрѣчать родителей, вполнѣ равнодушно относящихся къ гнойной течи изъ уха, существующей иногда много лѣтъ. Я уже не говорю о низшихъ классахъ населенія, гдѣ до сихъ поръ держится мнѣніе, что такая течь изъ уха—явленіе благотворное, что такимъ путемъ выходитъ изъ головы вредная «дрянь»; но нерѣдко и въ образованномъ кругу людей и, какъ это ни странно, даже среди врачей, можно натолкнуться на мнѣніе, что «это золотушка», нѣчто такое невинное, о чемъ не стоитъ особенно безпокоиться, такъ какъ оно со временемъ пройдетъ само собой.

Между тѣмъ, если тѣ врачи, которые совершенно отрицаютъ самостоятельное существованіе золотухи, и заходятъ слишкомъ далеко, то неправы и тѣ, которые придаютъ ей слишкомъ большое значеніе въ происхожденіи разнообразныхъ болѣзненныхъ явленій. Стоитъ только вспомнить о бугорчатковомъ пораженіи железъ, которое прежде сходило за золотуху. Очень часто хроническая течь изъ уха, въ особенности протекающая вмѣстѣ съ пораженіемъ железъ и костей, оказывается также бугорчатковаго происхожденія. Но несравненно чаще также течь обусловливается нагноеніемъ, начало котораго относится къ какой-нибудь острой заразной болѣзни: скарлатинѣ, кори, гриппу, рѣже дифтеріи. Очень часто при разспросѣ родителей оказывается, что болѣзнь тянется давно, много лѣтъ тому назадъ, гноетеченіе то прекращалось, то появлялось вновь; чаще всего при этомъ лѣченіе или вовсе не велось или оно продолжалось недолго. Такое равнодушное отношеніе къ одному изъ самыхъ важныхъ органовъ нашего тѣла можно объяснить лишь тѣмъ, что въ общество наше, разумѣя самые широкіе слои его, еще не проникло сознаніе необходимости своевременнаго лѣченія и предупрежденія ушныхъ заболѣваній, ибо мало—кто знакомъ съ тѣми подчасъ губительными послѣдствіями, которыя влечетъ за собой отсутствіе лѣченія. Вспомнимъ, что ухо находится въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ такимъ органомъ, какъ головной мозгъ; по *Bergmann*'у, $^1/_2$ всѣхъ случаевъ мозгового нарыва является результатомъ хроническаго гноетеченія.

А между тѣмъ, болѣзнь, своевременно узнанная и лѣченная, въ большинствѣ случаевъ кончается выздоровленіемъ или, по крайней мѣрѣ, значительнымъ улучшеніемъ.

Въ мои намѣренія не можетъ входить описаніе ушныхъ болѣзней вообще, но для лучшаго пониманія послѣдующаго, считаю не лишнимъ сказать пару словъ объ анатомическомъ устройствѣ слухового органа съ указаніемъ на нѣкоторыя особенности строенія его у дѣтей.

Слуховой органъ раздѣляется на 2 части: на звукопроводящій аппаратъ и на звуковоспринимающій. Къ первому относится такъ наз. *наружное ухо*, т. е. раковина, слуховой проходъ, затѣмъ *среднее ухо*, барабанная перепонка, барабанная полость, слуховыя косточки, Евстахіевы трубы и сосцевидный отростокъ височной кости. Звуковоспринимающій аппаратъ составляетъ *внутреннее ухо* — лабиринтъ, слуховой нервъ и слуховые центры въ мозгу.

Раковина, служащая для собиранія слуховыхъ волнъ, не имѣетъ, впрочемъ, большого значенія для слуха; гораздо важнѣе слуховой проходъ, по которому звуковыя волны достигаютъ барабанной перепонки; послѣдняя приходитъ при этомъ, вмѣстѣ съ слуховыми косточками, въ колебательныя движенія, передающіяся затѣмъ лабиринтной жидкости, въ которой оканчиваются тончайшія развѣтвленія слухового нерва, а по нимъ раздраженія передаются височной долѣ головного мозга, гдѣ и воспринимаются въ качествѣ слухового ощущенія. Слуховой проходъ у старшихъ дѣтей ничѣмъ не отличается отъ такового-же у взрослыхъ и состоитъ изъ наружной хрящевой и внутренней костной части и выстланъ кожей, въ которой заложены на ряду съ сальными железами особыя железки, вырабатывающія ушную сѣру.

Послѣдняя, скопляясь при ненормальныхъ условіяхъ въ большомъ количествѣ, можетъ совершенно закупорить проходъ и обусловить глухоту. У маленькихъ дѣтей слуховой проходъ, не имѣющій еще костной части, очень узокъ; у новорожденныхъ представляетъ даже просто щель. Обозрѣть при такихъ условіяхъ барабанную перепонку нелегко. Барабанная перепонка, представляя плотное полупрозрачное образованіе, отдѣляетъ слуховой проходъ отъ средняго уха и служитъ надежной защитой противъ проникания въ среднее ухо болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ, которыхъ всегда много въ слуховомъ проходѣ. Расположенная у взрослыхъ въ косомъ направленіи, барабанная перепонка у маленькихъ дѣтей наклонена еще сильнѣе, а у новорожденныхъ наклонена на столько, что составляетъ какъ-бы часть верхней стѣнки слухового прохода. Это послѣднее обстоятельство, въ связи съ упомянутой выше узостью прохода, сильно затрудняютъ изслѣдованіе уха у такихъ дѣтей. Къ этому нужно еще прибавить бо̀льшую толщину перепонки, вслѣдствіе чего она непрозрачна и не позволяетъ видѣть выпоты, скопляющіеся въ среднемъ ухѣ при различныхъ воспалительныхъ состояніяхъ послѣдняго.

Среднее ухо представляетъ небольшую коробочку, въ которой расположены 3 слуховыя косточки—молотокъ, наковальня и стремя; 2 крайнія изъ нихъ соединены: молотокъ съ барабанной перепонкой, стремя при посредствѣ своего основанія съ т. наз. овальнымъ окномъ, ведущимъ къ лабиринту. Полость средняго уха выстлана слизистой оболочкой, которая у маленькихъ дѣтей очень рыхла и богата сосудами—обстоятельство, очень благопріятное для развитія воспалительныхъ измѣненій. Отдѣленное наглухо отъ слухового прохода, среднее ухо имѣетъ, однако, сообщеніе съ полостью носоглотки при посредствѣ Евстахіевой трубы. Послѣдняя, направляясь изъ средняго уха въ носоглотку, выстлана мерцательнымъ эпителіемъ, рѣснички котораго движутся въ сторону носоглотки,—механизмъ, способствующій удаленію отдѣляемаго изъ средняго уха. Но главное назначеніе трубы—провѣтриваніе средняго уха. Во время рѣчи или акта глотанія просвѣтъ трубы, при помощи назначенныхъ для того мышцъ, расширяется и воздухъ проникаетъ изъ носоглоточнаго пространства въ полость средняго уха; благодаря этому регулируется содержаніе воздуха въ среднемъ ухѣ, облегчающее движенія косточекъ. Если же почему-либо Евстахіева труба становится непроходимой, воздухъ средняго уха всасывается и барабанная перепонка подъ напоромъ атмосфернаго давленія вдается внутрь и теряетъ свою подвижность, отчего страдаетъ въ большей или меньшей степени слухъ. У дѣтей труба короче и шире и направленіе ея болѣе горизонтально, чѣмъ у взрослыхъ; если къ этому прибавить еще, что носоглоточное устье трубы лежитъ у новорожденныхъ на уровнѣ твердаго нёба, а у 4-лѣтнихъ, напр., дѣтей всего на 4 млм. выше (у взрослыхъ на 10 млм.), то легко понять, почему у маленькихъ дѣтей такъ часто случаются пораженія ушей при кашлѣ, рвотѣ, крикѣ: заразныя начала изъ полости зѣва слишкомъ легко попадаютъ въ среднее ухо.

Что касается сосцевиднаго отростка, то у дѣтей онъ развитъ слабо и заключаетъ въ себѣ одну полость, antrum, лежащую, благодаря тонкости кости, очень поверхностно. Впослѣдствіи кость разростается, становится толще и antrum отодвигается все глубже, такъ что у взрослыхъ оно находится уже на глубинѣ около 1 стм. На поверхности сосцевиднаго отростка часто замѣтна особая щель, т. наз.

[1]) Сообщено на годовомъ засѣданіи Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ 18/II 1904 г.

чешуйчато-сосцевидная, особенно рѣзко выраженная у дѣтей. Вотъ почему, при нагноеніяхъ средняго уха у нихъ нерѣдко случается, что гной, при цѣлости кости, пробиваетъ себѣ дорогу черезъ эту щель и появляется подъ кожей, за ухомъ. Говоря о возможности такого самостоятельнаго прорыва гноя наружу, нельзя не вспомнить еще объ одномъ мѣстѣ, гдѣ нагноеніе средняго уха легко можетъ распространиться на головной мозгъ; это мѣсто находится при соединеніи чешуйчатой кости съ пирамидой и соотвѣтствуетъ верхней стѣнкѣ средняго уха, tegmentum tympani.

У дѣтей это соединеніе костей зіяетъ и выполнено отросткомъ твердой мозговой оболочки, въ которомъ проходятъ вѣточки мозговой артеріи, направляющіяся въ среднее ухо и въ antrum. Такое сообщеніе средняго уха съ средней черепной ямкой представляетъ для головного мозга немалую опасность; не даромъ у дѣтей при воспаленіи средняго уха наблюдаются такъ часто тяжелыя мозговыя явленія, симулирующія настоящее воспаленіе мозговыхъ оболочекъ.

Что касается внутренняго уха и лабиранта, то отдѣльныя части послѣдняго лежатъ у дѣтей болѣе поверхностно, а потому при гнойныхъ процессахъ въ нихъ заразное начало и здѣсь угрожаетъ головному мозгу.

Вотъ главнѣйшія особенности въ строеніи дѣтскаго органа слуха; съ одной стороны, онѣ объясняютъ, почему ушныя заболѣванія такъ часты у дѣтей, съ другой,—почему эти заболѣванія представляютъ для нихъ огромную опасность. Съ этими особенностями мы, однако, можемъ лишь считаться, устранить ихъ мы не въ состояніи. Но есть одна область, функціонально очень тѣсно связанная съ ухомъ и имѣющая у дѣтей свои особенности; болѣзни этой области доступны нашему наблюденію и лѣченію, благодаря чему мы въ состояніи предупредить возникновеніе серьезныхъ осложненій со стороны органа слуха.

Я разумѣю верхніе дыхательные пути. Изъ нихъ назовемъ носоглоточное пространство, сообщающееся, какъ уже указано, при помощи Евстахіевыхъ трубъ съ среднимъ ухомъ. Эта область очень богата лимфоидными образованіями, носящими здѣсь названіе аденоидной ткани или 3-ей миндалины *Luschka* и составляющими часть *Waldeyer*'овскаго лимфатическаго кольца. Въ патологическихъ случаяхъ эта ткань разростается, принимаетъ видъ опухоли и можетъ закупоривать отверстіе Евстахіевой трубы и послужитъ такимъ образомъ причиной ушного заболѣванія. А такъ какъ эти разрощенія очень склонны къ воспаленію, то этимъ очень часто поддерживается, напр. хроническое нагноеніе ушей, благодаря проникаціи микробовъ въ полость средняго уха. Изъ сказаннаго ясна необходимость своевременнаго удаленія этихъ образованій, разъ только присутствіе ведетъ къ явнымъ разстройствамъ слухового прибора.

И такъ, рыхлость и богатство сосудами слизистой оболочки средняго уха, короткая и широкая, горизонтально расположенная труба, наличность въ носоглоткѣ склонной въ воспаленію лимфатической ткани,—вотъ моменты, отъ которыхъ зависитъ всѣмъ извѣстная частота страданій слухового органа у дѣтей, главнымъ образомъ въ ранній періодъ ихъ жизни. Отсутствіе-же правильнаго лѣченія, часто неблагопріятныя условія жизни и питаніе, вызывающіе, въ свою очередь, различныя дискразіи дѣлаютъ то, что ребенокъ, достигнувъ школьнаго возраста, обнаруживаетъ ту или иную недостачу въ сферѣ слухового прибора.

Школѣ приходится такимъ образомъ считаться съ послѣдствіями ранѣе пріобрѣтенныхъ страданій и никому не придетъ въ голову приписывать ей, какъ таковой, вліяніе на возникновеніе и распространеніе ушныхъ заболѣваній. Если нѣкоторые авторы—между прочимъ и я вынесъ такое впечатлѣніе—и находили, что число тугослышащихъ учениковъ увеличивается съ возрастомъ, то обвинять въ этомъ школу нельзя: болѣзнь уха, предоставленная сама себѣ, можетъ только со временемъ ухудшиться. Совсѣмъ другое дѣло—болѣзни глазъ: чѣмъ выше классъ, тѣмъ болѣе близорукихъ; тутъ сказывается вліяніе школы съ ея требованіями, предъявляемыми къ органу зрѣнія. Школу только въ одномъ отношеніи слѣдуетъ считать въ числѣ этіологическихъ моментовъ, способствующихъ возникновенію ушныхъ болѣзней, это—какъ сборище большого числа дѣтей, подверженныхъ, какъ извѣстно, такимъ заразнымъ болѣзнямъ, какъ корь, скарлатина, дифтерія и т. д. А послѣднія, какъ показываютъ многочисленныя наблюденія, отличаются удивительною наклонностью вовлекать въ страданіе слуховой приборъ.

Такъ, напр., по *Лунину* [1]), причиной разстройства слуха является въ 85%—корь, въ 34%—скарлатина и въ 15%—дифтерія. Отсюда ясна вся важность мѣропріятій, направленныхъ къ борьбѣ съ распространеніемъ заразныхъ болѣзней въ школѣ. Но разъ имѣется то или другое страданіе слуховой сферы, то школа обязана считаться съ этимъ фактомъ, дабы избѣжать самыхъ печальныхъ послѣдствій для ввѣренныхъ ея попеченію питомцевъ. Педагоги большею частью не имѣютъ достаточнаго представленія о страданіяхъ ушей; дѣти, подверженныя имъ, дѣлаютъ по понятной причинѣ плохіе успѣхи, которые приписываются недостаточнымъ способностямъ или невнимательности. Это дѣйствуетъ подавляюще на состояніе духа ребенка, онъ становится озлобленнымъ, скрытнымъ и выноситъ изъ школы на всю жизнь чувство неудовлетворенности и разочарованія, платя людямъ за причиненную ему когда-то несправедливость тою-же монетой.

Для того, чтобы наглядно показать зависимость, несомнѣнно существующую между успѣхами и состояніемъ слуха, приведу для примѣра недавнія наблюденія *Frankenberger*'а [2]). Среди дѣтей съ очень хорошими успѣхами онъ нашелъ плохой слухъ въ 2,6%, у дѣтей съ хорошими успѣхами въ 5,13%; дѣти, учившіяся удовлетворительно, обнаружили плохой слухъ въ количествѣ 5,2—6,7%, у дѣтей-же съ неудовлетворительными отмѣтками оказалось 10,6% тугослышащихъ. Это наблюденіе не можетъ считаться случайнымъ; оно показываетъ съ очевидностью, что ученикъ съ недостаточнымъ слухомъ становится невнимательнымъ, перестаетъ понимать учителя и—nolens-volens,—долженъ отстать отъ своихъ товарищей. Дѣло, слѣд., педагога, принять въ разсчетъ это обстоятельство, а помочь ему въ этомъ можетъ одинъ лишь врачъ, обладающій на то необходимыми знаніями.

Съ цѣлью выяснить, какъ часто и въ какой степени школьники страдаютъ недостаточнымъ слухомъ, были произведены болѣе или менѣе обстоятельныя изслѣдованія въ этомъ направленіи, правда, не очень многочисленныя.

Первыя наблюденія были предприняты въ Россіи, въ Ригѣ, *Рейхартомъ* [3]) въ 1878 году и касаются 1055 учениковъ въ возрастѣ отъ 7 до 15 л.; изъ этого числа 235 (22,3%) оказались съ пониженнымъ слухомъ. Послѣдній изслѣдовался только карманными часами. Самый органъ слуха, къ сожалѣнію, осмотру не подвергался.

Далѣе, цѣнныя данныя мы находимъ у *Weil*'я [4]); онъ изслѣдовалъ шопотомъ слухъ 5905 дѣтей различныхъ школъ и въ нѣкоторыхъ изъ нихъ нашелъ болѣе 30% тугослышащихъ, принадлежащихъ большею частью къ бѣдному классу; при этомъ онъ изслѣдовалъ уши зеркаломъ и нашелъ 11% мальчиковъ и 15% дѣвочекъ съ сѣрными пробками и 1,9% мальчиковъ и 2,5% дѣвочекъ съ гноетеченіемъ. Что касается вліянія возраста на число тугоухихъ, то по *Weil*'ю послѣднее съ возрастомъ учениковъ увеличивалось. *Samuel Sexton* въ Вашингтонѣ изслѣдовалъ 570 учениковъ и опредѣлилъ пониженіе слуха въ 13%. *Moure* въ Бордо въ 17%, *Gellé* въ Парижѣ въ 22—25% (привожу по *Burgerstein*'у, Schulhygiene, 1902). Очень обстоятельныя изслѣдованія принадлежатъ *Bezold*'у [5]) въ Мюнхенѣ. Онъ испыталъ слухъ у 1918 учениковъ изъ разныхъ школъ и опредѣлялъ остроту слуха часами, слухомѣромъ *Politzer*'а и шопотомъ, при чемъ оказалось, что результаты изслѣдованія шопотомъ и слухомѣромъ тождественны. Считая границей нормальнаго слуха 6 метровъ, онъ нашелъ, что 79,25% дѣтей имѣли нормальный слухъ, а 20,75%—недостаточный. Увеличенія % плохо слышащихъ съ возрастомъ онъ не могъ установить. Объективное изслѣдованіе ушей обнаружило 41,7% такихъ измѣненій, которыя были доступны лѣченію, въ остальныхъ 58,2% успѣшнаго лѣченія нельзя было ждать. Изъ этіологическихъ моментовъ *B.* подчеркиваетъ скарлатину и корь. *Schmiegelow* [6]) въ Копенгагенѣ изслѣдовалъ 561 мальчиковъ и дѣвочекъ часами и шопотомъ и нашелъ только 250 человѣкъ, которые слышали шопотъ на 6 метровъ и больше, а 4 не слышали шопота совсѣмъ. У 31 учени-

[1]) «Petersburger medicinische Wochenschrift», 1889, № 32.
[2]) «Monatsschrift für Ohrenheilkunde», 1902, май.
[3]) Petersburger medicinische Wochenschrift, 1878, № 29.
[4]) Прив. по *Baginsky*, Schulhygiene, 1900.
[5]) *Лунинъ*, см. ниже.
[6]) «Jahrbuch für Kinderkrankheiten», т. 26, стр. 435.

ка обнаружено гноетеченіе, у 227 учениковъ втяженія барабанной перепонки (хроническіе катарры); въ 18% найдены аденоиды, часто одновременно съ значительнымъ пораженіемъ слуха. Въ 1888 г. въ Петербургѣ *М. Жирмунскій* [1]) производилъ изслѣдованіе ушей и связанныхъ съ ними сосѣднихъ полостей у воспитанниковъ городскихъ училищъ въ возрастѣ 7—11 лѣтъ. Широта слуха опредѣлялась при помощи шопота и слухомѣра *Politzer*'а, при чемъ на 3794 слуховыхъ органовъ, изслѣдованныхъ шопотомъ, получилось 16,7% больныхъ, а на 2616 органовъ, изслѣдованныхъ слухомѣромъ—13,17% больныхъ. Физическое изслѣдованіе ушей дало слѣдующіе результаты. На 2221 дѣтей найдено 388 (17,42%) больныхъ ушами; среди отдѣльныхъ явленій бросается въ глаза большой % гнойной течи—именно 4%. Авторъ справедливо приписываетъ послѣднее обстоятельство, съ одной стороны, соціальному положенію дѣтей изъ народныхъ школъ, съ другой—почти полному отсутствію лѣченія; на запущенность многихъ случаевъ указываютъ большое число значительно разрушенныхъ барабанныхъ перепонокъ, а также качество гноя, который по большей части оказался настолько разложившимся, что издавалъ запахъ, слышный уже на разстояніи. Среди страданій носа и зѣва, такъ или иначе вызывающихъ катарры средняго уха и *Eustachi*'евой трубы, отмѣчена въ 64% болѣе или менѣе значительная гипертрофія носовыхъ раковинъ и миндалевидныхъ железъ. Относительно носоглотки указаній мы не встрѣчаемъ. Вопросъ объ этіологіи ушныхъ болѣзней не могъ быть рѣшенъ, въ виду неполныхъ отвѣтовъ, тѣмъ не менѣе и на основаніи бывшаго въ распоряженіи автора матеріала, можно было за скарлатиной признать первенствующую въ этомъ отношеніи роль. Вліяніе тугого слуха на успѣхи учениковъ отмѣчается и этимъ авторомъ; мало того, ему удалось даже показать, что это вліяніе усиливается съ увеличеніемъ степени глухоты. У 80,9% всѣхъ учениковъ найдены, наконецъ, такія измѣненія, которыя при соотвѣтственномъ лѣченіи могутъ быть еще исправлены. Въ Петербургѣ же, въ томъ-же году, предприняты были подобныя изслѣдованія *Н. И. Лукинымъ* [2]) надъ 281 ученицей Рождественской гимназіи. Изслѣдованіе велось часами, слухомѣромъ и шопотомъ; при чемъ результаты, добытые 2-мя послѣдними методами, совпали. Изъ 562 изслѣдованныхъ шопотомъ ушей 79 (14,5%) оказались ненормальными. Изъ сопоставленія данныхъ изслѣдованія ушей зеркаломъ съ результатами изслѣдованія на шопотъ и слухомѣръ автору удалось доказать, что рубцы, помутнѣнія и втяженія несравненно чаще встрѣчаются въ ушахъ съ пониженнымъ слухомъ. Изъ 281 воспитанницъ 46,6% страдали катарромъ зѣва разной формы, вредно вліявшимъ на слухъ. И этотъ авторъ нашелъ, что изрядное число ушныхъ болѣзней относилось къ излѣчимымъ или поправимымъ: на 171 неизлѣчимыхъ оказалось 176 пораженій, подававшихъ надежду на излѣченіе или улучшеніе. Въ заключеніе авторъ отмѣчаетъ нерѣдкую зависимость успѣшнаго ученія отъ хорошаго слуха.

Кромѣ этихъ русскихъ авторовъ существуетъ еще одно очень обстоятельное изслѣдованіе *С. Люри* [3]), касающееся 300 учащихся. Считая границей нормальнаго слуха 15 метровъ, онъ нашелъ 18% тугослышавшихъ; возрастъ при этомъ не имѣлъ существеннаго вліянія на ослабленіе слуха. И у него оказалась полная аналогія между результатами изслѣдованія шопотомъ и слухомѣромъ. Изъ измѣненій со стороны уха и сосѣднихъ полостей назовемъ: сѣрныя пробки въ 6%, втянутость барабанной перепонки въ 5,8%, помутнѣнія—14%, гноетеченія—2,5%; гипертрофія носовыхъ раковинъ въ 60% и аденоидныхъ разрощеній—27,6%. Въ 1/3 всѣхъ случаевъ аденоидныхъ разрощеній имѣлось то или другое страданіе средняго уха. Успѣшность школьныхъ занятій, по мнѣнію автора, часто зависитъ между прочимъ и отъ состоянія функціи слуха.

Изъ остальныхъ изслѣдователей назовемъ еще *Stangenberg*'а [4]), нашедшаго среди 4685 дѣтей 8,4% съ пониженнымъ слухомъ; изъ нихъ 16,28% приходилось на народныя школы и 5,59% на высшія; по мнѣнію автора разрощеніе лимфатическаго прибора носоглотки и атрофическія формы ринита совпадали съ пораженіемъ средняго уха.

Наблюденія *T. Bar*'а [5]) въ Глазговѣ обнаружили у 600 дѣтей 27,6% съ пониженнымъ слухомъ. *Richter* нашелъ 15,7%, *Ohlemann* [6])—20,9% тугослышащихъ. У *Frankenberger*'а [7]) % послѣднихъ равнялся всего 5,09; это объясняется тѣмъ, что изслѣдованія производились въ большинствѣ случаевъ въ помѣщеніяхъ, длина которыхъ едва достигала 8 метровъ, слѣд., менѣе рѣзкія уклоненія отъ нормы должны были ускользнуть отъ наблюдателя. Наконецъ, *Cheatle* [8]) въ Лондонѣ изслѣдовалъ 1000 дѣтей-школьниковъ и только въ 43% нашелъ слухъ почти нормальнымъ; у 1/3 учениковъ найдено то или другое ушное страданіе.

Вотъ тѣ наблюденія, которыя я нашелъ въ доступной мнѣ литературѣ; ихъ, какъ видно, сравнительно мало, но всѣ они сходятся въ томъ, что число учениковъ съ ослабленнымъ слухомъ очень значительно. Приводимыя цифры, конечно, неодинаковы, что̀ стоитъ въ зависимости отъ того или другого способа изслѣдованія, а также отъ матеріала, коимъ пользовался тотъ или другой авторъ.

Полагая, что интересующій насъ вопросъ и въ медицинскомъ, и въ педагогическомъ отношеніяхъ заслуживаетъ того, чтобы о немъ говорили и вспоминали чаще, я предпринялъ въ прошломъ учебномъ году съ разрѣшенія г. попечителя Московскаго учебнаго округа, изслѣдованіе слуха воспитанниковъ II гимназіи [1]).

Прежде чѣмъ приступить къ самимъ изслѣдованіямъ, я просилъ гимназическое начальство роздать всѣмъ ученикамъ особые отпечатанные листки съ различными вопросами относительно признаковъ, давности и причины ушного страданія, если таковое имѣется. Листки, по мѣрѣ заполненія ихъ, возвращались мнѣ.

Помѣщеніемъ для изслѣдованія служили дортуары, болѣе или менѣе отдаленные отъ классовъ, уставленные достаточнымъ количествомъ мебели (кровати, ночные столики).

Пользовался я вѣрнѣе 2-мя комнатами, соединенными аркой, длина которыхъ въ общемъ составляла 19 метровъ; въ началѣ пришлось короткое время работать въ 2-хъ другихъ дортуарахъ, достигавшихъ вмѣстѣ 23 м., но, по нѣкоторымъ соображеніямъ, пришлось перейти въ первое помѣщеніе съ 19 метрами (по серединѣ комнатъ по полу протягивалась лента, раздѣленная на метры и полуметры). Функціональное изслѣдованіе ушей производилось, конечно, во время уроковъ, въ шумныхъ же промежуткахъ—физическое изслѣдованіе. Для изслѣдованія слуха я воспользовался шопотомъ и слухомѣромъ *Politzer*'а. Часами я не изслѣдовалъ, ибо считаю ихъ наимѣе пригодными для этой цѣли; кромѣ того, помѣщенія были сравнительно большія, позволявшія дѣлать наблюденіе при помощи 2-хъ указанныхъ способовъ. Камертонами я также не воспользовался, такъ какъ не думаю, чтобы они имѣли большое практическое значеніе въ данномъ случаѣ, да и результаты, полученные при помощи ихъ, по понятной причинѣ, едва-ли могутъ быть особенно точными.

Отобравъ сначала цѣлый рядъ учениковъ съ нормальнымъ слуховымъ приборомъ и изслѣдовавъ у нихъ слухъ (въ помѣщеніи въ 23 метра), я нашелъ, что мой слухомѣръ и шопотъ ясно различимы нормальнымъ ухомъ въ среднемъ на одинаковомъ разстояніи=20 метровъ. Конечно, пользуясь помѣщеніемъ въ 19 метровъ, я дѣлалъ небольшую ошибку, но считаю ее несущественной, такъ какъ насъ могутъ интересовать главнымъ образомъ случаи болѣе рѣзкаго разстройства слуха. Ученики являлись партіями по 5 человѣкъ; чтобы избѣжать подсказыванія, 4 оставались въ первой комнатѣ, а одинъ становился въ другой однимъ ухомъ къ стѣнѣ, другимъ къ изслѣдователю; обращенное къ стѣнѣ ухо плотно затыкалось пальцемъ. Изслѣдованія я начиналъ всегда съ самой отдаленной точки, приближаясь, по мѣрѣ надобности, къ ученику; какъ только ученикъ опредѣлитъ вѣрно мое слово или сосчитаетъ удары молоточка, я снова отходилъ дальше.

Шопотомъ произносились слова сначала болѣе легкія, съ обильнымъ содержаніемъ гласныхъ, затѣмъ труднѣе различимыя, богатыя согласными. За этимъ изслѣдованіемъ слуховой способности слѣдовалъ осмотръ уха, носа, зѣва и носоглотки обычными пріемами.

Относительно изслѣдованія носоглотки нужно замѣтить, что въ большинствѣ случаевъ удавалось примѣнить заднюю риноскопію, сравнительно рѣдко прибѣгая къ непріятному дѣтямъ изслѣдованію съ помощью пальца.

Въ общемъ на полное изслѣдованіе одного ученика уходило отъ 6 до 10 минутъ, а иногда и больше. Понятно, что при такой кропотливой работѣ больше 15 человѣкъ въ одинъ пріемъ изслѣдовать не удавалось. А такъ какъ приходилось бывать въ гимназіи не каждый день, то работа затянулась почти на весь учебный сезонъ. Къ сожалѣнію, пришлось закончить ее довольно рано, въ виду очень ран-

[1]) «Врачъ», 1888, № 38—39.
[2]) «Врачъ», 1888, № 41—43.
[3]) Петербургская диссертація.
[4]) *Baginsky*, Hygiene.
[5]) Zeitschrift für Schulhygiene, 1890, стр. 113.
[6]) *Burgerstein*.
[7]) См. выше.
[8]) «Медицинское Обозрѣніе», т. LVII, стр. 856.

[1]) Въ лицѣ директора гимназіи В. М. Михайловскаго я встрѣтилъ не только полную готовность предоставить въ мое распоряженіе учениковъ гимназіи, но и самое дѣятельное участіе въ организаціи самихъ изслѣдованій, за что и приношу ему свою благодарность. Съ особымъ удовольствіемъ вспоминаю также объ оказанномъ мнѣ содѣйствіи со стороны гимназическаго врача, нынѣ покойнаго *Л. Е. Бота*.

ней весны—снѣгъ стаялъ и уличный шумъ дѣлалъ дальнѣйшее изслѣдованіе немыслимымъ. Такимъ образомъ удалось изслѣдовать около 400 учениковъ, въ возрастѣ 10—19 лѣтъ (изъ нихъ большинство 11—15-лѣтніе), принадлежавшихъ къ первымъ 7 классамъ; приготовительнаго класса я не взялъ нарочно, разсчитывая у болѣе взрослыхъ учениковъ получить и болѣе належные результаты.

Тѣмъ не менѣе, много листовъ нельзя было использовать, либо въ виду неполноты изслѣдованія, либо вслѣдствіе черезчуръ неряшливаго заполненія ихъ. Вообще, нужно замѣтить, что отвѣты на вопросы оставляли желать многаго; въ особенности хромала рубрика, относящаяся къ этіологіи страданія, въ частности вопросъ о зависимости отъ заразныхъ болѣзней.

Такимъ образомъ пришлось извѣстное число листовъ откинуть. Остальные, числомъ 353, легли въ основу нашихъ разсчетовъ и выводовъ.

Результаты изслѣдованія расположены въ нѣсколькихъ таблицахъ.

Въ таблицѣ 1-й расположены результаты изслѣдованія слуха шопотомъ и слухомѣромъ во возрасту; послѣднее сдѣлано по тому соображенію, что группировка по классамъ съ учениками различныхъ возрастовъ казалась мнѣ болѣе сложной и менѣе естественной; отъ этого, правда, въ нѣкоторыхъ рубрикахъ количество учениковъ оказалось нѣсколько малымъ.

Такъ какъ нормальное ухо различало мой слухъ и шопотъ на одинаковомъ разстояніи, то я позволилъ себѣ общее число изслѣдованныхъ органовъ подраздѣлить какъ для слухомѣра, такъ и для шопота, на 5 группъ. Въ 1-ую группу вошли тѣ органы, которые или совсѣмъ не различали слухомѣра и шопота, или слышали ихъ не далѣе 5 метровъ, другими словами—въ 4 раза слабѣе нормальнаго; 2-я группа обнимаетъ собой органы, слышавшіе слухомѣръ и шопотъ на 6—8 метровъ; 3-я—органы, различавшіе слухомѣръ и шопотъ до 9—10 метровъ, т. е., не далѣе $^1/_3$ нормальнаго; въ 4-ю группу вошли уши, различавшія слухомѣръ и шопотъ на 11—15 метровъ съ слухомъ, пониженнымъ по крайней мѣрѣ на $^1/_4$ нормы; наконецъ, въ 5-й группѣ помѣщены органы, различающіе слухомѣръ и шопотъ на 16 метровъ и дальше, т. е., гдѣ слуховая способность колебалась въ предѣлахъ отъ $^3/_4$ до нормы. Въ послѣдней рубрикѣ оказалось, какъ это видно изъ вышесказаннаго, очень много ушей, различавшихъ слухомѣръ и шопотъ очень ясно на 19 метровъ; многіе изъ этихъ органовъ, навѣрное, могли-бы слышать и дальше, если-бы то позволили размѣры комнатъ; но, повторяю, ошибка эта не должна считаться существенной, такъ какъ уши, различающія слухомѣръ и шопотъ на 19 метровъ, позволительно считать здоровыми. Общее число слуховыхъ органовъ распредѣляется по этимъ группамъ слѣдующимъ образомъ:

Число органовъ различавшихъ на разстояніи:		слухомѣръ	шопотъ
	0— 5	23	16
	6— 8	16	11
	9—10	8	10
	11—15	122	116
	16 и выше	537	553
въ сѣхъ изслѣдованныхъ органовъ .		706	706

или число органовъ въ %:

слышавшихъ на разстояніи	слухомѣръ	шопотъ
0— 5	23= 3,0%	16= 2,3%
0— 8	39= 5,5%	27= 3,8%
0—10	47= 6,6%	38= 5,4%
0—15	169=23,9%	154=21,8%

Спрашивается, какое разстояніе считать границей нормальнаго слуха? *Besold* и *Weil* считаютъ таковымъ 8 метровъ, *Жирмунскій* считаетъ слуховые органы, различающіе слухомѣръ и шопотъ на разстояніи до $^1/_3$ ниже нормальнаго, здоровыми, а остальные, т. е., отъ $^1/_3$ и менѣе—больными. *Лукинъ* признаетъ органы нормальными, если они слышатъ шопотъ на 16 и болѣе метровъ. *Schmiegelow* предъявляетъ черезчуръ строгія требованія; онъ считалъ слухъ хорошимъ, если дѣти различали шопотъ на 4 метра и больше. Мнѣ кажется, что для школы могутъ имѣть значеніе главнымъ образомъ такіе случаи, когда ученики слышатъ шопотъ или слухомѣръ, по меньшей мѣрѣ, въ 2 раза слабѣе противъ нормы, или еще хуже. На это указываетъ и *Жирмунскій*. На 706 органовъ оказалось такихъ 47=6,6% для акуметра и 38=5,4% для шопота. Не больше какъ на 8 метровъ различали: акуметръ 39 человѣкъ=5,5%, шопотъ 27=3,8%. На 5 метровъ и еще меньше слышали акуметръ 23 органа=3,0%, шопотъ 16=2,3%.

Эта послѣдняя категорія слуховыхъ органовъ, различавшихъ акуметръ и шопотъ всего на $^1/_4$ часть нормальнаго разстоянія, представляетъ очень рѣзкое ослабленіе слуховой функціи; среди этой группы надо отмѣтить случаи, когда ухо различало акуметръ и шопотъ не дальше 1 метра—для 1-го такихъ органовъ было 8, для 2-го 7. Но мы сдѣлаемъ немаловажную ошибку, если будемъ считать больными только тѣ органы, которые слышатъ акуметръ и шопотъ на 10 метровъ и ниже, т. е., по крайней мѣрѣ, въ 2 раза хуже нормы. Дѣло въ томъ, что наша разговорная рѣчь состоитъ изъ большого числа согласныхъ буквъ, которыя, какъ извѣстно, въ качествѣ шума, воспринимаются гораздо труднѣе, чѣмъ гласныя, болѣе похожія на музыкальный звукъ, съ ихъ бо́льшей амплитудой колебаній. Вотъ почему можетъ случиться, что больной съ менѣе рѣзкимъ разстройствомъ слуха, пойметъ въ какомъ-либо словѣ однѣ гласныя, а согласныя перепутаетъ, въ результатѣ пойметъ не то, что надо. Точно также и ученикъ, имѣющій даже сносный, но не совсѣмъ нормальный слухъ, будетъ напрягать свое вниманіе, и это будетъ ему удаваться до тѣхъ поръ, пока оно не ослабнетъ; но съ этого момента скажется вся несостоятельность его слухового прибора. Поэтому въ школѣ можетъ имѣть значеніе даже, по видимому, такое менѣе значительное ослабленіе слуха, какое мы встрѣчаемъ въ 4 группѣ, т. е., когда акуметръ и шопотъ слышны на разстояніи 11—15 метровъ. Если послѣ этого подсчитать всѣ органы, которые различали акуметръ и шопотъ не болѣе, какъ на 15 метровъ, т. е., на $^1/_4$ ниже нормы, то такихъ окажется для акуметра 169=23,9%, для шопота—154=21,8%. Сравнимъ всѣ эти группы между собой, хотя бы по отношенію къ акуметру: слуховыхъ органовъ съ существеннымъ пониженіемъ слуховой функціи было 3%, съ менѣе рѣзкимъ, но все-же значительнымъ ослабленіемъ слуха было уже 6,6%, наконецъ, недостаточнымъ нужно признать слуховую способность въ 23,9%. Для шопота тотъ-же результатъ выразится цифрами: 2,3%, 3,8% и 21,8%. Какъ видно, оба способа дали приблизительно одинаковые результаты, такъ что на будущее время можно было-бы ограничиться однимъ изъ нихъ; я бы предпочелъ изслѣдованіе акуметромъ, такъ какъ шопотъ, при всемъ стараніи изслѣдователя, не можетъ быть постоянно одинаковой силы. Въ дальнѣйшемъ я буду дѣлать вычисленія только для акуметра.

(Окончаніе слѣдуетъ).

Табл. 1.

Возрастъ.	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		ВСЕГО.	
Метры.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.	Слухомѣръ.	Шопотъ.
0—1	—	—	—	1	—	—	1	1	2	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	4
1	—	—	1	1	—	—	1	—	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	4	3
2	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	4	1
3	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	4	3
4	—	—	—	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2	4
5	—	—	1	—	—	1	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	1
6	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	2	4
7	1	—	2	—	—	1	1	2	1	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	7	4
8	2	1	1	2	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	7	3
9	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2	4
10	—	1	—	1	2	—	2	1	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6
11	—	—	1	—	—	1	2	1	2	3	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	7	7
12	—	1	2	2	9	5	5	5	5	3	2	2	2	1	2	1	1	—	—	—	28	20
13	1	—	1	2	4	2	2	1	2	1	1	1	—	2	—	—	—	1	—	—	11	10
14	2	—	5	4	7	4	12	8	6	7	6	7	3	2	2	2	1	—	—	—	44	34
15	1	2	5	7	4	10	2	11	7	6	5	3	4	3	2	1	1	1	1	1	32	45
16 и больше	44	46	80	80	98	102	86	87	72	74	63	66	56	57	16	18	14	15	8	8	537	553
Слуховыхъ органовъ:																					706	706

CXLV. Изъ Обуховской женской больницы въ С.-Петербургѣ.

Случай акромегаліи [1]).

И. И. Канкаровича.

11/XII 1902 г. въ V отдѣленіе Обуховской больницы поступила больная, которая, по совокупности объективныхъ и субъективныхъ припадковъ своей болѣзни, представляла собой хорошо выраженный случай крайне рѣдкаго заболѣванія—акромегаліи.

Больная А. А.—крестьянка Тверской губ. 40 л. Замужемъ 20 л., родила 5 дѣтей, изъ которыхъ 3-е—1-й, 2-й и 4-й умерли: 1 въ возрастѣ нѣсколькихъ недѣль, другой въ возрастѣ немногимъ менѣе одного года и 3-й въ возрастѣ около 2 лѣтъ. Оставшіяся въ живыхъ дѣти вполнѣ здоровы и ничего ненормальнаго или болѣзненнаго собой не представляютъ. Родители и всѣ родственники больной точно также вполнѣ здоровые люди, какъ и ея мужъ. Сама она до настоящаго заболѣванія была вполнѣ здоровой женщиной, никакими болѣзнями не страдала, никакимъ нервнымъ потрясеніямъ или поврежденіямъ не подвергалась. Мѣсячныя съ 19 лѣтъ, правильныя. Алкоголь отрицаетъ. Слѣдовъ сифилиса нѣтъ. Заболѣла 4 года тому назадъ. Причиной своего заболѣванія считаетъ простуду: сильно вспотѣвъ, проспала ночь на голой землѣ. Съ тѣхъ поръ, по ея словамъ, и заболѣла: раньше всего появились боли въ стопахъ и колѣнахъ, затѣмъ въ кистяхъ, затѣмъ, въ животѣ и, наконецъ, въ головѣ. Къ головнымъ же болямъ присоединилось еще мучительное чувство «трескотни» въ лѣвомъ ухѣ. Мѣсячныя пропали. Затѣмъ больная замѣтила, что она вся начала, какъ она сама выражается, здоровѣть и рости: кисти, стопы, голова, носъ, языкъ, животъ—все это у нея росло замѣтно для нея самой и для окружающихъ. Вотъ это-то обстоятельство въ связи со все усиливающимися болями, особенно въ головѣ, и заставило, наконецъ, больную искать исцѣленія отъ ея недуговъ, съ каковою цѣлью она и пріѣхала изъ деревни въ Петербургъ и, при явленіяхъ легкаго гриппа, поступила въ Обуховскую больницу.—Довольно высокаго роста (172 стм.), хорошаго питанія, вѣсомъ 243 фунта. Кисти и стопы ея увеличены; несоразмѣрность ихъ съ остальными, неувеличенными частями конечностей замѣтна при первомъ взглядѣ. Увеличеніе это значительно больше выражено въ ширину, чѣмъ въ длину, что особенно хорошо замѣтно на кистяхъ, которыя поэтому вполнѣ подходятъ подъ установленный *Marie* типъ акромегалической кисти—type massif, type en large, въ противуположность другому ея типу type geant, type en long, гдѣ увеличеніе кисти происходитъ больше въ длину. Пальцы рукъ и ногъ объемисты и одинаково утолщены какъ у основанія, такъ и у верхушки (doigts en saucisson, по *Marie*). Ногти нормальной величины, но, въ сравненіи съ чрезмѣрной величиной пальцевъ, кажутся еще меньше. Концы ногтей большихъ пальцевъ ногъ пигментированы поперечной испещренностью. Наибольшая окружность большихъ пальцевъ рукъ около 9 большихъ пальцевъ ногъ около 11 стм. Межфаланговыя складки рукъ глубоки, отчего мягкія части, ихъ ограничивающія, выдаются въ видѣ вальковъ (mains capitonnées, по *Péchadre*); выражены рѣзче нормальнаго также и линіи ладоней. Кожа кистей и стопъ утолщена, рыхла; мягкія части, подъ ней лежащія, гипертрофированы, что особенно хорошо замѣтно на стопахъ: когда больная стоитъ на ногахъ, то гипертрофированныя мягкія части стопъ значительно выдаются изъ-за края ихъ. Рентгеноскопія, любезно произведенная *Л. Г. Стуккей*, подтвердила, что гипертрофія кистей и стопъ въ значительной степени произошла дѣйствительно на счетъ мягкихъ ихъ частей: кости оказались измѣненными самымъ незначительнымъ образомъ. Направленіе пальцевъ не измѣнено. Мышцы thenaris и antithenaris нѣсколько атрофированы. Работоспособность пальцевъ (въ смыслѣ производства тонкой работы) понижена. Сила правой руки по динамометру 50, лѣвой—70. Размѣры предплечій и плечъ, а равно голеней и бедеръ замѣтнаго увеличенія собой не представляютъ. На большеберцовыхъ костяхъ небольшіе экзостозы. Надколѣнныя чашечки гипертрофированы. Кромѣ гипертрофіи кистей и стопъ, бросается въ глаза также увеличеніе головы и особенно нижней челюсти, подбородокъ которой сильно выдается впередъ. Зубная дуга нижней челюсти при прикусѣ не совпадаетъ съ таковой-же верхней и выдается впередъ, чѣмъ обусловливаетъ характерный для акромегаліи прогнатизмъ. Межзубные промежутки ея сильно увеличены. Замѣтно гипертрофированы также скуловая кость и скуловой отростокъ верхней челюсти. Вслѣдствіе гипертрофіи нижней челюсти все лицо выглядитъ удлиненнымъ и вполнѣ подходитъ подъ типъ ovoïde акромегалической головы. Вслѣдствіе гипертрофіи скуловыхъ костей и усиленнаго выступанія ихъ кнаружи, что зависитъ отчасти и отъ расширенія верхнечелюстныхъ пазухъ, лобъ, если смотрѣть на него en face, кажется сплюснутымъ, съуженнымъ. Полость рта значительно увеличена, твердое нѣбо стоитъ выше обыкновеннаго. Язычекъ удлиненъ. Языкъ значительно увеличенъ во всѣхъ своихъ размѣрахъ. Носъ также порядочно гипертрофированъ. Окружность головы (затылочно-лобный діаметръ) 59½ стм. Наибольшая окружность, проведенная черезъ подбородокъ и наиболѣе выдающуюся точку черепа—72 стм. Постукиваніе костей черепа безболѣзненно. Уши, губы отклоненій отъ нормы не представляютъ. Нѣкоторую гипертрофію представляетъ собой грудина. Уголъ Ludovici ея значительно утолщенъ, и рукоятка ея при постукиваніи даетъ притупленный тонъ. Ребра, особенно нижнія, также утолщены и выдаются нѣсколько впередъ и внизъ. Позвоночникъ представляетъ незначительный кифозъ въ своей грудиношейной части. Вся грудная клѣтка увеличена въ размѣрѣ. Окружность ея на уровнѣ угловъ лопатокъ 105 стм. Окружность живота на уровнѣ пупка, при лежачемъ положеніи больной, 113 стм. Вся больная въ общемъ производитъ собой впечатлѣніе чего то громоздкаго, массивнаго, что особенно хорошо замѣтно при сравненіи ея съ обыкновенной средняго роста и питанія женщиной (см. рис.).

Со стороны железистаго прибора прежде всего слѣдуетъ отмѣтить гипертрофію щитовидной железы въ боковыхъ ея доляхъ, что, въ противуположность атрофіи ея, при акромегаліи встрѣчается далеко не часто. О притупленіи на рукояткѣ грудины было уже упомянуто; зависитъ-ли оно дѣйствительно отъ сохранившейся зобной железы, какъ это думаетъ *Erb*, или же отъ утолщенія и искривленій самой рукоятки, какъ это считаетъ возможнымъ *Arnold, Sternberg* и др., остается вопросомъ открытымъ. Прощупывается лимфатическая железка на лѣвой сторонѣ шеи. Достойна вниманія также усиленная потливость. Что касается состоянія кожи, то объ утолщеніи и рыхлости ея на кистяхъ и стопахъ, особенно на ладоняхъ и подошвахъ, рѣчь была уже раньше. Нѣкоторое утолщеніе ея замѣтно также и на затылкѣ. Остается отмѣтить еще только бородавки на лицѣ и спинѣ и большое родимое пятно (величиной въ 2-копѣечную монету) на правомъ бедрѣ. Со стороны крови ничего особеннаго не замѣчается: микроскопическая картина ея на взглядъ никакихъ уклоненій отъ нормы ни въ количественномъ; ни въ качественномъ, ни въ морфологическомъ отношеніяхъ не представляла. Сердце вправо доходитъ до праваго края грудины, влѣво до лѣвой сосковой линіи. Тоны его чисты, нѣсколько глуховаты. Дѣятельность—правильная. Пульсъ около 80 въ минуту, удовлетворительнаго качества. Со стороны легкихъ ничего особеннаго не замѣчается. Печень и селезенка нормальны. Со стороны желудочно-кишечнаго канала—запоры, обусловливающіе собой усиленіе болей въ животѣ. Рвоты нѣтъ. Языкъ большею частью чистъ. Позывъ на ѣду хорошій, но нельзя сказать, чтобы былъ увеличенъ. Жажда нѣсколько усилена. По временамъ—горькій вкусъ во рту. Со стороны почекъ слѣдуетъ отмѣтить блужданіе лѣвой почки, прощупываемой въ области живота, книзу отъ лѣвой реберной дуги. Особеннаго вниманія заслуживаетъ моча больной. Сначала она ничѣмъ особеннымъ, кромѣ нѣкотораго увеличенія своего количества, доходившаго въ среднемъ въ сутки до 2500—2700 к. стм., не отличалась. Удѣльный вѣсъ ея колебался отъ 1004 до 1010. Реакція была кислой. Повторное (6-кратное въ теченіи мѣсяца) изслѣдованіе ея ни разу въ ней ни сахара, ни бѣлка не обнаружило. Полученный центрифугой осадокъ содержалъ въ небольшомъ количествѣ аморфныя соли. Такъ обстояло дѣло въ теченіи 1-го мѣсяца пребыванія больной въ больницѣ. Но затѣмъ, при изслѣдованіи мочи въ началѣ 2-го мѣсяца, въ ней вдругъ самымъ неожиданнымъ образомъ обнаружено было присутствіе сахара. Пробы *Nylander*'а и *Trommer*'а давали положительный результатъ, подтверждаемый указаніями поляриза-

[1]) Докладъ, читанный въ Собраніи врачей Обуховской больницы 10/I 1903 г. и впослѣдствіи дополненный.

ціоннаго аппарата. Удѣльный вѣсъ мочи повысился до 1031. Количество ея тоже нѣсколько прибавилось. Словомъ, передъ нами была чисто діабетическая моча. Такою она оставалась ужъ все время вплоть до самого дня выписки больной изъ больницы (ровно черезъ 2 мѣсяца по ея поступленіи туда). Количество-же сахара въ ней увеличилось за это время въ 2 раза—съ 2,9% до 6%. Замѣчательно въ данномъ случаѣ то обстоятельство, что первое появленіе въ мочѣ сахара совпало съ періодомъ ухудшенія самочувствія больной и усиленія ея головныхъ болей. Но еще болѣе замѣчательно то, что это появленіе въ мочѣ сахара и этотъ періодъ ухудшенія состоянія больной въ свою очередь совпали съ періодомъ лѣченія больной тиреоидиномъ. Любопытныя совпаденія, которыя нельзя не отмѣтить.

Чтобы покончить съ описаніемъ больной, нужно указать еще на нѣсколько изслѣдованій, которыя были произведены надъ ней.

На первомъ мѣстѣ стоитъ изслѣдованіе глаза, любезно произведенное главнымъ врачемъ С.-Петербургской глазной лѣчебницы покойнымъ д-ромъ *Ѳ. Ю. фонъ-Шредеромъ*. Результаты его таковы: глаза снаружи нормальны, движенія ихъ во всѣ стороны свободны; диплопіи нѣтъ. Зрачки хорошо реагируютъ на свѣтъ. Vis dext. 0,3; Vis. sin. 0,2. Поле зрѣнія, изслѣдованное при помощи пальца (дѣло происходило вечеромъ при искусственномъ освѣщеніи) нормально. Цвѣта не изслѣдованы. Офтальмоскопическія данныя: нисходящій нейритъ, сосокъ атрофиченъ, голубовато-бѣлаго цвѣта, справа сосокъ атрофиченъ только частью, границы его не очерчены. Оба они не отечны. Глазныя щели съужены, верхнія вѣки ущемлены и гипертрофированы, правое обусловливаетъ собой опущеніе. Зрачки одинаковой величины. Зрѣніе не вполнѣ ясное: какъ будто въ туманѣ.

Ларингоскопическое изслѣдованіе, произведенное *Е. Б. Блюменау*, ничего особеннаго, кромѣ выстоянія отростковъ черпаловидныхъ хрящей, не дало.

Со стороны нервной системы отмѣчается: сохранность болевыхъ, тактильныхъ и термическихъ ощущеній. Явленія дермографизма. По временамъ акропарэстезіи. Нѣкоторое пониженіе рефлекса съ соединительной оболочки глазного яблока. Колѣнные рефлексы нормальны. Возбудимость нервовъ и мышцъ на электрическое—фарадическое и гальваническое—раздраженіе, любезно испытанная *Л. Р. Креверомъ*, отклоненій отъ нормы не представляетъ. Реакціи перерожденія нѣтъ.

Гинекологическое изслѣдованіе, любезно произведенное *В. А. Вастеномъ* дало въ результатѣ слѣдующее: атрофію матки и увеличенную больше нормы вмѣстимость рукава.

Что касается субъективныхъ и общихъ признаковъ, то заслуживаютъ вниманія: нѣсколько подавленное, апатичное состоянія духа, общая слабость и боли. На сонъ больная не жалуется.

Больная пробыла въ больницѣ ровно 2 мѣсяца и выписалась изъ нея по своему собственному желанію. Относительно терапіи и теченія ея болѣзни можно въ общихъ чертахъ сказать слѣдующее:

Въ первые дни пребыванія своего въ больницѣ, она, въ виду явленій гриппа, получала салициловый натръ. Затѣмъ ей была назначена припадочно отъ головной боли употребляемая, смѣсь изъ фенацетина 0,5 съ лимоннокислымъ коффеиномъ 0,1 въ количествѣ 3-хъ такихъ пріемовъ въ день. Никакого уменьшенія головныхъ болей отъ этихъ порошковъ не послѣдовало. Тогда, по совѣту *В. М. Керника*, ей былъ назначенъ, какъ это настоятельно предлагаетъ *Sternberg*, іодистый калій внутрь и ртутная мазь для втираній, первый отъ 1,0 до 4,0 въ день, а вторая въ количествѣ 4,0 для разоваго втиранія. (Послѣ 6 втираній больная получала ванну съ мыломъ). Такой способъ лѣченія въ теченіи 4 недѣль доставилъ больной нѣкоторое облегченіе, къ сожалѣнію, правда, не особенно значительное. Боли въ головѣ уменьшились, тоже и боли въ конечностяхъ, чему, можетъ быть, способствовалъ отчасти также производимый при втираніяхъ ртутной мази массажъ. Чувство трескотни въ лѣвомъ ухѣ временами тоже уменьшалось. Зрѣніе прояснилось. Общій видъ больной сдѣлался свѣжее, состояніе духа менѣе апатично. Желая испытать помимо іодистаго калія и ртутныхъ втираній также дѣйствіе другихъ при лѣченіи акромегаліи употребляемыхъ средствъ, я порѣшилъ назначить больной тиреоидинъ. Его восхваляютъ очень многіе: *Bromwell*, *Comini*, *Solis*, *Cohen*, *Sears*, *Bruns*, *Parsons*, *Putnam*, *Mossé*. Моя больная получала тиреоидинъ (Merk'a) всего только 5 дней, но и за это короткое время произошло столь сильное ухудшеніе ея болѣзни, что я отказался отъ дальнѣйшаго примѣненія этого средства. Въ мочѣ же въ это время появился сахаръ. Я не настаиваю, что это ухудшеніе состоянія больной и появленіе въ ея мочѣ сахара вызвано исключительно употребленіемъ ею тиреоидина, хотя глюкозурія отмѣчается нѣкоторыми (*Kraus*), какъ одно изъ явленій тиреоидизма, однако же я обращаю вниманіе на это замѣчательное совпаденіе. Въ скорбномъ листѣ имѣется за это время слѣдующая запись:

13/I: П. 84. Чувствуетъ себя лучше. Сонъ достаточный. Тиреоидина 0,2, два пріема.

14/I: П. 86. Тоже состояніе. Тиреоидина 0,2, 3 пріема.

15/I: П. 88. Головная боль сильнѣе. Жалуется на тошноту. Тиреоидина 0,3, 2 пріема.

16/I: П. 84. Головная боль, какъ вчера. Тоже и тошнота. Тиреоидина 0,3 3 пріема.

17/I: П. 70. Головная боль еще сильнѣе, тоже и боли въ конечностяхъ. Самочувствіе хуже. Языкъ обложенъ. Тиреоидина 0,3 3 пріема.

18/I: П. 78. Головная боль сильная, тоже и трескотня въ ухѣ. Боли въ конечностяхъ сильнѣе. Въ мочѣ обнаруженъ сахаръ [1]). Тиреоидинъ отмѣненъ. Назначена эѳирно-валеріановая настойка.

Въ литературѣ ужъ имѣется нѣсколько наблюденій о вредномъ вліяніи тиреоидина на акромегалію. Таковы наблюденія *Benson*'а, *Franke*, *Hagelstamm*'а. Къ числу послѣднихъ, думается мнѣ, можно отнести также и настоящее.

Послѣ неудачнаго примѣненія тиреоидина, больной былъ вновь назначенъ іодистый калій, который она ужъ и принимала до дня своей выписки изъ больницы. Появившееся за время лѣченія тиреоидиномъ ухудшеніе субъективныхъ ея припадковъ прошло довольно быстро подъ вліяніемъ іодистаго калія. Въ общей сложности она приняла 140 граммъ іодистаго калія и продѣлала 30 втираній ртутной мази. Выписалась она порядочно поправившейся (субъективно). Головныя боли были самыя незначительныя, сонъ хорошій, настроеніе духа и самочувствіе прекрасныя, боли въ конечностяхъ совсѣмъ почти исчезли. И это не смотря на то, что въ мочѣ у нея въ это время содержалось 6% сахара. Замѣчательно еще, что больная, не смотря на сахарную болѣзнь, все время не переставала жаловаться на потливость. Вѣсъ больной увеличился на 2 фунта.

Приведенный случай акромегаліи настолько удовлетворительно выраженъ по своимъ признакамъ, что можетъ быть причисленъ безусловно къ самымъ несомнѣннымъ случаямъ ея. Всѣ характерные для акромегаліи признаки на лицо. *Sousa-Leite* дѣлитъ ихъ, какъ извѣстно, на 3 группы: 1) объективные, 2) субъективные и 3) общіе. Изъ первыхъ имѣются—главные: гипертрофія костей и стопъ, увеличеніе головы и въ особенности нижней челюсти, выстояніе подбородка, прогнатизмъ, увеличеніе носа, языка, побочные—отсутствіе мѣсячныхъ со времени заболѣванія, атрофія матки, потливость, жажда, состояніе глазного дна, характеръ кожи. Изъ субъективныхъ признаковъ на лицо: головныя боли, боли въ кистяхъ и стопахъ. Изъ общихъ—вялость, апатія. Весь этотъ симптомокомплексъ говоритъ такимъ образомъ только за акромегалію. *Sternberg* въ своей монографіи говоритъ о 34 болѣзняхъ, съ которыми возможно смѣшать акромегалію. Среди нихъ попадаются, съ одной стороны, такія, которыя съ нашимъ случаемъ, вообще, ничего или почти ничего общаго не имѣютъ, таковы напр, *Basedow*'а болѣзнь, заболѣванія половыхъ органовъ, трауматическій нейрозъ, рахитъ, кретинизмъ: съ другой,—такія, которыя по характеру и по свойствамъ самого болѣзненнаго процесса представляютъ собой совершенно различныя отъ истинной акромегаліи заболѣванія. Таковы: общій врожденный гигантизмъ, врожденный частичный гигантизмъ, пріобрѣтенный односторонній гигантизмъ, progressive enlargement of hands *Hersmann*'а. Въ отличительномъ распознаваніи между нашимъ случаемъ акромегаліи и такими болѣзнями, само собой разумѣется, не представляется надобности. Что касается прочихъ, похожихъ на акромегалію по своимъ припадкамъ болѣзней, о которыхъ говоритъ *Sternberg*, то заслуживаютъ отличительнаго распознаванія слѣдующія: 1) Leontiasis ossea *Virchow*'а, 2) Osteitis deformans *Paget* и 3) Osteoarthropathie hypertrophiante pyemique *Marie* (Ostitis hyperplastica secundaria *Sternberg*'а). Противъ первой говоритъ: участіе въ процессѣ мягкихъ частей, отсутствіе на костяхъ черепа и лица костныхъ опухолей, гипертрофія стопъ и кистей. Противъ второй говоритъ: отсутствіе искривленій и увеличенія длинныхъ костей конечностей (бедеръ, голеней), участіе въ процессѣ мягкихъ частей, симметричность процесса, преобладаніе гипертрофіи костей лица надъ костями черепа. Противъ послѣдней изъ 3-хъ выше названныхъ болѣзней говоритъ: отсутствіе болѣзней дыхательныхъ органовъ, отсутствіе обезображиванія кистей, гипертрофія лицевыхъ костей.

Послѣ всего сказаннаго распознаваніе акромегаліи въ нашемъ случаѣ должно быть внѣ всякихъ сомнѣній.

Gauthier различаетъ въ теченіи этой болѣзни 2 стадія: одинъ—эретическій, когда преобладаютъ явленія гипертрофіи, и второй—кахектическій, когда вслѣдъ за гипертрофіей наступаетъ общая слабость и истощеніе. Въ нашемъ случаѣ болѣзнь находится, стало быть, въ 1-мъ

[1]) 10/I моча была изслѣдована и не обнаружила присутствіе сахара, 13-го первый день назначенія тиреоидина.

стадіи своего теченія. *Sternberg* различаетъ 3 формы этой болѣзни: 1) доброкачественную, продолжающуюся до 50 лѣтъ и сопровождающуюся слабыми явленіями, 2) обыкновенную, хроническую продолжительностью отъ 8 до 30 лѣтъ и 3) злокачественную, острую съ быстро наступающими явленіями и продолжительностью отъ 3 до 4 лѣтъ. Нашъ случай относится, вѣроятно, къ 2-ой формѣ.

Акромегалія или болѣзнь *Marie* *) представляетъ собою крайне рѣдкое заболѣваніе. Послѣ перваго описанія ея д-ромъ *Marie* въ 1886, *Arnold* въ 1894 году могъ собрать всего только 93 случая ея, а *Sternberg* въ 1897—210, изъ которыхъ въ 47 были протоколы вскрытій. На засѣданіяхъ врачей Обуховской больницы за 12 лѣтъ ихъ существованія показывается всего только 4-й случай акромегаліи. Предшествующіе моему случаю 3 другихъ были показаны д-рами *А. М. Левинымъ*, *И. Ф. Пашковскимъ* и *А. Ф. Эккертомъ*. Изъ нихъ первый и послѣдній были выражены совсѣмъ не характерно, а случай д-ра *Пашковскаго* представлялъ собой, собственно говоря, не настоящую акромегалію, а гигантизмъ (184 сант. вышины); по крайней мѣрѣ въ качествѣ таковаго онъ былъ имъ показанъ въ Петербургскомъ медицинскомъ Обществѣ 14/хп 1889 г. **). Принимая во вниманіе то огромное количество больныхъ, которое ежегодно проходитъ черезъ руки врачей Обуховской больницы (въ 1902 году было 26913 коечныхъ больныхъ и около 40000 амбуляторныхъ) и все разнообразіе этого матеріала, нужно признать, что акромегалія представляетъ собой, дѣйствительно, очень рѣдкое заболѣваніе. Я-бы сказалъ, что она составляетъ не болѣе 0,0001% всего числа заболѣваній.

Первое подробное описаніе акромегаліи *Marie* (ассистента проф. *Charcot*) появилось въ 1886 г. Правда, въ медицинской литературѣ и до него встрѣчались не разъ указанія на очень схожія съ акромегаліей заболѣванія. Случаи эти, описанные подъ различными названіями, собраны частью самимъ *Marie*, частью же *Sternberg*'омъ, *Souza-Leite* и др. Но тѣмъ не менѣе *Marie* первому принадлежитъ заслуга подробнаго описанія симптомокомплекса акромегаліи, какъ самостоятельной болѣзни, характеризующейся «своеобразной, неврожденной гипертрофіей верхнихъ и нижнихъ конечностей и нѣкоторыхъ частей головы». Онъ-же и далъ ей это названіе. Послѣ него литература акромегаліи значительно разрослась, что можно судить уже по тому, что *Sternberg* въ своей монографіи отъ 1897 года приводитъ уже около 250 литературныхъ источниковъ ея. Но не смотря на такое сравнительно немалое число наблюденій, изъ которыхъ нѣкоторыя прослѣжены самымъ тщательнымъ и подробнымъ образомъ вплоть до самыхъ вскрытій, патогенезъ акромегаліи до сихъ поръ еще во многихъ отношеніяхъ представляется неяснымъ и загадочнымъ. На этотъ счетъ существуютъ однѣ лишь гипотезы, большинство которыхъ зиждется на теоретическихъ разсужденіяхъ, иной разъ даже догадкахъ, не имѣющихъ за собой какого-либо прочнаго основанія. Гипотезы эти слѣдующія:

I. Гипотеза *Klebs*'а. Согласно этой гипотезѣ, акромегалія зависитъ отъ сохранившейся и продолжающей функціонировать зобной железы. «Въ фолликулахъ зобной железы, говоритъ онъ, развиваются клѣтки сосудистаго эндотелія, которыя отдѣляются, разносятся кровью, застрѣваютъ тамъ, гдѣ токъ крови замедляется, размножаются, образуютъ зародышевые сосуды, ангіобласты, изъ которыхъ и развивается сосудистая ткань». Такимъ образомъ, съ точки зрѣнія *Klebs*'а, акромегалія есть общій ангіоматозъ на почвѣ гетерохронической сохранности зобной железы. Противъ этой гипотезы говорятъ слѣдующіе факты: 1) существованіе другихъ процессовъ (общій и частичный гигантскій ростъ) съ гипертрофіей зобной железы, но безъ явленій акромегаліи (*Massalongo*); 2) случаи акромегаліи безъ гипертрофіи или вообще сохранности зобной железы (*Sternberg*) и 3) скудность нашихъ знаній по физіологіи зобной железы и бездоказательность того, что этотъ органъ есть центръ образованія ангіобластовъ (*Massalongo*). *Sternberg* называетъ гипотезу *Klebs*'а невыдержащей критики и въ встрѣчающемся иногда при акромегаліи увеличеніи зобной железы видитъ лишь частный случай гиперплазіи лимфоидныхъ органовъ.

II. Гипотеза *Freund*'а. По мнѣнію этого автора, причина акромегаліи кроется въ ненормальности развитія половой жизни. Если она не доходитъ до нормы, то результатомъ является инфантилизмъ, если оно переходитъ норму, получается гигантизмъ и акромегалія. Эта гипотеза во многихъ отношеніяхъ является неудовлетворительной. Противъ нея говорятъ слѣдующіе факты: 1) случаи развитія акромегаліи много лѣтъ спустя послѣ окончанія развитія половой жизни (а такихъ случаевъ масса); 2) фактъ отождествленія гигантизма и акромегаліи—двухъ различныхъ процессовъ, одного физіологическаго, другого патологическаго. Что касается послѣдняго пункта, то кромѣ *Freund*'а и многіе другіе авторы смотрятъ на акромегалію, какъ на разновидность гигантизма. *Massalongo*, на одной страницѣ отрицая гипотезу *Freund*'а, на другой вдругъ самъ соглашается съ отождествленіемъ акромегаліи съ гигантизмомъ. Онъ говоритъ: «по нашему мнѣнію акромегалія есть ничто иное, какъ разновидность или аномалія гигантизма». По *Brissaud* и *Meige* «гигантизмъ и акромегалія представляютъ одну и туже болѣзнь. Если періодъ, въ теченіи котораго происходитъ увеличеніе скелета, приходится на юношескій и молодой возрастъ, то результатомъ бываетъ гигантизмъ, а не акромегалія. Если этотъ періодъ приходится на зрѣлый возрастъ, т. е. на то время жизни, когда ростъ давно уже законченъ, то результатомъ бываетъ акромегалія. Такимъ образомъ акромегалія есть гигантизмъ зрѣлаго возраста, гигантизмъ-же есть акромегалія юношескаго». Авторы, отождествляющіе акромегалію съ гигантизмомъ, основываютъ свое мнѣніе главнымъ образомъ на слѣдующихъ 2-хъ обстоятельствахъ: 1) что у всѣхъ великановъ наравнѣ съ акромегаликами найдено увеличеніе мозгового придатка (*Langer*) и 2) что всѣ тѣ акромегалики, у которыхъ болѣзнь началась въ юношескомъ возрастѣ, гиганты по своему росту. Но оба эти обстоятельства, по мнѣнію *Sternberg*'а, не выдерживаютъ особенной критики, такъ какъ 1) существуютъ случаи гигантизма безъ увеличенія мозгового придатка; 2) такъ какъ существуютъ случаи акромегаліи, развившіеся въ юношескомъ и даже дѣтскомъ возрастѣ и при вовсе не гигантскомъ ростѣ; 3) такъ какъ существуютъ случаи гигантизма, къ которымъ только впослѣдствіи присоединялись явленія акромегаліи и 4) такъ какъ существуютъ случаи гигантизма совершенно безъ всякихъ явленій акромегаліи. На основаніи всѣхъ этихъ соображеній акромегалію и гигантизъ необходимо признать процессами различными, могущими, правда, быть иногда въ сочетаніи другъ съ другомъ, но не замѣщаться (въ зависимости отъ условій) одинъ другимъ.

III. Нервная гипотеза *Recklinghausen*'а и *Холшевникова*. По этой гипотезѣ, акромегалія есть болѣзнь центральной нервной системы. Эта гипотеза также не удовлетворительна, такъ какъ въ основу ея легли прямо таки невѣрные факты. Тѣ случаи, на которыхъ была построена *Recklinghausen*'омъ и *Холшевниковымъ* ихъ гипотеза, представляютъ собой вовсе не акромегалію, но попросту сирингоміелію. Что сирингоміелія представляетъ собой болѣзнь центральной нервной системы — это совершенно вѣрно. Но акромегалія и сирингоміелія—двѣ вещи совершенно разныя и отождествлять ихъ другъ съ другомъ нѣтъ никакого основанія.

Всѣ эти 3 вышеперечисленныя гипотезы, какъ справедливо замѣчаетъ *Зимницкій*, основаны, вообще, не на достовѣрныхъ фактахъ и очень расплывчаты по своему содержанію. Ключа же къ уразумѣнію сущности акромегаліи ни одна изъ нихъ намъ во всякомъ случаѣ не даетъ. Исключеніемъ среди нихъ является

IV. Гипофизарная гипотеза *Marie*, построенная не только на теоретическихъ разсужденіяхъ, но имѣющая въ своей основѣ также патолого - анатомическую подкладку. *Marie*, находя очень часто на вскрытіяхъ акромегаликовъ увеличеніе мозгового придатка, пришелъ къ заключенію, что между фактомъ этого увеличенія и процессомъ акромегаліи существуетъ извѣстное соотношеніе. Онъ высказалъ мнѣніе, что акромегалія есть результатъ систематической дистрофіи, зависящей отъ заболѣванія мозгового придатка (въ смыслѣ его гипосекреціи) подобно тому, какъ слизистый отекъ есть дистрофія въ зависимости отъ заболѣванія щитовидной железы (съ послѣдующей ея гипосекреціей). Но теперь естественно выступаетъ вопросъ, какое, вообще, значеніе имѣетъ для нашего организма мозговой придатокъ, и правда-ли то, что заболѣванія этой железы влекутъ за собой такія значительныя для него послѣдствія, какъ процессъ акромегаліи. Многіе авторы (*Strümpell*, *Damsch* и др.), вообще, смотрятъ на мозговой придатокъ, какъ на зачаточный, мало значущій для нашего организма органъ, и не допускаютъ мысли, чтобы тѣ или иныя измѣненія его могли повлечь за собой какія-либо серьезныя заболѣванія.

Посему, прежде чѣмъ рѣшать вопросъ о значеніи заболѣванія мозгового придатка на процессъ акромегаліи, нужно опредѣлить еще его физіологическую роль въ нашемъ организмѣ. Къ сожалѣнію, вопросъ этотъ разработанъ въ крайне недостаточной степени. Опыты *Horsley*'а, *Gley*'а, *Kreidl*'а, *Biedl*'а, *Marinesco* и нѣкоторые др. въ этомъ отношеніи не дали никакихъ результатовъ. Нѣкотораго вниманія заслуживаютъ опыты *Vassale* и *Sacchi*, подтвержденные впослѣдствіи *Gatta*. Они удаляли у животныхъ мозговой придатокъ и, какъ послѣдствіе такой операціи, находили: апатію, сонливость, шаткость походки, одышку, отсутствіе позыва на ѣду, паденіе температуры, исхуданіе, тоническія и клоническія су-

*) Названіе это впервые предложено проф. *Verstraeten*.
**) «Врачъ», 1900 г. № 4, стр. 122.

дороги, волоконцевое дрожаніе. Заслуживаютъ вниманія еще данныя физіологической химіи. *Schnitzler* и *Ewald* нашли въ мозговомъ придаткѣ іодобѣлковое тѣло—іодотиринъ, похожее на то, какое содержится въ щитовидной железѣ. *Olliver* и *Schäffer* послѣ внутривеннаго впрыскиванія животнымъ вытяжки изъ мозгового придатка получали учащеніе сердечныхъ сокращеній и поднятіе кровяного давленія—явленія, противоположныя дѣйствію вытяжки изъ щитовидной железы и схожія съ дѣйствіемъ вытяжки изъ надпочечниковъ. *Schiff* давалъ внутрь таблетки (Merck'а) изъ вещества мозгового придатка, при чемъ въ одномъ случаѣ, гдѣ дѣло шло о здоровомъ человѣкѣ, не получилъ никакихъ измѣненій въ обмѣнѣ веществъ, въ другомъ-же, гдѣ дѣло шло о больномъ акромегаліей, получилъ значительное повышеніе выдѣленій P_2O_5 (главнымъ образомъ черезъ кишечникъ) при почти неизмѣнившемся выдѣленіи N, отчего онъ приходитъ къ заключенію объ усиленіи распада тканей бѣдныхъ N и богатыхъ P (костей?) подъ вліяніемъ мозгового придатка. Съ другой стороны имѣются новѣйшія наблюденія *Moraczewsk*'аго, что мозговой придатокъ, наоборотъ, усиливаетъ выдѣленіе у акромегаликовъ N, а на выдѣленіе P не имѣетъ вовсе вліянія.

На основаніи всѣхъ этихъ неясныхъ, а частью и противорѣчивыхъ другъ другу данныхъ о физіологическомъ значеніи для нашего организма мозгового придатка, нельзя, какъ это само собой разумѣется, придти на этотъ счетъ къ какому нибудь вполнѣ опредѣленному взгляду. Сообразно съ этимъ и всѣ теоріи о процессахъ въ организмѣ, съ физіологіей и патологіей мозгового придатка связанныхъ, отличаются тоже крайнею неопредѣленностью и расплывчатостью своего содержанія. По старинному (1854 г.) воззрѣнію *A. Ecker*'а функція мозгового придатка сводится къ обезвреживанію какихъ-то веществъ, циркулирующихъ въ крови. *Pisenti* и *Viola*, *Verga Lombroso* и *Роговичъ* усматриваютъ въ нарушеніи функціи его какое-то самоотравленіе организма. *Vassale* и *Sacchi* говорятъ, что железа перестаетъ вырабатывать какой-то специфическій, нужный для организма продуктъ. *Hutchinson* считаетъ железистую часть мозгового придатка центромъ роста тѣла и въ разстройствѣ функціи ея видитъ разстройство этого центра. *D'Abundo* приводитъ функцію мозгового придатка въ связь съ трофическими центрами организма и въ измѣненіи перваго усматриваетъ разстройство вторыхъ—трофонейрозъ. *Chwostek* и *Тихоміровъ* разстройство функціи мозгового придатка приводятъ въ связь съ заболѣваніемъ сосудовъ и видятъ въ явленіяхъ акромегаліи общій трофо-ангіонейрозъ. *Massalongo*, *Зимницкій*, *Дурдуфи* и др. думаютъ, что съ заболѣваніемъ мозгового придатка связано заболѣваніе сочувственнаго нерва и въ процессѣ акромегаліи усматриваютъ разстройство функціи послѣдняго. (Онъ на вскрытіяхъ очень часто оказывается гипертрофированнымъ).

Которая изъ всѣхъ этихъ теорій является наиболѣе правдоподобной и удовлетворительной—есть дѣло личнаго пониманія. Во всякомъ случаѣ прочныхъ доказательствъ ни одна изъ нихъ за собой не имѣетъ.

Если обратиться къ патолого-анатомическимъ даннымъ, то можно установить прежде всего то обстоятельство, что на вскрытіяхъ акромегаликовъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ находили увеличеніе мозгового придатка. Только незначительная часть этихъ увеличеній можетъ быть (и то подъ вопросомъ) отнесена на счетъ простой гипертрофіи придатка, во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ дѣло шло о какихъ-либо новообразованіяхъ большею частью аденомахъ, лимфаденомахъ, саркомахъ, гліомахъ, вообще о процессахъ, разрушающихъ или атрофирующихъ железистую ткань его. Всѣ случаи т. наз. острой злокачественной акромегаліи имѣли патологической подкладкой всегда саркому. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ акромегаліи съ неувеличеннымъ мозговымъ придаткомъ, подъ микроскопомъ находили въ немъ или аденому (*Linsmayer*), или склерозъ (*Bonardi*), словомъ, такое заболѣваніе его, при которомъ происходитъ разрушеніе или атрофія специфической железистой ткани съ послѣдующимъ разстройствомъ функціи въ смыслѣ гипосекреціи. До сихъ поръ имѣются сообщенія приблизительно о 50 вскрытіяхъ, и изъ нихъ больше, чѣмъ въ 40 рѣчь идетъ именно о такихъ заболѣваніяхъ мозгового придатка *). *Marie* въ своей гипотезѣ выставляетъ вездѣ на первый планъ фактъ увеличенія мозгового придатка. Но если считаться только съ этой стороной его гипотезы, то сейчасъ же являются вопросы: 1) какъ согласовать съ этой гипотезой тѣ случаи акромегаліи, гдѣ такого увеличенія придатка вовсе не было и 2) какъ согласовать съ ней тѣ случаи увеличенія мозгового придатка, которые совсѣмъ не сопровождались при жизни явленіями акромегаліи. При всемъ этомъ нужно принять еще во вниманіе и то обстоятельство, что существуютъ взгляды (*Arnold*, *Damsch*), по которымъ увеличеніе мозгового придатка—вовсе не причина акромегаліи, но просто признакъ ея такой-же, какъ и увеличеніе кистей, стопъ, головы, языка и т. д. Всѣ эти возраженія пали-бы сами собой, если-бы въ гипотезѣ *Marie* на первый планъ былъ поставленъ не столько фактъ измѣненія величины мозгового придатка, сколько фактъ измѣненія самого вещества его. Всѣ эти находимыя на вскрытіяхъ новообразованія мозгового придатка обусловливали собою, правда, измѣненіе его величины, но они еще болѣе того обусловливали собою измѣненія его вещества, а отсюда и разстройство его функцій въ смыслѣ гипосекреціи. Но такое заболѣваніе мозгового придатка одинаково возможно какъ при процессахъ, связанныхъ съ увеличеніемъ массы его (новообразованія), такъ и при процессахъ, связанныхъ даже и съ уменьшеніемъ ея (склерозъ). Стало быть, если признать дѣйствительную зависимость между заболѣваніемъ мозгового придатка и патогенезомъ акромегаліи, то, чтобы избѣжать справедливыхъ возраженій, что есть случаи акромегаліи безъ увеличенія придатка и, съ другой стороны, случаи увеличенія придатка безъ явленій акромегаліи, нужно въ гипотезѣ *Marie* на первый планъ выставить не столько измѣненіе величины придатка, сколько измѣненіе его вещества. Единственно, что теперь можно возразить противъ гипотезы *Marie* въ такой ея редакціи, это-то, что описаны случаи акромегаліи, гдѣ на вскрытіяхъ не было обнаружено ни увеличенія придатка, ни измѣненій его ткани: *Зимницкій* предполагаетъ, что въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ, по всей вѣроятности, о недостаточно строгомъ анализѣ. Проф. *Сикорскій* по этому поводу думаетъ, что отсутствіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ акромегаліи заболѣванія придатка нужно объяснить страданіемъ другихъ аналогичныхъ по функціи железъ, которыя должны-де быть въ организмѣ. Какъ то, такъ и другое мнѣніе нуждается, конечно, въ доказательствахъ и подтвержденіяхъ.

Что касается нашего случая, то клинически на опухоль мозгового придатка нѣтъ достаточно указаній. Отсутствіе геміанопсіи, отсутствіе застойнаго соска, нейритъ въ формѣ нисходящаго, все это говоритъ противъ новообразованія мозга. По статистикѣ *Hansemann*'а изъ 48 случаевъ акромегаліи въ 16 т. е. въ 33% не было найдено клинически явленій увеличенія мозгового придатка.

Литература: Проф. *J. Arnold*. «*Virchow*'s Archiv für Pathologie, Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin», т. CXXXV, 1894 г.—*M. Sternberg*. Die Akromegalie, 1897 г.—*С. Зимницкій*. Случай акромегаліи. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1900 г., октябрь, № 2. -*R. Massalongo*. Акромегалія, издан. «Практической медицины», 1897 г.—Проф. *A. Strümpell*, Учебникъ частной патологіи и терапіи, т. III.—Проф. *S. Diculafoy*, Руководство къ внутр. патол., т. IV.—Проф. *O. Damsch*, Болѣзни органовъ движенія, «Руков. къ практич. медиц. подъ редак. проф. *W. Ebstein*'а и д-ра *Schwalbe*» (въ русск. перев. проф. *А. Кузнецова*), т. III, 2, 1902 г.—Проф. *F. Kraus*, Болѣзни т. наз. кровяныхъ железъ, (Тамъ-же), т. II, 1901 г.—«Gazeta lekarska», 19 мая 1901 г.—«Врачъ», 1900 г., № 4.—«Врачъ», 1900 г., № 16.—«Врачъ», 1901 г., № 3.—«Wiener klinische Wochenschrift, 1899, № 44.—*Sousa Leite*, De l'acromégalie, 1890 г.—«Wiener klinische Wochenschrift», 1897 стр. 196, 277, 657.—«The Journal of Physiologie» т. XVIII, 1895, стр. 277.

*) Странно поэтому утвержденіе *Diculafoy* и особенно настойчивое заявленіе *Massalongo*, что въ увеличеніи мозгового придатка все дѣло сводится къ простой, не дегенеративной гипертрофіи его.

Изъ мужской Обуховской больницы въ Петербургѣ.

Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи прободныхъ брюшнотифозныхъ перитонитовъ.

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ врачей въ соединенномъ засѣданіи хирургическаго и терапевтическаго отдѣловъ 8/I 1904 г.

В. В. Лаврова.

(Окончаніе. См. № 33, стр. 1124).

Ради возможно полнаго изученія вопроса о брюшнотифозномъ прободномъ перитонитѣ и опредѣленія причины малоуспѣшности оперативнаго вмѣшательства при немъ позволю себѣ привести болѣе или менѣе подробное описаніе собранныхъ мною случаевъ. Въ хронологическомъ порядкѣ случаи эти распредѣляются такъ:

1. 1891 г. Операція сдѣлана была почти умиравшему больному на 4-ый день по появленіи признаковъ перитонита. Обнаружены гнойный перитонитъ и каловое содержимое въ полости брюшины. Изсѣченіе прободенной части кишки. Смерть въ тотъ-же день. На вскрытіи—тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

2. 1895 г. Больной, 20 л. Около 2-хъ недѣль боленъ какой-то лихорадочной формой; все время болѣзни оставался на ногахъ. 15/IX въ 6 час. утра—внезапно сильная боль по всему животу; рвота. Послѣ слабительнаго порошка—испражненіе. Около 9 час. веч. того-же дня доставленъ въ больницу. Крѣпкаго сложенія и хорошаго питанія. Осунувшееся лицо. Малый, учащенный пульсъ. Поверхностное, частое дыханіе. Непрерывная рвота. Животъ вздутъ, напряженъ; чрезвычайная болѣзненность, разлитая по всему животу; въ боковыхъ частяхъ его—притупленіе. Операція въ 10 час. веч. Разрѣзъ по средней линіи. Въ брюшной полости—большое количество сывороточно гнойнаго съ волокнинными хлопьями выпота съ каловымъ запахомъ. Въ 10 стм. отъ *Bauhini*'евой заслонки въ тонкой кишкѣ отверстіе, величиной съ гривенникъ. Участокъ кишки, заключавшій прободеніе, вырѣзанъ. *Czerny-Lembert*'овскій шовъ. Тампонада брюшной полости. Наркозъ протекъ хорошо. По пробужденіи возобновилась рвота. Пульсъ все падалъ. Въ 12 час. слѣдующаго дня—черезъ 14 час. послѣ операціи—смерть. На вскрытіи: тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

3. Больной, 24 л., крайне истощенный и угнетенный; на лицѣ, нѣсколько синюшномъ, выраженіе сильнѣйшаго страданія. Животъ немного вздутъ и при ощупываніи всюду чрезвычайно болѣзненъ; стѣнки его сильно напряжены. П. 112, удовлетворительный. Тотчасъ-же послѣ прободенія 39°,8, черезъ 1 часъ 40°,8. Тошноты и рвоты нѣтъ. Двусторонняя катарральная пнеймонія въ теченіи 2-хъ послѣднихъ недѣль. Брюшной тифъ на 7-й недѣлѣ. Операція черезъ 4 часа послѣ прободенія. Срединный разрѣзъ. Въ брюшной полости—сывороточно-кровянистый выпотъ въ очень большомъ количествѣ. На разстояніи 20 стм. отъ *Bauhini*'евой заслонки въ подвздошной кишкѣ отверстіе, около 1 стм. въ діаметрѣ. Брыжеечныя железы неувеличены. Прободенный участокъ кишечной стѣнки изсѣченъ въ формѣ яйцевиднаго лоскута. *Czerny-Lembert*'овскій шовъ. Тампонада брюшной полости. Операція съ усыпленіемъ продолжалась 1 ч. 20 мин. Наркозъ больной перенесъ хорошо. Послѣ операціи въ теченіи 1½ сут. замѣчалось нѣкоторое улучшеніе. Пульсъ былъ очень частъ, но удовлетворительнаго наполненія. Тошноты и рвоты не было. Животъ былъ почти безболѣзненъ. За 6 час. до смерти наступила рѣзкая перемѣна: пульсъ сталъ едва ощутимъ; лицо посинѣло. Черезъ 2 сутокъ послѣ операціи больной умеръ. На вскрытіи: въ подвздошной кишкѣ нѣсколько тифозныхъ язвъ; нѣкоторыя изъ нихъ проникали до сывороточнаго покрова; брюшная полость почти совершенно суха; катарральная пнеймонія верхнихъ долей обоихъ легкихъ.

4. 1896. Больной, 26 л. Прободеніе произошло на 3-ей недѣлѣ тифа. До того болѣзнь текла нормально. Сознаніе сохранено. Катарральныя явленія въ легкихъ. Животъ временами вздутъ и болѣзненъ. 11/VII въ 10½ час. утр. потрясающій ознобъ, 40°. Рвота. Сильная болѣзненность въ правой подвздошной области, въ меньшей степени—по всему животу. На низъ жидко. Животъ вздутъ. Печеночной тупости предъ операціей (немного болѣе 1 сутокъ послѣ прободенія) нельзя было опредѣлить. Общее состояніе было крайне тяжелое. П. 120, слабый. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости много серозно-гнойнаго выпота; между петлями кишекъ фибринозныя склейки. Перитонитъ разлитой. Прободеніе въ подвздошной кишкѣ, діаметромъ 2×1 стм. Мѣсто прободенія было окружено тампонами и оставлено въ ранѣ. 2-ой разрѣзъ—по бѣлой линіи. Тѣ-же явленія. Тампонада. Къ концу операціи пульсъ сталъ нитевидный. Черезъ 16½ час.—смерть. На вскрытіи: острый разлитой гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; персносный инфаркть въ селезенкѣ.

5. Плотникъ, 25 л., боленъ 2 недѣли: головная боль, поносъ. Наканунѣ поступленія — боли въ животѣ, сосредоточивавшіяся въ области слѣпой кишки. При поступленіи (14/VI): Языкъ суховатъ. Рвота. Селезенка за вздутіемъ кишекъ неопредѣлима. 15/VI: П. 120. Facies hyppocratica. Беззвучный голосъ. Животъ втянутъ; передняя стѣнка его напряжена; болѣзненность главнымъ образомъ въ нижнихъ отдѣлахъ живота и въ правой подвздошной области; прощупать ничего не удается. Задержка мочи. Рвоты не было. Отрыжка. 16/VI: П. 116. Болѣзненность живота меньше. Рвоты не было. Мочился произвольно. 17/VI: Вчера около 10 час. веч. нѣсколько разъ вырвало. Икота. П. 112, слабѣе. Осунулся. Вздутіе кишекъ. Сильнѣйшія боли по всему животу. Явленія быстраго распространенія перитонита. Операція. Косой разрѣзъ въ правой подвздошной области. Между петлями кишекъ обильныя фибринозныя рыхлыя склейки, кишки покрыты гноевиднымъ фибринознымъ налетомъ. Въ маломъ тазу и въ нижней части брюшной полости много густого, съ каловымъ запахомъ, гноя. Червеобразный отростокъ здоровъ. 2-ой разрѣзъ по средней линіи. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе съ чечевицу. Язва вырѣзана. *Czerny-Lembert*'овскій шовъ. Тампонада Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи повторная рвота; вечеромъ сильнѣйшее вздутіе живота. Смерть черезъ 19½ час. На вскрытіи: разлитой гнойный перитонитъ.

6. Серебряникъ, 22 л. Прободеніе произошло въ больницѣ, въ концѣ 2-ой недѣли тифа. До прободенія теченіе было нормальное. Вечеромъ наканунѣ прободенія 1 разъ вырвало; затѣмъ ночь провелъ спокойно. 1/VIII, около 1 час. дня, — сразу сильнѣйшія боли по всему животу, рвота нѣсколько разъ, икота, рѣзкій упадокъ силъ. Черезъ 2 часа—facies hyppocratica; блѣдность и синюшность покрововъ. П. 96, нитевидный, неправильный; дых. 32. Барабанный звукъ по всему животу, прикрывавшій почти всю печеночную тупость, отъ которой осталась только узкая полоска на 7—8-мъ ребрѣ по сосковой линіи. Болѣзненность больше всего въ правой подвздошной области. Подъ эѳирнымъ усыпленіемъ операція—черезъ 2½ час. послѣ прободенія. Косой разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости слизисто-гнойно-фибринозный клейкій выпотъ съ каловымъ запахомъ. Въ подвздошной кишкѣ 9—10, разной величины, просвѣчивавшихъ черезъ сывороточный покровъ язвъ; нѣкоторыя изъ нихъ были покрыты только позеленѣвшею, омертвѣлою и готовою прорваться брюшиной. На одной язвѣ наибольшее отверстіе въ 2 млм. въ діаметрѣ. Брыжейка перевязана въ нѣсколько пучковъ. Изсѣчено 65 стм. кишки. Шовъ въ 3 этажа. Тампонада. Мѣсто шва взято на петлѣ. Операція продолжалась 1½ часа. Къ вечеру пульсъ былъ едва ощутимъ. Смерть черезъ 7 час. послѣ операціи. На вскрытіи: острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

7. Поваръ, 18 л. Прободеніе произошло въ больницѣ въ концѣ 5-ой недѣли тифа. Тяжелое теченіе тифа съ потерей сознанія. 8/VIII въ 1 час. ночи—сильныя боли въ животѣ; за ночь вырвало 5 разъ. Животъ напряженъ, очень болѣзненъ, главнымъ образомъ въ верхней части слѣва. П. 120. Черезъ 14 час. послѣ прободенія операція. Разрѣзъ по средней линіи. Въ брюшной полости много жидкаго гноя. Прободеніе въ подвздошной кишкѣ; отверстіе кратерообразное, съ гривенникъ величиной; края язвы были слегка подрыты. По освѣженіи краевъ язвы — шовъ въ 3 этажа. Тампонада. Ночью нѣсколько разъ была рвота. 9/VIII: Лицо осунувшееся. П. 116, лучше. Вздутіе живота и болѣзненность меньше. Барабаннаго звука въ верхней части живота нѣтъ. Желтушное окрашиваніе склеръ. Къ вечеру слабость и упадокъ сердечной дѣятельности. Смерть черезъ 33½ часа послѣ операціи. На вскрытіи: гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

8. 1897 г. Столяръ, 45 л., заболѣлъ 3 дня назадъ головною болью и болями въ животѣ. При поступленіи 25/IX: Стѣнки живота напряжены; равномѣрная болѣзненность въ немъ; перистальтики не замѣтно. Артеріосклерозъ. На низъ сначала было жидко, а со времени болей запоры. 27/IX: Боли въ животѣ меньше. Животъ равномѣрно вздутъ. Болѣзненность въ лѣвой подчревной области. Подъ лопатками влажные среднепузырчатые хрипы. 28/IX: Вчера вечеромъ была рвота. Утромъ потъ. Животъ равномѣрно вздутъ. Болѣзненность умѣренная, больше въ лѣвой подвздошной области. Перистальтики не замѣтно. Операція. Разрѣзъ по средней линіи. Между тонкими кишками склейки. Въ маломъ тазу кровянисто-гнойный выпотъ съ примѣсью кала. Прободеніе въ тонкой кишкѣ, съ конопляное зерно; недалеко отъ него 2-ое прободеніе съ булавочную головку. Оба отверстія зашиты *Lembert*'овскимъ швомъ. Тампонада. Къ концу операціи пульсъ сталъ оч. плохой. Смерть черезъ 4 часа. На вскрытіи: острый фибринозный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

9. Плотникъ, 15 л., заболѣлъ внезапно 3 дня назадъ: рвота, запоръ. При поступленіи 5/IX: Животъ вздутъ. П. хорошій. 6/IX: Ни испражненій, ни газовъ не было 4 дня. Животъ равномѣрно вздутъ, болѣзненъ главнымъ образомъ внизу. Непрерывная рвота. П. слабый; дых. 60. Операція. Разрѣзъ по средней линіи. Въ брюшной полости много гнойной жидкости съ запахомъ. Фибринозный налетъ на кишкахъ. Въ подвздошной кишкѣ (въ 30 стм. *Bauhini*'евой заслонки) прободеніе съ горошину. 3-этажный шовъ. Тампонада. Смерть черезъ 6 час. послѣ операціи. На вскрытіи: разлитой острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

10. Дворникъ, 27 л. Прободеніе произошло въ больницѣ въ день поступленія, 19/IX, въ началѣ 3-ей недѣли тифа. Въ 5 час. дня вдругъ появились сильнѣйшія боли въ животѣ и частая рвота желчью. Стѣнки живота напряжены, равномѣрно болѣзненны. Печеночная тупость не опредѣлима. Селезенка увеличена. П. очень частый, слабый. Разлитой бронхитъ. Дых. учащено. Страдальческое выраженіе лица. Въ полости живота жидкость. Операція черезъ 5 час. послѣ прободенія. Разрѣзъ по наружному краю правой прямой мышцы живота. Въ брюшной полости много

дороги, волоконцевое дрожаніе. Заслуживаютъ вниманія еще данныя физіологической химіи. *Schnitzler* и *Ewald* нашли въ мозговомъ придаткѣ іодобѣлковое тѣло—іодотиринъ, похожее на то, какое содержится въ щитовидной железѣ. *Olliver* и *Schäffer* послѣ внутривеннаго впрыскиванія животнымъ вытяжки изъ мозгового придатка получали учащеніе сердечныхъ сокращеній и поднятіе кровяного давленія—явленія, противоположныя дѣйствію вытяжки изъ щитовидной железы и схожія съ дѣйствіемъ вытяжки изъ надпочечниковъ. *Schiff* давалъ внутрь таблетки (Merck'a) изъ вещества мозгового придатка, при чемъ въ одномъ случаѣ, гдѣ дѣло шло о здоровомъ человѣкѣ, не получилъ никакихъ измѣненій въ обмѣнѣ веществъ, въ другомъ-же, гдѣ дѣло шло о больномъ акромегаліей, получилъ значительное повышеніе выдѣленій P_2O_5 (главнымъ образомъ черезъ кишечникъ) при почти неизмѣнившемся выдѣленіи N, отчего онъ приходитъ къ заключенію объ усиленіи распада тканей бѣдныхъ N и богатыхъ P (костей?) подъ вліяніемъ мозгового придатка. Съ другой стороны имѣются новѣйшія наблюденія *Moraczewsk*'аго, что мозговой придатокъ, наоборотъ, усиливаетъ выдѣленіе у акромегаликовъ N, а на выдѣленіе P не имѣетъ вовсе вліянія.

На основаніи всѣхъ этихъ неясныхъ, а частью и противорѣчивыхъ другъ другу данныхъ о физіологическомъ значеніи для нашего организма мозгового придатка, нельзя, какъ это само собой разумѣется, придти на этотъ счетъ къ какому нибудь вполнѣ опредѣленному взгляду. Сообразно съ этимъ и всѣ теоріи о процессахъ въ организмѣ, съ физіологіей и патологіей мозгового придатка связанныхъ, отличаются тоже крайнею неопредѣленностью и расплывчатостью своего содержанія. По старинному (1854 г.) воззрѣнію *A. Ecker*'а функція мозгового придатка сводится къ обезвреживанію какихъ-то веществъ, циркулирующихъ въ крови. *Pisenti* и *Viola*, *Verga Lombroso* и *Поповичъ* усматриваютъ въ нарушеніи функціи его какое-то самоотравленіе организма. *Vassale* и *Sacchi* говорятъ, что железа перестаетъ вырабатывать какой-то специфическій, нужный для организма продуктъ. *Hutchinson* считаетъ железистую часть мозгового придатка центромъ роста тѣла и въ разстройствѣ функціи ея видитъ разстройство этого центра. *D'Abundo* приводитъ функцію мозгового придатка въ связь съ трофическими центрами организма и въ измѣненіи перваго усматриваетъ разстройство вторыхъ—трофонейрозъ. *Chwostek* и *Тихоміровъ* разстройство функціи мозгового придатка приводятъ въ связь съ заболѣваніемъ сосудовъ и видятъ въ явленіяхъ акромегаліи общій трофо-ангіонейрозъ. *Massalongo*, *Зимницкій*, *Дурдуфи* и др. думаютъ, что съ заболѣваніемъ мозгового придатка связано заболѣваніе сочувственнаго нерва и въ процессѣ акромегаліи усматриваютъ разстройство функціи послѣдняго. (Онъ на вскрытіяхъ очень часто оказывается гипертрофированнымъ).

Которая изъ всѣхъ этихъ теорій является наиболѣе правдоподобной и удовлетворительной—есть дѣло личнаго пониманія. Во всякомъ случаѣ прочныхъ доказательствъ ни одна изъ нихъ за собой не имѣетъ.

Если обратиться къ патолого-анатомическимъ даннымъ, то можно установить прежде всего то обстоятельство, что на вскрытіяхъ акромегаликовъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ находили увеличеніе мозгового придатка. Только незначительная часть этихъ увеличеній можетъ быть (и то подъ вопросомъ) отнесена на счетъ простой гипертрофіи придатка, во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ дѣло шло о какихъ-либо новообразованіяхъ большею частью аденомахъ, лимфаденомахъ, саркомахъ, гліомахъ, вообще о процессахъ, разрушающихъ или атрофирующихъ железистую ткань его. Всѣ случаи т. наз. острой злокачественной акромегаліи имѣли патологической подкладкой всегда саркому. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ акромегаліи съ неувеличеннымъ мозговымъ придаткомъ, подъ микроскопомъ находили въ немъ или аденому (*Linsmayer*), или склерозъ (*Bonardi*), словомъ, такое заболѣваніе его, при которомъ происходитъ разрушеніе или атрофія специфической железистой ткани съ послѣдующимъ разстройствомъ функціи въ смыслѣ гипосекреціи. До сихъ поръ имѣются сообщенія приблизительно о 50 вскрытіяхъ, и изъ нихъ больше, чѣмъ въ 40 рѣчь идетъ именно о такихъ заболѣваніяхъ мозгового придатка *). *Marie* въ своей гипотезѣ выставляетъ вездѣ на первый планъ фактъ увеличенія мозгового придатка. Но если считаться только съ этой стороной его гипотезы, то сейчасъ же являются вопросы: 1) какъ согласовать съ этой гипотезой тѣ случаи акромегаліи, гдѣ такого увеличенія придатка вовсе не было и 2) какъ согласовать съ ней тѣ случаи увеличенія мозгового придатка, которые совсѣмъ не сопровождались при жизни явленіями акромегаліи. При всемъ этомъ нужно принять еще во вниманіе и то обстоятельство, что существуютъ взгляды (*Arnold*, *Damsch*), по которымъ увеличеніе мозгового придатка—вовсе не причина акромегаліи, но просто признакъ ея такой-же, какъ и увеличеніе кистей, стопъ, головы, языка и т. д. Всѣ эти возраженія пали-бы сами собой, если-бы въ гипотезѣ *Marie* на первый планъ былъ поставленъ не столько фактъ измѣненія величины мозгового придатка, сколько фактъ измѣненія самого вещества его. Всѣ эти находимыя на вскрытіяхъ новообразованія мозгового придатка обусловливали собою, правда, измѣненіе его величины, но они еще болѣе того обусловливали собою измѣненія его вещества, а отсюда и разстройство его функцій въ смыслѣ гипосекреціи. Но такое заболѣваніе мозгового придатка одинаково возможно какъ при процессахъ, связанныхъ съ увеличеніемъ массы его (новообразованія), такъ и при процессахъ, связанныхъ даже и съ уменьшеніемъ ея (склерозъ). Стало быть, если признать дѣйствительную зависимость между заболѣваніемъ мозгового придатка и патогенезомъ акромегаліи, то, чтобы избѣжать справедливыхъ возраженій, что есть случаи акромегаліи безъ увеличенія придатка и, съ другой стороны, случаи увеличенія придатка безъ явленій акромегаліи, нужно въ гипотезѣ *Marie* на первый планъ выставить не столько измѣненіе величины придатка, сколько измѣненіе его вещества. Единственно, что теперь можно возразить противъ гипотезы *Marie* въ такой ея редакціи, это-то, что описаны случаи акромегаліи, гдѣ на вскрытіяхъ не было обнаружено ни увеличенія придатка, ни измѣненій его ткани: *Зимницкій* предполагаетъ, что въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ, по всей вѣроятности, о недостаточно строгомъ анализѣ. Проф. *Сикорскій* по этому поводу думаетъ, что отсутствіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ акромегаліи заболѣванія придатка нужно объяснить страданіемъ другихъ аналогичныхъ по функціи железъ, которыя должны-де быть въ организмѣ. Какъ то, такъ и другое мнѣніе нуждается, конечно, въ доказательствахъ и подтвержденіяхъ.

Что касается нашего случая, то клинически на опухоль мозгового придатка нѣтъ достаточно указаній. Отсутствіе геміанопсіи, отсутствіе застойнаго соска, нейритъ въ формѣ нисходящаго, все это говоритъ противъ новообразованія мозга. По статистикѣ *Hansemann*'а изъ 48 случаевъ акромегаліи въ 16 т. е. въ 33% не было найдено клинически явленій увеличенія мозгового придатка.

Литература: Проф. *J. Arnold*. «*Virchow*'s Archiv für Pathologie, Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin», т. CXXXV, 1894 г.—*M. Sternberg*. Die Akromegalie, 1897 г.—*С. Зимницкій*. Случай акромегаліи. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1900 г., октябрь, № 2. -*R. Massalongo*. Акромегалія, издан. «Практической медицины», 1897 г.—Проф. *A. Strümpell*, Учебникъ частной патологіи и терапіи, т. III.—Проф. *S. Dieulafoy*, Руководство къ внутр. патол., т. IV.—Проф. *O. Damsch*, Болѣзни органовъ движенія, «Руков. къ практич. медиц. подъ редак. проф. *W. Ebstein*'а и д-ра *Schwalbe*» (въ русск. перев. проф. *А. Кузнецова*), т. III, 2, 1902 г.—Проф. *F. Kraus*, Болѣзни т. наз. кровяныхъ железъ, (Тамъ-же), т. II, 1901 г.—«Gazeta lekarska», 19 мая 1901 г.—«Врачъ», 1900 г., № 4.—«Врачъ», 1900 г., № 16.—«Врачъ», 1901 г., № 3.—«Wiener klinische Wochenschrift, 1899, № 44.—*Souza Leite*, De l'acromégalie, 1890 г.—«Wiener klinische Wochenschrift», 1897 стр. 196, 277, 657.—«The Journal of Physiologie» т. XVIII, 1895, стр. 277.

*) Странно поэтому утвержденіе *Dieulafoy* и особенно настойчивое заявленіе *Massalongo*, что въ увеличеніи мозгового придатка все дѣло сводится къ простой, не дегенеративной гипертрофіи его.

Изъ мужской Обуховской больницы въ Петербургѣ.

Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи прободныхъ брюшнотифозныхъ перитонитовъ.

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ врачей въ соединенномъ засѣданіи хирургическаго и терапевтическаго отдѣловъ 8/I 1904 г.

В. В. Лаврова.

(Окончаніе. См. № 33, стр. 1124).

Ради возможно полнаго изученія вопроса о брюшнотифозномъ прободномъ перитонитѣ и опредѣленія причины малоуспѣшности оперативнаго вмѣшательства при немъ позволю себѣ привести болѣе или менѣе подробное описаніе собранныхъ мною случаевъ. Въ хронологическомъ порядкѣ случаи эти распредѣляются такъ:

1. 1891 г. Операція сдѣлана была почти умиравшему больному на 4-ый день по появленіи признаковъ перитонита. Обнаружены гнойный перитонитъ и каловое содержимое въ полости брюшины. Изсѣченіе прободенной части кишки. Смерть въ тотъ-же день. На вскрытіи—тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

2. 1895 г. Больной, 20 л. Около 2-хъ недѣль боленъ какой-то лихорадочной формой; все время болѣзни оставался на ногахъ. 15/IX въ 6 час. утра—внезапно сильная боль по всему животу; рвота. Послѣ слабительнаго порошка—испражненіе. Около 9 час. веч. того-же дня доставленъ въ больницу. Крѣпкаго сложенія и хорошаго питанія. Осунувшееся лицо. Малый, учащенный пульсъ. Поверхностное, частое дыханіе. Непрерывная рвота. Животъ вздутъ, напряженъ; чрезвычайная болѣзненность, разлитая по всему животу; въ боковыхъ частяхъ его—притупленіе. Операція въ 10 час. веч. Разрѣзъ по средней линіи. Въ брюшной полости—большое количество сывороточно гнойнаго съ волокнинными хлопьями выпота съ каловымъ запахомъ. Въ 10 стм. отъ *Bauhini*'евой заслонки въ тонкой кишкѣ отверстіе, величиной съ гривенникъ. Участокъ кишки, заключавшій прободеніе, вырѣзанъ. *Czerny-Lembert*'овскій шовъ. Тампонада брюшной полости. Наркозъ протекъ хорошо. По пробужденіи возобновилась рвота. Пульсъ все падалъ. Въ 12 час. слѣдующаго дня—черезъ 14 час. послѣ операціи— смерть. На вскрытіи: тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

3. Больной, 24 л., крайне истощенный и угнетенный; на лицѣ, нѣсколько синюшномъ, выраженіе сильнѣйшаго страданія. Животъ немного вздутъ и при ощупываніи всюду чрезвычайно болѣзненъ; стѣнки его сильно напряжены. П. 112, удовлетворительный. Тотчасъ-же послѣ прободенія 39°,8, черезъ 1 часъ 40°,8. Тошноты и рвоты нѣтъ. Двусторонняя катарральная пнеймонія въ теченіи 2-хъ послѣднихъ недѣль. Брюшной тифъ на 7-й недѣлѣ. Операція черезъ 4 часа послѣ прободенія. Срединный разрѣзъ. Въ брюшной полости—сывороточно-кровянистый выпотъ въ очень большомъ количествѣ. На разстояніи 20 стм. отъ *Bauhini*'евой заслонки въ подвздошной кишкѣ отверстіе, около 1 стм. въ діаметрѣ. Брыжеечныя железы неувеличены. Прободенный участокъ кишечной стѣнки изсѣченъ въ формѣ яйцевиднаго лоскута. *Czerny-Lembert*'овскій шовъ. Тампонада брюшной полости. Операція съ усыпленіемъ продолжалась 1 ч. 20 мин. Наркозъ больной перенесъ хорошо. Послѣ операціи въ теченіи 1½ сут. замѣчалось нѣкоторое улучшеніе. Пульсъ былъ очень частъ, но удовлетворительнаго наполненія. Тошноты и рвоты не было. Животъ былъ почти безболѣзненъ. За 6 час. до смерти наступила рѣзкая перемѣна: пульсъ сталъ едва ощутимъ; лицо посинѣло. Черезъ 2 сутокъ послѣ операціи больной умеръ. На вскрытіи: въ подвздошной кишкѣ нѣсколько тифозныхъ язвъ; нѣкоторыя изъ нихъ проникали до сывороточнаго покрова; брюшная полость почти совершенно суха; катарральная пнеймонія верхнихъ долей обоихъ легкихъ.

4. 1896. Больной, 26 л. Прободеніе произошло на 3-ей недѣлѣ тифа. До того болѣзнь текла нормально. Сознаніе сохранено. Катарральныя явленія въ легкихъ. Животъ временами вздутъ и болѣзненъ. 11/VII въ 10½ час. утр. потрясающій ознобъ, 40°. Рвота. Сильная болѣзненность въ правой подвздошной области, въ меньшей степени— по всему животу. На низъ жидко. Животъ вздутъ. Печеночной тупости предъ операціей (немного болѣе 1 сутокъ послѣ прободенія) нельзя было опредѣлить. Общее состояніе было крайне тяжелое. П. 120, слабый. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости много серозно-гнойнаго выпота; между петлями кишекъ фибринозныя склейки. Перитонитъ разлитой. Прободеніе въ подвздошной кишкѣ, діаметромъ 2×1 стм. Мѣсто прободенія было окружено тампонами и оставлено въ ранѣ. 2-ой разрѣзъ—по бѣлой линіи. Тѣ-же явленія. Тампонада. Къ концу операціи пульсъ сталъ нитевидный. Черезъ 16½ час.—смерть. На вскрытіи: острый разлитой гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; персиковый инфарктъ въ селезенкѣ.

5. Плотникъ, 25 л., боленъ 2 недѣли: головная боль, поносъ. Наканунѣ поступленія — боли въ животѣ, сосредоточивавшіяся въ области слѣпой кишки. При поступленіи (14/VI): Языкъ суховатъ. Рвота. Селезенка за вздутіемъ кишекъ неопредѣлима. 15/VI: П. 120. Facies hyppocratica. Беззвучный голосъ. Животъ втянутъ; передняя стѣнка его напряжена; болѣзненность главнымъ образомъ въ нижнихъ отдѣлахъ живота и въ правой подвздошной области; прощупать ничего не удается. Задержка мочи. Рвоты не было. Отрыжка. 16/VI: П. 116. Болѣзненность живота меньше. Рвоты не было. Мочился произвольно. 17/VI: Вчера около 10 час. веч. нѣсколько разъ вырвало. Икота. П. 112, слабѣе. Осунулся. Вздутіе кишекъ. Сильнѣйшія боли по всему животу. Явленія быстраго распространенія перитонита. Операція. Косой разрѣзъ въ правой подвздошной области. Между петлями кишекъ обильныя фибринозныя рыхлыя склейки, кишки покрыты гноевиднымъ фибринознымъ налетомъ. Въ маломъ тазу и въ нижней части брюшной полости много густого, съ каловымъ запахомъ, гноя. Червеобразный отростокъ здоровъ. 2-ой разрѣзъ по средней линіи. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе съ чечевицу. Язва вырѣзана. *Czerny-Lembert*'овскій шовъ. Тампонада. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операціи повторная рвота; вечеромъ сильнѣйшее вздутіе живота. Смерть черезъ 19½ час. На вскрытіи: разлитой гнойный перитонитъ.

6. Серебряникъ, 22 л. Прободеніе произошло въ больницѣ, въ концѣ 2-ой недѣли тифа. До прободенія теченіе было нормальное. Вечеромъ наканунѣ прободенія 1 разъ вырвало; затѣмъ ночь провелъ спокойно. 1/VIII, около 1 час. дня, — сразу сильнѣйшія боли по всему животу, рвота нѣсколько разъ, икота, рѣзкій упадокъ силъ. Черезъ 2 часа—facies hyppocratica; блѣдность и синюшность покрововъ. П. 96, нитевидный, неправильный; дых. 32. Барабанный звукъ по всему животу, прикрывавшій почти всю печеночную тупость, отъ которой осталась только узкая полоска на 7—8-мъ ребрѣ по сосковой линіи. Болѣзненность больше всего въ правой подвздошной области. Подъ эѳирнымъ усыпленіемъ операція—черезъ 2½ час. послѣ прободенія. Косой разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости слизисто-гнойно-фибринозный клейкій выпотъ съ каловымъ запахомъ. Въ подвздошной кишкѣ 9--10, разной величины, просвѣчивавшихъ черезъ сывороточный покровъ язвъ; нѣкоторыя изъ нихъ были покрыты только позеленѣвшею, омертвѣлою и готовою прорваться брюшиной. На одной язвѣ наибольшее отверстіе въ 2 млм. въ діаметрѣ. Брыжейка перевязана въ нѣсколько пучковъ. Изсѣчено 65 стм. кишки. Шовъ въ 3 этажа. Тампонада. Мѣсто шва взято на петлѣ. Операція продолжалась 1½ часа. Къ вечеру пульсъ былъ едва ощутимъ. Смерть черезъ 7 час. послѣ операціи. На вскрытіи: острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

7. Поваръ, 18 л. Прободеніе произошло въ больницѣ въ концѣ 5-ой недѣли тифа. Тяжелое теченіе тифа съ потерей сознанія. 8/VIII въ 1 час. ночи—сильныя боли въ животѣ; за ночь вырвало 5 разъ. Животъ напряженъ, очень болѣзненъ, главнымъ образомъ въ верхней части слѣва. П. 120. Черезъ 14 час. послѣ прободенія операція. Разрѣзъ по средней линіи. Въ брюшной полости много жидкаго гноя. Прободеніе въ подвздошной кишкѣ; отверстіе кратерообразное, съ гривенникъ величиной; края язвы были слегка подрыты. По освѣженіи краевъ язвы — шовъ въ 3 этажа. Тампонада. Ночью нѣсколько разъ была рвота. 9/VIII: Лицо осунувшееся. П. 116, лучше. Вздутіе живота и болѣзненность меньше. Барабаннаго звука въ верхней части живота нѣтъ. Желтушное окрашиваніе склеръ. Къ вечеру слабость и упадокъ сердечной дѣятельности. Смерть черезъ 33½ часа послѣ операціи. На вскрытіи: гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

8. 1897 г. Столяръ, 45 л., заболѣлъ 3 дня назадъ головною болью и болями въ животѣ. При поступленіи 25/IX: Стѣнки живота напряжены; равномѣрная болѣзненность въ немъ; перистальтики не замѣтно. Артеріосклерозъ. На низъ сначала было жидко, а со времени болей запоры. 27/IX: Боли въ животѣ меньше. Животъ равномѣрно вздутъ. Болѣзненность въ лѣвой подчревной области. Подъ лопатками влажные среднепузырчатые хрипы. 28/IX: Вчера вечеромъ была рвота. Утромъ потъ. Животъ равномѣрно вздутъ. Болѣзненность умѣренная, больше въ лѣвой подвздошной области. Перистальтики не замѣтно. Операція. Разрѣзъ по средней линіи. Между тонкими кишками склейки. Въ маломъ тазу кровянисто-гнойный выпотъ съ примѣсью кала. Прободеніе въ тонкой кишкѣ, съ конопляное зерно; недалеко отъ него 2-ое прободеніе съ булавочную головку. Оба отверстія зашиты *Lembert*'овскимъ швомъ. Тампонада. Къ концу операціи пульсъ сталъ оч. плохой. Смерть черезъ 4 часа. На вскрытіи: острый фибринозный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

9. Плотникъ, 15 л., заболѣлъ внезапно 3 дня назадъ: рвота, запоръ. При поступленіи 5/IX: Животъ вздутъ. П. хорошій. 6/IX: Ни испражненій, ни газовъ не было 4 дня. Животъ равномѣрно вздутъ, болѣзненъ главнымъ образомъ внизу. Непрерывная рвота. П. слабый; дых. 60. Операція. Разрѣзъ по средней линіи. Въ брюшной полости много гнойной жидкости съ запахомъ. Фибринозный налетъ на кишкахъ. Въ подвздошной кишкѣ (въ 30 стм. *Bauhini*'евой заслонки) прободеніе съ горошину. 3-этажный шовъ. Тампонада. Смерть черезъ 6 час. послѣ операціи. На вскрытіи: разлитой острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

10. Дворникъ, 27 л. Прободеніе произошло въ больницѣ въ день поступленія, 19/IX, въ началѣ 3-ей недѣли тифа. Въ 5 час. дня вдругъ появились сильнѣйшія боли въ животѣ и частая рвота желчью. Стѣнки живота напряжены, равномѣрно болѣзненны. Печеночная тупость не опредѣлима. Селезенка увеличена. П. очень частый, слабый. Разлитой бронхитъ. Дых. учащено. Страдальческое выраженіе лица. Въ полости живота жидкость. Операція черезъ 5 час. послѣ прободенія. Разрѣзъ по наружному краю правой прямой мышцы живота. Въ брюшной полости много

мутной сывороточной жидкости, безъ запаха. Въ маломъ тазу содержимое кишекъ. На тонкой кишкѣ прободеніе, круглой формы, съ горошину; края ровные; въ окружности инфильтратъ; въ кишкѣ тоже прощупываются инфильтраты. Брыжеечныя железы увеличены. Изсѣчено 20 стм. кишки. Круговой шовъ. Тампонада. 20/IX: Очень слабъ. Глаза впали; носъ заострился. П. едва ощутимъ. Животъ мало болѣзненъ. Рвоты нѣтъ. Смерть черезъ 32 часа послѣ операціи. На вскрытіи: острый бородавчатый эндокардитъ 2-створчатой заслонки и полулунныхъ заслонокъ аорты; острый паренхиматозный нефритъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; ограниченный фибринозный перитонитъ.

11. 1898 г. Ломовой извозчикъ, 27 л., заболѣлъ 7/VI: развились боли въ животѣ, запоръ, затрудненное мочеиспусканіе; до того времени перемогался на работѣ. При поступленіи: рвота; боли въ животѣ при ощупываніи, главнымъ образомъ въ нижней его части. Отъ операціи отказался. 8—12/VI: Явленія тѣ-же. 13/VI: Временами бредитъ. Животъ напряженъ, при ощупываніи болѣзненъ, особенно въ правой подвздошной области, равномѣрно вздутъ; прощупать въ немъ ничего не удается. Печеночная тупость неопредѣлима изъ-за барабаннаго звука. П. слабый, частый. 13/VI: Операція. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости жидкій, вонючій гной. Склейки между петлями кишекъ и кишками и брюшною стѣнкой. Червеобразный отростокъ окутанъ фибринознымъ налетомъ; онъ былъ усѣченъ, но оказался здоровымъ. На тонкой кишкѣ прободеніе, съ горошину, съ инфильтрированными краями. Кишечный шовъ. Тампонада. 14/VI: Рвота. П. едва ощутимый. Крайняя слабость. Facies hyppocratica. Смерть черезъ 1 сутки. На вскрытіи: острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ съ прободеніемъ.

12. Печникъ, 16 л. Прободеніе случилось въ больницѣ въ концѣ 2-ой недѣли тифа. До того теченіе тифа было правильное. До прободенія 5 дней была вздутость живота и нѣкоторая чувствительность въ правой подвздошной области. За 4 часа до операціи—сильная боль въ животѣ, рвота, тошнота. Осунувшееся страдальческое лицо. П. 130, очень слабый. Животъ напряженъ, умѣренно вздутъ, чрезвычайно болѣзненъ при ощупываніи, рѣзче въ правой подвздошной области. Мочеиспусканіе затруднено. Косой разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости много жидкаго гноя, особенно въ тазу. Фибринозный налетъ на кишкахъ. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе, съ горошину. Прободенное мѣсто было изсѣчено. *Czerny-Lembert*'овскій шовъ. Тампонада. Смерть. На вскрытіи: разлитой фибринозно-гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

13. 1899 г. Носильщикъ, 38 л. Прободеніе (3/V) въ началѣ 3-ей недѣли тифа. При поступленіи 3/V: Брюшныя стѣнки напряжены и крайне болѣзненны. Запоръ. 4/V: П. болѣе 100; дых. 20. Животъ равномѣрно вздутъ; перистальтики не видно; ощупываніе его болѣзненно, особенно въ правой подвздошной области. Барабанный звукъ, въ задне-боковыхъ частяхъ тупость, проясняющаяся при поворачиваніи больного. Печеночная тупость съ 5-го межреберья. Рвоты не было. Селезенка не опредѣляется. 4/V: Операція сутки съ небольшимъ спустя послѣ прободенія. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости много вонючей, сывороточно-гнойной жидкости. Фибринозный налетъ на кишкахъ. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе въ 3 млм. діаметромъ, съ инфильтрированными краями. Брыжеечныя железы увеличены. Мѣстами склейки между кишками. Участокъ кишки съ прободеніемъ вырѣзанъ. 2-этажный шовъ. Тампонада. 5/V: Рвоты и на низъ не было. Животъ еще болѣзненъ. 6/V: Рвота. П. частый. На низъ не было. 7/V: Осунулся. П. малый, частый. Рвота чаще. Смерть 4 сут. спустя послѣ операціи. На вскрытіи: острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

14. Булочникъ, 41 г. Боленъ 12 дней: боли въ животѣ, рвота, все время запоръ. При поступленіи 15/XII: Животъ вздутъ; барабанный звукъ; прощупываются каловыя массы; сильная боль по всему животу, особенно слѣва и подъ ложечкой. Разсѣянные сухіе хрипы въ легкихъ. П. 92, слабый; дых. 40. Глаза ввалились, склеры гиперэмированы. 18/XII: Оч. слабъ. П. 130, слабый. Животъ равномѣрно вздутъ и болѣзненъ; въ отлогихъ мѣстахъ тупость, въ остальныхъ—барабанный звукъ; печеночная тупость значительно уменьшена. Рвоты нѣтъ. 18/XII: Операція подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ кокаиномъ. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости много жидкаго гноя, особенно въ тазу, гдѣ есть и примѣсь кишечнаго содержимаго. Въ тонкой кишкѣ прободеніе въ серебряный пятачекъ. Брыжеечныя железы увеличены. На отверстіе 2-этажный шовъ. Тампонада. Черезъ 6 час. послѣ операціи смерть. На вскрытіи: разлитой острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

15. 1901 г. Хлѣбопашецъ, 32 л., заболѣлъ въ ночь на 11/IX, внезапно, среди полнаго здоровья: появились сильныя боли въ животѣ (въ области пупка) и рвота. До того изрѣдка бывали поносы. 11/IX: Хорошаго сложенія. П. 124; дых. поверхностное. Отрыжка газами; рвота. Запора нѣтъ; газы не отходятъ. Животъ вздутъ, напряженъ, какъ доска, очень болѣзненъ при ощупываніи; въ нижней его части зыбленіе. Печень покрыта барабаннымъ звукомъ. Селезенка не опредѣляется. 12/IX: Въ 1 ч. 53 мин. ночи операція. Срединный разрѣзъ. Разлитой гнойный перитонитъ съ газами; оч. много гноя въ маломъ тазу. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе. Шовъ на кишку. Тампонада. Утромъ: Лицо осунувшееся. П. частый, малый. Животъ вздутъ. Повязка промокла; верхніе слои ея были смѣнены. Чрезъ трубку, вставленную въ прямую кишку, отходятъ газы и жидкій калъ. 13/IX: Нитевидный пульсъ. Крайняя слабость. Черезъ 3 сут. послѣ операціи смерть. На вскрытіи: разлитой острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; гнойное воспаленіе брыжеечныхъ железъ.

16. 1902 г. Ящичникъ 24 л. Прободеніе въ концѣ 3-ей недѣли. За 3 дня до поступленія заболѣлъ животъ; нѣсколько разъ рвало; на низъ и газовъ не было. При поступленіи (15/IX): П. плохой, частый. Facies hyppocratica. Потъ. Животъ вздутъ и болѣзненъ внизу, особенно слѣва. Селезенка не простукивается. Рвота. Операція (15/IX) приблизительно черезъ 3 сут. послѣ прободенія. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ полости брюшины мутная, сывороточная жидкость. Склеекъ нѣтъ. На петляхъ кишекъ фибринозный налетъ. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе; выше его на 10 стм. 2-ое, бо́льшее. Прободенныя мѣста зашиты. Выпотъ выбранъ тампонами. Тампонада. Смерть черезъ 8 час. послѣ операціи. На вскрытіи: разлитой острый гнойный ихорозный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

17. 1903 г. Городовой, 29 л. Прободеніе произошло въ больницѣ въ срединѣ 3-ей недѣли тифа; до того теченіе тифа было правильное. 19 VIII: Утромъ сильная боль въ животѣ. Животъ вздутъ, при ощупываніи болѣзненъ. П. ниже средняго. Вечер.: Очень осунулся. П. 144; дых. поверхностное. Печеночная тупость не опредѣлима изъ-за барабаннаго звука. Животъ умѣренно вздутъ, напряженъ, болѣзненъ, больше внизу и справа. Приблизительно черезъ 12 час. послѣ прободенія операція. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. По вскрытіи брюшной полости вышелъ газъ, затѣмъ мутная сывороточная жидкость, безъ запаха; особенно много гноя было въ маломъ тазу. На тонкой кишкѣ истонченное мѣсто, съ ногтевую фалангу, съ прободеніемъ въ 1 млм. Клиновидное изсѣченіе кишки. Тампонада. Смерть черезъ 10 час. послѣ операціи. Вскрытія, по усиленной просьбѣ родственниковъ, не было.

18. Торговецъ, 30 л. Прободеніе произошло въ больницѣ въ началѣ 4-ой недѣли тифа, до того протекавшаго правильно. 2/XI: Боли въ животѣ. Животъ вздутъ, болѣзненъ, напряженъ; звукъ на немъ тупой. П. 132, плохого наполненія; дых. 54. Общее состояніе оч. плохое. Операція послѣ прободенія спустя приблизительно 15 час. Разрѣзъ по бѣлой линіи. Въ брюшной полости много выпота съ каловымъ запахомъ. На кишкахъ фибринозный налетъ. Въ тонкой кишкѣ прободеніе, съ горошину. Брюшная полость очищена тампонами. Прободенное мѣсто зашито. Тампонада. Постепенный упадокъ сердечной дѣятельности, и спустя 5 час. послѣ операціи смерть. На вскрытіи: разлитой острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; тифозное пораженіе брыжеечныхъ железъ.

19. Лакей, 23 л. Прободеніе произошло въ больницѣ въ концѣ 2-й недѣли тифа. 20/XII спустя 11 час. послѣ прободенія: П. 120, малый. Рвота. Страдальческое выраженіе лица; общая блѣдность. Животъ сильно вздутъ, напряженъ и очень болѣзненъ; болѣзненность равномѣрная. Печеночная тупость въ видѣ узкой полоски на 5-мъ ребрѣ. Операція черезъ 15 час. послѣ прободенія подъ хлороформно эѳирнымъ усыпленіемъ. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости много сывороточно-гнойнаго выпота, особенно въ маломъ тазу. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе съ горошину. Мѣсто прободенія зашито 2 этажнымъ швомъ. Брыжеечныя железы увеличены, сочны. Въ кишкѣ прощупывались инфильтрированныя бляшки. Тампонада. 21/XII: Слабъ. П. частый. Рвота. Животъ умѣренно вздутъ. 22/XII: Бредитъ. П. частый, малый. Языкъ сухой. Перевязка; тампоны переменены. 23 XII: Бредитъ. Животъ вздутъ. П. малый, почти нитевидный. Крайняя слабость. Смерть черезъ 3 слишкомъ сутокъ послѣ операціи. На вскрытіи: начинающійся разлитой острый фибринозный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; параличъ кишекъ.

Въ остальныхъ окончившихся смертью случаяхъ время, протекшее отъ прободенія до операціи, колебалось отъ 1 недѣли до 1 мѣсяца. Въ этихъ случаяхъ послѣ операціи обыкновенно наступало улучшеніе, иной разъ дов. долго поддерживавшее надежду на выздоровленіе, но въ концѣ концовъ больные все-же погибали. Въ протоколахъ вскрытія ихъ имѣются слѣдующія данныя. Наравнѣ съ существенными иногда пораженіями важныхъ для жизни органовъ выступало на сцену воспаленіе брюшины, протекавшее въ нѣкоторыхъ случаяхъ большую часть послѣоперационнаго времени скрытно; на вскрытіи-же находили гнойныя скопища въ тѣхъ или другихъ отдѣлахъ брюшной полости.

Для примѣра могу привести выдержки изъ протокола вскрытія одного больного, прожившаго послѣ операціи 1 мѣс. Брюшина около брюшной раны была суха; подъ и надъ печенью, по направленію восходящей и нисходящей части ободочной кишки скопища гноя. Въ полости правой плейры гной.—У этого больного при жизни уже черезъ 6 дней послѣ операціи никакихъ явленій со стороны брюшины не наблюдалось, и лишь черезъ 3 недѣли снова появилась лихорадка нагноительнаго характера и боли въ области печени.

Приведу также протоколъ вскрытія больного, оперированнаго 3 недѣли назадъ. Послѣ операціи въ теченіи недѣли было сравнительно хорошее состояніе, удовлетворительный пульсъ; явленія со стороны брюшины почти исчезли. На вскрытіи найдено: тонкія кишки и сальникъ склеены между собой гнойно-фибри-

нозными склейками; вдоль нисходящей ободочной кишки, подъ печенью и въ маломъ тазу порядочное скопленіе гнойной жидкости; тампоны теряются въ клубкѣ кишекъ, далеко не доходя до гнойныхъ скопищъ.

Въ остальныхъ случаяхъ также найдены скопища гноя частью въ маломъ тазу, частью вдоль толстой кишки и подъ печенью. Въ 2-хъ случаяхъ были скопленія гноя между сращеніями тонкихъ кишекъ.

2 случая изъ этой категоріи подробно описаны выше подъ №№ 20 и 21. Остальные слѣдующіе:

22. 1895 г. Трактирный слуга, 27 л., внезапно заболѣлъ въ ночь на 17/I: появилась головная боль, общая слабость, боль въ животѣ, рвота; до того былъ здоровъ. Рвота продолжалась цѣлый день до поступленія въ больницу; въ больницѣ ея не было. 19/V: Въ правой подвздошной области ясно замѣтная припухлость и болѣзненность, особенно соотвѣтственно точкѣ *M. Burney*'я. Инфильтратъ распространяется къ средней линіи, а кзади къ поясничной области. Движенія правой ногой свободны. Мочеиспусканіе нѣсколько затруднено. Операція приблизительно черезъ 2½ сут. послѣ прободенія. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ подвздошной кишкѣ близь слѣпой поперечная трещина, 2,5 стм. длиной, проникающая въ полость кишки; слизистая оболочка губовидно выпячивается. Сывороточный покровъ вокругъ трещины инфильтрированъ и застоенъ. Червеобразный отростокъ здоровъ. На кишкахъ фибринозные налеты. Изсѣчено 12 стм. кишки. Шовъ по *Czerny-Lembert*'у. Сшитая часть кишки взята на петлю. Тампонада. 20/V: П. дов. удовлетворительный. Рвало немного. Животъ не вздутъ. 21/V: Рвота чаще. Животъ вздутъ; боли въ животѣ. П. едва ощутимъ. 22/V: Общее состояніе нѣсколько лучше. П. неплохой. Икота. 23/V: Перевязанъ. Рана вялая. Мочеиспусканіе произвольно. На низъ было. Икота. 24/V: П. хуже. Рвота. Лицо осунувшееся. Икота. Животъ вздутъ. 26/V: Рвота. П. плохой. Животъ болѣзненъ. Facies hyppocratica. 28/V: П. полнѣе. Рвота. Животъ вздутъ, болѣзненъ. Тампоны всѣ замѣнены свѣжими. Кишечныя петли розовыя. Швы склеились. 29/V. П. почти неощутимъ. Рвота. Животъ вздутъ, болѣзненъ. Смерть на 9 сутки послѣ операціи. На вскрытіи: острая катаррльная пнеймонія въ нижней долѣ праваго легкаго; острый ограниченный (2 очага) фибринозно-гнойный перитонитъ въ зависимости отъ прободенія; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ.

23. 1899 г. Кочегаръ, 25 л. Прободеніе произошло въ больницѣ въ концѣ 3-ей недѣли тифа. 13/IV: Въ 5 час. дня рѣзкая боль въ животѣ, икота и рвота. 14/IV: Животъ весь болѣзненъ; справа въ подреберьѣ тонъ притупленный. П. хорошаго наполненія. На низъ 6 разъ, жидко. 15/IV: П. удовлетворительный. Тоны сердца глуховаты. Животъ равномѣрно вздутъ, сильно болѣзненъ, особенно въ правой подвздошной области; перистальтики не видно. Печеночная тупость не опредѣлима изъ-за барабаннаго звука. Икота. 15/IV: Операція приблизительно спустя 2 сутокъ послѣ прободенія. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. По вскрытіи брюшины вышелъ газъ. Въ тонкой кишкѣ прободеніе въ 1 стм. величиной. Свободнаго выпота нѣтъ. Непрерывный шовъ на отверстіе въ кишкѣ. Тампонада. Первые 5 дней послѣ операціи постепенное улучшеніе: пульсъ полный, не частый; икота прекратилась; явленія раздраженія брюшины прошли, и на 5-ый день животъ опалъ; были испражненія съ газами. 19/IV: Тампоны передернуты. Мѣсто шва приходится въ ранѣ; шовъ распускается. Рана суховата. 20/IV: Лихорадитъ. Кашель. Осунулся. Глаза впали. П. слабѣетъ. На низъ меньше. 21/IV: Общая слабость. Рвота. П. частый. Шовъ разошелся. Повязка промокла каломъ. Рана грязная, мѣстами омертвѣлая. 22/IV: Facies hyppocratica. П. нитевидный. Голосъ беззвучный. На 7 сутки послѣ операціи смерть. На вскрытіи: острая катаррльная бронхопнеймонія въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ; разлитой гнойный ихорозный перитонитъ; петли тонкихъ кишекъ рыхло склеены между собой и сальникомъ фибринозными пленками; брюшина кишекъ грязно-сѣрая; въ полости таза нѣсколько стакановъ гнойной жидкости.

24. 1900 г. Торговецъ, 25 л. Прободеніе въ концѣ 1-ой недѣли тифа. Наканунѣ поступленія въ больницу внезапныя боли въ животѣ (внизу) рвота и поносъ. При поступленіи 18/IV: Боли по всему животу; животъ напряженъ, равномѣрно болѣзненъ. Потъ. Въ верхнихъ доляхъ легкихъ обильная субкрепитація; кашель. П. хорошаго наполненія, учащенъ. 19/IX: Операція спустя немного болѣе 2 сут. послѣ прободенія. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Сывороточно-гнойный выпотъ; налетъ на кишкахъ. Въ тазу огромное количество гноя. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе круглой формы; вокругъ инфильтратъ. Железы увеличены. Клиновидное изсѣченіе. Шовъ. Тампонада. 20/IX: Рвота. Повязка промокла и была смѣнена. 21/IX: Рвота меньше. Животъ еще вздутъ, но менѣе болѣзненъ. 22/IX: Рвота прекратилась. Небольшая желтушность. Явленія разлитого бронхита. Смѣнены тампоны. Кишечный шовъ держитъ. 23/IX: П. удовлетворительный. Послѣ промывательнаго отошли газы и жидкія испражненія. 24—25/IX: П. слабѣе. Желтуха рѣзче. Повязка сильно пропиталась. Свободнаго гноя нѣтъ. 26/IX: Высоко лихорадитъ. 27/IX: П. слабѣе. Рана суховата. 28/IX: Рѣзкая желтуха. 29/IX: П. слабый. Рана суха. На 11 сутки послѣ операціи смерть. На вскрытіи: рѣзкая желтуха; лѣвосторонняя острая фибринозная плейропнеймонія; начинающійся циррозъ печени; острый гнойный катаррльный ангіохолитъ; острый гнойный нефритъ; острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; сальникъ рыхло склеенъ съ кишками фибринозно-гнойнымъ выпотомъ; въ полости таза и подъ краемъ печени по ½ стакана густого гноя.

25. Чернорабочій, 27 л. Прободеніе произошло въ больницѣ въ концѣ 3-ей недѣли правильно протекавшаго тифа. 6/I: Веч. 39°,5. На низъ 2 раза, съ большой рѣзью. Рвота. Животъ вздутъ, болѣзненъ. 7/I: Животъ вздутъ, болѣзненъ. Рвоты и испражненій не было. Отъ операціи отказывается. 8/I: Рвота. Печеночная тупость въ видѣ полоски. На низъ жидко. Операція черезъ 2 сутокъ послѣ прободенія. Разрѣзъ въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости огромное количество пахнувшаго каломъ гноя. Налетъ фибринозно-гнойный. Брыжеечныя железы увеличены. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе съ вывороченными, инфильтрированными краями. Мѣсто прободенія вырѣзано. Шовъ. Тампонада. 9/I: Рвота. П. удовлетворительный. 10/I: Рвоты нѣтъ. Животъ вздутъ. 11/I: Повязка промокла и была смѣнена. Гноя много. Шовъ держитъ. 13/I: П. средній. На низъ часто, жидко. 15/I: Рана вяло гранулируетъ. 17/I: Перевязанъ. На одной изъ петель кишекъ обнаруженъ точечный свищъ. Кишечный шовъ держитъ. Больной слабѣетъ. 19/I: Наложены швы на свищъ. 21/I: Швы не держатъ. Больной слабѣетъ. 22/I: Свищъ сталъ шире. 23/I: Слабость увеличивается. 25/I: Крайне осунулся. П. едва ощутимъ. Животъ слегка вздутъ. На 17 сутки послѣ операціи смерть. На вскрытіи: начинающійся циррозъ печени; разлитой острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; петли кишекъ склеены между собой и съ сальникомъ фибринозно-гнойнымъ выпотомъ; тонкія кишки растянуты жидкими каловыми массами.

26. 1901 г. Чернорабочій, 20 л. Прободеніе случилось въ больницѣ въ концѣ 3-ей недѣли тифа. 7 сутокъ былъ запоръ. За 2 дня до прободенія принялъ касторовое масло и каломель, послѣ чего прослабило. 22/I: Веч. самъ повернулся на бокъ; тотчасъ-же ощутилъ сильную болѣзненность во всемъ животѣ. 23/I: Животъ вздутъ, оч. болѣзненъ; тупость и значительная сопротивляемость въ правой подвздошной области. Тупости печени нѣтъ. П. 120, плохой. Операція спустя 18 час. послѣ прободенія. Боковое чревосѣченіе (справа). Въ брюшной полости много сывороточно-гнойнаго выпота безъ запаха; склеекъ нѣтъ. Прободеніе въ подвздошной кишкѣ въ серединѣ рѣзко краснаго пятна. Брыжеечныя железы увеличены. Шовъ на мѣсто прободенія. Тампонада. 24/I: П. хорошій. Рвоты не было. 28—29/I: Со стороны брюшины никакихъ явленій. 1/II: Тифъ протекаетъ правильно. Общее состояніе удовлетворительно. 2/II: Слѣва сзади внизу субкрепитирующіе хрипы и бронхіальное дыханіе. 8/II: Пнеймонія разрѣшается: температура падаетъ. 12/II: Со стороны брюшины никакихъ явленій раздраженія. Температура упала. 15/II: 39°,6 при потрясающемъ ознобѣ. Боль въ области печени. 17/II: Потѣлъ. Въ легкихъ ничего особаго. Въ печени боль держится. 19/II: Желтуха. 21/II: При пробномъ проколѣ въ 8-мъ правомъ межреберьѣ получена изъ полости плейры прозрачная жидкость. Боли въ печени держатся. 22/II: Слабость. Температура падаетъ. 23/II: Бредъ. Желтуха рѣзче. При пробномъ проколѣ изъ подгрудобрюшнаго пространства ничего не получено; изъ полости правой плейры получена сывороточная жидкость. Область печени болѣзненна. П. малый. 24/II: Безъ сознанія. Смерть черезъ 1 мѣс. послѣ операціи. На вскрытіи: острый гнойный правосторонній плейритъ; ограниченный слипчивый и разлитой гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; въ правой плеральной полости много гноевидной жидкости; слѣпая кишка, часть тонкихъ склеены между собой рыхлыми перемычками; брюшина около брюшной раны суха, аспидно-чернаго цвѣта; остальная часть брюшной полости, особенно подъ печенью, надъ нею и по направленію восходящей и нисходящей части ободочной кишки наполнена гноевидной жидкостью.

27. 1903 г. Чернорабочій, 17 л. Боленъ 2 недѣли: головная боль, общая слабость, познабливаніе. Послѣдніе 8 дней боли были сначала въ правой подвздошной области, а затѣмъ по всему животу; на низъ только послѣ слабительнаго. Рвота наканунѣ и въ день поступленія въ больницу (19/XII). Средняго сложенія; хорошаго питанія, языкъ обложенъ. Животъ вздутъ; стѣнки его напряжены; ощупываніе болѣзненно, особенно въ правой подвздошной области. П. 114, удовлетворительнаго наполненія. 20/XII: Въ 2 час. ночи операція. Косое чревосѣченіе въ правой подвздошной области. Въ брюшной полости немного сывороточно-гнойнаго выпота съ запахомъ; склеекъ нѣтъ. Въ подвздошной кишкѣ прободеніе въ гривенникъ, съ инфильтрированными краями; слизистая оболочка не выпячивается. Мѣсто прободенія зашито 2-этажнымъ швомъ. Брыжеечныя железы увеличены, сочны. Тампонада. 20/XII: Общее состояніе удовлетворительно. Ночью была рвота. Смѣнены верхніе слои повязки. Животъ мягкій. П. удовлетворительный. 21/XII: Рвоты не было. П. удовлетворительный. Перевязанъ. Отдѣляемаго немного. 22/XII: Лихорадитъ. П. хорошій. Рвоты нѣтъ. Перевязанъ. 23/XII: Было на низъ. Рвоты нѣтъ. Животъ внизу немного болѣзненъ. Перевязанъ. 24/XII: Было на низъ. Температура повышена. П. 96, удовлетворительный. Перевязанъ; тампоны передернуты. 25/XII: На низъ 2 раза. П. 96. Языкъ влажный. Тампоны смѣнены. Смерть черезъ 7 сут. послѣ операціи. На вскрытіи: разлитой острый гнойный перитонитъ; тифозныя язвы въ подвздошной кишкѣ; тонкія кишки и сальникъ склеены между собой гнойно-фибринозными, обильными, рыхлыми склейками; вдоль восходящей и нисходящей части ободочной кишки, подъ печенью и въ маломъ тазу порядочное скопленіе гнойной жидкости; тампоны найдены оканчивавшимися въ клубкѣ кишекъ, далеко отъ гнойныхъ скопищъ.

И такъ, изъ 33 оперированныхъ въ больницѣ по поводу

брюшнотифознаго перитонита выздоровѣли только 4, т. е. 12,1%—% меньшій вычисляемаго вышеупомянутыми авторами. Въ этой разницѣ имѣетъ, можетъ быть, значеніе указанное мною выше обстоятельство. Такъ или иначе, % выздоровленій—весьма невеликъ. Чѣмъ обусловливается такая поразительная смертность среди оперированныхъ по поводу брюшнотифознаго прободного перитонита, свойствомъ-ли самой тифозной заразы, быстрымъ-ли отравленіемъ организма послѣ поступленія кишечнаго содержимаго въ брюшную полость, или другими причинами,—вопросъ остается открытымъ. Что касается нашихъ выздоровѣвшихъ, то относительно ихъ можно отмѣтить одно: это—сравнительно хорошее общее состояніе до операціи, отсутствіе коллапса, хорошій пульсъ. Въ противовѣсъ имъ можно указать на умершихъ, у которыхъ операція была произведена почти тотчасъ-же послѣ прободенія; у нихъ у всѣхъ отмѣчены рѣзкій коллапсъ, малый, даже нитевидный пульсъ, крайне угнетенное общее состояніе, частая рвота, чрезвычайная болѣзненность живота. Конечно, такое состояніе не должно говорить противъ оперативнаго вмѣшательства; наоборотъ, поразительно быстрое въ нѣкоторыхъ случаяхъ развитіе перитонита, какъ это было въ случаѣ, въ которомъ операція однако была черезъ $2^1/_2$ ч. послѣ прободенія, при чемъ въ брюшной полости было найдено огромное количество гнойнаго выпота, исключаетъ всякую возможность медлить съ операціей въ ожиданіи ограниченія процесса.

Въ настоящее время, кажется, не можетъ уже быть хирурга, который былъ-бы убѣжденнымъ противникомъ оперативнаго лѣченія прободного брюшнотифознаго перитонита. Едва-ли кто можетъ теперь сказать заодно съ *Fürbringer*'омъ, что «больной спасенъ вопреки чревосѣченію». Терапевты тоже переходятъ на этотъ путь; могу сослаться на *Dieulafoy*. Въ терапевтическомъ отдѣленіи Обуховской больницы принципіально придерживаются взгляда передавать хирургамъ тифозныхъ больныхъ въ случаѣ осложненія тифа прободеніемъ. По заявленію главнаго врача больницы *А. А. Нечаева*, «терапевты при обнаружившемся прободеніи въ теченіи брюшного тифа не должны медлить съ предложеніемъ хирургической помощи». Возможно болѣе ранняя оперативная помощь въ формѣ широкаго и множественнаго вскрытія брюшной полости съ тщательной тампонадой ея обѣщаетъ здѣсь больше успѣха, чѣмъ выжидательное лѣченіе.

Въ заключеніе позволю себѣ привести исторію болѣзни послѣдняго выздоровѣвшаго больного, оперированнаго въ больницѣ въ 1903 г. Остальные 3 случая выздоровленія въ свое время были подробно описаны *).

1903 г. Маляръ, 32 л., $3^1/_2$ недѣли до поступленія въ больницу (10/VIII) заболѣлъ жаромъ, ознобомъ, поносомъ, общей слабостью, кашлемъ. Не смотря на болѣзнь, все время ходилъ и работалъ. Наканунѣ поступленія въ 5 час. веч. почувствовалъ боли по всему животу; была рвота. Средняго сложенія и питанія. П. 100, удовлетворительнаго наполненія. Языкъ сухой. Животъ вздутъ, при ощупываніи болѣзненъ, больше въ нижней части. Мочеиспусканіе болѣзненно. Селезенка не прощупывается. Тифозное состояніе. Подъ хлороформомъ операція (около $1^1/_2$ сут. послѣ прободенія). По вскрытіи брюшной полости сталъ вытекать въ большомъ количествѣ сывороточно-гнойный съ фибринозными свертками выпотъ. На кишкахъ фибринозные налеты. На одной изъ прилегавшихъ къ брюшной ранѣ кишечныхъ петель найдено прободное отверстіе, въ двугривенный величиной, окруженное на нѣкоторомъ протяженіи инфильтратомъ. Мѣсто прободенія зашито 2-этажнымъ *Lembert*'овскимъ швомъ; кишка вправлена въ брюшную полость. Въ брюшную полость по всѣмъ направленіямъ введены отсасывающіе тампоны. Сухая асептичная повязка. Первые 4 дня послѣ операціи была рвота; животъ былъ вздутъ, болѣзненъ. Ежедневно дѣлались промывательныя съ ромашкой и питательныя (изъ молока, яйца и бульона) клизмы. Черезъ 6 дней послѣ операціи явленія раздраженія брюшины исчезли: животъ сдѣлался мягкимъ, безболѣзненнымъ; рвоты не было уже 2 дня. Самочувствіе все время было хорошее. Съ 6-го дня стали кормить чрезъ ротъ: давали молоко, 1 яйцо, кисель и бульонъ; съ 8-го дня прибавлена манная каша, съ 10-го бѣлый хлѣбъ въ небольшомъ количествѣ. Первые дни наблюдались катарральныя явленія въ легкихъ. Веч. до операціи и утр. послѣ нея 38°,5; затѣмъ въ теченіи 2-хъ дней около 37°, а 6 дней температура была подлихорадочная съ вечерними подъемами до 37°,5; послѣ того она все время оставалась нормальная. На 3-ій день послѣ операціи сдѣлана проба *Widal*'я, давшая положительный результатъ при разведеніи 1:800. Черезъ $1^1/_2$ недѣли послѣ операціи на мѣстѣ кишечнаго шва открылся свищъ, который, не смотря на примѣненныя мѣры (прижиганія ляписомъ и приборомъ *Paquelin*'а), не обнаруживалъ наклонности къ заживленію. $2^1/_2$ мѣс. спустя послѣ операціи (24/X) онъ сталъ губовиднымъ. 29/X произведено было оперативное закрытіе свища подъ хлороформнымъ наркозомъ. Свищевое отверстіе разрѣзомъ отдѣлено отъ кожи; разрѣзъ продолженъ вверхъ и внизъ. Кишка оказалась расположенною по направленію вертикальному; она по возможности отдѣлена была отъ брюшной стѣнки, а свищевое отверстіе въ ней зашито въ поперечномъ къ оси кишки направленіи. Рана брюшной стѣнки зашита. Къ мѣсту кишечнаго шва проведенъ тампонъ. На 5-ый день послѣ операціи обнаруженъ небольшой кишечный свищъ. На 8-ой день сняты швы съ раны брюшной стѣнки; первое натяженіе. Изъ свища выдѣлялось немного кишечнаго содержимаго. Рана постепенно съуживалась и выполнялась. Свищъ въ глубинѣ оставался безъ перемѣны; его черезъ день прижигали ляписомъ, а 30/XI прижгли термокаутеромъ; выдѣленіе стало больше. Больной все время находился въ хорошемъ состояніи; вѣсъ увеличился съ 52 до 59 кило. Затѣмъ свищъ постепенно сталъ уменьшаться; одно время онъ имѣлъ наклонность снова сдѣлаться губовиднымъ; тогда сдѣлано было выскабливаніе острою ложечкой и наложенъ петлевидный шовъ; шовъ этотъ прорѣзался, но свищъ послѣ того постепенно закрылся. 16/I оперированный выписался совершенно выздоровѣвшимъ.

*) *А. А. Нечаевъ* и *А. А. Трояновъ*. «Больничная Газета Боткина», 1894 г.—*С. В. Владиславлевъ*. Тамъ же, 1897 г.—*П. П. Короновскій*. Тамъ-же, 1898 г.

CXLVI. Изъ дѣтской поликлиники проф. И. В. Троицкаго въ Харьковѣ.

Случай инфантилизма у дѣвочки 15-ти лѣтъ.

А. И. Ордынскаго.

Терминъ «инфантилизмъ» впервые предложенъ *Lasègue*'омъ [1]). Подъ нимъ разумѣется такое состояніе, при которомъ взрослый человѣкъ сохраняетъ характерныя тѣлесныя и психическія свойства дѣтскаго возраста. Здѣсь нѣтъ рѣчи о замедленіи только полового созрѣванія; сюда нужно прибавить также отсутствіе срощенія эпифизовъ, доказываемое радіографіей, значительный объемъ головы, большая длина предплечья по отношенію къ рукѣ и т. д.

Brissaud [1]) въ своихъ лекціяхъ обратилъ вниманіе на 2 формы инфантилизма: 1) *infantilismus myxoedematosus*, когда пропорціональное отношеніе частей тѣла и строеніе костяка такое, какъ въ дѣтствѣ и 2) *infantilismus Lorain*'а; эта послѣдняя форма представляетъ собой взрослаго въ миніатюрѣ, при задержкѣ развитія половой сферы. Что касается этіологіи инфантилизма, то по *Ausset infantilismus myxoedematosus* есть первичное явленіе, а *infantilismus* типа *Lorain*'а вторичное явленіе; 1-й — является вслѣдствіе недоразвитія и недостаточной дѣятельности щитовидной железы, 2-й—вслѣдствіе измѣненія железы подъ вліяніемъ бугорчатки, сифилиса и истощенія.

Aperte [1]) говоритъ, что инфантилизмъ *Lorain*'а мало чѣмъ отличается отъ инфантилизма другого типа. Они отличаются другъ отъ друга настолько, насколько юношескій возрастъ отличается отъ дѣтскаго. Это не инфантилизмъ, а скорѣе ювенилизмъ. Больные не представляютъ собою характера взрослыхъ, а они только юноши. Части тѣла ихъ очень нѣжны; кожа малокровна, тонка; волосы плохо развиты; по характеру—они тоже юноши. Какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ—это лица не съ остановившимся, а съ замедленнымъ развитіемъ. Если и наступила остановка, то только въ періодѣ юности, между тѣмъ какъ при первой формѣ остановка всегда бываетъ въ періодѣ дѣтства.

Herthage [2]) также разсматриваетъ 2 типа инфантилизма: 1) миксэдематозный и немиксэдематозный. Причину его онъ находитъ въ недостаточномъ развитіи щитовидной железы, а полное недоразвитіе послѣдней даетъ, по его мнѣнію, слизистый отекъ.

Съ *Herthoge*'омъ согласенъ и *В. В. Подвысоцкій* [3]), указывающій, что въ основѣ общаго равномѣрнаго нанизма, весьма вѣроятно, лежитъ недоразвитіе щитовидной железы.

Comby [4]) находитъ при инфантилизмѣ пропорціональное развитіе частей, мало измѣненный интеллектъ (даже неизмѣненный), окружность головы и длина тѣла меньше

средняго: голова на 4—5 стм., длина тѣла на 10—15 стм. Причина его чаще всего—наслѣдственность. Въ анамнезѣ у страдающихъ инфантилизмомъ—слабость родителей, бугорчатка, умственное разстройство, алкоголизмъ и сифилисъ, при чемъ—послѣдній, какъ наслѣдственная форма, можетъ выражаться только инфантилизмомъ безъ всякихъ другихъ измѣненій (рубцовъ, стриктуръ, гуммъ и гиперостазовъ). Половые органы у страдающихъ инфантилизмомъ рудиментарны или даже атрофированы; волосы рѣдкіе; худоба, блѣдный цвѣтъ лица при отсутствіи живости и веселости.

По мнѣнію *Koplik*'а [5]),—атрофія половыхъ органовъ тоже является характерной для инфантилизма; кромѣ того, онъ указываетъ на то, что выраженіе лица у страдающихъ инфантилизмомъ такое, какъ у малыхъ дѣтей. Состояніе умственныхъ способностей представляетъ слабую степень идіотизма.

Dupré и *Pagnier* [6]) приводятъ случай инфантилизма у дѣвочки, 15 л. Въ анамнезѣ—алкоголизмъ отца, преждевременные роды матери вслѣдствіе побоевъ, долго продолжающееся лихорадочное состояніе, когда ей было 5 лѣтъ (вѣроятно, тифъ). Развивался ребенокъ медленно; въ теченіи послѣдней $^1/_2$ года были нервныя явленія въ формѣ истерическихъ припадковъ. При изслѣдованіи: апатія, молчаливость, по умственному развитію какъ 8—9-лѣтній ребенокъ. Отсутствіе признаковъ полового созрѣванія, но были кратковременныя, очень скудныя мѣсячныя; кожа груба, пальцы и щитовидная железы утолщены. Авторъ думаетъ, что этотъ случай представляетъ собою сочетаніе недостаточнаго развитія щитовидной железы и яичниковъ.

Предпославъ краткія литературныя данныя относительно разбираемаго вопроса, перейду теперь къ описанію собственнаго случая.

12/IV въ поликлинику пришла Е. В., 15 л., жалуясь на сердцебіеніе и одышку. Изъ разспросовъ удалось только выяснить, что отецъ ея вполнѣ здоровъ, алкоголемъ не злоупотреблялъ; относительно сифилиса—ничего нельзя было добиться. Мать—страдаетъ одышкой; у нея 3 сестры и 2 брата; всѣ здоровы и нормально развиты, за исключеніемъ только одного брата, который, имѣя 20 л., немножко выше ея ростомъ. Мѣсячныхъ не было. На видъ Е. В. 9 л. Кожа дряблая, малокровна, цвѣтъ лица блѣдный; подкожный жировой слой развитъ слабо. Волосы на головѣ рѣдкіе. Границы сердца: верхняя—верхній край 3-го ребра, лѣвая—1 стм. за сосковую линію влѣво. Сердечный толчекъ—въ 6-мъ межреберномъ промежуткѣ. Нижняя граница печени—на 2 пальца ниже ребернаго края, какъ у малыхъ дѣтей и переходитъ за среднюю линію влѣво. Селезенка не прощупывается. Размѣры живота нормальны. При выслушиваніи легкихъ отрицательныя явленія; при выслушиваніи сердца—тахикардія; шумовъ нѣтъ. Отправленія кишечника нормальны; составъ мочи уклоненій не представляетъ. Половые органы, какъ у дѣтей 8—9 л. Nymphae—мало выражены. Растительности въ области половыхъ органовъ нѣтъ. Апатична, молчалива. Отсталости въ умственномъ развитіи для возраста 8—9 л.—нѣтъ. Щитовидная железа не прощупывается; ничего не прощупывается и на мѣстѣ грудныхъ железъ.

Размѣры Е. В. Вѣсъ 28400 грм., ростъ 140 стм., окружность груди 68 стм., размѣры головы 50 стм., отношеніе груди къ $^1/_2$ роста = —2.

Размѣры нормальной 15-лѣтней дѣвочки по таблицѣ И. Б. Студинскаго: Вѣсъ—44250 грм., ростъ—150 стм., окружность груди—74 стм., размѣры головы—54,5, отношеніе груди къ $^1/_2$ роста = —1.

Сравнивая цифровыя данныя, полученныя при измѣреніи Е. В., съ цифровыми данными нормально развитой 15-лѣтней дѣвочки, можно вывести заключеніе, что ассиметріи въ нашемъ случаѣ нѣтъ, а только всѣ размѣры уменьшены.

Въ разсматриваемомъ случаѣ имѣлись слѣдующія характерныя для инфантилизма особенности; пропорціональное развитіе частей тѣла, неизмѣненный для 8—9-лѣтняго возраста интеллектъ и соотвѣтствующіе этому половые органы; дряблая, блѣднаго цвѣта кожа; жидкіе волосы и апатичность. Изъ другихъ заболѣваній, съ которыми можно было-бы смѣшать данный случай при отличительномъ распознаваніи можно упомянуть: объ imbecillitas, идіотизмѣ и слизистомъ отекѣ; первыя 2 состоянія характеризуются нарушеніемъ психической жизни, а послѣднее—общимъ отекомъ, большимъ животомъ и отсталостью въ умственномъ развитіи, чего нѣтъ въ разбираемомъ случаѣ.

Что касается лѣченія, то всѣ перечисленные выше авторы совѣтуютъ въ чистыхъ случаяхъ давать тиреоидинъ.

Въ нашемъ случаѣ ей былъ назначенъ тиреоидинъ и общій массажъ. Подъ вліяніемъ назначеннаго лѣченія, общее состояніе ея улучшилось, одышка почти исчезла, число сердечныхъ ударовъ уменьшилось до 100—110 вмѣсто прежнихъ 130—140; больная сдѣлалась веселѣе и бодрѣе. Окончательно высказаться въ благопріятномъ смыслѣ относительно restitutio ad integrum трудно, въ виду недостаточнаго наблюденія—всего $3^1/_2$ недѣли.

Литература. 1. «Revue mensuelle des maladie de l'enfance», 1902, стр 128—134.- 2. *Herthoge.* «Archiv für Kinderheilkunde, 1899, стр. 424.—3. *В. В. Подвысоцкій.* «Основы общей и экспериментальной патологіи». Спб., 1899, стр. 351—356.—4. *J. Comby.* Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1899, стр. 248—249.—5. *Henry Koplik.* The diseases of infancy and childhood. New-York, 1902, стр. 585.—6. *Ernst Dupres* et *Philipe Pagnier.* Infantilisme dégénératif (Type *Lorain*) compliqué de dysthyroïdie pubérale (Type *Brissaud*).—7. *И. Б. Студинскій.* Основные показатели правильнаго физическаго развитія дѣтскаго организма. Подъ редакціей проф. *И. В. Троицкаго.* Изд. студентовъ Университета св. Владиміра, 1903 г.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Изъ Константинополя.

(Письмо 6-ое).

Въ концѣ 1903 г. *G. Fiescher*'омъ въ Jen'ѣ издана на нѣмецкомъ языкѣ книга подъ заглавіемъ: «Für die Türkei». Авторъ этой книги—д-ръ *Reider*-pascha, бывшій профессоръ въ Bonn'ѣ, а съ 1898 г. главный инспекторъ медицинскихъ школъ въ Оттоманской имперіи и главный докторъ больницы «*Гюльханэ*». 1-ый томъ книги [1]) и посвященъ этой больницѣ. Книга д-ра *Rieder*'а здѣсь, въ Турціи, не продается, что гласитъ наложенный на обложкѣ особый штемпель на имѣющемся у меня экземплярѣ ея. Содержаніе книги, интересной во многихъ отношеніяхъ, я и позволю себѣ вкратцѣ передать здѣсь его.

Эпиграфомъ къ своему предисловію д-ръ *Rieder* взялъ слѣдующія слова, высказанныя *E. Heckel*'емъ въ его «Міровой загадкѣ»: «Изъ 3-хъ главныхъ враговъ знанія и науки самый опасный врагъ—не злоба, но невѣжество и, быть можетъ, еще опаснѣе—лѣнь. Противъ этихъ 2-хъ послѣднихъ враждебныхъ силъ напрасно борятся даже боги, и тогда, когда 1-ую они уже благополучно преодолѣли». Въ предисловіи авторъ заявляетъ, что онъ намѣренъ представить описаніе исполненной имъ на турецкой службѣ работы и защитить себя отъ нападокъ, пока онъ еще служитъ Турціи; я не сомнѣваюсь, что въ глазахъ своихъ соотечественниковъ д-ръ *Rieder* защитилъ себя отъ нихъ, такъ какъ онъ, несомнѣнно, выполнилъ свою задачу по реформѣ медицинскаго образованія въ Турціи такъ успѣшно, какъ это только было можно сдѣлать здѣсь въ 5 лѣтній срокъ. Но чувства благодарности со стороны турецкаго правительства д-ръ *Rieder* заслужить не съумѣлъ: онъ былъ для турокъ слишкомъ энергиченъ, слишкомъ требователенъ, слишкомъ быстръ и поспѣшенъ въ своемъ стремленіи впередъ. Не знаю, усталъ-ли д-ръ *Rieder*, устало-ли турецкое правительство, имѣя съ нимъ дѣло, но контрактъ, заключенный съ *Rieder*'омъ въ 1898 г., срокъ которому недавно истекъ, на этотъ разъ возобновленъ не былъ. Безъ проводовъ, безъ обычныхъ наградъ, къ нескрываемому удовольствію правительственныхъ сферъ, д-ръ *Rieder* покинулъ Царь-градъ и вернулся въ Германію.

Книга «Für die Türkei» (367 стр.) дополнительно озаглавлена: «Selbstgelebtes und Gewolltes». 1-ый томъ ея, хотя и посвященъ, какъ сказано, главнымъ образомъ описанію больницы «Гюльханэ», но содержитъ и в. интересныя общія наблюденія и замѣчанія.

Въ Турціи университетовъ нѣтъ и нѣтъ медицинскихъ факультетовъ. Медицинское образованіе дается въ одной лишь военно-медицинской школѣ, носящей названіе «Ecole Impériale de médecine». Школа эта готовитъ только военныхъ врачей. Находится она въ вѣдѣніи военнаго министерства, почему д-ру *Rieder*'у и приходилось постоянно имѣть дѣло съ Зеки-пашой начальникомъ всѣхъ военныхъ учебныхъ заведеній въ Турціи,—лицомъ, по занимаемому имъ здѣсь посту, равномъ министру. Къ нему д-ръ *Rieder* обращался со всѣми своими просьбами и требованіями и ему подавалъ свои многочисленныя докладныя записки. 1-ую свою записку съ проэктомъ реформы медицинскаго образованія и врачебнаго дѣла въ Турціи онъ приводитъ въ своей книгѣ цѣликомъ. Д-ръ *Rieder* предпосылаетъ этой главѣ книги нѣсколько словъ, гдѣ сознается, что какъ въ проэктѣ, такъ и въ другихъ частяхъ его книги нѣмцы найдутъ многое элементарнымъ, лишнимъ, слишкомъ хорошо всѣмъ извѣстнымъ; но не

[1]) 2-ой томъ ея вышелъ на дняхъ. *Ред.*

брюшнотифознаго перитонита выздоровѣли только 4, т. е. 12,1%—% меньшій вычисляемаго вышеупомянутыми авторами. Въ этой разницѣ имѣетъ, можетъ быть, значеніе указанное мною выше обстоятельство. Такъ или иначе, % выздоровленій—весьма невеликъ. Чѣмъ обусловливается такая поразительная смертность среди оперированныхъ по поводу брюшнотифознаго прободного перитонита, свойствомъ-ли самой тифозной заразы, быстрымъ-ли отравленіемъ организма послѣ поступленія кишечнаго содержимаго въ брюшную полость, или другими причинами,—вопросъ остается открытымъ. Что касается нашихъ выздоровѣвшихъ, то относительно ихъ можно отмѣтить одно: это—сравнительно хорошее общее состояніе до операціи, отсутствіе коллапса, хорошій пульсъ. Въ противовѣсъ имъ можно указать на умершихъ, у которыхъ операція была произведена почти тотчасъ-же послѣ прободенія; у нихъ у всѣхъ отмѣчены рѣзкій коллапсъ, малый, даже нитевидный пульсъ, крайне угнетенное общее состояніе, частая рвота, чрезвычайная болѣзненность живота. Конечно, такое состояніе не должно говорить противъ оперативнаго вмѣшательства; наоборотъ, поразительно быстрое въ нѣкоторыхъ случаяхъ развитіе перитонита, какъ это было въ случаѣ, въ которомъ операція однако была черезъ 2½ ч. послѣ прободенія, при чемъ въ брюшной полости было найдено огромное количество гнойнаго выпота, исключаетъ всякую возможность медлить съ операціей въ ожиданіи ограниченія процесса.

Въ настоящее время, кажется, не можетъ уже быть хирурга, который былъ-бы убѣжденнымъ противникомъ оперативнаго лѣченія прободного брюшнотифознаго перитонита. Едва-ли кто можетъ теперь сказать заодно съ *Fürbringer*'омъ, что «больной спасенъ вопреки чревосѣченію». Терапевты тоже переходятъ на этотъ путь; могу сослаться на *Dieulafoy*. Въ терапевтическомъ отдѣленіи Обуховской больницы принципіально придерживаются взгляда передавать хирургамъ тифозныхъ больныхъ въ случаѣ осложненія тифа прободеніемъ. По заявленію главнаго врача больницы *А. А. Нечаева*, «терапевты при обнаружившемся прободеніи въ теченіи брюшного тифа не должны медлить съ предложеніемъ хирургической помощи». Возможно болѣе ранняя оперативная помощь въ формѣ широкаго и множественнаго вскрытія брюшной полости съ тщательной тампонадой ея обѣщаетъ здѣсь больше успѣха, чѣмъ выжидательное лѣченіе.

Въ заключеніе позволю себѣ привести исторію болѣзни послѣдняго выздоровѣвшаго больного, оперированнаго въ больницѣ въ 1903 г. Остальные 3 случая выздоровленія въ свое время были подробно описаны *).

1903 г. Маляръ, 32 л., 3½ недѣли до поступленія въ больницу (10/VIII) заболѣлъ жаромъ, ознобомъ, поносомъ, общей слабостью, кашлемъ. Не смотря на болѣзнь, все время ходилъ и работалъ. Наканунѣ поступленія въ 5 час. веч. почувствовалъ боли по всему животу; была рвота. Средняго сложенія и питанія. П. 100, удовлетворительнаго наполненія. Языкъ сухой. Животъ вздутъ, при ощупываніи болѣзненъ, больше въ нижней части. Мочеиспусканіе болѣзненно. Селезенка не прощупывается. Тифозное состояніе. Подъ хлороформомъ операція (около 1½ сут. послѣ прободенія). По вскрытіи брюшной полости сталъ вытекать въ большомъ количествѣ сывороточно-гнойный съ фибринозными свертками выпотъ. На кишкахъ фибринозные налеты. На одной изъ прилегавшихъ къ брюшной ранѣ кишечныхъ петель найдено прободное отверстіе, въ двугривенный величиной, окруженное на нѣкоторомъ протяженіи инфильтратомъ. Мѣсто прободенія зашито 2-этажнымъ *Lembert*'овскимъ швомъ; кишка вправлена въ брюшную полость. Въ брюшную полость по всѣмъ направленіямъ введены отсасывающіе тампоны. Сухая асептичная повязка. Первые 4 дня послѣ операціи была рвота; животъ былъ вздутъ, болѣзненъ. Ежедневно дѣлались промывательныя съ ромашкой и питательныя (изъ молока, яйца и бульона) клизмы. Черезъ 6 дней послѣ операціи явленія раздраженія брюшины исчезли: животъ сдѣлался мягкимъ, безболѣзненнымъ; рвоты не было уже 2 дня. Самочувствіе все время было хорошее. Съ 6-го дня стали кормить чрезъ ротъ: давали молоко, 1 яйцо, кисель и бульонъ; съ 8-го дня прибавлена манная каша, съ 10-го бѣлый хлѣбъ въ небольшомъ количествѣ. Первые дни наблюдались катарральныя явленія въ легкихъ. Веч. до операціи и утр. послѣ нея 38°,5; затѣмъ въ теченіи 2-хъ дней около 37°, а 6 дней температура была подлихорадочная съ вечерними подъемами до 37°,5; послѣ того она все время оставалась нормальная. На 3-ій день послѣ операціи сдѣлана проба *Widal*'я, давшая положительный результатъ при разведеніи 1:800. Черезъ 1½ недѣли послѣ операціи на мѣстѣ кишечнаго шва открылся свищъ, который, не смотря на примѣненныя мѣры (прижиганія ляписомъ и приборомъ *Paquelin*'а), не обнаруживалъ наклонности къ заживленію. 2½ мѣс. спустя послѣ операціи (24/X) онъ сталъ губовиднымъ. 29/X произведено было оперативное закрытіе свища подъ хлороформнымъ наркозомъ. Свищевое отверстіе разрѣзомъ отдѣлено отъ кожи; разрѣзъ продолженъ вверхъ и внизъ. Кишка оказалась расположенною по направленію вертикальному; она по возможности отдѣлена была отъ брюшной стѣнки, а свищевое отверстіе въ ней зашито въ поперечномъ къ оси кишки направленіи. Рана брюшной стѣнки зашита. Къ мѣсту кишечнаго шва проведенъ тампонъ. На 5-ый день послѣ операціи обнаруженъ небольшой кишечный свищъ. На 8-ой день сняты швы съ раны брюшной стѣнки; первое натяженіе. Изъ свища выдѣлялось немного кишечнаго содержимаго. Рана постепенно съуживалась и выполнялась. Свищъ въ глубинѣ оставался безъ перемѣны; его черезъ день прижигали ляписомъ, а 30/XI прижгли термокаутеромъ; выдѣленіе стало больше. Больной все время находился въ хорошемъ состояніи; вѣсъ увеличился съ 52 до 59 кило. Затѣмъ свищъ постепенно сталъ уменьшаться; одно время онъ имѣлъ наклонность снова сдѣлаться губовиднымъ; тогда сдѣлано было выскабливаніе острою ложечкой и наложенъ петлевидный шовъ; шовъ этотъ прорѣзался, но свищъ послѣ того постепенно закрылся. 16/I оперированный выписался совершенно выздоровѣвшимъ.

*) *А. А. Нечаевъ* и *А. А. Трояновъ*. «Больничная Газета Боткина», 1894 г.—*С. В. Владиславлевъ*. Тамъ же, 1897 г.—*П. П. Короновскій*. Тамъ-же, 1898 г.

CXLVI. Изъ дѣтской поликлиники проф. И. В. Троицкаго въ Харьковѣ.

Случай инфантилизма у дѣвочки 15-ти лѣтъ.

А. И. Ордынскаго.

Терминъ «инфантилизмъ» впервые предложенъ *Laséguе*'омъ [1]). Подъ нимъ разумѣется такое состояніе, при которомъ взрослый человѣкъ сохраняетъ характерныя тѣлесныя и психическія свойства дѣтскаго возраста. Здѣсь нѣтъ рѣчи о замедленіи только полового созрѣванія; сюда нужно прибавить также отсутствіе срощенія эпифизовъ, доказываемое радіографіей, значительный объемъ головы, большая длина предплечья по отношенію къ рукѣ и т. д.

Brissaud [1]) въ своихъ лекціяхъ обратилъ вниманіе на 2 формы инфантилизма: 1) *infantilismus myxoedematosus*, когда пропорціональное отношеніе частей тѣла и строеніе костяка такое, какъ въ дѣтствѣ и 2) *infantilismus Lorain*'а; эта послѣдняя форма представляетъ собой взрослаго въ миніатюрѣ, при задержкѣ развитія половой сферы. Что касается этіологіи инфантилизма, то по *Ausset infantilismus myxoedematosus* есть первичное явленіе, а *infantilismus* типа *Lorain*'а вторичное явленіе; 1-й — является вслѣдствіе недоразвитія и недостаточной дѣятельности щитовидной железы, 2-й—вслѣдствіе измѣненія железы подъ вліяніемъ бугорчатки, сифилиса и истощенія.

Aperte [1]) говоритъ, что инфантилизмъ *Lorain*'а мало чѣмъ отличается отъ инфантилизма другого типа. Они отличаются другъ отъ друга настолько, насколько юношескій возрастъ отличается отъ дѣтскаго. Это не инфантилизмъ, а скорѣе ювенилизмъ. Больные не представляютъ собою характера взрослыхъ, а они только юноши. Части тѣла ихъ очень нѣжны; кожа малокровна, тонка; волосы плохо развиты; по характеру—они тоже юноши. Какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ—это лица не съ остановившимся, а съ замедленнымъ развитіемъ. Если и наступила остановка, то только въ періодѣ юности, между тѣмъ какъ при первой формѣ остановка всегда бываетъ въ періодѣ дѣтства.

Herthage [2]) также разсматриваетъ 2 типа инфантилизма: 1) миксэдематозный и немиксэдематозный. Причину его онъ находитъ въ недостаточномъ развитіи щитовидной железы, а полное недоразвитіе послѣдней даетъ, по его мнѣнію, слизистый отекъ.

Съ *Herthoge*'омъ согласенъ и *В. В. Подвысоцкій* [3]), указывающій, что въ основѣ общаго равномѣрнаго нанизма, весьма вѣроятно, лежитъ недоразвитіе щитовидной железы.

Comby [4]) находитъ при инфантилизмѣ пропорціональное развитіе частей, мало измѣненный интеллектъ (даже неизмѣненный), окружность головы и длина тѣла меньше

средняго: голова на 4—5 стм., длина тѣла на 10—15 стм. Причина его чаще всего—наслѣдственность. Въ анамнезѣ у страдающихъ инфантилизмомъ—слабость родителей, бугорчатка, умственное разстройство, алкоголизмъ и сифилисъ, при чемъ—послѣдній, какъ наслѣдственная форма, можетъ выражаться только инфантилизмомъ безъ всякихъ другихъ измѣненій (рубцовъ, стриктуръ, гуммъ и гиперостазовъ). Половые органы у страдающихъ инфантилизмомъ рудиментарны или даже атрофированы; волосы рѣдкіе; худоба, блѣдный цвѣтъ лица при отсутствіи живости и веселости.

По мнѣнію *Koplik*'а [5]),—атрофія половыхъ органовъ тоже является характерной для инфантилизма; кромѣ того, онъ указываетъ на то, что выраженіе лица у страдающихъ инфантилизмомъ такое, какъ у малыхъ дѣтей. Состояніе умственныхъ способностей представляетъ слабую степень идіотизма.

Dupré и *Pagnier* [6]) приводятъ случай инфантилизма у дѣвочки, 15 л. Въ анамнезѣ—алкоголизмъ отца, преждевременные роды матери вслѣдствіе побоевъ, долго продолжающееся лихорадочное состояніе, когда ей было 5 лѣтъ (вѣроятно, тифъ). Развивался ребенокъ медленно; въ теченіи послѣдней $^1/_2$ года были нервныя явленія въ формѣ истерическихъ припадковъ. При изслѣдованіи: апатія, молчаливость, по умственному развитію какъ 8—9-лѣтній ребенокъ. Отсутствіе признаковъ полового созрѣванія, но были кратковременныя, очень скудныя мѣсячныя; кожа груба, пальцы и щитовидная железы утолщены. Авторъ думаетъ, что этотъ случай представляетъ собою сочетаніе недостаточнаго развитія щитовидной железы и яичниковъ.

Предпославъ краткія литературныя данныя относительно разбираемаго вопроса, перейду теперь къ описанію собственнаго случая.

12/IV въ поликлинику пришла Е. В., 15 л., жалуясь на сердцебіеніе и одышку. Изъ разспросовъ удалось только выяснить, что отецъ ея вполнѣ здоровъ, алкоголемъ не злоупотреблялъ; относительно сифилиса—ничего нельзя было добиться. Мать—страдаетъ одышкой; у нея 3 сестры и 2 брата; всѣ здоровы и нормально развиты, за исключеніемъ только одного брата, который, имѣя 20 л., немножко выше ея ростомъ. Мѣсячныхъ не было. На видъ Е. В. 9 л. Кожа дряблая, малокровна, цвѣтъ лица блѣдный; подкожный жировой слой развитъ слабо. Волосы на головѣ рѣдкіе. Границы сердца: верхняя—верхній край 3-го ребра, лѣвая—1 стм. за сосковую линію влѣво. Сердечный толчекъ—въ 6-мъ межреберномъ промежуткѣ. Нижняя граница печени—на 2 пальца ниже реберного края, какъ у малыхъ дѣтей и переходитъ за среднюю линію влѣво. Селезенка не прощупывается. Размѣры живота нормальны. При выслушиваніи легкихъ отрицательныя явленія; при выслушиваніи сердца—тахикардія; шумовъ нѣтъ. Отправленія кишечника нормальны; составъ мочи уклоненій не представляетъ. Половые органы, какъ у дѣтей 8—9 л. Nymphae—мало выражены. Растительности въ области половыхъ органовъ нѣтъ. Апатична, молчалива. Отсталости въ умственномъ развитіи для возраста 8—9 л.—нѣтъ. Щитовидная железа не прощупывается; ничего не прощупывается и на мѣстѣ грудныхъ железъ.

Размѣры Е. В. Вѣсъ 28400 грм., ростъ 140 стм., окружность груди 68 стм., размѣры головы 50 стм., отношеніе груди къ $^1/_2$ роста = —2.

Размѣры нормальной 15-лѣтней дѣвочки по таблицѣ И. Б. Студзинскаго: Вѣсъ—44250 грм., ростъ—150 стм., окружность груди—74 стм., размѣры головы—54,5, отношеніе груди къ $^1/_2$ роста = —1.

Сравнивая цифровыя данныя, полученныя при измѣреніи Е. В., съ цифровыми данными нормально развитой 15-лѣтней дѣвочки, можно вывести заключеніе, что ассиметріи въ нашемъ случаѣ нѣтъ, а только всѣ размѣры уменьшены.

Въ разсматриваемомъ случаѣ имѣлись слѣдующія характерныя для инфантилизма особенности; пропорціональное развитіе частей тѣла, неизмѣненный для 8—9-лѣтняго возраста интеллектъ и соотвѣтствующіе этому половые органы; дряблая, блѣднаго цвѣта кожа; жидкіе волосы и апатичность. Изъ другихъ заболѣваній, съ которыми можно было-бы смѣшать данный случай при отличительномъ распознаваніи можно упомянуть: объ imbecillitas, идіотизмѣ и слизистомъ отекѣ; первыя 2 состоянія характеризуются нарушеніемъ психической жизни, а послѣднее—общимъ отекомъ, большимъ животомъ и отсталостью въ умственномъ развитіи, чего нѣтъ въ разбираемомъ случаѣ.

Что касается лѣченія, то всѣ перечисленные выше авторы совѣтуютъ въ чистыхъ случаяхъ давать тиреоидинъ.

Въ нашемъ случаѣ ей былъ назначенъ тиреоидинъ и общій массажъ. Подъ вліяніемъ назначеннаго лѣченія, общее состояніе ея улучшилось, одышка почти исчезла, число сердечныхъ ударовъ уменьшилось до 100—110 вмѣсто прежнихъ 130—140; больная сдѣлалась веселѣе и бодрѣе. Окончательно высказаться въ благопріятномъ смыслѣ относительно restitutio ad integrum трудно, въ виду недостаточнаго наблюденія—всего $3^1/_2$ недѣли.

Литература. 1. «Revue mensuelle des maladie de l'enfance», 1902, стр 128—134.– 2. *Herthoge.* «Archiv für Kinderheilkunde, 1899, стр. 424.—3. *В. В. Подвысоцкій.* «Основы общей и экспериментальной патологіи». Спб., 1899, стр. 351—356.—4. *J. Comby.* Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1899, стр. 248—249.—5. *Henry Koplik.* The diseases of infancy and childhood. New-York, 1902, стр. 585.—6. *Ernst Dupres* et *Philipe Pagnier.* Infantilisme dégénératif (Type *Lorain*) compliqué de dysthyroïdie pubérale (Type *Brissaud*).—7. *И. Б. Студзинскій.* Основные показатели правильнаго физическаго развитія дѣтскаго организма. Подъ редакціей проф. *И. В. Троицкаго.* Изд. студентовъ Университета св. Владиміра, 1903 г.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Изъ Константинополя.

(Письмо 6-ое).

Въ концѣ 1903 г. *G. Fiescher*'омъ въ Jen'ѣ издана на нѣмецкомъ языкѣ книга подъ заглавіемъ: «Für die Türkei». Авторъ этой книги—д-ръ *Reider*-pascha, бывшій профессоръ въ Bonn'ѣ, а съ 1898 г. главный инспекторъ медицинскихъ школъ въ Оттоманской имперіи и главный докторъ больницы «*Гюльханэ*». 1-ый томъ книги [1]) и посвященъ этой больницѣ. Книга д-ра *Rieder*'а здѣсь, въ Турціи, не продается, что гласитъ наложенный на обложкѣ особый штемпель на имѣющемся у меня экземплярѣ ея. Содержаніе книги, интересной во многихъ отношеніяхъ, я и позволю себѣ вкратцѣ передать здѣсь его.

Эпиграфомъ къ своему предисловію д-ръ *Rieder* взялъ слѣдующія слова, высказанныя *E. Heckel*'емъ въ его «Міровой загадкѣ»: «Изъ 3-хъ главныхъ враговъ знанія и науки самый опасный врагъ—не злоба, но невѣжество и, быть можетъ, еще опаснѣе—лѣнь. Противъ этихъ 2-хъ послѣднихъ враждебныхъ силъ напрасно борятся даже боги, и тогда, когда 1-ую они уже благополучно преодолѣли». Въ предисловіи авторъ заявляетъ, что онъ намѣренъ представить описаніе исполненной имъ на турецкой службѣ работы и защитить себя отъ нападокъ, пока онъ еще служитъ Турціи; я не сомнѣваюсь, что въ глазахъ своихъ соотечественниковъ д-ръ *Rieder* защитилъ себя отъ нихъ, такъ какъ онъ, несомнѣнно, выполнилъ свою задачу по реформѣ медицинскаго образованія въ Турціи такъ успѣшно, какъ это только было можно сдѣлать здѣсь въ 5 лѣтній срокъ. Но чувства благодарности со стороны турецкаго правительства д-ръ *Rieder* заслужить не съумѣлъ: онъ былъ для турокъ слишкомъ энергиченъ, слишкомъ требователенъ, слишкомъ быстръ и поспѣшенъ въ своемъ стремленіи впередъ. Не знаю, усталъ-ли д-ръ *Rieder*, устало-ли турецкое правительство, имѣя съ нимъ дѣло, но контрактъ, заключенный съ *Rieder*'омъ въ 1898 г., срокъ которому недавно истекъ, на этотъ разъ возобновленъ не былъ. Безъ проводовъ, безъ обычныхъ наградъ, къ нескрываемому удовольствію правительственныхъ сферъ, д-ръ *Rieder* покинулъ Царь-градъ и вернулся въ Германію.

Книга «Für die Türkei» (367 стр.) дополнительно озаглавлена: «Selbstgelebtes und Gewolltes». 1-ый томъ ея, хотя и посвященъ, какъ сказано, главнымъ образомъ описанію больницы «Гюльханэ», но содержитъ и в. интересныя общія наблюденія и замѣчанія.

Въ Турціи университетовъ нѣтъ и нѣтъ медицинскихъ факультетовъ. Медицинское образованіе дается въ одной лишь военно-медицинской школѣ, носящей названіе «Ecole Impériale de médecine». Школа эта готовитъ только военныхъ врачей. Находится она въ вѣдѣніи военнаго министерства, почему д-ру *Rieder*'у и приходилось постоянно имѣть дѣло съ Зеки-пашой начальникомъ всѣхъ военныхъ учебныхъ заведеній въ Турціи,—лицомъ, по занимаемому имъ здѣсь посту, равномъ министру. Къ нему д-ръ *Rieder* обращался со всѣми своими просьбами и требованіями и ему подавалъ свои многочисленныя докладныя записки. 1-ую свою записку съ проэктомъ реформы медицинскаго образованія и врачебнаго дѣла въ Турціи онъ приводитъ въ своей книгѣ цѣликомъ. Д-ръ *Rieder* предпосылаетъ этой главѣ книги нѣсколько словъ, гдѣ сознается, что какъ въ проэктѣ, такъ и въ другихъ частяхъ его книги нѣмцы найдутъ многое элементарнымъ, лишнимъ, слишкомъ хорошо всѣмъ извѣстнымъ; но не

[1]) 2-ой томъ ея вышелъ на дняхъ. *Ред.*

нужно забывать, добавляетъ онъ, что проэктъ и докладныя записки писались для турокъ и должны были имѣть отчасти дидактическую цѣль. Другое откровенное признаніе д-ра *Rieder*'а въ его предисловіи выражено такими словами: «Чтобы прожитые мною тамъ (т. е. въ Константинополѣ) дни были пріятными днями, этого я не скажу»... «Большимъ счастьемъ для меня было то, что сейчасъ-же по пріѣздѣ я рѣшилъ составить себѣ свой собственный, независимый взглядъ на условія предстоявшей мнѣ дѣятельности,—раньше, чѣмъ широко распространенное пессимистическое мнѣніе о странѣ и о людяхъ успѣло оказать на меня свое вліяніе».

Обстоятельный проэктъ д-ра *Rieder*'а содержитъ въ себѣ: 1) перечисленіе всѣхъ передѣлокъ и измѣненій, какія нужно сдѣлать въ зданіи, предназначенномъ для больницы «Гюльханэ»; 2) смѣты для полнаго обзаведенія больницы; 3) указаніе на отсутствіе въ турецкихъ госпиталяхъ подготовленнаго персонала для ухода за больными и на пути, коими такой подготовки можно достигнуть: 4) планъ преобразованія преподаванія въ приготовительной школѣ («Идадіе») и въ медицинской школѣ («Ecole Impériale de médecine»); 5) описаніе будущей Медицинской Школы и, наконецъ, 5) подробный списокъ всѣхъ принадлежностей, посуды и хирургическихъ инструментовъ, которыми должна быть снабжена больница «Гюльханэ». Тамъ, гдѣ д-ръ *Rieder* говоритъ о персоналѣ, для ухода за больными, интересно отмѣтить его отзывъ о сестрахъ милосердія въ Германіи. Онъ отзывается о нихъ съ большою похвалой. Многія изъ нихъ, говоритъ онъ, могутъ смѣло взять на себя трудъ учить уходу за больными. Больничный служитель въ турецкомъ госпиталѣ больше научится отъ сестры, чѣмъ отъ врача. Особенно полезны въ больницахъ сестры потому, что онѣ строго соблюдаютъ во всемъ порядокъ и чистоту. А это—очень важно, такъ какъ отъ опрятности и чистоты въ значительной мѣрѣ зависитъ успѣхъ дѣятельности врача въ больницѣ, а также сохранность всей обстановки и инструментовъ. Въ Турціи-же болѣе всего грѣшатъ именно въ этомъ отношеніи: строятъ дворцы и оставляютъ ихъ въ запущеніи, безъ ремонта и поправокъ, вслѣдствіе чего они скоро разрушаются. Въ турецкихъ госпиталяхъ, говоритъ *Rieder*, болѣе всего ощутителенъ недостатокъ въ опытномъ персоналѣ для ухода за больными и для наблюденія за исправностью и за чистотой вездѣ. Ему удалось выхлопотать себѣ право на первыхъ-же порахъ пригласить въ устроенную имъ больницу «Гюльханэ» 3-хъ сестеръ милосердія изъ Германіи.

Представляя на усмотрѣніе начальства предположительный планъ преподаванія въ реформированной медицинской школѣ, д-ръ *Rieder* писалъ, что въ Турціи было-бы легко ввести идеальную программу преподаванія въ медицинской школѣ благодаря тому, что слушатели—пансіонеры и живутъ въ самой школѣ (какъ у насъ юнкера въ военныхъ училищахъ). Въ Германіи этого нѣтъ, и тамъ студенты иногда совсѣмъ не посѣщаютъ теоретическихъ лекцій. Говоря о томъ, какъ должны преподаваться нормальная анатомія, патологическая анатомія и клиническая медицина, д-ръ *Rieder* считалъ нужнымъ и небезполезнымъ высказать Зеки-пашѣ, начальнику военно-учебныхъ заведеній, такія истины: «Какъ анатомія нормальная, такъ и анатомія патологическая не могутъ быть изучаемы изъ книгъ, и на каждый 1 часъ теоретическихъ занятій этими предметами должно приходиться, по меньшей мѣрѣ, 1½ часа занятій практическихъ. Какъ клиническая медицина можетъ быть изучаема только на больномъ, такъ патологическая анатомія—только на трупѣ. Въ этомъ отношеніи условія преподаванія въ настоящее время въ медицинской школѣ не выдерживаютъ никакой критики. Въ теченіи цѣлаго учебнаго года бываетъ 1, много 2, вскрытія. Какъ-же могутъ выходить изъ этой школы образованные врачи? Работа на трупѣ имѣетъ очень важное значеніе въ дѣлѣ изученія медицины. Учащійся долженъ самъ разсѣкать трупъ, самъ препаровать мышцы, нервы и пр., на своемъ собственномъ препаратѣ изучать соотношеніе отдѣльныхъ частей; онъ долженъ заставить себя прочно запечатлѣть въ своей памяти всю картину расположенія органовъ и тканей, чтобы при трудной операціи, когда отъ движенія ножемъ иногда зависитъ жизнь больного, картина эта представлялась ему вполнѣ ясной. Но для достиженія этого необходимо большое число труповъ».

Въ докладѣ, посвященномъ изложенію того, что нужно для будущей медицинской школы, приводятся нѣкоторыя указанія на положеніе школы существующей: «Въ физіологической лабораторіи имѣется очень мало инструментовъ и приборовъ, да и тѣ для преподаванія совсѣмъ не пригодны. Инструментарій анатомическаго Института, вѣроятно, былъ пріобрѣтенъ 100 лѣтъ тому назадъ. Напрасно было-бы искать здѣсь сухихъ анатомическихъ препаратовъ и моделей для демонстрацій»... «Преподаванія патологической анатоміи въ медицинской школѣ, можно сказать, нѣтъ, а поликлиника, хотя и имѣется, но представляетъ изъ себя что-то невѣроятное. Въ отведенномъ для нея помѣщеніи нѣтъ ни воздуха, ни свѣта. О полахъ, стѣнахъ и инвентарѣ я уже молчу. Передо мной встаетъ загадка, какъ въ этомъ помѣщеніи принимать, изслѣдовать и лѣчить больныхъ и какъ это лѣченіе демонстрировать учащимся? Въ поликлиникѣ—25 постоянныхъ кроватей. Но развѣ могутъ 80 учениковъ обучаться хирургіи и терапіи на 25 больныхъ? И затѣмъ: къ чему теоретически преподавать такіе предметы, какъ, напр., гигіэна, когда учащійся въ тоже самое время видитъ и себя, и больныхъ въ обстановкѣ, противорѣчащей всѣмъ внушаемымъ ему теоретическимъ правиламъ? Этотъ докладъ свой д-ръ *Rieder* заканчиваетъ пожеланіемъ, чтобы весь предложенный имъ планъ реформы началъ приводиться въ исполненіе въ должной послѣдовательности, а не съ хвоста, какъ въ Турціи вообще нерѣдко дѣлаютъ съ реформами.

Въ нѣсколькихъ мѣстахъ книги встрѣчаются общія характеристики турокъ. Приведу одну изъ нихъ: «Происхожденіе турокъ отъ кочевой воинственной орды оставило въ нихъ слѣдъ до сей поры. Они повинуются вождю и идутъ за нимъ, если онъ обладаетъ иниціативой (которой они сами не имѣютъ). Многіе изъ нихъ лѣнивы; но сказать, что турокъ вообще лѣнивъ, было-бы несправедливо. Онъ неподвиженъ, вялъ, непредпріимчивъ, но не лѣнивъ. Вождемъ можетъ быть и иностранецъ, но онъ долженъ при этомъ цѣликомъ сохранить свой національный характеръ, а туркамъ предоставить сохранить свой. Вліять на турокъ можно лишь работой, дающей ощутительные и видимые результаты, и болѣе всего пользуется среди нихъ значеніемъ тотъ, кто работаетъ производительно и умѣетъ охранять и защищать плоды своего труда отъ кого-бы то ни было, хотя-бы и отъ нихъ самихъ».

Зданіе, уступленное подъ больницу «Гюльханэ», было построено 50 лѣтъ назадъ и составляло часть цѣлаго ряда построекъ, въ которыхъ когда-то помѣщалось военное училище; затѣмъ постройки эти много лѣтъ стояли пустыми, пришли въ ветхость, а землетрясеніемъ въ 1894 г. почти окончательно были разрушены. Больница находится въ нѣсколькихъ минутахъ ходьбы отъ «стрѣлки» стараго сераля и стоитъ на возвышающемся зелеными уступами берегу Мраморнаго моря посреди роскошной зелени. Вокругъ—полуразвалившіеся дома, остатки древнихъ Византійскихъ стѣнъ, когда-то окружавшихъ городъ, мѣстами увитыхъ плющемъ, и тутъ-же, неподалеку, желѣзнодорожное полотно, по которому нѣсколько разъ въ день пробѣгаетъ поѣздъ съ свистящимъ и дымящимъ локомотивомъ. «Часто приходилось мнѣ стоять въ задумчивости на этой возвышенной площадкѣ», говоритъ *Rieder*, «когда лучи заходящаго солнца красноватымъ огнемъ отражались въ окнахъ домовъ на Азіатскомъ берегу, лодки подъ бѣлыми парусами медленно двигались по водной поверхности и муэдзинъ съ высокаго минарета сзывалъ правовѣрныхъ на молитву. Думалъ я тогда объ этой постоянной смѣнѣ прошедшаго настоящимъ и настоящаго будущимъ. Громко и отчетливо говорило все кругомъ о никогда не прекращающейся работѣ человѣка, и все-таки напрасной. Тутъ, на этихъ развалинахъ, нужно было намъ вновь строить и воздвигать... Да, гордиться успѣхомъ не приходится! И то, что мы воздвигли, также разрушится, забудется и погибнетъ въ потокѣ времени».

Въ главѣ, гдѣ д-ръ *Rieder* говоритъ о роли женщины въ дѣлѣ ухода за больными въ госпиталяхъ, онъ касается положенія женщины въ Турціи и характеризуетъ его словами «noli me tangere». «И думать нечего», полагаетъ онъ, «когда-нибудь добиться для турецкой женщины такого-же положенія въ обществѣ, какое занимаетъ женщина въ Германіи, т. е. сдѣлать ее сотрудницей мужчины»...

«О товариществѣ и о духовномъ общеніи съ мужемъ, о сотрудничествѣ съ нимъ не можетъ быть и рѣчи, также какъ и о заботахъ по воспитанію дѣтей. Турецкая женщина рожаетъ дѣтей, но не воспитываетъ ихъ. Такъ стоитъ дѣло уже много вѣковъ, и эти условія жизни наложили на женщину въ Турціи извѣстный отпечатокъ. Нуженъ будетъ длинный рядъ поколѣній, чтобы смыть его»...

Свою дѣятельность въ Турціи, какъ иностранца, д-ръ *Rieder* называетъ подготовительной. «Я пытаюсь», говоритъ онъ, «каменистую почву сдѣлать годной къ обработкѣ, удалить самые твердыя и большія глыбы, выкорчевать толстые пни. Но до жатвы еще далеко. Знаю это по собственному опыту: только начнешь пахать, какъ неожиданно является посторонняя сила и отнимаетъ плугъ».

Въ заключеніе приведу нѣсколько цифръ изъ отчета д-ра *Rieder*'а о дѣятельности больницы «Гюльханэ» съ 1/I 1899 г. по 1/I 1903 г., т. е., за 4 года. Коечныхъ больныхъ было 4927; изъ нихъ 2373—хирургическихъ. Статистическія свѣдѣнія о дѣятельности хирургической клиники приведены въ книгѣ за время съ 1/IX 1899 г. по 1/X 1901 г., т. е. за 2 года и 9 мѣс. Оперативная помощь оказывалась за это время въ большихъ размѣрахъ. Въ 1-й и 2-й годъ своей работы въ больницѣ д-ръ *Rieder* дѣлалъ всѣ операціи самъ. Однихъ грыжесѣченій (по *Bassini*, *Kocher*'у и *MacEwen*'у) было сдѣлано имъ 122 и его помощниками 120, всего 242. Изъ оперированныхъ по поводу грыжъ выздоровѣли 231 и умерли 11. Всѣхъ операцій за отчетный срокъ было сдѣлано 1564 (умерли изъ оперированныхъ 97), что составляетъ 47 операцій въ мѣсяцъ. Для усыпленія д-ръ *Rieder* пользовался главнымъ образомъ хлороформомъ, но очень часто обходился и безъ общаго наркоза, прибѣгая къ мѣстному обезболиванію по *Schleich*'у. Періодъ возбужденія подъ вліяніемъ хлороформа онъ наблюдалъ только 1 разъ, и то у больного, который оказался нѣмцемъ. Д-ръ *Rieder* отмѣчаетъ чувство благодарности, съ какимъ турки относятся къ врачу и къ сестрамъ милосердія. Проснувшись послѣ наркоза, оперированный почти всегда дѣлалъ по турецки поклонъ («селямъ») и пытался цѣловать хирургу руку, высказывая и доктору, и сестрѣ пожеланія многихъ лѣтъ жизни. Про одного рослаго и сильнаго турка изъ Анатоліи онъ разсказываетъ, что, когда ему сдѣлали, при мѣстномъ обезболиваніи высокое сѣченіе мочевого пузыря и удалили камень, который больной случайно тутъ-же увидалъ, то онъ въ одинъ мигъ соскочилъ съ операціоннаго стола и хотѣлъ-было упасть къ ногамъ оператора и поцѣловать полу его халата. Все это онъ продѣлалъ съ незашитымъ еще пузыремъ; тѣмъ не менѣе рана зажила первымъ натяженіемъ.

Въ заключеніе д-ръ *Rieder* говоритъ, что устройство больницы

«Гюльхане» имѣло цѣлью создать то, что называется «госпитальной клиникой», создать «Академію практической медицины»—школу, въ которой молодые врачи пріобрѣтали-бы тѣ практическія знанія, какія необходимы для самостоятельной дѣятельности на врачебномъ поприщѣ. Но реформа медицинскаго образованія въ Турціи этимъ не ограничивается. На очереди стоитъ окончательное устройство новой Военно-Медицинской Школы противъ Стамбула на азіатскомъ берегу, въ Хайдаръ-паша, гдѣ и преподаваніе должно быть измѣнено соотвѣтственно представленному д-ромъ *Rieder*'омъ проэкту.

В. Щепотьевъ.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Физіологія и общая патологія. 669. Д-ръ *Ad. Treutlein* (Würzburg), желая рѣшить вопросъ, *могутъ ли палочки сибирской язвы вызвать зараженіе черезъ неповрежденную кожу*, тщательно и осторожно, не вызывая гиперэміи, выбривъ на небольшомъ пространствѣ кожу живота у 2-хъ кроликовъ, придавливалъ въ теченіи 1-й мин. широкую пробку съ нанесенной на нее разводкой сибиреязвенныхъ палочекъ. 1 кроликъ издохъ на 3-ій день, а другой на 4-ый. При вскрытіи на обритыхъ мѣстахъ въ обоихъ случаяхъ были слегка возвышенныя съ горошину кровянистаго цвѣта мѣста. Селезенка была увеличена, мягка и на мазкахъ обнаружены многочисленныя характерныя сибиреязвенныя палочки; въ почкахъ круглые, мелкіе узелки съ центральнымъ размягченіемъ. Микроскопическое изслѣдованіе кожи показало слѣдующее: микроскопически нарушенія цѣлости кожи нѣтъ и роговой слой нигдѣ не представляетъ поврежденій; въ зернистомъ слоѣ находятся многочисленныя сибиреязвенныя палочки; въ устьяхъ волосъ, въ особенности тамъ, гдѣ волосъ выпалъ, палочки проникаютъ въ глубину; сибиреязвенныя палочки находятся также и между волосомъ и внутренней корневой оболочкой; на волосныхъ сосочкахъ онѣ переходятъ въ сосѣднюю ткань, проникаютъ въ лимфатическія щели, гдѣ остаются или, по видимому, бездѣятельными, или проникаютъ въ мелкіе сосуды, вызывая общее зараженіе. Въ селезенкѣ громадныя массы сибиреязвенныхъ палочекъ; волосники печени, мелкія петли почечныхъ клубочковъ наполнены ими. Въ сальныхъ железахъ кожи немного сибиреязвенныхъ палочекъ въ состояіи мелкозернистаго распада; сосуды сосочковъ кожи и глубокіе слои выполнены палочками, а также лимфатическія щели вблизи такихъ сосудовъ. На основаніи этихъ изслѣдованій нужно предположить, что и *у человѣка* при обращеніи съ волосами, кожей или мясомъ павшихъ отъ сибирской язвы животныхъ (щеточники, дубильщики, листники) *можетъ произойти зараженіе сибирской язвой черезъ неповрежденную кожу* и вызвать или мѣстный процессъ—огневикъ или въ особенно неблагопріятныхъ случаяхъ общее зараженіе (Centralblatt für Pathologie und patholog. Anatomie, № $^7/_8$, 1903 г.). *Д.*

670. *G. Joannovics* изучалъ *желтуху, вызванную искусственно* у животныхъ. Впрыскивая собакамъ и кошкамъ толуилендіаминъ, онъ наблюдалъ появленіе желтухи, степень которой зависѣла отъ количества впрыснутаго раствора. У собакъ, у которыхъ была предварительно удалена селезенка, требовалось большее количество толуилендіамина. Тоже наблюдалось у животныхъ, у которыхъ была разобщена непосредственная близость между селезенкой и печенью (селезеночная вена, послѣ удаленія лѣвой почки, соединялась съ лѣвой почечной веной). Толуилендіаминъ повреждаетъ красные кровяные шарики, окончательное разрушеніе которыхъ совершается въ селезенкѣ. Образовавшійся при этомъ пигментъ поступаетъ черезъ воротную вену въ печень, гдѣ и превращается въ желчный пигментъ. Сгущенная, содержащая большое количество пигмента желчь не можетъ поступать въ крупные желчные протоки, задерживается въ волосныхъ сосудахъ, которые вслѣдствіе этого лопаются; желчь попадаетъ въ лимфатическіе сосуды и затѣмъ въ кровообращеніе. Для своихъ опытовъ авторъ пользовался также сывороткой кроликовъ, которымъ въ полость брюшины впрыскивались красные кровяные шарики собакъ; полученная такимъ путемъ сыворотка разрушаетъ кровяные шарики собаки. При введеніи такой сыворотки въ организмъ животныхъ наблюдается желтуха, какъ слѣдствіе разрушенія красныхъ кровяныхъ шариковъ. Измѣненія органовъ при дѣйствіи сыворотки напоминаютъ измѣненія при отравленіи толуилендіаминомъ; разница въ дѣйствіи этихъ ядовъ состоитъ въ томъ, что сыворотка непосредственно разрушаетъ кровь, безъ участія селезенки. Авторъ изучалъ также застойную желтуху, которую онъ вызывалъ перевязкой желчнаго протока. Желчь задерживалась сначала въ болѣе крупныхъ желчныхъ ходахъ и желчномъ пузырѣ, а затѣмъ, накопившись въ большомъ количествѣ, поступала въ кровообращеніе. Въ итогѣ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: Застойная желтуха при перевязкѣ желчнаго протока наступаетъ спустя болѣе продолжительное время, чѣмъ при гэмолизѣ, и не достигаетъ такой силы, какъ при немъ; застой желчи обнаруживается прежде всего въ болѣе крупныхъ желчныхъ каналахъ, тогда какъ при гэмолитической желтухѣ желчь накопляется въ печеночной паренхимѣ. Застойная желтуха не сопровождается увеличеніемъ селезенки, которая при желтухѣ гэмолитической достигаетъ значительныхъ размѣровъ; опуханіе селезенки спорогеннаго происхожденія. Дѣятельность селезенки способствуетъ усиленію желтухи при кроверoдномъ ея происхожденіи (Zeitschrift für Heilkunde, январь). *Ц. О.*

671. Д-ръ *Siro Otori*, по мысли проф. *v. Jaksch*'а, примѣнялъ *фосфорновольфрамовую кислоту для опредѣленія сахара* и другихъ углеводовъ *въ мочѣ*. Ходъ изслѣдованія слѣдующій: къ 20—30 к. стм. мочи приливаютъ фосфорновольфрамовой кислоты (100,0 фосфорновольфрамовой кислоты, 100 к. стм. соляной уд. вѣса 1,124, 900 к. стм. воды) столько, чтобы азотистыя вещества кромѣ мочевины, совершенно выпали; при нормальной мочѣ достаточенъ тройной объемъ реактива, при мочѣ, содержащей бѣлокъ или желтушной, его нужно больше. Смѣсь остается стоять нѣсколько часовъ, затѣмъ фильтруется черезъ плотную фильтровальную бумагу (Schleicher et Schüll, № 575); слегка фіолето-окрашенный фильтратъ растирается въ чашкѣ съ чистой известью (Merck) до тѣхъ поръ, пока онъ не получитъ яснощелочной реакціи. Нужно избѣгать очень сильной щелочности, такъ какъ вслѣдствіе этого реакція получается отрицательная, хотя-бы моча и содержала сахаръ. Можно легко опредѣлить время умѣренно-щелочной реакціи: вначалѣ известь при прибавленіи совершенно растворяется въ фильтратѣ, который еще сохраняетъ свою блѣднофіолетовую окраску и рѣзко кислую реакцію; прибавляя далѣе известь, пока она растворяется, получаютъ сначала слегка синее окрашиваніе фильтрата, но осадка отъ соединенія фосфорновольфрамовой кислоты и извести еще нѣтъ и фильтратъ реагируетъ слабо-кисло; при дальнѣйшемъ прибавленіи извести небольшими количествами фильтратъ реагируетъ нейтрально, и известь не растворяется больше, а появляется обильный хлопчатый взвѣшенный, блѣдносиній осадокъ. Прибавляя известь небольшими порціями и растирая смѣсь въ чашкѣ, избѣгаютъ перещелачиванія, а жидкость и осадокъ получаются синяго цвѣта. Послѣ этого фильтратъ вмѣстѣ съ осадкомъ сливаютъ въ цилиндръ; закрываютъ герметически притертой стеклянной пробкой и сильно встряхиваютъ; сначала исчезаетъ синяя окраска фильтрата послѣ долгаго встряхиванія и осадка; при несахарной мочѣ это достигается послѣ $^1/_2$ и $^3/_4$-часоваго встряхиванія; при мочѣ, содержащей сахаръ, даже и послѣ болѣе продолжительнаго встряхиванія обезцвѣчиванія не получается. Синяя окраска фильтрата сахарной мочи при умѣренной щелочности и долгомъ встряхиваніи исчезаетъ всегда, между тѣмъ какъ синяя окраска осадка, не смотря на очень долгое встряхиваніе, не исчезаетъ. Такимъ образомъ синяя окраска осадка при безцвѣтности фильтрата указываетъ на присутствіе сахара въ мочѣ. Рѣзкость синей окраски колеблется отъ количества сахара въ мочѣ. Этой реакціей можно обнаружить въ мочѣ виноградный, молочный, солодовый, плодовый сахаръ и пентозы. Чувствительность этой реакціи по отношенію къ виноградному сахару очень велика: съ обыкновенной фосфорновольфрамовой кислотой можно обнаружить 0,25% сахара съ чистой 0,1%. При извѣстной насыщенности (ниже 1%) реакція позволяетъ различить виноградный сахаръ отъ другихъ

сортовъ. Реакціей этой можно пользоваться и при изслѣдованіи другихъ физіологическихъ и патологическихъ жидкостей тѣла (кровь, гной, сывороточный выпотъ и т. д.) безъ предварительнаго удаленія бѣлка. Особенно-же пригодна эта реакція для отличія виноградного сахара отъ молочнаго, а также для отличительнаго распознаванія пентозуріи и левулозуріи отъ обыкновенной гликозуріи (Zeitschrift f. Heilkunde, т. XXV, тетр. V). *А. Н. Д.*

Фармакологія. 672. *S. Meinerts* (Charlottenburg) сообщаетъ результаты своихъ опытовъ надъ дѣйствіемъ новой соли теоцина, а именно *теоцинъ уксусно-кислаго натрія* (*theocin-natrium aceticum*), представляющаго бѣлый порошокъ, растворимый въ водѣ до 4%. Въ своихъ опытахъ *M.* хотѣлъ провѣрить выводы *Dreser*'а относительно теоцина, а именно, что онъ имѣетъ особенно рѣзко выраженное выдѣлительное дѣйствіе на соли, почему въ случаяхъ водянки онъ выдѣляетъ связывающія воду соли, дѣлая ее подвижной. На основаніи своихъ опытовъ, *M.* пришелъ къ заключенію, что теоцинъ-уксуснокислый натрій, кромѣ вліянія на выдѣленіе воды, оказываетъ особенно сильное вліяніе и на выдѣленіе хлора или поваренной соли; онъ имѣетъ наклонность выдѣлять поваренную соль, почти не оказывая вліяніе на фосфорную и сѣрную кислоты и на азотъ; особенно рѣзко это сказывается у больныхъ съ отеками или застойными явленіями. Замѣчательно, что въ этихъ случаяхъ повышается не только безотносительное количество хлористаго натра, но, не смотря на значительное выдѣленіе воды, также и %-ное содержаніе, что указываетъ на специфическое по отношенію къ хлористому натру дѣйствіе теоцина. Изъ этого также слѣдуетъ, что теоцинъ дѣйствуетъ не повышеніемъ кровяного давленія, но путемъ кровяного раздраженія почечнаго эпителія, при чемъ раздраженіе это, по устраненіи средства, быстро проходитъ; по мнѣнію *M.*, продолжительность дѣйствія теоцина не болѣе 3-хъ дней. На основаніи своихъ наблюденій *M.* приходитъ къ заключенію, что область примѣненія какъ теоцина и новаго препарата его—отеки, водянка, застойныя явленія, зависящія отъ сердца; для обнаруженія дѣйствія теоцина необходима извѣстная высота кровяного давленія, почему во многихъ случаяхъ совѣтуется соединять его съ наперстянкой. Новый препаратъ переносится больными хорошо, и побочныя явленія при немъ меньше, чѣмъ при теоцинѣ (Therapeutische Monatshefte, № 6). *Д.*

673. Д-ръ *Geyer* (Berlin) въ 1 случаѣ хроническаго воспаленія почечной лоханки (гидронефроза), гдѣ всѣ средства, и уротропинъ въ томъ числѣ, не оказывали никакого дѣйствія, достигъ полнаго исцѣленія употребленіемъ *хельмитола* (Helmitol), который давался по 1 грамму, 3—4 раза въ день, въ щелочной водѣ. Послѣ недѣльнаго употребленія средства наступило уменьшеніе отдѣленія гноя, затѣмъ постепенно моча дѣлалась все свѣтлѣе, и наконецъ гной изъ нея исчезъ совершенно (Therapeutische Monatshefte, № 3). *А. Н. Дмитріевъ.*

674. *Стованъ* (см. выше, № 33, стр. 1136), *новое обезболивающее средство* изъ ряда аминоалкоголей, примѣнялъ въ офталмологіи проф. *de la Personne* въ видѣ подкожныхъ и подсоединительно-оболочечныхъ впрыскиваній. Для вкапываній примѣнялся 4%-ный растворъ, который дѣлаетъ возможнымъ производство операцій на роговицѣ, соединительной оболочкѣ, а равно и удаленіе катаракты. Этотъ способъ дѣйствія слабѣе такового кокаина, тогда какъ въ видѣ впрыскиваній (нѣсколько капель 4%-наго раствора) стованъ дѣйствуетъ сильнѣе кокаина: въ теченіи неполной минуты получается полное обезболиваніе. Авторъ думаетъ, что, если-бы удалось примѣнять смѣсь кокаина со стованомъ (1:2), то это повліяло-бы хорошо на состояніе кровеносныхъ сосудовъ и одновременно давало-бы возможно полное обезболиваніе (Le Progrès médical, № 30). *С. О-ій.*

Гигіена. 675. Проф. *Emmerich* и ч. пр. *Semano* приводятъ цѣлый *рядъ новыхъ экспериментальныхъ данныхъ, подтверждающихъ вѣрность ученія Pettenkofer'а о значеніи почвенныхъ условій при распространеніи тифа и холеры.* Они прежде всего показали, что холерныя палочки на незагрязненной почвѣ (изъ кремнезема) не размножаются и въ теченіи 7 дней совершенно погибаютъ, между тѣмъ какъ на естественно загрязненной почвѣ онѣ размножаются быстро и, только начиная съ 8-го дня, начинаютъ медленно уменьшаться въ числѣ и погибаютъ на поверхности почвы лишь черезъ 15—81 день (смотря по роду почвы). Гибель холерныхъ палочекъ въ почвѣ авторъ объясняетъ тѣмъ, что почва, какъ и организмъ, становится невоспріимчивой къ холернымъ палочкамъ: дѣло въ томъ, что когда холерныя палочки при низкомъ стояніи почвенныхъ водъ развиваются на поверхности почвы, то для ихъ размноженія имѣются самыя благопріятныя условія: изъ глубины почвы направляется кверху капиллярный токъ питательнаго матеріала, а выработанные бактеріями вредные продукты связываются и разлагаются нѣкоторыми составными частями почвы (кислоты, углекислая известь); когда-же холерныя палочки начинаютъ проростать въ глубину почвы, то условія жизни для нихъ становятся неблагопріятными, такъ какъ въ восходящемъ токѣ жидкости, помимо питательнаго матеріала, содержится и выдѣляемое палочками бактеріирастворяющее бродило-холераза, которое на поверхности, вслѣдствіе испаренія воды, еще сгущается; почва поэтому постепенно становится невоспріимчивой; дожди также быстро сокращаютъ продолжительность жизни холерной палочки въ почвѣ, такъ какъ токомъ дождевой воды палочки переносятся въ глубину почвы. Вообще изученіе біологическихъ свойствъ холерной палочки показываетъ, что продолжительность т. наз. «домовыхъ эпидемій» въ точности совпадаетъ со временемъ, нужнымъ для того, чтобы почва вслѣдствіе накопленія вредныхъ продуктовъ обмѣна холерныхъ палочекъ стала невоспріимчивой къ холерѣ. Весьма интересны данныя изслѣдованій, произведенныхъ авторами надъ почвой городовъ, населеніе которыхъ во время эпидемій не страдаетъ отъ холеры. Какъ еще замѣтилъ *Pettenkofer*, почва этихъ «невоспріимчивыхъ» городовъ большею частью—глинистая, а изслѣдованія авторовъ показали, что холерныя палочки на этой почвѣ погибаютъ очень быстро. Особенной извѣстностью по своей невоспріимчивости къ холерѣ пользуется городъ Stuttgart: на глинистой почвѣ этого города холерныя палочки погибаютъ (при тѣхъ же условіяхъ опыта, что и выше) въ 24—56 часовъ. Но одного содержанія глины въ почвѣ, по видимому, недостаточно, чтобы сообщить мѣстности невоспріимчивость къ холерѣ, такъ какъ наблюденія показываютъ, что въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ съ глинистой почвой холера и тифъ свирѣпствуютъ съ неменьшей силой, чѣмъ въ городахъ съ весьма загрязненной почвой. Въ Gaimersheim'ѣ, напр., не смотря на глинистую почву, холера свирѣпствовала съ большей силой; тоже самое наблюдалось въ предмѣстьи Seelberg около Cannstadt'а, расположеннаго вблизи Stuttgart'а. Изслѣдованіе почвы этихъ 2-хъ мѣстностей показало, что холерныя палочки растутъ на нихъ такъ-же пышно, какъ и на загрязненной почвѣ München'а. Какъ объяснить себѣ эту разницу и въ чемъ заключаются холеруубивающее дѣйствіе глинистой почвы? Авторы нашли, что химическаго дѣйствія быть не можетъ, такъ какъ, съ одной стороны, количество растворимыхъ составныхъ частей глины крайне ничтожно, а съ другой—эти вещества едва-ли могутъ имѣть бактеріиубивающее дѣйствіе. Уничтоженіе холерныхъ палочекъ въ почвѣ, по ихъ мнѣнію, является слѣдствіемъ чисто механическаго дѣйствія: если разсматривать капельку влажной глины подъ микроскопомъ въ висячей каплѣ и съ погружной системой, то получается поражающая картина: безчисленное множество заостренныхъ, зазубренныхъ и угловатыхъ кусочковъ камня величиной не больше тифозной палочки и до едва видимой точки быстро двигаются по полю зрѣнія. Это движеніе, по *Helmholtz*'у, является слѣдствіемъ движенія атомовъ. Эти острые и твердые кусочки кварца, слюды, граната, турмалина, эпидота, магнитнаго желѣзняка и т. п. наносятъ уколы и пораненія оболочки холерныхъ палочекъ, движущихся среди этихъ враждебныхъ имъ частичекъ до тѣхъ поръ, пока изъ безчисленныхъ ранъ не вытечетъ содержимое клѣтки. Что гибель холерныхъ палочекъ на самомъ дѣлѣ происходитъ такимъ чисто механическимъ путемъ, доказывается тѣмъ, что при уничтоженіи подвижности мельчайшихъ частичекъ глинистой почвы, холерныя палочки развиваются и ро-

стутъ хорошо. Такое уничтоженіе подвижности достигается тѣмъ, что, вмѣсто жидкой питательной среды (бульонъ), изслѣдуемую почву помѣщаютъ въ твердую, напр., въ желатину. Въ дальнѣйшемъ авторы путемъ опытовъ подтвердили взглядъ *Pettenkoffer*'а, что клиническія явленія при холерѣ являются слѣдствіемъ отравленія организма азотистокислыми солями, образующимися изъ азотнокислыхъ при посредствѣ холерныхъ палочекъ.

Опыты были поставлены такіе: морской свинкѣ давалось 1,5 грм. азотнокислаго натра и 10 к. стм. яичнаго бѣлка; животное не заболѣвало и оставалось жить; другой морской свинкѣ того-же вѣса давалась пленка съ поверхности 2-хъ бульонныхъ разводокъ и налетъ съ 6-ти агаровыхъ разводокъ холерной палочки вмѣстѣ съ 10 к. стм. яичнаго бѣлка; и это животное оставалось въ живыхъ и не обнаруживало никакихъ признаковъ болѣзни. 3-ей морской свинкѣ того-же вѣса давались одновременно азотнокислый натръ и разводки холерныхъ палочекъ въ тѣхъ-же количествахъ, въ которыхъ ихъ давали первымъ 2-мъ свинкамъ. Черезъ часъ у животнаго развивался сильный поносъ; жидкія испражненія лились безпрерывно (рвоты у свинокъ не бываетъ), и черезъ 4—5 часовъ животное погибало при явленіяхъ быстраго упадка силъ.

Такое-же превращеніе азотнокислыхъ соединеній въ азотистокислыя черезъ посредство холерныхъ палочекъ происходитъ и въ человѣческомъ организмѣ: въ принимаемой нами *растительной* пищѣ и отчасти въ водѣ (особенно колодезной) содержится достаточное количество нитратовъ. Что степень ядовитости холерныхъ палочекъ находится въ прямой связи съ способностью ихъ образовать изъ азотнокислыхъ солей азотистокислыя, авторы могли доказать прямыми количественными изслѣдованіями. При этомъ подтвердилось, что утвержденіе *Pettenkoffer*'а, что «холерныя палочки въ подходящей почвѣ созрѣваютъ и становятся болѣе ядовитыми», вполнѣ вѣрно. Если изъ одной и той-же разводки холерныхъ палочекъ сдѣлать посѣвы на агаръ и на почву и слѣдить постепенно за количествомъ образующихся азотистокислыхъ солей, то оказывается, что количество послѣднихъ въ почвѣ ростетъ гораздо быстрѣе, чѣмъ въ агарѣ. Что касается роли воды при возникновеніи эпидемій тифа и холеры, то и тутъ авторы могли убѣдиться въ вѣрности взгляда *Pettenkoffer*'а, отрицавшаго значеніе воды, какъ разносчика заразы при этихъ болѣзняхъ. Авторы нашли при своихъ изслѣдованіяхъ, что тифозныя палочки быстро погибаютъ въ водѣ и что гибель ихъ обусловлена не борьбой съ другими бактеріями; ихъ уничтожаютъ главнымъ образомъ наливочныя изъ рода жгутиковыхъ; въ водѣ колодца гигіэническаго Института въ München'ѣ эти низшія животныя въ теченіи 24 часовъ при 21° Ц. уничтожили столько тифозныхъ палочекъ, сколько ихъ содержится въ испражненіяхъ 1000 тифозныхъ больныхъ! Такъ какъ каждая вода, даже вода дѣвственныхъ горныхъ ключей, содержитъ въ себѣ этихъ естественныхъ гигіэническихъ стражей, уничтожающихъ крайне быстро бактеріи тифа, то трудно допустить, чтобы вода колодца или водопровода могли явиться причиной возникновенія тифозной эпидеміи. И такой выдающійся бактеріологъ, какъ *Robert Koch*, въ послѣднее время призналъ, что питьевая вода не играетъ при распространеніи тифа той важной роли, какую ей приписывали раньше. Авторы высказываютъ пожеланія, чтобы ученіе *Pettenkoffer*'а и въ остальныхъ своихъ частяхъ было всѣми признано (Münchener medicinische Wochenschrift, №№ 25 и 26). *А. Коварскій.*

Внутреннія болѣзни. 676. *Б. М. Зиле* представилъ опытъ *функціональнаго распознаванія артеріосклероза и отличительнаго распознаванія грудной жабы.* Исходя изъ того, что давленіе крови въ лучевой артеріи не можетъ служить мѣриломъ для сужденія о степени артеріосклероза, что при опредѣленіи ощупываніемъ т. наз. жесткости артерій возможны самыя вопіющія ошибки, что извитость артерій находится въ большинствѣ случаевъ въ несомнѣнной зависимости отъ свойствъ окружающихъ тканей и что изслѣдованіе не ограниченныхъ участковъ различныхъ артерій, а цѣлыхъ сосудистыхъ областей можетъ въ значительной степени способствовать изученію артеріосклероза, авторъ произвелъ свыше 1500 измѣреній давленія въ плечевой, лучевой и пальцевой артеріяхъ приблизительно на 600 здоровыхъ людяхъ въ возрастѣ отъ 15 до 35 л. На плечевой артеріи измѣренія производились по способу *Riva-Rocci*; на лучевой—по v. *Basch*'у и на пальцевой по *Gartner*'у. Размѣры средняго давленія для плечевой артеріи равны около 130—140, для лучевой—около 120 и для пальцевой около 100 млм. ртути. Разница давленія въ плечевой и пальцевой артеріяхъ у одного и того-же здороваго человѣка рѣдко превышаетъ 50 млм., у пожилыхъ-же людей (выше 50 л.) она постоянно превышаетъ эту цифру вслѣдствіе большей ригидности сосудистой стѣнки. Произведя многочисленныя измѣренія такого рода у больныхъ съ ясно выраженными измѣненіями сердца и аорты, характерными для склероза, затѣмъ у больныхъ безъ ясныхъ признаковъ склеротическаго процесса и, наконецъ, у больныхъ грудной жабой, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: Развитію склеротическаго перерожденія сосудовъ предшествуетъ т. наз. пресклеротическій (*Huchard*) или ангіоспазматическій (*Basch*) періодъ, характеризующійся исключительно повышеніемъ тонуса сосудистой стѣнки. Эта ранняя ступень склероза, которую съ трудомъ опредѣляли при существующихъ способахъ изслѣдованія, распознается легче и вѣрнѣе при помощи сочетаннаго измѣренія кровяного давленія, опредѣляющаго разницу между давленіями въ плечевой и пальцевой артеріяхъ. Способъ этотъ даетъ не только понятіе о степени напряженности стѣнки сосуда и о сопротивленіяхъ, представляемыхъ послѣднимъ кровяному току, но и цѣнныя указанія относительно работы сердца. Чѣмъ ригиднѣе и уже сосудистая стѣнка, т. е. чѣмъ дальше подвинулся склеротическій процессъ, тѣмъ большей оказывается разница въ кровяныхъ давленіяхъ, предполагая, конечно, что сила сердечныхъ сокращеній не ослабѣла. Чѣмъ мягче, т. е. чѣмъ менѣе напряжена сосудистая стѣнка и чѣмъ меньше сопротивленіе, тѣмъ ниже и само кровяное давленіе и вышеуказанная разница между давленіями. Средняя величина разницы между кровяными давленіями въ плечевой и пальцевой артеріяхъ у здоровыхъ людей средняго возраста колеблется между 30 и 40 млм. ртути. Разница между давленіями, постоянно превышающая 60 млм., указываетъ съ несомнѣнностью на склеротическій процессъ въ сосудахъ. Артеріосклерозъ, обнаруженный въ сосудахъ рукъ, даетъ право предполагать склерозъ и во внутреннихъ органахъ. Нормальное-же или субнормальное кровяное давленіе въ сосудахъ рукъ, равно какъ и нормальная или субнормальная разница между давленіями говоритъ лишь съ большой степенью вѣроятности противъ склероза внутреннихъ органовъ. Знакомство съ кровянымъ давленіемъ, особенно-же съ разницей между кровяными давленіями, в. важно для отличительнаго распознаванія и предсказанія при грудной жабѣ. По существу своему грудная жаба представляетъ отраженный нейрозъ. Иррадіирующія боли при грудной жабѣ обусловливаются главнымъ образомъ судорогой сосудовъ. Особенно благопріятную почву для развитія этого нейроза представляетъ артеріосклерозъ, а затѣмъ заразныя болѣзни (напр., гриппъ). Утвержденіе, что «истинная» жаба (артеріосклеротическая) является исключительно стенокардіей напряженія (sténocardie d'effort *Buchard*'а) не вѣрно (Одесса, 1903). *И. Вирскій.*

677. Д-ръ *Émile Sergent* приводитъ случай *хроническаго воспаленія надпочечниковъ заразнаго происхожденія и медленной надпочечниковой недостаточности.*

2/IX 1901 г. въ больницу Saint-Antoine поступилъ 54-лѣтній угольщикъ съ рѣзкими явленіями общаго малокровія и упадка силъ. 2 года назадъ больной перенесъ какую-то тяжелую лихорадочную болѣзнь, по видимому, брюшной тифъ, послѣ которой не могъ уже вполнѣ оправиться. По поступленіи въ больницу онъ нѣсколько дней лихорадилъ; былъ бредъ, потеря сознанія, обмороки, затѣмъ были боли въ надчревьи и въ лѣвомъ подреберьи и рвоты. Исключивъ бугорчатку и злокачественное малокровіе, авторъ сталъ пользовать больного препаратами надпочечниковъ (порошокъ и глицериновая вытяжка), послѣ чего наступило нѣкоторое облегченіе; тѣмъ не менѣе 15/XII больной умеръ при явленіяхъ нараставшей слабости. На вскрытіи всѣ органы оказались малокровными, но безъ анатомическихъ измѣненій; оба надпочечника были чрезвычайно тверды, поверхность ихъ, лишенная блеска, имѣла сѣровато-розовый цвѣтъ; срощеній съ окружавшими частями не было, но мѣстами на поверхности замѣчались островки болѣе плотной фиброзной ткани, которая замѣтна была также и на поверхности разрѣзовъ въ видѣ сѣрыхъ пучковъ, окружавшихъ островки железы. Ни гэморрагическихъ,

ни бугорчатковыхъ очаговъ не обнаружено. Микроскопически надпочечники изслѣдованы не были.

Это наблюденіе, по мнѣнію д-ра *Sergent*'а, не только указываетъ на то, что воспаленіе надпочечниковъ заразнаго происхожденія можетъ имѣть хроническое теченіе, но и выясняетъ нѣкоторые вопросы о происхожденіи воспаленій надпочечниковъ вообще и болѣзни *Addison*'а въ особенности. При такихъ хроническихъ воспаленіяхъ пораженія ограничиваются самой железой, сочувственные-же узлы остаются неповрежденными. Наблюдаемые припадки являются результатомъ измѣненій выдѣленій железы; бронзовой окраски кожи не бываетъ. Изученіе хроническихъ воспаленій надпочечниковъ заразнаго происхожденія позволяетъ установить независимость припадковъ чистой надпочечниковой недостаточности отъ болѣзни *Addisson*'а, при которой раздраженіе сосѣднихъ сочувственныхъ узловъ сочетается съ пораженіемъ самой железы, вслѣдствіе чего надпочечниковая недостаточность и сопровождается бронзовой окраской кожи (Archives générales de médecine, 5 января). *И. Вирскій.*

678. Д-ръ *Arthur Loebel* (Вѣна) на основаніи своихъ опытовъ надъ *грязевыми ваннами* приходитъ къ заключенію, что онѣ прежде всего дѣйствуютъ, какъ сосудодвигатели: въ теченіи 40-минутной ванны всегда безъ исключенія путемъ раздраженія n. splanchnici получаются явленія пониженія кровяного давленія, а послѣ нея, какъ реакція, явленія повышенія кровяного давленія путемъ съуженія сосудовъ, находящихся въ зависимости отъ n. splanchnicus. Вмѣстѣ съ тѣмъ грязевыя ванны являются и сердечнымъ средствомъ, увеличивая производительность каждаго сердечнаго сокращенія; при продолжительности ваннъ въ 20 минутъ и при температурѣ ниже 39° Ц. онѣ замедляютъ число ударовъ сердца, укрѣпляютъ сердце; при температурѣ выше 39° Ц. и большей продолжительности часто ускоряютъ ритмъ сердца; грязевыя ванны въ тоже время вызываютъ ускореніе кровяного тока съ улучшеніемъ вообще условій кровообращенія. Грязевыя ванны обладаютъ возстановляющимъ кровь дѣйствіемъ, увеличиваютъ дыхательную поверхность; при температурѣ ниже 43° Ц. и $^1/_2$-часовой продолжительности онѣ вызываютъ замедленіе дыханія. Грязевыя ванны улучшаютъ также и условія жизни клѣтокъ. Такимъ образомъ, вызывая съуженіе периферическихъ сосудовъ при кровотеченіяхъ въ кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ, грязевыя ванны дѣйствуютъ кровоостанавливающе, а при усиленной секреціи—связывающе, между тѣмъ какъ во внутреннихъ органахъ, вслѣдствіе расширенія сосудовъ внутренностей, получается противорейматическое дѣйствіе путемъ вымыванія изъ органовъ болѣзнетворныхъ продуктовъ или продуктовъ утомленія; повышеніе кровообращенія подъ вліяніемъ грязевыхъ ваннъ вызываетъ улучшеніе клѣточнаго обмѣна и повышеніе дѣятельности клѣтки (Therapeutische Monatshefte, №№ 3 и 4). *А. Дмитріевъ.*

Хирургическія болѣзни. 679. Д-ръ *Przewoski* въ 1 случаѣ *жировика* съ успѣхомъ примѣнилъ *подкожное впрыскиваніе алкоголя.*

Больная, 46 л., обратилась къ автору 29/ш текущаго года по поводу опухоли въ лѣвой надключичной области. Опухоль не только выполняла надключичную ямку, но, простираясь надъ поверхностью, достигала на плечѣ до края капюшонной мышцы. Она была мягка, безболѣзненна, мѣстами давала какъ-бы зыбленіе; кожа надъ ней была нормальной окраски. Авторъ впрыснулъ въ 2-хъ мѣстахъ по 1 шприцу *Pravaz*'а чистаго алкоголя и назначилъ, такъ какъ больная непремѣнно хотѣла получить лѣкарство на домъ, іодъ для смазыванія и растворъ KJ (5 : 20,0, 3 раза въ сутки, по 20 капель). 7/IV были сдѣланы еще 3 впрыскиванія алкоголя. Больная всякій разъ жаловалась на сильное жженіе послѣ впрыскиванія. 16/IV: Вся опухоль воспалена. Шприцемъ *Pravaz*'а добыто нѣсколько капель молочной жидкости. 20/IV: 2 разрѣза, длиною въ 3 стм., одинъ на нижайшей точкѣ надъ ключицей, другой на наивысшей, близко около капюшонной мышцы. Выпущено около $^1/_2$ литра молочной жидкости, мѣстами густой, какъ каша. Дренажъ. 28/IV: Боли прошли. Ежедневно выдѣлялось изъ раны порядочное количество жирной жидкости. 7/V: Надъ ключицей замѣтна еще небольшая припухлость, но при ощупываніи замѣчается только рубецъ. Больная чувствуетъ себя совершенно здоровой (Nowiny lekarskie, августъ). *С. Островскій.*

680. Д-ръ *Lieblein* описываетъ изъ клиники проф. *Wölfler*'а *3 случая наружнаго сѣченія пищевода по поводу инородныхъ тѣлъ.*

1. Ребенокъ—$1^1/_2$ г. Въ пищеводъ попала пуговка и засѣла на высотѣ ладьевидныхъ хрящей. Попытки извлеченія инструментами и назначеніе рвотныхъ средствъ остались безъ результата. Типичное наружное сѣченіе пищевода. Тамъ, гдѣ лежала пуговка, стѣнка пищевода оказалась истонченной (операція сдѣлана на 3-й день). Поэтому шва на пищеводъ (по извлеченіи пуговки) наложено не было. Въ рану пищевода дренажъ. Тампонада наружной раны. Сперва улучшеніе, но черезъ нѣсколько дней смерть отъ фибринознаго воспаленія легкихъ.

2. Мальчикъ, 5 л., за недѣлю до поступленія проглотилъ игрушечный металлическій свистокъ. Предварительныя попытки извлеченія безуспѣшны. Всю недѣлю могъ проглатывать лишь жидкую пищу. Зондомъ инородное тѣло прощупывалось на разстояніи 14 стм. отъ зубовъ. *Röntgen*'овскій снимокъ показалъ, что инородное тѣло находится на высотѣ послѣдняго шейнаго и 1-го грудного позвонковъ. Повторныя попытки некровавого извлеченія остались безъ результата. При операціи найдено воспалительное пропитываніе пищеводной стѣнки. Первые дни кормленіе черезъ дренажъ, введенный въ пищеводъ черезъ наружную рану. Спустя мѣсяцъ—полное выздоровленіе.

3. Дѣвушка, 17 л., наканунѣ подавилась гусиною костью. Полная невозможность глотать, сильныя боли, припухлость на правой $^1/_2$ шеи, гдѣ въ глубинѣ прощупывалось ясное уплотненіе. Изслѣдованіе *Röntgen*'овскими лучами показало, что инородное тѣло лежитъ на высотѣ 6-го шейнаго позвонка. Обычный разрѣзъ, но не слѣва, а справа. Правая доля щитовидной железы оказалась воспаленной и увеличенной. Извлеченная кость длиною въ 17 и шириною въ 20 мм. Послѣопераціонное лѣченіе такое-же, какъ и во 2-мъ случаѣ. Выздоровленіе черезъ 3 недѣли.

Кромѣ того, авторъ приводитъ еще 1 случай, гдѣ *инородное тѣло было удалено черезъ желудокъ.*

Больной, 17 л., во время сна проглотилъ искусственную челюсть, которая и застряла на разстояніи 34 стм. отъ зубовъ. Сильныя боли въ области желудка. Операція черезъ 3 недѣли. Извлеченъ желудокъ и вскрытъ по большой кривизнѣ. Сначала въ желудокъ введенъ былъ палецъ, а затѣмъ вся рука; входъ въ желудокъ тупо расширенъ, и искусственная челюсть, имѣвшая въ длину 3,5, а въ ширину 2,5 стм., легко извлечена. Шовъ на желудокъ; шовъ на наружную рану. Съ 5-го дня кормленіе черезъ ротъ. Гладкое выздоровленіе.

Сѣченіе желудка по поводу инородныхъ тѣлъ въ пищеводѣ сдѣлано всего 15 разъ (10 разъ изъ-за искусственныхъ челюстей). На 15 случаевъ—4 смерти, 11 выздоровленій (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XLI). *Б. К. Ф.*

681. *Онъ-же* описываетъ изъ клиники проф. *Wölfler*'а *случай мышечной опухоли тонкихъ кишекъ.*

Больная, 29 л., за 5 мѣсяцевъ до поступленія почувствовала боли и тяжесть въ животѣ. Тогда-же найдена была какая-то опухоль въ животѣ. При поступленіи отмѣчено: выше лоннаго сращенія была плотная, бугристая опухоль, съ дѣтскую головку, легко смѣщавшаяся кверху, при чемъ за нею слѣдовала и матка, такъ что получалось впечатлѣніе, будто опухоль исходила изъ лѣвыхъ придатковъ. При операціи оказалось, что опухоль не имѣетъ никакой связи съ половыми органами, а заложена между брыжеечными листками одной изъ петель тощей кишки на разстояніи 60 стм. отъ flexura duodenojejunalis. Опухоль широкимъ основаніемъ срощена была съ корнемъ брыжейки. Посему, во избѣжаніе омертвѣнія кишки, авторъ, перевязавъ брыжейку вокругъ опухоли, изсѣкъ вмѣстѣ съ опухолью и кусокъ кишки въ 95 стм. Шовъ на брыжейку. Кишки соединены были пуговкой *Murphy*. Шовъ на наружную рану. Гладкое выздоровленіе. Микроскопически опухоль оказалась состоявшей изъ соединительной ткани и гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Исходила она изъ продольныхъ мышцъ кишки и тѣсно была спаяна съ стѣнкою послѣдней (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XLI). *Б. К. Ф.*

682. Д-ръ *Taute* описываетъ (изъ клиники проф. *Bruns*'а) *3 случая смертельнаго кровотеченія изъ дуги аорты и безымянной артеріи послѣ горлосѣченія.*

1. Больной, 49 л., нѣсколько мѣсяцевъ страдалъ затрудненіемъ дыханія. Хриплый, лающій кашель; параличъ праваго возвратнаго нерва. Со стороны сердца—ничего особеннаго; щитовидная железа увеличена. Въ виду угрожающихъ припадковъ удушья изсѣчена была правая $^1/_2$ щитовидной железы и сдѣлано нижнее горлосѣченіе. На 9-ый день внезапно, послѣ жестокаго приступа кашля, страшнѣйшее кровотеченіе изъ раны дыхательнаго горла и смерть. Вскрытіе: на задней стѣнкѣ аорты, на 3 пальца выше ея заслонокъ, расширеніе съ куриное яйцо, плотно спаянное съ нижнею частью дыхательнаго горла и сообщавшееся съ послѣднимъ черезъ небольшое отверстіе.

2. Дѣвочка, 2 л., больна 4 дня дифтеріей. Не смотря на впрыскиваніе сыворотки, угрожающее удушье. Нижнее горлосѣченіе. Сперва улучшеніе, но на 4-ый день послѣ операціи—страшнѣйшее кровотеченіе изъ раны, изо рта и изъ носу. Смерть черезъ нѣсколько минутъ. Вскрытіе: тотчасъ-же ниже раны дыхательнаго горла—отверстіе, ведущее въ безымянный стволъ.

3. Мальчикъ, 4 л., отъ рожденія страдалъ одышкой. При поступленіи одышка приняла угрожавшій характеръ. Нижнее горлосѣченіе. При операціи найдено умѣренное увеличеніе щитовидной железы. На 6-ой день при смѣнѣ трубки внезапно сильнѣйшее кровотеченіе и смерть. Причина таже, что и во 2-мъ случаѣ.

Авторъ приводитъ, кромѣ того, еще 1 случай кровотеченія изъ нижней щитовидной вены. Кровотеченіе удалось остановить перевязкою сосуда. Въ литературѣ описано 85 подобныхъ случаевъ. Въ 79 изъ нихъ смерть наступила мгновенно, въ 6—послѣ повторныхъ кровотеченій. Изъ 85 больныхъ взрослыхъ было только 9 (10,6%). Въ большинствѣ случаевъ (65%) источникомъ кровотеченія была безымянная артерія, въ 4,7% общая сонная, въ единичныхъ случаяхъ — щитовидныя артеріи и вены шеи. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ нельзя было опредѣлить съ точностью кро-

воточившій сосудъ. Преобладаніе безымянной артеріи объясняется чисто анатомическими условіями. Въ большинствѣ случаевъ кровотеченіе наступало на 6—10-ый день. При верхнемъ горлосѣченіи кровотеченія наблюдаются гораздо рѣже, чѣмъ при нижнемъ. Въ среднемъ можно считать на 100 горлосѣченій 2,5% смертельныхъ кровотеченій. Лѣченіе въ большинствѣ случаевъ безсильно. Необходимо предупреждать пролежни дыхательнаго горла или останавливать ихъ развитіе своевременнымъ удаленіемъ трубки (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XLI). *Б.К.Ф.*

Дѣтскія болѣзни. 683. Дабы доказать *связь между сывороточнымъ воспаленіемъ плейры и бугорчаткой у дѣтей*, былъ произведенъ цѣлый рядъ микроскопическихъ и бактеріологическихъ изслѣдованій выпотовъ, а равно и прививокъ морскимъ свинкамъ. Мнѣнія раздѣлились: въ то время какъ одни утверждали, что всѣ или большинство плейритовъ—бугорчатковаго происхожденія, другіе — въ особенности дѣтскіе врачи—держатся противоположныхъ взглядовъ. Д-ръ *Nathan* произвелъ такія изслѣдованія въ 73 случаяхъ самостоятельнаго сывороточнаго воспаленія плейры, изъ коихъ въ 14 было наслѣдственное отягощеніе. У нѣкоторой части больныхъ было произведено тщательное изслѣдованіе, а именно: прививка животнымъ, микроскопическое и бактеріологическое изслѣдованіе, продолжительное наблюденіе больныхъ по выздоровленіи (отъ 1—10 л., въ среднемъ 4,38 года) и т. п. Полученные результаты не даютъ никакого права считать всякій случай воспаленія плейры раннимъ признакомъ скрытой бугорчатки; только лишь незначительное число случаевъ позволяетъ судить о связи между сывороточнымъ плейритомъ и бугорчаткой у дѣтей (Archiv für Kinderheilkunde, т. XXXVIII, тетр. 3—4). *С. Островскій.*

684. *Саркомы влагалища въ дѣтскомъ возрастѣ* рѣдки. Проф. *Le Dentu* описываетъ подобный случай.

У дѣвочки, 3½ л., опухоль занимала все подчревье и простиралась почти до пупка. Выполняя влагалище, опухоль сдавливала шейку крайне растянутаго мочевого пузыря и вызывала задержку мочи. Срамная щель вслѣдствіе выстоявшей гладкой губчатой массы давала впечатлѣніе прорѣзывающейся головки при родахъ. Сильныя боли, зависѣвшія отчасти отъ задержанія мочи, частью-же отъ растягиванія влагалища опухолью, временно прекратились послѣ выскабливанія опухоли изъ рукава. Хотя выскабливаніе было произведено авторомъ возможно тщательно, тѣмъ не менѣе больная спустя 3 дня умерла отъ воспаленія легкихъ. Вырѣзанная опухоль подъ микроскопомъ оказалась саркомой и состояла преимущественно изъ зародышевой соединительной ткани, которая во многихъ мѣстахъ переходила въ слизистую.

Авторъ отмѣчаетъ полное отсутствіе въ опухоли поперечно-полосатыхъ волоконъ (La Presse médicale, № 41). *О.*

685. *Развитіе Werlhof'овой болѣзни въ зависимости отъ скарлатины является крайнею рѣдкостью.* Такъ, *Rilliet* и *Barthez* видѣли лишь 1 подобный случай, *Henoch*—9, а *Leichtenstern* на 1000 случаевъ скарлатины ни разу не наблюдалъ подобнаго осложненія. Въ «Przeglądzie lekarskim» (7 мая) неизвѣстный авторъ описываетъ подобный случай.

Авторъ былъ приглашенъ къ дѣвочкѣ 6 л., у которой спустя 3 недѣли послѣ скарлатины появилось обильное кровотеченіе изо рта.—Очень малокровная, плохо упитанная дѣвочка. 35°,6, п. 70, правильный, но слабый. На кожѣ, помимо слѣдовъ шелушенія, обильные свѣжіе кровоподтеки разной величины отъ булавочной головки до боба. Обильное просачиваніе крови изъ десенъ. На слизистой оболочкѣ щекъ нѣсколько кровоподтековъ. Сердце, легкія, печень и селезенка не представляютъ уклоненій отъ нормы. Въ мочѣ нѣтъ ни бѣлка, ни крови. Назначены были внутрь отваръ хинной коры съ вытяжкой спорыньи и фосфорной кислотой, а для смазыванія десенъ—смѣсь изъ настойки чернильныхъ орѣшковъ, растенія эйкалипта и жидкой вытяжки надпочечниковъ. Больная постепенно стала поправляться. Насколько вредоноснымъ былъ въ данномъ случаѣ скарлатинный ядъ, можно судить по тому, что двое другихъ дѣтей въ той-же семьѣ, заболѣвшихъ одновременно скарлатиной, умерли: 1 черезъ сутки отъ молніеносной формы скарлатины при явленіяхъ высокой температуры, рвоты и потери сознанія, а 2-ой—спустя 3 недѣли отъ гнилокровія.

Не менѣе рѣзко осложненіе скарлатины хореей. Henoch упоминаетъ лишь о 2-хъ подобныхъ случаяхъ. Тотъ-же авторъ и тамъ-же приводитъ 1 подобный случай.

Мальчикъ, 3½ л., перенесъ несильную скарлатину. Чрезъ 3 недѣли родители обратили вниманіе на учащенное дыханіе и удушье у ребенка.—Малокровенъ; сидитъ; безъ слѣдовъ шелушенія. Температура не повышена, дыханіе рѣзко учащено. Синюха губъ; п. 150, слабый. Сердце увеличено въ обоихъ размѣрахъ; верхушечный толчекъ виденъ по сосковой линіи. Надъ верхушкой сердца—систолическій шумъ. Моча безъ бѣлка. Авторъ назначилъ приборъ *Leiter*'а на область сердца и внутрь отваръ наперстянки. Черезъ нѣсколько дней удушье уменьшилось, пульсъ нѣсколько улучшился, но появились хореоподобныя движенія въ рукахъ, ногахъ и головѣ, при чемъ ребенокъ оставался въ сознаніи и толково отвѣчалъ на вопросы. Такое состояніе продолжалось 1½ недѣли и, не смотря на назначеніе Br въ сочетаніи съ сердечными, больной погибъ при явленіяхъ сердечной слабости. Причинная связь въ данномъ случаѣ между воспаленіемъ внутрисердія resp. скарлатиной и хореей несомнѣнна. *О.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней. (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). (Продолженіе; см. выше, № 25, стр. 913). Утреннее засѣданіе 10-го января—почетными предсѣдателями предложенъ *П. В. Краинскій* (Вильна) и *Б. К. Воротынскій* (Одесса).

С. С. Ступинъ (Москва). *Къ вопросу о народныхъ здравницахъ для нервно-больныхъ.* Необходимость устройства спеціальныхъ здравницъ для нервно-больныхъ недостаточныхъ классовъ начала ясно сознаваться впервые въ Германіи, и тамъ разрабатываются способы удовлетворенія этой нужды. Главная заслуга въ разработкѣ этого вопроса принадлежитъ *Müller*'у, *Holst*'у, *Benda* и *Möbius*'у. Въ настоящее время въ Германіи имѣется 2 народныхъ здравницы для нервно-больныхъ; предполагается къ открытію въ ближайшемъ будущемъ еще нѣсколько. За предѣлами Германіи движеніе въ пользу народныхъ здравницъ пока нашло себѣ мало отголоска. Въ здравницахъ главное мѣсто должно быть отведено нервно-больнымъ въ общепринятомъ смыслѣ—нервознымъ, нейрастеникамъ, истеричнымъ, ипохондрикамъ, не получающимъ въ настоящее время раціональнаго лѣченія ни въ общихъ больницахъ, ни въ психіатрическихъ, ни въ амбуляторіяхъ. Больные эти требуютъ спеціальнаго лѣченія въ спеціально для этой цѣли устроенныхъ здравницахъ. Въ здравницы могутъ быть принимаемы больные и съ другими формами излѣчимыхъ нервныхъ заболѣваній. Здравница не должна быть пріютомъ для хрониковъ. Поступленіе въ здравницу должно быть вполнѣ добровольное и сознательное. Душевныхъ больныхъ въ начальномъ и конечномъ періодахъ болѣзни не слѣдуетъ помѣщать въ здравницы; исключеніе могутъ составлять случаи вырожденія въ легкой степени, стоящіе на границѣ душевнаго здоровья. Въ здравницы для нервно-больныхъ могутъ быть помѣщаемы и алкоголики, морфинисты, кокаинисты и пр., безъ рѣзкаго душевнаго разстройства, поступающіе туда добровольно. Всѣ эти больные подлежатъ психическому лѣченію. Важно внѣшнее и внутреннее благоустройство здравницы. Въ ней необходимъ трудовой режимъ, который, по *Möbius*'у, составляетъ центръ лѣченія. Личности врача въ лѣченіи указанныхъ больныхъ принадлежитъ большая роль; его силамъ предъявляется большой запросъ. Врачу въ здравницѣ не слѣдуетъ имѣть на своихъ рукахъ болѣе 20—30 больныхъ. Помощниками врача должны быть люди болѣе или менѣе интеллигентные, со здоровыми, крѣпкими нервами, честные, трезвые. Служителя и няни исполняютъ обязанности лишь домашней прислуги. Такту врача предстоитъ упорядочить взаимныя отношенія между больными, использовать ихъ въ благопріятномъ для лѣченія смыслѣ. Раствореніе алкоголиковъ въ средѣ нервно-больныхъ не опасно и представляетъ извѣстныя преимущества въ смыслѣ облегченія наблюденія за ними, уменьшенія тягости пребыванія въ здравницѣ и пр. Положенія: 1. Народныя здравницы для нервно-больныхъ должны служить прежде всего нервно-больнымъ. 2. Для начальныхъ ступеней психозовъ и легкихъ формъ душевнаго разстройства предпочтительнѣе устраивать особыя открытыя отдѣленія при психіатрическихъ больницахъ. 3. Выздоравливающихъ душевно-больныхъ предпочтительнѣе направлять изъ психіатрическихъ больницъ въ патронажи или въ городской пріютъ для выздоравливающихъ душевно-больныхъ. 4. Больные съ легкими формами психическаго вырожденія могутъ быть помѣщаемы въ здравницы для нервно-больныхъ. 5. Алкоголики, добровольно поступающіе, равно какъ вообще страдающіе привычнымъ злоупотребленіемъ наркотическими средствами, составляютъ элементъ боль-

ныхъ, допустимыхъ въ здравницы для нервныхъ. 6. Здравницы для нервно-больныхъ должна быть по преимуществу психотерапевтическимъ институтомъ. 7. Въ здравницѣ должно быть обращено большое вниманіе на правильную организацію труда для нервно-больныхъ и алкоголиковъ на ряду съ прочими способами физическаго и психическаго лѣченія. 8. На рукахъ одного врача должно быть не болѣе 20—30 больныхъ. 9. Помощниками врача должны быть интеллигентные люди съ хорошимъ психическимъ и физическимъ здоровьемъ, мягкимъ, терпѣливымъ характеромъ, трезвые, честные. 10. Условія жизни всѣхъ служащихъ въ цѣляхъ достиженія благопріятныхъ результатовъ при лѣченіи больныхъ должны быть обставлены возможно лучше въ матеріальномъ и нравственномъ отношеніяхъ.

П. А. Останковъ (Петербургъ). *Современное положеніе больничнаго лѣченія нервно-больныхъ.* Положенія. 1. Современное положеніе больничнаго лѣченія нервно-больныхъ слѣдуетъ признать крайне неудовлетворительнымъ и требующимъ измѣненія. 2. Не смотря на значительное развитіе ученія о нервныхъ болѣзняхъ, особенно въ послѣднія 10-лѣтія, больничное лѣченіе нервно-больныхъ слѣдуетъ признать чрезвычайно отсталымъ сравнительно съ другими отраслями больничнаго лѣченія. 3. Постановка дѣла лѣченія нервно-больныхъ въ общихъ больницахъ такъ, какъ оно примѣняется въ настоящее время, совершенно неудовлетворительна, число мѣстъ слишкомъ ограничено, время лѣченія слишкомъ коротко, дальнѣйшая судьба неизлѣчимо нервно-больного печальна. 4. Для нервно-больныхъ должны быть устроены правительствомъ, городами и земствами особыя больницы, въ связи съ которыми строились-бы пріюты для неизлѣченныхъ и неизлѣчимыхъ нервно-больныхъ. Въ первое-же время желательно, по крайней мѣрѣ, устройство самостоятельныхъ спеціальныхъ отдѣленій при больницахъ, которыми-бы завѣдывали спеціалисты-нейропатологи. 5. Нервно-больные хроники, нынѣ ютящіеся безъ всякаго призора по богадѣльнямъ, должны призрѣваться въ спеціальныхъ пріютахъ, находящихся въ вѣдѣніи спеціалиста. 6. Нервно-больные, страдающіе такими формами болѣзней, какъ напр., аміотрофическій боковой склерозъ, бульбарный параличъ, тяжелыя формы спинномозговыхъ параплегій, токсическіе параличи и пр., составляя лишь бремя общихъ больницъ и не находя въ нихъ должнаго спеціальнаго ухода и лѣченія, въ тоже время, какъ вполнѣ сохраняющіе свой интеллектъ, находятся въ наиболѣе тяжелыхъ условіяхъ общественной забытости и отброшенности, чѣмъ какая-либо категорія больныхъ другого рода. 7. Устройство спеціальныхъ отдѣленій и больницъ, а также пріютовъ для нервно-больныхъ, являясь отвѣтомъ на гуманныя требованія общественной организаціи, послужитъ въ тоже время прочнымъ основаніемъ быстрому и значительному развитію нейропатологіи и психіатріи.

Э. Н. Ивановъ (Тифлисъ) привѣтствовалъ предложеніе объ устройствѣ спеціальныхъ нервныхъ отдѣленій при большихъ больницахъ и госпиталяхъ, такъ какъ въ настоящее время нервные больные въ общихъ больницахъ остаются почти безъ всякаго лѣченія.

А. И. Ющенко (Петербургъ) полагаетъ, что главной причиной отсутствія у насъ спеціальныхъ больницъ для нервно-больныхъ, особенно для нейрастениковъ, истеричныхъ и ипохондриковъ, является недостатокъ матеріальныхъ средствъ у общества. Поэтому предлагать городамъ и земствамъ строить спеціальныя больницы для нервно-больныхъ преждевременно. Нужно заботиться объ улучшеніи общихъ условій жизни, вызывающихъ разстройство нервной системы, особенно нейрастенію. Кромѣ того, въ спеціальныхъ больницахъ или отдѣленіяхъ вліяніе нервныхъ больныхъ другъ на друга не будетъ благопріятнымъ, а скорѣе—наоборотъ: особенно трудно ожидать хорошаго вліянія на такія нервныя формы, какъ истерія и нейрастенія алкоголиковъ.

Н. В. Краинскій (Вильна) считаетъ вопросъ, поставленный ч. пр. *П. А. Останковымъ*, весьма важнымъ для осуществленія. Въ настоящее время въ каждой большой больницѣ находятся десятки нервно-больныхъ, на которыхъ тратятся деньги, и практически никакихъ затрудненій не представляло-бы выдѣленіе ихъ въ особую группу съ врачемъ-спеціалистомъ во главѣ. Для большихъ центровъ цѣлесообразно устройство отдѣльныхъ спеціальныхъ больницъ. Стоимость содержанія нервно-больныхъ много дешевле стоимости душевныхъ, такъ какъ приспособленій для нихъ не требуется: считая 1 врача на 100 больныхъ, содержаніе кровати можетъ обойтись ниже 200 р. въ годъ.

С. А. Рехтзамеръ (Петербургъ) находитъ, что предложеніе *С. С. Ступина* — лѣчить функціонально-нервныхъ больныхъ—нужно считать pium desiderium, хотя вопросъ этотъ заслуживаетъ крайняго вниманія, такъ какъ при лѣченіи такихъ больныхъ въ обыденныхъ условіяхъ приходится бороться иногда съ непреодолимыми препятствіями. Что касается органическихъ заболѣваній нервной системы, то нужно различать заведенія для лѣченія больныхъ отъ таковыхъ для призрѣнія ихъ. Въ дѣлѣ лѣченія нервныхъ больныхъ можно лишь присоединиться къ положеніямъ *П. А. Останкова*; что-же касается призрѣнія больныхъ, не нуждающихся въ спеціальномъ лѣченіи, то для такихъ больныхъ нельзя устраивать спеціальныхъ учрежденій, да еще въ большихъ городахъ, такъ какъ это сопряжено съ большими расходами, которые не по силамъ ни земствамъ, ни городамъ; поэтому слѣдовало-бы быть въ этомъ направленіи болѣе скромными и стараться объ основаніи сельскихъ богадѣленъ съ отдѣленіями для нервныхъ больныхъ.

О. А. Чечоттъ (Петербургъ), указалъ на наличность въ настоящее время въ Петербургѣ достаточнаго числа больницъ для нервныхъ больныхъ и полагаетъ, что недостатокъ ощущается не въ мѣстахъ для больныхъ, а въ спеціалистахъ по нервнымъ болѣзнямъ.

Е. П. Радинъ (Петербургъ), вполнѣ соглашаясь съ предложеніями докладчиковъ объ устройствѣ больницъ и отдѣленій при существующихъ больницахъ для нервно-больныхъ, находитъ цѣлесообразнымъ тамъ, гдѣ, по условіямъ чисто практическаго свойства, предлагаемыхъ мѣръ провести нельзя, указать на одно обстоятельство, которое не было отмѣчено. За время службы въ Колмовской психіатрической больницѣ д-ру *Р.* пришлось наблюдать, какъ нервно-больные кочуютъ изъ земской больницы, не находя тамъ лѣченія, снова въ деревню и лишь случайно попадаютъ въ больницу для душевно-больныхъ. Между тѣмъ больницы для душевно-больныхъ часто бываютъ расположены по близости земскихъ соматическихъ больницъ. Передачу нервно-больныхъ въ психіатрическія заведенія, какъ и указанія способовъ лѣченія въ земскихъ больницахъ можно было бы провести при учрежденіи консультацій психіатровъ въ соматическихъ больницахъ.

К. М. Целерицкій (Симбирскъ): Консультаціи по нервнымъ болѣзнямъ для психіатровъ, по многимъ соображеніямъ, неудобны и недостаточны для сколько-нибудь правильнаго проведенія лѣченія нервно-больныхъ; поэтому необходимо выдѣлить нервно-больныхъ въ соматическихъ больницахъ въ особыя отдѣленія. Какъ на ближайшій практическій выходъ, можно указать на обращеніе имѣющихъ освободиться кроватей въ губернскихъ земскихъ больницахъ, при ожидаемомъ закрытіи послѣднихъ, въ отдѣленія для нервно-больныхъ.

Ч. пр. *Б. С. Грейденбергъ* (Харьковъ) присоединился къ пожеланіямъ, высказаннымъ *П. А. Останковымъ*, но полагаетъ, что вопросъ долженъ быть поставленъ не о постройкѣ спеціальныхъ больницъ для нервно-больныхъ, а—по крайней мѣрѣ, сначала—о выдѣленіи поступающихъ въ городскія и земскія больницы, нерѣдко въ большомъ числѣ, этого рода больныхъ въ особыя отдѣленія, которыми долженъ завѣдывать спеціалистъ нейропатологъ. Въ большихъ лѣчебныхъ заведеніяхъ—городскихъ и губернскихъ земскихъ больницахъ—это вполнѣ достижимо и даже не устройствомъ цѣлыхъ отдѣленій, а просто выдѣленіемъ особыхъ палатъ. Сейчасъ-же дѣло стоитъ такъ, что нервные больные разсѣяны по всѣмъ отдѣленіямъ больницъ, при чемъ больше всего ихъ направляютъ, конечно, въ психіатрическія, стѣсняя и безъ того обычно скученныхъ въ нихъ душевно-больныхъ и подвергая здоровыхъ умственно людей невольному пребыванію среди помѣшанныхъ.

П. А. Останковъ: *А. И. Ющенко* предостерегаетъ отъ новыхъ тратъ на лѣченіе и призрѣніе нервно-больныхъ; тоже дѣлаетъ и *С. А. Рехтзамеръ*. На это уже отчасти отвѣтилъ *Н. В. Краинскій*, сказавъ, что и въ настоящее время общество тратитъ средства на лѣченіе нервно-больныхъ; только средства эти тратятся непроизводительно. Что можно возразить противъ выдѣленія нервно-больныхъ въ особыя отдѣленія и больницы, если это можно сдѣлать, не увеличивая ежегодно бюджета? *С. А. Рехтзамеръ* заявилъ, что въ Обуховской больницѣ, въ нервномъ отдѣленіи, помѣщаются большею частью хроники, ищущіе въ немъ больше крова, чѣмъ лѣченія. Всякій практическій нейропатологъ, принимающій въ Петербургѣ больныхъ амбуляторно, встрѣчалъ на своихъ пріемахъ не мало больныхъ, выписанныхъ изъ больницъ далеко до окончанія возможнаго лѣченія, что объясняется и ограниченностью мѣстъ въ больницахъ, и переполненіемъ ихъ. Не могу также раздѣлить оптимизма *О. А. Чечотта*, утверждающаго, что жизнь достаточно сама развиваетъ это дѣло. До сихъ поръ этого не видно, и я вправѣ утверждать, что ни одна отрасль больничнаго лѣченія не находится въ такомъ загонѣ, какъ лѣченіе нервно-больныхъ. Въ London'ѣ я видѣлъ «Національный Госпиталь для нервныхъ болѣзней»; онъ произвелъ на меня сильное впечатлѣніе и еще рѣзче подчеркнулъ все наше неустройство въ этомъ отношеніи: намъ давно пора имѣть нѣчто подобное. Важность передачи нервно-больныхъ хрониковъ, ютящихся въ богадѣльняхъ, въ вѣдѣніе спеціалиста-нейропатолога безспорна: хроники—очень цѣнный матеріалъ для изученія нервныхъ болѣзней, а, что съ ними можно сдѣлать, показалъ примѣръ *Charcot*, работавшаго въ Salpêtrière'ѣ.

Отдѣлъ постановилъ внести вопросъ о больничномъ лѣченіи нервныхъ больныхъ въ программу будущаго X Пироговскаго Съѣзда.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CV. *Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе 21-го мая).

А. Х. Репманъ. Лѣченіе радіемъ раковыхъ пораженій (съ предъявленіемъ 2-хъ больныхъ). 1. Въ началѣ 1904 г. д-ръ *А. П. Крымовъ* обратился къ докладчику съ просьбой продолжать лѣченіе лучами радія Я. И. Б., страдавшаго язвой вокругъ внутренняго угла праваго глаза. Докладчику сообщено было, что больного изслѣдовали д-ра *Нефедовъ, Лазаревъ, Голубевъ* и *Блюменталь* и что всѣ товарищи признали язву раковой и предлагали примѣнить лѣченіе лучами радія, что̀ и началъ съ 25/XII 1903 д-ръ *Блюменталь*. Бромистый радій въ эбонитовой коробкѣ, покрытой слюдой, обертывался слоемъ марли; для предохраненія-же здоровыхъ частей брали свинцовый листокъ, оставляя въ срединѣ окошечко для радія; все это клали непосредственно на язву, затѣмъ забинтовывали лентой изъ марли и оставляли на 1 часъ. Такіе сеансы дѣлались разъ въ недѣлю. Послѣ каждаго сеанса замѣтно было улучшеніе; боли прекратились, края язвы зарубцевались; но, къ сожалѣнію, уже послѣ 6-го сеанса радій оказался утеряннымъ. Больной, въ надеждѣ на выздоровленіе, уѣхалъ на родину, гдѣ и пробылъ Рождественскіе праздники; но, замѣтивъ ухудшеніе, снова обратился къ д-ру *Крымову*, съ которымъ докладчикъ и началъ опять примѣнять радій, съ единственною разницею что рѣшено было повторять сеансы 2 раза въ недѣлю, что̀ и дѣлалось въ теченіи цѣлаго мѣсяца. Язва въ это время настолько зарубцевалась, что больной снова уѣхалъ домой; однако, 8/IV онъ снова обратился къ докладчику, въ виду того, что края язвы зажили невполнѣ. При новомъ лѣченіи радіемъ дѣлалось 3 сеанса въ недѣлю. Въ настоящее время язва, появившаяся 5 лѣтъ назадъ и не уступавшая никакому лѣченію, почти зажила. 2. А. Л. М., 67 л., 12 лѣтъ назадъ замѣтила у себя опухоль въ лѣвой грудной железѣ. Въ теченіи 2—3-хъ лѣтъ опухоль значительно увеличилась въ объемѣ, почему больная и рѣшилась подвергнуться предлагавшейся ей операціи. Въ 1895 г. у нея была удалена вся лѣвая грудная железа. Спустя лѣтъ 6 появилась опухоль лимфатическихъ железъ подъ лѣвымъ плечемъ, вслѣдствіе чего больная согласилась на 2-ую операцію, которая и была сдѣлана въ 1902 г. Пораженныя мѣста были изслѣдованы и оказались пораженными ракомъ. Въ январѣ 1904 г. больная упала на лѣвую руку и переломила себѣ обѣ кости лѣваго предплечья въ нижней $^1/_3$. Въ $^1/_2$ февраля она стала жаловаться на колотье подъ лѣвой ключицей, гдѣ оказалась опухоль, увеличившаяся къ срединѣ марта до размѣровъ грецкаго орѣха и болѣзненная при давленіи. Въ виду преклонныхъ лѣтъ больной, безнадежности на успѣхъ операціи и рѣшительнаго отказа больной отъ операціи, д-ръ *Шаховской* предложилъ примѣнить, какъ ultimum remedium лѣченіе лучами радія или *Roentgen*'а. 19/III было рѣшено прикладывать радій *Hiesel*'я непосредственно на опухоль и на окружающія ее части. Сеансы дѣлались 3 раза въ недѣлю по 1 часу. 20/III былъ сдѣланъ 1-ый сеансъ. Бромистый радій въ эбонитовой коробкѣ, покрытой пластинкой слюды, прикладывался непосредственно на кожу надъ опухолью, забинтовывался и оставлялся въ такомъ видѣ на цѣлый часъ. Чрезъ день радій прикладывался рядомъ, при чемъ обращалось вниманіе на то, чтобы не попасть на прежнее мѣсто, что̀ было нетрудно, такъ какъ на мѣстѣ примѣненія остается сначала красное пятно, на мѣстѣ котораго затѣмъ роговой слой уплотняется и твердѣетъ, образуя на пораженномъ мѣстѣ какъ-бы мозоль. Уже послѣ первыхъ сеансовъ больная заявила, что у нея прошла боль въ опухоли. Послѣ 13 сеансовъ былъ сдѣланъ перерывъ въ лѣченіи на 1 недѣлю. Опухоль значительно уменьшилась; болей не было. Съ 25/IV было сдѣлано еще 13 сеансовъ. Въ настоящее время опухоли, какъ будто, не удается прощупать и больная свободно двигаетъ плечемъ.—Докладчикъ обратилъ вниманіе на слѣдъ, оставляемый радіемъ. Онъ сдѣлалъ 2 опыта на самомъ себѣ и нашелъ, что послѣ $^1/_2$-часового держанія радія непосредственно приложеннаго къ тѣлу, тотчасъ по снятіи его замѣтна легкая краснота, которая вскорѣ проходитъ и зависитъ отъ давленія препарата на кожу. Ощущеніе, появляющееся спустя $^1/_4$ часа послѣ приложенія радія, можно сравнить съ легкимъ, но непріятнымъ зудомъ, какъ бы отъ движенія въ толщѣ кожи волоса; затѣмъ, чрезъ нѣсколько дней (чѣмъ дольше держать препаратъ, тѣмъ скорѣе) появляется бѣлая точка, окруженная краснымъ ободкомъ; кожица уплотняется и твердѣетъ, безъ всякаго инфильтрата; по крайней мѣрѣ, это бываетъ такъ, если держать радій не болѣе часа; затѣмъ, образуется сухой струпикъ, на подобіе мозоли, который свалившись, оставляетъ на много мѣсяцевъ, а, можетъ быть, и навсегда, глубоко идущій въ толщу кожи плотный, бѣлый рубецъ. Кожица надъ пораженнымъ мѣстомъ остается гладкой, лоснящейся, какъ-бы стянутой въ одну точку. Величина пораженнаго мѣста равна поверхности радія, прилегающаго къ слюдѣ.

Л. С. Миноръ призналъ, что указанные больные представляютъ большой интересъ, но думаетъ, что, если терапевтическія сообщенія вообще слѣдуетъ сдѣлать съ крайней осторожностью, то это особенно важно по отношенію къ такимъ болѣзнямъ, какъ ракъ, для борьбы съ которымъ отъ времени до времени всплываютъ новыя средства, вызывающія у больныхъ рядъ надеждъ и оказывающіяся затѣмъ не приносящими пользы. Приходится слышать и о случаяхъ рака, гдѣ лѣченіе радіемъ не приносило пользы.

Докладчикъ указалъ на то, что онъ хотѣлъ лишь обратить вниманіе на то, что радій оказываетъ благотворное вліяніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ рака. Такое лѣченіе не приноситъ больнымъ вреда. Спеціалисты-хирурги признали показанныхъ имъ больныхъ за раковыхъ и не возлагали надеждъ на хирургическое вмѣшательство.

А. А. Корниловъ полагаетъ, что какъ въ 1-мъ случаѣ, какъ и во 2-мъ нельзя найти неоспоримыхъ доказательство того, что это—раковые больные.

Докладчикъ замѣтилъ, что товарищи-спеціалисты, видѣвшіе больныхъ и приславшіе ихъ къ нему, думали съ опредѣленностью, что это—больные раковые.

И. Н. Введенскій. О Ganser'овскомъ синдромѣ (съ предъявленіемъ больного). Въ 1897 г. *Ganser* впервые сообщилъ о наблюдавшемся имъ у нѣкоторыхъ испытуемыхъ своеобразномъ истерическомъ сумеречномъ состояніи, наиболѣе замѣчательною особенностью котораго является то, что больные на самые простые вопросы не въ состояніи отвѣтить правильно, хотя по характеру ихъ отвѣтовъ видно, что они понимаютъ смыслъ предлагаемыхъ вопросовъ. Больные даютъ неправильные отвѣты на вопросы объ имени, мѣстожительствѣ, занятіи, неправильно обозначаютъ время, день, число, годъ и пр., отрицаютъ тѣ или другіе факты изъ своего прошлаго, обнаруживаютъ незнаніе самыхъ элементарныхъ вещей и отношеній, неправильно производятъ простѣйшія вычисленія, не узнаютъ близкихъ имъ лицъ, производя на первый взглядъ впечатлѣніе грубыхъ притворщиковъ. Существованіе описаннаго сочетанія психическихъ признаковъ («Vorbeireden», по терминологіи *Ganser*'а) было подтверждено вскорѣ-же наблюденіями *Binswanger*'а, *Moeli*, *Raecke*, *Lücke*, *Westphal*'я, *Nissl*'я, *Бродовскаго-Королько* и др., при чемъ одни изъ названныхъ авторовъ примкнули къ воззрѣніямъ *Ganser*'а; другіе допускали, что «Vorbeireden» можетъ встрѣчаться при различныхъ душевныхъ болѣзняхъ: при истеріи, иногда въ связи съ судорожными припадками, при траумматическихъ психозахъ, при раннемъ слабоуміи, какъ выраженіе кататоническаго негативизма (*Nissl*) и даже при эпилептическихъ судорожныхъ состояніяхъ (*Vorster*). Къ категоріи подобнаго рода наблюденій принадлежитъ случай душевнаго разстройства съ явленіями *Ganser*'овскаго синдрома, наблюдавшійся докладчикомъ въ Московской психіатрической клиникѣ. Дѣло касается больного, 23 л., помощника машиниста на одной изъ желѣзныхъ дорогъ, поступившаго въ клинику 29/I 1904 г. Мать больного умерла отъ порока сердца, дѣдъ по матери—отъ удара. Больной росъ и развивался правильно; былъ ребенкомъ живымъ, но капризнымъ и пугливымъ; учился удовлетворительно. По окончаніи технической школы поступилъ въ паровозное депо желѣзной дороги; съ апрѣля 1903 г. сталъ ѣздить на паровозѣ въ качествѣ помощника машиниста. Всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ; вина не пилъ. Въ ночь на 7/X 1903 г., при столкновеніи поѣздовъ, онъ былъ выброшенъ съ тендера на асфальтовый троттуаръ на разстояніи 2—3 саж., ударился лѣвымъ вискомъ и бокомъ и мин. 15 былъ безъ сознанія. Въ тотъ-же день больного отправили въ Москву, гдѣ желѣзнодорожный врачъ, не найдя у него тяжелыхъ физическихъ поврежденій, освободилъ его на нѣсколько дней отъ службы. Вскорѣ, однако, больной дома сталъ вести себя странно: сдѣлался молчаливъ, малоподвиженъ, разговаривалъ самъ съ собою, размахивая въ это время руками, жаловался на боли въ боку и въ головѣ, на шумъ и звонъ въ ушахъ и на онѣмѣніе въ лѣвой $^1/_2$ лица, по ночамъ вскакивалъ съ постели, куда-то собирался, называлъ окружающихъ другими именами, по видимому, воображая, что онъ находится на службѣ; утромъ-же на другой день, какъ оказывалось, онъ не помнилъ ничего о происшедшемъ ночью. Въ началѣ января 1904 г. больной сталъ меньше ѣсть и слегъ въ постель, жалуясь на слабость; иногда онъ, какъ будто, не узнавалъ родныхъ и нѣкоторыхъ предметовъ; бывали у него, по видимому, и слуховые обманы, напр., слышались свистки паровоза, которыхъ на самомъ дѣлѣ не было. 23/I 1904 г. больной неожиданно пришелъ въ возбужденное состояніе, хотѣлъ кого-то убить, говорилъ безсвязно, не опознавался въ окружающемъ. За время болѣзни онъ сильно похудѣлъ. Доставленный въ клинику 29/I 1904 г., онъ представлялъ слѣдующія явленія: нерѣзко выраженный дерматографизмъ; зрачки расширены; дрожаніе въ языкѣ, губахъ и пальцахъ рукъ; повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ; съ закрытыми глазами падаетъ назадъ и влѣво; молчаливъ, малоподвиженъ, отвѣчалъ на предлагаемые вопросы медленно и не сразу. Бросалось въ глаза то обстоятельство, что отвѣты больного не только не соотвѣтствовали дѣйствительности, но поражали очевидной, какъ-бы преднамѣренной несообразностью. Больной неправильно называлъ свое имя, отчество и фамилію, свои года, мѣсто службы, неправильно обозначалъ настоящее время; то отрицалъ существованіе нѣкоторыхъ изъ родныхъ, то называлъ цѣлый рядъ несуществующихъ братьевъ и сестеръ, обнаруживалъ удивительное незнаніе самыхъ простыхъ вещей; напр., на вопросъ, сколько будетъ 5×2, отвѣчалъ 15, или утверждалъ, что 10×2 равняется 30 и т. д. На вопросъ о числѣ пальцевъ на рукахъ сказалъ, что на одной рукѣ у него 4 пальца, а на обѣихъ 15.

ныхъ, допустимыхъ въ здравницы для нервныхъ. 6. Здравницы для нервно-больныхъ должна быть по преимуществу психотерапевтическимъ институтомъ. 7. Въ здравницѣ должно быть обращено большое вниманіе на правильную организацію труда для нервно-больныхъ и алкоголиковъ на ряду съ прочими способами физическаго и психическаго лѣченія. 8. На рукахъ одного врача должно быть не болѣе 20—30 больныхъ. 9. Помощниками врача должны быть интеллигентные люди съ хорошимъ психическимъ и физическимъ здоровьемъ, мягкимъ, терпѣливымъ характеромъ, трезвые, честные. 10. Условія жизни всѣхъ служащихъ въ цѣляхъ достиженія благопріятныхъ результатовъ при лѣченіи больныхъ должны быть обставлены возможно лучше въ матеріальномъ и нравственномъ отношеніяхъ.

П. А. Останковъ (Петербургъ). *Современное положеніе больничнаго лѣченія нервно-больныхъ.* Положенія. 1. Современное положеніе больничнаго лѣченія нервно-больныхъ слѣдуетъ признать крайне неудовлетворительнымъ и требующимъ измѣненія. 2. Не смотря на значительное развитіе ученія о нервныхъ болѣзняхъ, особенно въ послѣднія 10-лѣтія, больничное лѣченіе нервно-больныхъ слѣдуетъ признать чрезвычайно отсталымъ сравнительно съ другими отраслями больничнаго лѣченія. 3. Постановка дѣла лѣченія нервно-больныхъ въ общихъ больницахъ такъ, какъ оно примѣняется въ настоящее время, совершенно неудовлетворительна, число мѣстъ слишкомъ ограничено, время лѣченія слишкомъ коротко, дальнѣйшая судьба неизлѣчимо нервно-больного печальна. 4. Для нервно-больныхъ должны быть устроены правительствомъ, городами и земствами особыя больницы, въ связи съ которыми строились-бы пріюты для неизлѣченныхъ и неизлѣчимыхъ нервно-больныхъ. Въ первое-же время желательно, по крайней мѣрѣ, устройство самостоятельныхъ спеціальныхъ отдѣленій при больницахъ, которыми-бы завѣдывали спеціалисты-нейропатологи. 5. Нервно-больные хроники, нынѣ ютящіеся безъ всякаго призора по богадѣльнямъ, должны призрѣваться въ спеціальныхъ пріютахъ, находящихся въ вѣдѣніи спеціалиста. 6. Нервно-больные, страдающіе такими формами болѣзней, какъ напр., аміотрофическій боковой склерозъ, бульбарный параличъ, тяжелыя формы спинномозговыхъ параплегій, токсическіе параличи и пр., составляя лишь бремя общихъ больницъ и не находя въ нихъ должнаго спеціальнаго ухода и лѣченія, въ тоже время, какъ вполнѣ сохраняющіе свой интеллектъ, находятся въ наиболѣе тяжелыхъ условіяхъ общественной забытости и отброшенности, чѣмъ какая-либо категорія больныхъ другого рода. 7. Устройство спеціальныхъ отдѣленій и больницъ, а также пріютовъ для нервно-больныхъ, являясь отвѣтомъ на гуманныя требованія общественной организаціи, послужитъ въ тоже время прочнымъ основаніемъ быстрому и значительному развитію нейропатологіи и психіатріи.

Э. Н. Ивановъ (Тифлисъ) привѣтствовалъ предложеніе объ устройствѣ спеціальныхъ нервныхъ отдѣленій при большихъ больницахъ и госпиталяхъ, такъ какъ въ настоящее время нервные больные въ общихъ больницахъ остаются почти безъ всякаго лѣченія.

А. И. Ющенко (Петербургъ) полагаетъ, что главной причиной отсутствія у насъ спеціальныхъ больницъ для нервно-больныхъ, особенно для нейрастениковъ, истеричныхъ и ипохондриковъ, является недостатокъ матеріальныхъ средствъ у общества. Поэтому предлагать городамъ и земствамъ строить спеціальныя больницы для нервно-больныхъ преждевременно. Нужно заботиться объ улучшеніи общихъ условій жизни, вызывающихъ разстройство нервной системы, особенно нейрастенію. Кромѣ того, въ спеціальныхъ больницахъ или отдѣленіяхъ вліяніе нервныхъ больныхъ другъ на друга не будетъ благопріятнымъ, а скорѣе—наоборотъ: особенно трудно ожидать хорошаго вліянія на такія нервныя формы, какъ истерія и нейрастенія алкоголиковъ.

Н. В. Краинскій (Вильна) считаетъ вопросъ, поставленный ч. пр. *П. А. Останковымъ*, весьма важнымъ для осуществленія. Въ настоящее время въ каждой большой больницѣ находятся десятки нервно-больныхъ, на которыхъ тратятся деньги, и практически никакихъ затрудненій не представляло-бы выдѣленіе ихъ въ особую группу съ врачемъ-спеціалистомъ во главѣ. Для большихъ центровъ цѣлесообразно устройство отдѣльныхъ спеціальныхъ больницъ. Стоимость содержанія нервно-больныхъ много дешевле стоимости душевныхъ, такъ какъ приспособленій для нихъ не требуется: считая 1 врача на 100 больныхъ, содержаніе кровати можетъ обойтись ниже 200 р. въ годъ.

С. А. Рехтзамеръ (Петербургъ) находитъ, что предложеніе *С. С. Ступина* — лѣчить функціонально-нервныхъ больныхъ—нужно считать pium desiderium, хотя вопросъ этотъ заслуживаетъ крайняго вниманія, такъ какъ при лѣченіи такихъ больныхъ въ обыденныхъ условіяхъ приходится бороться иногда съ непреодолимыми препятствіями. Что касается органическихъ заболѣваній нервной системы, то нужно различать заведенія для лѣченія больныхъ отъ таковыхъ для призрѣнія ихъ. Въ дѣлѣ лѣченія нервныхъ больныхъ можно лишь присоединиться къ положеніямъ *П. А. Останкова*; что-же касается призрѣнія больныхъ, не нуждающихся въ спеціальномъ лѣченіи, то для такихъ больныхъ нельзя устраивать спеціальныхъ учрежденій, да еще въ большихъ городахъ, такъ какъ это сопряжено съ большими расходами, которые не по силамъ ни земствамъ, ни городамъ; поэтому слѣдовало-бы быть въ этомъ направленіи болѣе скромными и стараться объ основаніи сельскихъ богадѣленъ съ отдѣленіями для нервныхъ больныхъ.

О. А. Чечоттъ (Петербургъ), указалъ на наличность въ настоящее время въ Петербургѣ достаточнаго числа больницъ для нервныхъ больныхъ и полагаетъ, что недостатокъ ощущается не въ мѣстахъ для больныхъ, а въ спеціалистахъ по нервнымъ болѣзнямъ.

Е. П. Радинъ (Петербургъ), вполнѣ соглашаясь съ предложеніями докладчиковъ объ устройствѣ больницъ и отдѣленій при существующихъ больницахъ для нервно-больныхъ, находитъ цѣлесообразнымъ тамъ, гдѣ, по условіямъ чисто практическаго свойства, предлагаемыхъ мѣръ провести нельзя, указать на одно обстоятельство, которое не было отмѣчено. За время службы въ Колмовской психіатрической больницѣ д-ру *Р.* пришлось наблюдать, какъ нервно-больные кочуютъ изъ земской больницы, не находя тамъ лѣченія, снова въ деревню и лишь случайно попадаютъ въ больницу для душевно-больныхъ. Между тѣмъ больницы для душевно-больныхъ часто бываютъ расположены по близости земскихъ соматическихъ больницъ. Передачу нервно-больныхъ въ психіатрическія заведенія, какъ и указанія способовъ лѣченія въ земскихъ больницахъ можно было бы провести при учрежденіи консультацій психіатровъ въ соматическихъ больницахъ.

К. М. Целерицкій (Симбирскъ): Консультаціи по нервнымъ болѣзнямъ для психіатровъ, по многимъ соображеніямъ, неудобны и недостаточны для сколько-нибудь правильнаго проведенія лѣченія нервно-больныхъ; поэтому необходимо выдѣлить нервно-больныхъ въ соматическихъ больницахъ въ особыя отдѣленія. Какъ на ближайшій практическій выходъ, можно указать на обращеніе имѣющихъ освободиться кроватей въ губернскихъ земскихъ больницахъ, при ожидаемомъ закрытіи послѣднихъ, въ отдѣленія для нервно-больныхъ.

Ч. пр. *Б. С. Грейденбергъ* (Харьковъ) присоединился къ пожеланіямъ, высказаннымъ *П. А. Останковымъ*, но полагаетъ, что вопросъ долженъ быть поставленъ не о постройкѣ спеціальныхъ больницъ для нервно-больныхъ, а—по крайней мѣрѣ, сначала—о выдѣленіи поступающихъ въ городскія и земскія больницы, нерѣдко въ большомъ числѣ, этого рода больныхъ въ особыя отдѣленія, которыми долженъ завѣдывать спеціалистъ нейропатологъ. Въ большихъ лѣчебныхъ заведеніяхъ—городскихъ и губернскихъ земскихъ больницахъ—это вполнѣ достижимо и даже не устройствомъ цѣлыхъ отдѣленій, а просто выдѣленіемъ особыхъ палатъ. Сейчасъ-же дѣло стоитъ такъ, что нервные больные разсѣяны по всѣмъ отдѣленіямъ больницъ, при чемъ больше всего ихъ направляютъ, конечно, въ психіатрическія, стѣсняя и безъ того обычно скученныхъ въ нихъ душевно-больныхъ и подвергая здоровыхъ умственно людей невольному пребыванію среди помѣшанныхъ.

П. А. Останковъ: *А. И. Ющенко* предостерегаетъ отъ новыхъ тратъ на лѣченіе и призрѣніе нервно-больныхъ; тоже дѣлаетъ и *С. А. Рехтзамеръ*. На это уже отчасти отвѣтилъ *Н. В. Краинскій*, сказавъ, что и въ настоящее время общество тратитъ средства на лѣченіе нервно-больныхъ; только средства эти тратятся непроизводительно. Что можно возразить противъ выдѣленія нервно-больныхъ въ особыя отдѣленія и больницы, если это можно сдѣлать, не увеличивая ежегодно бюджета? *С. А. Рехтзамеръ* заявилъ, что въ Обуховской больницѣ, въ нервномъ отдѣленіи, помѣщаются большею частью хроники, ищущіе въ немъ больше крова, чѣмъ лѣченія. Всякій практическій нейропатологъ, принимающій въ Петербургѣ больныхъ амбуляторно, встрѣчалъ на своихъ пріемахъ не мало больныхъ, выписанныхъ изъ больницъ далеко до окончанія возможнаго лѣченія, что объясняется и ограниченностью мѣстъ въ больницахъ, и переполненіемъ ихъ. Не могу также раздѣлить оптимизма *О. А. Чечотта*, утверждающаго, что жизнь достаточно сама развиваетъ это дѣло. До сихъ поръ этого не видно, и я вправѣ утверждать, что ни одна отрасль больничнаго лѣченія не находится въ такомъ загонѣ, какъ лѣченіе нервно-больныхъ. Въ London'ѣ я видѣлъ «Национальный Госпиталь для нервныхъ болѣзней»; онъ произвелъ на меня сильное впечатлѣніе и еще рѣзче подчеркнулъ все неустройство въ этомъ отношеніи: намъ давно пора имѣть подобное. Важность передачи нервно-больныхъ хроников, ищущихся въ богадѣльняхъ, въ вѣдѣніе спеціалиста-невр[illegible] безспорна: хроники—очень цѣнный матеріалъ для изуч[illegible]ныхъ болѣзней, а, что съ ними можно сдѣлать, по[illegible] мѣръ *Charcot*, работавшаго въ Salpêtrière'ѣ.

Отдѣлъ постановилъ внести вопросъ о бо[illegible]ченіи нервныхъ больныхъ въ программу б[illegible]роговскаго Съѣзда.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CV. *Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе 21-го мая).

А. Х. Ренманъ. Лѣченіе радіемъ раковыхъ пораженій (съ предъявленіемъ 2-хъ больныхъ). 1. Въ началѣ 1904 г. д-ръ *А. П. Крымовъ* обратился къ докладчику съ просьбой продолжать лѣченіе лучами радія Я. И. Б., страдавшаго язвой вокругъ внутренняго угла праваго глаза. Докладчику сообщено было, что больного изслѣдовали д-ра *Нефедовъ, Лазаревъ, Голубевъ* и *Блюменталь* и что всѣ товарищи признали язву раковой и предлагали примѣнить лѣченіе лучами радія, что̀ и началъ съ 25/XII 1903 д-ръ *Блюменталь*. Бромистый радій въ эбонитовой коробкѣ, покрытой слюдой, обертывался слоемъ марли; для предохраненія-же здоровыхъ частей брали свинцовый листокъ, оставляя въ срединѣ окошечко для радія; все это клали непосредственно на язву, затѣмъ забинтовывали лентой изъ марли и оставляли на 1 часъ. Такіе сеансы дѣлались разъ въ недѣлю. Послѣ каждаго сеанса замѣтно было улучшеніе; боли прекратились, края язвы зарубцевались; но, къ сожалѣнію, уже послѣ 6-го сеанса радій оказался утеряннымъ. Больной, въ надеждѣ на выздоровленіе, уѣхалъ на родину, гдѣ и пробылъ Рождественскіе праздники; но, замѣтивъ ухудшеніе, снова обратился къ д-ру *Крымову*, съ которымъ докладчикъ и началъ опять примѣнять радій, съ единственною разницею что рѣшено было повторять сеансы 2 раза въ недѣлю, что̀ и дѣлалось въ теченіи цѣлаго мѣсяца. Язва въ это время настолько зарубцевалась, что больной снова уѣхалъ домой; однако, 8/IV онъ снова обратился къ докладчику, въ виду того, что края язвы зажили невполнѣ. При новомъ лѣченіи радіемъ дѣлалось 3 сеанса въ недѣлю. Въ настоящее время язва, появившаяся 5 лѣтъ назадъ и не уступавшая никакому лѣченію, почти зажила. 2. А. Л. М., 67 л. [illegible] лѣтъ назадъ замѣтила у себя опухоль въ лѣвой грудной железѣ. Въ теченіи 2—3-хъ лѣтъ опухоль значительно увеличилась [illegible] объемѣ, почему больная и рѣшилась подвергнуться предложившейся ей операціи. Въ 1895 г. у нея была удалена вся [illegible] грудная железа. Спустя лѣтъ 6 появилась опухоль [illegible]скихъ железъ подъ лѣвымъ плечемъ, вслѣдствіе чего больная согласилась на 2-ую операцію, которая и была сдѣлана [illegible] Пораженныя мѣста были изслѣдованы и оказались [illegible] ракомъ. Въ январѣ 1904 г. больная упала на лѣвую [illegible] переломила себѣ обѣ кости лѣваго предплечья въ [illegible] ½ февраля она стала жаловаться на колотье [illegible] цей, гдѣ оказалась опухоль, увеличившаяся къ [illegible] размѣровъ грецкаго орѣха и болѣзненная при [illegible] ду преклонныхъ лѣтъ больной, безнадежности [illegible] ціи и рѣшительнаго отказа больной отъ операціи [illegible] *ской* предложилъ примѣнить, какъ ultima [illegible] лучами радія или *Roentgen*'а. 19/III было [illegible] радій *Hiesel*'я непосредственно на опухоль [illegible] части. Сеансы дѣлались 3 раза въ недѣлю [illegible] сдѣланъ 1-ый сеансъ. Бромистый радій [illegible] покрытой пластинкой слюды, прикладывался [illegible] кожу надъ опухолью, забинтовывался [illegible] видѣ на цѣлый часъ. Чрезъ день радій [illegible] при чемъ обращалось вниманіе [illegible] прежнее мѣсто, что̀ было нетрудно [illegible] ненія остается сначала красное [illegible] тѣмъ роговой слой уплотняется [illegible] женномъ мѣстѣ какъ-бы мозоль [illegible] больная заявила, что у нея [illegible] сеансовъ былъ сдѣланъ [illegible] холь значительно уменьшился [illegible] сдѣлано еще 13 сеан[illegible] будто, не удается п[illegible] чемъ.—Докладч[illegible] радіемъ. Онъ [illegible] послѣ ½-часо[illegible] го къ тѣлу, т[illegible] торая вскорѣ [illegible] кожу. Опер[illegible] нія радія, [illegible] какъ бы [illegible] сколь[illegible]

сообщенія вообще слѣдуетъ сдѣлать [illegible] то это особенно важно во отношеніи къ [illegible] ракъ, для борьбы съ которымъ [illegible] ваютъ новыя средства, вызывающія [illegible] оказывающіяся затѣмъ не [illegible] шать и о случаяхъ рака, гдѣ [illegible] пользы.

Докладчикъ указалъ на то, что [illegible] вниманіе на то, что радій [illegible] нѣкоторыхъ случаяхъ рака [illegible] нымъ вреда. Спеціалисты-хирурги [illegible] больныхъ за раковыхъ и [illegible] ское вмѣшательство.

А. А. Корнилов [illegible] и во 2-мъ нельзя найти [illegible] это—раковые больные.

Докладчикъ замѣтилъ [illegible] больныхъ и присланные [illegible] ностью, что это—больные [illegible]

И. Н. Введенскій [illegible] явленіемъ больного). [illegible] наблюдавшемся имъ у [illegible] истерическомъ суперчиновн[illegible] особенностью которой [illegible] стые вопросы не въ состояніи [illegible] рактеру ихъ отвѣтовъ [illegible] лагаемыхъ вопросовъ [illegible] вопросы объ [illegible] обозначаютъ время [illegible] или другіе факты [illegible] знаніе самыхъ [illegible] вильно [illegible] кихъ [illegible] грубыхъ [illegible] психическ[illegible] *Gom*[illegible]

[illegible] кѣ въ № [illegible] Кавказа», [illegible] миссіи изъ [illegible] ло идетъ, [illegible] ра до 2-хъ [illegible] ъ обеззара- [illegible] рной частью [illegible] итарный Со- [illegible] городскихъ вра- [illegible] етъ городская [illegible] съ холерой въ [illegible] миссіяхъ.

Поповъ.

[illegible] ЗѢСТІЯ.

[illegible] день для Россіи: [illegible] чемъ отечествѣ въ область [illegible] ніе звѣрскихъ инстинк-

[illegible] позо[illegible]

[illegible] *Lombard. Serotherap*[illegible] «Annales des maladie [illegible] des oreilles, du nez» etc.,

На вопросъ, сколько жителей въ Россіи, отвѣтилъ: «200 человѣкъ» и т. п. При изслѣдованіи чувствительности давалъ противорѣчивыя показанія: то отрицалъ прикосновеніе, то называлъ острое тупымъ и наоборотъ, холодное теплымъ и т. д. Въ теченіи слѣдующихъ дней сознаніе больного постепенно нѣсколько прояснилось, явленія психической и двигательной задержки ослабѣли, параллельно съ чѣмъ сгладились и признаки неправильныхъ отвѣтовъ. Въ теченіи февраля и первой ½ марта состояніе больного оставалось безъ перемѣны: онъ былъ необщителенъ, молчаливъ, жаловался на боли въ головѣ, головокруженіе, шумъ и звонъ въ ушахъ, ѣлъ достаточно, спалъ удовлетворительно, иногда вставалъ по ночамъ, куда-то стремился, безсвязно разговаривалъ самъ съ собою, а на утро ничего объ этомъ не помнилъ. Иногда на нѣкоторые вопросы давалъ неправильныя показанія; напр., называлъ по имени не существующихъ у него братьевъ и сестеръ, неправильно опредѣлялъ мѣсто своего жительства, не могъ запомнить окружающихъ по именамъ, невѣрно опредѣлялъ время. Съ ½ марта больной началъ больше обнаруживать галлюцинацій; напр., увѣрялъ, что видитъ родныхъ, слышитъ ихъ голоса, музыку и что деревья въ саду совѣтуютъ ему повѣситься; разсказывалъ странныя небылицы; напр., начиналъ увѣрять, что паровозы теперь ходятъ на лошадиныхъ ногахъ по 1000 верстъ въ минуту, что черти приглашали его къ себѣ на службу — топить адскія печи и т. п. Вмѣстѣ съ тѣмъ у него стали обнаруживаться малосвязныя бредовыя идеи, отчасти съ характеромъ преслѣдованія; больной думалъ, что желѣзнодорожное начальство ищетъ его гибели, для чего, будто-бы, и устроило крушеніе поѣзда, что за одно съ его врагами и родственники, и врачъ, который, будто-бы, по ночамъ приводитъ тайкомъ сюда его враговъ, желая его отравить и т. п. Изслѣдованіе нервной системы, спеціально произведенное въ клиникѣ нервныхъ болѣзней д-ромъ *В. П. Инзеромъ*, обнаружило, кромѣ вышеупомянутыхъ физическихъ признаковъ, еще концентрическое сужеміе поля зрѣнія и анэстезіи на поверхности тѣла, не соотвѣтствовавшія распредѣленію нервныхъ стволовъ.—Находя въ вышеприведенномъ наблюденіи наличность *Ganser*'овскаго синдрома, докладчикъ, однако, считаетъ точное распознаваніе случая затруднительнымъ. По его мнѣнію, здѣсь возможно сочетаніе траумaтическаго нейроза съ примѣсью или наслоеніемъ истерическихъ психическихъ явленій или сочетаніе его съ раннимъ слабоуміемъ.

А. Н. Бернштейнъ согласился съ докладчиками, что въ предъявленномъ случаѣ—*Ganser*'овскій синдромъ, но это—не гебефренія, не слабоуміе въ смыслѣ *Kraepelin*'а. Нѣмецкій терминъ «Vorbeireden» невполнѣ удачно передается словомъ «заговариваніе».

Докладчикъ, согласившись съ послѣднимъ, указалъ на то, что такой переводъ уже имѣется въ рефератахъ соотвѣтствующаго содержанія, помѣщенныхъ въ «Журналѣ нейропатологіи и психіатріи имени *С. С. Корсакова*».

А. А. Корниловъ сомнѣвается, чтобы въ данномъ случаѣ траумaтическаго страданія нервной системы можно было положиться на результатъ объективнаго физическаго изслѣдованія, и не считаетъ возможнымъ съ опредѣленностью исключить притворство.

Докладчикъ указалъ на то, что, не смотря на противорѣчивые и странные отвѣты больного, можно съ несомнѣнностью говорить здѣсь о разстройствѣ чувствительности.

В. П. Сербскій, возражая *А. А. Корнилову*, высказалъ сомнѣніе, чтобы можно было относить къ притворству такіе признаки, какъ паденіе съ закрытыми глазами въ опредѣленную сторону, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ.

В. А. Муратовъ допускалъ въ этомъ случаѣ сочетаніе истерическихъ припадковъ съ другимъ страданіемъ. Судя по аналогіи съ однимъ изъ своихъ случаевъ, *В. А. Муратовъ* склоненъ видѣть у показаннаго больного раннее слабоуміе съ истерическими признаками, а не истерическій психозъ.

Г. И. Прибытковъ не считалъ возможнымъ исключить здѣсь вопросъ о притворствѣ.

Л. С. Миноръ полагаетъ, что изслѣдованіе *Ganser*'а тѣмъ и цѣнно, что оно заставляетъ смотрѣть на подобные случаи не какъ на притворство, а какъ на несомнѣнную болѣзнь.

Въ закрытой части засѣданія избрана ревизіонная Коммиссія, въ составъ которой вошли: *А. Х. Репманъ*, *Н. П. Постовскій* и *В. В. Воробьевъ*.

С. Сухановъ.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Dr Hans Kurella. Die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit und die Kriminal-Anthropologie. Für Juristen, Aerzte und gebildete Laien.—Mit 20 Illustrationen. Halle, 1903.

Въ небольшой брошюрѣ на 120 страницахъ авторъ въ общедоступной формѣ знакомитъ читателя съ самыми трудными вопросами судебной психопатологіи, касающимися способности ко вмѣненію, справедливо подчеркивая то обстоятельство, что въ настоящее время эти вопросы пріобрѣтаютъ особенно важное значеніе и потому должны интересовать все образованное общество. Многими примѣрами и цѣлымъ рядомъ не лишенныхъ остроумія психологическихъ сопоставленій онъ указываетъ, что современная уголовная практика въ вопросахъ о способности ко вмѣненію на каждомъ шагу противорѣчитъ установившимся въ наукѣ положеніямъ и въ результатѣ приводитъ къ печальнымъ судебнымъ ошибкамъ. Цѣль брошюры—убѣдить читателей, что въ такомъ положеніи дѣло оставаться дольше не можетъ, что интересы правосудія настоятельно требуютъ коренного пересмотра дѣйствующихъ законоположеній и упорядоченія психіатрической экспертизы.

Книга съ такимъ содержаніемъ, затрагивающая наболѣвшій вопросъ современной дѣйствительности, съ интересомъ прочтется каждымъ образованнымъ человѣкомъ и въ особенности юристомъ, психіатромъ и судебнымъ врачемъ. Авторъ брошюры—извѣстный психіатръ, много работавшій въ области судебной психопатологіи. Являясь горячимъ защитникомъ новаго ученія представителей криминальной антропологіи, онъ въ своей брошюрѣ съ большимъ увлеченіемъ, свойственнымъ человѣку твердыхъ убѣжденій, выясняетъ всю серьезность поставленнаго вопроса и настоятельную необходимость скорѣйшаго его разрѣшенія согласно новѣйшимъ научнымъ даннымъ.

Б. Воротынскій.

Н. Я. Шмидтъ. Аксайская чума (30 мая—1 августа 1902 г.). Астрахань. 66 стр. 3 табл. 1903 г.

Эпидеміи бубонной чумы, наблюдавшіяся за послѣдніе годы въ предѣлахъ Астраханской губ. (Ветлянка, Колобовка и др.), неоднократно были предметомъ описанія въ медицинской періодической печати. Къ сожалѣнію, общая оцѣнка сущности ихъ развитія вообще и во многихъ частностяхъ осталась до сихъ поръ безъ надлежащей разработки и ждетъ своего историка.

Выше озаглавленный трудъ д-ра *Н. Я. Шмидта* по сію пору не получилъ еще своей оцѣнки, а между тѣмъ онъ представляетъ большой интересъ во многихъ отношеніяхъ. Нельзя не пожалѣть, что авторъ уклонился отъ объективной оцѣнки фактическаго матеріала и предпочелъ ей субъективную.

Отчетъ состоитъ изъ 5 главъ, введенія и приложенія (симптоматологія, бактеріологія Аксайской чумы и пр.).

Глава I. Острозаразныя заболѣванія съ признаками бубонной чумы начались въ с. Аксаѣ 30 мая 1902 г. и исчезли 1 августа того-же года (оффиціально, на самомъ-же дѣлѣ позднѣе: были случаи смерти 6 и 7 августа). Эпидемія длилась оффиціально 64 дня и въ теченіи этого времени унесла изъ 33 заболѣвшихъ 20 чел. (60,6%) при 39,4% выздоровленій. *Происхожденіе перваго заболѣванія чумой* (30 мая) *осталось невыясненнымъ*. Слѣдующія заболѣванія начались спустя 10 дней послѣ перваго въ тойже улицѣ. Далѣе, чумные очаги открылись 16—17 и 18 іюня. *22 іюня* былъ впервые поставленъ карантинъ вокругъ очага № 4. 18 іюня открылось 2-ое гнѣздо чумныхъ заболѣваній въ усадьбѣ, расположенной въ ½ верстѣ отъ чумныхъ домовъ выше указанныхъ. 6 іюля открыто 3-ье гнѣздо, расположенное на значительномъ разстояніи отъ 2-го. 4-ое гнѣздо дало первое заболѣваніе 8 іюля; расположено оно было вдали отъ всѣхъ предъидущихъ.

Что способствовало распространенію заразы? Въ отчетѣ имѣются такого рода указанія: «Возможно, что передатчиками заразы были постороннія лица, какъ, напр., монашка Адарка, обмывавшая трупы первыхъ жертвъ эпидеміи» или нѣкто Тарабановскій, отставной солдатъ, получившій у населенія прозвище «хорька», который слылъ за мѣстнаго знахаря. Роль его въ этихъ случаяхъ сказывалась въ томъ, что онъ занимался производствомъ насѣчекъ опухшихъ и затвердѣвшихъ лимфатическихъ железъ («прорубалъ» съ помощью ланцета и банокъ). Указанный «хорекъ» признался, что ланцета, коимъ онъ дѣлалъ насѣчки, онъ не чистилъ и не обмывалъ, а только обтиралъ. Названный Тарабановскій пользовался особой привиллегіей и умудрился даже передать ланцетъ одному односельчанину, *при наличности фактическаго оцѣпленія*, который и произвелъ насѣчки въ паховыхъ железахъ больного. Не исключалась возможность переноса заразы и съ помощью платья (от. № 10). Такимъ образомъ не подлежало никакому сомнѣнію, что возможности для разнесенія заразы въ предѣлахъ с. Аксая было достаточно.

Но эпидемія захватила не одно с. Аксай. Были заболѣванія и на ближайшихъ хуторахъ (7—20 верстъ отъ с. Аксай). Интересъ къ заболѣваніямъ внѣ с. Аксая усиливается потому, что на хуторѣ Шелестовомъ былъ боленъ нѣкто Ив. Отрышко; въ семьѣ его «призрѣвался нѣкоторое время ребенокъ кр. Штодиной, въ домѣ которой, во второй ½ іюля, было 3 заболѣванія несомнѣнно чумнаго характера». Первыя-же заболѣванія въ с. Аксаѣ были также въ домѣ семейства Штодиныхъ, хотя родственныя связи кр. Штодиной съ хутора Шелестова съ первыми рѣшительно отрицаются.

Для оцѣнки связи между указанными заболѣваніями нельзя не остановиться на вышеупомянутомъ больномъ Ив. Отрышко. Онъ заболѣлъ задолго до появленія эпидеміи въ с. Аксаѣ. Эпидемія въ с. Аксаѣ, какъ сказано, началась, по отчету, 30 мая, Отрышко-же заболѣлъ еще въ мартѣ (если его считать чумнымъ, какъ это дѣлаетъ авторъ отчета, то нужно поставить его въ самую первую очередь). Какого рода была у него болѣзнь, по отчету нельзя составить себѣ яснаго представленія: на стр. 22 по этому поводу получается двойное впечатлѣніе (ни-да, ни-нѣтъ), вслѣдствіе

несогласія результатовъ бактеріологическаго изслѣдованія 2-хъ лицъ; на стр. 31—33—58—Отрышко признается чумнымъ (одинъ разъ показана продолжительность болѣзни—38 дней); на стр. 65—66—сомнительнымъ по чумѣ; на стр. 25, гдѣ устанавливается связь между эпидеміями 1896 и 1902 гг., прямо сказано слѣдующее: «на Шелестовомъ хуторѣ эпидемія 1902 г. нашла свою жертву въ лицѣ Ив. Отрышко». Почему такая неустойчивость? И если уже этотъ Отрышко былъ такъ важенъ для уясненія хода эпидеміи, то тѣмъ болѣе слѣдовало-бы тщательнѣе обставить бактеріологическое распознаваніе при жизни, а по смерти обязательно произвести вскрытіе.

Въ главѣ II, по взгляду автора отчета, Аксайская чума является продолженіемъ острозаразной болѣзни 1896 г. («чумы»), при чемъ «чума 1896 г.» служила «первымъ проявленіемъ чумной пандеміи», за которой уже слѣдуютъ эпидеміи въ Колобовкѣ, Кишкинѣ, Владиміровкѣ и др. мѣстахъ Астраханской губ. и, наконецъ, въ 1902 г. вновь въ с. Аксаѣ. Выводъ—в. многозначительный, но авторомъ, къ сожалѣнію, не приводится достаточныхъ основаній къ устанавливаемой имъ связи между бывшими въ теченіи 6-лѣтняго періода времени эпидеміями. Къ тому же эпидемія въ Аксаѣ 1896 г. и бубонная чума 1902 г. опять-таки не имѣютъ между собой точно установленной связи, между тѣмъ авторъ заявляетъ: «возможно, что эпидемія 1902 г. находится въ какой-либо причинной связи съ бывшей въ 1896 г. Аксайской чумой». Страннымъ, далѣе, кажется заявленіе, что «Аксайская чума»—«не была распознана въ свое время, не было принято надлежащихъ существенныхъ мѣръ для окончательнаго искорененія заразы». Было-бы желательно имѣть и здѣсь доказательство, хотя-бы въ видѣ оффиціальныхъ документовъ, относительно характера существовавшей тогда эпидеміи. Разъ этого не сдѣлано, то показаніями лицъ «свѣдущихъ», въ родѣ Тарабановскаго, старухи рыбачки и др. слѣдуетъ пользоваться съ большою осторожностью.

Въ главѣ III авторъ сопоставляетъ результаты, полученные отъ вывода больныхъ въ изоляціонныя помѣщенія, съ тѣми, которые были получены при «чумѣ 1896 г.», когда подобнаго отдѣленія больныхъ отъ здоровыхъ не могло быть. При эпидеміи 1902 г. изъ 86 чел., оставшихся въ 14 домахъ послѣ обнаруженія въ нихъ перваго чумнаго заболѣванія, заболѣли за время нахожденія въ зараженныхъ помѣщеніяхъ 18 (20,9%), среди-же выдѣленныхъ 65 чел. заболѣлъ 1. Во время «чумы 1896 г.» изъ 79 чел., жившихъ въ 11 домахъ, заболѣли 49 (62%).

Говоря о смертности, авторъ указываетъ, что она среди взрослыхъ была равна—45%, среди дѣтей—85%; мужчинъ умерло 50%, женщинъ 43%. Ту-же особенность эпидеміи 1902 г. онъ находитъ и при «чумѣ 1896 г.».

Въ главѣ IV приводится описаніе противочумныхъ мѣръ, а въ главѣ V—административнаго устройства чумной Коммиссіи и хода борьбы съ чумой въ с. Аксаѣ. Въ послѣдней главѣ идетъ рѣчь, между прочимъ, и о роли совѣщанія, происходившаго ежедневно и несомнѣнно приносившаго пользу дѣлу. Въ отчетѣ однако, указывается что отдѣльные члены отряда эксплуатировались, согласно требованіямъ минуты, въ самой разнообразной формѣ, при чемъ нерѣдко въ теченіи дня обязанности одного перемѣщались, въ интересахъ дѣла, на другого, и случалось, что лицо, занятое утромъ *въ чумномъ очагѣ*, получало къ вечеру работу гдѣ-либо въ отдаленномъ пунктѣ волости. При чемъ-же тутъ роль совѣщанія? Странно, что не велось протоколовъ совѣщанія, какъ это дѣлалось, напр., въ Одесской санитарно-исполнительной Коммиссіи. Многое изъ того, что происходило на этихъ совѣщаніяхъ, должно-бы быть сохранено для исторіи.

Въ связи съ небольшимъ значеніемъ роли указаннаго совѣщанія въ Аксаѣ слѣдуетъ поставить и то, что авторомъ отчета совершенно выкинуты всѣ клиническіе матеріалы по развитію чумы, надъ которыми трудились врачи: нѣтъ ни скорбныхъ листовъ, ни даже литературныхъ данныхъ; въ самомъ краткомъ видѣ сообщено лишь то, что казалось нужнымъ автору. Между тѣмъ подлинность документовъ дала-бы возможность судить о дѣйствительномъ характерѣ эпидеміи и о принятыхъ мѣрахъ. Выкинутъ напр., протоколъ вскрытія больнаго № 22, хотя это было первое вскрытіе, на основаніи котораго эпидемія въ Аксаѣ, послѣ бактеріологическаго распознаванія, признана была чумной. Выкинутъ скорбный листъ больного № 11 (Ив. Отрышко), прижизненная картина болѣзни котораго представляла не мало загадочнаго. Бактеріологическіе матеріалы сообщены также не полно.

По внѣшности отчетъ изданъ хорошо и читается при его сжатости легко.

Б. Мурзаевъ.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XCII. М. Г.! Не откажите въ помѣщеніи слѣдующихъ строкъ. Общество Ярославскихъ врачей въ общемъ засѣданіи 7-го сего августа, въ числѣ 19 человѣкъ, выслушало съ глубокимъ негодованіемъ сообщеніе о недостойномъ глумленіи надъ лучшими гуманными стремленіями и чувствами врача, попраніи священныхъ правъ беззащитнаго человѣка въ лицѣ товарища д-ра *Забусова*. Возмущенные дикимъ предательскимъ истязаніемъ и надругательствомъ надъ своимъ товарищемъ, оно единогласно постановило выразить д-ру *Николаю Петровичу Забусову*, чрезъ напечатаніе въ «Русскомъ Врачѣ», свое искреннѣйшее соболѣзнованіе по поводу тяжкаго оскорбленія при отправленіи обязанностей врача.

Предсѣдатель Собранія *В. Савицкій.*
Секретарь Общества *Сердцевъ.*

Ярославль. 8 августа 1904 г.

XCIII. М. Г.! Въ библіографической замѣткѣ д-ра *Д. П. Никольскаго*, касающейся «Матеріаловъ для сужденія при опредѣленіи степени потери трудоспособности отъ поврежденій вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ», изданныхъ Министерствомъ финансовъ («Русскій Врачъ», 1904, № 33) выражается надежда, что *инструкція по опредѣленію степени утраты трудоспособности рабочими*, вырабатываемая особой Коммиссіей при Медицинскомъ Совѣтѣ, подъ предсѣдательствомъ акад. *Н. П. Ивановскаго*, «въ скоромъ времени явится».

Считаю нужнымъ сообщить читателямъ «Русскаго Врача», что эта «Инструкція» (Правила) уже напечатана въ іюлѣ 1904 г. въ «Вѣстникѣ общественной гигіены, судебной и практической медицины», издаваемомъ при Управленіи главнаго врачебнаго инспектора.

Л. Бертенсонъ.

Петербургъ. 15/VIII 1904 г.

XCIV. М. Г.! Не откажите помѣстить эти нѣсколько строкъ въ «Русскомъ Врачѣ» по поводу статьи д-ра *В. В. Сиземскаго—Къ вопросу о серотерапіи вонючаго насморка (озены)*, напечатанной въ № 30 «Русскаго Врача».

Сообщая свой чрезвычайно интересный случай озены, гдѣ послѣ серотерапіи уже 2½ года наблюдается полное выздоровленіе, д-ръ *Сиземскій* приводитъ изъ русской литературы лишь случаи д-ровъ *Аблова* и *Шмурло*. Какъ въ случаѣ д-ра *Сиземскаго*, такъ и въ случаяхъ послѣднихъ 2-хъ авторовъ нѣтъ указаній на изслѣдованіе носового отдѣленія, что при распознаваніи генуинной озены имѣетъ рѣшающее значеніе. Въ этомъ отношеніи полнѣе изслѣдованы мои 3 случая (*А. Пѣвницкій. Къ вопросу о лѣченіи зловоннаго насморка.* «В.-Медицинскій Журналъ», 1899, IX). У меня былъ 1 случай сифилитической озены, гдѣ въ носовомъ отдѣленіи не было найдено ни диплобацилла *Löwenberg-Abel'*я, ни похожей на дифтерійную палочки *Belfanti*, и 2 случая генуинной озены, изъ которыхъ въ одномъ были найдены лишь диплобациллы *Löwenberg-Abel'*я, а въ другомъ, кромѣ того, и похожая на дифтерійную палочка *Belfanti*. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ (при чемъ 1-ый больной служилъ для провѣрки) было проведено энергическое сывороточное лѣченіе. Въ 1-мъ случаѣ въ теченіи 7 дней въ 3-хъ впрыскиваніяхъ было введено 4500 единицъ сыворотки, во 2-мъ въ 65 дней въ 13 впрыскиваніяхъ 21000 единицъ и въ 3-мъ въ теченіи 29 дней въ 9 впрыскиваніяхъ 15000 единицъ и результатъ былъ всюду совершенно отрицательный. Это обстоятельство въ связи съ такимъ блестящимъ успѣхомъ у д-ра *В. В. Сиземскаго* даетъ право сдѣлать выводъ, что есть разновидности озены, гдѣ лѣченіемъ сывороткой ничего не достигается, и, на оборотъ, есть случаи, гдѣ вліяніе сывороточнаго лѣченія несомнѣнно благотворно; поэтому ближайшей задачей будущихъ изслѣдователей должно служить выдѣленіе тѣхъ формъ озены и тѣхъ разновидностей противодифтерійныхъ сыворотокъ, сочетаніе которыхъ даетъ успѣхъ лѣченію. Въ моихъ, напр., случаяхъ сыворотка Одесской бактеріологической станціи не давала никакой реакціи, а у Итальянскихъ авторовъ реакція была сильна, и нѣкоторые [1]) изъ нихъ ставили силу реакціи въ связь со степенью успѣха лѣченія. Желаніе указать на эту сторону дѣла и послужило поводомъ для настоящаго письма.

А. Пѣвницкій.

Одесса. 12/VIII 1904 г.

XCV. М. Г.! Позвольте сдѣлать поправку къ замѣткѣ въ № 30 «Русскаго Врача», перепечатанной изъ «Сѣвернаго Кавказа», объ учрежденіи въ г. Екатеринодарѣ санитарной Коммиссіи изъ санитарныхъ врачей, надзирателей и фельдшеровъ. Дѣло идетъ, очевидно, о пополненіи персонала санитарнаго надзора до 2-хъ врачей, 2-хъ надзирателей, 2-хъ фельдшеровъ и 2-хъ обеззараживателей. Завѣдуетъ всей медицинской и санитарной частью исполнительная городская Коммиссія «Врачебно-санитарный Совѣтъ», въ составѣ избранныхъ Думой лицъ и городскихъ врачей, существующая съ 1902 г. Теперь функціонируетъ городская санитарно-исполнительная Коммиссія для борьбы съ холерой въ составѣ, указанномъ «Правилами» объ этихъ Коммиссіяхъ.

Городской санитарный врачъ *В. Поповъ.*

Екатеринодаръ. 12/VIII 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1659. 11-ое августа 1904-го года—историческій день для Россіи: отнынѣ должно навсегда отойти и въ нашемъ отечествѣ въ область тяжелаго прошлаго позорнѣйшее проявленіе звѣрскихъ инстинк-

[1]) *Lombard. Serotherapie dans l'ozène.* «Annales des maladie des oreilles, du nez» etc., 1897 г.

товъ въ человѣкѣ—*тѣлесныя наказанія*. Печати вообще и врачебной въ частности, не перестававшей указывать на пагубное вліяніе этой карательной мѣры не столько на тѣло, сколько на душу и наказываемаго, и наказывающаго, принадлежитъ, на ряду съ окрѣпшимъ самосознаніемъ общества, видная роль по подготовкѣ почвы для устраненія разнообразныхъ препятствій, задерживавшихъ наступленіе этого желаннаго дня, и русскіе интеллигентные люди, безъ сомнѣнія, съ благодарностью произнесутъ среди другихъ именъ, связанныхъ съ отмѣною позорнѣйшаго наказанія, и имена незабвеннаго *В. А. Манассеина* и *Д. Н. Жбанкова*.

1660. Проф. Казанскаго Университета *М. Г. Сергѣевъ уволенъ* отъ службы, согласно прошенію («Биржевыя Вѣдомости», 12 августа).

1661. Экстраординарный профессоръ Томскаго Университета *А. А. Кулябко назначенъ ординарнымъ*.—Ч. пр. Московскаго Университета *А. В. Мартыновъ назначенъ экстраординарнымъ профессоромъ* Харьковскаго Университета по каѳедрѣ хирургической патологіи («Правительственный Вѣстникъ», 11 августа).

1662. Конференціей В.-Медицинской Академіи объявленъ *конкурсъ на премію имени медика-хирурга С. Ф. Тучемскаго* въ 1000 р. Послѣдній срокъ представленія сочиненій на премію — *1-ое мая 1905 г.* Диссертаціи на ученыя степени и сочиненія, изданныя на счетъ правительства, Академіи, Университетовъ или ученыхъ Обществъ, къ соисканію преміи не допускаются («Новое Время», 15 августа).

1663. На медицинскій факультетъ Московскаго Университета поступило *285 слушателей* («Новое Время», 17 августа).

1664. Пунктъ XV Высочайшаго Манифеста отъ 11-го августа гласитъ: «Семьямъ врачей, которые, состоя на общественной службѣ, принимали участіе въ борьбѣ съ эпидемическими болѣзнями и, заразившись отъ нихъ, пожертвовали жизнь свою на пользу государства, предоставить *право на полученіе пенсій изъ Государственнаго казначейства*, на основаніяхъ, опредѣленныхъ въ статьѣ 608 свод. зак. т. III, уст. пенс., изд. 1896 г.»

1665. Отбыли на Дальній Востокъ: 10-го августа изъ Петербурга *отрядъ Института экспериментальной медицины* въ составѣ 1 врача и 10 санитаровъ; 13-го августа изъ Смоленска соединенный *отрядъ Смоленскаго губернскаго Земства и мѣстнаго Управленія Краснаго Креста* на 125 кроватей; 14 го августа изъ Кронштадта *санитарный отрядъ сестеръ милосердія и санитаровъ*, назначенныхъ для отправляемаго Франціей парохода-госпиталя «Орелъ»; 15-го августа изъ Твери *врачебно-санитарный отрядъ* мѣстнаго Управленія Краснаго Креста въ составѣ 3 врачей, 9 сестеръ милосердія и 8 санитаровъ; 15 го-же августа изъ Могилева мѣстный *отрядъ Краснаго Креста* на 50 кроватей; 16-го августа изъ Петербурга соединенный *отрядъ сестеръ милосердія* Георгіевской и Евгеніевской Общинъ Краснаго Креста; 17-го августа изъ Рязани *госпитальный отрядъ* Краснаго Креста на 200 кроватей въ составѣ 4 врачей, 15 сестеръ милосердія и 20 санитаровъ («Новое Время», 11, 14—17 августа).

1666. На крейсерѣ «Новикъ» во время его предсмертнаго боя *ранены* 2 офицера, изъ нихъ одинъ—*врачъ Н. В. Лисицынъ*.

1667. «Русскому Слову» (7 августа) сообщаютъ изъ Егорьевска, что мѣстный Комитетъ Краснаго Креста открываетъ тамъ *госпиталь для раненыхъ воиновъ на 32 койки*. Для помѣщенія госпиталя предсѣдатель Комитета г. Бардыгинъ предоставилъ домъ, а городская Дума назначила госпиталю въ пособіе ежемѣсячно 250 р., товарищество Егорьевской бумаго-прядильной фабрики бр. Хлудовыхъ жертвуетъ матеріалъ для снабженія лазарета бѣльемъ, директоръ, техники и служащіе этой фабрики отчисляютъ изъ своего содержанія сумму въ 300 р. ежемѣсячно. Врачебную помощь согласились безвозмездно оказывать мѣстные врачи: *К. И. Ананьинъ*, *І. А. Богинъ*, *А. П. Знаменскій* и *П. М. Мироновъ*. — Въ Иваново-Вознесенскѣ, по словамъ «Новаго Времени» (17 августа), такой *госпиталь на 100 коекъ уже открытъ*.

1668. Санаторія въ Edlach'ѣ предоставила безплатно *2 мѣста* для больныхъ и раненыхъ въ настоящую войну офицеровъ въ теченіи 1 мѣсяца («Новое Время», 11 августа).

1669. Въ Никольскъ-Уссурійскѣ, Хабаровскѣ и Владивостокѣ открываются при военныхъ госпиталяхъ *Röntgen'овскіе кабинеты* («Биржевыя Вѣдомости», 14 августа).

1670. Проскользнувшее въ газетахъ извѣстіе, что *всѣ врачи* (д-ра *Галле*, *Ливенъ* и *Крюгеръ*) сформированнаго въ Ригѣ и богато снабженнаго летучаго санитарнаго отряда г. *Родзянко*, *вышли изъ состава ея*, подтверждается письмомъ въ «Düna-Zeitung» старшаго санитара г. Гинесина. Послѣдній, точно также ушедшій изъ отряда, передаетъ что симпатичное само по себѣ предпріятіе распалось потому, что приняло въ концѣ концевъ «опереточный характеръ». Тѣмъ не менѣе, г. *Родзянко* формируетъ новый отрядъ («St. Petersburger medicinische Wochenschrift», 7 [20] августа). Любопытно-бы узнать подробности.

1671. По словамъ «Новаго Времени» (11 августа), изъ медицинскаго персонала Петербургскаго губернскаго Земства были призваны на дѣйствительную военную службу 15 врачей, которые и командированы на театръ военныхъ дѣйствій. *Мѣста ихъ до сихъ поръ остаются незанятыми*.

1672. «Новому Времени» (11, 12 и 14 августа) по телеграфу изъ Асхабада и Баку сообщаютъ о появленіи *холеры въ Мервѣ*. Изъ 5 заболѣвшихъ казаковъ умерли 2. Въ Каахкѣ—аулѣ вблизи одноименной станціи Среднеазіатской ж. дороги на 121-ой верстѣ отъ Асхабада—9-го августа заболѣли холерою 3 казака, изъ коихъ 1 умеръ на слѣдующій-же день. 4-го августа въ Мешедѣ, по сообщенію нашего консула, умерли отъ холеры 32 чел. 10-го августа въ Мервѣ холерныхъ было 26 чел. По сообщенію «Чуйной Коммиссіи», всего въ Мервскомъ гарнизонѣ по 11-ое августа заболѣли холерой 53 чел. и умерли 9, въ томъ числѣ *врачъ Кавказскаго казачьяго полка Алмазовъ* (*Василій Семеновичъ*).

1673. Изъ Владикавказа пишутъ «Русскому Слову» (7 августа), что съ конца іюля тамъ было *много случаевъ заболѣванія холериной*. Городское Управленіе построило за городомъ холерный баракъ.

1674. Въ Одессѣ товарищи *чествовали 25-лѣтіе* врачебной дѣятельности д-ра *С. А. Гуровича* («Южное Обозрѣніе», 8 августа).

1675. Вопросъ о *снабженіи Петербургскихъ городскихъ больницъ мало-мальски подготовленнымъ къ своему дѣлу низшимъ служебнымъ персоналомъ*, повидимому, наконецъ-то вышелъ изъ области теоретическихъ обсужденій и вступилъ на путь практическаго осуществленія: по сообщеніямъ общихъ газетъ («Русь», 13 августа), «въ смѣту будущаго года Петербургская городская Управа внесла свыше 5000 р. на устройство начальныхъ школъ для больничной прислуги». Давно пора! Не слишкомъ-ли однако скромна ассигнованная сумма для надлежащей постановки столь важнаго въ обиходѣ больничной жизни дѣла, хотя-бы и на первыхъ порахъ? Надѣемся, что городское самоуправленіе не прибѣгнетъ здѣсь къ «системѣ совмѣстительства» и пригласитъ для обученія служителей и сидѣлокъ—за приличествующее, разумѣется, вознагражденіе—особыхъ врачей и сестеръ милосердія.

1676. «Русскія Вѣдомости» (16 августа) перепечатываютъ изъ «Саратовскаго Листка», *«характерныя»*, какъ онѣ ихъ называютъ, *пренія*, возникшія *въ Саратовской уѣздной санитарно-исполнительной Коммиссіи* при обсужденіи проэкта инструкціи для санитарныхъ Попечительствъ по вопросу о томъ, кто долженъ предсѣдательствовать въ этихъ Попечительствахъ? «По проэкту инструкціи, предсѣдательствовать въ Попечительствѣ долженъ врачъ—врачъ того участка, къ которому пріурочено Попечительство. Съ этимъ однако не всѣ сразу согласились. Было высказано, что земскіе начальники не согласятся присутствовать на Собраніяхъ подъ предсѣдательствомъ врачей. Это можетъ уронить ихъ» (! *Ред.*) «въ глазахъ населенія. Поэтому предсѣдательство нужно предоставить земскому начальнику». Присутствовавшіе на засѣданіи Коммиссіи врачи *Е. П. Николаевъ* и *А. В. Ничипоровичъ* энергично протестовали противъ этой нелѣпости, справедливо полагая, что предсѣдательствовать долженъ тотъ, кто ближе стоитъ къ дѣлу, т. е. врачъ, «иначе заведется одно бумагомаратель-ство», и выражая естественное недоумѣніе, почему земскій начальникъ не можетъ присутствовать на Собраніи подъ предсѣдательствомъ образованнаго человѣка»? и «какъ можетъ уронить его въ глазахъ населенія, если предсѣдательствовать будетъ врачъ»? Предсѣдатель Коммиссіи, кн. Ухтомскій, раздѣляя мнѣніе врачей и признавая, что «врачъ—болѣе компетентенъ въ этомъ дѣлѣ», вполнѣ основательно назвалъ этотъ вопросъ «вопросомъ мелкаго самолюбія», и въ заключеніе Коммиссія постановила: «Въ виду того, что большинство земскихъ начальниковъ призвано на военную службу и у оставшихся сосредоточено по нѣскольку участковъ, Коммиссія находитъ, что предсѣдательствовать въ Собраніяхъ участковыхъ Попечительствъ земскіе начальники, не нанося ущерба дѣлу, не могутъ».

1677. На происходившемъ недавно Совѣщаніи санитарныхъ и межуѣздныхъ врачей при Харьковской губернской земской Управѣ былъ возбужденъ вопросъ, *какимъ образомъ относиться къ порученіямъ, даваемымъ санитарнымъ врачамъ уѣздными врачебными Совѣтами, Управами, земскими Собраніями, полиціей и врачебнымъ Отдѣленіемъ*. Настоящій вопросъ возникъ вслѣдствіе того, что выяснилось, что эти учрежденія, не справляясь ни съ количествомъ работы санитарнаго врача, ни съ его желаніемъ, иногда возлагаютъ на него порученія, отрывающія его отъ текущихъ занятій и при томъ даже не входящія въ кругъ его дѣятельности. Такъ, напр., врачебное Отдѣленіе поручало исполненіе обязанностей уѣзднаго врача одному санитарному врачу на мѣсяцъ и другому—на цѣлый годъ. Совѣщаніе нашло необходимымъ, чтобы въ случаяхъ порученій, возлагаемыхъ на санитарныхъ врачей Управами, или администраціей, или иными учрежденіями, разъ требуется болѣе или менѣе продолжительная работа и, слѣд. предвидится ущербъ для прямыхъ обязанностей санитарныхъ врачей, послѣдніе обращались и предлагали обратиться къ губернской Управѣ, какъ прямому начальству («Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 6).

1678. *Изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній Вологодской губ.* послѣдней сессіи. Вологодскій уѣздъ: 1) постановлено приступить къ *постройкѣ 2-хъ новыхъ лѣчебницъ*; стоимость ихъ для уѣзднаго Земства выразится въ 24000 р.; 2) постановлено ходатайствовать передъ губернскимъ Земствомъ о *выдачѣ денежнаго пособія всѣмъ врачамъ, командируемымъ для научнаго усовершенствованія*, а не только командируемымъ для усовершенствованія въ глазныхъ болѣзняхъ, какъ это практикуется нынѣ (губернскимъ Земствомъ ходатайство удовлетворено); 3) постановлено *приглашать для оспопрививанія студентовъ-медиковъ* всѣхъ курсовъ на мѣсячное жалованіе съ разъѣздными въ 50 р.; 4) по вопросу *о реорганизаціи губернской земской больницы* постановлено ходатайствовать передъ губернскимъ земскимъ Собраніемъ, чтобы оно, принявъ во вниманіе какъ платежныя силы Вологодскаго уѣзднаго Земства, такъ и существующую потребность въ губернской больницѣ для значительнаго контингента больныхъ, происходящихъ не изъ Вологодскаго уѣзда, но живущихъ въ губернскомъ городѣ, изыскало

способы сокращенія расходовъ по содержанію губернской больницы безъ передачи ея въ содержаніе уѣздному Земству.—Грязовецкій уѣздъ: 1) по вопросу *о реорганизаціи губернской земской больницы* принято заключеніе Управы, чтобы губернская больница была передана Вологодскому уѣздному Земству, въ качествѣ мѣстной участковой больницы; 2) *учрежденіе санитарнаго Совѣта* отложено до полной разработки этого вопроса; постановлено ввести теперь-же санитарныя Попечительства и санитарныхъ участковыхъ попечителей, при чемъ въ послѣдніе рѣшено приглашать, по возможности, болѣе интеллигентныхъ лицъ; 3) постановлено *помѣстить въ земской больницы портретъ недавно умершей женщины-врача* больницы *А. П. Одинцовой* и поручить Управѣ озаботиться постановкою на ея могилѣ памятника.—Кадниковскій уѣздъ: 1) *отклонено ходатайство о страхованіи врачебнаго персонала;* Управѣ поручено разработать къ будущему Собранію планъ вознагражденія семействъ лицъ медицинскаго персонала, умершихъ на земской службѣ; 2) постановлено *обязать врачей* и фельдшеровъ *посѣщать земскія школы* не менѣе 1 раза въ мѣсяцъ; 3) по вопросу *о реорганизаціи губернской земской больницы*, послѣ долгихъ преній, признано желательнымъ оставить существованіе Вологодской губернской земской больницы.—Вельскій уѣздъ: постановлено утвердить въ каждомъ врачебномъ участкѣ *санитарное Попечительство*, назначивъ земскихъ врачей предсѣдателями этихъ Попечительствъ, каждаго въ своемъ участкѣ.—Тотемскій уѣздъ: 1) по вопросу *о реорганизаціи губернской земской больницы* постановлено, что дѣятельность губернскаго Земства должна возможно полнѣе и шире развиваться въ направленіи содѣйствія уѣздамъ въ совершенствованіи участковой медицины насчетъ сокращенія дѣятельности губернской больницы; 2) принять на счетъ уѣзднаго Земства *уплату денегъ за лѣченіе* крестьянъ своего уѣзда въ губернской земской больницѣ.—В.-Устюжскій уѣздъ: 1) по вопросу *о реорганизаціи губернской земской больницы* постановлено ходатайствовать передъ губернскимъ Земствомъ о сокращеніи дѣятельности губернской больницы и, взамѣнъ этого, о содѣйствіи къ улучшенію участковой медицины; 2) признаны желательными *командировки* не только для усовершенствованія по глазнымъ, но и по другимъ болѣзнямъ, и возбуждено ходатайство передъ губернскимъ Земствомъ о распространеніи отпускаемаго имъ пособія на командировки вообще, а не только для изученія глазныхъ болѣзней; кромѣ пособія губернскаго Земства на этотъ предметъ, въ смѣту внесено Собраніемъ 200 р.; 3) *отпуски фельдшеровъ* предоставлены вѣдѣнію врачебно-санитарваго Совѣта.—Никольскій уѣздъ: 1) одобрено распоряженіе Управы относительно *назначенія и увольненія фельдшеровъ* безъ предварительнаго обсужденія этого вопроса во врачебномъ Совѣтѣ (странное постановленіе, которое не замедлитъ вызвать рядъ недоразумѣній. *Ред.*) и рекомендовано Управѣ «на будущее время принимать зависящія мѣры къ тому, чтобы *распоряженія* ея въ дѣйствительности и *безъ замедленія исполнялись подчиненными ей врачами*»; 2) *завѣдываніе хозяйственной частью въ больницахъ*, по примѣру прежнихъ лѣтъ, возложено на врачей подъ постояннымъ наблюденіемъ Управы; 3) постановлено возбудить ходатайство *объ освобожденіи земскихъ врачей отъ участія въ пріемѣ новобранцевъ;* 4) по вопросу *о реорганизаціи* губернской больницы постановлено возбудить ходатайство передъ губернскимъ Земствомъ о передачѣ больницы Вологодскому уѣздному Земству и о примѣненіи освободившихся суммъ на развитіе уѣздной участковой медицины.—Устьсысольскій уѣздъ: по вопросу *о реорганизаціи губернской больницы* постановлено ходатайствовать о передачѣ ея въ вѣдѣніе Вологодскаго уѣзднаго Земства и объ употребленіи освободившихся суммъ на общегубернскія медицинскія нужды, какъ-то: а) на устройство общегубернской санитарной организаціи; б) на открытіе междууѣздныхъ больницъ губернскаго Земства; в) на выдачу пособій уѣзднымъ Земствамъ для построекъ больничныхъ зданій и г) на денежное вспомоществованіе земскимъ врачамъ для поѣздокъ съ цѣлью научнаго усовершенствованія.—Сольвычегодскій уѣздъ: 1) постановлено уничтожить впредь *періодическія прибавки* медицинскому персоналу, сохранивъ тѣ прибавки, которыми уже пользуются состоящіе на службѣ врачи, фельдшера и повивальныя бабки; 2) по вопросу *о реорганизаціи губернской больницы* Собраніе высказалось за ея закрытіе.—Яренскій уѣздъ: 1) отклонено предложеніе Управы *о приглашеніи уѣзднаго правительственнаго врача* на постоянную службу уѣзднаго Земства для замѣщенія вакантныхъ должностей врачей по уѣзду; 2) отклонено предложеніе врачебнаго Совѣта *объ учрежденіи особаго штата оспопрививателей* изъ фельдшеровъ и постановлено не упразднять должностей оспенниковъ, оставивъ ихъ въ прежнемъ порядкѣ; 3) постановлено *безплатно отпускать лѣкарства* и посуду земскимъ плательщикамъ и служащимъ Земства; 4) по вопросу *о реорганизаціи губернской земской больницы* Собраніе высказалось за ея сокращеніе и передачу Вологодскому уѣзду въ виду того, что Яренскій уѣздъ, какъ и другіе сѣверные уѣзды, этою больницею почти совершенно не пользуются; 5) постановлено ассигновать, въ видѣ опыта, 50 р. на *отправку больныхъ въ клиники*, для доставки ихъ до Вологды, и возбудить ходатайство о принятіи расхода по доставкѣ больныхъ отъ Вологды до клиникъ и обратно на счетъ губернскаго Земства. Ходатайство это губернскимъ Земствомъ удовлетворено («Врачебно-санитарный Обзоръ Вологодской губ.», вып. 3).

1679. Зміевскій врачебный Совѣтъ по поводу ходатайства одного сельскаго Общества *объ открытіи новаго самостоятельнаго фельдшерскаго пункта* постановилъ: 1) въ общемъ слѣдуетъ избѣгать развитія сѣти самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ въ уѣздѣ; 2) всякое ходатайство Общества объ открытіи самостоятельнаго фельдшерскаго пункта должно разсматриваться врачебнымъ Совѣтомъ; 3) въ случаѣ удовлетворенія такого ходатайства Общество должно представить въ земскую Управу приговоръ объ обязательствѣ Общества: вносить ежегодно впередъ въ земскую Управу годовой окладъ жалованья, согласно существующему въ уѣздѣ, для фельдшера и давать для фельдшерской амбуляторіи и аптеки соотвѣтствующее помѣщеніе съ отопленіемъ и освѣщеніемъ («Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 6).

1680. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (12 августа), Министерство земледѣлія и государственныхъ имуществъ обратилось ко всѣмъ городскимъ и земскимъ общественнымъ управленіямъ, а въ мѣстностяхъ, гдѣ земства не введены,—къ учрежденіямъ, ихъ замѣняющимъ, съ просьбою объ организаціи въ городахъ и уѣздахъ на базарахъ *правильнаго надзора за продажею молока и молочныхъ продуктовъ*.

1681. 2-го августа въ Саратовѣ открылась *городская лѣчебница для алкоголиковъ* («Русское Слово», 7 августа).

1682. «Вѣстникъ Екатеринославскаго земства» (№ 25) приводитъ слѣдующія—нѣсколько странныя—*заключенія Медицинскаго Совѣта по вопросамъ алкоголизма*. «По вопросу о томъ, насколько внушеніе можетъ быть рекомендовано, какъ средство излѣченія отъ алкоголизма, Совѣтъ полагаетъ, что гипнозъ при лѣченіи пьянства не можетъ считаться средствомъ вполнѣ надежнымъ, а потому помѣщеніе въ казенныхъ винныхъ лавкахъ объявленій о безплатномъ лѣченіи алкоголиковъ внушеніемъ можетъ имѣть дѣйствіе, прямо противоположное преслѣдуемой цѣли. Указывая на легкій и дешевый способъ излѣченія отъ пьянства, эти объявленія могутъ, будто бы, поощрять народъ къ употребленію спирта и, вмѣсто предостереженія отъ излишняго употребленія водки, стать рекламой для болѣе широкой ея продажи (изъ журналовъ «Медицинскаго Совѣта», 16 марта, 1904 г., № 212). По вопросу-же о томъ, представляетъ-ли всякое пиво крѣпкій напитокъ или нѣкоторые сорта пива могутъ быть отнесены къ числу напитковъ совершенно безвредныхъ и не опьяняющихъ, Медицинскій Совѣтъ полагаетъ, что пиво съ содержаніемъ алкоголя менѣе 4% слѣдуетъ признать напиткомъ не только безвреднымъ, но даже полезнымъ по своимъ діэтетическимъ свойствамъ и по тому значенію, которое распространеніе пива съ такимъ содержаніемъ алкоголя можетъ имѣть въ борьбѣ съ злоупотребленіемъ водкой (изъ журналовъ «Медицинскаго Совѣта», 6 апрѣля, 1905 г., № 259).

1683. Въ «Трудахъ IV губ. Съѣзда земскихъ врачей Ярославской губ.» (книга III) д-ръ *В. И. Ивановскій* передаетъ свои *деревенскія впечатлѣнія о винной монополіи*. Сущность «впечатлѣній» сводится къ слѣдующему: «Казенная водка лучше, крѣпче (?) и соотвѣтственно качеству—дешевле прежней; способы продажи водки въ казенныхъ винныхъ лавкахъ лучше прежнихъ обезпечиваютъ отъ злоупотребленій, а ограниченія продажи полезны и не особенно стѣснительны; теперешніе способы «распивочнаго» употребленія водки болѣе грубы и не остаются безъ нежелательнаго вліянія на населеніе, ослабляя въ то-же время хорошее вліяніе способовъ самой продажи водки; размѣры замѣчающагося при монополіи уменьшенія въ употребленіи водки, домашнемъ и «распивочномъ», трудно пока опредѣлимы, если значительное и постоянное уменьшеніе употребленія водки и вообще достижимо какими-либо мѣрами; отмѣчается какъ-бы умноженіе случаевъ остраго отравленія алкоголемъ, особенно среди лицъ, обыкновенно умѣренно пьющихъ, и преимущественно при «распивочномъ» употребленіи водки, а среди привычныхъ пьяницъ—при употребленіи спирта—отчасти яко-бы въ зависимости отъ нѣкоторыхъ (вышеуказанныхъ) особенностей въ дѣлѣ продажи водки и отъ современныхъ условій «распивочнаго» употребленія».

1684. «Новости» (10 августа), со словъ «Казанскаго Телеграфа», передаютъ, что Лаишевская уѣздная земская Управа возбудила ходатайство о ссудѣ изъ суммъ государственнаго банка 6000 р. *на постройку больницы* въ сел. Казыли. Ходатайство это правительствомъ *оставлено безъ удовлетворенія*, въ виду экстренныхъ расходовъ, связанныхъ съ событіями на Дальнемъ Востокѣ.

1685. 11-го марта текущаго года въ губернскомъ санитарномъ Совѣтѣ при Херсонской губернской земской Управѣ поднимался вопросъ *о необходимости устройства особой больницы при Одесской Pasteur'овской станціи. П. Н. Діатроптовъ* напомнилъ о печальномъ положеніи, въ которомъ находятся лица, присылаемыя въ Одессу для лѣченія прививками по *Pasteur'у* противъ бѣшенства. Казарма, гдѣ помѣщаются эти больные, предназначена къ сносу, и больные будутъ переведены въ мало удобное помѣщеніе старой городской больницы, гдѣ будутъ находиться въ сосѣдствѣ съ отдѣленіемъ для больныхъ заразныхъ. Между тѣмъ дѣло ростетъ: за 1903 г. число пріѣзжавшихъ для прививокъ было 2400, въ 1904 г. ихъ будетъ не менѣе 3000. Въ больницѣ содержится ежедневно не менѣе въ среднемъ 100 чел. Цифры показываютъ, что $^2/_3$ больныхъ приходится на долю больныхъ изъ Бессарабской, Таврической и Подольской губерній. Между тѣмъ земства и администраціи этихъ губерній дали уклончивый отвѣтъ относительно своего участія въ расходахъ по устройству убѣжища для присылаемыхъ на бактеріологическую станцію. Такъ какъ Херсонское земство не въ силахъ одно заботиться объ устройствѣ убѣжища, то остается одинъ выходъ увеличить съ жителей постороннихъ губерній *плату* за больничное содержаніе («Сборникъ Херсонскаго Земства», № 5).

1686. Къ № 7 «Свѣдѣній о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи въ Московской губерніи» приложено

изслѣдованіе д-ра *А. И. Скибневскаго*—«*Фарфорово-фаянсовое производство Гжельскаго района Московской губерніи въ санитарномъ отношеніи*». Въ заключеніе своей обстоятельной работы почтенный авторъ указываетъ на полную неудовлетворительность съ санитарной точки зрѣнія всей совокупности обстановки труда и жизни рабочихъ фарфорово-фаянсовыхъ заводовъ Гжельскаго района. «Тѣснота и загроможденіе громаднаго большинства мастерскихъ, крайняя недостаточность объемнаго пространства и вентиляціи въ точильныхъ, поливныхъ, капсюльныхъ и живописныхъ, большею частью весьма высокая температура воздуха въ большинствѣ мастерскихъ (за исключеніемъ машинныхъ) и рѣзкія его колебанія, нерѣдко крайняя его влажность (особенно въ точильныхъ, капсульныхъ и машинныхъ) или сухость, переполненіе минеральною пылью точильныхъ и поливныхъ, а также и сухого машиннаго отдѣленія, отсутствіе въ послѣднихъ отдѣльныхъ раздѣваленъ и умывальныхъ принадлежностей, постоянно сидячее полусогнутое положеніе точильщиковъ и живописцевъ, рѣзкіе переходы изъ высокой температуры въ низкую у подавальщиковъ, проживаніе и харчеваніе части рабочихъ въ пыльныхъ мастерскихъ, неудовлетворительное въ общемъ питаніе большинства рабочихъ и особенно той ея части, которой приходится питаться въ мастерскихъ, какъ попало, «въ сухомятку», крайняя продолжительность рабочаго дня, отсутствіе лѣтняго прогула (перерыва въ работѣ) у половины рабочихъ, безграмотность значительно большей ихъ части, отсутствіе широко и цѣлесообразно поставленныхъ просвѣтительно-образовательныхъ учрежденій, сравнительно съ тяжестью труда, малый заработокъ у очень значительнаго количества рабочихъ и, наконецъ полная ихъ матеріальная необезпеченность на случай заболѣванія, побуждающая, работать до окончательнаго истощенія и упадка силъ—вотъ та совокупность неблагопріятныхъ условій, которая, какъ заколдованный кругъ, окружаетъ нашего рабочаго и не даетъ ему выхода. Въ итогѣ продолжительнаго, изо дня въ день, воздѣйствія подобной обстановки на рабочаго и получается неудовлетворный жалкій общій наружный видъ значительнаго большинства рабочихъ (болѣе всего точильщиковъ), сравнительно недостаточное развитіе окружности груди и вѣса тѣла у точильщиковъ и высокая ихъ заболѣваемость, а также и подавальщиковъ, болѣзнями дыхательныхъ органовъ, въ особенности же бугорчаткою легкихъ (главнымъ образомъ у точильщиковъ), съ возрастомъ все болѣе и болѣе увеличивающаяся, отражающаяся въ концѣ концовъ на болѣе повышенной смертности мужского населенія въ зрѣлыхъ его годахъ (отъ 20 до 60 лѣтъ)». Указавъ, что устраненіе изъ жизни этихъ рабочихъ неблагопріятныхъ условій общаго характера находится пока внѣ круга земскаго воздѣйствія, авторъ замѣчаетъ: «во всякомъ случаѣ установленіе тѣхъ или иныхъ мѣропріятій по ограниченію распространенія чахотки среди рабочихъ нашихъ фарфорово-фаянсовыхъ заводовъ, главнымъ образомъ среди точильщиковъ и подавальщиковъ, представляется дѣломъ безусловно необходимымъ, ибо *невозможно оставаться только простымъ безучастнымъ зрителемъ, когда видишь, какъ много заболѣваютъ чахоткою и какъ усиленно и несвоевременно уходятъ съ жизненной сцены люди производительнаго возраста, составляющіе цвѣтъ населенія, оплотъ его экономическаго благосостоянія*».—Мы всецѣло присоединяемся къ этому выводу.

1687. «Русскимъ Вѣдомостямъ» (16 августа) пишутъ изъ Новочеркаска, что войсковымъ начальствомъ назначена *ревизія Таганрогской окружной больницы и богоугодныхъ заведеній*. Въ корреспонденціи сообщается слѣдующее о дѣятельности этихъ учрежденій: «На содержаніе ихъ отпускается ежегодно 28000 р. На эти деньги содержится 70 кроватей, изъ которыхъ, по причинѣ труднаго доступа туда, всегда остаются свободными отъ 10 до 30 кроватей. Кромѣ этого, при богадѣльнѣ находится 31 призрѣваемый. Тамъ-же имѣется отдѣленіе для пріема подкидышей. Участь этихъ несчастныхъ дѣтей крайне печальна. Поступивъ въ регистратуру богадѣльни, они, за неимѣніемъ какого-либо помѣщенія для нихъ, тотчасъ-же сдаются на воспитаніе бѣднѣйшимъ классамъ населенія. Въ результатѣ такого отношенія къ нимъ получается весьма печальная статистика: съ 1/I 1903 г. по 1/I 1904 г. поступило подкидышей 105, изъ коихъ умерли 74. Кажется, комментарій къ этому не нужны». Между тѣмъ больничная администрація почему-то задалась цѣлью экономіи даже изъ тѣхъ скудныхъ средствъ, которыя отпускаются (28000 р. въ годъ) на содержаніе этихъ 3-хъ учрежденій. Такъ, напр., за 1903 г. получилось экономіи 6000 р., а за 1/2 настоящаго года экономія уже достигла 5000 р.; слѣд., къ концу года нужно ожидать экономіи до 10000 р. Не трудно предположить, къ чему должна привести такая разсчетливость».—Быть можетъ, «больничная администрація» найдетъ нелишнимъ высказаться по этому поводу и до окончанія ревизіи.

1688. Въ Благовѣщенскѣ открывается *хуторъ-школа для глухонѣмыхъ* («Сибирскій Вѣстникъ», 30 іюля).

1689. По словамъ «Руси» (15 августа), въ Петербургской городской санитарной Коммиссіи обсуждался вопросъ объ устраненіи установившихся *антисанитарныхъ условій на еврейскихъ кладбищахъ*. Оказывается, что покойниковъ на эти кладбища доставляютъ въ своихъ платьяхъ, здѣсь обмываютъ ихъ, и вода спускается въ сточные колодцы, ни чѣмъ не обеззараживаемые. Платье съ покойниковъ тутъ-же раздаютъ бѣднымъ, не обращая вниманія на то, что покойный умеръ заразной болѣзнью. Санитарная Коммиссія постановила воспретить раздачу платья и обязать обеззараживать воду колодцевъ известью.

1690. По словамъ «Руси» (13 августа), въ Баку при осуществленіи санитарныхъ мѣръ приходится натыкаться на открытое сопротивленіе. Фельдшеромъ городской обеззараживающей камеры 2-го августа былъ посланъ отрядъ обеззараживателей на Кубинскую площадь для отобранія старья, которое тамъ продается въ большомъ количествѣ безъ обеззараживанія. Отрядъ, по разсказу мѣстныхъ газетъ, *подвергся нападенію со стороны старьевщиковъ*, и отобранныя вещи были силой отняты обратно у отряда. Одному изъ обеззараживателей камнемъ нанесено 2 удара въ шею.

1691. Проф. *Mikulicz избранъ деканомъ* медицинскаго факультета Breslau'скаго Университета («Gazeta lekarska», 20 августа).

1692. Вмѣсто вернувшагося не такъ давно къ себѣ домой проф. *Rieder*'а устройство медицинской части въ Турціи ввѣрено султаномъ д-ру *Vollbrecht*'у (изъ Darmstadt'а) который уѣзжаетъ въ Царьградъ осенью.—(«The Journal of the American Medical Association», 6 августа). Доживемъ-ли мы до того, чтобы видѣть на всѣхъ подобныхъ мѣстахъ русскихъ?

1693. *Послѣдній (13 августа) № «The Journal of the American Medical Association» весь посвященъ, какъ обыкновенно, вопросамъ медицинскаго образованія* и представляетъ свѣжій справочникъ для желающихъ приступить къ послѣднему.

1694. Норвежскіе врачи, по «Le Bulletin médical» (17 августа), успѣшно *лѣчатъ алкоголизмъ* такъ: «больной» помѣщается въ отдѣльную комнату, гдѣ его держатъ въ полномъ уединеніи и кормятъ пищею, которая состоитъ главнымъ образомъ изъ хлѣба, политого портвейномъ; въ 1-ый и 2-ой день пьяница очень доволенъ своимъ меню, на 3-ій начинаетъ находить его немного однообразнымъ, а къ концу недѣли обыкновенно получаетъ къ вину полное и прочное отвращеніе.

1695. Медицинскій факультетъ въ Вѣнѣ постановилъ *раздѣлить занимавшуюся проф. Vogl'емъ каѳедру на 2*—фармакологіи и фармакогнозіи; на 1-ую предложенъ проф. *Hans Horst Mayer* (Marburg), а на 2-ую проф. *Josef Moeller* (Градецъ) («Medicinische Blätter», 14 іюля).

1696. Въ Berlin'ѣ избраны на приближающійся академическій годъ проф. *O. Hertwig ректоромъ* Университета, а проф. *J. Orth деканомъ* медицинскаго факультета («Wiener medizinische Presse», 14 августа).

1697. На каѳедру уходящаго въ отставку проф. *König*'а *приглашается въ Berlin проф. Hildebrandt* изъ Basel'я («Berliner klinische Wochenschrift», 15 августа).

1698. Въ Пекинѣ 3 протестантскихъ миссіи, 1 англійская и 2 американскихъ, рѣшили вмѣстѣ учредить *медицинскую школу* для учащихся всѣхъ исповѣданій («Deutsche medicinische Wochenschrift», 11 августа).

1699. По изслѣдованіямъ въ спеціальномъ бюро англійскаго Middlesex Hospital, основывающимся на статистикѣ этой больницы съ 1746 г. *ракъ не передается наслѣдственно* («The Medical Age», 10 августа).

1700. Изъ Африки сообщаютъ, что тамъ найдено наконецъ *лѣкарство противъ сонной болѣзни*. Это—туземное средство: настой древеснаго растенія «iboga», весьма распространеннаго въ Gaboon'ѣ («The Medical Age», 10 августа).

1701. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 13 августа). Въ Индіи за недѣли по 9/VII и 16/VII умерли отъ чумы 1910 и 1995 чел., въ томъ числѣ за послѣднюю недѣлю 45 случаевъ смерти далъ городъ Bombay, 972 Bombay'скій округъ, 5 Calcutta, 141 Bengal, 39 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 115 Punjab, 14 Kajputana, 1 Kashmir, 1 городъ Karachi, 62 Hyderabad, 183 Madras'скій округъ и 417 Mysore. Южная Африка: въ Port-Elizabeth'ѣ за недѣли по 9/VII и 16/VII заболѣли 1 и 1; умершихъ не было, на лѣченіи оставались 3 больныхъ; Transvaal за недѣлю по 9/VII далъ 2 свѣжихъ случая заболѣванія (1 среди бѣлыхъ) безъ смертей, слѣдующія 2 недѣли было «безъ перемѣнъ», а съ 24/VII по 30/VII умеръ 1. Въ Hong-Kong'ѣ за 2 послѣднія недѣли іюля заболѣли 25 и 17 чел. и столько же умерли. На о-вѣ св. Маврикія за недѣли по 28/VII и 4/VIII было случаевъ заболѣванія 1 и 1, а смерти 0 и 1.

1702. *Клевета японца Wada на русскихъ и французскихъ врачей* (см. выше, стр. 1118, № 1618) благополучно распространяется по бѣлу-свѣту: теперь выдержки изъ этой гнусной статейки напечатаны въ «Medical News» (13 августа). Впрочемъ, французскіе коллеги, какъ извѣстно, не оставили ее безъ отпора и оцѣнки по достоинству.

1703. *Умерли*: 1) Въ Мервѣ, отъ холеры, младшій врачъ 6-го Закаспійскаго стрѣлковаго батальона *Василій Семеновичъ Алмазовъ*, родившійся въ 1870 г., а званіе врача получившій въ 1898 г.—2) 7-го августа, въ Кіевѣ, внезапно, врачъ Общества скорой медицинской помощи *Евгеній Феликсовичъ Гнусъ* («Кіевское Слово», 8 августа), родившійся въ 1873 г., а званіе врача получившій въ 1900 г. — 3) Въ Кіевѣ корпусный врачъ 11-го армейскаго корпуса *Александръ Арсеньевичъ Гречихинъ* («Биржевыя Вѣдомости», 10 августа), родившійся въ 1848 г., а званіе врача получившій въ 1872 г.

На обложкѣ № 33 въ перечнѣ помѣщенныхъ статей *пропущенъ заголовокъ статьи ч. пр. В. Н. Орлова—Къ вопросу о прободеціи стѣнки матки при зондированіи и выскабливаніи ея полости* (Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи). Просимъ великодушно извинить намъ этотъ недосмотръ. *Ред.*

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Zdrowie, Апрѣль.

1. **M. Biernacki.** *Organizacya lekarzy szpitalnych u nas.* 2. **M. Białobrzeski.** *O zużytkowaniu wody w Lublinie.* 3. **Andrzej Berezowski.** *Wpływ wodociągów na zdrowotność Odesy.* Вліяніе водопровода на здоровье жителей г. Одессы. 4. **A. Pulawski.** *Sprawozdanie lekarskie z zakładu leczniczego w Nałęczowie za rok 1903.* 5. **H. Dobrzycki.** *Najprostszy i najtańszy przyrząd do kąpieli natryskowych.* 6. **Grzegorzewicz.** *Kąpiele ludowe w Brzeziu.*

Май.

1. **Adolf Landau.** *Sposoby określania wilgoci ścian.* Способы опредѣленія сырости стѣнъ. 2. **E. Goldberg.** *Sposoby usuwania wilgoci istniejącej oraz zabezpieczenia od niej nowych budowli.* Способы устраненія имѣющейся сырости и предохраненія отъ нея новыхъ построекъ. 3. **W. Magnuski.** *O przyczynach wilgoci w mieszkaniach piwnicznych, suterenowych i parterowych.* 4. **Kazimierz Zieliński.** *O konkursie na plany szpitalika prowincyonalnego.*

Іюнь.

1. **Stanisław Serkowski.** *Nowe prądy w zakresie hygieny mleka.* Новыя вѣянія въ области гигіены молока. 2. **M. Dominikiewicz.** *O rozprzestrzenianiu zarazy przez nabiał.* 3. **J. Stojanowski.** *Wpływ rasy i paszy na jakość i ilość mleka u krów.* 4. **A. Kwaśniewski.** *Stan obór w Łodzi i okolicy.* 5. **Reutt.** *Hygieniczne znaczenie emalii naczyń.* 6. **Władysław Flaczyński.** *O hygienicznej wartości laku.*

Ginekologia, мартъ.

1. Doc. **Stanisław Dobrowolski.** *O cytotoksynach łożyskowych.* О послѣдовыхъ цитотоксинахъ. 2. **Zygmunt Monsiorski.** *Placenta praevia.* Современное состояніе ученія о предлежаніи послѣда. 3. **Alfred Michelis.** *Słówko o anencefalii.* 4. **Antoni Trockewski.** *Ciąża śródmiąższowa.* Межуточная беременность.

Апрѣль.

1. **Franciszek Neugebauer.** *Hydromeningocele sacralis anterior.* 2. **Jan Borzymowski.** *Automatyczne zamykadło do irygatorów.* 3. **Bronisław Szybowski.** *Oderwanie się pępowiny od łożyska przy porodzie w pozycyi stojącej.* Отрывъ пуповины отъ послѣда во время родовъ въ стоячемъ положеніи.

Май.

1. **Maksymilian Cercha.** *O borowinie, kąpielach borowinowych Krynickich i zastosowamu ich do leczenia chorób kobiecych.* О грязевыхъ ваннахъ въ Krynic'ѣ (не окончена). 2. **Franciszek Neugebauer.** *Hydromeningocele sacralis anterior.* (Продолженіе). 3. **J. Asterblum.** *Przyczynek do rozpoznawania tyłozgięcia macicy ciężarnej.* О распознаваніи перегиба кзади беременной матки.

Czasopismo lekarskie, апрѣль.

1. **Seweryn Sterling.** *O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu* (не окончена). 1. **Fidler.** (Продолженіе). 3. **Fr. Grodecki.** *Birsztany* (не окончена). 4. **Mazurkiewicz i Sochacki.** (Окончаніе). 5. **Sonnenberg.** (Продолженіе).

Май.

1. **Józef Bogdanik.** *O rezekcyi stopy według własnej metody.* 2. **Jakób Puterman.** *Kilka słów w sprawie aglutynacyi. Nowy odczynnik: «Typhus-diagnosticum»* (не окончена). 3. **Kazimierz Rzętkowski.** *O odporności w stanach zakaźnych* (не окончена). 4. **Sterling.** (Продолженіе). 5. **Fidler.** (Окончаніе). 6. **St. Serkowski.** *Zarys semiotyki moczu* (не окончена). 7. **Grodecki.** (Окончаніе). 8. **Sonnenberg.** (Окончаніе). 9. **Zdzisław Markiewicz.** *Narzędzia ginekologiczne* (не окончена).

Іюнь.

1. **Władysław Biegański.** *Gruźlica u żydów.* Бугорчатка у евреевъ. 2. **Adam Lande.** *Przyczynek do nauki o obrzękach pochodzenia nerwowego.* Объ отекахъ нервнаго происхожденія. 3. **Puterman.** (Окончаніе). 4. **Rzętkowski.** (Окончаніе). 5. **Sterling.** (Продолженіе).

Nowiny lekarskie, апрѣль.

1. **Nowicki.** *Statystyka raków na podstawie protokółów sekcyjnych instytutu anatomo-patol. (Prof. Obrzut) we Lwowie.* 2. **Stanisław Serkowski.** *Wpływ paciorkowców na raka.* Вліяніе цѣпекокковъ на ракъ. 3. Prof. **Hlava.** *Kilka uwag w kwestyi carcinogenesis.* 4. **Jan Sędziak.** *Rak pierwotny migdałka językowego.* 5. **Jan Lachs.** *«Skir» i «rak» dwa u starożytnych odrębne pojęcia chorobowe.* 6. **Antoni Rydygier.** *Leczenie raka promieniami Roentgena.* 7. Prof. **Deyl.** *Rak oka i okolicznych jego organów* (не окончена). 8. **W. Bugiel.** *Doyenowska surowica przeciwrakowa.* 9. Doc. **Pitha** *Pierwotny rak ciała macicy i jajnika.*

Май.

1. **Leon Szuman.** *Gastroenterostomoza z pomocą magnesyowego guzika Chlumsky'ego. Wyzdrowienie.* 2. **Teofil Zalewski.** *Przypadek błony wrodzonej krtani.* Случай врожденной перепонки гортани. 3. **Gerzabek.** (Продолженіе). 4. Prof. **Deyl.** (Окончаніе).

Іюнь.

1. Doc. **K. W. Majewski.** *O gruźlicy oka.* О бугорчаткѣ глаза (не окончена). 2. **Gerzabek.** (Продолженіе).

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Kronika lekarska, 1 апрѣля—15 мая.

1. **Miklaszewski.** (Продолженіе и окончаніе статьи).

1 іюня.

1. **Józef Lisowski.** *Spostrzeżenia nad stałem przepłukiwaniem według prof. Snigirew'a.* О промываніяхъ по способу проф. *В. Ф Снегирева.*

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Gazeta lekarska, 2 апрѣля.

1. **W. Róbin.** *O zachowywaniu się pepsyny w różnych cierpieniach żołądka.* (Не окончена). 2. **Motz i Bartrin.** (Окончаніе). 3. **Barnstein.** (Окончаніе).

9 апрѣля.

1. **Anastazy Landau.** *Przyczynek doświadczalny do nauki o zatruciu żółtaczkowem (Cholaemia).* (Не окончена). 2. **W. Róbin.** (Окончаніе).

16 апрѣля.

1. **Kazimierz Rzętkowski.** *Badania nad losem roztworów solnych w żołądku ludzkim.* Судьба солевыхъ растворовъ въ человѣческомъ желудкѣ. (Не окончена). 2. **Dembiński.** *O możliwości uodpornienia królików przeciwko martwym prątkom gruźlicy.* О возможности сдѣлать кроликовъ невоспріимчивыми къ мертвымъ палочкамъ бугорчатки. 3. **Landau.** (Окончаніе).

23 апрѣля.

1. **Ludwik Rabek.** *Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą.* О лѣченіи скарлатины противускарлатинной сывороткой. (Не окончена). 2. **K. Rzętkowski.** (Продолженіе).

30 апрѣля.

1. **W. Horodyński.** *Przypadek wrodzonej olbrzymiości częściowej (Macrosomia partialis congenita).* (Не окончена). 2. **Rabek.** (Окончаніе). 3. **Rzętkowski.** (Окончаніе).

7 мая.

1. **Antoni Krokiewicz.** *W sprawie patogenezy dwoinek Fraenkel'a. Przypadek zapalenia przerzutowego (pneumococcosepsis metastatica).* 2. **Horodyński.** (Окончаніе). 3 **Jan Szmurło.** *Niezwykły przypadek pknięcia ropnia tylno-gardzielowego do jamy bębenkowej i wylania się zawartości przez przewód słuchowy zewnętrzny.* Случай прорыва заднеглоточнаго нарыва въ барабанную полость и изліянія содержимаго чрезъ наружный слуховой проходъ. 4. **Onъ-же.** *Przypadek obustronnego porażenia rozszerzaczy krtani pochodzenia syfilitycznego.* Случай 2-стороннаго пораженія расширителей гортани сифилитическаго происхожденія.

14 мая.

1. **Władysław Stankiewicz.** *Jaka jest granica doszczętnego leczenia przepuklin?* Каковъ предѣлъ коренного грыжесѣченія? (Не окончена). 2. **Kazimierz Ciągliński.** *Przyczynek do leczenia balneologicznego chorych z cierpieniami serca i tętnic.*

21 мая.

1. **Stanisław Janczurowicz.** *Przypadek pleśnicy żołądka, wywołanej przez nieopisywanego dotychczas pasożyta oraz ogólny pogląd na obecność pleśni w żołądku i na ich znaczenie kliniczne.* (Не окончена). 2. **Stankiewicz.** (Окончаніе).

28 мая.

1. **Jan Pruszyński.** *O wpływie adrenaliny na układ krwonośny.* О вліяніи адреналина на кровеносную систему. (Не окончена). 2. **Kazimierz Rzętkowski.** *Miażdżyca aorty, wywołana u królików przy pomocy dożylnych wstrzykiwań adrenaliny.* Атероматозъ аорты, вызванный у кроликовъ при помощи внутривенныхъ впрыскиваній адреналина.

4 іюня.

1. **Pruszyński.** (Продолженіе). 2. **Janczurowicz.** (Окончаніе).

11 іюня.

1. **Władysław Sterling.** *Z kazuistyki choroby Tay-Sachs'a.* (Не окончена). 2. **Pruszyński.** (Продолженіе).

18 іюня.

1. **Józef Brudziński.** *Przyczynek do leczenia szkarlatyny surowicą przeciwpłoniczą.* О лѣченіи скарлатины противускарлатинной сывороткой. 2. **Pruszyński.** (Окончаніе).

25 іюня.

1. **K. Horwitzówna.** *Przyczynek do sprawy powstawania białych ciałek krwi.* 2. **Brudziński.** (Окончаніе). 3. **Sterling.** (Окончаніе).

2 іюля.

1. **Aleksander Kopczyński.** *Wydobycie przez przetokę żołądkową zgłębnika przełykowego.* Изъятіе черезъ желудочный свищъ пищеводнаго зонда. 2. **Olgierd Jałowiecki.** *Zmiany w rozwoju kręgów po ich zapaleniu gruźliczem.* Измѣненія въ развитіи позвонковъ послѣ бугорчатковаго ихъ воспаленія. 3. **Gelibter.** *Odmiana sposobu wyciskania łożyska metodą Credé'go.* Измѣненіе выжиманія послѣда по способу *Credé.*

9 іюля.

1. **St. Gębarski.** *Kilka uwag, dotyczących odmy piersiowej* (не окончена). 2. **Kazimierz Rzętkowski.** *Działania katalityczne i zaczynowe* (не окончена).

16 іюля.

1. **Erwin Mięsowicz.** *Przypadek choroby Basedow'a z zanikami mięsni i niedomogą wydzielniczą żołądka.* Случай *Basedow'*овой болѣзни съ мышечными атрофіями и выдѣлительной недостаточностью желудка (не окончена). 2. **Rzętkowski.** (Окончаніе). 3. **Gębarski.** (Продолженіе).

23 іюля.

1. **Władysław Wróblewski.** *Przyczynek do nauki o nowotworach złośliwych migdałków podniebiennych.* О злокачественныхъ опухоляхъ миндалинъ (не окончена). 2. **Mięsowicz.** (Окончаніе). 3. **Gębarski.** (Окончаніе).

Medycyna, 26 марта.

1. **Maurycy Urstein.** *Badania kliniczne nad nowym środkiem nasennym isopralem.* 2. **J. Hornowski.** *Przyrząd do opróżniania jamy opłucny.* Приборъ для опорожненія полости плейры.

2 апрѣля.

Edward Usciński. *Kilka spostrzeżeń nad wartością odżywczą sanatogenu (fabr. Bauer'a) u niemowląt.* О питательномъ значеніи санатогена у грудныхъ дѣтей. (Не окончена).

9 апрѣля.

1. **H. Dobrzycki.** *O racyonalnym składzie wód leczniczych i ich stosowaniu według systemu prof. Jaworskiego.* (Не окончена). 2. **Usciński.** (Окончаніе). Предостерегаетъ отъ употребленія санатогена Bauer'a у дѣтей.

16 апрѣля.

1. **Teodor Łapiński.** *Opocerebryna w padaczce.* Опоцеребринъ при падучей. 2 случая. 2. **Dobrzycki.** (Окончаніе).

23 апрѣля.

1. **Maurycy Bornstein.** *Wiąd rdzenia i psychoza.* Спинная сухотка и психозъ. (Не окончена). 2. **Stefan Bogusławski.** *Preparaty vanadium. Stosowanie lecznicze.*

30 апрѣля.

Bornstein. (Окончаніе).

7 мая.

1. **Władysław Sterling.** *O porażeniu astenicznem (Myasthenia gravis pseudoparalityca).* (Не окончена). 2. **S. Serkowski i J. Maybaum.** *W sprawie zaraźliwości raka.* (Не окончена).

14 мая.

1. **Serkowski i Maybaum.** (Окончаніе). 2. **Władysław Sterling.** (Продолженіе).

21 мая.

1. **Bolesław Żebrowski.** *O wpływie tyreoidyny na liczbę czerwonych ciałek i zawartość substancyi suchej krwi i o stałości odsetki wody we krwi ludzkiej.* О вліяніи тереоидина на количество красныхъ кровяныхъ шариковъ; и содержаніе вещества сухой крови и о постоянствѣ % воды въ человѣческой крови. 2. **Sterling.** (Продолженіе).

28 мая.

1. **Czesław Jankowski.** *Przyczynek do leczenia operacyjnego przedziurawień jelita w przebiegu duru brzusznego.* Объ оперативномъ лѣченіи прободеній кишекъ въ теченіи брюшного тифа. (Не окончена). 2. **Sterling.** (Продолженіе).

4 іюня.

1. **Jankowski.** (Окончаніе). 2. **Sterling.** (Продолженіе).

11 іюня.

1. **Sterling.** (Окончаніе). 2. **T. Łapiński.** *Dormiol, jako środek nasenny.* Отзывъ (на основаніи 124 наблюденій) не изъ благопріятныхъ.

18 іюня.

1. **Jan Borzymowski.** *Trzy przypadki zeszycia ran serca.* 3 случая зашиванія ранъ сердца (не окончена).

25 іюня.

1. **Borzymowski.** (Продолженіе).

2 іюля.

1. **Borzymowski.** (Продолженіе).

9 іюля.

1. **Borzymowski.** (Продолженіе).

16 іюля.

1. **W. Moraczewski.** *O zawartości siarki w produktach trawienia sernika.* О содержаніи S въ производныхъ переваривания казеина (не окончена). 2. **Borzymowski.** (Продолженіе).

23 іюля.

1. **Moraczewski.** (Окончаніе). 2. **Borzymowski.** (Окончаніе).

Przegląd lekarski, 9 іюля.

1. **Zdzisław Sowiński.** *Laseczník wrzodu miękkiego i jego toksyna.* Палочка мягкаго шанкра и ея токсинъ. 2. **Żeleński i Cybulski.** (Продолженіе).

16 іюля.

1. **P. Pręgowski.** *Wywoływanie objawu dermograficznego zapomocą przyrządu własnego pomysłu.* 2. **Żeleński i Cybulski.** (Продолженіе). 3. **J. Fels.** *Spostrzeżenia nad epidemią odry w. r. 1901.* Объ эпидеміи кори въ 1901 г.

23 іюля.

1. **Tadeusz Pisarski.** *O veronalu, nowym leku nasennym* (не окончена). 2. **Żeleński i Cybulski.** (Окончаніе).

Чешскіе.

Casopis lékaru ceskych, 5 марта.

Vojtech Mrazek. *K «nauheimske» therapii chorob srdecnich.* (Не окончена).

12 марта.

1. Doc. **A. Heveroch.** *Sachsova familiarni amauroticka idiotie.* (Не окончена). 2. **J. Jaklin.** *Zprava o 48 pripadech radicalni herniotomie v. r. 1903.* (Не окончена). 3. **Mrazek.** (Продолженіе).

19 марта.

1. **Heveroch.** (Продолженіе). 2. **Mrazek.** (Окончаніе). 3. **V. Vitek.** *Odchylna forma Jacksonovy epilepsie u chronického hydrocefalu.*

26 марта.

1. **A. A. Pevnicky.** *Ambulatorium pro leceni pijakuv a jeho vyznam v boji s alkoholismem.* (Не окончена). 2. **Josef Saska.** *Prispevek ku tetanicke katarakte.* (Не окончена). 3. **Heveroch.** (Окончаніе).

2 апрѣля.

1. Prof. **J. Hlava.** *Sdeleni z oboru pathologicke anatomie, parasitologie a bakteriologie.* 2. **Онъ-же.** *O podminkach pathogennich vlastnosti leukonostoku lidského.* 3. **Saska.** (Продолженіе). 4. **Pevnicky.** (Продолженіе).

9 апрѣля.

1. Prof. **Novy a Mac Neal.** *O trypanosomiasis a kultivaci mikroorganismu zvirecich, obzvlaste trypanosoma Lewisi.* 2. **Saska.** (Окончаніе). 3. **Pevnicky.** (Продолженіе).

16 апрѣля.

1. Prof. **F. Mares.** *Energeticka bilance zivého tela.* (Не окончена). 2. **Krutina.** *Favus v. Bosne a Hercegovine. Jeden pripad universalniho molu kozniho.* (Не окончена). 3. **Josef Pelnar.** *Dalsi dva pripady jednostranne obrny brisnich svalu.* 4. **A. Pevnicky.** (Окончаніе).

23 апрѣля.

1. **Krutina.** (Продолженіе). 2. **F. Zahradnicky.** *Zprava o 604 kylach v nemocnici nemeckobrodské operovanych.* (Не окончена). 3. **Vaclav Pexa.** *Angina diphtheritica maligna.* (Не окончена). 4. **Mares.** (Окончаніе).

30 апрѣля.

1. Doc. **O. Kose.** *Studie o alkalicke reakci krve.* (Не окончена). 2. **Pexa.** (Окончаніе). 3. **Zahradnicky.** (Продолженіе).

7 мая.

1. Doc. **Kose.** (Окончаніе). 2. **Jos. Cisler.** *O pomeru pathologickych zmen svalstva hrtanového k zakomi Semon Rosenbachovu.* (Не окончена). 3. **Karel Santrucek.** *Leceni hydrokély.* (Не окончена). 4. **Jos. Sebor.** *O vzajemnem vztahu mezi tehotenstvim a nekterymi chorobami vnitrnimi.* (Не окончена).

14 мая.

1. **Cisler.** (Окончаніе). 2. **Krutina.** (Окончаніе). 3. **Zahradnicky.** (Продолженіе). 4. **Santrucek.** (Продолженіе).

21 мая.

1. Doc. **Lad. Syllaby.** *Serum krevni u bledniсky.* (Не окончена). 2. **Zahradnicky.** (Продолженіе). 3. **Santrucek.** (Окончаніе). 4. **Sebor.** (Продолженіе).

28 мая.

1. **Syllaby.** (Окончаніе). 2. **Zahradnicky.** (Продолженіе). 3. **Krlin.** *Prispevek k odstraneni technickych obtizi pri subkutannich paraffinovych prothesach.* (Не окончена).

4 іюня.

1. Prof. **Fr. Scherer.** *Aetiologie Bednarovych apht.* (Не окончена). 2. **Zahradnicky.** (Продолженіе). 3. **Krlin.** (Продолженіе). 4. **Fant. Janatka.** *Isl jako lasenske misto pro nemoci dychadel.*

11 іюня.

1. **Scherer.** (Окончаніе). 2. **Krlin.** (Продолженіе). 3. **Zahradnicky.** (Продолженіе).

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CXLVII. Изъ госпитальной хирургической клиники проф. С. П. Ѳедорова въ В.-Медицинской Академіи.

По поводу неосложненныхъ огнестрѣльныхъ ранъ желудка [1]).

Ч. пр. В. А. Оппеля.

Желая главнымъ образомъ остановиться на вопросѣ о неосложненныхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ желудка, я тѣмъ не менѣе не могу пройти совсѣмъ молчаніемъ осложненныя раненія его. Къ тому побуждаетъ меня слѣдующій случай:

1. Г., 20 л., юнкеръ, доставленъ въ госпитальную хирургическую клинику проф. *С. П. Ѳедорова* 22/x 1903 г. въ 1-мъ часу ночи. Около 11 час. ночи онъ съ цѣлью самоубійства выстрѣлилъ въ себя изъ револьвера стараго офицерскаго образца (калибръ 4,2). Вскорѣ послѣ выстрѣла была кровавая рвота. Послѣдній разъ ѣлъ часа за 3 до покушенія. Facies hyppocratica. Холодныя конечности; парезъ лѣвой ноги. Пульсъ 120, слабый, усилился послѣ подкожныхъ вливаній физіологическаго раствора соли. Легкія нормальны; сердце также. Между хрящей 7-го и 8-го реберъ слѣва, пальца на 3 ниже соска, имѣется круглая огнестрѣльная рана съ обожженнымъ поясомъ. Животъ вздутъ, болѣзненъ, съ барабаннымъ звукомъ. Въ мочевомъ пузырѣ желтоватая моча, безъ примѣси крови. Въ 1 ч. 35 мин. послѣдовала обильная рвота остатками пищи съ кровью. Распознано огнестрѣльное раненіе желудка и внутреннее кровотеченіе. Операція (*В. А. Оппель*). Наркозъ начатъ въ 2 ч. 5 мин. ночи, оконченъ въ 2 ч. 55 мин.; операція начата въ 2 ч. 10 мин., окончена въ 3 ч. 15 мин.

Разрѣзъ черезъ лѣвую прямую мышцу живота. По вскрытіи полости брюшины сейчасъ-же найдено на передней поверхности желудка входное пулевое отверстіе. Оно было закупорено слизистой оболочкой; выхожденія желудочнаго содержимаго не было. Кисетный шовъ вокругъ раны (слизистая оболочка не захвачена); сверху кисетнаго шва нѣсколько узловатыхъ швовъ. Для осмотра задней поверхности желудка желудочно-толстокишечная связка (lig. gastro-colicum) была раздѣлена; на извлеченной задней стѣнкѣ желудка обнаружено выходное пулевое отверстіе, приходившееся ближе къ большой кривизнѣ, чѣмъ входное. Выходное отверстіе также не пропускало содержимаго желудка, ибо было заткнуто слизистой оболочкой. Кисетный шовъ съ добавочными узловатыми на выходное отверстіе. Въ полости малаго сальника оказалось нѣкоторое количество крови, которая и была взята салфетками. Задняя стѣнка полости малаго сальника была выпячена и синеватаго цвѣта. Пулевой каналъ уходилъ въ область хвоста поджелудочной железы. Брызжавшихъ артерій не было. Для изслѣдованія пулевого канала я ввелъ въ него палецъ. Пройдя толщу поджелудочной железы въ направленіи спереди и сверху, внизъ и назадъ, я попалъ въ глубинѣ въ большую забрюшинную область, наполненную кровяными сгустками. Когда я вынулъ палецъ, изъ пулевого канала хлынула алая кровь, но не бившейся струей. Чтобы нѣсколько остановить кровотеченіе, я прижалъ брюшную аорту выше поджелудочной железы; кровотеченіе стихло; лишь только, однако, аорта была отпущена, оно снова возобновилось. Пульсъ больного къ этому времени значительно ослабѣлъ. Найти при такихъ условіяхъ источникъ кровотеченія мнѣ казалось невозможнымъ. Въ виду этого я ввелъ въ пулевой каналъ тампонъ, въ полость брюшины налилъ литръ солевого раствора, большую часть раны покрововъ зашилъ, оставивъ мѣсто для тампона, наложилъ тугую повязку и приступилъ къ подкожнымъ вливаніямъ солевого раствора. Пульсъ больного послѣ операціи продолжалъ падать, и въ 5 ч. 3 мин. больной скончался отъ внутренняго кровотеченія.

Судебно-медицинское вскрытіе, помимо указаннаго при описаніи операціи, обнаружило обширное кровоизліяніе въ забрюшинной клѣтчаткѣ, главнымъ образомъ въ окружности поджелудочной железы и лѣвой почки; въ лѣвой плейральной полости найдено было около 180 к. стм. кровянистой жидкости; на куполѣ грудобрюшной преграды съ лѣвой стороны подъ плейрой тоже были поверхностныя распространенныя кровоизліянія; грудобрюшная преграда на уровнѣ 9-го ребра слѣва оказалась пробитой; лѣвый поперечный отростокъ 1-го поясничнаго позвонка былъ сломанъ, и около него лежала коническая свинцевая пуля въ діаметрѣ 4 л.

Судя по ходу пулевого канала, нужно было признать, что были ранены пулей селезеночная и лѣвая почечная артеріи.

Само собой разумѣется, что при подобныхъ тяжелыхъ раненіяхъ слѣдуетъ оперировать, хотя бы вѣроятность выздоровленія и была лишь небольшая. Тяжесть этихъ случаевъ заключается не въ раненіи желудка, а въ раненіи крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ. Когда кровоизліяніе широко распространилось по забрюшинной клѣтчаткѣ и къ нему ведетъ узкій пулевой каналъ, расположенный къ тому-же въ тканяхъ, въ которыхъ и безъ того лежитъ много крупныхъ кровеносныхъ стволовъ, то возникаетъ вопросъ, какъ остановить кровотеченіе, какъ найти кровоточащій сосудъ, какъ угадать, который сосудъ раненъ? Думается мнѣ, что сдѣлать это очень трудно, но отказываться отъ такихъ попытокъ все-таки нельзя. Я крайне сожалѣю, что мнѣ во время операціи не пришла въ голову та мысль, которая явилась потомъ—наложить временную лигатуру на аорту. Пальцевое прижатіе аорты, какъ я въ томъ убѣдился, недостаточно потому, что для сжатія аорты приходится вводить въ полость брюшины всю кисть руки, а чрезъ это сильно съуживается операціонное поле.

Если, слѣд., осложненныя раны желудка требуютъ особыхъ мѣропріятій въ зависимости отъ характера осложненія, то сами раны желудка въ сущности подлежатъ одной и той-же формѣ лѣченія. Вотъ объ этомъ лѣченіи и показаніяхъ къ нему я и позволю себѣ сказать здѣсь нѣсколько словъ.

Литература о выжидательномъ отношеніи къ больнымъ, имѣющимъ огнестрѣльную рану одного желудка, показываетъ, что извѣстный % ихъ гибнетъ отъ общаго перитонита, и понятно—почему: не говоря уже о томъ, что въ желудкѣ страдающихъ хроническими желудочными заболѣваніями могутъ жить—и на самомъ дѣлѣ живутъ—болѣзнетворные микроорганизмы, въ желудкѣ лицъ совсѣмъ здоровыхъ можно найти микробовъ, способныхъ при тѣхъ или иныхъ условіяхъ вызывать смертельное заболѣваніе. Слѣд., допуская вмѣстѣ съ *Brunner*'омъ [1]), что микроорганизмы въ желудкѣ здороваго человѣка вообще обладаютъ малой болѣзнетворностью и слабой вирулентностью, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ огнестрѣльнаго раненія желудка мы не можемъ предугадать степень грозящей больному опасности, т. е. степень вирулентности проживающихъ въ его желудкѣ микробовъ. Разъ-же нельзя этого предугадать, то въ интересахъ больного прежде всего слѣдуетъ заботиться о предотвращеніи наихудшаго, т. е. о предотвращеніи общаго гнойнаго или гнилостнаго воспаленія брюшины. Предотвратить-же развитіе упомянутыхъ формъ перитонита можно лишь раннимъ чревосѣченіемъ, отысканіемъ раны или ранъ желудка и наложеніемъ на нихъ шва.

Возможно раннее чревосѣченіе многими хирургами [напр., *Mikulicz* [2]), *Kukula* [3])] считается наиболѣе правильнымъ способомъ лѣченія огнестрѣльныхъ ранъ желудка въ мирное время. *Forgue* и *Jeanbrau* въ своей работѣ высказываются въ томъ смыслѣ, что въ настоящее время нѣтъ основаній дѣлить хирурговъ на выжидающихъ и оперирующихъ. Такъ какъ, однако, какъ разъ среди русскихъ хирурговъ имѣются весьма компетентныя лица, придерживающіяся выжидательнаго способа лѣченія (*Г. Ф. Цейдлеръ*), то вопросъ этотъ—по крайней мѣрѣ для насъ—нельзя считать исчерпаннымъ.

Если у больного имѣется огнестрѣльная рана покрововъ живота въ области, соотвѣтствующей положенію желудка, то приходится рѣшать, проникаетъ-ли она въ полость брюшины и, если да, то раненъ-ли желудокъ или нѣтъ? Рѣшеніе перваго вопроса въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ рѣшенія второго, ибо при отсутствіи явленій со стороны органовъ, въ частномъ случаѣ со стороны желудка, ускользаетъ мѣрило для сужденія о глубинѣ раненія. Такимъ образомъ главное вниманіе удѣляется тому, раненъ-ли желудокъ? Иногда рѣшить это удается очень легко; въ другихъ-же случаяхъ, наоборотъ, распознаваніе становится затруднительнымъ.

Легко рѣшить этотъ вопросъ можно тогда, когда на лицо имѣется рядъ признаковъ: мѣстное сокращеніе мышцъ живота, мѣстная болѣзненность при выстукиваніи, присутствіе свободной жидкости въ полости брюшины, разлитой тимпанитъ, рвота, особенно кровавая, состояніе пульса, произвольныя боли, подавленное общее самочувствіе и т. д. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такихъ признаковъ—вѣр-

[1]) Сообщено въ Русскомъ хирургическомъ Обществѣ Пирогова.

[1]) *Brunner*. Experimentelle Untersuchungen über die durch Mageninhalt bewirkte Peritonitis. «*Langenbeck*'s Archiv», 1902, т. 67, стр. 804.

[2]) *Mikulicz*. Handbuch d. deutsch. prakt. Chirurgie.

[3]) *Kukula*. Beitrag z Pathologie und Therapie d. Schussverletzungen des Magens. «Wiener klin. Wochenschrift», 1899, стр. 927.

нѣе, такого ряда признаковъ—нѣтъ, и у хирурга возникаетъ тогда только подозрѣніе на существованіе раны желудка.

Само собою разумѣется, что, если-бы вообще какія-либо свѣжія раны желудка подлежали выжидательному лѣченію, то прежде всего ему подлежали-бы эти только подозрѣваемыя раны. Въ такихъ случаяхъ причина выжиданія оправдывалась-бы невозможностью точнаго распознаванія. Мнѣ лично, однако, думается, что и тутъ выжидать нѣтъ причинъ. Распознаваніе можетъ быть установлено окончательно лишь во время операціи. Такъ какъ, съ одной стороны, чревосѣченіе само по себѣ не представляетъ опасности, и во всякомъ случаѣ опасность его меньше опасности—оставить рану желудка незашитой; такъ какъ, съ другой стороны, при наличности раны въ желудкѣ, чревосѣченіе имѣетъ цѣлью зашиваніе послѣдней, т. е. служитъ цѣлямъ лѣченія, то при подозрѣваемыхъ ранахъ желудка чревосѣченіе можно считать вполнѣ умѣстнымъ. Позволю себѣ привести здѣсь одно наблюденіе, касавшееся, правда, колото-рѣзаной раны желудка, но интересное именно какъ иллюстрація только-что сказаннаго о подозрѣваемыхъ ранахъ желудка.

2. М. Х., 28 л., доставлена въ госпитальную хирургическую клинику проф. *С. П. Ѳедорова* 17/ш 1903 г. въ $1^1/_2$ час. ночи. Въ 12 час. ночи она получила ударъ кинжаломъ въ лѣвое подреберье. Сознанія не теряла. Жалуется на сильныя боли въ области раны. Рвоты не было. Крѣпкаго сложенія. Общее состояніе удовлетворительное; п. 116; дыханіе нѣсколько учащено. На лѣвой сторонѣ грудной клѣтки на уровнѣ 9-го ребра—рѣзанная рана, идущая горизонтально отъ передней подмышковой линіи до лѣвой сосковой; длина раны 6—7 стм. Въ задней части рана поверхностная, кпереди-же она углубляется. Ощупываніе обнаруживаетъ, что мѣсто сліянія 8-го и 9-го реберъ перерѣзано. Выстукиваніе лѣваго подреберья нѣсколько болѣзненно. Печеночная тупость не прикрыта. Въ виду направленія раневого канала заподозрѣна возможность раненія желудка, и въ $2^1/_2$ часа ночи ($2^1/_2$ часа послѣ раненія) подъ хлороформнымъ усыпленіемъ я приступилъ къ чревосѣченію. Вертикальный разрѣзъ отъ срединнаго конца раны внизъ до уровня пупка. По вскрытіи полости живота осмотрѣны прилежащіе органы: сальникъ, поперечная ободочная кишка и желудокъ. На передней стѣнкѣ послѣдняго найдена рана, проникавшая сквозь брюшинный и мышечный покровы до слизистой оболочки. Длина раны около 1 стм.; направленіе ея—горизонтальное. Во внутреннемъ углу раны поранена была вена, которая и кровоточила. Лигатура на вену. 2 брюшинно-мышечныхъ шва на рану желудка. Операціонная рана, за исключеніемъ самаго верхняго угла (мѣсто разъединенія реберныхъ хрящей), закрыта 3-мя рядами швовъ. Въ верхній уголъ введенъ отсасывающій тампонъ; кинжальная рана затампонирована.

Послѣопераціонное теченіе вполнѣ гладкое. На 5-я сутки удалены тампоны и сняты швы, первое натяженіе 4/IV, т. е. на 17-й день послѣ раненія; больная выписалась изъ клиники съ небольшой грануляціонной поверхностью на мѣстѣ бывшей кинжальной раны. Въ маѣ я видѣлъ г-жу Х. въ цвѣтущемъ состояніи.

Думаю, что въ этомъ случаѣ больная ровно ничего не потеряла отъ того, что ей было сдѣлано чревосѣченіе. Если, къ счастью для нея, оказалось, что полость желудка при раненіи у нея не была вскрыта, то это была лишь рѣдкая и счастливая случайность, разсчитывать на которую мы, въ сущности говоря, не имѣемъ никакого права. Ниже я привожу исторію болѣзни другой больной, гдѣ опять-таки я оперировалъ лишь съ подозрѣніемъ на огнестрѣльную рану желудка и гдѣ передняя стѣнка желудка оказалась пробитой.

3. Л. Л., 18 л., доставлена въ госпитальную хирургическую клинику проф. *С. П. Ѳедорова* въ $1^1/_2$ час. ночи съ 8/v на 9/v 1903 г. Въ 11 час. вечера, въ припадкѣ отчаянія, она выстрѣлила въ себя изъ револьвера большого калибра (патронъ 380)—немного менѣе, чѣмъ военнаго образца Smith'a и Wesson'a. Л. Л. стрѣляла въ себя стоя, одѣта въ платье, но безъ корсета; дуло было направлено въ лѣвую $^1/_2$ грудной клѣтки. Револьверъ она держала такъ, что лѣвой рукой обхватила его дуло, а правой направляла рукоятку. За 2 часа до раненія пила чай. Послѣ выстрѣла прошла въ сосѣднюю комнату и уже тамъ опустилась на диванъ. Все время была въ сознаніи и подробно отвѣчала на вопросы. Хорошаго сложенія и питанія. По лѣвой сосковой линіи, на ширину ладони внизъ отъ соска—кругловатая, съ сильно обожженными краями рана, немного менѣе серебрянаго пятака. Рана чуть кровоточитъ; окружающіе ее покровы едва припухли. Общее состояніе удовлетворительное. Рвоты нѣтъ. Область раны нѣсколько болѣзненна при выстукиваніи. Въ 3 часа ночи, т. е. черезъ 4 часа послѣ раненія, я приступилъ къ чревосѣченію въ виду подозрѣнія на рану желудка. Подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ вертикальный разрѣзъ, начиная отъ огнестрѣльной раны, длиной около 15 стм. При осмотрѣ желудка найдено, что на серединѣ его передней поверхности имѣлась рана, около 1,5 стм. длиной, которая шла косвенно сверху внизъ; выпавшей слизистой оболочки не было замѣтно, однако, истеченія изъ раны содержимаго желудка не было. Для наложенія швовъ желудокъ нѣсколько извлеченъ былъ изъ брюшной полости, при чемъ изъ раны его показалось нѣсколько капель содержимаго. На рану желудка наложенъ 2-этажный шовъ. Для осмотра задней поверхности желудка желудочно-толстокишечная связка (lig. gastro-colicum) раздѣлена была тупымъ путемъ. Поднявъ желудокъ, я осмотрѣлъ и ощупалъ всю его заднюю поверхность. Нигдѣ выходного отверстія пули не было, и пуля въ желудкѣ не прощупывалась. На желудочно-толстокишечную связку наложено было нѣсколько соединяющихъ швовъ. Въ полость брюшины влито 800 к. стм. теплаго солевого раствора. Послойный глухой 3-этажный шовъ раны брюшныхъ стѣнокъ, за исключеніемъ только мѣста вхожденія пули въ кожу, куда введенъ тампонъ до зашитаго апонейроза. Въ концѣ операціи—рвота свернувшейся кровью.

Послѣопераціонное теченіе вполнѣ гладкое. Черезъ 5 сутокъ сняты были швы; первое натяженіе. На 9-й день наложенъ вторичный шовъ на мѣсто тампона въ кожѣ, который черезъ 3 дня былъ удаленъ; получилось первое натяженіе. На 12-й день послѣ раненія, въ виду того, что пули въ испражненіяхъ найдено не было, сдѣланъ былъ *Roentgen*'овскій снимокъ живота, но пули не обнаружено. На 15-й день оперированная выписана здоровой. Передъ самой выпиской, при изслѣдованіи прямой кишки пальцемъ, я нашелъ въ расширеніи ея среди каловыхъ массъ пулю, которая и была извлечена.

Думаю, что случай этотъ еще болѣе поучителенъ, чѣмъ сл. 2. На основаніи объективнаго изслѣдованія больной можно было только заподозрить раненіе желудка; оказалось, что оно дѣйствительно было: передняя стѣнка желудка была пробита. Операція увѣнчалась полнымъ успѣхомъ: больная быстро выздоровѣла. Не берусь сказать, что было-бы съ нею, если-бы не дѣлать ей операціи; могло-бы быть или тоже самое, или худшее. Замѣчу кстати, что огнестрѣльныя раненія одной передней стѣнки желудка относятся къ относительнымъ рѣдкостямъ: на 112 случаевъ огнестрѣльнаго раненія желудка имѣется лишь 13, гдѣ отмѣчено существованіе одной раны (*Forgue* и *Jeanbreau*).

Если, на мой взглядъ, чревосѣченіе показано и при подозрѣваемыхъ ранахъ желудка, то при распознанныхъ огнестрѣльныхъ ранахъ его, согласно съ мнѣніемъ большинства хирурговъ, чревосѣченіе нужно считать обязательнымъ, и, чѣмъ раньше оно производится, тѣмъ лучше. Какъ я уже говорилъ, причина, побуждающая къ раннему чревосѣченію, заключается въ стремленіи предотвратить развитіе гнойнаго или «гнилостнаго» перитонита. Однако, сторонники выжидательнаго способа лѣченія опираются на извѣстные доводы; поэтому, указывая на причину, побуждающую къ раннему чревосѣченію, я долженъ нѣсколько остановиться и на критикѣ доводовъ противной партіи.

Réclus, одинъ изъ горячихъ защитниковъ выжидательнаго способа лѣченія, ссылался на то, что огнестрѣльныя раны желудка часто могутъ заживать по слѣдующей причинѣ: слизистая оболочка выпадаетъ въ раневой каналъ и тампонируетъ его. И нужно правду сказать, такой способъ закупорки раны съ послѣдующимъ рубцеваніемъ ея возможенъ. Напомню, что какъ въ сл. 1, такъ и въ сл. 3 рана желудка не пропустила содержимаго въ полость брюшины, хотя оно въ немъ и имѣлось: со рвотой, помимо крови, были извергнуты остатки пищи. Въ сл. 1 рана была затампонирована слизистой оболочкой, въ сл. 3—сократившіяся мышцы желудка закрыли отверстіе. Но, если возможно, такъ сказать, произвольное заживленіе раны желудка, то спрашивается, происходитъ-ли оно всегда? *Klemm* цѣлымъ рядомъ опытовъ доказалъ, что подобныя произвольныя заживленія встрѣчаются «только въ рѣдчайшихъ случаяхъ». «Перистальтическія движенія», говоритъ онъ, «могутъ раскрывать и раскрываютъ раны». Даже если-бы такое раскрываніе наблюдалось не такъ часто, какъ о томъ говоритъ *Klemm*, если-бы сообразно съ новѣйшими клиническими наблюденіями, раскрываніе ранъ подъ вліяніемъ перистальтики наблюдалось не часто, то и этого было-бы вполнѣ достаточно для заключенія—оперировать, не выжидая, ибо мы не знаемъ напередъ, у какого больного рана пропуститъ содержимое въ полость брюшины и у какого нѣтъ. Наше дѣло заботиться о томъ, чтобы съ того времени, какъ больной попалъ подъ наше наблюденіе, ни одна рана желудка не пропустила содержимаго въ полость брюшины, а достичь этого можно только швомъ раны.

Какъ извѣстно, въ послѣднее время цифры начинаютъ пріобрѣтать дов. большое значеніе при оцѣнкѣ различныхъ способовъ лѣченія хирургическихъ заболѣваній. Но нельзя не сознаться, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ могутъ повести къ ошибочнымъ заключеніямъ. Уже *Klemm*, а за нимъ и *Kukula* и др. указывали на пробѣлы въ статистикахъ по поводу вопроса о лѣченіи огнестрѣльныхъ ранъ желудка и кишекъ. Мнѣ думается, что и статистика *М. И. Ростовцева* грѣшитъ въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ.

A priori'стическое разсужденіе не можетъ выяснить причины, почему выжидательный способъ лѣченія неосложненныхъ огнестрѣльныхъ ранъ желудка даетъ 77,1% выздоровленій, оперативный-же — только 76,5%. Правда, разница—оч. небольшая, и самъ *М. И. Ростовцевъ* на основаніи этой малости разницы приходитъ къ двойственности вывода; но и существованіе такой разницы должно быть объяснено какими-либо побочными обстоятельствами. Такъ оно и оказывается: въ статистикѣ подсчитаны всѣ случаи оперативнаго лѣченія неосложненныхъ ранъ безъ сообразованія со временемъ производства операціи. Между тѣмъ эта сторона дѣла имѣетъ большое значеніе: оперировать больного со свѣжей раной или оперировать его уже при имѣющемся гнойномъ или «гнилостномъ» перитонитѣ,—двѣ вещи совершенно разныя. *Г. А. Свіяжениновъ* оперировалъ по поводу огнестрѣльныхъ ранъ желудка 3 раза: оба больныхъ, оперированныхъ имъ въ теченіи первыхъ 3-хъ часовъ послѣ раненія, выздоровѣли; больная-же, оперированная черезъ 19 часовъ послѣ него при имѣющемся уже перитонитѣ, погибла.

Такимъ образомъ если основываться на данныхъ статистики *М. И. Ростовцева*, то можно-бы было вывести заключеніе въ пользу ранняго чревосѣченія. Послѣднія цифры *Forgue* и *Jeanbrau*, однако, опять какъ-бы даютъ оружіе въ руки хирурговъ выжидающихъ. *Forgue* и *Jeanbrau* говорятъ, что выжидательное лѣченіе при *доказанныхъ* неосложненныхъ раненіяхъ желудка даетъ 46% смертности; чревосѣченіе при такихъ-же условіяхъ даетъ 42% смертности. Однако, авторами выдѣлена группа изъ 26 случаевъ, гдѣ раненіе желудка можно было только подозрѣвать и гдѣ оперативнаго пособія оказано не было; изъ этихъ 26 больныхъ умерли 2, т. е. % смертности = 7,61. На эту цифру и могутъ опираться защитники выжидательнаго способа лѣченія, хотя для меня, какъ и для *Forgue* и *Jeanbrau*, она ничего не говоритъ. Во 1-хъ, мы не имѣемъ статистики, которая-бы говорила относительно оперативнаго лѣченія клинически подозрѣваемыхъ ранъ желудка. Возможно допустить, что среди подозрѣваемыхъ ранъ, излѣченныхъ выжидательно, имѣется рядъ случаевъ, гдѣ раны желудка или не было вовсе, или она была непроникающая. Примѣромъ тому можетъ служить мой 2-й случай, хотя рана тамъ и не была огнестрѣльной. Во 2-хъ, % смертности среди оперированныхъ больныхъ приходится высчитывать изъ какихъ-либо 15 случаевъ. Ясно, что при этомъ уже 1 случай, кончившійся смертельно, будетъ рѣзко вліять на разсчетъ. Такъ, напр., въ 1903 г. сообщено 2 смертельныхъ случая—1 *Forgue* и *Jeanbrau*, другой—*Б. К. Финкельштейна*. Если за тоже время появились въ печати сообщенія о нѣсколькихъ случаяхъ съ благопріятнымъ исходомъ оперативнаго вмѣшательства (случаи *Williams*'а, *Anvray*'я, *Zawadsk*'аго, мой сл. 3), то выводить изъ нихъ % смертности оказывается совершенно безцѣльнымъ. Всѣ эти %-ные разсчеты, которые съ натяжкой могутъ говорить въ пользу выжидательнаго отношенія къ больнымъ съ неосложненной раной желудка, не въ силахъ опровергнуть того простого положенія, что только шовъ можетъ обезпечить закрытіе раны этого органа.

Такимъ образомъ, не смотря на то, что доказать необходимость чревосѣченія при огнестрѣльныхъ раненіяхъ одного желудка съ цифрами въ рукахъ, какъ то было-бы желательно, нельзя, я все-таки настаиваю на показанности возможно ранняго чревосѣченія, какъ на логической необходимости всего современнаго строя нашихъ знаній.

Спрашивается теперь, всегда-ли показано чревосѣченіе при огнестрѣльныхъ ранахъ одного желудка? На это отвѣчу: нѣтъ; оно показано всегда только при свѣжихъ ранахъ. Наоборотъ, если больной поступаетъ подъ наше наблюденіе на 2-ыя и т. д. сутки, то здѣсь показанія къ чревосѣченію нужно уже ставить въ связь съ особенностями случая, ибо при отсутствіи признаковъ перитонита спустя сутки можно, дѣйствительно, надѣяться на то, что рана не пропуститъ содержимаго желудка въ полость брюшины, разъ она до сихъ поръ не пропустила его.

Въ представившемся мнѣ одномъ такомъ случаѣ—больной былъ доставленъ въ клинику уже спустя сутки послѣ раненія—когда на основаніи бывшей кровавой рвоты и нѣкоторой болѣзненности въ области желудка распознаваніе раненія желудка казалось установленнымъ, я не счелъ нужнымъ приступить къ чревосѣченію, ибо не было признаковъ перитонита. Больной этотъ быстро поправился.

CXLVIII. Къ вопросу о высокомъ стояніи лопатки *).

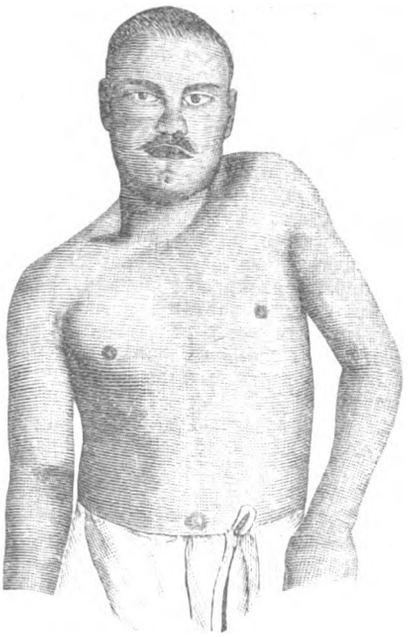
А. А. Воробьева **).

Различныя формы высокаго стоянія лопатки, на которыя я хотѣлъ-бы обратить вниманіе, встрѣчаются не часто; между тѣмъ незнакомство съ ними можетъ доставить врачу и больному немало безпокойствъ.

Приведу прежде всего нѣсколько исторій болѣзни больныхъ, наблюдавшихся въ Кіевскомъ военномъ госпиталѣ.

1. 9/ш 1902 г. въ госпиталь поступилъ на испытаніе Т. К., 21 г., солдатъ, уроженецъ Петроковской губ. Заподозрѣнный еще во время набора въ воинскомъ присутствіи въ притворствѣ въ виду необычности имѣющагося у него обезображиванія, онъ былъ посланъ въ Карскій военный госпиталь, гдѣ и былъ признанъ одержимымъ истеріей и истерическимъ сведеніемъ и подлежащимъ годовой отсрочкѣ. Непринятый въ полкъ по окончаніи отпуска, онъ былъ присланъ въ Кіевъ. Имѣющееся у испытуемаго обезображиваніе совершенно не тяготитъ его и никакихъ разстройствъ въ отправленіи конечностей не причиняетъ. Живя въ деревнѣ, онъ занимался хозяйствомъ. О возникновеніи своего страданія разсказываетъ, что на 6—7-мъ году жизни, спускаясь съ лѣстницы, приставленной къ избѣ, оступился и упалъ головою внизъ, при чемъ сильно ударился лѣвымъ надплечьемъ. Съ тѣхъ поръ появилась разница въ высотѣ положенія обоихъ плечъ, которая, постепенно увеличиваясь, къ 13—14 годамъ стала весьма рѣзкой ***). Другихъ никакихъ заболѣваній не было, и здоровье всегда было отличное.

Средняго роста, хорошаго сложенія, умѣреннаго питанія. На черепѣ рѣзкіе признаки вырожденія: по стрѣловидной бороздѣ гребневидное возвышеніе; на границѣ верхней части височныхъ областей возвышеніе, вслѣдствіе чего теменныя области кажутся запавшими; внутренніе углы глазъ далеко отстоятъ другъ отъ друга; переносье запавшее. Ушныя мочки прирощены. Зубы сформированы неправильно. Кожа грязноватосѣрая, съ многочисленными угрями на спинѣ и на груди. Внутренніе органы безъ



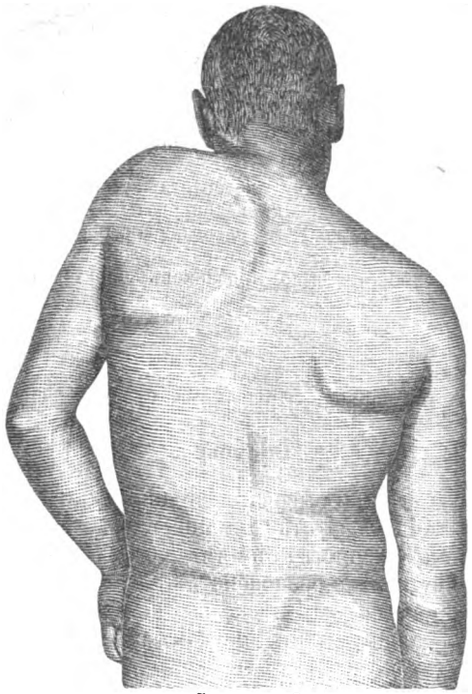
Снимокъ 1.
Сл. 1. К., 21 г. Высокое стояніе лѣвой лопатки.

---

*) Сообщено на общемъ Совѣщаніи врачей Кіевскаго военнаго госпиталя 13/VIII 1902 г.

**) Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ большое промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

***) Эти данныя анамнеза были подтверждены опросомъ родныхъ; одинъ изъ послѣднихъ, впрочемъ, сообщилъ, что К. на 6-мъ году упалъ не съ лѣстницы, а съ лошади.



Снимокъ 2.
Сл. 1. К., 21 г. Высокое стояніе лѣвой лопатки отъ атрофіи нижней части капюшонной мышцы (мышечная дистрофія).

замѣтныхъ уклоненій. При осмотрѣ прежде всего бросается въ глаза косое положеніе верхняго плечевого пояса (см. снимки 1 и 2). При совершенно вертикальномъ положеніи головы—шеи и туловища, лѣвыя ключица, лопатка и вся рука подняты такъ сильно, что дельтовидная область здѣсь почти касается ушной раковины. Это положеніе нельзя исправить самымъ сильнымъ надавливаніемъ на лѣвую надключичную область или потягиваніемъ внизъ за предплечье лѣвой руки. Искривленіе исчезаетъ въ значительной мѣрѣ: 1) при пассивномъ поднятіи опущенной правой руки вмѣстѣ съ лопаткой вверхъ; 2) при поднятіи обѣихъ рукъ вверхъ надъ головой, особенно если испытуемый согнетъ при этомъ туловище впередъ, стараясь пальцами рукъ достать пальцы ногъ. Но и при такомъ исправленіи положенія обращаютъ на себя вниманіе рѣзко выраженныя очертанія, большій объемъ и плотность мышцъ въ лѣвой $^1/_2$ затылочной области. Второе, что останавливаетъ на себѣ вниманіе, это—небольшой сколіозъ позвоночника въ грудной части въ сторону приподнятой лопатки и уравновѣшивающій сколіозъ въ поясничной части въ сторону обратную. Когда указанными способами уничтожается приподнятое положеніе лѣвой $^1/_2$ плечевого пояса, исчезаетъ и сколіозъ. Вообще-же со стороны позвоночника нѣтъ ни болѣзненности, ни ограниченій подвижности въ отдѣльныхъ его частяхъ при всевозможнаго рода движеніяхъ туловища. При изслѣдованіи костей плечевого пояса и рукъ оказывается, что обѣ ключицы развиты совершенно одинаково; акроміальный конецъ на лѣвой сторонѣ стоитъ гораздо выше, чѣмъ на правой; лопатки не одинаково плотно прилегаютъ къ грудной клѣткѣ: нижній уголъ и внутренній край лѣвой лопатки выражены значительно рѣзче; нижній уголъ лѣвой лопатки отстоитъ отъ позвоночника дальше, чѣмъ такой-же уголъ правой; лѣвая лопатка, помѣщаясь значительно выше правой, верхнимъ внутреннимъ угломъ замѣтно притянута къ позвоночнику; ость ея имѣетъ болѣе косое направленіе, спускаясь сверху внизъ и снаружи внутрь; вообще вся лопатка поднята вверхъ, приближена къ позвоночнику, нижней своей $^1/_2$ болѣе отстоитъ отъ грудной клѣтки и нижнимъ угломъ поворочена наружу. Никакихъ измѣненій въ строеніи самой лопатки ощупываніемъ и лучами *Roentgen*'а опредѣлить не удается. Вообще положеніе лопатки можетъ быть выражено слѣдующимъ схематическимъ рисункомъ (рис. 1).

Если провести горизонтальную линію черезъ акроміальный отростокъ правой лопатки, то вершина акроміальнаго отростка лѣвой лопатки надъ этой линіей стоитъ выше на 9 стм.

При изслѣдованіи костей плеча, предплечья и пр. въ лѣвой рукѣ никакихъ уклоненій не обнаруживается. Измѣреніемъ можно убѣдиться, что длина и окружность во всѣхъ частяхъ правой и лѣвой руки совершенно одинаковы. Со стороны грудиноключичнаго, ключично-акроміальнаго сочлененій и плечевого сустава никакихъ уклоненій не наблюдается. При поднятіи лѣвой руки въ плечевомъ суставѣ иногда получается легкій хрустъ, похожій на крепитацію при раздавливаніи кровяныхъ сгустковъ. При изслѣдованіи мышцъ спины и затылка бросается въ глаза сильно выстоящій въ лѣвой $^1/_2$ послѣдняго объемистый тяжъ, идущій отъ затылочной кости и шейныхъ позвонковъ къ лопаточной ости (трапеціевидная мышца и мышца, поднимающая лопатку); при ощупываніи тяжъ этотъ не представляется напряженнымъ, хотя онъ и болѣе плотенъ, чѣмъ на другой $^1/_2$. Общая масса мышцъ здѣсь болѣе объемиста и коротка, соотвѣтственно высокому стоянію лопатки. Такой мышечный валъ появляется у лицъ, поднявшихъ высоко одно плечо (что я наблюдалъ у служителей госпиталя, заставляя ихъ это дѣлать для сравненія), хотя мышцы въ

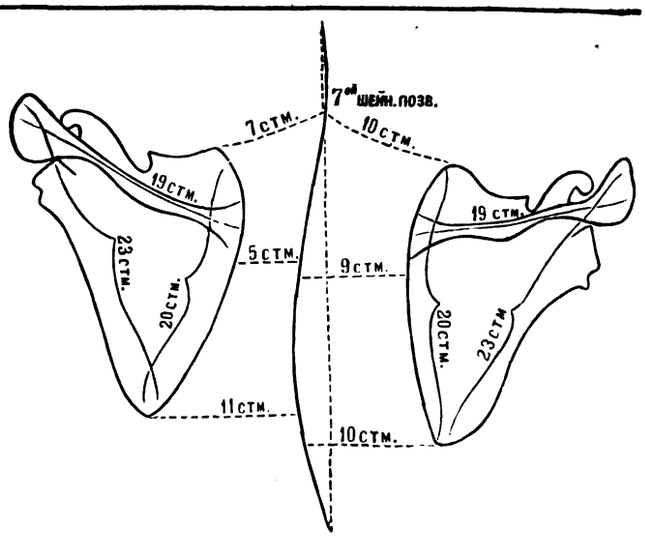


Рис. 1. Сл. 1

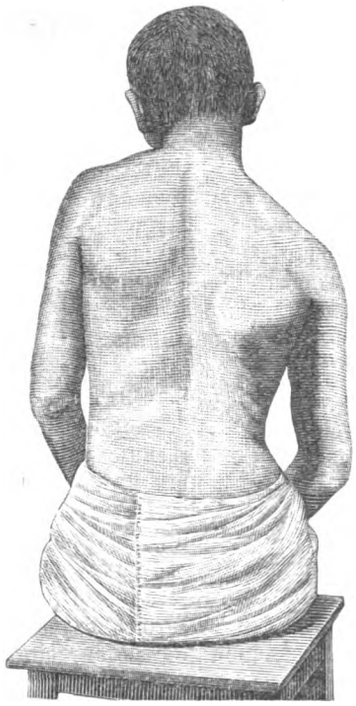
этихъ случаяхъ на ощупь болѣе плотны и напряжены, чѣмъ онѣ были у испытуемаго. Соотвѣтственно увеличенію общей массы мышцъ надъ лопаточной остью мышцы у нижняго угла лопатки на лѣвой сторонѣ (нижняя часть трапеціевидной, широкой мышцы спины, передней зубчатой) менѣе объемисты и образуютъ болѣе глубокую впадину, чѣмъ на правой сторонѣ. Опустить поднятую лопатку испытуемый не можетъ. Поднимая лопатку здоровой стороны вверхъ, онъ въ значительной мѣрѣ уничтожаетъ разницу въ высотѣ стоянія лопатокъ, но полнаго выравниванія ихъ уровня все-же достигнуть не можетъ; лѣвая лопатка остается выше правой. Большая и малая грудныя, грудино-ключично-сосцевидная и остальныя мышцы шеи и рукъ развиты одинаково хорошо.

Изслѣдованіе нервной системы, произведенное проф. *Н. А. Оболонскимъ* и д-ромъ *М. Ф. Колесниковымъ*, которымъ и приношу за это глубокую благодарность, показало, что зрачки у испытуемаго отвѣчаютъ на свѣтъ живо, глоточный рефлексъ рѣзко повышенъ, дермографизма нѣтъ; синюха кистей рукъ, особенно лѣвой, и рѣзко выраженная потливость. При изслѣдованіи иглой и кисточкой фарадическаго тока на лѣвой $^1/_2$ груди, на той-же $^1/_2$ спины и на лѣвой рукѣ кожная болевая чувствительность рѣзко понижена. При электризаціи фарадическимъ токомъ въ области лѣвой передней большой зубчатой мышцы плечо принимаетъ болѣе нормальное положеніе. При изслѣдованіи постояннымъ токомъ *въ нижней части лѣвой трапеціевидной мышцы ясная реакція перерожденія.*

Въ виду предположенія, что въ толщѣ верхней части трапеціевидной мышцы имѣются органическія измѣненія (напр., рубцеваго характера), препятствующія опустить лопатку, испытуемому было предложено позволить себя захлороформировать. Согласіе съ его стороны послѣдовало. Подъ хлороформомъ оказалось, что при полномъ разслабленіи мышцъ можно поставить лопатки на обѣихъ сторонахъ совершенно одинаково и лѣвую лопатку вмѣстѣ съ конечностью опустить до нормальнаго положенія. По мѣрѣ того, какъ испытуемый просыпался, лопатки и плечо его постепенно возвратились въ положеніе, какое они имѣли до наркоза. Пробывъ въ госпиталѣ почти $3^1/_2$ мѣсяца, испытуемый былъ признанъ негоднымъ къ военной службѣ и уволенъ.

2. Г. Ф., 22 л., уроженецъ Петроковской губ., поступилъ въ госпиталь на испытаніе 21/v 1902 г. Разсказываетъ, что былъ рожденъ съ головой, пригнутой къ лѣвому плечу (torticollis). Такъ какъ никакія терапевтическія и ортопедическія мѣры не устраняли имѣвшагося обезображиванія, то на 13-мъ году жизни уѣхалъ въ Вѣну, гдѣ проф. *Billroth*'омъ была сдѣлана операція: перерѣзка лѣвой грудино-ключично-сосковой мышцы. Голова послѣ этой операціи и послѣдующаго ортопедическаго лѣченія была поставлена совершенно правильно. Бывшее, однако, до операціи приподнятымъ лѣвое плечо и послѣ нея осталось такимъ-же. По мѣрѣ роста и дальнѣйшаго развитія разница въ уровнѣ обоихъ плечъ усилилась еще болѣе. Имѣющееся у испытуемаго обезображиваніе совершенно не тяготитъ его и не препятствуетъ работѣ лѣвой руки; лишь ограничены рѣзкія движенія головы, особенно поворачиваніе ея вправо.

Средняго роста, хорошаго питанія и сложенія, безъ какихъ-либо замѣтныхъ уклоненій со стороны внутреннихъ органовъ. Голову держитъ дов. прямо; однако при болѣе внимательномъ осмотрѣ видно, что она слегка наклонена и поворочена лицемъ влѣво. Никакихъ несоразмѣрностей въ костяхъ лица и черепа, равно какъ и въ зубахъ нѣтъ. Лѣвая $^1/_2$ плечевого пояса значительно приподнята (см. снимокъ 3). Искривленіе это уменьшается только при поднятіи рукъ надъ головой или сгибаніи туловища съ вытянутыми впередъ руками. Ключица на лѣвой сторонѣ стоитъ значительно выше, чѣмъ на правой, но почти горизонтально, такъ что акроміальный конецъ ея лишь немного выше грудиннаго; развиты онѣ одинаково хорошо на обѣихъ сторонахъ. На кожѣ въ лѣвой надключичной ямкѣ у ключичной ножки грудино-ключично-сосцевидной мышцы — 3 небольшихъ рубца, подвижныхъ надъ глубжележащими частями. Позвоночникъ въ шейной части представляетъ небольшой сколіозъ вправо и болѣе рѣзко выраженный сколіозъ влѣво въ грудной части. Лѣвая лопатка стоитъ значительно выше правой (ея акроміаль-



Снимокъ 3.
Сл. 2. Высокое стояніе лопатки при врожденной кривошеѣ.

ный конецъ выше горизонтальной линіи, проходящей черезъ та кой-же отростокъ правой лопатки на 11 стм); никакихъ измѣненій въ костномъ ея веществѣ не наблюдается; она плотно прилегаетъ къ грудной клѣткѣ, и нижній уголъ ея выраженъ одинаково рѣзко, что и на другой сторонѣ; положеніе ея по отношенію къ позвоночнику видно изъ слѣдующей схемы.

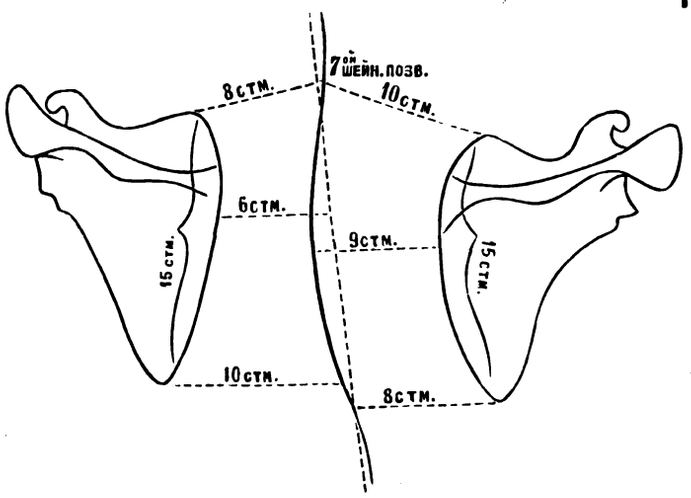


Рис. 2. Сл. 2.

Изъ этой схемы видно, что лѣвая лопатка, помѣщалась выше, приближена къ позвоночнику и нѣсколько повернута нижнимъ угломъ наружу.

Лѣвая рука развита такъ-же хорошо, какъ и правая; укороченія, атрофіи ея нѣтъ. Изслѣдуя мышцы, встрѣчаемся съ сильно напряженнымъ тяжемъ въ области ключичной ножки грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Тяжъ этотъ рѣзко выступаетъ подъ кожей и натягивается, какъ струна, при поворачиваніи головы вправо или при попыткахъ опустить лѣвое плечо давленіемъ на него внизъ. Образуя съ грудинной ножкой, тоже имѣющей видъ плотнаго тяжа, только менѣе рѣзко выступающаго подъ кожей, глубокую ямку, вся грудино ключично-сосцевидная мышца на лѣвой сторонѣ представляется болѣе короткой, чѣмъ на правой. Длина отъ сосцевиднаго отростка до прикрѣпленія грудинной ножки справа 19, слѣва 15 стм.; длина отъ сосцевиднаго отростка до прикрѣпленія ключичной ножки справа 16, слѣва 12 стм. Такимъ образомъ вся мышца на лѣвой сторонѣ на 4 стм. короче, чѣмъ на правой. Движенія головы, особенно наклоненіе и поворачиваніе вправо, рѣзко ограничены; они дѣлаются болѣе свободными, если, приподнявъ опущенную руку вмѣстѣ съ лопаткой, разслабить напряженные тяжи грудинной и ключичной ножекъ грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Остальныя мышцы шеи, груди и рукъ безъ всякихъ измѣненій. Трапеціевидная мышца и мышца, поднимающая лопатку, слѣва въ затылочной части, соотвѣтственно высокому подъему лопатки, болѣе объемисты и укорочены; на ощупь онѣ мягки, не напряжены. У нижняго угла лѣвой лопатки мышцы (трапеціевидная, широкая спины и передняя большая зубчатая) образуютъ замѣтно меньшую возвышенность, чѣмъ на правой. Опустить активно или пассивно лѣвое плечо не удается. Изслѣдованіе электровозбудимости мышцъ шеи и лопатки показало, что въ нихъ никакихъ измѣненій съ этой стороны нѣтъ. Грудино-ключично-сосцевидныя мышцы сокращаются при в. слабомъ прерывистомъ токѣ (при раздвиганіи катушекъ на 2 стм.). Постоянный токъ вызываетъ въ этихъ мышцахъ первое сокращеніе при замыканіи катода при силѣ тока въ 4 МА.

Въ виду явнаго укороченія лѣвой грудино-ключично-сосковой мышцы, ограниченія подвижности головы и высокаго стоянія лѣвой $^1/_2$ плечевого пояса испытуемый признанъ негоднымъ къ военной службѣ.

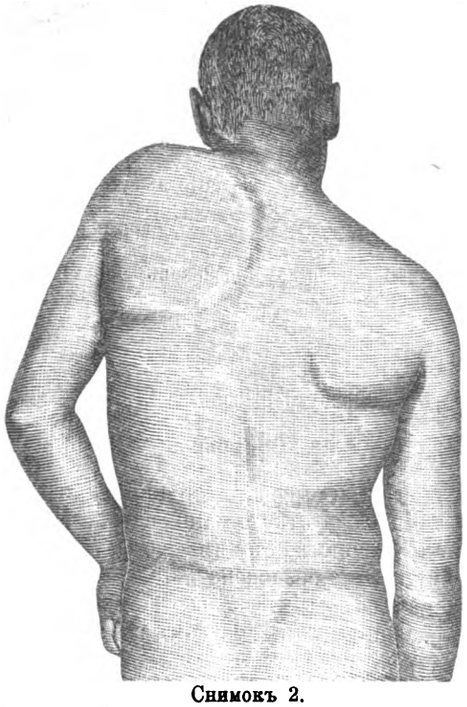
Оба вышеописанныхъ случая имѣютъ своимъ общимъ и рѣзкимъ признакомъ высокое положеніе лѣвой $^1/_2$ плечевого пояса. Однако изъ исторій болѣзни видно, что причина въ томъ и другомъ случаѣ обезображиванія совершенно различна. Если у 1-го больного косое положеніе плечевого пояса обусловливается измѣненіемъ состоянія мышцъ лопатки, то у 2-го причина кроется въ нарушеніи отправленій мышцъ, прикрѣпляющихся къ ключицѣ. Обращусь къ сл. 1.

Имѣющіяся у Т. К. объективныя измѣненія сводятся къ слѣдующимъ: лѣвая лопатка поднята вверхъ, нѣсколько отстоитъ отъ грудной клѣтки, приближена къ позвоночнику и повернута нижнимъ угломъ наружу; нижняя часть трапеціевидной мышцы (отъ 5-го грудного позвонка до 12-го) находится въ паретическомъ состояніи, а верхняя, напротивъ, сокращена; имѣется небольшой сколіозъ позвоночника, легко исправляющійся; самъ испытуемый представляетъ нѣкоторые признаки вырожденія; явленій атрофіи со стороны лѣвой руки нѣтъ.

Достаточно-ли этихъ данныхъ, чтобы на основаніи ихъ понять и объяснить себѣ весь механизмъ обезображиванія въ данномъ случаѣ? Можно ли, иначе говоря, атрофическимъ состояніемъ нижней части трапеціевидной мышцы—этимъ, несомнѣнно главнымъ объективнымъ признакомъ, найденнымъ у испытуемаго—объяснить высокое стояніе лопатки? Обратимся за рѣшеніемъ этого вопроса къ литературнымъ даннымъ.

Высокое стояніе лопатки впервые было описано *Sprengel*'емъ [1]) (1891 г.), смотрѣвшимъ на это обезображиваніе, какъ на явленіе врожденное, слѣдствіе неправильнаго положенія ручки у плода. Въ дальнѣйшемъ накопилось сравнительно дов. много подобнаго рода случаевъ [*Kölliker* [2]), *Bolten*, *Hoffa*, *Milo*, *Pitsch* (см. литературу *Kausch*'а [5]), недавно *Lamm* [3]), *Goldthweit* и *Pointer* [4]). и др.]. О характерѣ встрѣчающихся при этомъ измѣненій можно судить по классификаціи *Roger*'а [6]), собравшаго изъ литературы 34 случая и присоединившаго къ нимъ свои 3 наблюденія. *Roger* различаетъ слѣдующія 4 группы формъ высокаго стоянія лопатки: 1) случаи, гдѣ ось лопатки такъ измѣнила свое направленіе, что нижній уголъ ея соприкасается съ позвоночникомъ, или гдѣ имѣется выстояніе, на подобіе экзостоза, верхняго медіальнаго угла, или случаи связочно-костнаго соединенія медіальнаго края лопатки съ позвоночникомъ; при этомъ наблюдается сколіозъ въ ту или другую сторону; 2) случаи съ удлинненіемъ въ формѣ экзостоза медіальнаго угла лопатки и съ небольшимъ сколіозомъ въ больную сторону; 3) случаи съ сверхсчетнымъ образованіемъ костей отъ атланта до медіальнаго края лопатки; 4) случаи чистаго смѣщенія вверхъ безъ какихъ-либо другихъ измѣненій. *Milo* (прив. по *Kausch*'у) различалъ 2 группы высокаго стоянія лопатки: 1) группу «reinen Sprengel» съ нарушеніемъ отправленій верхнихъ конечностей и съ укороченными въ состояніи первичной контрактуры мышцами, какъ слѣдствіе «intrauterine Belastungsdifformität», 2) группу «Pseudosprengel» безъ контрактуръ и нарушеній отправленій рукъ, но гдѣ экзостозы или подобныя ему образованія служатъ причинами обезображиванія.

Существуютъ многочисленныя теоріи объ этіологіи этихъ формъ уродствъ. Врожденное обезображиваніе лопатки (*Kirmisson*), экзостозъ или заворачиваніе верхнихъ угловъ, краевъ лопатки (*Kölliker*), острый передній полиомиелитъ плода, прошедшій безъ всякихъ другихъ слѣдовъ (*Bloch*), укороченіе мышцъ, напр. трапеціевидной (*Schlange*, *Hoffa*), поднимающей лопатку и пр.; задержка опусканія лопатки («descensus scapulae») (*Chientz*), въ чемъ, быть можетъ, виноватъ рахитъ, вотъ тѣ теоріи, перечисленіе и критику которыхъ можно найти у *Roger*'а и у *Kausch*'а. Послѣдній склоняется къ тому, что врожденная недостача



Снимокъ 2.

Сл. 1. К., 21 г. Высокое стояніе лѣвой лопатки отъ атрофіи нижней части капюшонной мышцы (мышечная дистрофія).

замѣтныхъ уклоненій. При осмотрѣ прежде всего бросается въ глаза косое положеніе верхняго плечевого пояса (см. снимки 1 и 2). При совершенно вертикальномъ положеніи головы—шеи и туловища, лѣвыя ключица, лопатка и вся рука подняты такъ сильно, что дельтовидная область здѣсь почти касается ушной раковины. Это положеніе нельзя исправить самымъ сильнымъ надавливаніемъ на лѣвую надключичную область или потягиваніемъ внизъ за предплечье лѣвой руки. Искривленіе исчезаетъ въ значительной мѣрѣ: 1) при пассивномъ поднятіи опущенной правой руки вмѣстѣ съ лопаткой вверхъ; 2) при поднятіи обѣихъ рукъ вверхъ надъ головой, особенно если испытуемый согнетъ при этомъ туловище впередъ, стараясь пальцами рукъ достать пальцы ногъ. Но и при такомъ исправленіи положенія обращаютъ на себя вниманіе рѣзко выраженныя очертанія, большій объемъ и плотность мышцъ въ лѣвой ½ затылочной области. Второе, что останавливаетъ на себѣ вниманіе, это—небольшой сколіозъ позвоночника въ грудной части въ сторону приподнятой лопатки и уравновѣшивающій сколіозъ въ поясничной части въ сторону обратную. Когда указанными способами уничтожается приподнятое положеніе лѣвой ½ плечевого пояса, исчезаетъ и сколіозъ. Вообще-же со стороны позвоночника нѣтъ ни болѣзненности, ни ограниченій подвижности въ отдѣльныхъ его частяхъ при всевозможнаго рода движеніяхъ туловища. При изслѣдованіи костей плечевого пояса и рукъ оказывается, что обѣ ключицы развиты совершенно одинаково; акроміальный конецъ на лѣвой сторонѣ стоитъ гораздо выше, чѣмъ на правой; лопатки не одинаково плотно прилегаютъ къ грудной клѣткѣ: нижній уголъ и внутренній край лѣвой лопатки выражены значительно рѣзче; нижній уголъ лѣвой лопатки отстоитъ отъ позвоночника дальше, чѣмъ такой-же уголъ правой; лѣвая лопатка, помѣщаясь значительно выше правой, верхнимъ внутреннимъ угломъ замѣтно притянута къ позвоночнику; ость ея имѣетъ болѣе косое направленіе, спускаясь сверху внизъ и снаружи внутрь; вообще вся лопатка поднята вверхъ, приближена къ позвоночнику, нижней своей ½ болѣе отстоитъ отъ грудной клѣтки и нижнимъ угломъ поворочена наружу. Никакихъ измѣненій въ строеніи самой лопатки ощупываніемъ и лучами *Roentgen*'а опредѣлить не удается. Вообще положеніе лопатки можетъ быть выражено слѣдующимъ схематическимъ рисункомъ (рис. 1).

Если провести горизонтальную линію черезъ акроміальный отростокъ правой лопатки, то вершина акроміальнаго отростка лѣвой лопатки надъ этой линіей стоитъ выше на 9 стм.

При изслѣдованіи костей плеча, предплечья и пр. въ лѣвой рукѣ никакихъ уклоненій не обнаруживается. Измѣреніемъ можно убѣдиться, что длина и окружность во всѣхъ частяхъ правой и лѣвой руки совершенно одинаковы. Со стороны грудиноключичнаго, ключично-акроміальнаго сочлененій и плечевого сустава никакихъ уклоненій не наблюдается. При поднятіи лѣвой руки въ плечевомъ суставѣ иногда получается легкій хрустъ, похожій на крепитацію при раздавливаніи кровяныхъ сгустковъ. При изслѣдованіи мышцъ спины и затылка бросается въ глаза сильно выстоящій въ лѣвой ½ послѣдняго объемистый тяжъ, идущій отъ затылочной кости и шейныхъ позвонковъ къ лопаточной ости (трапеціевидная мышца и мышца, поднимающая лопатку); при ощупываніи тяжъ этотъ не представляется напряженнымъ, хотя онъ и болѣе плотенъ, чѣмъ на другой ½. Общая масса мышцъ здѣсь болѣе объемиста и коротка, соотвѣтственно высокому стоянію лопатки. Такой мышечный валъ появляется у лицъ, поднявшихъ высоко одно плечо (что я наблюдалъ у служителей госпиталя, заставляя ихъ это дѣлать для сравненія), хотя мышцы въ

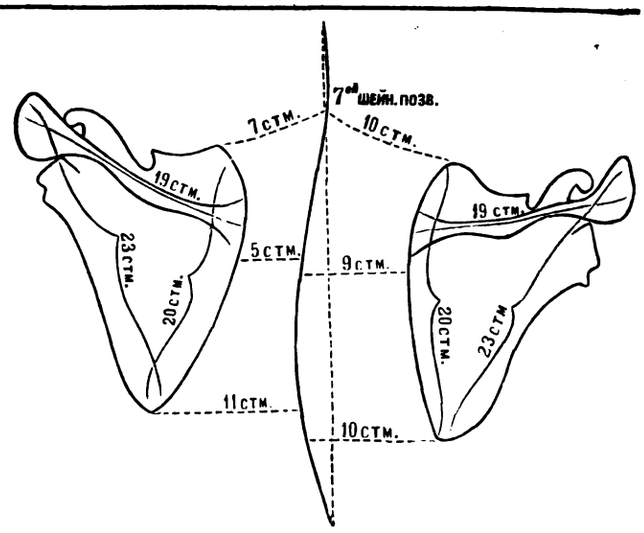


Рис. 1. Сл. 1

этихъ случаяхъ на ощупь болѣе плотны и напряжены, чѣмъ онѣ были у испытуемаго. Соотвѣтственно увеличенію общей массы мышцъ надъ лопаточной остью мышцы у нижняго угла лопатки на лѣвой сторонѣ (нижняя часть трапеціевидной, широкой мышцы спины, передней зубчатой) менѣе объемисты и образуютъ болѣе глубокую впадину, чѣмъ на правой сторонѣ. Опустить поднятую лопатку испытуемый не можетъ. Поднимая лопатку здоровой стороны вверхъ, онъ въ значительной мѣрѣ уничтожаетъ разницу въ высотѣ стоянія лопатокъ, но полнаго выравниванія ихъ уровня все-же достигнуть не можетъ; лѣвая лопатка остается выше правой. Большая и малая грудныя, грудино-ключично-сосцевидная остальныя мышцы шеи и рукъ развиты одинаково хорошо.

Изслѣдованіе нервной системы, произведенное проф. *Н. Оболонскимъ* и д-ромъ *М. Ф. Колесниковымъ*, которымъ я ношу за это глубокую благодарность, показало, что зрачки испытуемаго отвѣчаютъ на свѣтъ живо, глоточный рефлексъ рѣзко повышенъ, дермографизма нѣтъ; синюха кистей рукъ бенно лѣвой, и рѣзко выраженная потливость. При изслѣдо иглой и кисточкой фарадическаго тока на лѣвой ½ гр той-же ½ спины и на лѣвой рукѣ кожная болевая чувст ность рѣзко понижена. При электризаціи фарадическимъ въ области лѣвой передней большой зубчатой мышцы пле нимаетъ болѣе нормальное положеніе. При изслѣдованіи нымъ токомъ *въ нижней части лѣвой трапеціевидной ясная реакція перерожденія.*

Въ виду предположенія, что въ толщѣ верхней час ціевидной мышцы имѣются органическія измѣненія (цеваго характера), препятствующія опустить лопатку, му было предложено позволить себя захлороформиров сіе съ его стороны послѣдовало. Подъ хлороформомъ что при полномъ разслабленіи мышцъ можно постав на обѣихъ сторонахъ совершенно одинаково и л вмѣстѣ съ конечностью опустить до нормальнаго п мѣрѣ того, какъ испытуемый просыпался, лопатки постепенно возвратились въ положеніе, какое они коза. Пробывъ въ госпиталѣ почти 3½ мѣсяца, исп признанъ негоднымъ къ военной службѣ и уволен

2. Г. Ф., 22 л., уроженецъ Петроковской губ. госпиталь на испытаніе 21/v 1902 г. Разсказыв рожденъ съ головой, пригнутой къ лѣвому пл Такъ какъ никакія терапевтическія и ортопед устраняли имѣвшагося обезображиванія, то на уѣхалъ въ Вѣну, гдѣ проф. *Billroth*'омъ была перерѣзка лѣвой грудино-ключично-сосковой м слѣ этой операціи и послѣдующаго ортопедич ла поставлена совершенно правильно. Бывше раціи приподнятымъ лѣвое плечо и послѣ не же. По мѣрѣ роста и дальнѣйшаго развитія обоихъ плечъ усилилась еще болѣе. Имѣв обезображиваніе совершенно не тяготитъ работѣ лѣвой руки; лишь ограничены р особенно поворачиваніе ея вправо.

Средняго роста, хорошаго пита либо замѣтныхъ уклоненій со с Голову держитъ дов. прямо; о осмотрѣ видно, что она слегка влѣво. Никакихъ несоразмѣрн равно какъ и въ зубахъ нѣт чительно приподнята (см. с шается только при поднятіи ловища съ вытянутыми в ронѣ стоитъ значительн ризонтально, такъ что выше груднинаго; р сторонахъ. На кожѣ ножки грудино-кл рубца, подвижных никъ въ шейной ч и болѣе рѣзко вы Лѣвая лопатка ст

...entralblatt», 1889 г., VIII, стр. 342.—11. ...tische Wochenschrift», 1896 г., № 26, ...).—12. *Hoffa*. «Руководство ортопе-... г., стр. 196 (русск. перев.).—13. *Lamm*. ..., 1902 г., № 17, стр. 482.—14. *Gross* ...въ «Münchener medicinische Wochen-...—15. *Bender*. «Münchener medicinische ... 9, стр. 357.

...ана у дѣтей школьнаго возраста.

...рхмана (Москва).

... *См. № 34, стр. 1149*).

...было узнать *число учениковъ* съ ...стого слуха, то въ таблицѣ II всѣ ...ены на 3 группы, съ обозначе-...или двустороннее пораженіе.

Табл. **2** [1]).

...до 11 метровъ.		Отъ 10 до 0 метровъ.		Число учениковъ.
...на ... 15 ...ть	на оба.	на одно, на другое больше 10 метровъ.	на оба.	
	1	—	2	26
	4	2	3	51
	6	3	1	64
	7	5	2	59
	5	4	2	51
	3	2	—	41
	2	5	—	35
	2	—	1	12
	1	1	—	9
	—	1	—	5
...%	31=8,7%	23=6,5%	11=3,1%	353

...что на 353 учениковъ оказалось 245= ...тръ на 16 и больше метровъ; этихъ ...Остальные 30,6% падаютъ на учени-...женъ на 1/4 нормальнаго и, какъ мы ...ся недостаточнымъ; изъ нихъ въ 2 ...шали 9,6%, при этомъ на одно ухо ...и достаточно краснорѣчивыя. Для суж-...ли какая-нибудь зависимость между ...возрастомъ, мои цифры недостаточно ...въ различнаго возраста было неоди-...е ученики обнаруживали скорѣе чаще ...чѣмъ младшіе, что зависитъ, по всей ...страданіе, предоставленное самому ...ему ослабленію функціи.

...ены результаты физическаго изслѣдо-...органовъ. Въ графу «сѣрныя пробки» ...когда сѣры было настолько много, что ...рабанную перепонку. Подъ помутнѣніемъ ...ичное, такъ и полное. Втянутой я счи-...онку, когда было на лицо укороченіе мо-...епенью втянутости подразумѣвались слу-...ла рѣзко задняя складка и молотокъ при-...тальное положеніе. Какъ видно изъ табли-...ось втяженіе барабанной перепонки, всего ...е., въ 15,2%; въ этой группѣ особаго упоми-...случаи, когда можно было предположить ка-...а или трубы; такихъ было 31 (8,7%); въ 4 изъ ...банную перепонку ясно видна была линія вы-...я по частотѣ группа относится къ различнымъ ...репонки, свидѣтельствовавшимъ о прежде быв-...ніяхъ (14,4%). Въ 10 случаяхъ найдено прободе-...ренія и въ 9 нагноеніе средняго уха; въ нѣкото-...слѣднихъ случаевъ гной былъ съ запахомъ, что ука-...отсутствіе лѣченія. Всѣхъ измѣненій со стороны ушей ...т. е., у 40,2% всѣхъ воспитанниковъ; эта цифра долж-...признана очень высокой. Но не надо забывать, что не ...ченныя нами явленія имѣютъ одинаковое значеніе. Такъ, ...пробки, втянутость перепонки, гноетечен... ...рое вос-...ле средняго уха и наружнаго слухового ... се это ...ія заболѣванія, которыя поддаются лѣчені... ...учаи ...откинуть, то окажется, что изъ 142 ученикоr... ...счи-...тывать на выздоровленіе, что составитъ 22,3... ...мѣ-...ненія, какъ-то: рубцы, помутнѣнія, сухія пр... ...нія ...слухового прохода относятся къ стойкимъ; у... ...63

[1]) Таблица заимствована у *Лукина*, l. c.

...ier.
...ль-же.
...ntralblatt»,
...логіи и тера-
...p. 94.—10. *Eulen-*

мышцъ, въ частности нижней части трапеціевидной мышцы, играетъ существенную роль въ этіологіи высокаго стоянія лопатки. У *Kausch*'а имѣется и указаніе, какое значеніе на положеніе лопатки должно имѣть отсутствіе нижней части трапеціевидной мышцы. Лопатка, говоритъ *Kausch*, при подобной недостачѣ должна, вслѣдствіе своего подвижного укрѣпленія, подняться вверхъ. Благодаря дѣйствію поднимающей лопатку мышцы и вліянію малой грудной мышцы на клювовидный отростокъ лопатка поднимается главнымъ образомъ своимъ верхнимъ внутреннимъ угломъ, а нижнимъ угломъ поворачивается къ позвоночнику. Далѣе, лопатка, лишившись притягивающаго къ позвоночнику дѣйствія нижней части трапеціевидной мышцы, должна удалиться отъ позвоночника, что часто однако маскируется сколіозомъ позвоночника и обезображиваніями самой лопатки. Наконецъ, при этомъ нужно ожидать большаго отстоянія лопатки отъ грудной клѣтки, которое можетъ быть уменьшено работой передней зубчатой мышцы при вытягиваніи рукъ впередъ. Изъ движеній при подобномъ недостаткѣ страдаютъ опусканіе лопатки и приближеніе ея къ позвоночнику.

Въ дѣйствительности, однако, далеко не всегда наблюдается подобное опредѣленное положеніе лопатки при *Sprengel*'евскихъ и сходныхъ съ ними формахъ. Единственный общій признакъ ихъ—высокое стояніе лопатки, а въ остальномъ между ними полнѣйшее противорѣчіе, говоритъ *Kausch*. Не всегда верхній уголъ лопатки стоитъ выше и лопатка нижнимъ угломъ повернута къ позвоночнику; такихъ случаевъ *Roger*, напр., изъ 30 отмѣтилъ всего 6. У больного *Schlange* акроміальный уголъ стоялъ выше, чѣмъ верхневнутренній. Удаленіе отъ позвоночника лопатки отмѣчаютъ *Kölliker*, *Beely*, *Bolten* (прив. по *Kausch*'у, стр. 429—430). Тоже самое можно сказать и относительно другихъ особенностей положенія лопатки.

Несомнѣнно, что такое различное положеніе лопатки указываетъ на большое разнообразіе этіологическихъ причинъ въ возникновеніи этого страданія. Но и при одинаковой анатомической основѣ положеніе лопатки можетъ быть весьма различнымъ. Такъ, при параличѣ всей, напр., трапеціевидной мышцы, какъ это было въ случаѣ 1 *Kausch*'а, у *Bender*'а [7]) и др., лопатка стояла выше нормальнаго, между тѣмъ извѣстны также наблюденія, гдѣ при параличѣ всей капюшонной мышцы плечо и лопатка были опущены внизъ, наружу и впередъ [*Strümpell* [8]), *Erb* [9])]. Очевидно такимъ образомъ, что не однимъ выпаденіемъ отправленій недостающей мышцы должно обусловливаться положеніе лопатки; оно зависитъ отъ совокупности цѣлаго ряда условій и, между прочимъ, отъ степени состоянія, развитія остальныхъ мышцъ, удерживающихъ лопатку.

Возвращаюсь къ своему случаю. Теорія *Kausch*'а о значеніи выпаденія отправленій нижней части трапеціевидной мышцы, несомнѣнно, позволяетъ въ подобнаго рода недостачѣ, найденной у Т. К., видѣть причину высокаго стоянія лопатки. Въ моемъ случаѣ имѣются, однако, и нѣкоторыя особенности. Такъ у Т. К. нѣтъ поворачиванія лопатки нижнимъ угломъ къ позвоночнику. Имѣется, скорѣе, такой видъ, какъ-будто парализованы мышцы, опускающія лѣвую $^1/_2$ плечевого пояса, т. е., большая грудная, широкая спины и пр.; ничего подобнаго, однако, на самомъ дѣлѣ нѣтъ. То обстоятельство, что приподнятая лопатка приближена къ позвоночнику и болѣе всего своимъ верхнимъ внутреннимъ угломъ, говоритъ объ усиленной работѣ поднимающей лопатку мышцы, оставшейся части трапеціевидной и ромбовидной. Высокій подъемъ акроміальнаго конца ключицы свидѣтельствуетъ о сильной работѣ тѣхъ пучковъ капюшонной мышцы, которые идутъ къ плечевой верхушкѣ и плечевому концу ключицы. Если допустить, что вліяніе этихъ пучковъ трапеціевидной мышцы болѣе значительно, чѣмъ вліяніе малой грудной мышцы на клювовидный отростокъ, дѣйствующей въ обратномъ смыслѣ, то этимъ можно объяснить имѣющееся положеніе ротаціи лопатки. Мнѣ думается, что такое положеніе, гдѣ верхняя часть трапеціевидной мышцы своими наружными пучками противостоитъ вліянію малой грудной мышцы, при прочихъ равныхъ условіяхъ, лишь способствуетъ болѣе прочному укрѣпленію лопатки и наилучшей работоспособности руки. При такомъ объясненіи нельзя, однако, исключать воли больного и его привычки подобнымъ положеніемъ, прочнымъ укрѣпленіемъ лопатки, преодолѣвать тяжесть руки и создавать для ея работы наилучшія условія. На извѣстное участіе воли и привыканія указываетъ то, что подъ вліяніемъ хлороформа лопатка эта приняла положеніе, одинаковое съ тѣмъ, какое имѣла другая лопатка. Такъ, думаю, должно объяснять механизмъ обезображиванія въ этомъ случаѣ. Интересъ его заключается въ томъ, что онъ, подкрѣпляя взглядъ *Kausch*'а, въ тоже время позволяетъ ожидать при недостачѣ нижней части трапеціевидной мышцы дов. разнообразное положеніе лопатки по отношенію къ позвоночнику.

Какая-же этіологія той стойкой атрофіи нижней части трапеціевидной мышцы, которая имѣется у Т. К.? Въ виду отсутствія какихъ-либо измѣненій со стороны нервныхъ стволовъ и указаній на заболѣваніе спинного мозга, приходится допустить, что у него имѣется чисто мышечное страданіе. Реакція перерожденія, указывая на дегенеративныя измѣненія въ мышцѣ, исключаетъ возможность врожденной недостачи ея. Другихъ измѣненій во всей остальной мышечной системѣ нѣтъ. Приходится такимъ образомъ допустить, что въ этомъ случаѣ имѣется одна изъ тѣхъ формъ мышечной дистрофіи, которая потеряла свой наростающій характеръ и въ самомъ началѣ претерпѣла остановку въ развитіи. Заболѣваніе подобнаго рода впервые описано *Erb*'омъ (въ 1889 г.) у больного, 20 л., у котораго ни съ той, ни съ другой стороны не было капюшонной мышцы. Микроскопическія изслѣдованія этого автора не дали возможности сдѣлать какой-либо опредѣленный выводъ о сущности этой болѣзни. Такія-же рудиментарныя формы дистрофіи капюшонной мышцы наблюдали *Eulenburg* [10]) (у больного, 48 л., съ частичной недостачей правой капюшонной мышцы), *Damsch* (2 случая), *Stange* [11]) (у рабочаго, 33 л., съ полной недостачей правыхъ капюшонной и грудино-ключично-сосцевидной мышцъ), *Kausch* (у дѣвушки, 16 л.), *Bender* (у дѣвушки, 14 л., съ полной недостачей лѣвой капюшонной мышцы). О давности страданія въ моемъ случаѣ видно изъ анамнеза. Указанія на трауму въ этіологіи можно встрѣтить у *Eulenburg*'а. Кромѣ капюшонной, случаи атрофіи мышцъ при подобнаго рода заболѣваніи указаны для мышцъ грудныхъ (наиболѣе частая форма), затѣмъ 2-главой, дельтовидной, 4-главой.

Высокое стояніе лопатки у другого испытуемаго, Г. Ф., легко объяснимо. Укороченіе лѣвой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, вліяніе этой мышцы на опусканіе ключицы и всей $^1/_2$ плечевого пояса становится яснымъ изъ исторіи болѣзни. Изъ положенія лопатки въ связи съ данными состоянія мышцъ возможно допустить сильное развитіе верхней части трапеціевидной и поднимающей лопатку мышцъ и слабое развитіе нижней части капюшонной мышцы. Я думаю, что въ этомъ случаѣ задержка развитія лѣвой грудино-ключично-сосцевидной мышцы отразилась на задержкѣ развитія, особенно въ длину, всѣхъ мышцъ, поднимающихъ лѣвую $^1/_2$ плечевого пояса. Такимъ образомъ верхнія части капюшонной мышцы, мышца, поднимающая лопатку, на лѣвой сторонѣ представляются, хотя и хорошо развитыми, но болѣе короткими сравнительно съ одноименными мышцами другой стороны. Это-то, несомнѣнно, и отразилось на задержкѣ опусканія лопатки по мѣрѣ роста организма.

Подобнаго рода случаи не составляютъ какой-либо рѣдкости, такъ какъ извѣстно, что вообще при извѣстной стадіи кривошеи лопатка, равно какъ и все плечо больной стороны стоитъ выше, прилегая иногда даже къ соотвѣтственному уху [12]). Тѣмъ не менѣе въ вопросѣ о высокомъ врожденномъ стояніи лопатки такіе случаи заслуживаютъ вниманія. Сочетаніе врожденнаго высокаго стоянія лопатки съ кривошеей описалъ *Lamm* [13]). *Beely* (по *Kausch*'у) сообщилъ случай, гдѣ укороченіе грудино-ключично-сосцевидной мышцы было причиной врожденнаго высокаго стоянія лопатки. Во всѣхъ такихъ случаяхъ высокое стояніе лопатки, какъ зависящее отъ измѣненій не въ ней самой и не въ мышцахъ, къ ней прикрѣпляющихся, является однимъ изъ признаковъ другого страданія и должно быть на-

звано «вторичнымъ». Эти формы, очевидно, слѣдуетъ отдѣлять отъ формъ *Sprengel*'я, гдѣ высокое стояніе лопатки зависитъ отъ первичныхъ измѣненій въ ней самой или въ мышцахъ, къ ней прикрѣпляющихся. Формы *Sprengel*'я и близко къ нимъ стоящія, несомнѣнно, должны быть выдѣлены, какъ относящіяся къ вполнѣ самостоятельному заболѣванію. Я привелъ свой случай 2, какъ примѣръ такого рода формъ высокаго стоянія лопатки, гдѣ, не смотря на внѣшнее сходство, въ виду этіологіи (кривошея), положеніе лопатки слѣдуетъ разсматривать, какъ простой припадокъ. Интересъ этого случая въ томъ, что онъ занимаетъ какъ-бы среднее положеніе между чисто *Sprengel*'евскими формами высокаго стоянія лопатки и такими, которыя съ очевидностью обусловливаются заболѣваніями, лежащими внѣ ея, внѣ даже плечевого пояса, напр., при спондилитѣ, нейромышечномъ сколіозѣ и т. п. Высокое стояніе лопатки, какъ врожденное самостоятельное заболѣваніе, описано *Sprengel*'емъ. Подобное заболѣваніе, также вполнѣ самостоятельное, можетъ быть и пріобрѣтеннымъ. Такіе случаи описаны *Kölliker*'омъ, *Gross*'омъ и *Honsell*'емъ [14]), *Bender*'омъ [15]). Во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло имѣлось съ рахитическими измѣненіями лопатки, заключающимися въ слѣдующемъ: передняя поверхность лопатки болѣе искривлена, чѣмъ нормально; верхній внутренній уголъ вытянутъ; клювовидный отростокъ значительно увеличенъ; суставная поверхность повернута впередъ. У *Bender*'а приведенъ рисунокъ такой рахитической лопатки. Плотно прилегавшая въ дѣтствѣ, вслѣдствіе своихъ анатомическихъ измѣненій, къ грудной клѣткѣ и къ ключицѣ (къ клювовидному отростку ея), лопатка при дальнѣйшемъ ростѣ организма и при укороченіи мышцъ, идущихъ къ ней отъ шеи (поднимающая лопатку, капюшонная), осталась закрѣпленной въ своемъ ненормально высокомъ положеніи. Здѣсь, несомнѣнно, слѣдуетъ признать самостоятельное заболѣваніе на томъ-же самомъ основаніи, на которомъ мы считаемъ genu valgum, varum и пр. отдѣльными болѣзненными формами.

Мой случай 1, гдѣ высокое стояніе лопатки обусловливается атрофіей нижней части трапеціевидной мышцы на почвѣ рудиментарной формы мышечной дистрофіи, пополняетъ и расширяетъ кругъ пріобрѣтенныхъ формъ высокаго стоянія лопатки, и въ этомъ, мнѣ кажется,—его научное значеніе. Несомнѣнно, и въ этомъ случаѣ высокое стояніе лопатки слѣдуетъ разсматривать, какъ самостоятельное заболѣваніе.

Въ заключеніе позволяю себѣ привести слѣдующіе выводы:

1. Высокое стояніе лопатки, какъ самостоятельное заболѣваніе, можетъ быть врожденнымъ и пріобрѣтеннымъ.

2. Врожденныя формы, описанныя впервые *Sprengel*'емъ, имѣютъ въ своей основѣ костныя измѣненія лопатки или измѣненія въ области мышцъ, къ ней прикрѣпляющихся. Изъ послѣднихъ въ этіологіи уродства важное значеніе нижней части трапеціевидной мышцы указано и разработано *Kausch*'омъ.

3. Пріобрѣтенныя формы имѣютъ въ основѣ рахитическія измѣненія кости самой лопатки. Мой случай 1 присоединяетъ къ пріобрѣтеннымъ формамъ разновидность, имѣющую въ основѣ пораженіе мышцъ на почвѣ мышечной дистрофіи.

4. Случаи врожденнаго или пріобрѣтеннаго высокаго стоянія лопатки, гдѣ ея положеніе обусловливается причинами, лежащими внѣ ея и внѣ ея мышцъ, слѣдуетъ строго различать отъ формъ *Sprengel*'я и сходныхъ съ ними страданій.

Литература: 1. *Sprengel.* «Archiv für klinische Chirurgie», 1891 г., т. 42, стр. 545.—2. *Kölliker.* «Centralblatt für Chirurgie», 1895 г., стр. 643. *Онъ-же.* «Münchener medicinische Wochenschrift», 1899 г., № 34.—3. *Lamm.* «Centralblatt für Chirurgie», 1902 г., стр. 482.—4. *Goldthweit and Pointer.* Тамъ-же, 1902 г., № 15, стр. 431.—5. *Kausch.* «Mitteilungen aus den Grenzgebieten der inneren Medicin und Chirurgie», 1902 г., т. 9, тетр. 3, стр. 415—443.—6. *Roger.* «Zeitschrift für ortopädische Chirurgie», 1901 г., т. 9, стр. 30; по передачѣ въ «Русскомъ Хирургическомъ Архивѣ», 1902 г., кн. 1, стр. 174.—7. *Bender.* «Münchener medicinische Wochenschrift«, 1902 г., № 2. *Онъ-же.* Тамъ-же, № 9, стр. 357.—8. *Erb.* «Neurologisches Centralblatt», 1889, VIII.—9. *Strümpell.* «Учебникъ частной патологіи и терапіи». Русск. перев. д-ра *Орѣчкина*, 1895 г., стр. 94.—10. *Eulenburg.* «Neurologisches Centralblatt», 1889 г., VIII, стр. 342.—11. *Stange.* «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1896 г., № 26, стр. 412 (тамъ-же *Damsch*).—12. *Hoffa.* «Руководство ортопедической хирургіи», 1894 г., стр. 196 (русск. перев.).—13. *Lamm.* «Centralblatt für Chirurgie», 1902 г., № 17, стр. 482.—14. *Gross* и *Honsell.* По передачѣ въ «Münchener medicinische Wochenschrift», 1899 г., стр. 1572.—15. *Bender.* «Münchener medicinische Wochenschrift», 1902 г., № 9, стр. 357.

Заболѣваніе слухового органа у дѣтей школьнаго возраста.

А. А. Ворхмана (Москва).

(*Окончаніе. См. № 34, стр. 1149*).

Такъ какъ интересно было узнать *число учениковъ* съ различной степенью простого слуха, то въ таблицѣ II всѣ воспитанники распредѣлены на 3 группы, съ обозначеніемъ, имѣлось-ли одно или двустороннее пораженіе.

Табл. 2 [1]).

Возрастъ.	16 метровъ и больше	Отъ 15 до 11 метровъ.		Отъ 10 до 0 метровъ.		Число учениковъ.
	на оба уха.	на одно, на другое больше 15 метровъ	на оба.	на одно, на другое больше 10 метровъ.	на оба.	
10	21	2	1	—	2	26
11	37	5	4	2	3	51
12	45	9	6	3	1	64
13	39	6	7	5	2	59
14	31	9	5	4	2	51
15	29	7	3	2	—	41
16	24	4	2	5	—	35
17	9	—	2	—	1	12
18	6	1	1	1	—	9
19	4	—	—	1	—	5
Всего	245=69,4%	43=12,1%	31=8,7%	23=6,5%	11=3,1%	353

Изъ этой таблицы видно, что на 353 учениковъ оказалось 245=69,4%, слышавшихъ акуметръ на 16 и больше метровъ; этихъ будемъ считать здоровыми. Остальные 30,6% падаютъ на учениковъ, слухъ которыхъ пониженъ на 1/4 нормальнаго и, какъ мы условились, долженъ считаться недостаточнымъ; изъ нихъ въ 2 раза хуже нормальнаго слышали 9,6%, при этомъ на одно ухо 6,5%, на оба—3,1%, цифры достаточно краснорѣчивыя. Для сужденія о томъ, существуетъ-ли какая-нибудь зависимость между числомъ тугослышащихъ и возрастомъ, мои цифры недостаточно велики, да и число учениковъ различнаго возраста было неодинаковое; въ общемъ старшіе ученики обнаруживали скорѣе чаще дефекты разной степени, чѣмъ младшіе, что зависитъ, по всей вѣроятности, отъ того, что страданіе, предоставленное самому себѣ, ведетъ къ все большему ослабленію функціи.

Въ 3-й таблицѣ помѣщены результаты физическаго изслѣдованія ушей и сосѣднихъ органовъ. Въ графу «сѣрныя пробки» попали лишь тѣ случаи, когда сѣры было настолько много, что не удавалось обозрѣть барабанную перепонку. Подъ помутнѣніемъ я разумѣлъ какъ частичное, такъ и полное. Втянутой я считалъ барабанную перепонку, когда было на лицо укороченіе молотка; подъ сильной степенью втянутости подразумѣвались случаи, гдѣ выражена была рѣзко задняя складка и молотокъ принималъ почти горизонтальное положеніе. Какъ видно изъ таблицы наичаще встрѣчалось втяженіе барабанной перепонки, всего у 54 учениковъ, т. е., въ 15,2%; въ этой группѣ особаго упоминанія заслуживаютъ случаи, когда можно было предположить катарръ средняго уха или трубы; такихъ было 31 (8,7%); въ 4 изъ нихъ сквозь барабанную перепонку ясно видна была линія выпота. Слѣдующая по частотѣ группа относится къ различнымъ измѣненіямъ перепонки, свидѣтельствовавшимъ о прежде бывшихъ заболѣваніяхъ (14,4%). Въ 10 случаяхъ найдено прободеніе безъ нагноенія и въ 9 нагноеніе средняго уха; въ нѣкоторыхъ изъ послѣднихъ случаевъ гной былъ съ запахомъ, что указывало на отсутствіе лѣченія. Всѣхъ измѣненій со стороны ушей было 142, т. е., у 40,2% всѣхъ воспитанниковъ; эта цифра должна быть признана очень высокой. Но не надо забывать, что не всѣ отмѣченныя нами явленія имѣютъ одинаковое значеніе. Такъ, сѣрныя пробки, втянутость перепонки, гноетеченіе, острое воспаленіе средняго уха и наружнаго слухового прохода—все это такія заболѣванія, которыя поддаются лѣченію; если эти случаи откинуть, то окажется, что изъ 142 учениковъ 79 могутъ разсчитывать на выздоровленіе, что составитъ 22,3%. Остальныя измѣненія, какъ-то: рубцы, помутнѣнія, сухія прободенія, зарощенія слухового прохода относятся къ стойкимъ; ученики, въ числѣ 63

[1]) Таблица заимствована у *Лукина*, l. c.

Табл. 3.

Названіе болѣзни.	Съ 1-ой стороны.	Съ 2 къ сторонъ.	Всего.		%
сѣрная пробка	8	5	13		3,6
помутнѣніе, объизвествленіе, рубцы	26	25	51		14,4
втяженіе барабанной перепонки въ слабой степени	20	19	39	54	15,2
втяженіе барабанной перепонки въ сильной степени	7	8	15		
сухое прободеніе	10	—	10		2,8
гноетеченіе	4	5	9		2,5
острый отитъ	1	—	1		0,28
воспаленіе наружнаго слухового прохода	2	—	2		0,56
Атрезія слухового прохода	2	—	2		0.56
Всего на 353 ученика:			142	=	40,2%
опуханіе носовыхъ раковинъ	25	79	104	236	29,4
умѣренная гипертрофія раковинъ	33	56	89		25,2
значительная гипертрофія раковинъ	14	29	43		12,2
искривленіе перегородки носа	—	—	29		8,2
гипертрофія миндалинъ—умѣр.	15	91	106	135	30
» » значит.	8	21	29		8,2
зернистый фарингитъ		80			22,6
атрофическій фарингитъ		18			5,0
боковой »		45			12,7
аденоиды, въ слабой степени		125	151		35,4
» въ сильной степени		26			7,3
озена		1			—
гайморитъ		1			—
экзема носового входа		1			—

(17,8%), обнаружившіе эти недостачи, должны быть причислены къ неизлѣчимымъ. Достойно вниманія слѣдующее наблюденіе.

На опросномъ листѣ находился, между прочимъ, параграфъ, въ которомъ ученику предлагался вопросъ: нѣтъ-ли у него какихъ-нибудь жалобъ касательно уха, т. е., нѣтъ-ли глухоты, шума, звона, стрѣльбы въ ухо и т. д. Отвѣтовъ получилось 50, т. е., отъ 35,2% всѣхъ имѣвшихъ то или другое измѣненіе со стороны уха. Другими словами, многіе и не подозрѣвали своего страданія, явленіе, часто наблюдаемое у больныхъ ушами.

Что касается вліянія возраста на частоту заболѣваній ушного прибора, то опредѣленнаго заключенія я вывести не могъ, вслѣдствіе неодинаковой численности возрастныхъ группъ.

Познакомившись съ результатами функціональнаго и физическаго изслѣдованій слухового аппарата, интересно было сопоставить ихъ вмѣстѣ. На таблицѣ IV видно это соотношеніе для слухомѣра:

Табл. 4.

Найденныя измѣненія.	16 м. и больше (537 органовъ).	15—11 м. (122 органа).	10—0 м. (47 органовъ).	Число органовъ.
сѣрныя пробки	9=1,6%	6= 4,9%	3= 6,4%	18
помутнѣн., рубцы etc.	36=6,7%	25=20,4%	15=31,9%	76
втяженія	29=5,4%	35=28,6%	17=36,1%	81
сухая перфорація	—	—	10=21,2%	10
гноетеченіе	—	3= 2,4%	11=23,4%	14
средній отитъ	—	—	1	1
наружный отитъ	2	—	—	2
зарощеніе	—	—	2	2
				204

На 537 ушей, слышавшихъ акуметръ на разстояніи 16 метровъ и больше % втяженій, напр., равнялся 5,4; въ слѣдующемъ столбцѣ, куда отнесены уши, различавшія акуметръ на 15—11 метровъ этотъ % доходитъ до 28,6; въ 3-й графѣ ушей съ слуховою способностью, сокращенной до $^1/_2$ и меньше, количество втяженій равно 36,1%. На этой-же таблицѣ видно, что всѣ случаи сухого прободенія, относятся къ категоріи слуховыхъ органовъ съ значительнымъ паденіемъ слуха; а изъ 18 гноящихся ушей 11 различали акуметръ не дальше 10 метровъ. Существуетъ, слѣд., полное совпаденіе данныхъ изслѣдованія слуха съ результатами осмотра уха.

Выше я уже указывалъ на близкую связь слухового органа съ верхними дыхательными путями; поэтому изслѣдованіе этихъ частей казалось необходимымъ. Результаты приведены уже въ таблицѣ III и сводятся къ слѣдующему.

Болѣе или менѣе значительное опуханіе и гипертрофія носовыхъ раковинъ отмѣчены въ 66,8% всѣхъ случаевъ; изъ нихъ въ 12,2% раковины соприкасались съ перегородкой носа, что, конечно, вело къ болѣе или менѣе полной закупоркѣ носа; дѣти, вынужденные дышать ртомъ, подвергаются частымъ воспаленіямъ зѣва, отчего и послѣдній претерпѣваетъ различныя измѣненія.

Дѣйствительно, рядомъ съ страданіемъ носа, почти всегда наблюдались гипертрофіи миндалинъ; всего послѣдніе встрѣтились намъ у 38,2% учениковъ; въ особенно рѣзкой формѣ въ 8,2%.

Но больше всего насъ интересовала носоглотка. Аденоидныя разрощенія, о которыхъ было уже сказано выше, могутъ нарушать правильный обмѣнъ воздуха средняго уха. Но вредное вліяніе ихъ сказывается еще въ одномъ направленіи: закладывая хоаны, онѣ обусловливаютъ закупорку носа въ еще большей степени, чѣмъ гипертрофія носовыхъ раковинъ. Ребенокъ вынужденъ дышать ртомъ. Вслѣдствіе этого, какъ полагаетъ *Guye*, слизистая носа не испаряетъ воды; а такъ какъ лимфатическія пространства носа, по изслѣдованію *Axel Key* и *Retzius*'а, имѣютъ связь съ подпаутиннымъ пространствомъ головного мозга, то лимфа задерживается въ этомъ мѣстѣ, вслѣдствіе чего нарушается нормальное кровообращеніе мозга. Такія дѣти быстро утомляются при умственной работѣ, становятся невнимательными, однимъ словомъ развивается тотъ симптомокомплексъ, который извѣстенъ подъ именемъ aprosexia nasalis. Если къ этому прибавить еще характерный видъ ребенка съ постоянно открытымъ ртомъ и безжизненнымъ, застывшимъ выраженіемъ лица, то распознать это страданіе нетрудно и для не-врача.

О необычайно частомъ совпаденіи ушныхъ заболѣваній съ существованіемъ аденоидовъ свидѣтельствуютъ многочисленныя наблюденія. По *Killian*'у, напр., въ 40% всѣхъ больныхъ ушами до 15 л. имѣются вегетаціи. По *W. Meyer*'у % этотъ достигаетъ 78. Сравнительно недавнія изслѣдованія *Шенелидзе* [1]) показали, что въ 41,9% гнойныхъ воспаленій средняго уха имѣлись аденоиды. Этихъ цифръ достаточно, чтобы признать всю важность изслѣдованія носоглотки у дѣтей, подверженныхъ той или другой болѣзни уха. Всякому, который работаетъ въ этой области, извѣстно, что упорнѣйшія, часто возвращающіяся страданія ушей, проходятъ лишь послѣ удаленія носоглоточныхъ разрощеній.

Переходя къ своимъ наблюденіямъ, я долженъ сначала сказать, что я называлъ гиперплазіей железы; провести строгую границу между нормальнымъ состояніемъ железы и ея увеличеніемъ—очень трудно—дѣленіе это всегда будетъ нѣсколько искусственнымъ. Гиперплазированной я считалъ железу въ томъ случаѣ, если при осмотрѣ зеркаломъ, по крайней мѣрѣ, края хоанъ оказывались завѣшанными; тѣ случаи, когда железа прикрывала хоаны еще больше, я выдѣлилъ въ особую группу. Такимъ образомъ, въ слабой степени аденоиды найдены въ 125 случаяхъ=35,4%, въ болѣе сильной степени въ 26 случаяхъ=7,3%, всего, слѣдов., въ 42,7%.

Относительно вліянія возраста можно было отмѣтить слѣдующее: если, какъ показали обширныя статистическія наблюденія, считать, что вегетаціи наичаще встрѣчаются до 15-лѣтняго возраста, и раздѣлить соотвѣтственно этому наши случаи на 2 группы, то мы получимъ: на 251 ученика въ возрастѣ до 15 л. было 129 вегетацій, слѣдов., 51,3%, а на 102 учениковъ 15 л. и старше—22 случая=21,5%. Упоминаемъ объ этомъ лишь мимоходомъ, ибо наши цифры, все-таки, нѣсколько малы для рѣшающихъ выводовъ. За то вліяніе вегетацій на частоту ушныхъ заболѣваній бросается въ глаза.

Въ таблицѣ V распредѣлены всѣ случаи аденоидовъ, соотвѣтственно различнымъ измѣненіямъ со стороны ушей.

Табл. 5.

Отношеніе болѣзней уха къ аденоидамъ.

Измѣненія со стороны уха.	Аденоиды: въ слабой степени.	Аденоиды: въ сильной степени.	Всего.	%
сѣрныя пробки	7	—	7	—
помутнѣніе, рубцы etc.	35	8	43	84,3
втяженіе барабанной перепонки	40	14	54	100,0
сухое прободеніе	1	1	2	—
гноетеченіе	4	—	4	44,4
наружный отитъ	2	—	2	—
	89	23	112	78,8

На 142 измѣненія слухового органа приходится 112 случаевъ присутствія вегетаціи, что составитъ 78,8%. По отдѣльнымъ группамъ % этотъ еще выше; такъ, на 51 случай помутнѣній etc. приходится 43 случая вегетацій=84,3%; а въ случаяхъ втянутости перепонки не было ни одного, гдѣ-бы въ то же время не было носоглоточныхъ разрощеній. Остальные 39 случаевъ аденоидовъ приходятся на 211 учениковъ безъ какихъ-либо явныхъ измѣненій со стороны уха, это составляетъ 18,5%. Другими словами, вегетаціи встрѣчаются у страдающихъ ушами болѣе, чѣмъ въ 4 раза чаще, чѣмъ у здоровыхъ.

[1]) «Archiv für Kinderheilkunde», т. 31.

Фактъ этотъ можетъ дать намъ указаніе, какъ поступить, напр., въ томъ случаѣ, если мы находимъ умѣренную гипертрофію носоглоточной железы мало или совсѣмъ не затрудняющую носового дыханія; вотъ тутъ-то и важно обратить вниманіе на состояніе слухового аппарата; разъ только имѣются въ этомъ отношеніи какіе-нибудь дефекты, то показано безусловное удаленіе увеличенной железы. Мнѣ кажется, что, придерживаясь такого мнѣнія, мы избѣжимъ обвиненія въ излишнемъ увлеченіи оперативнымъ вмѣшательствомъ, которое, несомнѣнно, наблюдается въ послѣднее время.

Какъ часто встрѣчались другія измѣненія верхнихъ дыхательныхъ путей, видно изъ таблицы. Атрофическій катарръ отмѣчался преимущественно у учениковъ старшихъ классовъ. Настоящую озену съ атрофіей раковинъ и обильнымъ образованіемъ вонючихъ корокъ, я встрѣтилъ всего 1 разъ, у 12-лѣтняго мальчика. Я уже говорилъ, что на вопросъ объ этіологіи страданія опредѣленный отвѣтъ дали лишь очень немногіе. Съ достовѣрностью удалось выяснить связь ушныхъ заболѣваній съ одной изъ заразныхъ болѣзней всего въ 38 случаяхъ; при этомъ оказалось, что причиной страданія были: въ 15 случаяхъ скарлатина, въ 17—корь, въ 2—дифтерія, въ 1—гриппъ, въ 2 случаяхъ отмѣчена бугорчатка съ одновременнымъ пораженіемъ костей, въ 1—золотуха, по опредѣленію лѣчившаго врача. При всей неполнотѣ и малочисленности наблюденій, все-таки, видно, что корь и скарлатина представляютъ главную опасность для уха.

Обращу вниманіе еще на одну подробность: изъ 15 скарлатинныхъ заболѣваній 5 было во время пребыванія въ школѣ, 9—до школы и 1 разъ—неизвѣстно, когда; изъ 17 случаевъ кори въ 3 она была въ школѣ, въ 9—до школы и 5 разъ безъ обозначенія времени. Слѣд., больше чѣмъ въ $^1/_2$ всѣхъ случаевъ эти болѣзни перенесены были еще до поступленія въ училище.

Намъ остается еще выяснить, по возможности вліяніе плохого слуха на успѣхи. Для этого всѣ воспитанники были раздѣлены на 2 группы: учившіеся удовлетворительно и неудовлетворительно. Распредѣливъ всѣхъ учениковъ по группамъ, соотвѣтственно таблицѣ II, получимъ такой результатъ:

Табл. 6.

Число успѣшныхъ и малоуспѣшныхъ учениковъ, различавшихъ слухомѣръ на разстояніи:

16 метровъ и больше		Отъ 15 до 11 метровъ				Отъ 10 до 0 метровъ			
на оба уха		на одно, на другое больше 15 метровъ		на оба		на одно, на другое больше 10 метровъ		на оба	
успѣшные.	малоуспѣшные.	успѣшные.	малоуспѣшные.	успѣшные.	малоуспѣшные.	успѣшные.	малоуспѣшные.	успѣшные.	малоуспѣшные.
220	25	37	6	23	8	18	5	5	6

Тогда какъ въ группѣ учениковъ, слышавшихъ акуметръ на 16 и болѣе метровъ, т. е., признанныхъ нами здоровыми, на 220 съ удовлетворительными отмѣтками приходится 25 съ дурными, или удовлетворительно учившихся было въ 8 разъ больше; въ слѣдующей группѣ учениковъ, различавшихъ акуметръ на 11—15 метровъ, на 60 хорошихъ было 14 плохихъ, т. е., уже въ 3,5 раза больше. Въ 3-й группѣ, съ слухомъ въ 2 раза слабѣе нормальнаго или еще хуже, на 23 успѣшно учившихся было 11 плохихъ учениковъ, другими словами, хорошихъ учениковъ было только въ 2 раза больше плохихъ. Огромную роль играетъ при этомъ, имѣется-ли страданіе на одно или оба уха; напр., въ 3-й графѣ при одностороннемъ пораженіи отношеніе хорошихъ учениковъ къ плохимъ равно 3,6:1, а при двустороннемъ—отношеніе это выразится 0,8:1. Эти цифры съ несомнѣнностью указываютъ на связь между качествомъ слуха и успѣхами учениковъ.

Очень любопытно было выяснить также подобную зависимость ученія отъ наличности носоглоточныхъ разрощеній, на что такъ часто указывается авторами. На 202 ученика безъ вегетацій оказалось 22 съ дурными отмѣтками, т. е., 10,8%, а на 151 ученика съ вегетаціями, малоуспѣшныхъ насчитывалось 31, т. е., 20,5%, т. е., въ 2 раза больше, нежели среди здоровыхъ.

Приписывать тому или другому изъ найденныхъ явленій исключительное вліяніе на успѣшность нельзя уже потому, что во многихъ случаяхъ эти явленія встрѣчались въ самыхъ разнообразныхъ сочетаніяхъ, но фактъ остается фактомъ и подтверждается всѣми наблюдателями.

Дѣлать какія-либо окончательные выводы на основаніи имѣющихся у насъ до сихъ поръ матеріаловъ, конечно, нельзя; для этого ихъ слишкомъ еще мало, да и методы изслѣдованія, съ одной стороны, еще недостаточно точны, съ другой, примѣняются не по одному строю выработанному плану. Школьная гигіена пока находится вслѣдствіе различныхъ внутреннихъ и внѣшнихъ причинъ во многихъ отношеніяхъ еще въ періодѣ опыта и дѣло будущаго—разрѣшеніе насущныхъ ея вопросовъ. Если я позволю себѣ тѣмъ не менѣе, сдѣлать нѣсколько выводовъ, главнымъ образомъ практическаго свойства, то полагаю, что они достаточно обоснованы всѣмъ предъидущимъ.

1) Разнообразныя страданія слухового аппарата встрѣчаются у школьниковъ очень часто, доходятъ до 30% и болѣе; въ большинствѣ случаевъ имѣютъ мѣсто заболѣванія, начало коихъ относится къ дошкольному періоду жизни; и если мы, тѣмъ не менѣе, въ школѣ встрѣчаемъ такое огромное количество больныхъ слуховыхъ органовъ, то происходитъ это отъ отсутствія своевременнаго распознаванія и лѣченія.

2) Школа, какъ таковая, не вліяетъ на частоту разстройствъ слухового органа; заразныя болѣзни дѣти переносятъ очень часто еще до поступленія въ школу.

3) На ряду съ страданіями ушей въ школахъ отмѣчается значительное распространеніе всевозможныхъ пораженій верхнихъ дыхательныхъ путей, изъ которыхъ носоглоточныя разрощенія играютъ, по видимому, главную роль въ развитіи ушныхъ болѣзней.

4) Не подлежитъ сомнѣнію, что разстройства слуха и ненормальное состояніе носа и носоглотки оказываютъ дурное вліяніе на успѣхъ учениковъ.

5) Послѣднее обстоятельство школа должна принимать въ разсчетъ.

А такъ какъ рѣшить вопросъ, чѣмъ и въ какой формѣ страдаетъ ученикъ, въ состояніи только врачъ, то

6) необходимы періодическія поголовныя изслѣдованія ушей, особенно важныя для вновь поступающихъ. Только такимъ образомъ получится возможность отдѣлить тугослышащихъ отъ невнимательныхъ и неспособныхъ и избѣжать грубыхъ ошибокъ въ педагогическомъ отношеніи. Нечего говорить, что такіе осмотры должны быть предоставлены врачамъ, спеціально къ тому подготовленнымъ.

7) Большую также пользу могутъ принести сами педагоги, разъясняя воспитанникамъ и ихъ родителямъ все значеніе ушныхъ страданій и всю важность лѣченія ихъ.

8) Главная задача врачей, это—доставленіе дѣтямъ своевременной помощи, пока дѣло еще поправимо.

Поэтому обезпечить дѣтямъ лѣченіе—значитъ рѣшить въ корнѣ вопросъ о предупрежденіи ушныхъ заболѣваній въ школѣ. А для этого надо это лѣченіе сдѣлать доступнымъ самому широкому контигенту населенія, воспользовавшись для этого хотя-бы существующими дѣтскими больницами.

Всякій, работавшій въ нашихъ дѣтскихъ больницахъ, знаетъ, какая бездна больныхъ ушами бываетъ тамъ на пріемѣ. А между тѣмъ въ извѣстныхъ мнѣ 5 дѣтскихъ больницахъ Москвы, за исключеніемъ одной изъ нихъ, спеціальнаго пріема для такихъ больныхъ или совсѣмъ неорганизовано или это дѣло находится въ зачаточномъ состояніи.

Поэтому нельзя не привѣтствовать открытія осенью минувшаго года опытной спеціальной амбуляторіи при Басманной больницѣ по болѣзнямъ уха, носа, горла (и зубнымъ) для учащихся въ городскихъ начальныхъ училищахъ Москвы. Если такая помощь школьникамъ крайне желательна, то еще важнѣе, повторяю, лѣчить дѣтей возможно раньше, до поступленія въ школу, предъявляющую къ органу слуха значительныя требованія. А для этого наиболѣе подходящее мѣсто—наши дѣтскія больницы, обслуживающія главнымъ образомъ бѣднѣйшій людъ, среди котораго болѣзни уха въ совершеннѣйшемъ загонѣ.

Вотъ тѣ главнѣйшіе выводы, къ которымъ неизбѣжно приводятъ наши наблюденія. Вопросъ далеко не исчерпанъ, но и этого достаточно, чтобы оцѣнить всю важность изученія страданій уха у дѣтей, въ частности у школьниковъ.

Не забудемъ, что слуховой органъ не только необходимъ намъ, какъ и другіе для общенія съ людьми, но онъ также и служитъ намъ источникомъ высшихъ художественныхъ наслажденій.

CXLIX. Организація предупрежденія и лѣченія заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ въ сельскомъ и городскомъ населеніи Россіи.

Н. М. Какушкина.

Сообщено на IX-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ.

Если принять во вниманіе, что почти $^1/_2$ всего русскаго населенія составляютъ женщины и что за послѣднія 10-лѣтія женщины начинаютъ принимать все болѣе и болѣе близкое участіе во многихъ отрасляхъ человѣческаго труда, то разработка вопроса, которому посвященъ этотъ докладъ, можетъ быть признана, безъ всякихъ возраженій, не только своевременной, но даже неотложной. Въ здоровьи женскихъ половыхъ органовъ заключается весьма существенное условіе для благосостоянія и здоровья всего населенія, ибо гинекологическія заболѣванія ослабляютъ производительную способность женщины какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніи и понижаютъ работоспособность женщины. Приведенныя соображенія даютъ мнѣ право высказать слѣдующее положеніе: *заботы о здоровьѣ женскихъ половыхъ органовъ должны быть поставлены въ ряду первыхъ заботъ о здоровьѣ населенія вообще.* И подобно тому, какъ здоровье населенія вообще зиждется не на частичныхъ и случайныхъ санитарныхъ мѣропріятіяхъ, а на широко поставленномъ и правильно организованномъ обще-санитарномъ строѣ, такъ и здоровье женщины, въ частности здоровье ея половыхъ органовъ, требуетъ широкой организаціи главнымъ образомъ предупреждающихъ, а также и лѣчебныхъ мѣръ. Намѣтить ближайшіе пути для такой организаціи будетъ возможно, или, вѣрнѣе сказать, будетъ до нѣкоторой степени облегчено, когда мы нарисуемъ себѣ картину современнаго положенія дѣла борьбы съ гинекологическими заболѣваніями въ нашемъ отечествѣ. Докладъ мой является попыткой нарисовать такую картину. Отъ этой попытки, какъ отъ первой по этому вопросу и при томъ произведенной при сравнительно неблагопріятныхъ условіяхъ, нельзя требовать окончательныхъ и точныхъ результатовъ; она дала возможность лишь намѣтить предварительную схему или канву, которой въ основныхъ ея частяхъ слѣдуетъ держаться при дальнѣйшей разработкѣ этого вопроса. Съ цѣлью собрать фактическій матеріалъ, свидѣтельствующій о современномъ положеніи дѣла гинекологической помощи русскому населенію, я обратился къ излюбленному всѣми и при томъ вполнѣ естественному пути—къ опросу въ соотвѣтствующемъ направленіи отдѣльныхъ лицъ и учрежденій. Для этого мною предварительно была составлена программа, довольно подробная и отличающаяся, мнѣ кажется, тою особенностью, что она нисколько не могла стѣснить свободы отвѣтовъ, ибо совершенно была чужда какихъ-либо мало-мальски обязательныхъ рамокъ. Программа эта была своевременно напечатана почти во всѣхъ русскихъ повременныхъ медицинскихъ изданіяхъ, а также въ нѣкоторыхъ общихъ провинціальныхъ газетахъ [1]). Отдѣльные оттиски этой программы, въ количествѣ болѣе 1000 экземпляровъ, были разосланы въ земскія и другія санитарныя бюро, въ нѣкоторыя губернскія земскія Управы, врачебнымъ инспекторамъ неземскихъ губерній, нѣкоторымъ городовымъ и уѣзднымъ врачамъ, во всѣ большія больницы, во всѣ спеціальныя акушерско-гинекологическія лѣчебныя учрежденія и многимъ отдѣльнымъ врачамъ, преимущественно хирургамъ и гинекологамъ. Къ сожалѣнію, попытки собрать относящіяся сюда свѣдѣнія указаннымъ путемъ не привели къ желаемымъ результатамъ, ибо отвѣтовъ по разосланной программѣ мною почти не было получено. Такая неудача, дов. обычная въ извѣстной степени при анкетѣ въ Россіи по медицинскимъ вопросамъ, въ данномъ случаѣ объяснялась, между прочимъ, стеченіемъ нѣкоторыхъ неблагопріятныхъ обстоятельствъ. Къ числу таковыхъ надо отнести совпаденіе по времени съ моимъ изслѣдованіемъ изслѣдованія проф. *Г. Е. Рейна* по аналогичному вопросу объ акушерской помощи въ средѣ русскаго населенія. Авторитетное имя этого изслѣдователя, широкіе размѣры, въ которые была поставлена имъ разсылка опросныхъ листовъ, наконецъ, тѣсное соприкосновеніе, даже сліяніе нашихъ темъ,—все это отвлекло вниманіе врачей и учрежденій отъ моихъ запросовъ въ сторону анкеты проф. *Г. Е. Рейна*. Въ концѣ истекшаго года на одномъ изъ засѣданій 1-го Съѣзда россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ мнѣ совершенно неожиданно пришлось узнать, что послѣ того, какъ моя программа была обнародована въ газетахъ и разослана по Россіи, съ тождественными запросами (о гинекологической помощи въ нашемъ отечествѣ) обратился въ разныя провинціальныя больницы и къ врачамъ одинъ изъ членовъ Правленія названнаго Съѣзда, кажется, проф. *В. В. Строгановъ*. Эти

---

[1]) Для полноты доклада считаю не лишнимъ привести здѣсь эту программу.

1. Гинекологическія больницы и лѣчебницы, стаціонарныя и амбуляторныя. Число ихъ. Въ какой мѣстности находятся? Исторія ихъ основанія. На какія средства содержатся? Въ вѣдѣніи какихъ учрежденій состоятъ? Планы ихъ и устройство. Медицинскій и служительскій персоналъ. Его спеціальная подготовка. Бюджетъ расходовъ и прихода. Платныя и безплатныя кровати. Подробные отчеты о дѣятельности по годамъ со времени основанія. Предполагаемыя преобразованія.

2. Гинекологическія стаціонарныя отдѣленія при общихъ больницахъ. Характеристика этихъ больницъ. Исторія основанія и развитія этихъ отдѣленій. Планы ихъ и устройство. Медицинскій и служительскій персоналъ. Его спеціальная подготовка. Стоимость содержанія этихъ отдѣленій. Платныя и безплатныя кровати. Подробные отчеты о дѣятельности по годамъ со времени основанія. Предполагаемыя преобразованія.

3. Пріемъ приходящихъ гинекологическихъ больныхъ при спеціальныхъ гинекологическихъ лѣчебницахъ и при общихъ больницахъ. Кѣмъ ведутся пріемы (число лицъ, ихъ спеціальная подготовка), въ какіе дни и часы? Планы и устройство помѣщеній для пріема гинекологическихъ больныхъ. Спеціальныя приспособленія. Подробные отчеты о дѣятельности амбуляторій по годамъ со времени основанія: Предполагаемыя преобразованія.

4. Статистическія данныя о заболѣваемости и смертности гинекологическихъ больныхъ въ средѣ мѣстнаго населенія по годамъ. Какъ и кѣмъ собираются эти свѣдѣнія? Наичаще встрѣчающіяся формы гинекологическихъ заболѣваній. Формы гинекологическихъ и другихъ болѣзней, особенно свойственныхъ данной мѣстности. Особенности мѣстныхъ условій жизни и обычаевъ, вліяющія на развитіе тѣхъ или иныхъ гинекологическихъ заболѣваній.

5. Подача врачебной помощи гинекологическимъ больнымъ на дому. Размѣры спеціальной гинекологической практики врачей и низшаго медицинскаго персонала. Врачи-гинекологи, мужчины и женщины. Насколько строго придерживаются они своей спеціальности въ частной практикѣ?

6. Гинекологія, какъ предметъ преподаванія въ мѣстныхъ медицинскихъ школахъ. Характеристика школъ, ихъ исторія развитія и отчеты по годамъ объ ихъ дѣятельности. Преподаватели; ихъ спеціальная подготовка. Способъ преподаванія. Число уроковъ, учебники, руководства и пособія при преподаваніи. Практическія занятія. Преподаваніе гинекологіи мужскому фельдшерскому персоналу. Дальнѣйшая судьба питомцевъ школъ.

7. Распространеніе свѣдѣній по предупрежденію и лѣченію женскихъ болѣзней въ средѣ мѣстнаго населенія. Исторія развитія этого вопроса и отношеніе къ нему администраціи, земства, городовъ, врачей и народа. Народныя чтенія и собесѣдованія врачей. Гдѣ, кѣмъ, въ какое время и въ какой формѣ ведутся? Популярныя брошюры по гинекологіи, ихъ заглавіе, содержаніе, цѣна, количество расходящихся экземпляровъ. Преподаваніе гигіены въ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ.

8. Народная и знахарская гинекологія. Народныя средства и пріемы для предупрежденія и лѣченія женскихъ болѣзней. Доморощенные лѣчители женскихъ болѣзней, размѣры и характеръ ихъ дѣятельности въ прежнее и настоящее время. Какъ отзывается на ихъ дѣятельности ростъ раціональной медицинской помощи? Гомеопатическіе способы лѣченія женскихъ болѣзней среди мѣстныхъ жителей.

9. Врачебный надзоръ надъ физическимъ развитіемъ дѣвочекъ въ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ. Практикуемыя здѣсь гигіеническія мѣры по отношенію къ половымъ органамъ, въ особенности въ періодѣ наступленія половой зрѣлости. Не примѣняются-ли въ учебныхъ заведеніяхъ какія либо спеціальныя мѣропріятія, имѣющія цѣлью предупрежденіе заболѣваній женской половой сферы? Мѣры противъ англійской болѣзни и неправильности скелета. Лѣченіе гинекологическихъ заболѣваній у дѣвочекъ.

10. Врачебный надзоръ надъ проституціей. Кѣмъ и черезъ какіе промежутки времени производится осмотръ проститутокъ? Въ чемъ заключается этотъ осмотръ. Гинекологическое лѣченіе проститутокъ. Предлагаемыя преобразованія.

11. Врачебный надзоръ надъ физическимъ трудомъ крестьянскихъ работницъ, прислуги, женщинъ-ремесленницъ, женщинъ, работающихъ на фабрикахъ, заводахъ и т. п. Существуютъ ли какія-либо постановленія, упорядочивающія этотъ трудъ во время мѣсячныхъ очищеній, во время беременности и послѣ родовъ? Лѣченіе гинекологическихъ заболѣваній на фабрикахъ, заводахъ и т. п. заведеніяхъ.

запросы, произведенные крайне поспѣшно и при томъ какъ-бы тайкомъ [1]), не давъ ихъ иниціатору, по видимому, никакихъ результатовъ, ввели многихъ провинціальныхъ врачей, получавшихъ уже мою программу, въ естественное недоумѣніе и помѣшали до нѣкоторой степени благопріятному исходу общеполезнаго дѣла. Какъ бы то ни было, а я былъ поставленъ въ необходимость изучать начатое мною дѣло по свѣдѣніямъ, имѣющимся въ печати, главнымъ образомъ въ отчетахъ больницъ и отдѣльныхъ вѣдомствъ [2]). Но и на этомъ пути мнѣ пришлось встрѣтиться лишь съ неполнотою и разрозненностью данныхъ по разбираемому вопросу. Поэтому въ нижеслѣдующемъ изложеніи полученныхъ свѣдѣній я вынужденъ ограничиваться главнымъ образомъ лишь общими замѣчаніями.

Мѣры борьбы съ гинекологическими болѣзнями я дѣлю на 2 самостоятельныхъ отдѣла: мѣры лѣчебныя и мѣры предохранительныя. *Лѣчебная помощь гинекологическимъ больнымъ* подается въ Россіи въ настоящее время: 1) въ спеціальныхъ, чисто гинекологическихъ учрежденіяхъ, съ постоянными кроватями; 2) въ такихъ-же спеціальныхъ смѣшанныхъ акушерско-гинекологическихъ учрежденіяхъ; 3) въ общихъ больницахъ со спеціальными гинекологическими отдѣленіями; 4) въ такихъ-же больницахъ безъ спеціальныхъ отдѣленій; 5) въ амбуляторіяхъ, гинекологическихъ и общихъ, какъ самостоятельныхъ, такъ и устроенныхъ при больницахъ и 6) на дому у больныхъ. Изъ спеціальныхъ, чисто гинекологическихъ учрежденій въ Россіи въ настоящее время, насколько извѣстно, функціонируетъ только одно, устроенное ради лѣчебно-педагогическихъ цѣлей и состоящее въ вѣдѣніи Московскаго Университета. Это — Шелапутинскій гинекологическій Институтъ, пожизненнымъ директоромъ котораго состоитъ проф. *В. Ѳ. Снегиревъ*. Учрежденіе это имѣетъ чисто личный, индивидуальный характеръ. Свѣдѣнія о дѣятельности его недостаточны. Значеніе его въ дѣлѣ борьбы съ гинекологическими болѣзнями едва-ли въ настоящее время можетъ быть установлено и едва-ли оно можетъ быть обширно, при только-что указанныхъ особенностяхъ. Спеціальныя (смѣшанныя) акушерско-гинекологическія лѣчебныя учрежденія находятся въ столицахъ, въ нѣкоторыхъ университетскихъ городахъ и въ нѣкоторыхъ губернскихъ, крайне рѣдко въ уѣздныхъ. Имѣются свѣдѣнія, болѣе или менѣе полныя, о 25 такихъ учрежденіяхъ, содержимыхъ Вѣдомствомъ учрежденій И. Маріи (наиболѣе крупныя учрежденія), различными Обществами, городскими и земскими учрежденіями и частными лицами. Общее число собственно гинекологическихъ кроватей въ этихъ учрежденіяхъ не превышаетъ 400. Изъ этого числа на долю учрежденій, находящихся въ университетскихъ и столичныхъ городахъ, приходится около 300 кроватей. Болѣе $^2/_3$ послѣдняго числа приходится на долю столичныхъ городовъ. Изъ этихъ цифръ болѣе, чѣмъ наглядно, явствуетъ, насколько неравномѣрно распредѣлены по Россіи лѣчебныя учрежденія этого рода. При этомъ необходимо отмѣтить, что учрежденія эти устроены съ цѣлью главнымъ образомъ подачи помощи роженицамъ, и гинекологическія отдѣленія при нихъ играютъ роль лишь придаточныхъ. Только за послѣднія 10—20 лѣтъ замѣчается постепенное расширеніе этихъ учрежденій на счетъ главнымъ образомъ роста гинекологическихъ отдѣленій.

Общія больницы съ спеціальными гинекологическими отдѣленіями находятся въ столицахъ, университетскихъ городахъ и въ нѣкоторыхъ губернскихъ и уѣздныхъ. Прогрессирующее развитіе гинекологическихъ отдѣленій при общихъ больницахъ наблюдается лишь за послѣднія 10—20 лѣтъ. Изъ провинціальныхъ больницъ образованіе этихъ отдѣленій и ростъ ихъ замѣчается главнымъ образомъ въ земскихъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ и лишь въ видѣ исключенія въ правительственныхъ. Въ столицахъ эти отдѣленія наиболѣе развиты при клиникахъ, при городскихъ больницахъ, при больницахъ Общества Краснаго Креста и при больницахъ Вѣдомства учрежденій Императрицы Маріи. Развитіе этихъ отдѣленій шло послѣдовательно за развитіемъ хирургической помощи призрѣваемымъ. Образовались эти отдѣленія (и продолжаютъ образовываться) изъ т. наз. «женскихъ» отдѣленій больницъ и изъ «хирургическихъ» отдѣленій. Общее число кроватей въ этихъ отдѣленіяхъ немногимъ превышаетъ цифру 1500, изъ которой на долю столичныхъ и университетскихъ городовъ приходится около 1000 кроватей. При этомъ болѣе $^2/_3$ послѣдняго числа принадлежитъ столичнымъ больницамъ. Завѣдываніе этими отдѣленіями въ столицахъ и университетскихъ городахъ находится въ рукахъ спеціалистовъ акушеровъ-гинекологовъ; въ провинціальныхъ-же городахъ завѣдующими являются въ большинствѣ случаевъ хирурги, рѣже спеціалисты гинекологи-акушеры.

Наблюдая историческій ходъ развитія спеціальныхъ отдѣленій при нашихъ больницахъ, мы должны придти къ выводу, что гинекологическія отдѣленія въ средѣ другихъ— самыя молодыя. Простѣйшій и самый старый типъ большой русской больницы около 50 лѣтъ назадъ представлялъ изъ себя лѣчебное учрежденіе, состоящее изъ 2-хъ главныхъ отдѣленій: изъ хирургическаго и терапевтическаго. Въ нѣкоторыхъ больницахъ губернскихъ городовъ имѣлось еще отдѣленіе и для психическихъ больныхъ. Женскія отдѣленія во всѣхъ такихъ больницахъ занимали строго обособленное мѣсто. Рѣзкое раздѣленіе хирургическихъ и терапевтическихъ больныхъ являлось выраженіемъ той глубокой грани, которая лежала издавна между хирургіей и собственно медициной, при чемъ къ области послѣдней относилось всё, что не требовало вмѣшательства ножа. Такимъ образомъ лѣтъ 50 назадъ въ русской провинціи, если и можно было говорить о врачахъ-спеціалистахъ, то только о хирургахъ, и то, разумѣется, хирурги въ то время, по условіямъ мѣстной жизни, не могли быть, если такъ можно выразиться, чистыми спеціалистами. Введеніе земскаго самоуправленія и паденіе крѣпостного права дали сильный толчокъ развитію русской медицины. Больницы стали рости, и въ нихъ стали постепенно обособляться спеціальныя отдѣленія. Такимъ образомъ прежде всего возникли: путемъ отщепленія отъ хирургическаго отдѣленія—отдѣленіе глазное и путемъ отщепленія отъ терапевтическаго— сифилидологическое и акушерское. Созданіе этихъ отдѣленій было вызвано потребностями жизни и не встрѣтило препятствій, потому что для глазныхъ отдѣленій и сифилидологическихъ легко было образовать спеціалистовъ на мѣстахъ, а для акушерскаго отдѣленія особаго спеціалиста, при наличности акушерокъ, не требовалось. Что повивальныя бабки играли въ тѣ времена въ нашихъ больницахъ видную роль отвѣтственныхъ спеціалистовъ акушеровъ и гинекологовъ, это—фактъ, не подлежащій сомнѣнію. Я могу указать, напр., на скорбные листы Тамбовской больницы конца 50-хъ годовъ, гдѣ видно, что ординаторы этой больницы распознавали и лѣчили гинекологическія болѣзни лишь на основаніи изслѣдованій, производимыхъ акушерками. Понятно, при такихъ условіяхъ едва-ли могли тогда вырабатываться изъ врачей спеціалисты-гинекологи, и, разумѣется, трудно было разсѣяться тому предразсудку, который царилъ въ средѣ гинекологическихъ больныхъ по отношенію къ гинекологамъ-мужчинамъ. Указанныя условія представляли собою лишь одну часть тормазовъ, мѣшавшихъ быстрому развитію гинекологіи въ Россіи, а, слѣд., и раннему образованію гинекологическихъ отдѣленій при больницахъ. Другая часть этихъ тормазовъ заключалась въ слабомъ развитіи гинекологіи въ русскихъ разсадникахъ медицинскихъ знаній, въ университетахъ, гдѣ лѣтъ 10—20 назадъ преподаванія гинеколо-

[1]) Говорю это на основаніи того чувства удивленія, которое пришлось выразить мнѣ и другимъ гинекологамъ, когда мы узнали объ этой анкетѣ, нигдѣ до того времени не опубликованной и обращенной, вѣроятно за недостаткомъ времени или, можетъ быть, по другимъ причинамъ, лишь къ нѣкоторымъ изъ провинціальныхъ гинекологовъ и больницъ. Заслуживаетъ вниманія однако не столько это обстоятельство, сколько обнаружившееся при этомъ стремленіе заполучить свѣдѣнія, принадлежащія по праву пріоритета мнѣ, и уклоненіе отъ разработки общественныхъ вопросовъ совокупными силами.

[2]) Пребываніе въ Петербургѣ дало мнѣ возможность довольно быстро, на мѣстѣ, познакомиться съ матеріалами, имѣющимися въ центральныхъ учрежденіяхъ. Только въ Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи для этого пришлось подавать письменное прошеніе, при чемъ одинъ изъ медицинскихъ чиновниковъ требовалъ съ меня даже гербовый сборъ. На подачу прошенія и на ожиданіе отвѣта пришлось потратить 4 дня. Въ другихъ мѣстахъ дѣло рѣшалось въ нѣсколько минутъ, безъ особыхъ формальностей, послѣ простого словеснаго объясненія.

гіи или совсѣмъ не было, или оно велось безсистемно и чисто теоретически. Отправлявшіеся въ провинцію молодые врачи могли быть, и то въ исключительныхъ случаяхъ, акушерами, но ни въ какомъ случаѣ не гинекологами. Съ теченіемъ времени, по мѣрѣ роста потребностей со стороны населенія въ раціональной гинекологической помощи, интересъ къ гинекологіи появился и сталъ увеличиваться и въ средѣ врачей. Во 2-мъ стадіи историческаго развитія русской гинекологіи мы встрѣчаемся съ хирургами-гинекологами и акушерами-гинекологами, какъ съ спеціалистами опредѣленной медицинской отрасли. Собственно говоря, этотъ стадій, несомнѣнно стадій дѣтства и нѣкоторой незрѣлости, русская гинекологія переживаетъ и въ настоящее время. При этомъ, какъ во всѣхъ другихъ отношеніяхъ, такъ и здѣсь, т. е. по отношенію къ больничной помощи гинекологическимъ больнымъ, мы въ ничтожномъ меньшинствѣ больницъ встрѣчаемъ строго обособленныя гинекологическія отдѣленія въ завѣдываніи акушеровъ-гинекологовъ, въ бо́льшей-же части больницъ врачи, завѣдующіе такими отдѣленіями (если послѣднія имѣются) или вообще лѣчащіе гинекологическихъ больныхъ,—въ то-же время хирурги, а въ громадномъ большинствѣ больницъ гинекологическія больныя являются въ качествѣ случайныхъ гостей, и о какой-либо мало-мальски существенной врачебной помощи имъ здѣсь не можетъ быть и рѣчи.

Наиболѣе распространена въ настоящее время въ Россіи амбуляторная помощь гинекологическимъ больнымъ, но систематически и черезъ врачей-спеціалистовъ она ведется лишь при спеціальныхъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ и при общихъ больницахъ и амбуляторіяхъ столичныхъ и университетскихъ городовъ. Во всѣхъ-же прочихъ мѣстахъ и учрежденіяхъ это дѣло находится въ рукахъ неспеціалистовъ и имѣетъ характеръ непостоянства и случайности. За послѣдніе годы въ провинціальныхъ амбуляторіяхъ замѣчается прогрессивное развитіе этого рода гинекологической помощи, въ смыслѣ улучшенія обстановки и устройства и пріобрѣтенія приспособленій для пріема этого рода больныхъ [1]). Кромѣ соотвѣтствующей обстановки, на развитіе гинекологической помощи приходящимъ больнымъ имѣютъ вліяніе: спеціализація врача въ гинекологіи и ростъ акушерской помощи въ населеніи. Тамъ, гдѣ врачъ оказываетъ спеціальное вниманіе гинекологическимъ больнымъ, и въ особенности гдѣ имѣется врачъ, спеціализировавшійся въ этой отрасли, а также тамъ, гдѣ раціональная акушерская помощь въ средѣ населенія хорошо развита и прогрессивно ростетъ, тамъ и число гинекологическихъ больныхъ, обращающихся въ амбуляторіи, постепенно увеличивается. Въ другихъ-же мѣстахъ, гдѣ указанныхъ условій не имѣется, число обращающихся гинекологическихъ больныхъ подвержено неправильнымъ колебаніямъ.

Еще большимъ колебаніямъ подвержено число больныхъ, которымъ подается помощь на дому. Въ такихъ случаяхъ обстановка играетъ иногда очень серьезную роль. Напр., въ Бахмутскомъ уѣздѣ, какъ сообщаетъ одинъ изъ земскихъ товарищей, эта помощь на дому въ средѣ крестьянокъ подается рѣдко, «въ виду неблагопріятной крестьянской обстановки для изслѣдованія и лѣченія гинекологическихъ больныхъ». Вообще этотъ родъ гинекологической помощи, принадлежащій большею частью къ разряду частной практики, поставленъ наименѣе раціонально и находится въ рукахъ спеціалистовъ-врачей (и то не всецѣло) лишь въ университетскихъ и столичныхъ городахъ. Во всѣхъ прочихъ мѣстахъ врачей, *строго* придерживающихся этой спеціальности, почти совсѣмъ нѣтъ. Въ одномъ изъ крупныхъ губернскихъ городовъ «пломбированный» акушеръ-гинекологъ (какъ называлъ его одинъ знаменитый, нынѣ покойный, профессоръ гинекологіи) никогда не отказывается отъ лѣченія, напр., такихъ больныхъ, какъ скарлатинные, сифилитики и пр. Другой врачъ-спеціалистъ, попавшій въ провинціальный большой городъ, также поставленъ въ необходимость, какъ выражается онъ самъ, лѣчить на дому не только больныхъ по своей спеціальности, но и всѣхъ прочихъ. Очевидно, врачебная практика въ одной опредѣленной спеціальности плохо еще оплачиваетъ трудъ врача, да и населеніе само не вполнѣ еще прониклось значеніемъ строгой спеціализаціи въ лѣчебномъ дѣлѣ. Нужно, однако, не забывать и того обстоятельства, что частная практика врачей вообще построена не на строго научныхъ, а скорѣе на коммерческихъ, слѣд., крайне шаткихъ основахъ. Съ одной стороны, спросъ и предложеніе, а съ другой—чисто личные вкусы и разной степени стремленія здѣсь играютъ наиболѣе существенную роль. Отъ этого въ сферѣ частной практики такъ много еще спеціалистовъ «на всѣ руки»—не только въ провинціальныхъ городахъ, гдѣ это иной разъ вызывается неизбѣжными условіями, внѣ врача находящимися, но и въ столицахъ, гдѣ, не смотря на возможность всегда достать гинеколога-спеціалиста, многіе, даже терапевты, не отказываются производить своимъ больнымъ гинекологическое изслѣдованіе и назначать гинекологическое лѣченіе. Неудивительно поэтому, что гинекологической практикой не только въ провинціи, но и въ столицахъ и въ университетскихъ городахъ занимаются и акушерки. Дѣятельность акушерокъ въ этомъ направленіи поощряютъ не только само населеніе, малокультурное въ большей своей массѣ, но, къ сожалѣнію, и сами врачи. У каждой акушерки есть покровительствующій ей врачъ, «практику» котораго она нѣкоторымъ образомъ создаетъ, поддерживаетъ и развиваетъ, и которому она въ этой практикѣ, по тѣмъ или инымъ личнымъ соображеніямъ, всегда имѣетъ возможность нанести соотвѣтственный ущербъ. Коренной мѣрой противъ этого зла можетъ быть только уничтоженіе частной практики, какъ одного изъ серьезныхъ тормазовъ правильнаго развитія врачебной дѣятельности среди населенія. Но это—дѣло далекаго будущаго. Не касаясь здѣсь общихъ просвѣтительныхъ мѣръ и мѣръ, направленныхъ къ коренному переустройству экономическаго и соціальнаго быта населенія, упомяну лишь о частичной, но зато ближайшей мѣрѣ, которая въ борьбѣ съ разсматриваемымъ зломъ, можетъ принести, мнѣ кажется, немалую пользу. Я говорю о свободномъ развитіи дѣятельности женщинъ-врачей, что̀, несомнѣнно, прежде всего повлечетъ за собой увеличеніе числа женщинъ, обращающихся за гинекологической помощью. Въ средѣ нашей женщинъ-врачей пока очень мало, и работа ихъ, къ сожалѣнію, искуственно ограничена умаленіемъ ихъ врачебныхъ правъ. Безпрерывный, изъ года въ годъ, приливъ въ эту среду новыхъ молодыхъ силъ естественнымъ путемъ уничтожитъ это безправіе, и тогда женщинамъ-врачамъ будетъ дана полная возможность внести въ работу гинеколога свѣжую струю, на которую указалъ, между прочимъ, проф. *В. Ѳ. Снегиревъ* въ своей рѣчи при открытіи 1-го Съѣзда Россійскихъ гинекологовъ акушеровъ, струю профилактики, струю внимательнаго изученія физіологіи женскихъ половыхъ органовъ. Въ настоящее время со стороны молодыхъ женщинъ-врачей не замѣчается особой склонности къ изученію гинекологіи (говорю на основаніи личнаго впечатлѣнія); но это—явленіе временное и вполнѣ естественное; современная гинекологія по своему направленію не оправдываетъ своего названія, она завязла въ узкихъ рамкахъ хирургическаго лѣченія болѣзней половыхъ органовъ и, конечно, не можетъ привлекать къ себѣ молодыхъ силъ, ищущихъ широкаго кругозора и пытливо направляющихъ свой взоръ въ самые глубокіе, основные вопросы этого предмета.

Въ вышележащихъ строкахъ моего доклада приведены лишь подсчетъ и распредѣленіе тѣхъ средствъ, которыми располагаетъ наша страна въ борьбѣ съ гинекологическими болѣзнями. Въ дальнѣйшемъ мнѣ придется коснуться заболѣваемости русскихъ женщинъ этими формами болѣзней, чтобы, сопоставивъ и средства борьбы и силы врага, рѣшить вопросъ о шансахъ побѣды, или, точнѣе сказать, о размѣрахъ современной гинекологической помощи въ Россіи. Къ сожалѣнію, опредѣлить съ точностью, насколько часто русская женщина страдаетъ болѣзнями половыхъ

[1]) При извѣстной стыдливости гинекологическихъ больныхъ, вполнѣ естественной въ смѣшанныхъ (мужскихъ и женскихъ) амбуляторіяхъ, соотвѣтствующая обстановка для пріема ихъ имѣетъ немаловажное значеніе. Въ нѣкоторыхъ земскихъ амбуляторіяхъ для осмотра гинекологическихъ больныхъ приходится или закрывать двери амбуляторной комнаты, или уводить такихъ больныхъ для осмотра въ другое мѣсто, напр., въ кабинетъ врача и въ палату для коечныхъ больныхъ.

органовъ, не представляется возможнымъ, за полнымъ отсутствіемъ широкихъ статистическихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи; приходится говорить лишь о томъ, насколько часто этого рода болѣзни встрѣчаются среди другихъ заболѣваній въ разныхъ мѣстахъ нашего отечества, и о томъ, въ какомъ направленіи это относительное число измѣняется съ теченіемъ времени. Наиболѣе подробныя и точныя свѣдѣнія по числу гинекологическихъ больныхъ и роду ихъ заболѣваній доставляются спеціальными акушерско гинекологическими учрежденіями и тѣми общими больницами (преимущественно земскими), гдѣ имѣются обособленныя гинекологическія отдѣленія. Изъ всѣхъ прочихъ учрежденій и мѣстъ доставляемыя свѣдѣнія о гинекологическихъ больныхъ не могутъ считаться точными, ибо, согласно формѣ отчетности, принятой медицинскимъ Департаментомъ и военнымъ Вѣдомствомъ, въ рубрику «болѣзней женскихъ половыхъ органовъ» не включаются всѣ такого рода заболѣванія, какія могутъ наблюдаться и у мужчинъ и въ другихъ органахъ, или также, которыя имѣютъ ясно выраженную этіологію, напр.: новообразованія половыхъ органовъ, воспаленія брюшины, свищи, перелой, бугорчатка, сифилисъ, различнаго характера раненія и пр. и пр. Такимъ образомъ въ общихъ отчетахъ (не спеціально-гинекологическихъ) въ разрядъ гинекологическихъ заболѣваній относятся только воспалительные процессы, искривленія матки, смѣщенія половыхъ органовъ и т. п. болѣзни, присущія исключительно той или другой части половой сферы. Слѣд., съ точки зрѣнія гинеколога, число больныхъ, входящихъ въ разсматриваемую здѣсь рубрику по этимъ отчетамъ, представляется гораздо ниже дѣйствительнаго. По отчету медицинскаго Департамента за 1893—95 гг. [1]), число больныхъ, страдающихъ болѣзнями женскихъ половыхъ органовъ, по отношенію къ общему числу больныхъ въ стаціонарныхъ больницахъ Россіи составило 2,9%. Если принять въ разсчетъ, что число это за 8—9 лѣтъ возрасло, и прибавить къ нему число вышеуказанныхъ заболѣваній, не входящихъ по отчету въ данную рубрику, то %-ное отношеніе гинекологическихъ заболѣваній къ общей цифрѣ больныхъ можно выразить самое меньшее съ цифрой 6. Если это отношеніе и можно признать приблизительно среднимъ для различныхъ мѣстъ Россіи, то только принявъ въ соображенія тѣ многочисленныя мѣста, гдѣ обращаемость за гинекологической помощью почти равна 0 и во всякомъ случаѣ не достигаетъ 1% (къ общему числу больныхъ). %-ное отношеніе числа гинекологическихъ больныхъ къ общему числу больныхъ представляетъ порядочную разницу не только для различныхъ мѣстностей Россіи, но и для различныхъ пунктовъ одной и той-же мѣстности (напр. города). Это зависитъ отъ разнообразныхъ причинъ, напр. отъ числа мѣстъ въ больницахъ для гинекологическихъ больныхъ, отъ числа спеціалистовъ-гинекологовъ, принимающихъ больныхъ, отъ соотвѣтствующей обстановки при пріемѣ и пр., о чемъ отчасти я уже говорилъ выше. Къ этому надо добавить одно обстоятельство, на которое недавно указалъ д-ръ *Вигдорчикъ* («Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», 1903 г.): обращаемость въ амбуляторіи женщинъ вообще и, слѣд., женщинъ, страдающихъ гинекологическими болѣзнями, тѣмъ меньше (въ сравненіи съ мужчинами), чѣмъ больше разстояніе врачебнаго пункта отъ мѣста жительства больной, т. е. чѣмъ длиннѣе радіусъ врачебнаго участка. Изъ этого самъ собой вытекаетъ выводъ, что тамъ, гдѣ врачебная помощь вообще поставлена лучше и богаче, тамъ и обращающихся за гинекологической помощью больше. Ихъ больше въ столичныхъ, университетскихъ и богатыхъ губернскихъ городахъ, чѣмъ въ городахъ уѣздныхъ, вообще малонаселенныхъ; ихъ больше въ уѣздныхъ земскихъ больницахъ и амбуляторіяхъ, чѣмъ въ такихъ-же учрежденіяхъ не земской Россіи. Такъ оно и есть на самомъ дѣлѣ. По крайней мѣрѣ, мои скудныя цифры подтверждаютъ это. Напр., въ Петербургѣ относительное число гинекологическихъ больныхъ къ общему числу больныхъ равно приблизительно (въ общихъ амбуляторіяхъ) 11%, въ Москвѣ оно—больше 13,5%, въ Казани 9%, въ Орлѣ она равняется 7,7%, въ Глуховѣ Черниговской губ. 5,7%, въ Рязанскомъ уѣздѣ 3,8% (*Авиноеновъ*), въ уѣздахъ Московской губ. 3,01% (Осиповъ), въ Области войска Донского 3,2%, въ Терской области 1,4%, въ Кубанской области 0,8%, въ Туркестанскомъ краѣ 0,5%. Эти цифры, разумѣется, подвержены колебаніямъ даже для одной и той-же мѣстности, ибо въ различныхъ учрежденіяхъ одного и того же района могутъ быть тѣ или другія условія, благопріятствующія развитію гинекологической помощи, или, наоборотъ, препятствующія ей. Въ общемъ нельзя не отмѣтить утѣшительнаго факта (установленнаго, впрочемъ, только для городовъ и земскихъ лѣчебныхъ учрежденій) постепеннаго, хотя и медленнаго, возрастанія изъ года въ годъ числа обращающихся за помощью гинекологическихъ больныхъ. Такъ, напр., въ Егорьевскомъ уѣздѣ Рязанской губ. за 3 года (1899—1901) относительное число этихъ больныхъ къ общему числу всѣхъ больныхъ увеличилось съ 1,4% до 2,5%.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

[1]) За послѣдніе годы отчетъ еще не обнародованъ.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Къ вопросу о пересмотрѣ положенія дѣла санитарной организаціи въ Петербургѣ.

Въ настоящее время, когда новое городовое положеніе привлекло къ участію въ городскомъ хозяйствѣ Петербурга болѣе обширный кругъ его населенія, конечно, весьма желательно, чтобы и въ спеціальныхъ органахъ печати не отказывались отъ обсужденія задачъ городского общественнаго Управленія, въ особенности организаціоннаго характера. Въ виду этого позволяю себѣ ознакомить читателей «Русскаго Врача» съ тѣми измѣненіями, которымъ подверглась санитарная организація въ Петербургѣ въ послѣдніе 3—4 года.

Въ началѣ октября 1900 г. управлявшій Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ предложилъ городской Думѣ принять цѣлый рядъ мѣръ, направленныхъ къ улучшенію санитарнаго состоянія столицы, такъ какъ возникшая въ томъ-же году эпидемія оспы выяснила несостоятельность городской санитарной организаціи. Предложенныя мѣры были двоякаго рода. Однѣ указывали на необходимость устроить такія учрежденія, каковыхъ у города еще не было, напр., 1) санитарное бюро для ускоренія полученія свѣдѣній о заразныхъ заболѣваніяхъ; 2) городскія санитарныя (изоляціонныя) квартиры; 3) санитарный обозъ; 4) обеззараживающія камеры. Всѣ эти мѣры были приняты Думою, постепенно осуществлены, и въ настоящее всѣ эти учрежденія дѣйствуютъ.

Другія мѣры, предложенныя Министерствомъ, касались самой постановки санитарной организаціи, устанавливали правила санитарнаго надзора. Мѣры эти подробному обсужденію Думою не подвергались. Такое упущеніе было замѣчено съ самаго начала, и бывшій предсѣдатель санитарной Коммиссіи Г. И. Лисенковъ въ особомъ мнѣніи, приложенномъ къ журналу засѣданія отъ 15/XII 1900 г., указалъ, что Думою оставлены безъ обсужденія какъ сущность новыхъ учрежденій, такъ и предложенныя г. министромъ правила [1]).

Изъ числа мѣръ, предложенныхъ Министерствомъ для улучшенія организаціи санитарнаго надзора, наибольшаго вниманія заслуживаютъ слѣдующія: 1) учрежденіе особой должности завѣдующаго борьбой съ заразными болѣзнями; 2) въ помощь завѣдующему борьбой заразными болѣзнями предлагалось—облечь завѣдующихъ санитарными квартирами правами главныхъ врачей въ пріуроченныхъ къ квартирамъ районахъ города, съ подчиненіемъ имъ участковыхъ санитарныхъ врачей; 3) воспрещеніе совмѣщать съ должностью обеззараживателя и санитарнаго служителя какія-либо иныя обязанности; 4) учрежденіе при санитарныхъ квартирахъ особыхъ бригадъ обеззараживателей и санитарныхъ служителей; 5) изданіе обязательныхъ

[1]) «Извѣстія городской Думы», 1900 г., № 45, стр. 2516

постановленій о закрытіи квартиръ или дома на время обеззараживанія или ремонта; 6) измѣненіе и дополненіе въ подлежащихъ частяхъ инструкціи городскимъ санитарнымъ органамъ.

При осуществленіи этихъ мѣръ 1-ая и самая важная изъ нихъ подверглась столь значительнымъ ограниченіямъ, что съ самаго-же начала потеряла всякое значеніе, а вмѣстѣ съ тѣмъ, конечно, не могли быть приведены въ исполненіе и другія изъ предложенныхъ Министерствомъ мѣръ. Предлагая учредить должность завѣдующаго борьбой съ заразными болѣзнями, Министерство стремилось объединить дѣйствія городской санитарной организаціи, но, не желая въ тоже время затруднять центральный органъ разными мелочными заботами, указывало на необходимость избранія еще другихъ старшихъ врачей, которые, завѣдуя санитарными квартирами и пріуроченными къ нимъ районами города, наблюдали-бы за правильностью дѣйствій подвѣдомственныхъ имъ участковыхъ врачей. Такимъ образомъ дѣятельность завѣдующаго борьбой съ заразными болѣзнями ставилась во главѣ всей служебной санитарной организаціи. Онъ являлся лицомъ отвѣтственнымъ за цѣлесообразность предлагаемыхъ имъ мѣръ и за своевременное и точное примѣненіе ихъ на практикѣ. Роль завѣдующаго вполнѣ опредѣленно обрисована въ слѣдующей рѣчи гласнаго А. Н. Никитина:

«Мѣра, предлагаемая Министерствомъ,—весьма резонная. Она непосредственно клонится къ упорядоченію важной отрасли городского управленія—исполнительныхъ дѣйствій по санитарной части. Если Вы всмотритесь въ типы нашихъ управленій, то увидите, что наилучшія отрасли—тѣ, во главѣ которыхъ стоитъ извѣстная группа гласныхъ, которые руководятъ дѣломъ, направляютъ его, назначаютъ людей, наблюдаютъ, чтобы исполнительные органы дѣятельно работали, не увлекаясь въ тѣ или другія крайности. Но исполнительная отвѣтственная часть лежитъ на отвѣтственномъ наемномъ лицѣ, который посвящаетъ свой трудъ, знанія и все свое время ввѣренному ему дѣлу. Возьмите для примѣра городской ломбардъ. Во главѣ его стоитъ отвѣтственный управляющій, который въ состояніи объяснить положеніе дѣла въ каждый моментъ, выяснить всякій недочетъ, всякій промахъ, за который съ него можно во всякое время спросить и, въ случаѣ ошибки, поправить его органами Управы или Думы. Тоже мы видимъ и въ отношеніи скотобоенъ, которыя дѣйствуютъ на основаніи инструкціи весьма самостоятельно, подъ ближайшею отвѣтственностью смотрителей и ветеринарнаго надзора. Также городская аукціонная камера и т. д.... Что намъ предлагаетъ Министерство? Оно говоритъ, что городское общественное Управленіе, какъ коллегіальная власть, можетъ быть часто измѣняемо въ своемъ составѣ; но исполнительная власть по санитарно-эпидеміологическому надзору должна быть въ прочныхъ рукахъ не смѣняемаго безъ уважительныхъ законныхъ причинъ, по соображеніямъ внутренней думской выборной политики, отвѣтственнаго спеціалиста. Министерство вовсе не хочетъ посадить на это мѣсто какого-нибудь начальника. Ничего подобнаго! Оно во всѣхъ своихъ предложеніяхъ, напротивъ, указываетъ, что въ нашей волѣ издавать обязательныя постановленія и инструкціи, наша воля смѣщать и назначать служебный санитарный персоналъ... Если-бы завтрашній день явилась какая-нибудь эпидемія и я-бы зналъ, что предсѣдатель санитарной Коммиссіи распоряжается всѣми предупредительными мѣрами самостоятельно, не будучи ученымъ санитаромъ, да еще отвлекаясь сторонними дѣлами, то я не могъ-бы быть покойнымъ ни за себя, ни за близкихъ мнѣ людей; я бы сталъ протестовать, что мнѣ нуженъ человѣкъ, который былъ-бы достаточно авторитетенъ и въ научной, и въ практической санитаріи, чтобы оградить городское населеніе отъ чрезмѣрнаго распространенія пожара эпидеміи. Вотъ тѣ соображенія обывателя, которыми я привѣтствую предложеніе Министерства внутреннихъ дѣлъ, считая его по существу весьма цѣлесообразнымъ» [1]).

Но все это осталось одними лишь пожеланіями. На дѣлѣ бюрократія санитарной Коммиссіи едва замѣтными измѣненіями министерскаго доклада лишила проэктируемую должность всякаго дѣйствительнаго значенія. Чтобы понять, какъ это произошло, стоитъ только сравнить текстъ пунктовъ доклада Министерства съ тѣми-же пунктами въ переложеніи санитарной Коммиссіи. Напр.

Пунктъ 6-й доклада Министерства:	Тотъ-же пунктъ въ изложеніи санитарной Коммиссіи:
О всѣхъ сдѣланныхъ имъ распоряженіяхъ санитарный врачъ *безотлагательно* сообщаетъ *завѣдывающему* посредствомъ отсылки ему черезъ посыльнаго или инымъ способомъ полученной увѣдомительной карточки съ подлежащими на ней отмѣтками; въ случаяхъ необходимости принятія какихъ-либо независящихъ отъ него мѣръ, а равно о возникающихъ затрудненіяхъ санитарный врачъ сообщаетъ *на разрѣшеніе завѣдующаго* [1]).	О всѣхъ сдѣланныхъ имъ распоряженіяхъ санитарный врачъ *ежедневно* сообщаетъ *въ бюро* санитарной Коммиссіи посредствомъ отсылки ему (?) черезъ посыльнаго или инымъ способомъ полученной увѣдомительной карточки съ подлежащими на ней отмѣтками; въ случаяхъ необходимости принятія какихъ-либо независящихъ отъ него мѣръ, а равно о возникающихъ затрудненіяхъ санитарный врачъ сообщаетъ *на распоряженіе бюро* [1]).

[1]) «Извѣстія городской Думы», 1900 г., № 45, стр. 2536 и слѣд.

По докладу Министерства санитарный врачъ обязанъ имѣть дѣло съ отвѣтственнымъ лицомъ завѣдующаго борьбой съ заразными болѣзнями, отъ котораго онъ и получаетъ указанія и разрѣшеніе встрѣченныхъ имъ затрудненій. По редакціи-же санитарной Коммиссіи санитарный врачъ обязанъ имѣть дѣло не съ опредѣленнымъ лицомъ, а съ бюро, т. е. отвѣтственное лицо замѣнено безотвѣтственнымъ канцелярскимъ учрежденіемъ—бюро. Кромѣ того, гласнымъ д-ромъ *А. Н. Оппенгеймомъ* было предложено измѣнить названіе завѣдующаго борьбой съ заразными болѣзнями на названіе старшаго санитарнаго врача, подъ тѣмъ предлогомъ, «чтобы это лицо не мнило, что оно есть какое-то особое отъ санитарной Коммиссіи стоящее лицо» [2]), между тѣмъ какъ по проэкту Министерства старшими санитарными врачами должны были быть лица, наблюдающія за дѣятельностью участковыхъ врачей лишь извѣстнаго района города, пріуроченнаго къ санитарной квартирѣ. Такимъ образомъ произошло смѣшеніе высшей должности съ второстепенною, а затѣмъ, чтобы уже окончательно лишить эту должность, подъ ея новымъ названіемъ «старшаго санитарнаго врача», всякой самостоятельности и придать ей исключительно канцелярскій характеръ, послѣдовало удивительное предложеніе подчинить старшаго санитарнаго врача дѣлопроизводителю канцеляріи санитарной Коммиссіи [3]).

Такъ переработала бюрократія весьма полезное и важное для дѣла предложеніе Министерства внутреннихъ дѣлъ. Вмѣсто отвѣтственнаго лица, руководящаго санитарнымъ надзоромъ, была создана новая канцелярская должность безъ опредѣленныхъ правъ, обязанностей и отвѣтственности. Дѣйствительность не оправдала надеждъ.

Еще лучше обрисовываетъ современное положеніе санитарнаго дѣла предложеніе гласнаго д-ра *А. Н. Оппенгейма* выдавать столичному врачебному инспектору 1200 р. въ годъ для пожетоннаго вознагражденія за участіе въ трудахъ санитарной Коммиссіи [4]). Напрасно противъ этого протестовалъ гласный П. П. Дурново, бывшій первымъ предсѣдателемъ санитарной Коммиссіи (со дня ея учрежденія въ 1885 г. по 1890 г.). Онъ убѣждалъ Думу не соглашаться съ такимъ предложеніемъ, называя этотъ пунктъ «страннымъ».

«Если-бы я былъ градоначальникомъ, говорилъ онъ, то не позволилъ-бы даже это и обсуждать. Инспекторъ этотъ состоитъ на службѣ и потому никакихъ другихъ вознагражденій по закону получать не можетъ. Министръ говоритъ, что онъ обязанъ тамъ бывать; слѣд., это—его служба, и потому никакого посторонняго вознагражденія получать за нее онъ не имѣетъ права. Я, какъ бывшій губернаторъ, говорю, что, если-бы моему подчиненному предложили такое содержаніе, я просилъ-бы исключить его. Въ виду этого я просилъ-бы пожетонное вознагражденіе изъ смѣты исключить» [5]).

Все было напрасно. Деньги были ассигнованы, и въ результатѣ получилось то, что столичный врачебный инспекторъ сталъ получать 1200 р. въ годъ по ассигновкамъ предсѣдателя санитарной Коммиссіи наравнѣ съ санитарными врачами, обеззараживателями и прочими служащими санитарной Коммиссіи. Понятно, что поставленный въ денежную зависимость отъ предсѣдателя санитарной Коммиссіи столичный врачебный инспекторъ не только лишился возможности энергично поддерживать требованія Министерства внутреннихъ дѣлъ относительно мѣропріятій противъ

[1]) «Извѣстія городской Думы», 1900 г., № 38, стр. 1266 и 1282.

[2]) «Извѣстія городской Думы», 1900 г., № 45, стр. 2533.

[3]) «Извѣстія городской Думы», 1900 г., № 43, стр. 2184. Для занятія должности старшаго санитарнаго врача не требуется даже степени доктора медицины, не говоря уже о какихъ-либо другихъ цѣнныхъ работахъ по общественной гигіенѣ.

[4]) «Извѣстія городской Думы», 1900 г., № 38, стр. 1302.

[5]) «Извѣстія городской Думы», 1900 г., № 45, стр. 2526 и 2501.

острозаразныхъ болѣзней, но и вынужденъ былъ избѣгать посѣщать засѣданія санитарной Коммиссіи [1]).

Такое положеніе вещей, конечно, не могло продолжаться, не обращая на себя вниманія общества и городской Думы, и дѣйствительно Дума нашла необходимымъ образовать весною текущаго года спеціальную Коммиссію подъ предсѣдательствомъ гр. А. А. Бобринскаго для разсмотрѣнія и улучшенія санитарнаго и больничнаго дѣла въ столицѣ. Къ какимъ-бы результатамъ эта Коммиссія ни пришла, весьма желательно, чтобы одновременно съ ней и во врачебныхъ органахъ печати, а также медицинскихъ Обществахъ, хотя-бы въ Обществѣ охраненія народнаго здравія, нашли себѣ откликъ столь важные вопросы городского хозяйства, какъ больничное и санитарное дѣло.

А. Николаевъ.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Физіологія и общая патологія. 686. Проф. *Casimir Strzyzowski* (Lausanne) подтверждаетъ выводы проф. *Jaffé о вліяніи формальдегида на нормальныя и патологическія части мочи*, а именно: формальдегидъ не пригоденъ для сохраненія мочи въ цѣляхъ изслѣдованія, такъ какъ онъ измѣняетъ или совершенно прекращаетъ многія важныя реакціи (индиканъ, мочевая кислота, ацетонъ и т. д.). Опредѣленіе мочевины желчныхъ пигментовъ не нарушается (Therapeutische Monatshefte, № 5). *Дмитріевъ.*

687. *Adolf Jolles* (Вѣна) предлагаетъ *очень чувствительную реакцію на желчные пигменты въ мочѣ.* 10 к. стм. мочи смѣшиваются съ 2—3 к. стм. хлороформа и 1 к. стм. 10%-наго раствора хлористаго барія; смѣсь центрифугируется. Жидкость надъ хлороформомъ и осадкомъ сливается, пробирка наполняется перегнанной водой и снова центрифугируется (при сильно окрашенной мочѣ операція эта продѣлывается и въ 3-й разъ). Послѣ сливанія жидкости надъ хлороформомъ къ остатку приливаютъ 5 к. стм. алкоголя, сильно встряхиваютъ, затѣмъ прибавляютъ растворъ іода и фильтруютъ въ пробирку. Въ присутствіи малѣйшихъ слѣдовъ желчныхъ пигментовъ послѣ нѣкотораго стоянія получается характерное *зеленоватое (до зелено-синяго) окрашиваніе жидкости.* Реакцію можно ускорить подогрѣваніемъ пробирки въ теченіи короткаго времени на водяной банѣ; при сильно насыщенной мочѣ лучше фильтровать послѣ подогрѣванія до 70° Ц. На реакцію не вліяетъ ни индиканъ, ни гэмоглобинъ. Растворъ іода приготовляется такъ: 0,63 іода и 0,75 сулемы растворяются каждый отдѣльно въ 125 к. стм. алкоголя; оба раствора смѣшиваются, и прибавляется 250 к. стм. крѣпкой соляной кислоты. Растворъ хранится въ темной склянкѣ и держится долгое время (Deutsches Archiv f. klinische Medicin, т. 78, тетр. 1 и 2). *А. Дмитріевъ.*

688. Д-ръ *Baumann* произвелъ рядъ сравнительныхъ опредѣленій *удѣльнаго вѣса крови* по общеупотребительному способу *Hammerschlag*'а и пикнометромъ. Кровь бралась отъ здоровыхъ и отъ сдѣлавшихся малокровными, вслѣдствіе кровопусканія, собакъ. Всякій разъ опредѣлялся удѣльный вѣсъ какъ крови, такъ и кровяной сыворотки. Авторъ пользовался одними и тѣми-же приборами и производилъ повѣрочныя пробы. Оказалось, что всякій разъ по способу *Hammerschlag*'а получались бо́льшія цифры, при чемъ разница въ показаніяхъ съ пикнометромъ колебалась отъ 0,010 до 0,014, будучи въ среднемъ = 0,012, напр., 1,068 и 1,056. Результаты были одинаковы, касалось-ли дѣло здоровой или больной крови или сыворотки. Авторъ полагаетъ, что способъ *Hammerschlag*'а вполнѣ пригоденъ по простотѣ и удобству выполненія для клиническихъ цѣлей; постоянная-же опредѣленная разница съ показаніями пикнометра зависитъ отъ того, что приборчикъ, опредѣляющій въ способѣ *Hammerschlag*'а уд. вѣсъ хлороформно-бензольной смѣси, градуируется по воднымъ растворамъ, почему и даетъ неправильныя показанія въ этой смѣси, такъ какъ она имѣетъ иное поверхностное натяженіе. Недостатокъ этотъ, поэтому, легко можетъ быть устраненъ (British Medical Journal, 27 февраля). *Л. С.*

Фармакологія. 689. Съ нѣкотораго времени при лѣченіи нѣкоторыхъ болѣзненныхъ процессовъ стали примѣняться *пивныя дрожжи.* Вначалѣ онѣ употреблялись главнымъ образомъ при болѣзняхъ кожи, въ послѣднее же время и при нѣкоторыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ, а также при сахарномъ мочеизнуреніи и т. п. Главнымъ препятствіемъ къ распространенію дрожжей въ терапіи служило то обстоятельство, что пріобрѣтаемыя сухія дрожжи были различнаго происхожденія и различнаго качества, почему и результаты лѣченія ими были крайне различны и непостоянны. Всѣ эти недостатки въ настоящее время, по мнѣнію д-ра *K. Hedrich*'а устраняются *левуретиномъ* (Levuretin). Левуретинъ это сухія дрожжи изъ одного большого образцоваго пивного завода въ Эльзасѣ. Чистыя безупречныя дрожжи обезвоживаются и высушиваются подъ наблюденіемъ химика E. Seigel'я въ особомъ аппаратѣ, въ безвоздушномъ пространствѣ, при низкой температурѣ. Левуретинъ въ 100 чч. содержитъ летучихъ при 100° веществъ 12640, солей 5640, азотъ содержащихъ веществъ 60840 (общее число азота 9734) и сахара, гликогена, жира, клѣтчатки и др. 20880. Левуретинъ—совершенно чистыя сухія дрожжи, безъ всякаго загрязненія микроорганизмами, плѣсенью и нечистыми дрожжами; единственная составная часть его—нормальныя клѣтки sacharomyces cerevisiae. Онъ способенъ къ броженію даже безъ прибавленія сахара на счетъ собственнаго гликогена. Левуретинъ не содержитъ окисляющихъ бродилъ, напротивъ, богатъ бродилами окисляемыми: 100,0 левуретина, обработанныя избыткомъ перекиси водорода, развиваютъ $5^1/_2$ литровъ кислорода. Быстрое и совершенное высушиваніе обезпечиваетъ левуретину долгую сохраняемость при условіи содержанія его въ защищенномъ отъ влаги мѣстѣ. Съ химической стороны левуретинъ представляетъ пищевое средство, такъ какъ содержитъ бѣлки, углеводы, жиръ и фосфорныя соли. Между составными частями левуретина находятся укрѣпляющія средства: гликогенъ, альбумозы, пептоны и нуклеинъ въ значительномъ количествѣ. Въ кисломъ желудочномъ сокѣ нуклеинъ превращается въ нуклеиновую кислоту, которая, какъ извѣстно, вызываетъ сильный гиперлейкоцитозъ и ограничиваетъ фосфатурію; для достиженія этого необходимо 0,2 нуклеиновой кислоты; въ чайной ложкѣ левуретина находится около 0,15 нуклеиновой кислоты, такъ что—2—3 чайныхъ ложки левуретина даютъ вполнѣ достаточное количество нуклеиновой кислоты. Такъ какъ нуклеиновая кислота обладаетъ еще свойствомъ уничтожать ядовитость различныхъ болѣзнетворныхъ бактерій какъ въ пробиркѣ, такъ и въ организмѣ (холерная запятая, тифозная палочка), то бактеріиубивающее свойство дрожжей, отмѣченное при многихъ заразныхъ болѣзняхъ, сводится къ дѣйствію не только дрожжевой клѣтки и ея бродилъ, но и доставляемой организму нуклеиновой кислоты. Введеніемъ нуклеиновой кислоты повышается содержаніе нуклеина у клѣтокъ организма, въ зависимости же отъ нуклеина находится, по изслѣдованіямъ школы *И. И. Мечникова*, фагоцитарная энергія бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Левуретинъ можно принимать безъ вреда въ большихъ количествахъ (6 и болѣе чайныхъ ложекъ въ день) или на тощакъ, или послѣ обѣда. Употреблять его на тощакъ *H.* совѣтуетъ при чирьеватости, нагноеніяхъ, заразныхъ болѣзняхъ, чтобы насколько можно менѣе подвергать дрожжи дѣйствію кислаго желудочнаго сока, а больше благопріятствовать броженію; при этомъ совѣтуется одновременно вводить большія количества жидкости не выше 35° Ц. Употребленіе средства на сытый желудокъ показано при бронхитѣ, катаррахъ, сахарной болѣзни, золотухѣ и т. д., чтобы такимъ образомъ способствовать превращенію нуклеина въ нуклеиновую кислоту. *H.* думаетъ, что левуретинъ, благодаря своимъ качествамъ, найдетъ обширное примѣненіе въ терапіи (Deutsche Aerzte-Zeitung, тетр. 3 и 4). *А. Н. Дмитріевъ.*

---

[1]) Такъ, изъ «Отчета санитарной Коммиссіи за 1902 г.» (стр. 8) видно, что изъ 28 засѣданій санитарной Коммиссіи столичный врачебный инспекторъ посѣтилъ только 3; въ «Отчетѣ же за 1903 г.» о числѣ посѣщеній почему-то умалчивается.

690. Д-ръ *Kittsteiner* (Hanau a/M), испытавъ на нѣсколькихъ больныхъ съ желчными камнями предложенный д-ромъ *Glaser*'омъ *хологенъ* (chologen), какъ средство растворяющее желчные камни, пришелъ къ заключенію, что хологенъ на ряду съ другими цѣлесообразными предписаніями въ существѣ представляетъ успокаивающее средство и, можетъ быть, въ состояніи удлинить промежутки между приступами коликъ, но не можетъ считаться средствомъ растворяющимъ и выдѣляющимъ камни и употребленіе его при закупоркѣ общаго желчнаго протока, при гнойномъ воспаленіи пузыря заставляетъ только терять время и откладывать необходимое оперативное вмѣшательство (Therapeutische Monatshefte, № 2). *А. Н. Дмитріевъ.*

691. Д-ръ *Th. Westhoff* (Bremen) примѣнялъ *для обеззараживанія рукъ* новый препаратъ *сапо-силикъ* (sapo-silic)—мыло, главная составная часть котораго ангидридъ кремневой кислоты, SiO_2. Сапо-силикъ содержитъ 59% кремневой кислоты, 10% натроннаго мыла, желтый воскъ, ланолинъ, буру и стеариновую кислоту. Онъ тѣстоватой плотности, желтаго цвѣта. Дѣйствіе составныхъ частей сапо-силика распредѣляется такъ: жирныя кислоты и щелочь растворяютъ кожный жиръ и разрыхляютъ верхній слой эпидермиса, дѣйствіе натроннаго мыла усиливается бурой и стеариновой кислотой; кристаллы кремневой кислоты механически удаляютъ грязь и роговыя вещества; послѣднему обстоятельству *W.* придаетъ самое важное значеніе. На основаніи многочисленныхъ бактеріологическихъ опытовъ съ обеззараживаніемъ рукъ съ помощью сапо-силика *W.* пришелъ къ выводу, что примѣняя послѣ обычнаго мытья рукъ сѣрный эѳиръ для удаленія кожнаго жира, послѣ мытья щеткой и сапо-силикомъ можно получить руки, почти вполнѣ свободныя отъ микроорганизмовъ, при чемъ, не смотря на продолжительное треніе рукъ сапо-силикомъ со щеткой или безъ нея, никогда раздраженія кожи не получалось. Точно также сапо-силикъ очень быстро очищаетъ и удаляетъ цвѣтныя загрязненія съ рукъ (метиленовая синька, китайская тушь и др.) (Therapeutische Monatshefte, № 1). *А. Н. Дмитріевъ.*

Внутреннія болѣзни. 692. Д-ръ *Emanuel Fink* (Hamburg) считаетъ, что *при сѣнной лихорадкѣ locus morbi нужно искать въ Highmor'овой полости*, а болѣзненныя явленія со стороны глазъ и другіе отдаленные припадки нужно разсматривать, какъ явленія отраженныя. Взглядъ этотъ, между прочимъ, подтверждается, по его мнѣнію, благопріятнымъ дѣйствіемъ *аристола*, введеннаго въ *Highmor*'ову полость. *Fink* думаетъ, что въ аристолѣ онъ нашелъ средство, излѣчивающее, при введеніи его въ *Highmor*'ову полость, всѣ формы нервнаго насморка, а слѣд. и сѣнную лихорадку. Лѣченіе должно быть повторное. Аристолъ вдувается въ *Highmor*'ову полость посредствомъ особой канюли (Therapeutische Monatshefte, № 4). *А. Н. Д.*

693. *W. Bauermeister* (Braunschweig) на основаніи наблюденій надъ самимъ собою и 60—70 другихъ случаевъ предлагаетъ при *желчныхъ камняхъ систематическое употребленіе салициловой кислоты въ небольшихъ неядовитыхъ количествахъ въ соединеніи съ кислымъ олеиново-кислымъ натромъ* (eunatrol). Благодаря этому лѣченію, часто оказывается помощь тамъ, гдѣ всѣ другіе способы лѣченія совершенно не достигали цѣли и оставалось только одно средство — хирургическое вмѣшательство. *Bauermeister* употребляетъ вышеназванныя средства въ формѣ пилюль (салициловой кислоты и кислаго олеиново-кислаго натра по 0,1; какъ успокаивающее прибавляется ментолъ и фенолфталеинъ); 3—4 пилюли принимаются утромъ и вечеромъ передъ сномъ и запиваются $^1/_3$—$^1/_2$ литра очень теплой воды, выпиваемой медленно. Во время приступа желчной колики, при вздутіи и болѣзненности живота, отсутствіи испражненій и газовъ *B.* совѣтуетъ вспрыскивать 0,015 морфія и 0,001 атропина (Therapeutische Monatshefte, № 5). *А. Н. Д.*

694. *Arnold Goldmann* (Вѣна) предлагаетъ *при желчныхъ камняхъ внутреннее употребленіе холелизина (Cholelysin).* Холелизинъ представляетъ соединеніе олеиново-кислаго натра съ бѣлкомъ и содержитъ въ жидкой формѣ 20% олеиновокислаго натра. Сухой холелизинъ (Cholelysinum siccum) содержитъ 80% олеиновокислаго натра. Примѣсь бѣлка, сохраняя всѣ желчегонныя свойства олеиновокислаго натра, въ тоже время не имѣетъ его противнаго запаха и вкуса, и даже при долгомъ употребленіи не вызываетъ никакихъ побочныхъ явленій. На основаніи своихъ наблюденій авторъ считаетъ холелизинъ почти специфическимъ средствомъ, обнаруживающимъ свое дѣйствіе какъ при легкихъ заболѣваніяхъ желчныхъ путей, такъ и при ясно выраженной желчнокаменной болѣзни, съ одной стороны, устраняя застои желчи и тѣмъ предотвращая образованіе камней, съ другой, при имѣющихся уже камняхъ, вызывая частичное раствореніе и уменьшеніе ихъ и приводя къ полному выздоровленію. Авторъ давалъ холелизинъ въ жидкой формѣ чайными ложками, 3 раза въ день, съ запиваніемъ щелочной водой (Deutsche Aerzte-Zeitung, тетр. 10). *А. Дмитріевъ.*

695. Въ своей 2-ой работѣ, посвященной *анкилостоміазу*, *Boycott* и *Haldane* излагаютъ вопросы о географическомъ распредѣленіи этой болѣзни, исторію развитія чужеяднаго и рядъ опытовъ надъ условіями этого развитія, распознаваніе, лѣченіе и предупрежденіе болѣзни. Малокровіе рудокоповъ, вызванное кривоголовкой 12-перстной кишки, появилось и изучено въ Англіи только въ послѣдніе годы. Авторы произвели свои клиническія наблюденія на 50 больныхъ рудокопахъ Корнвалисса (копи Dolcoath) и подробно описали ихъ въ 1-ой работѣ (Journal of Higiene, 1903 г.), а теперь занялись экспериментальной разработкой и вопросомъ о предупрежденіи этой болѣзни въ копяхъ. Подвергая яйца кривоголовокъ дѣйствію различныхъ температуръ, они нашли, что предѣлы развитія этихъ яицъ заключаются между 16° и 38°; minimum иногда можетъ опускаться до 13°; температуры болѣе высокія вредны: при 40° яйца чужеяднаго погибаютъ въ теченіи 24 часовъ. Свѣтъ, какъ прямой, такъ и разсѣянный, убиваетъ яйца, для развитія которыхъ необходимы извѣстная степень влажности и присутствіе кислорода.—Распознаваніе основано на изслѣдованіи каловыхъ массъ.—Наилучшее лѣченіе—большія количества тимола: сначала каломель, а на слѣдующій день 3 пріема, по 2,0 тимола (въ эмульсіи или въ капсулахъ), въ теченіи 2-хъ часовъ, послѣ чего опять слабительное (клещевинное масло).—Предупрежденіе основано на соблюденіи правилъ возможной чистоты въ копяхъ, обеззараживаніи испражненій, обособленіи больныхъ и т. д. У больныхъ анкилостоміазомъ наблюдается цѣлый рядъ кожныхъ заболѣваній, которыя приписываются проникновенію зародышей кривоголовокъ подъ кожу *(Looss)*. Попытки авторовъ воспроизвести на себѣ подобныя явленія путемъ прикладыванія къ рукѣ разводокъ чужеядныхъ, равно какъ и содержащихъ послѣднія каловыхъ массъ остались безуспѣшными (Journal of Hygiene, январь). *Л. Т.*

Хирургическія болѣзни. 696. На основаніи одного наблюденія изъ клиники проф. *Kraske* (Freiburg) и литературныхъ данныхъ д-ръ *Oberst* говоритъ объ *оперативномъ лѣченіи расширеній подключичной артеріи.*

Мужчина, 51 г., получилъ сильный ударъ дышломъ въ правое плечо. Спустя 3 дня выше правой ключицы образовалась бьющаяся опухоль, съ куриное яйцо, которая черезъ $^1/_2$ года, достигнувъ величины лимона, стала причинять жесточайшія боли. Спустя $2^1/_2$ года боли стали невыносимыми. При поступленіи найдено: сильное истощеніе; въ правой надключичной области бьющаяся, полушаровидная опухоль, съ кулакъ взрослаго, покрытая подвижной, но сильно истонченной синеватою кожей; ключица оттѣснена опухолью кпереди и во внутреннемъ своемъ отдѣлѣ замѣтно истончена. Кзади опухоль простирается до капюшонной мышцы, книзу теряется подъ ключицей и ребрами, кнутри доходитъ до кивательной мышцы, между которой и ключицей остается небольшой 3-угольный промежутокъ, не занятый опухолью. Пульсъ въ правой лучевой артеріи слабѣе, чѣмъ въ лѣвой; правая рука отечна и слегка синюшна. Изсѣчены внутренняя часть ключицы и кусокъ рукоятки грудины въ 2 кв. стм. Двойная лигатура на начальную часть подключичной артеріи. Біеніе мѣшка тотчасъ-же прекратилось. Рана оставлена не зашитой. Послѣ операціи боли исчезли, но появилась незначительная охриплость (параличъ возвратнаго нерва), впослѣдствіи исчезнувшая. Спустя мѣсяцъ почти полное запустѣніе мѣшка. Питаніе больного быстро поднялось; движенія руки остались слегка ограниченными.

Въ литературѣ описано 188 случаевъ расширенія подключичной артеріи. За исключеніемъ рѣдкихъ врожденныхъ расширеній и расширеній заразнаго характера (при

язвенномъ эндокардитѣ) причиною ихъ происхожденія бываетъ траума. Обычный исходъ — смерть больного вслѣдствіе кровотеченія. Въ единичныхъ случаяхъ наступаетъ произвольное выздоровленіе вслѣдствіе сдавленія приводящаго конца расширеніемъ или омертвѣнія послѣдняго. Лѣкарственное лѣченіе (KJ и желатина) пользы не приноситъ. Введеніе инороднаго тѣла и сдавливаніе приводящаго конца въ единичныхъ случаяхъ приводитъ къ выздоровленію. Нормальнымъ пріемомъ слѣдуетъ считать перевязку сосуда центрально отъ мѣшка. Операція эта очень тяжелая вслѣдствіе глубины расположенія сосуда и близости важныхъ для жизни органовъ. Смертность при оперативномъ лѣченіи въ до-противогнилостное время равнялась 70%. За послѣднія 20 лѣтъ изъ 32 оперированныхъ выздоровѣли 25. Причины смерти въ 6 случаяхъ: прорѣзываніе лигатуры (2 сл.), разстройства кровообращенія въ мозгу (2 сл.; перевязаны были безымянная и общая сонная артерія), образованіе и разрывъ новаго расширенія центрально отъ мѣста перевязки (1 сл.), легочный заносъ (1 сл.; черезъ 3 недѣли послѣ операціи). Въ 1 случаѣ причина смерти не указана. Выводы: изъ некровавыхъ способовъ допустимо только сдавленіе (прижатіе). Нормальнымъ кровавымъ пріемомъ слѣдуетъ считать центральную перевязку, которой необходимо предпослать изсѣченіе ключицы. Результаты периферической перевязки ненадежны. Изсѣченіе мѣшка мыслимо лишь при особо благопріятныхъ условіяхъ (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XLI). *Ф.*

697. Д-ръ *Hilgenreiner* приводитъ въ Beiträge zur klinischen Chirurgie (т. XLI) *отчетъ о 828 случаяхъ операціи грыжъ изъ клиники* проф. *Wölfler*'а. Изъ 828 грыжъ (наблюдавшихся у 770 больныхъ) 471 разъ была свободная, 357 ущемленная грыжа. Мужчинъ было 519, женщинъ 251. Наслѣдственность отмѣчена въ 45,7%. Изъ 471 свободныхъ грыжъ 446 было паховыхъ и 15 бедренныхъ; остальныя грыжи пупочныя и бѣлой линіи. Давность существованія свободныхъ грыжъ въ большинствѣ случаевъ—отъ 1 года до 10 лѣтъ. Величина грыжъ въ большинствѣ случаевъ была отъ куринаго яйца до кулака. Наибольшее число оперированныхъ были въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ; ниже 10 и выше 50 лѣтъ было всего по 20 больныхъ. Въ клиникѣ проф. *Wölfler*'а 50-лѣтній возрастъ считаютъ предѣломъ, до котораго показана коренная операція свободной грыжи. У лицъ старше 50 лѣтъ должны существовать особыя показанія: невправимость грыжи, боли. Операція паховой грыжи въ первые отчетные годы (отчетъ обнимаетъ время съ 1895 по 1902 г.) дѣлалась по способу *Frey*'я (перенесеніе сѣмяннаго канатика и укрѣпленіе его надъ наружнымъ сухожильнымъ растяженіемъ), въ 17 случаяхъ — по способу *Czerny*, въ единичныхъ случаяхъ — по *Bassini*, во всѣхъ-же остальныхъ — по способу *Wölfler*'а. Въ сущности способъ *Wölfler*'а отличается отъ способа *Bassini* лишь тѣмъ, что канатикъ оставляютъ не тронутымъ въ нижнемъ углу, а въ нижній мышечный шовъ захватываютъ и прямую мышцу живота. Изъ особенностей при операціяхъ паховыхъ грыжъ заслуживаютъ упоминанія: частичное изсѣченіе сальника въ 45 случаяхъ, открытый влагалищный отростокъ (processus vaginalis) въ 76 случаяхъ, 4 случая свободной водянки во влагалищномъ отрѣзкѣ, 1 случай бугорчатки грыжевого мѣшка (2 случая бугорчатки мѣшка найдены при ущемленныхъ грыжахъ). Средняя продолжительность послѣоперационнаго лѣченія при свободныхъ грыжахъ была 16,2 дня; % нагноеній=12. Въ 21 случаѣ наблюдалось временное припуханіе яичка resp. сѣмяннаго канатика, въ 26 случаяхъ—скоропреходящее воспаленіе бронховъ, въ 3—воспаленіе легкихъ, окончившееся въ 1 случаѣ смертельно. Въ 299 случаяхъ паховыхъ грыжъ оперированные прослѣжены отъ 1 года до 7 лѣтъ: способъ *Frey*'я далъ 25% возврата, *Czerny* 15,4%, *Wölfler*'а 7,3%. Важно отмѣтить, что у дѣтей (до 10 лѣтъ) возврата не было и что % возвратовъ возрастаетъ съ 8,2 до 16,6 прямо пропорціонально возрасту. Авторъ отмѣчаетъ слѣдующія преимущества *Wölfler*'овскаго способа: простота, отсутствіе поврежденій канатика со всѣми его послѣдствіями (омертвѣніе яичка, разрывъ сѣмяотносящаго протока, нейральгіи, закупорка венъ, разстройства мочеиспусканія). Больные съ бедренными грыжами оперированы по *Frey*'ю [пришиваніе *Poupart*'овой связки къ лонно-бедренной (fascia pectinea)] и въ отношеніи возврата не прослѣжены. При грыжахъ пупочныхъ и бѣлой линіи возвратъ отмѣченъ въ 28%.—Что касается ущемленныхъ грыжъ, то на долю паховыхъ приходится 208 случаевъ, бедренныхъ 134, пупочныхъ 20 (на 362 случая такихъ грыжъ операція сдѣлана въ 357; 5 больныхъ съ грыжами погибли еще до операціи). Возрастъ оперированныхъ колебался отъ 4 до 87 лѣтъ. Въ 202 случаяхъ ущемленіе грыжъ наблюдалось у женщинъ, въ 260 у мужчинъ. 362 грыжи были у 354 больныхъ. Продолжительность ущемленія — отъ нѣсколькихъ часовъ до 14 дней. Въ 67 случаяхъ, кончившихся смертельно, средняя давность ущемленія равнялась 5 днямъ. Осложненія, отложенныя до операціи: омертвѣніе кожи (3 сл.), каловой нарывъ (5 сл.). Въ 48,6% ущемлена была только тонкая кишка, въ 28,8% тонкая кишка и сальникъ, въ 14,8% только сальникъ, въ 7,8% грыжи были смѣшанныя. Въ 3 случаяхъ былъ ущемленъ и червеобразный отростокъ. Грыжи кишечной стѣнки (*Richter*'а) наблюдались 17 разъ (11 разъ грыжи эти были бедренныя, 4 раза паховыя и 2 раза пупочныя); больныхъ оперировано 16, изъ нихъ 6 умерли. Лѣченіе заключалось въ вправленіи (66 сл., % смертности 0), грыжесѣченіи (206 сл., смерть въ 23), въ извлеченіи наружу подозрительной петли (17 сл.; смерть въ 7), первичномъ изсѣченіи кишки (55 сл.; смерть въ 25), въ наложеніи калового свища (8 сл., всѣ со смертельнымъ исходомъ), вторичномъ изсѣченіи кишекъ (5 сл.; смерть въ 4). Вправленіе производилось очень осторожно и исключительно у старыхъ людей, у которыхъ внѣ клиники не дѣлались попытки къ вправленію. Между прочимъ, среди оперированныхъ было 7 больныхъ съ вправленіемъ en bloc; изъ нихъ выздоровѣлъ только 1. 1 разъ была т. наз. предбрюшинная грыжа (hernia properitonealis). Въ 57 случаяхъ (паховыхъ грыжъ) сдѣлано было коренное грыжесѣченіе, въ остальныхъ лишь устранено ущемленіе. Изъ послѣоперационныхъ осложненій отмѣчено: воспаленіе бронховъ (41 сл.), воспаленіе легкихъ (20 сл.), инфарктъ легкихъ (3 сл.), поносы (19 сл.), параличъ кишекъ (2 сл.), кровотеченіе изъ кишекъ (1 сл.), скопленіе жидкости въ оставленномъ грыжевомъ мѣшкѣ (1 сл.), каловой свищъ (6 сл.), омертвѣніе яичка (1 сл.). Причины смерти въ 67 случаяхъ (18,7%): воспаленіе брюшины (28 сл.), воспаленіе легкихъ (12 сл.), shock и отравленіе (11 сл.), гнилокровіе (4 сл.), ожирѣніе сердца (5 сл.), общая дряхлость (2 сл.). Въ 5 случаяхъ причина смерти осталась невыясненной. *Б. К. Финкельштейнъ.*

Глазныя болѣзни. 698. По предложенію и подъ руководствомъ проф. *Fraenkel*'я въ Toulous'ѣ, д-ръ *Mothe* занялся въ глазной клиникѣ наблюденіемъ надъ дѣйствіемъ *эзерина при страданіяхъ роговой оболочки* и результаты своихъ наблюденій, равно какъ и обстоятельнаго изученія литературы этого вопроса избралъ темой для докторской диссертаціи. На пользу эзерина при болѣзняхъ роговой оболочки указано было уже 25 лѣтъ назадъ во Франціи д-рами *Wecker*'омъ и *Gałęzowsk*'имъ, въ послѣднее-же время вопросъ этотъ былъ поднятъ въ Россіи *Р. Кацемъ*, выступившимъ съ положеніемъ: «при кератитахъ эзеринъ, а атропинъ при иритахъ». Къ положенію д-ра *Каца* вскорѣ присоединился и д-ръ *Казасъ*, а вслѣдъ затѣмъ въ томъ-же смыслѣ высказался и д-ръ *Кубли*, который еще раньше того заявилъ себя сторонникомъ эзерина при нѣкоторыхъ пораженіяхъ роговой оболочки, подтвердивъ наблюденія покойнаго проф. *Донберга*. Д-ръ *Mothe* наблюдалъ дѣйствіе эзерина при болѣзняхъ роговицы въ 23 случаяхъ. И онъ также видѣлъ прекрасные результаты отъ такого лѣченія, видѣлъ и быстрый поворотъ къ лучшему при замѣнѣ атропина эзериномъ, но въ его случаяхъ эзеринъ примѣнялся одновременно съ желтоосадочной ртутной мазью, и онъ полагаетъ, что главную роль тутъ играла ртутная мазь, эзеринъ-же оказывалъ лишь вспомогательное дѣйствіе, ставя роговицу въ лучшія условія питанія—возбужденіемъ-ли питательныхъ ея нервовъ, уменьшеніемъ-ли напряженія ея ткани, или-же устраненіемъ давленія вѣкъ на роговую оболочку вслѣдствіе уменьшенія свѣтобоязни, наблюдавшагося при назначеніи эзерина. Будучи

вспомогательнымъ лишь средствомъ, эзеринъ, по автору, не можетъ замѣнять ни прижиганій гальванокаутеромъ при ползучихъ язвахъ, ни разрѣза по *Saemisch*'у при гноѣ въ передней камерѣ. Особенно показуемъ эзеринъ—въ сочетаніи со ртутной мазью—при фликтенулезныхъ кератитахъ, при краевыхъ язвахъ, при небольшихъ пропитываніяхъ у золотушныхъ, а также при глубокихъ краевыхъ язвахъ, угрожающихъ ущемленіемъ радужной оболочки, и при язвахъ либо нарывахъ, сопровождающихся повышеніемъ внутриглазного давленія. Противопоказано-же его примѣненіе во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ воспаленіе распространяется на радужную оболочку и возможны заднія сращенія, а равно и при паренхиматозномъ воспаленіи роговицы и при глубокихъ центральныхъ ея язвахъ (Toulouse'ская диссертація). *Р. Кацъ.*

699. Д-ръ *Ноишевскій* предлагаетъ *пинцетъ для удаленія крыловидной плевы.* Пинцетъ этотъ, широкій и короткій, имѣетъ очень тонкіе зубцы. Захвативъ ими крыловидную плеву возможно ближе къ роговой оболочкѣ, начинаютъ весьма медленно оттягивать плеву отъ роговицы: послѣ нѣкоторыхъ усилій прикрѣпленія плевы начинаютъ поддаваться, и она, по словамъ автора, не только отдѣляется отъ поверхности роговицы, но и вырывается вмѣстѣ съ корнями своими изъ самой толщи роговой оболочки (Centralblatt für praktische Augenheilkunde, мартъ). *Р. К.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 700. Д-ръ *E. Ihm*, по вопросу о *значеніи лихорадки во время родовъ*, приходитъ къ выводу, что 1) ни въ одномъ случаѣ безусловно надежное предсказаніе не можетъ быть поставлено на основаніи однихъ только клиническихъ признаковъ. 2) Важнѣйшимъ этіологическимъ условіемъ является преждевременное или раннее вскрытіе плоднаго пузыря. 3) Предсказаніе при лихорадкѣ во время родовъ у первородящихъ только немногимъ хуже или даже совсѣмъ не хуже, чѣмъ у многорожавшихъ. 4) Произвольное окончаніе родовъ у тѣхъ и у другихъ даетъ лучшее предсказаніе, чѣмъ при необходимости оперативнаго вмѣшательства; тѣмъ не менѣе въ первомъ случаѣ многорожавшія имѣютъ больше шансовъ на безлихорадочный послѣродовой періодъ. 5) Большая продолжительность родовъ послѣ вскрытія плоднаго пузыря, по видимому, только тогда ухудшаетъ теченіе послѣродового періода, если роды тянутся болѣе 3-хъ дней и если повышеніе температуры наступаетъ въ скорости послѣ вскрытія плоднаго пузыря. И вообще на основаніи общей продолжительности замѣченнаго зараженія (съ момента, когда была отмѣчена лихорадка, до окончанія родовъ) нельзя составить опредѣленнаго взгляда на предсказаніе, такъ какъ при долго длившихся зараженіяхъ наблюдался какъ лихорадочный, такъ и безлихорадочный послѣродовой періоды. Тѣмъ не менѣе въ случаяхъ очень кратковременнаго повышенія температуры (1—2 часа) до наступленія естественнаго, либо съ незначительнымъ вмѣшательствомъ, окончанія родовъ предсказаніе болѣе благопріятно. 6) Болѣе опредѣленныя заключенія возможны при сильномъ зараженіи. Здѣсь наиболѣе опаснымъ признакомъ слѣдуетъ считать «тимпанію» матки; однако, опять-таки ни продолжительность родовъ и зараженія, ни продолжительность самой тимпаніи не даютъ точныхъ указаній для предсказанія. Высота лихорадки при ней не играетъ роли. Случаи родовъ съ зловоннымъ отдѣленіемъ болѣе неблагопріятны, чѣмъ не представляющіе такого признака разложенія. Высота лихорадки сама по себѣ еще не даетъ права считать неизбѣжнымъ наступленіе лихорадочнаго послѣродового періода, но сочетаніе особенно высокихъ температуръ съ зловоннымъ выдѣленіемъ представляетъ уже меньше шансовъ для безлихорадочнаго теченія послѣродового періода. Ознобы во время родовъ не имѣютъ того безусловно плохого значенія для предсказанія, какое имъ обыкновенно приписывается. Продолжительно учащенный, напряженный пульсъ составляетъ большей частью неблагопріятный признакъ, особенно, если учащеніе сопровождается пониженіемъ температуры или отсутствіемъ соотвѣтствующаго повышенія. Положеніе становится опаснымъ при наличности предлежанія послѣда. 7) Повышеніе-же температуры при сохраненіи цѣлости плоднаго пузыря болѣе благопріятно для предсказанія. 8) Предсказаніе измѣняется также въ зависимости отъ серьезности оперативнаго вмѣшательства: чѣмъ послѣднее менѣе значительно, тѣмъ больше вѣроятія, что послѣродовое время протечетъ безлихорадочно. Что касается лѣченія лихорадки при родахъ, то важнѣе всего, конечно, лѣченіе предупреждающее. При уже наступившемъ повышеніи температуры и другихъ признакахъ зараженія со стороны матки даже въ легкихъ случаяхъ нужно стремиться къ возможно быстрому окончанію родовъ при условіи, если это можетъ быть произведено сравнительно безопаснымъ путемъ. Въ противномъ случаѣ приходится выжидать болѣе благопріятнаго времени, даже и въ тяжелыхъ случаяхъ. При только-что начавшейся лихорадкѣ умѣстны попытки къ усиленію схватокъ наружными средствами, горячими влагалищными шприцеваніями, метрейризомъ и пр. Расширеніе инструментомъ *Bossi* авторъ отвергаетъ. Сочетанный поворотъ по *Braxton-Hicks*'у онъ также оставляетъ только для случаевъ предлежанія послѣда съ значительнымъ кровотеченіемъ. У многорожавшихъ онъ совѣтуетъ дѣлать *Hofmeyer*'овское вдавленіе головки въ тазъ съ наложеніемъ щипцовъ (Beiträge für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LII, тетр. 1). *А. Г—ръ.*

Дѣтскія болѣзни. 701. Д-ръ *Gettlich* въ заразномъ отдѣленіи Краковской дѣтской клиники проф. *Jakubowsk*'аго наблюдалъ *поучительный случай побочнаго дѣйствія противудифтерійной сыворотки.*

Въ январѣ текущаго года въ амбуляторію клиники явилась мать съ 2-мя дѣтьми: у одного была тяжелая дифтерія зѣва и гортани, а другого она принесла, чтобы убѣдиться, не угрожаетъ-ли и ему дифтерія (сестра этихъ дѣтей уже находилась на дифтерійномъ отдѣленіи). 1-ый ребенокъ оставленъ въ клиникѣ, а 2-ой долженъ былъ быть взятъ домой послѣ предохранительнаго впрыскиванія сыворотки. Между тѣмъ мать, отнеся больного ребенка въ отдѣленіе, незамѣтно ушла, оставивъ въ клиникѣ и здороваго ребенка. О послѣднемъ авторъ и сообщаетъ.—Дѣвочка, 3 л., безъ уклоненій въ развитіи и питаніи, до сихъ поръ была всегда здорова. При пріемѣ зѣвъ и дыхательные пути оказались нормальными. Температура также нормальна. Утромъ (вскорѣ послѣ пріема) впрыснуто 1000 противоядныхъ единицъ противудифтерійной сыворотки *Behring*'а (изъ Института проф. *Bujwid*'а). На слѣдующій день утромъ найдено: пятнистая сыпь, напоминающая коревую, занимаетъ главнымъ образомъ туловище; на шеѣ и конечностяхъ—лишь незначительныя пятна. Въ зѣвѣ, на покраснѣвшемъ мягкомъ небѣ, во входѣ въ гортань и въ задней части твердаго неба—мелкія синевато-красныя пятнышки. Голосъ хриплый, при дыханіи слышно хрипѣніе; дыханіе поверхностное, учащенное; кашель лающій. 38,6. (Наканунѣ позднимъ вечеромъ была обильная рвота). Къ вечеру всѣ явленія усилились, а сыпи прибавилось. Въ зѣвѣ никакихъ налетовъ. 38°,8. Къ ночи явленія съуженія гортани достигли значительной степени. Подумывали-было уже о трубкованіи, но въ это время больная крѣпко заснула. На слѣдующій день дыханіе сдѣлалось болѣе покойнымъ; сыпь поблѣднѣла, зато на лицѣ, шеѣ, рукахъ и ягодицахъ появились разсѣянные пузыри крапивницы. 38°. На 3-ій день всѣ упомянутыя явленія исчезли; измѣненія на кожѣ и слизистой оболочкѣ горла не оставили слѣда. Голосъ былъ немного хриплый. Спустя 3 дня дѣвочка была выписана совершенно здоровой. Бактеріологическое изслѣдованіе отдѣляемаго изъ гортани и мягкаго неба дало отрицательный результатъ въ отношеніи дифтеріи.

Подобныя побочныя вліянія сыворотки до сихъ поръ были описаны лишь проф. *Mya* (Monatsschrift für Kinderheilkunde, № 4, 1904). Авторъ присоединяется къ объясненію *Mya*, что впрыснутая сыворотка вызываетъ извѣстнаго рода отравленіе организма, выражающееся, помимо общихъ явленій и кожной сыпи, сывороточнымъ пропитываніемъ въ подслизистой ткани гортани, при чемъ отекъ этотъ (по *Mya*, онъ располагается въ подгортанной области) и вызываетъ явленія съуженія гортани (Przegląd lekarski, 13 августа). *С. Островскій.*

702. Д-ръ *Gutmann* испробовалъ въ 8 случаяхъ у дѣтей *теоцинъ* (см. выше, стр. 1164, № 672) и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. При воспаленіяхъ почекъ теоцинъ, конечно, не вліяетъ на анатомическія измѣненія, но онъ оказался очень полезнымъ мочегоннымъ и противоводяночнымъ, въ особенности въ случаяхъ съ тяжелыми отеками, и въ этомъ отношеніи онъ стоитъ выше дигиталина, строфанта, діуретина. Подъ вліяніемъ теоцина количество мочи увеличивается въ тотъ-же или на слѣдующій день, отеки постепенно исчезаютъ, но затѣмъ послѣ отмѣны средства количество мочи уменьшается, а при частомъ его назначеніи дѣйствіе его ослабѣваетъ. Непосредственнаго вліянія на сердце и кровяное давленіе онъ не оказываетъ,

на почки не вліяетъ; изъ побочныхъ явленій надо отмѣтить тошноту и рвоту, зависящія отъ вкуса этого средства. Вліянія теоцина на нервную систему, равно какъ и на воспалительные выпоты авторъ не наблюдалъ (Archiv für Kinderheilkunde, т. XXXVIII, тетр. 3—4). *С. О.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней. (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). (Окончаніе; см. выше, № 34, стр. 1300). Дневное засѣданіе 10-го января. Почетнымъ предсѣдателемъ предложенъ проф. *И. Г. Оршанскій* (Харьковъ).

С. И. Мицкевичъ (Якутская область). *Истерія на крайнемъ Сѣверо-Востокѣ Сибири.* Прослуживъ 4 года въ Колымскомъ округѣ, Якутской области, докладчикъ имѣлъ возможность близко ознакомиться съ жизнью мѣстнаго населенія. Нервно-психическое его состояніе крайне печально: вся женская $^1/_2$ его поголовно страдаетъ истеріей; очень нерѣдко можно встрѣтить истерію и у мужчинъ. Очень часто на почвѣ истерическаго характера у женщинъ развиваются припадки большой истеріи, а также особые припадки, нѣчто въ родѣ кликушества («мэнэрикъ»). Въ промежуткахъ между такими припадками—обычныя въ такихъ случаяхъ ненормальности душевнаго состоянія, иногда принимающія болѣе стойкую форму, и развивается истерическое помѣшательство («иреръ»). Помѣшательство имѣетъ видъ то галлюцинаторнаго, то маніакальнаго, то бредового, то меланхоліи. Иногда развиваются психическія эпидеміи, примѣромъ чему можетъ служить эпидемія у Верхнеколымскихъ юкагировъ. Нѣкоторыя лица могутъ вызывать «мэнэрикъ» по желанію; они начинаютъ пѣть, скакать, и на нихъ «находитъ» (шаманы-колдуны). На почвѣ истерической, въ высшей степени возбудимой натуры полярной женщины, сильно наклонной къ психическому зараженію, развивается особый припадокъ «эмиряченье». Типичная картина развитія болѣзни у женщины такова: въ молодости, въ періодъ развитія половой зрѣлости, а нерѣдко и раньше, у дѣвушки развиваются различные припадки: сердцебіеніе, globus hystericus, рвота истерическая; съ большинствомъ бываютъ и припадки «мэнэрика»; нерѣдко развивается и болѣе длительное душевное разстройство—«иреръ». Дѣвушка или женщина дѣлается крайне нервной, пугливой, при всякомъ неожиданномъ стукѣ кричитъ, роняетъ, что держитъ рукахъ, у ней начинаютъ трястись руки и ноги, развивается сердцебіеніе. Это—1-ая степень эмиряченья. При дальнѣйшемъ повтореніи рефлексы при испугѣ дѣлаются привычными и по мѣрѣ повторенія совершаются все съ бо́льшей легкостью и быстротой и все болѣе выходятъ изъ контроля сознанія. Развивается выраженное «эмиряченье». Больная начинаетъ повторять каждое дѣйствіе того, кто ее дразнитъ, каждое его слово; при этомъ развиваются сердцебіеніе, одышка; наконецъ, она падаетъ въ обморокъ; потомъ иногда она нѣсколько дней хворастъ, и ее тогда гораздо легче довести до состоянія эмиряченья. Эта 2-ая, средняя, степень эмиряченья развивается годамъ къ 40, иногда и раньше. 3-ья—сильная степень эмиряченья: больная въ испугѣ сразу падаетъ въ обморокъ; потомъ, придя въ себя, чувствуетъ недомоганіе. Эта форма бываетъ у старухъ. Мужчины-эмиряки бываютъ, но рѣдко. «Мэнэрикъ»-же и «иреръ» у нихъ бываетъ чаще. Истерія усиливается къ Сѣверу. Особенно воспріимчивы къ психическимъ заболѣваніямъ юкагиры и ламуты.

Э. В. Эриксонъ (Тифлисъ): О шаманствѣ есть работа д-ра *Шимкевича* въ «Трудахъ восточнаго Отдѣленія географическаго Общества». О поголовной, легко вызываемой, истеріи у камчадаловъ и чукчей писалъ д-ръ *Слюнинъ* въ своемъ трудѣ «Охотско-Камчатскій край». Есть немало замѣтокъ и не-врачей по этому вопросу въ общей мѣстной печати. Вообще несомнѣнно, что дальше Байкальскаго озера на востокъ психіатры и нейропатологи никогда не заглядывали, по крайней мѣрѣ, слѣдовъ своихъ изслѣдованій края они въ печати не оставили. Я присоединяюсь къ мнѣнію докладчика, что повальное заболѣваніе людей меряченьемъ или иными болѣзненными формами съ характеромъ истеріи стоитъ въ какой то связи съ чрезвычайно низкой степенью просвѣщенія инородцевъ, благопріятствующей внушаемости. Докладчикъ приписываетъ наблюдавшіяся имъ явленія со стороны нервной системы истеріи; но въ этомъ направленіи нужны еще всесторонніе сравнительныя изслѣдованія. Нѣчто похожее на мерячеье и иныя повальныя заболѣванія съ характеромъ истеріи встрѣчается на Кавказѣ, въ самыхъ дикихъ уголкахъ, почти исключительно въ горахъ, гдѣ невѣжество наибольшее, а не въ низменностяхъ, гдѣ люди истощены болотной лихорадкой, худосочны и гдѣ естественнѣе было-бы ожидать распространенія истеріи. Вѣра въ порчу имѣетъ свое психологическое основаніе какъ на Дальнемъ Востокѣ, такъ и на Кавказѣ, если понимать порчу въ смыслѣ внушенія нервнаго разстройства. Шаманы якутовъ, имодовъ, орочонъ и другихъ инородцевъ Дальняго Востока, по видимому, тождественны съ деканозами на Кавказѣ у хевсуръ, кистинъ, пшавовъ и съ джазмусами горцевъ Дагестана. И шаманы, и деканозы — пережитокъ чрезвычайно отдаленнаго прошлаго и имѣютъ немалое общественное значеніе у выше названныхъ племенъ, играя роль пророковъ. Все дѣло заключается въ способности этихъ людей искусственно вызывать у себя истерическій припадокъ, такъ или иначе эксплуатируемый толпой. Къ сожалѣнію, и о деканозахъ писали всѣ, кромѣ врачей: и естествоиспытатели, напр., зоологъ Радде, и путешественники, и историки, напр. акад. Броссе, и учителя, и священники, которымъ приходится вести упорную борьбу съ людьми этого типа. Но нога психіатра никогда не ступала еще въ мѣста тайной дѣятельности деканозовъ, какъ и явной шамановъ, и никто съ нейропатологической точки зрѣнія не изучалъ явленія на альпійскихъ высотахъ Кавказа. Что у шамановъ истерія, по крайней мѣрѣ, въ значительной степени—внушенная, вытекаетъ изъ того, что въ шаманы предназначается человѣкъ уже въ дѣтскомъ возрастѣ. Мальчику 6—10 л. говорятъ и родные, и гости, и сосѣди такъ: «быть тебѣ шаманомъ», а родителямъ: «смотрите, сынъ вашъ — будущій извѣстный шаманъ». Такимъ образомъ въ сознаніе человѣка постепенно съ годами вносятся элементы внушенія, и онъ начинаетъ самъ вѣрить, что онъ никто иной, какъ шаманъ, что ему суждено, предначертано быть таковымъ. И вотъ подростокъ 12—16 л. начинаетъ дѣлать попытки шаманить сперва какъ-бы шутя, въ играхъ, а потомъ, въ зрѣломъ возрастѣ, дѣйствительно, впадаетъ въ истерическій трансъ по желанію и за деньги. Я горячо сочувствую высказанной докладчикомъ мысли о необходимости снаряженія научной экспедиціи для разслѣдованія вопроса о мерячеьи и шаманствѣ въ виду ихъ общественнаго и психіатрическаго интереса и согласенъ съ нимъ, что безъ содѣйствія Русскаго географическаго Общества обойтись нельзя. Мало быть въ данномъ случаѣ психіатромъ и нейропатологомъ: для удачи разслѣдованія необходимо знать, какъ подойти къ вопросу въ чуждой намъ инородческой средѣ, которая, несомнѣнно, отнесется недружелюбно къ людямъ, желающимъ проникнуть въ тайники ихъ души; нужно быть знакомымъ съ семейнымъ и общественнымъ бытомъ туземцевъ, имѣть доступъ въ музеи и библіотеку Кавказскаго Отдѣла географическаго Общества и т. д.

Э. Н. Ивановъ (Тифлисъ): Для изученія психо-нейропатическихъ явленій среди населенія Кавказскихъ горъ слѣдовало-бы обратиться къ Кавказскому медицинскому Обществу съ предложеніемъ оказать свое содѣйствіе Тифлисскимъ психіатрамъ, которые съ большою готовностью возьмутся за это дѣло и хорошо знакомы со всѣми мѣстными климатическими, этнографическими и другими особенностями края.

Проф. *И. Г. Оршанскій* (Харьковъ) предложилъ на обсужденіе Отдѣла вопросъ о желательности снаряженія спеціальной психіатрической экспедиціи для изслѣдованія намѣченныхъ докладчикомъ явленій и при томъ съ различныхъ точекъ зрѣнія—чисто врачебной, антропологической, этнографической и др.

Проф. *Я. А. Анфимовъ* (Харьковъ) спросилъ, не замѣчалъ-ли докладчикъ въ своихъ случаяхъ причиннаго вліянія полярной ночи на развитіе эморяченья и вообще другихъ истерическихъ и психопатическихъ состояній? На англійскихъ корабляхъ, совершающихъ полярныя плаванія, между матросами замѣчается какое-то психопатическое состояніе, близкое къ ступорозному (можетъ быть, dementia primaria curabilis), развивающееся въ теченіи полярной ночи. Матросы чисто эмпирическимъ путемъ дошли до слѣдующаго лѣчебнаго пріема: они заставляютъ своего заболѣвшаго товарища сидѣть въ теченіи нѣсколькихъ дней передъ пылающимъ каминомъ. Тепло и свѣтъ, будто-бы, имѣютъ въ такихъ случаяхъ большое лѣчебное значеніе. Намѣченная программа предлагаемой психіатрической экспедиціи слишкомъ широка и превышаетъ компетентность психіатра. Вопросъ о шаманствѣ скорѣе вопросъ этнографическій, ибо всецѣло носитъ характеръ изслѣдованія данной народности. Можно желать, конечно, чтобы психіатръ вошелъ въ какую-нибудь ученую экспедицію, какъ одинъ изъ членовъ ея, но въ спеціально психіатрической экспедиціи надобности не имѣется.

Н. П. Кашеневъ (Тула) полагалъ-бы болѣе желательнымъ пока воздержаться отъ составленія программъ для изслѣдованія шаманства, мерячеья и истеріи, по неимѣнію врачей спеціалистовъ въ мѣстахъ распространенія этихъ болѣзней въ массахъ населенія. Пироговское Общество еще не закончило выработку программы изслѣдованія алкоголизма въ населеніи.

Въ заключеніе преній Отдѣлъ постановилъ выразить пожеланіе, чтобы психіатрическія Общества выработали программу для изслѣдованія психопатическихъ явленій на Дальнемъ Сѣверѣ и вошли-бы въ сношенія по этому вопросу съ географическимъ Обществомъ.

Л. М. Пуссенъ (Петербургъ). *Свѣтолѣченіе при нерв-*

ныхъ болѣзняхъ (программный вопросъ). Докладчикъ наблюдалъ 62 нервныхъ больныхъ за 3 года завѣдыванія свѣтолѣчебницей Балтійскаго судостроительнаго завода въ Петербургѣ. Основываясь на этомъ матеріалѣ, онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Свѣтъ примѣнялся съ хорошими результатами при нервныхъ заболѣваніяхъ въ различныхъ формахъ, въ зависимости отъ того лѣчебнаго дѣйствія, котораго стремились достичь: а) въ видѣ общаго свѣтотеплолѣченія для повышенія обмѣна веществъ, напр., при отравныхъ нейритахъ, нейрастеніи и истеріи; б) въ видѣ мѣстнаго лѣченія свѣтомъ вольтовой дуги при мѣстныхъ страданіяхъ: трауматическомъ нейритѣ, нѣкоторыхъ видахъ нейральгій; в) въ видѣ общихъ свѣтовыхъ ваннъ при тяжелой нейрастеніи, истеріи и нейральгіяхъ; г) въ видѣ смѣшаннаго мѣстнаго (вольтова дуга съ отражателемъ) и общаго (ванна *Kellog*'а), при трауматическомъ нейрозѣ и другихъ формахъ, гдѣ, на-ряду съ общими причинами, имѣются и мѣстные припадки болѣзни. 2. Примѣненіе чистаго свѣта безъ тепла не оказывало большого лѣчебнаго дѣйствія. 3. Синій свѣтъ оказался настолько-же дѣятельнымъ, какъ и бѣлый. 4. Иногда одновременнымъ назначеніемъ лѣкарствъ съ примѣненіемъ свѣта достигается хорошее лѣчебное дѣйствіе даже въ тяжелыхъ случаяхъ нервныхъ заболѣваній.

К. Ф. Барановичъ (Москва): Въ докладѣ не приведены противопоказанія къ примѣненію свѣтолѣченія; нѣтъ также изслѣдованія обмѣна веществъ, и не указана природа нейральгій, которыя пользовалъ докладчикъ. Къ излѣчимости нейрастеніи я отношусь съ сомнѣніемъ, а лѣченіе свѣтовыми ваннами истеріи прямо отвергаю, такъ какъ мы располагаемъ въ физіотерапіи лучшими средствами лѣченія, напр., холодной водой. Относительно непереносимости больными свѣтолѣченія могу указать, что я только одинъ разъ встрѣтилъ непереносимость общихъ свѣтовыхъ ваннъ вслѣдствіе ожирѣнія сердца. Съ выводами докладчика относительно отсутствія дѣйствія синяго свѣта не могу согласиться, такъ какъ употреблявшіеся имъ способы не даютъ чистаго синяго свѣта при разложеніи спектромъ. Вообще-же только о свѣтовомъ лѣченіи (съ исключеніемъ тепла) говорить нельзя, такъ какъ до сихъ поръ нѣтъ приборовъ, исключающихъ все тепло (этому требованію не удовлетворяетъ и свѣтовая ванна, устроенная въ клиникѣ проф. *В. М. Бехтерева*, такъ какъ въ ней не исключена лучистая теплота). Полагаю, что докладчикъ не исчерпалъ вопроса, почему желательны дальнѣйшія наблюденія съ обращеніемъ вниманія на обмѣнъ веществъ.

В. П. Осиповъ (Петербургъ): Какова природа менингоміэлитовъ, которые Вы лѣчили свѣтомъ, и не проводилось-ли одновременно другихъ способовъ лѣченія?

П. М. Автократовъ (Варшава), не сомнѣваясь въ благотворномъ вліяніи свѣтолѣченія на заболѣванія периферической нервной системы, спросилъ, не имѣетъ-ли больше значенія при лѣченіи нейрастениковъ путемъ свѣтолѣченія вліяніе тепла, чѣмъ свѣта?

Проф. *П. И. Ковалевскій* (Казань) указалъ на необходимость въ дальнѣйшемъ изученіи вопроса обратить особое вниманіе на градуировку и дозировку способа, особенно-же на изслѣдованіе малыхъ количествъ свѣтовой энергіи, дабы тѣмъ дана была возможность примѣненія свѣтового лѣченія не только въ спеціальныхъ институтахъ, но и въ кабинетѣ простого врача.

Проф. *В. М. Бехтеревъ* высказался противъ внесенія еще разъ вопроса о свѣтолѣченіи въ программу будущаго Пироговскаго Съѣзда.

Проф. *И. Г. Оршанскій* (Харьковъ) указалъ на желательность выработки путемъ наблюденій противопоказаній къ примѣненію свѣтолѣченія въ нѣкоторыхъ формахъ нервныхъ болѣзней.

Докладчикъ: Противопоказанія къ примѣненію свѣтолѣченія мною не указаны за малымъ числомъ бывшихъ у меня наблюденій. Природа нейральгій указана. Лѣченіе нейрастеніи свѣтовымъ купаніемъ я могу только одобрить. Относительно истеріи я указалъ въ докладѣ, что смотрю на лѣченіе ея свѣтомъ, какъ на психотерапію. Относительно синяго свѣта я имѣлъ въ виду наблюденія д-ра *А. В. Минина*.

А. Э. Бари (Петербургъ). *Объ уменьшенной вмѣняемости.* Указавъ на то, что между полнымъ душевнымъ здоровьемъ и ясно выраженной душевной болѣзнью нельзя провести рѣзкой границы и что существуетъ цѣлый рядъ пограничныхъ состояній, докладчикъ упомянулъ о главнѣйшихъ изъ нихъ (падучая, истерія, нейрастенія, случаи слабоумія, dégénérés supérieurs, нравственное помѣшательство, разнаго рода неопредѣленныя дегенеративныя состоянія) и прослѣдилъ судьбу лицъ, представляющихъ вышеупомянутыя состоянія въ случаѣ совершенія ими какого-либо преступленія. Если такое лицо признать здоровымъ и подвергнуть наказанію, то всѣ условія тюремной обстановки не могутъ не оказать самаго пагубнаго вліянія на ту болѣзненную почву, на которой возникли преступныя наклонности. Если-же подобное лицо признать душевно-больнымъ и освободить отъ наказанія, то тѣмъ самымъ оно получитъ въ руки открытый листъ на безнаказанное совершеніе преступленій; такимъ образомъ не только наносится существенный ущербъ общественной безопасности, но и самъ преступникъ, теряя послѣднюю нравственную поддержку, падаетъ все ниже и ниже. Выходомъ изъ этого труднаго положенія могло-бы служить, согласно указаніямъ относящейся къ этому вопросу литературы, признаніе особаго рода уменьшенной вмѣняемости. Тогда лица, кои, по опредѣленію Суда, подходятъ подъ эту уменьшенную вмѣняемость, должны были-бы быть помѣщаемы въ особаго рода пріюты, гдѣ путемъ систематическаго физическаго труда можно было-бы повліять благотворнымъ образомъ на болѣзненныя проявленія, обусловливающія наклонность къ преступленію. Наблюденія надъ психологіей преступника въ этихъ пріютахъ дали-бы богатый матеріалъ для изученія преступленія вообще, и тѣмъ самымъ дано было-бы человѣчеству дѣйствительное средство для борьбы съ однимъ изъ его главнѣйшихъ недуговъ.

И. И. Ивановъ (Варшава): Насколько мнѣ извѣстно, я впервые поднялъ у насъ въ Россіи вопросъ объ уменьшенной вмѣняемости, которому я посвятилъ 1-й спеціальный докладъ, заслушанный въ 1902 г. въ Московскомъ психіатрическомъ Обществѣ и напечатанный въ журналѣ проф. *И. А. Сикорскаго* въ 1903 г. Докладъ д-ра *Бари* является такимъ образомъ всего на всего лишь 2-ой русской работой по этому вопросу. Указываю на это лишь для того, чтобы подчеркнуть, насколько тема объ уменьшенной вмѣняемости мало популярна и мало разработана. Нисколько не сомнѣваюсь, что и въ настоящемъ засѣданіи я съ д-ромъ *А. Э. Бари* встрѣчу много возраженій, весьма, быть можетъ, цѣнныхъ и поучительныхъ, такъ какъ среди присутствующихъ, навѣрное, есть не мало принципіальныхъ противниковъ поднятаго нами вопроса. Но я нисколько этимъ не смущаюсь. Всякаго рода новыя начинанія, связанныя съ ломкою установленныхъ—какъ-будто прочно—и усвоенныхъ уже понятій, всегда сопровождаются различнаго рода протестами и противодѣйствіемъ. Я пришелъ къ постановкѣ поднятаго докладчикомъ вопроса нѣсколько инымъ путемъ и пользовался иными доказательствами. Я твердо стою на той точкѣ зрѣнія, что «въ дѣйствительной жизни мы безпрестанно встрѣчаемъ незамѣтные переходы недостаточной или извращенной психической дѣятельности въ выраженной уже душевной болѣзни (*Krafft-Ebing*), что не каждый помѣшанный есть лицо не отвѣтственное, не правоспособное», что «понятіе о душевной болѣзни и понятіе невмѣняемости совпадаютъ далеко не всегда (проф. *В. П. Сербскій*)—одно покрывается другимъ только въ нѣкоторыхъ классическихъ, строго опредѣленныхъ формахъ болѣзней». Зависитъ это отъ того, что то, что, быть можетъ, и справедливо съ біологической отвлеченно-научной точки зрѣнія, то съ юридической и практической оказывается зачастую подлежащей нѣкоторымъ ограниченіямъ. Не буду ссылаться на разныя доказательства, которыя интересующіеся могутъ найти въ моей работѣ; позволю себѣ привести лишь свои положенія изъ упомянутой работы [1]): 1. Опредѣленіе способности ко вмѣненію должно безусловно входить въ задачу психіатровъ экспертовъ, а потому починъ въ дѣлѣ видоизмѣненія существующихъ въ законѣ понятій о способности ко вмѣненію долженъ также лежать въ области ихъ компетенціи. 2. Нужно считать вполнѣ установленнымъ, что неспособность ко вмѣненію не можетъ быть распространена, благодаря предлагаемому закономъ психологическому критерію, на всѣ безъ исключенія случаи разстройствъ душевной дѣятельности. 3. Безусловно эта неспособность ко вмѣненію устанавливается только для случаевъ «настоящаго помѣшательства» или «выраженныхъ психозовъ въ собственномъ смыслѣ слова», а также для умопоступленія и безпамятства. 4. Относительно — неспособность ко вмѣненію устанавливается и для извѣстнаго, бо́льшаго или меньшаго, числа случаевъ т. наз. «пограничныхъ» или «сомнительныхъ душевныхъ состояній». 5. Тѣмъ не менѣе остается еще извѣстная часть «пограничныхъ состояній», для которыхъ, руководясь психологическимъ критеріемъ, мы не въ состояніи опредѣлить неспособности ко вмѣненію. Изъ части этой группы, если только не изо всей, можно выдѣлить т. наз. переходныя состоянія, стоящія какъ-бы по срединѣ между психическимъ здоровьемъ и «выраженнымъ уже» психическимъ заболѣваніемъ. 6. Для этихъ-то именно случаевъ, руководясь и чисто научными соображеніями, а также и идеями нашего законодательства, признающаго уже и теперь обстоятельства, въ бо́льшей или меньшей мѣрѣ уменьшающія вину, нужно установить особую, болѣе соотвѣтственную, уменьшенную степень вмѣненія. 7. Необходимо, чтобы экспертамъ-психіатрамъ была предоставлена возможность давать при подобныхъ случаяхъ заключенія объ уменьшенной способности ко вмѣненію и чтобы этими заключеніями руководился Судъ при своихъ постановленіяхъ о вмѣненіи, подобно тому какъ это дѣлается и теперь въ случаяхъ опредѣленія неспособности ко вмѣненію. 8. Предумышленно, не предрѣшая практически и не давая предпочтенія какой-либо изъ мѣръ уменьшеннаго вмѣненія,

[1]) См. «Вопросы нервно-психической медицины», 1903 г., вып. 2—3, стр. 291.

мы указываемъ здѣсь лишь на различныя возможныя градаціи уменьшеннаго вмѣненія: а) на «уменьшенную вмѣняемость въ собственномъ смыслѣ слова», существующую, напр., отчасти въ Италіи и влекущую за собою «не только количественно болѣе смягченное наказаніе, но и качественно совершенно особое, ближе подходящее къ лѣченію»; б) на т. наз. «условное осужденіе», когда лицо, «виновное» въ противозаконномъ дѣяніи, признаютъ заслуживающимъ наказанія, но не подвергаютъ наказанію, и, если оно въ продолженіи извѣстнаго срока не совершитъ преступленія, не только наказаніе, но и приговоръ должны считаться погашенными; в) на т. наз. «условное помилованіе», что неравнозначуще «условному осужденію», являющемуся «несомнѣнно наказаніемъ, и даже довольно ощутительнымъ». При «условномъ помилованіи» отъ усмотрѣнія Суда, руководящагося заключеніемъ экспертовъ, будетъ зависѣть помилованіе, все равно, подходитъ ли случай подъ ту или другую статью закона; г) на расширеніе обстоятельствъ, служащихъ для уменьшенія вины, а, слѣд., и наказанія,—предусмотрѣнныхъ уже отчасти и нынѣ дѣйствующими законоположеніями. 9. Дѣло совмѣстной работы психіатровъ и юристовъ разобраться въ цѣлесообразности и практичности той или другой мѣры для уменьшеннаго вмѣненія. Во всякомъ случаѣ приступить къ разработкѣ этого вопроса—дѣло существенной важности. Этого требуетъ и гуманность, и чувство справедливости и научной истины.

Е. П. Радинъ (Петербургъ): Такъ какъ предположенный мною докладъ «Объ аффектѣ при паранойѣ», за недостаткомъ времени, не могъ состояться, я попробую кратко выяснить свою точку зрѣнія на частномъ случаѣ параноическаго заболѣванія. Мои наблюденія привели меня, какъ и д-ра *Tilling*'а, къ мысли о значеніи аффекта, какъ фактора судебно-медицинской экспертизы при паранойѣ. Я выступалъ уже съ анализомъ бреда, какъ выраженія символическаго эгоцентризма—ложнаго, съуженнаго на «я» и символизированнаго пониманія окружающаго, отнесенія на этой почвѣ внѣшнихъ событій къ своему «я». Эгоцентрическіе аффекты—аффекты наступательный и оборонительный. Наступательный аффектъ—аффектъ гнѣва—отвѣчаетъ бреду величія, а оборонительный—аффектъ боязни—бреду преслѣдованія. Какъ 1-ый приводитъ къ столкновенію съ властью въ стремленіи расширить свое «я» за границы дозволеннаго, такъ и 2-ой приводитъ къ отчаянію, мысли о смерти и попыткамъ къ убійству и самоубійству. Однако-же, то-же самое аффективное состояніе наблюдается и у вырождающагося, до наступленія паранойи; только здѣсь мы говоримъ объ отвѣтственности его за свои проступки. Это-то обстоятельство и заставляетъ насъ задумываться серьезно о томъ, гдѣ та грань, которая отдѣляетъ здѣсь паранойика отъ вырождающагося? Случаи острой паранойи попадаютъ, какъ мнѣ пришлось наблюдать въ одномъ случаѣ, въ руки психіатровъ по миновеніи болѣзни, и поэтому-то уменьшенная вмѣняемость въ этихъ случаяхъ является показуемой съ точки зрѣнія наименьшей ошибки. Понятно, что въ широкой области вырожденія уменьшенная вмѣняемость является наиболѣе разумнымъ способомъ примиренія выводовъ психопатологіи въ разборѣ аномалій характера съ выключеніемъ пограничныхъ состояній душевнаго здоровья изъ психіатріи.

Ч. пр. *П. Я. Розенбахъ* (Петербургъ): Обыкновенно защитники уменьшенной вмѣняемости ограничиваются требованіемъ градаціи наказанія, а противники ихъ указываютъ на то, что эта цѣль достигается статьями закона о смягчающихъ вину обстоятельствахъ. Докладчикъ-же выступилъ съ предложеніемъ создать для лицъ, обладающихъ уменьшенной вмѣняемостью, особые пріюты — что-то среднее между тюрьмами и больницами. При осуществленіи такой мѣры лица, за которыми будетъ признана уменьшенная вмѣняемость, будутъ наказаны въ бо́льшей мѣрѣ, чѣмъ вполнѣ здоровые, такъ какъ въ этомъ тюремномъ пріютѣ имъ придется провести иной разъ гораздо больше времени, чѣмъ при строгомъ примѣненіи соотвѣтственнаго уголовнаго наказанія. Нельзя, кромѣ того, разсчитывать на осуществленіе такой мѣры въ виду недостатка средствъ.

Проф. *Я. А. Анфимовъ* (Харьковъ) по поводу направленія даннаго вопроса объ уменьшенной вмѣняемости выразилъ опасеніе, какъ-бы не возвратиться къ «частичной вмѣняемости» и «мономаніямъ». Такимъ образомъ, опять воскреснетъ темный вопросъ, отжившій свой вѣкъ, и изъ этого вопроса не выбраться въ цѣлое столѣтіе.

О. А. Чечоттъ (Петербургъ): Въ томъ, что въ психіатріи уже давно и твердо стоитъ понятіе объ уменьшенной вмѣняемости и отвѣтственности, мнѣ кажется, нѣтъ сомнѣнія. Дѣло теперь должно встать на путь проведенія этихъ взглядовъ въ законодательство. Намъ слѣдовало-бы говорить не объ уменьшенной вмѣняемости, а о частичной вмѣняемости, и не уменьшенной, а видоизмѣненной отвѣтственности. Отдѣлъ могъ-бы сдѣлать постановленіе о необходимости практически провести эти взгляды въ законодательство. Въ свое время психіатрическія Общества уже проявили подобную дѣятельность, когда дѣло шло объ измѣненіи мѣрила вмѣняемости по отношенію къ извѣстнымъ статьямъ 95 и 96 дѣйствующаго Уложенія. Я думаю, что это будетъ встрѣчено законодательствомъ уже съ нѣкоторою подготовленностью, на что указываютъ и нѣкоторыя законоположенія въ дѣйствующемъ законодательствѣ.

Проф. *П. И. Ковалевскій* (Казань): Вопросъ объ уменьшенномъ вмѣненіи имѣетъ 2 стороны: теоретическую и практическую. Теоретическая сторона слишкомъ обширна, и разобрать ее нынѣ нѣтъ возможности. Я лично являюсь давно сторонникомъ уменьшенной вмѣняемости. Что касается практическаго осуществленія ея, то этотъ вопросъ тѣсно связанъ съ другими вопросами, разрабатываемыми въ настоящее время юристами: условнымъ обвиненіемъ и досрочнымъ освобожденіемъ. Оба эти института тѣсно связаны съ другимъ, конечнымъ результатомъ—патронатомъ. Лица, подведенныя подъ ограниченное вмѣненіе, должны подвергнуться патронату, въ вѣдѣніи котораго должны находиться и институты исправительнаго и лѣчебнаго характера. Во всякомъ случаѣ въ настоящее время вопросъ объ уменьшенной вмѣняемости является новорожденнымъ и потребуетъ много времени для своей разработки и осуществленія въ жизни.

Проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ): Въ предлагаемые докладчикомъ пріюты слѣдуетъ помѣщать всѣхъ врожденныхъ преступниковъ; по отношенію-же преступниковъ случайныхъ и преступниковъ по страсти, а также вслѣдствіе выражающагося склада необходимы другія мѣры.

П. И. Растегаевъ (Курскъ): Докладчикъ предлагаетъ простую бюрократическую мѣру — устройство пріютовъ для лицъ, стоящихъ на границѣ между здоровыми и душевно-больными. Нужно бороться съ тѣми общественными явленіями, которыя способствуютъ появленію такихъ лицъ. Врачи прежде всего должны указывать мѣры, клонящіяся къ поднятію экономическаго и духовнаго благосостоянія народа, къ развитію образованія, къ развитію общественной и личной самодѣятельности. Такія мѣры и нужно выставить для борьбы съ явленіями, способствующими появленію лицъ, для которыхъ нужна уменьшенная вмѣняемость, а не устройство пріютовъ.

Отдѣлъ постановилъ обратиться въ психіатрическія Общества съ просьбой взять на себя обсужденіе вопроса объ уменьшенной отвѣтственности совмѣстно съ юридическими Обществами.

Этимъ и закончилась дѣятельность Отдѣла, много поработавшаго на минувшемъ Съѣздѣ: въ теченіи 5 дней онъ имѣлъ 11 засѣданій, на которыхъ выслушано было 38 докладовъ—21 по программнымъ вопросамъ и 17 по внѣпрограммнымъ.

Проф. *П. И. Ковалевскій* отъ имени членовъ Отдѣла выразилъ благодарность завѣдывающему проф. *В. М. Бехтереву* за понесенные имъ труды по устройству и руководительству Отдѣломъ. Единодушная благодарность выражена была также секретарямъ Отдѣла—*А. И. Карпинскому, В. П. Осипову* и *П. А. Останкову*, много способствовавшимъ плодотворной работѣ его.

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CVI. Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 26-го февраля).

Н. И. Бочаровъ. Къ фармакологіи веронала (см. выше, № 6).

Проф. *И. П. Павловъ*, обративъ вниманіе на отмѣченный докладчикомъ фактъ, что подъ вліяніемъ токсическихъ дозъ веронала чрезъ 6 часовъ у собаки кровяное давленіе мѣняется очень мало, спросилъ, не могло-ли это зависѣть отъ состоянія удушенія животнаго, такъ какъ въ это-же время въ протоколахъ опытовъ отмѣчено у собаки лишь 4 дыханія въ минуту.

Докладчикъ отвѣтилъ, что имъ производились подобные-же опыты и при искусственномъ дыханіи, однако кровяное давленіе мѣнялось все-же очень мало (падало до 110—112 млм.).

Проф. *И. П. Павловъ* замѣтилъ, что при изученіи новыхъ средствъ весьма полезно вести опыты, сравнивая изучаемое средство съ какимъ-либо ранѣе изслѣдованнымъ, а сопоставленіе своихъ опытовъ съ литературными данными, какъ это дѣлаетъ докладчикъ, не всегда удобно. Упоминая о тріоналѣ, слѣдовало бы самому продѣлать съ нимъ параллельные опыты.

А. П. Зельгеймъ. Къ анализу психическихъ возбужденій слюнныхъ железъ. Работа слюнныхъ железъ, какъ видно изъ изслѣдованій д-ра *Вульфсона*, проявляется при дѣйствіи различныхъ пищевыхъ и другихъ веществъ какъ при прямомъ ихъ соприкосновеніи съ полостью рта, такъ и при поддразниваніи ими и зависитъ отъ физическихъ свойствъ этихъ веществъ и играющаго тутъ роль психическаго вліянія. Д-ръ *Толочиновъ* назвалъ слюноотдѣленіе отъ непосредственнаго раздраженія слизистой оболочки рта безусловнымъ рефлексомъ, а вызванное дѣйствіемъ предметовъ на разстояніи условнымъ. Ему удалось доказать, что при повтореніи, особенно при обстоятельствахъ, отвлекающихъ вниманіе животнаго, условный рефлексъ постепенно угасаетъ. Но этотъ исчезнувшій рефлексъ можетъ быть возстановленъ однороднымъ или разнороднымъ безусловнымъ рефлексомъ. Кромѣ того, условный рефлексъ можно вызвать одними внѣшними свойствами того предмета, которымъ вызывался безусловный рефлексъ. Такимъ образомъ между дѣятельностью слюнныхъ железъ и раздраженіями другихъ чувствующихъ поверхностей тѣла должна быть связь, хотя и тѣсная, но

прерываемая, «рыхлая», по выраженію проф. *И. П. Павлова*. Проф. *И. П. Павловъ* предполагаетъ существованіе въ центральной нервной системѣ особаго «слюнного» центра, служащаго въ тоже время пунктомъ притяженія для раздраженій, идущихъ отъ другихъ раздражаемыхъ поверхностей тѣла. Д-ръ *Бабкинъ* установилъ законы происхожденія условныхъ рефлексовъ, ихъ соотношенія какъ между собою, такъ и съ безусловными рефлексами. Докладчикъ поставилъ себѣ задачу: посмотрѣть, что станетъ съ условнымъ рефлексомъ, если безусловный будетъ измѣненъ? Такъ какъ послѣдній своимъ происхожденіемъ и существованіемъ обязанъ дѣятельности вкусовыхъ и чувствительныхъ нервовъ, то перерѣзка тѣхъ или иныхъ изъ этихъ нервныхъ стволовъ должна внести коренныя измѣненія въ отраженную дѣятельность слюнного прибора. Послѣ перерѣзки язычноглоточныхъ нервовъ и глоточныхъ вѣтвей блуждающихъ нервовъ никакихъ существенныхъ уклоненій отъ нормы не обнаружилось. Совсѣмъ иначе обстоитъ дѣло по отношенію къ язычнымъ нервамъ. Послѣ перерѣзки ихъ наблюдалось общее постепенное паденіе какъ безусловнаго, такъ и условнаго рефлексовъ. При опытахъ съ горечью, вызывающей только вкусовой рефлексъ, оказалось, что вливаніе таковой при этихъ условіяхъ вызывало ничтожный безусловный рефлексъ, а условный, какъ зависящій отъ перваго, совершенно исчезъ. Подобные-же, хотя и не столь рѣзкіе результаты, получались при опытахъ съ 10%-мъ сахариномъ, 10%-мъ растворомъ поваренной соли и 0,5%-мъ растворомъ соляной кислоты. Нѣкоторое дѣйствіе при опытахъ съ послѣднимъ веществомъ докладчикъ объясняетъ рефлексомъ чрезъ вѣтви тройничнаго нерва со слизистой оболочки рта. Въ заключеніе онъ приходитъ къ выводу, что послѣ утраты для слюнного центра возможности воспринимать вкусовыя ощущенія довольно быстро разрушается связь между зрительными и обонятельными центрами, съ одной стороны, и чисто вкусовымъ, съ другой.

Проф. *И. П. Павловъ*: Работы послѣднихъ лѣтъ въ моей лабораторіи стремились выяснить психологическую сторону работы слюнныхъ железъ и дать ей физіологическое объясненіе. Для этого приходится принять раздѣленіе мозга на 2 главныя части — низшую, гдѣ находятся центры прямыхъ безусловныхъ рефлексовъ, и высшую, гдѣ имѣются центры условныхъ, болѣе нѣжныхъ рефлексовъ. Безусловный, прямой рефлексъ идетъ къ низшимъ центрамъ и раздражаетъ ихъ. Если одновременно этотъ-же агентъ раздражаетъ и другіе органы, то возбуждаются и болѣе нѣжные высшіе центры, и ихъ раздраженіе суммируется въ томъ-же низшемъ центрѣ. Когда устанавливается подобный путь, то рефлексъ можетъ нѣкоторое время поддерживаться раздраженіемъ однихъ лишь высшихъ центровъ, безъ того, чтобы одновременно раздражался главный центръ (въ данномъ случаѣ слюноотдѣленія). Работа докладчика касается того вопроса, что̀ станется съ работою слюнныхъ железъ, если будетъ прерванъ путь главныхъ прямыхъ рефлексовъ? Особенно интересны опыты съ горечью, которая возбуждаетъ во рту только окончанія вкусовыхъ нервовъ. Послѣ перерѣзки послѣднихъ путь для безусловнаго рефлекса прекращается, но нѣкоторое время условные, побочные рефлексы все-же раздражаютъ слюнный центръ, и слюноотдѣленіе продолжается. Однако постепенно связь между высшими и низшими центрами прерывается, и условный рефлексъ уже не въ состояніи вызвать слюноотдѣленія, которое и сходитъ на нѣтъ.

Проф. *Л. В. Поповъ* попросилъ разъясненія относительно задерживающаго вліянія на рефлексы сильныхъ мышечныхъ движеній.

Проф. *И. П. Павловъ*: Первый дов. обстоятельно разобралъ этотъ вопросъ д-ръ *Бабкинъ*. Оказалось, что условный отчетливый рефлексъ вызванный безусловнымъ, не оказываетъ дѣйствія въ тѣхъ случаяхъ, если существуетъ сильная двигательная реакція.

Д-ръ *Словцовъ* спросилъ, каковы явленія при постановкѣ опытовъ со сладкими веществами?

Проф. *И. П. Павловъ:* Сахаръ дѣйствуетъ слабо, а потому былъ взятъ сахаринъ, но оказалось, что 10%-ный растворъ его своимъ вяжущимъ, металлическимъ вкусомъ затемняетъ вліяніе сладкаго, отчего опыты въ этомъ направленіи и были оставлены.

Проф. *М. В. Яновскій* указалъ, что не только двигательная реакція можетъ ослабить рефлексъ, но также и психическія явленія. Достаточно, напр., получить какое-либо непріятное извѣстіе, чтобы безъ всякой двигательной реакціи дотолѣ прекрасный позывъ на ѣду сразу и совершенно пропалъ.

Ч. пр. *Ф. Я. Чистовичъ показалъ препараты*, полученные имъ при вскрытіи 2-хъ труповъ въ Петропавловской больницѣ. 1) У больной, 62 л., 2 года назадъ была удалена саркома похотника и малыхъ губъ. Чрезъ 2 года послѣдовала смерть, и на вскрытіи оказались саркоматозные узлы съ изъязвленіями въ желудкѣ, плейрѣ, кишкахъ и мочевомъ пузырѣ.—2) У больного при жизни была рѣзкая синюха лица и губъ. Распознана была анейризма аорты. Смерть, какъ показало вскрытіе, послѣдовала отъ кровотеченія въ полости сердечной сумки и лѣвой плейры. Анейризма находилась на восходящей части дуги аорты. Кромѣ того, между аортою и легочною артеріею было 3 отверстія, существованіемъ которыхъ и объясняются какъ гипертрофія праваго желудочка, такъ и прижизненная синюха.

А. Држевецкій.

CVII. Къ казуистикѣ врожденнаго distichiasis'a.

Въ № 25 «Русскаго Врача» за текущій годъ описанъ предъявленный д-ромъ *В. П. Страховымъ* въ Московскомъ Обществѣ глазныхъ врачей случай врожденнаго distichiasis'a (distichiasis congenita). Какъ извѣстно, такіе случаи встрѣчаются рѣдко, а потому я считаю нелишнимъ сообщить и о своемъ случаѣ подобнаго же рода. Дѣло касается 9-лѣтней дѣвочки, у которой на обоихъ нижнихъ вѣкахъ рѣсницы ростутъ въ 3 ряда, при чемъ въ переднемъ ряду онѣ расположены правильно, а въ среднемъ (отчасти) и заднемъ (всѣ цѣликомъ) загнуты къ глазному яблоку и трутъ его по поверхности. Въ то время, какъ рѣсницы передняго ряда имѣютъ обычную длину и толщину, рѣсницы 2-хъ другихъ рядовъ, особенно задняго, представляются въ видѣ длинныхъ и тонкихъ волосковъ. Такое состояніе рѣсницъ, по заявленію матери,—врожденное. На верхнихъ вѣкахъ рѣсницы ростутъ правильно. Кромѣ сказаннаго, у дѣвочки имѣется на обоихъ глазахъ epicantus въ видѣ рѣзко выраженной кожной складки, закрывающей значительную часть глазной щели съ внутренней стороны, вслѣдствіе чего глаза издали кажутся сильно скошенными кнутри, особенно если дѣвочка расширитъ глазную щель, когда epicantus выдѣляется еще рѣзче; въ дѣйствительности, однако, косоглазія нѣтъ. Въ косметическомъ отношеніи это мнимое косоглазіе много вредитъ дѣвочкѣ. Интересно, что, когда дѣвочка повернетъ слегка глазные яблоки книзу, на нижнихъ вѣкахъ получается большая кожная складка въ видѣ валика, который идетъ отъ внутренняго угла вѣкъ и, составляя какъ-бы продолженіе epicantus'a, оканчивается почти у наружнаго угла глаза; при такомъ взглядѣ книзу складка эта сильно надвигается на вышележащую часть вѣка и еще плотнѣе прижимаетъ рѣсницы къ глазному яблоку. Не смотря, однако, на такое постоянное, можно сказать, треніе рѣсницъ по роговицѣ, на послѣдней нѣтъ и раньше никогда не было никакихъ болѣзненныхъ явленій [1]).

Лѣченіе состояло въ періодическомъ выдергиваніи рѣсницъ, приблизительно черезъ ½ года. Предположено сдѣлать болѣе коренную операцію.

Вл. Грауэртъ.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Проф. В. Бехтеревъ. Психика и жизнь. Изданіе 2-е, значительно дополненное и частью переработанное. Петербургъ, 1904, Ц. 1 р. 50 к.

При настоящемъ развитіи естественныхъ наукъ и не вполнѣ еще установившихся взглядахъ по самымъ основнымъ психобіологическимъ вопросамъ представляется весьма нелегкой задачей привести въ систему весь имѣющійся научный матеріалъ, обобщить всѣ добытые наукой факты и точно анализировать всѣ тѣ данныя, которыми располагаетъ современное знаніе по вопросу о взаимной связи между психическими и матеріальными процессами организма и объ отношеніи психики къ жизни. Чтобы въ сжатомъ изложеніи дать ясное понятіе о современномъ ученіи, касающемся одной изъ самыхъ загадочныхъ проблеммъ природы и установить основныя положенія, позволяющія сдѣлать болѣе или менѣе опредѣленное заключеніе объ отношеніи психическаго міра къ матеріальному,—для этого необходимо имѣть громадный запасъ знаній, нужно обладать богатой эрудиціей и особеннымъ талантомъ критическаго анализа.

При чтеніи разбираемаго труда легко убѣдиться, что авторъ вполнѣ свободно разбирается въ самыхъ сложныхъ психологическихъ и біологическихъ вопросахъ и обладаетъ особенной критической способностью при анализѣ спорныхъ научныхъ положеній.

«Психика и жизнь» распадается на слѣдующіе главные отдѣлы.

Въ первыхъ главахъ авторъ разбираетъ высказанныя въ различное время философскія воззрѣнія на природу душевной дѣятельности и устанавливаетъ взаимоотношеніе физическаго и психическаго міра. Далѣе идетъ критическій разборъ ученія о психической энергіи и доказывается необходимость признать скрытую энергію, которой обязаны своимъ происхожденіемъ всѣ психическіе процессы. Выясняя здѣсь значеніе скрытой энергіи, выраженіемъ которой является психика и жизнь, авторъ устанавливаетъ, между прочимъ, то положеніе, что психика и жизнь—одно и тоже, что всѣ основные жизненные процессы обусловливаются особой скрытой энергіей, которая лежитъ также въ основѣ всѣхъ психическихъ процессовъ. Авторъ утверждаетъ, что жизнь и психика вездѣ и всюду представляютъ собою одно неразрывное цѣлое, являющееся продуктомъ огромнаго запаса энергіи, скопляемаго въ организмахъ, особенно въ его нервныхъ элементахъ». Въ виду этого, по автору, «хотя жизненныя проявленія въ организмѣ и нельзя вполнѣ отождествлять съ психическими, но самостоятельная жизнь въ цѣломъ, какъ она проявляется въ организованныхъ существахъ, начиная отъ самаго низшаго изъ нихъ до наиболѣе высшаго, безъ психики вообще невозможна и немыслима». Признавая такимъ образомъ *энергію* основнымъ явленіемъ въ природѣ и опредѣляя *вещество*, какъ *связанное* состояніе энергіи, авторъ далѣе логически приходитъ къ выводу, что каждое усложненіе основного вещества, начиная отъ электрона до біомолекулы живого вещества, должно сопровождаться связываніемъ огромнаго количе-

[1]) Межкраевое пространство на нижнихъ вѣкахъ устроено нормально.

ства энергіи. Уже въ атомахъ простыхъ тѣлъ, какъ мы знаемъ это изъ явленій радіоактивности, связано необычайно большое количество энергіи; молекулы химическихъ соединеній связываютъ ея еще больше, а біомолекулы, образующія живое вещество, благодаря особой сложности своего состава, должны связывать еще большія количества энергіи. Отсюда слѣдуетъ, что «біомолекулы мозгового вещества, какъ состоящія изъ наиболѣе сложныхъ бѣлковыхъ соединеній, должны связывать непостижимо колоссальные, для нашего ума даже и трудно представляемые, запасы энергіи».

Въ виду того, что жизнь и психизмъ суть производныя энергіи, а не вещества, то авторъ и полагаетъ, что не матерія, а энергія должна содержать въ потенціальномъ состояніи то, что, послѣ соотвѣтствующихъ превращеній, лежитъ въ основѣ жизни и психизма. Такимъ образомъ психика съ ея сознаніемъ есть выраженіе особаго напряженія энергіи, вслѣдствіе чего въ вопросѣ о природѣ психики совершенно должны быть исключены всѣ механо-матеріалистическія воззрѣнія и вопросъ этотъ долженъ быть поставленъ въ тѣсную связь съ вопросомъ о природѣ энергіи и условіяхъ, приводящихъ къ особому ея напряженію. Энергія, какъ сила, не представляющая по своей природѣ чего-либо исключительно физическаго или матеріальнаго, съ одной стороны, приводитъ къ развитію физическихъ явленій окружающаго насъ міра, а, съ другой, при соотвѣтствующихъ условіяхъ, которыя даны въ организмахъ, даетъ толчекъ къ развитію психическихъ явленій; иначе говоря: «энергія, лежа въ основѣ физико-химическихъ измѣненій нервнаго вещества, въ тоже время служитъ и къ развитію психическихъ явленій въ организмахъ».

Обозначая условно первоисточникъ, сущность или природу энергіи, какъ силу, авторъ говоритъ, что, «какимъ-бы именемъ мы ни обозначали основу энергіи—силой или иксомъ, мы должны признать, что за движеніемъ частицъ вещества, признаваемаго нами проявленіемъ энергіи, есть еще нѣчто другое, которое не можетъ быть включено въ понятіе о матеріи или веществѣ. Это нѣчто или этотъ иксъ не представляетъ собою также и психическаго въ смыслѣ сознательности, но очевидно, что этотъ иксъ, стоящій уже за предѣлами вещественнаго міра, содержитъ въ себѣ въ потенціальномъ состояніи и психическое, которое при извѣстныхъ условіяхъ можетъ возникнуть изъ энергіи, какъ это наблюдается во всѣхъ вообще организмахъ и спеціально въ нервныхъ центрахъ высшихъ животныхъ».

Вотъ въ самыхъ существенныхъ чертахъ содержаніе книги. Въ краткомъ изложеніи можно было передать лишь конечные выводы, основныя положенія. Полное представленіе о достоинствахъ работы можно получить только при прочтеніи ея въ оригиналѣ.

Такія книги, какъ трудъ проф. *В. М. Бехтерева* «Психика и жизнь», не нуждаются въ рекомендаціи. И безъ этого читающая публика уже по достоинству оцѣнила эту выдающуюся работу. Объ этомъ свидѣтельствуетъ тотъ фактъ, что 1-е изданіе этого сочиненія разошлось въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Б. Воротынскій.

Современное состояніе вопроса о борьбѣ съ сифилисомъ въ Россіи. Очеркъ (съ 4 таблицами) ординатора городской Мясницкой больницы въ Москвѣ А. И. Розенквиста. Посвящается участникамъ 1-го Русскаго сифилидологическаго Съѣзда. Москва. 1903 г. 135 стр. Ц. 1 р. 50 к.

Ближайшую задачу своей книги авторъ опредѣлилъ въ введеніи ея попыткою «указать, насколько въ дѣйствительности жизненны тѣ принципы, которые заложены въ основѣ постановленій (бывшаго) сифилидологическаго Съѣзда, что изъ этихъ постановленій такъ или иначе проведено въ жизнь и что намѣчено къ осуществленію». Распредѣляя соотвѣтственно такой задачѣ свой литературный матеріалъ, авторъ раздѣлилъ книгу на 4 главы. Въ 1-й разбирается вопросъ объ «обнаруженіи сифилитиковъ, опредѣленіи числа ихъ (регистрація)». Во 2-й излагаются «пути и способы распространенія сифилиса въ населеніи». Въ 3-й говорится о «мѣрахъ, предупреждающихъ распространеніе сифилиса въ населеніи», съ особымъ отдѣломъ объ упорядоченіи вопроса о проституціи. Наконецъ, 4-я посвящена «организаціи врачебной помощи». Обсуждая въ этой послѣдней главѣ вопросъ о цѣлесообразности амбуляторнаго лѣченія сифилитиковъ, авторъ изложилъ итоги своей разработки статистическаго матеріала, касающагося кондиломатозныхъ сифилитиковъ, посѣтившихъ амбуляторіи Мясницкой больницы въ теченіи 1891—1900 гг. Поясняя составленныя имъ для этой цѣли таблицы, авторъ говоритъ, что «въ самой массѣ кондиломатозныхъ сифилитиковъ, посѣтителей Мясницкой больницы, ощущается нужда въ стаціонарномъ лѣченіи и что исключительно амбуляторное лѣченіе для массъ рабочаго недостаточнаго населенія непримѣнимо, что въ массахъ кондиломатозныхъ сифилитиковъ этихъ общественныхъ группъ ощущается нужда въ коечномъ лѣченіи». Въ заключеніи авторъ представилъ выводы 4-хъ главъ въ слѣдующихъ словахъ: «Успѣхъ борьбы съ сифилисомъ въ широкихъ размѣрахъ въ Россіи возможенъ при слѣдующихъ условіяхъ: съ одной стороны, точная регистрація сифилитиковъ даетъ возможность имѣть ясное представленіе о распространеніи и развитіи сифилиса въ населеніи (о наростаніи или убыли), опредѣлить %-ное отношеніе половой, внѣполовой и наслѣдственной передачи сифилиса и пр., и пр., на основаніи каковыхъ данныхъ правительственные или общественные органы управленія могли-бы организовать въ той или другой мѣстности разныя мѣропріятія по отношенію къ сифилису; съ другой стороны, аккуратность и систематичность лѣченія сифилиса, требующаго, какъ извѣстно, продолжительнаго времени, при условіи обезпеченія населенія врачебной помощью, возможны будутъ и достигнутъ цѣли тогда, когда само населеніе будетъ ознакомлено съ сущностью болѣзни (сифилисомъ), будетъ сознавать всю опасность зараженія имъ, предохраняя себя отъ заболѣванія,—словомъ, когда степень культуры нашего народа въ нравственномъ, умственномъ и матеріальномъ отношеніяхъ будетъ повышена». Оттѣнивъ затѣмъ, что указанные принципы и положены въ основу постановленій сифилидологическаго Съѣзда, авторъ продолжаетъ: «нѣкоторыя изъ постановленій его (Съѣзда) вошли уже въ жизнь, бо́льшая-же часть ихъ ждетъ еще практическаго осуществленія», и этими послѣдними словами исчерпываетъ, собственно говоря, и ближайшій итогъ всей своей работы.

Представляя компилятивный трудъ, чаще всего подлинныя выписки изъ бывшихъ въ распоряженіи автора литературныхъ источниковъ, такъ или иначе отвѣчающихъ разбираемому имъ вопросу, книга въ текстѣ пестритъ выносками съ литературными указаніями; выноски эти такъ обильны, что составляютъ почти 2-й подстрочный текстъ, и, чтобы не отвлекать вниманія, съ большимъ удобствомъ и выгодою не только для основного текста, но и для самаго объема книги, могли-бы быть совсѣмъ выкинуты, тѣмъ болѣе, что въ концѣ книги авторъ снова, въ отдѣльномъ приложеніи, переименовываетъ литературные источники, на которые онъ ссылался въ текстѣ и которыми пользовался при составленіи своей книги.

А. Гаринъ.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XCVI. М. Г.! Общество фабричныхъ врачей въ Москвѣ, сочувственно принявъ мое предложеніе—выработать однообразную карточку для записи несчастныхъ случаевъ на фабрикахъ и заводахъ, уполномочило меня обратиться черезъ «Русскаго Врача» къ товарищамъ съ просьбой помочь ему въ этомъ и своимъ опытомъ. Всякое указаніе въ смыслѣ измѣненія или дополненія предлагаемаго образца карточки будетъ принято съ большой благодарностью. При этомъ желательно было-бы получить (по прилагаемому адрессу) и образцы уже существующихъ карточекъ.

Членъ Общества *И. Д. Астраханъ.*

Въ текстъ предлагаемой мною карточки включены слѣдующія рубрики:

1. Имя, отчество, фамилія, лѣта, званіе пострадавшаго.
2. Давно-ли работаетъ на фабрикѣ и въ какомъ отдѣленіи?
3. Давно-ли исполняетъ работу, при которой произошло поврежденіе?
4. Семейное состояніе. Сколько имѣетъ дѣтей, ихъ возрастъ?
5. Сколько зарабатываетъ въ мѣсяцъ... день?...
6. Когда произошло поврежденіе—мѣсяцъ.. число... час.... день недѣли?...
7. Когда получилъ въ послѣдній разъ жалованье?
8. Когда былъ въ послѣдній разъ не рабочій день?
9. При первомъ осмотрѣ поврежденіе казалось легкимъ... тяжелымъ... смертельнымъ.
10. По окончаніи лѣченія поврежденіе оказалось легкимъ... тяжелымъ...
11. Какъ произошло поврежденіе: а) со словъ пострадавшаго? б) со словъ администраціи?
12. Когда явился за помощью—мѣсяцъ... число?...
13. Кто ее подавалъ?—Врачъ... фельдшеръ?...
14. Лѣчился въ фабричной больницѣ амбуляторно дней... стаціонарно дней.
15. Лѣчился внѣ фабричной больницы амбуляторно дней... стаціонарно дней.
16. Сколько всего дней продолжалось лѣченіе?
17. Сколько потерялъ не рабочихъ дней?
18. На той-же службѣ остался.. переведенъ... уволенъ...
19. Трудоспособность сохранена вполнѣ... потеряна временно.. потеряна навсегда... въ какой степени?
20. Описаніе рода поврежденій.
21. Исходъ поврежденій.
22. Какъ пострадавшій удовлетворенъ: а) отъ страхового общества? б) отъ фабрики?
23. Сколько фабрикантъ платитъ въ годъ страховому обществу?
24. За какую степень отвѣтственность?
25. Были-ли рабочіе застрахованы до 1904 г.?
26. Сколько фабрикантъ тогда платилъ въ годъ?

Карточка эта вмѣстѣ съ полученными указаніями товарищей будетъ разсматриваться Правленіемъ Общества, общему Собранію котораго надлежитъ придать ей окончательную редакцію.

Адрессъ: Москва. Зубово, д. Корстова, кв. № 1. Д-ру *И. Д. Астрахану.*

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1704. 1-го августа въ морскомъ бою на погибшемъ крейсерѣ «Рюрикъ» *убитъ* младшій врачъ *Эрнстъ Гуговичъ ф. Брауншвейгъ* и взятъ раненымъ въ плѣнъ старшій врачъ *Николай Петровичъ Солуха.*

1705. Въ Женскій Медицинскій Институтъ принято *250 слушательницъ*, прошеній-же было подано *950* («Новое Время», 21 августа), т. е. почти $^3/_4$ искавшихъ осуществленія своего *права* на высшее образованіе остались неудовлетворены. Ужасающая цифра отказа краснорѣчивѣе всякихъ словъ говоритъ о настоятельной и неотложной необходимости сдѣлать доступными для женщинъ медицинскіе факультеты нашихъ университетовъ.

1706. Сольвычегодскій уѣздный врачебный Совѣтъ *постановилъ именовать себя «Манассеинскимъ»* («Врачебно-санитарный обзоръ Вологодской губ.», вып. IV).

1707. Отбыли на Дальній Востокъ: 17-го августа изъ Рыбинска мѣстный *отрядъ сестеръ милосердія* въ числѣ 11 чел.; 20-го августа изъ Витебска мѣстный *санитарный отрядъ* на 50 кроватей («Новое Время», 18 и 21 августа).

1708. По словамъ «Руси» (20 августа), исполнительной Коммиссіей Краснаго Креста получено изъ Токійскаго справочнаго бюро о военно-плѣнныхъ извѣщеніе, что младшій врачъ 33-го пѣхотнаго Елецкаго полка *С. А. Поповичъ*, оставшійся 18 іюля для перевязки раненыхъ послѣ боя на Янзелинскомъ перевалѣ, *попалъ въ плѣнъ* и теперь находится въ Матсуямѣ.

1709. Владимірское чрезвычайное губернское земское Собраніе по вопросу *о сохраненіи содержанія запаснымъ чинамъ*, служащимъ въ губернскомъ земствѣ, во время войны съ Японіей, въ случаѣ призыва ихъ на дѣйствительную службу, для обезпеченія ихъ семействъ постановило: сохранить за служащими губернскаго земства, призванными на дѣйствительную службу, мѣста и содержаніе въ теченіи одного года; вопросъ о сохраненіи мѣстъ безъ содержанія за служащими, идущими на войну добровольно, Собраніе предоставило усмотрѣнію Управы («Вѣстникъ Владимірскаго губернскаго Земства», № 11—12).

1710. Ходатайство медицинской испытательной Коммиссіи Томскаго Университета объ испрошеніи Высочайшаго соизволенія на разрѣшеніе выдать 10 студентамъ, отправившимся на поле военныхъ дѣйствій и прослушавшимъ курсъ медицинскаго факультета, дипломы на званіе лѣкаря безъ экзамена въ Коммиссіи, Министерствомъ народнаго просвѣщенія признано, какъ передаетъ «Сибирскій Вѣстникъ» (11 августа), *не подлежащимъ удовлетворенію.*

1711. Саратовская губернская земская Управа по возбужденному ею *ходатайству объ освобожденіи завѣдующаго Отдѣленіемъ народнаго здравія при Управѣ Н. И. Тезякова отъ военной службы* (см. выше, № 30, стр. 1060) получила отъ главнаго Штаба увѣдомленіе, что «ходатайство Управы относительно полнаго освобожденія отъ призыва врача *Тезякова* военнымъ министромъ отклонено въ виду того, что удовлетвореніе этого ходатайства являлось-бы слишкомъ крупнымъ изъятіемъ изъ закона и поставило-бы военное вѣдомство въ крайне неудобное положеніе относительно тѣхъ правительственныхъ мѣстъ и лицъ, аналогичныя просьбы коихъ постоянно отклонялись». Въ настоящее время *Н. И. Тезяковъ* назначенъ старшимъ врачемъ дивизіоннаго обоза 61 пѣхотной дивизіи, расположенной въ Самарѣ («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», № 7).

1712. Положеніемъ военнаго Совѣта постановлено *расширить* временно, до минованія надобности, *мѣстные лазареты Казанскаго военнаго округа:* Оренбургскій—съ 300 до 400 мѣстъ, Уфимскій—съ 50 до 85 и Сибирскій—съ 50 до 85 («Самарская Газета», 17 августа).

1713. На Дальній Востокъ командируется для организаціи дѣла по устройству *психіатрическихъ лѣчебныхъ заведеній Краснаго Креста* завѣдующій отдѣленіемъ душевныхъ болѣзней въ Варшавскомъ Уяздовскомъ военномъ госпиталѣ д-ръ *П. М. Автократовъ* («Русь», 22 августа).

1714. 1-го сентября на Зеленомъ мысѣ Чернаго моря открывается *санитарная станція* для 300 офицеровъ, которая будетъ дѣйствовать въ теченіи всей войны и еще годъ послѣ ея окончанія. — 15 го августа на средства служащихъ и рабочихъ Прохоровской фабрики открытъ *лазаретъ* для больныхъ и раненыхъ воиновъ («Новое Время», 18 августа).

1715. Многоуважаемый товарищъ *Б. М. Кальмейеръ* проситъ насъ сообщить, что, желая придти на помощь недостаточнымъ семействамъ врачей, командированныхъ на театръ военныхъ дѣйствій, онъ открылъ въ своей лѣчебницѣ (Петербургъ, Каменноостровскій просп., д. 35/2) на все время войны *1 безплатную кровать* (содержаніе, уходъ, лѣкарства, лѣченіе) *для женъ врачей*, мужья которыхъ отправились на Дальній Востокъ и которыя нуждаются въ больничномъ лѣченіи по внутреннимъ, нервнымъ, хирургическимъ и женскимъ болѣзнямъ, за исключеніемъ нѣкоторыхъ формъ, вообще не подлежащихъ пріему въ лѣчебницу, согласно уставу ея.

1716. Г-жа Корева любезно извѣстила насъ, что она охотно *помѣститъ у себя* (ст. Кроже, Ковенской губ.) возвращающихся на родину съ театра военныхъ дѣйствій *больного врача или студента* и предоставитъ ему уходъ и лѣченіе.

1717. Министерство путей сообщенія, чтобы дать возможность перевозить по желѣзнымъ дорогамъ трудныхъ больныхъ въ дальнія лѣчебницы, по словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (21 августа), устраиваетъ *особые подвижные лазареты*, которые будутъ состоять изъ товарныхъ вагоновъ съ 2-мя кроватями.

1718. Согласно духу факультетской присяги, врачебная дѣятельность должна быть далека отъ всякихъ меркантильныхъ вожделѣній. Она есть дѣятельность альтруистическая по преимуществу. Такія ужасныя народныя бѣдствія, какъ война, эпидемія, если что и имѣли положительное въ своемъ стихійномъ значеніи, то прежде всего и болѣе всего—высшее проявленіе человѣчности въ самоотверженной и безкорыстной дѣятельности «друзей человѣчества»—врачей и всѣхъ тѣхъ лицъ, которыя въ полномъ сознаніи величія своей задачи посвящаютъ себя дѣлу ухода за больными и ранеными. Все это невольно приходится сказать въ виду нѣкоторыхъ отрицательныхъ явленій, которыя обнаружились среди врачей въ настоящую войну и которыя желательно-бы пресѣчь въ самомъ началѣ, чтобы они не успѣли бросить и малѣйшей тѣни на тотъ блестящій ореолъ, что до сихъ поръ окружалъ и будетъ всегда окружать—мы твердо въ томъ увѣрены—самоотверженную дѣятельность врачей на войнѣ.... Въ «Вѣстникѣ Маньчжурской Арміи» (18 іюля) намъ попалось слѣдующее *объявленіе*: «До свѣдѣнія моего дошло, что нѣкоторыя лица намѣрены производить опыты по примѣненію моего способа сохраненія мяса въ свѣжемъ видѣ въ теченіи продолжительнаго времени безъ моего вѣдома и разрѣшенія. Такъ какъ мой способъ привиллегированъ (№ 20382 отъ 29 марта 1903 г.), поэтому объявляю, во всеобщее свѣдѣніе, что на основаніи статей 7 и 8-й Высочайше утвержденнаго 20 мая 1896 г. положенія о привиллегіяхъ на изобрѣтенія и усовершенствованія, производить какія-бы-то ни было испытанія съ моимъ изобрѣтеніемъ и приводить его въ исполненіе можетъ только самъ изобрѣтатель. Симъ предупреждаю, что, на основаніи указанныхъ статей, всѣхъ, нарушающихъ мои права, буду преслѣдовать по закону. Ляоянъ, 17 іюля 1904. *М. М. Власевичъ*». Г. *Власевичъ*—врачъ. Можетъ быть, съ юридической стороны онъ и правъ, намѣреваясь выступить со всею строгостью законовъ на защиту своего «привиллегированнаго» способа. Но правъ-ли онъ предъ врачами, предъ родиной? Война, врачъ, привиллегія.... казалось-бы, что-то прямо несовмѣстимое!

1719. Глубокоуважаемый *И. Р. Назинъ*, предсѣдатель Правленія Каменецъ-Подольскаго Отдѣленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи, сообщая намъ о томъ, что 25-го минувшаго іюля въ Каменецъ-Подольскѣ состоялись *сердечные проводы* отправлявшагося на Дальній Востокъ Подольскаго санитарнаго отряда на 100 кроватей, снаряженнаго мѣстнымъ Управленіемъ Краснаго Креста въ составѣ 4 врачей (*В. А. Лагодовскій*—уполномоченный и старшій врачъ отряда, *В. И. Родзяновскій*, *М. Д. Кошутскій* и *І. Я. Берманъ*—ординаторы), 1 завѣдующаго хозяйствомъ (г. Селецкій), 1 фармацевта (г. Пасѣчнюкъ), 10 сестеръ милосердія мѣстной Общины Краснаго Креста и 12 санитаровъ, между прочимъ, пишетъ: «Во время составленія и снаряженія санитарнаго отряда, а затѣмъ и по поводу предложенной во время прощальнаго обѣда подписки на застрахованіе всего персонала отряда, невольно возникъ слѣдующій принципіальный вопросъ. Въ случаѣ увѣчья или смерти военныхъ врачей, работающихъ на Дальнемъ Востокѣ, семейства ихъ обезпечиваются пенсіей изъ государственнаго казначейства. Одинаково, какъ военные врачи, такъ и семейства ихъ имѣютъ право на покровительство Александровскаго Комитета о раненыхъ. Справедливость требуетъ, чтобы и врачи, служащіе въ отрядахъ и лазаретахъ Краснаго Креста, а также и во всѣхъ другихъ санитарныхъ отрядахъ и лазаретахъ, снаряжаемыхъ земствами, городами, разными учрежденіями и частными лицами, были поставлены въ одинаковыя съ военными врачами условія, т. е., чтобы и ихъ семейства были одинаково обезпечены на случай несчастья. Такъ какъ такое справедливое уравненіе правъ всѣхъ врачей, подвергающихся одинаковой опасности и несущихъ во время войны тѣ-же тяжелыя обязанности, гдѣ-бы они ни несли службу, требуетъ законодательной санкціи, то было-бы чрезвычайно желательно (какъ это и предложило Общество Кіевскихъ врачей) возбудить немедленно соотвѣтственное ходатайство въ правительственныхъ инстанціяхъ, а *между тѣмъ Главное Управленіе Россійскаго Общества Краснаго Креста—мѣсто притока народныхъ пожертвованій и главный распорядитель всѣми поступающими суммами—могло-бы тотчасъ, не ожидая, предписать, чтобы въ число расходовъ, необходимыхъ на оборудованіе, снаряженіе и отправленіе отрядовъ на театръ военныхъ дѣйствій, была включена и сравнительно небольшая сумма на обязательное страхованіе отъ увѣчья и смерти всего состава отправленныхъ и отправляемыхъ санитарныхъ отрядовъ.* При такомъ необременительномъ расходѣ лица, несущія въ настоящее время тяжелыя обязанности и подвергающіяся серьезной опасности, могли-бы быть спокойны за судьбу оставленныхъ ими дорогихъ и близкихъ. Руководясь тѣмъ-же чувствомъ справедливости, необходимо было-бы страховать не только врачей, но и весь персоналъ отрядовъ, т. е. сестеръ милосердія, завѣдующаго хозяйствомъ, фармацевта и санитаровъ. Русское общество, съ готовностью жертвующее необходимыя суммы на снаряженіе отрядовъ и содержаніе ихъ, несомнѣнно, отнесется съ величайшимъ сочувствіемъ къ этому способу обезпеченія лицъ, самоотверженно исполняющихъ свои тяжелыя обязанности. Требуемая для этой высокой цѣли сумма очень невелика. Напр., на застрахованіе всего персонала Подольскаго санитарнаго отряда (4 врачей по 5000 р. каждаго, 10 сестеръ милосердія по 1000 р., завѣдующаго хозяйствомъ въ 3000 р., фармацевта въ 2000 р. и 12 санитаровъ по 500 р. каждаго) потребова-

лось-бы около 3700 р. на 1 годъ. Если допустить, что подписка и дастъ требуемую сумму, то все-же такой способъ обезпеченія былъ-бы случайнымъ, а между тѣмъ въ этомъ серьезномъ дѣлѣ, гдѣ люди жертвуютъ здоровьемъ и жизнью, не должно быть случайностей, а необходимо установить строгую законность. Это—прямой долгъ русскаго общества. Ходатайство въ этомъ смыслѣ возбуждено Каменецъ-Подольскимъ Отдѣленіемъ Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи черезъ Петербургское Правленіе этого Общества».—Озаботиться участью семействъ лицъ, жертвующихъ родинѣ здоровьемъ и жизнью, есть—совершенно справедливо—«прямой долгъ русскаго общества», выполненіе котораго и ждутъ отъ него русскіе врачи.

1720. *Настоящая война въ значительной степени обездолила населеніе врачебной помощью* и тяжелѣе всего, конечно, въ этомъ отношеніи отозвалась на Сибири. Съ каждымъ днемъ, говорятъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 15), «все рѣзче и сильнѣе несутся со столбцевъ Сибирскихъ газетъ стоны Сибирскаго населенія, угнетаемаго все увеличивающимися тягостями, связанными съ злополучной войной. Обездоленіе рабочими руками, чрезвычайное вздорожаніе жизненныхъ продуктовъ, угнетенное настроеніе, обусловленное ходомъ событій на Востокѣ,—оказываютъ замѣтное вліяніе на заболѣваемость населенія. Въ хроникѣ предъидущихъ номеровъ мы отмѣчали цѣлый рядъ фактовъ, иллюстрирующихъ приведенное положеніе. Къ указаннымъ невзгодамъ присоединяется повсемѣстный недостатокъ врачебной помощи до полнаго отсутствія таковой въ нѣкоторыхъ пунктахъ. Въ «Сибирской Жизни» сообщалось, что вестибюль Томскаго Университета пестритъ объявленіями, приглашающими только-что окончившихъ врачей на вакантныя по случаю войны мѣста. Той-же газетѣ пишутъ изъ Каинска, что тамъ въ настоящее время ощущается громадный недостатокъ во врачебномъ персоналѣ. Больныхъ, какъ въ городѣ, такъ и въ ближайшихъ селеніяхъ очень много; пріѣзжая въ городъ, больные ждутъ врачебной помощи иногда по суткамъ. Военный врачъ имѣетъ массу работы въ госпиталѣ; у городового-же врача, завѣдывающаго въ одно и то-же время городскою и сельскою больницами, монополіей, заводами, тюрьмой, не хватаетъ времени для частной практики. Приходится удивляться, почему до сихъ поръ не назначаютъ врача для завѣдыванія сельскою лѣчебницею».—«Восточное Обозрѣніе» въ корреспонденціи изъ Вилюйска сообщаетъ такой фактъ, который долженъ привести въ ужасъ даже вполнѣ привыкшаго къ картинамъ современной дѣйствительности: «въ Чауйскомъ наслегѣ, находящемся въ 100 верстахъ отъ города, живущіе тамъ инородцы (якуты) вымерли отъ оспы. Единственный старикъ, который хоронилъ въ этомъ наслегѣ мертвыхъ, тоже умеръ отъ оспы. Всѣ мертвецы теперь такъ тамъ и лежатъ непогребенными, заражая мѣстность своимъ гніеніемъ. Оспа свирѣпствуетъ и въ другихъ мѣстахъ. Медицинской-же помощи нѣтъ никакой».

1721. Петербургской городской Управой отпущено, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (20 августа), 3500 р. на снабженіе необходимымъ вновь *устраиваемой акушерской клиники* при городской Петропавловской больницѣ. Клиника эта будетъ работать круглый годъ.

1722. Петербургская больничная Коммиссія разработала, какъ передаетъ «Русь» (20 августа), *проэктъ штатовъ служебнаго персонала* вновь устраиваемой *дѣтской больницы* и представила его на утвержденіе Думы. Больница будетъ имѣть 400 штатныхъ кроватей и 6 запасныхъ. На службу будетъ приглашено 17 врачей, 4 аптекаря, 27 сестеръ милосердія, 3 фельдшерицы и 7 лицъ по хозяйственной администраціи; включая духовенство, больница будетъ имѣть штатный персоналъ въ 60 чел. съ содержаніемъ до 45000 р. въ годъ. Квартиры для всѣхъ штатныхъ служащихъ—готовыя. Жалованье врачамъ отъ 1200 до 3000 р. Штаты будутъ введены въ дѣйствіе съ сентября текущаго года. Стоимость больничныхъ построекъ опредѣлилась по настоящее время въ 1700000 р., но этихъ денегъ не хватаетъ.

1723. Правленіе Пироговскаго Общества, по порученію VII Пироговскаго Съѣзда, предполагаетъ приступить *къ изданію ежегодныхъ «Обзоровъ» дѣятельности какъ русскихъ медицинскихъ Обществъ, такъ и губернскихъ Съѣздовъ земскихъ врачей* съ систематическими библіографическими указателями ихъ докладовъ, трудовъ и постановленій. Въ изданіи обзоровъ могутъ принять участіе, кромѣ медицинскихъ Обществъ, всѣ общественно-медицинскіе коллегіальные органы 34 земскихъ губерній и вновь открытыя въ западномъ и юго-западномъ краѣ земскія учрежденія, а въ неземскихъ губерніяхъ также тѣ административные органы, почину которыхъ подлежитъ организація Съѣздовъ сельскихъ врачей. Основанія участія опредѣляются слѣдующими условіями: 1) Свѣдѣнія о дѣятельности медицинскихъ Обществъ (ежегодно) и Съѣздовъ земскихъ, городскихъ, сельскихъ и пр. врачей (по мѣрѣ ихъ созыва) доставляются въ Правленіе Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* самими принявшими участіе въ изданіи организаціями по особо выработаннымъ объединеннымъ программамъ. 2) Всѣ участвующія въ изданіи организаціи производятъ въ кассу Пироговскаго Общества ежегодные денежные взносы; размѣръ начальнаго взноса опредѣленъ Правленіемъ въ 12 р. 3) Всѣ участвующія въ изданіи организаціи получаютъ безплатно (съ уплатой лишь за пересылку) по 2 полныхъ экземпляра ежегодныхъ «Обзоровъ» дѣятельности медицинскихъ Обществъ и всякихъ Съѣздовъ (общихъ и спеціальныхъ) земскихъ, городскихъ, сельскихъ и пр. врачей. 4) Члены всѣхъ присоединившихся къ изданію организацій могутъ пріобрѣтать «Обзоры» по уменьшенной противъ продажной, т. е. заготовительной, цѣнѣ (не считая пересылки). 5) За отдѣльные оттиски своихъ отчетовъ всѣ коллегіальные участники уплачиваютъ по разсчету ихъ дѣйствительной стоимости («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.» № 7). Правленіе Общества нынѣ обратилось во всѣ губернскія земскія Управы и медицинскія Общества съ предложеніемъ принять участіе въ предполагаемомъ изданіи.

1724. Въ 20-хъ числахъ августа въ Славянскѣ, Харьковской губ., должно было состояться *чествованіе В. Н. Коссовскаго* по поводу *30-лѣтія его врачебной дѣятельности*. Глубокоуважаемый товарищъ 3 4-лѣтія состоялъ директоромъ Славянскихъ минеральныхъ водъ и нѣсколько лѣтъ—предсѣдателемъ мѣстнаго бальнеологическаго Общества. И тамъ, и тутъ онъ оставилъ неизгладимые слѣды своего знанія, гуманности и добросовѣстной работы. Просимъ его принять и нашъ горячій привѣтъ.

1725. 22-го августа въ Харьковѣ состоялась закладка зданія *Пріюта для неизлѣчимо-больныхъ имени покойнаго д-ра Франковскаго* («Новое Время», 23 августа).

1726. А. А. и В. А. Бахрушины *жертвуютъ 15000 р. на расширеніе родильнаго пріюта* при Бахрушинской больницѣ въ Москвѣ, съ тѣмъ, чтобы къ зданію была сдѣлана пристройка на 15 кроватей и чтобы новому корпусу было присвоено имя жертвователей. Съ расширеніемъ пріюта число кроватей будетъ простираться до 47 («Правительственный Вѣстникъ», 18 августа).

1727. 20-го августа въ Вильнѣ открыта *желѣзно-дорожная больница* на 125 кроватей («Новое Время», 21 августа).

1728. «Русскія Вѣдомости» (21 августа) передаютъ, что Коммиссіи училищная и общественнаго здравія въ Москвѣ, ознакомившись съ дѣятельностью 1-ой школьной амбуляторіи по болѣзнямъ зубовъ, горла, носа и уха, открытой осенью прошлаго года, пришли къ заключенію о необходимости открыть *2-ую* такую-же *амбуляторію* съ наступленіемъ учебнаго года. Вмѣстѣ съ тѣмъ Коммиссіи эти предложили Думѣ поручить городской Управѣ устроить съ начала учебнаго года въ городской глазной больницѣ пріемы дѣтей, учащихся въ городскихъ училищахъ, по болѣзнямъ глазъ. Въ районъ, обслуживаемый 1-ой школьной амбулаторіей, было включено городской Управой 20 ближайшихъ къ ней городскихъ училищъ, но въ дѣйствительности пользовались ею гораздо больше; иногда дѣти приходили и изъ очень отдаленныхъ районовъ. За 8 мѣсяцевъ существованія амбуляторіи было принято по болѣзнямъ горла, уха и носа, при 3-хъ пріемныхъ дняхъ въ недѣлю, 747 дѣтей, сдѣлавшихъ 2405 посѣщеній; въ среднемъ на 1 пріемный день приходилось около 27 посѣщеній. По зубнымъ болѣзнямъ амбуляторіей въ теченіи 8 мѣсяцевъ, при 4-хъ пріемныхъ дняхъ въ недѣлю, было принято 2777 дѣтей, сдѣлавшихъ 3382 посѣщенія. Изъ данныхъ осмотра зубовъ оказывается, что только у $^1/_3$ учащихся дѣтей зубы находятся въ удовлетворительномъ состояніи, у остальныхъ-же $^2/_3$ они въ такомъ видѣ, что безусловно требуютъ врачебной помощи.

1729. Состоящая при Правленіи Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* постоянная Коммиссія по распространенію гигіэническихъ знаній въ народѣ издала по вопросу о *мѣрахъ борьбы съ холерой общедоступную брошюру* съ рисунками и картинами для волшебнаго фонаря.

1730. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (21 августа), Московское врачебное Управленіе обратилось къ губернской и уѣзднымъ земскимъ Управамъ съ циркуляромъ слѣдующаго содержанія: «Въ виду того, что въ Персіи въ настоящее время появилась холера, а между тѣмъ во время Нижегородской ярмарки между названной страной, Нижнимъ-Новгородомъ и Москвой поддерживаются оживленныя сношенія, врачебное Управленіе проситъ сдѣлать распоряженіе *объ увѣдомленіи его о каждомъ остро-кишечномъ и желудочномъ заболѣваніи, особенно у взрослыхъ*.

1731. Въ «Новомъ Времени» (21 августа) напечатано *опроверженіе* о заболѣваніи холерой собственно казаковъ въ Каахкѣ (см. № 34, стр. 1172).

1732. 17-го августа въ Юрьевѣ состоялся *16-й Съѣздъ врачей Лифляндской губ.* По прочтеніи отчета о дѣятельности Общества врачей за время, протекшее съ минувшаго Съѣзда, были сообщены: проф. *К. К. Дегіо*—Отчетъ о дѣятельности Лифляндскаго Общества борьбы съ проказой; д-ромъ *Шмидтомъ*—О дѣятельности Общества борьбы съ чахоткой за минувшій годъ; д-ромъ *Кейльманомъ*—О ходѣ повивальнаго дѣла въ Лифляндіи; д-ромъ *Гольстомъ*—О дѣятельности и устройствѣ больницы для душевно-больныхъ «Зеевальда» въ теченіи послѣднихъ 9 мѣсяцевъ и проф. *Кеслеромъ*—О лѣченіи ранъ. Слѣдующій Съѣздъ назначенъ въ Аренсбургѣ («Правительственный Вѣстникъ», 20 августа).

1733. Въ Бердянскѣ учреждена, какъ передаетъ «Приднѣпровскій Край» (10 августа), *здравница* Екатерининской желѣзной дороги для больныхъ служащихъ, нуждающихся въ лѣченіи минеральными грязями, ваннами, морскими купаньями и виноградомъ. Въ здравницу могутъ быть помѣщаемы служащіе, мастеровые и постоянные рабочіе.

1734. Саратовское очередное губернское земское Собраніе, устанавливая тотъ фактъ, что медицина и ветеринарія въ сосѣднихъ съ Саратовскою губерніею мѣстностяхъ области войска Донского и Астраханской губ. находятся въ такомъ плохомъ положеніи, что служатъ постоянными очагами заразы, угрожающими Саратовской губерніи, постановило обратить вниманіе подлежащихъ вѣдомствъ на такое положеніе и *ходатайствовать объ усовершенствованіи медицины и ветеринаріи въ этихъ мѣстностяхъ* на подобіе того, какъ онѣ поставлены въ зем-

скихъ губерніяхъ. Въ отвѣтъ на это ходатайство главное Управленіе по дѣламъ мѣстнаго хозяйства увѣдомило губернатора, что «признаетъ правильность сообщенныхъ земствомъ соображеній и полагаетъ, что указанныя земствомъ неудобства будутъ устранены путемъ преобразованія земскаго хозяйства въ названныхъ областяхъ, проэкты коего уже разрабатываются въ главномъ Управленіи («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», № 7). Для иллюстраціи вышеприведеннаго заимствуемъ тутъ-же изъ «Врачебно-санитарной хроники Ярославской губ.» (№ 10) свѣдѣнія *о положеніи врачебной помощи въ Донской области* и въ сосѣдней съ нею *Воронежской губерніи*: «Донская область, какъ извѣстно, *лишена земства*. Здѣсь на всю область, съ населеніемъ болѣе чѣмъ въ $2^1/_2$ милліона, есть только 1 больница въ Таганрогѣ на 65 кроватей, 43 пріемныхъ покоя, всего на 199 кроватей, и 100 фельдшерскихъ пунктовъ. Паціентура каждаго врача составляетъ здѣсь 74626 чел., а участокъ—4266 кв. верстъ, но это въ среднемъ; врачу Донского округа приходится лѣчить населеніе въ 100000, а Ростовскаго—въ 190000 чел. Встрѣчаются участки до 10000 кв. верстъ. Акушерокъ на всю область 9, а 5 округовъ ихъ совсѣмъ не знаютъ. При повальныхъ болѣзнях населеніе оказывается лишеннымъ всякой врачебной помощи; между тѣмъ, за 1900—1902 гг. зарегистровано въ области до $1^1/_2$ милліона случаевъ оспы, скарлатины, дифтеріи, кори, коклюша, тифа и гриппа. Въ сосѣдней съ областью войска Донского Воронежской губерніи *земство существуетъ*. Въ медицинскомъ отношеніи земство это занимаетъ далеко не первое мѣсто среди земствъ Россіи, но все же, на пространствѣ, по сравненію съ Донской областью, меньшимъ въ $2^1/_2$ раза, тамъ дѣйствуютъ: 71 больница, 91 врачъ, 299 фельдшерскихъ пунктовъ, 44 фельдшерицы-акушерки, 53 акушерки и 914 кроватей».

1735. Судогодскій уѣздный исправникъ просилъ земскую Управу командировать врача осмотрѣть семью одного новобранца, оказавшагося больнымъ сифилисомъ. По этому поводу Судогодскій врачебный Совѣтъ подвергъ обсужденію вопросъ о правѣ врачей производить такіе осмотры и постановилъ: «Существующими узаконеніями ограничены поводы къ осмотрамъ лицъ и семей относительно заболѣванія сифилисомъ, именно: принудительные осмотры допускаются только въ случаяхъ, если лица или семьи по своему занятію и особымъ условіямъ жизни имѣютъ большую возможность къ передачѣ заразы (мастерскія, пекарни и пр.); частныя-же семьи совершенно ограждены отъ принудительныхъ осмотровъ. Въ такомъ-же смыслѣ высказался въ свое время Обще-Россійскій Съѣздъ врачей по борьбѣ съ сифилисомъ. А потому *врачи, очевидно, не въ правѣ подвергать осмотрамъ частныя семьи*, хотя-бы и по требованію полиціи».

1736. Заимствуемъ изъ «Самарской Газеты» (12 августа) слѣдующія данныя *о лѣченіи алкоголиковъ въ Николаевской земской больницѣ за послѣдніе 3 года*. Всѣхъ обращавшихся больныхъ въ Николаевскую больницу для излѣченія отъ алкоголизма было 279 (255 мужчинъ и 24 женщины). По возрасту и году обращенія больные распредѣлялись такъ:

Возрастъ.	1900	1901	1902	1903	Всего
20—30	—	9	31	24	64
30-40	2	20	47	28	97
40--50	—	20	38	25	83
50—60	—	8	9	12	29
60—70	—	1	2	1	4
70—80	—	1	1	—	2
И того . . .	2	59	128	90	279

Больные были не только изъ Николаевскаго уѣзда, но также изъ Самары, Бузулука, Бугуруслана и Новоузенска. Лѣченіе велось подкожными впрыскиваніями возрастающихъ дозъ стрихнина и гипнозомъ. (Лѣченіе алкоголизма гипнозомъ въ Николаевской больницѣ введено покойнымъ д-ромъ *В. Н. Глассономъ* и до іюля 1902 г. примѣнялось почти исключительно имъ однимъ; съ іюля 1902 г. по іюнь 1903 г. его продолжалъ д-ръ *Фаворскій*, а съ іюня 1903 г. и по ноябрь лѣченіе гипнозомъ вели д-ра *Фаворскій* и *Рутенбергъ*). Результаты получились «очень одобряющіе».

1737. «Новое Обозрѣніе» (12 августа) передаетъ, что при Тифлисской желѣзнодорожной больницѣ предположено открыть *санитарно-фельдшерскіе курсы* для младшихъ кондукторовъ пассажирскихъ смѣнъ. Курсы предположены 2-недѣльные, и цѣль учрежденія ихъ—пополненіе кадра и замѣщеніе въ бригадахъ заболѣвшихъ и отпускныхъ кондукторовъ-фельдшеровъ.

1738. «Днѣпровскій Вѣстникъ» (15 августа) передаетъ, будто въ Могилевской еврейской больницѣ установились *странныя отношенія врача къ коечнымъ и приходящимъ больнымъ*. «Ни одинъ больной, напр., не поступаетъ въ больницу безъ предварительнаго визита къ врачу (на домъ). Если больной является прямо въ больницу, получается отвѣтъ: Нѣтъ свободнаго мѣста... Но при этомъ какъ-бы вскользь замѣчаютъ больному: Впрочемъ, посмотримъ... Придите домой къ доктору».—Надѣемся, что опроверженіе не замедлитъ появиться.

1739. За кончающійся сезонъ *въ* швейцарскихъ и французскихъ *Альпахъ погибли 150 чел.*—главнымъ образомъ любителей, дѣлавшихъ восхожденія безъ проводниковъ. Такія восхожденія швейцарское правительство предполагаетъ запретить («American Medicine», 13 августа).

1740. Медицинское экзаменаціонное бюро штата Pennsylvania объявляетъ, что на экзаменахъ текущаго года *изъ 379 кандидатовъ не выдержали испытаній 73*, т. е., около 20%, между тѣмъ какъ обычно % неуспѣшныхъ колеблется около 13—14. Одною изъ причинъ неуспѣха является безграмотность кандидатовъ, а другою—отсутствіе у нихъ общаго образованія по медицинѣ, такъ какъ школы за послѣднее время сосредоточиваютъ все свое вниманіе на спеціальностяхъ («Medical News», 20 августа).

1741. Въ Paderborn'ѣ (Вестфалія) недавно праздновалось *100-лѣтіе открытія морфія*, сдѣланнаго въ 1803 г. фармацевтомъ Adam'омъ Sertürner («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 25 августа).

1742. Въ Парижѣ образовалась *«Лига противъ пыли»*, имѣющая задачею распространять въ обществѣ надлежащія свѣдѣнія объ опасностяхъ, которыми грозитъ распространеніе микробовъ въ воздухѣ («The British Medical Journal», 27 августа).

1743. Проф. *Mosso* изъ Torino и президентъ итальянскаго Альпійскаго клуба Pagliani выбрали *на Monte Rosa*, на высотѣ 3000 метровъ, мѣсто для *научной станціи*. Полагаютъ, что послѣдняя начнетъ работу въ 1906 г. («The British Medical Journal», 27 августа).

1744. Союзъ католическихъ Обществъ трезвости въ Бельгіи рѣшилъ организовать *международный Съѣздъ по алкоголизму* къ имѣющей быть въ будущемъ году въ Liège'ѣ университетской выставкѣ («The British Medical Journal», 27 августа).

1745. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 27 августа). Въ Индіи за недѣли по 23/VII и 30/VII іюля умерли 2608 и 3258 чел., при чемъ 59 и 58 случаевъ смерти далъ г. Bombay, 1412 и 1648 Bombay'скій округъ, 6 и 6 Calcutta, 108 и 129 Bengal, 58 и 101 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 48 и 58 Punjab, 77 и 67 Rajputana, 5 и 28 центральныя провинціи и Berar, 6 и 7 центральная Индія, 157 и 203 Hyderabad State, 519 и 629 Mysore State. Южная Африка: за тѣ-же 2 недѣли іюля въ Port-Elizabeth'ѣ заболѣли чумою 3 и 2 чел. а умерли 2 и 0, на лѣченіи оставались къ 30/VII 6; въ Transvaal'ѣ, по оффиціальнымъ свѣдѣніямъ, эпидемія прекратилась. Hong-Kong: за недѣли по 6/VII и 13/VII случаевъ заболѣванія чумою насчитано 13 и 5, а смерти отъ нея 12 и 5. Островъ св. Маврикія: за недѣли по 11/VIII и 18/VIII заболѣли 3 и 5 чел., а умерли 2 и 3.

1746. *Умерли*: 1) 1-го августа на «Рюрикѣ» *убитъ Эрнстъ Гуговичъ ф. Брауншвейгъ*, родившійся въ 1870 г., а званіе врача получившій въ 1899 г.—2) 23-го іюля, въ Кисловодскѣ, одинъ изъ молодыхъ и подававшихъ большія надежды Каменецъ-Подольскихъ врачей—*Владиміръ Николаевичъ Гогоцкій*, недавно назначенный директоромъ Повивальной Школы при мѣстной губернской больницѣ. *В. Н.* родился въ 1867 г., а званіе врача получилъ въ Кіевскомъ Университетѣ въ 1891 г. По окончаніи курса онъ работалъ около 7 лѣтъ подъ руководствомъ проф. *Г. Е. Рейна* въ Кіевѣ въ акушерской и гинекологической клиникахъ. Онъ былъ и заграницей для ознакомленія съ постановкой оперативной гинекологіи въ нѣмецкихъ университетахъ. Въ Каменецъ-Подольскѣ онъ поселился 7 лѣтъ назадъ, поступивъ ординаторомъ въ губернскую больницу, и завѣдывалъ въ ней гинекологическимъ отдѣленіемъ. Въ то-же время онъ производилъ операціи по своей спеціальности въ мѣстной лѣчебницѣ Краснаго Креста и числился ординаторомъ этой лѣчебницы. 2 года назадъ онъ былъ избранъ управляющимъ безплатной лѣчебницей для бѣдныхъ Человѣколюбиваго Общества. Въ Каменецъ-Подольскѣ онъ имѣлъ обширную практику по своей спеціальности и заслужилъ репутацію дѣльнаго, знающаго и добросовѣстнаго акушера и хорошаго оператора. Постоянныя служебныя занятія и весьма обширная частная практика поглощали у покойнаго массу времени, не давая ему необходимаго отдыха. Такая неутомимая дѣятельность не мало способствовала безвременной гибели молодого товарища, не обратившаго своевременно вниманія на подкравшійся къ нему недугъ, который быстро свелъ его въ могилу. Между многими симпатичными сторонами характера *В. Н.* необходимо отмѣтить его неизмѣнно корректное отношеніе къ товарищамъ и въ высокой степени гуманное отношеніе къ больнымъ, которыя были для него одинаково дороги, какъ бѣдныя, такъ и богатыя. Эта прекрасная черта пріобрѣла ему любовь и уваженіе товарищей и Каменецъ-Подольской публики, которой собралось очень много, чтобы почтить память любимаго врача. Покойный состоялъ членомъ Общества Подольскихъ врачей и казначеемъ Каменецъ-Подольскаго Отдѣленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи. Тѣло *В. Н.* было перевезено изъ Кисловодска въ Каменецъ-Подольскъ, гдѣ и предано землѣ на мѣстномъ кладбищѣ 31-го іюля. Почти всѣ Каменецъ-Подольскіе врачи присутствовали на его похоронахъ. Надгробныя рѣчи были сказаны д-ромъ *А. І. Левитскимъ* и товарищемъ покойнаго по мѣстной гимназіи товарищемъ прокурора г. Загорскимъ.—Миръ твоему праху, безвременно умершій, дорогой товарищъ! (Сообщено *И. Р. Назингомъ*).—3) Въ Петербургѣ, *Константинъ Романовичъ Недатсъ* («Новое Время», 21 августа), родившійся въ 1835 г., а званіе врача получившій въ 1868 г.—4) 16-го августа, за границей, *Иванъ Христофоровичъ Магавли* («Новое Время», 22 августа), родившійся въ 1831 г., а званіе врача получившій въ 1856 г.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

ТОМОВЫЯ ИЗДАНІЯ.

Нѣмецкіе.

Archiv für Augenheilkunde. Т. XLIX. Кн. 1.

1. **Ammon.** *Ueber Periostitis und Osteomyelitis des Orbitaldaches* (глазничной крышки). 2. **Heine.** *Klinisches und Theoretisches zur Myopiefrage.* 3. **Kampherstein.** *Ueber die Augensymptome der multiplen Sklerose.* 4. **O. Bär.** *Ein Beitrag zur Casuistik der Zündhütchenverletzungen* (поврежденій глаза головками спичекъ). 5. **F. Fraenkel.** *Das Freibleiben eines parapapillaren Netzhautbezirkes bei plötzlichem Verschlusse der Centralarterie.* Случай. 6. **A. Streit.** *Javal-Schiötz'sches Ophthalmometer mit complementär gefärbtem Figurenpaar.*

Кн. 2.

1. **A. Genth.** *Ein weiterer Fall von Ausreissung des Sehnerven mit mehrjähriger Beobachtung.* 2. **Г. Л. Ипрейтъ.** (Либава). *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Thränenorgane.* 3. **W. Altland.** *Casuistischer Beitrag zur Ophthalmoplegia exterior chronica progressiva.* 4. **Gelpke.** *Ueber die definitiven Erfolge der Phakolyse.* 5. **Y. Kuwabara.** *Experimentelle und klinische Beiträge über die Einwirkung von Anilinfarben auf das Auge.* 6. **N. J. Cuperus.** *Ueber die mögliche Heilbarkeit des Nystagmus.* 7. **K. Baas.** *Parese des Rectus externus und Obliquus superior als Folge einer Atropinvergiftung vom Auge aus.*

Кн. 3.

1. **W. Koster Gzn.** *Presbyopie in jugendlichem Alter; astigmatische Accommodation unter dem Einflusse von Eserin.* 2. **J. Nakagawa.** *Ueber Impftuberculose der Cornea.* 3. **Hosch.** *Ophthalmologische Miscellen.* Казуистика. 4. **R. Halben.** *Ein Fall von Irisverglasung bei Buphthalmus und eine Kritik der Weinstein'schen Theorie über die Bildung der Descement'schen Membran.*

Archiv für Kinderheilkunde. Т. XXXVIII. Кн. 1—2.

1. **M. Joseph.** *Ueber Urticaria, Strophulus infantum und Prurigo.* 2. **S. Magni.** *Ueber einige histologische Untersuchungen der normalen Thymusdrüse eines 6-monatlichen und eines reifen Fötus.* 3. **M. Blumenthal.** *Seröse Meningitis und Lumbalpunction.* Случай. 4. **Fürst.** *Zur Frage des Entkeimens der Kindermilch im Hause.* Объ обезпложиваніи молока на дому. 5. **I. Steinhardt.** *Casuistische Mittheilungen.* Случаи: а) саркомы почки у ребенка 3½ л. и б) болѣзни *Winckel'я* (cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum haemoglobinuria). 6. **E. Deutsch.** *Ueber Kinderselbstmorde.* О самоубійствѣ у дѣтей. 7. **L. Mendelsohn.** *Rippenknorpelanomalien* (неправильность реберныхъ хрящей) *und Lungentuberculose.*

Кн. 3—4.

1. **H. Lehndorff.** *Zur Kenntniss des Morbus Barlow Röntgenbefund.* 2. **R. Pollak.** *Ueber einen Fall von Scorbut im Verlaufe von Pertussis mit tödtlichem Ausgang.* 3. **C. Stamm.** *Ueber Pylorusstenose im Säuglingsalter.* 4. **F. Nathan.** *Ueber den Zusammenhang zwischen seröser Pleuritis und Tuberculose im Kindesalter.* 5. **B. Gutmann.** *Ueber Theocin als Diureticum im Kindesalter.* 6. **G. Tugendreich.** *Mittheilung über Urobilinurie im Kindesalter.* 7. **A. Schücking.** *Die Combination von Soolbade-und Stahlkuren bei anämischen scrophulösen Kindern.*

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Зубоврачебный Вѣстникъ. Январь.

1. **М. Ратнеръ.** *Статистическое изслѣдованіе зубовъ у нижнихъ чиновъ полковъ 1-ой бригады 13-ой пѣхотной дивизіи.* 2. **М. Кринскій** (дантистъ). *Упрощенный способъ передѣлки нижне-челюстнаго протеза.* 3. **Б. Авербухъ** (дантистъ). *Случай сверхкомплектнаго зуба.* 4—7. Переводныя статьи.

Февраль.

1. **М. Соголовъ.** *Гальваническій способъ изготовленія зубныхъ пластинокъ.* 2. **Г. Шумковъ, д-ръ.** *3-ье прорѣзываніе зубовъ (dentitio tertia).* 3. *Отчетъ о дѣятельности зубоврачебной школы д-ра мед. И. А. Пашутина въ Петербургѣ за 1902/3 уч. г.* 4. **С. Комодзинская.** *Нѣсколько словъ о зубныхъ коллегіяхъ въ Америкѣ.* 5. **М. Палемъ.** *Отчетъ о дѣятельности зубоврачебнаго кабинета Харьковскаго реальнаго училища за 1903 г.*

Апрѣль.

1. **Дант. М. Кринскій.** *Искусственные зубы безъ пластинки.* 2. **Я. Лебединскій.** *Angina Ludovici.* 3. **Дант. Фроловъ.** *Кое-что о пазиіи во рту больного.* 4. **Н. Вильнинъ.** *Случай аномаліи расположенія зубовъ.* 5. **И. Марголинъ.** *Отчетъ о состояніи зубоврачебной школы врача И. Марголина въ Одессѣ за 1903 г.*

Май.

1. **Д. Шохоръ.** *Кое-что по части зубоврачебной техники.* 2. **Веберъ.** *Отчетъ Екатеринославской зубоврачебной школы врача Р. Ю. Вебера и зубныхъ врачей Г. Ф. Львова и А. И. Шрейдера* (съ 1 января 1903 г. по 1 января 1904 г.). 3. **А. Хрушовъ.** *Примѣненіе синяго свѣта въ зубоврачеваніи.* 4. **И. Гершанскій.** *Зубы у воспитанниковъ Одесскаго коммерческаго училища доктора прикладной математики Х. І. Гохмана.* 5. **Л. Бланкъ.** *Краткій отчетъ о дѣятельности 1-ой Кіевской зубоврачебной школы за 1903 г.* 6. **Г. Чертовъ.** *Зубной врачъ въ роли судебно-медицинскаго эксперта.*

Шведскіе.

Hygiea Январь.

1. **J. Almkvist.** *Om difteri-och pseudodifteribacillens förhållande till Pfeiffers specifika immunitetsreaktion.* 2. **J. A. Andersson.** *Ett fall af myotonia congenita* (мужчина, 21 г.).

Февраль.

1. **C. M. Fürst.** *Några bidrag till knäledens utvecklingshistoria.* Къ исторіи развитія колѣннаго сустава. 2. **E. S. Nylander.** *Bidrag till läran om ärftlig polydaktyli.* О наслѣдственной полидактиліи. 3. **C. E. Waller.** *En studie i perkussion af lungorna.* О постукиваніи легкихъ. 4. **E. Key.** *Ett fall af korioidalsarkom med nekrotisk härd i svulsten.* 4. **A. Alfvén.** *Gonokokkodling på Thalmann-agar.* О выращиваніи гонококковъ на агарѣ *Th.* (Cantralblatt für Bakteriologie, т. 27 и 31).

Мартъ.

1. **O. Gröné.** *Om utvidgning af cervix uteri medelst matalldilatatorium vid förlossningar.* 2 случая примѣненія расширителя *Frommer'а.* 2. **J. Hobnström.** *Om akut central amblyopi.* 8 случаевъ. 3. **O. Dalsjö.** *Tvenne fall* (2 случая *af ductus arteriosus Botalli persistens.* 4. **G. Naumann.** *Å Sahlgrenska sjukhuset under år 1902 utförda 125 laparotomier.*

Апрѣль.

1. **E. Bovin.** *Ett fall af spontan uterusruptur under förlossning; laparotomie; akut ventrikeldilatation; hälsa.* 2. **F. Ask.** *Om Stillings när-Synthetsteori.* О *Stilling'*овой теоріи близорукости. 3. **H. Suber.** *Ett fall af mycosis fungoides.* 4. **C. Sundberg.** *Den parasitära teorien om kräftnybildningarna.* О паразитарной теоріи раковыхъ новообразованій. Обзоръ.

Англійскіе.

Medicine. Январь.

1. **R. S. Dubs.** *A case of septic endocarditis.* 2. **G. Kolischer.** *The mechanic movements in the cystoscopic treatment og kidney and uretheral diseases.* 3. **E. F. Wells.** *The early diagnosis of typhoid fever.* 4. **E. A. Fischkin.** *Pemphigus chronicus.* 5. **S. C. Plummer.** *The pathology and treatment of recent fractures of the patella.* 6. **A. C. Croftan.** *Experimental notes on the treatment of diabetes.* 7. **W. C. Borden.** *Relation of the Medical Department of the United States Army to the Profession.* 8. **A. Abrams.** *The intestinal and stomach reflexes.*

Февраль.

1. **W. Sinkler.** *Presidential address to the National Association for the study of epilepsy and the care and treatment of epileptics.* 2. **J. C. Da Costa.** *The surgical treaiment of epilepsy.* 3. **W. P. Spratling.** *The psychological aspects of epilepsy.* 4. **J. B. Chapin.** *The consideration of the epileptic by the courts.* 5. **W. N. Bullard.** *The care of epileptics in private practice.* 6. **H. M. Weeks.** *Progress of the New Jersey Stace Village for epileptics.* 7. **A. C. Buckley.** *The diagnosis of atypical forms of epilepsy.* 8. **F. S. Pearce and N. Boston.** *The blood in epilepsy* (опыты на животныхъ). 9. **C. Pope.** *Spasmus nutans.*

Мартъ.

1. **J. G. Kiernan.** *Pathophysiology of epilepsy in its therapic relations.* 2. **R. C. Rosenberger.** *The actual and comparative resistance of acid fast bacilli.* 3. **T. L. Coley.** *A case of stricture of the oesophagus, complicated by subdiaphragmatic abscess, loculated (intralobar) empyema, and pululent peritonitis.* 4. **J. Mc Farland.** *Pseudoparasitism caused by the common clothes moth.* Случай личинокъ обыкновенной моли въ калѣ дѣвочки., 6½ л. 5. **H. T. Patrick.** *Remarks on syphilis of the nervous system.* 13 случаевъ. 6. **G. F. Lydston.** *Practical clinical notes on the administration and action of iodo-nucleoid, or organic iodine.* 7. **L. S. Somers.** *The serum treatment of hay-fever* (сѣнной лихорадки). 8. **J. R. Clemens.** *The anterior fontanel.* 9. **A. W. Rogers.** *Graves's disease and its relation to the psychoses.* 10. **R. H. Babcock.** *The prevention of heart disease* (болѣзней сердца).

Итальянскіе.

La Clinica Medica Italiana. Январь.

1. **G. Ascoli.** *Uremia e urinemia.* Понятія эти должно различать. 2. **G. Guyot.** *Di un bacillo del tifo inagglutinabile.* 3. **A. Bruno.** *Considerazioni sopra la sintomatologia nelle trombosi per emboli e per arteriti.* 4. **P. F. Zuccòla.** *Ricerche sperimentali ed osservazioni cliniche sulla genesi e sulla funzione respiratoria vicaria dell'iperglobulia periferica.* 5. **A. Bonfanti.** *Sull'albuminuria alimentare da albume d'uovo.*

Февраль.

1. **I. Bandi.** *Studio clinico-sperimentale sull'eziologia e la patogenesi della febbre gialla* (желтой лихорадки). 2. **U. Gabbi.** *Ricerche sul processo febbrile.* 3. **Tornatola.** *Le variazioni quantitative degli albuminoidi e dell'indice crioscopico del siero di sangue nelle varie fasi dell'accesso febbrile.* 4. **M. Cicala.** *La proteolisi operata dai germi patogenesi e da taluni tessuti nei rapporti col processo febbrile.* 5. **V. Colla.** *Una famiglia di angiospastici (ipertensivi).*

Мартъ.

1. **L. Fornaca.** *Febbri di lunga durata e stafilococcoemia.* 3 случая. 2. **L. Berri.** *Il bacillo di Eberth nel sangue circolante dei tifosi.* 3. **G. Setti.** *Sulla cura del carcinoma col metodo del dottor Jaboulay (iniezioni di chinino).* Итогъ получился отрицательный.

Апрѣль.

1. **M. Ascoli e L. Viganò.** *Sul destino degli albuminoidi del cibo.* 2. **M. Ascoli e A. Bonfante.** *Nuove richerche sull'albuminuria alimentare.* 3. **A. Rossi.** *Sindrome di Weber.* Случай. 4. **V. Pensuti.** *La clinografia nella sua pratica applicazione.* 4. **A. Calvo e G. G. Giglioli.** *Alcune considerazioni et alcune ricerche sulla acidità urinaria.*

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ

Англійскіе.

The Medical Age. 10 января.

1. **A. L. Benedict.** *Gastric cancer.* 2. **E. L. Stevens.** *Acute parenchymatous nephritis.*

25 января.

1. **J. S. Turner.** *Tuberculosis in our public institutions.* 2. **A. W. Calhoun.** *Ocular therapeutics.* 3. **S. G. Dabney.** *Catarrhal laryngitis: tertiary ulceration of the epiglottis.* 4. **J. G. Sherrill.** *Fibroma of the arm.*

10 февраля.

1. **B. H. Brewster.** *The treatment of typhoid fever in children.* Лѣченіе брюшного тифа у дѣтей. 2. **T. M. Hammer.** *The growing importance of the possibility of the dislocation of the human viscera.* 3. **G. P. Edwards.** *Tuberculosis cutis.*

25 февраля.

1. **N. E. Aronstam.** *The jewish dietary laws from a scientific standpoint.* 2. **R. J. Ward.** *A case of exophthalmic goitre.* 3. **H. C. Sanders.** *A report of a case of severe anemia secondary to puerperal sepsis, accompanied with multiple neuritis.*

10 марта.

1. **W. L. Bierring.** *The contracted kidney and its clinical significance.* О сморщиваніи почекъ. 2. **W. Wormley.** *Syphilis in children.* 3. **O. S. Chapman** *The work and worth of the general practitioner.*

25 марта.

1. **R. W. Knox.** *Pathology of lobar pneumonia.* 2. **J. M. Brown.** *The etiology of speech disorders* (разстройства рѣчи). 3. **J. E. Courtney.** *Incipient and acute insane-recoverability and the factors therien.*

10 апрѣля.

1. **C. F. Flanders.** *Pleurisy with effusion, and its treatment.* 2. **J. S. Cain.** *Acute sporadic dysentery.* 3. **N. C. Morse.** *Systemic infection from gonorrhea.*

25 апрѣля.

1. **A. M. Leonard.** *The use and abuse of pessaries.* 2. **S. G. Dabney.** *Rupture of the membrana tympani.* 3. **J. A. Witherspoon.** *Symptome and physical signs of pneumonia.*

Нѣмецкіе.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung. № 1 (1 января).

1. **H. K. W. Schmidt.** *Zur Würdigung der Blut-und Lungenbefunde beim Ertrinkungstod.* Измѣненія крови и легкихъ при утопленіи (опыты на собакахъ; кровь изслѣдовалась кріоскопически). 2. **Knecht.** *Ein Fall von schwerem Herzfehler nach Trauma.* Тяжелый порокъ сердца послѣ траумы. 3. **M. Bloch.** *Ein Fall von subacuter diffuser Erkrankung des Gehirns (Encephalitis subacuta non purulenta) im Gefolge einer angeblichen Uebertragung der «Drüse» des Pferdes auf den Menschen.* 4. **M. Mayer.** *Zur Kasuistik der Verletzungen durch Göpelmaschinen im landwirtschaftlichen Betriebe.*

№ 2 (15 января).

1. **F. Liszt.** *Vorentwurf eines Gesetzes betreffend die Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker und vermindert Zurechnungsfähiger.* (Не окончена). 2. **E. Roth.** *In welcher Weise können die öffentlichen Krankenanstalten für die Feststellung beginnender Tuberkulose nutzbar gemacht werden?* 3. **Pauly.** *Unfall und Diabetes.* 4. **F. Leppmann.** *Zur Kenntniss der sogenannten «harten traumatischen Oedeme».* 5. **L. Eisenstadt.** *Ueber die neueren Vorschläge zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.* 6. **G. L. Mamlock.** *Friedrich der Grosse und die Einführung der Impfung in Berlin.*

№ 3 (1 февраля).

1. **F. Liszt.** (Окончаніе). 2. **Bornträger.** *Kunstdüngerstaub als Ursache von tödtlicher Kehlkopfentzündung.* Пыль отъ искусственнаго удобренія вызвала у земледѣльца, 40 л., смертельный ларингитъ. 3. **E. Joseph.** *Die Ausübung der häuslichen Krankenpflege in der Grossstadt.* 4. **H. Kornfeld.** *Finniges Rindfleisch.* Замѣтка о мясѣ съ финнами.

№ 4 (15 февраля).

1. **Haug.** *Kann eine Okrblutgeschwulst in ursächlichem Zusammenhange mit einer vorangegangenen Schädelverletzung stehen?* Можетъ-ли кровяная опухоль уха состоять въ причинной связи съ предшествовавшимъ поврежденіемъ черепа? (По поводу 1 случая). 2. **Schwechten.** *Massnahmen gegen den Alkoholmissbrauch des niederen Eisenbahnpersonals seitens der preussischhessischen Eisenbahngemeinschaft.* 3. **Pieck.** *Zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauches bei den Eisenbahnbediensteten.* Какъ и предыдущая, эта статья разбираетъ мѣры къ предупрежденію пьянства среди служащихъ на желѣзныхъ дорогахъ. 4. **G. Meyer.** *Ueber die Ausbildung der Eisenbahnbeamten im Samariterdienst.* Обученіе желѣзнодорожныхъ служащихъ подачѣ первой помощи.

№ 5 (1 марта).

1. **G. Flatau.** *Ein Fall von Skoliosis hysterica nach Trauma.* 2. **K. Ruhemann.** *Ueber den Zusammenhang einer tödlich verlaufenen Gesichtsrose mit einer vorangegangenen Fingerverletzung.* Случай смертельной рожи лица послѣ поврежденія пальца. 3. **I. Knotz.** *Bauchstichwunden mit Magen-beziehungsweise Darmverletzung.*

№ 6 (15 марта).

1. **P. Stolper.** *Traumatische Psychose bei latenter Syphilis.* 2. **Reiske.** *Ueber das «harte traumatische Oedem des Handrückens».* 3. **R. Lehmann.** *Zur Kasuistik der Adduktionskontrakturen im Hüftgelenk* (въ тазобедренномъ суставѣ).

№ 7 (1 апрѣля).

1. **P. Fürbringer.** *Fingerverletzung* (поврежденіе пальца) *und akute Miliartuberkulose.* Случай. 2. **M. Herford.** *Ueber die histologischen Veränderungen bei der Kapillar-Bronchitis der Säuglinge.* 3. **W. Wild.** *Ueber Akroparästhesien nach Trauma.* 4. **J. Marcuse.** *Der badische Gesetzentwurf zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.*

Neurologisches Centralblatt. 2 января.

1. **R. Friedlaender** und **Kempner.** *Beitrag zur Kenntniss der hemianopischen Pupillenstarre.* 2. **W. Alter.** *Zur Genese einiger Symptome in katatonen Zuständen.* 3. **F. Sölder.** *Ueber den Corneomandibularreflex.* Полемическая замѣтка. 4. **A. Fuchs.** *Ein Reflex im Gesichte.* 5. **D. J. Mc Carthy.** *Ein neues spinomusculäres Phänomen bei normalen Personen.*

16 января.

1. **F. Hoppe.** *Ein Fall von Psychose in Folge multipler Gehirntumoren.* Случай душевнаго разстройства вслѣдствіе множественныхъ опухолей (ракъ) мозга. 2. **Ransohoff.** *Haulemphysem nach epileptischem Anfall.* 3. **A. Strähuber.** *Bemerkungen zu der Arbeit des Hrn. Bielschowsky: Zur Histologie der multiplen Sklerose.* 4. **M. Bielschowsky.** *Die marklosen Nervenfasern in den Herden der multiplen Sklerose.* Полемическая замѣтка, какъ и № 3.

ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 2 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

Нѣмецкіе.

Deutsche Medizinal-Zeitung. 4 и 7 января.

1. **A. A. Бѣлоголовый.** *Beitrag zur Frage der Grenzen zwischen Rheumatismus und Pyämie.*

11 и 14 января.

1. **E. Springer.** *Zur Chemie neuerer Arzneimittel.* Статья II.

18 и 21 января.

1. **L. Feilchenfeld.** *Ueber Kranksein durch Aelterwerden.* 2. **F. Reche.** *Ueber klinische Beobachtungen mit Agurin.*

25 и 28 января.

1. **Esch.** *Eine experimentelle Erklärung der Aderlasswirkung.* 2. **Nourney.** *Bakterielle Immunität und Tuberkulin.*

1 и 4 февраля.

1. **A. Erlenmeyer** *Zur Behandlung der cerebralen Arteriosklerose im Beginn.*

8 и 11 февраля.

1. **P. Grosser.** *Ueber den Zusammenhang von Lungentuberkulose und Trauma.*

15, 18 и 22 февраля.

1. **Fewson.** *Nierenverletzungen in gerichtsärztlicher Beziehung.* Поврежденія почекъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи.

25 и 29 февраля и 3 марта.

1. **Fr. Lots.** *Das sensible Nervensystem und seine Aufgaben.* (Не окончена).

7 и 10 марта.

1. **Gemmel.** *Einige bemerkenswerte Fälle von Gicht* (подагра). 2. **L. Feilchenfeld.** *Hygienische Bemerkungen zur Ammenfrage.* Къ вопросу о мамкахъ. 3. **G. Schröder.** *Beitrag zur Frage von der Bedeutung der Säuglingsernährung für die Entstehung der chronischen Lungentuberkulose.*

14 и 17 марта.

1. **A. Seelig.** *Ueber traumatische Epilepsie in gerichtsärztlicher Hinsicht.* (Не окончена).

21 и 24 марта.

1. **A. Seelig.** (Окончаніе). 2. **Dinkler.** *Ueber Tabes dorsalis.*

28 и 31 марта.

1. **P. G. Unna.** *Das Rhinophym.* 2. **H. Koeppe.** *Ueber das Gesetz des osmotischen Gleichgewichts im Organismus.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CL. Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-М. Академіи.

О дѣйствіи различныхъ ядовъ на изолированное сердце теплокровныхъ животныхъ.

Н. И. Бочарова.

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ *).

Измѣненіе въ сердечной дѣятельности подъ вліяніемъ различныхъ ядовъ представляется явленіемъ весьма сложнымъ для анализа, такъ какъ оно можетъ зависѣть какъ отъ непосредственнаго дѣйствія яда на сердце и мѣстные и центральные нервные приборы послѣдняго, такъ и отъ дѣйствія его на сосудодвигательные центры, на стѣнки сосудовъ, а равно и отъ цѣлаго ряда отраженныхъ вліяній. Послѣ разрушенія центральной нервной системы анализъ измѣненій въ кровяномъ давленіи и дѣятельности сердца значительно упрощается, но и при такой постановкѣ опыта часто нельзя бываетъ рѣшить вопросъ, принимаетъ-ли участіе въ происшедшемъ нарушеніи кровообращенія само сердце и, если да, то въ какой именно степени, такъ какъ одновременно съ этимъ ядъ можетъ оказывать свое дѣйствіе и на сосуды; тѣмъ болѣе, что разрушеніемъ центральной нервной системы, какъ извѣстно, не достигается полнаго паралича сосудодвигателей. Для упрощенія анализа сложныхъ измѣненій въ дѣятельности сердца и былъ введенъ способъ изолированія, позволяющій изучать дѣйствіе яда непосредственно на сердце, независимо отъ косвенныхъ вліяній.

Способъ изолированія сердца, по понятнымъ причинамъ, былъ раньше разработанъ на хладнокровныхъ животныхъ *Ludwig*'омъ и его учениками, а за послѣднее время получена возможность также легко изолировать сердце и теплокровныхъ животныхъ. Не смотря на большой интересъ, который могъ-бы представить обзоръ всѣхъ существующихъ способовъ изолированія сердца у теплокровныхъ, я ограничусь лишь краткимъ упоминаніемъ о нихъ и подробно остановлюсь на описаніи только того способа, которымъ я пользовался при постановкѣ опытовъ. Не могу не упомянуть, что піонеромъ въ методикѣ изолированія сердца у теплокровныхъ былъ *Newell-Martin* [1]), предложившій свой 1-ый способъ въ 1881 г.

Способы изолированія сердца у теплокровныхъ можно раздѣлить на 2 категоріи. Въ 1-ой сердце остается въ связи съ организмомъ животнаго, но при этомъ исключается вліяніе сосудистой системы, благодаря искусственному кровообращенію, а также и вліяніе нервной системы; при этихъ способахъ жидкость, содержащая кровь и служащая для питанія сердца, обращается въ его полостяхъ [*Newell Martin* [2]), *Martin* и *Applegarth* [3]), *Ludwig* **). *И. П. Павловъ* [6]), *Н. Я. Чистовичъ* [7]), *Chr. Bohr* и *V. Henriques* [8]), *Hering* [9]), *Bock* [10])]. Во 2-ой категоріи вырѣзанное у животнаго сердце продолжаетъ свою дѣятельность, лишь благодаря обращенію питающей его жидкости по вѣнечнымъ сосудамъ; къ послѣдней группѣ относится и способъ, предложенный въ 1895 г. *Langendorff*'омъ [11]).

Langendorff бралъ для опытовъ сердца собакъ, кошекъ и кроликовъ. Наиболѣе подходящими для опытовъ онъ считаетъ сердца кошекъ. У захлороформированнаго и обезкровленнаго черезъ сонную артерію животнаго обнажается сердце и затѣмъ вырѣзывается. Въ аорту ввязывается канюля, черезъ которую сердце и начальная часть аорты освобождаются отъ крови и сгустковъ ея промываніемъ 0,7%-мъ растворомъ поваренной соли; канюля наполняется затѣмъ этимъ-же растворомъ и соединяется съ сложнымъ приборомъ, благодаря которому удается соблюсти постоянство температуры и давленія, подъ которымъ питающая жидкость поступаетъ въ сердце. Въ опытахъ *Langendorff*'а сердце получало дефибринированную кровь того-же вида животнаго, разбавленную физіологическимъ растворомъ (0,7%) поваренной соли. Благодаря постоянному давленію, равняющемуся приблизительно давленію крови въ аортѣ у нормальнаго животнаго, полулунныя заслонки аорты бываютъ закрыты и не допускаютъ крови попадать въ лѣвый желудочекъ, а направляютъ ее въ вѣнечныя артеріи, затѣмъ въ вены и въ правое предсердіе, откуда она изливается въ подставленный сосудъ. Сердечныя сокращенія записывались *Langendorff*'омъ посредствомъ металлическаго крючка, воткнутаго въ верхушку сердца и соединеннаго при помощи особаго прибора съ барабанчикомъ *Marrey*'я.

Дальнѣйшія видоизмѣненія этого способа заключаются въ усовершенствованіи нѣкоторыхъ частей прибора, служащаго для питанія сердца и въ измѣненіи способа записи сердечныхъ сокращеній [*Hedbom* [12]), *Gottlieb* и *Magnus* [13])]. Наиболѣе совершеннымъ является видоизмѣненіе, предложенное послѣдними 2-мя изслѣдователями, при чемъ для болѣе точнаго сужденія объ измѣненіи отдѣльныхъ сокращеній сердца подъ вліяніемъ яда ими была достигнута запись какъ изотоническихъ, такъ и изометрическихъ кривыхъ. Кромѣ указанныхъ видоизмѣненій, нѣкоторые изслѣдователи старались замѣнить дефибринированную кровь какою либо другой жидкостью. *Porter* [14]) заставлялъ сокращаться отдѣльныя части сердца, которыя питалъ кровяной сывороткой и помѣщалъ въ атмосферу чистаго кислорода подъ высокимъ давленіемъ. *Rusch* [15]), примѣняя лаковую кровь, кровяную сыворотку, жидкость *Ringer*'а и др., не могъ добиться, чтобы вырѣзанное сердце, при пропусканіи черезъ вѣнечные сосуды *Ringer*'овской жидкости, сокращалось продолжительное время. Наконецъ въ 1901 г. англичанину *Lock*'у [16]) удалось получить въ теченіи многихъ часовъ правильную сердечную дѣятельность на изолированномъ сердцѣ кролика при пропусканіи черезъ вѣнечные сосуды его жидкости, состоящей изъ неорганическихъ солей съ прибавленіемъ виноградного сахара и содержащей въ растворѣ кислородъ *). Этимъ видоизмѣненнымъ способомъ *Langendorff*'а я и пользовался при своихъ опытахъ. Лишь ради краткости въ дальнѣйшемъ изложеніи я буду называть этотъ способъ *Langendorff-Locke*'а.

Къ числу удобствъ этого способа, при изученіи дѣйствія ядовъ на сердце, относятся: простота какъ въ постановкѣ опытовъ, такъ и въ устройствѣ необходимаго прибора и отсутствіе содержащей кровь жидкости, исключающей возможность образованія хотя-бы мельчайшихъ свертковъ и загрязненія питающей сердце жидкости. При производствѣ опытовъ съ изолированнымъ сердцемъ приходится послѣдовательно пропускать жидкость то съ ядомъ, то безъ него, въ виду чего при продолжительныхъ опытахъ содержащую кровь жидкость необходимо пропускать по нѣсколько разъ, а при этомъ къ жидкости, которая не должна была-бы содержать яда, могутъ примѣшиваться какъ ядъ, такъ и продукты обмѣна. Такое загрязненіе, конечно, не можетъ не отражаться на точности получаемыхъ результатовъ.

Свои опыты я производилъ преимущественно на кроликахъ; кромѣ того, я сдѣлалъ нѣсколько наблюденій и надъ сердцами кошекъ и собакъ. При пропусканіи предложенной *Locke*'омъ жидкости черезъ вѣнечные сосуды сердца собаки или кошки мнѣ не удавалось получить такихъ продолжительныхъ и правильныхъ сокращеній, какія наблюдались у кролика. Кошачьи сердца работали лучше собачьихъ. Мышцы сердца собаки при пропусканіи *Locke*'овской жидкости набухали; на поверхности сердца приходилось наблюдать даже образованіе водянистыхъ пузырей. Всѣ эти явленія указывали на то, что растворъ этотъ, являясь изотоничнымъ для сердца кроликовъ, не вполнѣ пригоденъ для кошекъ и собакъ.

Прежде, чѣмъ вырѣзать сердце, животное, наркотизированное эѳиромъ, обезкровливалось черезъ сонную артерію, и одновременно, взамѣнъ вытекавшей изъ сонной артеріи крови, черезъ яремную вену поступала подогрѣтая до температуры тѣла *Locke*'овская жидкость. Такое промываніе органовъ продолжалось до тѣхъ поръ, пока изъ сонной артеріи не начинала вытекать жидкость, едва окрашенная кровью. Къ концу промыванія кроликъ обык-

*) Предварительное сообщеніе было сдѣлано въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ 21/III 1902 г.

**) Въ способѣ *Ludwig*'а, разработанномъ въ его лабораторіи *Meadi Smith*, покойнымъ *Стольниковымъ* [4]) и *И. П. Павловымъ* [5]), не исключается всецѣло вліяніе центральной нервной системы.

*) Жидкость, примѣненная *Locke*'омъ, сходна съ жидкостью *Ringer*'а и имѣетъ такой составъ: перегнанной воды 1000,0; NaCl 9,0; KCl 0,2, $CaCl_2$ 0,2, $NaHCO_3$ 0,1—0,3 и виноградного сахара 1,0; жидкость-же *Ringer*'а содержитъ на 1000,0 перегнанной воды NaCl 8,0, KCl 0,075, $CaCl_2$ 0,1 $NaHCO_3$ 0,1.

новенно погибалъ, и сердце его слабо билось. Въ это время вскрывалась грудная клѣтка. Сердце вырѣзывалось вмѣстѣ съ большими сосудами. Въ аорту ввязывалась стеклянная канюля такъ, чтобы конецъ ея находился надъ полулунными заслонками. Канюля наполнялась *Locke*'овской жидкостью, при чемъ наблюдали за тѣмъ, чтобы въ ней и въ начальной части дуги аорты не было пузырьковъ воздуха. Приготовленное такимъ образомъ сердце оставалось только соединить съ приборомъ, служащимъ для питанія.

Предварительное промываніе я считалъ необходимымъ въ томъ отношеніи, что, благодаря ему, устранялась возможность образованія тромбовъ и проистекающихъ отсюда неудачъ.

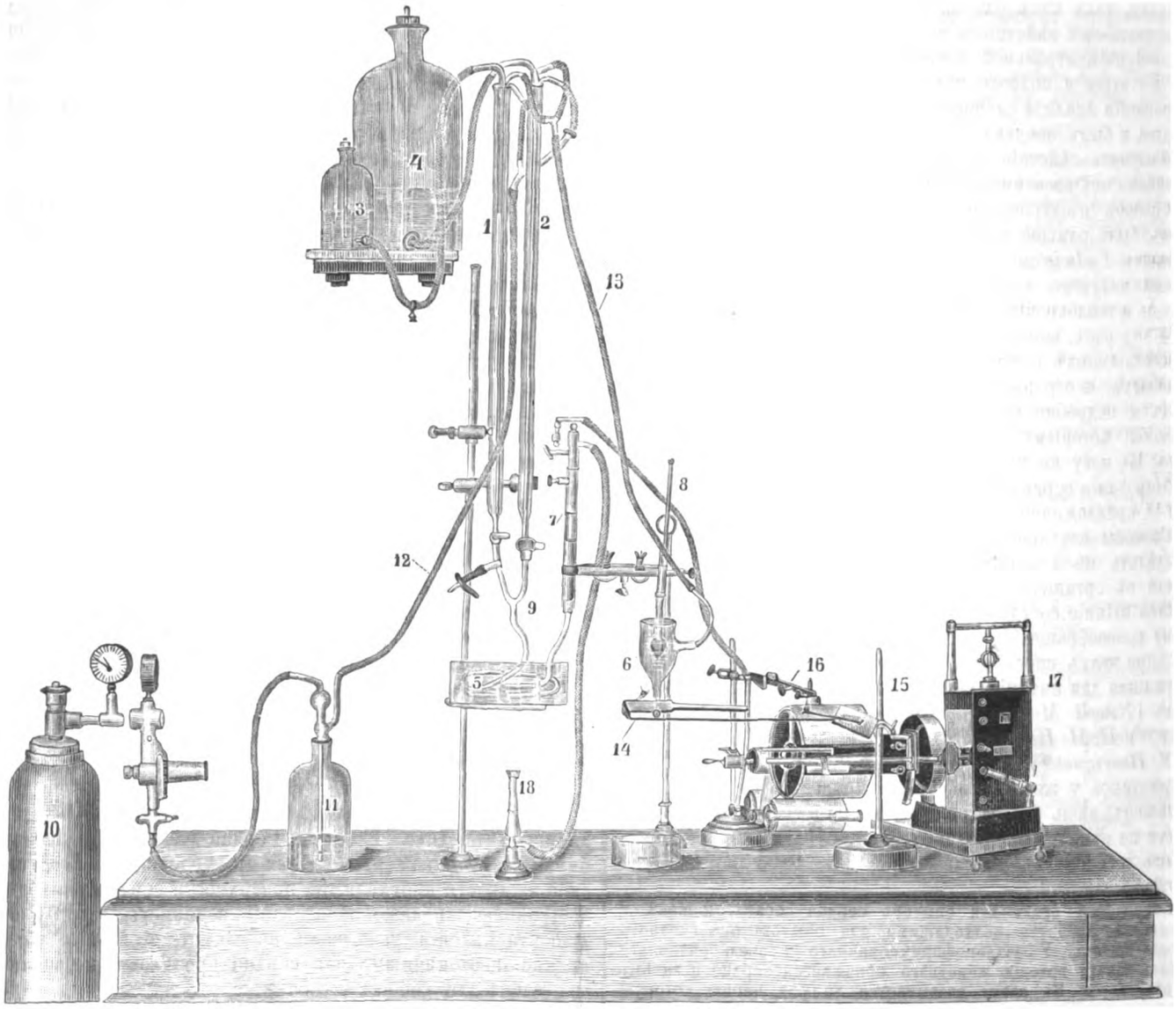
Приборъ, служащій для питанія сердца, какъ видно на рисункѣ, состоитъ изъ 2-хъ укрѣпленныхъ на штативѣ бюретокъ, длиною въ 70 стм., снабженныхъ внизу пришлифованными кранами. Бюретки на верхнемъ концѣ соединены съ 2-мя сосудами, содержащими питающую жидкость, а внизу сообщаются посредствомъ Y-образной трубки съ змѣевикомъ и далѣе съ канюлей, на которой укрѣплено сердце. Змѣевикъ находится въ водяной банѣ, подогрѣваемой при помощи горѣлки *Bunsen*'а до опредѣленной температуры. Температура регулировалась эѳиро-ртутнымъ терморегуляторомъ, введеннымъ на пути движенія питающей жидкости къ сердцу.

чивается сейчасъ подъ резиновой пробкой и вмѣстѣ съ одноименной трубкой 2-ой бюретки проводитъ избытокъ непоглощеннаго жидкостью кислорода къ прибору, въ которомъ помѣщается сердце. Черезъ 3-ье отверстіе проходитъ стеклянная трубка, оканчивающаяся ниже уровня жидкости въ бюреткѣ и соединяющая посредствомъ резиновой трубки одну изъ бюретокъ съ большимъ (приблизительно вмѣстимостью въ 7 литровъ) сосудомъ, а другую съ меньшимъ (вмѣстимостью около 1 литра). Оба сосуда соединены съ бюретками и представляютъ собою *Mariott*'овскіе сосуды. Благодаря имъ, жидкость въ бюреткахъ поддерживается на постоянной высотѣ.

Между бюреткой, предназначенной для отравленной жидкости, и Y-образной трубкой находится ┼-образная трубка, снабженная резиновой трубкой съ зажимомъ и приспособленная для наиболѣе быстрой и удобной замѣны одного яда другимъ.

Для измѣренія температуры, поступающей въ сердце жидкости въ сердечную канюлю вставленъ термометръ. Ради устраненія могущаго быть подсыханія сердце помѣщается въ стеклянномъ сосудѣ. Верхнее отверстіе его закрыто пробкой, черезъ которую и проходитъ сердечная канюля. Черезъ боковую трубку доставляется кислородъ, непоглощенный жидкостью въ бюреткахъ. Черезъ нижнюю трубку стекаетъ жидкость, вытекающая изъ вѣнечныхъ венъ, въ подставленный большой цилиндрическій сосудъ. Влажная атмосфера въ приборѣ съ большимъ содержаніемъ кислорода способствуетъ правильной работѣ сердца.

Такимъ образомъ изъ прибора питающая жидкость, подогрѣтая до опредѣленной температуры, поступаетъ въ начальную часть аорты подъ постояннымъ давленіемъ. Благодаря-же тому, что въ



1 и 2. Бюретки съ нормальной и отравленной жидкостью, гдѣ происходитъ насыщеніе кислородомъ. 3 и 4. Бутыли для поддержанія уровня жидкости въ бюреткахъ. 5. Сосудъ, наполненный водою, въ которомъ помѣщается змѣеобразная стеклянная трубка. 6. Стеклянный сосудъ, въ которомъ помѣщается сердце, вверху закрытъ гуттаперчевой пробкой. 7. Эѳирортутный терморегуляторъ, заключенный въ |—образной стеклянной трубкѣ. 8. Термометръ. 9. Y-образная трубка для соединенія каждой изъ бюретокъ съ змѣевикомъ. 10. Цилиндръ съ сгущеннымъ кислородомъ. 11. Сосудъ для промыванія кислорода. 12. Резиновая трубка, проводящая кислородъ въ бюретки. 13. Резиновая трубка, проводящая избытокъ кислорода изъ бюретокъ къ сосуду съ сердцемъ. 14. Блокъ. 15. Грузовой міографъ *Marrey*'я со стеклянным перомъ. 16. Электромагнитный счетчикъ. 17. Кимографъ. 18. Горѣлка *Bunsen*'а.

Каждая бюретка на своемъ верхнемъ концѣ герметически закрыта резиновой пробкой съ 3-мя отверстіями, черезъ которыя проходятъ 3 стеклянныхъ трубки. Одна, мелкаго калибра, доходитъ почти до дна бюретки и служитъ для насыщенія кислородомъ питающей жидкости. Для того, чтобы пропускать кислородъ, по желанію, въ каждую изъ бюретокъ, на пути движенія кислорода введена вилообразная трубка. Черезъ 2-ое отверстіе въ пробкѣ проходитъ согнутая подъ угломъ трубочка, которая оканодной изъ бюретокъ находится чистая питающая жидкость, а въ другой—содержащая ядъ въ опредѣленной крѣпости, можно въ любой моментъ пропустить черезъ вѣнечные сосуды то не содержащую яда, то отравленную жидкость.

При изложеніи своихъ опытовъ жидкость *Locke*'а безъ яда я буду называть нормальной жидкостью, а содержащую ядъ—отравленной.

Температура питающей жидкости колебалась въ предѣлахъ 0,5°. Если-же колебанія температуры превышали эту цифру, то наносилась помѣтка въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ кривой.

Кривая сердечныхъ сокращеній записывалась стеклянным перомъ чернилами на безконечной движущейся въ горизонтальномъ направленіи бумажной лентѣ кимографа *Baleart*'а. Перо прикрѣплялось къ длинному плечу рычага грузового міографа *Marrey*'я. Короткое плечо рычага соединялось съ платиновымъ крючкомъ, воткнутымъ въ верхушку лѣваго желудочка при помощи нитки, переброшенной черезъ маленькій блокъ. Время въ секундахъ наносилось на кривую электромагнитнымъ счетчикомъ.

Такъ какъ работа мышцы измѣряется произведеніемъ ихъ тяжести на высоту и такъ какъ въ моихъ опытахъ лѣвый желудочекъ долженъ былъ при своемъ сокращеніи поднимать опредѣленную тяжесть (7—12 грм.), то о силѣ сердечныхъ сокращеній можно было судить по увеличенію или уменьшенію высоты мышечной кривой. Запись сердечныхъ сокращеній на безконечной лентѣ имѣетъ преимущество въ томъ отношеніи, что позволяетъ въ теченіи часовъ непрерывно слѣдить за всѣми измѣненіями сердечной дѣятельности, а, кромѣ того, при увеличеніи скорости вращенія барабана—и за измѣненіями самаго характера каждаго отдѣльнаго сокращенія.

Опыты съ дигиталиномъ.

Ни одно средство въ фармакологіи не подвергалось такой всесторонней экспериментальной разработкѣ, какъ дигиталинъ. Согласно большинству изслѣдователей, въ дѣйствіи дигиталина на кровообращеніе въ настоящее время различаютъ 3 періода. 1-ый періодъ—замедленія сердцебіеній и повышенія кровяного давленія, 2-ой—учащенія сердцебіеній, въ которомъ кровяное давленіе можетъ повыситься еще больше и, наконецъ, 3-ій періодъ аритміи и паденія кровяного давленія съ переходомъ въ параличъ сердца.

Хотя изслѣдователи и пришли къ одинаковымъ результатамъ относительно дѣйствія дигиталина на кровообращеніе, но мнѣнія ихъ по выясненію ближайшихъ причинъ наблюдаемыхъ измѣненій въ сердечной дѣятельности и кровяномъ давленіи расходятся. Замедленіе сердцебіеній, по однимъ авторамъ, зависитъ отъ раздраженія задерживающихъ центровъ въ продолговатомъ мозгу [*Traube* [17]), *Klug* [18])], по другимъ,—главнымъ образомъ отъ раздраженія этихъ центровъ, но отчасти и отъ возбужденія задерживающаго прибора самого сердца [*Traube*, *Marmé* [19]), *Ackermann* [20]), *Kaufmann* [21]), *Cushny* [22])]; третьи объясняютъ замедленіе сердечныхъ сокращеній не прямымъ дѣйствіемъ дигиталина на сердце, а косвеннымъ—вслѣдствіе повышенія кровяного давленія [*Meyer* и *Brunton* [23])]; съ такимъ положеніемъ не согласны *Kaufmann* и *Cushny*: въ нѣкоторыхъ случаяхъ они наблюдали замедленіе сердцебіеній и безъ повышенія кровяного давленія. Учащеніе сердцебіеній, наблюдаемое и во 2-мъ періодѣ дѣйствія дигиталина, нѣкоторые объясняли только параличемъ блуждающаго нерва (*Traube*). Не смотря на наличность паралича блуждающаго нерва, подтвержденную *Ackermann*'омъ, *Klug*'омъ, *Kaufmann*'омъ, объясненіе ускореній сердцебіеній однимъ этимъ явленіемъ найдено недостаточнымъ, такъ какъ *Ackermann* получалъ ускореніе сердцебіеній отъ дигиталина послѣ предварительнаго введенія атропина, когда, слѣд., окончанія блуждающаго нерва въ сердцѣ были парализованы. *Klug* приписываетъ ускореніе сердцебіеній возбужденію двигательныхъ узловъ сердца. *Cushny* причиной ускоренія сердцебіеній считаетъ утомленіе задерживающаго прибора сердца и повышеніе возбудимости самой мышцы.

Повышеніе кровяного давленія подъ вліяніемъ дигиталина, согласно большинству авторовъ, отдающихъ преимущество той или другой причинѣ, зависитъ отъ усиленія сердечныхъ сокращеній, отъ возбужденія сосудодвигательнаго центра и съуженія периферическихъ артерій вслѣдствіе непосредственнаго дѣйствія на нихъ дигиталина.

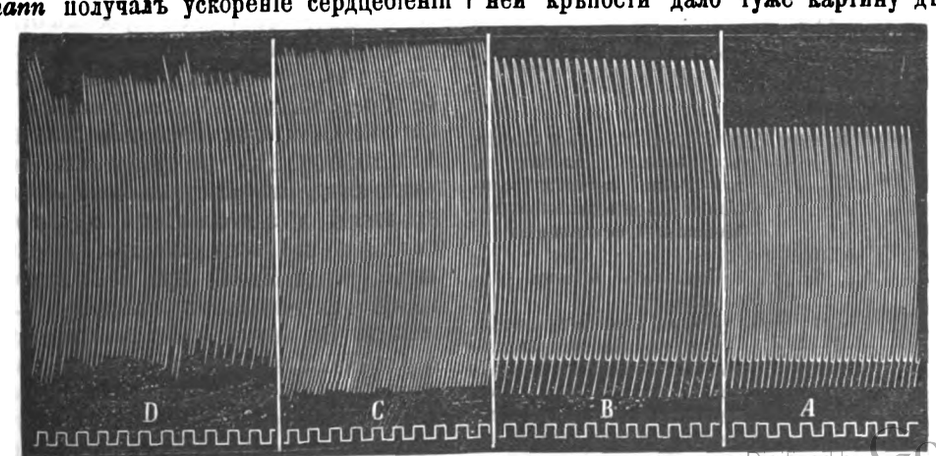
Hedbom [24]), изучая дѣйствіе дигиталина (digitalinum purum amorph. Merck'a) на изолированное по способу *Langendorff*'а сердце кролика въ разведеніяхъ 1:83300; 1:50000; 1:38500; 1:33300; 1:25000, нашелъ, что въ умѣренныхъ дозахъ онъ вызываетъ замедленіе сердцебіеній и увеличеніе амплитуды ихъ; въ дальнѣйшей стадіи дѣйствія наступаетъ ускореніе сердцебіеній, неправильности и, наконецъ, параличъ. Непосредственно вслѣдъ за пропусканіемъ дигиталиновой крови *Hedbom* наблюдалъ иногда явленія болѣе или менѣе кратковременнаго раздраженія съ ускореніемъ сердцебіеній, а вмѣстѣ съ тѣмъ иногда и увеличеніе амплитуды ихъ.

Для своихъ опытовъ я пользовался дигиталиномъ (digitalinum verum) фирмы Boehringer & Söhne. Всѣхъ опытовъ было сдѣлано 5. Примѣнялся дигиталинъ въ разведеніяхъ отъ 1:2.400000 до 1:50000.

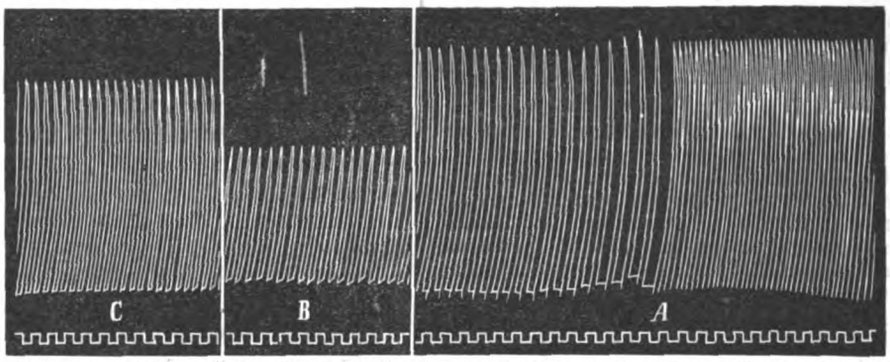
Опытъ 1.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Прим.
4′— 5′	92	30—31	Ритмъ сердцебіеній, равно какъ и амплитуда ихъ съ самого начала опыта держались въ означенныхъ предѣлахъ.
5′— 6′	92	30	
	—	—	Дигиталинъ 1:100000.
6′— 7′	86	37	
7′— 8′	82	39	
8′— 9′	82	40	
9′—10′	82	40	
10′—11′	88	40	
11′—12′	112	40	
12′—13′	152	40—38—41	
17′—18′	190	44	
19′—20′	188	47—44	
23′—24′	168	41—34	
24′—25′	168	34	Нормальная жидкость.
25′—26′	160	34—32	
26′—26′ 20″	152	32—21	
26′ 20″—26′ 40″	78	21—14	
26′ 40″—27′	78	14—11	
42′—43′	82	23	Число сердцебіеній и высота постепенно достигли указанныхъ цифръ.

Спустя 44 минуты новое пропусканіе дигиталина прежней крѣпости дало туже картину дѣйствія съ тою лишь



Кривая 1. Опыты съ дигиталиномъ 1:100000. *A*—норма. *B*—вліяніе дигиталина спустя 4 мин. *C*—спустя 12 мин. *D*—спустя 19 мин. Читать справа на лѣво. Уменьшено на $^1/_3$.



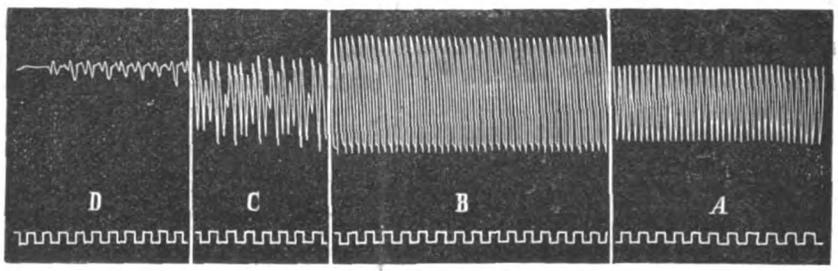
Кривая 2. Послѣ замѣны дигиталиновой жидкости нормальной. *A*—спустя 3 мин. съ рѣзкимъ переходомъ учащенныхъ сердцебіеній въ замедленныя. *B*—спустя 5 мин. *C*—спустя 18 мин. Читать справа на лѣво. Уменьшено на $^1/_3$.

разницей, что высота сердечныхъ сокращеній не достигла того maximum'а, который наблюдался при первомъ пропусканіи, а послѣ замѣны дигиталиновой жидкости нормальной получилось еще большее уменьшеніе высоты сокращенія.

Изъ протокола опыта и вышепомѣщенныхъ кривыхъ (см. кривыя 1 и 2) видно, что дигиталинъ за время своего дѣйствія вызвалъ замедленіе сердцебіеній, перешедшее въ учащеніе. Замедленіе сердцебіеній въ этомъ опытѣ выражено не рѣзко. Высота сердечныхъ сокращеній, замѣтно увеличившаяся во время замедленія сердцебіеній, еще нѣсколько увеличилась въ періодъ ускоренія.

Послѣ пропусканія нормальной жидкости черезъ отравленное дигиталиномъ сердце дѣятельность его въ первое время была сильно ослаблена (кривая 2, B), но затѣмъ высота сердечныхъ сокращеній постепенно наростала и черезъ 18 мин. она приблизилась къ нормѣ (кривая 2, C).

Изъ протокола опыта и кривой (см. кривую 3) видно значительное замедленіе сердцебіеній и увеличеніе высоты сердечныхъ сокращеній отъ дигиталина въ разведеніи 1:100000. При замѣнѣ этой крѣпости болѣе сильной (1:50000) вскорѣ началось учащеніе сердцебіеній, высота же сердечныхъ сокращеній, хотя и оставалась во время учащенія больше нормальной, но была непостоянна: на ряду съ сильными сокращеніями наблюдались и слабыя (иногда даже слабѣе нормальныхъ); далѣе наступила уже сильная аритмія и черезъ 6 мин. сердце остановилось въ состояніи неполной систолы (кривая 3, D). Такое состояніе наблюдалось до тѣхъ поръ, пока по вѣнечнымъ сосудамъ проходила дигиталиновая жидкость, при пропусканіи же жидкости нормальной сердечная мышца разслабилась.



Кривая 3. Опыты съ дигиталиномъ. *A* — норма. *B* — вліяніе дигиталина 1:100000 спустя 10 мин. *C* — вліяніе дигиталина 1:50000 спустя 4 мин. *D*—спустя 6 мин. Читать справа на лѣво.

Опытъ 2.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Прим.
9′—10′	142	9—9,5	
13′—14′	144	9,5	
14′	—	—	Дигиталинъ 1:100000.
14′—15′	132	9,5—11	
15′—16′	120	11—12	
16′—17′	104	12—13	
17′—18′	92	13	
18′—19′	90	13	
19′—20′	88	13—14	
20′—21′	88	14—14,5	
23′—24′	84	14,5	
24′—25′	130	14,5—11	Дигиталинъ 1:50000.
25′—26′	154	11—9—13	
26′—27′	162	9—8	
27′—28′	204	10—9—13	
28′—29′	252	13—4	Сердечныя сокращенія неправильны. На ряду съ сильными имѣются слабыя. Наклонность къ систолическимъ остановкамъ.
29′—30′	228	4 до 0	
30′—31′	0	0	Сердечная мышца укорочена.
31′—32′	0	0	Нормальная жидкость.
48′—49′	68	2—4	Сокращенія неправильны. Не смотря на продолжительное (45 мин.) пропусканіе нормальной жидкости, вернуть сердцу его прежній ритмъ и силу сокращеній не удалось.

Уменьшеніе высоты сокращеній сердца на ряду съ учащеніемъ сердцебіеній можно объяснить начинающимся уже параличемъ самой мышцы. Параличъ сердечной мышцы подъ вліяніемъ дигиталина доказывается тѣмъ, что во время остановки сердца никакія раздраженія—ни механическія, ни электрическія—не въ состояніи были вызвать сокращеній.

Замедленіе сердцебіеній въ 1-ый періодъ дѣйствія дигиталина зависитъ отъ возбужденія задерживающаго прибора. Это доказывается тѣмъ, что, если пропускать черезъ вѣнечные сосуды сердца вмѣстѣ съ дигиталиномъ и атропинъ, то періода замедленія не наблюдается. Учащеніе-же сердцебіеній при дигиталинѣ на изолированномъ сердцѣ можетъ быть объяснено какъ возбужденіемъ экспцитомоторныхъ нервныхъ клѣтокъ сердца, такъ и повышеніемъ возбудимости самой сердечной мышцы. Въ какой степени учащеніе сердцебіеній можетъ зависѣть при этомъ отъ дѣйствія дигиталина на двигательные узлы сердца и на его мышцу,—остается вопросомъ открытымъ.

На основаніи моихъ опытовъ можно признать, что дигиталинъ въ разведеніи 1:2.400000 даже въ теченіи 25 мин. не обнаруживалъ на изолированное сердце никакого вліянія. Впервые онъ проявилъ свое дѣйствіе въ разведеніи 1:1.200000. Дѣйствіе дигиталина во всѣхъ случаяхъ обнаруживалось вначалѣ увеличеніемъ высоты сердечныхъ сокращеній и замедленіемъ сердцебіеній; этотъ періодъ, смотря по крѣпости раствора, переходилъ въ періодъ учащенія сердцебіеній, при чемъ высота сердечныхъ сокращеній или оставалась такою-же, или нѣсколько увеличивалась. За этимъ правильнымъ періодомъ ускоренныхъ сердцебіеній наступалъ періодъ аритміи и, наконецъ, остановка съ укороченіемъ сердечной мышцы.

Такимъ образомъ сердце участвуетъ, вслѣдствіе непосредственнаго дѣйствія на него дигиталина, во всѣхъ измѣненіяхъ кровяного давленія и ритма сердечной дѣятельности, наблюдающихся у теплокровныхъ животныхъ.

Опыты съ строфантиномъ.

Fraser [25]) впервые указалъ, что у теплокровныхъ подъ вліяніемъ строфантина кровяное давленіе повышается. Дальнѣйшими изслѣдованіями установлено, что препараты строфанта, повышая кровяное давленіе, вначалѣ замедляютъ, а затѣмъ учащаютъ сердцебіенія и, наконецъ, вызываютъ аритмію, за которой слѣдуетъ параличъ сердца [*Gley* и *Lapicque* [26]), *Lépine* [27]), проф. *А. Н. Каземъ-Бекъ* [28]), *Ф. Ф. Милѣевъ* [29]), *М. Б. Блюменау* [30]) и *Cushny* [31])]. При большихъ дозахъ строфанта нѣкоторые авторы съ самаго начала получали учащеніе сердцебіеній (*Lépine*, *Gley* и *Lapicque*, *Каземъ-Бекъ*). Кромѣ того, подъ вліяніемъ токсическихъ дозъ проф. *А. Н. Каземъ-Бекъ* и *Gley* и *Lapicque* за учащеніемъ сердцебіеній наблюдали замедленіе ихъ съ нарушеніемъ ритма и остановку.

Langaard и *Bahadhurji* [32]) подъ вліяніемъ малыхъ дозъ иногда видѣли только незначительное замедленіе сердцебіеній. Ясно выраженное земедленіе обнаруживалось только отъ большихъ дозъ. Кровяное давленіе въ первомъ случаѣ не измѣнялось, а во второмъ—либо постепенно падало, либо повышалось незначительно. Значительное повышеніе наблюдалось только въ періодѣ аритміи, незадолго до смерти. *Paschkis* и *Zerner* [33]) никогда не получали замедленія сердцебіеній. Кровяное давленіе отъ малыхъ дозъ незначительно повышалось, отъ среднихъ вначалѣ падало, а затѣмъ повышалось; большія-же дозы вызывали рѣзкое паденіе кровяного давленія.

Замедленіе сердцебіеній у теплокровныхъ *А. Н. Каземъ-Бекъ*, *Ф. Ф. Милѣевъ*, *М. Б. Блюменау* объясняютъ возбужденіемъ центра блуждающихъ нервовъ. Проф. *Каземъ-Бекъ* вторичное замедленіе, наступающее отъ токсическихъ дозъ строфантина послѣ ускоренія, ставитъ въ зависимость отъ непосредственнаго парализующаго дѣйствія его на двигательные узлы и мышцы сердца. Учащеніе сердцебіеній зависитъ, по *Ф. Ф. Милѣеву*, отъ паралича окончаній блуждающаго нерва, а по *М. Б. Блюменау*, кромѣ того, и отъ возбужденія ускоряющаго прибора сердца, обусловленнаго повышеннымъ давленіемъ и дѣйствіемъ самого средства. *Gley* и *Lapicque*, отрицая всякое участіе центральной нервной системы въ измѣненіяхъ сердечной дѣятельности, не рѣшаютъ вопроса, дѣйствуетъ-ли строфантинъ на регуляторный приборъ самого сердца, или на его мышцу.

Повышеніе кровяного давленія проф. *А. Н. Каземъ-Бекъ* объясняетъ главнымъ образомъ дѣйствіемъ строфантина на периферическій нервный приборъ кровеносныхъ сосудовъ, *Ф. Ф. Милѣевъ*—вліяніемъ на сосудодвигательный центръ и на периферическіе сосуды, *М. Б. Блюменау*-же приходитъ къ заключенію, что повышеніе кровяного давленія зависитъ какъ отъ увеличенія работы самого сердца, такъ и отъ дѣйствія строфантина на периферическіе сосуды и на сосудодвигательные центры, главнымъ образомъ спинного мозга.

Bock [34]) получалъ отъ строфантина на изолированномъ по своему способу сердцѣ кролика повышеніе давленія и замедленіе сердцебіеній. *Gottlieb* и *Magnus* [35]), изучавшіе дѣйствіе строфантина на изолированное по способу *Langendorf*'а сердце, указываютъ на увеличеніе силы его отдѣльныхъ сокращеній, а также на увеличеніе упругости сердечной мышцы. Замедленія сердцебіеній отъ строфантина они не замѣчали. Это могло произойти отъ того, что строфантинъ примѣнялся ими въ сравнительно крѣпкомъ растворѣ. Самое малое количество яда, примѣненное ими въ опытахъ, равнялось 0,1 млгрм. на 250 к. стм. жидкости, что составляетъ разведеніе 1:2.500000; въ большинствѣ-же случаевъ они употребляли вдвое болѣе крѣпкій растворъ.

Для своихъ опытовъ я пользовался чистымъ строфантиномъ Merck'а, примѣняя его въ разведеніяхъ отъ 1:100.000000 до 1:1.000000. Привожу здѣсь одинъ изъ опытовъ.

Хотя при пропусканіи неотравленной *Locke*'вской жидкости затѣмъ и появились ритмическія сокращенія, но они были замедлены (84 уд.), слабы (2—4 млм.) и неправильны.

Опытъ 3.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Прим.
7'— 8'	174	8—7	
12'—13'	171	7	
13'—14'	172	7,5—7	
14'	—	—	Строфантинъ 1:5000000.
14'—15'	162	7,5—7	
15'—16'	160	7— 8	
16'—17'	156	8	
17'—18'	156	8 - 9	
18'—19'	148	9—10	
19'—20'	146	10	
20'—21'	144	10—11	
21'—22'	144	11—13	
22'—23'	144	13—13,5	
23'—24'	165	13,5—12	
24'—25'	186	12—4	Высота амплитудъ крайне неодинакова.
25'—26'	172	10—4	
26'—27'	120	5 до 0	
27'—28'	118	6 до 0	
28'—29'	—	—	Остановка при сильномъ укороченіи сердечной мышцы.

Изъ протокола опыта видно, что въ дѣйствіи строфантина на изолированное сердце кролика можно различать тѣже характерныя фазы дѣйствія, какія свойственны дигиталину. Въ 1-ой стадіи получились замедленіе сердцебіеній (съ 174 уд. до 144) и увеличеніе высоты ихъ (съ 7,5 млм. на 13,5). Слѣдующая стадія ускоренія сердцебіенія была весьма непродолжительна; высота сердечныхъ сокращеній въ этомъ періодѣ, оставаясь непродолжительное время такою-же, какъ и въ стадіи замедленія сердцебіеній, вскорѣ начала уменьшаться. Затѣмъ наступила аритмія, во время которой число сердцебіеній упало ниже нормы, и, наконецъ,—остановка сердца. Во время остановки сердечная мышца была укорочена.

Сводная таблица опытовъ съ строфантиномъ.

Разведеніе.	Нормальный періодъ.		Періодъ замедленія.		Періодъ ускоренія.	
	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.
1:100000000	129	24	103	27	—	—
1:100000000	132	20	129	20	—	—
1:100000000	128	20	117	21,5	—	-
1: 50000000	144	18	140	18	—	—
1: 10000000	118	16	102	24	172	23
1: 10000000	136	24	126	29	165	29,5
1: 5000000	172	7,5	144	13,5	186	13,5 (12)
1: 5000000	156	12	138	18	174	17
1: 1000000	142	16	130	20	180	18

Изъ сопоставленія результатовъ опытовъ видно, что строфантинъ уже въ разведеніи 1:100.000000 оказывалъ, хотя и не во всѣхъ случаяхъ, замѣтное дѣйствіе на сердце. Строфантинъ въ такомъ сильномъ разведеніи, не смотря на 25-минутное пропусканіе черезъ сердце, вызвалъ только 1-й періодъ дѣйствія—замедленіе сердцебіеній и увеличеніе высоты ихъ. Отъ болѣе сильныхъ растворовъ за періодомъ замедленія наступалъ періодъ ускоренія сердцебіеній, а въ разведеніи 1:5.000000 строфантинъ вызывалъ остановку сердца уже въ теченіи 15—20 мин.

Высота сердечныхъ сокращеній увеличивалась въ періодѣ замедленія сердцебіеній, съ наступленіемъ-же учащенія она въ большинствѣ случаевъ начинала уменьшаться.

Опыты съ конвалламариномъ.

Конвалламаринъ—глюкозидъ, находящійся въ растеніи Convallaria majalis, относится къ числу сердечныхъ средствъ и дѣйствуетъ на подобіе дигиталина, на что ука-

зывалъ *Marmé* [36]) уже въ 1867 г. Ландышъ съ давнихъ поръ примѣнялся при водянкѣ въ народной медицинѣ и врачами эмпирически при заболѣваніяхъ сердца наравнѣ съ другими сердечными средствами. Со времени-же появленія работъ *Н. Л. Богоявленскаго* и *С. Н. Исаева*, предпринятыхъ по почину покойнаго *С. П. Боткина* въ Россіи, и работы *G. Sée* во Франціи средство это получило научныя основы для примѣненія его въ терапіи. Тѣмъ не менѣе и до настоящаго времени относительно терапевтическаго значенія ландыша существуютъ разногласія не только у клиницистовъ, но и у экспериментаторовъ. Въ то время, какъ одни [*G. Sée* [37]), *С. Н. Исаевъ* [38])], основываясь на клиническихъ данныхъ считаютъ ландышъ сердечнымъ средствомъ, которое можетъ замѣнить дигиталинъ, не обладая его скапливающимъ свойствомъ, другіе [*Jaccoud* [39])], признаютъ его средствомъ ненадежнымъ, третьи [*Hiller* [40]), *Pel* [41]), *Leubuscher* [42])], не придаютъ ему никакого терапевтическаго значенія. Такое-же разногласіе мы находимъ и среди экспериментальныхъ данныхъ относительно дѣйствія ландыша на сердечную дѣятельность и кровообращеніе.

Конвалламаринъ, какъ и другія сердечныя средства, вызываетъ вначалѣ замедленіе сердцебіеній, переходящее въ ускореніе, затѣмъ слѣдуетъ аритмія и параличъ сердца [*Marmé*, *Н. Л. Богоявленскій* [43]), *С. Н. Исаевъ*]. *Leubuscher* получалъ постепенное замедленіе сердцебіеній вплоть до остановки сердца (въ видѣ исключенія, замедленіе смѣнялось ускореніемъ), которое не зависѣло отъ возбужденія центровъ блуждающихъ нервовъ (*Leubuscher*, *Marmé*). *С. Н. Исаевъ* и проф. *И. М. Догель* [44]) замедленіе объясняли дѣйствіемъ на задерживающій приборъ сердца, а ускореніе возбужденіемъ двигательныхъ узловъ. *Н. Л. Богоявленскій* приписывалъ замедленіе сердцебіеній возбужденію центровъ блуждающихъ нервовъ, а ускореніе—параличу задерживающихъ нервовъ сердца.

Кровяное давленіе отъ препаратовъ ландыша или конвалламарина въ періодѣ замедленія не повышается (*Marmé*) или повышается лишь незначительно (*Исаевъ*, *Богоявленскій*), но довольно сильно повышается въ періодѣ ускоренія (*Marmé*, *Исаевъ*, *Богоявленскій*). *Leubuscher* не находилъ повышенія кровяного давленія при конвалламаринѣ. Повышеніе кровяного давленія, по *С. Н. Исаеву*, зависитъ отъ съуженія мелкихъ артерій, при чемъ сосудодвигательные центры въ повышеніи этомъ не играютъ существенной роли. *Н. Л. Богоявленскій*-же говоритъ, что повышеніе давленія въ значительной степени зависитъ отъ съуженія сосудовъ, слѣд., онъ не отрицаетъ и другихъ причинъ, которыя могутъ повысить кровяное давленіе. Съуженіе сосудовъ, по *Н. Л. Богоявленскому*, обусловливается главнымъ образомъ дѣйствіемъ яда на стѣнки ихъ; кромѣ того, онъ не отрицаетъ при этомъ и возбужденія сосудодвигательныхъ центровъ.

Для своихъ опытовъ я употреблялъ convallamarinum purum Merck'a въ разведеніяхъ 1:5.000000—1:100000.

Новое пропусканіе неотравленной жидкости *Locke*'а вызвало въ остановившемся сердцѣ ритмическія сокращенія до 78 ударовъ въ минуту, высота сокращенія равнялась 5—4 мм.

Изъ протокола опыта видно, что конвалламаринъ въ разведеніи 1:1.000000 вызывалъ тѣ же характерныя измѣненія сердечной дѣятельности, какія мы видѣли и при дигиталинѣ. Періодъ замедленія сердечныхъ сокращеній смѣнялся періодомъ учащенія ихъ, а затѣмъ аритміей и остановкой. Высота сокращеній увеличивалась какъ въ періодѣ замедленія, такъ и въ періодѣ ускоренія сердцебіеній; сильнѣе она увеличивалась въ періодѣ ускоренія. Въ одномъ періодѣ этого опыта [подъ знакомъ *)] даже не получилось усиленія сокращеній въ стадіи замедленія сердцебіеній.

Подъ вліяніемъ конвалламарина сердце останавливалось въ состояніи неполной систолы и не отвѣчало ни на какія раздраженія.

Во время остановки сердечная мышца была укорочена и ни на какія раздраженія не отвѣчала. Не смотря на пропусканіе нормальной жидкости, вернуть ритмическую дѣятельность сердцу не удалось. Это можно объяснить тѣмъ, что былъ взятъ крѣпкій растворъ яда и что, кромѣ того, нормальная жидкость пропущена была не такъ скоро послѣ наступленія остановки сердца (спустя 7 мин.).

Опытъ 4.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ мм.	Прим.
4'— 5'	126	18—17,5	
7'— 9'	121	17,5	
11'—12'	128	17—18	
12' 10''	—	—	Конвалламаринъ 1:1000000.
12'—13'	124	17,5	
13'—14'	118	18	
14'—15'	118	17,5—19,5	
15'—16'	118	19,5—21,5	
16'—17'	112	21,5—22	
17'—18'	144	22—25	
18'—19'	176	25—25,5	
19'—20'	192	25—26	
20'—21'	194	27—29	
21'—22'	178	27—23	
22'—23'	174	23—11	
23'—24'	165	22 — 4	
24'—25'	172	4 до 0	
25'—26'	163	4 до 0	
28'	—	—	Нормальная жидкость.
44'—45'	114	14	
45'—46'	112	14,5	Конвалламаринъ 1:1000000.
*46'—47'	104	14—13	
*50'—51'	106	14	
*52'—53'	159	14	
54'—55'	180	20—18	Высота сокращеній неодинакова.
55'—56'	176	18—11	
56'—57'	144	14— 2	Рѣзкое колебаніе высоты сокращеній.
57'—58'	131	6 до 0	
58'—59'	0	0	
59'—60'	0	0	Нормальная жидкость.
1 ч. 0'— 1'	104	6— 7	
» 1'— 2'	98	6	
» 2'— 3'	102	7	
» 3'— 4'	96	7	Въ концѣ минуты конвалламаринъ 1:1000000.
» 4'— 5'	84	7	
» 5'— 6'	78	7— 9	
» 6'— 7'	64	9—10	
» 7'— 8'	94	10—11	
» 8'— 9'	125	12—13	
» 9'—10'	174	13— 5	
» 10'—11'	166	12— 4	
» 14'—15'	145	8 до 0	
» 15'—16'	0	0	Остановка при укороченіи сердечной мышцы.

Опытъ 5.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія мм.	Прим.
6'— 7'	124	16	
9'—10'	126	17—17,5	
10'—11'	126	16—17	
11'	—	—	Конвалламаринъ 1:5000000.
11'—12'	124	17—16	
15'—16'	122	17	
22'—23'	106	17,5—18	
30'—31'	99	18—19	
31'	—	—	Нормальная жидкость.
32'—33'	102	18,5 -17,5	
33'—34'	112	17,5—16	
34'— 35'	121	16	
53'—54'	124	16	
54'—55'	124	16	Конвалламаринъ 1:5000000.
69'—60'	118	17,5—16	
1 ч. 19'—20'	102	18	
» 20'—21'	131	19—21	Конвалламаринъ 1:100000.
» 21'—22'	149	21—25	
» 22'—23'	183	25—23	
» 24'—25'	174	21—18	
» 25'—26'	168	21—12	
» 26'—27'	174	16 до 0	
» 27'—28'	0	0	

Сводная таблица опытовъ съ конвалламариномъ.

Разведеніе.	Нормальный періодъ.		Періодъ замедленія.		Періодъ ускоренія.	
	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.
1:5000000	126	17,5	99	19	—	—
1:5000000	124	16	102	18	—	—
1: 100000	—	—	102	19	183	25
1:1000000	128	18	112	22,5	194	29
1:1000000	104	14	104	14	180	20
1:1000000	102	7	64	9 (10)	174	13
1: 100000	108	18	93	20	183	25
1: 100000	146	15	134	16	192	24

Изъ моихъ опытовъ слѣдуетъ, что конвалламаринъ уже въ разведеніи 1:5.000000 проявлялъ замѣтное дѣйствіе на изолированное сердце кролика. Въ этой крѣпости конвалламаринъ въ теченіи 20—25 мин. вызывалъ лишь замедленіе сердцебіеній и незначительное увеличеніе высоты сердечныхъ сокращеній. Отъ болѣе крѣпкаго раствора 1:1.000000 за періодомъ замедленія сердцебіеній наступалъ періодъ ускоренія, при чемъ наибольшее увеличеніе высоты сокращеній приходилось на періодъ ускоренія. Въ періодъ замедленія сердцебіеній высота сокращеній увеличивалась сравнительно мало.

Сопоставивъ данныя, полученныя отъ дѣйствія изслѣдованныхъ мною сердечныхъ средствъ можно придти къ слѣдующимъ выводамъ. Каждому изъ этихъ ядовъ свойственны всѣ характерные періоды дѣйствія. Сильнѣе всѣхъ дѣйствуетъ строфантинъ, затѣмъ конвалламаринъ и, наконецъ, дигиталинъ. При дигиталинѣ какъ въ періодѣ замедленія, такъ и въ періодѣ учащенія сердцебіеній получается дов. значительное увеличеніе высоты сокращенія сердца; при конвалламаринѣ это замѣчается главнымъ образомъ въ періодѣ ускоренія, а при строфантинѣ въ періодѣ замедленія сердцебіеній. Быть можетъ, это зависитъ отъ неодинаковаго дѣйствія этихъ средствъ на двигательные узлы и на мышцу сердца. Такое различіе въ дѣйствіи этихъ ядовъ на сердце можетъ имѣть большое значеніе для оцѣнки ихъ терапевтическаго примѣненія.

(Продолженіе слѣдуетъ).

CLI. Изъ хирургическаго отдѣленія Маріинской больницы въ Петербургѣ.

О сочетанномъ бромъ-этилъ-хлороформномъ наркозѣ *).

П. П. Лампсакова.

Посвящается памяти проф. *С. П. Коломнина.*

Работа моя представляетъ статистическо-клиническій очеркъ для сравнительнаго изученія опасностей сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза и наркоза хлороформнаго. Однимъ изъ поводовъ къ ней служило желаніе сообщить нѣсколько несчастныхъ случаевъ, происшедшихъ во время сочетаннаго наркоза въ хирургическомъ отдѣленіи Маріинской больницы. Почти навѣрное можно сказать, что число смертныхъ случаевъ вообще отъ всякаго наркоза гораздо больше въ дѣйствительности, чѣмъ ихъ извѣстно по литературнымъ источникамъ. Уже въ цѣляхъ возстановленія истиннаго положенія дѣла нельзя считать излишнимъ каждое описаніе случая смерти отъ наркоза. Кромѣ того, позволительно надѣяться, что подробное изученіе большого казуистическаго матеріала въ будущемъ, можетъ быть, прольетъ хотя нѣкоторый свѣтъ въ темную область идіосинкразіи къ тому или другому анестезирующему средству. Считаю особенно умѣстнымъ сообщить о случаяхъ смерти отъ сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза, потому что большинство авторовъ высказываются о немъ, мнѣ кажется, слишкомъ оптимистически.

Матеріаломъ для работы служили карточки наркозовъ, накопившіяся въ хирургическомъ отдѣленіи Маріинской больницы за 3-лѣтіе съ 10/XI 1895 г.—время примѣненія перваго сочетаннаго наркоза—до 10/XI 1898 г. Починъ примѣненія сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза въ Маріинской больницѣ принадлежитъ проф. *Е. В. Павлову*, который, вскорѣ послѣ своего назначенія директоромъ больницы, выразилъ желаніе, чтобы сочетанный наркозъ примѣнялся въ хирургическомъ отдѣленіи, и лично руководилъ нѣсколькими первыми наркозами. Раньше въ Маріинской больницѣ для наркоза пользовались исключительно хлороформомъ.

Производится сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ такъ. На маску *Schimmelbusch*'а каплями наливаютъ бромъ-этилъ, при чемъ время отъ времени опрашиваютъ больного, не кружится-ли у него голова, не хочется-ли ему спать? Когда больной въ достаточной степени оглушенъ, что̀ проявляется или головокруженіемъ, или сонливостью, или неясными и даже безсмысленными отвѣтами, переходятъ къ хлороформу, подливая его каплями, и такъ продолжаютъ до конца наркоза. Приготовленія къ наркозу состоятъ въ основательномъ очищеніи кишечника касторовымъ масломъ и промывательными наканунѣ и въ воздержаніи отъ пищи и питья въ день операціи.

Такъ какъ за упомянутое 3-лѣтіе огромное большинство наркозовъ были наркозы сочетанные, то, чтобы имѣть для сравненія большее количество хлороформныхъ наркозовъ, я взялъ еще карточки хлороформнаго наркоза съ начала 1895 г., когда онѣ впервые были введены въ практику больницъ. Такимъ образомъ въ моемъ распоряженіи получилось 494 карточки хлороформнаго и 750 карточекъ бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза—цифры, конечно, недостаточныя, чтобы дѣлать особенно смѣлыя заключенія, но и не такія незначительныя, чтобы можно было пренебрегать получившимися изъ нихъ выводами.

Самымъ серьезнымъ показателемъ опасности наркоза, безъ сомнѣнія, слѣдуетъ считать смертность. Въ этомъ отношеніи за 3-лѣтіе съ 1895 г. по 1898 г. Маріинской больницѣ чрезвычайно не посчастливилось: на 494 хлороформныхъ наркоза былъ 1 случай смерти и на 750 сочетанныхъ бромъ-этилъ-хлороформныхъ наркозовъ 3 случая ея—смертность огромная, и можно утѣшать себя лишь надеждой, что она относится не только къ упомянутымъ случаямъ, но и къ значительному числу послѣдующихъ наркозовъ съ благополучнымъ исходомъ. Впрочемъ, какъ это будетъ видно ниже, изъ 4 умершихъ только 2 погибли несомнѣнно отъ наркоза. Привожу исторіи болѣзни.

1. Въ 6 час. веч. 11/IX 1896 г. поступилъ въ больницу Я. Д., 40 л., крестьянинъ, съ явленіями ущемленія правосторонней паховой грыжи, развившимися въ день поступленія. Потаторъ. Средняго сложенія, умѣреннаго питанія. Въ легкихъ вездѣ везикулярное дыханіе. Границы сердца нормальны; тоны его чисты, 1-ый тонъ какъ будто слабоватъ; п. 90, средняго наполненія. Дых. 18. Въ правой $^1/_2$ мошонки опухоль, въ большой кулакъ, идущая отъ выходного отверстія праваго пахового канала, у мѣста котораго прощупывается ущемляющее кольцо. На ощупь опухоль болѣзненна, при постукиваніи даетъ тупой тонъ съ легкимъ барабаннымъ оттѣнкомъ. Повторная рвота; отсутствіе испражненій. Вправленіе грыжи какъ до ванны, такъ и во время ея не удалось. Въ 9 час. 55 мин. приступили къ сочетанному бромъ-этилъ-хлороформному наркозу (д-ръ *Римскій-Корсаковъ*). Больной хорошо дышалъ бромъ-этиломъ и сталъ терять сознаніе, когда было издержано около 8 грм. бромъ-этила. Затѣмъ на маску по каплямъ стали наливать хлороформъ. Въ 9 час. 59 мин. появилось дов. значительное возбужденіе; затѣмъ больной вдругъ пересталъ дышать, когда хлороформа было истрачено всего 7 грм. Пульсъ еще былъ порядочнаго наполненія. Появились капли пота на шеѣ, а чрезъ нѣсколько секундъ синюха и непроизвольное мочеиспусканіе, и пульсъ упалъ. Немедленно по появленіи угрожающихъ припадковъ приступили къ искусственному дыханію, запрокидыванію головы книзу, поднятію кверху ногъ, ритмическому подергиванію языка, фарадизаціи грудобрюшнаго нерва и сердечной области, подкожному впрыскиванію мускуса, обкладыванію больного грѣлками, трахеотоміи, вдыханію кислорода. Всѣ эти мѣры, непрерывно примѣнявшіяся въ теченіи 2 часовъ съ момента прекращенія дыханія, не привели ни къ чему—больной умеръ.

Въ виду отсутствія опредѣленной патолого-анатомической картины отравленія бромъ-этиломъ и хлороформомъ, привожу протоколъ вскрытія цѣликомъ, такъ какъ

*) Сообщено на Собраніи врачей Маріинской больницы 29/XI 1903 г. и въ извлеченіи на 4-мъ Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ въ Петербургѣ 29/XII 1903 г.

описанный случай смерти, несомнѣнно, принадлежитъ наркозу.

Протоколъ вскрытія. Правая паховая грыжа въ 2 кулака величиною. На шеѣ рана въ 8 стм., проникающая черезъ общіе покровы и черезъ перстневидный хрящъ отверстіемъ болѣе 1 стм. въ дыхательное горло. На внутренней поверхности голеней и бедеръ ожога. Кости черепа толсты, diploë уплотнено, мѣстами красноватое. Въ продольной пазухѣ жидкая, темная кровь. Мягкая мозговая оболочка слегка пропитана сывороточной жидкостью. Подъ паутинной небольшое скопленіе слегка мутной жидкости. Въ ямкахъ черепа около 30 грм. сывороточной жидкости. Внутренняя поверхность твердой мозговой оболочки безъ измѣненій. Мягкая оболочка утолщена пропитывающей ее сывороточной жидкостью и легко рвется. Вѣсъ мозга 1350 грм., ткань его тѣстовата, отечна, умѣренно наполнена кровью. Боковыя сплетенія кистовидны. Въ сосудахъ основанія мозга небольшое количество жидкой крови; стѣнки ихъ слегка утолщены, сѣрыя. Въ полости живота 20 грм. красной кровянистой жидкости. Часть тонкихъ кишекъ и брыжейка ихъ съ сальникомъ лежатъ въ грыжѣ. Ткань внутренняго кольца мозолистая, а наружное кольцо образуется тонкой складкой съ острыми краями и отстоитъ отъ внутренняго на палецъ. Сальникъ прирощенъ на широкомъ протяженіи къ дну грыжевого мѣшка. Увеличенныя 2 петли подвздошной кишки образуютъ съ брыжейкой полуоборотъ; часть ихъ покрыта темнокрасной сывороточной оболочкой, мѣстами сѣрой, мозолистой. Остальныя петли, лежащія въ грыжѣ, срощены между собой сѣрой, красноватой, плотной тканью, мѣстами имѣющій видъ звѣздчатыхъ рубцовъ. Брыжейка, соотвѣтствующая всему ущемленному участку, видимо, укорочена; сывороточный покровъ ея утолщенъ, мѣстами мозолистый, съ такими-же звѣздчатыми красными и сѣрокрасными рубцами. Брыжеечныя железы увеличены въ миндалины, сѣрокрасныя, мягкія, мѣстами сѣрыя. Легкія почти не спались, безъ прирощеній; переднія ихъ части эмфизематозны. Жиръ, покрывающій сердце и сердечную оболочку, гиперэмированъ. Въ сердечной сумкѣ 6 грм. сывороточной жидкости. Размѣры сердца in situ: 11,5; 10,9; 8,6; оно покрыто умѣреннымъ количествомъ жира; эпикардій слегка утолщенъ, съ мозолями на желудочкахъ и аортѣ; лѣвый желудочекъ пустъ; въ лѣвомъ предсердіи 20 грм. жидкой, темной крови, въ правомъ тоже 20, въ правомъ предсердіи 50 грм. такой-же крови; полость праваго желудочка и артеріальное устье (conus arteriosi) увеличены; стѣнка до 3 млм., красносѣроватая, дрябловата; заслонки вполнѣ нормальны; заслонки аорты вполнѣ достаточны; полость лѣваго желудочка увеличена, 81 млм. длиною, 45 шириною; стѣнка 12 млм., дрябловатая; мышца красносѣроватая; 2-створчатая заслонка съ незначительными узловатыми утолщеніями по краямъ и вообще утолщена; нѣкоторыя нити ея слегка утолщены во всю длину. Заслонки аорты утолщены, съ бородавками по краямъ задней заслонки: правая и лѣвая срощены на 1/4 ихъ протяженія; въ углу срощенія между ними находится узелокъ, величиною въ 2 перечныхъ зерна; аорта 78, легочная артерія 74; устье вѣнечныхъ артерій широко; во внутренней оболочкѣ правой незначительное желтоватое утолщеніе, болѣе значительное въ лѣвой; вѣсъ сердца 340; въ легочной артеріи жидкая кровь въ большомъ количествѣ. Въ бронхахъ красная, пѣнистая жидкость. Верхняя доля праваго легкаго слегка отечна; средняя безъ отека, мѣстами малокровна; нижняя сильно переполнена кровью, въ значительной степени отечна; въ лѣвомъ легкомъ тоже самое; ткань легкихъ всюду проходима для воздуха. Въ слизистой оболочкѣ пищевода немного красной буроватой жидкости. Слизистая оболочка зѣва гиперэмирована, не утолщена. Миндалины значительно гиперплазированы; надгортанникъ гиперэмированъ. Края трахеотомической раны грязноватыя, красноватыя. Дыхательное горло темнокрасное, покрыто кровянистой слизью. Въ грудной аортѣ сѣрыя атероматозныя бляшки, одна, поверхностная, изъязвлена. Сумка селезенки сѣрая; мякоть ея темнокрасная, легко выскабливается. *Malpighi*'евы тѣла сѣрыя, увеличены; перекладины утолщены; вѣсъ 155. Въ 12-перстной кишкѣ незначительное количество бурой слизи; слизистая оболочка ея бурокрасная. Въ желудкѣ не болѣе 20 грм. буроватой жидкости; слизистая оболочка его тонка, безъ складокъ, безъ кровоизліяній, и только мѣстами сосуды переполнены кровью. Слизистая оболочка тощей кишки сочная, красносиневатая. Слизистая оболочка подвздошной кишки до ущемленнаго мѣста краснобагровая; просвѣтъ кишки нѣсколько расширенъ и содержитъ немного красноватой жидкости. Начиная съ ущемленнаго мѣста, на протяженіи приблизительно въ 25 стм. слизистая оболочка темнокрасная, а остальная часть слизистой оболочки петель, заключающихся въ грыжѣ, безъ измѣненій. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ красноватая. Поджелудочная железа красносѣрая, крайне дряблая. Корка надпочечниковъ желтая. Сумка лѣвой почки снимается легко; въ гладкой мѣстами дольчатой ея поверхности растянутыя звѣздчатыя вены; цвѣтъ почки красносѣроватый. Утолщенная до 13 млм. корка тоже красносѣроватая. Правая почка такая-же. Въ желчномъ пузырѣ 20 грм. бурой желчи. Поверхность печени только у края лѣвой доли слегка неровная; ткань лѣвой доли слегка уплотнена; цвѣтъ въ разрѣзѣ зеленовато-темносѣрый; дольки слабо выражены; въ *Glisson*'овой сумкѣ не замѣтно соединительной ткани; вѣсъ 1950. Внутренняя оболочка брюшной аорты и ея крупныхъ вѣтвей сплошь утолщена, съ отдѣльными склеротическими бляшками. Бедренныя железы сѣрыя, увеличены до миндалинъ; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ развитіе соединительной ткани. Патологическое распознаваніе: умѣренный артеріосклерозъ, ущемленная правосторонняя паховая грыжа; сифилисъ; хроническій эндокардитъ заслонокъ аорты; отравленіе хлороформомъ.

2. Е. И., 37 л., поступилъ въ больницу 23/IX 1896 г. съ жалобами на боли въ области лѣваго тазобедреннаго сочлененія, укороченіе лѣвой ноги и затрудненную ходьбу. Всѣ эти разстройства появились около 4 недѣль назадъ, послѣ паденія съ высоты. Средняго сложенія, плохо упитанъ. Въ легкихъ ослабленное везикулярное дыханіе. 1-ый тонъ у верхушки какъ будто нечистъ, второй вездѣ усиленъ. Пульсъ около 70, дых. 20. Печень и селезенка безъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы. Животъ слегка вздутъ, безболѣзненъ при ощупываніи. Моча уд. в. 1025, безъ бѣлка. Лѣвая нога укорочена, нѣсколько повернута кнаружи. Движенія въ тазобедренномъ сочлененіи ограничены, болѣзненны и сопровождаются движеніями таза. Точное распознаваніе сдѣлать было трудно; предполагался вывихъ бедра или переломъ его шейки. Большой большею частью лихорадилъ, при чемъ объяснить повышеніе температуры представлялось невозможнымъ. За 3 недѣли, которыя прошли до его смерти, никакихъ новыхъ данныхъ получено не было. Упомянутыхъ явленій со стороны сердца иногда не было. Въ день операціи температура была нормальная.

14/X, съ распознавательною цѣлью, а въ случаѣ вывиха и для вправленія, въ 1 часъ 36 мин. дня приступили къ сочетанному наркозу (д-ръ *Котляревскій*). Когда черезъ 2 слишкомъ минуты больной потерялъ сознаніе и пересталъ отвѣчать на вопросы, вмѣсто бромъ-этила стали давать хлороформъ. Въ 1 часъ 42 мин., послѣ израсходованія 5 грм. бромъ-этила и 4 грм. хлороформа, наступилъ спокойный сонъ при глубокомъ ровномъ дыханіи и полномъ ровномъ пульсѣ. Вдругъ, черезъ нѣсколько секундъ послѣ наступленія наркоза, пульсъ больного сталъ быстро падать, вслѣдъ затѣмъ дыханіе его сдѣлалось поверхностнымъ, и послѣдовало непроизвольное испражненіе. Немедленно приступили къ искусственному дыханію, подкожному впрыскиванію мускуса, голова больного была запрокинута книзу, въ операціонной открыли окна. Затѣмъ больному дѣлали фарадизацію сердца и грудобрюшныхъ нервовъ, ритмическое подергиваніе языка, впрыскивали камфарное масло подъ кожу, механически раздражали слизистую оболочку носа и пр. Не смотря на всѣ эти мѣры, непрерывно примѣнявшіяся въ теченіи 2 часовъ, возвратить больного къ жизни не удалось.

Было произведено судебно-медицинское вскрытіе. Къ сожалѣнію, въ книгахъ прозекторской Маріинской больницы протокола этого вскрытія не оказалось.

3. М. З., 17 л., поступилъ въ больницу 8/VII 1898 г. по поводу опухоли въ лѣвой скуловой области развившейся въ теченіи приблизительно 2 лѣтъ. Довольно часто бывали обильныя носовыя кровотеченія. Правильнаго сложенія, умѣреннаго питанія. Лимфатическія железы затылка прощупываются, довольно плотны, величиною съ горошину; въ обоихъ локтевыхъ сгибахъ прощупываются маленькія плотныя железки. Въ легкихъ всюду везикулярное дыханіе и ясный тонъ; границы ихъ подвижны. Тоны сердца чисты, ритмъ правильный, усиленія звуковъ нѣтъ; границы сердца нормальны. Пульсъ правильный, хорошаго наполненія, 80. Животъ умѣренно вздутъ; печень и селезенка не прощупываются. Языкъ чистый, влажный. Моча прозрачная, уд. в. кислой реакціи, безъ осадка, безъ бѣлка. Лѣвая щечная область значительно выдается впередъ и кнаружи. Лѣвое глазное яблоко нѣсколько выпячено. Носогубная складка сглажена; лѣвый уголъ рта опущенъ и немного выдается впередъ. Часть верхней челюсти, составляющая переднюю стѣнку *Highmor*'овой полости, также выдается впередъ. Надъ скуловой дугой видно выпячиваніе въ области височной ямки. Со стороны носовой полости — непроходимость для воздуха лѣваго носового хода. При изслѣдованіи носовымъ зеркаломъ установлено, что лѣвый носовой ходъ выполненъ фибрознымъ полипознымъ образованіемъ. Лѣвая сторона твердаго неба выпячена книзу, мягка. Въ теченіи 2-хъ недѣль, проведенныхъ больнымъ до операціи, общее состояніе его все время было удовлетворительнымъ. Разъ было умѣренное кровотеченіе изъ носа, остановившееся послѣ передней тампонады и примѣненія холода. 22/VII подъ сочетаннымъ бромъ-этилъ-хлороформнымъ наркозомъ (д-ръ *Маршандъ*) больному, для удаленія опухоли, сдѣлано остеопластическое изсѣченіе верхней челюсти. Кровотеченіе все время было умѣреннымъ. Въ концѣ вылущенія опухоли пульсъ сталъ падать, почему наркозъ былъ прекращенъ. Тотчасъ-же впрыснули подъ кожу 3 шприца мускуса и 1 шприцъ эѳира, послѣ чего пульсъ поднялся. Минутъ черезъ 15 появилась рвота проглоченной кровью, непроизвольное мочеиспусканіе, послѣ чего были замѣчены новое паденіе пульса, прекращеніе дыханія, синюха. Немедленно приступили къ оживленію больного. Подъ кожу было впрыснуто 8 шприцовъ эѳира, 1 шприцъ мускуса, окна въ операціонной были открыты, голова больного опущена, тазъ и ноги его приподняты кверху, при чемъ послѣднія, кромѣ того, были забинтованы резиновымъ бинтомъ; въ теченіи 2-хъ часовъ дѣлали искусственное дыханіе и фарадизировали грудобрюшные нервы; подъ кожу вливали солевой растворъ; примѣнялся кислородъ; въ дыхательное горло вставляли зондъ, предполагая насасываніе туда крови; но крови тамъ не оказалось, обертывали больного въ горячія простыни и спрыскивали затѣмъ холодной водой. Не смотря на всѣ эти мѣры, вернуть къ жизни больного не удалось. Для наркоза, продолжавшагося 1 час. 8 мин., было истрачено всего 2 грм. бромъ-этила и 40 грм. хлороформа.

На вскрытіи опухоль оказалась фибромиксосаркомой, которая, проросши основаніе мозга, имѣла значительное распростра-

неніе въ его полости. Кромѣ того, отмѣчено: общее малокровіе, присутствіе кровяныхъ сгустковъ въ гортани и дыхательномъ горлѣ. Никакихъ значительныхъ измѣненій со стороны сердца, легкихъ и другихъ внутреннихъ органовъ не обнаружено.

4. М. В., 52 л., доставленъ въ больницу 23/х 1898 г. съ травматическимъ усѣченіемъ обѣихъ ногъ, въ состояніи шока и остраго малокровія. Наружные покровы блѣдны; конечности холодны; на лбу холодный потъ. Пульсъ въ лучевыхъ артеріяхъ не ощутимъ. Тоны сердца глухи, слабы, часты — около 120. Сознаніе не совсѣмъ ясное. На оба бедра наложены жгуты. Ступня лѣвой ноги вмѣстѣ съ нижней $^1/_3$ лѣвой голени висѣла на кожномъ лоскутѣ, который ихъ соединялъ съ нижней $^1/_3$ лѣваго бедра. Всѣ ткани на этомъ пространствѣ измяты, а кости раздроблены на мелкіе осколки. Правая нога съ верхней $^1/_3$ бедра и до низу превращена въ кашу. Больному немедленно влили подъ кожу 600 к. стм. солевого раствора, послѣ чего у него появился нитевидный пульсъ. Въ 11 час. 40 мин. вечера приступили къ операціи. Сдѣлано усѣченіе лѣваго бедра въ средней $^1/_3$ по круговому способу съ кожнымъ лоскутомъ и праваго бедра въ верхней $^1/_3$ по овальному способу. Для наркоза было дано (д-ръ *Маршандъ*) всего нѣсколько капель хлороформа, около 0,5 грм.; затѣмъ наркозъ былъ прекращенъ въ виду еще большаго упадка дѣятельности сердца, тѣмъ болѣе, что больной совсѣмъ не отвѣчалъ на боль. Подъ наркозомъ вливаніе солевого раствора было повторено, въ количествѣ около 900 к. стм. Въ виду продолжавшагося упадка дѣятельности сердца были примѣнены возбуждающія подъ кожу, горячіе компрессы на голову, грудь и конечности, головной конецъ тѣла опущенъ; но всѣ эти мѣры не привели ни къ чему, и больной скончался на операціонномъ столѣ въ 12 час. 30 мин. вечера. Вскрытія не было.

Такимъ образомъ, какъ это видно изъ приведенныхъ исторій болѣзни, можно съ положительностью утверждать, что больные Д. и И. погибли отъ бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза, потому что ни въ общемъ ихъ состояніи, ни въ поврежденіяхъ, ими полученныхъ, не было ничего, непосредственно угрожавшаго жизни. Конечно, нельзя также рѣшительно высказаться о причинѣ смерти З. Во 1-хъ, операція сама по себѣ могла быть опасной для его жизни, такъ какъ, въ виду обширнаго разростанія опухоли въ полость черепа, удаленіе ея не могло не сопровождаться инсультомъ мозга. Во 2-хъ, на основаніи данныхъ вскрытія можно заподозрѣть, что онъ погибъ отъ малокровія или задохся отъ затекшей въ гортань и дыхательное горло крови. Тѣмъ не менѣе отвергать возможность смерти отъ наркоза и для З., по моему убѣжденію, нельзя. Въ самомъ дѣлѣ: вѣдь, проходятъ-же благополучно операціи, сопровождающіяся еще большими инсультами мозга. Обнаруженіе при вскрытіи крови въ дыхательномъ горлѣ и гортани также неубѣдительно. Сильнаго кровотеченія во время операціи не было, такъ что удаленіе крови съ операціоннаго поля не представляло затрудненій, да и во время попытокъ оживленія больному, между прочимъ, въ дыхательное горло вставляли катетеръ съ цѣлью удаленія крови, и крови тамъ не оказалось. Надо полагать, найденная при вскрытіи въ дыхательномъ горлѣ кровь попала туда уже послѣ смерти больного, въ концѣ мѣропріятій, примѣнявшихся съ цѣлью оживленія. Далѣе, предполагать причиной смерти въ описанныхъ случаяхъ случайную недоброкачественность примѣнявшихся для наркоза препаратовъ бромъ-этила и хлороформа нѣтъ основаній, потому что во всѣхъ случаяхъ препараты были изслѣдованы, и никакихъ подмѣсей въ нихъ не найдено. Хлороформъ былъ фабрики Gotta марки Е. Н., бромъ-этилъ фабрики Merck'a. Возлагать отвѣтственность на врачей, которые наркотизировали больныхъ, также нельзя. По заведенному обычаю, въ хирургическомъ отдѣленіи Маріинской больницы, врачъ, прежде чѣмъ вести наркозъ самостоятельно, обязанъ многократно вести его подъ руководствомъ и наблюденіемъ опытнаго товарища. Да и, наконецъ, какою-бы неопытною рукою ни были налиты на массу 8 или 5 грм. бромъ-этила и столько-же хлороформа, трудно видѣть причину несчастья только въ неопытности врача, разъ мы знаемъ, что, напр., у *Kocher*'a при сочетанномъ бромъ-этилъ-эѳирномъ наркозѣ обычно наливали на маску сразу отъ 15 до 30 грм. бромъ-этила. Напротивъ того, что касается смерти В. (сл. 4), мы не вправѣ считать причиной ея то ничтожное количество хлороформа, которое больной получилъ во время операціи. И безъ того смерть у него могла наступить во всякую минуту, независимо отъ наркоза, вслѣдствіе тяжести полученныхъ поврежденій и угрожающихъ явленій со стороны общаго состоянія.

2-мъ послѣ смертности и также очень важнымъ показателемъ опасности того или другого наркоза слѣдуетъ считать осложненія, которыя наблюдаются во время наркоза. Въ карточкахъ, бывшихъ въ моемъ распоряженіи, изъ осложненій отмѣчались рвота, западеніе языка, асфиксія, паденіе пульса. Я взялъ отдѣльно частоту и качество осложненій для хлороформнаго и сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза. Получившіяся цифровыя отношенія представляются въ слѣдующемъ видѣ. На 494 хлороформныхъ наркоза было 96 случаевъ осложненій, т. е. въ 19,4% общаго числа; изъ нихъ: рвота въ 14,6% (72 раза), западеніе языка въ 3% (15 разъ), асфиксія въ 1,9% (9 разъ) и паденіе пульса въ 3% (15 разъ). На 750 сочетанныхъ наркозовъ осложненія отмѣчены 160 разъ, т. е. въ 21,3% общаго числа. Отдѣльно осложненія даютъ слѣдующія цифры: рвота 122 раза или 16,2%, западеніе языка 31 разъ или 4%, асфиксія 12 разъ или 1,6% и паденіе пульса 11 разъ или 1,4%. Слѣд., общее количество осложненій при сочетанномъ наркозѣ нѣсколько больше. Но, если разсматривать получившіеся результаты подробно, то оказывается, что большая частота осложненій при сочетанномъ наркозѣ обусловливается главнымъ образомъ рвотой и западеніемъ языка. Самыя грозныя явленія при наркозѣ, т. е. асфиксія и паденіе пульса, наоборотъ, встрѣчаются при сочетанномъ наркозѣ рѣже, особенно паденіе пульса— 1,4% противъ 3%.

3-мъ показателемъ опасности наркоза могло-бы быть состояніе больного послѣ наркоза, т. е. различныя разстройства со стороны нервной системы, сердца, дыхательныхъ путей, почекъ, печени. Чѣмъ чаще и серьезнѣе послѣдовательныя явленія, тѣмъ опаснѣе наркозъ. Къ сожалѣнію, въ этомъ отношеніи карточный матеріалъ Маріинской больницы не представляетъ никакихъ данныхъ. Хотя въ карточкахъ и имѣется соотвѣтственная графа, но она заполнялась только въ видѣ чрезвычайно рѣдкаго исключенія, такъ что дѣлать какіе-либо выводы изъ этихъ отмѣтокъ не было возможности. На основаніи личныхъ впечатлѣній, вопреки авторамъ, я не сталъ-бы утверждать, что пробужденіе послѣ сочетаннаго наркоза легче, что самочувствіе больныхъ лучше, что рвота и головная боль бываютъ рѣже. И послѣ хлороформнаго, и послѣ сочетаннаго наркоза одни больные оправляются чрезвычайно быстро, другіе, наоборотъ, долго жалуются на различныя разстройства.

Кромѣ упомянутыхъ условій, т. е. смертности, частоты и качества осложненій какъ во время наркоза, такъ и послѣ, оцѣнивать достоинства наркоза можно еще другими данными, имѣющими, правда, второстепенное значеніе. Авторы, писавшіе о сочетанномъ бромъ-этилъ-хлороформномъ наркозѣ, отмѣчаютъ въ числѣ его преимуществъ скорость наступленія наркоза и меньшее количество хлороформа, потребное для поддержанія наркоза въ опредѣленный промежутокъ времени. Это подтверждается и цифрами, получившимися при сравнительномъ изученіи карточнаго матеріала Маріинской больницы. На 490 случаевъ хлороформнаго наркоза (въ 4 карточкахъ не было соотвѣтствующихъ данныхъ) періодъ анэстезіи наступалъ въ среднемъ черезъ 7,8 мин., тогда какъ при сочетанномъ наркозѣ на 743 случая анэстезія получалась черезъ 5,5 мин. Разница въ практическомъ отношеніи, противъ ожиданія, незначительная, не смотря на то, что въ среднемъ (изъ 361 случая съ отмѣткой о количествѣ истраченнаго бромъ-этила) больные получали 3,9 грм. бромъ-этила. Такая-же незначительная разница получается и относительно количества хлороформа, потребнаго для наркоза въ единицу времени, а именно: при сочетанномъ наркозѣ требуется хлороформа на минуту наркоза 0,58, при чисто хлороформномъ— 0,64 грм.

Подводя итоги всему сказанному, можно отмѣтить слѣдующія преимущества сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза: періодъ анэстезіи наступаетъ скорѣе, количество хлороформа, потребное на единицу времени наркоза, меньше, асфиксія и паденіе пульса встрѣчаются рѣже. Послѣднее преимущество представляется особенно важнымъ. Какъ асфиксія, такъ и паденіе пульса, разумѣется, принадлежатъ къ самымъ грознымъ осложненіямъ наркоза. Меньшій % этихъ явленій при сочетанномъ нар-

козѣ какъ-бы говоритъ въ его пользу. Къ сожалѣнію, описанные смертные случаи заставляютъ очень скептически относиться ко всѣмъ этимъ преимуществамъ, тѣмъ болѣе, что меньшій % асфиксіи и паденія пульса можетъ имѣть и другое толкованіе. Если исходить изъ очень вѣроятнаго положенія, что смертность при сочетанномъ бромъ-этилъ-хлороформномъ наркозѣ больше, чѣмъ при наркозѣ чисто хлороформномъ, то вышеприведенныя цифры будутъ доказывать, что асфиксія и паденіе пульса при сочетанномъ наркозѣ опаснѣе. Какъ будто выходитъ, что при асфиксіи и паденіи пульса мы можемъ надѣяться спасти больного соотвѣтственными мѣрами скорѣе при хлороформномъ наркозѣ, чѣмъ при сочетанномъ.

(Окончаніе слѣдуетъ.)

CLII. Случай весенняго катарра конъюнктивы.

И. И. Казасъ (Брестъ-Литовскъ).

Лѣтомъ 1903 г. во время работы въ глазномъ отрядѣ, посланномъ въ Брестъ-Литовскъ Попечительствомъ о слѣпыхъ, подъ покровительствомъ д-ра *Б. П. Палемпсестова* *), мнѣ пришлось наблюдать случай болѣзни *Saemisch*'а, описаніе котораго я ниже и привожу. Весенній катарръ конъюктивы, какъ обычно неудачно называютъ это заболѣваніе, въ Россіи принадлежитъ къ болѣзнямъ очень рѣдкимъ и, по видимому, часто смѣшивается съ трахомой и фликтенами, что̀ было въ случаяхъ, описанныхъ *А. В. Натансономъ* [1]) и что было и въ моемъ случаѣ: однимъ изъ товарищей, работавшимъ въ томъ-же отрядѣ, болѣзнь была принята за трахому съ фликтенами. Въ виду рѣдкости такихъ случаевъ и возможности смѣшенія болѣзни съ другими формами, я позволю себѣ нѣсколько подробнѣе остановиться на своемъ случаѣ и попутно разберу картину болѣзни, приведя краткія исторіи ея въ наблюдавшихся до сего времени случаяхъ. Въ русской медицинской литературѣ до 1899 г. не было описано ни одного случая болѣзни *Saemisch*'а, и только послѣ предъявленія 2-хъ больныхъ *А. В. Натансономъ* въ Московскомъ офталмологическомъ Кружкѣ стали появляться въ печати сообщенія и другихъ авторовъ; всего до сихъ поръ отмѣчено 24 случая, изъ коихъ 13 значатся лишь въ отчетахъ и только 11 описаны болѣе или менѣе подробно въ спеціальной печати или были предметомъ обсужденія въ Обществахъ. Какъ видно изъ этого числа наблюденій, болѣзнь *Saemisch*'а въ Россіи очень рѣдка; распространена-же она главнымъ образомъ въ Швейцаріи, гдѣ мѣстами весенній катарръ конъюнктивы встрѣчается не рѣже, чѣмъ у насъ трахома; за Швейцаріей идетъ Турція съ Константинополемъ во главѣ, но, говоря вообще, кромѣ нѣсколькихъ излюбленныхъ мѣстъ, и въ Западной Европѣ болѣзнь эта не часта, что̀ видно, напр., изъ слѣдующихъ цифръ: *Schöbe* [5]) въ Прагѣ за 28 лѣтъ своей практики на 22000 больныхъ видѣлъ ея всего 23 случая. Обратившись къ отечественной литературѣ, къ отчетамъ изъ большихъ офталмологическихъ учрежденій и больницъ, найдемъ слѣдующее: по отчетамъ Попечительства о слѣпыхъ за 6 лѣтъ съ 1893 г. по 1898 г. летучими отрядами, лѣчебными заведеніями и пунктами занесено въ списки больныхъ глазами 309897 чел. и среди нихъ ни одного съ болѣзнью *Saemisch*'а [1]) и [9]); въ Петербургской глазной лѣчебницѣ, по *А. В. Натансону* [2]), за 10 лѣтъ на 191000 больныхъ былъ 1 такой случай; въ Крестовоздвиженской Общинѣ сестеръ милосердія за 1887—1891 гг. на слишкомъ 20000 больныхъ—2; проф. *А. А. Крюковъ* [2]) на болѣе 100000 больныхъ видѣлъ всего 3 случая этой болѣзни; *А. К. Зейслеръ*, врачъ глазной лѣчебницы бр. Валудскихъ—1 случай; въ Кіевѣ въ лѣчебницѣ бр. Поповыхъ за 13 лѣтъ, по 1896 г., на болѣе чѣмъ 21000 больныхъ было такихъ 5 случаевъ; проф. *С. С. Головинъ* на Кавказѣ видѣлъ 1 случай; затѣмъ слѣдуетъ группа въ 11 случаевъ, описанныхъ разными авторами (краткія исторіи ихъ приводятся ниже).

Основная черта весенняго катарра конъюнктивы—періодичность его обостреній: начавшись весною или раннимъ лѣтомъ, т. е. въ теплое время года, и тогда-же достигнувъ высшаго развитія, болѣзнь къ осени и зимѣ стихаетъ и даже временно пропадаетъ совсѣмъ съ тѣмъ, чтобы съ наступленіемъ тепла вспыхнуть съ новой силой; потому-то больные и чувствуютъ себя зимой очень хорошо, вполнѣ здоровыми. Такъ дѣло тянется нѣсколько лѣтъ, отъ 4—5 до 10—20 временами; болѣзнь то затихаетъ, то обостряется и заканчивается почти полнымъ выздоровленіемъ: вокругъ роговицы остается только помутнѣніе въ видѣ болѣе или менѣе рѣзко выраженнаго пояска, по виду схожаго съ тѣмъ, что называется «arcus senilis». Проф. *А. А. Крюковъ* обращаетъ вниманіе на возможность остатка рубцовъ на верхнихъ вѣкахъ.

Причина заболѣванія темна, и ничего мало-мальски положительнаго по этому поводу неизвѣстно, чѣмъ, конечно, и объясняется существованіе разнообразныхъ предположеній на этотъ счетъ. Сначала, замѣчая обостренія по веснамъ, обвиняли свѣтовое дѣйствіе лучей солнца; потомъ, не удовлетворившись этимъ, стали винить не свѣтовые, а тепловые лучи солнца, находя, что частота распространенія весенняго катарра конъюнктивы увеличивается по направленію съ сѣвера на югъ. Однако по отношенію къ Россіи такой закономѣрности вывести нельзя, да и по отношенію къ Западной Европѣ положеніе это слишкомъ проблемматично. Кромѣ того, даже и допустивъ вліяніе тепловыхъ лучей, мы все-же далеко не получимъ полнаго разъясненія, ибо, если это и такъ, то невольно возникаетъ вопросъ, почему-же болѣзнь эта у насъ такъ рѣдка? Мѣстъ, залитыхъ теплымъ солнцемъ юга, на громадной территоріи Россіи достаточно, и по этой теоріи случаевъ такого заболѣванія должно-бы было быть очень много, на дѣлѣ-же ихъ очень мало. Да и сказать «тепловое дѣйствіе лучей солнца» не значитъ еще что-либо объяснить. Какъ-же вліяютъ они? Почему въ однихъ случаяхъ они вызываютъ заболѣванія, а въ другихъ нѣтъ? *А. В. Натансонъ* [1]) объясняетъ дѣло иначе и говоритъ, что здѣсь играетъ роль не тепло, а влажность климата, и континентальный климатъ Россіи не благопріятствуетъ развитію болѣзни. Объясненіе, мнѣ кажется, слишкомъ неопредѣленное; да, кромѣ того, далеко не вся Россія имѣетъ климатъ континентальный и, напр., по берегамъ нашихъ морей: Чернаго, Каспійскаго, Балтійскаго, въ Крыму и т. д., болѣзнь *Saemisch*'а по этой теоріи должна-бы встрѣчаться очень часто, чего на самомъ дѣлѣ нѣтъ. Другіе авторы ставили эту болѣзнь въ связь съ «железисто-лимфатической конституціей», съ ринитами; но само собой понятно, что, если-бы подобная зависимость была въ дѣйствительности, то не пришлось-бы описывать единичные случаи, особенно въ нашемъ Юго-Западномъ краѣ, при частотѣ въ немъ различнаго рода ринитовъ, озенъ и т. п. Проводилась связь и съ органами кровообращенія, съ экземой, съ золотухой и малокровіемъ и т. д. Словомъ, относительно этіологіи болѣзни царитъ полнѣйшій хаосъ; каждый авторъ старается придумать свою причину, предлагаетъ свою теорію. Очевидно, въ мѣстностяхъ съ широкимъ распространеніемъ весенняго катарра конъюнктивы имѣются чисто мѣстныя условія, которыя еще не подмѣчены наблюдателями и которыхъ нѣтъ въ другихъ мѣстахъ. Слѣдуетъ отмѣтить еще, что заразительность болѣзни *Saemisch*'а отрицается авторами.

Весенній катарръ конъюнктивы главнымъ и почти исключительнымъ образомъ поражаетъ мальчиковъ и юношей; очень рѣдко онъ наблюдается у взрослыхъ и почти не бываетъ у маленькихъ дѣтей; извѣстенъ всего лишь 1 случай, когда имъ заболѣлъ годовалый ребенокъ [10]). Заболѣваютъ всегда оба глаза. Здѣсь слѣдуетъ отмѣтить нѣкоторую несообразность: съ одной стороны, длительность заболѣванія исчисляется въ 4—5 лѣтъ, а часто въ 10—20 [11]), а, съ другой, указывается, что болѣзнь свойственна юношамъ и мальчикамъ и у взрослыхъ встрѣчается, какъ исключеніе. Всякому ясно, что мальчикъ, а тѣмъ болѣе юноша черезъ 20 и даже 10 лѣтъ будетъ уже взрослымъ. Шаткость воззрѣній на этіологію въ совокупности съ такимъ явнымъ противорѣчіемъ между возрастомъ больныхъ и длительностью болѣзни, кажется, съ достаточной ясностью указы-

*) За любезное разрѣшеніе описать нижеприводимый случай приношу ему глубокую благодарность. *И. К.*

ваетъ на очень малую изученность болѣзни *Saemisch*'а, и потому описаніе каждаго отдѣльнаго случая должно представлять, по моему мнѣнію, извѣстный интересъ.

Переходя къ жалобамъ больныхъ, слѣдуетъ отмѣтить слѣдующее: тяжелый непріятный зудъ въ вѣкахъ, столь сильный, что нельзя удержаться, чтобы не тереть глазъ; затѣмъ часто бываютъ сильно выраженная свѣтобоязнь и слезотеченіе. Гноеотдѣленія, катарра въ истинномъ смыслѣ слова при чистыхъ формахъ болѣзни не наблюдается; конечно, возможно осложненіе конъюнктивитомъ, трахомой; но тогда появленіе гноеотдѣленія слѣдуетъ отнести на счетъ присоединившагося заболѣванія, весеннему-же катарру оно несвойственно.

При объективномъ изслѣдованіи находятъ слѣдующее: конъюнктива вѣкъ въ началѣ болѣзни бываетъ слегка гиперэмирована; съ теченіемъ времени, въ зависимости отъ разростанія и утолщенія покрывающаго слизистую оболочку эпителія, она покрывается синевато-бѣлымъ налетомъ и кажется какъ-будто смазанной снятымъ молокомъ. Далѣе на конъюнктивѣ хряща (tarsi) верхняго вѣка появляются отдѣльные сосочки, разрощенія разнообразной формы и различной величины. Отдѣльныя разрощенія имѣютъ видъ приплюснутаго гриба и сидятъ на низкой ножкѣ, такъ что, если подвести подъ головку тонкій зондъ, то можно слегда приподнять ее, что̀ и отличаетъ ихъ отъ трахомы. Сосочки часто высыпаютъ въ большомъ числѣ, непосредственно прилегая другъ къ другу. Общій видъ слизистой оболочки тогда напоминаетъ собой улицу, плохо мощенную булыжникомъ. Въ противоположность трахомѣ сосочки обычно тверды, какъ хрящъ. Такая типичная картина мостовой занимаетъ конъюнктиву хряща верхнихъ вѣкъ, при чемъ конъюнктива нижняго вѣка или слегка гиперэмирована, или совершенно здорова. Верхнія вѣки часто бываютъ слегка опущены, и глаза вслѣдствіе того кажутся сонными. Вокругъ limbus'а появляется или ограниченная, или на всемъ протяженіи перикорнеальная инъекція, въ самомъ-же limbus'ѣ развиваются желтоватые или сѣровато-красные узлы, окружающіе роговицу какъ-бы коллоиднымъ валомъ. Величина отдѣльныхъ узелковъ различна—отъ мелкаго просяного зерна и значительно больше. По первому впечатлѣнію узлы своимъ видомъ напоминаютъ фликтену, но, въ противоположность имъ, никогда не изъязвляются. Располагаются они или въ плоскости глазной щели, или окружаютъ limbus болѣе или менѣе распространяющимся вѣнцомъ отдѣльныхъ возвышеній, какъ-бы слитыхъ въ одинъ валъ и иногда заходящихъ и на роговицу. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ на роговой оболочкѣ, кромѣ этихъ вялыхъ, студенистыхъ разрощеній, имѣется еще и помутнѣніе, напоминающее своимъ видомъ arcus senilis, при чемъ кажется, будто бѣлочная оболочка надвигается на роговую: это—слѣдъ прежде бывшихъ и оставившихъ помутнѣніе возвышеній. Впрочемъ, узлы не всегда оставляютъ такой слѣдъ; чаще они исчезаютъ безслѣдно. Слѣдуетъ замѣтить, что картина болѣзни, подобная вышеуказанной, цѣликомъ можетъ и не быть на лицо и возможно отсутствіе того или другого основного признака, а ихъ, какъ было сказано, 2: видъ мостовой на конъюнктивѣ хряща, покрытой налетомъ цвѣта снятого молока, и фликтеноподобныя перикорнеальныя разрощенія. Такъ, напр., въ числѣ до сихъ поръ описанныхъ 24 случаяхъ имѣется типичныхъ всего 6, въ остальныхъ-же 18 была лишь картина мостовой.

Что касается патолого-анатомической картины болѣзни, то она сводится въ главныхъ чертахъ къ разростанію въ нѣсколько рядовъ эпителія и подлежащей соединительной ткани съ клѣточковою инфильтраціей, при чемъ въ однихъ случаяхъ преобладаетъ разростаніе соединительной ткани, въ другихъ—эпителія, отъ разростанія котораго и зависитъ налетъ «снятого молока». Въ зависимости отъ такой двойственности гистологическаго строенія объясняется и существованіе 2-хъ школъ окулистовъ, изъ которыхъ одна видитъ центръ тяжести процесса въ разростаніи эпителія, другая—соединительной ткани.

Позволю себѣ привести нѣкоторыя частности анатомическаго процесса. Эпителіальный покровъ конъюнктивы хряща состоитъ изъ толстаго многослойнаго эпителія, то цилиндрическаго, то кубическаго въ зависимости отъ глубины слоя и механическихъ условій; отдѣльныя клѣтки его—со слизистымъ, стекловиднымъ перерожденіемъ. Въ глубь онъ отдаетъ отростки, проникающіе, на подобіе раковыхъ узловъ, въ подлежащую фиброзную соединительную ткань. Эта послѣдняя бѣдна клѣточковыми элементами [12]) и изобилуетъ сосудами, стѣнки которыхъ стекловидно перерождены. Разрощенія вокругъ limbus'а имѣютъ почти такое-же строеніе. Многослойный эпителій здѣсь гораздо тоньше, а подлежащій слой фиброзной соединительной ткани изобилуетъ клѣтками и сосудами, также съ явленіями стекловиднаго перерожденія.

На основаніи всего сказаннаго распознаваніе не трудно; нѣкоторыя затрудненія могутъ вызвать перикорнеальныя разрощенія, которыя можно смѣшать съ фликтенами. Отличительными признаками будутъ: студенистый видъ, равномѣрность инъекціи глаза, отсутствіе изъязвленій и, сравнительно съ клинической картиной, незначительность раздраженія глазъ и жалобъ; кромѣ того, при весеннемъ катаррѣ весь процессъ производитъ впечатлѣніе вялаго. Далѣе, въ случаяхъ, когда фликтены окружаютъ роговицу, то всегда бываютъ фликтены просовидныя въ видѣ мелкихъ, едва замѣтныхъ песчинокъ; при одиночныхъ фликтенахъ типичный пучекъ сосудовъ выдаетъ себя, и процессъ производитъ впечатлѣніе страданія остраго; при болѣзни-же *Saemisch*'а, какъ уже упоминалось, глазъ сравнительно покоенъ, и процессъ вялъ; слѣдуетъ еще добавить, что изъязвленія бугорковъ, какъ при фликтенахъ, не бываетъ. Картина мостовой, типичныя жалобы больного на указанную періодичность обостреній, длительность заболѣванія дополняютъ распознаваніе, чему помогаетъ еще безрезультатность средствъ (вообще, а въ частности употребляемыхъ при фликтенахъ, какъ желтая мазь и т. п.). Короче говоря, стоитъ только имѣть въ памяти возможность встрѣтить весенній катарръ, чтобы не пропустить его; мнѣ кажется, что про него часто забываютъ, а потому просматриваютъ.

Для лѣченія былъ предложенъ цѣлый рядъ всевозможныхъ средствъ, съ одинаково отрицательнымъ результатомъ. Установлено одно, что при лѣченіи необходимо избѣгать всякихъ раздражающихъ средствъ: ни желтая мазь, ни мѣдный купоросъ (cuprum sulfuricum) здѣсь не переносятся. Такимъ образомъ приходится ограничиваться припадочнымъ лѣченіемъ—ослабить зудъ, свѣтобоязнь и т. д. Противъ зуда особенно совѣтуютъ употреблять разведенную уксусную кислоту въ видѣ капель (по слѣдующей прописи: разведенной уксусной кислоты 1 капля, перегнанной воды 10,0—20,0. По 2 капли 2—3 раза въ день), впусканіе капель 20%-го раствора кокаина, борную кислоту и т. д. Даже оперативное лѣченіе—вырѣзываніе разросшихся сосочковъ—не всегда даетъ положительный результатъ.

Перехожу къ краткому описанію отдѣльныхъ наблюденій.

1. *Случай А. В. Натансона* [1]). Гимназистъ, 15 л., уроженецъ средняго Поволжья. Цвѣтущій юноша. Лѣчился съ августа 1897 г. по лѣтніе каникулы 1898 г. Боленъ 2½ года. Болѣзнь лѣтомъ рѣзче, совершенно-же не исчезала. V=0,6 и 0,7. Классическій примѣръ мостовой, желтовато-краснаго цвѣта, на ножкахъ, но безъ молочнаго налета. Конъюнктивально-рѣсничная инъекція. Лѣченіе безъ успѣха сулемой (1:8000) и іодомъ по проф. *Е. А. Незнамову*.

2. *Случай его-же*. 28/IX 1899 г. въ Московскомъ офталмологическомъ Кружкѣ показанъ мальчикъ, 9 л., изъ еврейской купеческой семьи, родившійся въ Москвѣ, нѣжный, малокровный. Хроническій ринитъ и экзема носового входа. Заболѣлъ въ апрѣлѣ 1897 г., когда былъ въ Польшѣ. Читать не можетъ; свѣтобоязнь и зудъ очень сильные. Часто третъ глаза. Небольшой подострый катарръ. Мостовая мѣстами группами; въ правомъ 4, а въ лѣвомъ 14 сосочковъ блѣдно-воскового цвѣта. Конъюнктива глазныхъ яблокъ сильно гиперэмирована. V=0.9. Лѣченіе: уксусныя капли и массажъ съ мазью изъ 1% уксусно-кислаго свинца. У обоихъ больныхъ раньше была опредѣлена трахома. 26/X 1899 г. мальчикъ началъ читать и писать, разрощенія на правомъ глазу почти исчезли, на лѣвомъ сильно уменьшились.

3. *Случай его-же* [2]). 26/X 1899 г. въ Московскомъ офталмологическомъ Кружкѣ показанъ больной, 23 л., съ хроническимъ ринитомъ и пакетомъ железъ по краю нижней челюсти справа. Боленъ 5 лѣтъ. Мостовидныя разрощенія лишь на нижнемъ отдѣлѣ конъюнктивы хряща, не рѣзко выраженныя, приплюснутыя, съ тонкими ножками; выше ихъ по 1 возвышенію молочно-студенистаго вида. Лѣтомъ сильный зудъ, слезотеченіе, свѣтобоязнь. Въ теченіи слѣдующихъ 4-хъ лѣтъ по лѣтамъ бывали обостренія. Весною присоединялся зудъ, сильная инъекція глазъ и на limbus'ѣ выступало по нѣсколько мелкихъ инфильтратовъ, которые съ холодомъ исчезали.

4. *Т. И. Федоровъ* [2]) заявилъ въ Московскомъ офталмологическомъ Кружкѣ 30/XI 1899 г., что онъ весною видѣлъ мальчика, 12 л., изъ Рязани, больного уже 4 года. Питаніе его было по-

рядочное; подчелюстныя, миндалевидныя и шейныя железы были увеличены. Конъюнктива хряща была покрыта по краю послѣдняго мелкими и частыми сосочками; болѣе крупные находились по серединѣ. Мелкіе походили на трахому, но не были ни рыхлы, ни сочны, были сплющены и имѣли неправильную форму. Конъюнктива нижнихъ вѣкъ была плотна, утолщена, гиперэмирована и мутна. Были рѣзь и жженіе. Сосочки имѣли хрящевую плотность и не захватывались трахомнымъ пинцетомъ. Лѣченіе обычное и массажемъ осталось безъ результата. Съ осени больной сталъ чувствовать себя хорошо.

5 и 6. *А. В. Натансонъ* [4]) 27/xi 1901 г. показалъ въ Московскомъ офталмологическомъ Кружкѣ 2-хъ больныхъ дѣтей, 5½ (съ Кавказа) и 7 л., изъ которыхъ у 1-го болѣзнь протекаетъ уже 2 года, а у 2-го 3, въ видѣ множественныхъ инфильтратовъ вокругъ роговицы безъ мостовой.

7. *Случай Т. И. Өедорова* [5]). Ученикъ городского училища, 12 л., обратился къ автору въ маѣ 1901 г. Боленъ съ весны 1900 г. Питаніе достаточное. Шейныя и подчелюстныя железы увеличены. Хроническій ринитъ. Вокругъ роговицы широкій валъ, который заходитъ и на нее; основаніе его умѣренно гиперэмировано. Конъюнктива нижнихъ вѣкъ переполнена кровью, слегка матовая и нѣсколько утолщена; конъюнктива верхнихъ вѣкъ гиперэмирована больше и тоже матовая. На хрящѣ небольшія плоскія возвышенія. Дно нормальное. V=1,0. Лѣченіе: капли изъ 2%-го раствора кокаина. 2/ix: Бугры на лѣвомъ глазу исчезли, на правомъ стали меньше и съ перерывами. 16/ix: Вокругъ роговицы бугровъ нѣтъ. По краю роговицы узкая полоса помутнѣнія. На конъюнктивѣ хряща ясно видны небольшія возвышенія, а на правомъ глазу они образуютъ группу сосочковъ значительной величины. Самочувствіе хорошее.

8. *Случай В. А. Даишлайскаго* [6]). Мальчикъ, 7 л., худой, блѣдный, съ увеличенными миндалевидными и подчелюстными железами. Боленъ 2-ой годъ. Болѣетъ съ весны по осень. Свѣтобоязнь, миганіе, краснота глазъ и слезотеченіе съ зудомъ. Нижнія вѣки гиперэмированы. Конъюнктива верхнихъ синевато-сѣрая, прозрачная, покрыта тонкимъ слоемъ налета какъ-бы изъ снятого молока; поверхность ея шероховата, изборождена множествомъ мелкихъ многоугольныхъ клѣтокъ. Перикорнеальная и конъюнктивальная инъекція блѣдно-розоваго цвѣта. Блѣдно-розовый валикъ по всему limbus'у изъ вплотную расположенныхъ возвышеній съ переходомъ на роговицу. Узелки въ мелкое просяное зерно. (Наблюденіе изъ летучаго отряда, лѣтомъ 1902 г., въ Самарской губ.).

9. *Случай Г. Л. Ишрейта* [7]). Купецъ, 20 л., еврей, боленъ 3 года. Весною чувствуетъ тяжесть вѣкъ. Слизистая оболочка верхнихъ вѣкъ имѣетъ видъ мостовой, частью красновата, частью молочно-синяя, хрящеобразно тверда. Слизистая оболочка нижнихъ вѣкъ гиперэмирована; на конъюнктивѣ яблока не рѣзкая инъекція. Лѣкарственное лѣченіе безъ успѣха. Большія разрощенія удалены ножницами. Пользованъ съ 27/iv 1902 г.; улучшеніе послѣдовало въ августѣ.

10. *Случай Г. В. Епинатьева* [8]). Армянинъ, 25 л., болѣетъ 8 лѣтъ съ апрѣля по сентябрь, а послѣдніе 3 года и зимой: ощущеніе инороднаго тѣла въ глазу, свѣтобоязнь и слипаніе вѣкъ по утрамъ. 10/v 1901 г.: Невыносимый зудъ, свѣтобоязнь, головная боль, утреннее слипаніе вѣкъ, значительное гноеотдѣленіе. Конъюнктива хряща усѣяна сплющенными, широкими, неодинаковой величины сосочками, съ молочно-синеватымъ налетомъ. На правомъ глазу глубокая перикорнеальная инъекція; на limbus'ѣ снаружи бѣловатый узелокъ; снаружи пучекъ конъюнктивальныхъ сосудовъ. Осложненіе конъюнктивитомъ, скоро исчезнувшимъ подъ вліяніемъ смазываній 1%-мъ растворомъ адскаго камня. До 20/x состояніе оставалось безъ перемѣнъ. 20/x: На limbus'ѣ узловъ нѣтъ. Всѣ явленія тише. 15/v 1902 г.: Возвратъ, но безъ узелковъ.

11. *Случай его-же.* Армянинъ, 29 л., боленъ 6 лѣтъ. 30/iv 1901 г.: Зудъ и свѣтобоязнь. Мостовая. Гиперэмія конъюнктивы вѣкъ и яблока. Въ сентябрѣ здоровъ. 15/i 1902 г.: Отъ сосочковъ остался лишь рисунокъ. 6/ш 1902 г.: Возвратъ.

Такимъ образомъ случаевъ съ перикорнеальными разрощеніями пока сообщено 6 (сл. 3, 5, 6, 7, 8 и 10).

Перехожу къ изложенію своего случая.

Л. Ф., 11 л., привезенъ лѣчиться (29/v) изъ Каменецъ-Литовска. Изъ бѣдной еврейской семьи. По заявленію матери, заболѣлъ еще въ прошломъ году, около Пасхи, проболѣлъ все лѣто, а къ осени стало лучше, зимою-же былъ совершенно здоровъ. Съ конца апрѣля заболѣлъ вновь, часто третъ глаза и избѣгаетъ освѣщенныхъ мѣстъ. Гноя нѣтъ; глаза по утрамъ не слипаются; слезы не идетъ. Небольшого роста, худой, съ блѣдно-землистымъ цвѣтомъ лица, съ увеличенными шейными железами, съ хроническимъ ринитомъ. Верхнія вѣки слегка опущены, отчего лицо кажется соннымъ; взглядъ тусклый. V. O. D.=15/x H=1,0 D. V. O. S.=15/xv H=1,0 D. Дно нормальное. Слизистая оболочка нижнихъ вѣкъ слегка гиперэмирована, гладка, прозрачна, безъ всякой зернистости. На вывернутыхъ верхнихъ вѣкахъ въ углахъ и на конъюнктивѣ хряща, по краю вѣка, разбросано немного мелкихъ, прозрачныхъ, розоваго цвѣта, поверхностныхъ зернышекъ, по характеру своему соотвѣтствующихъ простому фолликулезу; въ углахъ ихъ больше. Конъюнктива хряща праваго глаза блѣдно-розовая, съ желтоватымъ блеклымъ восковымъ оттѣнкомъ; на ней 4 дов. большихъ совершенно плоскихъ сосочка, похожихъ на кубики торцовой мостовой. На лѣвомъ глазу эти явленія выражены рѣзче, хотя и здѣсь, строго говоря, нѣтъ разросшихся сосочковъ, но по всей конъюнктивѣ хряща расположены плоскія, низкія возвышенія многогранной формы, видомъ напоминающія торцовую мостовую; цвѣтъ ея, какъ и правой, блѣдно-розовый съ тѣми-же оттѣнками. И здѣсь та же картина фолликулеза. Вокругъ всего limbus'а праваго глаза—широкій, студенистый валикъ, заходящій на 1,5—2 мм. на роговицу, розовато-желтовато-сѣраго цвѣта, состоящій изъ отдѣльныхъ слившихся возвышеній, съ просяное зерно и больше. Эпителій на немъ вездѣ цѣлъ. Справа и снизу валикъ значительно толще. Вокругъ лѣвой роговицы таже картина, только валикъ въ нижней части очень высокъ и широкъ. Перикорнеальная инъекція выражена слабо. Къ валику въ разныхъ мѣстахъ подходятъ тонкіе сосуды въ незначительномъ числѣ. На роговицѣ по кругу ея, примыкая къ валику, дымкообразное помутнѣніе въ родѣ arcus senilis,—вѣроятно, слѣдъ прошлогодняго процесса. Выдѣляемаго и налета вида снятого молока нѣтъ. На основаніи небольшого числа зеренъ однимъ изъ товарищей, присутствовавшихъ при пріемѣ больныхъ, была распознана трахома съ фликтенами; но онъ тотчасъ-же согласился со мною въ опредѣленіи истиннаго характера заболѣванія. Больному были назначены уксусныя капли (1 капля разведенной уксусной кислоты на 20,0 воды), 2 раза въ день, по 2 капли, а въ виду фолликулеза—примочка: буры 4,0, воды горькихъ миндалей 5,0, воды розовой и перегнанной по 100,0; мыть глаза 3—4 раза въ день. Вѣки-же прижжены квасцовой палочкой.

1/vi—2/vi и 3/vi: Состояніе тоже. Вѣки каждый разъ смазывались квасцовой палочкой.

4/vi: На правомъ глазу на валикѣ (вокругъ роговицы) внизу и внутри появились 2 новыхъ высыпи зеренъ, величиной немного меньше чечевицы. Смазываніе квасцовой палочкой. Зудъ немного стихъ, и мальчикъ не такъ часто третъ глаза.

Больной больше въ отрядъ не являлся; вѣроятно, онъ уѣхалъ обратно домой.

Мой случай будетъ 25-мъ въ русской литературѣ вообще и въ частности 5-мъ съ перикорнеальными разрощеніями.

Источники: 1. *А. В. Натансонъ.* О т. наз. весеннемъ катаррѣ или лѣтнемъ конъюнктивитѣ «Еженедѣльникъ Практической Медицины», 1899 г., № 47.—2. *Онъ-же.* По поводу 2-хъ случаевъ весенняго катарра. Докладъ 28/ix 1899 г. въ Московскомъ офталмологическомъ Кружкѣ. «Вѣстникъ офталмологіи», 1900 г., стр. 458.—3. *Т. И. Өедоровъ.* О весеннемъ катаррѣ. Докладъ въ томъ-же Кружкѣ 30/xi 1899 г. Тамъ-же, 1900 г., стр. 479.—4. *А. В. Натансонъ.* Еще 2 случая весенняго конъюнктивита. Докладъ въ томъ-же Кружкѣ 27/xi 1901 г. Тамже, 1902 г., кн. 4 и 5, стр. 459.—5. *Т. И. Өедоровъ.* Случай весенняго катарра *Saemisch*'а. Тамъ-же, 1902 г., кн. 6, стр. 550.—6. *В. А. Даишлайскій.* Къ казуистикѣ весенняго катарра въ Россіи. «Практическій Врачъ», 1903 г., № 11, стр. 250.—7. *Г. Л. Ишрейтъ.* Случай весенняго катарра конъюнктивы «Вѣстникъ офталмологіи», 1903 г., кн. 1, стр. 50.—8. *Г. В. Епинатьевъ.* 2 случая весенняго катарра. Тамъ-же, 1903 г., кн. 3, стр. 237.—9. Отчетъ особаго отдѣла по предупрежденію слѣпоты Попечительства о слѣпыхъ за 1898 г.—10. Проф. *Фуксъ.* Руководство къ глазнымъ болѣзнямъ.—11. Проф. *Фоссіусъ.* Руководство по офталмологіи.—12. *A. Terson.* О разростаніяхъ конъюнктивы съ весеннимъ обострѣніемъ. Прив. по «Вѣстнику офталмологіи», 1903, кн. 5, стр. 413.—13. *G. A. Berry.* Болѣзни глазъ. Практическое руководство по офталмологіи, т. 1.

Организація предупрежденія и лѣченія заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ въ сельскомъ и городскомъ населеніи Россіи.

Н. М. Какушкина.

Сообщено на IX-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ.

(Продолженіе. См. выше, № 35, стр. 1186).

При обсужденіи вопроса объ организаціи въ Россіи лѣчебной гинекологической помощи приходится поневолѣ коснуться и вопроса о преобладающихъ формахъ гинекологическихъ заболѣваній. Вопросъ этотъ имѣетъ значеніе главнымъ образомъ для дальнѣйшихъ разсужденій о мѣрахъ, предупреждающихъ распространеніе заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ. Само собой разумѣется, что здѣсь можетъ идти рѣчь лишь о такихъ формахъ болѣзней, которыя встрѣчаются наичаще, ибо точныя статистическія цифры могутъ быть получены только изъ отдѣльныхъ лѣчебныхъ учрежденій, болѣе или менѣе крупныхъ, но отражающихъ въ себѣ лишь небольшую долю общей гинекологической заболѣваемости русскаго населенія. Просматривая отчеты этихъ учрежденій и сопоставляя ихъ съ полученными мною заявленіями земскихъ товарищей, приходится отмѣтить, что и тамъ, и здѣсь наичастыми формами встрѣчающихся заболѣваній являются воспалительныя пораженія матки и измѣненія ея положенія. Изъ отдѣльныхъ

формъ чаще всего упоминаются земскими товарищами: эрозія шейки, эндометриты, и разрывы промежности. Въ городахъ, кромѣ указанныхъ заболѣваній, видное мѣсто занимаютъ воспалительные процессы въ придаткахъ. Причиной указанныхъ заболѣваній, какъ единогласно заявляютъ писавшіе мнѣ земскіе товарищи и какъ это явствуетъ изъ внимательнаго изученія этихъ болѣзненныхъ формъ, является неправильное веденіе родового акта и послѣродового періода. Въ городѣ къ этимъ причинамъ присоединяется еще одна, не менѣе важная и не менѣе распространенная, это—перелой. Обстоятельства эти стали уже достаточно общеизвѣстными.

Борьба со всѣми этими и прочими гинекологическими болѣзнями, въ смыслѣ примѣненія тѣхъ или другихъ лѣчебныхъ мѣръ, можетъ быть поставлена вполнѣ раціонально только въ спеціальныхъ гинекологическихъ больницахъ или въ спеціальныхъ отдѣленіяхъ общихъ больницъ. Тамъ для этого должны быть: и точное распознаваніе каждаго случая, и вся необходимая обстановка. Я умышленно употребляю слова «должны быть», ибо знаю, что въ средѣ небольшого числа имѣющихся у насъ гинекологическихъ лѣчебныхъ мѣстъ крайне мало такихъ, гдѣ эта обстановка удовлетворяла-бы всѣмъ намѣченнымъ требованіямъ. Въ большинствѣ этихъ мѣстъ гинекологическая терапія пріобрѣла чисто хирургическое направленіе, которое въ силахъ удовлетворить лишь извѣстной долѣ, пожалуй меньшей долѣ гинекологическихъ формъ. По недоразумѣнію, высокое и преобладающее развитіе хирургическаго лѣченія въ гинекологіи является идеаломъ соотвѣтствующаго лѣчебнаго учрежденія, и тѣ изъ послѣднихъ, гдѣ именно такое лѣченіе достигло чрезмѣрныхъ степеней совершенства, въ ущербъ другимъ способамъ гинекологической терапіи, относятся, безъ всякихъ разсужденій, къ разряду первоклассныхъ. Результатомъ такого несправедливаго и исключительнаго преобладанія хирургіи въ гинекологической терапіи является недостаточная разработка остальныхъ способовъ лѣченія и безпомощность тѣхъ больныхъ, которыя не подлежатъ врачеванію ножомъ. Поэтому когда мы съ самодовольствомъ говоримъ, что лѣченіе гинекологическихъ больныхъ у насъ въ наиболѣе раціональной формѣ представлено въ лѣчебныхъ учрежденіяхъ нашихъ крупныхъ, преимущественно столичныхъ и университетскихъ городовъ, мы должны помнить, что это почти исключительно касается только оперативныхъ болѣзненныхъ формъ, громадная-же масса гинекологическихъ больныхъ и въ этихъ крупныхъ центрахъ не только не получаетъ раціональной помощи, но даже не призрѣвается въ больницахъ, а вынуждена мыкаться по амбуляторіямъ, слезно умоляя хотя бы объ облегченіи своихъ страданій. Вслѣдствіе такой постановки дѣла лѣчебная помощь, подаваемая въ настоящее время нашимъ гинекологическимъ больнымъ, по своему характеру въ преобладающемъ числѣ случаевъ можно быть лишь припадочной. Но нужда прибѣгать при лѣченіи гинекологическихъ заболѣваній почти исключительно къ припадочнымъ средствамъ вызывается не только указанными обстоятельствами. Съ одной стороны, крайній недостатокъ коечныхъ мѣстъ, столь необходимыхъ для большинства гинекологическихъ формъ, вынуждаетъ русскихъ гинекологовъ уклоняться отъ коренного лѣченія, а съ другой—неблагопріятныя условія домашняго обихода большинства больныхъ, въ отношеніи занятій и обстановки жизни, препятствуютъ намъ пользоваться и тѣмъ небольшимъ запасомъ излѣчивающихъ средствъ, которыми мы располагаемъ. Къ этому надо присоединить и малую приспособленность большинства нашихъ амбуляторій къ лѣченію гинекологическихъ больныхъ, о чемъ я отчасти уже говорилъ выше: онѣ переполнены разнаго рода больными и бѣдны врачебными силами, а примѣненіе нѣкоторыхъ гинекологическихъ способовъ лѣченія требуетъ и времени и мѣста. Что касается хирургическихъ способовъ гинекологической терапіи, то таковые примѣняются не только въ спеціальныхъ акушерско-гинекологическихъ больницахъ и въ спеціальныхъ гинекологическихъ отдѣленіяхъ общихъ больницъ, но и въ тѣхъ общихъ больницахъ, безъ спеціальныхъ гинекологическихъ отдѣленій, гдѣ развита общая хирургическая помощь. Въ дѣятельности общихъ хирурговъ, работающихъ въ провинціи, гинекологическая хирургія составляетъ по своимъ размѣрамъ немаловажный отдѣлъ. Совмѣщеніе обще-хирургической дѣятельности съ хирургическо-гинекологической въ одномъ лицѣ наблюдается не только въ провинціи, но и (правда, значительно рѣже) въ университетскихъ и столичныхъ городахъ. Такое совмѣщеніе, имѣя въ виду нарисованную мною выше картину историческаго хода развитія гинекологіи въ Россіи, есть явленіе переходное, слѣд., временное; оно есть неизбѣжный продуктъ современнаго недостатка у насъ врачебныхъ силъ и, если полезно, то только для общихъ хирурговъ, расширяющихъ этимъ путемъ свой кругозоръ и предѣлы своей дѣятельности. Гинекологическая-же спеціальность отъ такого совмѣстительства едва-ли что либо выигрываетъ: если гинекологи, всецѣло погрузившіеся въ строго-хирургическую терапію, являются обыкновенно плохими цѣлителями большинства женскихъ заболѣваній, то что же можно ожидать по отношенію къ гинекологіи отъ хирурговъ, которые среди своихъ прямыхъ обязанностей не отказываются отъ операцій и въ области малаго таза женщины?

Громадную роль въ дѣлѣ лѣченія женскихъ болѣзней въ Россіи играетъ въ настоящее время знахарская, народная или—выражаясь точнѣе—невѣжественная медицина. Она развилась и свила себѣ прочное гнѣздо по деревнямъ, но и въ городахъ, даже до послѣдняго времени, съ нею приходится встрѣчаться на каждомъ шагу. Причиной ея сильнаго развитія, кромѣ общихъ условій некультурности населенія и недостатка врачей, должна быть признана также стыдливость простыхъ русскихъ женщинъ и ихъ укоренившаяся съ вѣками потребность обособлять отъ всего окружающаго (т. е. отъ мужского) свой собственный женскій міръ и утаивать свои горести и свои нужды. Ближайшими совѣтчицами и утѣшительницами больныхъ женщинъ являются, въ силу весьма понятныхъ условій, тѣ же женщины, разумѣется болѣе пожилыя и болѣе опытныя. Большинство этихъ совѣтчицъ, конечно, не дѣлаются профессіоналками лѣчебнаго искусства, и только небольшая часть, путемъ «практики», въ концѣ концовъ превращается въ доморощенныхъ лѣкарокъ и повитухъ. Съ послѣдними мнѣ приходилось встрѣчаться даже въ Петербургѣ, на окраинахъ города, въ фабричныхъ районахъ, заселяемыхъ преимущественно пришлыми изъ деревень рабочими. Профессіональный характеръ ихъ дѣятельности здѣсь не рѣдко проявляется съ особенной отчетливостью: лѣченіе женщинъ и помощь при родахъ даютъ имъ главный, а то и единственный заработокъ. Часто лѣчебное ремесло сочетается въ такихъ случаяхъ съ профессіей банщицы, что̀ неудивительно, ибо баня это—удобное мѣсто, гдѣ надъ животомъ женщины можно производить различныя лѣчебныя манипуляціи, не боясь любопытствующаго взора постороннихъ лицъ. Цѣль этихъ манипуляцій выражается словами «править матку». Въ чемъ онѣ заключаются, мнѣ не приходилось видѣть. Эти банщицы-повитухи являются уже не столь закоренѣлыми въ своихъ доморощенныхъ пріемахъ; онѣ кое-что заимствуютъ и у раціональной медицины. Такъ, у нихъ Вы найдете напр., кружку *Esmarch*'а, и въ Вашемъ присутствіи, при родахъ, такая повитуха не преминетъ демонстративно вымыть свои руки. И въ другихъ мѣстностяхъ Россіи, вѣроятно, наблюдаются тѣ или другіе признаки эволюціи знахарства. Изъ Варшавской губ. у меня имѣются свѣдѣнія, напр., о томъ, что тамъ въ деревняхъ знахарки прибѣгаютъ часто къ промываніямъ влагалища растворами борной и карболовой кислоты. Я не говорю здѣсь о другихъ средствахъ и пріемахъ, примѣняемыхъ знахарками для лѣченія женскихъ болѣзней. Въ общихъ чертахъ они общеизвѣстны. Многіе изъ нихъ, конечно, невинны и безвредны, а многіе, наоборотъ, приносятъ вредъ и имѣютъ иногда даже варварскій, истязающій характеръ.

Въ нѣкоторыхъ изъ знахарскихъ пособій можно видѣть намеки на пособія, которыми пользуется и раціональная гинекологія. По единогласному заявленію земскихъ врачей, по крайней мѣрѣ тѣхъ, которые почтили меня своими сообщеніями, знахарство, съ развитіемъ земской медицины, постепенно падаетъ. Это весьма утѣшительное явленіе

прогрессируетъ, къ сожалѣнію, довольно медленно, потому что просвѣщеніе, этотъ злѣйшій врагъ знахарства, встрѣчаетъ слишкомъ много препятствій при своемъ проникновеніи въ деревенскую среду. Носителей истиннаго знанія въ деревнѣ слишкомъ еще недостаточно, и крестьянину поневолѣ приходится довольствоваться не истиннымъ знаніемъ, а суррогатами его. Въ данномъ случаѣ я, между прочимъ, имѣю въ виду дѣятельность въ деревнѣ дипломированныхъ повивальныхъ бабокъ, которыя, по 128 ст. врачебнаго устава, имѣютъ право, за отсутствіемъ врачей, подавать помощь при женскихъ болѣзняхъ, а именно подготовленнымъ изъ которыхъ (повивальныя бабки 2-го разряда) разрѣшено практиковать только въ средѣ сельскаго населенія [1]). Не смѣю утверждать, что повивальныя бабки 2-го разряда въ дѣлѣ распознаванія и лѣченія женскихъ болѣзней приносятъ вредъ; съ бо́льшей увѣренностью скажу, что дѣятельность ихъ въ этомъ направленіи безполезна, но боюсь, что эта безполезность способна лишь дискредитировать гинекологическую помощь въ глазахъ крестьянки и еще болѣе затормозить желательный прогрессъ въ дѣлѣ оздоровленія ея половой сферы.

На этомъ я закончу обзоръ данныхъ о своевременномъ состояніи лѣчебной помощи гинекологическимъ больнымъ въ нашемъ отечествѣ. Чтобы сдѣлать выводъ изъ всего сказаннаго по этому поводу, я долженъ дать отвѣтъ на слѣдующіе 2 вопроса: достаточна-ли эта помощь, хотя-бы въ количественномъ отношеніи, и распредѣлена-ли она равномѣрно по всему пространству нашего государства? Къ сожалѣнію, приведенныя данныя, о лѣчебной помощи гинекологическимъ больнымъ въ Россіи свидѣтельствуютъ, что *помощь эта крайне недостаточна и крайне неравномѣрно распредѣлена*. Если мы примемъ за число кроватей во всѣхъ больницахъ въ Россіи въ настоящее время цифру 125000, а за число кроватей, отведенныхъ для гинекологическихъ больныхъ цифру 2500, то получимъ, что гинекологическія больныя располагаютъ лишь $^1/_{50}$ всѣхъ стаціонарныхъ мѣстъ, а это составляетъ лишь 2%. Въ какихъ-бы скромныхъ размѣрахъ мы ни представляли себѣ заболѣваемость русскихъ женщинъ гинекологическими формами страданій, полученное %-ное число не можетъ быть признано достаточнымъ для удовлетворенія существующей нуждѣ въ этомъ отношеніи, тѣмъ болѣе, что и общее число всѣхъ кроватей, только что указанное, далеко не соотвѣтствуетъ числу различнаго рода больныхъ, нуждающихся въ больничномъ лѣченіи. Мое убѣжденіе, что современная лѣчебная гинекологическая помощь въ Россіи крайне недостаточна, станетъ совершенно непоколебимымъ, если вспомнить, какъ много въ Россіи прямо необозримыхъ пространствъ, совершенно лишенныхъ всякой врачебной помощи. Недостаточность лѣчебной помощи гинекологическимъ больнымъ заключается не только въ недостаткѣ и отсутствіи врачей, именно тамъ, гдѣ вообще врачебная помощь слабо развита или совсѣмъ отсутствуетъ, но и въ недостаткѣ врачей, спеціально подготовленныхъ къ гинекологической практикѣ, требующей и теоретической выучки и большого техническаго навыка. Подобно стаціонарнымъ больницамъ, и лѣчебницы для приходящихъ подаютъ у насъ помощь лишь ничтожной долѣ гинекологическихъ больныхъ. Въ то время, какъ заболѣванія половыхъ органовъ у женщины занимаютъ очень видное мѣсто среди прочихъ заболѣваній, гинекологическія больныя лишь въ количествѣ менѣе 6% всѣхъ больныхъ, посѣщающихъ амбуляторіи, пользуются амбуляторнымъ лѣченіемъ. Еще болѣе рельефно представлена вышеприведенными данными неравномѣрность распредѣленія лѣчебной помощи гинекологическимъ больнымъ въ Россіи. Въ то время, какъ въ столицахъ эта помощь можетъ быть названа удовлетворительной (по крайней мѣрѣ, въ отношеніи числа обращающихся за помощью гинекологическихъ больныхъ), въ провинціальныхъ городахъ она выражена въ размѣрахъ, почти вдвое меньшихъ, въ деревняхъ земскихъ губерній—эта помощь уже въ 4 раза слабѣе столичной, а въ деревняхъ неземскихъ губерній она слабѣе болѣе, чѣмъ въ 10 разъ. Отмѣченный мною выше недостатокъ у насъ спеціалистовъ-гинекологовъ обусловливаетъ не только количественную, но и качественную неравномѣрность распредѣленія лѣчебной гинекологической помощи въ Россіи, ибо спеціалисты концентрируются исключительно въ столичныхъ и крупныхъ городахъ.

Оставляя пока въ сторонѣ разсмотрѣніе общихъ условій, тормозящихъ развитіе тѣхъ и другихъ сторонъ русской жизни, въ частности развитіе и ростъ врачебной помощи населенію, я позволю себѣ обратить вниманіе пока на одну изъ причинъ, мѣшающихъ въ Россіи развитію собственно гинекологической помощи. Я говорю о недостаточной подготовкѣ, получаемой врачами въ настоящее время по гинекологіи въ нашихъ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ. Жалобы въ этомъ направленіи мы не перестаемъ слышать отъ молодыхъ врачей до самаго послѣдняго времени. По дѣйствующему университетскому уставу (1884 г.), при медицинскихъ факультетахъ обособленныхъ акушерско-гинекологическихъ каѳедръ съ клиниками не полагается. Тамъ оффиціально числится только каѳедра смѣшанная, акушерства, женскихъ и дѣтскихъ болѣзней, и профессора, будь то педіатръ или гинекологъ, считаются оффиціально преподавателями каждый всѣхъ этихъ 3-хъ спеціальностей. Правда, потребность жизни заставила наши университеты отдѣлить преподаваніе педіатріи отъ акушерства съ женскими болѣзнями, при чемъ были образованы и самостоятельныя клиники по этимъ отраслямъ медицины; но все это создалось или на расходы изъ свободныхъ университетскихъ суммъ, или на пожертвованія, т. е. на такія средства, которыя имѣютъ временный характеръ и стойкостью не отличаются. Образовавшіяся такимъ путемъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней, лишь по одной на каждый университетъ, не въ силахъ удовлетворить матеріаломъ всѣхъ слушателей, и о серьезномъ практическомъ изученіи гинекологіи здѣсь и думать не приходится. Не рѣдкость встрѣтить врачей, которые окончили университетъ, не наблюдавъ лично ни однихъ родовъ и не произведя ни одного гинекологическаго изслѣдованія. Недостаточное число акушерско-гинекологическихъ клиникъ въ Россіи не можетъ быть оправдано никакими соображеніями, разъ въ тѣхъ-же университетахъ для терапевтическихъ и хирургическихъ больныхъ издавна существуетъ по 2 клиники, а число всѣхъ каѳедръ по каждому изъ этихъ отдѣловъ медицины доходитъ въ каждомъ университетѣ даже до 4. Неужели нужда въ лѣчебной помощи терапевтическихъ и хирургическихъ больныхъ въ 4 раза превышаетъ такую-же нужду роженицъ и женщинъ, страдающихъ болѣзнями половыхъ органовъ? Только 2 высшихъ медицинскихъ учебныхъ заведенія имѣютъ въ настоящее время по 2 акушерско-гинекологическія клиники; это—В.-Медицинская Академія и Петербургскій Женскій Медицинскій Институтъ. Но большинству питомцевъ Академіи, вынужденному идти въ военные врачи, не удается въ жизни ни развить, ни даже иногда сохранить пріобрѣтенныя познанія по гинекологіи. Что же касается Женскаго Медицинскаго Института, то это — учрежденіе еще молодое и дѣятельность его, какъ разсадника медицинскихъ знаній въ Россіи, еще совершенно не опредѣлилась. Такимъ образомъ, на основаніи сказаннаго позволительно выразить пожеланіе, чтобы при медицинскихъ факультетахъ нашихъ университетовъ въ ближайшемъ будущемъ были основаны самостоятельныя каѳедры акушерства и женскихъ болѣзней, непремѣнно по 2 на каждый университетъ. При этомъ, на мой взглядъ, крайне желательно, чтобы преподаваніе акушерства и гинекологіи велось отдѣльно другъ отъ друга, 2-мя преподавателями. Не смотря на тѣсную близость этихъ 2-хъ отраслей медицины, объекты изученія здѣсь далеко не тождественны, а способы преподаванія и характеръ клиническаго обихода настолько разнятся другъ отъ друга, что отъ раздѣленія этихъ 2-хъ предметовъ получится только выигрышъ для каждаго изъ нихъ. Рука объ руку съ расширеніемъ преподаванія гинекологіи долж-

[1]) Въ пользу стремленія направлять въ деревню все то, что похуже и низкопробное, нельзя привести ни одного основательнаго довода. Наоборотъ: если мы признали необходимымъ и неотложнымъ широкое просвѣщеніе деревни, то логично-ли снабжать ее полузнайками?

но идти расширеніе доступа женщинамъ къ изученію медицины, путемъ, лучше всего, допущенія ихъ наравнѣ съ мужчинами въ университеты. Въ дополненіе ко всему только-что сказанному о недостаточности числа гинекологовъ-спеціалистовъ въ средѣ русскихъ врачей и вообще о слабой подготовкѣ послѣднихъ по гинекологіи слѣдуетъ обратить вниманіе на недостатокъ въ Россіи мѣстъ, гдѣ бы врачи могли усовершенствоваться въ гинекологіи (по окончаніи университетскаго курса) и гдѣ бы они могли періодически освѣжать свои познанія. Въ этомъ дѣлѣ такъ-же, какъ и во многомъ другомъ, приходится наблюдать у насъ одно удивительное явленіе: создавъ одно такое образцовое учрежденіе, какъ клиническій Институтъ в. кн. Елены Павловны, и даже кичась имъ передъ Зап. Европой, мы не можемъ собраться и въ обширныхъ размѣрахъ сдѣлать очень простой вещи — открыть для усовершенствованія врачей широко и гостепріимно двери клиникъ и больницъ въ разныхъ мѣстахъ нашего отечества.

Перехожу къ разсмотрѣнію тѣхъ мѣропріятій, которыя примѣняются въ Россіи съ цѣлью предупрежденія заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ. *Предохранительныя мѣры противъ женскихъ болѣзней, несомнѣнно, имѣютъ въ этомъ дѣлѣ гораздо болѣе важное значеніе, чѣмъ мѣры лѣчебныя.* Какъ бы широко и основательно ни были поставлены послѣднія, заболѣваемость женской половой сферы будетъ оставаться непоколебленной и, можетъ быть, даже очень высокой, если условія, вызывающія болѣзни женскихъ половыхъ органовъ и благопріятствующія ихъ распространенію, останутся неослабленными и неустраненными. Такихъ условій—и личныхъ, и общихъ,—касающихся всякаго рода болѣзней, какъ извѣстно, очень много. Перечислить ихъ, а тѣмъ болѣе разсмотрѣть во всей совокупности въ этомъ краткомъ докладѣ невозможно. Да въ этомъ нѣтъ особой необходимости. Среди многочисленныхъ причинъ и условій, способствующихъ развитію въ населеніи гинекологическихъ заболѣваній, есть лишь небольшая доля такихъ, основныхъ и касающихся всей массы населенія, съ устраненіемъ которыхъ и всѣ прочія могутъ потерять свое значеніе и исчезнуть безслѣдно. Это касается не только предупрежденія женскихъ болѣзней, но и вообще дѣла оздоровленія населенія. И тамъ, и здѣсь такія основныя мѣры, какъ всеобщая соціальная и экономическая реформы и широкое распространеніе образованія, могутъ сдѣлать совершенно излишними какія-либо другія, болѣе мелкія или частичныя мѣропріятія. Указанное обстоятельство должно быть поставлено на видъ въ особенности тѣмъ современнымъ «охранителямъ», которые стараются лишить врачей права касаться мѣръ общаго характера, когда заходитъ рѣчь о многочисленныхъ и крайне разнообразныхъ вопросахъ оздоровленія родной страны. Какъ можетъ врачъ обходить молчаніемъ такія причины усиленной заболѣваемости, смертности и вырожденія народа, какъ его некультурность, экономическая безпомощность и обособленное, безправное положеніе среди другихъ сословій государства? Устраненіе этихъ причинъ—дѣло очень трудное, не только потому, что можетъ оказаться недостача въ силахъ и средствахъ, но и потому главнымъ образомъ, что не всегда для приложенія даже избытка средствъ условія могутъ быть вполнѣ благопріятными. Здѣсь есть о чемъ подумать врачу и стоитъ на этомъ подольше и внимательнѣй останавливаться: рѣчь идетъ о будущности родного народа и всего человѣчества.

И по отношенію къ предупрежденію гинекологическихъ заболѣваній, только-что затронутые вопросы, очень сложные и глубокіе, имѣютъ в. серьезное значеніе и должны возбуждать жгучій интересъ. Но подробное обсужденіе ихъ требуетъ особаго вниманія и болѣе свободнаго мѣста, чѣмъ настоящій докладъ. Поэтому я, ограничиваясь сказаннымъ, остановлюсь на разсмотрѣніи вопросовъ, сравнительно болѣе узкихъ, но столь-же общихъ, имѣющихъ болѣе близкое, непосредственное соприкосновеніе къ разрабатываемой мною темѣ. Эти вопросы касаются ближайшихъ общихъ причинъ женскихъ болѣзней и условій ихъ возникновенія въ Россіи. Причинъ этихъ и условій, по моему мнѣнію, существуетъ 4 категоріи. Вкратцѣ ихъ можно резюмировать такъ: 1) малая заботливость по отношенію къ ростущему женскому организму съ самыхъ раннихъ лѣтъ жизни до половой зрѣлости; 2) недостатокъ разумной акушерской помощи роженицамъ и родильницамъ; 3) несоразмѣрно тяжелый физическій трудъ женщинъ, особенно при недостаткѣ питанія, во время мѣсячныхъ, во время беременности и вскорѣ послѣ родовъ; 4) перелойное зараженіе.

Относительно 1-ой изъ указанныхъ причинъ можно сказать слѣдующее. Извѣстная степень болѣзненности женскихъ половыхъ органовъ, т. е. степень наклонности ихъ къ различнымъ заболѣваніямъ, зависитъ отъ прочности и правильности ихъ устройства. Послѣднее-же всецѣло зависитъ отъ условій роста и развитія этихъ органовъ въ періодѣ роста и развитія всего организма, т. е. въ тѣ годы жизни, которые предшествуютъ времени половой зрѣлости. Разнообразныя вредныя условія, мѣшающія правильному ходу развитія женскихъ половыхъ органовъ, могутъ обусловить или уродливость ихъ, или хилость и такимъ образомъ сдѣлать ихъ невполнѣ способными исполнять свои отправленія и противодѣйствовать вреднымъ внѣшнимъ вліяніямъ. Точныхъ и обширныхъ изслѣдованій условій роста женскаго организма по отношенію къ половымъ органамъ нѣтъ. Но имѣются отдѣльныя указанія, которыя могутъ пролить нѣкоторый свѣтъ въ эту интересную, но еще темную область санитарной гинекологіи. Немногочисленные изслѣдователи, занимавшіеся измѣреніями тѣла дѣвочекъ въ различные возрасты, отмѣчаютъ фактъ, что ростъ тѣла ихъ идетъ неравномѣрно, скачками, и что не всегда наблюдается гармонія въ ростѣ отдѣльныхъ частей скелета и вообще всего организма. Это говоритъ за то, что въ періодъ роста организмъ дѣвочки (въ особенности дѣвочки, а не мальчика) представляется очень нѣжнымъ, легко ранимымъ, наклоннымъ къ недоразвитію отдѣльныхъ своихъ частей. Для насъ особенно важно недоразвитіе или уродливое развитіе скелета таза и сосудовъ его. При быстромъ ростѣ тѣла въ длину тазъ въ своемъ ростѣ отстаетъ, при чемъ, какъ показали измѣренія, наиболѣе отстаетъ въ ростѣ по направленію передне-задняго размѣра (истинная конъюгата); сосуды при этомъ получаются узкими, недостаточно ёмкими. Извѣстно, что до 15-лѣтняго возраста тазовая безымянная кость состоитъ изъ 3-хъ частей, соединенныхъ хрящами *(Бецъ)*; если окостенѣніе хрящей отъ какихъ-либо причинъ замедлится, то внѣшнія вредныя вліянія не замедлятъ сказаться образованіемъ таза неправильной формы; еще болѣе получится вреда, если тѣ-же вредныя вліянія начнутъ дѣйствовать раньше, до начала половой зрѣлости. Подъ внѣшними вредными вліяніями я разумѣю въ данномъ случаѣ главнымъ образомъ рядъ физическихъ или—вѣрнѣе—механическихъ вліяній, систематически нарушающихъ равновѣсіе скелета и заключающихся въ несоразмѣрной работѣ отдѣльныхъ частей его, т. е. тѣхъ или другихъ мышечныхъ группъ. Изъ этихъ вліяній наугадъ укажу, напр., на столь излюбленное у насъ пѣстанье дѣтей, затѣмъ на привычку рано сажать дѣтей, рано заставлять ихъ ходить; затѣмъ идетъ ранній чрезмѣрный физическій трудъ: сплошь и рядомъ у насъ дѣвочки въ деревнѣ уже съ раннихъ лѣтъ таскаютъ непосильныя тяжести и вообще напрягаютъ свой брюшной прессъ, находясь большею частью въ стоячемъ положеніи. Болѣе сложную физическую работу приходится нести дѣвочкамъ на фабрикахъ. Наконецъ, школьная жизнь создаетъ также нѣкоторыя условія, влекущія за собой нарушеніе правильнаго развитія скелета и другихъ частей тѣла. Все это имѣетъ своимъ послѣдствіемъ неправильныя формы таза и искривленіе позвоночника. Напр., у школьниковъ искривленіе позвоночника наблюдается въ 27,6% случаевъ [въ Воронежскихъ сельскихъ школахъ оно оказалось въ 20% случаевъ *(Тезяковъ)*], при этомъ у дѣвочекъ оно встрѣчается въ 6 разъ чаще, чѣмъ у мальчиковъ *(Hoffa)*, вѣроятно изъ-за болѣе слабаго развитія мышцъ. Такое-же искривленіе (сколіозъ) обнаружено и у дѣвочекъ, работающихъ на фабрикахъ. Это—наиболѣе грубыя, легко наблюдаемыя измѣненія. А сколько измѣненій въ питаніи, строеніи, положеніи внутреннихъ половыхъ органовъ создается подъ вліяніемъ перечисленныхъ мною условій? Своевременно они не подмѣчаются, за отсутствіемъ соотвѣтствующихъ наблюденій со стороны врачей, а подмѣченныя въ

болѣе позднемъ возрастѣ относятся обыкновенно къ разряду врожденныхъ уклоненій отъ нормы [1]). Къ сожалѣнію, въ краткомъ очеркѣ я не имѣю возможности перечислить тотъ многочисленный рядъ патологическихъ процессовъ въ половой сферѣ, который имѣетъ своимъ источникомъ неправильную жизнь женскаго организма въ дѣтствѣ. Это собственно и не входитъ въ программу моего доклада. И если я позволяю себѣ остановиться на этомъ вопросѣ, то исключительно съ цѣлью обратить вниманіе на крайнюю необходимость гинекологическаго надзора въ дѣтскомъ возрастѣ. Намѣтить размѣры этого надзора пока очень трудно; дѣло это безусловно новое; но нельзя сомнѣваться, что поле дѣятельности для гинеколога здѣсь—очень обширное, а характеръ дѣятельности своеобразный, можетъ быть, не вполнѣ привычный для клинициста. Это въ полномъ значеніи слова—санитарная гинекологія, захватывающая въ свои руки большой уголокъ изъ обширнаго района, занятаго общественной медициной. Если общественный врачъ, борющійся съ неблагопріятными общими, крайне сложными и крайне многочисленными условіями современной жизни, имѣетъ передъ собой цѣли предохранительныя и заботится не только о предупрежденіи заболѣваній, но и о томъ, чтобы создавать крѣпкіе и духомъ и тѣломъ организмы людей, то тѣмъ болѣе близки должны быть эти цѣли врачу-гинекологу въ его стремленіи имѣть въ населеніи здоровую мать, жену, сестру и вообще трудоспособную женщину. Борьба гинеколога должна направляться собственно противъ тѣхъ-же неблагопріятныхъ общихъ условій жизни, съ какими борется и общественный врачъ. Эти условія на организмъ дѣвочки дѣйствуютъ, несомнѣнно, гораздо сильнѣе, чѣмъ на какой-либо другой организмъ, въ виду существованія у дѣвочекъ сложнаго полового прибора и въ виду важнаго значенія дѣятельности этого прибора въ экономіи всего организма, а также въ виду нѣкоторой, сравнительно болѣе выраженной нѣжности, слабости и хрупкости женскаго организма. Въ ряду этихъ неблагопріятныхъ условій, кромѣ указанныхъ выше, надо на первомъ мѣстѣ поставить всѣ погрѣшности противъ требованій гигіэны въ питаніи, одеждѣ, жилищѣ, вообще въ обстановкѣ и занятіяхъ. У насъ въ Россіи, кромѣ тяжелаго труда, о которомъ отчасти уже было говорено, обычное явленіе—недостатокъ питанія, плохія жилища, въ смыслѣ отсутствія чистаго воздуха и достаточнаго свѣта и тепла, и плохая одежда. Все это начинаетъ окружать организмъ дѣвочки съ первыхъ дней ея жизни, и только единичныя личности выходятъ изъ такой обстановки закаленными, громадное-же большинство, подвергаясь вліянію перечисленныхъ причинъ, выростаетъ въ концѣ концовъ или съ хилыми, или съ уродливыми половыми органами. Понятно, что такіе половые органы не вполнѣ способны противустоять какимъ-либо менѣе постояннымъ вліяніямъ, напр. зараженію. О томъ, что общія заразныя заболѣванія сильно распространены въ дѣтскомъ возрастѣ, говорить не приходится; но заслуживаетъ отмѣтки очень важный фактъ, къ сожалѣнію, еще мало изученный,—фактъ неблагопріятнаго вліянія общихъ заразныхъ заболѣваній на половые органы, а именно на слизистую оболочку полового канала и на яичники (что уже подмѣчено), а также на клѣтчатку таза и связки половыхъ частей (чего слѣдуетъ ожидать на основаніи теоретическихъ соображеній). Это вліяніе сказывается функціональными разстройствами въ дѣятельности половыхъ органовъ и отклоненіями въ анатомическихъ особенностяхъ ихъ. Борьба съ заразными болѣзнями въ дѣтскомъ возрастѣ, съ точки зрѣнія гинеколога, должна пріобрѣсти интересъ не столько въ смыслѣ борьбы со смертью, сколько въ смыслѣ борьбы съ неполнымъ выздоровленіемъ и съ послѣдствіями болѣзни. Я не останавливаюсь здѣсь пока на перелоѣ, представляющемъ изъ себя настолько серьезное и распространенное этіологическое условіе для большинства женскихъ заболѣваній, что разсмотрѣнію его слѣдуетъ посвятить особую главу. Но зло перелойнаго зараженія начинаетъ преслѣдовать женщину съ самыхъ первыхъ часовъ ея жизни. Большинство случаевъ зараженія перелоемъ въ дѣтствѣ проходитъ незамѣченнымъ, и намъ приходится встрѣчаться лишь со слѣдами его въ болѣе позднемъ возрастѣ. Изъ имѣющихся у меня цифръ видно, что на все число дѣтей, обращающихся въ амбуляторіи, вульво-вагинитами (которые почти всѣ перелойнаго происхожденія) страдаетъ 0,15%—0,2%. Надо думать, что на половые органы дѣвочекъ обращается очень мало вниманія воспитателями и врачами. Извѣстная доля больныхъ дѣвочекъ скрываетъ свои страданія, исходящія изъ половой сферы. Странно въ самомъ дѣлѣ, что изъ заболѣваній этихъ органовъ въ дѣтскомъ возрастѣ въ отчетахъ больницъ значатся исключительно только вульво-вагиниты, при чемъ сущность страданія, размѣры пораженія и этіологія его оставляются неизслѣдованными. Это, впрочемъ, объясняется отчасти тѣмъ, что дѣло лѣченія гинекологическихъ заболѣваній у дѣвочекъ находится всецѣло въ рукахъ педіатровъ, которые, конечно, не имѣютъ особой склонности къ разработкѣ несомнѣнно трудныхъ вопросовъ о способахъ изслѣдованія и терапіи болѣзней половыхъ органовъ въ маленькомъ, не сложившемся организмѣ. Если такъ неудовлетворительно стоитъ дѣло лѣченія и изученія гинекологическихъ заболѣваній у дѣвочекъ, то въ еще болѣе печальномъ положеніи находится дѣло предохраненія отъ этихъ заболѣваній. Уже изъ перечисленія этіологическихъ условій этихъ заболѣваній явствуетъ, что противъ нихъ, въ общей массѣ представляющихъ изъ себя лишь общія неудовлетворительныя условія русской жизни, не только никакихъ широкихъ мѣропріятій мы не примѣняемъ, но и положительно безсильны при современной обстановкѣ предпринять что либо существенное. Какъ ни какъ, а въ корнѣ всѣхъ этихъ этіологическихъ условій лежатъ некультурность, экономическая безпомощность и отсутствіе самодѣятельности въ населеніи, т. е. такія условія, борьба съ которыми равносильна развязыванію Гордіева узла. Въ болѣе благопріятномъ положеніи стоитъ дѣло предупрежденія женскихъ болѣзней путемъ врачебнаго надзора надъ физическимъ развитіемъ дѣвочекъ въ учебныхъ заведеніяхъ. Въ виду многихъ вредныхъ сторонъ школьной жизни и въ виду постепеннаго распространенія въ Россіи школьнаго образованія, этотъ надзоръ пріобрѣтаетъ въ наше время громадное значеніе. Къ сожалѣнію, надзоръ этотъ все еще недостаточно организованъ, именно по отношенію къ половымъ органамъ. Однимъ изъ тормазовъ является здѣсь недостатокъ женщинъ-врачей, для которыхъ только и доступенъ этотъ надзоръ въ самыхъ сокровенныхъ и самыхъ серьезныхъ его частяхъ. Въ настоящее время въ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ не примѣняется систематически никакихъ гигіэническихъ мѣръ по отношенію къ половымъ органамъ, въ особенности въ періодъ наступленія половой зрѣлости. Въ женскихъ институтахъ, напр., насколько мнѣ извѣстно, все дѣло предохраненія отъ болѣзней половыхъ органовъ ограничивается обмываніемъ наружныхъ половыхъ частей во время мѣсячныхъ. Рядомъ съ этимъ оставляются безъ вниманія такія безусловно вредныя условія, какъ продолжительное и повторное, въ особенности при разныхъ физическихъ напряженіяхъ, переполненіе мочевого пузыря, запоры, усиленныя умственныя занятія (экзамены) во время мѣсячныхъ и т. далѣе. Я не говорю уже о безпечности къ вопросу о раннемъ бракѣ и къ другимъ погрѣшностямъ противъ правилъ гигіэны болѣе общаго характера (корсеты, сидячая жизнь, неправильный режимъ и пр.).

(Окончаніе слѣдуетъ).

[1]) Въ 1876 г. во время призыва на военную службу почти $^1/_5$ явившихся оказались больными. Изъ этого числа 70% страдали отъ дурного ухода въ дѣтствѣ. Надо думать, что и въ средѣ женщинъ дурной уходъ въ дѣтствѣ даетъ не меньшій % страдающихъ какими-либо формами болѣзней.

CLIII. О цынгѣ въ Вятской губ. въ 1902 г. *).

А. С. Мануйлова **).

Вслѣдствіе неурожая въ 1901 г. съ января 1902 г. въ

*) Сообщено въ Обществѣ охраненія народнаго здравія въ Петербургѣ 25/х 1902 г.

**) Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

Вятской губ. появилась эпидемія цынги съ немалымъ числомъ смертныхъ случаевъ.

По свѣдѣніямъ губернскаго статистическаго Комитета недоборъ зерна, потребнаго на продовольствіе, кормъ и обсѣмененіе въ 1901 г., превышалъ 18000000 пуд. и распространился на всѣ уѣзды, за исключеніемъ Котельническаго. Въ общемъ сборъ хлѣбовъ въ 1901 г. не достигалъ и $^2/_3$ обычнаго. Недородъ распространился также и на овощи. Сборъ сѣна по губерніи составлялъ $^2/_3$ обычнаго, а для нѣкоторыхъ уѣздовъ—только $^1/_3$. Употребленіе соломы, какъ топлива, сократило находившіяся въ рукахъ населенія кормовыя средства; крайняя нужда населенія еще болѣе усилилась вслѣдствіе падежа скота.

На помощь населенію для борьбы съ цынгой пришли: Вятское Земство, откомандировавшее эпидемическихъ врачей, фельдшеровъ и фельдшерицъ и устроивъ цынготныя больнички, главное Управленіе Общества Краснаго Креста и мѣстное его Отдѣленіе, открывшее рядъ столовыхъ для продовольственной помощи и откомандировавшее сестеръ милосердія изъ Вятской Общины въ распоряженіе земскихъ врачей.

Помимо Земства и Краснаго Креста, существенную поддержку оказало Министерство внутреннихъ дѣлъ, израсходовавъ на продовольствіе 2.799000 пуд. зерна и 1839000 пуд. на обсѣмененіе. По просьбѣ Вятскаго губернатора, въ началѣ іюня 1902 г. главнымъ Управленіемъ Краснаго Креста былъ командированъ отрядъ для борьбы съ эпидеміей цынги въ составѣ 2 врачей, 6 сестеръ милосердія и 8 ученыхъ сидѣлокъ (изъ школы при Общинѣ ген. Кауфмана). Отрядъ этотъ былъ поставленъ въ нѣсколько исключительныя условія работы вслѣдствіе присутствія инородческаго населенія (главнымъ образомъ вотяковъ) въ Глазовскомъ и Слободскомъ уѣздахъ. Населеніе этихъ уѣздовъ состоитъ, кромѣ русскихъ, изъ вотяковъ, татаръ, пермяковъ и бесермянъ, при чемъ въ Глазовскомъ уѣздѣ на 218114 русскихъ насчитывается 157412 вотяковъ, а въ Слободскомъ на 211391 русскихъ 6110 вотяковъ.

Среди вотяковъ вышеназванныхъ уѣздовъ главнымъ образомъ и вспыхнула цынготная эпидемія.

Чтобы судить о ходѣ ея въ 1902 г., приведу цифровыя данныя, любезно предоставленныя мнѣ Вятскимъ губернскимъ врачебнымъ инспекторомъ д-ромъ *Владимірскимъ:*

въ январѣ	было . .	8 цынготныхъ,
» февралѣ	» . .	34.
» мартѣ	» . . .	542,
» апрѣлѣ	» . . .	1921,
» маѣ	» . . .	5836,
» іюнѣ	» . . .	2793,
» іюлѣ	» . . .	174,
» августѣ	» . . .	15.

Больше всего больныхъ цынгой было въ Глазовскомъ и Слободскомъ уѣздахъ. Свѣдѣнія о числѣ больныхъ не могли отличаться достаточной точностью, такъ какъ земскіе участки—очень велики и земскимъ врачамъ эта статистическая работа была не подъ силу, а врачей эпидемическихъ приглашено слишкомъ мало.

Изъ этихъ цифровыхъ данныхъ видно, что съ января до мая число цынготныхъ больныхъ росло, достигнувъ въ маѣ наибольшей цифры, а затѣмъ замѣчается быстрое паденіе заболѣваемости. Для выясненія этіологіи цынги обстоятельство это заслуживаетъ нѣкотораго вниманія.

Помимо голоданія, на развитіе эпидеміи имѣло, по видимому, пагубное дѣйствіе зимнее время, когда крестьяне принуждены были оставаться въ своихъ грязныхъ, душныхъ помѣщеніяхъ вмѣстѣ съ домашними животными. Недостатокъ чистаго воздуха, свѣта, физическаго труда и другія негигіеническія условія жизни въ связи съ голоданіемъ, очевидно, и подготовили цынготную эпидемію. Холодная весна съ большимъ количествомъ осадковъ также благопріятствовала развитію эпидеміи. За то съ появленіемъ теплыхъ, свѣтлыхъ лѣтнихъ дней эпидемія стала быстро ослабѣвать, а полевыя работы дали возможность окрѣпнуть организму послѣ вынужденной зимней бездѣятельности. Само собою разумѣется, что подоспѣвшая вовремя помощь, какъ экономическая, такъ и спеціально врачебная, главнымъ образомъ способствовали прекращенію эпидеміи.

Интересно сопоставить цифровыя данныя по заболѣваемости брюшнымъ и сыпнымъ тифомъ за тоже время.

Какъ извѣстно, покойный проф. *Ѳ. И. Пастернацкій*, д-ръ *Вишневскій* и др. въ свое время указывали на связь между тифами и цынгой, при чемъ проф. *Пастернацкій* устанавливалъ этіологическую, клиническую и даже патолого-анатомическую зависимость этихъ болѣзней.

Вотъ эти цифры для Вятской губ. въ 1902 г.:

	брюшной тифъ.	сыпной.	оба тифа.
январь	223	236	459
февраль . . .	174	269	443
мартъ	223	295	518
апрѣль.	126	288	414
май.	150	363	513
іюнь	110	287	397
іюль	85	88	173
августъ	450	87	537

Здѣсь, за исключеніемъ августа, замѣчается тоже явленіе, что и съ цынгой, съ небольшими отступленіями: до конца мая тифозная эпидемія ростетъ, временами ослабѣвая, а съ іюня начинается быстрое уменьшеніе заболѣваемости. Не входя въ подробное объясненіе причинъ появленія и прекращенія тифозной эпидеміи, я думаю, что и здѣсь играли роль тѣже условія, на которыя я указывалъ, когда говорилъ объ эпидеміи цынги.

Для сравненія приведу еще таблицы д-ровъ *Выходцева* и *Благовидова* [2]) о заболѣваемости цынгой и тифомъ въ Самарской и Симбирской губ. за 1898—1899 гг.

Самарская губ.

	цынга.	брюшной тифъ.	сыпной.
февраль . .	4250	188	0
мартъ . . .	9773	23	1
апрѣль	20212	177	51
май	27939	531	61
іюнь . . .	14826	335	7

Симбирская губ. 1899 г.

январь	85
февраль . . .	1174
мартъ	5010
апрѣль	11870
май	5740
іюнь	630
іюль	82

Помимо цынготной и тифозной эпидемій, въ голодавшихъ уѣздахъ Вятской губ. обращало на себя вниманіе огромное число больныхъ съ крайнимъ упадкомъ питанія, истощенныхъ, малокровныхъ, а также съ болѣзнями желудочно-кишечнаго пути. Всѣ эти заболѣванія развивались безусловно на почвѣ недоѣданія и служили какъ бы предвѣстниками цынги, появившись гораздо раньше ея; они продолжали, впрочемъ, существовать и въ то время, когда цынготная эпидемія уже почти совсѣмъ прекратилась.

Я уже упоминалъ, что цынготная эпидемія находила себѣ жертвы главнымъ образомъ среди вотяковъ. Несомнѣнно, что, помимо голоданія, въ этомъ отношеніи оказывали свое вліяніе тѣ крайнія условія некультурности, среди которыхъ живетъ эта вымирающая народность. У нихъ чрезвычайно распространены глазныя заболѣванія, нерѣдко заканчивающіяся полной слѣпотой, болѣзни кожи и сифилисъ. Заболѣваемость дѣтей в. высокая. Въ баню вотякъ ходитъ рѣдко и моется въ ней холодной водой и безъ мыла. Попутно скажу нѣсколько словъ объ отношеніи вотяковъ къ медицинской помощи. Сначала они отнеслись къ ней съ недовѣріемъ. Были случаи, когда они даже прятали больныхъ, но затѣмъ привыкли къ нимъ и стали охотно обращаться въ больницы. Огромный наплывъ желающихъ лечь въ больницу вынуждалъ принимать лишь наиболѣе тяжелыхъ и изъ отдаленныхъ деревень, а мѣстныхъ жителей или съ легкими заболѣваніями лѣчить на дому и амбуляторно. Въ силу необходимости мы клали въ цынготныя больнички и другихъ больныхъ (малокровныхъ, почечныхъ, сердечныхъ и др.), и, не смотря на полное общеніе между всѣми ними, не наблюдали ни одного случая зараженія цынгой. Я останавливаюсь на этомъ обстоятельствѣ потому, что покойный проф. *А. П. Доброславинъ, Л. Б. Бертенсонъ* и др. считали возможной передачу цынги отъ одного лица другому. Изъ медицинскаго персонала тоже никто не заболѣлъ цынгою, между тѣмъ какъ д-ръ *Выходцевъ* приводитъ 16 случаевъ заболѣванія ею среди персонала Краснаго Креста, работавшаго въ Самарской губ. въ 1898—1899 гг. Разумѣется, я далекъ отъ мысли отрицать на основаніи своихъ наблюденій заразный характеръ этой болѣзни и лишь отмѣчаю то, что видѣлъ.

Въ виду наступившаго страднаго времени многихъ больныхъ не удалось довести до окончательнаго выздоровленія, такъ какъ они торопились выписаться, чтобы принять участіе въ полевыхъ работахъ. Серьезной помощью населенію явился амбуляторный пріемъ, открытый отрядомъ на всѣхъ пунктахъ. Не смотря на близость постоянныхъ фельдшерскихъ пунктовъ, потребность въ медицинской помощи была такъ велика, что даже въ рабочіе дни больныхъ на амбуляторномъ пріемѣ бывало до 80 чел. Больные пріѣзжали за 40 и болѣе верстъ, нерѣдко изъ смежныхъ уѣздовъ. Тѣ, кого нельзя было принять въ больницы, за недостаткомъ въ нихъ мѣстъ, помѣщались на время въ той-же деревнѣ и посѣщали амбуляторію, получая пищу изъ мѣстной столовой или изъ больницы.

Въ продолжительности цынги замѣчались большія колебанія: одни больные при хорошемъ питаніи и соотвѣтствующемъ лѣченіи выздоравливали дов. быстро; другіе оставались въ постели по цѣлымъ мѣсяцамъ и поправлялись постепенно; третьи, пролежавъ нѣсколько мѣсяцевъ, умирали отъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ или отъ міокардита при явленіяхъ паралича сердца. Упорнѣе всего держались кровоизліянія въ ногахъ (подъ кожей, въ мышцахъ и т. д.). Не смотря на частые отеки, бѣлка въ мочѣ не встрѣчалось.

Возрастъ больныхъ колебался въ очень широкихъ размѣрахъ—отъ 16 до 70 л. До 10 лѣтъ заболѣванія были

болѣе позднемъ возрастѣ относятся обыкновенно къ разряду врожденныхъ уклоненій отъ нормы [1]). Къ сожалѣнію, въ краткомъ очеркѣ я не имѣю возможности перечислить тотъ многочисленный рядъ патологическихъ процессовъ въ половой сферѣ, который имѣетъ своимъ источникомъ неправильную жизнь женскаго организма въ дѣтствѣ. Это собственно и не входитъ въ программу моего доклада. И если я позволяю себѣ остановиться на этомъ вопросѣ, то исключительно съ цѣлью обратить вниманіе на крайнюю необходимость гинекологическаго надзора въ дѣтскомъ возрастѣ. Намѣтить размѣры этого надзора пока очень трудно; дѣло это безусловно новое; но нельзя сомнѣваться, что поле дѣятельности для гинеколога здѣсь—очень обширное, а характеръ дѣятельности своеобразный, можетъ быть, не вполнѣ привычный для клинициста. Это въ полномъ значеніи слова—санитарная гинекологія, захватывающая въ свои руки большой уголокъ изъ обширнаго района, занятаго общественной медициной. Если общественный врачъ, борющійся съ неблагопріятными общими, крайне сложными и крайне многочисленными условіями современной жизни, имѣетъ передъ собой цѣли предохранительныя и заботится не только о предупрежденіи заболѣваній, но и о томъ, чтобы создавать крѣпкіе и духомъ и тѣломъ организмы людей, то тѣмъ болѣе близки должны быть эти цѣли врачу-гинекологу въ его стремленіи имѣть въ населеніи здоровую мать, жену, сестру и вообще трудоспособную женщину. Борьба гинеколога должна направляться собственно противъ тѣхъ-же неблагопріятныхъ общихъ условій жизни, съ какими борется и общественный врачъ. Эти условія на организмъ дѣвочки дѣйствуютъ, несомнѣнно, гораздо сильнѣе, чѣмъ на какой-либо другой организмъ, въ виду существованія у дѣвочекъ сложнаго полового прибора и въ виду важнаго значенія дѣятельности этого прибора въ экономіи всего организма, а также въ виду нѣкоторой, сравнительно болѣе выраженной нѣжности, слабости и хрупкости женскаго организма. Въ ряду этихъ неблагопріятныхъ условій, кромѣ указанныхъ выше, надо на первомъ мѣстѣ поставить всѣ погрѣшности противъ требованій гигіэны въ питаніи, одеждѣ, жилищѣ, вообще въ обстановкѣ и занятіяхъ. У насъ въ Россіи, кромѣ тяжелаго труда, о которомъ отчасти уже было говорено, обычное явленіе—недостатокъ питанія, плохія жилища, въ смыслѣ отсутствія чистаго воздуха и достаточнаго свѣта и тепла, и плохая одежда. Все это начинаетъ окружать организмъ дѣвочки съ первыхъ дней ея жизни, и только единичныя личности выходятъ изъ такой обстановки закаленными, громадное-же большинство, подвергаясь вліянію перечисленныхъ причинъ, выростаетъ въ концѣ концовъ или съ хилыми, или съ уродливыми половыми органами. Понятно, что такіе половые органы не вполнѣ способны противустоять какимъ-либо менѣе постояннымъ вліяніямъ, напр. зараженію. О томъ, что общія заразныя заболѣванія сильно распространены въ дѣтскомъ возрастѣ, говорить не приходится; но заслуживаетъ отмѣтки очень важный фактъ, къ сожалѣнію, еще мало изученный,—фактъ неблагопріятнаго вліянія общихъ заразныхъ заболѣваній на половые органы, а именно на слизистую оболочку полового канала и на яичники (что уже подмѣчено), а также на клѣтчатку таза и связки половыхъ частей (чего слѣдуетъ ожидать на основаніи теоретическихъ соображеній). Это вліяніе сказывается функціональными разстройствами въ дѣятельности половыхъ органовъ и отклоненіями въ анатомическихъ особенностяхъ ихъ. Борьба съ заразными болѣзнями въ дѣтскомъ возрастѣ, съ точки зрѣнія гинеколога, должна пріобрѣсти интересъ не столько въ смыслѣ борьбы со смертью, сколько въ смыслѣ борьбы съ неполнымъ выздоровленіемъ и съ послѣдствіями болѣзни. Я не останавливаюсь здѣсь пока на перелоѣ, представляющемъ изъ себя настолько серьезное и распространенное этіологическое условіе для большинства женскихъ заболѣваній, что разсмотрѣнію его слѣдуетъ посвятить особую главу. Но зло перелойнаго зараженія начинаетъ преслѣдовать женщину съ самыхъ первыхъ часовъ ея жизни. Большинство случаевъ зараженія перелоемъ въ дѣтствѣ проходитъ незамѣченнымъ, и намъ приходится встрѣчаться лишь со слѣдами его въ болѣе позднемъ возрастѣ. Изъ имѣющихся у меня цифръ видно, что на все число дѣтей, обращающихся въ амбуляторіи, вульво-вагинитами (которые почти всѣ перелойнаго происхожденія) страдаетъ 0,15%—0,2%. Надо думать, что на половые органы дѣвочекъ обращается очень мало вниманія воспитателями и врачами. Извѣстная доля больныхъ дѣвочекъ скрываетъ свои страданія, исходящія изъ половой сферы. Странно въ самомъ дѣлѣ, что изъ заболѣваній этихъ органовъ въ дѣтскомъ возрастѣ въ отчетахъ больницъ значатся исключительно только вульво-вагиниты, при чемъ сущность страданія, размѣры пораженія и этіологія его оставляются неизслѣдованными. Это, впрочемъ, объясняется отчасти тѣмъ, что дѣло лѣченія гинекологическихъ заболѣваній у дѣвочекъ находится всецѣло въ рукахъ педіатровъ, которые, конечно, не имѣютъ особой склонности къ разработкѣ несомнѣнно трудныхъ вопросовъ о способахъ изслѣдованія и терапіи болѣзней половыхъ органовъ въ маленькомъ, не сложившемся организмѣ. Если такъ неудовлетворительно стоитъ дѣло лѣченія и изученія гинекологическихъ заболѣваній у дѣвочекъ, то въ еще болѣе печальномъ положеніи находится дѣло предохраненія отъ этихъ заболѣваній. Уже изъ перечисленія этіологическихъ условій этихъ заболѣваній явствуетъ, что противъ нихъ, въ общей массѣ представляющихъ изъ себя лишь общія неудовлетворительныя условія русской жизни, не только никакихъ широкихъ мѣропріятій мы не примѣняемъ, но и положительно безсильны при современной обстановкѣ предпринять что либо существенное. Какъ ни какъ, а въ корнѣ всѣхъ этихъ этіологическихъ условій лежатъ некультурность, экономическая безпомощность и отсутствіе самодѣятельности въ населеніи, т. е. такія условія, борьба съ которыми равносильна развязыванію Гордіева узла. Въ болѣе благопріятномъ положеніи стоитъ дѣло предупрежденія женскихъ болѣзней путемъ врачебнаго надзора надъ физическимъ развитіемъ дѣвочекъ въ учебныхъ заведеніяхъ. Въ виду многихъ вредныхъ сторонъ школьной жизни и въ виду постепеннаго распространенія въ Россіи школьнаго образованія, этотъ надзоръ пріобрѣтаетъ въ наше время громадное значеніе. Къ сожалѣнію, надзоръ этотъ все еще недостаточно организованъ, именно по отношенію къ половымъ органамъ. Однимъ изъ тормазовъ является здѣсь недостатокъ женщинъ-врачей, для которыхъ только и доступенъ этотъ надзоръ въ самыхъ сокровенныхъ и самыхъ серьезныхъ его частяхъ. Въ настоящее время въ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ не примѣняется систематически никакихъ гигіэническихъ мѣръ по отношенію къ половымъ органамъ, въ особенности въ періодъ наступленія половой зрѣлости. Въ женскихъ институтахъ, напр., насколько мнѣ извѣстно, все дѣло предохраненія отъ болѣзней половыхъ органовъ ограничивается обмываніемъ наружныхъ половыхъ частей во время мѣсячныхъ. Рядомъ съ этимъ оставляются безъ вниманія такія безусловно вредныя условія, какъ продолжительное и повторное, въ особенности при разныхъ физическихъ напряженіяхъ, переполненіе мочевого пузыря, запоры, усиленныя умственныя занятія (экзамены) во время мѣсячныхъ и т. далѣе. Я не говорю уже о безпечности къ вопросу о раннемъ бракѣ и къ другимъ погрѣшностямъ противъ правилъ гигіэны болѣе общаго характера (корсеты, сидячая жизнь, неправильный режимъ и пр.).

(Окончаніе слѣдуетъ).

[1]) Въ 1876 г. во время призыва на военную службу почти $^1/_5$ явившихся оказались больными. Изъ этого числа 70% страдали отъ дурного ухода въ дѣтствѣ. Надо думать, что и въ средѣ женщинъ дурной уходъ въ дѣтствѣ даетъ не меньшій % страдающихъ какими-либо формами болѣзней.

CLIII. О цынгѣ въ Вятской губ. въ 1902 г. *).

А. С. Мануйлова **).

Вслѣдствіе неурожая въ 1901 г. съ января 1902 г. въ

*) Сообщено въ Обществѣ охраненія народнаго здравія въ Петербургѣ 25/x 1902 г.

**) Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

Вятской губ. появилась эпидемія цынги съ немалымъ числомъ смертныхъ случаевъ.

По свѣдѣніямъ губернскаго статистическаго Комитета недоборъ зерна, потребнаго на продовольствіе, кормъ и обсѣмененіе въ 1901 г., превышалъ 18000000 пуд. и распространился на всѣ уѣзды, за исключеніемъ Котельническаго. Въ общемъ сборъ хлѣбовъ въ 1901 г. не достигалъ и $^2/_3$ обычнаго. Недородъ распространился также и на овощи. Сборъ сѣна по губерніи составлялъ $^2/_3$ обычнаго, а для нѣкоторыхъ уѣздовъ—только $^1/_3$. Употребленіе соломы, какъ топлива, сократило находившіяся въ рукахъ населенія кормовыя средства; крайняя нужда населенія еще болѣе усилилась вслѣдствіе падежа скота.

На помощь населенію для борьбы съ цынгой пришли: Вятское Земство, откомандировавшее эпидемическихъ врачей, фельдшеровъ и фельдшерицъ и устроивъ цынготныя больнички, главное Управленіе Общества Краснаго Креста и мѣстное его Отдѣленіе, открывшее рядъ столовыхъ для продовольственной помощи и откомандировавшее сестеръ милосердія изъ Вятской Общины въ распоряженіе земскихъ врачей.

Помимо Земства и Краснаго Креста, существенную поддержку оказало Министерство внутреннихъ дѣлъ, израсходовавъ на продовольствіе 2.799000 пуд. зерна и 1839000 пуд. на обсѣмененіе. По просьбѣ Вятскаго губернатора, въ началѣ іюня 1902 г. главнымъ Управленіемъ Краснаго Креста былъ командированъ отрядъ для борьбы съ эпидеміей цынги въ составѣ 2 врачей, 6 сестеръ милосердія и 8 ученыхъ сидѣлокъ (изъ школы при Общинѣ ген. Кауфмана). Отрядъ этотъ былъ поставленъ въ нѣсколько исключительныя условія работы вслѣдствіе присутствія инородческаго населенія (главнымъ образомъ вотяковъ) въ Глазовскомъ и Слободскомъ уѣздахъ. Населеніе этихъ уѣздовъ состоитъ, кромѣ русскихъ, изъ вотяковъ, татаръ, пермяковъ и бесермянъ, при чемъ въ Глазовскомъ уѣздѣ на 218114 русскихъ насчитывается 157412 вотяковъ, а въ Слободскомъ на 211391 русскихъ 6110 вотяковъ.

Среди вотяковъ вышеназванныхъ уѣздовъ главнымъ образомъ и вспыхнула цынготная эпидемія.

Чтобы судить о ходѣ ея въ 1902 г., приведу цифровыя данныя, любезно предоставленныя мнѣ Вятскимъ губернскимъ врачебнымъ инспекторомъ д-ромъ *Владимірскимъ:*

въ январѣ	было . .	8 цынготныхъ,
» февралѣ	» . .	34.
» мартѣ	» . . .	542,
» апрѣлѣ	» . . .	1921.
» маѣ	» . . .	5836,
» іюнѣ	» . . .	2793,
» іюлѣ	» . . .	174,
» августѣ	» . . .	15.

Больше всего больныхъ цынгой было въ Глазовскомъ и Слободскомъ уѣздахъ. Свѣдѣнія о числѣ больныхъ не могли отличаться достаточной точностью, такъ какъ земскіе участки—очень велики и земскимъ врачамъ эта статистическая работа была не подъ силу, а врачей эпидемическихъ приглашено слишкомъ мало.

Изъ этихъ цифровыхъ данныхъ видно, что съ января до мая число цынготныхъ больныхъ росло, достигнувъ въ маѣ наибольшей цифры, а затѣмъ замѣчается быстрое паденіе заболѣваемости. Для выясненія этіологіи цынги обстоятельство это заслуживаетъ нѣкотораго вниманія.

Помимо голоданія, на развитіе эпидеміи имѣло, по видимому, пагубное дѣйствіе зимнее время, когда крестьяне принуждены были оставаться въ своихъ грязныхъ, душныхъ помѣщеніяхъ вмѣстѣ съ домашними животными. Недостатокъ чистаго воздуха, свѣта, физическаго труда и другія негигіеническія условія жизни въ связи съ голоданіемъ, очевидно, и подготовили цынготную эпидемію. Холодная весна съ большимъ количествомъ осадковъ также благопріятствовала развитію эпидеміи. За то съ появленіемъ теплыхъ, свѣтлыхъ лѣтнихъ дней эпидемія стала быстро ослабѣвать, а полевыя работы дали возможность окрѣпнуть организму послѣ вынужденной зимней бездѣятельности. Само собою разумѣется, что подоспѣвшая вовремя помощь, какъ экономическая, такъ и спеціально врачебная, главнымъ образомъ способствовали прекращенію эпидеміи.

Интересно сопоставить цифровыя данныя по заболѣваемости брюшнымъ и сыпнымъ тифомъ за тоже время.

Какъ извѣстно, покойный проф. *Ѳ. И. Пастернацкій*, д-ръ *Вишневскій* и др. въ свое время указывали на связь между тифами и цынгой, при чемъ проф. *Пастернацкій* устанавливалъ этіологическую, клиническую и даже патолого-анатомическую зависимость этихъ болѣзней.

Вотъ эти цифры для Вятской губ. въ 1902 г.:

	брюшной тифъ.	сыпной.	оба тифа.
январь	223	236	459
февраль . . .	174	269	443
мартъ	223	295	518
апрѣль.	126	288	414
май.	150	363	513
іюнь	110	287	397
іюль	85	88	173
августъ	450	87	537

Здѣсь, за исключеніемъ августа, замѣчается тоже явленіе, что и съ цынгой, съ небольшими отступленіями: до конца мая тифозная эпидемія ростетъ, временами ослабѣвая, а съ іюня начинается быстрое уменьшеніе заболѣваемости. Не входя въ подробное объясненіе причинъ появленія и прекращенія тифозной эпидеміи, я думаю, что и здѣсь играли роль тѣже условія, на которыя я указывалъ, когда говорилъ объ эпидеміи цынги.

Для сравненія приведу еще таблицы д-ровъ *Выходцева* и *Благовидова* [2]) о заболѣваемости цынгой и тифомъ въ Самарской и Симбирской губ. за 1898—1899 гг.

Самарская губ.

	цынга.	брюшной тифъ.	сыпной.
февраль . . .	4250	188	0
мартъ . . .	9773	23	1
апрѣль	20212	177	51
май	27939	531	61
іюнь	14826	335	7

Симбирская губ. 1899 г.

январь	85
февраль . . .	1174
мартъ	5010
апрѣль	11870
май	5740
іюнь	630
іюль	82

Помимо цынготной и тифозной эпидемій, въ голодавшихъ уѣздахъ Вятской губ. обращало на себя вниманіе огромное число больныхъ съ крайнимъ упадкомъ питанія, истощенныхъ, малокровныхъ, а также съ болѣзнями желудочно-кишечнаго пути. Всѣ эти заболѣванія развивались безусловно на почвѣ недоѣданія и служили какъ бы предвѣстниками цынги, появившись гораздо раньше ея; они продолжали, впрочемъ, существовать и въ то время, когда цынготная эпидемія уже почти совсѣмъ прекратилась.

Я уже упоминалъ, что цынготная эпидемія находила себѣ жертвы главнымъ образомъ среди вотяковъ. Несомнѣнно, что, помимо голоданія, въ этомъ отношеніи оказывали свое вліяніе тѣ крайнія условія некультурности, среди которыхъ живетъ эта вымирающая народность. У нихъ чрезвычайно распространены глазныя заболѣванія, нерѣдко заканчивающіяся полной слѣпотой, болѣзни кожи и сифилисъ. Заболѣваемость дѣтей в. высокая. Въ баню вотякъ ходитъ рѣдко и моется въ ней холодной водой и безъ мыла. Попутно скажу нѣсколько словъ объ отношеніи вотяковъ къ медицинской помощи. Сначала они отнеслись къ ней съ недовѣріемъ. Были случаи, когда они даже прятали больныхъ, но затѣмъ привыкли къ нимъ и стали охотно обращаться въ больницы. Огромный наплывъ желающихъ лечь въ больницу вынуждалъ принимать лишь наиболѣе тяжелыхъ и изъ отдаленныхъ деревень, а мѣстныхъ жителей или съ легкими заболѣваніями лѣчить на дому и амбуляторно. Въ силу необходимости мы клали въ цынготныя больнички и другихъ больныхъ (малокровныхъ, почечныхъ, сердечныхъ и др.), и, не смотря на полное общеніе между всѣми ними, не наблюдали ни одного случая зараженія цынгой. Я останавливаюсь на этомъ обстоятельствѣ потому, что покойный проф. *А. П. Доброславинъ, Л. Б. Бертенсонъ* и др. считали возможной передачу цынги отъ одного лица другому. Изъ медицинскаго персонала тоже никто не заболѣлъ цынгою, между тѣмъ какъ д-ръ *Выходцевъ* приводитъ 16 случаевъ заболѣванія ею среди персонала Краснаго Креста, работавшаго въ Самарской губ. въ 1898—1899 гг. Разумѣется, я далекъ отъ мысли отрицать на основаніи своихъ наблюденій заразный характеръ этой болѣзни и лишь отмѣчаю то, что видѣлъ.

Въ виду наступившаго страднаго времени многихъ больныхъ не удалось довести до окончательнаго выздоровленія, такъ какъ они торопились выписаться, чтобы принять участіе въ полевыхъ работахъ. Серьезной помощью населенію явился амбуляторный пріемъ, открытый отрядомъ на всѣхъ пунктахъ. Не смотря на близость постоянныхъ фельдшерскихъ пунктовъ, потребность въ медицинской помощи была такъ велика, что даже въ рабочіе дни больныхъ на амбуляторномъ пріемѣ бывало до 80 чел. Больные пріѣзжали за 40 и болѣе верстъ, нерѣдко изъ смежныхъ уѣздовъ. Тѣ, кого нельзя было принять въ больницы, за недостаткомъ въ нихъ мѣстъ, помѣщались на время въ той-же деревнѣ и посѣщали амбуляторію, получая пищу изъ мѣстной столовой или изъ больницы.

Въ продолжительности цынги замѣчались большія колебанія: одни больные при хорошемъ питаніи и соотвѣтствующемъ лѣченіи выздоравливали дов. быстро; другіе оставались въ постели по цѣлымъ мѣсяцамъ и поправлялись постепенно; третьи, пролежавъ нѣсколько мѣсяцевъ, умирали отъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ или отъ міокардита при явленіяхъ паралича сердца. Упорнѣе всего держались кровоизліянія въ ногахъ (подъ кожей, въ мышцахъ и т. д.). Не смотря на частые отеки, бѣлка въ мочѣ не встрѣчалось.

Возрастъ больныхъ колебался въ очень широкихъ размѣрахъ—отъ 16 до 70 л. До 10 лѣтъ заболѣванія были

болѣе позднемъ возрастѣ относятся обыкновенно къ разряду врожденныхъ уклоненій отъ нормы [1]). Къ сожалѣнію, въ краткомъ очеркѣ я не имѣю возможности перечислять тотъ многочисленный рядъ патологическихъ процессовъ въ половой сферѣ, который имѣетъ своимъ источникомъ неправильную жизнь женскаго организма въ дѣтствѣ. Это собственно и не входитъ въ программу моего доклада. И если я позволяю себѣ остановиться на этомъ вопросѣ, то исключительно съ цѣлью обратить вниманіе на крайнюю необходимость гинекологическаго надзора въ дѣтскомъ возрастѣ. Намѣтить размѣры этого надзора пока очень трудно; дѣло это безусловно новое; но нельзя сомнѣваться, что поле дѣятельности для гинеколога здѣсь—очень обширное, а характеръ дѣятельности своеобразный, можетъ быть, не вполнѣ привычный для клинициста. Это въ полномъ значеніи слова—санитарная гинекологія, захватывающая въ свои руки большой уголокъ изъ обширнаго района, занятаго общественной медициной. Если общественный врачъ, борющійся съ неблагопріятными общими, крайне сложными и крайне многочисленными условіями современной жизни, имѣетъ передъ собой цѣли предохранительныя и заботится не только о предупрежденіи заболѣваній, но и о томъ, чтобы создавать крѣпкіе и духомъ и тѣломъ организмы людей, то тѣмъ болѣе близки должны быть эти цѣли врачу-гинекологу въ его стремленіи имѣть въ населеніи здоровую мать, жену, сестру и вообще трудоспособную женщину. Борьба гинеколога должна направляться собственно противъ тѣхъ-же неблагопріятныхъ общихъ условій жизни, съ какими борется и общественный врачъ. Эти условія на организмъ дѣвочки дѣйствуютъ, несомнѣнно, гораздо сильнѣе, чѣмъ на какой-либо другой организмъ, въ виду существованія у дѣвочекъ сложнаго полового прибора и въ виду важнаго значенія дѣятельности этого прибора въ экономіи всего организма, а также въ виду нѣкоторой, сравнительно болѣе выраженной нѣжности, слабости и хрупкости женскаго организма. Въ ряду этихъ неблагопріятныхъ условій, кромѣ указанныхъ выше, надо на первомъ мѣстѣ поставить всѣ погрѣшности противъ требованій гигіены въ питаніи, одеждѣ, жилищѣ, вообще въ обстановкѣ и занятіяхъ. У насъ въ Россіи, кромѣ тяжелаго труда, о которомъ отчасти уже было говорено, обычное явленіе—недостатокъ питанія, плохія жилища, въ смыслѣ отсутствія чистаго воздуха и достаточнаго свѣта и тепла, и плохая одежда. Все это начинаетъ окружать организмъ дѣвочки съ первыхъ дней ея жизни, и только единичныя личности выходятъ изъ такой обстановки закаленными, громадное-же большинство, подвергаясь вліянію перечисленныхъ причинъ, выростаетъ въ концѣ концовъ или съ хилыми, или съ уродливыми половыми органами. Понятно, что такіе половые органы не вполнѣ способны противустоять какимъ-либо менѣе постояннымъ вліяніямъ, напр. зараженію. О томъ, что общія заразныя заболѣванія сильно распространены въ дѣтскомъ возрастѣ, говорить не приходится; но заслуживаетъ отмѣтки очень важный фактъ, къ сожалѣнію, еще мало изученный,—фактъ неблагопріятнаго вліянія общихъ заразныхъ заболѣваній на половые органы, а именно на слизистую оболочку полового канала и на яичники (что уже подмѣчено), а также на клѣтчатку таза и связки половыхъ частей (чего слѣдуетъ ожидать на основаніи теоретическихъ соображеній). Это вліяніе сказывается функціональными разстройствами въ дѣятельности половыхъ органовъ и отклоненіями въ анатомическихъ особенностяхъ ихъ. Борьба съ заразными болѣзнями въ дѣтскомъ возрастѣ, съ точки зрѣнія гинеколога, должна пріобрѣсти интересъ не столько въ смыслѣ борьбы со смертью, сколько въ смыслѣ борьбы съ неполнымъ выздоровленіемъ и съ послѣдствіями болѣзни. Я не останавливаюсь здѣсь пока на перелоѣ, представляющемъ изъ себя настолько серьезное и распространенное этіологическое условіе для большинства женскихъ заболѣваній, что разсмотрѣнію его слѣдуетъ посвятить особую главу. Но зло перелойнаго зараженія начинаетъ преслѣдовать женщину съ самыхъ первыхъ часовъ ея жизни. Большинство случаевъ зараженія перелоемъ въ дѣтствѣ проходитъ незамѣченнымъ, и намъ приходится встрѣчаться лишь со слѣдами его въ болѣе позднемъ возрастѣ. Изъ имѣющихся у меня цифръ видно, что на все число дѣтей, обращающихся въ амбуляторіи, вульво-вагинитами (которые почти всѣ перелойнаго происхожденія) страдаетъ 0,15%—0,2%. Надо думать, что на половые органы дѣвочекъ обращается очень мало вниманія воспитателями и врачами. Извѣстная доля больныхъ дѣвочекъ скрываетъ свои страданія, исходящія изъ половой сферы. Странно въ самомъ дѣлѣ, что изъ заболѣваній этихъ органовъ въ дѣтскомъ возрастѣ въ отчетахъ больницъ значатся исключительно только вульво-вагиниты, при чемъ сущность страданія, размѣры пораженія и этіологія его оставляются неизслѣдованными. Это, впрочемъ, объясняется отчасти тѣмъ, что дѣло лѣченія гинекологическихъ заболѣваній у дѣвочекъ находится всецѣло въ рукахъ педіатровъ, которые, конечно, не имѣютъ особой склонности къ разработкѣ несомнѣнно трудныхъ вопросовъ о способахъ изслѣдованія и терапіи болѣзней половыхъ органовъ въ маленькомъ, не сложившемся организмѣ. Если такъ неудовлетворительно стоитъ дѣло лѣченія и изученія гинекологическихъ заболѣваній у дѣвочекъ, то въ еще болѣе печальномъ положеніи находится дѣло предохраненія отъ этихъ заболѣваній. Уже изъ перечисленія этіологическихъ условій этихъ заболѣваній явствуетъ, что противъ нихъ, въ общей массѣ представляющихъ изъ себя лишь общія неудовлетворительныя условія русской жизни, не только никакихъ широкихъ мѣропріятій мы не примѣняемъ, но и положительно безсильны при современной обстановкѣ предпринять что либо существенное. Какъ ни какъ, а въ корнѣ всѣхъ этихъ этіологическихъ условій лежатъ некультурность, экономическая безпомощность и отсутствіе самодѣятельности въ населеніи, т. е. такія условія, борьба съ которыми равносильна развязыванію Гордіева узла. Въ болѣе благопріятномъ положеніи стоитъ дѣло предупрежденія женскихъ болѣзней путемъ врачебнаго надзора надъ физическимъ развитіемъ дѣвочекъ въ учебныхъ заведеніяхъ. Въ виду многихъ вредныхъ сторонъ школьной жизни и въ виду постепеннаго распространенія въ Россіи школьнаго образованія, этотъ надзоръ пріобрѣтаетъ въ наше время громадное значеніе. Къ сожалѣнію, надзоръ этотъ все еще недостаточно организованъ, именно по отношенію къ половымъ органамъ. Однимъ изъ тормазовъ является здѣсь недостатокъ женщинъ-врачей, для которыхъ только и доступенъ этотъ надзоръ въ самыхъ сокровенныхъ и самыхъ серьезныхъ его частяхъ. Въ настоящее время въ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ не примѣняется систематически никакихъ гигіеническихъ мѣръ по отношенію къ половымъ органамъ, въ особенности въ періодъ наступленія половой зрѣлости. Въ женскихъ институтахъ, напр., насколько мнѣ извѣстно, все дѣло предохраненія отъ болѣзней половыхъ органовъ ограничивается обмываніемъ наружныхъ половыхъ частей во время мѣсячныхъ. Рядомъ съ этимъ оставляются безъ вниманія такія безусловно вредныя условія, какъ продолжительное и повторное, въ особенности при разныхъ физическихъ напряженіяхъ, переполненіе мочевого пузыря, запоры, усиленныя умственныя занятія (экзамены) во время мѣсячныхъ и т. далѣе. Я не говорю уже о безпечности къ вопросу о раннемъ бракѣ и къ другимъ погрѣшностямъ противъ правилъ гигіены болѣе общаго характера (корсеты, сидячая жизнь, неправильный режимъ и пр.).

(Окончаніе слѣдуетъ).

[1]) Въ 1876 г. во время призыва на военную службу почти $^1/_5$ явившихся оказались больными. Изъ этого числа 70% страдали отъ дурного ухода въ дѣтствѣ. Надо думать, что и въ средѣ женщинъ дурной уходъ въ дѣтствѣ даетъ не меньшій % страдающихъ какими-либо формами болѣзней.

CLIII. О цынгѣ въ Вятской губ. въ 1902 г. *).

А. С. Мануйлова **).

Вслѣдствіе неурожая въ 1901 г. съ января 1902 г. въ

*) Сообщено въ Обществѣ охраненія народнаго здравія въ Петербургѣ 25/x 1902 г.

**) Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

Вятской губ. появилась эпидемія цынги съ немалымъ числомъ смертныхъ случаевъ.

По свѣдѣніямъ губернскаго статистическаго Комитета недоборъ зерна, потребнаго на продовольствіе, кормъ и обсѣмененіе въ 1901 г., превышалъ 18000000 пуд. и распространился на всѣ уѣзды, за исключеніемъ Котельническаго. Въ общемъ сборъ хлѣбовъ въ 1901 г. не достигалъ и ²/₃ обычнаго. Недородъ распространился также и на овощи. Сборъ сѣна по губерніи составлялъ ²/₃ обычнаго, а для нѣкоторыхъ уѣздовъ—только ¹/₃. Употребленіе соломы, какъ топлива, сократило находившіяся въ рукахъ населенія кормовыя средства; крайняя нужда населенія еще болѣе усилилась вслѣдствіе падежа скота.

На помощь населенію для борьбы съ цынгой пришли: Вятское Земство, откомандировавшее эпидемическихъ врачей, фельдшеровъ и фельдшерицъ и устроивъ цынготныя больнички, главное Управленіе Общества Краснаго Креста и мѣстное его Отдѣленіе, открывшее рядъ столовыхъ для продовольственной помощи и откомандировавшее сестеръ милосердія изъ Вятской Общины въ распоряженіе земскихъ врачей.

Помимо Земства и Краснаго Креста, существенную поддержку оказало Министерство внутреннихъ дѣлъ, израсходовавъ на продовольствіе 2.799000 пуд. зерна и 1839000 пуд. на обсѣмененіе. По просьбѣ Вятскаго губернатора, въ началѣ іюня 1902 г. главнымъ Управленіемъ Краснаго Креста былъ командированъ отрядъ для борьбы съ эпидеміей цынги въ составѣ 2 врачей, 6 сестеръ милосердія и 8 ученыхъ сидѣлокъ (изъ школы при Общинѣ ген. Кауфмана). Отрядъ этотъ былъ поставленъ въ нѣсколько исключительныя условія работы вслѣдствіе присутствія инородческаго населенія (главнымъ образомъ вотяковъ) въ Глазовскомъ и Слободскомъ уѣздахъ. Населеніе этихъ уѣздовъ состоитъ, кромѣ русскихъ, изъ вотяковъ, татаръ, пермяковъ и бесермянъ, при чемъ въ Глазовскомъ уѣздѣ на 218114 русскихъ насчитывается 157412 вотяковъ, а въ Слободскомъ на 211391 русскихъ 6110 вотяковъ.

Среди вотяковъ вышеназванныхъ уѣздовъ главнымъ образомъ и вспыхнула цынготная эпидемія.

Чтобы судить о ходѣ ея въ 1902 г., приведу цифровыя данныя, любезно предоставленныя мнѣ Вятскимъ губернскимъ врачебнымъ инспекторомъ д-ромъ *Владимірскимъ:*

въ январѣ	было . .	8 цынготныхъ,
» февралѣ	» . .	34.
» мартѣ	» . . .	542,
» апрѣлѣ	» . . .	1921,
» маѣ	» . . .	5836,
» іюнѣ	» . . .	2793,
» іюлѣ	» . . .	174,
» августѣ	» . . .	15.

Больше всего больныхъ цынгой было въ Глазовскомъ и Слободскомъ уѣздахъ. Свѣдѣнія о числѣ больныхъ не могли отличаться достаточной точностью, такъ какъ земскіе участки—очень велики и земскимъ врачамъ эта статистическая работа была не подъ силу, а врачей эпидемическихъ приглашено слишкомъ мало.

Изъ этихъ цифровыхъ данныхъ видно, что съ января до мая число цынготныхъ больныхъ росло, достигнувъ въ маѣ наибольшей цифры, а затѣмъ замѣчается быстрое паденіе заболѣваемости. Для выясненія этіологіи цынги обстоятельство это заслуживаетъ нѣкотораго вниманія.

Помимо голоданія, на развитіе эпидеміи имѣло, по видимому, пагубное дѣйствіе зимнее время, когда крестьяне принуждены были оставаться въ своихъ грязныхъ, душныхъ помѣщеніяхъ вмѣстѣ съ домашними животными. Недостатокъ чистаго воздуха, свѣта, физическаго труда и другія негигіеническія условія жизни въ связи съ голоданіемъ, очевидно, и подготовили цынготную эпидемію. Холодная весна съ большимъ количествомъ осадковъ также благопріятствовала развитію эпидеміи. За то съ появленіемъ теплыхъ, свѣтлыхъ лѣтнихъ дней эпидемія стала быстро ослабѣвать, а полевыя работы дали возможность окрѣпнуть организму послѣ вынужденной зимней бездѣятельности. Само собою разумѣется, что подоспѣвшая вовремя помощь, какъ экономическая, такъ и спеціально врачебная, главнымъ образомъ способствовали прекращенію эпидеміи.

Интересно сопоставить цифровыя данныя по заболѣваемости брюшнымъ и сыпнымъ тифомъ за тоже время.

Какъ извѣстно, покойный проф. *Ѳ. И. Пастернацкій*, д-ръ *Вишневскій* и др. въ свое время указывали на связь между тифами и цынгой, при чемъ проф. *Пастернацкій* устанавливалъ этіологическую, клиническую и даже патолого-анатомическую зависимость этихъ болѣзней.

Вотъ эти цифры для Вятской губ. въ 1902 г.:

	брюшной тифъ.	сыпной.	оба тифа.
январь	223	236	459
февраль	174	269	443
мартъ	223	295	518
апрѣль	126	288	414
май	150	363	513
іюнь	110	287	397
іюль	85	88	173
августъ	450	87	537

Здѣсь, за исключеніемъ августа, замѣчается тоже явленіе, что и съ цынгой, съ небольшими отступленіями: до конца мая тифозная эпидемія ростетъ, временами ослабѣвая, а съ іюня начинается быстрое уменьшеніе заболѣваемости. Не входя въ подробное объясненіе причинъ появленія и прекращенія тифозной эпидеміи, я думаю, что и здѣсь играли роль тѣже условія, на которыя я указывалъ, когда говорилъ объ эпидеміи цынги.

Для сравненія приведу еще таблицы д-ровъ *Выходцева* и *Благовидова* [2]) о заболѣваемости цынгой и тифомъ въ Самарской и Симбирской губ. за 1898—1899 гг.

Самарская губ.

	цынга.	брюшной тифъ.	сыпной.
февраль	4250	188	0
мартъ	9773	23	1
апрѣль	20212	177	51
май	27939	531	61
іюнь	14826	335	7

Симбирская губ. 1899 г.

январь	85
февраль	1174
мартъ	5010
апрѣль	11870
май	5740
іюнь	630
іюль	82

Помимо цынготной и тифозной эпидемій, въ голодавшихъ уѣздахъ Вятской губ. обращало на себя вниманіе огромное число больныхъ съ крайнимъ упадкомъ питанія, истощенныхъ, малокровныхъ, а также съ болѣзнями желудочно-кишечнаго пути. Всѣ эти заболѣванія развивались безусловно на почвѣ недоѣданія и служили какъ бы предвѣстниками цынги, появившись гораздо раньше ея; они продолжали, впрочемъ, существовать и въ то время, когда цынготная эпидемія уже почти совсѣмъ прекратилась.

Я уже упоминалъ, что цынготная эпидемія находила себѣ жертвы главнымъ образомъ среди вотяковъ. Несомнѣнно, что, помимо голоданія, въ этомъ отношеніи оказывали свое вліяніе тѣ крайнія условія некультурности, среди которыхъ живетъ эта вымирающая народность. У нихъ чрезвычайно распространены глазныя заболѣванія, нерѣдко заканчивающіяся полной слѣпотой, болѣзни кожи и сифилисъ. Заболѣваемость дѣтей в. высокая. Въ баню вотякъ ходитъ рѣдко и моется въ ней холодной водой и безъ мыла. Попутно скажу нѣсколько словъ объ отношеніи вотяковъ къ медицинской помощи. Сначала они отнеслись къ ней съ недовѣріемъ. Были случаи, когда они даже прятали больныхъ, но затѣмъ привыкли къ нимъ и стали охотно обращаться въ больницы. Огромный наплывъ желающихъ лечь въ больницу вынуждалъ принимать лишь наиболѣе тяжелыхъ и изъ отдаленныхъ деревень, а мѣстныхъ жителей или съ легкими заболѣваніями лѣчить на дому и амбуляторно. Въ силу необходимости мы клали въ цынготныя больнички и другихъ больныхъ (малокровныхъ, почечныхъ, сердечныхъ и др.), и, не смотря на полное общеніе между всѣми ними, не наблюдали ни одного случая зараженія цынгой. Я останавливаюсь на этомъ обстоятельствѣ потому, что покойный проф. *А. П. Доброславинъ, Л. Б. Бертенсонъ* и др. считали возможной передачу цынги отъ одного лица другому. Изъ медицинскаго персонала тоже никто не заболѣлъ цынгою, между тѣмъ какъ д-ръ *Выходцевъ* приводитъ 16 случаевъ заболѣванія ею среди персонала Краснаго Креста, работавшаго въ Самарской губ. въ 1898—1899 гг. Разумѣется, я далекъ отъ мысли отрицать на основаніи своихъ наблюденій заразный характеръ этой болѣзни и лишь отмѣчаю то, что видѣлъ.

Въ виду наступившаго страднаго времени многихъ больныхъ не удалось довести до окончательнаго выздоровленія, такъ какъ они торопились выписаться, чтобы принять участіе въ полевыхъ работахъ. Серьезной помощью населенію явился амбуляторный пріемъ, открытый отрядомъ на всѣхъ пунктахъ. Не смотря на близость постоянныхъ фельдшерскихъ пунктовъ, потребность въ медицинской помощи была такъ велика, что даже въ рабочіе дни больныхъ на амбуляторномъ пріемѣ бывало до 80 чел. Больные пріѣзжали за 40 и болѣе верстъ, нерѣдко изъ смежныхъ уѣздовъ. Тѣ, кого нельзя было принять въ больницы, за недостаткомъ въ нихъ мѣстъ, помѣщались на время въ той-же деревнѣ и посѣщали амбуляторію, получая пищу изъ мѣстной столовой или изъ больницы.

Въ продолжительности цынги замѣчались большія колебанія: одни больные при хорошемъ питаніи и соотвѣтствующемъ лѣченіи выздоравливали дов. быстро; другіе оставались въ постели по цѣлымъ мѣсяцамъ и поправлялись постепенно; третьи, пролежавъ нѣсколько мѣсяцевъ, умирали отъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ или отъ міокардита при явленіяхъ паралича сердца. Упорнѣе всего держались кровоизліянія въ ногахъ (подъ кожей, въ мышцахъ и т. д.). Не смотря на частые отеки, бѣлка въ мочѣ не встрѣчалось.

Возрастъ больныхъ колебался въ очень широкихъ размѣрахъ—отъ 16 до 70 л. До 10 лѣтъ заболѣванія были

только одиночныя. Случаевъ болѣзни *Barlow*'а или цынги перваго возраста (отъ 5 до 18 мѣс.) совсѣмъ не было *).

Относительно пола нужно сказать, что женщины, по видимому, страдали цынгой чаще мужчинъ, что отмѣтилъ и д-ръ *Благовидовъ*.

Лѣченіе состояло въ поднятіи питанія больныхъ, въ употребленіи препаратовъ желѣза, хинина, мышьяка; въ случаяхъ упадка дѣятельности сердца приходилось прибѣгать къ средствамъ сердечнымъ. Молоко, овощи (особенно картофель), пиво, вино, лимоны, лимонная кислота, клюквенный морсъ оказывали в. существенныя услуги. Массажъ и теплыя ванны давали хорошіе результаты. Къ сожалѣнію, намъ не удалось провести лѣченіе ваннами въ широкихъ размѣрахъ изъ-за крайнихъ неудобствъ. Пребываніе на свѣжемъ воздухѣ, дѣйствіе солнца, какъ источника свѣта и тепла, вліяли на больныхъ в. благотворно. Для лѣченія десенъ примѣнялось полосканіе борной кислотой, *Bertholetth*'овой солью, вяжущія, смазываніе разведенной іодной настойкой. При большомъ кровоизліяніи въ ногахъ, помимо массажа, хорошее дѣйствіе оказывали ножныя теплыя ванны и согрѣвающіе компрессы изъ уксусной кислоты.

Кромѣ врачебной помощи, Общество Краснаго Креста озаботилось и продовольствіемъ населенія, принявъ на себя устройство столовыхъ **); въ завѣдываніи ими дѣятельное участіе принимала мѣстная интеллигенція. Я долженъ здѣсь еще разъ подчеркнуть, что въ продовольствіи населенія и заключалось главное орудіе борьбы съ цынгой, и въ этомъ отношеніи вполнѣ присоединяюсь къ заявленію проф. *Е. В. Павлова*, что «на всѣ пораженныя эпидеміей селенія можно смотрѣть, какъ на обширные лазареты, образовавшіеся отъ плохого экономическаго и санитарнаго состоянія, и въ *кормленіи* заключалось главное могущественное средство для поддержанія жизни и здоровья». Столовыхъ устраивалось больше всего среди вотяковъ, какъ наиболѣе нуждавшихся въ продовольствіи. По недостатку средствъ приходилось ограничивать продовольственную помощь; такъ, въ одной изъ столовыхъ обѣдъ получали только дѣти, старики и больные. Хлѣбъ и приварокъ разрѣшалось брать домой, чтобы не отрывать крестьянъ отъ полевыхъ работъ. Желающіе, вмѣсто хлѣба и приварка, получали муку или зерно—что было имъ удобнѣе и выгоднѣе.

Въ заключеніе я могу лишь повторить не разъ уже высказанное земскими товарищами положеніе, что въ борьбѣ съ эпидеміями, разыгрывающимися на почвѣ голоданія, помимо поднятія экономическаго благосостоянія, необходимо обратить вниманіе и на улучшеніе гигіеническихъ условій населенія и на поднятіе его умственнаго развитія; только тогда и станетъ возможной вполнѣ плодотворная и коренная борьба съ этими народными бѣдствіями.

Источники: 1. Проф. *Е. В. Павловъ*. По голодавшимъ губерніямъ, 1899 г.—2. *И. П. Выходцевъ*. Эпидемія цынги и тифы въ Самарской губ. 1898—1899 гг.—3. *И. Благовидовъ*. Медицинскій отчетъ о дѣятельности Россійскаго Общества Краснаго Креста въ борьбѣ съ эпидеміями въ Симбирской губ. 1898—1899 гг.—4. Памятная книжка Вятской губ. 1902 г. Изд. губернскаго статистическаго Комитета.—5. *Tollemer*. Скорбутъ. 1902. Русск. перев.—6. *M. Litten*. Цынга, 1897. Русск. перев. 7. Свѣдѣнія о движеніи цынготныхъ больныхъ за 1902 г. изъ Вятскаго врачебнаго Управленія.

*) Болѣзнь *Barlow*'а, какъ извѣстно, нѣкоторыми авторами съ самимъ *Barlow*'ымъ во главѣ, считается за проявленіе цынги, другими (*Möller*, *Aussel* и др.)—за проявленіе рахитизма. Мнѣ кажется, что отсутствіе случаевъ ея во время цынготной эпидеміи даетъ основаніе признать ее скорѣе за проявленіе рахитизма, чѣмъ цынги.

**) Земство, къ сожалѣнію, въ силу временного закона 1900 г., было устранено отъ непосредственнаго участія въ продовольственной помощи населенію, что нанесло дѣлу значительный ущербъ.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Русская больница въ память в. кн. Александры Георгіевны въ Пиреѣ.

Потребность открытія русской больницы въ Греціи чувствовалась давно вслѣдствіе почти постояннаго пребыванія русскихъ судовъ въ водахъ Греціи и частаго посѣщенія Пирейской гавани судами, отправляющимися на Дальній Востокъ. До послѣдняго времени русскіе больные матросы и офицеры помѣщались въ греческой больницѣ, предназначенной собственно для мѣстныхъ жителей. Правда, русскихъ больныхъ помѣщали въ особыя палаты и, по справедливости сказать, греки, съ своей стороны, дѣлали все, чтобъ иностраннымъ ихъ единовѣрцамъ было и уютно, и хорошо, но незнаніе русскаго языка врачебнымъ греческимъ персоналомъ и русскихъ военныхъ порядковъ вызывали иногда нежелательныя недоразумѣнія и непріятности. Е. В. королевѣ Эллиновъ Ольгѣ Константиновнѣ, какъ покровительницѣ Пирейской больницы, небезъизвѣстны были неудобства пребыванія больныхъ русскихъ въ «не своей» больницѣ, и чуткая до всего, что касается нуждъ вообще больныхъ и судьбы русскихъ моряковъ въ частности, она возъимѣла мысль еще 12 лѣтъ назадъ создать русскую больницу съ чисто-русскимъ врачебнымъ персоналомъ. Въ 1892 г. на ея средства купленъ былъ домъ въ Пиреѣ за 200000 драхмъ, и съ тѣхъ поръ благодаря щедрымъ пожертвованіямъ изъ Россіи, накопился капиталъ, который позволилъ сдѣлать въ зданіи необходимыя измѣненія и приспособленія, согласно требованіямъ современной науки. 19-го февраля 1902 г. 1-ая въ Греціи морская русская больница была торжественно открыта.

Штатъ больничнаго персонала состоитъ изъ старшаго врача, помощника его, аптекаря, 4 сестеръ милосердія, 2 санитаровъ матросовъ и прислуги. Общее число кроватей пока 30, но со временемъ предполагается прибавить еще 6 для больныхъ грудныхъ. Плата ежедневная для матросовъ 4 драхмы (около рубля по нынѣшнему курсу), а для офицеровъ 10 драхмъ. Такъ какъ въ русской печати еще почти ничего не извѣстно объ этой больницѣ, то думается, будетъ небезъинтереснымъ описаніе ея въ общихъ чертахъ.

Больница находится въ той части г. Пирея, которая носитъ названіе фреатти (φρεαττις) и съ древнѣйшихъ временъ славится своимъ здоровымъ и прекраснымъ климатомъ. Помѣщаясь тамъ, гдѣ море вдается въ Муннихійскую бухту, больница видна еще издали при приближеніи парохода въ Пирей.

Видъ изъ больницы и на море, и на сушу в. живописный. Собственно зданіе больницы представляетъ изъ себя 4-этажный домъ. Въ самомъ верхнемъ этажѣ помѣщаются комнаты для сестеръ милосердія, столовая, бѣльевая, комната для служанки, ванна и т. п. Въ 3-мъ этажѣ 6 палатъ для больныхъ, большая столовая для офицеровъ съ библіотекой, 2 ванны (одна для офицеровъ, а другая для нижнихъ чиновъ). Въ каждой палатѣ, кромѣ внутренней двери, имѣется и наружная на широкій мраморный балконъ. Только въ 2-хъ маленькихъ палатахъ, обращенныхъ къ сѣверу, балкона нѣтъ. Во 2-мъ этажѣ обширная столовая для матросовъ, ванна, перевязочная, операціонная и 3 палаты для больныхъ матросовъ. Палаты очень высокія, свѣтлыя, снабжены двойными рамами и каминами на случай холодной погоды. Къ сожалѣнію, операціонная обращена къ сѣверу и недостаточно свѣтла. Стѣны во всѣхъ палатахъ и комнатахъ окрашены масляной краской, а въ операціонной бѣлой масляной краской выкрашенъ и полъ. Въ нижнемъ этажѣ помѣщается кухня, кладовыя, аптека, лабораторія, амбуляторія, комната для помощника врача, комнаты для санитаровъ и *Roentgen*'овскій кабинетъ. Во всѣхъ этажахъ ватерклозеты. Далѣе около больницы имѣются 3 помѣщенія для служителей, камера для обеззараживанія съ большимъ обеззараживающимъ приборомъ, прачечная и сарай. Обширный дворъ больницы усаженный соснами и эукалиптовыми деревьями. Въ одномъ углу его помѣщается маленькій домикъ, назначенный спеціально для больныхъ бугорчаткою, а въ другомъ углу часовня съ покойницкой для вскрытій. Тутъ-же въ передней части двора бани для морскихъ командъ и чайная.

Въ общемъ больница производитъ хорошее впечатлѣніе. Освѣщалась она прежде газомъ, а теперь электричествомъ. Въ ней совсѣмъ не слышно специфическихъ запаховъ: изъ перевязочнаго матеріала, по моему почину, совсѣмъ изгнанъ іодоформъ и карболовая кислота, запахъ которыхъ такъ непріятно дѣйствуетъ не только на больныхъ, но и на здоровыхъ. Благодаря открытіямъ новѣйшей химіи, современный врачъ имѣетъ въ своемъ распоряженіи цѣлый арсеналъ противогнилостныхъ средствъ, которыя, если и не выше, то, во всякомъ случаѣ, не ниже по дѣйствію и не дороже ни карболки, ни іодоформа.

Слабая сторона больницы—это отсутствіе прѣсной питьевой воды, которую приходится покупать.

Какъ уже было упомянуто, больница въ началѣ предназначалась исключительно для русскихъ, но въ виду того, что русскія суда не всегда остаются въ водахъ Греціи, въ больницу, кромѣ русскихъ, стали принимать и иностранцевъ.

Къ 19/п 1902 г. по 19/п 1903 г. въ больницѣ лежали 240 чел., въ томъ числѣ 3 англичанина (1 офицеръ и 2 матроса), 4 нѣмца (2 офицера и 2 матроса), 1 французъ, грековъ, сербовъ, армянъ и болгаръ 211. Умеръ 1 (отъ скоротечной чахотки), выписались вполнѣ вылѣчившимися 215, получили улучшеніе 6 и остались на лѣченіе 19. За это-же время амбуляторныхъ больныхъ было 518, изъ коихъ умерли 8.

Привожу перечень болѣзней, наблюдавшихся въ больницѣ за 1901—1902 гг., съ указаніемъ числа больныхъ.

Названіе болѣзней:	Число больныхъ
брюшной тифъ	5
рожа лица и головы	8
гриппозный бронхитъ	14
астма бронхіальная	1
фибринозное воспаленіе легкихъ	4
чахотка	16
острый плейритъ	4
эндокардитъ	3
хроническій	2
болотная лихорадка	10
Angina *Ludwig*'a	1
Menière'ова болѣзнь	2
круглая язва желудка	1
кровавый поносъ	26
ракъ прямой кишки	1
почечуй	4
острое воспаленіе почекъ	6
острый катарръ мочевого пузыря	4
острый простатитъ	4
мигрень	3
Basedow'a болѣзнь	1
сѣдалищная нейральгія	2
острый сочленовный ревматизмъ	8
хроническій	4
истероэпилепсія	1
сифилисъ	6
» злокачественный	2
мягкій шанкръ	19
» » осложненный фагеденой	2
перелой	28
гемиплегія сифилитическая	1
орхитъ бленорройный	6
конъюнктивитъ гонорройный	1
» трахомный	4
прободеніе барабанной перепонки	6
Pott'ова болѣзнь	1
злокачественная флегмона щеки	1
» » конечностей	4
паховой бубонъ	18
флегмона мошонки съ омертвѣніемъ	1
періоститъ челюстей	6
трауматическое носовое кровотеченіе	1
гемогноскровіе	1

Аенны. *Л. Котановъ.*

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Физіологія и общая патологія. 703. Д-ра *Albert* и *G. Bardet* изучали *дѣйствіе металловъ въ студневидномъ состояніи и искусственныхъ оксидазъ на развитіе заразныхъ болѣзней*. Основываясь на сообщеніяхъ *Trillat*, *Lumier*'a и *Chevrottier*, авторы старались выяснить, не имѣютъ-ли металлы въ студневидномъ состояніи и искусственныя оксидазы благопріятнаго вліянія на окислительную дѣятельность организма. Они изучали дѣйствіе продуктовъ, приготовленныхъ по способу *Trillat*, и сравнивали его съ дѣйствіемъ растворовъ студневидныхъ металловъ *Bredig*'a, растительныхъ оксидазъ и нѣкоторыхъ лѣкарственныхъ сыворотокъ. Послѣ опытовъ надъ животными авторы производили изслѣдованія надъ больными людьми съ заразными болѣзнями, впрыскивая имъ 5 к. стм. лѣчебной сыворотки черезъ день—два. Результаты: а) *Растворы металловъ*. Въ 18 случаяхъ примѣнено было золото, серебро, палладій и платина, растворенные въ студневидномъ состояніи въ перегнанной водѣ при помощи электрическаго тока; количество растворенного металла соотвѣтствовало 5—10:100 млм. на 1 к. стм. Растворъ серебра употреблялся въ 1 сл. скарлатины, въ 1 сл. тяжелаго гриппа, въ 1 сл. тяжкой желтухи, въ 1 сл. остраго сочленовнаго ревматизма; растворъ золота—въ 1 сл. брюшного тифа, въ 3 сл. бугорчатки легкихъ и въ 1 сл. вторичнаго сифилиса; растворъ палладія—въ 6 сл. пнеймоніи, въ 1 сл. плейрита и въ 1 сл. легочной бугорчатки; растворъ платины—въ 1 сл. пнеймоніи. Какой-бы металлъ ни употреблялся, явленія получались тѣ-же: изслѣдованіе показывало увеличеніе продуктовъ органическаго обмѣна, выражавшагося въ увеличеніи мочевины, мочевой кислоты и индоксила, преимущественно въ тяжелыхъ заразныхъ болѣзняхъ и особенно при пнеймоніи. б) *Оксидазы*. 5 больнымъ (3 бугорчаткою и 2 пнеймоникамъ) впрыскивались пивныя дрожжи; явленія получились тѣ-же, что и въ предыдущихъ случаяхъ, но не въ столь сильной степени. в) *Искусственныя оксидазы*. Авторы употребляли жидкости *Trillat*: мѣдь—въ 1 сл. пнеймоніи и въ 1 сл. брюшного тифа, марганецъ—2 больнымъ бугорчатковымъ менингитомъ и 1 брюшно-тифозному. Явленія метаболизма были тѣ-же, но въ болѣе рѣзкой степени. г) *Искусственныя сыворотки*. Пользуясь противудифтерійной и лошадиной сывороткой при такихъ-же заболѣваніяхъ, авторы получили тождественные результаты (Revue de thérapeutique, № 7). *И. Вирскій.*

704. *Oscar Liebreich придаетъ пряностямъ в. важную роль въ пищеварительномъ актѣ*. Горчица, напр., по его наблюденіямъ, уничтожаетъ гнилостныя бактеріи желудка или уменьшаетъ ихъ жизнеспособность, не нарушая дѣйствія желудочнаго сока. Въ черной горчицѣ (сѣменахъ) имѣется бродило бѣлковаго характера, безразличное для организма—мирозинъ и глюкозидъ—миронокислый калій, выдѣляемый въ видѣ иглъ, легко растворимыхъ въ водѣ. Въ бѣлой горчицѣ имѣется другой глюкозидъ—синальбинъ. Въ присутствіи воды бродило и глюкозидъ вступаютъ въ соединеніе. Смѣшавъ растворы мирозина и глюкозида и встряхнувъ смѣсь, уже на холоду чувствуютъ острый запахъ горчичнаго масла. Интересно, что прибавленіе сахара не прекращаетъ этой реакціи, въ присутствіи-же минеральныхъ кислотъ (сѣрной и соляной) ферментаціи не происходитъ, а, если она уже началась, то эти кислоты останавливаютъ ее; напротивъ, уксусная кислота не нарушаетъ хода ферментаціи. Какъ показали опыты, уже незначительныя количества эѳирнаго горчичнаго масла дѣйствуютъ бактеріиубивающимъ образомъ, но при этомъ дѣйствіе пищеварительныхъ бродилъ, въ особенности пепсина не нарушается и не измѣняется, между тѣмъ какъ жизнеспособность гнилостныхъ бактерій уничтожается или уменьшается. Кромѣ того, горчичное масло вызываетъ усиленное выдѣленіе желудочнаго сока, замѣняя такимъ образомъ алкоголь. *Liebreich* допускаетъ еще отдаленное обеззараживающее дѣйствіе горчичнаго масла на кровь и другія ткани (Therapeutische Monatshefte, № 2). *А. Д.*

705. Д-ра *A. Theohari* и *Aurel Babes* (Bukarest), впрыскивая козамъ въ подкожную клѣтчатку асептически приготовленную эмульсію слизистой оболочки желудка собакъ (пептической его области), послѣ 3—4 впрыскиваній получили сыворотку, впрыскиваніе которой въ вены собакамъ вызывало всегда опредѣленныя явленія, смотря по силѣ впрыснутой сыворотки: 1) при впрыскиваніи слабо токсической сыворотки получалось ясно выраженное усиленіе выдѣленія желудочнаго сока (hypersecretio), 2) впрыснутая въ вены сильно токсическая сыворотка (gastrotoxin) вызывала быструю смерть животнаго съ сильной гиперміей слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки; 3) въ небольшихъ количествахъ сыворотка повышала желудочнокишечную перистальтику и, кромѣ того, вызывала сильныя кишечныя кровотеченія; въ главныхъ клѣткахъ обнаруживались функціональныя, а въ краевыхъ дегенеративныя измѣненія. 4) Въ толстыхъ кишкахъ специфическая сыворотка не вызывала никакихъ измѣненій (Centralblatt f. allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie, 190', № 11). *А. Н. Дмитріевъ.*

Физіологическая химія. 706. Д-ръ *Kenney* предостерегаетъ, что *прибавленіе къ мочѣ*, для сохраненія ея, *формалина* не остается безъ вліянія на нѣкоторыя пробы, примѣняемыя для опредѣленія присутствія бѣлка. Именно, при осторожномъ наливаніи на азотную кислоту мочи, завѣдомо не содержащей бѣлка, но къ которой былъ прибавленъ формалинъ, на границѣ жидкостей, а иногда чуть выше ея, получается бѣловатое кольцо, совершенно сходное съ извѣстнымъ бѣлковымъ кольцомъ. Чѣмъ больше формалина содержитъ моча, тѣмъ скорѣе появляется мутная полоса. Съ другой стороны, по опытамъ автора, смѣсь 1%-наго раствора яичнаго бѣлка съ 2—8% формалина при нагрѣваніи до кипѣнія становится болѣе прозрачной, но проба съ азотной кислотой на холоду даетъ положительный результатъ. Въ виду вышеизложеннаго, авторъ съ сомнѣніемъ относится къ предложенной *Introna* и др. пробѣ на бѣлокъ, основанной на образованіи въ бѣлковой мочѣ осадка отъ прибавленія формола (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 27 февраля). *С.*

Фармакологія. 707. *H. Ratz* сообщаетъ о своихъ опытахъ и наблюденіяхъ надъ дѣйствіемъ новаго противоревматическаго средства—гликозала (glykosal). Гликозалъ

полученъ д-ромъ *E. Täuber*'омъ изъ салициловой кислоты и глицерина подъ вліяніемъ минеральныхъ кислотъ и представляетъ бѣлый, слегка кристаллическій порошокъ, легко растворимый въ горячей водѣ, въ холодной-же его растворяется только около 1%; онъ смѣшивается съ глицериномъ, легко растворяется въ алкоголѣ, хуже въ эѳирѣ и хлороформѣ. Подъ вліяніемъ щелочныхъ соковъ организма салициловая кислота отщепляется и всасывается. По опытамъ *Rats*'а гликозалъ въ 15 и 20% безразличной мази при неповрежденной кожѣ не всасывается, изъ алкогольныхъ растворовъ онъ также не всасывается. Мазь съ гликозалемъ съ прибавленіемъ летучихъ веществъ—скипидара, хлороформа—всасывается, но одно всасываніе гликозала недостаточно, почему слѣдуетъ употреблять его и внутрь. *Rats* примѣнялъ гликозалъ въ 29 случаяхъ; изъ 18 случаевъ остраго суставного рейматизма—въ 12 наступило полное излѣченіе, въ 5 улучшеніе; успѣха не было въ 1 случаѣ (вслѣдствіе рвоты средства принималось мало). Въ 3 случаяхъ хроническаго рейматизма наступило улучшеніе, болѣе или менѣе значительное. Изъ 2 случаевъ свѣжей сѣдалищной нейральгіи въ 1 получилось быстрое, въ нѣсколько дней, излѣченіе, въ другомъ ни гликозалъ, ни другіе салициловые препараты не оказали никакого дѣйствія. Въ 2 случаяхъ хронической сѣдалищной нейральгіи получилось нѣкоторое улучшеніе. Въ 2 случаяхъ рейматическаго прострѣла подъ вліяніемъ гликозала черезъ 3—4 дня наступило совершенное излѣченіе. Лихорадка подъ вліяніемъ гликозала падаетъ, на нормальную-же температуру средство не дѣйствуетъ. Боли, припухлость суставовъ подъ вліяніемъ гликозала быстро уменьшаются, особенно въ свѣжихъ случаяхъ. Бреда, не смотря на большіе пріемы (10,0) средства, никогда не наблюдалось, но больные часто жаловались на подавленность, головокруженіе и легкія головныя боли. Шумъ въ ушахъ и тугость слуха были меньше, чѣмъ при употребленіи салициловокислаго натра. Сердечныя заболѣванія не представляютъ противопоказанія. Дыханіе подъ вліяніемъ гликозала дѣлается медленнѣе и глубже. Раздраженія почекъ средство не производитъ, на желудокъ не дѣйствовало. Авторъ прописывалъ гликозалъ въ облаткахъ, по 2,0, 5 разъ въ день, для дѣтей въ видѣ микстуры съ прибавленіемъ виннаго спирта и сиропа (Therapeutische Monatshefte, 1903 г., № 9). *А. Н. Д.*

708. Студ. *В. П. Протопоповъ* изучалъ въ клиникѣ проф. *В. М. Бехтерева вліяніе адреналина на черепно-мозговое кровообращеніе.* Изслѣдованія были произведены исключительно на собакахъ. Адреналиномъ авторъ пользовался русскимъ, проф. *Пеля* (adrenal-chlorid *Poehl*). Авторъ бралъ всегда водные, свѣжеприготовленные растворы и вводилъ ихъ въ кровь и въ желудокъ. Выводы: 1. Тотчасъ за введеніемъ адреналина въ кровь или черезъ нѣсколько секундъ въ головномъ мозгу наступаетъ рѣзко выраженная артеріальная анэмія, продолжающаяся 2—5 мин., въ зависимости отъ дозы; при большихъ дозахъ анэмія смѣняется гиперэміей, длящейся болѣе короткое время. 2. Иногда дѣйствіе адреналина принимаетъ волнообразный видъ, такъ что анэмія смѣняется гиперэміей, затѣмъ вновь наступаетъ анэмія и т. д.; такихъ смѣнъ бываетъ 3—4. 3. Въ венной системѣ головного мозга получается или небольшой застой, или-же не наблюдается никакихъ измѣненій. 4. Въ головномъ мозгу подъ вліяніемъ адреналина съуживаются, по всей вѣроятности, только капилляры, видимыя-же артеріи не измѣняютъ своего калибра. 5. Слѣдуетъ думать, что это съуженіе зависитъ отъ непосредственнаго дѣйствія адреналина на самыя стѣнки сосудовъ, а не отъ возбужденія главнаго сосудодвигательнаго центра. 6. Задержка дыханія въ первый моментъ за введеніемъ адреналина зависитъ скорѣе отъ непосредственнаго вліянія адреналина на дыхательный центръ, а не отъ возбужденія центровъ блуждающихъ нервовъ. 7. Повышеніе кровяного давленія зависитъ, какъ отъ съуженія сосудовъ, такъ отъ усиленной дѣятельности сердца. 8. При введеніи адреналина въ желудокъ дѣйствіе его не проявляется (В.-Медицинскій Журналъ, май). *Вирскій.*

Внутреннія болѣзни. 709. Д-ра *Fernand Bezançon* и *André Philibert* говорятъ о *не-кишечныхъ формахъ заражения палочкой Eberth*'а, формахъ гнилокровныхъ. Съ тѣхъ поръ какъ стали примѣнять для цѣлей распознаванія сывороточную пробу *Widal*'я и приготовлять разводки изъ крови по способу *Courmont*'а, явилась возможность распознавать зараженіе брюшнотифозной палочкой въ случаяхъ, клинически ничего общаго съ классической картиной брюшного тифа не имѣющихъ и дающихъ мѣстное проявленіе болѣзни въ различныхъ внутренностяхъ: мозговыхъ оболочкахъ, плейрѣ и т. п. Въ началѣ такихъ заболѣваній тоже наблюдаются головная боль, разбитость, общая слабость, носовыя кровотеченія и такое-же постепенное повышеніе температуры. Затѣмъ наступаетъ тифоидное состояніе; явленія со стороны сердца и пульса тѣ-же, что и при тифѣ; въ мочѣ наблюдается бѣлокъ; діазореакція положительная; припадковъ-же со стороны кишечника совершенно не бываетъ. Петэхіи наблюдаются рѣдко. Селезенка всегда бываетъ опухшая. Вообще, отсутствіе припадковъ со стороны кишечника, отсутствіе петэхій, увеличеніе селезенки, тяжелое общее состояніе являются общими признаками брюшно-тифознаго гнилокровія, безъ пораженій кишечника. Случаи эти протекаютъ различно, въ зависимости отъ мѣстнаго проявленія болѣзни (sphleno-typhus, meningitis, bronchopneumonia, cholecystitis и т. п.). Палочка *Eberth*'а поражаетъ, по видимому, органы, предварительно ослабленные; такъ, напр., sphleno-typhus наблюдается особенно часто въ мѣстностяхъ, гдѣ распространена болотная лихорадка. Распознаваніе такихъ ненормальныхъ тифозныхъ заболѣваній основывается на общемъ состояніи больного, а главнымъ образомъ на діазореакціи, сывороточной пробѣ и разводкахъ изъ крови (Revue française de médecine et de chirurgie, № 19). *В.*

710. *C. Binz*, обсуждая наблюденіе надъ дѣйствіемъ патентованнаго средства «Yanatas» противъ *морской болѣзни* и заключая, путемъ его различнаго разбора, что оно представляетъ, по главному своему содержанію, *1%-ный водный растворъ хлоралъ-гидрата*, изложилъ существующія указанія о причинахъ морской болѣзни вообще и о способахъ борьбы съ нею, и подвелъ итогъ своимъ личнымъ опытамъ въ этомъ направленіи въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1. Качка судна причиняетъ съуженіе артерій головы и тѣмъ вызываетъ острое малокровіе мозга. 2. Такое мѣстное малокровіе сопровождается, въ свою очередь, въ этомъ случаѣ, какъ и при другихъ подобныхъ условіяхъ, быстрою послѣдовательною тошнотою и рвотою. 3. Повышенная дѣятельность брюшного пресса, сопутствующая удушенію и рвотѣ, усиливаетъ притокъ крови къ мозгу и и на короткое время устраняетъ, такимъ образомъ, его малокровіе, чѣмъ и прерываетъ тошноту. 4. Самъ по себѣ желудокъ не принимаетъ непосредственнаго участія при морской болѣзни; актъ рвоты наступаетъ все равно, наполненъ-ли желудокъ или нѣтъ, составляя результатъ возбужденія мозговыхъ центровъ. 5. Все, что можетъ облегчить или возбудить притокъ крови къ мозгу, не только предупреждаетъ припадки морской болѣзни, но и облегчаетъ и даже устраняетъ ихъ. Причина съуженія сосудовъ, появляющагося при морской болѣзни, остается совершенно невыясненною также, какъ не выяснены причины съуженія и расширенія ихъ при всѣхъ душевныхъ волненіяхъ. Изъ лѣчебныхъ мѣръ при морской болѣзни первое мѣсто должно занимать, какъ физическое средство, горизонтальное положеніе больного, какъ діэтетическое—наполненіе желудка пищею за нѣсколько часовъ до посадки на судно для возможнаго улучшенія питанія мозга и какъ химическое—всѣ тѣ лѣкарственныя вещества, которыя, безъ особаго вреда для больного, вызываютъ расширеніе сосудовъ мозга, каковы: хлоралъ-гидратъ (при недлительномъ путешествіи можно-бы принимать 0,3 грм., 3—4 раза за нѣсколько часовъ); амилнитритъ (но тоже для краткосрочныхъ путешествій) и предлагаемые, больше по теоретическимъ соображеніямъ, бромистый калій и антипиринъ (Centralblatt für innere Medicin, № 9). *Г. Александровъ.*

711. Проф. *Schüle*, пользуясь усовершенствованнымъ *зондомъ*, предложеннымъ *Kuhn*'омъ, произвелъ рядъ изслѣдованій надъ *введеніемъ* его въ *толстыя кишки*, при чемъ наложеніе зонда провѣрялось радіографіей. Въ большинствѣ случаевъ зондъ не проникалъ дальше расширенія прямой кишки (ampulla recti), гдѣ онъ свертывался въ нѣ-

сколько оборотовъ. Въ немногихъ случаяхъ *Schüle* удалось провести зондъ выше S-образной кишки. Достигнуть нисходящей ободочной кишки не удалось, однако, ни разу. Авторъ обращаетъ вниманіе на то, что болѣе или менѣе усиленное зондированіе связано съ значительною болѣзненностью, между тѣмъ какъ отсутствіе болѣзненныхъ ощущеній всегда должно наводить на мысль о томъ, что зондъ лежитъ свернутымъ въ расширеніи прямой кишки. Зондированію кишекъ едва-ли можно приписать особое значеніе для распознаванія ихъ заболѣваній, такъ какъ многочисленныя складки, расширенія и изгибы, представляющіе препятствіе для проникновенія зонда, не позволяютъ судить о томъ, съ нормальнымъ или ненормальнымъ препятствіемъ для движенія зонда приходится имѣть дѣло. Для лѣченія введеніе зонда въ верхнія части толстыхъ кишекъ, если-бы оно легко удавалось, представляло-бы извѣстныя выгоды, такъ какъ позволяло-бы производить болѣе основательное промываніе толстыхъ кишекъ, чѣмъ это достигается клизмами. Что касается вливаній масла со взвѣшеннымъ въ немъ висмутомъ, то въ соединеніи съ радіографіей, оно можетъ дать весьма хорошіе результаты для распознаванія ненормальнаго положенія различныхъ отдѣловъ толстыхъ кишекъ (Archiv für Verdauungs-Krankheiten, т. X, тетр. 2). *И. Назаровъ.*

Хирургическія болѣзни. 712. Д-ръ *Arnold Schwyzer*, сообщая 5 *случаевъ оперативнаго лѣченія болѣзни Graves'a*, придерживается взгляда *Kocher*'а, что причина этой болѣзни — въ щитовидной железѣ. Это доказывается результатами оперативнаго лѣченія. По *Kocher*'у, въ щитовидной железѣ имѣется антагонизмъ между іодомъ и фосфоромъ: если количество одного увеличивается, количество другого уменьшается. При пучеглазіи найдено уменьшеніе іода на $^1/_{30}$ и увеличеніе фосфора. По *Oswald*'у, іодъ находится въ бѣлковомъ соединеніи, называемомъ тиреоглобулиномъ, въ которомъ его можетъ и не быть. Паренхиматозный зобъ содержитъ в. мало іода, въ то время какъ коллоидный содержитъ его много. Тиреоглобулинъ, содержащій іодъ, служитъ возбудителемъ для сердца. Авторъ не согласенъ съ *Oswald*'омъ, что при пучеглазіи существуетъ «hypothyreosis». Онъ полагаетъ, что вся суть—въ избыткѣ отдѣляемаго щитовидной железы. Слѣдуетъ уменьшить образованія этого избытка, а этого можно достигнуть, уменьшивъ притокъ крови къ железѣ. *Jaboulay*, *Jonnesco* и *Abadie* предложили при пучеглазіи вырѣзываніе шейныхъ сочувственныхъ нервовъ, *Balacescu*—двустороннее вырѣзываніе шейныхъ сочувственныхъ нервовъ и узловъ и верхняго спинного узла. Результаты получаются при этомъ хорошіе, но операціи эти еще слишкомъ недавни, чтобы можно было приступить уже къ выводамъ. У *Jonnesco* получилось 59% излѣченія, 29% улучшенія и 12% неудачи. У *Mikulicz*'а (1900 г.) на 18 случаевъ въ 12 получилось излѣченіе, въ 4 значительное улучшеніе, въ 1 результатъ былъ неудовлетворительный, а въ 1 случаѣ наступила смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи отъ кровотеченія. У *Kümmell*'я (1901 г.) на 20 случаевъ въ 18 получилось излѣченіе. У *Kocher*'а—сына (1901 г.) на 59 случаевъ излѣченіе достигнуто въ 76%, въ 14% значительное улучшеніе, въ 3,3% небольшое улучшеніе, а въ 6,7% наступила смерть. Главная цѣль операціи при пучеглазіи, по автору,—перевязка всѣхъ 3-хъ щитовидныхъ артерій и иссѣченіе части железы. Не слѣдуетъ предпринимать продолжительныхъ и обширныхъ операцій: лучше оперировать въ нѣсколько пріемовъ. Вылущеніе железы и тиреопексію по *Jaboulay* авторъ не одобряетъ. Если возможно, то не слѣдуетъ дѣлать операціи во время наибольшаго возбужденія и наибольшей частоты пульса. Нужно избѣгать всякихъ обеззараживающихъ средствъ и пользоваться мѣстнымъ обезболиваніемъ 1%-мъ растворомъ кокаина по *Kocher*'у и эѳиризированіемъ по *Kümmell*'ю. По возможности слѣдуетъ избѣгать механическихъ поврежденій. Остановка кровотеченія должна быть полная. Не смотря на всѣ предосторожности, *Kocher* въ $^3/_4$ своихъ случаевъ имѣлъ непріятныя послѣдствія, какъ то: преходящіе психозы, возбужденіе, сонливость, подавленность, чувство жара, сердцебіеніе, приливы крови къ лицу, общее дрожаніе, потъ, рвоту и неправильный пульсъ; кромѣ того, иногда наблюдались зубная боль, боль въ ушахъ, dyspnoë, синюха, увеличеніе печени, желтуха и лихорадка. Случаи автора слѣдующіе:

1. Больная, 23 л., съ іюня 1896 г. страдала головной болью, нервностью, безпокойствомъ, слабостью, пучеглазіемъ; пульсъ 100; сердцебіеніе (palpitatio); дрожаніе пальцевъ. Не смотря на употребленіе различныхъ внутреннихъ средствъ, положеніе все ухудшалось. Въ срединѣ октября слегла. Припадки усиливались; появились поносы, выпаденіе волосъ, нейральгическія боли въ поясницѣ и шеѣ, сильное исхуданіе, сильнѣйшее пучеглазіе, пульсъ до 132. 21/x подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ перевязана правая нижняя щитовидная артерія. На слѣдующій день пульсъ сталъ рѣже; на 4-ый день онъ давалъ всего 92 удара. Спустя недѣлю—перевязана правая верхняя щитовидная артерія. Припадки, ранѣе было успокаивавшіеся, снова усилились; въ $^1/_2$ декабря пульсъ былъ 150. Перевязаны вѣтка, идущая отъ правой подъязычной артеріи, и лѣвая нижняя щитовидная артерія. Пульсъ послѣ этого сдѣлался медленнѣй, припадки болѣзни стали исчезать, больная пополнѣла, зобъ и пучеглазіе уменьшились. Ни внутреннія средства (каломель, бромистые препараты, хининъ, вытяжки изъ щитовидной железы, изъ яичниковъ, іодистые препараты), ни гальванизаціи шейнаго сочувственнаго нерва не приносили облегченія. Небольшая польза замѣчалась лишь отъ фосфорнокислаго натра.

2. Больная, 48 л., съ 1898 г. страдала нервностью, выпячиваніемъ глазъ, сонливостью, дрожаніемъ, приливами крови къ лицу. Въ ноябрѣ 1899 г. поступила въ больницу съ значительной общей слабостью, дрожаніемъ всѣхъ членовъ, сильнымъ выпячиваніемъ глазъ, опуханіемъ вѣкъ, и большимъ зобомъ; поверхностныя вены были расширены; наружныя яремныя вены съ обѣихъ сторонъ отчетливо бились; пульсъ 140; тоны сердца нечисты. 14/xi перевязаны 3 щитовидныхъ артеріи, послѣ чего наступило улучшеніе.

3. Дѣвица, 19 л., 2 года страдала затрудненіемъ дыханія; столько же времени замѣчала постепенный ростъ зоба, съ лѣта 1899 г. появилось выпячиваніе глазъ; больная стала нервной, похудѣла и, наконецъ, слегла въ постель. Пульсъ 100—128. 21/vi 1900 г. перевязаны 2 щитовидныя артеріи. Быстрое улучшеніе.

4. Дѣвица—27 л. Мѣсячныя съ 13 лѣтъ; въ 1899 г. они прекратились (тоже было и у сестеръ). Въ августѣ 1899 г. замѣтила первые признаки болѣзни: дрожаніе, потливость. Въ ноябрѣ появилось утолщеніе шеи. Въ январѣ 1900 г.—выпячиваніе глазъ. Въ ноябрѣ 1900 г. перевязаны обѣ правыхъ и лѣвая нижняя щитовидныя артеріи. Быстрое улучшеніе.

5. Дѣвица—22 л. Въ концѣ 1902 г. появились выпячиваніе глазъ и нервность. Въ ноябрѣ 1901 г.—сильное выпячиваніе праваго глаза, мягкій зобъ. Оперирована. 12/i 1902 г.: чрезъ горизонтальный разрѣзъ кожи удалена правая доля щитовидной железы. Значительное улучшеніе (The St. Paul Medical Journal, январь). *І. А. Фишманъ.*

Глазныя болѣзни. 713. Д-ръ *Lee Maidment-Hurd* описалъ *случай впрыскиванія парафина въ область носа, сопровождавшагося непосредственною слѣпотою вслѣдствіе эмболіи центральной артеріи сѣтчатки.*

Больной, 32 л., имѣлъ лѣтъ 16 сѣдлообразный носъ, хотя ни слѣдовъ сифилиса, равно какихъ-либо другихъ болѣзней у него не было. Впрыскиванія парафина, съ точкою плавленія 45°, были произведены 5/x 1902 г., 17/xi и 24/iv 1903 г. Въ послѣдній разъ впрыскиваніе было сдѣлано около кончика носа и у его основанія. Больной внезапно началъ тереть свой правый глазъ и заявилъ, что ничего имъ не видитъ. Немного спустя на кончикѣ носа явилось точечное кровоизліяніе (экхимозы), указывавшее на проколъ вены. Изслѣдованіе глаза, произведенное черезъ 25 мин., указало расширеніе праваго зрачка и отсутствіе реакціи на свѣтъ; нижняя часть центральной артеріи была пуста, въ верхней—имѣлось немного свернувшейся крови. Не смотря на массажъ глаза, назначеніе наперстянки, амилнитрита и т. д., улучшенія зрѣнія не послѣдовало. Такой-же случай сообщенъ *Leiser*'омъ (New-York Medical Record, по пер. въ Deutsche Medicinal-Zeitung, № 5). *Г. Александровъ.*

Дѣтскія болѣзни. 714. Д-ра *Nobécourt* и *Vitry* изучали въ отдѣленіи des Enfants-Assistés проф. *Hutinel*'я на 14 дѣтяхъ *вліяніе поваренной соли на вѣсъ грудныхъ дѣтей.* NaCl назначался 2 раза въ сутки въ количествѣ 0,25—0,5—1 грм. передъ кормленіемъ. Возрастъ дѣтей колебался отъ 12 дней до 4 мѣсяцевъ. У дѣтей, получавшихъ поваренную соль, вѣсъ наросталъ больше, чѣмъ у дѣтей, которыя NaCl не получали, при чемъ при дозѣ въ 0,25 грм. ClNa благопріятный результатъ полученъ въ 70%, при дозѣ въ 0,5 грм.—въ 65% и при дозѣ въ 1,0 грм.—въ 58%; авторы отмѣчаютъ, кромѣ того, что большія количества поваренной соли вызывали рвоту, либо поносъ. Относительно причины наростанія вѣса у дѣтей при назначеніи имъ NaCl авторы не идутъ дальше предположеній. Что при этомъ не происходитъ задержки воды въ крови, видно изъ того, что количества красныхъ кровяныхъ шариковъ въ крови какъ получавшихъ хлористый натрій,

такъ и не получавшихъ его существенно не разнились. Задержка воды можетъ наблюдаться лишь въ тканяхъ, что полезно въ особенности для слабыхъ дѣтей, легко подверженныхъ лишенію воды. Въ 3 случаяхъ поноса авторы, между прочимъ, назначили искусственную сыворотку (0,7% NaCl), при чемъ кишечныя явленія быстро улучшились и вѣсъ прибавился. Авторы полагаютъ, что груднымъ дѣтямъ, въ особенности вѣсомъ ниже 2500 грм., полезно назначать NaCl въ количествѣ 0,25 грм. въ сутки resp. 0,01 грм. на 100 грм. вѣса (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, мартъ). *С. Островскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 715. Д-ръ *V. Klimeck* описалъ *2 случая перепончатаго перелоя* (urethritis membranacea), наблюдавшіеся имъ въ амбуляторіи проф. *Zeissl*'я.

Въ 1-мъ случаѣ послѣдовательнымъ явленіемъ назначенной больному взбалтываемой предъ впрыскиваніемъ микстуры *Ricord*'а (сѣрнокислаго цинка 1,0, раствора основнаго уксуснокислаго свинца 2,0, настойки catechu и опійношафранной по 3,0, перегнанной воды 320,0, было отдѣленіе дов. значительной величины крупоподобныхъ перепонокъ, состоявшихъ почти исключительно изъ фибрина и его образованій съ разсѣянными, нѣсколько своеобразными бактеріями.

Во 2-мъ случаѣ послѣ лѣченія насыщенными растворами марганцевокислаго кали, въ первой части мочи отдѣлился значительной величины, мѣстами розовато окрашенный, свертокъ, представлявшій какъ бы отпечатокъ мочеиспускательнаго канала и состоявшій изъ различныхъ клѣтокъ эпителія съ отдѣльными бѣлыми шариками и гнойными тѣльцами. Сверхъ того, на отдѣльныхъ микроскопическихъ препаратахъ были найдены, рядомъ съ кучками гонококковъ, цѣпекокки и многочисленныя бактеріи, характеръ коихъ не былъ опредѣленъ ближайшимъ образомъ. Болѣзнь и въ томъ и въ другомъ случаяхъ прекратилась послѣ примѣненія общеупотребительныхъ слабыхъ впрыскиваній.

Перечисливъ въ заключеніе приведенныя въ сообщеніяхъ вещества, служившія причиною перепончатаго перелоя [сулема, взвѣсь свинца *Ricord*'а и насыщенный растворъ хлористаго желѣза, растворъ квасцовъ (4:200), растворъ уксуснокислаго цинка 0,7, дубильной кислоты 0,02, на 200 перегнанной воды], авторъ, въ виду ихъ крайняго разнообразія, высказалъ предположеніе о возможной зависимости такового перелоя отъ различной воспріимчивости слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала (Wiener medizinische Presse, № 49). *А. Гаринъ.*

716. *K. Grosz*, въ подтвержденіе высказываемаго v. *Zeissl*'емъ воззрѣнія на несостоятельность общепринятаго раздѣленія и теченія сифилиса на періоды (первичный, вторичный и третичный) и на связываемую съ ними различную заразительность послѣдовательныхъ его проявленій, допускающую, однако, отдѣльныя, сравнительно не рѣдкія исключенія, сообщаетъ *случай одновременной наличности гуммозныхъ и папулезныхъ явленій*, каковой, по его мнѣнію, явно доказываетъ, что всякія проявленія сифилиса вызываются неизвѣстною до сихъ поръ его палочкою и составляютъ одинъ и тотъ же сифилисъ, начинающійся первичнымъ затвердѣніемъ, обычно сопутствуемымъ какими-либо послѣдовательными явленіями.

20/x 1903 г. въ амбуляторію проф. v. *Zeissl*'я явился больной, замѣтившій, по его словамъ, въ концѣ апрѣля безуспѣшно пользованное имъ до означеннаго времени изъязвленіе на половомъ членѣ. При осмотрѣ больного обнаружены: плотное, покрытое кожею пропитываніе по обѣимъ сторонамъ уздечки и многочисленныя неболящія припуханія паховыхъ железъ. На разгибательныхъ поверхностяхъ рукъ и ногъ имѣлись импетигинозныя пустулы обычнаго типа, т. е. первичныя папулы распались затѣмъ въ пустулы, покрывшіяся зелеными корками, по отпаденіи коихъ образовывалось разлитое папулезное пропитываніе. Названныя явленія оставались, по словамъ больного, безъ измѣненія, съ іюня. Этимъ папулезнымъ, или, какъ ихъ неправильно называютъ другіе авторы, вторичнымъ явленіямъ сопутствовалъ рядъ рѣзкихъ гуммъ, расположенныхъ группами частью на разгибательныхъ и сгибательныхъ поверхностяхъ рукъ, частью на кожѣ выше подлопаточной ямки и на грудинѣ; одна изъ гуммъ, въ области рукоятки грудины, давала ясное зыбленіе. Больной, помимо произведеннаго ему изсѣченія первичнаго сифилитическаго затвердѣнія, послѣдовательно пользовался іодистымъ желѣзомъ и ртутью. Послѣ 5 еженедѣльныхъ впрыскиваній ртути (hyd. succin.) импетигинозныя пустулы и гуммозныя образованія прошли почти совсѣмъ и смѣнились крупнопятнистымъ высыпомъ на сгибательныхъ сторонахъ обѣихъ рукъ, въ подлопаточной области и обѣихъ сторонахъ груди, своевременно устраненныхъ соотвѣтственнымъ лѣченіемъ.—Такимъ образомъ, у этого больного имѣлись: сперва первичное сифилитическое затвердѣніе съ послѣдовательнымъ, чрезъ 3 мѣсяца, пустулезнымъ сифилидомъ, къ которому присоединился гуммозный сифилидъ, и, по обратномъ развитіи этихъ явленій, новый крупно-пятнистый сифилидъ (Wiener medizinische Presse, № 7). *А. Гаринъ.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ акушерства и женскихъ болѣзней (Отчетъ *В. Г. Лѣсового*). Засѣданіе 5-го января.

Предсѣдатель Отдѣла проф. *Г. Е. Рейнъ* привѣтствовалъ присутствовавшихъ слѣдующей рѣчью:

Открывая засѣданіе акушерско-гинекологическаго Отдѣла IX Пироговскаго Съѣзда, не могу не выразить живѣйшаго удовольствія, что вижу передъ собой многочисленную аудиторію, въ которой присутствуютъ многіе извѣстные представители нашей спеціальности. Это доказываетъ воочію, какъ великъ интересъ къ этой послѣдней среди врачей. Едва прошло нѣсколько дней, какъ закрылся I-й Съѣздъ Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ, гдѣ многіе изъ животрепещущихъ вопросовъ нашей спеціальности нашли себѣ горячее обсужденіе, какъ мы вновь готовы приступить къ дальнѣйшей, не менѣе трудной, и напряженной работѣ. При должномъ порядкѣ я надѣюсь, что вся предстоящая работа будетъ нами выполнена съ большою пользою для науки и для насъ самихъ. Залогомъ успѣховъ будетъ для насъ любовь къ истинѣ и уваженіе къ чужимъ мнѣніямъ. Объ этомъ должны намъ постоянно напоминать и основныя свойства нашей науки, и, быть можетъ, отчасти особенности внѣшней обстановки нашего Отдѣла. Эти скромныя стѣны Академической акушерской клиники, пріютившей нашъ Отдѣлъ, имѣютъ свою блестящую исторію. Стѣны этой аудиторіи украшены портретомъ нашего философа-клинициста и истинно русскаго врача-человѣка *С. П. Боткина*, оставившаго крупный слѣдъ не только въ своей спеціальности, но и во всей русской медицинѣ и, быть можетъ, болѣе всѣхъ способствовавшаго выработкѣ того симпатичнаго типа русскаго врача, которымъ справедливо гордится Россія. Въ стѣнахъ этой клиники работалъ *А. Я. Крассовскій*,—спокойный наблюдатель, осторожный діагностъ и смѣлый хирургъ, основатель современной русской оперативной гинекологіи. Въ этой аудиторіи лилась страстная рѣчь *М. И. Горвица*, захватывая вниманіе слушателей своей глубокой убѣжденностью и солиднымъ знаніемъ литературы и исторіи предмета. Здѣсь-же раздавалось живое, полное научнаго значенія слово *К. Ѳ. Славянскаго*, гинеколога-анатома, гинеколога-микроскописта, перекинувшаго прочный мостъ отъ нашей спеціальности къ основѣ медицинскихъ наукъ—патологической анатоміи. Эти могучіе, блестящіе образы недавняго прошлаго нашей спеціальности не умерли; они, несомнѣнно, живутъ и присутствуютъ въ этой аудиторіи, воплощенные въ своихъ многочисленныхъ ученикахъ, которые разсѣяны въ разныхъ частяхъ нашего обширнаго отечества и часть которыхъ, въ свою очередь, сдѣлалась главами новыхъ школъ, достойно продолжающихъ завѣщанное учителями дѣло постройки и возвеличиванія зданія русской акушерской и гинекологической науки. Дѣло это сдѣлалось теперь легче, благодаря колоссальнымъ открытіямъ послѣднихъ лѣтъ въ области наукъ біологическихъ и естественныхъ вообще, благодаря постройкѣ новыхъ клиникъ и лабораторій, благодаря Съѣздамъ врачей. Вмѣстѣ съ тѣмъ работа сдѣлалась, быть можетъ, и болѣе отвѣтственной и требуетъ большаго напряженія силъ. Работа на Съѣздахъ не легка, но она весьма плодотворна. Каждый приноситъ на судъ товарищей свои наблюденія, вопросы, мнѣнія и сомнѣнія, и, хотя каждый будетъ крѣпко отстаивать свои убѣжденія, здѣсь не будетъ ни побѣдителей, ни побѣжденныхъ. Побѣдительницей останется одна истина. При такихъ условіяхъ, быть можетъ, наша работа на этомъ Съѣздѣ оставитъ страничку въ исторіи развитія гинекологіи и акушерства въ нашемъ отечествѣ. Съ такими мыслями и упованіями привѣтствую собравшихся и объявляю акушерско-гинекологическій Отдѣлъ IX Пироговскаго Съѣзда открытымъ.

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *А. А. Муратовъ* (Кіевъ), товарищемъ его ч. пр. *Н. Д. Алексѣенко* (Харьковъ).

Программный вопросъ—«*Беременность и роды при раки матки*». *А. А. Драницынъ* (Петербургъ). *Къ вопросу о показаніи къ полному удаленію раковопораженной матки при осложненіи беременностью.* Сравнительной рѣдкостью сочетанія рака съ беременностью объясняется недостаточная разработка этого вопроса. По *Sarwey*'ю на каждый 2000 беременныхъ встрѣчается 1 случай (0,05%) одновременнаго пораженія матки ракомъ; по статистикѣ клиническаго повивальнаго Института это бываетъ въ 0,02% всѣхъ случаевъ; въ Отчетѣ Петербургскаго родовспомогательнаго заведенія за послѣдніе 3 года ракъ матки отмѣченъ 1 разъ болѣе чѣмъ на 12000 родовъ; университетскія клиники даютъ большій %, что зависитъ отъ включенія въ статистику такихъ больныхъ, которыя направляются сюда для спеціальнаго оперативнаго родоразрѣшенія или лѣченія. Basel'ская клиника, напр., по *Deppisch*'у, даетъ 0,8%

беременныхъ съ заболѣваніемъ рака матки. Большой районъ населенія и число случаевъ за большой періодъ времени, все число нормальныхъ родовъ и преждевременнаго прерыванія беременности и, наконецъ, все число беременныхъ, страдающихъ ракомъ матки,—всѣ эти данныя могутъ лучше всего выяснить истинную цифру раковыхъ матокъ, осложненныхъ беременностью. Изъ имѣющейся литературы по вопросу о ракѣ беременной матки можно сдѣлать выводъ, что около 40% операцій приходятся на 1-ую $^1/_2$ беременности и 60% на 2-ую; принимая-же во вниманіе быстрый ростъ рака при беременности и то, что всѣ эти случаи были оперативные, можно думать, что ракъ появился у такихъ больныхъ уже при существующей беременности, иначе % оперативныхъ раковъ былъ-бы больше въ 1-ой $^1/_2$ беременности, чѣмъ во 2 ой. Прямыхъ наблюденій появленія беременности при существующемъ ракѣ немного. Кромѣ случаевъ *Cohnstein*'а, докладчикъ собралъ изъ литературы только 3 неподлежащихъ сомнѣнію случая. Беременность матки способствуетъ несравненно болѣе быстрому распространенію возникшаго въ ней новообразованія. Установить исходный пунктъ происхожденія рака трудно. По *Sarwey*'ю въ 38 случаяхъ ракъ исходилъ изъ канала шейки, въ 47 изъ влагалищной части, въ 4—неизвѣстно откуда. При осложненіи рака беременностью врачъ долженъ въ очень рѣдкихъ случаяхъ рѣшить двойную задачу—излѣчить больную мать и сохранить жизнь плода; обыкновенно-же задача эта упрощается, такъ какъ приходится дѣлать выборъ между интересами матери или плода, и хирургъ долженъ строго взвѣсить, въ какой мѣрѣ жертва плодомъ можетъ принести исцѣленіе матери. По нѣмецкимъ авторамъ % коренного излѣченія при ракѣ матки около 30, по французскимъ—почти 0; поэтому для большинства нѣмецкихъ врачей одно присутствіе оперируемаго рака есть уже показаніе для удаленія матки во всѣ сроки беременности; большинство-же французскихъ врачей склонно ждать конца беременности или, по крайней мѣрѣ, полной жизнеспособности плода. Нѣмецкіе врачи держатся не вполнѣ правильнаго взгляда, ибо основываютъ предсказаніе при удаленіи беременной матки на результатахъ удаленія небеременной. Нельзя также присоединиться къ мнѣнію и французскихъ врачей, ибо они оперируютъ почти всегда только при макроскопически установленномъ распознаваніи, т. е. въ большинствѣ случаевъ поздно. При сопоставленіи данныхъ современной статистики неизбѣжно получается выводъ, что слѣдуетъ удалять беременную матку, не принимая въ разсчетъ срока беременности, только въ томъ случаѣ, если имѣется полное основаніе считать предпринимаемую операцію кореннымъ средствомъ для излѣченія матери, resp. при начинающемся ракѣ. При ракѣ, уже болѣе или менѣе распространенномъ, слѣдуетъ выжидать полной жизнеспособности плода, такъ какъ такой образъ дѣйствія сохраняетъ жизнь плода и можетъ дать матери туже палліативную мѣру, какъ если-бы операція была сдѣлана раньше. Изъ статистики видно, что изъ 100 случаевъ въ 50 несомнѣнно напрасно жертвовали жизнью дѣтей въ пользу матерей, въ 38 судьба матерей осталась неизвѣстной, и только въ 12 было достигнуто излѣченіе. Выжиданіе зрѣлости плода можетъ считаться безопаснымъ на слѣдующихъ основаніяхъ: а) вліяніе рака на беременность въ смыслѣ ея прекращенія преувеличено; б) % смертности матерей вслѣдствіе гнилостнаго процесса можетъ быть сведенъ до minimum'а, если больная находится подъ наблюденіемъ врача; в) въ настоящее время немыслимы тѣ случаи, когда матери погибали вслѣдствіе того, что роды не могли совершиться произвольно; кесарское сѣченіе, примѣненное во-время настолько же можетъ сохранить жизнь матери, насколько это возможно при другихъ условіяхъ, требующихъ примѣненія такого-же способа искусственнаго родоразрѣшенія; 2) непосредственный исходъ вылущенія послѣ выкидыша и продолжительность выживанія, какъ видно изъ статистики, не ухудшаются. Роды при ракѣ матки въ большинствѣ случаевъ происходятъ благополучно. При значительной распространенности процесса не слѣдуетъ во время родовъ держаться выжидательнаго способа веденія ихъ: классическое кесарское сѣченіе даетъ лучшій исходъ для матери и плода. При необходимости примѣнить акушерскую помощь слѣдуетъ отдать предпочтеніе щипцамъ, дающимъ болѣе благопріятный для плода исходъ, чѣмъ поворотъ. Срокъ беременности не играетъ роли въ настоящее время при выборѣ способа удаленія матки при оперируемомъ ракѣ. Во всѣ сроки лучшимъ способомъ, какъ это видно изъ статистики, долженъ считаться—влагалищный; его съ одинаковымъ успѣхомъ можно примѣнять какъ въ первые мѣсяцы беременности безъ опорожненія матки, такъ и въ концѣ беременности съ предварительнымъ ея опорожненіемъ путемъ классическаго или влагалищнаго кесарскаго сѣченія. Этотъ способъ можетъ уступить въ будущемъ только брюшному съ удаленіемъ железъ таза въ томъ случаѣ, если будетъ признано превосходство послѣдняго въ отношеніи какъ ближайшихъ, такъ и отдаленныхъ результатовъ, достигаемыхъ его примѣненіемъ.

Программный вопросъ «*Оперативное лѣченіе рака матки*». *В. Н. Орловъ. Къ вопросу о коренномъ оперативномъ лѣченіи рака матки.* (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

Проф. *Замшинъ: В. Н. Орловъ* высказалъ 2 положенія: 1) въ начальныхъ случаяхъ рака шейки матки можно оперировать съ равнымъ успѣхомъ путемъ высокаго усѣченія матки или полнаго удаленія ея чрезъ влагалище и 2) въ случаяхъ-же рака, непринадлежащихъ къ этой категоріи, т. е. съ болѣе значительнымъ распространеніемъ процесса, надлежитъ примѣнять брюшно-стѣночный способъ удаленія матки и увеличенныхъ тазовыхъ лимфатическихъ железъ. Если со 2-мъ положеніемъ и можно согласиться, то съ 1-мъ я никоимъ образомъ согласиться не могу. Оставляя въ сторонѣ теоретическія и всякія другія соображенія по этому вопросу, приведу для примѣра одинъ случай, поясняющій затронутый вопросъ съ точки зрѣнія недостаточности надвлагалищнаго усѣченія даже при начальныхъ степеняхъ рака шейки матки: 11 лѣтъ назадъ мнѣ пришлось наблюдать больную, у которой былъ заподозрѣнъ начальный ракъ шейки матки, что подтвердилось микроскопическимъ изслѣдованіемъ; было сдѣлано высокое усѣченіе шейки, а черезъ 4—5 мѣс. въ рубцѣ появились грануляціи, признанныя при микроскопическомъ изслѣдованіи авторитетными лицами за возвратъ рака; на этотъ разъ было сдѣлано влагалищное удаленіе матки съ хорошимъ исходомъ: возврата нѣтъ и по настоящее время.

Д-ръ *Цейтлинъ:* Въ числѣ преимуществъ высокаго надвлагалищнаго усѣченія шейки матки при раковомъ пораженіи ея докладчикъ указываетъ на возможность зачатія и родоразрѣшенія въ будущемъ. Я думаю, что при высокомъ усѣченіи шейки беременность до конца срока едва-ли можетъ быть доведена и должна прерваться выкидышемъ.

Д-ръ *Вертель:* Думаю, что не настолько еще время опредѣлять, которому изъ способовъ удаленія матки отдать преимущество. Въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется дѣло съ начальной формой рака, я удаляю ее чрезъ влагалище; въ запущенныхъ-же случаяхъ, гдѣ имѣется уже инфильтратъ въ клѣтчаткѣ, оперирую путемъ чревосѣченія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ, несомнѣнно, нельзя удалить матку черезъ влагалище, можно удалить ее путемъ чревосѣченія. По поводу доклада д-ра *Драницына* замѣчу, что въ случаѣ срочной беременности я дѣлаю классическое кесарское сѣченіе и тутъ-же удаляю матку путемъ чревосѣченія. По вопросу относительно времени, когда можетъ послѣдовать возвратъ рака послѣ удаленія матки, укажу на случай, въ которомъ послѣ удаленія матки чрезъ влагалище, произведенномъ проф. *Н. Н. Феноменовымъ*, послѣдовалъ возвратъ черезъ 6 лѣтъ.

Д-ръ *Абуладзе*: Въ настоящее время мало такихъ случаевъ, когда больные въ самыхъ начальныхъ ступеняхъ рака попадаютъ для коренного лѣченія. Въ этомъ отношеніи статистика докладчика является завидной. Ни въ одномъ случаѣ рака шейки, даже кажущимся съ виду начальнымъ, нельзя быть сколько-нибудь увѣреннымъ, что пораженіе не зашло далеко. Въ виду этого лучше не ограничиваться высокимъ усѣченіемъ и предпочитать полное удаленіе органа. Способъ операціи долженъ быть влагалищный, какъ испытанный во всѣхъ отношеніяхъ, такъ и дающій хорошіе результаты въ смыслѣ предупрежденія возвратовъ. Брюшной способъ кажется болѣе теоретическимъ, если принять во вниманіе, что самый возвратъ начинается большею частью на мѣстѣ рубца. Есть-ли мѣрило, которое указало-бы намъ границу пораженныхъ железъ и можно-ли удалить всѣ железы?

Д-ръ *Якобсонъ*: *Marsol* описалъ соединительныя вѣтви лимфатической системы шейки и дна матки, т. наз. rami communicantes, идущія по краямъ матки. Въ виду этого при влагалищномъ удаленіи матки имѣется больше вѣроятности удалить пораженныя части, чѣмъ при усѣченіи шейки. Въ клиникѣ проф. *Д. О. Отта* изъ 230 оперированныхъ по этому способу умерли всего 2,5%; на послѣднихъ 20 операцій не было ни одного смертнаго случая

Д-ръ *Поповъ:* Особенно важная задача для достиженія успѣшныхъ результатовъ лежитъ въ разработкѣ правильнаго ранняго распознаванія для возможно ранняго оперативнаго вмѣшательства. Дальнѣйшей задачей является строго клиническое изуче

ніе каждаго отдѣльнаго случая рака матки и выясненія слѣдующихъ вопросовъ—зависимость быстроты распространенія и частоты возвратовъ отъ мѣста развитія рака, патологоанатомической формы его и возраста больныхъ. Операція по *Wertheim*'у съ удаленіемъ железъ и клѣтчатки, примѣняемая и мною, находится въ періодѣ испытанія, и потому нѣтъ еще прочныхъ основаній предлагать ее.

Д-ръ *Жеваховъ*: Принято думать, что беременность рѣдко осложняется ракомъ. Д-ръ *Драницынъ* держится противоположнаго взгляда и указываетъ при этомъ на то, что въ большинствѣ случаевъ возможна коренная операція. Такую легкую оперативность, отмѣчаемую всѣми авторами, можно объяснить свойственной беременности сочностью тканей, маскирующей, въ свою очередь, распространеніе рака.

Проф. *Оттъ*: Тотъ способъ, который предлагаетъ авторъ, т. е. простое усѣченіе шейки, пораженной ракомъ, на его матеріалѣ даетъ % коренного исцѣленія во много разъ худшій (въ 3 раза), чѣмъ у авторовъ, придерживающихся другихъ способовъ; поэтому и нельзя присоединиться къ его взгляду. Затѣмъ, такъ какъ докладъ носитъ характеръ главнымъ образомъ литературной компиляціи, то, точности ради, нельзя не отмѣтить, чего докладчикъ не сдѣлалъ, что *Wertheim*, находя извѣстное %-ое пораженіе железъ, лишь въ ограниченномъ числѣ могъ установить раковый процессъ. Сдѣлать окончательное заключеніе оперировать чревосѣченіемъ пока еще нельзя, такъ какъ нѣтъ такого матеріала, въ которомъ наблюденія продолжались-бы достаточно долго.

Д-ръ *Сосуновъ*: Предпочитается брюшной способъ удаленія матки, такъ какъ при ограниченномъ числѣ помощниковъ въ сельскихъ лѣчебницахъ онъ считается болѣе легкимъ въ сравненіи съ влагалищнымъ. Лимфатическія железы въ клѣтчаткѣ, окружающей матку, не всегда специфическаго (раковаго) происхожденія.

Д-ръ *Олесинъ*: Для земскаго врача, работающаго въ небогатой участковой обстановкѣ, влагалищный способъ удаленія матки гораздо удобнѣе и легче, чѣмъ чревосѣченіе, требующее большей ассистенціи. Операціи эти вообще легки по техникѣ и благопріятны по непосредственнымъ результатамъ: болѣе чѣмъ на 250 случаевъ удаленія раковой матки я имѣлъ не болѣе 3 случаевъ смерти непосредственно послѣ операціи.

Д-ръ *Левиновичъ*: Распознать раннія формы рака шейки иногда бываетъ очень трудно; въ подтвержденіе укажу на случай, который мнѣ встрѣтился 3½ года назадъ. Распознаваніе передъ операціей установлено было микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Инфильтраціи клѣтчатки не было, микроскопическое изслѣдованіе послѣ операціи показало, что раковый процессъ доходилъ до дна матки, не затрагивая слизистой оболочки ея.

Проф. *Рейнъ*: Я не защитникъ усѣченія шейки при ракѣ матки, но изъ своего опыта имѣю 4 случая коренного излѣченія (прослѣжены въ теченіи 20, 16, 10 и 8 лѣтъ) путемъ надвлагалищнаго усѣченія. Эти случаи указываютъ на возможность коренного излѣченія отъ рака шейки матки путемъ надвлагалищнаго усѣченія. Удаленіе матки иногда даетъ хорошіе результаты, иногда очень плохіе; необходима тщательная оцѣнка каждаго случая, чтобы высказать, какимъ способомъ—брюшнымъ или влагалищнымъ—должно оперировать. Д-ръ *Драницынъ* обращаетъ особое вниманіе на сохраненіе жизни ребенка, и это придаетъ особую цѣнность докладу. Вопросъ въ этомъ направленіи нуждается въ серьезной разработкѣ.

Проф. *Груздевъ*: Мнѣ кажется, что въ вопросѣ объ оперативномъ лѣченіи рака матки хирургическая техника сказала уже свое послѣднее слово, и центръ тяжести этого вопроса перемѣстился въ сторону распознаванія. Не подлежитъ сомнѣнію, что прежніе способы для отличія рака, ограничивающагося лишь предѣлами матки и потому доступнаго для коренного хирургическаго лѣченія, отъ такого, который уже распространился за предѣлы органа, несостоятельны. Я лично имѣлъ возможность убѣдиться, что иногда въ случаяхъ, гдѣ ракъ шейки представляется, по видимому, ограниченнымъ и параметріи свободными, лимфатическія железы оказываются пораженными раковымъ процессомъ. Съ другой стороны, данныя *Wertheim*'а свидѣтельствуютъ, что иногда даже въ тѣхъ случаяхъ рака, гдѣ послѣдній инфильтрировалъ околоматочную клѣтчатку, лимфатическія железы оказываются здоровыми. Спрашивается теперь: какимъ образомъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можно рѣшить, поражены-ли новообразованіемъ железы, или ракъ ограничивается одной маткой? Разъ этотъ основной вопросъ будетъ рѣшенъ, выборъ подходящаго оперативнаго способа не представитъ труда: если ракъ ограничивается одной маткой, мы прибѣгаемъ или къ высокому усѣченію шейки (при ракѣ влагалищной части), или къ влагалищному удаленію всей матки (при ракѣ канала шейки и ракѣ тѣла матки); если поражены лимфатическія железы, остается операція *Wertheim*'а. Но какъ гинекологъ можетъ рѣшить этотъ вопросъ?... Разработка этой стороны дѣла и является въ настоящее время насущной необходимостью. Что касается вопроса о лѣченіи рака беременной матки, замѣчу лишь, что при выборѣ того или другого способа вмѣшательства при этой болѣзни мы должны имѣть въ виду особенно фактъ крайне быстраго распространенія рака во время беременности.

Проф. *А. И. Лебедевъ*. Рѣшеніе поставленнаго докладчикомъ вопроса путемъ статистическимъ возможно лишь при условіи однородности статистическаго матеріала. Этого невидно ни въ настоящемъ докладѣ, ни въ литературныхъ статистическихъ работахъ на эту-же тему. При статистическихъ выкладкахъ, нужно постоянно имѣть въ виду 3 давно установленныхъ разновидности: рака влагалищной части, шейки и тѣла матки, такъ какъ эти разновидности имѣютъ различное клиническое теченіе и различную частоту возврата. Безъ этого условія нельзя дѣлать правильныхъ выводовъ касательно зависимости возвратовъ отъ различныхъ способовъ оперативнаго удаленія рака шейки и влагалищной части матки. Наибольшимъ срокомъ возврата рака матки послѣ операціи нужно считать время до 2-хъ лѣтъ, и появленіе рака, напр., черезъ 7 лѣтъ послѣ операціи нельзя считать возвратомъ, такъ какъ наши наблюденія за развитіемъ рака не указываютъ такой медленности его теченія. Случаи-же такого поздняго появленія рака послѣ операціи должны разсматриваться съ точки зрѣнія неизвѣстной намъ этіологіи раковаго заболѣванія; очевидно, что лицо, подвергшееся раковой болѣзни, склонно и впередъ заболѣть этой же болѣзнью въ большей степени, чѣмъ кто другой. Хирургическое лѣченіе при всѣхъ способахъ операціи тѣмъ успѣшнѣе, чѣмъ раньше больныя попадутъ къ врачу, а это послѣднее зависитъ отъ уровня развитія больныхъ и отъ обезпеченности ихъ жизни.

Ж.-вр. *Михайлова*: Щелочи, принимаемыя внутрь, способствуютъ разсѣиванію раковыхъ элементовъ; теплыя ванны, назначаемыя при курортномъ лѣченіи щелочами, способствуютъ притоку крови къ малому тазу и усиленному питанію раковаго новообразованія. Поэтому терапевтъ долженъ предварительно вышеприведеннаго курортнаго лѣченія направлять своихъ больныхъ для гинекологическаго изслѣдованія къ гинекологу.

Проф. *Феноменовъ*: Мнѣ много разъ приходилось дѣлать высокое усѣченіе шейки матки при ракѣ матки, когда новообразованіе не заходило далеко и когда оно распространялось уже на смежныя области. Въ 1-мъ случаѣ была надежда на коренное излѣченіе, во 2-мъ—это было хорошее палліативное средство безъ риска для больной. Одинъ изъ возражавшихъ по этому поводу производитъ эту операцію приборомъ *Paquelin*'а; % смертности 0. Случаи коренного выздоровленія, прослѣженнаго въ теченіи 8, 10, 12, 15, 16 лѣтъ, заставляютъ думать, что эту операцію нельзя исключить изъ коренныхъ пособій. Операція брюшного удаленія раковой матки со смежными частями проста и требуетъ нѣкотораго вниманія только при отдѣленіи мочеточниковъ. Удаляемыя при этомъ способѣ железы иногда были поражены ракомъ, иногда нѣтъ. Въ одномъ случаѣ железы возлѣ перекреста маточной артеріи съ мочеточникомъ были поражены раковымъ процессомъ, вышележащія-же были здоровы. Клиническія наблюденія говорятъ, что по одному способу нельзя оперировать во всѣхъ случаяхъ рака, и самой простой операціи—высокаго усѣченія шейки забывать не слѣдуетъ.

В. Н. Орловъ д-ру *Цейтлину*: Я наблюдалъ 2 случая беременности, которая дошла до конца въ обоихъ случаяхъ; роды окончились щипцами; въ одномъ случаѣ передъ операціей были сдѣланы надрѣзы рубца.—*Якобсону*: Слизистая оболочка полости матки изслѣдовалась послѣ операціи подъ микроскопомъ. Если при надвлагалищной операціи ракъ распространялся далеко вверхъ по протяженію матки, то дѣлалось влагалищное удаленіе матки.

(Продолженіе слѣдуетъ).

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CVIII. Случай полнаго выворота матки во время родовъ.

Р. Г., первородящая, 11/II 1904 г. въ 9 час. утра разрѣшилась отъ бремени дѣвочкой. Рожала нѣсколько дней, считая отъ начала родовыхъ болей, при чемъ временами боли совершенно прекращались. Послѣ рожденія на свѣтъ младенца изъ половыхъ путей стала показываться кровь, а, когда кровотеченіе начало принимать угрожавшіе жизни размѣры, принимавшей акушеркой для удаленія дѣтскаго мѣста былъ примѣненъ способъ *Credé*. Тогда изъ половой щели показалось дѣтское мѣсто, но не одно, а вмѣстѣ съ вывернутой маткой, очутившейся между бедеръ. Дѣтское мѣсто было отдѣлено отъ боковой стѣнки матки, а матка введена во влагалище.

Я нашелъ родильницу черезъ 7 час. послѣ родовъ въ дов. удовлетворительномъ состояніи; самочувствіе ея было даже хорошее: она принимала участіе совѣтами относительно того, какъ-бы удобнѣе устроить ей поперечную кровать. Единственно, на что она жаловалась, это на своего рода жиленіе, позывъ на низъ и давленіе на прямую кишку. 37°,4; п. 144, плохого наполненія, но безъ аритміи. Видимыя слизистыя оболочки крайне малокровны. Изъ половыхъ путей понемногу показывалась кровь. Тщательно обеззаразивъ наружныя половыя части и проспринцевавъ влагалище 1%-мъ растворомъ лизола, я ввелъ во влагалище всю кисть (безъ наркоза, въ виду слабости пульса). Влагалище оказалось занятымъ большимъ круглымъ тѣломъ, напомнившимъ мнѣ головку новорожденнаго; на обычномъ мѣстѣ надъ лономъ матки не было; отъ шейки матки слѣдовъ не осталось.

Имѣя, такимъ образомъ, дѣло съ полнымъ выворотомъ матки, я приступилъ къ ея вправленію, а именно: упираясь концами

4-хъ пальцевъ (кромѣ большого) въ дно матки, я старался образовать полость такимъ образомъ, чтобы ея поперечный размѣръ совпалъ съ поперечнымъ размѣромъ таза; но скоро работа въ этомъ направленіи—снизу вверхъ—начала казаться мнѣ опасной, въ виду тонкости дна, и я удовольствовался полостью стм. въ 4—5 въ длину и 5—6 въ ширину, такъ что въ этой полости свободно помѣщались 2-ая и 3-ья фаланги 4-хъ пальцевъ; затѣмъ я перешелъ къ стѣнкамъ матки, при чемъ съ этого момента сталъ примѣнять двуручной способъ, т. е. правой рукой давилъ снизу вверхъ на правый край вновь возстановленной полости, а лѣвой рукой черезъ брюшные покровы противодавленіемъ отъ центра къ периферіи расправлялъ правую стѣнку матки; при этомъ матка дов. легко расправилась. Послѣ этого я перешелъ на лѣвую сторону, и тѣмъ-же двуручнымъ способомъ также легко добился положительнаго результата, и вся моя кисть очутилась во вновь возстановленной полости матки. Во время операціи больная тяжко стонала, просила пить и дать ей отдохнуть; послѣднее удовлетворялось тѣмъ, что рука, оставаясь во влагалищѣ, временами бездѣйствовала. Въ виду крайней слабости пульса, больной къ концу операціи былъ впрыснутъ шприцъ камфоры съ эпиномъ (1:10). Послѣ вправленія матки мною былъ произведенъ массажъ ея черезъ стѣнки живота лѣвой рукой, тогда какъ правая находилась въ полости матки; затѣмъ сдѣланъ горячій душъ влагалища растворомъ сулемы (1:3000), клизма съ физіологическимъ растворомъ (800,0), на животъ положенъ ледъ, внутрь-же назначена жидкая вытяжка спорыньи, по 12 капель, 3 раза въ день.

Послѣ операціи—состояніе общей слабости; 37°,5; пульсъ былъ плохого наполненія, 144, но черезъ 2 часа онъ давалъ уже только 114 ударовъ въ минуту.

Промыванія матки я не дѣлалъ, равно какъ и не тампонировалъ ея полости. Дѣло въ томъ, что послѣ вправленія матки кровь уже больше изъ нея не показывалась, а, чтобы предупредить зараженіе, промываніе матки—далеко не вѣрное средство, между тѣмъ какъ сама операція вправленія вывернутой матки настолько сопряжена съ траумами ея внутренней поверхности, что загнать что-либо въ кровеносную и лимфатическую системы мнѣ казалось въ высшей степени возможнымъ.

Послѣродовой періодъ: 12/п 37°—37°,6. 13/п 37°,5—38°,3. 14/п 37°,4—38°,5. 15/п 37°,2—38°,7. 16/п 36°,9—37°,3. Пульсъ первые дни былъ учащенъ: около 100 по утрамъ и 120 по вечерамъ. Послѣродовыя очищенія на 3-й день были съ рѣзкимъ запахомъ, вслѣдствіе чего, а также принимая во вниманіе поднятіе температуры до 38°,3 вечеромъ, полость матки была промыта 3%-мъ растворомъ фенола; кромѣ того, влагалище ежедневно проспринцевывалось растворомъ сулемы (1:3000). Запахъ держался нѣсколько дней; животъ все время оставался мягкимъ; болѣзненности въ немъ нигдѣ и никакой не было; инволюція матки шла нормальнымъ путемъ, и на 14-ый день послѣ родовъ Р. Г. оставила постель.

Что касается причины происхожденія въ этомъ случаѣ выворота, то можно думать, что онъ произошелъ вслѣдствіе вялости матки и отчасти вслѣдствіе, видимо, не совсѣмъ правильнаго примѣненія способа *Credé*.

Что особенно интересно въ данномъ случаѣ, — это самочувствіе больной: со стороны организма какъ будто и не было никакой реакціи на выворотъ матки; больная ничѣмъ не отличалась отъ родильницъ, потерявшихъ при родахъ дов. много крови. Единственно, что указывало на то, что съ нею не все обстояло благополучно, это—значительно учащенный пульсъ (144) и жалобы на давленіе и боли въ области прямой кишки, которыя слѣдуетъ объяснить сокращеніями матки, помѣщавшейся въ маломъ тазу.

И. Ахіезеръ.

CIX. *По поводу примѣненія гуаякола въ хирургической практикѣ.*

Въ виду извѣстныхъ мнѣ нѣсколькихъ случаевъ смерти отъ гнилокровія послѣ полученныхъ ранъ въ нашей Манчжурской арміи, мнѣ кажется вполнѣ своевременнымъ напомнить товарищамъ, находящимся на театрѣ военныхъ дѣйствій, о чистомъ гуаяколѣ (guajacolum absolutum), какъ почти специфическомъ средствѣ при гноящихся ранахъ и даже омертвѣніи.

Чистый гуаяколъ былъ впервые предложенъ для лѣченія ранъ д-ромъ *П. Н. Прохоровымъ*, который во 2-мъ выпускѣ своего труда—«Біологическія основы медицины», Петербургъ, 1898 г.—пишетъ: «Гуаяколъ совершенно не обладаетъ противогнилостными свойствами, особенно-же распредѣляясь въ количествѣ 20 или 30 капель по полосѣ марли, вкладываемой на сутки въ гнилостную гнойную полость. Тѣмъ не менѣе, дѣйствіе такой тампонады оказывается крайне благопріятнымъ при заживленіи гнойныхъ полостей, вскрытыхъ оперативнымъ путемъ. Я примѣнялъ такую тампонаду сотни разъ въ самыхъ разнообразныхъ случаяхъ гнойныхъ процессовъ, начиная съ гнойнаго воспаленія железъ послѣ скарлатины и кончая обширными глубокими флегмонами конечностей, сопровождаемыми гангренозными пятнами съ пропитываніемъ омертвѣлой клѣтчатки гнилостными газами». «Я имѣю», пишетъ онъ далѣе, «8 примѣровъ большихъ съ благопріятнымъ теченіемъ при употребленіи гуаякола... Д-ръ *А. Я. Докелинъ* сдѣлалъ высокое усѣченіе голени старухѣ 60 лѣтъ по случаю омертвѣнія, при чемъ гнойные затеки буквально отсепаровали кожу колѣннаго сустава и нижней части бедра. При примѣненіи тампонады съ гуаяколовой марлей операція прошла крайне благопріятно съ сохраненіемъ цѣлости колѣннаго сустава».

Лично мнѣ въ своей практикѣ въ теченіи непродолжительнаго времени, съ котораго я сталъ пользоваться гуаяколомъ при лѣченіи гноящихся ранъ, пришлось наблюдать нѣсколько достойныхъ вниманія случаевъ его въ высокой степени благотворнаго дѣйствія. Особенно замѣчателенъ случай вылущенія плеча съ предварительной перевязкой плечевой артеріи въ подмышковой ямкѣ, произведеннаго мною, по поводу молніеноснаго омертвѣнія конечности, совмѣстно съ д-ромъ *А. В. Аристовымъ* въ Кокчетавской уѣздной больницѣ Акмолинской области, когда на оставшуюся часть большой грудной мышцы, несомнѣнно пораженную уже гангренозным процессомъ, нами была наложена марля, пропитанная гуаяколомъ, и больной остался живъ и вполнѣ поправился.

В. Бялобжескій.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Отчеты Московскихъ городскихъ врачей (санитарныхъ, училищныхъ и базарныхъ смотрителей) за 1901 г. Москва, 1903 г. 190 стр.

Санитарное дѣло у насъ вообще и въ городахъ въ частности находится въ неудовлетворительномъ состояніи. У большинства лицъ, стоящихъ во главѣ общественныхъ управленій, нѣтъ еще сознанія и стремленія къ организаціи такого дѣла, отъ котораго они не видятъ скорыхъ результатовъ. Если гдѣ санитарное дѣло болѣе или менѣе и организуется, то въ нѣкоторыхъ только большихъ городахъ, да и то еще оставляетъ желать многаго. Въ Москвѣ дѣло это, по видимому, получило уже право гражданства; тамъ имѣются особые санитарные врачи, вѣдающіе опредѣленныя отрасли. О дѣятельности вышеуказанныхъ врачей даетъ наглядное понятіе вышеуказанный отчетъ, по которому до нѣкоторой степени можно ознакомиться съ распространеніемъ заразныхъ болѣзней, съ санитарными условіями школъ, мѣропріятіями и т. д. Въ этомъ отношеніи много интересныхъ свѣдѣній даютъ санитарные врачи (18) и школьные (10). Отчеты базарныхъ врачей (10) довольно кратки, но все-таки изъ отчетовъ ихъ видно, что работы на долю этихъ врачей приходится оч. много: каждому изъ нихъ ежегодно приходится сдѣлать отъ 1100 до 2300 посѣщеній и осмотровъ; всего было сдѣлано 15172 посѣщенія, при чемъ составлено 101 протоколъ. Интересно-бы имѣть общую картину санитарныхъ условій, въ какихъ находятся торговыя помѣщенія и условія труда служащихъ.

Довольно интересны свѣдѣнія школьныхъ врачей; они представлены каждымъ изъ нихъ отдѣльно, и очень жаль, что нѣтъ общей сводки по всѣмъ школамъ. Въ прежнее время такіе отчеты составлялись д-ромъ *Н. Ѳ. Михайловымъ*; отчего-бы и теперь кому-нибудь изъ врачей не давать такіе отчеты? Въ настоящихъ отчетахъ дается описаніе школьныхъ помѣщеній, школьной обстановки, говорится о завтракахъ, личной гигіенѣ учащихся, объ остро-заразныхъ заболѣваніяхъ и мѣрахъ противъ нихъ. Вообще по настоящимъ отчетамъ можно составить опредѣленную картину санитарнаго надзора за школами и ихъ состояніемъ.

Д. Никольскій.

Pfeiffer Emil. Verhandlungen der zwanzigsten Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abtheilung für Kinderheilkunde der 75 Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel 1903. Изданіе J. F. Bergmann'a. Wiesbaden, 1904. 272 стр. Ц. 8 мар. 60 пф.

Отдѣлъ педіатріи на 75-мъ Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Cassel'ѣ имѣлъ 4 засѣданія, на которыхъ было заслушано 26 докладовъ, большинство которыхъ затрогивало многіе животрепещущіе вопросы современной педіатріи. Въ 1-мъ засѣданіи 21/IX *F. Schilling* изъ Leipzig'a сообщилъ результатъ своихъ изслѣдованій надъ сахарообразовательной способностью слюны у маленькихъ дѣтей и пришелъ къ тому заключенію, что жидкость эта вообще, а часть ея, отдѣляемая подчелюстной железой, въ особенности выполняетъ въ достаточной степени свою физіологическую роль въ актѣ пищеваренія. О случаѣ расширенія толстой кишки (болѣзнь *Hirschprung*'a) говорилъ *Cahen-Broch* изъ Frankfurt'a a/M. Въ преніяхъ по этому поводу Génève'скій проф. *D'Espine* замѣтилъ, что характерной чертой названнаго страданія является невозможность полной restitutionis ad integrum, не смотря на лѣченіе. Я не могу раздѣлять такого взгляда по отношенію къ ростущему организму, представляющему самыя выгодныя условія для выравниванія подобнаго рода уклоненій. Судя по даннымъ *Reinach*'a (München), gelabte Kuhmilch (Peigninmilch *Schlossmann*'a), какъ пища при кишечныхъ разстройствахъ грудного возраста, особенно утѣшительныхъ результатовъ не даетъ. Относительно высокой кислотности содержимаго кишекъ въ случаяхъ энтерокатарра *B. Salge* дов. категорически высказался въ пользу особой палочки, какъ основной причины чрезмѣрнаго образованія жирныхъ кислотъ высшаго порядка. *F. Siegert* (Strassburg) путемъ многочисленныхъ опытовъ убѣдился въ несомнѣнной пользѣ лѣ-

ченія бродилами атрофіи грудныхъ дѣтей, хотя въ обмѣнѣ мыслей по этому поводу было высказано желаніе дальнѣйшихъ наблюденій. О 8 случаяхъ трофодерматонейроза у дѣтей въ возрастѣ 1—3½ г. сообщилъ *Seller* (Solingen), объ улучшенномъ способѣ статистики по вопросу питанія грудныхъ дѣтей—*Schlossmann* (Dresden) и объ основныхъ правилахъ снабженія городовъ дѣтскимъ молокомъ—*Bernhard Sperk* (Вѣна). Во 2-мъ засѣданіи 22/IX *Hochsinger* (Вѣна) сообщилъ недостаточно убѣдительный случай врожденнаго stridor'а вслѣдствіе гипертрофіи вилочковой железы, *Zuppinger* (Вѣна)—о laryngitis aphtosa, *Brüning* (Leipzig) о 4-хъ случаяхъ водяного рака, гдѣ воочію можно было убѣдиться въ наличности особаго рода специфическихъ нитей (Nonnafäden), пронизывавшихъ во всѣхъ направленіяхъ ткани и сосуды на мѣстѣ развитія болѣзненнаго процесса. Интересъ сообщенія *Arth. Keller*'а (Bonn) объ успѣхахъ организаціи нѣмецкихъ морскихъ курортовъ для больныхъ дѣтей заключается въ тѣхъ данныхъ, которыми пояснялась національная забота о возможно полномъ и широкомъ оздоровленіи дѣтей нѣмецкаго пролетаріата. 2 доклада объ истеріи въ дѣтскомъ возрастѣ [*M. Thiemich*—(Breslau) и *L. Bruns*—(Hannover)] вмѣстѣ съ обмѣномъ мыслей всесторонне обрисовали особенности теченія названнаго страданія и тѣ предупредительныя и лѣчебныя мѣры, съ помощью которыхъ можетъ быть обезпечена разумная борьба.—3-е засѣданіе состоялось того же числа послѣ обѣда. Докладывали: *M. Hirschprung* (Charlottenburg)—«Das uranische Kind», *Alb. Uffenheimer* (München)—о зависимости между скарлатиннымъ и дифтерійнымъ процессами, *H. Feer* (Basel)—случай обратнаго положенія внутренностей при отсутствіи большихъ желчныхъ ходовъ. Оживленную бесѣду вызвалъ докладъ *Fr. v. Pirquet* (Вѣна) «Zur Theorie der Vaccination». Раздѣляя взглядъ *Biclère*'а, *Chambon*'а и *Menard*'а, докладчикъ пришелъ къ заключенію, что прививка оспы вызываетъ образованіе въ организмѣ специфическаго тѣла—Antikörper, обусловливающаго всѣ клиническія явленія процесса. Впрочемъ, *Schlossmann* справедливо возразилъ, что прививка оспы невсегда сопровождается повышеніемъ температуры, особенно у маленькихъ дѣтей. Относительно несомнѣнной возможности зараженія дѣтей бугорчаткой при употребленіи ими мяса рогатаго скота, страдающаго жемчужной болѣзнью, говорилъ *Ganghofner* (Прага) въ докладѣ своемъ «Zur Frage der Fütterungstuberculose». Въ 4-мъ засѣданіи *J. Comby*, на основаніи 5 собственныхъ случаевъ изложилъ ученіе о туберкулидахъ кожи—болѣзни, раньше называвшейся «lichen scrophulosorum». Особый интересъ представило заявленіе докладчика о распознавательномъ значеніи впрыскиваній туберкулина, къ помощи котораго *J. Comby* прибѣгаетъ очень часто. *W. Stuelzner* (Berlin) говорилъ о технической сторонѣ преподаванія рахитическихъ костей—«Farbenanalytischen Untersuchungen an rachitischen Knochen» и о дѣйствіи фосфора на рахитическій процессъ въ костяхъ. Путемъ микроскопическаго изслѣдованія 3 случаевъ, въ которыхъ примѣнено было лѣченіе фосфоромъ, авторъ убѣдился, что средство это не оказываетъ никакого дѣйствія на самый рахитическій процессъ въ костяхъ и не вызываетъ явленій склероза. Въ очень обстоятельномъ и полномъ интереса сообщеніи *F. Siegert*'а (Strassburg) «Beiträge zur Lehre von der Rachitis» приведенъ рядъ убѣдительныхъ фактовъ въ пользу унаслѣдованнаго предрасположенія дѣтей къ заболѣванію рахитомъ, помимо вредно вліяющихъ извнѣ условій. *A. Köppen* (Jarden) говорилъ о бугорчатковой конституціи, *L. Burdach* (Kreiznach) о терапевтическомъ значеніи іодферратозы и *K. Gregor* (Breslau) о мѣстоположеніи легочныхъ заболѣваній у дѣтей грудного возраста.

Проф. *И. Троицкій.*

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XCVII. М. Г.! Въ № 28 «Русскаго Врача» въ отдѣлѣ «Хроника» появилась перепечатка замѣтки Петербургскаго корреспондента New-York'ской газеты «Sun», въ которой говорится о появленіи въ нашихъ войскахъ, расквартированныхъ въ китайскихъ домахъ Мукдена какой-то «зеленой чумы». По свѣдѣніямъ этого корреспондента, новая болѣзнь въ высшей степени заразительна, обычный исходъ ея смерть, китайцевъ она не поражаетъ и т. д.

Въ виду заявленія редакціи, обращеннаго къ врачамъ Мукдена, имѣющимъ достовѣрныя свѣдѣнія, дать поясненіе по поводу этой неясной корреспонденціи, считаю своимъ долгомъ заявить, что я нахожусь въ Мукденѣ уже 7 мѣсяцевъ; на моей обязанности лежитъ наблюденіе за санитарнымъ состояніемъ войскъ гарнизона и города Мукдена. О каждомъ случаѣ заразнаго заболѣванія въ частяхъ войскъ гарнизона, а равно и о поступающихъ въ лѣчебныя заведенія Мукдена съ санитарныхъ поѣздовъ и транспортовъ я имѣю точныя свѣдѣнія, и до сихъ поръ ничего подобнаго описываемому корреспондентомъ New-York'ской газеты «Sun»—не наблюдалось. Остается лишь удивляться пылкой фантазіи корреспондента. Вообще-же заболѣваемость заразными болѣзнями въ Мукденскомъ гарнизонѣ минимальна и ни въ какомъ случаѣ не больше таковой въ мирное время. Попадались лишь единичные случаи дизентеріи и тифа, и то бывали перерывы по мѣсяцу слишкомъ, когда заразныхъ заболѣваній не наблюдалось вовсе.

А. Войцеховскій.

XCVIII. М. Г.! Въ № 34 «Русскаго Врача» за текущій годъ напечатанъ «Случай акромегаліи» д-ра *И. И. Канкаровича.* Я первый въ Россіи наблюдалъ въ Одесской еврейской больницѣ случай акромегаліи и описалъ его въ 1889 г. въ «Медицинскомъ Обозрѣніи» (№ 22), приложивъ и свѣтописный снимокъ. Между тѣмъ д-ръ *Канкаровичъ*, приводя литературу объ акромегаліи, моего случая не приводитъ. Мнѣ кажется, *русскую* литературу разбираемаго предмета авторъ статьи долженъ бы знать, тѣмъ болѣе, что вообще случаи акромегаліи въ описаніяхъ встрѣчаются рѣдко, а въ русской литературѣ число наблюденій акромегаліи очень невелико.

Б. Шапошниковъ.

Одесса. 27-го августа 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1747. *Уволенъ* отъ службы, согласно прошенію, сверхштатный заслуженный ординарный профессоръ Харьковскаго Университета *П. А. Ясинскій* («Правительственный Вѣстникъ», 27 августа).

1748. Д-ръ *А. А. Троянов*ъ и проф. *М. С. Субботинъ* назначены *совѣщательными членами* в.-медицинскаго ученаго Комитета («Правительственный Вѣстникъ», 26 августа).

1749. Ч. пр. *Ѳ. Г. Яновскій назначенъ экстраординарнымъ профессоромъ* Одесскаго Университета по каѳедрѣ госпитальной терапевтической клиники («Новое Время», 25 августа).

1750. Ч. пр. Харьковскаго Университета *П. Н. Лащенковъ* назначается *экстраординарнымъ профессоромъ* Томскаго Университета по каѳедрѣ гигіены («Новое Время», 28 августа).

1751. Совѣтъ Варшавскаго Университета объявляетъ конкурсъ на *премію имени А. Хойнацкаго*, въ размѣрѣ 900 р., за лучшее общедоступное сочиненіе по медицинѣ. На соисканіе преміи принимаются только оригинальныя рукописныя или печатныя сочиненія. Изъ печатныхъ сочиненій принимаются только тѣ, которыя вышли въ свѣтъ въ теченіи послѣднихъ 4-хъ лѣтъ, предшествовавшихъ конкурсу. Сочиненія должны быть написаны на русскомъ языкѣ. Рукописныя сочиненія должны быть написаны разборчиво и чисто. Премія выдается только русскимъ подданнымъ. Она ни въ какомъ случаѣ не раздѣляется между авторами 2-хъ или нѣсколькихъ сочиненій. Сочиненія, назначенныя на конкурсъ, должны быть доставлены медицинскому факультету Варшавскаго Университета не позже 1-го апрѣля 1906 г. Выборъ языка для печатанія удостоеннаго преміи рукописнаго сочиненія предоставляется свободному усмотрѣнію автора. Уплата преміи автору печатнаго сочиненія или его законнымъ наслѣдникамъ будетъ произведена 11 (24) декабря 1906 г. по предварительномъ представленіи въ Университетъ 150 экземпляровъ.

1752. Съ 1-го сентября вводится въ дѣйствіе *новая аптекарская такса*, въ которую внесены всѣ вышедшія въ свѣтъ до 1904 г. новыя врачебныя средства.

1753. Въ Лаоянѣ во время боя изъ врачебно-санитарнаго персонала *ранены*: д-ръ *К. В. Писячевскій* (въ ногу), студентъ В.-Медицинской Академіи *Соколовъ*, сестра милосердія *Л. В. Яковенко* (въ обѣ ноги) и нѣсколько санитаровъ («Русскія Вѣдомости», 27 августа).

1754. По дополнительнымъ свѣдѣніямъ 28-го мая *контуженъ* старшій врачъ 1-го Аргунскаго полка Забайкальскаго казачьяго войска *Н. П. Овчинниковъ* («Русь», 23 августа).

1755. Отбыли на Дальній Востокъ: 25-го августа—изъ Архангельска *санитарный отрядъ* мѣстнаго Управленія Краснаго Креста на 50 кроватей; изъ Орла—*санитарный отрядъ* Краснаго-же Креста на 100 кроватей въ составѣ 4 врачей, 1 фармацевта, 10 сестеръ милосердія, 12 санитаровъ и завѣдующаго хозяйствомъ; изъ Петербурга—3-ій Кауфмановскій *госпитальный отрядъ* на 200 кроватей въ составѣ 5 врачей и 21 сестры милосердія; 27-го августа изъ Гродно—*санитарный отрядъ* мѣстнаго Управленія Краснаго Креста на 50 кроватей въ составѣ 3 врачей, 7 сестеръ милосердія и 3 санитаровъ («Новое Время», 26 и 28 августа).

1756. Главное в.-медицинское Управленіе прислало Одесскому окружному в.-медицинскому инспектору «*Правила объ освобожденіи отъ призыва врачей запаса*». Согласно этимъ «Правиламъ» *освобождаются* отъ призыва слѣдующіе врачи: 1) Земскіе врачи, завѣдующіе устроенными въ пунктахъ ихъ пребыванія больницами не менѣе 16 штатныхъ мѣстъ; старшіе и главные врачи центральныхъ земскихъ больницъ не менѣе 16 штатныхъ мѣстъ; врачи, завѣдующіе городскими больницами, а равно главные и старшіе врачи ихъ, съ числомъ мѣстъ не менѣе 16. 2) Врачъ, завѣдующій Одесской бактеріологической станціей. 3) Чч. преподаватели, допущенные къ постоянному преподаванію въ университетахъ. 4) Желѣзнодорожные врачи. 5) Главные и старшіе врачи дѣтскихъ больницъ, если больницы эти имѣютъ утвержденный штатъ и содержатся на казенныя, городскія или общественныя суммы. *Не освобождаются:* 1) Врачи, временно исполняющіе обязанности главныхъ, старшихъ и завѣдующихъ врачей больницъ, указанныхъ выше, такъ какъ освобожденію подлежатъ только штатные врачи. Учрежденія, уволившія своихъ врачей съ сохраненіемъ должностей, должны были имѣть въ виду это обстоятельство и потому, если желаютъ, должны вызвать своихъ штатныхъ врачей. 2) Главные врачи Общинъ сестеръ

милосердія, при которыхъ нѣтъ постоянныхъ больницъ, или, если и имѣются, то менѣе, чѣмъ на 16 постоянныхъ коекъ. 3) Чч. преподаватели, не несущіе обязанностей постоянныхъ преподавателей. 4) Завѣдующіе спеціальными отдѣленіями больницъ. 5) Врачи, завѣдующіе больницами, содержимыми отдѣльными частными лицами, торговыми или акціонерными компаніями для ихъ собственныхъ предпріятій, фабрикъ, заводовъ и пр. 6) Врачи, завѣдующіе еврейскими больницами. 7) Врачи гимназій, семинарій, горныхъ училищъ и т. п. заведеній, не поименованныхъ въ прилож. къ ст. 25 уст. о воин. повин. изд. 1897 г. 8) Завѣдующіе родильными пріютами.

1757. Старшимъ врачемъ *Кіевскаго городского санитарнаго отряда*, выѣзжающаго 1-го сентября въ Харбинъ, назначенъ ординаторъ Кирилловской больницы *В. І. Мушинскій* («Кіевская Газета», 21 августа).

1758. Намъ сообщаютъ, что 21-го августа въ Усмани, Тамбовской губ., *тепло провожали П. И. Урбановича*, отправившагося на Дальній Востокъ.

1759. Совѣтъ Кіевскаго Общества взаимнаго кредита, согласно постановленію Собранія уполномоченныхъ Общества, внесъ въ пользу Кіевскаго Управленія Краснаго Креста *25000 р. на оказаніе пособій семействамъ врачей*, уѣхавшихъ на Дальній Востокъ («Новое Время», 26 августа).

1760. «Русскимъ Вѣдомостямъ» (29 августа) телеграфируютъ со ст. Мейшандзы, что Харбинское медицинское Общество совмѣстно съ земскими отрядами приступило къ организаціи близь вокзала въ Харбинѣ *продовольственнаго, перевязочнаго и сортировочнаго пункта* для правильнаго распредѣленія больныхъ и раненыхъ по госпиталямъ и устраненія задержекъ транспортировки въ госпитали. Въ помощь неблагоустроеннымъ санитарнымъ поѣздамъ съ необорудованными товарными вагонами открылось филіальное отдѣленіе Общества въ Читѣ.

1761. Намъ пишутъ изъ Читы, что тамъ учреждено «*Временное медицинское Общество на Дальнемъ Востокѣ*», по образцу такого-же Общества въ Харбинѣ, имѣющее цѣлью объединеніе дѣятельности врачей различныхъ вѣдомствъ и практически-научную разработку вопросовъ врачебно-санитарнаго дѣла на Дальнемъ Востокѣ. На общемъ Собраніи 7-го августа, выбрано Правленіе изъ слѣдующихъ лицъ: предсѣдателемъ—Читинскій врачебный инспекторъ *А. Г. Цитовичъ*, товарищемъ его—старшій врачъ войсковой больницы для душевнобольныхъ *И. И. Аракcимовичъ*, казначеемъ—уполномоченный Краснаго Креста полк. Стаховичъ, секретарями—врачъ Читинскаго мѣстнаго лазарета *И. А. Шабадъ* и врачъ, командированный противочумной Коммиссіей для борьбы съ заразными болѣзнями, *А. Ѳ. Сулима Самойло*, членами Правленія—*В. М. Сѣдмикъ, Б. Л. Гордонъ-Клячко, В. В. Можевитинъ* и *И. А. Юцевичъ*. Записалось до 40 дѣйствительныхъ членовъ. 1-ое очередное засѣданіе было назначено на 21-ое августа.—Желаемъ Обществу возможно полнаго успѣха.

1762. «Врачебно-санитарная хроника Рязанской губ.» (№ 6) сообщаетъ слѣдующія свѣдѣнія *о перемѣнахъ въ составѣ земскаго врачебнаго персонала въ Рязанской губ. вслѣдствіе призыва на военную службу состоявшихъ въ запасъ врачей*. Всего изъ 8 уѣздовъ взято 10 врачей, что составитъ 14,7% по отношенію къ общему числу земскихъ врачей въ губерніи и 20,4% къ числу ихъ въ этихъ 8 уѣздахъ. Кромѣ того, изъ 2-хъ уѣздовъ 2 врача оставили службу вслѣдствіе отъѣзда на Дальній Востокъ съ отрядами. Оставленіе персоналомъ службы началось съ апрѣля и продолжалось въ маѣ и іюнѣ. Въ концѣ іюня изъ упомянутыхъ 10 вакансій врачей было замѣщено временными врачами 6. Сравнительной быстротѣ замѣщенія большей ½ вакансій способствовало, вѣроятно, въ значительной степени совпаденіе этого періода со временемъ окончанія курса молодыми врачами (какъ извѣстно, экзамены были не осенью, какъ всегда, а весной).

1763. По словамъ «Сѣверо-Западнаго Слова» (24 августа), покойный проф. *Langenbeck* завѣщалъ капиталъ, на %% съ котораго должны быть *командируемы германскіе военные хирурги на театръ военныхъ дѣйствій въ войнахъ, гдѣ Германія не участвуетъ*. Исполняя волю завѣщателя, проф. Берлинскаго Университета *Bergmann* и д-ръ *Leitfeld*, его душеприказчики, обратились съ предложеніемъ къ д-ру *Г. И. Гиршу* (отчего-же не въ Красный Крестъ? *Ред.*) о командированіи одного изъ военныхъ германскихъ врачей въ Манчжурію для работы въ полевыхъ госпиталяхъ.

1764. По словамъ «Правительственнаго Вѣстника» (26 августа), отправленный на Дальній Востокъ санитарный отрядъ Казанскаго Университета снабженъ, между прочимъ, *сушеною квашеною капустою*, приготовленною по указаніямъ проф. *Н. Ѳ. Высоцкаго*. Консервъ этотъ, изобрѣтенный Ташкентскими солдатами, вполнѣ замѣняя сырую квашеную капусту, представляетъ большія преимущества для продовольствія людей въ походахъ, во время продолжительныхъ плаваній и пр. Преимущества эти заключаются въ слѣдующемъ: 1) при высушиваніи капуста теряетъ около 90% вѣса, такъ что изъ пуда сырой капусты получается не болѣе 5 фунт. сушеной, что, конечно, весьма выгодно для перевозки, и 2) сушеная капуста, защищенная отъ сырости, можетъ сохраняться отъ порчи долгое время. 1 или 2 столовыхъ ложки такой капусты, облитыя горячей водою и сваренныя съ мясомъ, рыбою или съ приправами (лукомъ, лавровымъ листомъ) и прибавкою масла, даютъ глубокую тарелку вкусныхъ щей. Способъ приготовленія чрезвычайно простъ и доступенъ для всякаго частнаго хозяйства. Сырую квашеную капусту отжимаютъ, отбрасываютъ на рѣшето, чтобы изъ нея вытекъ разсолъ, затѣмъ разсыпаютъ не толстымъ слоемъ на желѣзный противень, покрытый чистой бумагой, или на глиняное блюдо, и ставятъ на ночь на вольную печь; къ утру обыкновенно капуста достаточно высыхаетъ. Высохшую капусту укладываютъ въ жестяные ящики или банки изъ-подъ печенья, конфектъ и пр., которые можно пріобрѣсти за нѣсколько копѣекъ въ каждой бакалейной лавкѣ, при чемъ края крышки заклеиваютъ полоской чистой бумаги.

1765. Обществу естествоиспытателей и врачей при Томскомъ Университетѣ рѣшено отпускать въ пособіе на изслѣдованіе Сибири и печатаніе ученыхъ трудовъ *по 500 р. въ годъ* («Сибирская Жизнь», 20 августа).

1766. Душеприкащики К. Ч. Поповой передали Московской городской Управѣ 205000 р. въ дополненіе къ ранѣе внесеннымъ ими 50000 р. на устройство *Пріюта для неизлѣчимо-больныхъ и слѣпыхъ* («Русскія Вѣдомости», 26 августа).

1767. «Врачебно-санитарная хроника Ярославской губ.» (августъ) выступаетъ съ симпатичнымъ *проэктомъ устройства общеземской выставки по земской медицинѣ и санитаріи* въ ознаменованіе исполнившейся 1-го января текущаго года 40-лѣтней дѣятельности земства. Приводимъ заключительныя положенія проэкта: 1. Желательно, чтобы Правленіе Общества русскихъ врачей въ память *Пирогова* организовало всероссійскую выставку по общественной (земской и думской) медицинѣ и санитаріи въ 1905 г., въ ознаменованіе 40-лѣтія земскихъ учрежденій, совмѣстно съ таковой-же выставкой въ Москвѣ по народному образованію въ земской Россіи при Московской губернской земской Управѣ, если послѣдняя на то согласится. 2. Правленіе обратилось-бы къ Московскому губернскому Земству за такимъ-же содѣйствіемъ по осуществленію проэктируемой выставки по медицинѣ и санитаріи, какое оно оказываетъ выставкѣ по народному образованію. 3. Обратилось-бы во всѣ губернскія и уѣздныя земства за матеріальной и фактической помощью по осуществленію предпріятій выставки (доставленіе свѣдѣній, экспонатовъ, командировки лицъ и др.). 4. Образовало-бы при Правленіи Общества врачей особую выставочную Коммиссію, которой поручить выработать минимальную общую для всѣхъ земствъ и однообразную по техническому исполненію программу выставки въ самое ближайшее время. 5. Въ составъ этой Коммиссіи привлечь завѣдующихъ санитарными бюро губернскихъ земствъ, представителей губернскихъ управъ и другихъ земскихъ дѣятелей и врачей, могущихъ содѣйствовать осуществленію предпріятія выставки; просить этихъ лицъ привлечь къ дѣламъ выставки мѣстныя врачебно-санитарныя организаціи—губернскія и уѣздныя. 6. Ассигновать изъ средствъ Пироговскаго Общества на первоначальное веденіе дѣлъ выставки въ распоряженіе этой Коммиссіи нѣкоторую сумму. 7. Въ случаѣ благопріятнаго отклика губернскихъ земствъ Россіи на призывъ Правленія о выставкѣ и удачнаго осуществленія послѣдней просить Правленіе сохранить ея экспонаты до X-го Съѣзда Общества, къ которому она можетъ быть организована по болѣе широкой программѣ, каковое расширеніе предоставить усмотрѣнію Правленія, и просить послѣднее издать къ X-му Съѣзду краткій обзоръ-указатель экспонатовъ выставки съ цѣлью популяризаціи добытыхъ земствомъ результатовъ. 8. Поручить Правленію разработать проэктъ организаціи постоянной показательной выставки по общественной (земской и думской) медицинѣ и санитаріи, въ связи съ вопросомъ о собственномъ домѣ Пироговскаго Общества въ Москвѣ.

1768. *Съѣздъ членовъ и представителей земскихъ учрежденій Харьковской губ. по врачебно-санитарной части* (см. выше, № 27, стр. 977) назначенъ 5—14 октября. Къ предстоящему Съѣзду заявлены доклады, кромѣ делегатскихъ, еще на слѣдующія темы: *П. А. Граціановымъ* — «О сельскихъ повитухахъ» и «О роли уѣздныхъ и санитарныхъ врачей въ борьбѣ съ эпидеміями», *С. Е. Корженевскимъ* — «О борьбѣ съ эпидеміями», *С. Т. Тесля* — «Объ ясляхъ», *В. Н. Демьяненко* — «Объ оспопрививаніи», *С. Н. Игумновымъ* — «О санитарной организаціи», *Е. В. Фирюковой* — «О фельдшеризмѣ» («Врачебная хроника Харьковской губ.», № 6).

1769. 11-го сентября въ Одессѣ соберется *губернскій Съѣздъ врачей*. Одесская городская Управа обратилась къ Херсонской губернской земской Управѣ съ просьбой допустить на этотъ Съѣздъ всѣхъ врачей, состоящихъ на городской службѣ—больничныхъ, санитарныхъ, врачей для бѣдныхъ, а также представителей санитарныхъ попечительствъ.

1770. «Русскія Вѣдомости» (24 августа), со словъ «Петербургскихъ Вѣдомостей», сообщаютъ, что *занятія* открывшагося на дняхъ *въ Вологдѣ губернскаго Съѣзда врачей происходятъ при закрытыхъ дверяхъ* и что на Съѣздъ не допускаются врачи, не состоящіе делегатами Съѣзда.—Не сомнѣваемся, что эта боязнь гласности исходитъ не отъ врачей. Остается лишь пожалѣть, что товарищи вынуждены работать при такихъ архаическихъ условіяхъ, которыя, пожалуй, во многомъ сведутъ ихъ трудъ къ неблагодарной работѣ Данаидъ *).

1771. Вологодское губернское земское Собраніе послѣдней сессіи, между прочимъ, постановило возбудить слѣдующія ходатайства передъ правительствомъ: 1) *объ измѣненіи нормальнаго*

---

*) Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ»-же (30 августа) помѣщена корреспонденція изъ Вологды, посвященная этому Съѣзду; въ корреспонденціи буквально воспроизводятся нѣкоторыя мѣста изъ рѣчи, произнесенной при открытіи Съѣзда завѣдующимъ мѣстнымъ санитарнымъ Бюро д-ромъ *З. Г. Френкелемъ*... Двери, стало быть, заперты неплотную.—*Ред.*

Устава губернскихъ Съѣздовъ врачей, а именно, чтобы въ число членовъ Съѣзда могли входить представители не только земскихъ, но и городскихъ общественныхъ Управленій и ихъ врачебно-санитарныхъ органовъ и учрежденій; чтобы въ занятіяхъ Съѣзда могли принимать участіе съ правомъ голоса земскіе врачи-делегаты отъ смежныхъ губерній; чтобы въ число членовъ Съѣзда могли быть включаемы, по желанію земства, ветеринарные врачи и провизоры, состоящіе на земской службѣ, съ правомъ голоса по соотвѣтствующему ряду вопросовъ; чтобы врачи изъ состава врачебнаго персонала губерніи, не состоящаго на земской службѣ, какъ, напр., правительственные, городскіе, фабричные и пр. и другія лица, компетенція которыхъ можетъ быть полезна для Съѣзда при обсужденіи входящихъ въ его программу вопросовъ, могли быть приглашаемы на засѣданія Съѣзда съ правомъ совѣщательнаго голоса губернскою Управою или предсѣдателемъ Съѣзда безъ особаго каждый разъ и по отношенію къ каждому лицу разрѣшенія губернатора; чтобы Съѣздамъ было предоставлено право безъ особаго каждый разъ испрашиванія предварительнаго одобренія губернатора входить въ обсужденіе относящихся къ подвѣдомственному земству врачебно-санитарному дѣлу вопросовъ, которые, хотя заблаговременно и не были внесены въ программу Съѣзда, но могутъ быть возбуждены или возникнуть по ходу преній или по разсмотрѣніи программныхъ вопросовъ и делегатскихъ сообщеній, если эти вопросы признаны будутъ предсѣдателемъ Съѣзда подлежащими обсужденію послѣдняго; чтобы общія засѣданія Съѣзда были открыты для публики; 2) *о введеніи безплатнаго лѣченія въ клиникахъ* для земскихъ больныхъ и организаціи при всѣхъ медицинскихъ факультетахъ *курсовъ для врачей;* 3) *о* правительственномъ *пособіи* въ размѣрѣ 50% стоимости на постройку отдѣленія лѣчебницы для душевно-больныхъ въ г. Устюгѣ («Врачебно-санитарный обзоръ Вологодской губ.», вып. IV).

1772. Сенатъ разъяснилъ, что *частныя лѣчебныя заведенія облагаются земскимъ сборомъ* на одинаковыхъ основаніяхъ со всѣми недвижимыми имуществами въ уѣздѣ («Вѣстникъ Ярославскаго Земства», № 14).

1773. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (27 августа) приводятся слѣдующія любопытныя подробности открытія *1-ой городской больницы въ Воронежѣ*, иллюстрирующія отношеніе мѣстнаго городского Управленія въ лежащей на немъ обязанности по обезпеченію городского населенія врачебной помощью. «Нѣсколько лѣтъ назадъ послѣ долгихъ и горячихъ разговоровъ городская Дума рѣшила построить свою больницу въ городѣ. Зданіе, наконецъ, было сооружено, и 2 года назадъ былъ поставленъ вопросъ въ Думѣ о срокѣ открытія больницы, но въ это время между городомъ и губернскимъ Земствомъ возникъ по больничному вопросу конфликтъ. Губернское Земство стало понемногу сокращать дѣятельность губернской больницы; городу это не понравилось, и вотъ, когда въ декабрѣ прошлаго года губернское Собраніе сдѣлало категорическое постановленіе уменьшить въ губернской больницѣ число коекъ съ 200 до 134, городская Дума въ противовѣсъ сдѣлала другое постановленіе—открыть городскую больницу только въ томъ случаѣ, если Земство фиксируетъ штатъ губернской больницы въ 200 коекъ. Исполненіе декабрьскаго постановленія губернскаго земскаго Собранія было пріостановлено губернаторомъ, какъ не отвѣчающее мѣстнымъ пользамъ и нуждамъ, и вопросъ перешелъ въ Министерство. Во вчерашнемъ (24/VIII) засѣданіи Думы былъ прочитанъ отвѣтъ по этому вопросу, въ коемъ говорится, что со стороны министра внутреннихъ дѣлъ не встрѣчается препятствія къ исполненію постановленія губернскаго Земства и въ то-же время предлагается городской Думѣ отмѣнить выше приведенное постановленіе, а въ противномъ случаѣ Министерство войдетъ въ Комитетъ министровъ съ особымъ представленіемъ объ отмѣнѣ этого постановленія. Вопросъ этотъ дебатировался вчера гласными, и въ концѣ Дума постановила открыть съ октября городскую больницу пока на 30 коекъ».

1774. Въ засѣданіи санитарнаго Совѣта Саратовскаго губернскаго Земства, 3-го и 4-го августа, приняты слѣдующія постановленія относительно *предупредительныхъ мѣръ на случай появленія холеры* въ Саратовскомъ уѣздѣ: 1) уѣздная санитарно-исполнительная Коммиссія настаиваетъ на устройствѣ въ с. Озеркахъ барака для проходящихъ рабочихъ съ кипяченой водой и пр.; 2) Коммиссія находитъ нужнымъ поручить санитарнымъ попечителямъ подыскать, но не снимать еще, въ каждомъ селеніи помѣщеніе, которое въ случаѣ появленія эпидеміи можетъ быть обращено въ изоляціонный баракъ; въ с. Широкомъ, Озеркахъ и Полчаниновкѣ немедленно или снять, или же приступить къ постройкѣ подобнаго помѣщенія, ассигновавъ на постройку 200 р.; 3) Коммиссія признаетъ страхованіе врачей на случай эпидеміи необходимымъ въ томъ случаѣ, если пенсія, даруемая Высочайшимъ манифестомъ семьямъ врачей, умершихъ въ борьбѣ съ эпидеміей, меньше 400 р.—Совѣщаніе врачей Петровскаго уѣзда, Саратовской губ., въ засѣданіи 16-го августа, спеціально назначенномъ для обсужденія *мѣропріятій по предупрежденію заноса холеры* въ губернію, постановило ходатайствовать передъ губернской Управой объ открытіи лѣчебно-продовольственныхъ пунктовъ по направленію наибольшаго движенія рабочихъ: Саратовъ-Петровскъ-Пенза; по другимъ трактамъ установлено движеніе рабочихъ лишь временное. Поэтому признано желательнымъ открыть въ 1-ую очередь наблюдательные пункты въ Широкомъ и Полчаниновкѣ, Саратовскаго у., въ с. Ключахъ и Кондалѣ, Петровскаго у. Кромѣ того, признано желательнымъ въ 1-ую же очередь открыть наблюдательный пунктъ и въ самомъ Петровскѣ. При этомъ пунктѣ рѣшено имѣть врача, наблюдающаго за рабочими въ мѣстахъ ихъ остановокъ и за ихъ питаніемъ. Для выработки дальнѣйшаго плана борьбы съ холерой въ Петровскомъ у. Совѣщаніе избрало Коммиссію изъ врачей *Требильева, Дойна, Петрова* и *Семеновскаго* («Саратовскій Дневникъ», 20 и 21 августа).—Въ Аткарскомъ уѣздѣ Саратовской-же губ., въ виду приближенія холеры, открывается *4 врачебно-наблюдательныхъ пункта*, при чемъ въ каждомъ устраивается баракъ, въ которомъ будетъ дѣйствовать особый санитарный персоналъ («Новое Время», 27 августа).

1775. Хотя въ Самарской губ. еще и не было обнаружено ни одного случая холернаго заболѣванія, тѣмъ не менѣе губернія эта, по свѣдѣніямъ, полученнымъ «Русскимъ Словомъ» (18 августа), *объявлена угрожаемой по холерѣ*.

1776. Въ Харьковѣ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (27 августа), въ цѣляхъ надлежащей постановки санитарнаго надзора предполагается учредить *санитарныя попечительства*.

1777. Въ Самарѣ *санитарный надзоръ за проституціей* возложенъ на санитарное бюро при городской Управѣ («Новое Время», 25 августа).

1778. При Одесской городской Управѣ избрана спеціальная Коммиссія для *санитарнаго изслѣдованія фабрично-заводскихъ промысловъ въ городѣ*.

1779. «Сѣверо-Западное Слово» (25 августа) передаетъ, что въ Виленскихъ госпиталяхъ предполагается для обеззараживанія рукъ употреблять *денатурированный спиртъ*.

1780. Въ «Правительственномъ Вѣстникѣ» (22 августа) сообщены данныя *о дѣятельности Pasteur'овской станціи въ Колывани за 1903 г.* Въ теченіи этого года на станціи лѣчились 179 чел., въ томъ числѣ 46 женщинъ. По губерніямъ лѣчившіеся распредѣляются такъ: изъ Томской 100 чел. (въ томъ числѣ 81 въ счетъ земскаго сбора и 19 на собственный счетъ), изъ Иркутской 59, Енисейской 3, Семипалатинской обл. 10, Забайкальской 7. Больше всего лѣчившихся приходится на весенніе и лѣтніе мѣсяцы съ апрѣля по августъ. Большинство лѣчившихся (140 чел.) были укушены собаками. Расходъ станціи за отчетный годъ выразился въ суммѣ 2889 р. 10 к., при чемъ наиболѣе крупную затрату—950 р.—потребовало устройство при станціи спеціальнаго кроличьяго завода. Доходъ станціи—2622 р. 60 к.; такимъ образомъ станція дала за 1-й годъ своего существованія убытокъ въ 266 р.

1781. Московское Общество приказчиковъ открываетъ *родильный пріютъ* («Русское Слово», 21 августа).

1782. Въ «Петербургскомъ Земскомъ Вѣстникѣ» (августъ) помѣщено изслѣдованіе д-ра *И. А. Золотавина «Санитарное положеніе учащихъ въ начальныхъ школахъ Ямбургскаго уѣзда»*. Авторъ приходитъ, между прочимъ, къ такимъ малоутѣшительнымъ выводамъ: 1) Санитарное положеніе учащихъ въ большей части начальныхъ школъ уѣзда всѣхъ вѣдомствъ слѣдуетъ признать неудовлетворительнымъ и потому заслуживающимъ серьезнаго вниманія со стороны учредителей и содержателей этихъ школъ. 2) Наименѣе удовлетворительными въ санитарномъ отношеніи являются въ начальныхъ школахъ *жилищныя условія* учащихъ, особенно тяжелыя въ школахъ воспитательнаго Дома, затѣмъ церковныхъ и наконецъ земскихъ, при чемъ наибольшаго вниманія заслуживаютъ земскія и церковныя, какъ наиболѣе распространенныя. 3) Половина начальныхъ школъ въ уѣздѣ (49,3%) помѣщается въ наемныхъ зданіяхъ, поэтому не приспособлены ни для учащихся, ни для учащихъ, и, слѣд., большинство послѣднихъ встрѣчаютъ неблагопріятныя санитарныя условія для своей работы какъ въ классѣ, такъ и у себя въ квартирѣ. 4) Изъ 35 земскихъ школъ 12 (35,2%) помѣщаются въ наемныхъ зданіяхъ и 3 при волостныхъ Правленіяхъ. 5) Считая за наименьшую норму кубическаго содержанія учительской квартиры (при 60 кв. саж. площади пола всей квартиры и при $4^1/_2$ арш. высоты) 10,0 куб. саж., слѣдуетъ признать неудовлетворительными изъ существующихъ учительскихъ помѣщеній по одному только недостаточному кубическому содержанію (какъ не достигающія 10 куб. саж.) 26 (70,3%) квартиръ въ земскихъ школахъ и всѣ 15 (100%), относительно помѣстительности которыхъ сообщены данныя, въ церковно-православныхъ. Кромѣ того, въ этихъ цифрахъ слѣдуетъ отмѣтить, что при 7 земскихъ школахъ (19%), при 5 церковно-православныхъ (22%) и при всѣхъ 4 (100%) школахъ воспитательнаго Дома учительскія помѣщенія не достигаютъ и 5 куб. саж., слѣд., должны быть признаны безусловно неудовлетворительными. Помимо своей недостаточной помѣстительности, учительскія квартиры слѣдуетъ признать неблагоустроенными во многихъ другихъ отношеніяхъ. Напр., 4 квартиры при земскихъ школахъ, 4 при церковныхъ и всѣ 4 при школахъ воспитательнаго Дома имѣютъ ходъ чрезъ классъ. При 27 учительскихъ квартирахъ (земскихъ школъ) нѣтъ отдѣльнаго для учащихъ клозета. Садики имѣются только при 4 земскихъ школахъ, огороды—при 9. Во многихъ квартирахъ (особенно въ самыхъ тѣсныхъ) нѣтъ фортокъ.

1783. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 16) сообщаютъ слѣдующій фактъ *къ характеристикѣ нашихъ культуртрегеровъ на Дальнемъ Востокѣ*. «Одинъ изъ инженеровъ Кругобайкальской ж.-дороги легко поранилъ себѣ ногу на тоннельныхъ работахъ. Онъ съумѣлъ съѣздить въ Иркутскъ къ частному врачу и послѣ этого требовалъ къ себѣ желѣзнодорожнаго врача для перевязки, ссылаясь на то, что онъ не можетъ оставить работъ и явиться для перевязки самъ. Врачъ въ самыхъ вѣжливыхъ выраженіяхъ отвѣчалъ формальною бумагою, что

фельдшера нѣтъ, и просилъ инженера прибыть въ больницу, гдѣ хотѣлъ перевязку сдѣлать самъ. У врача на рукахъ болѣе 70 больныхъ, и онъ безусловно не могъ оставить ихъ. Но иксъ-инженеръ обидѣлся и телеграммой пожаловался на врача начальству въ Иркутскъ. Начальство послало телеграмму старшему врачу съ такою резолюціей: «прошу указать врачу, что инженеръ N—не рабочій, къ которому можно относиться безразлично».—Пыжущіеся маленькіе олимпійцы всегда были только смѣшны, даже и тогда, когда изволятъ гнѣваться: развѣ не смѣшно, напр., это курьезное дозволеніе «относиться къ рабочему безразлично»?!

1784. Со 2-го по 7-ое октября 1905 г. въ Парижѣ соберется *Международный Съѣздъ по бугорчаткѣ*. Занятія на этомъ Съѣздѣ будутъ распредѣлены между 2-мя отдѣлами—патологіи и общественной борьбы съ бугорчаткой. Предсѣдателемъ 1-го отдѣла избранъ проф. *Lannelongue*, 2-го проф. *Landouzy*. Каждый Отдѣлъ намѣтилъ 3 программныхъ вопроса: А) Отдѣлъ патологіи бугорчатки—1) *Лѣченіе волчанки новыми способами* (докладчиками отъ Франціи избраны д-ра *Jeanselme* и *Chatin*); 2) *Раннее распознаваніе бугорчатки при помощи новыхъ способовъ* (докладчикомъ отъ Франціи—д-ръ *Achard*) и 3) *Сравнительное изученіе различныхъ разновидностей бугорчатки* (докладчикомъ отъ Франціи—проф. *Arloing*); Б) Отдѣлъ общественной борьбы съ бугорчаткой—1) *Причина бугорчатки* (докладчикъ д-ръ *Romm*); 2) *Значеніе здравницъ въ борьбѣ съ бугорчаткой* (докладчикъ д-ръ *Courtois Suffit*) и 3) *Страхованіе въ борьбѣ съ бугорчаткой* (докладчикъ д-ръ *E. Fuster*). По каждому изъ этихъ вопросовъ будутъ приглашены еще по 2 докладчика не-французы.

1785. Съ 1-го по 16-е декабря (нов. стиля) текущаго года въ Hamburg'скомъ Институтѣ тропическихъ болѣзней и морскомъ госпиталѣ будетъ прочитанъ спеціальный *курсъ для судовыхъ врачей*.

1786. *Во Франціи насчитывается въ настоящее время 12000—13000 врачей*, въ томъ числѣ около 3500 въ Парижѣ; изъ числа послѣднихъ 4—6 зарабатываютъ по 200000—300000 фр. въ годъ, 10—13 по 100000—150000 фр., около 100 по 40000—60000 фр., до 300 по 15000—30000 фр., около 800 по 8000—15000 и 1200 менѣе, большинство значительно менѣе 8000 фр. («Marseille-Médical», 1 сентября).

1787. Въ Парижѣ образовался Комитетъ подъ предсѣдательствомъ проф. *Chauveau* съ цѣлью воздвигнуть *памятникъ проф. Trasbot*, чтобы увѣковѣчить память заслуги послѣдняго передъ ветеринаріею («Gazette des hôpitaux civils et militaires», 27 августа).

1788. По поводу недавней *эпидеміи оспы въ Troyes* совѣтъ департамента Aube постановилъ единогласно ходатайствовать передъ правительствомъ, чтобы во всей Франціи, въ назначенный день, произведена была предохранительная прививка оспы всѣмъ номадамъ, бродячимъ торговцамъ, комедіантамъ и т. д., не подвергшимся прививкѣ за послѣдніе 2 года («Le Progrès médical», 3 сентября)

1789. Послѣдніе (3 сентября) №№ «The Lancet» и «British Medical Journal» *посвящены*, по обычаю, всецѣло *вопросамъ обученія медицинѣ*, являясь справочниками для приступающихъ къ нему.

1790. Rangoon'скій корреспондентъ Times'а сообщаетъ, что д-ръ *Rost* нашелъ способъ *выращивать палочку проказы* и открылъ лѣчебную сыворотку противъ этой болѣзни—«leprolin». Послѣдняя вылѣчиваетъ, будто-бы, всѣ разновидности болѣзни («American Medicine», 20 августа).

1791. Проф. *W. Osler* въ Baltimore'ѣ получилъ предложеніе занять *каѳедру въ Oxford'ѣ*—мѣсто бывшаго своего учителя *Burdon Sanderson*'а—и это приглашеніе принялъ («American Medicine», 20 августа).

1792. «American Medicine» (20 августа) передаетъ, что французскій врачъ *Clement* открылъ *въ муравьиной кислотѣ хорошее средство противъ мышечнаго утомленія*. Чтобы не разстраивать желудка, онъ даетъ кислоту въ соединеніи съ водою.

1793. Не лишенныя интереса данныя о *борьбѣ между человѣкомъ и животными* въ Индіи за 1903 г. передаетъ «Cosmos» (25 іюня). Въ этомъ году 23164 чел. погибли отъ ужаленія змѣями, 1046 растерзаны тиграми, 277 волками, 973 медвѣдями, леопардами и пантерами,—итого 25460 жертвъ. Съ другой стороны, 38000 (!) охотниковъ истребили (только): 1331 тигра, 4413 леопардовъ, 1850 медвѣдей, 2373 волка, 706 гіенъ и 4300 другихъ хищныхъ звѣрей, а всего 14983; о змѣяхъ данныхъ нѣтъ («American Medicine», 20 августа).

1794. Генералъ-почтмейстеръ Канады вошелъ въ парламентъ съ проэктомъ закона, чтобы газеты, брошюры, книги, циркуляры и т. п., въ которыхъ восхваляются способы лѣченія патентованными средствами, *не принимались для разсылки почтою* («Deutsche Medizinal-Zeitung», 1 сентября).

1795. Передавая идущій изъ полуоффиціальнаго источника слухъ, что Австрійское правительство работаетъ въ настоящее время надъ вопросомъ *о допущеніи женщинъ-врачей къ больничной службѣ*, «Wiener medizinische Presse» (4 сентября) справедливо полагаетъ, что этотъ «вопросъ» можетъ быть рѣшенъ только и единственно въ положительномъ смыслѣ.

1796. По недавнему опредѣленію Köln'скаго Landgericht'а, слово «шарлатанъ» (Kurpfuscher) въ примѣненіи къ отдѣльному лицу *является оскорбленіемъ*; съ другой стороны, оно хорошо опредѣляетъ лѣчебную дѣятельность нѣкоторыхъ и врачей, не только не-врачей («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 4 сентября).

1797. *Умерли:* 1) 22-го августа, въ Полтавѣ *Левъ Емельяновичъ Мандельштамъ*, родившійся въ 1833 г., а званіе врача получившій въ 1858 г. «Покойный былъ однимъ изъ старѣйшихъ врачей Полтавы, гдѣ пользовался большимъ уваженіемъ, какъ выдающійся общественный дѣятель и человѣкъ рѣдкой доброты и отзывчивости» («Кіевская Газета», 24 августа).—2) 23-го августа, въ Лугѣ, *Павелъ Ивановичъ Аристовъ* («Новое Время», 25 августа), родившійся въ 1845 г., а званіе врача получившій въ 1869 г.—3) 24-го августа въ м. Петриковкѣ (Новомосковскаго у. Екатеринославской губ.) отъ анейризмы аорты земскій врачъ *Михаилъ Алексѣевичъ Милостановъ*, родившійся въ 1854 г., а званіе врача получившій въ 1880 г. Почти тотчасъ по окончаніи курса въ Харьковскомъ Университетѣ покойный поступилъ на службу земскимъ врачемъ въ Новомосковскій уѣздъ и болѣе 23 лѣтъ высоко держалъ знамя земскаго врача-работника. Работая все это время въ участкѣ, состоявшемъ исключительно изъ крестьянъ, и, слѣд., не разсчитывая ни на какія поощренія вліятельныхъ гласныхъ, *М. А.* трудился, не покладая рукъ: ни личное нездоровье, ни непогода или другія обстоятельства не останавливали его отъ посѣщенія больныхъ; стоило лишь пріѣхать и заявить, что больной нуждается въ помощи, и покойный сейчасъ-же спѣшилъ къ нему. Какъ хорошій врачъ, онъ пріобрѣлъ себѣ извѣстность въ уѣздѣ. Въ семьѣ земскихъ врачей *М. А.* былъ всегда старѣйшимъ піонеромъ земской медицины въ уѣздѣ и лучшимъ товарищемъ. Онъ былъ врачъ-человѣкъ и безсребренникъ въ полномъ смыслѣ этого слова. Работая при крайне неблагопріятныхъ условіяхъ, онъ много лѣтъ хлопоталъ о постройкѣ у него въ участкѣ подходящей больницы. И, когда на дняхъ должна была открыться только-что выстроенная въ м. Петриковкѣ вполнѣ оборудованная больница, судьба зло посмѣялась надъ нимъ: его не стало. Кромѣ копѣечныхъ сбереженій, *послѣ покойнаго не осталось никакихъ средствъ*. Пусть эти нѣсколько строкъ будутъ лепесткомъ въ вѣнкѣ покойному отъ товарищей, а трудовая жизнь «идеальнаго земскаго врача» да служитъ путеводною звѣздою молодымъ товарищамъ! (Сообщено *П. М. Сочинскимъ*).—4) Ярославскій врачебный инспекторъ *Иванъ Никитичъ Буховцевъ* («Правительственный Вѣстникъ», 27 августа), родившійся въ 1841 г., а званіе врача получившій въ 1870 г.—5) Витебскій врачебный инспекторъ *Николай Васильевичъ Панютинъ* (тамъ-же), родившійся въ 1851 г., а званіе врача получившій въ 1878 г.—6) *Ѳедоръ Ивановичъ Аргентовъ* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 27 августа), родившійся въ 1859 г., а званіе врача получившій въ 1884 г.—7) 28-го августа, въ Петергофѣ, главный врачъ Елизаветинской дѣтской больницы *Владиміръ Николаевичъ Рейтцъ* («Новое Время», 29 августа), родившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1860 г.—8) Въ Сандомірскомъ уѣздѣ покончилъ съ собою самоубійствомъ *Левъ Патковскій* [1] («Przegląd lekarski», 10 сентября).—9) Въ Berlin'ѣ *Адольфъ Гофрихтеръ* [1]) (изъ Лодзи) (тамъ-же).—10) 16-го августа, въ Weingarten'ѣ (Швейцарія), профессоръ патологической анатоміи Génève'скаго Университета *F. Zahn*, извѣстный по многочисленнымъ работамъ изъ области патологической анатоміи и общей патологіи.—11) 21-го августа въ Gargellen'ѣ (Швейцарія) главный врачъ хирургическаго отдѣленія Карло-Ольгинской больницы въ Stuttgart'ѣ проф. *A. S. Landerer*, 50 л., извѣстный и у насъ своимъ «Руководствомъ общей хирургической патологіи и терапіи» («Wiener medizinische Presse», 4 сентября).—12) 26-го августа, въ Ems'ѣ, проф. медицинской клиники Giessen'скаго Университета *Franz Riegel*. Сынъ врача, покойный родился въ 1843 г. въ Würzburg'ѣ, изучалъ медицину тамъ-же, а затѣмъ работалъ въ Вѣнѣ у *Oppolzer*'а и *S. Stricker*'а. Въ 1872 г. онъ получилъ званіе ч. преподавателя, въ 1874 г., по предложенію *Virchow*'а и *Bamberger*'а, былъ назначенъ директоромъ Köln'скаго Bürgerspital, а черезъ 5 лѣтъ былъ приглашенъ на каѳедру въ Giessen'ѣ. Изъ многочисленныхъ научныхъ работъ покойнаго наиболѣе извѣстны относящіяся къ патологіи желудка («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift» 4 сентября).—4-го августа, во Frankfurt'ѣ a/M, внезапно, на 60-мъ году, извѣстный патолого-анатомъ проф. *Karl Weigert*, ученикъ *Cohnheim*'а («Wiener klinische Wochenschrift», 11 августа и «Berliner klinische Wochenschrift» 29 августа).

Опечатка. Въ статьѣ д-ра *И. И. Казаса* (см. стр. 1214) уже по отпечатаніи того листа, гдѣ она помѣщена, намъ попалась непріятная опечатка, къ сожалѣнію, просмотрѣнная корректоромъ: на строкѣ 3 св. напечатано: подъ покровительствомъ д-ра *Б. П. Палемпсестова*; слѣдуетъ читать: подъ руководствомъ д-ра *Б. П. Палемпсестова*. Просимъ уважаемыхъ автора и читателей великодушно извинить намъ эту невольную вину. *Ред.*

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ

Нѣмецкіе.

Neurologisches Centralblatt. 1 февраля.

1. **E. Redlich.** *Ueber zwei neue Hautreflexe an den unteren Extremitäten.* 2. **J. Meinertz.** *Zur Casuistik der Myokymie.* 3. **С. Я. Поповъ** (Москва). *Ueber amnestische Aphasie.* Случай.

15 февраля.

1. **Л. С. Минорь** (Москва). *Ueber die Localisation und klinische Bedeutung der sogen. «Knochensensibilität» oder des Vibrationsgefühls.* О локализаціи и клиническомъ значеніи т. наз. костной чувствительности. (Не окончена). 2. **P. Kronthal.** *Die Beziehungen des Nervensystems zur Psyche.* 3. **H. Lundborg.** *Ist Unverricht's sogen. familiäre Myoklonie eine klinische Entität, welche in der Nosologie berechtigt ist?* 4. **R. Kutner.** *Hemiplegia alternans superior.* Случай.

1 марта.

1. **M. Bartels.** *Zur Frage der Regeneration der Nervenfasern in den Herden der multiplen Sklerose.* 2. **K. Mendel.** *Ein Reflex am Fussrücken.* 3. **Л. С. Минорь.** (Окончаніе).

16 марта.

1. **Pfister.** *Zur Kenntniss der Mikropsie und der degenerativen Zustände des Centralnervensystems.* 2. **И. Ш. Врегманъ** (Варшава). *Ueber eine traumatische Lähmung des Ramus volaris profundus n. ulnaris.* 3. **В. М. Верхтеревъ.** *Ueber den Muskelwulst bei Myotonie.* 4. **Г. Я. Гигіеръ** (Варшава). *Zur Therapie der Neurasthenia sexualis (Heroinum muriaticum).* 5. **V. Vitek.** *Ein Beitrag zum primären tonischen Gesichtskrampfe mit Muskelwogen.*

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Англійскіе.

American Medicine. 13 февраля.

1. **J. A. Wyeth.** *A case of gunshot wound of the brain.* Случай огнестрѣльной раны головного мозга. 2. **R. C. Norris.** *The prevention and treatment of puerperal infection.* 3. **C. A. Ewald.** *Myxoneurosis intestinalis membranacea.* 4. **R. F. Woods.** *Suburethral abscess.* 5. **B. M. Anspach.** *The value of hystologic examination in carcinoma of the uterus.* 6. **N. L. Wilson.** *Facial paralysis.* 7. **L. Brinkman.** *Drainage of the chest in empyema.*

20 февраля.

1. **C. F. Craig.** *The life cycle of Amoeba coli in the human body.* 2. **W. H. Thomson.** *Medical treatment of diabetes.* 3. **L. A. W. Alleman.** *The retinal symptoms of Vascular degeneration.* 4. **W. L. Wallace.** *Posterior gastroenterostomy, by a modified Maunsell's method, with an enteroenterostomy by the Hartley method.* 5. **C. E. Coon.** *Röntgen ray treatment of disease.* 6. **C. F. Beeson.** *Hour-glass contraction of the uterus.*

27 февраля.

1. **S. S. Burt.** *Diagnosis and treatment of thoracic aneurysm.* 2 **I. S. Stone.** *Retroperitoneal infection, a result of appendicitis.* 3. **R. L. Dickinson.** *«Urethral labia», or «Urethral hymen»...* 4. **W. E. Ashton.** *A new technic in operations for appendicitis.* 5. **E. T. Williams.** *The pathology of leukemia.* 6. **F. S. Bulkeley.** *The treatment of cervical adenitis.*

5 марта.

1. **J. S. Wight.** *Recent researches in radioactivity and electricity.* 2. **J. L. Miller.** *A case of acute leukemia, with death due to rupture of the spleen.* Торговецъ, 24 л. 3. **T. W. Salmon.** *Diphtheria of the vagina with secondary involvement of the mouth, rectum and skin.* 4. **A. H. Freiberg.** *The diagnosis and treatment of congenital inisplacement of the hip in infancy.* 5. **C. E. Ristine.** *An original operation for complete laceration of the female perineum.* 6. **G. E. Beilby.** *Enuresis.* 7. **T. H. A. Stites.** *Six months'work in a dispensary for diseases of the lungs.*

12 марта.

1. **R. W. Wilcox.** *The modern pharmacology of iron* (железы). 2. **F. H. Dillingham.** *Alopecia areata.* 3. **H. B. Anderson.** *The etiology and pathology of arteriosclerosis.* 4. **H. H. Rutherford.** *Pure olive oil and its use in the treatment of chronic dysentery and allied conditions.* Лѣчилъ 75 больныхъ, давая оливковое масло по 30—90 и болѣе к. стм. 3—4 раза въ день. 5. **B. C. Keister.** *The mind as a causative and therapeutic factor in medicine.*

19 марта.

1. **J. B. Deaver** and **G. P. Müller.** *The pathology and surgical treatment of pancreatic diseases.* 2. **H. Stern.** *On the occurrence of diabetic and non-diabetic glycosuria in the same individual.* 3. **W. G. Spiller.** *Remarks on the uncinate group of fits, and on severe subcutaneous hemorrhage occurring in epilepsy.* 4. **G. Fetterolf.** *Reflex cardiac inhibition resulting from irritation of the peripheral fibers of the trifacial nerve and occurring in the course of an operation for chronic empyema of the frontal sinus.* 5. **G. S. Brown.** *The Ochsner treatment of appendicitis applied after operation.* 6. **J. Pohlman.** *Astigmatic changes.*

26 марта.

1. **J. H. Musser.** *Abdominal pain.* О причинахъ болей въ животѣ. 2. **F. H. Wiggin.** *Some practical points in abdominal surgery, with special reference to a simple technic for appendicectomy and intestinal anastomosis.* 3. **G. M. Gould.** *Torticollis and spinal curvature due to eyestrain.* Рядъ случаевъ кривошеи отъ переутомленія глазъ. 4. **J. G. Sheldon.** *Fatal pulmonary embolism following ascendingphlegmasia alba dolens.* 3 случая. 5. **D. G. Peyton.** *Raynaud's disease.* Случай удачной операціи. 6. **J. W. Watson.** *Bradycardia, with report of an unusual case.*

2 апрѣля.

1. **W. E. Ford.** *Fifteen years'experience with uterine fibroids.* 2. **J. J. Walsh.** *Electricity in medicine.* 3. **J. E. Goldthwait** and **C. F. Painter.** *The preliminary report of a series of metabolism observations made in atrophic arthritis, osteitis deformans and the normal* (не окончена). 4. **J. A. Watson.** *Sarcoma of the nasal passages. An inductive study based on the records of 150 cases.* 5. **A. W. Elting.** *Toxemia associated with tuberculosis of the cervical lymphatic glands.* Случай. 6. **E. Stieren.** *Acquired hydrophthalmus.* Случай.

16 апрѣля.

1. **R. C. Rosenberger.** *A review of literature relating to serum diagnosis.* 2. **J. M. Baldy.** *Appendicitis: its relation to pelvic inflammations.* 3. **E. King.** *Resuscitation after apparent death in chloroform anesthesia.* 2 случая. 4. **A. C. Eustis.** *A case of pemphigus vulgaris.* 5. **E. T. Williams.** *Blood iron.* 6. **G. F. Zinninger.** *Multiple myeloma.*

23 апрѣля.

1. **H. Wakefield.** *The rational treatment of malignant tumors.* 2. **F. Sohon.** *Personal observations on the advantages of certain arctic localities in the treatment of tuberculosis.* 3. **T. Diller.** *An investigation of certain of the reflexes and sensory pehnomena and the condition of the eye-grounds, based on a study of 103 healthy young men.* 4. **J. Newell.** *The surgical traetment of hallux valgus and bunions.* 5. **G. W. Kaan.** *Malignant growth in the abdominal wall following abdominal ovariotomy.* 6. **G. W. Crile.** *Summary of an experimental research into digitalis in shock and collapse.* 7. **L. F. Bishop.** *The importance of considering the element of vasomotor instability in estimating the significance of irregularity of cardiac rhythm.*

30 апрѣля.

1. **G. L. Hunner.** *Surgery of urinary tuberculosis in women.* 2. **G. M. Gould.** *Pervigilium, or long periods of physiologic warefulness.* 3. **G. E. Holtzapple.** *Family periodic paralysis.* 4. **P. G. Woolley.** *Some pulmonary lesions produced by the bacillus of hemorrhagic septicemia of Carabaos.* 5. **W. C. Wood.** *Temporary sutures for hemostasis.* 6. **A. Nelken.** *A plea for the meatus.*

Англійскіе.

The British Medical Journal. 6 февраля.

1. **H. Marsh.** *The progress of surgery.* Рѣчь. 2. **W. Taylor.** *The work and purpose of the Royal Army Medical College.* Тоже. 3. **C. B. Lockwood.** *Aseptic surgery in theory and practice.* Лекція. 4. **W. D. Spanton.** *Some practical points associated with appendicitis.* 5. **D'Arcy Power.** *Notes on an ineffectual treatment of cancer.* 6. **G. F. Vincent.** *Acute septic colitis due to milk poisoning.* 7. **W. B. Leishman.** *Note on the nature of the parasitic bodies found in tropical splenomegaly.*

13 февраля.

1. **P. Horrocks.** *Puerperal sepsis.* 2. **J. Swain.** *Fifty consecutive intra-abdominal operations on the ovaries, Fallopian tubes, and broad ligaments.* 50 случаевъ. 3. **J. M. Lawrie.** *Remarks on 5 successful hysterectomies for fibroid disease in one family.* 4. **T. H. Sweeny.** *Ovaro hysterectomy (Porro).* 12 случаевъ за 7 лѣтъ. 5. **W. H. Horrocks.** *A note on Porro's operation and a suggested modification.* 6. **T. S. Jones.** *A case of vesicular mole of unusual size.* 7. **A. H. Tubby.** *Some deceptive abdominal conditions and the question of operation.*

20 февраля.

1. **B. G. A. Moynihan.** *Hour-glass stomach.* О желудкѣ въ формѣ песочныхъ часовъ и операціяхъ на немъ. 2. **A. E. Maylard.** *Congenital narrowness of the pyloric orifice a cause of chronic gastric disease in the adult.* 3. **C. M. Moullin.** *The subsequent history of 18 patients upon whom gastric operations had been performed.* 4. **S. White.** *Five consecutive cases of perforated gastric ulcer treated by excision.* 5. **C. B. Lockwood.** *Aseptic surgery in theory and practice.* Лекція 2-ая. 6. **E. Owen.** *The treatment of appendix-abscess in the recto-vesical pouch.* 7. **J. W. Taylor.** *The diminishing birth-rate and what is involved by it.*

27 февраля.

1. **E. P. Baumann.** *A criticism of the value of Hammerschlag's method in clinical estimations of the specific gravity of the blood.* Провѣрялъ способъ *Hammerschlag*'а пикнометрически и пришелъ къ выводу, что онъ достаточно надеженъ. 2. **M. S. Pembrey.** *Remarks upon temperature.* 3. **R. Stockman.** *The causes and treatment of chronic rheumatism.* 4. **H. Ashby.** *A case of scurvy* (цынги) *in an infant fed on municipal «humanized»*

sterilized milk. 5. **H. E. Durham.** *Some notes on the urine in beri-beri.* 6. **J. Reid.** *Mycosis fungoides or Alibert's disease.* 7. **J. J. Evans.** *Injuries to the eyes in relation to the workmen's compensation act.* 8. **S. Snell.** *On removal of the crystalline nens in high degrees of myopia, as illustrated in sixty cases.*

5 марта.

1. **J. Mackenzie.** *Observations on the inception of the rhythm of the heart by the ventricle.* 2. **T. Schott.** *On some haemoglobin investigations in cases of chronic heart disease.* 3. **J. Sawyer.** *Improvements in dietetics of diabetics.* Стоитъ за пользу картофеля (по *Mossé*) при діабетѣ. 4. **P. Manson.** *Recurrent fever associated with spirilla in the blood in a patient from Gibraltar.* На основаніи этого, нечаянно обнаруженнаго случая, подозрѣваетъ, не вызываются-ли и многія изъ темныхъ средиземныхъ лихорадокъ спириллами. Спириллы были найдены только на сухихъ препаратахъ, гдѣ, какъ обыкновенно, спирали ихъ были широки, но авторъ въ виду этого заподозрѣваетъ, къ удивленію, что дѣло имѣлось съ особою разновидностью спирохеты *Obermeyer*'а. 5. **A. C. Jordan.** *Veronal: a new hypnotic.* 6. **A. G. Faulds.** *On the use of oxygen gas in distending the bladder for cystoscopy.* 7. **C. B. Lockwood.** *Aseptic surgery in theory and practice.* Лекція 3-ья.

12 марта.

1. **R. Saundby** and **J. T. Hewetson.** *Extensive carcinoma of the oesophagus.* 2. **W. B. Bennett.** *A case of syphilitic convulsions preceded by marked somnolence of long duration.* Случай. 3. **C. H. Cattle.** *Bilateral neuritis of fifth and sixth cervical nerves.* Тоже. 4. **T. Patmore.** *Deep ulnar nerve paralysis and functional powers.* Тоже. 5. **R. M. Simon.** *Reflex disturbances associated with adherent prepuce.* 3 случая. 6. **H. Hyslop Thomson.** *Tetany associated with muco-membranous colitis and phthisis.* 7. **H. Fraser.** *A case of hemiplegia occuring during whooping-cough and diphtheria.* 9. **C. Birt.** *Lesion of post-central convolution without paralysis.* 9. **J. M. Rhodes.** *On the alleged increase of diseases of the nervous system.* 10. **H. B. Robinson.** *A case of properitoneal hernia.*

19 марта.

1. **J. Barr.** *A clinical lecture on the treatment of serous effusions.* 2. **J. P. Milton.** *Some points in the treatment of haemoptysis at a sanatorium.* 3. **G. Sharp.** *Two cases of lung disease treated with the emanations from thorium nitrate.* 4. **M. Westcott.** *The therapeutics of sea voyages.* 5. **W. G. Syme.** *Some general results of affections of the nose and naso-pharynx.* 6. **M. A. Ruffer** and **M. Crendiropoulo.** *Note on haemosozic sera.* 7. **M. H. Gordon.** *Capsule formation by diplococcus pneumoniae in cultures.* 8. **A. W. Mayo Robson.** *Pathology and surgery of certain diseases of the pancreas.* Извлеченіе изъ лекціи.

26 марта.

1. **C. Douglas.** *The coagulation time of the blood in pregnant and puerperal women suffering from albuminuria and eclampsia.* 2. **H. Cripps** and **H. Williamson.** *Two cases involving the question of the site of impregnation.* 3. **W. J. Sinclaire.** *On ventrifixation of the uterus.* 4. **F. E. Daniel.** *A warning sign of danger to the child during labour.* 5. **W. B. Armstrong.** *Clinical notes on the use of Bossi's dilator.* 6. **B. Dyball.** *A case of tubal gestation.* 7. **J. Lithgow.** *Treatment of puerperal eclampsia by a combined method.* 8. **A. W. Mayo Robson.** 2-ая лекція о болѣзняхъ поджелудочной железы.

2 апрѣля.

1. **I. Owen.** *On the detection of early tubercle in the lungs.* Объ открытіи начальныхъ степеней чахотки. Клиническая лекція. 2. **C. G. H. Baumler.** *The early diagnosis of tuberculosis of the lungs.* О томъ-же. 3. **A. W. Mayo Robson.** Извлеченіе изъ лекцій о поджелудочной железѣ. Лекція 3-ья. 4. **P. J. Cammidge.** *The chemistry of the urine in diseases of the pancreas.* Извлеченіе изъ лекціи. 5. **F. A. Bainbridge.** *On the adaptation of the pancreas.*

9 апрѣля.

1. **A. S. Grunbaum.** *Some experiments on enterica, scarlet fever, and measles in the chimpanzee.* Опыты прививокъ брюшного тифа, скарлатины и кори шимпанзе. Прививки тифа удачныя, а остальныя нѣтъ. 2. **I. W. Hall** and **G. Herxheimer.** *Experimental nephritis followed by decapsulation of the kidney.* 3. **T. L. Bancroft.** *Some further observations on the life-history of filaria immitis heidy.* 4. **W. D. Halliburton.** *Digestion and absorption of haemoglobin.* 5. **A. Urquhart.** *Notes on recent cancer mortality in the Thames valley.* 6. **W. Sheen.** *Cases of lateral sinus pyaemia.* 7. **L. Thorne.** *The physical development of the London schoolboy: 1890 examinations.* 8. **R. French.** *Epidemic sore throat from suppurative mammitis in cows* (у коровъ). 9. **H. B. Robinson.** *Papilliferous cyst from an axillary sudoriparous gland.* Случай. 10. **R. L. Knaggs.** *Traumatic rupture of the small intestine.* Тоже. 11. **A. Hooton.** *A note on perineal litholapaxy (Keith's modification).*

16 апрѣля.

1. **G. E. Herman.** *The treatment of retroversion of the gravid uterus.* 2. **A. E. Hind.** *Extrauterine pregnancy.* Случай съ разрывомъ на 3-мъ мѣсяцѣ. 3. **A. B. Ross.** *Treatment of a case of depressed fracture of the skull caused during birth.* 5. **G. L. Gulland.** *The glycogen reaction in blood.* О патологическомъ и распознавательномъ значеніи реакціи. 5. **C. Murray.** *Observations on some tests for albumen in urine.* 6. **J. O. Symes** and **T. Fisher.** *An inquiry into the primary seat of infection in 500 cases of death from tuberculosis.* 7. **J. Stewart.** *Two cases of primary malignant disease of the pancreas.* 2 случая рака безъ запоровъ, не смотря на полную задержку желчи и безъ сахара въ мочѣ. 8. **E. S. Bishop.** *Some unusual conditions in gall-bladder surgery.* 9. **W. R. Judd.** *A case of lead* (свинцовой) *encephalopathy.* 10. **A. M. Adams.** *Trypanosomiasis and morbus dormitiver.*

23 апрѣля.

1. **J. Macinthyre.** *Demonstration on recent electrotherapeutic work, with special reference to lupus, rodent ulcer, and malignant disease.* 2. **R. Morton.** *Treatment by Roentgen and radium rays.* 3. **A. W. Wigmore.** *Some typical examples of Roentgen ray and high-frequency treatment.* 4. **J. A. B. Hammond.** *The use of radium in a case of rodent ulcer.* 5. **G. G. S. Taylor.** *Rodent cancer treated with x-rays.* 6. **G. W. B. Daniell.** *On the administration of chloride of ethyl and somnoform, alone or in conjunction, with nitrous oxide or ether.* 7. **A. S. Gubb.** *Intraspinal cocainisation.*

30 апрѣля.

1. **J. S. Bury.** *Trauma in relation to disease of the nervous system.* 2. **G. C. Low** and **F. W. Mott.** *The examination of the tissues of the case of sleeping sickness in a european.* Патологоанатомическое изслѣдованіе случая «сонной болѣзни» у европейца. 3. **J. W. H. Eyre.** *Asylum dysentery in relation to b. dysenteriae.* 4. **W. C. Stevenson.** *Differentiation of b. typhosus and b. coli communis by means of the photographic plate.* 5. **H. J. Campbell.** *Note upon the causation of cancer.* 6. **F. Bushnell.** *Structural links in malignant growths.* 7. **C. A. Mc Bride.** *The treatment by inebriety by atropine.* Атропинъ (по $^1/_{200}$—$^1/_{50}$ грана) противъ алкоголизма. 8. **S. B. Fenn.** *The so-called «gold cure» of inebriety.* 9. **A. S. Myrtle.** *Adrenalin in neurotic heart.* 10. **J. Hinshelwood.** *Dionine: a new ocular analgesic.* 11. **B. G. A. Moynihan.** *Hydronephrosis due to abnormalities in the ureters.* 12. **D. Newman.** *Decapsulation of the kidney for the treatment of albuminuria.* Случай. 13. **B. Dyball.** *A fatal case of secondary parotitis.*

Нѣмецкіе.

Centralblatt für innere Medicin. 9 января.

1. **G. Sagianz.** *Ueber das Verhalten der Leucocyten bei der Pleuritis.* Устанавливаетъ приблизительно слѣдующія цифры бѣлыхъ тѣлецъ въ крови при плейритахъ: при сывороточныхъ не-бугорчатковыхъ 6000—12000, бугорчатковыхъ иногда 15000—20000 и гнойныхъ 22000—29000. 2. **M. Heitler.** *Ueber reflektorische Pulsdepression.* 3. **Онъ-же.** *Pulskurve, während des Lachens aufgenommen.* При смѣхѣ получилась рѣзкая аритмія.

16 января.

1. **E. Hitschmann.** *Ueber Venenpulse an den Vorderarmen bei atropischer Lebercirrhose.* 2. **A. Jolles.** *Ein genaues Urometer.*

30 января.

1. **R. Kautmann** und **W. Schlesinger.** *Ueber einige biologische Eigenschaften der «langen» Milchsäurebazillen im Mageninhalte.*

6 февраля.

1. **C. Rudinger.** *Befund von «langen» Milchsäurebazillen im Harne bei einem Falle von Carcinoma ventriculi.*

13 февраля.

1. **J. Mitulescu.** *Beiträge zum Studium der Hämatologie.*

20 февраля.

1. **W. Moraczewski.** *Ueber die Stickstoff-und Ammoniakausscheidung bei mangelhaften Gallensekretionen.* О выдѣленіи азота и амміака при недостаточной секреціи желчи. Изслѣдованіе 1 случая.

27 февраля.

1. **J. Weirich** und **G. Ortlieb.** *Ueber den quantitativen Nachweiss einer organischen Phosphorverbindung in Traubenkernen und Naturweinen.*

5 марта.

1. **G. Sticker.** *Die Palpation des Abdomens im warmen Bade.*

12 марта.

1. **S. Bondi.** *Ueber eine einfachere Ausführung von Ehrlich's Diasoreaktion.* Реакція производится при употребленіи лишь капель мочи и т. д., на пропускной бумагѣ.

19 марта.

1. **K. Binz.** *Ueber das Entstehen der Seekrankheit.* О сущности морской болѣзни.

26 марта.

1. **F. Wesener.** *Ein einfaches und bequemes Proktoskop.*

Medicinische Blätter. 1903 г., 27 августа и 3 сентября. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

10 и 17 сентября.

1. **E. Hönigschmied.** *Das Nafalan (Retortenmarke) und seine therapeutische Anwendung.* Обычныя похвалы средству изъ разряда «собственныхъ».

24 сентября и 1 октября.

1. **C. Herkules.** *Flüssigkeitsbeschränkung oder beliebiges Quantum?*

8, 15 и 22 октября.

1. **O. Liermberger.** *Der Einfluss der Levico-Kuren auf die Blutbeschaffenheit bei anämischen Zuständen.* Гематологическія

наблюденія на 18 больныхъ. 2. **J. Winterberg**. *Biologische und therapeutische Untersuchungen über Magnesiumsuperoxyd.*

29 октября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

5 ноября.

1. **J. W. Frieser**. *«Septoforma», ein neues Antiseptikum und Desinficiens.*

12 ноября.

1. **Widal**. *Ein interessanter Fall von infektiöser Endokarditis.*

19 ноября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

26 ноября.

1. **J. W. Frieser**. *Ueber Pyrenol.* Дѣйствіе пиренола при бронхитѣ, астмѣ и коклюшѣ.

3, 10 и 17 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

24 декабря.

1. **Mensinga**. *Warum ist man bisher so gleichgiltig geblieben gegenüber der Stillungsnot (Dystithie)?*

7 января.

1. **L. Braun** und **B. Licht**. *Die Beeinflussung der Blutbeschaffenheit und Nervenerregbarkeit durch Eisen-Mangan-Pepton Dr. Gude.* Хвалебный отзывъ.

14 января.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

21 января.

E. Riegler. *Ein interessanter Fall von Cystinurie und Cystinsteine.*

28 января.

K. Jassniger. *Die diuretische Wirkung des Theocins.*

4 февраля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

11 февраля.

L. Góth. *Das Aspirin in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis.*

18 и 25 февраля, 3, 10 и 17 марта.

A. Kühner. *Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Cholelithiasis.* Современное состояніе ученія о желчнокаменной болѣзни. Обзоръ.

24 марта.

Оригинальныхъ статей и обзоровъ нѣтъ.

31 марта.

E. Weiss. *Ueber gonorrhoische Gelenkserkrankungen.* О перелойныхъ пораженіяхъ суставовъ.

7 и 14 апрѣля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

Итальянскіе.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 3 января.

1. **A. Salomoni e La Spada**. *Intossicazione idatica mortale per colpa di cisti del fegato e versamento nel peritoneo.* Случай. 2. **A. Germani**. *Contributo alla diagnosi clinica della febbre tifoide.* 3. **A. Prandi** *Il dolorose appendicolare nella polmonite dei bambini.* 4. **L. Rugani**. *L'ipersalivazione negli stenotici nasali.* 5. **C. Momo**. *Alcune considerasioni intorno alla mano nella legge degli infortuni sul lavora.*

5 и 7 января.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

10 января.

1. **A. Michelazzi**. *Sul valore clinico del sintoma di Koeplik nel morbillo.* 2. **A. Casazza**. *Infantilismo e acro-ipoplasia.* 3. **U. Campani**. *Faringite oidica metapneumonica.* 4. **Maragliano**. *La meningite tubercolare dal punto di vista clinico e terapeutico.* 5. **A. Bocchi**. *Il piramidone nella cura della sciatica.* 6. **Campanella e Grassi**. *Un caso di ascesso del lobulo dello Spigelio.* 7. **T. Silvestri**. *Un caso d'incontinenza notturna fecale da ipertrofia delle tonsille.*

12 и 14 января.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

17 января.

1. **V. Maragliano**. *Sulla presenza del bacillo tubercolare nelle urine.* 2. **Micheli**. *Su alcune reazioni emolitiche nel siero di sangue dei nefritici.* 4. **M. Sciallero**. *La cefalopina e l'organoterapia cerebrale.* 4. **V. Ingraldi**. *Contributo allo studio delle malattie funzionali del cuore.* 5. **E. Debenedetti**. *Un caso di angina Ludovici.* 6. **A. Mori**. *Per la profilassi antimalarica.* 7. **A. Ricciardelli**. *Della profilassi ginecologica.*

19 и 21 января.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

24 января.

1. **G. Reale**. *Lo spasmo vasale.* 2. **N. Marini**. *Sopra un caso di tumore cerebrale* (саркома). 3. **C. Ortali**. *Sugli equivalenti epilettici.* 4. **Figari**. *L'emoantitossina preparata per la cura e la profilassi della tubercolosi.* 5. **F. Fabris**. *Contributo alla chirurgia dello stomaco (10 gastroenterostomie).* 6. **A. Mori**. *Un altro caso di cirrosi epatica con ernia ombelicare curato chirurgicamente.* 7. **F. Ferren**. *Di un caso di occlusione intestinale da diverticolo di Mechel.*

26 и 28 января.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

31 января.

1. **G. Fazio**. *Sulla origine del fremito e di un tono diastolico sulle medie e piccole arterie nell'insufficienza aortica.* 2. **G. Campanella**. *Il valore uroclinico dell'indicano.* 3. **G. Migliacci**. *Considerazioni sulla fisiologia del corpo tiroide.* 4. **D. De-Francesco**. *Di una nuova plastica della linea alba.* 5. **G. Recchi**. *Contributo alla sieroterapia anticarbonchiosa Sclavo.* 6. **Figari**. *Contributo casuistico all'uso dell'emoantitossine Sofos nella cura della tubercolosi polmonare.* 7. **T. Montagnini**. *Le iniezioni di bromuro di calcio nell'epilessia.* 8. **E. Ligorio**. *Ascaridiasi a formatifoidea.*

2 и 4 февраля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

7 февраля.

1. **O. de Lollis**. *Sindrome di Brown-Séquard.* 2. **R. Festa**. *Sulla malattia del Tomaselli.* 3. **N. Gianmettasio**. *Sulla sterilizzazions del catgut col metodo di Claudius.* 4. **T. Pozzan**. *Amputazione interscapolo-toracica per ferita da strappamento dell'arto superiore.* 5. **C. Menoni**. *Contributo clinico all'uso del catgut all'iodio in chirurgia.* 6. **T. Montagnini**. *Sopra un caso d'epilessia trattato colla cerebrina.* 7. **F. Figari**. *Alcuni casi di tubercolosi polmonare trattati per via gastrica coll'emoantitossina Sofos.* 8. **Maragliano**. *Un caso di ernia pleurica.* Изъ клинической лекціи.

9 и 11 февраля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

14 февраля.

1. **G. Curlo**. *Sopra un caso di Leucemia subacuta.* 2. **E. Cavazzani**. *Il nucleone nei centri nervosi.* 3. **V. Trischitta**. *Febbre gastro-intestinale della seconda infanzia.* 4. **G. Sulli**. *Sul comportamento del peritoneo verso gli agenti esterni in alcune lesioni violente dell'addome.* 5. **P. Soleri**. *Contributo alla cura dell'epilessia colle iniezioni di estratto oleoso di sostanza cerbrale* (*cefalopina*). 6. **F. Figari**. *L'emoantitossina nel trattemento della tubercolosi polmonare.*

16 и 18 февраля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

21 февраля.

1. **E. Cavazzani**. *Intorno ad una sostanza fosforata nel vitreo e nell'aqueo.* 2. **N. Muglia**. *Sulla febbre tifoide.* 3. **G. Messina**. *Un caso di calcolo incastonato.* 4. **E. Benedetti**. *Un caso di edema della glottide.* 5. **G. Morelli**. *Sopra un caso di corea isteroepilettica.* 6. **C. Ferraris** et **C. Garampazzi**. *Sovra un caso di peritonite per infortunio sul lavoro.*

23 и 25 февраля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

28 февраля.

1. **G. Gualdrini**. *Dell'emostasi nella chirurgia epatica e nuovo contributo col cloruro dell'adrenalina.* Опыты. 2. **P. Cavatorti**. *Il dolore appendicolare nella polmonite dei bambini.* 3. **G. Franceschini**. *Contributo alla istologica del cordone ombilicale nella sifilide.*

1 и 3 марта.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

6 марта.

1. **F. Schupper**. *Sopra un caso di lombricosi epatica.* 2. **A. Bruno**. *L'infantilismo.* 3. **S. Ceraulo**. *A proposito delle sostanze urofane.* 4. **A. Mori**. *Un caso grave di avvelenamento da vipera curato col permanganato potassico.* 5. **G. Senni**. *Sulla tubercolosi primitiva dell'ovaio.* Случай операціи при первичной бугорчаткѣ яичника (служанка, 34 л.).

8 и 10 марта.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

13 марта.

1. **E. Belliboni** e **F. Soprana**. *Alcune osservazioni sulla durata del tempo di tensione in individui cardiopatici.* 2. **L. Datta**. *Sul valore del «Typhusdiagnosticum Ficker».* Отзывъ одобрительный. 3. **A. De Blasi**. *Dispepsie gastriche nei malarici.* 4. **T. Pozzan**. *Rottura spontanea delle pareti di un'ernia ventrale con fuoriuscita del intestino.* 5. **G. Bechi**. *Ascesso post-tifico della fossa iliaca interna, trapanazione dell'osso iliaco, guarigione.* 6. **N. Muglia**. *Un caso di mastite della menopausa con esito in suppurazione.* 7. **S Pascoletti**. *Nevrite tifica.* 8. **F. Bindi** *Terzana primitiva tardiva a lungo periodo di incubazione.*

15 и 17 марта.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CLIV. Изъ женской Обуховской больницы въ Петербургѣ.

Анейризма легочной артеріи *).

А. Ф. Эккерта.

При всей своей обширности казуистика сердечныхъ заболѣваній никогда не можетъ исчерпать безконечнаго разнообразія сочетаній различныхъ патологическихъ состояній сердца и выходящихъ изъ него сосудовъ. На сотни простыхъ, элементарныхъ случаевъ, въ которыхъ вскрытіе съ точностью подтверждаетъ клиническое распознаваніе, навѣрно, придется 1—2 такихъ, гдѣ рѣдкость патологическихъ формъ и ихъ соотношеній между собою оставляютъ распознаваніе подъ большимъ сомнѣніемъ и дѣлаютъ его весьма затруднительнымъ. Только личный опытъ врача, пережившаго, такъ сказать, подобные случаи, въ которыхъ сдѣланное послѣ тщательнаго наблюденія сердечнаго больного распознаваніе не оправдалось у секціоннаго стола, только такой опытъ дѣлаетъ понятной осторожность, съ которой слѣдуетъ относиться къ нѣкоторымъ случаямъ сердечныхъ заболѣваній, особенно къ тѣмъ, гдѣ хотя-бы одинъ признакъ нарушаетъ логическую гармонію между клиническими проявленіями болѣзни.

Въ ученіи о болѣзняхъ сердца есть патологическія формы, по справедливости пользующіяся въ этомъ отношеніи дурной славой, а priori извѣстныя, какъ трудныя для распознаванія. Въ ихъ числѣ и на первомъ планѣ, слѣдуетъ поставить анейризму легочной артеріи. 2 обстоятельства до крайности затрудняютъ распознаваніе этого заболѣванія: 1) большая рѣдкость анейризмъ легочной артеріи и 2) близость аорты, анейризмы которой, наоборотъ, встрѣчаются очень часто. При такихъ условіяхъ, очевидно само собой, насколько легко вообще распознаваніе анейризмы аорты, настолько-же трудно распознаваніе анейризмъ легочной артеріи. И эта рѣдкость послѣднихъ, какъ фактъ, съ котораго начинается всякая глава объ анейризмѣ легочной артеріи, такъ глубоко вкоренилась въ нашемъ сознаніи, что мы невольно отклоняемъ свою мысль отъ нея даже при наличности нѣкоторыхъ подходящихъ признаковъ, тѣмъ болѣе, что анейризма аорты въ своемъ разнообразіи патологическихъ формъ нерѣдко, какъ мы знаемъ, даетъ клиническіе признаки, сходные съ наблюдаемыми при анейризмѣ легочной артеріи.

Тѣ сравнительно небольшія расширенія ствола легочной артеріи, которыя вызываются пороками лѣваго сердца въ періодѣ разстройствъ уравновѣшенія сердечной дѣятельности, по видимому, могутъ имѣть значеніе для клиники лишь постольку, поскольку расширенный сосудъ и лѣвое предсердіе оказываютъ давленіе на близьлежащіе органы, особенно на аорту [*Л. В. Поповъ* [1])]. Напрасно мы стали-бы искать указаній на частоту подобнаго рода расширеній: будучи явленіемъ непостояннымъ въ зависимости отъ дѣятельности сердца, оно въ громадномъ большинствѣ случаевъ ускользаетъ отъ наблюденія клинициста, а тѣмъ болѣе патолого-анатома, и въ протоколахъ вскрытій мы ихъ не найдемъ. Совсѣмъ иначе обстоитъ дѣло въ случаяхъ значительнаго и стойкаго расширенія легочной артеріи, имѣющаго уже значеніе анейризмъ въ полномъ смыслѣ слова,—по крайней мѣрѣ, въ клиническомъ отношеніи.

Я не буду вдаваться здѣсь въ подробности довольно неяснаго вопроса о различіи между настоящими анейризмами и «расширеніемъ» артерій. *Schrötter* [2]), особенно настаивающій на этомъ раздѣленіи понятій съ патологоанатомической стороны, считаетъ даже, что всѣ случаи, сообщенные до сихъ поръ подъ названіемъ анейризмы легочной артеріи, не могутъ въ сущности считаться таковыми. Однако, какъ точныя гистологическія изслѣдованія расширенной артеріи во многихъ сообщенныхъ случаяхъ (*Romberg* [3]), проф. *К. Э. Вагнеръ* и *Г. И. Квятковскій* [4]), *Krzyszkowski* и *Wiczkowski* [5]) и др.) такъ и видъ и форма расширеній все болѣе и болѣе, мнѣ кажется, сглаживаютъ разницу между этими значительными расширеніями и анейризмой легочной артеріи и употребляемое до сихъ поръ различіе въ названіяхъ вноситъ только нѣкоторую путаницу.

Въ отношеніи легочной артеріи чаще наблюдалось разлитое расширеніе стѣнокъ, веретенообразное—«aneurysma fusiformis», рѣже мѣшковидное, при чемъ передняя стѣнка анейризмы выпячивалась болѣе, чѣмъ задняя. Въ нѣкоторыхъ сообщеніяхъ приведено измѣреніе сосуда: у *Hoppe* [6]) окружность легочной артеріи была около 13 стм., у *Lebert*'а [7])—11 стм., у *Buchwald*'а [8]) анейризма была съ куриное яйцо, окружность ея около 9 стм.; въ случаѣ *Gilewsk*'аго [9]) анейризма была съ апельсинъ, въ случаѣ *Григорьева* [10]) съ куриное яйцо, въ случаѣ *Aust*'а [11]) окружность надъ заслонками была 9,5 стм., наибольшая 10,2; у *Wolfram*'а [12]) окружность была 14 стм., у *К. Э. Вагнера* 12, у *Krzyszkowsk*'аго анейризма была съ $^1/_2$ куринаго яйца *).

Рѣдкость анейризмъ легочной артеріи вообще и рѣдкость ея относительно анейризмъ аорты подтверждается статистикой *Crisp*'а [15]), который на 551 случай анейризмъ считаетъ всего 2 случая анейризмы легочной артеріи и 175 случаевъ анейризмъ аорты. *Buchwald* на основаніи литературныхъ данныхъ принимаетъ, что на 1000 анейризмъ приходится только 5 анейризмъ ствола легочной артеріи. Во всякомъ случаѣ до сихъ поръ сообщено вообще немного такихъ случаевъ; *Goldbeck* [16]) въ своей диссертаціи собралъ до 1868 г. 20 случаевъ.

Сопоставляя литературныя данныя по этому вопросу, приведенныя позже 1868 г., въ томъ числѣ и въ новѣйшихъ работахъ (проф. *К. Э. Вагнера* и *Krzyszkowsk*'аго), можно прибавить еще 19 случаевъ, считая и мой **). Въ это послѣднее число не входятъ случаи, не провѣренные вскрытіемъ [*Albu* [17]) и др], но исключительно лишь тѣ, въ которыхъ анейризма resp. анейризматическое расширеніе было установлено анатомически.

Въ виду такого сравнительно незначительнаго матеріала, а также крайняго разнообразія по существу описанныхъ случаевъ, можно лишь до нѣкоторой степени намѣтить классификацію ихъ. Наибольшую группу съ этіологической стороны составляютъ случаи, въ которыхъ существенную роль играетъ препятствіе для кровяного тока въ вѣтвяхъ легочной артеріи, при чемъ это препятствіе вызывается либо съуженіемъ мелкихъ и мельчайшихъ развѣтвленій ея [*Tomasi Crudeli* [18]), *Klob* [19]), *Romberg*, *Григорьевъ*, *Aust*, *Schrötter*), либо пороками лѣвой $^1/_2$-ны сердца—съуженіемъ веннаго отверстія и недостаточностью 2-створчатой заслонки (*Gilewski*, *Wolfram*). Атероматозное перерожденіе легочной артеріи—артеріосклерозъ (*Klob*, *Romberg*, *Krzyszkowski*) и сифилитическій процессъ въ системѣ ея—(проф. *Вагнеръ* и *Квятковскій*), конечно, имѣютъ большое значеніе. Далѣе слѣдуетъ острый или хроническій эндокардитъ заслонокъ легочной артеріи [*Dows* [20]), *Lebert*, *Wolfram*, *Foulis* [21])]. Встрѣчающееся въ нѣкоторыхъ случаяхъ одновременно съ расширеніемъ легочной артеріи незарощеніе Боталлова протока (*Buchwald*, *Foulis*, *Krzyszkowski*) даетъ поводъ послѣднему автору видѣть въ этомъ обстоятельствѣ не простое совпаденіе, но дѣйствительную причину расширенія въ томъ смыслѣ, что кровь, направляясь изъ аорты въ легочную артерію, въ виду разницы давленія въ этихъ 2-хъ сосудахъ, производитъ повторную трауму легочной стѣнки, въ которой въ концѣ концовъ и наступаютъ измѣненія пролиферирующаго или регрессивнаго свойства. Наконецъ, одиноко стоитъ случай, въ которомъ было найдено врожденное отсутствіе одной изъ заслонокъ легочной артеріи [*Borgherini* [22])].

Обращаясь къ діагностикѣ расширенія легочной артеріи, мы видимъ, что авторы по поводу ея высказываютъ мало утѣшительнаго (*Goldbeck*, *Buchwald*, *Lebert* и др.). Анейризмы эти были находимы на вскрытіи или совершенно случайно, безъ прижизненнаго распознаванія, или,

*) Сообщено съ предъявленіемъ макро- и микроскопическихъ препаратовъ въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ 13/V 1904 г.

*) По *Hoffman*'у и *Rauber*'у [13]) діаметръ нормальной легочной артеріи около 3 стм. По *Marchand* [14]) окружность ствола легочной артеріи въ среднемъ возрастѣ равна 7—7,5 стм.

**) Случаи эти перечислены въ литературномъ указателѣ

какъ въ случаяхъ *Romberg*'а и *Aust*'а, при распознаваніи врожденнаго порока сердца. Такое распознаваніе въ случаѣ *Romberg*'а было сдѣлано проф. *Curschmann*'омъ. Проф. *К. Э. Вагнеръ* въ своемъ случаѣ остановился на недостаточности заслонокъ аорты и hydropericardium'ѣ. Въ сущности правильно распознанныхъ при жизни и провѣренныхъ вскрытіемъ случаевъ анейризмы легочной артеріи—очень мало. Сюда относится случай *Gilewsk*'аго (недостаточность 2-створчатой заслонки, съуженіе лѣваго веннаго устья, недостаточность 3-створчатой заслонки и полулунныхъ заслонокъ легочной артеріи, анейризма легочной артеріи), а также случаи *Scoda* и *Hope* [23]). *Gilewski*, придавая въ отношеніи установки распознаванія особенно большое значеніе пороку лѣвой $^1/_2$-ны сердца, считаетъ правиломъ, что анейризма легочной артеріи безъ этого порока почти безъ исключенія опредѣляется, какъ анейризма аорты. Впрочемъ, онъ думаетъ, что анейризма легочной артеріи вообще не встрѣчается безъ недостаточности 2-створчатой заслонки или съуженія лѣваго веннаго отверстія. Въ случаѣ *Buchwald*'а распознаваніе оказалось вѣрнымъ постольку, поскольку при жизни заподозрѣли обнаженіе и расширеніе легочной артеріи вслѣдствіе заболѣванія легкихъ и железъ. «Анейризмы въ виду ея рѣдкости собственно не подозрѣвали»—этимъ и ограничиваются всѣ случаи съ вѣрнымъ распознаваніемъ.

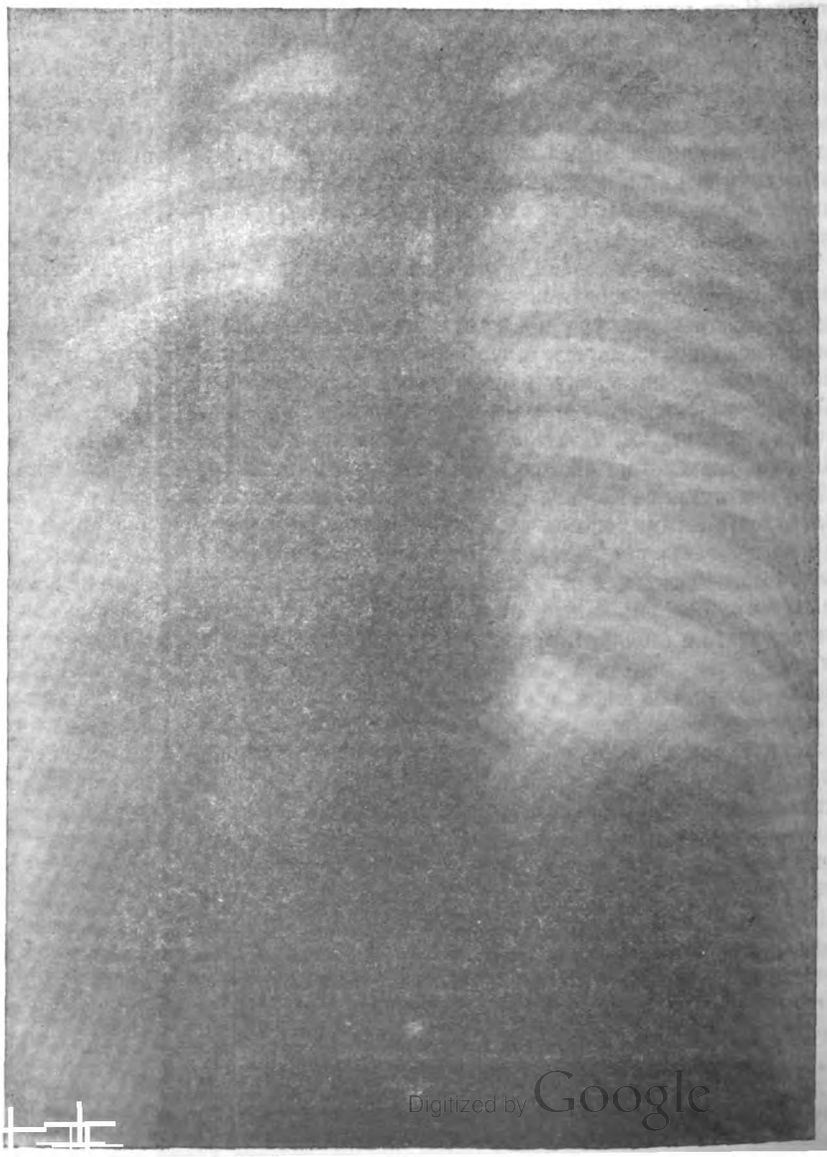
Въ противоположность этому многіе авторы (*Bamberger*, *Goldbeck*, *Buchwald*, *Lebert*) сообщаютъ о случаяхъ, въ которыхъ біеніе и шумы вполнѣ соотвѣтствовали анейризмѣ легочной артеріи, на самомъ-же дѣлѣ оказывалась все-таки анейризма аорты. Можно себѣ представить, сколько такихъ случаевъ остались вовсе не описанными!

Клиническіе признаки анейризмы легочной артеріи заключаются въ притупленіи тона, біеніи, выпячиваніи надъ 2-мъ или 3-мъ, или надъ обоими межреберьями болѣе или менѣе влѣво отъ грудины, въ гипертрофіи праваго желудочка сердца, явленіяхъ недостаточности заслонокъ легочной артеріи, систолическомъ и діастолическомъ шумѣ, расширеніи шейныхъ венъ, рѣзкой синюхѣ и легочныхъ кровотеченіяхъ. Значеніе всѣ эти признаки имѣютъ лишь въ томъ случаѣ, когда можно съ увѣренностью исключить анейризму аорты, когда противъ послѣдней прямо говорятъ всѣ другія явленія — отсутствіе склероза сосудовъ, отсутствіе разницы пульсовъ, отсутствіе гипертрофіи лѣваго желудочка и проведенія шумовъ въ шейные сосуды (*Schrötter*). *Buchwald*, кромѣ того, въ числѣ признаковъ, говорящихъ за анейризму аорты, приводитъ: смѣщеніе сердца влѣво и внизъ съ гипертрофіей или безъ нея, быстрый ростъ мѣшка, давленіе на пищеводъ, бронхи и нервы, узуру реберъ и значительную величину мѣшка. Наоборотъ, малое выпячиваніе, медленный ростъ, отсутствіе явленій давленія говорятъ за анейризму легочной артеріи. Къ признакамъ послѣдней *Buchwald* прибавляетъ еще habitus phthisicus и ощущеніе волны, идущей по направленію легочной артеріи справа сверху влѣво внизу, какъ это было въ его случаѣ.

Нижеприводимый случай, который мнѣ привелось наблюдать въ Обуховской женской больницѣ, наглядно показываетъ, какія могутъ возникнуть затрудненія при распознаваніи этого рѣдкаго заболѣванія, даже при томъ условіи, когда большинство изъ общеизвѣстныхъ признаковъ анейризмы легочной артеріи имѣются на лицо.

П. Я., 42 л., прислуга, жена солдата, лежала въ больницѣ 3 раза: въ 1903 г. съ 15/x по 26/xi, въ 1904 г. съ 12/i по 17/i и затѣмъ съ 1/iii по 11/iii (смерть). Считала себя больной всего около 10 лѣтъ: были одышка, боль въ лѣвой сторонѣ груди, временами кровотеченія изъ горла, до 1 стакана. Отеки на ногахъ бывали изрѣдка и скоро проходили, не достигая значительныхъ размѣровъ. Въ послѣдніе 3 года одышка усилилась и появились головокруженія. Ревматизмомъ не хворала и вообще не переносила никакихъ болѣзней, но помнила ясно, что, будучи 10 лѣтъ, получила такой сильный ударъ въ грудь копытомъ лошади, что 2 мѣсяца пролежала въ постели. Беременна была 7 разъ; 4 раза родила благополучно, а 3 послѣднія беременности закончились выкидышами. Изъ 4 дѣтей, родившихся живыми, 1 умеръ отъ дифтеріи, 1 отъ воспаленія легкихъ и 2—отъ неизвѣстной причины.

Средняго роста, правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. Небольшая синюха губъ; окраска другихъ слизистыхъ оболочекъ и кожи нормальна. Отековъ нѣтъ. Въ паховыхъ областяхъ нѣсколько увеличенныхъ железокъ; другія железы не увеличены; нѣтъ ни рубцовъ, ни періоститовъ. Пульсъ малаго наполненія, 68—72. Неоднократно было отмѣчено, что пульсъ лѣвой лучевой артеріи былъ слабѣе, чѣмъ правой; кромѣ того, пульсъ лѣвой лучевой артеріи, равно какъ біеніе брюшной аорты и бедренныхъ артерій, нѣсколько запаздывали относительно сердечнаго толчка. Одышка умѣренная: 28 дыханій въ минуту. Лѣвая $^1/_2$ грудной клѣтки нѣсколько выпячена; окружность лѣвой $^1/_2$ груди на уровнѣ подмышковой впадины 41,5, правой 40,5 стм. При ближайшемъ осмотрѣ замѣчалось нѣкоторое выпячиваніе или—вѣрнѣе—сглаживаніе 3-го и 4-го, слегка и 2-го межреберій. Выпячиваніе это, начинаясь отъ лѣваго края грудины, распространялось отъ него кнаружи, постепенно уменьшаясь. По всей этой области ощущалось ясное біеніе, достигавшее наибольшей силы въ 3-мъ межреберьѣ на 2 пальца кнаружи отъ лѣваго края грудины; здѣсь-же было слабое систолическое «мурлыканье». За яремной вырѣзкой грудины, а равно и справа отъ грудины біенія не было. Слабый толчекъ сердца опредѣлялся въ 5-мъ межреберьѣ; онъ слегка (на 1 стм.) заходилъ влѣво за лѣвую сосковую линію; правая граница сердца—въ предѣлахъ нормы. Верхняя граница сердечной тупости сливалась съ притупленіемъ надъ вышеупомянутымъ выпячиваніемъ въ 3-мъ межреберьѣ; притупленіе-же это замѣтно измѣнялось при перемѣнахъ положенія больной: наиболѣе обширно и рѣзко оно было, когда больная стояла. Надъ верхней частью грудины притупленія не было. Данныя выслушиванія были таковы: У верхушки сердца—слабый систолическій шумъ и 2-ой рѣзко усиленный тонъ. У



аорты—слабый систолическій шумъ, 2-ой тонъ съ удареніемъ. На мѣстѣ выслушиванія легочной артеріи—систолическій шумъ, діастолическій усиленный тонъ и, кромѣ того, шумъ. На мѣстѣ наиболѣе сильнаго біенія въ 3-мъ межреберьѣ—систолическій и діастолическій шумы, послѣдній длиннѣе перваго; діастолическій шумъ почти пропадалъ, когда больная становилась на ноги. Въ нижней части грудины—2 тона. Въ сонныхъ артеріяхъ—2 тона, 1-ый—глухой, 2-ой—съ удареніемъ. Въ брюшной аортѣ—систолическій шумъ. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго притупленіе тона сзади, дыханіе ослаблено, ясно проводились систолическій шумъ и діастолическій тонъ. Признака *Olivier-Cardarelli* не было. Ларингоскопія не обнаружила ничего ненормальнаго. *Roentgen*'овскій снимокъ (см. стр. 1238), сдѣланный многоуважаемымъ товарищемъ *Л. Г. Стуккеемъ*, изображаетъ заднюю поверхность сердца и бившейся опухоли съ едва замѣтной между ними границей. Какъ верхняя часть тѣни (опухоль), такъ и нижняя (сердце) во время рентгеноскопированія обнаруживали ясныя пульсаторныя движенія. Печень едва на палецъ выступала за край реберъ и была неболѣзненна. Селезенка была слегка увеличена и при глубокихъ вдохахъ прощупывалась. Кишечникъ уклоненій отъ нормы не представлялъ; отправленія его были правильны. Позывъ на ѣду и сонъ удовлетворительны. Мочи за сутки около 1300, уд. в. 1010, ненормальныхъ примѣсей не содержала. Температура во время 1-го и 2-го пребыванія больной въ больницѣ была совершенно нормальна: 36°,3—36°,7 до 37°,1, при нѣсколько замедленномъ, но вполнѣ правильномъ пульсѣ 62—68—72. Только въ послѣднее пребываніе больной въ больницѣ (10 дней) температура была все время повышена: 37°,6 до 39°,2 при пульсѣ 100—120, очевидно, въ связи съ острымъ воспалительнымъ процессомъ въ верхней долѣ лѣваго легкаго.

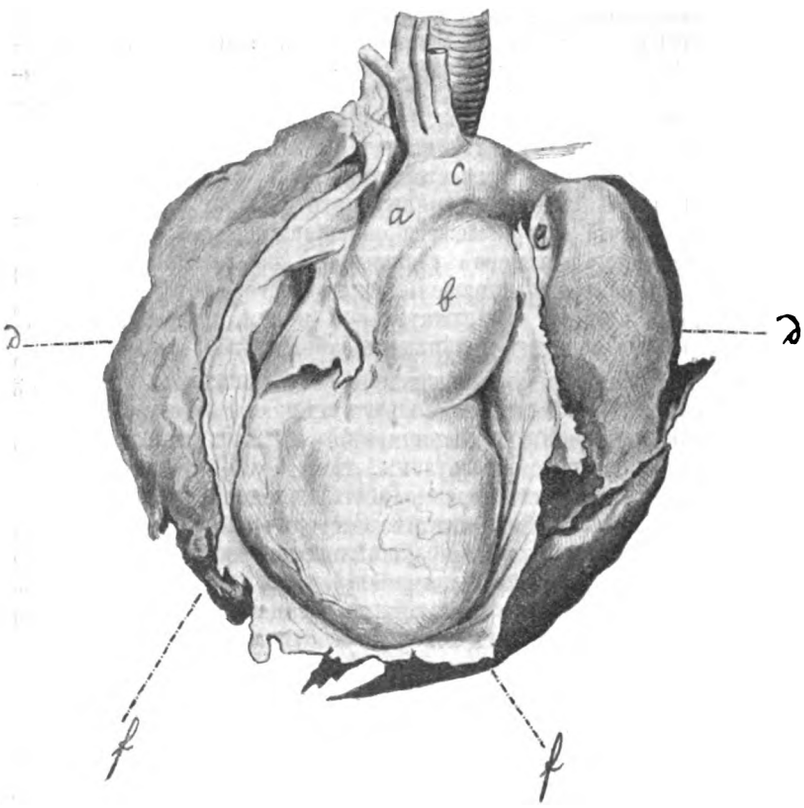
Жалобы больной, съ которыми она поступала въ больницу всѣ 3 раза, сводились на одышку, колотье въ области сердца и кровотеченія изъ горла. При поступленіи въ больницу кровотеченія эти, однако, прекращались вполнѣ уже на 2-ой день и не возобновлялись, пока больная оставалась въ больницѣ. Точно также я не наблюдалъ у больной и сколько-нибудь рѣзкой одышки; впрочемъ, больная, пока находилась въ больницѣ, почти все время проводила въ постели. Кашля и мокроты не было.

Лѣченіе состояло въ назначеніи кровоостанавливающихъ, наркотическихъ и препаратовъ іода. Умерла больная при наростающемъ въ теченіи послѣднихъ 5—6 дней жизни учащеніи пульса (до 126) и сильной одышкѣ въ послѣдній день.

Имѣя предъ собой біеніе и выпячиваніе влѣво отъ грудины, представляющія наиболѣе важные признаки анейризмы легочной артеріи, нельзя было, конечно, не думать о возможности таковой. Однако, тѣ обстоятельства, о которыхъ я упомянулъ, рѣдкость заболѣванія и возможность атипическаго роста анейризмы аорты—впослѣдствіи поставили распознаваніе на невѣрный путь, и я, въ виду казавшейся невозможности вполнѣ исключить анейризму аорты, склонился именно къ этой послѣдней, допуская, конечно, при этомъ нѣкоторую своеобразность ея роста и отношенія къ окружающимъ органамъ. Въ этомъ именно обстоятельствѣ я и видѣлъ интересъ случая, когда сообщалъ о немъ въ собраніи врачей Обуховской больницы въ ноябрѣ 1903 г., какъ о случаѣ анейризмы аорты, ростущей съ нижней поверхности дуги ея и, вѣроятно, оказывающей давленіе на легочную артерію.

Вскрытіе, произведенное 12/III 1904 г. многоуважаемымъ *Л. Р. Креверомъ*, выяснило ошибку: по разрѣзѣ околосердечной сумки обнаружились сильно расширенный, выходящій изъ сердца сосудъ,—легочная артерія и другой нисколько не расширенный сосудъ—аорта, какъ это видно на рисункѣ.

Протоколъ вскрытія. Тѣло женщины средняго роста. Кожные покровы блѣдны. Подкожный жиръ посредственно развитъ. Грудная клѣтка по очертаніямъ не обнаруживаетъ какихъ-либо грубыхъ отклоненій отъ нормы. Околосердечная сумка нѣсколько растянута, отодвигаетъ передніе края легкихъ, нигдѣ не срощена. По вскрытіи ея въ ней оказалось 3—4 столовыхъ ложекъ прозрачнаго, желтоватаго выпота. Поверхность сердца блестяща. Бросается въ глаза легочная артерія, которая въ видѣ колбасы, около 5 стм. въ діаметрѣ, направляется справа влѣво и снизу вверхъ. Она покрываетъ совершенно аорту и выпячивается въ передній край лѣваго легкаго, образуя въ немъ ограниченное углубленіе, которое особенно выражено въ виду уплотненія этого участка легкаго. Наружная оболочка легочной артеріи гиперэмирована, ярко-красная и на поверхности содержитъ бѣлыя бляшки. Правое предсердіе растянуто, но умѣренно. Правый желудочекъ замѣтно гипертрофированъ; мышца его плотна, хруститъ подъ ножемъ; толщина ея на разрѣзѣ больше 1 стм. Полость желудочка не расширена. 3-створчатая, а также и $^1/_2$-лунныя заслонки легочной артеріи не измѣнены. Расширеніе легочной артеріи начинается отъ самаго ея основанія и продолжается дальше за ея дѣленіемъ, распространяясь на артеріи малаго калибра. Стѣнка легочной артеріи и ея вѣтвей замѣтно утончена. На внутренней оболочкѣ артеріи и ея вѣтвей разсѣяны въ большомъ количествѣ отдѣльныя склеротическія бляшки, бѣлаго цвѣта. Язвенныхъ процессовъ нѣтъ. Лѣвый желудочекъ нормальной величины. Мышца его дрябла, желтоватаго цвѣта, мутна. 2-створчатая заслонка и $^1/_2$-лунныя заслонки аорты безъ измѣненій. Аорта нисколько не расширена; скорѣе діаметръ ея



a—Аорта. *b*—Расширенная легочная артерія. *c*—Мѣсто кольцеобразнаго съуженія просвѣта аорты. *d*—Легкія. *e*—Вдавленіе на верхней долѣ лѣваго легкаго, произведенное расширенной легочной артеріей. *f*—Околосердечная сумка. Рисунокъ сдѣланъ съ препарата, пролежавшаго нѣкоторое время въ растворѣ формалина. $^1/_3$ естественной величины.

меньше нормальнаго *). На ея внутренней оболочкѣ находятся также склеротическія бляшки, однако въ общемъ въ гораздо меньшемъ количествѣ, а также и меньшія по величинѣ. На мѣстѣ перехода дуги въ низходящую часть имѣется болѣе глубокій рубцовый процессъ на внутренней оболочкѣ, расположенный кольцеобразно и образующій нѣкоторое съуженіе въ просвѣтѣ артеріи. Это мѣсто и соотвѣтствуетъ наиболѣе расширенной части легочной артеріи. Верхняя доля лѣваго легкаго на ограниченномъ участкѣ сильно уплотнена, почти до плотности хряща; на поверхности разрѣза этого участка ткань легкаго плотна, фиброзна, сѣраго цвѣта и содержитъ желтыя гнѣзда, напоминающія творожистое перерожденіе. Мелкіе бронхи немного расширены; при давленіи изъ нихъ выдѣляется густой гной. Воздуха въ этомъ участкѣ легкаго совсѣмъ нѣтъ. Нижняя часть верхней доли и нижняя доля лѣваго легкаго эмфизематозны, полнокровны, но безъ воспалительныхъ явленій. Правое легкое сплошь срощено съ грудной клѣткою и отдѣляется съ трудомъ; оно полнокровно и повсюду проходимо для воздуха. Селезенка больше нормальной, средней плотности, поверхность разрѣза темно-краснаго цвѣта; мякоть не выскабливается; перекладины ясны. Печень нормальной величины, нѣсколько плотнѣе нормальной, полнокровна. Почки нормальной величины; сумки ихъ стягиваются легко; поверхность краснаго цвѣта, едва замѣтно зерниста; плотноваты; на поверхности разрѣза краснаго цвѣта, полнокровны; корковый слой нормальной толщины; границы его мѣстами сглажены. Кишечникъ безъ видимыхъ измѣненій. Головной мозгъ безъ измѣненій, полнокровенъ, немного отеченъ. Артеріи основанія мозга безъ измѣненій.—Окружность легочной артеріи у заслонокъ 9,5, на мѣстѣ дѣленія 12; окружность лѣвой легочной артеріи 6; діаметръ правой легочной артеріи 3 стм.—Анатомическое распознаваніе: гипертрофія праваго желудочка сердца; анейризматическое веретенообразное расширеніе легочной артеріи со сдавленіемъ аорты и верхней доли лѣваго легкаго; высокой степени склерозъ легочной артеріи; склерозъ и расширеніе обѣихъ легочныхъ артерій; склерозъ аорты; общій правосторонній затяжный фиброзный слипчивый плейритъ; гнѣздо хронической творожистой пнеймоніи въ верхней долѣ лѣваго легкаго съ хроническимъ гнойнымъ бронхитомъ; эмфизема лѣваго легкаго; хроническая гиперплязія селезенки; венная гиперэмія печени и почекъ; разлитой хроническій нефритъ въ начальной степени; венная гиперэмія и отекъ мозга. Микроскопическое изслѣдованіе стѣнокъ легочной артеріи, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ ея ствола и развѣтвленій, произведено многоуважаемымъ *И. П. Коровинымъ*, которому я приношу за это искреннюю благодарность. Внутренняя оболочка склерозирована, нѣсколько утолщена; волокна ея толще нормальныхъ, мѣстами однородны, мѣстами пропитаны круглыми, овальными и веретенообразными клѣтками. Мышечная оболочка: разростаніе соединительной ткани; въ окружности мелкихъ сосудовъ небольшая

*) Болѣе узкая, чѣмъ нормально, аорта отмѣчена, кромѣ моего случая, также у *Aust*'а и *Krzyszkowsk*'аго.

клѣточная инфильтрація круглыми, овальными, отчасти веретенообразными клѣтками. Въ наружной оболочкѣ такая-же инфильтрація въ окружности сосудовъ (periarteriitis). Стѣнки нѣкоторыхъ мелкихъ сосудовъ утолщены.

Такимъ образомъ здѣсь былъ воспалительный и склеротическій процессъ, захватившій почти всю систему легочной артеріи до мельчайшихъ ея вѣтвей. Въ виду характера измѣненій и нѣкотораго указанія въ анамнезѣ (выкидыши) я склоненъ принять, что въ основѣ описанныхъ измѣненій артерій лежалъ сифилисъ. Траума, также имѣющаяся въ анамнезѣ у больной, едва-ли могла вызвать столь разлитое пораженіе; кромѣ того, противъ нея говоритъ и очень продолжительное время, прошедшее до появленія первыхъ признаковъ заболѣванія.

Разбираясь въ прижизненныхъ припадкахъ у больной, нужно сказать, что въ пользу анейризмы легочной артеріи говорили біеніе и выпячиваніе во 2-мъ и 3-мъ межреберьяхъ влѣво отъ грудины, тѣмъ болѣе, что не было никакихъ данныхъ предполагать западеніе и прирощеніе легкаго къ грудной клѣткѣ. Систолическій и особенно діастолическій шумы, выслушивавшіеся наиболѣе рѣзко на мѣстѣ бившагося выпячиванія, равно какъ и легочныя кровотеченія, также говорили за анейризму легочной артеріи. Противъ нея говорило отсутствіе другихъ признаковъ—гипертрофіи праваго желудочка, болѣе или менѣе рѣзкой синюхи и расширенія шейныхъ венъ. Небольшая гипертрофія праваго желудочка, найденная на вскрытіи, не была обнаружена при жизни больной вслѣдствіе того, что подъ вліяніемъ тяжести расширенной легочной артеріи сердце, по всей вѣроятности, было нѣсколько смѣщено влѣво и книзу; оттого при своихъ изслѣдованіяхъ я постоянно находилъ, наоборотъ, нѣкоторое — правда, очень небольшое—увеличеніе лѣваго желудочка *). Тѣмъ не менѣе, наличность біенія и шумовъ, сама по себѣ, была бы, можетъ быть, достаточна для распознаванія анейризмы легочной артеріи и я не отказался-бы признать таковую окончательно, если-бы не было признаковъ, говорившихъ за анейризму аорты. Изъ нихъ на первомъ планѣ нужно поставить разницу въ силѣ пульса обѣихъ лучевыхъ артерій (слѣва слабѣе, чѣмъ справа) и запаздываніе пульса брюшной аорты, а также бедренной артеріи сравнительно съ толчкомъ сердца. Съ этими важными данными нужно было считаться и, казалось, ихъ нельзя было объяснить, допустивъ анейризму легочной артеріи и, наоборотъ, можно было объяснить очень легко, допуская анейризму аорты. Допуская послѣднюю, не трудно уже было объяснить и біеніе на необычномъ мѣстѣ, зная, что анейризмы аорты могутъ рости съ нижней поверхности дуги по направленію влѣво и кпереди; можно было объяснить и описанные шумы, предположивъ, что анейризма аорты давитъ на стволъ легочной артеріи, съуживая ее. Непроведеніе шумовъ въ сонныя артеріи могло зависѣть именно отъ расположенія анейризмы аорты ниже выхода безымянной и лѣвой сонной артерій. Только-что упомянутая кажущаяся небольшая гипертрофія лѣваго желудочка тѣмъ болѣе говорила за анейризму аорты. Легочныя кровотеченія легко было связать съ описанными выше явленіями, найденными при выстукиваніи лѣвой верхушки. Рентгеноскопія въ данномъ случаѣ не дала и, по видимому, едва-ли можетъ въ подобныхъ случаяхъ представить вѣскія данныя для отличительнаго распознаванія.

Такимъ образомъ, кромѣ рѣзко выраженнаго склероза и расширенія всей системы легочной артеріи, въ описанномъ случаѣ имѣлась еще одна рѣдкая патологическая особенность, создававшая большія затрудненія въ распознаваніи: расширенный стволъ легочной артеріи, производя постоянное давленіе на аорту, вызвалъ въ мѣстѣ выхода изъ нея большихъ сосудовъ воспалительный процессъ, результатомъ котораго явилось кольцеобразное съуженіе стѣнокъ аорты. Это съуженіе и было причиной неравенства пульса въ обѣихъ лучевыхъ артеріяхъ, а также запаздыванія пульса лѣвой лучевой артеріи, бедренной артеріи и брюшной аорты относительно сердечнаго толчка. Наблюденія глубокоуважаемаго проф. *Л. В. Попова* уже показали, что при значительномъ застоѣ крови въ лѣвомъ предсердіи и въ системѣ легочной артеріи создаются условія для появленія т. наз. pulsus differens, именно въ смыслѣ уменьшенія силы пульса лѣвой лучевой артеріи сравнительно съ правой. Благодаря анатомическому расположенію сердца и сосудовъ, повышенное давленіе въ указанныхъ отдѣлахъ кровеносной системы направляется именно къ той части дуги аорты, откуда выходитъ подключичная артерія (а также лѣвая сонная). Это явленіе составляетъ распознавательный признакъ съуженія лѣваго веннаго отверстія въ періодѣ разстройства уравновѣшенія сердечной дѣятельности *). Однако, и это обстоятельство не могло помочь мнѣ правильно оцѣнить уменьшеніе силы пульса лѣвой лучевой артеріи въ вышеописанномъ случаѣ въ виду отсутствія всякихъ указаній на застойныя явленія въ маломъ кругу. Какъ показало вскрытіе, уменьшеніе силы пульса лучевой артеріи въ моемъ случаѣ имѣло своей причиной аналогичное, указанное проф. *Л. В. Поповымъ*, давленіе расширенной легочной артеріи на аорту; только расширеніе имѣло здѣсь другой характеръ и, будучи постояннымъ, вызвало стойкія измѣненія въ стѣнкахъ аорты.

Въ литературѣ я нашелъ только 1 случай д-ра *Григорьева*, въ которомъ расширеніе легочной артеріи до размѣровъ большого куринаго яйца произвело «вдавленіе» на дугѣ аорты; просвѣтъ дуги аорты въ этомъ мѣстѣ былъ съуженъ. Лучевыя артеріи во время пульсовой волны почти не прощупывались; пульсъ былъ одновременный, но такой слабый, что его можно было считать лишь по біенію плечевыхъ артерій—въ минуту 124—126. Относительно разницы величины пульсовой волны авторъ не упоминаетъ.

Что касается данныхъ, полученныхъ при выслушиваніи, то даже, опираясь на вскрытіе, обнаружившее описанныя измѣненія, нельзя, мнѣ кажется, категорически отвѣтить на вопросъ, какого происхожденія были тѣ систолическій и діастолическій шумы, которые наиболѣе ясно выслушивались на мѣстѣ бившейся опухоли: они могли быть вызваны какъ относительной недостаточностью заслонокъ легочной артеріи и анейризмой ея, такъ и мѣстнымъ съуженіемъ кровяного русла въ аортѣ. При изслѣдованіяхъ больной я склонялся къ предположенію, что они вызваны давленіемъ анейризматическаго мѣшка аорты на легочную артерію.

Хроническія измѣненія въ верхней долѣ лѣваго легкаго при отсутствіи измѣненій въ другихъ участкахъ легкихъ стоятъ въ непосредственной связи съ давленіемъ на верхнюю долю расширеннаго ствола легочной артеріи, которая оставила на легкомъ довольно глубокій слѣдъ — борозду. Фактъ этотъ подтверждаетъ уже давно высказанное мнѣніе о частомъ совпаденіи анейризмы и бугорчатки. *A. Fränkel* [25]) въ 1897 г. въ Berlin'ѣ предъявлялъ случай, гдѣ анейризма лѣвой вѣтви легочной артеріи производила давленіе на бронхъ, идущій къ верхней долѣ лѣваго легкаго, въ которой оказались творожистыя измѣненія, между тѣмъ какъ другіе участки легкихъ были здоровы.

При всей своей поучительности вышеописанный случай, подобно многимъ другимъ, не обезпечиваетъ, къ сожалѣнію, отъ возможности ошибокъ: новый случай расширенія легочной артеріи дастъ иную клиническую картину въ ея подробностяхъ, представитъ иное сочетаніе явленій и иные поводы къ ошибкамъ. Именно такъ проявляется безконечное индивидуальное разнообразіе патологическихъ формъ, въ которомъ заключается вся трудность и интересъ діагностики.

Литература. 1. Проф. *Л. В. Поповъ*. «Клиническія лекціи», 1896 г., вып. II.—2. *Schrötter*. Erkrankungen der Gefässe. «*Nothnagel's* specielle Pathologie und Therapie», 1899 г., т. XV, тетр. III, 1 Hälfte.—3. *Romberg*. Ueber Sclerose der Lungenarterie. «Deutsches Archiv für klinische Medicin», 1891 г., т. 48.—4. Проф. *К. Э. Вагнеръ* и *Г. И. Квятковскій*. Случай сифилиса сердца съ значительнымъ расширеніемъ легочной артеріи. «Русскій Врачъ», 1902 г., № 25 и 26.—5. *Krzyszkowski* и *Wiczkow-*

*) На ненормальную подвижность сердца указывала разница явленій при выстукиваніи въ зависимости отъ перемѣны положенія тѣла больной.

*) Недавно д-ръ *Кушевъ* [24]) сообщилъ 2 случая съуженія лѣваго веннаго отверстія съ разстройствомъ уравновѣшенія, въ которыхъ этотъ признакъ былъ на лицо.

ski. «Przegląd lekarski», 1901 г., № 48 и 49.—6. *Hope*. Krankheiten des Herzens, 1833 г.—7. *Lebert*. Aneurysma der Lungenarterie. «Berliner klinische Wochenschrift», 1876 г., № 20.—8. *Buchwald*. Aneurysma des Stammes der art. pulmon. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1878 г., № 1—3. — 9. *Gilewski*. Aneurysma art. pulmonalis. «Wiener medicinische Wochenschrift», 1868 г., № 33—38.—10. *Григорьевъ*. Анейризма легочной артеріи. «Медицинское Обозрѣніе», 1886 г., № 1. — 11. *Aust*. Casuistischer Beitrag zur Sclerose der Lungenarterie. «Münchener medicinische Wochenschrift», 1892 г., № 27.—12. *Wolfram*. «Gazeta lekarska», 1883 г., № 24—25; прив. по *Krzyszkowsk*'ому.—13. *Hoffman* u. *Rauber*. «Lehrbuch der Anatomie des Menschen», 1886 г.—14. *Marchand*. «Реальная Энциклопедія проф. *A. Eulenburg*'а и *М. Аѳанасьева*», 1891 г., т. I, стр. 432. — 15. *Crisp*. Прив. по *Duchek*. «Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie», 1862 г., стр. 238.—16. *Goldbeck*. Giessen'ская диссертація, 1868 г., прив. по *Buchwald*'у. — 17. *Albu*. Ueber ein vermuthliches Aneurysma der art. pulmon. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1896 г., № 21. — 18. *Tomasi Crudeli*. «Rivista clinica», 1868 г., VII.—19. *Klob*. «Wiener Wochenblatt», 1865 г., XXI, 45.—20. *Dows*. «Transactions of the pathologic Society», 1875 г., XXVI; прив. по *Krzyskowsk*'ому. — 21. *Foulis*. «Edinburgh Medical Journal», 1884 г., прив. по *Krzyskowsk*'ому.—22. *Borgherini*. «Riforma medica», 1896 г., XII.—23. Прив. по *Gilewsk*'ому.—24. *Кушевъ*. О различномъ пульсѣ въ лучевыхъ артеріяхъ при стенозѣ лѣваго венознаго отверстія. «Медицинское Обозрѣніе», 1904 г., № 5. — 25. *A. Fränkel*. «Centralblatt für innere Medicin», 1898 г., № 1.—Случаи анейризмы resp. расширенія легочной артеріи, сообщенные съ 1868 г., въ хронологическомъ порядкѣ принадлежатъ слѣдующимъ авторамъ: *Goldbeck*'у, *Tomasi Crudeli*, *Gilewsk*'ому, *Dows*'у, *Lebert*'у, *Buchwald*'у, *Korczyńsk*'ому («Przegląd lekarski», 1878 г., № 1—4), *Wolfram*'у, *Foulis*, *Григорьеву*, *Wiliams*'у, *Romberg*'у, *Aust*'у, *Teichmüller*'у (Jen'ская диссертація, 1895 г.), *Borgherini*, *Schrötter*'у, *Krzyszkowsk*'ому и *Wiczkowsk*'ому, *Вагнеру* и *Кятковскому*.

Изъ фармакологической лаборатоpіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-М. Академіи.

О дѣйствіи различныхъ ядовъ на изолированное сердце теплокровныхъ животныхъ.

Н. И. Бочарова.

(Продолженіе. См. выше, № 36, стр. 1205).

Опыты съ вератриномъ.

На основаніи изслѣдованій *Kölliker*'а [45]) и *Е. В. Пеликана* [46]) вератринъ отнесенъ къ числу ядовъ, сильно дѣйствующихъ на поперечно-полосатыя мышцы; дѣйствіе его въ высшей степени характерно. Подъ вліяніемъ вератрина, какъ извѣстно, высота мышечной кривой сокращенія увеличивается, и періодъ разслабленія, по сравненію съ нормой, удлинняется въ нѣсколько разъ. Измѣненія эти обусловливаются исключительно особеннымъ отношеніемъ самого мышечнаго вещества къ этому яду. Дальнѣйшія изслѣдованія показали, что и на сердечную мышцу вератринъ оказываетъ характерное дѣйствіе. *Bezold* и *Hirt* [47]) наблюдали на сердцахъ лягушекъ продолжительныя (10—20 сек.) сокращенія желудочка, которыя они назвали «систолическимъ тетанусомъ», *Boehm* [48]), наблюдая за сердечной дѣятельностью съ помощью манометра, также описалъ столбнякъ желудочка, продолжавшійся до 30 сек. У *Lissauer*'а [49]) на изолированномъ при помощи прибора *Williams*'а сердцѣ лягушки самая большая продолжительность сокращеній желудочка равняется 3—4″. У теплокровныхъ животныхъ *Bezold* и *Hirt* наблюдали ускореніе только отъ малыхъ количествъ вератрина, большія-же количества его вызывали замедленіе сердцебіеній, аритмію и остановку въ діастолѣ. *Boehm* и *Lissauer* указываютъ на замедленіе сердцебіеній, при чемъ у послѣдняго и это явленіе было непостояннымъ. Во многихъ опытахъ *Lissauer* получилъ скоро преходящія остановки, которыя оставляли послѣ себя нѣкоторую аритмію, и при примѣненныхъ имъ дозахъ никогда не видѣлъ ослабленія сердечныхъ сокращеній.

Кровяное давленіе, по даннымъ *Bezold*'а и *Hirt*'а, идетъ параллельно съ измѣненіемъ ритма сердечной дѣятельности, повышаясь отъ введенія малыхъ количествъ яда при учащеніи сердцебіеній и падая отъ среднихъ и большихъ дозъ. *Lissauer* не признаетъ зависимости между измѣненіемъ сердечной дѣятельности и кровянымъ давленіемъ. Кровяное давленіе въ его опытахъ подъ вліяніемъ вератрина падало; наблюдавшееся-же имъ повышеніе кровяного давленія онъ объясняетъ непрямымъ дѣйствіемъ вератрина, которое при извѣстной постановкѣ опыта можетъ быть устранено.

Ускореніе сердцебіеній *Bezold* и *Hirt* объясняютъ раздраженіемъ двигательныхъ узловъ и самой мышцы сердца, а замедленіе — раздраженіемъ центра блуждающихъ нервовъ, а отъ большихъ количествъ — и возбужденіемъ окончаній блуждающихъ нервовъ. Остановка сердца получается отъ паралича сердечныхъ узловъ и мышцы.

Измѣненія сердечной дѣятельности *Boehm* приписываетъ непосредственному вліянію вератрина на мышцу, при чемъ, по его мнѣнію, нервные элементы принимаютъ относительно небольшое участіе. Возбудимость задерживающаго прибора бываетъ повышена, между тѣмъ какъ нервный двигательный приборъ затрогивается менѣе всего. *Lissauer* объясняетъ замедленіе первичнымъ возбужденіемъ центра блуждающихъ нервовъ; но онъ наблюдалъ замедленіе сердцебіенія и послѣ перерѣзки блуждающихъ нервовъ, а въ одномъ случаѣ и послѣ атропинизаціи сердца.

Повышеніе кровяного давленія *Bezold* и *Hirt* ставятъ въ зависимость отъ возбужденій сосудодвигательнаго центра и учащеній сердцебіеній. Паденіе-же его зависитъ, во 1-хъ, отъ замедленія сердцебіеній, во 2-хъ, отъ угнетающаго вліянія блуждающаго нерва, который возбуждается отраженнымъ путемъ изъ сердца, и, въ 3-хъ, отъ наступающаго позднѣе паралича сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу. *Lissauer* причиной паденія кровяного давленія считаетъ параличъ сосудодвигательнаго прибора, вѣроятно, центральнаго происхожденія, а, быть можетъ, также и расширеніе вслѣдствіе непосредственнаго дѣйствія на мышцы сосудовъ.

Hedbom [50]), изучая дѣйствіе вератрина (въ разведеніяхъ 1:200000, 1:100000, 1:50000, 1:25000 и 1:15150) на изолированное сердце по способу *Langendorff*'а, нашелъ, что онъ сильно измѣняетъ сердечную мышцу (вытянутыя въ длину кривыя, сильное укороченіе мышцы и т. д.). Число сердцебіеній обыкновенно уменьшается; въ началѣ наблюдалось иногда скоро преходящее учащеніе сердцебіеній. Въ малыхъ количествахъ вератринъ вызываетъ значительное увеличеніе высоты сокращеній, смѣняющееся постепеннымъ паденіемъ. Затѣмъ рано или поздно появляются значительныя неправильности ритма и высоты сокращеній (образованіе группъ, вытянутыя кривыя), при чемъ нерѣдко наблюдалось вторичное увеличеніе числа пульса, какъ во 2-ой стадіи дѣйствія дигиталина.

Свои опыты я ставилъ съ чистымъ вератриномъ (veratrinum puriss.) фирмы E. Merck'а. Привожу на выдержку 2 опыта.

Въ этомъ опытѣ вератринъ въ разведеніи 1:200000 вызвалъ постепенное увеличеніе высоты сокращеній и замедленіе сердцебіеній. Высота сердечныхъ сокращеній, достигнувъ своего maximum'а черезъ 5 мин., держалась на томъ-же уровнѣ въ теченіи слѣдующихъ 5 мин. (см. кривую 4, *B*) до примѣненія болѣе крѣпкаго раствора. Интереснымъ въ этомъ періодѣ является то, что границы діастолы, по мѣрѣ дѣйствія, становятся по сравненію съ нормой все выше и выше.

Подъ вліяніемъ разведенія 1:100000, примѣненнаго вслѣдъ за прежнимъ, замедленіе увеличивается еще больше, а высота, наоборотъ, короткое время держится на томъ-же уровнѣ, а затѣмъ наступаетъ уменьшеніе ея, сначала постепенное (см. кривую 4, *C*), а затѣмъ болѣе быстрое. Въ это время характеръ сокращеній мѣняется (см. кривую 4, и кривую 5). Переходъ въ разслабленіе совершается какъ бы въ 2 темпа. Далѣе наступаетъ правильное чередованіе сильныхъ сокращеній со слабыми (см. кривую 5, *B*). Число сердцебіеній въ это время остается прежнимъ. Новый болѣе крѣпкій растворъ 1:70000 вскорѣ производитъ нарушеніе ритма; высота сокращеній сильно колеблется: наравнѣ съ болѣе или менѣе сильными сокращеніями происходятъ и едва замѣтныя. Кромѣ того, замѣчаются почти полныя систолическія остановки до 1½

Опытъ 6.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Прим.
2—4	112	15—15,5	
5—6	112	15	
6—7	114	15	
7	—	—	Вератринъ 1:200000.
7—8	114	15	
8—9	106	16—17	Постепенное наростаніе высоты сердечныхъ сокращеній. Ритмъ правильный.
9—10	102	18	
10—11	102	19—19,5	
12—13	102	19,5—20	
13—14	101	19,5	
14—15	102	20	
15—16	100	20	
16—17	96	20	Вератринъ 1:100000.
17—18	92	19	
18—19	84	18,5—18	Постепенное уменьшеніе высоты сокращеній.
19—20	84	18	
20—21	84	17	
21—22	84	16	
22—23	84	16—12	
23—24	84	12—8,5	Ритмъ правильный. Высота быстро убываетъ. Характеръ сердечныхъ сокращеній нѣсколько измѣненъ.
26—27	84	11,5—8 и 10—7	Слабыя сокращенія чередуются съ болѣе сильнымъ.
27—28	84	10—7 и 9—6	Вератринъ 1:70000.
29—30	82	10 до 0	Ритмъ неправильный. Высота сокращенія колеблется въ широкихъ предѣлахъ. Наклонность къ систолическимъ остановкамъ.
34—35	84	10 до 0	
38—39	84	10 до 0	
42—43	84	10—4—2,5	Правильное чередованіе высокихъ сокращеній съ низкими.

сек. (см. кривую 5, *C*). За этимъ совершенно неправильнымъ періодомъ наступилъ опять періодъ болѣе или менѣе правильнаго ритма съ правильнымъ чередованіемъ болѣе сильныхъ сокращеній со слабыми, число-же сердцебіеній оставалось замедленнымъ (см. кривую 5, *D*).

Ниже приводимый опытъ представляетъ вліяніе на сердце болѣе крѣпкаго раствора яда.

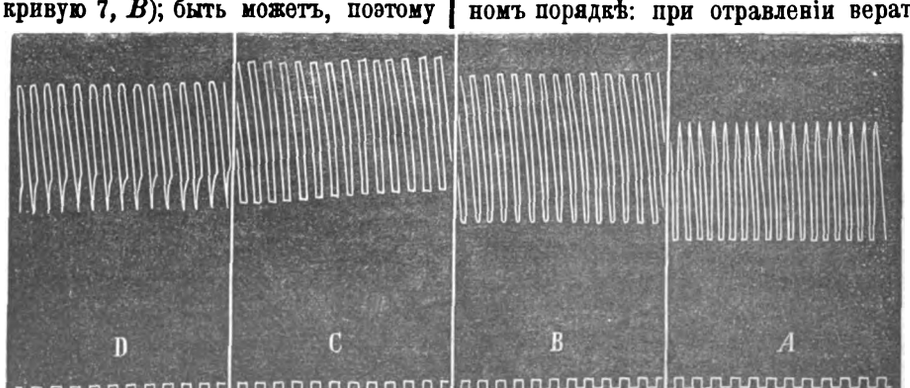
Этотъ опытъ съ примѣненіемъ вератрина въ болѣе крѣпкомъ растворѣ 1:50000 по результатамъ своимъ мало чѣмъ отличается отъ приведеннаго выше. Здѣсь также періодъ замедленныхъ и усиленныхъ сокращеній смѣняется періодомъ крайне неправильныхъ сокращеній съ наклонностью къ неполному разслабленію, къ систолическимъ остановкамъ (см. кривую 6, *D*), намекъ на которыя наблюдается уже и въ періодѣ замедленныхъ сердцебіеній (см. кривую 6, *B*). Разница заключается въ быстротѣ смѣны фазъ, а, кромѣ того въ томъ, что въ періодѣ неправильныхъ сокращеній число сердцебіеній увеличивается; однако это учащеніе не превышаетъ нормы.

Передъ началомъ пропусканія вератрина во 2-ой разъ сердцебіенія оставались замедленными, не смотря на обращеніе по вѣнечнымъ сосудамъ неотравленной жидкости въ теченіи 15 мин. (см. кривую 7, *B*); быть можетъ, поэтому

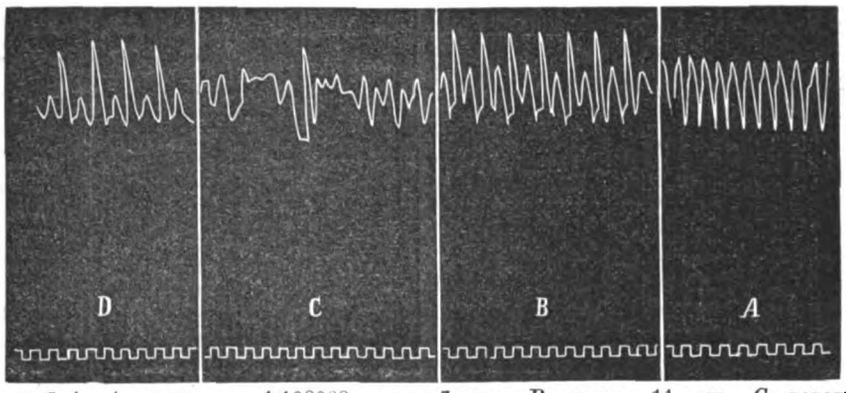
Опытъ 7.

Время отъ начала опыта въ минутахъ и секундахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Прим.
10′—11′	120	31,5	
11′—12′	123	31	
12′—13′	123	30,5—31	
—	—	—	Вератринъ 1:50000 въ концѣ 13 мин.
13′—13′ 10″	19	31—42	Быстрое наростаніе высоты сокращеній.
13′ 10″—13′ 20″	19	46—43	Сокращенія неодинаковы.
13′ 20″—13′ 30″	18	44—42	
13′ 30″—13′ 40″	19	41—21	Большія колебанія въ высотѣ сокращеній. Временами неполное разслабленіе.
13′ 40″—13′ 50″	10	41	
13′ 50″—14′	14	41—24—15	Сокращенія неодинаковой высоты. Неполное разслабленіе.
14′—14′ 10″	9	40—31—20	
14′ 10″—15′	82	38	Ритмъ правильный. Сокращенія равномѣрны.
15′—16′	84	38	
16′—17′	104	29 до minimum'a	Ритмъ неправильный; на ряду съ сильными сокращеніями едва замѣтныя. Наклонность къ удлиненной систолѣ въ теченіи 1½″.
17′—18′	98	23 » »	
18′—19′	120	24 » »	Нормальная жидкость.
19′—20′	118	20 » »	Ритмъ неправильный. Сокращенія неравномѣрны.
20′—21′	54	45	Совершенно правильныя ритмическія сокращенія. Постепенное уменьшеніе высоты сокращеній.
21′—22′	56	43	
23′—24′	58	38	
24′—25′	60	33,5—32	
28′—29′	66	24	
37′—38′	90	21	Вератринъ 1:50000.
38′—39′	88	21—29	Правильныя сердечныя сокращенія. Быстрое наростаніе высоты сокращеній сердца.
39′—40′	84	29—40	
40′—41′	84	40	
41′—42′	86	40—36	Быстрое паденіе высоты сокращеній.
42′—43′	104	36 до minimum'a	Ритмъ крайне неправильный. Большія колебанія въ высотѣ сокращеній. Наклонность къ продолжительнымъ сокращеніямъ.
43′—44′	98	24 » »	
44′—45′	116	22 » »	
48′—49′	114	14 » »	
56′—57′	32	6 » »	
57′—58′	—	—	Нормальная жидкость.
1 ч 1′—2′	62	7 до minimum'a	Ритмъ неправильный.
» 4′—5′	64	22	Правильный ритмъ.
» 29′—30′	126	15	

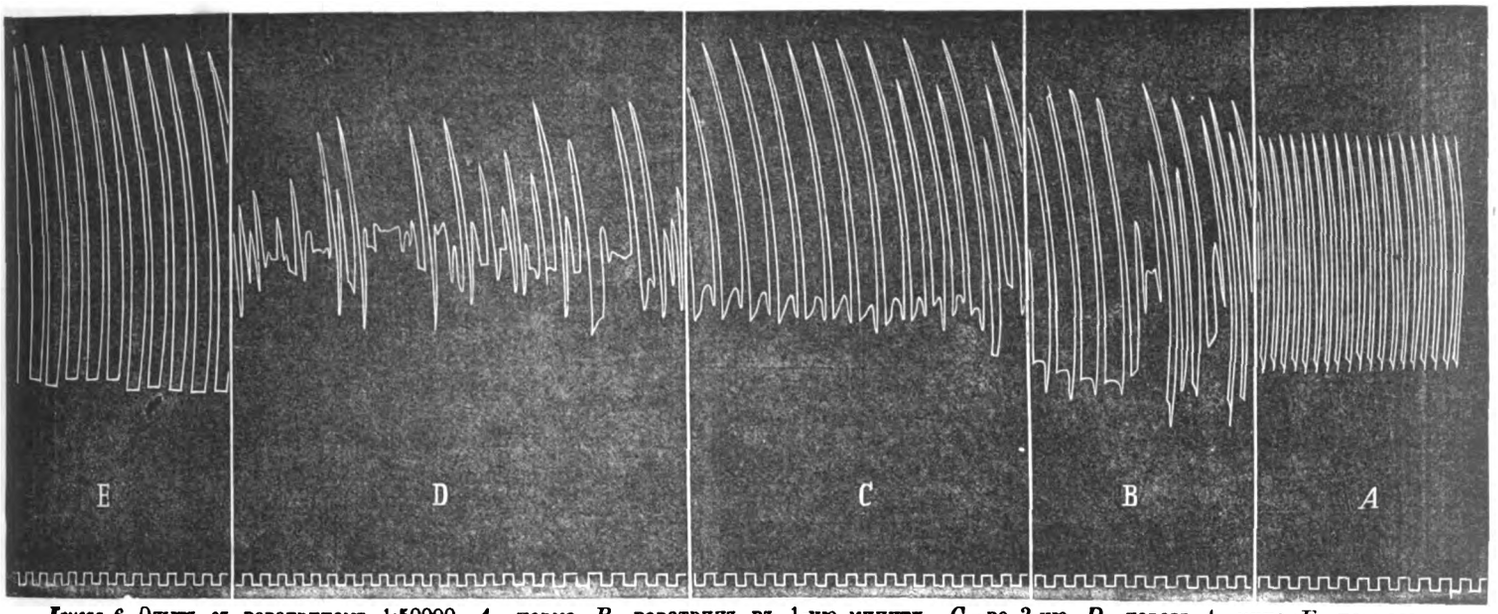
при вторичномъ введеніи вератрина получилось только незначительное замедленіе сердцебіенія, высота-же сокращеній въ данномъ случаѣ быстро и равномѣрно увеличилась, и здѣсь видна, какъ и въ первомъ случаѣ, несовершенная діастола (см. кривую 7, *C*). При замѣнѣ жидкости, содержащей вератринъ, нормальной, можно было наблюдать всѣ фазы дѣйствія вератрина, только въ обратномъ порядкѣ: при отравленіи вератриномъ вначалѣ на-



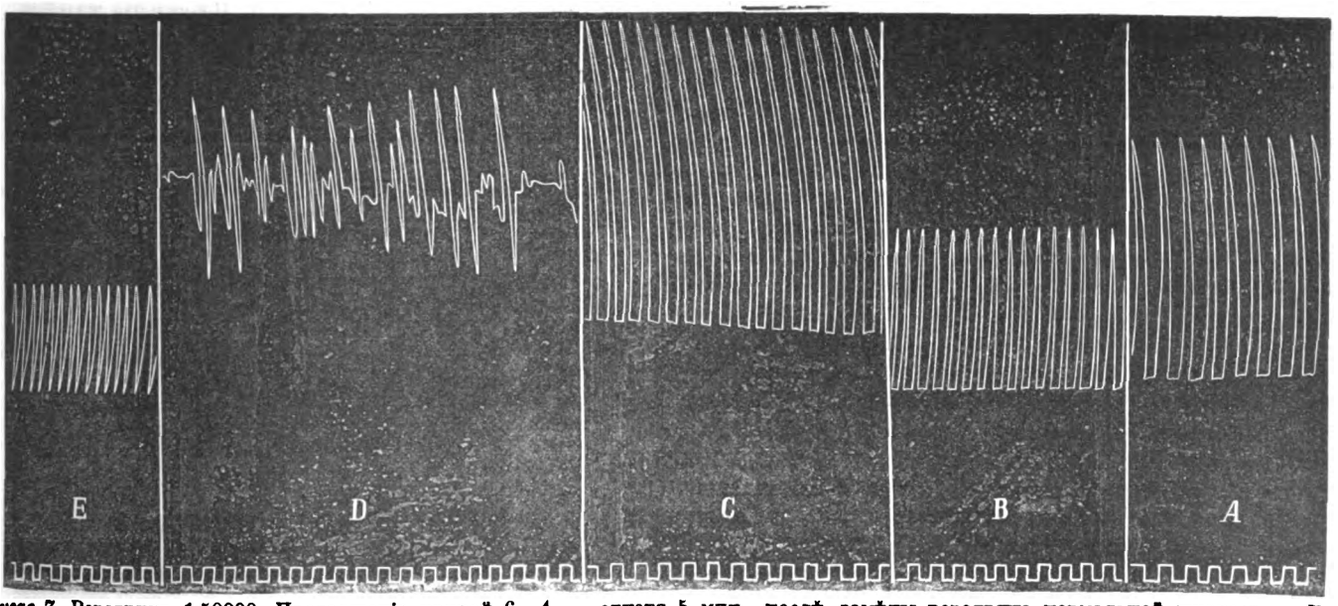
Кривая 4. Опытъ съ вератриномъ. *A*—норма. *B* — вератринъ. 1:200000 спустя 9 мин. *C*—вератринъ 1:100000 спустя 3 мин. *D* — спустя 5 мин. Читать справа на лѣво.



Кривая 5. Продолженіе кривой 4. *A*—вератринъ 1:100000 спустя 7 мин. *B*—спустя 11 мин. *C*—вератринъ 1:70000 спустя 2 мин *D*—спустя 4 мин. Читать справа на лѣво.



Кривая 6. Опытъ съ вератриномъ 1:50000. *A*—норма *B*—вератринъ въ 1-ую минуту. *C*—во 2-ую. *D*—черезъ 4 мин. *E*—нормальная жидкость спустя 2 мин. Читать справа на лѣво.



Кривая 7. Вератринъ 1:50000. Продолженіе кривой 6. *A* — спустя 5 мин. послѣ замѣны вератрина нормальной жидкостью. *B* — спустя 15 мин. *C*—вератринъ спустя 3 мин. *D*—вератринъ спустя 6 мин. *E*—спустя 20 мин. послѣ замѣны вератрина нормальной жидкостью. Читать справа на лѣво.

ступалъ періодъ замедленія и усиленія сердцебіеній и затѣмъ аритмія, здѣсь-же въ первое время пропусканія нормальной жидкости продолжается аритмія, которую смѣняетъ стадія замедленныхъ и сильныхъ сокращеній (см. кривую 6, *E*). Сила сокращеній съ теченіемъ времени быстро падаетъ, опускаясь даже ниже нормы (см. кривую 7 *A* и *B*), между тѣмъ какъ замедленный ритмъ сохранялся въ этомъ опытѣ еще въ теченіи 15 мин.

На основаніи своихъ опытовъ съ вератриномъ я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ: вератринъ вызываетъ постоянно въ началѣ своего дѣйствія усиленіе и замедленіе сердцебіеній. Въ дальнѣйшемъ, въ зависимости отъ крѣпости яда, ритмъ остается правильнымъ, появляются лишь неодинаковой величины высоты сокращеній, или-же періодъ правильныхъ и замедленныхъ сердцебіеній смѣняется полной аритміей, при чемъ въ это время число сердцебіеній нѣсколько увеличивается.

Опыты съ адреналиномъ.

Адреналинъ представляетъ собою химически чистое начало, выдѣленное *Takamine* [51]) изъ надпочечниковъ въ видѣ сильно гигроскопическаго кристаллическаго порошка сѣровато-коричневаго цвѣта.

Относительно дѣйствія адреналина и вытяжки надпочечниковъ на кровообращеніе громадное большинство авторовъ согласно утверждаютъ, что подъ вліяніемъ этихъ препаратовъ кровяное давленіе повышается, сердцебіенія вначалѣ замедляются, а затѣмъ ускоряются. *Oliver* и *Schäfer* [52]) находили непосредственно за введеніемъ вы

тяжки надпочечниковъ въ вены сначала ускореніе сердцебіеній, а затѣмъ замедленіе.

Замедленіе сердцебіеній, согласно большинству изслѣдователей, зависитъ отъ непосредственнаго возбужденія центровъ блуждающихъ нервовъ [*Cybulski* и *Szymonowicz* [53]), *Oliver* и *Schäfer*, *Gottlieb* [54]), *П. П. Бѣлавенецъ* [55]), *Takamine* и *Hougton* [56])]. *Biedl* и *Reiner* [57]) замедленіе сердцебіеній приписываютъ не прямому дѣйствію средства, а раздраженію центровъ блуждающихъ нервовъ вслѣдствіе повышеннаго кровяного давленія. *Cyon* [58]) причиной замедленія считаетъ возбужденіе мозгового придатка. Ускореніе сердцебіеній, появляющееся вслѣдъ за замедленіемъ, *П. П. Бѣлавенецъ* объясняетъ параличемъ центровъ блуждающихъ нервовъ.

Повышеніе кровяного давленія, по однимъ авторамъ, зависитъ исключительно отъ спазма сосудовъ (*Cyon*, *Cybulski* и *Szymonowicz*); другіе признаютъ, что въ этомъ явленіи принимаетъ участіе и само сердце [*Oliver* и *Schäfer*, *Gottlieb*, *Takamine* и *Hougton*, *П. П. Бѣлавенецъ*, *А. А. Кулябко* [59])]. *Cyon* объясняетъ усиленіе сердечныхъ сокращеній не прямымъ вліяніемъ средства, а повышеннымъ давленіемъ вслѣдствіе судороги сосудовъ.

Литературныя данныя, добытыя путемъ изученія непосредственнаго дѣйствія вытяжки надпочечниковъ и адреналина на изолированныя сердца теплокровныхъ животныхъ, въ общемъ согласны между собою и указываютъ на непосредственное возбуждающее дѣйствіе этихъ препаратовъ. Такъ, *Hedbom* [60]), на основаніи своихъ опытовъ съ сердцемъ, изолированнымъ по способу *Langendorff*'а, пришелъ къ заключенію, что вытяжка надпочечниковъ оказываетъ сильное тонизирующее дѣйствіе на сердце. Высота сердечныхъ сокращеній сильно увеличивается и сердцебіенія учащаются. При дальнѣйшемъ дѣйствіи онъ наблюдалъ появленіе группъ. *Gottlieb*, дѣлая опыты съ изолированнымъ сердцемъ по способамъ *Hering-Bock*'а и *Langendorff*'а, нашелъ, что вытяжка надпочечниковъ увеличиваетъ энергію и частоту сердечныхъ сокращеній. На основаніи кривыхъ, полученныхъ по способу *Langendorff*'а, онъ различаетъ 2 періода: 1-ый—повышенной и совершенно правильной дѣятельности и 2-ой,—въ которомъ сокращенія, хотя и оставались сильными, но прерывались болѣе длинными остановками, между которыми выдвигались группы ритмическаго, болѣе сильнаго, пульса. Наконецъ, смотря по величинѣ дозы яда паузы становились все длиннѣе, а группы все короче; такая картина наблюдалась до остановки сердца. Сопоставивъ данныя, полученныя имъ на изолированномъ сердцѣ съ данными на сердцѣ хлорализованныхъ животныхъ, *Gottlieb* пришелъ къ заключенію, что вытяжка надпочечниковъ дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на двигательный приборъ стѣнокъ сосудовъ и сердца.

Изслѣдованія проф. *А. А. Кулябко*, произведенныя на изолированномъ сердцѣ по способу *Langendorff*'а-*Locke*'а, привели его къ слѣдующимъ заключеніямъ: малыя дозы адреналина вызываютъ значительное, болѣе или менѣе постоянное усиленіе и учащеніе сердцебіеній. Послѣ большихъ дозъ за начальнымъ усиленіемъ слѣдуетъ значительное ослабленіе сокращеній, при чемъ ритмъ сердца въ 1-мъ періодѣ дѣйствія яда всегда бываетъ равномѣрно правильный. Послѣ большихъ дозъ за этимъ начальнымъ періодомъ слѣдуетъ 2-ой, въ которомъ наступаетъ особенное группообразное нарушеніе ритма. Каждая группа начинается замедленными сокращеніями, которыя постепенно ускоряются и оканчиваются паузой. Послѣ болѣе продолжительнаго дѣйствія большихъ дозъ сердце перестаетъ работать. Послѣ полной остановки сердечная мышца сохраняетъ еще надолго способность отвѣчать на механическія раздраженія. Проф. *А. А. Кулябко* полагаетъ, что дѣйствіе адреналина на сердце заключается въ раздраженіи сердечныхъ узловъ съ послѣдующимъ параличемъ ихъ; на задерживающій приборъ и на сердечную мышцу адреналинъ, кажется, совсѣмъ не дѣйствуетъ.

Для своихъ опытовъ я пользовался адреналиномъ *Takamine*, примѣняя его преимущественно въ слабыхъ растворахъ отъ 1 : 5.000000000 до 1 : 150000.

Опытъ 8.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращеній въ млм.	Прим.
1—2	134	24,5	
2—3	132	24,5	
3—4	126	25—26	
4—5	126	26—27	
5	—	—	Адреналинъ 1 : 1,125000000.
6—7	110	30	
7—8	109	29	
8—9	126	29—30	
9—10	126	30—31,5	
12—13	126	31,5—32	
13—14	121	32	
15	—	—	Нормальная жидкость.
15—16	114	32	
20—21	120	30—30.5	
21—22	92	30,5—34	Адреналинъ 1 : 1,125000000.
22—23	108	34—35	
23—24	108	34,5—33	
24—25	106	33—34	
25—26	110	34—35	
26—27	110	34	
27—28	110	34	
28—29	111	34—34,5	
30	—	—	Нормальная жидкость.
30—31	112	36	
36—37	112	30—30,5	
39	—	—	Адреналинъ 1 : 625000000.
39—40	100	33,5—33	
40—41	100	32,5—33	
41—42	104	33,5	
42	—	—	Нормальная жидкость.
42—43	100	35	
44—45	104	35—33	
47—48	96	33—32,5	
49	—	—	Адреналинъ 1 : 625000000.
49—50	90	33—34	
50—51	100	35	
52—53	114	35	
53—54	118	34	
55	—	—	Нормальная жидкость.
55—56	120	34—34,5	
56—57	120	34,5—33,5	
57—58	118	32,5—31,5	
60—61	112	31	
1 ч. 30—31	154	13	
» 31—32	132	12,5—13	
» 32—33	148	11—12	
» 33	—	—	Адреналинъ 1 : 250000000.
» 33—34	113	12—11	
» 34—35	126	11—17	
» 36—37	135	20—21	
» 37	—	—	Нормальная жидкость.
» 39—40	104	6	
» 42—43	106	6	
» 43	—	—	Адреналинъ 1 : 250000000.
» 43—44	106	6—14	
» 45—46	104	25	
» 46	—	—	Нормальная жидкость.
» 52—53	98	5—6	

Изъ приведеннаго опыта видно, что адреналинъ въ такихъ слабыхъ растворахъ, какъ 1 : 1125000000 и 1 : 625000000 уже давалъ, хотя и незначительное, но замѣтное усиленіе сердечныхъ сокращеній. Въ дѣйствіи, полученномъ при первомъ пропусканіи адреналина, еще можно было сомнѣваться, такъ какъ высота сердечныхъ сокращеній наростала и при нормѣ; но при вторичномъ примѣненіи яда того-же самаго разведенія въ этомъ уже сомнѣваться нельзя, такъ какъ высота сердечныхъ сокращеній, замѣтно уменьшившаяся (съ 32 до 30,5 млм.) при замѣнѣ адреналиновой жидкости нормальной, подъ вліяніемъ адреналина вновь увеличилась до 34,5 млм. Въ этомъ опытѣ спустя 1 ч. 33 мин. высота сердечныхъ сокращеній значительно уменьшилась (съ 27 млм. въ нормѣ до 13—11 млм.); пропусканіе адреналина въ разведеніи 1 : 250.000000 вызвало увеличеніе высоты сокращеній до 21 млм. Вскорѣ высота сокращеній подъ вліяніемъ нормальной жидкости уменьшилась еще больше (до 6 млм.); пропусканіе адреналина опять дало увеличеніе ея больше, чѣмъ въ 4 раза (до 25 млм.), т. е. сила сердечныхъ сокращеній почти приблизилась къ нормѣ. Сердечный ритмъ

при примѣненіи 3-хъ выше названныхъ разведеній яда не ускорялся; скорѣе видна наклонность его къ замедленію.

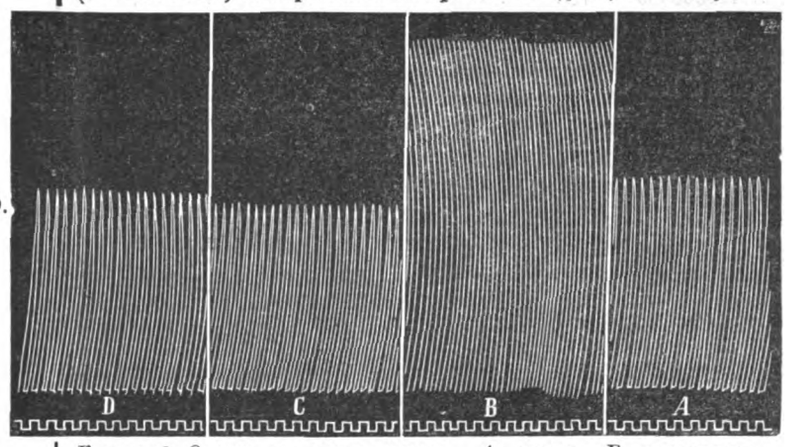
Опыть 9.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращеній въ млм.	Прим.
0—1	154	10,5—11	
1—2	156	10—10,5	
2—3	154	10,5—11	
4	—	—	Адреналинъ 1 : 50.000000.
4—5	152	12—14	
6—7	155	19—22	
8-9	154	25—26,5	
9—10	156	26,5—27,5	
10—11	160	28	Нормальная жидкость.
11—12	144	28—26,5	
12—13	144	26,5—25	
13—14	144	25—23	
14—15	147	23—20	
16—17	148	20—19	
17—18	147	19—17	
18—19	144	17	Адреналинъ 1 : 50.000000.
19—20	147	18	
20—21	152	20	
21—22	158	24	
23—24	158	28—29	
25—26	163	30	
26—27	151	30	
28—29	157	29,5	
30—31	162	29	
31—32	156	29—28	
32—33	156	29—29,5	
35—36	158	30—29	
38—39	160	29,5—29	
39	—	—	Нормальная жидкость.
40—41	158	29—26,5	
41—42	140	25	
42—43	136	23	
1 ч. 7—8	134	23	
» 8—9	198	23—31,5	Адреналинъ 1 : 500000.
» 10—11	194	35,5	
» 11—12	216	36—34,5	
» 13—14	201	36—34,5	
» 18-19	171	31—31,5	
» 19	—	—	Нормальная жидкость.
» 20—21	148	30—27	Довольно быстрое паденіе высоты сокращеній.
» 22—23	150	23½—23	
» 28—29	96	11—10	Опытъ прерванъ.

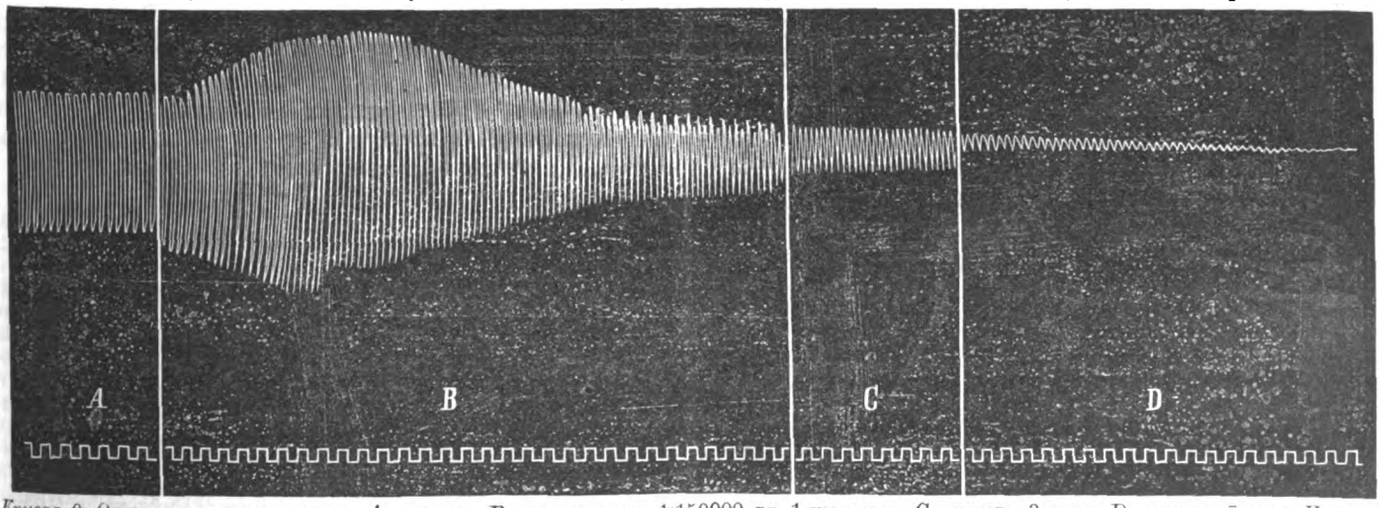
Въ этомъ опытѣ адреналинъ въ разведеніи 1 : 50.000000 значительно увеличилъ высоту сердечныхъ сокращеній, почти въ 2 раза сравнительно съ нормой послѣ 5-минутнаго обращенія его въ 1-мъ случаѣ и больше чѣмъ въ 2 раза во 2-мъ. Во 2-мъ случаѣ, не смотря на 20-минутное обращеніе по вѣнечнымъ сосудамъ, высота сокращеній, достигнувъ черезъ 6 мин. своего maximum'а, оставалась все время постоянной. Число сердцебіеній при этомъ разведеніи увеличилось сравнительно съ предшествующимъ нормальнымъ періодомъ maximum на 16 ударовъ, между тѣмъ какъ, если сравнивать этотъ періодъ съ періодомъ до перваго пропусканія адреналина, окажется, что число сердцебіеній держалось въ предѣлахъ нормы.

Подъ вліяніемъ адреналина въ крѣпкомъ растворѣ 1 : 500000 сила сердечныхъ сокращеній въ теченіи 3 мин. увеличивается еще больше, чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ, держится на этой высотѣ всего около 5 мин. и затѣмъ начинаетъ убывать. Число сердцебіеній точно также вначалѣ сильно увеличивается, а затѣмъ начинаетъ понемногу падать. При замѣнѣ жидкости, содержащей адреналинъ, нормальной, какъ число сердцебіеній, такъ и высота сердечныхъ сокращеній быстро начинаютъ уменьшаться, становясь значительно меньше, чѣмъ были до примѣненія яда въ этой крѣпости.

Характеръ измѣненій сердечной дѣятельности подъ вліяніемъ сравнительно крѣпкаго раствора адреналина (1 : 2.500000) изображенъ на кривой 8. Здѣсь, помимо увеличенія высоты сокращеній, наблюдалось и учащеніе сердцебіеній. Уже черезъ 4 мин. отъ начала пропусканія адреналина высота сердечныхъ сокращеній достигла 46 млм., вмѣсто 27, а число сердцебіеній, вмѣсто 76, равнялось 172. Характеръ сердечныхъ сокращеній въ теченіи 16 мин. воздѣйствія адреналина почти не измѣнился. Послѣ-же замѣны отравленной жидкости нормальной высота и число сердцебіеній быстро упали, и черезъ 5 мин. высота равнялась только 24,5, млм., а число сердцебіеній 82 (см. кривую 8, C), а черезъ 25 мин. высота увеличилась до 26 млм., число-же сердцебіеній до 76 въ мин., т. е. характеръ сокращеній сталъ почти нормальнымъ (см. кривую 8, D). На кривой 9 можно видѣть характеръ измѣненій сердечной дѣятельности при сильной крѣпости яда 1 : 150000. Здѣсь сила сокращеній и число сердцебіеній, непосредственно за поступленіемъ яда, въ теченіи нѣсколькихъ секундъ достигла maximum'а, а затѣмъ также быстро начала уменьшаться, и черезъ 7 мин. наступила остановка сердца. Остановившееся сердце способно было отвѣчать на механическія и электрическія раздраженія.



Кривая 8. Опытъ съ адреналиномъ. *A*—норма. *B*—адреналинъ 1:2.500000 спустя 4 мин. *C*—нормальная жидкость спустя 5 мин. *D*—спустя 25 мин. Читать справа налѣво.



Кривая 9. Опытъ съ адреналиномъ. *A*—норма. *B*—адреналинъ 1:150000 въ 1-ую мин. *C*—спустя 3 мин. *D*—спустя 7 мин. Читать слѣва направо.

Изъ данныхъ этой таблицы видно, что адреналинъ, уже начиная съ разведенія 1 : 1.125000000, не остается безъ вліянія на сердце. Только отъ растворовъ еще болѣе слабыхъ (1 : 2.500000000 и 1 : 5.000000000) не замѣчалось

Таблица опытовъ съ адреналиномъ.

Разведеніе.	До введенія яда.		Во время введенія яда.	
	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращеній въ млм.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращеній въ млм.
1:5000000000	162	22	164	22
1:2500000000	132	26,5	132	26,5
1:2500000000	136	24	123	22
1:1125000000	125	27	124	32
1:1125000000	126	30	120	34,5
1: 625000000	116	30,5	116	33,5
1: 625000000	104—98	32,5	90—114	35
1: 500000000	160	21	162	21,5
1: 500000000	170	33	176	37,5
1: 500000000	180	33	172	35
1: 500000000	174	31	174	31
1: 250000000	132—148	13	113—135	21
1: 250000000	104	6	100	25
1: 250000000	148	21	146	21
1: 250000000	142	20	143	21
1: 50000000	158	21,5	174	23
1: 50000000	146	20	160	24
1: 50000000	155	14	154	28
1: 50000000	147	17	162	30
1: 25000000	115	20	153	28
1: 25000000	102	19,5	130	24
1: 5000000	144	10	200	13
1: 2500000	76	27	172	46
1: 2500000	116	22	167	39
1: 500000	110	22	114—216—201—171	22—36—34—31
1: 150000	142	18	250 192—113	30—8—10—0

никакого дѣйствія. Съ другой стороны, иногда наблюдалось, что и болѣе сильные растворы не вліяли замѣтнымъ образомъ на сердце. Подъ вліяніемъ слабыхъ растворовъ адреналина до 1 : 50.000000 дѣйствіе сказывалось только въ усиленіи сердечныхъ сокращеній, число же сердцебіеній имѣло скорѣе наклонность къ уменьшенію и во всякомъ случаѣ не увеличивалось. Болѣе крѣпкіе растворы отъ 1 : 50.000000 до 1 : 5.000000 вызывали уже вмѣстѣ съ усиленіемъ сердцебіеній и учащеніе ихъ, при чемъ во время обращенія яда (20—25 мин.) ни сила сердцебіеній, ни число ихъ не уменьшались. При примѣненіи растворовъ 1 : 2.500000 высота и число сердцебіеній, достигнувъ быстро своего maximum'а, съ теченіемъ времени (15—18 мин.) только нѣсколько уменьшались. При еще болѣе сильныхъ (токсическихъ) растворахъ за начальнымъ увеличеніемъ высоты и числа сокращеній слѣдуетъ быстрое ихъ паденіе и остановка сердца. Описаннаго проф. *А. А Кулябко* группообразнаго нарушенія ритма мнѣ наблюдать не приходилось. Быть можетъ, это объясняется разницей въ способѣ введенія адреналина, который впрыскивался проф. *А. А. Кулябко* въ канюлю непосредственно возлѣ сердца.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

Изъ хирургическаго отдѣленія Маріинской больницы въ Петербургѣ.

О сочетанномъ бромъ-этилъ-хлороформномъ наркозѣ.

П. П. Лампсакова.

Посвящается памяти проф. *С. П. Коломнина.*

(*Окончаніе. См. № 36, стр. 1211*).

Подъ впечатлѣніемъ вышеописанныхъ случаевъ смерти мысль невольно останавливается на возможныхъ возраженіяхъ противъ сочетаннаго наркоза. А возраженія теоретически допустимы. Прежде всего можно возражать противъ бромъ-этила, какъ яда, хотя и аналогичнаго хлороформу, но болѣе сильнаго. Примѣненіе для наркоза такихъ ядовъ едва-ли желательно. Нѣтъ сомнѣнія, что въ ряду аналогичныхъ по своему дѣйствію ядовъ наиболѣе опаснымъ, въ смыслѣ возможной идіосинкразіи, будетъ тотъ, дѣйствіе котораго сильнѣе. Всѣ, кому приходилось часто хлороформировать, согласятся, что, къ счастью, случаевъ идіосинкразіи къ хлороформу встрѣчается гораздо больше, чѣмъ самыхъ смертей. Что не всѣ больные съ идіосинкразіей къ хлороформу умираютъ во время наркоза, объясняется тѣмъ, что хлороформъ дѣйствуетъ сравнительно не скоро, благодаря чему мы, руководясь тѣми или другими угрожающими явленіями, въ большинствѣ случаевъ можемъ предотвратить смерть во-время принятыми мѣрами, прежде всего, разумѣется, прекращеніемъ наркоза. Представимъ себѣ цѣлый рядъ аналогичныхъ хлороформу средствъ, съ постепенно усиливающеюся ихъ ядовитостью и съ возрастающей быстротою наступленія наркоза. Чѣмъ скорѣе будутъ проходить стадіи наркоза, тѣмъ труднѣе наблюдать частности того или другого періода наркоза, т. е., тѣмъ труднѣе подмѣтить угрожающія явленія, которыми мы теперь руководимся для спасенія жизни въ опасныхъ случаяхъ. Беру на себя смѣлость утверждать, что, если-бы былъ открытъ изъ аналоговъ хлороформа ядъ такой, который-бы мгновенно давалъ анэстезію, ни одинъ хирургъ не сталъ-бы имъ пользоваться при производствѣ операцій. Если наркозъ наступаетъ мгновенно, то и возможная въ несчастныхъ случаяхъ смерть наступитъ тоже мгновенно.

2-ое возраженіе касается самой идеи соединить на одномъ и томъ-же больномъ бромъ-этиловый наркозъ съ хлороформнымъ. Вѣдь, дозировки средства нѣтъ. Опытъ научилъ насъ, что и отъ бромъ-этила совершенно непредвидѣнно можетъ послѣдовать смерть, даже отъ малыхъ его количествъ. Такимъ образомъ, примѣняя сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ, мы, строго говоря, вмѣсто одной идіосинкразіи рискуемъ встрѣтиться съ двумя. Можно утверждать, что тутъ кроется еще одна опасность. Извѣстно, что и бромъ-этилъ, и хлороформъ, при неосторожномъ сохраненіи, даютъ особенно ядовитые продукты разложенія. Употребляя 2 средства заразъ, мы, очевидно, и съ этой стороны увеличиваемъ вѣроятность несчастія. Наконецъ, путемъ опытовъ установлено по крайней мѣрѣ, для нѣкоторыхъ физіологическихъ сходныхъ ядовъ, что при совмѣстномъ ихъ дѣйствіи во многихъ случаяхъ наблюдается такое усиленіе отравленія, которое превышаетъ сумму дѣйствія каждаго яда въ отдѣльности [2]). Такимъ образомъ во многихъ отношеніяхъ сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ теоретически слѣдуетъ считать болѣе опаснымъ, чѣмъ наркозъ хлороформный. То обстоятельство, что при сочетанномъ наркозѣ среднее количество хлороформа, потребное на единицу времени наркоза, меньше, нисколько не мѣняетъ дѣла. Не слѣдуетъ забывать, что хлороформъ въ такихъ случаяхъ дѣйствуетъ на организмъ, предварительно отравленный бромъ-этиломъ. Нечего и говорить, что при выборѣ средствъ для наркоза мы не имѣли права руководиться скоростью наступленія періода анэстезіи.

Привожу краткія историческія свѣдѣнія *).

Бромъ-этилъ (C_2H_5Br) открытъ въ 1829 г. *Jerullas.* Онъ представляетъ изъ себя прозрачную, безцвѣтную, очень летучую жидкость, съ запахомъ, похожимъ на хлороформъ, но менѣе острымъ. Уд. в. его 1,39, точка кипѣнія 39° Ц. Анэстезирующія его свойства впервые замѣтилъ *Nunneley* въ 1849 г., дѣлая опыты на собакахъ и кошкахъ. Въ 1851 г. *Robin* въ Парижской Академіи отзывался о бромъ-этилѣ, какъ объ одномъ изъ лучшихъ анэстезирующихъ средствъ, примѣняемыхъ путемъ вдыханія. Въ 1865 г. *Nunneley* сообщилъ на годовомъ Собраніи Британскаго Общества врачей о многочисленныхъ операціяхъ, произведенныхъ имъ подъ бромъ-этиловымъ наркозомъ. Не смотря на восторженный отзывъ о новомъ наркозѣ, *Nunneley*'ю не удалось найти послѣдователей, и въ теченіи почти 13 лѣтъ въ литературѣ не было указаній на примѣненіе бромъ-этиловаго наркоза на людяхъ. Въ 1878 г. *Turnbull* изъ Philadelphi'и сообщилъ о 10 бромъ-этиловыхъ наркозахъ; въ 1879 г. въ своемъ сочиненіи объ искусственной анэстезіи онъ упоминаетъ уже о 35 наркозахъ, а на Международномъ Съѣздѣ въ Amsterdam'ѣ сообщилъ уже о 100 наркозахъ, произведенныхъ или имъ самимъ, или его товарищами, преимущественно при глазныхъ и ушныхъ операціяхъ. Одновременно съ *Turnbull*'емъ выступилъ, также въ Philadelphi'и, *Levis*, предложившій бромъ-этиловый наркозъ и для продолжительныхъ операцій. Въ концѣ того-же 1879 г. бромъ-этиловый наркозъ получилъ распространеніе во Франціи, благодаря *Ter-*

*) Составлено главнымъ образомъ по диссертаціи д-ра *Гинзбурга* [3]); отчасти источниками служили работы д-ра *Эбермана* [4]), а также д-ровъ *Hartmann*'а и *Bourbon* [5]) и д-ра *Померанцева* [6]).

rillon'у, *Verneuil*'ю и др. Въ Америкѣ, послѣ того какъ въ 1880 г. 2 больныхъ умерли отъ бромъ-этиловаго наркоза, у *Roberts*'а въ Philadelphi'и и у *Sims*'а въ New-York'ѣ интересъ къ нему быстро охладѣлъ. Въ 1881 г. на Международномъ Съѣздѣ *Wood*, возражая одному изъ защитниковъ бромъ-этиловаго наркоза, замѣтилъ, что бромъ-этилъ въ Америкѣ почти совершенно оставленъ. До 1887 г. немногочисленные сторонники бромъ-этиловаго наркоза находились только среди акушеровъ. Особенно широкому распространенію бромъ-этила способствовала работа дантиста *Asch*'а въ 1887 г. и диссертація д-ра *Scheps*'а въ 1889 г. о примѣненіи бромъ-этиловаго наркоза при зубоврачебныхъ операціяхъ. Съ этого времени бромъ-этиловый наркозъ среди германскихъ дантистовъ почти вполнѣ вытѣснилъ всѣ другія формы наркоза.

Въ Россіи бромъ-этиловый наркозъ примѣнялся еще въ 1883 г. покойнымъ проф. *А. Я. Крассовскимъ*. Съ 1890 г. проф. *Е. В. Павловъ* пользовался имъ въ хирургической лѣчебницѣ Александровской Общины, проф. *І. Ф. Земацкій* въ Обуховской больницѣ. Кромѣ того, средство нашло примѣненіе и среди русскихъ дантистовъ, какъ о томъ свидѣтельствуютъ работы д-ровъ *Хейфеца* и *Дракина*.

Чтобы закончить исторію бромъ-этиловаго наркоза, скажу нѣсколько словъ о физіологическомъ дѣйствіи бромъ-этила, на сколько это выяснено опытами на животныхъ. Мнѣнія авторовъ—различны; но, по видимому, большинство, въ томъ числѣ и д-ръ *Гинзбургъ*, работавшій въ лабораторіи проф. *И. П. Павлова*, пришли къ заключенію, что въ этомъ отношеніи нѣтъ существенной разницы между хлороформомъ и бромъ-этиломъ. Выводы, къ которымъ пришелъ д-ръ *Гинзбургъ*, слѣдующіе: 1. Бромъ-этилъ въ малыхъ количествахъ повышаетъ возбудимость сердечной мышцы, а въ большихъ понижаетъ ее. 2. Бромъ-этилъ въ малыхъ количествахъ ускоряетъ сердечную дѣятельность, возбуждая двигательные узлы сердца или ускоряющіе нервы, въ большихъ-же количествахъ понижаетъ частоту сердечныхъ сокращеній, понижая возбудимость мышцы. 3. Бромъ-этилъ понижаетъ кровяное давленіе, парализуя периферическіе сосудосъуживающіе нервы; при большихъ количествахъ средства въ пониженіи кровяного давленія принимаетъ участіе также и сердце. 4. Бромъ-этилъ не оказываетъ никакого дѣйствія на блуждающіе нервы, на центры сосудорасширяющихъ нерновъ и на периферическіе сосудорасширяющіе нервы.

Объ этой-же аналогіи между хлороформомъ и бромъ-этиломъ свидѣтельствуютъ и наблюдавшіеся случаи смерти отъ бромъ-этила. *Reich* [7]) за 11-лѣтній промежутокъ времени (съ 1880 по 1891 г.) собралъ изъ литературы 16 случаевъ смерти отъ бромъ-этиловаго наркоза. Вслѣдствіе неполноты свѣдѣній объ умершихъ, а также въ виду того обстоятельства, что безусловно чистый бромъ-этилъ стали приготовлять только съ конца 80-хъ и начала 90-хъ годовъ, таблицы его, конечно, не могутъ имѣть важнаго значенія. Но мы имѣемъ 3 случая смерти несомнѣнно отъ чистаго бромъ-этила. Подробно они приведены въ вышеупомянутой работѣ д-ра *Померанцева:* случай *Gleich*'а, происшедшій въ клиникѣ покойнаго проф. *Billroth*'а въ 1891 г. (15-й случай изъ таблицы *Reich*'а), случай *Koehler*'а, происшедшій въ клиникѣ проф. *Bardeleben*'а въ 1893 г., и случай *Suarez de Mendosa*, сообщенный въ 1894 г. въ засѣданіи Парижской Медицинской Академіи. Всѣ эти случаи, какъ и нѣкоторые другіе изъ таблицы *Reich*'а, очень сходны между собою: смерть наступала быстро отъ малыхъ количествъ бромъ-этила при явленіяхъ паралича сердца.

Перехожу къ исторіи сочетанныхъ наркозовъ бромъ-этиломъ съ другими анэстезирующими средствами. Починъ и здѣсь принадлежитъ американскимъ врачамъ. Впервые сочетанный бромъ-этилъ-эѳирный наркозъ былъ примѣненъ *Wilson*'омъ въ 1880 г. Въ томъ же году въ Парижѣ, во время преній въ хирургическомъ Обществѣ, проф. *Lucas Championnière* предложилъ бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ, хотя на дѣлѣ наркозъ этотъ введенъ былъ нѣсколько позже *Poitou-Duplessis*'омъ и независимо отъ него проф. *Terrier*. Вскорѣ и въ Германіи и Швейцаріи сперва дантисты, *Asch* и *Scheps*, а затѣмъ и многіе хирурги, напр. *Kocher* въ Bern'ѣ въ 1890 г., *Koehler* въ Berlin'ѣ въ 1892 г., стали примѣнять частью бромъ-этилъ-эѳирный, частью бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ. Однако, судя по статистическимъ даннымъ, собраннымъ *Gurlt*'омъ [8]) за 7-лѣтіе съ 1890 до 1897 г., надо полагать, особенно широкаго распространенія—по крайней мѣрѣ, среди германскихъ хирурговъ — сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ не получилъ. Среди огромнаго количества наркозовъ хлороформныхъ (240806) и эѳирныхъ (56233) встрѣчаются только отдѣльные случаи сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза.

Въ Россіи сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ съ 1891 г. примѣняется проф. *Е. В. Павловымъ* въ хирургической лѣчебницѣ Александровской Общины сестеръ Краснаго Креста. Въ началѣ 1894 г., по предложенію проф. *П. И. Дьяконова*, къ этому-же наркозу перешли и въ хирургическомъ отдѣленіи Басманной больницы, а съ весны того-же года и въ хирургическомъ отдѣленіи дѣтской клиники Московскаго Университета. Далѣе сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ примѣняется съ конца 1896 г. въ Иверской Общинѣ Краснаго Креста. Какъ видно изъ работы проф. *І. Ф. Земацкаго* [9]), за послѣднія 14 лѣтъ имъ проведено собственноручно болѣе 2000 сочетанныхъ наркозовъ, да въ качествѣ близкаго свидѣтеля онъ видѣлъ около 1000 такихъ-же наркозовъ. Литературныхъ источниковъ, въ которыхъ сообщалось-бы о примѣненіи сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза въ другихъ русскихъ клиникахъ и больницахъ, найти мнѣ не удалось.

Просматривая работы авторовъ, писавшихъ о сочетанномъ наркозѣ, нельзя не обратить вниманія на слѣдующее обстоятельство. Большею частью читаешь самые одобрительные отзывы: указывается на скорость наступленія наркоза, на меньшее количество хлороформа, потребное для наркоза, на отсутствіе тяжелыхъ осложненій какъ во время наркоза, такъ и послѣ, и среди похвалъ нѣтъ-нѣтъ да и встрѣтится некрологъ: такой-то больной или больная умерли отъ наркоза, не смотря на всѣ его хорошія стороны. Иногда такія несчастія повторялись съ поразительной быстротой. Такъ, въ хирургическомъ отдѣленіи Басманной больницы въ Москвѣ не было ни одной смерти отъ хлороформа въ теченіи 7 лѣтъ, а когда съ 1894 г. тамъ стали примѣнять сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ, то за первые $1^1/_2$ года послѣдовало 2 смерти отъ наркоза. Въ Маріинской больницѣ въ Петербургѣ, какъ выше сообщено, точно также произошли 2 смерти отъ наркоза въ теченіи времени меньше года. Въ самое короткое время накопилось въ литературѣ 8 случаевъ смерти отъ сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза и при томъ, какъ это будетъ указано ниже, на небольшое сравнительно число наркозовъ. Вкратцѣ приведу эти случаи.

1. (Описанъ *Reich*'омъ въ вышеуказанной его работѣ). Въ 1892 г. 20 лѣтнему больному предположено было вылущить воспаленныя железы. Въ первыя $1^1/_2$ минуты больной получилъ 15,0 грм. бромъ-этила, потомъ перешли къ хлороформу, котораго было истрачено 20,0 грм. въ теченіи 15 мин. Операція прошла благополучно, но послѣ пробужденія у больного появилась упорная рвота, непрекращавшаяся и въ слѣдующіе дни, чесночный запахъ при выдыханіи; на 5-ый день развился бредъ, появились желтуха, анурія, чувствительность печени и желудка, а на 8-ой день больной умеръ. На вскрытіи—картина острой желтой атрофіи печени. Раньше тѣми-же препаратами благополучно наркотизировали другихъ больныхъ.

2. (Описанъ *Hartmann*'омъ и *Bourbon*'омъ тоже въ упомянутой уже ихъ работѣ). Въ 1892 г. 18 лѣтней больной подъ сочетаннымъ наркозомъ благополучно вправили выпаденіе прямой кишки, хотя во время наркоза наблюдалась асфиксія. Черезъ 2 мѣсяца ей-же предполагалось сдѣлать прижиганіе невполнѣ вправившейся кишки. Сначала на компрессѣ дали 15,0 грм. бромъ-этила, черезъ $2^1/_2$ мин. на другомъ компрессѣ 6,0 грм. хлороформа. Черезъ 2 мин. послѣ того наступила анэстезія. Черезъ $7^1/_2$ мин. отъ начала наркоза приступили къ операціи, но вдругъ остановилось дыханіе, и наступила смерть. Вскрытія не было.

3. (Сообщенъ *Schede* и *Sick*'омъ въ статистикѣ *Gurlt*'а за 1894—1895 г.). Больному, въ высшей степени истощенному, страдавшему тяжелымъ гуммознымъ пораженіемъ костей, дано 20 грм. бромъ-этила и затѣмъ нѣсколько капель хлороформа, какъ вдругъ наступила смерть отъ паралича сердца. Вскрытіе не обнаружило ничего, кромѣ сифилитическихъ измѣненій органовъ.

4. [Наблюдался въ концѣ 1894 г. въ хирургическомъ отдѣленіи дѣтской клиники проф. *П. И. Дьяконовымъ*; описанъ д-ромъ *А. А. Дешинымъ* [10])]. Ф. Г., 5 мѣс., имѣлъ незаросшій желточный протокъ въ видѣ грибовидной опухоли, въ грецкій орѣхъ. Внутренніе органы безъ особыхъ измѣненій. 7/хп 1894 г. чревосѣченіе. Въ теченіи 1 мин. дано 4 к. стм. бромъ-этила, затѣмъ перешли къ хлороформу, котораго истрачено въ продолженіе 46 мин. 9 к. стм. Послѣ первыхъ-же вдыханій бромъ-этила у больного упалъ пульсъ и появились асфиксія и западеніе языка. Эти припадки повторялись и подъ хлороформомъ. Почти вся операція произведена въ полунаркозѣ. Кровотеченія почти не было. Къ концу операціи рѣзкое паденіе пульса, конечности похолодѣли, дыханіе остановилось. Черезъ 7 час. послѣ операціи смерть, не смотря на всѣ принятыя мѣры. На вскрытіи: малокровіе внутреннихъ органовъ; на нѣкоторыхъ кишечныхъ петляхъ легкое налитіе сосудовъ; легкія, сердце безъ особыхъ измѣненій; застойныя почки; почень малокровна; печеночныя клѣтки заполнены жировыми каплями.

5. [Наблюдался въ хирургическомъ отдѣленіи Басманной больницы въ концѣ 1894 г.; описанъ д-ромъ *В. А. Дубровинымъ* [11])]. С. В., 18 л., поступилъ 29/IX 1894 г. съ осложненнымъ переломомъ правой бедренной кости въ верхней ея $^1/_3$, съ разрушеннымъ правымъ колѣннымъ суставомъ и съ осложненными переломами лѣвыхъ плюсневыхъ костей. Въ день поступленія подъ сочетаннымъ наркозомъ сдѣлано усѣченіе праваго бедра и лѣвыхъ плюсневыхъ костей. Наркозъ протекалъ хорошо; было только западеніе языка. 16/X подъ тѣмъ-же наркозомъ была сдѣлана поправка культи. Во время наркоза наблюдалась асфиксія, вслѣдствіе чего больному влито 40 грм. солевого раствора. 13/XII рѣшили произвести вторичную поправку культи. Наканунѣ больной былъ сильно возбужденъ и повторялъ окружающимъ, что не перенесетъ операціи. Въ день операціи возбужденіе меньше. Въ теченіи 1 минуты было дано 14 к. стм. бромъ-этила. Затѣмъ перешли къ хлороформу. Послѣ 2—3 вздоховъ больной уже былъ почти въ полномъ наркозѣ, какъ вдругъ остановился пульсъ, больной поблѣднѣлъ, вскорѣ остановилось и дыханіе. Хлороформа истрачено только 6 к. стм., но почти весь онъ остался на маскѣ. На вскрытіи найдено: малокровіе мозга, малое сердце и съуженіе аорты.

6. [Наблюдался въ началѣ 1895 г. въ хирургическомъ отдѣленіи дѣтской клиники проф. *П. И. Дьяконовымъ*; описанъ въ отчетѣ о дѣятельности клиники [12])]. С. Ж., 2 л., поступилъ 20/II 1895 г. съ бугорчатковымъ пораженіемъ праваго колѣннаго сустава. Внутренніе органы безъ особыхъ измѣненій. На другой день вскрытіе колѣннаго сустава по *Volkmann*'у. Въ теченіи ½ мин. больному дали 3 к. стм. бромъ-этила, затѣмъ перешли къ хлороформу, котораго истрачено 7 к. стм. Къ концу операціи, продолжавшейся 31 мин., больной поблѣднѣлъ, пульсъ упалъ. Не смотря на всевозможныя возбуждающія, черезъ 2 часа наступила смерть. На вскрытіи найдено: сильное малокровіе внутреннихъ органовъ; бугорчатковый гнойникъ въ зобной железѣ, сращенный съ верхушкой лѣваго легкаго; жировое и бѣлковое перерожденіе мышцы сердца и клѣтокъ печени.

7. (Описанъ д-ромъ *Померанцевымъ* въ вышеупомянутой его работѣ). С. К., 22 л., поступилъ въ Басманную больницу съ каріознымъ процессомъ въ правомъ крестцовоподвздошномъ сочлененіи. Внутренніе органы безъ замѣтныхъ измѣненій. 13/IV 1896 г. было рѣшено подъ наркозомъ сдѣлать выскабливаніе. Въ теченіи 1 мин. истрачено 6 к. стм. бромъ-этила, затѣмъ перешли къ хлороформу. Черезъ 2 мин. отъ начала наркоза — умѣренное возбужденіе. Черезъ 6 мин. у больного внезапно исчезъ пульсъ, лицо поблѣднѣло, зрачки расширились ad maximum, дыханіе сдѣлалось хриплымъ. Не смотря на всѣ обычныя мѣры, быстро послѣдовала смерть. Хлороформа было истрачено 6 к. стм. На вскрытіи: дегтеобразная кровь; легкія эмфизематозны; селезенка, по видимому, съ просовидными бугорками на разрѣзѣ; мышца сердца дрябла, цвѣта вареннаго мяса; заслонки его всѣ въ порядкѣ; сосуды оболочекъ мозга полнокровны; разрѣзы мозга блѣдны и влажны.

8. (Описанъ *А. А. Эберманомъ* въ вышеупомянутой его работѣ). Б., 20 л., немного малокровная и нервная, безъ особыхъ измѣненій со стороны внутреннихъ органовъ. Требовалось подъ наркозомъ удалить нѣсколько гнилыхъ зубовъ. На маску налито по каплямъ 5 грм. бромъ-этила — послѣдовала потеря сознанія. Перешли къ хлороформу. Черезъ 2 мин. зубной врачъ приступилъ къ извлеченію. Послѣ извлеченія нѣсколькихъ корней пульсъ сталъ слабѣе, потомъ остановилось дыханіе. Маска снята. При надавливаніи на подреберья дыханіе опять возстановилось, пульсъ былъ хорошій. Потомъ вдругъ остановилось дыханіе, пропалъ пульсъ, и больная скончалась 20 мин. спустя отъ начала наркоза. Хлороформа было истрачено лишь 12 грм. На вскрытіи—ничего особеннаго; найдена только блѣдность сердечной мышцы.

Остается рѣшить, къ какому числу наркозовъ слѣдуетъ отнести эти 8 смертей. *А. А. Эберманъ* сдѣлалъ такой подсчетъ, и оказалось, что 8 случаевъ смерти было на 2193 сочетанныхъ наркоза. Съ тѣхъ поръ, насколько мнѣ извѣстно, въ литературѣ описаны, безъ несчастныхъ случаевъ, *Ф. А. Рейномъ* [13]) 167 наркозовъ, ч. пр. *Н. И. Напалковымъ* [14]) 559, и, кромѣ того, въ упомянутой работѣ проф. *І. Ф. Земацкаго* вскользь упоминается о болѣе чѣмъ 2000 наркозовъ, лично имъ проведенныхъ, тоже безъ несчастій. Сложивъ всѣ эти числа, получимъ 8 смертей на 4919 наркозовъ. Присоединивъ сюда наши 750 случаевъ съ 2 смертями, получимъ 10 смертей на 5669 наркозовъ или 1 смерть на 567 наркозовъ. Если вспомнить, что смертность отъ хлороформа, высчитанная *Gurlt*'омъ на 240806 случаевъ наркоза, равняется 1:2075, то вышеприведенныя цифры, конечно, не будутъ говорить въ пользу сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза.

Остановлюсь на преимуществахъ сочетаннаго наркоза по сравненію съ хлороформнымъ. Какъ уже было упомянуто, меньшее количество хлороформа, по моему, не можетъ имѣть особенно важнаго значенія; правда, уменьшается опасность отъ хлороформа, но зато присоединяется новая опасность отъ бромъ-этила. Остается: скорость наступленія наркоза и количество осложненій во время и послѣ наркоза. Но въ этомъ отношеніи среди авторовъ имѣется дов. большое разногласіе, какъ это видно изъ прилагаемой таблицы:

	Время наступленія наркоза.	Частота осложненій во время наркоза.		
		рвота	асфиксія	паденіе пульса
В. А. Дубровинъ	у мужчинъ 5,4 мин. у женщинъ 6,5 »	—	1,7%	3,4%
П. И. Дьяконовъ	у мужчинъ 6,9 » у женщинъ 7,6 »	17,3%	1,5%	2%
А. А. Эберманъ	3,2 »	38,8%	—	—
Н. И. Напалковъ	у мужчинъ 5,9 » у женщинъ 5,1 »	27%	4,5%	2,9%
случаи изъ Маріинской больницы	5,5 »	16,2%	1,6%	1,4%

Въ среднемъ, наркозъ наступаетъ приблизительно черезъ 5 мин. При чистомъ хлороформномъ наркозѣ, по изслѣдованію д-ра *Дубровина*, анэстезія получалась у мужчинъ, въ среднемъ, черезъ 11,3 мин., у женщинъ черезъ 10,1. По даннымъ Маріинской больницы анэстезія при чистомъ хлороформномъ наркозѣ получалась еще скорѣе—черезъ 7,8 мин., въ среднемъ, для мужчинъ и женщинъ. Такимъ образомъ существенной разницы въ этомъ отношеніи между хлороформнымъ и сочетаннымъ наркозомъ нѣтъ. Нельзя-же считать серьезнымъ преимуществомъ наркоза то обстоятельство, что больной заснетъ на 5 мин. скорѣе. Что касается отсутствія тяжелыхъ осложненій во время сочетаннаго наркоза, то съ этимъ не всѣ авторы согласны, какъ это видно изъ таблицы. Тоже самое можно сказать и о состояніи больныхъ послѣ наркоза. Имѣющіяся немногочисленныя цифровыя данныя крайне противорѣчивы, а личныя впечатлѣнія, въ большинствѣ случаевъ чрезвычайно благопріятныя сочетанному наркозу, неубѣдительны: вѣдь, человѣку свойственно получать ихъ въ той окраскѣ, которая соотвѣтствуетъ его представленію объ извѣстномъ предметѣ.

Въ таблицѣ нѣтъ цифръ проф. *І. Ф. Земацкаго*; но онѣ приведены въ его работѣ вскользь и рѣзко отличаются отъ цифръ другихъ изслѣдователей. Упоминая болѣе чѣмъ о 2000 собственныхъ сочетанныхъ наркозахъ, проф. *Земацкій* не указываетъ, гдѣ они произведены. Точно также не указано, гдѣ онъ былъ близкимъ свидѣтелемъ еще 3-ей тысячи наркозовъ, почему я и не могъ взять эту тысячу въ разсчетъ при опредѣленіи смертности отъ сочетаннаго наркоза. Далѣе, у него отмѣченъ слишкомъ краткій промежутокъ времени, потребный для усыпленія. По его наблюденіямъ, усыпленіе при сочетанномъ наркозѣ наступаетъ черезъ 45—55 сек., въ рѣдкихъ случаяхъ даже черезъ 20 сек., maximum тоже въ рѣдкихъ случаяхъ черезъ 2 мин. Сравнивая эти цифры съ цифрами другихъ авторовъ, находимъ огромную разницу. Трудно, конечно, объяснить, чѣмъ это обусловливается. Въ своей работѣ проф. *І. Ф. Земацкій* упоминаетъ, что при чистомъ бромъ-этиловомъ наркозѣ онъ оперировалъ, не дожидаясь полнаго усыпленія, исходя изъ особенности бромъ-этила вызывать болевую нечувствительность раньше, чѣмъ общій наркозъ. Такъ, онъ заявляетъ, что нѣкоторые изъ оперированныхъ помогали ему, поддерживая рукой маску, другіе во время операціи сообщали ему о своихъ впечатлѣніяхъ. Быть можетъ, тоже самое было и при сочетанномъ наркозѣ. Затѣмъ, считая смерть отъ сочетаннаго наркоза возможной, проф. *І. Ф. Земацкій* говоритъ: «но насколько видно изъ статистики, она приходится при сочетанномъ наркозѣ гораздо рѣже, чѣмъ при хлороформномъ». Источники—не указаны, но мы выше видѣли, что возможная для настоящаго времени статистика доказываетъ совершенно обратное. Наличность серьезныхъ осложненій при сочетанномъ наркозѣ проф. *І. Ф. Земацкій* также отвергаетъ.

Выводы, къ которымъ, по моему убѣжденію, можно придти при изученіи вопроса, слѣдующіе:

1. Сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ опаснѣе хлороформнаго.

2. Доказанныя его преимущества несущественны, существенныя-же не доказаны.

3. Примѣненіе сочетаннаго наркоза допустимо въ благоустроенныхъ клиникахъ и больницахъ для дальнѣйшаго изученія, но широкое его распространеніе въ земской практикѣ нежелательно.

Въ заключеніе скажу нѣсколько словъ по поводу смертности отъ наркоза. Въ литературѣ встрѣчаются мнѣнія, что количество смертныхъ случаевъ отъ наркоза не имѣетъ рѣшающаго значенія при выборѣ наркотизирующаго средства. Такъ, *Ф. А. Рейнъ* говоритъ: бо́льшая или меньшая смертность не можетъ служить абсолютнымъ мѣриломъ большей или меньшей пригодности того или другого способа усыпленія». У *А. А. Эбермана* приведены слѣдующія слова проф. *П. И. Дьяконова*: «если бы количество окончившихся смертельно случаевъ могло быть мѣриломъ пригодности того или другого наркотическаго, то уже и теперь можно было-бы говорить объ изгнаніи изъ практики сочетаннаго усыпленія бромъ-этиломъ и хлороформомъ; но на

самомъ дѣлѣ смертельные случаи совсѣмъ не могутъ имѣть такого значенія». Позволяю себѣ возразить противъ этихъ положеній. Изъ всѣхъ осложненій наркоза только смерть представляется несчастіемъ непоправимымъ; остальныя проходятъ и забываются. Если больного рветъ послѣ наркоза, если у него болитъ голова, если даже случится съ нимъ что-нибудь болѣе серьезное, напр., воспаленіе легкихъ, почекъ, печени, со всѣмъ этимъ можно примириться въ виду той пользы, которую мы надѣемся принести больному операціей и дѣйствительно приносимъ. Но какой ужасъ—явиться къ врачу за помощью, иногда отъ разстройства незначительнаго, и вмѣсто помощи найти смерть! Какой колоссальный минусъ въ нашей дѣятельности должна представлять каждая смерть отъ наркоза, особенно при заболѣваніяхъ, не представляющихъ опасности даже безъ оперативнаго пособія. Насколько тяжелы такія несчастія, краснорѣчиво доказываетъ самоубійство проф. *С. П. Коломнина* въ 1887 г., послѣ того какъ одна изъ оперированныхъ имъ больныхъ неожиданно умерла отъ слишкомъ большой дозы кокаина, впрыснутаго для мѣстнаго обезболиванія. Цѣлыхъ 3 часа покойный *С. П. Коломнинъ* провелъ въ комнатѣ умершей, пытаясь вернуть ее къ жизни. Думаю, что его блѣдное, страдальческое лицо, его шатающаяся походка, когда онъ выходилъ изъ комнаты умершей, тѣ ужасные 5 дней, которые онъ провелъ до момента самоубійства, никогда не изгладятся изъ памяти его учениковъ.

Говорить, что смерть отъ наркоза не имѣетъ рѣшающаго значенія при выборѣ анэстезирующаго средства, можно было-бы только въ томъ случаѣ, если-бы было установлено, что тотъ или другой больной умеръ отъ какого-нибудь точно извѣстнаго упущенія, дозволеннаго во время наркоза. Но, вѣдь, этого нѣтъ. Большинство смертей отъ наркоза случаются какъ-то фатально: никакихъ противопоказаній къ наркозу нѣтъ, количество анэстезирующаго средства взято въ обычныхъ предѣлахъ, даже часто совсѣмъ ничтожное, а больной погибаетъ.

При томъ широкомъ распространеніи, какое имѣютъ въ настоящее время операціи подъ общимъ наркозомъ, надо полагать, число ежегодно погибающихъ отъ наркоза достигаетъ внушительныхъ цифръ. Въ одной Германіи, по статистикѣ *Gurlt*'а, за 7-лѣтіе съ 1890 г. до 1897 г. на 330429 случаевъ различнаго наркоза записано 136 смертей. Невольно приходитъ на мысль вопросъ, сколько человѣкъ изъ этихъ 136 умершихъ остались-бы въ живыхъ, если-бы всѣ 330429 наркозовъ были произведены при помощи наименѣе опаснаго наркотизирующаго средства? При самыхъ простыхъ ариѳметическихъ разсчетахъ можно получить совершенно опредѣленный цифровой отвѣтъ, и надъ этимъ отвѣтомъ стоитъ задуматься.

Источники: 1. *П. И. Дьяконовъ.* Матеріалы къ выясненію клинической картины хлороформной смерти. Москва, 1890.—2. *Благовѣщенскій.* Къ вопросу о значеніи для организма совмѣстнаго дѣйствія физіологически сходныхъ ядовъ. Петербургская диссертація, 1903 г.—3. *Гинзбургъ.* Матеріалы къ фармакологіи бромъ-этила. Петербургъ, 1892 г.—4. *Эберманъ.* О сочетанномъ бромъ-этилъ-хлороформномъ наркозѣ. «Врачъ», 1898, №№ 30 и 31.—5. *Hartmann* и *Bourdon.* Le bromure d'ethyle comme anesthésique géneral. «Revue de chirurgie», 1893, № 9.—6. *Померанцевъ.* Характеристика бромъ-этила съ точки зрѣнія опасности примѣненія его въ качествѣ анэстезирующаго средства. «Хирургія», 1897, т. 1.—7. *Reich.* Ueber Bromäther-und combinirte (successive) Bromäther Chloroform-Narcose, «Wiener med. Wochenschrift», 1893 г., № 23—28.—8. *Gurlt.* Zur Narcotisirungs-Statistik. «Archiv für klin. Chirurgie», т. 42, 1891; т. 45, 1892; т. 46, 1893; т. 48, 1894; т. 51, 1895, т. 55, 1897.—9. *І. Ф. Земацкій.* О сочетанномъ бромъ-этилъ-хлороформномъ усыпленіи. «Врачъ», 1901, № 34.—10. *А. А. Дешинъ.* Къ вопросу о хирургическомъ лѣченіи при выпаденіи незаросшаго желточнаго протока. «Хирургическая Лѣтопись», 1895 г., т. V, кн. 4.—11. *В. А. Дубровинъ.* Случай смерти при сочетанномъ наркозѣ. Тамъ-же 1895 г., т. V, кн. 3.—12. Проф. *П. И. Дьяконовъ* и д-ръ *Н. К. Лысенковъ.* Отчетъ о дѣятельности хирургическаго отдѣленія дѣтской клиники Московскаго Университета. Москва, 1896 г.—13. *Ф. А. Рейнъ.* О сочетанномъ бромъ-этилъ-хлороформномъ наркозѣ. «Хирургія», 1899, т. V.—14. *Н. И. Напалковъ.* Къ матеріаламъ сочетаннаго бромъ-этилъ-хлороформнаго наркоза. Тамъ-же, 1902 г., т. XII.

CLV. Иглодержатель безъ зажима.

А. В. Кордобовскаго.

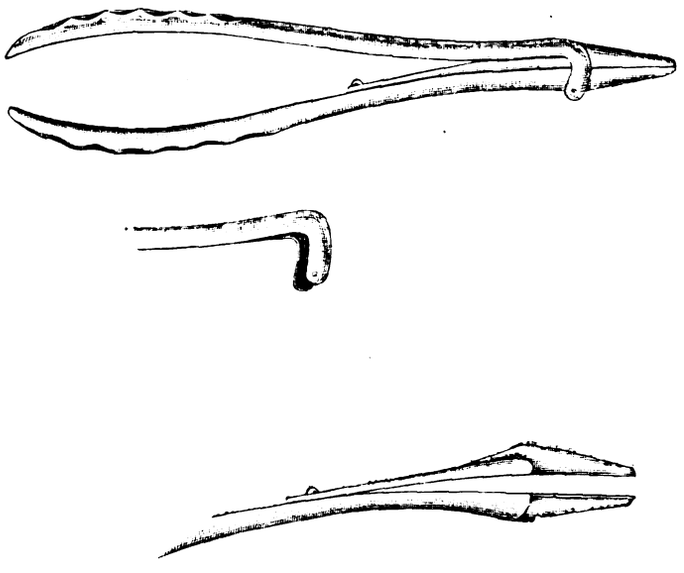
Иглодержатель, изображенный на нижепомѣщаемомъ полусхематическомъ рисункѣ, былъ изготовленъ по моему чертежу фирмой г. Шаплыгина еще осенью прошлаго года, а затѣмъ въ количествѣ нѣсколькихъ экземпляровъ той-же фирмой былъ выпущенъ въ продажу. Къ сожалѣнію, я до сихъ поръ не имѣлъ свободнаго времени, чтобы ознакомить товарищей съ особенностями предлагаемаго инструмента. Въ основу его мною были положены слѣдующія соображенія.

По моему мнѣнію, иглодержатель долженъ удовлетворять слѣдующимъ условіямъ: 1) простота устройства и полная асептичность; 2) инструментъ долженъ быть *безъ зажима*, легко раскрываться и крѣпко держать иглу при незначительномъ усиліи со стороны руки; 2) не долженъ перекусывать тонкихъ иглъ; 4) замокъ инструмента долженъ крѣпко удерживать вѣтви его, не позволяя имъ распадаться; 5) всѣ части инструмента должны быть легко доступны чисткѣ.

Изъ указанныхъ условій только 2-ое можетъ быть спорнымъ, между тѣмъ какъ я его ставлю основнымъ. Дѣло въ томъ, что всѣ иглодержатели типа Reiner'а и др., имѣющіе зажимъ, аутоматически удерживающій иглу, представляютъ для оператора то удобство, что при вколѣ иглы вниманіе оператора не отвлекается на сжиманіе вѣтвей инструмента; но въ то-же время всѣ они имѣютъ громадный недостатокъ: снятіе зажима требуетъ извѣстнаго времени и снаровки, такъ что перехватывать иглу при выколѣ становится почти невозможнымъ и большинство операторовъ прибѣгаетъ къ пріему нехирургическому—придерживаютъ конецъ иглы пальцами и затѣмъ уже перехватываютъ иглодержателемъ. Это безусловно отражается и на быстротѣ работы. Всѣ системы зажимовъ не лишены этого недостатка, а часто имѣютъ и другіе: непрочность устройства, соскакиваніе зажима, неплотное замыканіе тонкихъ иглъ и т. п.

Въ виду всего этого иглодержатели безъ зажима, по моему мнѣнію, болѣе соотвѣтствуютъ чисто хирургическимъ требованіямъ. Такихъ иглодержателей существуетъ нѣсколько системъ, которыя всѣ приближаются формой къ своему прототипу—иглодержателю *Langenbeck*'а (обыкновенные щипчики съ свинцовой накладкой на губкахъ). Всѣ они, различаясь длиной вѣтвей, устройствомъ замка, изяществомъ и тонкостью работы, имѣютъ тотъ недостатокъ, что развиваютъ малую силу и быстро утомляютъ руку и вниманіе оператора, и замокъ, хотя-бы и типа Colin'а, позволяетъ вѣтвямъ распадаться.

Стремясь избѣжать вышеуказанныхъ недостатковъ, я



рѣшилъ примѣнить систему рычага перваго рода, дающаго возможность развить бо́льшую силу, чѣмъ въ обыкновенныхъ щипцахъ. Мой инструментъ, какъ видно на рисункѣ, состоитъ изъ 3-хъ частей: нижней сплошной вѣтви

верхней губки, пристегиваемой къ нижней вѣтви, и рычага, охватывающаго обѣ губки петлей и служащаго въ тоже время верхней вѣтвью.

При такой системѣ уже незначительнаго надавливанія руки достаточно, чтобы игла была крѣпко захвачена; отдѣльныя части инструмента плотно удерживаются петлей, благодаря чему инструментъ является очень устойчивымъ. Въ тоже время верхняя губка служитъ пружиной для инструмента, такъ что вѣтви раскрываются аутоматически, но очень мягко. Всѣ части иглодержателя слегка пружинятъ, и потому рука не такъ быстро утомляется. Благодаря тому, что губки иглодержателя очень узки (2 млм.), а сила давленія можетъ быть развита только до извѣстнаго предѣла (при сильномъ сжиманіи давленіе рычага переходитъ съ гребня верхней губки на ея щечки, и сила уже дѣйствуетъ отчасти по длинѣ инструмента), иглодержатель не перекусываетъ даже самыхъ тонкихъ иглъ. Изъ недостатковъ инструмента считаю нужнымъ отмѣтить слѣдующіе:

Инструментъ требуетъ при выдѣлкѣ тщательной полировки внутренней стороны петли рычага; иначе онъ начинаетъ «заѣдать» и плохо раскрывается. Въ имѣющейся модели губки раскрываются только на $^1/_2$ стм. (послѣднее зависитъ до нѣкоторой степени отъ длины губокъ). Впрочемъ, этого вполнѣ достаточно, чтобы легко находить иглу и удобно ее перехватывать.

Вѣроятно, онъ будетъ неудобенъ при наложеніи шва въ глубокой ранѣ.

Система подачи иглъ должна быть измѣнена въ томъ смыслѣ, что иглы должны подаваться въ иглодержатель, а не вмѣстѣ съ иглодержателемъ, какъ это большею частью дѣлается теперь, т. е. шить приходится однимъ иглодержателемъ, который постоянно находится возлѣ оперирующаго.

Сила, развиваемая инструментомъ, настолько значительна, что онъ можетъ служить и ангіотрибомъ для небольшихъ сосудовъ.

Въ заключеніе считаю долгомъ принести свою благодарность фирмѣ г. Шаплыгина за тщательность изготовленія инструмента.

Организація предупрежденія и лѣченія заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ въ сельскомъ и городскомъ населеніи Россіи.

Н. М. Какушкина.

Сообщено на IX-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ.

(Окончаніе. См. № 36, стр. 1216).

Изъ вышесказаннаго явствуетъ, что по отношенію къ ростущему женскому организму, съ первыхъ дней жизни до начала половой зрѣлости, мы почти не проявляемъ никакихъ заботъ. Возникаетъ вполнѣ естественный вопросъ: каковы наши отношенія къ женскому организму въ годы его половой зрѣлости, когда половой приборъ во всей полнотѣ выполняетъ свои задачи? Жизнь работающаго полового прибора во много разъ сложнѣе, чѣмъ жизнь полового прибора ребенка, и, очевидно, эта жизнь ставитъ женскіе половые органы въ условія непосредственнаго соприкосновенія съ тѣми неблагопріятными внѣшними вліяніями, о которыхъ только-что было говорено; съ другой стороны, къ этимъ вліяніямъ она присоединяетъ цѣлый рядъ новыхъ, возникающихъ изъ условій самой дѣятельности половыхъ органовъ. Въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ должна быть поставлена функція дѣторожденія. Нѣтъ особенной нужды распространяться о томъ, насколько обширны и глубоки бываютъ измѣненія въ половыхъ органахъ во время беременности и родовъ, даже при ничѣмъ не нарушенныхъ физіологическихъ условіяхъ. Половой приборъ въ такихъ случаяхъ становится особенно легко ранимымъ и воспріимчивымъ къ заболѣваніямъ. Достаточно небольшого нарушенія равновѣсія и ничтожнаго вмѣшательства внѣшнихъ причинъ, чтобы правильный ходъ обратнаго развитія полового прибора нарушился и чтобы въ половой сферѣ получился недочетъ, хотя иногда ничтожный по анатомическимъ размѣрамъ, но зато нерѣдко оказывающійся тягостнымъ по припадкамъ и по степени разстройства въ дѣятельности самого органа. Къ сожалѣнію, жизнь большинства рождающихъ женщинъ въ Россіи поставлены въ тягостныя условія бѣдности, недоѣданія, неустаннаго труда и невѣжественныхъ привычекъ. Этого всего—болѣе, чѣмъ достаточно, чтобы беременность и роды постоянно отклонялись отъ своего правильнаго теченія. Но, помимо этихъ общихъ неудовлетворительныхъ условій обстановки, русская женщина въ разсматриваемые, очень серьезные періоды своей жизни бываетъ или лишена совсѣмъ посторонней помощи, или вынуждена переносить муки отъ пособій невѣжественныхъ окружающихъ лицъ. Я говорю о фактѣ, давно извѣстномъ всѣмъ и каждому. Цѣлымъ рядомъ изслѣдованій даже за послѣднее время и цѣлымъ рядомъ заявленій живыхъ свидѣтелей этого дѣла —земскихъ товарищей, изъ которыхъ нѣкоторые сообщаютъ мнѣ тоже и по поводу моего настоящаго доклада, установленъ этотъ грустный фактъ—фактъ недостатка разумной акушерской помощи роженицамъ и родильницамъ въ Россіи. Плоды этого факта на глазахъ у всѣхъ и въ деревнѣ, и въ городѣ: громадное большинство гинекологическихъ больныхъ въ нашихъ амбуляторіяхъ оказываются страдающими отъ непорядковъ, перенесенныхъ во время предшествовавшихъ родовъ. Земскіе товарищи, почтившіе меня своими сообщеніями, изъ разныхъ мѣстъ всѣ въ одинъ голосъ говорятъ о неправильномъ веденіи родовъ и послѣродового періода, какъ о главнѣйшей причинѣ гинекологическихъ заболѣваній въ крестьянской средѣ. Зараженіе во время и послѣ родовъ и трауматическія поврежденія—вотъ въ чемъ въ общихъ чертахъ заключается сущность этихъ заболѣваній. Главную роль въ этомъ дѣлѣ играетъ недостатокъ врачебнаго персонала, недостатокъ соотвѣтствующихъ спеціальныхъ учрежденій и невѣжество и бѣдность населенія. То, что было сказано выше относительно недостаточной подготовки врачей-гинекологовъ, всецѣло относится и къ врачамъ-акушерамъ. Не буду останавливаться во всѣхъ подробностяхъ на разсмотрѣніи вопроса объ акушерской помощи въ населеніи, потому что по этому поводу и на настоящемъ Съѣздѣ и раньше имѣлось изобиліе докладовъ, въ значительной мѣрѣ исчерпывавшихъ этотъ вопросъ. Скажу только, что отъ правильной постановки дѣла акушерской помощи непосредственно зависитъ дѣло гинекологической помощи народу; съ ростомъ и развитіемъ первой послѣдовательно развивается и послѣдняя. Не могу не остановиться въ заключеніе на одномъ очень важномъ обстоятельствѣ, отчасти намѣчающемъ пути для нашихъ дальнѣйшихъ заботъ о правильномъ и скорѣйшемъ развитіи дѣла акушерской и гинекологической помощи въ средѣ русскаго населенія, въ особенности деревенскаго. За послѣдніе годы по мѣрѣ роста врачебнаго дѣла въ Россіи идетъ впередъ у насъ медленными и неравномѣрными шагами, и акушерская помощь населенію, при чемъ, сопоставляя успѣхи этого дѣла по разнымъ мѣстамъ нашей родины, можно съ чувствомъ вполнѣ понятнаго удовлетворенія отмѣтить фактъ, что успѣхи эти почти исключительно падаютъ на долю тѣхъ мѣстъ, гдѣ самобытно расцвѣло одно изъ немногихъ, но драгоцѣнныхъ украшеній русской жизни—земская медицина.

Къ числу главныхъ и при томъ общихъ причинъ, которыя или непосредственно вызываютъ, или повышаютъ заболѣваемость русской женщины болѣзнями ея половыхъ органовъ, я отношу и тяжелый физическій трудъ [1]). Самъ по себѣ физическій трудъ есть явленіе вполнѣ естественное и даже необходимое; но большая часть русскихъ женщинъ несетъ непосильный физическій трудъ, не сообразуясь съ физіологическими особенностями и съ патологическими измѣненіями своихъ половыхъ органовъ. Даже при физіологическихъ условіяхъ для половыхъ органовъ

[1]) Физическій трудъ для мужчинъ, по статистикѣ въ средѣ призываемыхъ въ 1876 г. на военную службу, явился причиной разныхъ заболѣваній въ 21% (къ общему числу больныхъ). По отношенію къ женщинамъ эта цифра должна быть увеличена.

вполнѣ очевиденъ вредъ физическихъ напряженій; возьмемъ такія состоянія, какъ мѣсячныя, беременность, послѣродовой періодъ; что-же касается условій патологическихъ, то вредъ всякаго физическаго напряженія обнаружится непремѣнно и внѣ наличности указанныхъ физіологическихъ процессовъ. Сложность устройства полового прибора женщины, сложность и многообразіе его отправленій, наконецъ его топографическія особенности и обширность занимаемаго имъ въ тѣлѣ мѣста заставляютъ нѣсколько иначе смотрѣть на женскій трудъ, чѣмъ на трудъ мужской, и женщинамъ въ этомъ отношеніи должны быть предоставлены обширныя льготы въ виду тѣхъ серьезныхъ цѣлей оздоровленія населенія вообще, о которыхъ я говорилъ въ началѣ своего доклада. Обширныхъ и подробныхъ изслѣдованій вліянія физическаго труда на женскіе половые органы не существуетъ; но нѣкоторыя наблюденія, касающіяся почти исключительно различныхъ формъ фабричной работы, подтверждаютъ до нѣкоторой степени высказанныя мною соображенія.

Изслѣдованіе работницъ на нѣмецкихъ фабрикахъ, напр., показало, что среди заболѣваній, вызванныхъ фабричной работой, первое мѣсто занимаютъ болѣзни половыхъ органовъ. Особенно вредными оказываются: подниманіе тяжестей, работа въ одномъ неизмѣнномъ положеніи (сидя или стоя), переутомленіе и пр. Наиболѣе вредно отзывается такая работа на беременныхъ женщинахъ, родильницахъ, на не вполнѣ сложившихся дѣвушкахъ и на дѣтяхъ. О работницахъ истощенныхъ, слабосильныхъ я уже не говорю; онѣ подразумѣваются здѣсь безъ сомнѣнія. Введеніе усовершенствованныхъ машинъ на фабрикахъ не облегчало женской работы *(Дементьевъ)*; напротивъ, оно усложнило послѣднюю, потому что управленіе машинами требуетъ сильнаго напряженія нервно-мозговыхъ приборовъ. Отмѣченъ весьма знаменательный фактъ: ослабляя женщинъ, фабрика ухудшаетъ поколѣніе ихъ; дѣти родятся хилыми и умираютъ на первомъ году въ огромномъ количествѣ; смертность ихъ до 4-го мѣсяца жизни вдвое больше, чѣмъ въ деревнѣ, и на 78% выше смертности дѣтей общероссійской *(Дементьевъ)*. Обычныя послѣдствія фабричнаго труда у беременныхъ: кровотеченія, неправильныя положенія плода, тяжелые роды, выкидыши. Всѣ эти наблюденія, касающіяся вліянія физическаго труда на женщинъ, мимолетны и поверхностны, во всякомъ случаѣ они касаются только наиболѣе внѣшнихъ и грубыхъ послѣдствій и почти ничего не говорятъ о сущности тѣхъ измѣненій, которыя претерпѣваютъ половые органы. Здѣсь—громадное, совершенно неизвѣданное поле для изученія со стороны врачей, интересующихся гинекологіей. И здѣсь, также какъ и въ школьномъ дѣлѣ, съ большимъ успѣхомъ могли-бы работать въ указанномъ направленіи женщины-врачи, для которыхъ сокровенныя стороны половой жизни женщинъ гораздо доступнѣе и понятнѣе, чѣмъ для врачей-мужчинъ. Изслѣдованію должны подлежать всѣ формы труда—не только фабричный, но и всѣ виды ремеслъ, трудъ по домохозяйству (прислуга, прачки) и въ особенности крестьянскія и сельско-хозяйственныя работы. Говоря о вліяніи труда на женскіе половые органы, нельзя оставлять безъ вниманія и тѣ виды труда, которые принято почему-то предпочтительно называть интеллигентными. Сюда относятся: ученая и педагогическая дѣятельность, торговля, счетоводство, письмоводство, литературныя занятія и пр. Отрицать вліяніе этихъ формъ труда на дѣятельность половыхъ органовъ положительно невозможно, въ особенности, если имѣть въ виду осложняющіяся экономическія и соціальныя условія современной жизни женщинъ. Эти осложняющіяся условія, въ основѣ которыхъ лежитъ борьба за существованіе, вызваны ростущимъ за послѣдніе годы стремленіемъ женщинъ къ самостоятельной дѣятельности во всѣхъ отрасляхъ человѣческаго труда. Постепенно, шагъ за шагомъ, женщина начинаетъ появляться въ качествѣ рядовой труженицы во многихъ профессіяхъ, и такимъ образомъ то или иное вліяніе различныхъ видовъ работы, умственной и физической, на женскій организмъ вообще и въ отдѣльности на женскіе половые органы начинаетъ принимать уже не единичный случайный, а массовой характеръ. Ясно, что здѣсь, въ цѣляхъ гинекологической и вообще медицинской профилактики, умѣстны лишь общественныя, широкія мѣропріятія. Главными тормозами послѣднихъ, какъ и вездѣ, въ другихъ сферахъ нашей жизни, являются: некультурность населенія, его экономическая безпомощность, а главное отсутствіе въ немъ самодѣятельности, въ данномъ случаѣ—въ смыслѣ отсутствія прочно и самостоятельно поставленныхъ коопераціи. Того, чтобы русская женщина во всей своей массѣ сознательно отнеслась къ условіямъ и обстановкѣ своего труда и общими стараніями стремилась къ упорядоченію и улучшенію этихъ условій, мы едва-ли скоро дождемся. Скорѣе можно надѣяться на осуществленіе или—вѣрнѣе—пока на установленіе тѣхъ мѣръ, которыя входятъ въ обиходъ нашей жизни въ формѣ различныхъ законоположеній или обязательныхъ постановленій. И съ этой стороны женскій трудъ обращалъ на себя до сихъ поръ слишкомъ мало вниманія. Все, что сдѣлано въ этомъ направленіи до настоящаго времени, по крайней мѣрѣ, у насъ, въ Россіи, носитъ случайный, частичный характеръ и далеко не исчерпываетъ даже самой маленькой доли назрѣвающихъ потребностей. При этомъ нѣкоторыхъ болѣе постоянныхъ и болѣе опредѣленныхъ заботъ съ этой стороны удостоилась только одна отрасль женскаго труда—трудъ фабричный. Мотивами къ изданію тѣхъ или другихъ постановленій, упорядочивающихъ женскій трудъ на фабрикахъ, не всегда служили интересы здоровья, а нерѣдко также и другія соображенія, напр. о хозяйственныхъ нуждахъ женъ, матерей, требованія нравственности, заботы о противупожарныхъ мѣрахъ и пр. При изданіи большинства другихъ постановленій преслѣдовались ближайшимъ образомъ или цѣли обще-лѣчебныя, или цѣли чисто акушерскія. Всѣ эти мѣропріятія далеки отъ того, чтобы создать правильно организованную фабричную медицину. Послѣдняя, даже въ такихъ районахъ, богатыхъ фабриками и заводами, какъ Московскій, только еще зарождается. При этомъ отношеніе къ постановленіямъ этого рода со стороны администраціи фабрикъ въ большинствѣ случаевъ чисто формальное, и дѣло врачебной и акушерской помощи здѣсь въ дѣйствительности далеко не соотвѣтствуетъ обнародованнымъ оффиціальнымъ требованіямъ. Причинами такого порядка вещей являются, кромѣ указанныхъ мною уже не разъ общихъ условій, устарѣлость, неясность и неопредѣленность относящихся сюда законоположеній, не соотвѣтствующихъ потребностямъ и особенностямъ жизни, далеко ушедшей впередъ. Кромѣ того, надзора (компетентнаго, медицинскаго надзора) за исполненіемъ этихъ законоположеній почти нѣтъ. Вопросы, затрагиваемые п. 11 моей программы (см. выше), не регламентируются пока общимъ фабричнымъ законодательствомъ, если не считать отдѣльныхъ постановленій мѣстныхъ губернскихъ по фабричнымъ дѣламъ Присутствій. Дѣло здѣсь, впрочемъ, касается лишь приглашенія акушерокъ или акушерокъ-фельдшерицъ для подачи акушерской помощи, также устройства родильныхъ пріютовъ и кроватей, при чемъ постановленія—крайне разнообразны, неопредѣленны и обусловлены главнымъ образомъ наличнымъ числомъ работающихъ женщинъ. Существуетъ, слѣд., громадное число фабрикъ и заводовъ съ извѣстнымъ minimum'омъ работницъ (до 100 чел.), гдѣ не полагается никакой акушерской помощи. Изъ постановленій, наиболѣе близко касающихся моей темы, мнѣ извѣстно изданное въ 90-хъ годахъ въ Московской, Ковенской, Пермской и Пензенской губерніяхъ, воспрещающее беременнымъ носить тяжести. Имѣются также нѣкоторыя ограниченія относительно ночной работы женщинъ. Кое-гдѣ не допускаются къ работамъ беременныя въ послѣдній мѣсяцъ беременности. Многія изъ этихъ ограниченій и запрещеній отражаются существеннымъ и неблагопріятнымъ образомъ на заработкѣ женщинъ и поэтому не встрѣчаютъ со стороны послѣднихъ желательнаго сочувствія. Разумѣется, это препятствіе могло-бы быть устранено лишь путемъ внесенія въ это дѣло началъ страхованія, но такая мѣра, по видимому, не встрѣчающая въ теоріи никакихъ возраженій, все еще находится въ области однихъ благихъ пожеланій. Вообще, резюмируя сказанное, приходится и въ этой главѣ моего доклада отмѣтить неотрадное положеніе дѣла: мы

не кладемъ на практикѣ (и даже въ теоріи) никакихъ заботъ съ цѣлью уберечь здоровье женщины вообще и ея половыхъ органовъ въ частности отъ неблагопріятныхъ вліяній непосильнаго и неупорядоченнаго труда. Послѣдній положительно не регулируется ни законоположеніями, ни обычаями, по отношенію къ періоду мѣсячныхъ очищеній, даже въ культурныхъ слояхъ общества, и регулируется въ крайне ничтожной и неопредѣленной степени по отношенію къ беременности и послѣродовому періоду.

Мнѣ остается разсмотрѣть послѣднюю изъ намѣченныхъ мною этіологическихъ причинъ для заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ—перелойное зараженіе. Перелойное зараженіе признается нынѣ одной изъ распространенныхъ въ патологіи женскихъ половыхъ органовъ. Какъ при всякомъ зараженіи, и здѣсь мы встрѣчаемся съ большимъ количествомъ разновидностей возбудителей этой болѣзни и съ различными степенями личной воспріимчивости къ заболѣванію, откуда получаются разнообразныя формы перелойнаго пораженія какъ по проявленію болѣзни, такъ и по исходамъ ея. Но, какъ-бы то ни было, большинство этихъ формъ производитъ въ половыхъ органахъ женщины крупныя и, главное, стойкія измѣненія, не только нарушающія въ корнѣ отправленія половой сферы, но и заставляющія женщину страдать въ теченіи всей ея жизни. Перелойное зараженіе есть орудіе, по преимуществу направленное противъ работоспособности женщины. И уже съ этой одной стороны очень велико его общественное значеніе. Но общественное значеніе этой болѣзнетворной причины станетъ въ нашихъ глазахъ еще громаднѣе, когда мы увидимъ, что она есть плодъ все тѣхъ-же ненормальныхъ условій нашей современной жизни, взятыхъ во всей своей полнотѣ. Врачамъ, практикующимъ въ городахъ, приходится убѣждаться, насколько часты случаи перелоя у женщинъ, обитающихъ въ городахъ. Съ другой стороны, нѣкоторыя сообщенія земскихъ врачей (между прочимъ, тѣхъ, которые писали лично по моему адрессу) заставляютъ думать, что перелой въ средѣ крестьянскаго населенія Россіи есть пока рѣдкое явленіе. Изъ тѣхъ-же сообщеній видно, что близость деревни къ городу, близкое сосѣдство къ фабрикѣ и вообще какое-либо общеніе съ городской жизнью влекутъ за собой развитіе перелоя и въ средѣ крестьянскихъ женщинъ. Такимъ образомъ надо считаться теперь-же съ фактомъ постепеннаго проникновенія перелойной заразы въ деревенскую среду. Здѣсь повторяется обычная исторія нашей русской жизни. Въ русскую деревню, до сихъ поръ прозябающую подъ гнетомъ своей обособленности и оторванности отъ прочихъ членовъ государственнаго организма, съ завидной легкостью проникаютъ лишь отрицательныя стороны культурной жизни, свободно разгуливающія повсюду, какъ, напр., пьянство и развратъ, такія-же основныя начала культурнаго прогресса, какъ просвѣщеніе и самодѣятельность, скромныя и тѣснимыя со всѣхъ сторонъ, входятъ въ это темное царство медленной и робкой поступью. Ближайшимъ спутникомъ пьянства, разврата и невѣжества является перелой. Тамъ, гдѣ царитъ невѣжество, сплошь и рядомъ возможно встрѣтить несоблюденіе самыхъ примитивныхъ правилъ гигіэны. И въ этомъ отношеніи передача перелоя, помимо половыхъ сношеній, есть явленіе не столь рѣдкое. Такимъ путемъ заражаются главнымъ образомъ дѣти, и даже въ самые первые моменты своей жизни, въ моментъ своего появленія на свѣтъ. Затѣмъ идетъ передача перелоя помощью бѣлья и рукъ. Статистика зараженія перелоемъ въ дѣтскомъ возрастѣ еще не установлена, и вообще вопросъ о переносѣ перелойнаго яда неполовымъ путемъ еще мало изученъ. Здѣсь необходимо распространеніе компетенціи гинекологовъ на область педіатріи и широкое участіе въ изученіи этого вопроса женщинъ-врачей. Помимо указанныхъ общихъ условій, благопріятствующихъ распространенію перелоя, имѣются еще 2 условія, присущія нашей русской жизни, которыя именно въ дѣлѣ проникновенія перелоя въ деревню играютъ господствующую роль. Условія эти—отхожій промыселъ и солдатчина. Въ основѣ перваго лежитъ малоземелье, вообще матеріальная необезпеченность крестьянъ и невозможность для нихъ приложить весь свой трудъ на мѣстахъ своего жительства. Въ основѣ второго лежитъ сильная распространенность перелоя въ войскахъ. Изъ отчета о санитарномъ состояніи русской арміи за 1901 г. (Петербургъ, 1903 г.) явствуетъ, что перелой по распространенности въ средѣ другихъ заболѣваній занимаетъ 2-ое мѣсто (1-ое принадлежитъ болотной лихорадкѣ). На 1000 чел. списочнаго состава въ указанномъ году заболѣвшихъ перелоемъ приходилось 23,3, что къ общему числу больныхъ составляетъ 6,6%. Число больныхъ перелоемъ въ войскахъ растетъ: въ 1900 г. на 1000 чел. списочнаго состава заболѣвшихъ этой болѣзнью было 22,6. Заболѣваемость перелоемъ и мягкимъ шанкромъ въ различныхъ частяхъ войскъ колеблется отъ 70 до 255,3 на 1000. Въ особенности много заболѣвшихъ было въ Сибирскомъ военномъ округѣ и въ Области войска Донского. Не касаясь разсмотрѣнія причинъ такого сильнаго развитія этой болѣзни среди солдатъ, вполнѣ естественно задать вопросъ, какія мѣры предпринимаются противъ заноса перелоя солдатами въ деревню? Надо думать, что завѣдомо больные перелоемъ, впредь до излѣченія, на родину не отпускаются; но перелой есть, какъ извѣстно, болѣзнь, заразительность которой, съ исчезновеніемъ обычныхъ припадковъ, не всегда исчезаетъ, и мужчина, считающій себя выздоровѣвшимъ отъ этой болѣзни, даже при наличности врачебнаго осмотра, можетъ однако хранить въ себѣ возбудителей этой заразы. При отправкѣ по окончаніи службы солдатъ въ деревню или при отправкѣ ихъ на побывку было-бы цѣлесообразно подвергать солдатъ серьезному бактеріологическому изслѣдованію на перелой. Изслѣдованія въ такой формѣ, насколько мнѣ извѣстно, не производятся, и вообще для борьбы съ развитіемъ венерическихъ болѣзней въ войскахъ примѣняется цѣлый рядъ мѣръ, съ цѣлесообразностью которыхъ не всегда можно согласиться. Въ особенности не заслуживаютъ одобренія всѣ репрессивныя мѣры, карающія солдата не только за утайку болѣзни, но и за самый фактъ заболѣванія. Можно быть увѣреннымъ, что борьба съ перелоемъ въ такой формѣ можетъ повести къ результатамъ, совершенно обратнымъ тѣмъ, которыхъ мы добиваемся. Къ этой-же категоріи мѣропріятій можно отнести предпринятыя въ нѣкоторыхъ мѣстахъ попытки поставить половыя сношенія военныхъ чиновъ и воспитанниковъ военно-учебныхъ заведеній подъ врачебно-административный надзоръ. Попытки послѣдняго рода, кромѣ того, должны встрѣтить серьезный протестъ и заслуживаютъ осужденія и съ другой точки зрѣнія, которой касаться въ этомъ докладѣ я не вижу особенной надобности. Не имѣя намѣренія подробно останавливаться на разработкѣ мѣръ борьбы съ распространеніемъ перелоя, я не могу однако воздержаться отъ того, чтобы не высказать своего мнѣнія относительно мѣръ борьбы съ развитіемъ этой болѣзни въ русскихъ войскахъ. Мнѣ думается, что здѣсь эта борьба должна вестись по слѣдующимъ 3-мъ направленіямъ. Во 1-хъ, одной изъ главныхъ заботъ врачебнаго персонала, работающаго въ войсковыхъ частяхъ, должно быть распространеніе гигіэническихъ знаній въ средѣ нижнихъ чиновъ, на ряду съ общими заботами о просвѣщеніи солдата. Для этого нужны не случайныя, между дѣломъ, а систематическія бесѣды врача съ солдатами, обставленныя всѣми необходимыми пособіями. Во 2-хъ, въ интересахъ борьбы съ невѣжествомъ, предразсудками, дикими обычаями, инертностью и праздностью малосознательныхъ элементовъ солдатской среды, необходимо въ корнѣ измѣнить строй солдатской жизни, освободивъ послѣднюю отъ всѣхъ гнетущихъ сторонъ военной дисциплины и внося въ нее начала равноправія, уваженія личности, самостоятельности и духа товарищескаго единенія. Наконецъ, въ 3-хъ, весьма желательно уничтожить крайнюю замкнутость и оторванность военной службы, путемъ укороченія ея продолжительности и путемъ облегченія возможности солдату не прекращать его общенія съ своей семьей и своей родной средою. Въ дѣлѣ распространенія перелоя играетъ существенную роль проституція. Я не буду здѣсь говорить о причинахъ этого общественнаго зла, которыя глубоко кроются въ соціально-экономическихъ условіяхъ современной жизни, и о мѣрахъ борьбы съ нимъ, заключающихся, вполнѣ естественно, въ широкихъ и коренныхъ реформахъ названныхъ условій. Коснусь лишь

тѣхъ мѣръ, которыя направлены противъ опасности проституціи, какъ распространительницы венерическихъ болѣзней, въ частности перелойнаго зараженія. Говоря вообще, эти мѣры можно слить въ одномъ понятіи — регламентація проституціи, которая дѣлится на 2 самостоятельныхъ дѣйствія: на регистрацію проститутокъ и на осмотры ихъ. Вопросъ о необходимости и полезности регламентаціи въ этомъ дѣлѣ, не смотря на многочисленныя попытки въ этомъ направленіи, не рѣшенъ ни въ ту, ни въ другую сторону и не можетъ быть рѣшенъ, потому что глубокія общественныя причины проституціи не могутъ быть вычеркнуты изъ жизни однимъ почеркомъ пера, а существующая форма регламентаціи, по странному недоразумѣнію, касается только одной $^1/_2$ участниковъ этого позорнаго занятія, т. е. женщинъ, и обходитъ невниманіемъ мужчинъ, которые играютъ въ этомъ дѣлѣ активную роль представителей спроса и дѣятельно способствуютъ разнесенію перелойной заразы. Такая форма регламентаціи — въ корнѣ своемъ несправедлива и неправильна, а дѣйствительное приложеніе ея къ жизни оказалось несоотвѣтствующимъ предначертаннымъ задачамъ: оно не уничтожило тайной проституціи и не ослабило въ населеніи заболѣваемости гонорреей. Тотъ порядокъ надзора за проституціей, который установился въ русскихъ городахъ (въ деревняхъ надзора совсѣмъ нѣтъ), имѣетъ медико-полицейскій характеръ, а не санитарный. Въ основѣ его лежитъ не добровольное, а принудительное подчиненіе проститутокъ надзору съ принудительнымъ лѣченіемъ ихъ въ больницахъ. Надзоръ этотъ почти всюду въ Россіи находится въ рукахъ полиціи; осмотры проститутокъ производятся разъ въ недѣлю городовыми врачами и заключаются въ простомъ осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ и въ осмотрѣ шейки матки зеркаломъ. Такіе осмотры относительно перелоя можно назвать не только поверхностными, но въ рядѣ случаевъ не достигающими цѣли, т. е. не дающими возможности иногда, при отчетливыхъ признакахъ перелоя, признать наличность послѣдняго. Но даже и при такихъ несовершенныхъ пріемахъ осмотра проститутокъ среди нихъ больныхъ явнымъ перелоемъ оказывается до 20% (свѣдѣнія получены изъ Области войска Донского, Туркестанскаго края, Терской и Кубанской областей). Въ 5 большихъ городахъ Европейской Россіи учреждены особые врачебно-полицейскіе Комитеты, вѣдающіе исключительно дѣла проституціи. У нихъ дѣло осмотра проститутокъ стоитъ лучше, но принудительныя начала по отношенію къ проституткамъ преслѣдуются еще строже. Только въ единичныхъ городахъ (мнѣ извѣстенъ, напр., г. Минскъ) надзоръ за проституціей переданъ въ вѣдѣніе городскихъ общественныхъ Управленій, при чемъ сдѣланы попытки исключить изъ этого дѣла всѣ пріемы принудительнаго характера. Попытки послѣдняго рода въ связи съ передачей дѣла надзора за проституціей всецѣло въ руки врачей и общественныхъ Управленій дали блестящій результатъ, какъ въ отношеніи регистраціи проститутокъ, такъ и въ отношеніи своевременнаго обнаруженія у каждой изъ нихъ перелойнаго зараженія. Своевременное обнаруживаніе послѣдняго у проститутокъ, конечно, не исчерпываетъ вопроса. Если дѣло осмотровъ проститутокъ стоитъ у насъ крайне неудовлетворительно, то дѣло лѣченія ихъ поставлено еще хуже. Здѣсь мы встрѣчаемся съ общимъ зломъ нашей жизни, съ недостаткомъ больницъ и съ недостаткомъ мѣстъ въ существующихъ больницахъ. Уже это одно обстоятельство мѣшаетъ правильному и основательному лѣченію проститутокъ, заболѣвшихъ перелоемъ и вообще различными гинекологическими формами. Неудивительно поэтому, что гинекологическое лѣченіе проститутокъ почти никогда не доводится до конца и что въ средѣ этихъ «жертвъ общественнаго темперамента» находится (по даннымъ Петербурга и Москвы) болѣе 50%, страдающихъ болѣзнями половыхъ органовъ. Такимъ образомъ, бѣглый обзоръ современнаго положенія въ Россіи дѣла борьбы съ распространеніемъ перелойнаго зараженія въ населеніи заставляетъ насъ придти къ такому-же неутѣшительному заключенію, къ какому мы должны были придти относительно другихъ общихъ предохранительныхъ мѣръ противъ гинекологическихъ заболѣваній. Сопоставивъ всѣ эти мѣры вмѣстѣ, увидимъ, что въ основѣ всѣхъ главнѣйшихъ этіологическихъ причинъ распространенія среди женщинъ болѣзней половыхъ органовъ красной нитью пролегаютъ 3 коренныхъ условія неустройствъ русской жизни, тормозящія развитіе какъ лѣчебныхъ, такъ и предохраняющихъ мѣръ противъ гинекологическихъ заболѣваній. Эти условія уже были мною названы выше: экономическая безпомощность населенія, его некультурность и отсутствіе въ немъ свободной самодѣятельности. Только съ устраненіемъ этихъ условій, нераздѣльныхъ и зависимыхъ другъ отъ друга, будетъ открыта широкая дорога для свободнаго приложенія къ жизни всѣхъ средствъ и мѣръ съ цѣлью оздоровленія русской женщины въ отношеніи ея половой сферы. Но устраненіе этихъ условій—дѣло далекое и во всякомъ случаѣ постепенное. Разумѣется, по мѣрѣ постепеннаго совершенія его, будутъ создаваться все болѣе и болѣе благопріятныя условія для нашей работы въ разбираемомъ направленіи и будетъ шагъ за шагомъ выясняться нужда въ отдѣльныхъ частичныхъ мѣропріятіяхъ для достиженія болѣе неотложныхъ цѣлей. Имѣя въ виду такія ближайшія цѣли, можно въ настоящее время высказать пока слѣдующія пожеланія для удовлетворенія наиболѣе неотложныхъ нуждъ въ дѣлѣ предупрежденія и лѣченія гинекологическихъ заболѣваній въ Россіи.

1. При каждомъ изъ медицинскихъ факультетовъ желательно учрежденіе 2-хъ самостоятельныхъ акушерско-гинекологическихъ каѳедръ съ клиниками (факультетской и госпитальной), на подобіе такихъ-же каѳедръ въ В.-М. Академіи и Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

2. Въ интересахъ каждой медицинской спеціальности, въ виду несомнѣннаго удобства раздѣленія труда по преподаванію, желательно раздѣлить преподаваніе акушерства и гинекологіи между отдѣльными преподавателями.

3. Съ цѣлью увеличенія числа мѣстъ для гинекологическихъ больныхъ и съ цѣлью дать возможность врачамъ пополнять свои знанія и усовершенствоваться по гинекологіи, желательно, чтобы при всѣхъ больницахъ имѣлись спеціальныя гинекологическія отдѣленія, а существующія такія отдѣленія и спеціальныя самостоятельныя акушерско гинекологическія лѣчебныя учрежденія были расширены и въ соотвѣтствующемъ направленіи оборудованы.

4. Въ виду того, что дѣло медицинской помощи населенію вообще и акушерско-гинекологической въ частности поставлено наиболѣе цѣлесообразно и удовлетворительно въ губерніяхъ, гдѣ введены земскія учрежденія, желательно распространеніе на всю Россію земскаго самоуправленія съ широкимъ представительствомъ отъ всѣхъ слоевъ населенія.

5. Въ цѣляхъ собиранія точныхъ статистическихъ данныхъ о гинекологическихъ заболѣваніяхъ необходимо ввести всюду однообразную форму регистраціи по областямъ человѣческаго тѣла.

6. Въ цѣляхъ возможнаго устраненія существующаго недостатка акушерской помощи сельскому населенію желательна замѣна фельдшерскихъ пунктовъ врачебными, фельдшеровъ и повивальныхъ бабокъ—фельдшерицами-акушерками.

7. Въ тѣхъ-же цѣляхъ желательно устройство въ деревняхъ родильныхъ пріютовъ съ амбуляторными пріемами спеціально гинекологическихъ больныхъ.

8. Въ дѣтскихъ больницахъ и лѣчебницахъ необходимы спеціалисты по гинекологіи, дабы обратить серьезное вниманіе на заболѣваніе женскихъ половыхъ органовъ въ дѣтскомъ возрастѣ.

9. Программа преподаванія гигіены въ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ должна быть расширена по отношенію къ вопросамъ, касающимся предупрежденія гинекологическихъ заболѣваній.

10. Надзоръ за физическимъ развитіемъ дѣвочекъ въ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ и преподаваніе гигіены тамъ должны быть поручены женщинамъ-врачамъ.

11. Желательно, чтобы трудъ женщинъ (умственный и физическій) во время мѣсячныхъ, во время беременности и послѣ родовъ былъ упорядоченъ особыми постановленіями и правилами.

12 Желательно, чтобы на фабрикахъ, гдѣ работаютъ

женщины, фабрично-инспекторскій и врачебный надзоры были поручаемы женщинамъ-врачамъ.

13. Надзоръ за проституціей долженъ быть всецѣло переданъ въ руки врачей и общественныхъ (земскихъ и городскихъ) Управленій такъ какъ опытъ, произведенный въ этомъ направленіи, далъ прекрасные результаты.

14. Въ основу борьбы съ распространеніемъ перелоя и въ основу всякихъ иныхъ предохранительныхъ мѣропріятій противъ распространенія гинекологическихъ заболѣваній должны быть положены: широкое просвѣщеніе народа, улучшеніе экономическаго благосостоянія крестьянъ и уравненіе ихъ правъ съ правами всѣхъ прочихъ сословій.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Письма изъ Тавриза.

Тавризъ. Почва. Климатъ. Постройка домовъ. Базаръ. Кладбища. Вода.

(Письмо 1-ое).

Въ ожиданіи холеры, свирѣпствующей въ Тегеранѣ и грозящей черезъ Тавризъ перебраться въ Россію, я хочу повѣдать товарищамъ о санитарномъ состояніи Тавриза, о развитіи здѣсь медицины и объ отношеніи Персовъ къ врачамъ. А, такъ какъ по Тавризу можно судить и объ остальныхъ городахъ Персіи, то сообщеніе мое, думаю, будетъ небезъинтересно, особенно санитарнымъ отрядамъ, отправляемымъ въ Персію Институтомъ экспериментальной медицины.

Резиденція наслѣдника Персидскаго престола большой городъ Тавризъ (около 300000 жителей) раскинулся на обширной равнинѣ, окруженной со всѣхъ сторонъ отрогами хребта Карадача. Высота надъ уровнемъ моря 4600 фут., разстояніе отъ Тегерана 600 верстъ [1]); отъ границы съ Россіей—Джульфы—Эриванской губ. съ рѣкой Араксой, по измѣренію нашихъ инженеровъ Тавризъ находится въ разстояніи 125 верстъ къ югу.

Почва всей этой полосы отъ Джульфы до Тавриза и далёко за Тавризъ глинистая и каменистая; вездѣ видны желтая съ бурымъ оттѣнкомъ глина и камни, камни безъ конца. Ни журчащій ручей, ни лѣсъ своей роскошной зеленью не оживляетъ это мертвое царство, даже трава нигдѣ не пробивается!

Унылый видъ! Мѣстами видны посѣвы ячменя, но эта чахлая растительность выбралась изъ глины только тамъ, гдѣ проведенными съ горъ арыками эти посѣвы орошаются искусственно.

Зима—снѣжная, а морозы до 25° (R); въ концѣ марта подходитъ весна, и съ середины мая термометръ показываетъ въ тѣни 30—35°, а на солнцѣ и до 50° R. Дожди кончаются въ апрѣлѣ, а съ тѣхъ поръ ни одного облачка, ни капли росы и нѣтъ спасенія отъ жары ни подъ тѣнью дерева, ни въ комнатѣ.

Когда подъѣзжать къ Тавризу лѣтомъ, онъ кажется городомъ садовъ, но какъ только въѣхали вы въ городъ, всѣ сады какимъ-то волшебствомъ исчезаютъ. Дѣло въ томъ, что весь городъ состоитъ изъ узкихъ переулковъ, сажени 2 шириной (а иногда и въ 2—3 арш.), съ высокими глиняными стѣнами по сторонамъ. За отсутствіемъ въ Персіи лѣсовъ, дома строятся изъ глины такъ: въ мѣстѣ, назначенномъ для дома, начинаютъ рыть яму; глина отсюда идетъ на стѣны, окружающія будущій дворъ и на стѣны дома. Когда домъ построенъ, площадь двора представляетъ углубленіе много ниже улицы; здѣсь, обыкновенно, садятъ деревья (миндаль, абрикосы, персики), не достигающія вершины глиняныхъ стѣнъ, и ихъ съ улицы не видно. Въ окрестностяхъ города есть и обширные сады, но опять-таки изъ фруктовыхъ деревьевъ, скрытыхъ отъ глаза высокими стѣнами. Рѣдко изъ-за стѣны вытягивается пирамидальный тополь, но его длинное веретено не даетъ тѣни. Всѣ окна и двери домовъ выходятъ только на свои дворы, на улицу-же *ни одного окна*, а только входная калитка.

Такимъ образомъ, жители Тавриза живутъ въ какихъ-то ямахъ на 1—2 саж., а не рѣдко и на 3 ниже улицъ, такъ что движеніе и обмѣнъ воздуха страшно стѣсняются; хотя верхушки тополей гнутся и шумятъ при постоянномъ горячемъ вѣтрѣ, но въ дворахъ-ямахъ полное затишье. Единственная возможность подышать свободнымъ воздухомъ—это выйти послѣ заката солнца на плоскую (тоже глиняную) крышу своего дома (обыкновенно въ 2 этажа), гдѣ всё-таки освѣжаетъ вѣтромъ. Улицы Тавриза—вѣрнѣе, переулки, переплетенные подъ всевозможными углами,—хотя мѣстами и вымощены булыжникомъ, но ихъ никогда никто не поливаетъ, и не подметаетъ, такъ что при сквознякѣ, который несется по нимъ, пыль со всѣми отбросами, высушенными горячимъ лучемъ солнца, заваливаетъ дворы, проникаетъ въ комнату. Сколько разъ мнѣ случалось видѣть среди переулка дохлыхъ кошекъ и собакъ, уже высохшихъ; я видѣлъ даже дохлую лошадь, которая валялась здѣсь до тѣхъ поръ, пока её не растаскали голодныя собаки. Никто не позаботился убрать эту падаль, хотя это было вблизи дворца наслѣдника.

Во всякомъ городѣ цивилизованной страны площади служатъ резервуаромъ чистаго воздуха, совсѣмъ не то здѣсь. Проживъ въ Тавризѣ больше 7 мѣс. и ознакомившись съ городомъ и его окрестностями, я не нашелъ ни одного кладбища за городомъ, ни одной площади въ городѣ, свободной отъ могилъ; всѣ онѣ не только заняты кладбищами, но и переполнены могилами, ибо здѣсь существуетъ законъ (или обычай), по которому во всякомъ кварталѣ города должна быть отведена площадь подъ кладбище, и выносить умершаго на кладбище другого квартала, а тѣмъ болѣе за городъ не допускается.

Базаръ Тавриза—это что-то ужасное и непостижимое! Онъ занимаетъ огромное пространство въ центрѣ города и, конечно, не менѣе десятка верстъ въ окружности; вся эта площадь застроена узкими корридорами подъ глухими кирпичными сводами. Доступъ воздуха въ этотъ закрытый съ боковъ и сверху лабиринтъ возможенъ только черезъ тѣ корридоры, которые выходятъ въ переулки; для выхода воздуха и для свѣта вверху сводовъ сдѣланы отверстія. Лабиринтъ этотъ съ немощенымъ землянымъ поломъ составляютъ тысячи открытыхъ лавочекъ со всевозможными товарами для простого народа, расположенныхъ безъ всякаго порядка: рядомъ съ кузницей приткнулась лавка съ свѣжей говядиной; тутъ сложены ободранныя шкуры, а рядомъ на прилавкѣ насыпанъ чай, сахаръ, ничѣмъ не прикрытые фрукты; рядомъ мѣдники, портные, кондитерская, прокислое молоко и масло, все черное отъ осѣвшей на него пыли; здѣсь-же на жаровняхъ готовятъ ѣду, пекутъ хлѣбы [1]).

Базарные корридоры полны народа съ утра до вечера: давка, толкотня; вотъ идетъ вереница ословъ съ дровами, десятка 2 верблюдовъ, навьюченныхъ ящиками. Толпа сторонится, даетъ дорогу и верблюдамъ, и ѣдущимъ верхами, и при страшной тѣснотѣ толкаютъ другъ друга, наступаютъ на сваленныя на землю кучи огурцовъ, картофеля и овощей. Вѣдь, ширина корридоровъ рѣдко больше 2—3 арш. Здѣсь нѣтъ ни полиціи, ни санитаровъ; всѣ изверженія лошадей, ословъ, всѣ отбросы людей остаются неубранными, втаптываются въ почву, разносятся ногами тысячной толпой. Паутина, которую никто никогда не обметалъ, заплетаетъ всѣ своды и представляется отъ насѣвшихъ на нее частицъ пыли и угля сѣтями чернаго цвѣта!

Удивительно то, что сюда собираются люди не только для покупокъ товаровъ, но и для прогулокъ; это—Тавризскій Невскій проспектъ, бульвары, потому что въ Тавризѣ нѣтъ ни одного мѣста, гдѣ можно-бы было «людей посмотрѣть—себя показать».

Что-же тутъ должно быть во время холеры? Никто никогда не смотритъ за чистотой провизіи и никому нѣтъ дѣла, откуда везутъ эту пищу для людей! Ничего нѣтъ удивительнаго, если на базарѣ нерѣдко покупаются мясо отъ дохлой скотины или овощи, политые въ огородахъ водой съ людскими изверженіями.

Всё это, однако, ничего въ сравненіи съ той водой, которую приходится здѣсь пить. Въ Тавризѣ нѣтъ ни родниковъ, ни рѣки; вода проведена изъ отдаленныхъ горъ, подземными арыками, но какъ только эти арыки доходятъ до города, они сплошь и рядомъ оказываются не только не закрытыми отъ попадающихъ въ нихъ нечистотъ и людскихъ испражненій, но въ этихъ же арыкахъ съ водой, назначенной для питья городского населенія, безъ всякаго стѣсненія среди города моютъ бѣлье грязныхъ Персовъ! Изъ кладбищъ, о которыхъ я говорилъ, нѣтъ ни одного ниже улицъ, по которымъ проведены арыки, и, какъ нарочно, всѣ кладбища на возвышенностяхъ, слѣд., стоки изъ могилъ пробираются въ арыки, ничѣмъ не защищенные отъ просачиванія въ нихъ жидкостей: они не цементированы, и вода въ нихъ бѣжитъ не по чугуннымъ трубамъ, а по канавѣ, едва уложенной камнями. Изъ арыковъ вода собирается въ резервуары домовыхъ подваловъ, и кто видѣлъ внутренность этихъ кирпичныхъ баковъ съ ихъ толстыми наслоеніями какой-то слизи и плѣсени, тотъ приходитъ въ ужасъ при мысли, что эту воду приходится пить! Эти подвалы наполняютъ, отпирая краны арыковъ, каждыя 2 недѣли; стало-быть, населеніе пьетъ воду, стоявшую 14 дней, а, если бакъ не израсходованъ, то его дополняютъ новой водой, не выпуская старой. Баки эти не очищаются годами, и, если-бы кто и захотѣлъ это сдѣлать, то полная очистка громаднаго резервуара невозможна: онъ закрытъ со всѣхъ сторонъ стѣнами и сводомъ. Стоитъ-ли упоминать еще о томъ, что при полномъ отсутствіи наблюденія за всѣми сѣтями арыковъ для питьевой воды и для вывода нечистотъ изъ отхожихъ мѣстъ и тѣ, и другія должны имѣть сообщеніе.

Изъ всего сказаннаго явствуетъ, что никакихъ санитарныхъ мѣръ противъ заразы здѣсь принять нельзя. Мнѣ скажутъ, что опасную воду можно обеззаразить кипяченіемъ, что ее можно брать изъ чистыхъ источниковъ? На это отвѣчу, что и то, и

[1]) Какъ разстояніе городовъ, такъ и число жителей здѣсь никому точно не извѣстны, ибо Персы еще не додумались ни до переписи жителей, ни до обозначенія верстъ.

[1]) «Лавàши»—огромные блины; когда Персъ купитъ пачку лавашей, онъ перекидываетъ ихъ черезъ плечо или на спину осла, какъ потникъ; сползаетъ лавашъ со спины осла на землю, Персъ этимъ не смущается, опять уложитъ его и везетъ; встрѣчная толпа задѣваетъ за него своими грязными халатами, при тѣснотѣ опираются въ лавашъ руками, чтобы оттолкнуть съ дороги ослика и т. д.

другое здѣсь очень трудно. Вода, не загрязненная ничѣмъ,—только за городомъ; тамъ есть въ садахъ бассейны, но гдѣ-же гарантія, что водовозъ будетъ ѣздить за 3—4 версты? Онъ, конечно, привезетъ воду изъ уличныхъ арыковъ, чтобы не тратить времени и не мучить своего ослика поѣздкой за городъ. Для этого нужно его постоянно сопровождать. А кипяченіе? Опять-же надо слѣдить за кипяченіемъ самому; прислуга здѣшняя (Персы) еще долго не проникнется убѣжденіемъ, что есть разница между кипяченой водой и водой ихъ ужасныхъ подваловъ. Всѣ просьбы и приказанія въ этомъ отношеніи ихъ удивляютъ, а исполняются только на нашихъ глазахъ [1]).

Вотъ каково санитарное состояніе Тавриза и, надо думать, многихъ и многихъ городовъ Персіи. Напомню, что Тавризъ—резиденція наслѣдника престола...

Правительство Персіи или не вѣритъ въ санитарныя мѣропріятія, или не слыхало о нихъ, но во всякомъ случаѣ Тавризъ и теперь остается въ томъ-же первобытномъ состояніи, въ какомъ были Европейскіе города лѣтъ 500 тому назадъ. Какъ тогда холера и чума пожирали цѣлые города, не встрѣчая противодѣйствія мору, такъ и теперь, въ 1902 г., въ Тавризѣ отъ холеры умерли болѣе 20000 жителей, а многіе еще разбѣжались въ горы по селеніямъ.

Если вѣрить телеграммамъ («Русское Слово», 16 іюля), въ Тегеранѣ въ іюлѣ текущаго года смертность доходила до 1500 чел. въ день, и утихла холера только отъ того, что городъ опустѣлъ, т. е. жители разбѣжались! Очевидцы прошлыхъ эпидемій холеры въ Тавризѣ передаютъ, что во время сильнаго мора жители не только города, но и окрестныхъ деревень собирались здѣсь на базары толпами; молитвами, стрѣляніемъ изъ ружей и другими подобными-же обрядами они думали уменьшить силу смертности. Когда всѣ эти заклинанія не помогаютъ, они разбѣгаются по селеніямъ, а зараза, конечно, послѣ такихъ сборищъ разносится еще сильнѣе.

П. Филатовъ.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физіологія и общая патологія. 717. Д-ра *H. J. Hamburger* и *E. Hekma* (Groningue) въ работѣ *«О кишечномъ сокѣ у людей»* приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Кишечный сокъ человѣка способенъ, по видимому, быстро превращать тростниковый сахаръ; способность эта теряется при кипяченіи; глюкоза и лактоза остаются неизмѣненными подъ вліяніемъ кишечнаго сока. 2. Подобно бѣлкамъ, казеинъ также разлагается кишечнымъ сокомъ, при чемъ продукты перевариванія не представляютъ уже біуретовой реакціи. 3. Целлюлоза, по видимому, не переваривается кишечнымъ сокомъ. 4. Питаніе больного исключительно бѣлками или углеводами не оказывало, по видимому, никакого вліянія ни на количество выдѣляемаго кишечнаго сока, ни на его составъ, ни на его дѣятельность (не слѣдуетъ, однако, забывать, что опыты авторовъ продолжались всего 3 дня). 5. Назначеніе раствора Na^2SO^4 не оказывало никакого вліянія ни на выдѣленіе кишечнаго сока, ни на его составъ, ни на его дѣятельность; также не имѣла вліянія на кишечный сокъ клизма изъ раствора NaCl, между тѣмъ вытяжка квассіи, назначаемая внутрь, увеличивала выдѣленіе кишечнаго сока. 6. Параллельно усиленію выдѣленія кишечнаго сока, подъ вліяніемъ сильнаго мѣстнаго раздраженія каучуковой трубкой, отдѣленіе зимолизина также увеличивалось. Количество зимолизина кишечнаго сока постоянно какъ при сильномъ, такъ и при слабомъ раздраженіи. Изъ этого слѣдуетъ, что мѣстное раздраженіе не оказываетъ замѣтнаго вліянія на количество выдѣляемой жидкости, но только на выдѣленіе зимолизина (entérokinase) (Journal de physiologie et de pathologie générale, № 1). *И. Вирскій.*

[1]) Чтобы избѣжать воды изъ своего подвала, я долго нанималъ водоноса (сучи), чтобы онъ приносилъ мнѣ воду изъ глубокаго колодца, о которомъ мнѣ говорили, что это единственный въ нашемъ кварталѣ источникъ хорошей воды. Какъ-то я пошелъ осмотрѣть его. Это оказался не колодецъ, а тотъ-же арыкъ, но ушедшій въ этомъ мѣстѣ въ глубину. Къ водотеку идетъ спускъ по ступенькамъ; я сошелъ внизъ и увидѣлъ, что въ этомъ ручьѣ 2 Персіянки мыли бѣлье, а, чтобы было удобнѣе, онѣ запрудили водотекъ камнями!

718. *Leonard K. Hirshberg*, изслѣдуя причины возникновенія лихорадки въ Roland-Park (Baltimor), нашелъ, что дѣйствительными *переносчиками чужеядныхъ болотной лихорадки* является не Anopheles punctipennis, водящійся здѣсь, а другой видъ—Anopheles maculipennis, распространенный на Восточномъ берегу Maryland'а, гдѣ лихорадка свирѣпствуетъ эндемически. Добывъ личинки Anopheles punctipennis, длина которыхъ не превышаетъ 2,4—8,1 млм., а равно, въ цѣляхъ провѣрки и личинки Anopheles maculipennis, авторъ выращивалъ ихъ и давалъ поочередно взрослой самкѣ того и другого вида кусать ладонь или мочку уха у больнаго болотной лихорадкой, вслѣдствіе чего онѣ какъ-бы опухали отъ насосанной крови; затѣмъ въ теченіи нѣсколькихъ дней выдерживалъ ихъ при 30°, подвергалъ наркозу и изслѣдовалъ ихъ на присутствіе чужеядныхъ болотной лихорадки. Оказалось, что изъ 48 наблюденій ни въ одномъ нельзя было установить наличности чужеядныхъ въ кишечныхъ стѣнкахъ Anopheles punctipennis, тогда какъ изъ 48 повѣрочныхъ опытовъ чужеядныя эти были найдены въ 8 случаяхъ въ различныхъ ступеняхъ развитія въ желудочной и кишечной стѣнкѣ, въ разныхъ полостяхъ и слюнныхъ железахъ Anopheles maculipennis. Сравнительно ничтожное число случаевъ, въ которыхъ удалось найти чужеядныхъ у A. maculipennis, авторъ объясняетъ недостаточной точностью опыта и, сопоставляя географическое распространеніе лихорадки лишь съ наибольшимъ распространеніемъ A. maculipennis, а не A. punctipennis, считаетъ достаточно обоснованнымъ свое заключеніе, что Anopheles punctipennis лихорадки не переносятъ (Johns Hopkins Hospital Bulletin). *Л. Имасъ.*

Физіологическая и патологическая химія. 719. Т. наз. «бѣлокъ» мочи, какъ извѣстно, не представляетъ изъ себя однороднаго тѣла и состоитъ изъ смѣси нѣсколькихъ бѣлковыхъ тѣлъ, а именно: фибриногена (фибринглобулинъ), эуглобулина, псейдоглобулина и альбумина. Въ виду того, что изслѣдованія послѣдняго времени обнаружили, что количественное содержаніе каждаго изъ этихъ бѣлковъ въ мочевомъ бѣлкѣ находится въ связи со степенью патологическаго измѣненія почки, то ч. пр. *A. Oswald* (Zürich) предлагаетъ *простой клиническій способъ количественнаго опредѣленія каждаго изъ бѣлковъ мочи въ отдѣльности.* Способъ этотъ представляетъ изъ себя сочетаніе обычнаго способа *Esbach*'а дробнымъ осажденіемъ каждаго изъ бѣлковъ при помощи среднихъ солей. Производится онъ слѣдующимъ образомъ: необходимо запастись 4-мя *Esbach*'овскими альбуминометрами. Въ 1-мъ изъ нихъ (A) производится обычное опредѣленіе общаго количества бѣлка. 2-ой, 3-ій и 4-ый наполняются до мѣтки U мочей и, кромѣ того, потребнымъ для осажденія соотвѣтственнаго бѣлка количествомъ насыщеннаго раствора сѣрнокислаго аммонія. Такъ во 2-ой альбуминометръ (B) прибавляютъ столько раствора, чтобы объемъ его относился къ объему мочи, какъ 2,8 къ 7,2, что соотвѣтствуетъ объемному насыщенію въ 28%. Здѣсь произойдетъ осажденіе фибриногена. Въ 3-ій альбуминометръ (C) прибавляютъ столько насыщеннаго раствора сѣрнокислаго аммонія, чтобы получилось отношеніе 3,6 къ 6,4, т. е. насыщеніе въ 36%—произойдетъ выпаденіе эйглобулина + фибриногена. Наконецъ, въ 4-ый альбуминометръ (D) прибавляютъ равный объемъ раствора, такъ что получается насыщеніе въ 50% и выпадаетъ псейдоглобулинъ и другіе бѣлки, кромѣ альбумина. Чтобы облегчить себѣ отмѣриваніе раствора сѣрнокислаго амміака, можно разъ на всегда отмѣтить на каждомъ альбуминометрѣ черту, до которой слѣдуетъ наливать жидкость. Послѣ того, какъ растворъ прилитъ, пробирки закрываютъ пробкой, нѣсколько разъ взбалтываютъ и оставляютъ стоять нѣсколько часовъ (лучше до 24 часовъ). Если образовавшійся осадокъ хорошо осѣлъ на дно сосуда, то жидкость надъ нимъ осторожно снимаютъ пипеткой, а осадокъ растворяютъ въ незначительномъ количествѣ воды (для ускоренія растворенія можно прибавить немного соды), затѣмъ доливаютъ воды до мѣтки U, прибавляютъ *Esbach*'овскаго реактива до мѣтки R и оставляютъ стоять 24 часа, какъ при обычномъ опредѣленіи бѣлка по *Esbach*'у. Если при осажденіи сѣрнокислымъ аммоніемъ осадокъ не отдѣляется хорошо при отстаиваніи,

то его собираютъ на маленькій фильтръ, затѣмъ кладутъ послѣдній вмѣстѣ съ осадкомъ въ небольшую чашку и здѣсь растворяютъ въ небольшомъ количествѣ воды. Если при раствореніи была прибавлена сода, то передъ приливаніемъ *Esbach*'овскаго реактива слѣдуетъ прибавить къ жидкости уксусной кислоты до ясно кислой реакціи. Результатъ опредѣляется слѣдующимъ образомъ: Альбуминометръ А покажетъ сумму всѣхъ бѣлковъ, В—количество фибриногена, С—В даетъ количество эйглобулина, D—С—количество псейдоглобулина, А—D—количество альбумина. Изслѣдованія послѣдняго времени обнаружили, что при острыхъ воспаленіяхъ почекъ количество эйглобулина значительно превышаетъ количество псейдоглобулина, особенно много эйглобулина наблюдается при амилоидѣ почекъ. Возможно, что дальнѣйшія изслѣдованія въ этомъ направленіи обнаружатъ еще другія важныя для распознаванія данныя (Münchener medicinische Wochenschrift, № 34). *А. Коварскій.*

Фармакологія 720. Д-ръ *Engels* (Berlin) хвалитъ *стираколъ* (*Styracol*), представляющій соединеніе гуаякола и коричной кислоты, какъ *обеззараживающее кишечникъ и дѣйствующее противъ поносовъ средство.* Это безцвѣтное, кристаллическое вещество, безъ запаха и почти безъ вкуса, нерастворимое ни въ водѣ, ни въ слабыхъ кислотахъ и щелочахъ; растворяется лишь въ 40 частяхъ спирта и очень легко въ хлороформѣ. Вслѣдствіе своей нерастворимости въ водѣ и кислотахъ препаратъ этотъ проходитъ неизмѣненнымъ черезъ желудокъ и расщепляется на свои составныя части только въ кишечникѣ, чѣмъ и объясняется его обеззараживающее и противопоносное дѣйствіе. Назначаютъ: груднымъ дѣтямъ по 0,25 грм., 4 раза въ день, старшимъ дѣтямъ 0,5 грм., 3 раза въ день, взрослымъ отъ 1,0 грм., 3—4 раза въ день; такъ какъ средство совершенно неядовито, то, если нѣтъ успѣха въ первые дни лѣченія, можно смѣло прибавлять черезъ каждые 2—3 дня по 0,25—0,5 грм. на каждый пріемъ. Однако и здѣсь, какъ и при всѣхъ гуаяколовыхъ препаратахъ, нужно имѣть въ виду, что большіе пріемы лѣкарства излишни и лишь обременяютъ организмъ (Therapie der Gegenwart, августъ). *А. Коварскій.*

Внутреннія болѣзни. 721. Слѣдуя указанію д-ра *Feilchenfeld*'а, д-ръ *B. Leick* (Berlin) примѣнялъ *въ одномъ случаѣ несахарнаго мочеизнуренія подкожныя впрыскиванія стрихнина.*

Больной, болѣзнь у котораго развилась послѣ паденія съ лѣстницы, замѣтно поправился подъ вліяніемъ впрыскиваній (начиная съ 0,0025 и восходя до 0,05; всего сдѣлано 15 впрыскиваній въ теченіи 20 дней); количество мочи понизилось съ 8000 до 3400; уменьшеніе количества ея продолжалось даже тогда, когда впрыскиванія были прекращены, и въ дальнѣйшемъ понизилось до 2400 к. стм. Дѣйствіе лѣченія продолжалось все время пребыванія (4 недѣли послѣ прекращенія впрыскиваній) больного въ больницѣ, такъ что авторъ думаетъ, что возвратъ мало вѣроятенъ; однако онъ не рѣшается признать въ данномъ случаѣ полнаго излѣченія болѣзни. Дѣло въ томъ, что, не смотря на улучшеніе общаго состоянія и уменьшеніе количества мочи, уд. вѣсъ послѣдней все время оставался низкимъ (въ среднемъ 1004). Объ излѣченіи-же можно было-бы говорить лишь тогда, когда концентрація мочи стала бы нормальной.

Авторъ тѣмъ не менѣе совѣтуетъ примѣнять этотъ способъ лѣченія во всѣхъ случаяхъ несахарнаго мочеизнуренія, такъ какъ улучшеніе состоянія больного при немъ очень значительно (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 33). *А. Коварскій.*

722. Д-ра *S. Heichelheim* и *H. Kramer* (изъ клиники проф. *Riegel*'я въ Giessen'ѣ) произвели рядъ *сравнительныхъ изслѣдованій надъ дѣйствіемъ соляной кислоты, соляной кислоты съ пепсиномъ и т. наз. гастерины* (Gasterine) (представляющей изъ себя чистый желудочный сокъ собаки) при пониженной желудочной кислотности и отсутствіи ея (hypochylia и achylia gastrica). Для изслѣдованія выбраны были такіе больные, у которыхъ послѣ повторныхъ изслѣдованій желудочнаго содержимаго послѣ пробнаго завтрака обнаружено отсутствіе или рѣзкое пониженіе содержанія соляной кислоты или пепсина. Этимъ больнымъ давались тогда внутрь небольшія порціи (20 к. стм.) гастерины или соляной кислоты съ пепсиномъ, а затѣмъ производилось изслѣдованіе желудочнаго содержимаго послѣ пробнаго завтрака въ тотъ-же самый часъ, какъ и при провѣрочныхъ изслѣдованіяхъ. Всего было изслѣдовано 11 больныхъ, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ получали сначала гастерину; затѣмъ послѣ перерыва въ нѣсколько дней соляную кислоту съ пепсиномъ и, наконецъ, послѣ вторичнаго перерыва только соляную кислоту. Растворъ соляной кислоты съ пепсиномъ приготовлялся такъ, что въ 100 к. стм. децинормальнаго раствора соляной кислоты разводилось 5 грм., нѣмецкаго пепсина *Withe*; жидкость вводилась или черезъ зондъ, или больные выпивали ее черезъ стеклянныя трубочки. Въ результатѣ изслѣдованій оказалось, что прочнаго успѣха ни отъ одного изъ препаратовъ не получилось. Что касается временного улучшенія пищеваренія, то дѣйствіе гастерины оказалось нисколько не лучше, чѣмъ дѣйствіе соляной кислоты съ пепсиномъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ одна лишь соляная кислота давала тѣ же результаты, что и гастерина. Въ виду того, что послѣдняя дѣйствуетъ замѣтно лишь тогда, когда вводятъ внутрь значительныя количества ея (100—150 к. стм.), стоящія очень дорого, авторы думаютъ, что ее съ одинаковымъ успѣхомъ можно замѣнить соляной кислотой или соляной кислотой съ пепсиномъ. Вообще примѣненіе соляной кислоты при пониженной желудочной кислотности или отсутствіи ея на ряду съ діэтетическимъ лѣченіемъ, по мнѣнію авторовъ, показано во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это болѣзненное состояніе сопровождается потерей позыва на ѣду, броженіемъ въ желудкѣ и поносами (Münchener medicinische Wochenschrift, № 32). *А. Коварскій.*

723. Д-ръ *Walter Erb* (Wiesbaden) изслѣдовалъ другой *препаратъ «натуральнаго» желудочнаго сока свиньи* т. наз. *диспептину* (dyspeptine) д-ра *Hepp*'а, при чемъ нашелъ, что препаратъ этотъ совершенно не содержитъ свободной соляной кислоты и содержитъ лишь очень незначительныя количества пепсина, которыя при отсутствіи кислоты, конечно, дѣйствія не обнаруживаютъ. Причину такого отсутствія переваривающихъ свойствъ въ полученномъ по способу проф. *И. П. Павлова* изъ вторичнаго желудка свиньи сока, авторъ видитъ въ томъ, что сокъ этотъ представляетъ изъ себя т. наз. патологическій желудочный сокъ. Такой сокъ, какъ это уже было отмѣчено проф. *И. П. Павловымъ* и др., иногда выдѣляется, вмѣсто нормальнаго, изъ искусственно сдѣланнаго вторичнаго желудка и отличается тѣмъ, что совсѣмъ не содержитъ свободной соляной кислоты и лишь крайне ничтожныя количества пепсина. Понятно, что такой сокъ не можетъ имѣть того благопріятнаго дѣйствія на пищевареніе, какое приписывается ему д-ромъ *Hepp*'омъ. Диспептину изслѣдовали д-ра *Heichelheim* и *Kramer* и также не могли открыть въ ней ни соляной кислоты, ни даже пепсина. *Erb* думаетъ, что вообще слѣдуетъ отказаться отъ мысли пустить въ продажу препараты естественнаго желудочнаго сока, такъ какъ оказалось, что при стояніи дѣйствіе пепсина постепенно ослабѣваетъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 32). *А. Коварскій.*

724. Д-ръ *Kornél v. Láng*, оттѣнивъ благотворное вліяніе растительной пищи, особенно свѣжихъ овощей, на *подагру*, и на мочекислое худосочіе вообще, объясняемое *Weiss*'омъ содержаніемъ въ нихъ хинной кислоты, изложилъ свои наблюденія надъ *новымъ средствомъ, растворяющимъ мочевую кислоту—урозиномъ.* Послѣдній представляетъ соединеніе хинной кислоты, весьма горькой на вкусъ и трудно растворимой въ водѣ, но обладающей способностью переводить мочевую кислоту въ болѣе растворимую гиппуровую (при соединеніи съ гликогеномъ), съ лимоннокислымъ литіемъ, обладающимъ въ свою очередь, мочегоннымъ дѣйствіемъ.

Авторъ привелъ исторію болѣзни женщины, 41 г., весьма тучной, страдавшей въ теченіи 4 лѣтъ, по 1—2 раза въ годъ, приступами подагры, длившимися 5—9 дней и едва смягчаемыми впрыскиваніями морфія, у которой назначеніе табличекъ, съ содержаніемъ 0,5 грм. урозина, не только быстро устранило боли, но и содѣйствовало возстановленію подвижности пораженнаго сустава.

Подтвердивъ такимъ образомъ одобряющіе отзывы авторовъ, испытывавшихъ уже ранѣе урозинъ, авторъ высказалъ сожалѣніе о его значительной дороговизнѣ и описалъ

существующія въ продажѣ заготовки его, добавивъ, что прибавленіе урозина, въ количествѣ 4‰, къ водамъ, обычно примѣняемымъ при подагрѣ, поставитъ таковыя на первое мѣсто не только лѣчебныхъ, но и предохранительныхъ средствъ при указанномъ заболѣваніи, на подобіе дѣйствія салициловой кислоты при ревматизмѣ и хинина при болотной лихорадкѣ (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, № 9). *Г. Александровъ.*

Хирургическія болѣзни. 725. Основываясь на новѣйшихъ успѣхахъ хирургіи, *Willy Meyer* предлагаетъ слѣдующее *лѣченіе гипертрофіи предстательной железы.* На систематическое примѣненіе катетера нельзя смотрѣть, какъ на нормальный способъ лѣченія. Какъ только наступаетъ время, когда является необходимымъ опоражнивать пузырь при помощи катетера, слѣдуетъ приступать къ операціи. Наиболѣе цѣлесообразной операціей слѣдуетъ считать простатэктомію; она не представляетъ большихъ техническихъ трудностей. Смертность при ней едва достигаетъ 5%. Удаленіе железы черезъ промежность заслуживаетъ предпочтенія передъ надлобковымъ способомъ. При выборѣ оперативнаго пособія нужно сообразоваться съ желаніемъ больного сохранить половую способность. Преклонный возрастъ больного не служитъ противопоказаніемъ къ операціи; рѣшающее значеніе имѣетъ его общее состояніе. Если операторъ не рѣшается примѣнить наркозъ, то можно воспользоваться обезболиваніемъ при помощи поясничнаго прокола. При нежеланіи больного подвергнуться удаленію железы или при наличности какихъ-либо противопоказаній, можно оперировать по способу *Bottini*, дающему также отличные результаты. Такимъ образомъ оба эти способа взаимно дополняютъ другъ друга (Medical Record, 25 іюня). *Ц. О*

726. На основаніи собственнаго наблюденія и 22 наблюденій изъ литературы д-ръ *Arregger* говоритъ о т. наз. *центральныхъ вывихахъ въ бедренномъ суставѣ.*

Больной, 44 л., упалъ при столкновеніи экипажей съ козелъ на землю. Поступилъ на слѣдующій день. Въ правой подвздошной области—легкое выпячиваніе и болѣзненность. Тамъ же прощупывается плотная, напряженная, гладкая опухоль, идущая отъ лобка кверху до верхней передней ости подвздошной кости. При постукиваніи—соотвѣтствующее притупленіе. Въ области правой *Poupart*'овой связки—разлитая припухлость и краснота, доходящія до сѣдалищнаго бугра. Вся область бедреннаго сустава сильно болѣзненна. Черезъ прямую кишку прощупывается выпячиваніе въ правой ½ таза. Сильные позывы на мочеиспусканіе и въ тоже время невозможность произвольнаго опорожненія пузыря. Правая нога вытянута, слегка отведена, укорочена на 1,5 стм.; произвольныхъ движеній нѣтъ, непроизвольныя, за исключеніемъ отведенія и приведенія, свободны. Разстояніе вертела отъ лона справа на 5,5 стм. меньше, чѣмъ слѣва. Большой вертелъ на 1,5 стм. выше *Roser-Nélaton*'овской линіи. Подъ выжидательнымъ лѣченіемъ черезъ 2 мѣсяца значительное улучшеніе: кровоизліяніе разсосалось, стали возможными произвольныя движенія, а спустя годъ больной могъ ходить безъ костылей. Внѣдреніе головки въ полость таза подтверждено и *Röntgen*'овскимъ снимкомъ.

Выводы: Центральный вывихъ бедренной кости встрѣчается рѣдко и вызывается дѣйствіемъ сильнаго удара о большой вертелъ. Главные признаки: поворотъ бедра кнаружи; возможность легко исправить положеніе и немедленный возвратъ его съ прекращеніемъ попытокъ исправленія; укороченіе разстоянія между лобкомъ и большимъ вертеломъ; наличность внѣбрюшиннаго кровоизліянія; выстояніе бедренной головки въ малый тазъ. Изслѣдованіе необходимо производить крайне осторожно въ виду возможнаго сопутствующаго раненія пузыря и кишекъ. Лѣченіе: Если положеніе бедра можно исправить, то слѣдуетъ примѣнить вытяженіе или наложить на бедро и тазъ гипсовую повязку; при неправимой головкѣ—только вытяженіе. Если выстояніе головки вызываетъ разстройства со стороны органовъ таза, то нужно изсѣчь головку; при пораженіяхъ пузыря и кишекъ—соотвѣтствующее вмѣшательство. Въ легкихъ формахъ—теченіе благопріятное, въ тяжелыхъ—смерть отъ shock'а, зараженія или поврежденія внутренностей. Изъ 23 больныхъ выздоровѣли только 16 (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Ф.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 727. Д-ръ *Жученковъ* сообщаетъ слѣдующій *случай ложной опухоли живота.*

Женщина, 17 л., поступила въ клинику 18/x 1902 г. съ жалобой на присутствіе опухоли въ животѣ. Послѣдніе 3½ мѣс. отсутствіе мѣсячныхъ. Беременности не было. До сихъ поръ считала себя совершенно здоровой. 3 мѣс. тому назадъ лихорадка и вскорѣ послѣ нея обнаружилась опухоль. Боли не было, но всегда послѣ ѣды вздутіе живота; для устраненія его больная искусственно вызывала у себя рвоту. Больная истощена. Позывъ на ѣду хорошій, описанныя ею явленія со стороны пищеварительнаго канала продолжаются въ клиникѣ. На низъ правильно. Селезенка слегка увеличена. У верхушки лѣваго легкаго притупленіе и сухіе хрипы. Кашель съ отдѣленіемъ мокроты. Бугорчатковыхъ палочекъ въ ней не находятъ. Животъ своеобразно выпяченъ въ нижней ⅓. При ощупываніи замѣчается опухоль шарообразная, упругой консистенціи, довольно подвижная, ясно выбліющаяся и при изслѣдованіи не болѣзненная. Верхняя граница на 1½ пальца выше пупка, лѣвая на сосковой линіи, правая пальца на 2 кнаружи отъ этой линіи. Нижнимъ отдѣломъ опухоль уходитъ въ полость таза, изъ котораго ее легко удается вывести, при чемъ прощупывается широкій тяжъ, идущій отъ нижней ея поверхности къ правой ½ таза. При постукиваніи опухоли слышенъ тупой звукъ за исключеніемъ самаго верхняго ея отдѣла, гдѣ звукъ слегка барабанный. Матка не увеличена; шейка нормальна. Передній сводъ растянутъ и выпяченъ опухолью шарообразной формы и упругой консистенціи. Это нижній сегментъ вышеописанной опухоли. И матка, и опухоль подвижны въ извѣстныхъ предѣлахъ независимо другъ отъ друга; но если наружными пріемами смѣстить опухоль кверху, насколько это возможно, то матка выходитъ изъ положенія наклоненія впередъ и немного приподнимается кверху. Придатковъ матки прощупать не удается. Распознаваніе—киста праваго яичника. Предполагаются приращенія кишекъ въ верхнемъ отдѣлѣ опухоли. 23/x—чревосѣченіе. Оказалось, что опухоль была ничто иное, какъ часть сросшихся тонкихъ кишекъ, растянутыхъ содержимымъ вслѣдствіе сдавленія нижележащаго отдѣла. Какъ только во время операціи препятствіе было устранено, характеръ опухоли измѣнился и распознаваніе ея сдѣлалось легко. Опухоль была заключена въ довольно плотный, съ гладкой поверхностью мѣшокъ, вокругъ обширныя сращенія. Распознаваніе послѣ операціи колебалось между зажившимъ бугорчатковымъ перитонитомъ и—въ виду гладкой поверхности мѣшка и строенія его стѣнокъ (эндотелій съ обѣихъ сторонъ)—хронической формой внутренняго ущемленія. Наиболѣе вѣроятно предположеніе о происхожденіи мѣшка изъ межсигмоидной ямки (Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, декабрь, 1903 г.). *А. Г—ръ.*

728. Проф. *Krönig* въ своемъ сообщеніи приводитъ *результаты чревосѣченія по видоизмѣненному имъ способу Wertheim*'а, касающіеся 24-хъ случаевъ *полнаго удаленія раковоперерожденной матки.* Измѣненія заключаются въ раннемъ отдѣленіи мочеточниковъ, въ сшиваніи остатка передней влагалищной стѣнки съ задней стѣнкой отсепарованнаго отъ нея въ началѣ операціи пузыря и, наконецъ, въ возможномъ уменьшеніи раневой соединительнотканной поверхности, при чемъ брюшина *Douglas*'ова пространства соединяется съ задней влагалищной стѣнкой, а раневая поверхность, соотвѣтствующая подвздошной кости, снова прикрывается брюшиной. Пузырно-маточная брюшина сшивается съ брюшиной *Douglas*'ова пространства. % смертности послѣ операціи 3,8. % подлежащихъ оперированію случаевъ у *Krönig*'а 64,7. % этотъ очень значителенъ и гораздо выше, чѣмъ при влагалищной операціи, вслѣдствіе большей доступности параметрія. Число переносовъ въ лимфатическія железы соотвѣтствуетъ 39%, принимая во вниманіе только макроскопическое изслѣдованіе. *Krönig* надѣется, что употребляемый имъ способъ при нѣкоторыхъ улучшеніяхъ въ техникѣ дастъ въ близкомъ будущемъ первичные результаты, которые не будутъ уступать таковымъ при влагалищномъ удаленіи матки. Послѣоперативное теченіе поддерживаетъ эту надежду, такъ какъ способъ *Krönig*'а устраняетъ омертвѣніе мочеточниковъ, ограничиваетъ послѣоперационный циститъ, уменьшаетъ опасность наступленія флегмоны и тѣмъ самымъ до извѣстной степени нагноенія брюшныхъ стѣнокъ. *Krönig* на основаніи своихъ случаевъ считаетъ возможнымъ излѣченіе даже тогда, когда поражены мочеточники и пузырь, и надѣется также на возможность продолжительнаго излѣченія и при пораженіи подчревныхъ и крестцовыхъ железъ. Въ случаяхъ такого широкаго распространенія раковаго новообразованія онъ употребляетъ поперечный разрѣзъ по *Pfannenstiel*'ю, но не ограничивается имъ, а перерѣзываетъ еще прямыя мышцы живота. Кромѣ того, *Krönig* примѣняетъ еще иногда временное или постоянное сшиваніе отсепарованнаго фасціо-брюшиннаго лоскута передней брюшной стѣнки съ брюшиной *Douglas*'ова пространства, помѣщая такимъ образомъ раневую поверхность внѣбрюшинно. Преимущества образо-

ванія такой перегородки заключаются въ ослабленіи операціоннаго шока, въ уменьшеніи вѣроятности наступленія общаго перитонита, въ устраненіи возможности проникновенія мочи въ брюшную полость. Недостатки такого образа дѣйствій состоятъ въ полученіи слишкомъ обширныхъ раневыхъ поверхностей, большой раневой полости; кромѣ того, въ первое время послѣ операціи наступаетъ недостаточность дѣйствій брюшного пресса на мочевой пузырь со всѣми ея послѣдствіями; брюшная рана также заживаетъ хуже. *Krönig* тѣмъ не менѣе считаетъ поперечный разрѣзъ неизбѣжнымъ при обширныхъ пораженіяхъ сосѣднихъ съ маткой органовъ (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XIX, тетр. 2). *А Г—ръ.*

Болѣзни уха. 729. Д-ръ *L. Braunstein*, изслѣдуя *вліяніе телефонированія на слухъ*, нашелъ, что нарушенія такового при профессіональномъ телефонированіи возникаютъ обычно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уши ранѣе были уже не совсѣмъ здоровы. Усиленное телефонированіе неоднократно служило причиною нервныхъ явленій, преобладающими припадками которыхъ были: слуховая гиперэстезія, чувство давленія въ ушахъ и наростающее пониженіе слуха. Авторъ изслѣдовалъ уши и слухъ у 240 служащихъ, при телефонахъ въ München'ѣ, изъ которыхъ большинство уже служило около 3 лѣтъ и ни у одного изъ нихъ за все время страданій ушей не наблюдалось. Въ 2-хъ случаяхъ телефонистки были поражены молніей.

Одна изъ нихъ, слабая, нервная дѣвушка, ранѣе страдала болями, особенно въ правомъ ухѣ, но безъ пораженія слуха; спустя 2 мѣсяца послѣ изслѣдованія названный электрическій раздражитель подѣйствовалъ на ея лѣвое ухо; барабанная перепонка рѣзко покраснѣла, слухъ значительно понизился; чрезъ нѣсколько дней перепонка втянулась, свѣтовой конусъ исчезъ; но затѣмъ слухъ улучшился и снова сталъ обычнымъ.

Въ другомъ случаѣ, хотя пострадавшая и упала въ обморокъ, но слухъ ея остался нормальнымъ.

Въ 1 случаѣ *Heeremann*'а при электрическомъ разрѣженіи наблюдались признаки *Menière*'а; появилась болѣе рѣзкая воспріимчивость слуха къ шуму; слухъ понизился до воспріятія шопота на разстояніи 7 стм., но затѣмъ улучшился до нормальнаго разстоянія (Archiv für Ohrenheilkd., т. 59, по пер. Deutsche Medicinal-Zeitung). *Г. А.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ акушерства и женскихъ болѣзней. (Отчетъ *В. Г. Лѣсового*). (Продолженіе. См. № 36, стр. 1226). Программный вопросъ—«*О показаніяхъ къ оперативнымъ пособіямъ и выжидательному способу при узкомъ тазѣ*». *В. А. Столыпинскій. О показаніяхъ къ эмбріотоміи вообще и декапитаціи въ частности.* Для эмбріотоміи, обыкновенно примѣняемой при т. наз. запущенномъ или «вколоченномъ» поперечномъ положеніи плода, въ настоящее время нѣтъ ни строго установленныхъ показаній, ни достаточно выработанной техники. Въ Петербургскомъ родовспомогательномъ заведеніи за послѣднія 18 лѣтъ на 67000 родовъ эмбріотомія была произведена 23 раза, т. е. въ 0,03%. Почти тотъ же % выведенъ для Петербургскаго повивальнаго Института. Въ мѣстахъ, болѣе отдаленныхъ отъ центровъ, % эмбріотомій поднимается, такъ какъ чаще встрѣчаются запущенные роды; напр., по отчету акушерской клиники Казанскаго Университета съ 1876 г. по 1887 г. на 966 родовъ эмбріотомія была произведена 3 раза, т. е. въ 0,3% всѣхъ родовъ; тотъ-же % выведенъ Казанской акушерской клиникой за время съ 1887 г. по 1893 г. Большинство авторовъ считаютъ показанной эмбріотомію въ собственномъ смыслѣ этого слова въ такихъ случаяхъ запущеннаго поперечнаго положенія, въ которыхъ ближе всего къ таковому входу предлежитъ бокъ (ребра) или спинка, а декапитацію—въ случаяхъ предлежанія плечика съ выпавшей ручкой. Предлежаніе бока, а тѣмъ болѣе спинки при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ встрѣчается чрезвычайно рѣдко; чаще всего такіе случаи осложняются выпаденіемъ ручки; слѣд., предлежащею частью будетъ соотвѣтствующее плечо, въ значительной степени затрудняющее производство эмбріотоміи. Выпавшая ручка resp. предлежащее вколоченное плечико есть показаніе къ болѣе быстрой и цѣлесообразной оперативной помощи—къ декапитаціи. Авторъ привелъ 23 случая запущеннаго поперечнаго положенія, изъ которыхъ въ 16 случаяхъ была сдѣлана декапитація и въ 7—эмбріотомія въ собственномъ смыслѣ этого слова (evisceratio, spondylotomia и пр.). Въ 4 изъ этихъ послѣднихъ эмбріотомія не имѣла успѣха и замѣнена была декапитаціей, а въ 1—поворотомъ. Такимъ образомъ на 23 случая запущеннаго поперечнаго положенія эмбріотомія была выполнена только 2 раза. По отчету Казанской акушерской клиники изъ 3 случаевъ эмбріотоміи въ 1 она окончена была декапитаціей и въ 1—поворотомъ. Изъ этого слѣдуетъ, что эмбріотомія примѣнима только въ исключительныхъ случаяхъ запущеннаго поперечнаго положенія, при мацерированныхъ или недоношенныхъ плодахъ, въ рѣдкихъ случаяхъ уродливостей плода и т. д. Техника операціи—самая неопредѣленная. *Schröder*, *Skutsch*, *Döderlein* и др. начинаютъ эмбріотомію съ прокола грудной клѣтки и черезъ это отверстіе удаляютъ по частямъ сначала органы грудной полости, а послѣ разрыва грудобрюшной преграды и органы брюшной полости. Если это не удается, то совѣтуютъ *(Schröder*, *Ahlfeld)* сдѣлать новое отверстіе въ брюшныхъ покровахъ и отсюда вынимать брюшныя внутренности и т. д. За исключеніемъ эмбріотома проф. *Н. Н. Феноменова* и брефотома покойнаго проф. *И. П. Лазаревича* инструментовъ для эмбріотоміи нѣтъ. Личный опытъ автора убѣдилъ его, что эмбріотомія—очень трудная операція и можетъ производиться только въ очень ограниченныхъ случаяхъ, что при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ съ успѣхомъ можетъ и должна быть примѣняема декапитація. Чтобы не вводить въ заблужденіе врачей, начинающихъ акушерскую практику, желательно было-бы совсѣмъ не совѣтовать дѣлать эту операцію ни при какихъ положеніяхъ плода. Декапитацію авторъ производитъ по способу проф. *Н. Н. Феноменова*, т. е. отрѣзываетъ шею плода особыми острыми ножницами (эмбріотомомъ), предварительно захвативъ ее крючкомъ *Braun*'а, или только удерживая за выпавшую ручку.

Б. И. Ахшарумовъ. Объ извлеченіи послѣдующей головки при различныхъ формахъ узкихъ тазовъ. Не смотря на обширную литературу и подробную разработку классическихъ способовъ освобожденія послѣдующей головки, техника этой операціи при съуженіяхъ таза не вполнѣ разработана. Для извлеченія послѣдующей головки въ случаяхъ съуженія таза нерѣдко приходится употреблять значительныя усилія, несомнѣнно, вредныя для ребенка, когда онъ остается живымъ. Вдавленія, надломы, переломы черепныхъ костей, наблюдаемыя при подобныхъ условіяхъ, влекутъ за собой въ извѣстномъ % случаевъ мозговыя заболѣванія (параличи, эклампсію, идіотизмъ и т. д.). Въ виду этого надо стремиться не только къ тому, чтобы освобождать головку какъ можно быстрѣе, развивая значительную силу, но и стараться производить эту операцію, по возможности щадя головку. Этого можно достигнуть только однимъ путемъ, а именно—всегда стараясь проводить головку чрезъ тазовое кольцо такъ, чтобы ея наименьшіе размѣры совпали съ наиболѣе съуженными размѣрами таза. Изъ этого вытекаетъ необходимость производить при разныхъ формахъ узкихъ тазовъ соотвѣтствующую искусственную установку головки. На основаніи литературныхъ данныхъ, теоретическихъ соображеній и собственныхъ опытовъ докладчикъ предлагаетъ при плоскихъ тазахъ проводить головку чрезъ входъ таза въ поперечномъ его размѣрѣ въ положеніи среднемъ между сгибаніемъ и разгибаніемъ. При общесъуженныхъ тазахъ, наоборотъ, слѣдуетъ сильно сгибать головку, устанавливая ее въ одномъ изъ косыхъ размѣровъ выхода. Въ обоихъ случаяхъ громадное значеніе имѣетъ давленіе на головку *снаружи*, производимое сознательно дѣйствующимъ помощникомъ (3-ручный способъ *Döderlein*'а). Общесъуженные плоскіе тазы въ высшей степени неблагопріятны для извлеченія послѣдующей головки. При косыхъ тазахъ докладчикъ указываетъ на возможность проводить затылокъ чрезъ широкую $^1/_2$ таза. Кифотическіе тазы представляютъ единственный видъ съуженія таза, при которомъ можетъ зайти рѣчь о наложеніи щипцевъ на послѣдующую головку.

А. А. Кривскій. Къ вопросу о заднетеменномъ вставленіи. Заднетеменныя вставленія, получившія особый интересъ, благодаря работамъ *Litzmann*'а, представляютъ

одно изъ важныхъ осложненій родовъ при узкомъ тазѣ. Ученіе объ асинклитизмѣ, т. е. о вставленіи головки во входъ въ тазъ не обѣими теменными костями, а которой-нибудь одной изъ нихъ (передній и задній асинклитизмъ], за послѣднее время поддерживается особенно французскими авторами и противопоставляется синклитизму, т. е. вставленію головки съ равномѣрно-опускающимися обѣими теменными костями. Вообще вопросъ о вставленіи головки—вопросъ еще очень темный въ акушерствѣ. Послѣ работъ *Litzmann*'а, давшаго %-ныя отношенія для вставленій, носящихъ его имя, равныя 1,2 на 100 для всѣхъ тазовъ и 10 на 100 тазовъ узкихъ (даже 20 для общенеравномѣрно съуженныхъ) прошли десятки лѣтъ, въ теченіи которыхъ явился рядъ изслѣдованій *Veit*'а, *Farabeuf*'а, *Goenner*'а, *Motta*, *Bollenhagen*'а, *Schatz*'а, *Zangenmeister*'а и др., собравшихъ десятки случаевъ заднетеменныхъ вставленій. Изъ матеріаловъ Петербургскаго родовспомогательнаго заведенія докладчику удалось собрать за 15 лѣтъ, съ 1889 г. по 1903 г., всего 35 случаевъ заднетеменного вставленія, что при среднемъ числѣ родовъ въ 3800 въ годъ даетъ по 1 случаю приблизительно на 1600 родовъ, тогда какъ случаевъ *Naegel*'евскаго склоненія за 9 лѣтъ (съ 1889 г. по 1897 г.) было 46. На основаніи изученія литературы, собраннаго матеріала и небольшого личнаго опыта докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Степени заднетеменного вставленія, предложенныя *Litzmann*'омъ, должны быть оставлены въ силѣ, такъ какъ онѣ даютъ вѣрное представленіе объ описываемомъ случаѣ и % извѣстной степени обусловливаютъ предсказаніе. 2. Наблюденія какъ произвольныхъ родовъ, такъ и заканчиваемыхъ помощью искусства показываютъ, что механизмъ исправленія положенія происходитъ согласно описанію *Veit*'а, а не *Litzmann*'а, т. е. такимъ образомъ, что установившаяся во входѣ задняя теменная кость опускается постепенно глубже въ полость таза, стрѣловидный шовъ постепенно отходитъ отъ лона и неподвижною частью, около которой вращается головка, является мысъ. 3. Заднетеменное вставленіе встрѣтилось въ Петербургскомъ родовспомогательномъ заведеніи при нормальныхъ тазахъ—6 разъ, при плоскихъ 9, при общесъуженныхъ 16, при общесъуженно-плоскихъ 4 раза. 4. На 35 случаевъ 3-ья степень заднетеменныхъ вставленій встрѣтилась лишь 1 разъ (случай затянувшихся родовъ при нормальномъ тазѣ; большой ребенокъ; исходъ благополучный для матери и плода), 1-ая степень—16 разъ и 2-ая—15 (въ 3 случаяхъ степень не опредѣлена). 5. Въ 18 случаяхъ имѣлось дѣло съ первородящими, что находится въ соотвѣтствіи съ авторами, довольно единодушно указывающими на большую частоту заднетеменного вставленія у первородящихъ, чему у нихъ способствуютъ 2 условія: большая упругость брюшныхъ стѣнокъ и большая фиксація головки къ началу родовъ; наоборотъ, женщины съ разслабленными брюшными стѣнками и отвислымъ животомъ, какими чаще бываютъ многородящія, болѣе склонны къ переднетеменнымъ вставленіямъ головки. 8. Средняя продолжительность родовъ для нашихъ случаевъ очень велика = 33,7 час., принимая во вниманіе значительное число среди роженицъ многородящихъ, но можетъ быть объяснена большимъ количествомъ съуженныхъ тазовъ. 7. Роды заканчивались среднимъ числомъ черезъ 15,3 час. послѣ отхода водъ, что является слѣдствіемъ какъ большого числа съуженныхъ тазовъ, такъ и сопряженнаго съ этимъ ранняго отхода водъ, а, съ другой стороны, слѣдствіемъ сохраняющаго способа веденія родовъ, о чемъ свидѣтельствуютъ свѣдѣнія объ оперативномъ вмѣшательствѣ (см. ниже). Нѣкоторые авторы (*Motta*, *Zangenmeister*) приписываютъ преждевременному отхожденію водъ этіологическое значеніе въ происхожденіи заднетеменного вставленія. 8. Распредѣляя случаи по *Zangenmeister*'у на первичные, образовавшіеся до отхода водъ и опредѣленные при цѣломъ пузырѣ, и вторичные, образовавшіеся послѣ отхода водъ, получимъ среди нашихъ 4 случая 1-го рода и 9 2-го; въ остальныхъ не удалось опредѣлить, когда было установлено заднетеменное вставленіе. 9. За исключеніемъ 5 случаевъ, закончившихся произвольно, въ остальныхъ пришлось прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству, при чемъ показаніемъ къ нему служили чаще всего образованіе кольца сокращенія и признаки угрожающаго разрыва матки (7 случаевъ), затянувшіеся роды въ связи съ утомленіемъ роженицы (6 сл.), далѣе съуженіе таза и соединенное съ нимъ неправильное вставленіе, какъ таковое (3 сл.), начинающаяся асфиксія плода (4 сл.) и единичные случаи эклямпсіи, начинающейся гематомы влагалища и др. 10. Что касается оперативнаго вмѣшательства, то нужно сказать, что, хотя и пришлось прибѣгать къ нему дов. часто, но все-же не всегда, и показаніемъ для того, какъ было сказано, служили затянувшіеся роды съ ихъ послѣдствіями (угрожающіе признаки растяженія нижняго сегмента, асфиксія плода, неправильныя боли и пр.); были и особыя показанія, какъ-бы случайныя; обзоръ случаевъ показываетъ также, что часто приходилось прибѣгать къ оперативному вмѣшательству тогда, когда главное дѣло—исправленіе положенія головки, вставленіе въ полость таза—уже было исполнено природой, и силъ ея не хватало только на заключительный моментъ выведенія головки черезъ нижній отдѣлъ таза и мягкія части. 11. При разсмотрѣніи оперативнаго вмѣшательства, въ нашихъ случаяхъ бросается въ глаза отсутствіе поворота,—операціи, которая многими авторами (*Motta, Bollenhagen, Zangenmeister* и др.) предлагается и считается гораздо болѣе выгодной, чѣмъ выжиданіе съ послѣдующимъ наложеніемъ щипцевъ. У насъ-же щипцы (съ оговоркой, изложенной въ предъидущемъ пунктѣ) представляются наиболѣе частой операціей: они были наложены 20 разъ, въ томъ числѣ 1 разъ послѣ лоносѣченія; кромѣ того, въ качествѣ пробныхъ они были наложены 6 разъ, будучи замѣнены прободеніемъ съ краніотракціей; прямо приступлено къ послѣднимъ операціямъ, безъ предварительныхъ щипцевъ, 4 раза. Изъ щипцевъ обыкновенно употреблялись *Busch*'а и *Simpson-Braun*'а, за исключеніемъ случаевъ примѣненія щипцовъ *Tarnier* (4 раза) и *Breuss*'а (1 разъ). 12. Что касается исхода для матерей, то изъ 35 родильницъ послѣродовое состояніе протекало нормально у 30, у 2 были небольшія заболѣванія половыхъ органовъ и 2 умерли (отъ гнилокровія и отъ гнилостнаго перитонита). 13. Изъ дѣтей 21 выписаны изъ подъ наблюденія живыми, 2 умерли вскорѣ послѣ родовъ, 1 родился въ асфиксіи, но не оживленъ, сдѣлано прободеніе 10. 14. Можно высказать надежду, что при большемъ знакомствѣ съ заднетеменнымъ вставленіемъ число случаевъ его будетъ возрастать; нѣкоторые признаки, въ родѣ борозды между выстоящей надъ лономъ головкой и прилежащимъ къ ней плечикомъ (признакъ *Hegar*'а), въ родѣ особаго захожденія костей, передней подъ заднюю и др., заслуживаютъ особаго вниманія, такъ какъ могутъ облегчить распознаваніе въ сомнительныхъ случаяхъ вставленій, когда сильная головная опухоль мѣшаетъ точному опредѣленію положенія.

Проф. *Строгановъ*: Вопросъ объ эмбріотоміи—крайне важенъ, и должно отнестись съ благодарностью къ завѣдующему Отдѣломъ за постановку его къ обсужденію. Я долженъ сказать, что не имѣю обширнаго личнаго опыта въ этомъ отношеніи, какъ, вѣроятно, и всѣ клиницисты, такъ какъ случаевъ запущенныхъ поперечныхъ положеній въ университетскихъ городахъ встрѣчается, къ счастью, все меньше и меньше. Въ Петербургскомъ родовспомогательномъ заведеніи, какъ было сказано, на 60000—70000 родовъ было всего 23—24 эмбріотоміи. *Fritsch* говоритъ въ «Клиникѣ акушерскихъ операцій», что онъ сдѣлалъ 12 эмбріотомій. Я ихъ сдѣлалъ 9. На основаніи литературныхъ данныхъ, личнаго опыта и устныхъ сообщеній (нѣкоторые земскіе врачи продѣлывали по 15—20 эмбріотомій) я не могу согласиться съ тѣмъ, что эмбріотомія въ формѣ eviscerati'и, spondylotomi'и должна быть почти выброшена за бортъ. Мнѣ приходилось оперировать роженицъ, у которыхъ она являлась наиболѣе цѣлесообразной и выгодной. Вполнѣ соглашаясь съ докладчикомъ, что въ большинствѣ случаевъ обезглавливаніе представляется операціей наиболѣе цѣлесообразной, считаю необходимымъ отмѣтить, что во многихъ случаяхъ до шейки плода достигнуть рукой невозможно, а именно, во 1-хъ, тогда, когда бокъ плода уже вколотился въ полость малаго таза, и, во 2-хъ, когда имѣется предлежаніе бока при продолжительныхъ родахъ съ рѣзкимъ растяженіемъ нижняго сегмента, иногда соединеннымъ со столбнякомъ матки и малымъ раскрытіемъ зѣва. Проникать рукой до шейки здѣсь очень опасно. Въ первомъ случаѣ, т. е. при начавшемся самоизворотѣ evisceratio даетъ тѣмъ лучшій результатъ, чѣмъ самоизворотъ болѣе совершился. Во второмъ случаѣ, т. е. при неподвижномъ плодѣ, судорожно обхва-

ченномъ маткой, съ растяженіемъ нижняго сегмента ея, показуется spondylotomia; evisceratio въ этомъ случаѣ показана лишь какъ добавочная, второстепенная операція. При современномъ положеніи оперативнаго акушерства въ случаяхъ запущенныхъ поперечныхъ положеній при живомъ плодѣ, гдѣ поворотъ признанъ невозможнымъ, можетъ и долженъ быть поставленъ вопросъ о примѣненіи кесарскаго сѣченія. Докладъ д-ра *Ахшарумова* есть хорошее резюме общепризнанныхъ положеній. Позволю себѣ сдѣлать небольшое дополненіе. Проведя головку черезъ входъ плоскаго таза, особенно простого плоскаго, если она задерживается надъ узкостью, мы должны сгибать ее и способствовать повороту затылка впередъ. Наложеніе щипцевъ на послѣдующую головку при кифотическомъ тазѣ, какъ и при другихъ узкихъ тазахъ, едва-ли дастъ живой плодъ.

Ч. пр. *Поповъ* много лѣтъ примѣняетъ при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ обезглавливаніе при помощи крѣпкихъ, длинныхъ ножницъ, изогнутыхъ по ребру. Разъединивъ шейку, онъ извлекаетъ туловище простымъ потягиваніемъ за выпавшую или выведенную ручку, а головку при помощи *Mikeix*'евскихъ или пулевыхъ щипцевъ и давленія черезъ брюшные покровы. Крючка *Braun*'а онъ не примѣняетъ, такъ какъ при немъ получаются движенія головки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно закончить роды эмбріотоміей.

Д-ръ *Жеваховъ:* Сильное наклоненіе таза, несомнѣнно, играетъ роль при образованіи *Litzmann*'овской косости, ибо ось матки не совпадаетъ съ осью таза. Въ качествѣ пособія при родахъ можно было-бы испробовать сидячее положеніе, чтобы соединить 2 оси, имѣющихъ различное направленіе, въ одну.

Д-ръ *Вастенъ*: Въ теченіи первыхъ 10 лѣтъ моей дѣятельности мнѣ пришлось 10 разъ кончать роды при запущенныхъ попоперечныхъ положеніяхъ. Во всѣхъ случаяхъ я очень легко окончилъ роды обезглавливаніемъ съ помощью крючка *Braun*'а; въ рѣжущихъ инструментахъ никакой надобности не представлялось. Показанія и результаты извлеченія головки при узкихъ тазахъ обобщать нельзя; эти показанія и выводы—въ высшей степени субъективны; они зависятъ отъ личности оператора, отъ рукъ, которыя производятъ операцію и т. д.

Проф. *Рачинскій*: Говоря о пособіяхъ при заднетеменномъ вставленіи, докладчикъ не упомянулъ о «рычагѣ-измѣрителѣ-захватывателѣ» (levier mensurateur-préhenseur) *Farabeuf*'а, заслуживающемъ примѣненія и изученія.

Д-ръ *Бржезинскій:* Въ теченіи 10 лѣтней практики въ акушерской клиникѣ Варшавскаго Университета съ ея большимъ матеріаломъ по вопросу объ узкихъ тазахъ и оперативныхъ при нихъ пособіяхъ ни разу не пришлось примѣнять эмбріотоміи при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ 7—7½-мѣсячнаго мацерированнаго плода. Роды въ этихъ случаяхъ обыкновенно оканчиваются самоизворотомъ. Въ этіологіи *Litzmann*'овскаго вставленія головки играетъ большую роль наклоненіе таза. Самый лучшій результатъ получается отъ предупреждающаго поворота въ подходящихъ случаяхъ. Щипцы нерѣдко соскальзываютъ и требуется иногда оканчивать роды прободеніемъ головки.

Д-ръ *Вертель*: Путемъ обезглавливанія легче и безопаснѣе закончить роды при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ. Послѣднія 5 лѣтъ я пользуюсь при этой операціи измѣненнымъ крючкомъ *Braun*'а, вогнутый край котораго—острый.

Д-ръ *Левиновичъ*: Въ земской практикѣ, гдѣ чаще наблюдаются случаи запущеннаго положенія, эмбріотомія является болѣе бережной операціей, такъ какъ можетъ быть произведена ad oculos.

Проф. *Рейнъ*: При сильно запущенномъ поперечномъ положеніи съ начавшимся самоизворотомъ evisceratio и spondylotomia вполнѣ умѣстны. *В. А. Столыпинскій* основалъ свои положенія на наблюденіяхъ изъ Надеждинскаго родовспомогательнаго заведенія, гдѣ запущенное поперечное положеніе встрѣчается относительно рѣдко.

Докладчикъ *Столыпинскій*: Сомнѣваюсь, чтобы запущенное поперечное положеніе служило показаніемъ къ кесарскому сѣченію, какъ объ этомъ говоритъ проф. *Строгановъ*, такъ какъ при живомъ плодѣ имѣются условія для поворота, а при мертвомъ, конечно, кесарское сѣченіе не показано. Далѣе, по мнѣнію проф. *Строганова*, бываютъ случаи, гдѣ нельзя замѣнить эмбріотомію обезглавливаніемъ, напр., если при поперечномъ положеніи зѣвъ мало раскрытъ и неподатливъ. Я думаю, наоборотъ, въ такихъ-то случаяхъ болѣе всего и показано обезглавливаніе, которое можно сдѣлать, не вводя въ полость матки ни руки, ни крючка; шея перерѣзывается снизу вверхъ по мѣрѣ постепеннаго вытягиванія туловища за ручку. Что дѣлать эмбріотомію, какъ говоритъ проф. *Строгановъ*, такъ-же легко, какъ и обезглавливаніе, я также сомнѣваюсь, такъ какъ наблюденія у постели больныхъ и данныя опытовъ говорятъ противное; статистика родовспомогательнаго заведенія подтверждаетъ высказанное мною положеніе. Принципъ освѣщенія зеркалами операціоннаго поля при акушерскихъ операціяхъ въ Надеждинскомъ родовспомогательномъ заведеніи преслѣдуется всегда, и при эмбріотоміи зеркала, конечно, могутъ способствовать успѣху дѣла въ началѣ операціи, но потомъ, когда наступитъ время перерѣзки позвоночника, необходимо дѣйствіе рѣжущаго инструмента провѣрять рукой и зеркало убрать. Вполнѣ согласенъ съ проф. *Рейномъ*, что при начавшемся самоизворотѣ выгоднѣй дѣлать эмбріотомію, но смотрю на эти случаи, какъ на исключительные.

Докладчикъ *Кривскій:* Хотя о вліяніи наклоненія таза на неправильное вставленіе головки, подчеркнутомъ д-ромъ *Жеваховымъ*, въ докладѣ ничего сказано не было, но оно имѣлось въ виду, когда примѣнялись мѣры (*Walcher*'овское положеніе и пр.) для измѣненія наклоненія таза. Инструментъ *Farabeuf*'а, на который указалъ проф. *Рачинскій*, очевидно, не привился, такъ какъ ни въ одномъ учебникѣ о немъ не упоминается; отъ примѣненія его въ свое время отказались также проф. *Н. Н. Феноменовъ* и *А. И. Лебедевъ*. Преимуществъ поворота передъ щипцами при заднетеменномъ вставленіи головки, на которыя указалъ д-ръ *Бржезинскій*, я не отрицаю, но отмѣчаю, что въ разобранномъ мною матеріалѣ эта операція не встрѣчалась. Наложеніе же щипцевъ, вопреки указаніямъ другихъ авторовъ, не дало дурныхъ результатовъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CX. Поликлиника дѣтскихъ болѣзней Харьковскаго Университета въ 1903—1904 акад. году.

Нижеприводимый отчетъ, въ виду скромности цифръ, не можетъ представлять особаго интереса для практическаго врача, но въ данномъ случаѣ преслѣдуется совсѣмъ другая цѣль, а именно—желаніе познакомить товарищей, съ одной стороны, съ главнѣйшими способами, которыми пользовались въ поликлиникѣ, а, съ другой, и съ тѣмъ, что можно было сдѣлать на такомъ незначительномъ матеріалѣ въ смыслѣ преподаванія.

За истекшій акад. годъ поликлинику посѣтили 511 больныхъ дѣтей, въ томъ числѣ мальчиковъ 264 (около 51%), дѣвочекъ 247 (около 49%). По возрастамъ больныя дѣти распредѣлялись такъ: грудныхъ 98 (19%), 1 года 89 (17%), 2 лѣтъ 47 (9,4%). 3 л. 48 (9,5%), 4 л. 43 (8%), 5 л. 38 (7%), 6 л. 26 (5%), 7 л. 18 (3%), 8 л. 19 (3,5%), 9 л. 25 (4,5%), 10 л. 20 (3,4%), 11 л. 13 (2,2%), 13 л. 6 (1%) и 14 л. 3 (0,5%). Изъ этихъ данныхъ видно, что больше всего было дѣтей грудного возраста (больше ½ общаго числа); меньше всего—дѣтей 2-го школьнаго возраста (около 4,5%).

Характеръ заболѣваній: кишечныя разстройства 95 случаевъ (18,5%), болѣзни дыхательныхъ органовъ 100 (20%), болѣзни обмѣна веществъ и общія разстройства питанія 65 (13%), болѣзни кожи 54 (10,5%), болѣзни роста 21 (4%), гриппъ 13 (2,5%), болотная лихорадка 13 (2,5%), врожденный сифилисъ 13 (2,5%), заболѣванія зѣва и глотки 24 (4,5%), нервной системы 34 (6,5%), глисты 5 (1%), болѣзни мочеполовой системы 14 (2,5%), хирургическія заболѣванія 23 (4,5%), болѣзни полости рта 12 (2,5%), пупка 4 (0,5%), сердца 3 (0,5%).

Данныя вѣса, роста и размѣровъ, полученныя путемъ ариѳметической средней, такія:

	вѣсъ	ростъ	окружность груди	окружность головы
для 1 мѣс.	3200 грм.,	54,5 стм.,	35 стм.,	35,5 стм.
» 2 »	4500 »	56 »	36,5 »	37 »
» 3 »	5100 »	62 »	37 »	38 »
» 4 »	5700 »	61 »	38 »	40 »
» 5 »	6190 »	63 »	39,5 »	42 »
» 6 »	6560 »	64,5 »	41,0 »	43 »
» 7 »	7080 »	66 »	42,0 »	44 »
» 8 »	7500 »	67,0 »	43 »	44 »
» 9 »	7932 »	68 »	43,5 »	44,5 »
» 10 »	8000 »	69 »	44,0 »	44,5 »
» 11 »	8600 »	70 »	44,5 »	44 5 »
» 12 »	8990 »	71 »	45 »	45,0 »
» 2 лѣтъ	10310 »	78 »	46 »	46,5 »
» 3 »	12580 »	90 »	48 »	47,5 »
» 4 »	14580 »	98 »	55 »	49 »
» 5 »	15700 »	105 »	56 »	51 »
» 6 »	17450 »	107 »	56,5 »	51,5 »
» 7 »	18620 »	116 »	58 »	52 »
» 8 »	21030 »	120 »	59 »	53 »
» 9 »	22120 »	121 »	62 »	53 »
» 10 »	25440 »	128 »	63 »	53,5 »
» 11 »	26860 »	132 »	64 »	53,5 »
» 12 »	31200 »	136 »	65 »	54,0 »
» 13 »	35940 »	142 »	65 »	54,0 »
» 14 »	38260 »	146 »	66 »	54,5 »

Изъ этихъ цифръ видно, что наиболѣе важные отдѣлы дѣтской патологіи, а именно — болѣзни кишечника, встрѣчались чаще всего и, будь при этомъ коечное отдѣленіе, въ которомъ можно-бы было помѣщать больныхъ въ острыхъ и угрожающихъ жизни случаяхъ, то, быть можетъ, ни одинъ изъ нихъ не былъ-бы потерянъ, что, къ сожалѣнію, случалось нерѣдко, такъ какъ устанавливаемый питательный режимъ и безплатно отпускаемыя лѣкарства не могли дать надлежащаго результата при условіяхъ домашней обстановки, тѣмъ болѣе, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ больныя дѣти были дѣти бѣдняковъ. Изъ обеззараживающихъ кишечныхъ средствъ примѣнялись: каломель, салолъ, соединенія висмута и бензонафтолъ. Бывали и такіе случаи, гдѣ приливы крови къ легкимъ («fluxions pulmonaires») проходили послѣ обеззараживанія кишечника. Позволю себѣ сказать также нѣсколько словъ о способахъ лѣченія какъ острыхъ, такъ и хро-

ническихъ кишечныхъ разстройствъ, дававшаго въ клиникѣ хорошіе результаты. Въ случаяхъ острыхъ, послѣ предварительнаго очищенія желудка, большей частью чистымъ прованскимъ масломъ, назначалась т. наз. «diaeta hydrica», состоящая или въ полномъ устраненіи пищи, въ сильномъ временномъ разбавленіи молока водой, или замѣнѣ послѣдняго т. наз. бѣлковымъ (куринымъ) молокомъ *Hennig*'а у грудныхъ дѣтей. Въ случаяхъ хроническихъ назначались высокія промывательныя по способу *A. Monti* и промыванія желудка по *Epstein*'у. При привычныхъ запорахъ у грудныхъ дѣтей примѣнялся сиропъ rhamni cathartici пополамъ съ сиропомъ манны и массажъ, у дѣтей старше года—массажъ и St.-Germain'овская смѣсь съ мятой, послѣдняя до тѣхъ поръ, пока не станетъ оказывать дѣйствія одинъ только массажъ. St.-Germain'овская смѣсь, какъ мы убѣдились, можно давать, не повышая дозъ, продолжительное время, безъ боязни вызвать раздраженіе кишечника.

При заболѣваніяхъ дыхательнаго прибора выразившихся дов. большою цифрой, намъ приходилось volens-nolens, не желая лишать больныхъ дѣтей врачебной помощи, заставлять ихъ ходить въ поликлинику, что, разумѣется, не могло не ухудшать ихъ положенія и лишало насъ возможности употреблять мѣры, примѣняемыя съ большой пользой въ клиникахъ и благоустроенныхъ больницахъ (согрѣвающіе компрессы, припарки, вдыханія паровъ и т. д.). При острыхъ формахъ пнеймоній и бронхитовъ обыкновенно назначались сухія банки и такіе-же компрессы, послѣдніе—во избѣжаніе возможной простуды, а изъ сердечныхъ средствъ—наперстянка, горицвѣтъ и ландышъ. При назначеніи наперстянки нерѣдко приходилось наблюдать кишечныя разстройства у малыхъ дѣтей, но, не смотря на это, въ случаяхъ синюхи мы всетаки давали временно настой наперстянки (0,03—0,05 на каждые 50,0), переходя затѣмъ къ горицвѣту и ландышу. При перебояхъ сердца назначался ландышъ въ соединеніи съ настойкой строфанта; послѣдній (отъ 1 до 2 капель на пріемъ) не болѣе 2—3 разъ въ день. Въ періодѣ разрѣшенія давались отхаркивающія, почти всегда настой рвотнаго камня (0,05—0,06 на 30,0) съ прибавленіемъ бензойнокислаго натра. Рѣдко приходилось прибѣгать къ корню сенеги, такъ какъ средство это, по нашимъ наблюденіямъ, раздражало слизистую оболочку желудка. Прибавлялся и нашатырь, но мы также убѣдились въ далеко не безразличномъ отношеніи къ нему кишечника, особенно у дѣтей до 2-лѣтняго возраста. Съ паденіемъ температуры до нормы почти во всѣхъ случаяхъ примѣнялся нѣсколько дней массажъ груди. При переходѣ воспалительнаго процесса на гортань или самостоятельномъ тамъ его развитіи въ поликлиникѣ строго запрещалось лѣчить такихъ дѣтей амбулаторно, и назначался настой просвирняка (rad. Althaeae) съ бромистымъ натріемъ для уменьшенія раздражительности слизистыхъ оболочекъ. Какъ прекрасное отвлекающее при ложномъ крупѣ, съ успѣхомъ примѣнялись сухія банки на грудную часть спины.

Среди посѣщавшихъ поликлинику дѣтей было много съ болѣзнями обмѣна веществъ и общаго разстройства питанія, улучшить которыя, не смотря на систематически назначаемыя средства, едва удавалось вслѣдствіе тѣхъ условій, въ которыхъ они находились. Почему-бы и больныхъ подобнаго рода не класть въ клинику для того, чтобы за короткое время пребыванія видѣть поразительные успѣхи лѣченія и правильнаго ухода?

При лѣченіи рахита мы руководились слѣдующими правилами. Если нервныя явленія—плохой сонъ, конвульсіи и судороги голосовой щели—выступали на первый планъ, а кишечникъ находился въ удовлетворительномъ состояніи, назначался фосфоръ; при неудовлетворительномъ состояніи кишечника давалась известь съ пепсиномъ. Въ иныхъ случаяхъ назначался фосфоръ при диспепсіяхъ, которыя подъ вліяніемъ его проходили. Это обстоятельство указывало на то, что диспепсія въ такихъ случаяхъ была на почвѣ рахита. Столь широко примѣнять фосфоръ, какъ, это дѣлаетъ *M. Kassowitz*, мы не рѣшались и не можемъ согласиться съ нимъ въ томъ отношеніи, что средство это—специфическое противъ всѣхъ формъ англійской болѣзни. Нападки противниковъ лѣченія фосфоромъ на *M. Kassowitz*'а тоже неосновательны: истина—въ серединѣ. На основаніи поликлиническихъ наблюденій мы пришли къ убѣжденію, что рахитъ проходитъ при назначеніи соотвѣтствующаго лѣченія и правильнаго питанія; обстоятельство это говоритъ въ пользу того, что неправильное питаніе и служитъ одной изъ главныхъ причинъ рахитизма.

При обыкновенныхъ формахъ малокровія, развившихся самостоятельно или послѣ тяжелыхъ болѣзней, назначались препараты желѣза (обыкновенно ферратинъ) лишь при безукоризненномъ кишечникѣ, а для лучшаго его усвоенія его соединяли съ пепсиномъ и хлористымъ натромъ. Каковы были результаты, трудно было судить, такъ какъ обыкновенно при этомъ назначался общій массажъ и гимнастика.

Среди подростковъ дов. много было съ уклоненіями въ физическомъ развитіи, выражавшихся узкой грудью и цѣлымъ рядомъ припадковъ, описанныхъ французскими авторами съ *J. Comby* во главѣ подъ именемъ болѣзней роста, «maladies de croissance». Къ сожалѣнію, вопросъ этотъ мало еще разработанъ и умалчивается многими изъ весьма компетентныхъ авторовъ. Проф. *И. В. Троицкій* въ своей вступительной лекціи, читанной въ Харьковскомъ Университетѣ, выдвинулъ этотъ вопросъ на первый планъ и въ теченіи всего учебнаго года обращалъ на него самое серьезное вниманіе какъ на лекціяхъ, такъ и на поликлиническихъ пріемахъ. При лѣченіи этихъ заболѣваній массажемъ и врачебной гимнастикой получались поразительные результаты. Стоило только увеличить размѣры грудной клѣтки, какъ вся клиническая картина, выражавшаяся малокровіемъ, общей слабостью, раздражительностью, плохимъ позывомъ на ѣду, неправильностью испражненій, отсутствіемъ сна и перебоями сердца, значительно улучшалось, а во многихъ случаяхъ всѣ эти припадки совершенно исчезали. Афты и молочница скоро проходили подъ вліяніемъ смазываній растворомъ марганцево-кислаго кали, если только одновременно приводился въ порядокъ кишечникъ.

Изъ заболѣваній пупка наблюдались незажившая пупочная рана и пупочная грыжа; при первой мы съ успѣхомъ давали видоизмѣненную смѣсь *Runge* [борной кислоты 1,0, азотнокислой окиси висмута (magisterium bismuthi) 4,0], при второмъ наилучшіе результаты давали повязки изъ липкаго пластыря, накладываемыя на складкѣ кожи, стянутой надъ пупкомъ. Мы никогда не употребляли круговой повязки, такъ какъ убѣдились, что она вызываетъ приступы кишечныхъ коликъ, вслѣдствіе неправильнаго распредѣленія газовъ.

Объ остальныхъ формахъ болѣзней распространяться не буду; всѣ онѣ носили обычный характеръ и лѣчились обычнымъ путемъ. Скажу лишь нѣсколько словъ о накожныхъ заболѣваніяхъ. Общій принципъ, которымъ мы руководились при лѣченіи всякаго рода экземъ у дѣтей, заключался въ томъ, чтобы, по возможности, меньше раздражать кожу, а потому вся наружная терапія сводилась къ 2—3 мазямъ, въ составъ которыхъ входили висмутъ, цинкъ, талькъ, салициловая кислота и перувіанскій бальзамъ. Если въ анамнезѣ и при осмотрѣ больного обнаруживалась золотуха, то, кромѣ мази, назначались и внутреннія средства: іодистожелѣзный сиропъ и рыбій жиръ; если при экземахъ наблюдались кишечныя разстройства, то главное вниманіе обращалось на лѣченіе ихъ, такъ какъ во многихъ случаяхъ послѣ прекращенія ихъ исчезала и сыпь. При подозрѣніи-же на сифилисъ, кромѣ каломеля, прибавляемаго къ мази, назначалось и внутреннее специфическое лѣченіе. Что-же касается ваннъ, то при назначеніи ихъ мы руководились личными особенностями больныхъ, назначая ванны только тамъ, гдѣ онѣ хорошо переносились.

Въ заключеніе упомяну о томъ, что отсутствіе въ отчетѣ случаевъ острыхъ заразныхъ заболѣваній объясняется тѣмъ, что больные этой категоріи, въ виду неприспособленности помѣщенія и боязни заразить другихъ дѣтей, отсылались нами въ городскую дѣтскую заразную больницу имени кн. Крапоткина.

А. Ордынскій.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Zelle, Bioblast und lebendige Substanz. Kritische Studie von Dr. Gustav Schlater. Петербургъ 1903, II + 83 стр. + 1 табл. Ц. 1 р. [1]).

Д-ръ *Г. Г. Шлатеръ* начинаетъ свой очеркъ указаніемъ на неопредѣленность понятія «протоплазма». Еще *Max Schultze* опредѣлялъ протоплазму, съ одной стороны, какъ жизненное вещество клѣтки, обладающее основными жизненными свойствами, а съ другой—какъ безструктурное, стекловидно-прозрачное, вязкое основное вещество клѣтки, вырабатывающее изъ себя остальныя ея части. 1-ая половина опредѣленія *Schultze* имѣетъ право гражданства и въ настоящее время; что-же касается вопроса, какія-же видимыя части клѣточнаго тѣла являются носителями жизни, въ этомъ отношеніи мнѣнія различныхъ изслѣдователей значительно расходятся. Приводимыя авторомъ объясненія *Kronthal*'я, *Rhumbler*'а, *Verworn*'а, *Jensen*'а, *S. Apathy*, *M. Heidenhain*'а и др. или неудачны, или противорѣчатъ другимъ мѣстамъ сочиненій названныхъ авторовъ. Д-ръ *Шлатеръ* еще въ 1898 г. указывалъ, что протоплазмою слѣдуетъ считать то безструктурное для насъ вещество, изъ котораго состоятъ истинные носители жизненныхъ особенностей клѣтки, т. е. клѣточныя зернышки—цитобласты. Авторъ полагаетъ, что въ основѣ всѣхъ недоразумѣній и ошибокъ въ указанномъ направленіи лежитъ idée fixe, что клѣтка представляетъ собою якобы элементарный организмъ. Между тѣмъ, клѣтка есть организмъ сложный, въ которомъ различныя отправленія связаны съ различными морфологическими частями, которыя, хотя и строго координированы, но все-же обладаютъ извѣстной самостоятельностью. Въ морфологическомъ отношеніи клѣтка представляется автору въ слѣдующемъ схематическомъ видѣ: будучи въ сложномъ, многоклѣточномъ организмѣ лишь элементомъ, клѣтка, въ свою очередь, состоитъ изъ нѣсколькихъ сложныхъ и простыхъ органовъ; первые будутъ: ядро, построенное изъ 4—5 болѣе простыхъ единицъ (хроматиновыя и ахроматиновыя зернышки и ядерныя тѣльца) и центросфера съ мелкими зернышками—центросомами; ко вторымъ относятся: различныя зернышки, часть коихъ несомнѣнно представляетъ жизненные элементы, и пространство между зернышками—основное, безструктурное, по видимому, вещество, съ тонкими, едва замѣтными волоконцами; это основное вещество въ разныхъ клѣткахъ различно, представляетъ собою продуктъ жизнедѣятельности гистологическихъ элементовъ и только едва или совсѣмъ не обнаруживаетъ признаковъ жизни.

[1]) Трудъ д-ра *Г. Г. Шлятера* «Клѣтка. Цитобластъ и живое вещество» по русски напечатанъ въ «Медицинскихъ Прибавленіяхъ къ Морскому Сборнику», въ книжкахъ за февраль—іюль 1904 г. *Л. С.*

Напротивъ, гистологическіе элементы, происходящіе изъ себѣ подобныхъ, и суть истинные носители жизни. Зернышки, разъ они заключены въ клѣточномъ тѣлѣ, носятъ названіе цитобластовъ; но они встрѣчаются въ природѣ и свободно-живущими; тогда это—біобласты (аутобласты). «Есть въ природѣ», говоритъ авторъ (стр. 56), «цѣлый рядъ переходныхъ формъ между мельчайшимъ, совершенно безструктурнымъ, однороднымъ, свободно-живущимъ зернышкоподобнымъ организмомъ и такимъ сложнымъ и составнымъ организмомъ, который обнаруживаетъ всѣ характерныя черты организаціи типичной клѣтки». Приводимая авторомъ таблица показываетъ схематическое изображеніе этихъ организмовъ. Къ типу «аутобластъ» наиболѣе подходятъ бактеріи.

Мысли автора не стоятъ одиноко: нѣчто сходное высказывали *Altmann*, *И. П. Скворцовъ*, *Max Münden* и др. Дальнѣйшія разсужденія автора носятъ болѣе гипотетическій характеръ. Жизнь цитобласта есть результатъ совмѣстной дѣятельности составляющихъ его элементарныхъ жизненныхъ единицъ, лежащихъ за предѣлами видѣнія. «Элементарная структурная единица живого вещества должна представлять собою сложную бѣлковую частицу или, что вѣроятнѣе, соединеніе различныхъ бѣлковыхъ тѣлъ или даже цѣлую систему различныхъ бѣлковыхъ частицъ, сохраняющую опредѣленную организацію и принявшую форму возможно простѣйшаго живого существа, элементарнаго организма» (стр. 76). Единица эта въ морфологическомъ и біологическомъ смыслѣ недѣлима, хотя въ химическомъ отношеніи дѣло, конечно, обстоитъ иначе; но при распаденіи живой частицы на рядъ сложныхъ бѣлковыхъ тѣлъ неминуемо прекращается жизнь.

Въ общемъ автору удалось представить вкратцѣ результаты, полученные при изученіи строенія живого вещества, хотя въ нѣкоторыхъ частяхъ разсужденія носятъ невольно чисто умозрительный характеръ.—Изложеніе живое. Издана книжка вполнѣ прилично. *Л. Старокадомскій.*

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XCIX. Въ № 34 «Русскаго Врача» за текущій годъ *И. И. Канкаровичъ* въ статьѣ своей «Случай акромегаліи», перечисляя гипотезы, данныя для объясненія происхожденія акромегаліи, говоритъ такъ: «по гипотезѣ *Recklinghausen*'а и *Холшевникова* акромегалія есть болѣзнь центральной нервной системы. Эта гипотеза также не удовлетворительна, такъ какъ въ основу ея легли прямо-таки невѣрные факты. Тѣ случаи, на которыхъ была построена *Recklinghausen*'омъ и *Холшевниковымъ* ихъ гипотеза, представляютъ собою вовсе не акромегалію, а попросту сирингоміэлію...» и далѣе «но акромегалія и сирингоміэлія 2 вещи совершенно разныя, и отождествлять ихъ другъ съ другомъ нѣтъ никакого основанія».

Критика, конечно, желательна и даже необходима, но достоинство истинно научной критики въ томъ, чтобы она была объективна и безпристрастна и чтобы критикъ былъ хорошо знакомъ съ предметомъ, подлежащимъ его критикѣ.

Д-ръ-же *Канкаровичъ*, изрекающій свой рѣшительный приговоръ вышеупомянутой гипотезѣ *Recklinghausen*'а, по видимому, не знакомъ съ подлинной работой, на основаніи которой *Recklinghausen* далъ свою гипотезу (въ перечнѣ литературы ея нѣтъ). Иначе онъ не рѣшился бы утверждать, будто акромегалія и сирингоміэлія отождествляются авторами гипотезы. На самомъ дѣлѣ въ работѣ, напечатанной въ т. 119 «Архива *Virchow*'а» за 1890 г., говорится лишь о наблюдавшейся одновременно акромегаліи (доказанной точными измѣреніями по *P. Marie*) и сирингоміэліи. На основаніи этого наблюденія *Recklinghausen* въ своемъ послѣсловіи къ моей работѣ говоритъ такъ: «...und die vorliegende Beobachtung dürfte hierzu mit beitragen, da sie trotz ihrer vieler Lücken die Thatsache lehrt, dass eine richtige chronische Rückenmarkskrankheit, die Syringomyelie, und eine Neuritis mit der Acromegalie verbunden sein kann» (тамъ-же, стр. 49). Это то обстоятельство, въ связи съ многими другими соображеніями, и дало право предложить нейротическую гипотезу происхожденія акромегаліи. Такимъ образомъ нигдѣ нѣтъ лишь навязаннаго д-ромъ *Канкаровичемъ* отождествленія сирингоміэліи съ акромегаліей, а дана гипотеза, основанная на точныхъ наблюденіяхъ. Нѣтъ и невѣрныхъ фактовъ, а невѣрно самое изложеніе *Канкаровичемъ* основаній для предлагаемой гипотезы.

Можно говорить о малочисленности наблюденій, положенныхъ въ основу гипотезы; но говорить о невѣрныхъ фактахъ нѣтъ никакого основанія для всякаго безпристрастнаго читателя подлинной работы нашей. *П. Холшевниковъ.*

4-го августа 1904 г.

С. Въ дополненіе къ тѣмъ справкамъ, которыя помѣщены въ «Русскомъ Врачѣ» (см. № 29, стр. 1030) отъ Правленія Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, справочное Бюро того же Общества проситъ помѣстить нижеслѣдующее:

1. Подробное распредѣленіе лекцій въ теченіи осенняго ½-годія 1904/5 уч. года въ клиническомъ Институтѣ В. кн. Елены Павловны напечатано въ № 30 «Русскаго Врача» (см. обложку, стр. X).

2. Подробное распредѣленіе занятій врачей-практикантовъ въ теченіи осенняго ½-годія 1904/5 уч. года въ клиническомъ Повивально-гинекологическомъ Институтѣ напечатано въ № 27 «Русскаго Врача» (см. обложку, стр. XIX).

3. Кромѣ Еленинскаго и Повивально-гинекологическаго Институтовъ ведутся курсы для врачей по дѣтскимъ болѣзнямъ въ дѣтской больницѣ пр. Ольденбургскаго (Лиговская, 8, уг. 2-ой Рождественской и Греческаго пр.) и по всѣмъ отдѣламъ глазныхъ болѣзней въ глазной лѣчебницѣ (Моховая, 38). Въ обоихъ этихъ учрежденіяхъ курсы устраиваются частнымъ образомъ по соглашенію преподавателей съ врачами.

4. По примѣру прошлыхъ лѣтъ и въ осеннемъ ½-годіи 1904/5 уч. г. можно надѣяться на гостепріимство хирургическихъ отдѣленій Маріинской больницы (Литейный пр., 56) и мужской Обуховской (Фонтанка, 106), изъ которыхъ, благодаря любезности и товарищеской предупредительности почетныхъ членовъ Общества *Г. И. Трахтенберга* и *А. А. Троянова*, врачи выносили для себя много поучительнаго и полезнаго.

5. Курсы для врачей по санитаріи и гигіэны могутъ состояться, если число подписавшихся на нихъ будетъ достаточное. Съ заявленіемъ обращаться въ справочное Бюро Общества къ д-ру *В. Г. Лѣсовому* (В. О., Университетская линія, 3, кв. 97).

6. Проф. *Д. О. Оттъ* извѣстилъ Бюро, что по случаю своего отъѣзда изъ Петербурга онъ начнетъ свои лекціи въ Повивально-гинекологическомъ Институтѣ въ послѣднихъ числахъ сентября.

7. Столовая для врачей будетъ открыта Правленіемъ Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, въ первыхъ числахъ октября на Таврической ул., д. 17, кв. 61, въ нѣсколькихъ минутахъ ходьбы отъ Еленинскаго Института.

8. Въ томъ же домѣ, гдѣ помѣщается столовая, товарищи могутъ имѣть за недорогую плату комнаты. Пока Правленіе Общества, въ видѣ опыта, располагаетъ ограниченнымъ числомъ комнатъ для врачей, членовъ Общества.

Завѣдующій справочнымъ Бюро *В. Лѣсовой.*

Петербургъ. 7-го сентября 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1798. На минувшей недѣлѣ въ общихъ газетахъ («Правительственный Вѣстникъ», 3 сентября, «Новое Время», 4 сентября, и др.) опубликованъ былъ слѣдующій списокъ лицъ, руководящихъ занятіями въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ и назначенныхъ, согласно новымъ его штатамъ, *ординарными профессорами* Института: *П. М. Альбицкій, Н. И. Андоцкій, В. М. Бехтеревъ, М. М. Волковъ, А. С. Догель, А. М. Левинъ, А. А. Лихачевъ, Г. А. Надсонъ, С. С. Салазкинъ, В. А. Тиле, В. Н. Тонковъ, Ю. Ю. Трейберъ* и *Н. Н. Феноменовъ*. 12 изъ нихъ, какъ извѣстно, уже были профессорами Института; 2 имѣли болѣе скромное званіе преподавателей. Газеты ничего не говорятъ объ экстраординарныхъ профессорахъ, каковыми, надо думать, будутъ утверждены остальные преподаватели Института (сколько намъ извѣстно, 18). Интересно-бы знать, какимъ путемъ состоялся выборъ въ штатъ 2-хъ добавочныхъ профессоровъ изъ преподавательскаго персонала? Молодое и столь дорогое сердцу многихъ учрежденіе горячо хотѣлось-бы видѣть всегда и совершенно свободнымъ и отъ тѣни подозрѣнія въ посягательствѣ на его идейную, научную дѣятельность темныхъ житейскихъ началъ, такъ чуждыхъ чистой наукѣ и преслѣдуемымъ ею задачамъ,—партійности и т. д., а для этого, разумѣется, единственно вѣрный путь—широкая гласность.

1799. Экстраординарные профф. Московскаго Университета *В. С. Гулевичъ* и *С. І. Чирвинскій назначены ординарными* («Правительственный Вѣстникъ», 3 сентября).

1800. Ч. пр. Новороссійскаго Университета *Лебединскій* назначенъ *экстраординарнымъ профессоромъ* этого Университета по каѳедрѣ зоологіи, сравнительной анатоміи и физіологіи («Новое Время», 4 сентября).

1801. Предполагавшееся 5-го ноября текущаго года празднованіе *100-лѣтняго юбилея Казанскаго Университета*, въ виду военныхъ дѣйствій на Дальнемъ Востокѣ, *отложено* на неопредѣленное время («Русскія Вѣдомости», 1 сентября).

1802. Согласно недавно обнародованнымъ правиламъ, *женщины-врачи допускаются къ научнымъ занятіямъ въ клиникѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней* при В.-Медицинской Академіи, срокомъ на 2 года, каждый разъ съ особаго разрѣшенія начальника Академіи и по представленію директора клиники, акад. *В. М. Бехтерева*.

1803. На медицинскій факультетъ Московскаго Университета *поступили 305 слушателей* («Русскія Вѣдомости», 2 сентября), Харьковскаго—*144* («Новое Время», 3 сентября).

1804. Отбылъ на Дальній Востокъ 1-го сентября изъ Кіева *городской санитарный отрядъ* на 200 кроватей въ составѣ 5 врачей, аптекаря, 15 сестеръ милосердія и 20 санитаровъ («Новое Время», 2 сентября).

1805. Исполнительная Коммиссія Краснаго Креста получила, какъ передаетъ «Новое Время» (5 сентября), оффиціальное сообщеніе, что Японское правительство намѣрено вскорѣ *освободить чиновъ русскаго санитарнаго персонала, попавшихъ въ плѣнъ*, а также и больныхъ плѣнныхъ.

1806. «Харьковскій Листокъ» (28 августа) передаетъ, что, по

свѣдѣніямъ Министерства путей сообщенія, на сѣти русскихъ желѣзныхъ дорогъ въ настоящее время имѣется *26 составовъ военно-санитарныхъ поѣздовъ*.

1807. По словамъ «Приднѣпровскаго Края» (30 августа), начальникъ санитарной части Манчжурской арміи ген. Треповъ, въ виду увеличенія за послѣднее время числа заболѣваній брюшнымъ тифомъ въ дѣйствующихъ войскахъ, обратился въ главное в.-медицинское Управленіе съ просьбою дать заключеніе о рекомендуемыхъ проф. Кіевскаго Университета *В. К. Высоковичемъ предохранительныхъ прививкахъ противъ брюшного тифа*. Вопросъ этотъ былъ разсмотрѣнъ в.-медицинскимъ ученымъ Комитетомъ, который постановилъ рекомендуемую проф. *Высоковичемъ* мѣру отклонить, такъ какъ польза подобныхъ прививокъ не установлена, а между тѣмъ прививки вызываютъ въ организмѣ сильную реакцію, что является крайне нежелательнымъ при изнурительной походной жизни.

1808. 19 августа въ Иркутскѣ открытъ *1-й полевой запасный госпиталь* на 200 мѣстъ («Восточное Обозрѣніе», 22 августа).

1809. Въ корреспонденціи г. Немировича-Данченко «Русскому Слову» (26 августа) изъ Мукдена находимъ слѣдующую *характеристику дѣятельности земскихъ санитарныхъ отрядовъ на войнѣ*: «Я мало говорилъ о самоотверженной, великодушной и неутомимой дѣятельности земствъ на нашей кровавой нивѣ. Не нахожу словъ, чтобы достаточно опредѣлить ихъ заслуги. Русское земство останется на вѣки примѣромъ доблестной службы народу: тутъ всѣ—и врачи, и санитары—соперничаютъ въ трудной и опасной работѣ. Организація дѣла строгая; земскія деньги тратятся осмотрительно и цѣлесообразно; видишь, что выполняется не формальное дѣло, а совѣстливая работа, которой выбранные земствомъ люди отдаютъ сердце, мозгъ и руки». Какимъ рѣзкимъ диссонансомъ звучатъ эти слова съ тѣми обвиненіями, которыя недавно оффиціально были высказаны по поводу земской врачебной дѣятельности по адрессу одного изъ самыхъ передовыхъ земствъ!

1810. Г-жа Сахновская жертвуетъ г. Москвѣ одинъ изъ участковъ ея имѣнія на берегу Чернаго моря, въ Сочинскомъ округѣ Черноморской губ., для устройства *здравницы, лѣчебницы, пріюта* или какого-либо иного благотворительнаго учрежденія, дѣятельность котораго была-бы связана съ помощью *жертвамъ войны*. Въ случаѣ прекращенія дѣятельности здравницы или лѣчебницы и ненадобности участка для Москвы онъ долженъ быть переданъ въ вѣдѣніе какого-либо иного, соотвѣтствующаго указанной цѣли, Общества или учрежденія («Русскія Вѣдомости», 1 сентября).

1811. Нѣмецкій клубъ въ Москвѣ устраиваетъ для воиновъ *лазаретъ на 20 кроватей*; члены клуба—врачи будутъ оказывать помощь; 1 членъ клуба предоставилъ для лазарета свой домъ («Биржевыя Вѣдомости», 4 сентября).

1812. Служащіе въ Витебскомъ губернскомъ Правленіи изъявили готовность принять на себя *содержаніе 1 кровати* въ санитарномъ отрядѣ Краснаго Креста, снаряженномъ исключительно на пожертвованія мѣстныхъ обывателей («Правительственный Вѣстникъ», 2 сентября).

1813. По словамъ «Новостей» (3 сентября), Министерствомъ путей сообщенія сдѣлано распоряженіе, чтобы *вагоны съ больными отправлялись къ мѣстамъ назначенія безъ задержки*. Дорогамъ предложено обеззараживать тѣ вагоны, въ которыхъ перевозились заразные больные.

1814. Въ Москвѣ при Общинѣ св. Павла открытъ *лазаретъ для раненыхъ и больныхъ воиновъ* на 12 коекъ («Правительственный Вѣстникъ», 3 сентября).

1815. Одесскія частныя лѣчебницы выразили готовность предоставить безплатно *12 кроватей* съ полнымъ содержаніемъ и лѣченіемъ *раненымъ офицерамъ* во все время военныхъ дѣйствій («Новое Время», 4 сентября).

1816. «Восточное Обозрѣніе» (22 августа), со словъ «Енисея», передаетъ, что на послѣднемъ экстренномъ засѣданіи Красноярской городской Думы былъ поднятъ, между прочимъ, вопросъ о вознагражденіи жалованьемъ секретаря Управы, взятаго въ ополченіе. Городская Дума постановила выдавать секретарю жалованье во время отбыванія имъ воинской повинности въ половинномъ размѣрѣ. Интересно сопоставить отношеніе той-же городской Управы къ своему санитарному врачу. Д-ръ *Фельдманъ*, занимавшій уже года 2 мѣсто городского санитарнаго врача, былъ взятъ по мобилизаціи еще въ 1-й призывъ. Не смотря на то, что онъ оставилъ совершенно больную жену съ 3-мя малолѣтними дѣтьми, ни городская Управа, ни городская Дума *ничѣмъ не выразили своего сочувствія ушедшему на войну врачу*. Разъ онъ самъ не докучалъ и не состоялъ близкимъ человѣкомъ къ Управѣ, ни городскому головѣ, ни членамъ Управы, ни ея секретарю не пришло въ голову поднять вопросъ объ оставленіи за д-ромъ *Фельдманомъ* жалованья, хотя-бы въ томъ-же половинномъ размѣрѣ.

1817. По свѣдѣніямъ, полученнымъ въ Одессѣ изъ Александріи, тамъ было въ послѣднее время *4 случая чумныхъ заболѣваній*.

1818. Противочумная Коммиссія объявила, что съ недѣлю съ 15/VIII по 22/VIII *въ Закаспійской области* заболѣли *холерою* 62 чел., умерли 43. Съ 22/VIII по 24/VIII вновь заболѣли 77, умерли 48. Сверхъ сего, въ аулахъ около Гассанкули, на побережьи Каспійскаго моря, съ 22/VIII по 29/VIII умерли отъ холеры 36 туркменъ; точное число заболѣвшихъ въ этихъ аулахъ пока не приведено въ извѣстность, въ виду сокрытія туркменами случаевъ заболѣваній. Наибольшее число заболѣваній въ Закаспійской области за отчетный 2 недѣли было въ Мервѣ и на станціи Байрамали около Мерва. Внѣ предѣловъ Закаспійской области обнаружены единичные случаи холеры въ Баку, гдѣ 26/VIII заболѣли дѣвочка-татарка и персіянинъ, умершій на слѣдующій день. 27/VIII заболѣлъ отецъ вышеупомянутой дѣвочки.—Портъ Гассанкули и аулъ Чикишляръ на побережьи Каспійскаго моря объявлены неблагополучными по холерѣ («Новое Время», 4 сентября).

1819. «Новому Времени» (3 сентября) телеграфируютъ изъ Баку, что тамъ съ 25-го августа по 2-ое сентября *заболѣли холерой 4, умерли 3*.

1820. *Смѣта Саратовской санитарно-исполнительной коммиссіи* составляетъ 5273 р., въ томъ числѣ на устройство холернаго барака 3113 р.; на содержаніе же этого барака (въ случаѣ появленія холеры) ассигновано съ 1-го сентября по 2-ое ноября 2160 р. («Саратовскій Дневникъ», 22 августа).

1821. «Русь» (5 сентября), со словъ «Закаспійскаго Обозрѣнія», передаетъ, будто администраціей гор. Асхабада сдѣлано распоряженіе, чтобы дома, гдѣ были случаи заболѣванія холерою, *были отмѣчены небольшими черными флагами*. «Флаги уже заказаны, и скоро они будутъ пугать прохожихъ своимъ зловѣщимъ чернымъ цвѣтомъ»...—Обширный опытъ прежнихъ эпидемій, казалось-бы, съ достаточной уже убѣдительностью показалъ, что всякія мѣры запугиванія населенія въ это время особенно вредны и приводятъ къ результатамъ, какъ разъ противоположнымъ тѣмъ, которые имѣются при этомъ въ виду, и все-же находятся люди, которые вѣрятъ въ «черные флачки», и мѣста, гдѣ такія мѣры встрѣчаютъ сочувствіе!

1822. «Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова» (№ 4) подробно и всесторонне разбираетъ извѣстный *рапортъ* тов. министра внутреннихъ дѣлъ г. Зиновьева «*по ревизіи земскихъ и другихъ, соприкасающихся съ дѣятельностью ихъ учрежденій Московской губ.*» Прежде всего, говоритъ «Журналъ», «нельзя не выразить сожалѣнія о томъ, что собранный при ревизіи фактическій матеріалъ, который, какъ намъ достовѣрно извѣстно, тоже напечатанъ особымъ изданіемъ, остается недоступнымъ для общаго пользованія. Это лишаетъ насъ возможности предметно убѣдиться въ степени соотвѣтствія дѣлаемыхъ настоящимъ докладомъ заключеній съ дѣйствительнымъ положеніемъ дѣла по даннымъ произведеннаго разслѣдованія и ограничиваетъ нашу задачу ознакомленіемъ лишь съ общимъ характеромъ ревизіи и съ высказанными т. с. Зиновьевымъ его личными взглядами на задачи и направленіе земской дѣятельности. Что касается характера ревизіи, то объ этомъ съ достаточной опредѣленностью можно судить по слѣдующимъ вступительнымъ словамъ рапорта: «чтобы уяснить себѣ дѣятельность земства, недостаточно познакомиться съ внѣшними ея проявленіями, а необходимо прослѣдить нелегко уловимое и не всегда наглядно выражающееся направленіе этой дѣятельности». Приведя въ началѣ своего доклада нѣкоторыя цифры, показывающія «широкое и разностороннее» развитіе въ Московской губ. лѣчебнаго дѣла, народнаго образованія, дорожной части и пр.», т. с. Зиновьевъ оставляетъ въ сторонѣ «результаты этой дѣятельности» (что именно-то и важно въ интересахъ населенія губерніи) и особенно подчеркиваетъ, что «направленіе внутренней жизни земства Московской губерніи едва-ли соотвѣтствуетъ требованіямъ закона и условіямъ правильнаго развитія». Это нежелательное направленіе въ дѣятельности Московскаго земства, по словамъ рапорта, «всего ярче выразилось во врачебномъ персоналѣ». Этотъ персоналъ «подъ вліяніемъ уѣздныхъ врачей губернскаго земства, сплотившись въ одну общегубернскую корпорацію, стремится къ постоянному расширенію своей дѣятельности»... Врачебный персоналъ губернскаго земства въ область школьной гигіэны «включаетъ вопросы о примѣненіи въ школахъ наказаній, обсужденіе пригодности, съ точки зрѣнія гигіэны, тѣхъ или другихъ учебниковъ и школьныхъ принадлежностей, устройство школьныхъ поѣздокъ и т. п.; нѣкоторые врачи прямо признаютъ даже педагогику частью гигіэны... Поддерживая это стремленіе, губернская управа въ минувшемъ году предложила уѣзднымъ управамъ пригласить учителей народныхъ училищъ, выбрать въ каждомъ уѣздѣ изъ своей среды по 2 делегата для участія въ губернскомъ съѣздѣ врачей, гдѣ будутъ обсуждаться вопросы школьной санитаріи». «Стремленіе врачей вмѣшиваться въ дѣла, по видимому, ихъ совсѣмъ не касающіяся, замѣчается нерѣдко. Такъ, Клинскій санитарный совѣтъ обсуждалъ вопросъ объ обязательномъ страхованіи рабочихъ» и т. д.—Въ дѣйствительности, говоритъ «Журналъ», «всѣ эти вопросы имѣютъ несомнѣнную и довольно тѣсную связь съ областью здравоохраненія, и врачи отнюдь здѣсь не вмѣшиваются не въ свое дѣло. Большая часть перечисленныхъ вопросовъ (именно всѣ, получившіе разрѣшеніе) служила предметомъ всесторонней критики и неоднократнаго обсужденія уѣздныхъ и губернскихъ земскихъ собраній, и по нимъ имѣются опредѣленныя постановленія». «И только недостаточнымъ знакомствомъ съ современнымъ состояніемъ санитарной науки, а главное боязнью движенія, пристрастіемъ къ рутинѣ и неподвижнымъ шаблонамъ можно объяснить всѣ эти странные упреки врачамъ и земству». Во всей постановкѣ врачебнаго дѣла въ Московской губ. т. с. Зиновьевъ усматриваетъ единственную положительную сторону—приближеніе врачебной помощи къ населенію. Далѣе въ его рапортѣ слѣдуютъ указанія на замѣченные имъ недостатки, которые въ главномъ сводятся къ слѣдующему: 1) недостаточная опрятность въ содержаніи лѣчебницъ; 2) дороговизна постройки лѣчебницъ; 3) высокая стоимость содержанія больныхъ, зависящая, будтобы, отъ того, что, по установившемуся въ Московской губ. порядку хозяйствомъ, почти безконтрольно завѣдуютъ врачи—

«Безъ ознакомленія съ фактическими данными, собранными ревизіей», говоритъ «Журналъ» «мы не находимъ возможнымъ подробно останавливаться на указанныхъ недостаткахъ и не сомнѣваемся, что все это, конечно, не останется безъ разъясненія со стороны Московскаго земства и Московской врачебно-санитарной организаціи. Едва-ли, однако, можно думать, что врачи Московской губ. не прилагаютъ заботъ къ содержанію въ опрятности завѣдуемыхъ ими лѣчебницъ, но не слѣдуетъ, между прочимъ, забывать и того, что въ этомъ отношеніи имъ приходится находиться (какъ и въ другихъ губерніяхъ) въ весьма значительной зависимости отъ наличнаго персонала больничной прислуги. Какъ извѣстно, у насъ почти нигдѣ еще до сихъ поръ не имѣется учрежденій, которыя-бы хоть сколько-нибудь подготавливали прислугу для ухода за больными. Сидѣлки набираются изъ мѣстнаго или пришлаго крестьянскаго населенія, некультурнаго, неразвитого, не имѣющаго часто ни малѣйшаго понятія о самой примитивной чистотѣ; о дворницкомъ персоналѣ и говорить нечего». «Нельзя также не замѣтить рѣзкаго противорѣчія въ объясненіяхъ причинъ дороговизны лѣчебницъ. Сенаторъ т. с. Зиновьевъ указываетъ на 2 причины: 1-ая—отсутствіе заранѣе установленнаго плана, 2-ая—слишкомъ сильное увлеченіе выгодами павильонной системы. Учрежденіе, строющее лѣчебницы по опредѣленной системѣ, которою оно, будто-бы, даже слѣпо увлекается, нельзя, конечно упрекать въ «отсутствіи заранѣе точно опредѣленнаго плана». Насколько намъ извѣстно, въ Московской губ. особенно детально, при участіи спеціалистовъ разработаны и ad hoc каждый разъ пересматриваются планы лѣчебницъ какъ въ санитарномъ, такъ въ технически-строительномъ и хозяйственномъ отношеніяхъ, такъ что этотъ упрекъ рѣшительно утрачиваетъ въ дѣйствительности всякое значеніе. Что касается павильонной системы, то въ былое время система эта была предметомъ споровъ, теперь-же она примѣняется всюду, гдѣ только это позволяетъ состояніе бюджетовъ». «Докладъ сенатора т. с. Зиновьева, посвященный изложенію главнымъ образомъ «общихъ соображеній», бѣденъ фактическими, предметными данными. Тѣ данныя, которыя приводятся, подобраны какъ-бы спеціально съ цѣлью рѣзче оттѣнить несовершенства въ строѣ Московской земской медицины. Быть можетъ, въ «подробномъ отчетѣ» имѣется болѣе обильный фактическій матеріалъ, но содержаніе этого отчета намъ неизвѣстно. Настоящій же докладъ, какъ это ясно изъ изложеннаго, грѣшитъ 2-мя крупными недостатками—*предвзятостью* и вытекающею отсюда *односторонностью* въ освѣщеніи характера врачебно-санитарной дѣятельности Московскаго земства». — Съ своей стороны мы вполнѣ присоединяемся къ высказываемымъ почтеннымъ «Журналомъ» соображеніямъ.

1823. Открытіе XV *Херсонскаго губернскаго Съѣзда врачей*, предполагавшееся 11-го сентября, переносится *на 28 ое сентября*. Съѣздъ этотъ, по всей вѣроятности, будетъ особенно многолюденъ, такъ какъ на его засѣданія будутъ допущены, по усмотрѣнію предсѣдателя, и посторонніе лица. Кромѣ того, мѣстная земская Управа признала полезнымъ допустить на Съѣздъ слѣдующихъ лицъ: предсѣдателей всѣхъ городскихъ Управъ Херсонской губ., всѣхъ врачей, состоящихъ на городской общественной службѣ, въ особенности г. Одессы, какъ особой земской единицы въ губерніи, завѣдующихъ городскими врачебно-санитарными участками, членовъ городской санитарной Коммиссіи, предсѣдателей санитарныхъ Попечительствъ, всѣхъ профессоровъ медицинскаго факультета въ Одессѣ, Одесскаго врачебнаго инспектора и др. Въ такомъ составѣ у насъ еще не было ни одного губернскаго Съѣзда врачей, и нужно думать, что хорошій примѣръ Херсонскаго земства найдетъ себѣ подражаніе.

1824. Изъ общей годовой смѣты города Одессы на 1904 г. въ 6.664429 р., согласно сдѣланнымъ измѣненіямъ и дополненіямъ, *на медицинскую, санитарную и ветеринарную часть ассигновано 972066 р.*, и на общественное призрѣніе 335250 р. Такого громаднаго отчисленія на эти надобности не дѣлаетъ ни одинъ городъ въ Россіи. И, не смотря на это, въ медицинской части Одессы имѣются все еще громадные пробѣлы. Достаточно указать хотя бы на то, что въ городѣ нѣтъ городской дѣтской больницы.

1825. Какъ извѣстно, *по дѣламъ Пироговскихъ Съѣздовъ* назначено *разслѣдованіе*, порученное сен. Е. Ф. Турау (см. выше, № 25, стр. 920). Г. Турау для исполненія возложеннаго на него порученія прибылъ въ Москву и счелъ необходимымъ, между прочимъ, посѣтить контору Правленія Пироговскаго Общества. Въ назначенный день г. Турау вмѣстѣ съ 2-мя чиновниками явился въ контору, гдѣ знакомился съ дѣлами Общества и особенно послѣдняго IX-го Пироговскаго Съѣзда путемъ разспросовъ присутствовавшихъ въ конторѣ предсѣдателя Правленія и 2-хъ членовъ, служащихъ при конторѣ, *К. И. Шидловскаго* и *Д. Н. Жбанкова*. По предложенію г. Турау, однимъ изъ чиновниковъ была списана копія съ имѣющагося у Правленія разрѣшенія на сборъ пожертвованій въ капиталъ распространенія гигіеническихъ знаній въ народѣ и взяты «Труды Коммиссіи по организаціоннымъ вопросамъ общественной медицины 1903 г.» и изданная *В. И. Яковенко* и *Д. Н. Жбанковымъ* книга «Тѣлесныя наказанія въ Россіи въ настоящее время». Кромѣ того, г. Турау пригласилъ къ себѣ предсѣдателя Коммиссіи по распространенію гигіеническихъ знаній въ народѣ *А. В. Молькова* и въ присутствіи чиновниковъ, путемъ разспросовъ, знакомился съ дѣятельностью Коммиссіи; кромѣ того, по предложенію г. Турау, были переданы ему изданія, труды и образцы тѣневыхъ картинъ Коммиссіи («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*», № 4).

1826. «Астраханскій Листокъ» (22 августа) передаетъ, что Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ собираются статистическія свѣдѣнія о количествѣ осенней животной лимфы, требуемой уѣздными врачами каждой губерніи для безплатной прививки оспы, и свѣдѣнія о количествѣ лимфы, пріобрѣтаемой для уѣздовъ населенія каждой губерніи въ частныхъ оспопрививательныхъ институтахъ. Свѣдѣнія эти послужатъ матеріаломъ для разсмотрѣнія вопроса объ открытіи *новаго оспопрививательнаго Института*.

1827. Изъ помѣщеннаго въ «Свѣдѣніяхъ о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи въ Московской губ.» (№ 8) очерка *дѣятельности врачебной организаціи Московской губ. въ 1903 г.* видно, что врачебная помощь населенію губерніи оказывалась въ 78 лѣчебницахъ уѣздныхъ земствъ, 14 лѣчебницахъ губернскаго земства, 3 думскихъ, 5 частныхъ, 81 фабричной, 14 фабрично-земскихъ и 2 лѣчебницахъ Московскаго воспитательнаго Дома, всего-же въ 197 лѣчебныхъ заведеніяхъ. Въ этомъ числѣ всѣ 92 земскія лѣчебницы и 17 частно- и фабрично-земскихъ имѣли участковый характеръ, такъ что число всѣхъ медицинскихъ участковъ, на которые раздѣлялась губернія въ 1903 г., было 109. Врачебная дѣятельность въ означенномъ году выразилась общими итогами помощью амбуляторнымъ больнымъ въ числѣ 1 234528 больныхъ, сдѣлавшихъ 2.156346 посѣщеній въ лѣчебницы. Кромѣ того, 20568 больныхъ были пользованы на ихъ квартирахъ, 2688 роженицамъ была оказана помощь на дому и 7593 больныхъ наблюдались въ селеніяхъ, какъ эпидемическіе больные. Такимъ образомъ общее число пользованныхъ въ 1903 г. въ Московской губ. въ 197 лѣчебницахъ составляетъ всего 1.265377 чел. (противъ 1.089229 въ 1902 г.). Отсюда 73852 чел. больныхъ и роженицъ были пользованы на койкахъ, при чемъ ими всѣми проведено было въ общей сложности 817142 дня; умерли въ лѣчебницахъ 3133 чел. Кромѣ того, въ 50928 случаяхъ была привита предохранительная оспа. Въ теченіи 5 лѣтъ—съ 1899 г.—число лѣчебницъ въ губерніи съ 183 возросло до 197, число коекъ съ 2869 до 3546, число коечныхъ больныхъ съ 51129 до 73852, число родовспоможеній съ 12166 до 17623.

1828. Саратовское Общество борьбы съ дѣтской смертностью въ настоящемъ году *учетверило свою дѣятельность по раздачѣ пастеризированнаго молока*: лѣтомъ прошлаго года было роздано имъ 50000 бутылокъ такого молока, въ нынѣшнемъ же—за тоже время 200000; за то, по словамъ «Саратовскаго Дневника» (22 августа), у Общества образовался перерасходъ въ 1000 р., который не можетъ быть покрытъ скудными пожертвованіями.

1829. Минскій губернскій земскій Комитетъ ассигновалъ на врачебное дѣло въ губерніи *около 500000 р.* («Новое Время», 5 сентября).

1830. Канцелярія Вѣдомства по учрежденіямъ Императрицы Маріи обратилось въ Правленіе Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* съ просьбой выработать черезъ посредство состоящей при Обществѣ постоянной Коммиссіи по изученію бугорчатки *главныя основанія для устройства* Императорской *здравницы въ Финляндіи*. Коммиссія постановила запросить Канцелярію, на какое число и какого рода больныхъ (возрастъ и соціальное положеніе) будетъ строиться здравница, а также какими средствами она будетъ располагать («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*, № 4).

1831. «Биржевыя Вѣдомости» (2 сентября) сообщаютъ, что, по почину Пятигорскаго Общества пособія бѣднымъ, весною будущаго года будетъ приступлено къ работамъ по постройкѣ въ Пятигорскѣ *безплатной здравницы для недостаточныхъ больныхъ студентовъ*. Обществу разрѣшено открыть на 3 года сборъ пожертвованій на это дѣло среди учащихся въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ вѣдомствъ Министерства народнаго просвѣщенія, военнаго и внутреннихъ дѣлъ.

1832. Ч. пр. Кіевскаго Университета *Н. Н. Жуку* разрѣшено открыть *въ Кіевѣ зубоврачебную школу*.

1833. При Екатеринославской губернской земской больницѣ открывается *Pasteur'овская станція* («Приднѣпровскій Край», 27 августа).

1834. *Листки и брошюры Пироговской Коммиссіи* по распространенію гигіеническихъ знаній въ народѣ (о дифтеріи, сифилисѣ, родахъ, чахоткѣ, трахомѣ, чесоткѣ, лихорадкѣ, оспѣ, вскармливаніи дѣтей, ясляхъ, сибирской язвѣ и «Для чего доктора дѣлаютъ операціи?») *изданы* Симбирскимъ санитарнымъ Бюро *въ переводѣ на чувашскій языкъ*, сдѣланномъ директоромъ чувашскихъ школъ Симбирской губ. И. Я. Яковлевымъ. Изданіе снабжено рисунками по клише Коммиссіи («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*», № 4).

1835. Текущей осенью въ Медицинскомъ Совѣтѣ будетъ разсматриваться новое *положеніе о фармацевтическихъ учебныхъ заведеніяхъ*. Положеніемъ этимъ предполагается учрежденіе особыхъ школъ для подготовки къ испытаніямъ на аптекарскаго помощника, до сихъ поръ обыкновенно выполнявшейся при отдѣльныхъ аптекахъ.

1836. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (1 сентября), Московское земство получило разрѣшеніе пріобрѣтать *для лѣчебныхъ надобностей спиртъ со сложеніемъ акциза*, при томъ, однако, условіи, что спиртъ этотъ будетъ подкрашенъ анилиномъ и отравленъ формалиномъ и карболовой кислотой, чтобы сдѣлать его негоднымъ къ употребленію для питья.

1837. «Новости» (2 сентября) передаютъ, что Варшавское гигіеническое Общество, обративъ вниманіе на тѣ трудности, съ которыми сопряжена для бѣднаго населенія большихъ городовъ

стирка бѣлья, рѣшило устроить въ частяхъ города, населенныхъ бѣднотой, *дешевыя прачешныя*, куда каждый могъ-бы отдать свое бѣлье для стирки за самую низкую плату. Предполагается также устроить при этихъ прачешныхъ обеззараживающія отдѣленія, куда торговцы старымъ платьемъ могли-бы безплатно отдавать свой товаръ для обеззараживанія.

1838. «Новости» (1 сентября) передаютъ, что въ дер. Пiявно, Плоцкой губ., проживаетъ *105-лѣтній старикъ* А. Висневскій, который, не смотря на преклонный возрастъ, чувствуетъ себя вполнѣ здоровымъ, хорошо видитъ и слышитъ и до настоящаго времени занимается еще наравнѣ съ молодыми полевыми работами.

1839. Проф. *E. Pflüger*, редакторъ носящаго его имя «Архива физіологіи», предпослалъ 103-му тому своего журнала *обращеніе къ сотрудникамъ и авторамъ касательно ссылокъ на литературные источники* въ работахъ. Вмѣсто широко распространившагося въ послѣднее время обычая приводить одно лишь заглавіе работы съ указаніемъ года и мѣста ея печатанія, проф. *Pflüger*, вполнѣ основательно, предлагаетъ авторамъ возвратиться къ доброму старому пріему, котораго постоянно придерживались великіе учителя—*Virchow*, *Dubois-Reymond*, *Helmholtz* и др. а именно при каждой ссылкѣ указывать и страницу, гдѣ напечатано приводимое мѣсто, дабы этимъ избавить читателя отъ необходимости перелистывать при справкѣ все сочиненіе, на которое сдѣлана ссылка. Ссылка на одно заглавіе сочиненія, безъ указанія страницы, допустима лишь въ руководствахъ и учебникахъ, но никакъ не въ спеціальныхъ работахъ, гдѣ указывается лишь опредѣленное мѣсто работы, которое всегда должно быть доступно провѣркѣ. Такъ какъ предложеніе проф. *Pflüger*'а не нашло себѣ поддержки со стороны авторовъ, продолжавшихъ присылать ему статьи для напечатанія въ «Архивѣ», не придерживаясь его просьбы, то въ 104-мъ томѣ журнала на обложкѣ онъ уже категорически предупреждаетъ, что статьи, въ которыхъ не принята предлагаемая имъ система ссылокъ на литературные источники, не будутъ напечатаны.

1840. Въ медицинской испытательной Коммиссіи въ San Francisco недавно *сдалъ экзаменъ на право практики первый китаецъ—Chang A. Holt*, 26 л., родомъ изъ Кантона. Работать онъ имѣетъ въ виду на родинѣ («American Medicine», 27 августа).

1841. *Во Флоренціи* образовался *Комитетъ*, подъ предсѣдательствомъ проф. *Pellizzari*, *для устройства свѣтолѣчебницы*. На послѣднюю пожертвовано королемъ 12000 р. на наши деньги («The Medical Age», 25 августа).

1842. *Пробное чревосѣченіе въ 1474 г.* Въ январѣ 1474 г. Парижскіе врачи и хирурги обратились къ королю Людовику XI съ представленіемъ, что много важныхъ особъ страдаетъ камнями и коликами и что было-бы весьма полезно изслѣдовать у человѣка мѣсто, гдѣ сидятъ эти болѣзни, сдѣлавъ операцію на живомъ. Для послѣдней цѣли просители ходатайствовали объ отдачѣ имъ одного осужденнаго на повѣшеніе, страдавшаго камнями. Король далъ разрѣшеніе, и вскорѣ произведена была публично, на кладбищѣ при церкви Saint-Séverin, операція, законченная наложеніемъ шва и тщательной—по повелѣнію короля—повязки. Спустя 2 недѣли оперированный совершенно поправился и былъ отпущенъ безъ наказанія, съ денежною наградою («La France médicale» и «Le Concours médical», 3 сентября).

1843. *Убійство «колдуна» во Франціи.* Печальное дѣло пришлось недавно разбирать Суду присяжныхъ департамента Cher: нѣкто Pierre Merot, каменьщикъ изъ Saint-Georges sur Moulon, обвинялся въ убійствѣ своего земляка Anatole Ganet; обвиняемый сознался въ преступленіи, но заявилъ на Судѣ, что убилъ «колдуна», который преслѣдовалъ его постоянно, а большинство свидѣтелей высказались въ томъ смыслѣ, что они, хотя и «не слишкомъ» вѣрятъ въ колдуновъ, но что и говорить «нѣтъ» здѣсь нельзя. Дѣло кончилось оправданіемъ («Gazette médicale de Paris» и «Le Concours médical», 3 сентября).

1844. *Стоимость радія* опредѣляется теперь въ 2000 фр. за 0,005 грм. бромистой соли его, т. е. 400000 фр. 1 граммъ («La Presse médicale», 7 сентября).

1845. *Смерть Waldeck-Rousseau послѣ операціи*, сдѣланной *H. Kehr*'омъ (тогда какъ профф. *Terrier* и *Poirier* отказались отъ нея), вызвала много шума въ медицинскихъ кружкахъ Парижа. Изъ французскихъ хирурговъ многіе, какъ передаетъ «Journal des praticiens», упрекаютъ нѣмцевъ въ отсутствіи у нихъ «клиническаго смысла» («Gazette médicale de Paris», 3 сентября).

1846. Въ «The Times» пишутъ изъ Россіи, будто мать одного врача (еврея), посланнаго изъ Варшавы на войну, получила отъ него *письмо* со штемпелемъ цензуры. Въ письмѣ этомъ удостовѣряется, что авторъ его находится въ добромъ здоровьи, что среди войскъ господствуетъ изумительный порядокъ, что они увѣрены въ побѣдѣ и обильно снабжены всѣмъ необходимымъ, а болѣютъ такъ мало, что военнымъ врачамъ почти нѣтъ работы. Заключается письмо просьбою о присылкѣ ряда еврейскихъ книгъ, которыхъ и приводятся заглавія. Заглавія-же эти въ переводѣ значатъ: «Голодъ и нищета», «Ужасныя эпидеміи», «Санитарнаго устройства почти нѣтъ», «Деморализація арміи, непрерывно возрастающая», «Конецъ дисциплинѣ», «Я хотѣлъ-бы попасть въ плѣнъ».—«Цензоръ, очевидно, не зналъ еврейскаго языка», иронически заканчиваетъ свою замѣтку «The Medical Age» (25 августа), ни однимъ словомъ не оговариваясь о, по меньшей мѣрѣ, неточности извѣстій, послужившихъ ея основаніемъ. Такое отношеніе американской газеты тѣмъ болѣе поразительно, что даже Лондонскій «The Lancet», развязно-русофобскій всегда въ своей рубрикѣ «The war in the far east», теперь (въ № 10 сентября) понизилъ тонъ и смиренно сознается, что «русскіе обезпечены широко поставленною и хорошо организованною врачебною помощью».

1847. *Умерли:* 1) 18-го августа въ Ардатовѣ земскій врачъ *Владиміръ Павловичъ Воронинъ* («Самарская Газета», 27 августа), родившійся въ 1870 г., а званіе врача получившій въ 1893 г.—2) 22-го августа, въ Лепелѣ Витебской губ., городовой врачъ *Владиславъ Казиміровичъ Пржисецкій*, родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій въ 1878 г. Позволяемъ себѣ привести изъ «Новостей» (3 сентября), откуда мы заимствуемъ извѣстіе о его смерти, нѣсколько строкъ изъ его некролога. Покойный «никогда не щадилъ ни трудовъ, ни денегъ, чтобы помочь страждущему. Ежедневно можно было видѣть, какъ онъ пробирался по боковымъ кварталамъ города, гдѣ ютятся бѣдняки, его неизмѣнные больные. Зайдетъ, бывало, въ хату какого-нибудь бѣдняка, изслѣдуетъ больного, пропишетъ рецептъ и, не дожидаясь гонорара, еще самъ снабдитъ больного большей или меньшей денежной суммой на пріобрѣтеніе лѣкарства и всего необходимаго для больного. И все это сопровождалось у него кроткой, соболѣзнующей улыбкой и выраженіемъ готовности вновь явиться, когда его помощь потребуется. Буквально всѣ обыватели, и старъ, и младъ, присутствовали на похоронахъ. Всѣ магазины и лавки были закрыты. Никогда еще Лепель не видалъ такой многотысячной толпы».—3) 24-го августа, въ Вильнѣ, *Зенонъ Доминиковичъ Цывинскій*, родившійся въ 1830 г., а званіе врача получившій въ 1856 г. По окончаніи курса въ Московскомъ Университетѣ покойный уѣхалъ заграницу, гдѣ въ Königsberg'ѣ изучалъ у *Graefe* и въ Парижѣ у *Gałęzowsk*'аго офталмологію. Возвратившись послѣ 5 лѣтъ въ Вильну, онъ, какъ талантливый окулистъ и операторъ, вскорѣ снискалъ себѣ славу и за границами Литвы. Онъ былъ в.-окружнымъ окулистомъ Виленскаго военнаго округа, неоднократно командированъ былъ и въ другіе округа и состоялъ директоромъ частной глазной лѣчебницы гр. Пржездзецкой, устроенной имъ по Европейскому образцу, гдѣ тысячи бѣдныхъ больныхъ со всего края получали облегченіе въ глазныхъ недугахъ (Сообщено *Д. М. Саковичемъ*).—4) Въ Тирасполѣ *Александръ Ивановичъ Миницкій* («Бессарабецъ», 26 августа), родившійся въ 1855 г., а званіе врача получившій въ 1883 г.—5) 29-го августа, въ Николаевѣ, ординаторъ городской больницы, ж.-врачъ *М. К. Петерсъ*, званіе врача получившая въ 1902 г. Покойная окончила свою жизнь самоубійствомъ, впрыснувъ себѣ подъ кожу кокаинъ, подъ вліяніемъ остраго возбужденія, въ которое привела ее смерть роженицы послѣ операціи извлеченія послѣда. Трагическая кончина *М. К. Петерсъ*, пользовавшейся общей любовью больныхъ и товарищей и отличавшейся чрезвычайной чуткостью и отзывчивостью къ чужому горю, произвела крайне тяжелое впечатлѣніе на весь врачебный персоналъ больницы и на больныхъ.—6) 31-го августа, въ Петербургѣ, *Петръ Александровичъ Гетцъ* («Новое Время», 2 сентября), родившійся въ 1830 г., а званіе врача получившій въ 1857 г. — 7) Старшій врачъ Троицкаго, Оренбургской губ., лазарета *Николай Гавриловичъ Пономаревъ* («Правительственный Вѣстникъ», 4 сентября), родившійся въ 1855 г., а званіе врача получившій въ 1882 г. — 8) Младшій врачъ 35-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка *Андржеячекъ* [1] (тамъ-же).—9—11) Состоявшіе въ запасѣ чиновниковъ в.-медицинскаго вѣдомства и на учетѣ по уѣздамъ: Петербургскому—*Нотель Иппъ* [1], Варшавскому—*Іосифъ Авиновицкій* [1]) и Саратовскому—*Иванъ Васильевичъ Князевскій*, родившійся въ 1874 г., а званіе врача получившій въ 1900 г. (тамъ-же).—12) 23-го августа, въ Vöslau, бывшій профессоръ внутреннихъ болѣзней въ Вѣнѣ *Anton Drasche*, родившійся въ іюлѣ 1826 г. въ Lobendau въ Чехіи, а званіе врача получившій въ Вѣнѣ въ 1851 г. («Wiener medicinische Wochenschrift», 27 августа).

Опечатки. 1. Въ № 35 на стр. 1200, во 2-мъ столбцѣ, на 38 й строкѣ св. и на стр. 1202, во 2-мъ-же столбцѣ, на 7-й строкѣ сн. фамилія глубокоуважаемаго предсѣдателя Каменецъ-Подольскаго Отдѣленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи *Н. Р. Мазинга* неправильно напечатана «*Назингъ*». Просимъ его великодушно извинить намъ эту невольную вину.

2. Въ статьѣ д-ра *К. М. Шмидта*: «Удаленіе инороднаго тѣла изъ бронха» (см. № 32) допущены крупныя *опечатки*, которыя просимъ исправить. 1) На стр. 1100 въ 1-мъ столбцѣ, строка 22 сн. напечатано «появилась отрыжка»; слѣдуетъ «появилась одышка»; 2) на той-же стр. и въ томъ-же столбцѣ, строка 12 сн., вмѣсто «нижней бронхоскопіи», слѣдуетъ «верхней»; 3) на той же стр. и въ томъ-же столбцѣ, строка 51 св., вмѣсто «раздвоенія дыхательной трубки», слѣдуетъ «раздвоенія дыхательнаго горла».—*Ред.*

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

ТОМОВЫЯ ИЗДАНІЯ.

Нѣмецкіе.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. T. XLI.

1. **Bruns.** *Ueber Kropfgeschwülste im Innern des Kehlkopfs und der Luftröhre und ihre Entfernung.* Случай успѣшной операціи при внутригортанномъ зобѣ. 2. **Brunn.** *Beitrag zur traumatischen Gangrän durch Ruptur der inneren Arterienhäute.* Случай омертвѣнія голени вслѣдствіе трауматическаго разрыва внутренней оболочки подколѣнной артеріи. 3. **Taute.** *Ueber tödliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie.* О смертельныхъ кровотеченіяхъ вслѣдствіе операціи горлосѣченія. 3 случая. 4. **Honsell.** *Zur Resektion der verbogenen Nasenscheidenwand.* Описаніе способа изсѣченія изогнутой носовой перегородки. 5. **Cohn.** *Ueber cystenartige Erweiterung des Harnleiters innerhalb der Harnblase.* О мѣшетчатыхъ расширеніяхъ внутрипузырнаго отдѣла мочеточника. Описаніе случая съ подробнымъ изложеніемъ литературы. 6. **Genersich.** *Ueber Unterbindung des Darmes.* Изслѣдованіе относительно судьбы нитей, которыми перевязана кишка и механизма, путемъ котораго возстановляется кишечная проходимость перевязанной петли. 7. **Becker.** *Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Mastdarmprolapses.* О способахъ операціи при выпаденіи прямой кишки. 8. **Krönlein.** *Klinische Nachträge.* 6 случаевъ: 1) случай изсѣченія мышечной опухоли матки съ сохраненіемъ способности рожденія. Продолжительность наблюденія 15 л. 2) 2 случая прочнаго выздоровленія послѣ удаленія рака почки, 3) тоже послѣ удаленія многополостной опухоли почки, 4) случай первичнаго рака локтевой кости, 5) случай изсѣченія гортани по поводу возврата рака съ прочнымъ выздоровленіемъ. Возврата не было 14 лѣтъ. 9. **Monnier.** *Zur Kasuistik der Milzcysten.* Описаніе случая. 10. **Brun.** *Ein Grenzdivertikel des Oesophagus.* Описаніе случая. 11. **Madelung.** *Ueber Extirpation eines Dermoid des Mediastinum anticum.* Описаніе случая. 12. **Schlatter.** *Meniscusluxationen des Kniegelenkes.* 5 случаевъ оперативнаго лѣченія вывиховъ (resp. разрывовъ) полулунныхъ хрящей колѣннаго сустава. Результаты хорошіе. 13. **Reich.** *Ueber Leucocytenzählungen und deren Verwertbarkeit bei chirurgischen Affektionen.* Выводъ: опредѣленіе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ имѣетъ практическое значеніе лишь при бактерійныхъ гнойныхъ заболѣваніяхъ и лишено всякаго практическаго значенія при злокачественныхъ опухоляхъ и хирургической бугорчаткѣ. 14. **Bayer.** *Zur Kasuistik und operativen Behandlung der Bauchhöhlenteratome.* Описаніе случая. 15. **Klauber.** *Ueber Schweissdrüsentumoren.* Объ опухоляхъ потовыхъ железъ. Обстоятельный литературно-клиническій и патолого-анатомическій очеркъ съ описаніемъ одного собственнаго случая. 16. **Kisch.** *Ueber das Genu recurvatum osteomyeliticum.* 2 случая. Въ одномъ—смерть (отъ жирового заноса) послѣ насильственнаго выпрямленія, въ другомъ—выздоровленіе послѣ клиновидной остеотоміи бедренной кости. 17. **Hilgenreiner.** *Bericht über 828 operativ behandelte Fälle.* Отчетъ о 828 случаяхъ операціи грыжъ. 18. **Ehrich.** *Ueber retroperitoneale Lage der Mils.* Случай подвижной забрюшинно лежавшей селезенки. Операція (пришиваніе). Выздоровленіе. 19. **Oberst.** *Das Aneurysma der Subclavia.* Описаніе случая съ подробнымъ изложеніемъ литературы. 20. **Honsell.** *Ueber die Abscesse des Spatium prävesicale.* Случай бугорчатковаго нарыва впереди-пузырнаго пространства. 21. **Maragliano.** *Klinische und pathologisch-anatomische Erfahrungen auf dem Gebiete der Magenchirurgie.* Отчетъ о 79 случаяхъ операціи на желудкѣ (45 случаевъ желудочно-кишечнаго соустія, 8 сл. наложенія желудочнаго свища, 14 сл. изсѣченія желудка, 7 сл. наложенія свища въ тощей кишкѣ, 2 сл. изсѣченія язвы, 3 сл. пластики привратника). 22. **Lieblein.** *Ein Beitrag zur Kasuistik der Myome des Dünndarms.* Описаніе случая. 23. **Онъ-же.** *Ueber Fremdkörper der Speiseröhre und ihre operative Entfernung.* 3 случая успѣшнаго удаленія инороднаго тѣла изъ пищевода путемъ наружнаго сѣченія. 24. **Trendel.** *Beiträge zur Kenntniss der acuten infektiosen Osteomyelitis.* Отчетъ о 1058 случаяхъ остраго заразнаго воспаленія костнаго мозга. 25. **Finckh.** *Ueber actinomycotische fibrinöse Bronchitis.* Случай пораженія легкаго лучистымъ грибкомъ. 26. **Pförringer.** *Beitrag zum Wachstum des Magencarcinoms.* Патолого-анатомическое изслѣдованіе относительно путей распространенія и роста раковыхъ опухолей желудка. 27. **Werner.** *Ueber eine merkwürdige durch Resektion geheilte Funktionsstörung des Unterkiefergelenkes.* Случай привычнаго односторонняго вывиха головки нижней челюсти (luxatio submeniscoidea) осложненнаго воспаленіемъ наружной крыловидной мышцы. Послѣ изсѣченія головки—выздоровленіе. 28. **Онъ-же.** *Luxatio intrapelvica durch das Foramen ovale.* Описаніе случая. 29. **Braun.** *Zur Pathologie und Therapie des Darmverschlusses.* Обстоятельно литературно-клиническій очеркъ о кишечной непроходимости.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Berliner klinische Wochenschrift. 4 января.

1. **E. Bergmann.** *Actinomycose oder Osteomyelitis des Oberschenkels?* 2. **F. Kraus.** *Ueber die Frage der Zuckerbildung aus Eiweiss im diabetischen Organismus.* Образованіе сахара изъ бѣлка у больныхъ сахарнымъ мочевинуреніемъ. 3. **W. Erb.** *Syphilis und Tabes.* (Не окончена). 4. **A. Hoffa.** *Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kniegelenkserkrankungen.* (Не окончена). 5. **J. Sigel.** *Therapeutische Beobachtungen* (пегнинъ, пнеймиръ, гетолъ и т. д.).

11 января.

1. **H. Strauss.** *Ueber röhrenförmige Ausstossung der Speiseröhrenschleimhaut und stenosirende Pylorus-Hypertrophie nach Salzsäurevergiftung.* Случай. 2. **F. Rosenfeld.** *Ueber die Methoden zur Grenzbestimmung des Herzens.* О способахъ опредѣленія границъ сердца. 3. **S. Ito.** *Ueber primäre Darm-und Gaumentonsillentuberculose.* Рядъ случаевъ. 4. **W. Erb.** (Продолженіе). 5. **A. Hoffa.** (Окончаніе).

18 января.

1. **M. Borchardt.** *Schussverletzung des Pankreas und acute hämorrhagische Pankreatitis.* По поводу случая. (Не окончена). 2. **F. Figari.** *Experimentelluntersuchungen über die innerliche Darreichung eines Tubercularantitoxins.* (Предварительное сообщеніе о новомъ антитоксинѣ). 3. **Falkenstein.** *Ueber das Wesen der Gicht* (подагры) *und ihre Behandlung.* 4. **M. Brasch.** *Dystrophia muscularis progressiva bei Mutter und Kind.* 5. **W. Erb.** (Продолженіе).

25 января.

1. **J. Hirschberg.** *Beiträge zur Prognose der bösartigen Aderhautgeschwülste.* О предсказаніи при злокачественныхъ опухоляхъ сосудистой оболочки. 2. **K. Shiga.** *Ueber active Immunisierung von Menschen gegen den Typhusbacillus.* 3. **F. Lesser.** *Zur Aetiologie und Pathologie der Tabes, speciell ihr Verhältniss zur Syphilis.* 4. **W. Erb.** (Окончаніе). 5. **M. Borchardt.** (Окончаніе). 6. **E. Behring.** *Leitsätze betreffend die Phthisiogenese beim Menschen und bei Thieren.*

1 февраля.

1. **E. Meyer.** *Ueber cytodiagnostische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis.* 2. **A. Oppenheim.** *Perityphlitis, Peritonitis, Meteorismus.* 3. **T. Zlocisti.** *Die Steigerung der Secretion bei stillenden Müttern.* Повышеніе секреціи у кормящихъ грудью. 4. **J. Hirschberg.** (Окончаніе).

8 февраля.

1. **J. Fibiger** und **C. O. Jensen.** *Uebertragung der Tuberculose des Menschen auf das Rind.* 2-ое сообщеніе о передачѣ человѣческой бугорчатки рогатому скоту. (Не окончена). 2. **E. Meyer.** *Beitrag zur medicamentösen Behandlung von Neuralgien und Myalgien.* 3. **A. Alexander.** *Ein Fall von Recurrenslähmung bei Mitralstenose.* 4. **А. К. Зивертъ** (Кіевъ). *Ueber einen Fall von Bronchiectasie bei einem Patienten mit Situs inversus viscerum.*

15 февраля.

1. **Westenhoeffer.** *Ueber die Wege der tuberculösen Infection im kindlichen Körper.* (Не окончена). 2. **L. Pick.** *Das Epithelioma chorio-ektodermale.* (Не окончена). 3. **L. Landau.** *Zum klinischen Verhalten des Epithelioma chorioektodermale.* 4. **J. Meyer.** *Ueber das Ficker'sche Typhusdiagnosticum.* Отзывъ благопріятный. 5. **F. Figari.** *Antitoxine und Agglutinine im Blut immunisirter Thiere.* 6. **J. Fibiger** und **C. O. Jensen.** (Окончаніе). 7. **O. Rosenbach.** *Ist für die Entstehung der Tabes die Syphilis oder ein socialer Factor maassgebend?*

22 февраля.

1. **H. Senator.** *Ueber die hämolytische Eigenschaft des Blutserums bei Urämie.* 2. **A. Westphal.** *Ueber Bewegungserscheinungen an gelähmten Augenmuskeln in einem Fall von Korsakowscher Psychose.* О двигательныхъ явленіяхъ въ парализованныхъ глазныхъ мышцахъ въ 1 случаѣ *Корсаковскаго* психоза. 3. **E. Raelmann.** *Ueber ultramikroskopische Untersuchungen von Glycogen, Albuminsubtanzen und Bacterien.* Наблюденія съ новымъ микроскопомъ *Siedentopf-Zsigmondy.* 4. **Kullmann.** *Ueber Hämolyse durch Carcinomextracte.* 5. **Westenhoeffer.** (Окончаніе). 6. **L. Pick.** (Тоже).

29 февраля.

1. **P. H. Römer.** *Ueber die Einwirkung des galvanischen Stroms auf Tetanus-Gift, Tetanus-Antitoxin und Toxin-Antitoxin-Gemische.* Опыты (съ послѣдствіемъ *Behring*'а). 2. **R. Stern** und **W. Korte.** *Ueber den Nachweis der bactericiden Reaction im Blutserum der Typhuskranken.* 3. **Svante Arrhenius.** *Zur Theorie der Bindung von Toxin und Antitoxin.* Полемика съ *Ehrlich*'омъ. 4. **P. Ehrlich.** Отвѣтъ на предшествующую статью. 5. **Plachte.** *Das Megalerythema epidemicum.* 6. **К. С. Ржентковскій** (Варшава). *Beitrag zur Frage des osmotischen Druckes der Ex- und Transsudate.*

7 марта.

1. **M. Bernhardt.** *Ueber einige seltener vorkommende peripherische Lähmungen.* 2. **E. Friedberger.** *Ueber die Intensität der Choleraamboceptorenbildung beim Kaninchen unter dem Einflusse der Alkoholisirung und der Mischimpfung.* 3. **P. Jacob.** *Die Fürsorgestelle in der Charité.* 4. **Karewski.** *Anatomische Befunde bei der Wurmfortsatzentzündung und die Indication zur Ap-*

pendectomie. 5. **H. Fliess** *Die Behandlung der Ozaena mit Hartparaffininjectionen.*

14 марта.

1. **J. Orth.** *Ueber einige Zeit-und Streitfragen aus dem Gebiete der Tuberculose.* Статья IV. (Не окончена). 2. **C. Spengler.** *Zur v. Behring'schen Schwindsuchtsentstehung.* 3. **A. Lübbert** und **C. Prausnitz.** *Zur Serumbehandlung des Heufiebers* (сѣнной лихорадки). (Не окончена). 4. **H. Ruge.** *Tabes, Aortenaneurysma und Syphilis.* Статистическія замѣтки. 5. **C. S. Engel.** *Welches sind die geringsten Anforderungen, die an eine Säuglingsmilch zu stellen sind.* 6. **L. Feilchenfeld.** *Zur Diagnose und Behandlung besonders der cardialen Form der Schlaflosigkeit.*

21 марта.

1. **O. Liebreich.** *Ueber Fetron-Salbe.* 2. **J. Sigel.** *Zur Diagnose des Magencarcinoms.* (Не окончена). 3. **J. Orth.** (Продолженіе). 4. **A. Lübbert** und **C. Prausnitz.** (Окончаніе). 5. **W. A. Freund.** *Meine Erfahrungen als Sachverständiger im Strafprocess und die darauf gegründeten Vorschläge zu Veränderungen der bisher geltenden Strafprocessordnung.* Наблюденія эксперта.

28 марта.

1. **A. Martin.** *Gonorrhoe im Wochenbett.* 2. **P. Ehrlich** und **K. Shiga.** *Farbentherapeutische Versuche bei Trypanosomenerkrankung.* (Не окончена). 3. **K. Ruhemann.** *Ueber Schüttellähmung nach Unfällen.* (Не окончена). 4. **J. Orth.** (Окончаніе). 5. **J. Sigel.** (Окончаніе). Выводъ и новѣйшіе способы распознаванія рака желудка (триптофановая реакція, опредѣленіе бѣлка по *Salomon*'у, способъ *Gluzinsk*'аго и опредѣленіе жирныхъ кислотъ въ мочѣ) не даютъ возможности ставить его безъ обстоятельнаго взвѣшиванія всѣхъ припадковъ болѣзни.

4 апрѣля.

1. **Goldscheider.** *Ueber das Vibrationsgefühl.* О чувствѣ вибраціи. 2. **P. K. Pel.** *Ueber tardive Leberabscesse nach tropischer Dysenterie.* Случай поздняго нарыва печени послѣ тропическаго кроваваго поноса. 3. **G. Cornet.** *Die latenten Herde der Tuberculose und die Tuberculindiagnostik im Lichte neuer Forschung.* 4. **P. Ehrlich** und **K. Shiga.** (Окончаніе). 5. **K. Ruhemann.** (Продолженіе).

11 апрѣля.

1. **L. Brieger.** *Erfahrungen bei der hydriatischen Behandlung von Lungenkrankheiten.* О водолѣченіи при легочныхъ болѣзняхъ. 2. **М. М. Волковъ.** *Ueber die physiologische Anschauung in der klinischen Medicin.* Переводъ рѣчи въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ 24/XII 1903 г. (Не окончена). 3. **K. Liepelt.** *Ueber die Verwendung des Scopolaminum hydrobromicum in der ärztlichen Praxis.* 4. **T. Cohn.** *Therapeutische Versuche mit Elektromagneten.* 5. **G. Cornet.** (Окончаніе). 6. **K. Ruhemann.** (Тоже).

18 апрѣля.

1. **J. Metulescu.** *Beiträge zum Studium der Hämatologie.* 2. **E. Meyer.** *Ein Fall von Wanderleber beim Mann.* Блуждающая печень у мужчины, 35 л. 3. **H. Sachs.** *Ueber die Constitution des Tetanolysins.* 4. **F. Köhler.** *Casuistische Beiträge zur Aetiologie der Lipomatose und zur Säurebehandlung des Pruritus nach Leo.* 5. **H. Deetjen.** *Die Einwirkung einiger Ionen auf die Zellsubstanz.* 6. **М. М. Волковъ.** (Окончаніе).

25 апрѣля.

1. **R. Milner.** *Ueber hyperalgetische Zonen am Halse nach Kopfschüssen.* 2. **W. Krebs.** *Der Einfluss localer Kälteanwendung auf die Herzthätigkeit.* О благопріятномъ дѣйствіи мѣстнаго холода на разстроенную сердечную дѣятельность. 3. **K. Glaessner** und **J. Sigel.** *Organotherapeutische Versuche bei Pankreaserkrankung.* 4. **V. Lippert.** *Ueber einige neuere Versuche einer Verbesserung de Herzgrenzenbestimmung nebst Bemerkungen über sinusoidale Voltasation.* 5. **Ascher.** *Beiträge zur socialen Hygiene:*

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1 января.

1. **Behring** und **Much.** *Ueber die Beziehungen der Milzbrandbazillen zu endothelialen Zellen im Mäusekörper und Meerschweinkörper.* Объ отношеніяхъ палочекъ сибирской язвы къ эндотелію въ тѣлѣ мышей и свинокъ. 2. **J. Bókay.** *Meine Erfahrungen mit dem Moserschen polyvalenten Scharlach-Streptokokkenserum.* 3. **H. Quincke** und **A. Gross.** *Ueber einige seltenere Lokalisationen des akuten umschriebenen Oedems.* (Не окончена). 4. **W. Ebstein.** *Exodin, ein neues Abführmittel* (слабительное). 5. **Villaret.** *Ist die Blinddarmentzündung heute häufiger, als früher.* Доказываетъ цифрами, что воспаленіе слѣпой кишки встрѣчается теперь лишь, повидимому, чаще прежняго, вслѣдствіе лучшаго распознаванія. 6. **A. Westphal.** *Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmerzuständen und dem Symptom des Vorbeiredens.* 7. **J. Mikulicz.** *Zur Pathologie und Therapie des Cardiospasmus.* (Не окончена). 8. **H. Fritsch.** *Die Behandlung der Blutungen nach der Geburt.* Лѣченіе послѣродовыхъ кровотеченій. 9. **A. Neisser** und **F. Veiel.** *Einige Syphilis-Uebertragungsversuche auf Thiere.*

7 января.

1. **H. Quincke** und **A. Gross.** (Продолженіе). 2. **J. Mikulicz.** (Окончаніе). 3. **J. Arneth.** *Die neutrophilen Leukozyten bei Infektionskrankheiten.* (Не окончена). 4. **M. Mayer.** *Weitere Versuche zur Darstellung spezifischer Substanzen aus Bakterien.* Статья II—палочки холеры. 5. **M. Kochmann.** *Ueber die Veränderlichkeit der Baldrianpräparate.* Объ измѣнчивости препаратовъ валерьяны. 6. **G. Galli.** *Beitrag zur Lehre von den musikalischen Herzgeräuschen* (о музыкальныхъ сердечныхъ шумахъ). 7. **М. А. Лунцъ** (Москва). *Zwei Fälle von Meningitis basilaris simplex.*

14 января.

1. **E. Schultze.** *Bemerkungen zur Paranoiafrage.* (Не окончена). 2. **J. Arneth.** (Окончаніе). 3. **W. Scholtz.** *Ueber die physiologische Wirkung der Radiumstrahlen und ihre therapeutische Verwendung.* 4. **G. Engelhardt.** *Zur Frage der Dauerheilung nach operativer Behandlung der traumatischen Jacksonschen Epilepsie.*

21 января.

1. **A. Loewy.** *Die Wirkung des Höhen-und Seeklimas auf den Menschen.* О вліяніи на человѣка горнаго и морского климата. 2. **R. Gaupp.** *Die Prognose der progressiven Paralyse.* (Не окончена). 3. **E. Schultze.** (Окончаніе). 4. **O. Niedner.** *Ein Fall von Staphylokokkensepsis.* 5. **O. Busse.** *Ueber kongenitale Cystennieren.*

28 января.

1. **G. Flügge.** *Die Ubiquität der Tuberkelbazillen und die Disposition zur Phthise.* 2. **F. F. Friedmann.** *Zur Frage der aktiven Immunisierung gegen Tuberkulose.* 3. **K. Herxheimer.** *Ueber äusserliche Behandlung der Psoriasis.* 4. **R. Gaupp.** (Окончаніе).

4 февраля.

1. **E. Behring.** *Phthisiogenese und Tuberkulosebekämpfung.* 2. **J. Stoklasa.** *Die glykolytischen Enzyme im thierischen Gewebe.* 3. **R. Hoffmann.** *Ueber das Verschwinden der Leberdämpfung infolge von Dickdarmüberlagerung.* Объ исчезновеніи печеночной тупости отъ прикрытія ея толстою кишкою. (Не окончена). 4. **V. E. Mertens.** *Ueber Versuche zur Serumdiagnose des Karzinoms.* 5. **K. Baisch.** *Ueber den Wert der Gummihandschuhe bei manueller Plazentarlösung.* Резиновыя перчатки при ручномъ отдѣленіи послѣда.

11 февраля.

1. **E. Bendix.** *Ueber Wechselbeziehungen zwischen Haut-und Nierentätigkeit.* Взаимоотношеніе между дѣятельностью кожи и почекъ. 2. **Л. Розенталь** (Москва). *Das Dysenterietoxin (auf natürlichem Wege gewonnen).* 3. **W. Hellwig.** *Zur Serumtherapie des Tetanus.* 2 удачныхъ случая. 4. **E. Kolbe.** *Ueber Senfvergiftung.* Случай отравленія горчицею. 5. **B. Goldberg.** *Die keimfreie Aufbewahrung weicher und halbweicher Katheter.* 6. **R. Hoffmann.** (Окончаніе).

18 февраля.

1. **Neisser** und **Halberstaedter.** *Mitteilungen über Lichtbehandlung nach Dreyer.* 2. **C. Flügge.** *Zur Bekämpfung der Tuberkulose.* 3. **R. Schlüter.** *Ueber den diagnostischen Wert der Tuberkulinreaktion.* 4. **Dungern.** *Beitrag zur Kenntniss der Bindungsverhältnisse bei der Vereinigung von Diphtheriegift und Antiserum.* (Не окончена). 5. **A. Hartz.** *Ueber Behandlung einer Pylorusstenose mit Thiosinamin.* 6. **Sommer.** *Darstellung von Ausdrucksbewegungen in Licht-und Farbenerscheinungen.*

25 февраля.

1. **G. Schmidt.** *Schrotschuss und Wundstarrkrampf.* Случай раневого столбняка послѣ выстрѣла дробью въ кисть руки. 2. **J. Bachauer.** *Ueber Stauungspapille nach Schädelkontusion.* О застойномъ соскѣ послѣ ушибовъ черепа. 3. **П. Г. Гампельнъ** (Рига). *Ueber den Volarton.* Тонъ на ладонной дугѣ, какъ признакъ артеріосклероза. 4. **A. Schütze.** *Ueber einen Antikörper gegen Steapsinsolution.* (Не окончена). 5. **Dungern.** (Окончаніе).

3 марта.

1. **A. Hofta.** *Zur Bedeutung des Fettgewebes für die Pathologie des Kniegelenks.* 2. **P. Reckzeh.** *Zur Analyse des unregelmässigen Pulses.* 3. **E. Körmöczi** und **K. Jassniger.** *Ueber die Verwendbarkeit der Jousselschen Inoskopie.* Признаютъ способъ *Jousset* не-всегда ведущимъ къ цѣли. 4. **G. Korn.** *Ueber spastische Pylorusstenose und intermittierende Ektasie.* (Не окончена). 5. **Tourneau.** *Drei Fälle von Tetanus.* 6. **R. Eller.** *Ein Fall von Meningozele nach Zangengeburt.* 7. **F. Schanz.** *Ueber die Variabilität der Gonokokken.* 8. **A. Schütze.** (Окончаніе).

10 марта.

1. **Th. Rosenheim.** *Zur Diagnose der hochsitzenden Mastdarm-und Flexurakarzinome mittelst Palpation und Endoskopie.* (Не окончена). 2. **F. Loeb.** *Unsere Erfahrungen mit «Dyspeptine» Hepp.* Рѣдкій примѣръ отрицательнаго отзыва о новомъ средствѣ. 3. **G. Korn.** (Окончаніе). 4. **E. Rehfisch.** *Nervöse und cardiale Arhythmie.* (Не окончена). 5. **Schwabach.** *Zur Kenntniss der Nebenwirkungen einiger Arzneimittel auf das Ohr.* 6. **A. Hoffa.** (Окончаніе).

17 марта.

1. **A. Wassermann.** *Gibt es ein biologisches Differenzierungsverfahren für Menschen-und Tierblut mittelst der Präzipitine?* Отвѣтъ отрицательный. 2. **L. Lewisohn.** *Zur Entstehung der Mischgeschwülste.* (Не окончена). 3. **T. Rosenheim.** (Окончаніе). 4. **K. Sawada.** *Blutdruckmessungen bei Arteriosklerose.* 5. **E. Rehfisch.** (Окончаніе).

24 марта.

1. **E. Raehlmann.** *Ultramikroskopische Untersuchung über die Ursache der sympathischen Ophthalmie.* 2. **Greeff.** *Ueber Radiumstrahlen und ihre Wirkung auf das gesunde und blinde Auge.* 3 **H. Apolant.** *Ueber die Einwirkung von Radiumstrahlen auf das Karzinom der Mäuse.* 4. **R. H. Weber.** *Unsere heutige*

Kenntniss der Radioaktivität. 5. **E. Grunmach.** *Ueber die Leistungen der X-Strahlen zur Bestimmung der Lage und Grenzen des Herzens.* 6. **Mertens.** *Ein durch Behandlung mit Röntgenstrahlen günstig beeinflusstes Spindelzellensarkom.* 7. **P. Lengemann.** *Zur Thiasinaminbehandlung von Kontrakturen.* 8. **R. Lewisohn.** (Продолженіе).

31 марта.

1. **J. Israel.** *Ein neuer Weg zur Freilegung der Hinterfläche des rechten Leberlappens.* Новый оперативный путь къ правой долѣ печени. 2. **J. Pfannenstiel.** *Zur Behandlung des Myoma uteri.* 3. **E. Saul.** *Beiträge zur Biologie der Tumoren.* 4. **R. Lewisohn.** (Окончаніе). 5. **C. Neuberg** und **P. Fr. Richter.** *Ueber das Vorkommen von freien Aminosäuren (Leucin, Tyrosin, Lysin) im Blute bei akuter Leberatrophie.* 6. **Teschemacher.** *Ueber das Vorkommen der Dupuytrenschen Fingerkontraktur bei Diabetes mellitus.* 7. **Heine.** *Zur Behandlung der akuten Mittelohrentzündung.* Часть II. 8. **J. Heller.** *Ein Beitrag zur Genese der Mastzellen der Haut.*

7 апрѣля.

1. **F. König.** *Ankylose der Kiefergelenke beseitigt durch Keilausschnitt' aus dem linken Kieferast.* Анкилозъ челюсти, устраненный изсѣченіемъ клина изъ лѣвой вѣтви ея. 2. **J. Mikulicz.** *Ueber Operationen in der Brusthöhle mit Hilfe der Sauerbruchschen Kammer.* (Не окончена). 3. **C. Garrè.** *Ueber den operativen Verschluss von Lungenfisteln.* Объ оперативномъ закрытіи легочныхъ свищей. 4. **H. Küttner.** *Ueber das Skapularkrachen.* О лопаточномъ треніи. (Не окончена). 5. **F. Voelcker** und **E. Joseph.** *Chromozystoskopie.* 6. **Thelemann.** *Ueber die Entkapselung der Niere.* Объ обнаженіи почекъ отъ сумки. 7. **P. Schmidt.** *Beitrag zur Statistik der Mammakarzinome.* 8. **J. Lauper.** *Exohysteropexie nach Kocher bei Enukleation von Myomen und als Prolapsbehandlung.* 9. **A. Brüning.** *Ueber Knochenplombierung.* О пломбированіи костей. 10. **J. Frédéric.** *Ueber die sogenannte menschliche Botryomykose.* (Не окончена). 11. **H. Haberer.** *Einige Fälle ausgedehnter Hauttransplantation nach Thiersch.*

14 апрѣля.

1. **J. Mikulicz.** (Окончаніе). 2. **H. Tappeiner.** *Zur Kenntniss der lichtwirkenden (fluoreszierenden) Stoffe.* 3. **H. Küttner.** (Окончаніе). 4. **G. Hauser.** *«Gibt es ein biologisches Differenzierungsverfahren für Menschen-und Thierblut mittelst der Praezipitine?* 5. **Uhlenhuth.** Статья съ такимъ-же заглавіемъ. Объ представляютъ возраженія *Wassermann*'у. 6. **F. Voelcker** und **E. Joseph.** (Окончаніе). 7. **J. Frédéric.** (Тоже).

21 апрѣля.

1. **H. Curschmann.** *Ungewöhnliche Verlaufsweisen und plötzliche Todesfälle beim Unterleibstyphus.* По поводу смерти Хессенской принцессы. 2. **F. A. Hoffmann.** *Ueber Herzuntersuchung.* Объ изслѣдованіи сердца. 3. **F. Trendelenburg.** *Ueber die Operationsresultate bei der vom Wurmfortsatz ausgehender Peritonitis in der Leipziger chirurgischen Klinik.* 4. **P. Zweifel.** *Ueber die Gefahren intrauteriner Injektionen.* 5. **H. Klien.** *Ueber kontinuierliche rhythmische Krämpfe der Schlingmuskulatur.* (Не окончена). 6. **H. Sattler.** *Ueber die Grundsätze bei der Behandlung der Kurzsichtigkeit.* Основы лѣченія близорукости. (Не окончена). 7. **A. Barth.** *Otitis externa ulcerosa.* 8. **J. H. Rille.** *Zur Kenntniss der syphilitischen Veränderungen der Vagina und der Vaginalportion.* 9. **Soltmann.** *Die Infektionskrankheiten der Universitäts-Kinderklinik und die Grundzüge ihrer Behandlung.* (Не окончена). 10. **H. Tillmanns.** *Zur Entstehung der angeborenen Sakraltumoren mit besonderer Berücksichtigung der Spina bifida cystica.* 11. **Perthes.** *Versuche über den Einfluss der Röntgenstrahlen und Radiumstrahlen auf die Zelltheilung.* 12. **Th. Kölliker.** *Zur Verhütung und Behandlung der pleuritischen und empyematischen Skoliose.*

28 апрѣля.

1. **Bettmann.** *Ueber akneartige Formen der Hauttuberkulose.* (Не окончена). 2. **F. Neufeld.** *Zur Geschichte der Entdeckung der Immunisierung gegen Tuberkulose.* 3. **H. Sattler.** (Окончаніе). 4. **H. Klien.** (Окончаніе). 5. **H. Soltmann.** (Окончаніе). 6. **Perthes.** (Окончаніе).

Wiener klinische Wochenschrift. 7 января.

1. **F. Spieler.** *Ueber akute Skolikoiditis und Perityphlitis im Kindesalter.* (Не окончена). 2. **J. Sorgo.** *Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit reflektiertem Sonnenlichte.* 3. **O. Lenz.** *Die Malaria-Assanierung der Aussenwerke der Seefestung Pola.* 4. **G. Kobler.** *Die Impfung* (оспопрививаніе) *in Bosnien und der Hercegovina...*

14 января.

1. **K. A. Zuppinger.** *Ueber den Wert der Schutzimpfungen gegen Diphtheritis.* О значеніи предохранительныхъ прививокъ при дифтеріи. 2. **O. Effertz.** *Der Fettkonsum in den Tropen.* Потребленіе жира въ тропикахъ. 3. **M. Gruber.** *Die Ambozeptortheorie und der Kälteversuch von Ehrlich und Morgenroth.* 4. **F. Spieler.** (Продолженіе). 5. **A. Szana.** *Die Pflege kranker Säuglinge in Anstalten.* Уходъ за больными грудными дѣтьми въ заведеніяхъ.

21 января.

1. **K. Landsteiner** und **N. Jagic.** *Ueber Analogien der Wirkungen kolloidaler Kieselsäure mit den Reaktionen der Immunkörper und verwandter Stoffe.* 2. **M. Weinberger.** *Ueber eine Thrombose der Vena cava inferior bei schwerer Chlorose mit Heilung und über den Blutbefund bei Chlorosen.* 3. **M. Statzer.** *Traumatisches Aneurysma der Arteria poplitea infolge einer Exostose des Femur.* 4. **F. Spieler.** (Окончаніе).

28 января.

1. **O. Stoerk.** *Zur Pathologie des gastro-intestinalen adenoiden Gewebes.* 2. **A. Exner.** *Ueber die Behandlung von Oesophagus-Karzinomen mit Radiumstrahlen.* 3. **G. Kapsammer.** *Ueber Kryoskopie und reflektorische Polyurie.* 4. **R. Matzenauer.** *Ulcus chronicum elephantiasticum.* 5. **J. Bondi.** *Ueber den Einfluss gynäkologischer Operationen auf die Menstruation.* 6. **O. Gross.** *Ein Todesfall infolge von latentem Aneurysma arteriae vertebralis.*

ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

Итальянскіе.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 20 марта.

1. **Dante Calamida.** *Sull'azione del sublimato nelle infezioni sperimentali da carbonchio* (сибирская язва) *negli animali refrattari.* Опыты. 2. **D. Maragliano.** *Cisticerco del cervello.* Случай. 3. **L. Miserócchi.** *Sulla terapia della peritonite tubercolare.* 14 случаевъ, въ которыхъ излѣченіе наступило при употребленіи внутреннихъ средствъ (іодъ, мышьякъ, іодная настойка мѣстно). 4. **C. Quadrone.** *Ricerche batteriologische in due casi di ileo-tifo ad inizio brusco e sfebramento rapido.* 5. **P. F. Zuccola.** *Sulla morfologia del bacillo della tubercolosi.* 6. **F. Corsini.** *Contributo alla casuistica dell'emiplegia linguale.*

22 и 24 марта.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

27 марта.

1. **C. Tarchetti e Curlo.** *Epidemia famigliare di polmonite.* 2. **G. B. Segale.** *Sulla emostasi epatica.* 3. **C. Momo.** *La stenosi uretrale traumatica nella legge degli infortuni sul lavoro.* 4. **U. A. Betti.** *Alcune osservazioni di oto-rino-faringologia.* 5. **Bechi e Corsini.** *Di un raro caso di proiettile* (пули) *nel ventricolo sinistro del cuore.* 6. **A. Nicolotti.** *Sopra un caso di scarlattina consecutiva ad operazione radicale d'ernia.* 7. **G. Tiengo.** *Un caso di diplegia facciale periferica.*

29 и 31 марта.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

3 апрѣля.

1. **A. Plessi.** *Il sintoma di Kernig nella sciatica.* 2 случая сѣдалищной нейральгіи съ рѣзкимъ припадкомъ *В. М. Кернига.* 2. **A. Brancati.** *Breve nota sulla febbre itteroematurica da chinina.* 3 **C. Ortali.** *Ricerche sperimentali sull'eliminazione dell'ammoniaca nell'urina.* 4. **A. Michelazzi.** *L'influenza del trattamento calcareo sul decorso della tubercolosi sperimentale.* 5. **M. Giacanelli.** *Un caso di tetano traumatico curato colle iniezioni endovenose di acido fenico, secondo il metodo Baccelli.* 6. **L. Carini.** *Pelvi-peritonite primitiva puerperale.* Случай.

7, 12 и 14 апрѣля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

17 апрѣля.

1. **G. Galli.** *Intorno ad valore diagnostico della prova di Sahli per la funzione pancreatica.* Высказываетъ сомнѣніе касательно цѣнности пробы. 2. **A. Bocchi.** *Per la diagnosi del rene mobile.* 3. **G. La Rosa.** *Un caso di sifiloma iniziale del setto nasale.* 4. **G. Matteucci.** *Le afasie motorie.* Случай. 5. **S. Pascoletti.** *Il fegato infettivo acuto in una forma morbosa non ancora cognita.* 6. **E. De Benedetti.** *Guarigione di un caso di tetano con sostanza cerebrale.* 7. **F. Buono.** *Due anni di profilassi malarica tra gli impiegati della rete ferroviaria dell'agro cerignolano.*

19, 21, 26 и 28 апрѣля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

1 мая.

1. **De-Giovanni.** *Intorno alla radio-attività dei fanghi e delle acque di Abano.* 2. **A. De-Simoni.** *Dell'importanza della sieroagglutinazione nella diagnosi precoce della tubercolosi primitiva dell'orecchio medio.* 3. **A. Amantini.** *Contributo allo studio delle lesioni cerebrali per ferita d'arma da fuoco.* 4. **N. Vaccino.** *Un caso di taenia nana.* 5. **L. Navarra.** *Tubercolosi polmonare-Sieroterapie artitubercolare* (сывороткой *Maragliano*).—*Guarigione.* 2 случая. 6. **J. Soriani.** *Tubercolosi polmonare febbrile-Sieroterapia* (тоже).—*Decorso verso la guarigione.* Случай.

3 и 5 мая.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

8 мая.

1. **S. Rebaudi.** *Le curve renali nel diabete insipido.* 2. **C. Momo.** *Le lesioni contusive del pancreas nella validità del lavoro.* 3. **F. Orta e G. Gualdrini.** *Contributo allo studio della tubercolosi della lingua.* Случай. 4. **R. Vigliani.** *Contributo alla conoscenza delle alterazioni di alcuni organi nell'avvelenamento da florizina.* 5. **V. Torresi.** *Sull'uso del tabacco nella paralisi intestinale.* 6. **C. Ortali.** *L'opoterapia placentare.* 7. **I. Salvioli.** *Contributo allo studio delle trasfusioni sanguigne.* Предварительное сообщеніе.

10 и 12 мая.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CLVI. Изъ госпитальной хирургической клиники проф. С. П. Ѳедорова въ В.-Медицинской Академіи.

Случай пещеристой гэмангіомы щеки [1]).

Ч. пр. В. А. Оппеля.

Позволю себѣ сообщить о больномъ, которому была произведена операція по поводу гэмангіомы щеки. Думаю, что случай этотъ представляетъ интересъ особенно въ отношеніи той пластической операціи, которая была предпринята съ цѣлью закрытія недостачи въ щекѣ.

И. К., 17 л., поступилъ въ госпитальную хирургическую клинику проф. *С. П. Ѳедорова* 16/I 1904 г. Онъ разсказалъ, что опухоль, занимавшая его лѣвую щеку, у него съ ранняго дѣтства. Она постепенно росла и въ настоящее время стала безпокоить его потому, что во время жеванія попадаетъ между краями зубовъ верхней и нижней челюстей. Средняго роста, удовлетворительнаго питанія и сложенія. Внутренніе органы нормальны. Лицо нѣсколько несоразмѣрно: область лѣвой щеки выступаетъ больше правой и кажется припухшей. У лѣваго угла рта темно-синяя, нѣсколько сжимаема, мягкая, упругая, не имѣющая рѣзкихъ границъ опухоль, съ крупную горошину, начинающаяся не рѣзкимъ краемъ на кожѣ губы и переходящая на слизистую ея оболочку. При осмотрѣ полости рта найдено, что слизистая оболочка лѣвой щеки значительно выпячена въ сторону полости рта и темно-синяго цвѣта. Такимъ образомъ вся лѣвая щека со стороны слизистой оболочки занята была кровяной опухолью, кверху не доходившей на 0,5 стм. до мѣста перехода слизистой оболочки щеки въ слизистую оболочку ячеечнаго края верхней челюсти, книзу простиравшейся вплоть до переходной складки на нижнюю челюсть, кзади заходившей за передній край жевательной мышцы и кпереди переходившей въ упомянутую выше опухоль губы. При сжиманіи челюстей верхушка опухоли ущемлялась между зубными краями.

Дѣло шло, такимъ образомъ, о пещеристой гэмангіомѣ слизистой оболочки и подслизистой ткани лѣвой щеки.

Прежде чѣмъ говорить о лѣченіи въ данномъ случаѣ, считаю не лишнимъ заявить, что на мой взглядъ всякая сосудистая опухоль должна быть удалена, если она вообще удалима. Основаніе такого взгляда я полагаю возможнымъ видѣть въ томъ, что сосудистыя опухоли, т. е. гэмангіомы и лимфангіомы, нужно разсматривать, какъ новообразованія. Ясное дѣло, что наиболѣе кореннымъ лѣченіемъ новообразованій, хотя бы и доброкачественныхъ, является ихъ изсѣченіе.

Такъ какъ въ данномъ случаѣ новообразованіе могло быть удалено, а больной на операцію соглашался, то оставалось выработать планъ оперативнаго вмѣшательства. При этомъ нужно было имѣть въ виду, что вмѣстѣ съ новообразованіемъ будетъ удалена и слизистая оболочка почти всей лѣвой щеки; слѣд., являлась необходимость для избѣжанія послѣдующаго рубцоваго сведенія челюстей возмѣстить потерю слизистой оболочки, т. е. присоединить пластическую операцію.

Для удаленія гэмангіомы въ данномъ случаѣ можно было поступить двояко: или расщепить щеку снаружи, дойти до новообразованія снаружи внутрь, отпрепаровать его и изсѣчь, вскрывая полость рта, т. е. слизистую оболочку, въ послѣдній моментъ операціи, или начать и кончить изсѣченіе опухоли со стороны полости рта. Какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ являлась необходимость 1) изсѣчь клинъ изъ губы и 2) присоединить пластическую операцію. 2-ой изъ указанныхъ способовъ изсѣченія опухоли выгоднѣе въ косметическомъ отношеніи и, по совѣту проф. *С. П. Ѳедорова*, я и остановился на немъ, имѣя въ виду, по возможности, щадить наружные покровы щеки. Въ отношеніи пластики щеки наиболѣе пригоденъ былъ шейный лоскутъ *Israël*'я, при чемъ для приведенія его въ полость рта я воспользовался тѣмъ добавочнымъ разрѣзомъ по краю нижней челюсти, который примѣнилъ проф. *С. П. Ѳедоровъ* при пластикѣ слизистой оболочки щеки по удаленіи раковаго новообразованія.

21/I подъ гедоналъ-хлороформнымъ наркозомъ мною и была произведена операція слѣдующимъ образомъ. Въ глубокомъ наркозѣ ротъ больного былъ широко открытъ. Опухоль со стороны слизистой оболочки окаймлена разрѣзомъ и изсѣчена въ предѣлахъ здоровыхъ тканей. Такимъ образомъ вмѣстѣ съ опухолью была удалена и слизистая и подслизистая ткани щеки, въ заднемъ углу—даже передній край жевательной мышцы; изъ лѣваго угла рта былъ изсѣченъ клинъ. По удаленіи опухоли осталась большая рана. Отъ слизистой оболочки щеки уцѣлѣла каемка въ 0,5 стм. шириной у переходной складки на верхнюю челюсть. Кровотеченіе было незначительное; брызгала всего одна артерія, не считая круговой артеріи рта, которая и была перевязана.

Затѣмъ я приступилъ къ образованію шейнаго лоскута изъ кожи и подкожной клѣтчатки. Лоскутъ взятъ шириной около 4,5, длиной 9 стм. Основаніе его приходилось на палецъ ниже края нижней челюсти, верхушка—на ключицѣ. По отдѣленіи лоскута на нижнемъ краѣ нижней челюсти проведенъ былъ разрѣзъ, равный ширинѣ основанія лоскута, т. е. приблизительно въ 4,5 стм. Разрѣзомъ этимъ вскрыта была полость рта, и черезъ него въ послѣднюю проведенъ лоскутъ такъ, что его эпидермоидальная поверхность смотрѣла въ полость рта. Со стороны полости рта лоскутъ былъ тщательно пришитъ къ краямъ недостачи спереди, сверху и снизу. Такимъ образомъ, лоскутъ замѣстилъ собой удаленную слизистую оболочку съ подслизистой тканью. Далѣе,

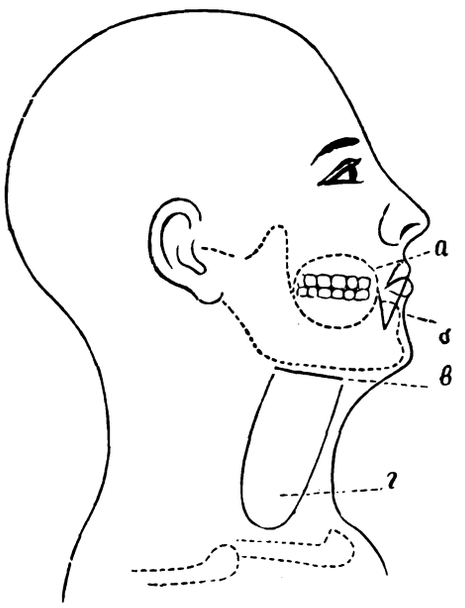


Рис. 1. а — область недостачи слизистой оболочки щеки. *б* — клинъ, изсѣченный изъ нижней губы. *в*—разрѣзъ для проведенія лоскута въ полость рта. *г*—шейный лоскутъ.

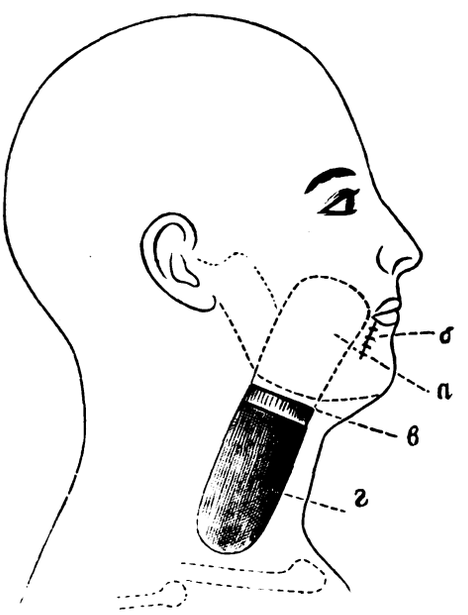


Рис. 2. а—лоскутъ, заправленный въ полость рта. *б*—мѣсто недостачи губы. *в* — разрѣзъ, чрезъ который проведенъ лоскутъ. *г*—окровавленная поверхность по отдѣленіи лоскута.

сшита была окровавленная поверхность угла рта. Недостача на шеѣ закрыта рядомъ узловатыхъ швовъ; не удалось стянуть только верхній уголъ шейной раны у самаго основанія лоскута. Со стороны полости рта къ лоскуту проведенъ былъ іодоформный тампонъ; по ножкѣ лоскута, со стороны шеи, на первые 3 дня также проведенъ былъ тампонъ.

Въ первые дни послѣ операціи казалось, что лоскутъ имѣетъ наклонность омертвѣвать; по крайней мѣрѣ, его эпидермоидальная мацерированная поверхность почернѣла. Вскорѣ однако выяснилось, что омертвѣли только поверхностные слои эпителія, *Malpighi*'евъ-же слой остался цѣлъ, такъ что недѣли черезъ 1½ послѣ операціи вся поверхность пересаженнаго лоскута была равномѣрно матоваго цвѣта. На 6-й день сняты швы; получилось первое натяженіе. Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко, если не считать небольшого затека слюны между лоскутомъ и

[1]) Сообщено въ Русскомъ хирургическомъ Обществѣ *Пирогова*.

наружными покровами щеки, который былъ вскрытъ черезъ 4 недѣли послѣ операціи.

Черезъ 6 недѣль былъ перерѣзанъ питающій мостикъ. Я не спѣшилъ съ перерѣзкой мостика, желая обезпечить себѣ полное врастаніе лоскута. Перерѣзка мостика оказалась недостаточной, ибо часть кожной поверхности въ области разрѣза, черезъ который былъ проведенъ лоскутъ, не подтягивалась въ полость рта. Тогда я отпрепаровалъ кожную поверхность отъ подлежащихъ тканей и свободный конецъ завернулъ въ полость рта, оставивъ наружную рану подъ тампономъ. Рана быстро зарубцевалась.

Въ настоящее время прошло уже 4 мѣсяца со дня операціи. Теперь можно окончательно убѣдиться въ томъ, что результатъ операціи — вполнѣ удовлетворителенъ. Пересаженный лоскутъ, правда, не принялъ вида слизистой оболочки; онъ остался похожимъ на поверхность кожи, но онъ даетъ возможность больному широко открывать ротъ и жевать безъ прежняго риска закусить опухоль. Свища изъ полости рта нѣтъ. Шейная рана зарубцевалась, хотя на мѣстѣ раны, зажившей, какъ сказано, первымъ натяженіемъ, и развился келоидъ. Ощупывая лоскутъ со стороны рта, можно убѣдиться, что поверхность лоскута такъ-же нѣжна, какъ нѣжна сосѣдняя слизистая оболочка.

Я хотѣлъ обратить вниманіе на этотъ случай вотъ почему. Пластическія операціи, направленныя къ возстановленію слизистой оболочки щеки, производятся главнымъ образомъ при рубцевыхъ сведеніяхъ челюстей. Цѣлый рядъ такихъ операцій (*Gersuny*, *Israël* и др.) тщательно разработаны; разработаны и показанія къ нимъ. Но нельзя упускать изъ виду, что показаніемъ къ пластическому возстановленію слизистой оболочки щеки можетъ служить не только наличность сведенія челюстей, но и предупрежденіе этихъ сведеній, примѣромъ чему и служитъ мой случай.

CLVII. Изъ госпитальной глазной клиники проф. Л. Г. Беллярминова.

О бактеріо-токсинной и цитотоксинной теоріяхъ сочувственнаго воспаленія.

Ч. пр. Я. В. Зеленковскаго (Петербургъ).

Только въ настоящее время, по независящимъ отъ меня обстоятельствамъ, я могу взяться за перо, чтобы сказать нѣсколько словъ по поводу появившагося въ № 22 «Русскаго Врача» за текущій годъ предварительнаго сообщенія проф. *С. С. Головина:* «О значеніи клѣточныхъ ядовъ въ патологіи глаза и въ частности въ патогенезѣ сочувственнаго (симпатическаго) воспаленія».

Прежде всего—относительно токсинной теоріи, которую теперь, въ отличіе отъ новой, цитотоксинной, дѣйствительно придется называть бактеріо-токсинной. Здѣсь необходимо сдѣлать поправку относительно формулировки самой теоріи, такъ какъ это обстоятельство имѣетъ очень большое значеніе. Проф. *С. С. Головинъ* пишетъ:

«Тогда возникло другое предположеніе, а именно, что по лимфатическимъ пространствамъ зрительныхъ нервовъ передаются не бактеріи, а продукты ихъ жизнедѣятельности—токсины».

Къ авторамъ, высказавшимся за этотъ взглядъ, онъ причисляетъ и меня. Это не совсѣмъ точно. Въ своей работѣ («Къ патогенезу симпатическаго воспаленія». Диссертація, 1900 г.) я, дѣйствительно, занялся рѣшеніемъ вопроса, возможенъ-ли переходъ токсиновъ изъ одного глаза въ другой по зрительнымъ нервамъ, и на основаніи результатовъ своихъ опытовъ отвѣтилъ на этотъ вопросъ утвердительно. Выбралъ-же я указанный путь по понятной причинѣ: другого непосредственнаго пути сообщенія обоихъ глазъ, кромѣ кровеносной системы, мы *пока* не знаемъ. Но нигдѣ ни однимъ словомъ я не высказывался за то, что этотъ путь (т. е. зрительные нервы) я считаю единственно возможнымъ. Въ заключеніе работы у меня сказано слѣдующее:

«Для полнаго пониманія явленій симпатическаго воспаленія, равно какъ для бо́льшаго освѣщенія предлагаемой гипотезы, оставалось еще попытаться выяснить, существуютъ-ли, кромѣ субвагинальнаго пространства зрительныхъ нервовъ, другіе пути непосредственнаго сообщенія обоихъ глазъ...» (стр. 219 диссертаціи, а также «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1900 г., т. I, стр. 31).

Общій выводъ работы такой:

«На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ (результатовъ опытовъ и клиническихъ фактовъ) представляется очень вѣроятнымъ, что симпатическое воспаленіе можетъ происходить вслѣдствіе перехода изъ одного глаза въ другой токсиновъ, вырабатываемыхъ въ первично пораженномъ глазу»

— безъ указанія на зрительные нервы. Послѣдніе для меня являются не единственнымъ, а однимъ изъ возможныхъ путей.

Далѣе, разбирая существующія теоріи сочувственнаго воспаленія, проф. *С. С. Головинъ* относительно бактеріо-токсинной выражается такъ:

«Однако и эта—назовемъ ее—бактеріо-токсинная теорія не объясняетъ все-таки многихъ сторонъ сочувственнаго воспаленія. Къ тому-же новѣйшія изслѣдованія (*Stock*, 1902) не подтвердили опытовъ д-ра *Зеленковскаго*, доказывавшихъ такой переходъ токсиновъ» (т. е. по лимфатическимъ пространствамъ зрительныхъ нервовъ).

Въ своей диссертаціи я, наоборотъ, показалъ, что важнѣйшія характерныя стороны сочувственнаго воспаленія получаютъ достаточное освѣщеніе съ точки зрѣнія бактеріо-токсинной гипотезы. Въ виду того, что проф. *С. С. Головинъ* не обозначаетъ въ краткомъ сообщеніи, какія собственно стороны, по его мнѣнію, необъяснимы, я позволю себѣ не повторять здѣсь высказанныхъ тогда взглядовъ, надѣясь, что при напечатаніи своихъ работъ авторъ, конечно, на эти стороны укажетъ. Но, что удивляетъ меня въ приведенной выдержкѣ, это—утвержденіе, что «новѣйшія изслѣдованія не подтвердили опытовъ д-ра *Зеленковскаго*». Почему въ видѣ новѣйшихъ изслѣдованій приведена только работа *Stock*'а, къ тому-же въ отношеніи вопроса о значеніи токсиновъ еще не законченная [1])? Почему нѣтъ указанія на работу *Gasparini* [2]), вполнѣ подтвердившаго мои опыты? На эту работу, между прочимъ, ссылается *Stock* [3]).

На этихъ 2-хъ работахъ необходимо остановиться. Сдѣлаю это, по возможности, кратко въ виду того, что вскорѣ должна появиться моя подробная работа, касающаяся разбора новѣйшихъ изслѣдованій по вопросу о сочувственномъ воспаленіи. Въ этой работѣ на основаніи фактовъ будетъ показано, что при повтореніи моихъ опытовъ *Stock не соблюдалъ тѣхъ важныхъ условій, при которыхъ мои опыты ставились и необходимость которыхъ явствуетъ изъ сущности разбираемаго страданія.* Чтобы и теперь не быть голословнымъ, укажу на слѣдующее. Изъ 31 опыта *Stock*'а съ впрыскиваніемъ въ стекловидное тѣло кроликовъ токсиновъ дифтеріи (15 опытовъ), стафилококка (11 опытовъ) и кишечной палочки (5 опытовъ) 13 животныхъ, которымъ было сдѣлано однократное впрыскиваніе дифтерійнаго токсина, погибли въ первые-же дни (большею частью на 3—4 ый день; только 1 кроликъ дожилъ до 9-го дня). Съ одной стороны, въ этихъ 13 опытахъ условія (тяжесть общаго отравленія) слишкомъ рѣзко отличаются отъ естественныхъ условій сочувственнаго воспаленія, гдѣ организмъ остается вполнѣ благополучнымъ. Съ другой—скорое наступленіе гибели животныхъ исключало возможность развитія измѣненій другого глаза, которыя могли бы наступить позже. На необходимость продолжительнаго выживанія подвергаемыхъ опыту животныхъ я неоднократно указывалъ въ своихъ работахъ. Остается 2 опыта съ дифтерійнымъ токсиномъ, гдѣ кролики жили сравнительно долго, 5 опытовъ съ токсиномъ кишечной палочки и 10 опытовъ со стафилококковымъ токсиномъ (въ 1 изъ 11 опытовъ было случайное осложненіе общимъ зараженіемъ, и въ счетъ онъ поэтому идти не можетъ). Въ этихъ 17 опы-

---

[1]) Работа *Stock*'а занята экспериментальнымъ разрѣшеніемъ цѣлаго ряда вопросовъ, что̀ видно изъ заглавія: «Experimentelle Untersuchungen über Localisation endogener Schädlichkeiten, besonders infectiöser Natur im Auge, zugleich ein Betrag zur Frage der Entstehung endogener Iritis und Chorioiditis, sowie der sympathischen Ophthalmie. «Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde», XLI, т. I, стр. 81.

[2]) *Gasparini*. Secondo contributo sperimentale e clinico alla conoscenza dell' ottalmia sympatica. «Annali di ottalmologia», 1901 г., т. XXX, вып. 1.

[3]) Само собой разумѣется, что въ краткомъ предварительномъ сообщеніи невозможно приводить подробнаго литературнаго очерка. Но, разъ дѣло идетъ объ отрицаніи теоріи, основанномъ также на отрицательныхъ результатахъ опытовъ *Stock*'а, мнѣ кажется, слѣдовало-бы указать хотя-бы въ нѣсколькихъ словахъ, на существованіе и положительныхъ, подтверждающихъ опытовъ *Gasparini*. Вполнѣ убѣжденный въ томъ, что глубокоуважаемый проф. *С. С. Головинъ* не сдѣлалъ этого случайно, именно въ виду краткости его сообщенія, я тѣмъ не менѣе считаю долгомъ пополнить этотъ пробѣлъ.

тахъ *Stock* ежедневно повторно впрыскивалъ токсины въ стекловидное тѣло, при чемъ число впрыскиваній въ каждомъ опытѣ доводилъ въ нѣкоторыхъ опытахъ до 21, 24 и даже 33 (въ нѣкоторыхъ опытахъ до 11—18, и только въ 2 опытахъ было сдѣлано по 6 впрыскиваній).

Изъ своихъ опытовъ я вынесъ убѣжденіе, что

«дѣйствительными въ смыслѣ вліянія на противоположный глазъ въ удачныхъ опытахъ являются лишь нѣсколько первыхъ впрыскиваній въ стекловидное тѣло глаза (обыкновенно первыя 3—6 впрыскиваній): очевидно, развивающійся воспалительный процессъ (1-го глаза), легко ведущій къ закупориванію выносящихъ лимфатическихъ путей, является препятствіемъ для дальнѣйшаго проникнанія токсина, препятствіемъ, до извѣстнаго времени, какъ показываютъ опыты (удачные), все-таки преодолимымъ» (стр. 203 диссертаціи; стр. 24 «Извѣстій В.-Медицинской Академіи», 1900 г., т. I).

Да и самая техника впрыскиваній съ каждымъ разомъ дѣлается все труднѣе, а къ 10-му впрыскиванію—уже почти невозможной: до того увеличивается напряженіе глазного яблока. Значеніе первыхъ и послѣдующихъ впрыскиваній подчеркнуто и въ совмѣстной моей работѣ съ проф. *Л. Г. Беллярминовымъ*, появившейся въ 1901 г. на нѣмецкомъ языкѣ [1]). Слѣд., *Stock*, ссылающійся на эту работу, зналъ объ этомъ обстоятельствѣ. Самъ онъ въ своей работѣ о реакціи, вызываемой впрыскиваніемъ токсиновъ въ стекловидное тѣло, пишетъ:

«Es bildete sich eine schwere Iridocyclitis mit Infiltration auch der Sehnervenscheiden auf dieser Seite».

И въ его опытахъ реакція была рѣзкая; стало быть, условія для всасыванія токсиновъ были такія-же, какъ и въ моихъ опытахъ, т. е. невполнѣ благопріятныя, особенно при позднѣйшихъ впрыскиваніяхъ. И тѣмъ не менѣе *Stock* съ непонятной настойчивостью продолжаетъ свои впрыскиванія до 24 и 33 разъ. На основаніи указанныхъ уже данныхъ моихъ опытовъ слѣдовало, при отсутствіи какихъ-либо явленій со стороны другого глаза къ 6-му, maximum 8-му впрыскиванію, считать опытъ неудавшимся и перейти къ новому животному: увеличилось-бы такимъ образомъ число опытовъ, что̀ могло-бы дать и положительный результатъ; вѣдь, и у меня удачные опыты составляютъ только часть общаго ихъ числа.

Далѣе, въ своихъ работахъ я указалъ на неблагопріятное вліяніе разбавленія введеннаго токсина нормальной лимфой въ глазномъ яблокѣ и въ длинномъ зрительно-нервномъ пути, какъ на причину того, что при впрыскиваніи токсина въ стекловидное тѣло одного глаза трудно получить рѣзкія измѣненія другого глаза; ослабить это вліяніе увеличеніемъ количества вводимаго въ стекловидное тѣло токсина нельзя потому, что тогда значительно увеличилось-бы внутриглазное давленіе, и мы очень отдалились-бы отъ естественныхъ условій (приходится вводить не болѣе 0,1—0,2 к. стм., т. е. 2—3 капли). Поэтому, если токсинъ не особенно ядовитъ, то для впрыскиваній въ стекловидное тѣло его во всякомъ случаѣ не слѣдуетъ разбавлять, а между тѣмъ *Stock* 4 опыта (изъ 10) со стафилококковымъ токсиномъ продѣлалъ, разбавляя его бульономъ, въ 2-хъ случаяхъ въ 10 разъ и въ 2-хъ въ 50 разъ, т. е. опыты эти поставилъ въ еще болѣе неблагопріятныя условія для полученія положительнаго результата (измѣненій другого глаза). А что токсинъ, которымъ пользовался *Stock*, не былъ особенно ядовитъ, вытекаетъ изъ того, что всѣ 10 животныхъ, которымъ онъ вводилъ этотъ токсинъ, выжили при хорошемъ общемъ состояніи.

Еще одно замѣчаніе по поводу работы *Stock*'а.

«Es bildete sich eine schwere Iridocyclitis mit Infiltration auch der Sehnervenscheiden auf dieser Seite»

пишетъ онъ по поводу измѣненій того глаза, куда токсины впрыскивались. Что касается противоположнаго глаза, то въ работѣ дѣлается указаніе только относительно глазного яблока:

«2-es Auge: normal».

Очевидно, что зрительные нервы, кромѣ внутриглазной части 1-го глаза, не изслѣдовались. Авторъ нигдѣ ни однимъ словомъ не упоминаетъ объ ихъ состояніи. А для рѣшенія вопроса о возможности или невозможности передачи токсиновъ по зрительнымъ нервамъ такое изслѣдованіе какъ стволовъ, такъ и перекреста ихъ обязательно. Нормальность 2-го глаза еще не говоритъ противъ наличности патолого-анатомическихъ измѣненій зрительныхъ нервовъ, что̀ выяснилось и изъ моихъ опытовъ. Такимъ образомъ *Stock* не произвелъ изслѣдованія въ своихъ немногочисленныхъ «отрицательныхъ» опытахъ съ той полнотой, необходимость которой вытекала изъ сущности вопроса.

Въ заключеніе своихъ опытовъ съ токсинами *Stock*, по видимому, не совсѣмъ убѣжденный своими результатами, говоритъ, что его опыты съ токсиномъ дифтеріи еще продолжаются,

«*um die Zahl der längere Zeit überlebenden Thiere zu erhöhern*» (курсивъ мой),

и дальше, что онъ думаетъ продолжать также опыты со стафилококковымъ токсиномъ [1]). Такимъ образомъ говоритъ, что опыты *Stock*'а не подтвердили моихъ результатовъ, еще преждевременно. Отрицательные-же результаты всѣхъ уже оповѣщенныхъ опытовъ *Stock*'а объясняются, какъ было сказано, ихъ неправильной постановкой.

Что касается работы *Gasparini*, то она посвящена исключительно опытамъ съ токсиномъ дифтеріи. Въ одномъ рядѣ опытовъ этотъ авторъ впрыскивалъ наибольшее несмертельное количество токсина подъ кожу кроликамъ и одновременно раздражалъ одинъ глазъ. Результатъ получился отрицательный. Въ другомъ рядѣ опытовъ онъ однократно впрыскивалъ тоже количество токсина въ стекловидное тѣло одного глаза и одновременно дѣлалъ животному прививку противодифтерійной сыворотки, чтобы навѣрное и дольше удержать кроликовъ въ живыхъ. У части *выжившихъ* кроликовъ наблюдались клинически и патолого-анатомически воспалительныя измѣненія 2-го глаза, какъ въ области соска зрительнаго нерва, такъ и въ сосудистомъ пути. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены были измѣненія и въ стволахъ зрительныхъ нервовъ, равно какъ въ переднемъ углу перекреста.

И такъ, никакъ нельзя согласиться съ тѣмъ, что новѣйшія изслѣдованія не подтвердили моихъ опытовъ, а нужно сказать, что изъ 2-хъ работъ, напечатанныхъ послѣ моихъ изслѣдованій, одна работа (*Gasparini*, 1901 г.) подтвердила мои опыты, а другая (*Stock*, 1903 г.) пока не подтвердила ихъ.

Перехожу къ весьма интересному взгляду проф. *С. С. Головина* на значеніе клѣточныхъ ядовъ. Совершенно не касаясь воззрѣній многоуважаемаго автора на значеніе цитотоксиновъ въ патологіи различныхъ другихъ заболѣваній глаза—воззрѣній, открывающихъ широкіе горизонты для изслѣдователя,—я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ по поводу этого взгляда въ приложеніи къ сочувственному воспаленію. Въ виду того, что напечатано пока лишь предварительное сообщеніе и что работы автора еще не закончены, я считаю себя вправѣ только 1) коснуться сущности цитотоксинной теоріи, которую проф. *С. С. Головинъ* ясно формулируетъ, и 2) указать на то, что и съ точки зрѣнія этой теоріи нѣкоторыя важныя стороны сочувственнаго воспаленія остаются непонятными, если не принять какой-либо вспомогательной теоріи.

«Теорія сочувственнаго воспаленія», говоритъ авторъ, «представлялась мнѣ въ такомъ видѣ: послѣ поврежденія глаза, преимущественно въ области рѣсничнаго тѣла, при извѣстныхъ условіяхъ (иногда—при участіи бактерій, иногда—независимо отъ нихъ) получается разрушеніе клѣтокъ рѣсничнаго тѣла съ образованіемъ особыхъ продуктовъ распада, цито-токсиновъ. Такіе токсины поступаютъ въ кровь, гдѣ въ большинствѣ случаевъ они и нейтрализуются, благодаря присутствію антитоксиновъ. При ослабленіи-же антитоксическихъ функцій цитотоксины вмѣстѣ съ кровью переносятся въ другой глазъ, гдѣ и оказываютъ специфическое вредное дѣйствіе на его рѣсничное тѣло. Въ этомъ начавшемся процессѣ заболѣванія другого глаза бактеріи, случайно находящіяся въ крови, могутъ также принять извѣстное участіе, но роль ихъ и здѣсь опять-таки будетъ второстепенная».

Если авторъ допускаетъ извѣстное участіе въ заболѣваніи другого глаза и со стороны случайно-находящихся въ крови бактерій, то еще нужно доказать, что бактеріи или ихъ токсины играютъ при этомъ второстепенную, а не главную роль.

Съ точки зрѣнія цито-токсинной теоріи (въ формулиров-

[1]) Проф. *Беллярминовъ* и д-ръ *Зеленковскій*. Neue Untersuchungen über die Pathogenese der sympathischen Ophthalmie. «Archiv für Augenheilkunde», т. XLIV, тетр. 1.

[1]) Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, XLI, т. I, стр. 94, сноска.

кѣ автора ее правильнѣе было-бы назвать бактеріо-цито-токсинной) непонятно: 1) какимъ образомъ на почвѣ иридо-циклита первично-пораженнаго глаза развивается нейритъ (нейроретинитъ) другого глаза? 2) Какимъ образомъ развивается сочувственное воспаленіе черезъ большой срокъ (годы и 10-лѣтія) послѣ поврежденія? [Послѣдній фактъ проф. *С. С. Головинъ*, между прочимъ, считаетъ препятствіемъ для допущенія теоріи *Berlin*'а]. Необходимо будетъ доказать, что при поврежденіи (заболѣваніи) рѣсничнаго тѣла одновременно съ клѣточными ядами, специфически дѣйствующими на рѣсничное тѣло другого глаза, развиваются и яды, вредные для зрительнаго нерва и сѣтчатки. Необходимо будетъ также доказать, что цито-токсины, образовавшіеся въ поврежденномъ глазу, могутъ, попавъ въ кровь, цѣлые годы оставаться въ ней въ сохранномъ состояніи, не обезвреживаясь дѣйствіемъ антитоксиновъ и вмѣстѣ съ тѣмъ не вредя другому глазу, или же, что эти токсины могутъ очень долгое время сохраняться въ первично-пораженномъ глазу, совершенно не переходя въ кровь, а затѣмъ попасть во 2-й глазъ и вызвать его заболѣваніе. Необходимо затѣмъ доказать—и это самое главное,—что наличностью цито-токсиновъ въ крови могутъ обусловливаться различныя формы сочувственнаго воспаленія, т. е., заболѣваніе различныхъ отдѣловъ глаза въ извѣстныхъ клиническихъ картинахъ.

Не имѣя права предрѣшать что-либо до появленія въ печати подробностей работъ проф. *С. С. Головина*, позволю себѣ въ заключеніе высказать слѣдующія 2 положенія.

1. Бактеріо-токсинная теорія въ томъ видѣ, какъ я ее представляю себѣ, не можетъ считаться ни теоретически, ни экспериментально опровергнутой.

2. И съ точки зрѣнія цито-токсинной теоріи не всѣ стороны сочувственнаго (симпатическаго) воспаленія получаютъ удовлетворительное объясненіе.

Только тогда, когда безусловно будетъ доказана справедливость цито-токсинной или какой-либо другой теоріи сочувственнаго воспаленія и вмѣстѣ съ тѣмъ будетъ выяснена несостоятельность теоріи бактеріо-токсинной, можно будетъ отказаться отъ взгляда на значеніе бактеріальныхъ токсиновъ. Но до той поры дѣлать это преждевременно и неосновательно; пока мы должны признавать факты. Съ этой точки зрѣнія и работа *Gasparini*, подтвердившаго мои опыты, есть фактъ, съ которымъ по справедливости нельзя не считаться.

Du choc des opinions jaillit la lumière. Этимъ побужденіемъ объясняется появленіе высказанныхъ здѣсь мыслей, навѣянныхъ чтеніемъ высокоинтереснаго сообщенія проф. *С. С. Головина*.

Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-М. Академіи.

О дѣйствіи различныхъ ядовъ на изолированное сердце теплокровныхъ животныхъ.

Н. И. Бочарова.

(Продолженіе. См. выше, № 37, стр. 1241).

Опыты съ пилокарпиномъ.

Пилокарпинъ, какъ принято въ настоящее время, вызываетъ у лягушекъ замедленіе сердцебіеній и затѣмъ остановку сердца, переходящую при дальнѣйшемъ дѣйствіи яда въ правильный прежній ритмъ. Эти измѣненія сердечной дѣятельности у хладнокровныхъ объясняются первичнымъ возбужденіемъ, а затѣмъ параличемъ окончаній блуждающихъ нервовъ.

У теплокровныхъ же подобной картины, т. е. перехода замедленныхъ сердцебіеній въ нормальный ритмъ, не смотря на отмѣчаемый параличъ окончаній блуждающихъ нервовъ, никто не наблюдалъ. Всѣ изслѣдователи согласны, что у теплокровныхъ пилокарпинъ или препараты жаборанди вызываютъ замедленіе сердцебіеній, при чемъ одни наблюдали только замедленіе сердцебіеній [*Langley* [61]), *Harnack* и *Meyer* [62]), *Schwann* [63]) и *С. А. Поповъ* [64])] (при введеніи въ кровь); другіе, въ зависимости отъ дозы, замѣчали помимо замедленія и ускореніе сердцебіеній. При этомъ, по нѣкоторымъ авторамъ, ускореніе сердцебіеній предшествуетъ замедленію [*Kahler* и *Soyka* [65]), *Leyden* [66]) и *С. А. Поповъ* при подкожномъ введеніи]. Отъ малыхъ дозъ *Ф. Ю. Гейманъ* [67]) и *Leyden* наблюдали только ускореніе сердцебіеній.

Въ дѣйствіи пилокарпина на кровяное давленіе большинство авторовъ различаетъ 2 періода: въ 1-мъ—кратковременное паденіе съ возвращеніемъ къ нормѣ или съ переходомъ въ повышеніе [*Schwann*, *Kahler* и *Soyka* [65]), *С. А. Поповъ*, *Harnack* и *Meyer*], во 2-мъ—давленіе падаетъ все больше и больше до самой смерти животного (*Kahler* и *Soyka*, *Harnack* и *Meyer*, *С. А. Поповъ*). *Langley* указываетъ только на пониженіе давленія. *Ф. Ю. Гейманъ* видѣлъ отъ малыхъ количествъ пилокарпина кратковременное паденіе давленія. *Leyden* указываетъ, что малыя дозы понижаютъ давленіе, среднія повышаютъ, а большія снова даютъ рѣзкое его паденіе. Что касается замедленія пульса, то всѣ изслѣдователи согласны, что оно зависитъ отъ возбужденія периферическаго задерживающаго прибора.

Учащеніе сердцебіеній *Leyden*, *Ф. Ю. Гейманъ*, *Kahler* и *Soyka* объясняютъ не прямымъ дѣйствіемъ пилокарпина, а ослабленіемъ тонуса блуждающихъ нервовъ вслѣдствіе наступающаго пониженія кровяного давленія. Кромѣ того, *Kahler* и *Soyka* причиной ускоренія сердцебіеній считаютъ раздраженіе центральныхъ концовъ сочувственныхъ волоконъ блуждающаго нерва. Главной причиной паденія кровяного давленія почти всѣ авторы считаютъ расширеніе артерій вслѣдствіе паралича сосудодвигательнаго центра (*Гейманъ*, *Поповъ*, *Kahler* и *Soyka*, *Harnack* и *Meyer*). *Leyden* признаетъ, что паденіе давленія зависитъ отъ расширенія периферическихъ сосудовъ и замедленія сердцебіеній.

Повышеніе кровяного давленія, являющееся за начальнымъ паденіемъ, *С. А. Поповъ* объясняетъ возбужденіемъ периферическихъ окончаній блуждающихъ нервовъ, *Kahler* и *Soyka*—возбужденіемъ центростремительныхъ сосудодвигательныхъ волоконъ блуждающихъ нервовъ, *Harnack* и *Meyer* — непрямымъ раздраженіемъ сосудодвигательнаго центра.

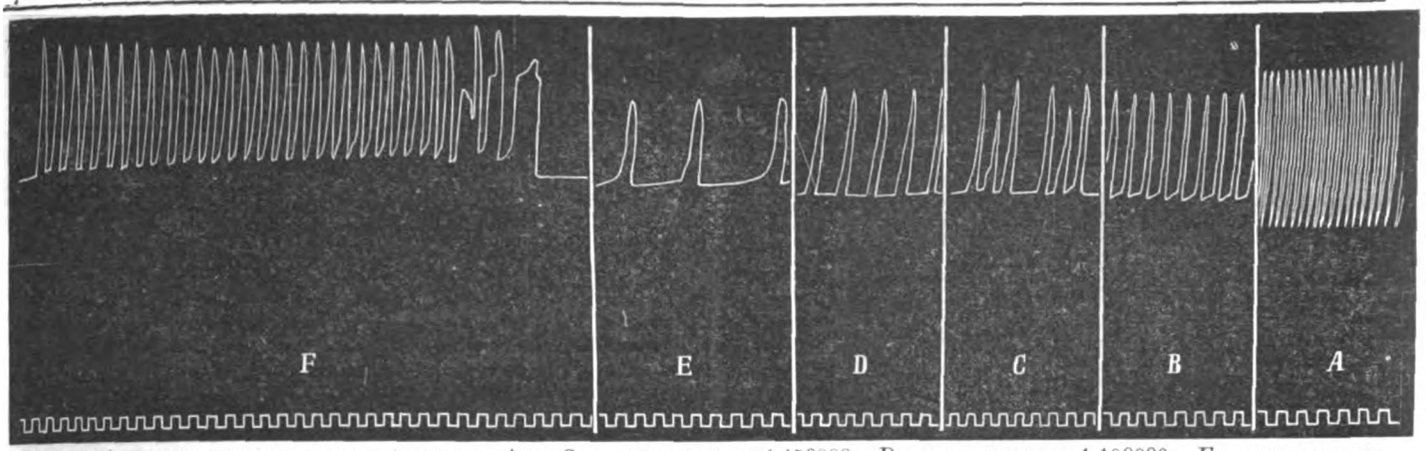
Hedbom [68]) приходитъ къ выводу, что пилокарпинъ на изолированномъ теплокровномъ сердцѣ вызываетъ кратковременное замедленіе пульса, переходящее въ учащеніе сердцебіеній. Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ передъ замедленіемъ наблюдалось учащеніе пульса.

Высота сердечныхъ сокращеній въ періодѣ замедленія сердцебіеній или остается безъ измѣненій, или отчасти увеличивается. Одинъ разъ въ періодѣ учащенія сердцебіеній наступило дов. значительное повышеніе высоты сокращенія. Въ измѣненіи сердечной дѣятельности у теплокровныхъ животныхъ подъ вліяніемъ пилокарпина *Hedbom* видитъ аналогію съ явленіями, наблюдающимися у хладнокровныхъ.

Свои опыты я производилъ съ солянокислымъ пилокарпиномъ (Pilocarpinum hydrochloricum) фирмы E. Merck'а. Измѣненія сердечной дѣятельности подъ вліяніемъ пилокарпина на столько характерны и постоянны, что я ограничусь приведеніемъ одного опыта (опытъ 10).

Въ этомъ опытѣ, не смотря на пропусканіе пилокарпина въ растворѣ 1:50000 въ теченіи 15 мин., характеръ измѣненій сердечной дѣятельности существенно не нарушился. По прежнему болѣе или менѣе продолжительныя паузы (иной разъ продолжительностью болѣе 2 мин.) чередовались съ періодическимъ появленіемъ группъ сердечныхъ сокращеній, характеръ которыхъ представленъ на кривой (см. кривую 10, *F*).

Считая, что это появленіе группообразныхъ ритмическихъ сокращеній, можетъ быть, служитъ переходною ступенью къ полному параличу тормозящаго прибора, который не обнаруживается только потому, что недостаточно сильна крѣпость яда, я замѣнилъ этотъ растворъ болѣе крѣпкимъ 1:12500. Благодаря этому, паузы сдѣлались короче и по прежнему прерывались группами



Кривая 10. Опытъ съ пилокарпиномъ. *A*—норма. *B* и *C* — пилокарпинъ 1:150000. *D* — пилокарпинъ 1:100000. *E* — пилокарпинъ 1:50000 въ 1-ую мин. *F*—спустя 5 мин. Читать справа на лѣво.

Опытъ 10.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращеній въ млм.	Прим.
4—5	132	20	
5—6	132	19,5—20	
6—7	134	20	
7	—	—	Пилокарпинъ 1:150000.
7—8	112	20—16	Высота сокращеній быстро падаетъ.
8—9	60	16—15	Ритмъ правильный.
9—10	60	15—14	
10—11	58	15	
11—12	57	15—14	
12—13	54	14	
19—20	48	14,5—11,5	Между 2-мя болѣе сильными сокращеніями 1 слабое. За такими 3-мя сокращеніями болѣе длинная пауза.
20	—	—	Нормальная жидкость.
20—21	54	11,5—15	Въ началѣ тотъ-же характеръ сокращеній, а затѣмъ правильныя ритмическія сокращенія.
22—23	110	16—17	
24—25	132	20	
27	—	—	Пилокарпинъ 1:100000.
27—28	98	20—16	Высота сокращеній довольно рѣзко падаетъ.
28—29	42	16—15	
29—30	40	16—15	
30—31	38	15—14	
31—32	38	15—14	
32—33	36	11—14,5	
33	—	—	Нормальная жидкость.
33—34	64	14—16	
34—35	80	16	
35—36	112	16—18	
36—37	136	18—20	
37	—	—	Пилокарпинъ 1:50000.
37—38	27	20—11	Паденіе высоты сокращеній.
38—39	6	11—0	Въ началѣ минуты пауза.
39—40	0	0	
40—41	34	11—17	Въ началѣ неправильныя замедленія сокращеній сердцебіеній. Въ концѣ минуты новая пауза.
41—42	0	0	
42—43	8	14—17	Съ конца этой минуты начинается ритмъ сердцебіенія, сначала неправильный.
43—44	28	13—17	Въ срединѣ минуты вновь пауза.

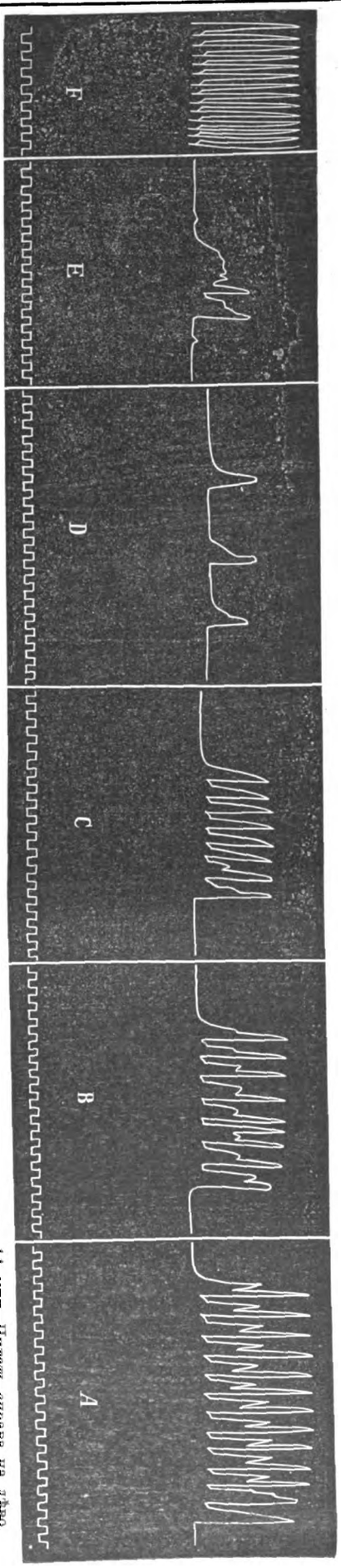
сердечныхъ сокращеній, но уже неправильнаго характера (см. кривую 11, A). Съ теченіемъ времени число сердцебіеній въ группѣ, равно какъ и высота сокращеній уменьшились, сокращенія сдѣлались еще болѣе неправильными (см. кривую 11, B). Послѣ замѣны отравленной жидкости нормальной, въ теченіи 70 сек. наблюдалось еще группообразное нарушеніе ритма, а затѣмъ появился правильный ритмъ, который въ началѣ былъ сильно замедленъ, а черезъ 5 мин. приблизился къ нормѣ. Число сердцебіеній равнялось 122 уд., а высота сокращеній 18 млм. Вслѣдъ за симъ былъ снова введенъ пилокарпинъ въ разведеніи 1:6250, послѣ чего тотчасъ-же за 2-мя замедленными сокращеніями наступила остановка сердца. Первыя 2 минуты паузы смѣнялись описанными выше группообразными сокращеніями, на подобіе изображенныхъ на кривой 10 (F), а далѣе продолжительность паузъ равнялась 10'''—15'', и прерывалась сначала группами сокращеній неправильнаго характера (см. кривую 11, C), а затѣмъ болѣе короткія паузы (до 7'') смѣнялись замедленными слабыми 2—3-мя сокращеніями (см. кривую 11, D). Къ концу 18-ой минуты обращенія этого раствора пилокарпина среди сокращеній, изображенныхъ на кривой 11 (D), появлялись сокращенія, на подобіе представленныхъ у E. Замѣна пилокарпиновой жидкости нормальной вернула сердцу правильныя ритмическія сокращенія. Число сердцебіеній спустя 11 мин. равнялось 106, а высота 16 млм., т. е. явилось уменьшеніе числа и высоты сердечныхъ сокращеній (кривая 11, F).

Результаты моихъ опытовъ сводятся къ слѣдующему. Пилокарпинъ уже въ разведеніи 1:500000 давалъ замѣтное замедленіе сердцебіеній. Болѣе крѣпкіе растворы, начиная съ 1:50000, всякій разъ, рано или поздно, вызывали остановку сердцебіеній, смѣнявшуюся появленіемъ группообразныхъ сокращеній, за которыми вновь наступала остановка. Замедленіе сердцебіеній, не смотря на усиленіе крѣпости раствора или продолжительность пропусканія пилокарпина, никогда не смѣнялось учащеніемъ, что наблюдается у лягушекъ, отравленныхъ этимъ ядомъ. При примѣненіи даже крѣпкихъ растворовъ пилокарпина, но вмѣстѣ съ атропиномъ, не наблюдалось характерныхъ, свойственныхъ пилокарпину, нарушеній сердечной дѣятельности. Далѣе, если послѣ появленія группообразныхъ ритмическихъ сокращеній сердца прибавить къ питающей жидкости, содержащей пилокарпинъ, небольшое количество атропина (1:5.000000), то это нарушеніе ритма быстро смѣняется ритмомъ нормальнымъ. Самый крѣпкій растворъ, въ которомъ примѣнялся пилокарпинъ, былъ 1:5000. Высота сердечныхъ сокращеній во время замедленія всегда уменьшалась.

Если сравнить картину измѣненій дѣятельности на вырѣзанномъ сердцѣ съ измѣненіями, наблюдавшимися на немъ при жизни у отравленнаго животнаго, то нужно признать, что сходство между ними заключается только въ періодѣ замедленія сердцебіеній; чередованія-же паузъ съ появленіемъ ритмическихъ группообразныхъ сокращеній у живого животнаго не наблюдается. Нужно думать поэтому, что указанныя характерныя измѣненія ритма на изолированномъ сердцѣ принадлежатъ дальнѣйшей стадіи дѣйствія пилокарпина, до которой обыкновенно не доживаетъ животное: оно погибаетъ раньше этого отъ паралича центральной нервной системы.

Такъ какъ атропинъ можетъ и уничтожить или помѣшать появленію этой характерной стадіи, то слѣдуетъ признать, что она обусловливается раздраженіемъ тормозящаго прибора. Для объясненія-же чередованій полнаго покоя съ ритмическими сокращеніями, возможно, пожалуй, допустить или періодическую дѣятельность то двигательнаго, то задерживающаго прибора сердца, или періодическое утомленіе этого послѣдняго.

Результаты, полученные мною, нѣсколько не сходятся съ



Кривая 11. Продолженіе кривой 10. *A* и *B*—пилокарпинъ 1:12500. *C*, *D* и *E*—пилокарпина 1:6250. *F*—нормальная жидкость спустя 11 мин. Читать справа на лѣво.

данными, полученными *Hedbom*'омъ, въ томъ отношеніи, что мнѣ никогда не удавалось наблюдать перехода замедленія въ учащеніе сердцебіеній, какъ это видѣлъ *Hedbom*. Далѣе, у *Hedbom*'а высота сокращеній или оставалась неизмѣненной, или повышалась; въ моихъ-же опытахъ она при крѣпкихъ растворахъ—незначительно, а при слабыхъ даже сильно уменьшалась. И такъ, на основаніи своихъ опытовъ я прихожу къ заключенію, что, при дѣйствіи пилокарпина на изолированное сердце, рѣзко различаются 2 фазы: 1-ая, выражающаяся замедленіемъ и остановкой сердца; 2 ая, выражающаяся послѣ этого періодически появляющимися ритмическими его сокращеніями. Обѣ фазы обусловливаются возбужденіемъ тормозящаго прибора сердца и не появляются при одновременномъ дѣйствіи атропина.

Высота сердечныхъ сокращеній во время замедленія уменьшается.

Опыты съ ареколиномъ.

Ареколинъ-алкалоидъ, добытый *Jahns*'омъ [69]) въ 1888 г. изъ сѣмянъ Areca Cathechu,—представляетъ собою маслянистую жидкость щелочной реакціи; съ бромистоводородной кислотой онъ даетъ довольно прочное соединеніе, не разлагающееся на воздухѣ.

У лягушекъ подъ вліяніемъ ареколина сердцебіенія сначала замедляются, а затѣмъ останавливаются въ діастолѣ [*Marmé* [70])]. *Battistini* и *Scophone* [71]), *К. Ѳ. Архангельскій* [72]). По своему дѣйствію на сердце онъ очень напоминаетъ мускаринъ; однако при немъ не наблюдается той длящейся часами остановки, которая наступаетъ отъ мускарина, а время отъ времени остановка смѣняется слабыми неполными сокращеніями *(К. Ѳ. Архангельскій)*. У теплокровныхъ животныхъ ареколинъ вызываетъ остановку сердца въ діастолѣ, зависящую отъ возбужденія окончаній блуждающаго нерва *(Marmé)*.

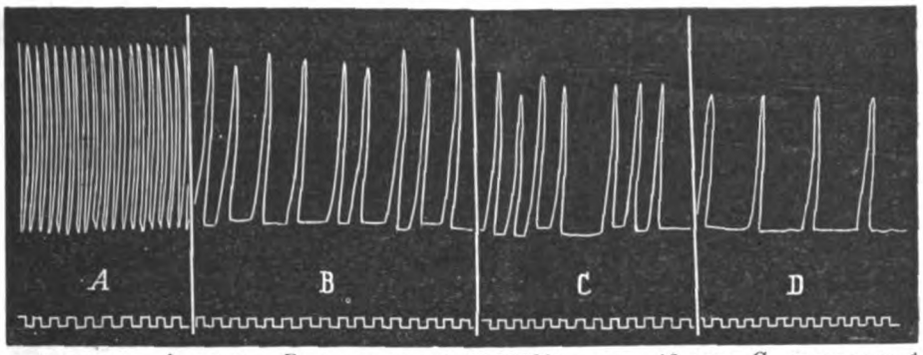
К. Ѳ. Архангельскій находилъ у теплокровныхъ животныхъ подъ вліяніемъ малыхъ дозъ ареколина непродолжительное учащеніе сердцебіеній, смѣняющееся замедленіемъ, а подъ вліяніемъ среднихъ и большихъ его дозъ только замедленіе, доходящее до остановки сердца. Кровяное давленіе падаетъ параллельно съ замедленіемъ сердцебіеній, тогда какъ, если парализовать атропиномъ дѣйствіе ареколина на тормозящій приборъ сердца, то наблюдается только кратковременное паденіе давленія, которое скоро возвращается къ нормѣ. Не давая окончательнаго объясненія для этого явленія, *К. Ѳ. Архангельскій* говоритъ, что оно зависитъ или отъ временнаго ослабленія дѣятельности сердца, или отъ расширенія кровеносныхъ сосудовъ вслѣдствіе непосредственнаго вліянія яда на ихъ стѣнки, такъ какъ на сосудодвигательный центръ ареколинъ не оказываетъ дѣйствія, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ количествахъ, которыя производятъ значительныя нарушенія сердечной дѣятельности.

Замедленіе сердцебіеній и остановку сердца *К. Ѳ. Архангельскій* объясняетъ возбужденіемъ внутрисердечныхъ задерживающихъ узловъ, а не окончаній блуждающаго нерва, такъ какъ ареколинъ останавливаетъ сердце и послѣ паралича блуждающихъ нервовъ никотиномъ или кураре.

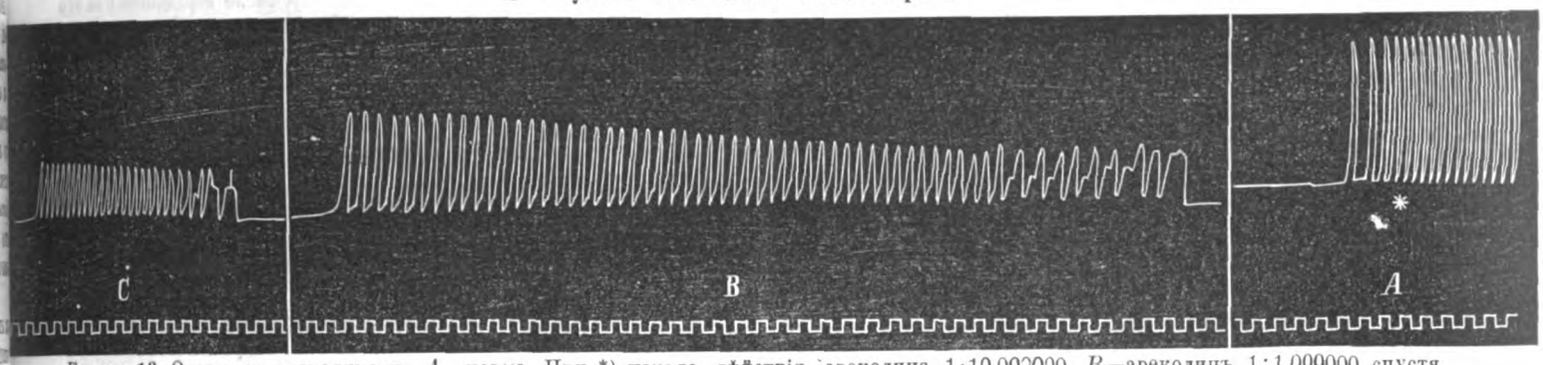
Возбудимость блуждающихъ нервовъ въ періодѣ замедленныхъ сокращеній исчезаетъ только на короткое время, но затѣмъ вскорѣ оказывается повышенной по сравненію съ нормой. Наблюдаемое какъ будто исчезновеніе возбудимости *К. Ѳ. Архангельскій* объясняетъ не параличемъ окончаній блуждающаго нерва, а тѣмъ обстоятельствомъ, что электрическій токъ является слабымъ раздражителемъ сравнительно съ ядомъ и не въ состояніи произвести дѣйствія.

Мои опыты были поставлены съ бромисто-водородной солью ареколина. На приложенныхъ здѣсь кривыхъ можно видѣть всѣ характерныя измѣненія сердечной дѣятельности.

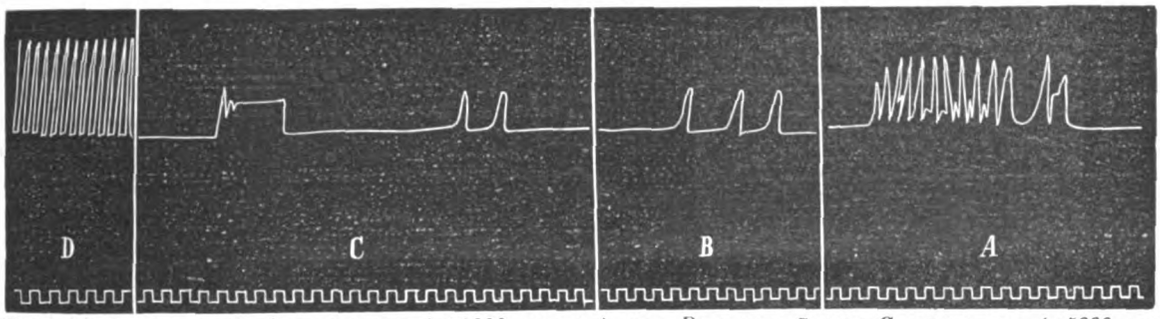
Кривая 12 представляетъ вліяніе слабыхъ растворовъ яда. Здѣсь вначалѣ былъ примѣненъ ареколинъ въ разведеніи 1:25000000 въ теченіи 12 мин., а затѣмъ непосредственно въ разведеніи 1:12500000 въ продолженіи 15 мин. На кривой прежде всего бросается въ глаза замедленіе сердцебіеній. При этомъ во время дѣйствія болѣе слабаго раствора наблюдались неодинаковой продолжительности діастолы и неодинаковой величины размахи сердечныхъ сокращеній (см. кривую 12, *B* и *C*), которыя при замѣнѣ болѣе крѣпкимъ растворомъ переходятъ въ правильный замедленный ритмъ (см. кривую 12, *D*). Высота сокращеній уже при примѣненіи 1:25000000 имѣетъ наклонность къ уменьшенію: только единичныя сокращенія достигаютъ нормальныхъ цифръ, а отъ раствора 1:12500000 величина сокращеній уже замѣтно уменьшается.



Кривая 12. Опытъ съ ареколиномъ. *A*—норма. *B*—ареколинъ 1:25.000000 спустя 12 мин. *C*—ареколинъ 1:12.500000 въ 1-ую мин. *D*—спустя 8 мин. Читать слѣва направо.



Кривая 13. Опытъ съ ареколиномъ. *A*—норма. При *) начало дѣйствія ареколина 1:10.000000. *B*—ареколинъ 1:1.000000 спустя 4 мин. *C*—ареколинъ 1:50000 спустя 1½ мин. Читать справа налѣво



Кривая 14. Продолженіе кривой 13. *A*—ареколинъ 1:50000 спустя 4 мин. *B*—спустя 7 мин. *C*—ареколинъ 1:5000 спустя 4 мин. *D*—нормальная жидкость спустя 7 мин.

На кривыхъ 13 и 14 изображены характерныя измѣненія сердечной дѣятельности отъ ареколина въ крѣпкихъ растворахъ (1:10.000000; 1:1.000000; 1:50000 и 1:5000), вводившихся послѣдовательно одинъ за другимъ.

Въ этомъ опытѣ подъ вліяніемъ ареколина въ разведеніи 1:10.000000 въ 1-ую-же минуту послѣ 2-хъ замедленныхъ сокращеній появилась остановка сердца. Спустя 5 мин. этотъ растворъ былъ замѣненъ новымъ (1:1000000), послѣ чего пауза прерывалась сначала неправильными, слабыми сокращеніями, которыя, становясь правильно ритмичными, постепенно усиливались, но не достигли нормы (см. кривую 13, B). Затѣмъ слѣдовала снова пауза въ теченіи 2 мин., смѣнившаяся ритмическими сокращеніями только-что описаннаго характера. Такая періодичность сердечныхъ сокращеній сохранялась въ теченіи слѣдующихъ 9 мин. 47 сек., при чемъ продолжительность остановокъ колебалась между 1 мин. 3 сек. и 4 мин. 5 сек. Слѣдующая за этимъ степень разведенія 1:100000 въ теченіи 19 мин. не внесла сколько-нибудь замѣтныхъ измѣненій въ наблюдавшейся картинѣ.

Подъ вліяніемъ ареколина 1:50000 (характеръ измѣненной сердечной дѣятельности остался тотъ-же) въ первое время наблюдалось вышеописанное періодическое измѣненіе ритма, только сердечныя сокращенія стали слабѣе; также уменьшилась продолжительность и паузъ и періодовъ ритмическаго пульса (см. кривую 13, C); спустя 4 мин. появились чередованія 25—30-секундовыхъ паузъ съ группами неправильныхъ сердцебіеній (см. кривую 14, A). Черезъ 7 мин. паузы укоротились до 15 сек. и прерывались 2—3 слабыми сокращеніями съ медленнымъ разслабленіемъ (см. кривую 14, B).

Спустя 4 мин. послѣ пропусканія ареколина въ разведенія 1:5000 паузы нѣсколько увеличились (до 40 сек.), и характеръ сердечныхъ сокращеній измѣнился еще больше: зачастую можно видѣть, что сердце, сократившись, разслабляется только немного и въ такомъ полу-разслабленномъ состояніи остается 3—4 сек. и только тогда переходитъ въ полную діастолу. Въ другихъ случаяхъ, не разслабившись отъ предшествовавшей систолы, оно даетъ очень слабое новое сокращеніе, за которымъ уже быстро переходитъ въ діастолу (см. кривую 14, C). Новая степень разведенія 1:2500 въ теченіи 5 мин. не дала ничего новаго. Вслѣдъ за этимъ была пропущена нормальная жидкость; черезъ 5 мин. вернулся правильный ритмъ сердца, но сердцебіенія еще (спустя 7 мин.) были ослаблены и замедлены (см. кривую 14, D).

Въ этомъ опытѣ, равно какъ и въ другихъ въ зависимости отъ крѣпости раствора ареколина можно было наблюдать то замедленіе сердцебіеній до полной остановки, то остановку ихъ, періодически смѣняющуюся кратковременнымъ ихъ появленіемъ. Подобное приходилось наблюдать и при пилокарпинѣ. Всякій разъ эта картина исчезала подъ вліяніемъ атропина, и слѣд., зависѣла отъ раздраженія тормозящаго прибора сердца. Ни продолжительное пропусканіе ареколина одной и той-же крѣпости, ни усиленіе крѣпости яда не давали возможности прослѣдить перехода замедленія сердцебіеній въ учащеніе.

Судя по характеру измѣненій сердечной дѣятельности, наблюдавшихся мною на изолированномъ сердцѣ кролика, ареколинъ представляетъ большое сходство съ пилокарпиномъ; разница между ними—количественная. Одно и тоже дѣйствіе (замедленіе сердцебіеній) за одинъ и тотъ-же промежутокъ времени наблюдалось отъ пилокарпина въ разведеніи 1:500000, а отъ ареколина 1:100.000000, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и болѣе слабыя дозы (1:500.000000) вызывали такое-же дѣйствіе. Ареколинъ въ зависимости отъ степени разведенія вызывалъ болѣе или менѣе сильно выраженное замедленіе и остановку сердца. Слѣдующей стадіей дѣйствія являлось, какъ и при пилокарпинѣ, особенное характерное нарушеніе ритма, состоящее въ чере-

дованіи паузъ съ ритмическими группообразными сокращеніями. При примѣненіи очень крѣпкихъ растворовъ ареколина иногда появлялось кратковременное учащеніе сердцебіеній.

Высота сердечныхъ сокращеній падала вмѣстѣ съ замедленіемъ ритма.

Опыты съ кофеиномъ.

Кофеинъ, согласно большинству авторовъ, вызываетъ у лягушекъ вначалѣ ускореніе, а затѣмъ замедленіе сердцебіеній [*Voit* [73]), *Leven* [74]), *Wagner* [75])]. Помѣщая вырѣзанное сердце лягушки въ физіологическій растворъ, содержащій кофеинъ, *Johansen* [76]) наблюдалъ вначалѣ чрезвычайное увеличеніе числа сердцебіеній, а затѣмъ уменьшеніе и остановку. Другіе находили, что кофеинъ постоянно замедляетъ сердцебіенія [*Falck* и *Stuhlmann* [77]), *Leblond* [78])]. *Maki* [79]) на изолированныхъ сердцахъ лягушекъ съ помощью прибора *Williams*'а не находилъ ни замѣтнаго ускоренія, ни замедленія сердцебіеній. Усиленіе сердечныхъ сокращеній подъ вліяніемъ кофеина признается *Wagner*'омъ, *Leblond*'омъ, *Fawel*'омъ [80]). *Maki* нашелъ, что кофеинъ въ состояніи дать очень ничтожное, кратковременное усиленіе сокращеній сердца, а часто и совсѣмъ не получалось такового.

У теплокровныхъ животныхъ число сердцебіеній, согласно большинству изслѣдователей, подъ вліяніемъ значительныхъ дозъ кофеина учащаются, а затѣмъ замедляются [*Leven*, *Johansen*, *Wagner*, *Aubert* [81]), *Bock* [82])]. Кромѣ того, послѣдними тремя изслѣдователями отъ малыхъ дозъ наблюдалось замедленіе сердцебіеній. Замедленіе сердцебіеній *Wagner* объясняетъ возбужденіемъ центральныхъ или периферическихъ концевъ блуждающихъ нервовъ, а *Bock* возбужденіемъ ихъ центра. Ускореніе-же сердцебіеній зависитъ отъ непосредственнаго дѣйствія на сердце, а именно, *Johansen* полагаетъ, что кофеинъ дѣйствуетъ на мышцу, *Wagner*—на двигательные узлы сердца, а *Bock*—на ускоряющій приборъ сердца.

Кровяное давленіе, по даннымъ *Leven*'а, *Wagner*'а, *Bock*'а, повышается. *Aubert* находилъ пониженіе кровяного давленія и въ исключительныхъ случаяхъ получалъ незначительное скоропреходящее повышеніе. *Maki* наблюдалъ повышеніе кровяного давленія только въ 1 опытѣ и объясняетъ его судорогами животнаго. *Wagner* повышеніе кровяного давленія приписываетъ возбужденію сосудодвигательнаго центра. *Bock* также объясняетъ его возбужденіемъ сосудодвигательнаго центра, не отрицая совершенно участія сердца.

За послѣднее время въ литературѣ появились 2 работы о вліяніи кофеина на изолированное сердце теплокровныхъ животныхъ *Hedbom*'а и *Bock*'а. *Hedbom* [83]), примѣнявшій натрово-бензойнокислый кофеинъ (coffeinum natrio-benzoicum) въ разведеніи 1:10000 до 1:2000 на изолированное сердце кошекъ и кроликовъ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: кофеинъ въ извѣстныхъ дозахъ увеличиваетъ число сердцебіеній и даже значительно, если передъ тѣмъ сердцебіенія были замедлены; высота сердечныхъ сокращеній увеличивается и часто значительно. *Bock*, изучая дѣйствіе чистаго кофеина по предложенному имъ способу изолированія сердца кролика получалъ учащеніе сердцебіеній вслѣдствіе возбужденія ускоряющихъ узловъ сердца; сила сердечныхъ сокращеній уменьшалась. Послѣднее явленіе зависитъ отъ измѣненія упругости сердечной мышцы. Кофеинъ можетъ вызвать, говоритъ *Bock*, небольшое повышеніе кровяного давленія въ томъ случаѣ, если при учащеніи пульса упругость сердечной мышцы не будетъ особенно сильно измѣнена; если-же при опредѣленной дозѣ сердечная мышца сильно пострадала, то получается паденіе давленія.

Такимъ образомъ на основаніи опытовъ на изолированномъ сердцѣ теплокровныхъ животныхъ зависимость повышенія кровяного давленія отъ усиленія сердечныхъ сокращеній подъ вліяніемъ кофеина нельзя считать установленной.

Свои опыты я производилъ съ чистымъ кофеиномъ (coffeinum purum) въ разведеніи отъ 1:50000 до 1:125.

Опытъ 11.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Прим.
7—8	144	9—9,5	
8—9	130	9	
9	—	—	Кофеинъ 1:500000.
10—11	144	9	Высота сердечныхъ сокращеній колебалась въ указанныхъ предѣлахъ.
24—25	140	10	
25	—	—	Кофеинъ 1:250000.
27—28	144	9—9,5	Число сердцебіеній за это время колебалось въ этихъ предѣлахъ, временами уменьшаясь до 140 уд.
43—44	150	9—9,5	
44	—	—	Кофеинъ 1:80000.
46—47	156	9,5—10	
1 час. 2—3	158	9,5—10	
» 3—4	—	—	Кофеинъ 1:50000.
» 5—6	158	9—10	Число сердцебіеній временами уменьшалось до 148 уд.
» 10—11	158	9.5—10	
» 17—18	154	9,5—10	
» 18	—	—	Кофеинъ 1:25000.
» 19—20	152	9,5—10	
» 24—25	156	9,5	
» 30—31	158	10,5—9,5	
» 31	—	—	Кофеинъ 1:8000.
» 32—33	158	9,5	
» 39—40	166	11—10,5	
» 40—41	166	10—9,5	
» 41—42	168	10—9,5	
» 42—43	174	10	
» 43—44	174	10—9,5	
» 44—45	170	9,5—8	
» 45—46	168	7—8	
» 46	—	—	Нормальная жидкость
» 47—48	166	8—9	
» 48—49	162	8—9	
» 51—52	162	8,5—9,5	
» 53—54	160	9,5	

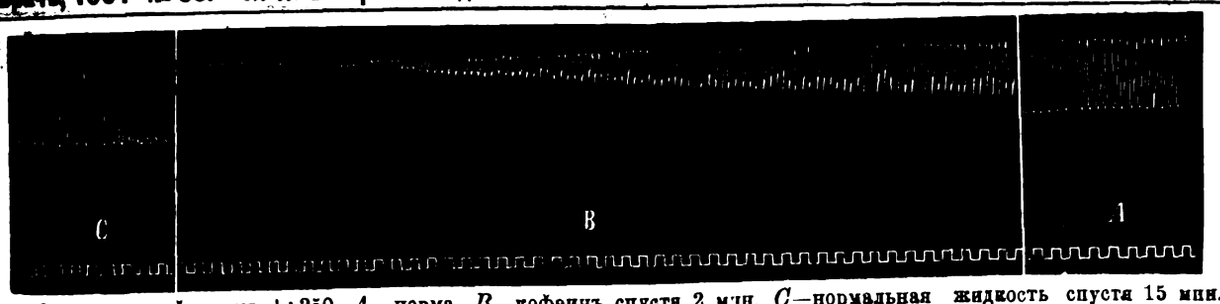
Въ этомъ опытѣ нѣкоторое увеличеніе числа сердцебіеній наблюдалось отъ разведенія 1:80000, замѣтное-же увеличеніе (съ 144 до 174) — только отъ разведенія 1:8000. Наблюдая за измѣненіемъ высоты сердечныхъ сокращеній отъ кофеина (1:500000, 1:250000 и 1:80000), видимъ, что при примѣненіи самаго слабаго раствора высота эта нѣсколько увеличивается, при болѣе сильномъ немного понижается, а затѣмъ еще при бо́льшей крѣпости раствора опять повышается. Отъ раствора 1:8000 спустя 8 мин. получилось нѣкоторое болѣе выраженное увеличеніе высоты сердечныхъ сокращеній, а затѣмъ она начала падать; число сердцебіеній къ этому времени уменьшилось незначительно. Послѣ пропусканія вслѣдъ за этимъ нормальной жидкости высота сокращеній начинаетъ увеличиваться и спустя 5 мин. достигаетъ нормы; число сердцебіеній остается нѣсколько увеличеннымъ.

Слѣдующій опытъ приведенъ съ цѣлью показать вліяніе болѣе крѣпкихъ растворовъ кофеина (опытъ 12).

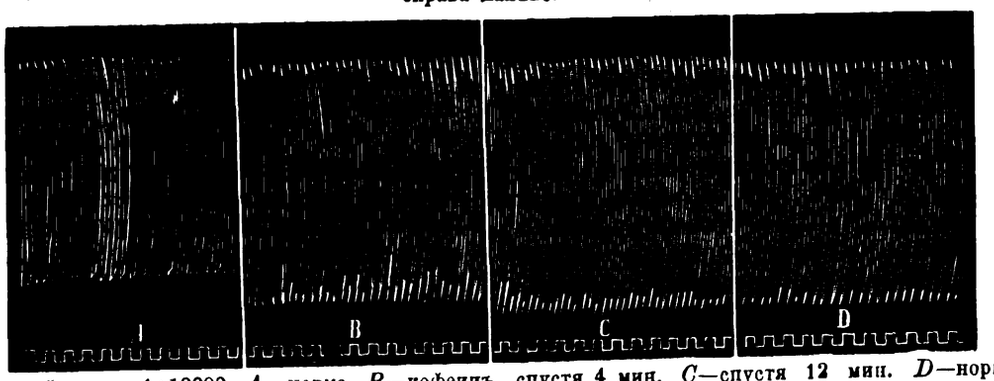
Въ этомъ опытѣ кофеинъ (1:10000) далъ въ теченіи первыхъ 13 минутъ незначительное увеличеніе высоты сердечныхъ сокращеній, равнявшееся maximum 1 млм.; при этомъ число сердцебіеній нисколько не измѣнилось. Въ теченіи слѣдующихъ 20 мин. наблюдалось постепенное наростаніе числа сердцебіеній, а вмѣстѣ съ тѣмъ и паденіе ихъ высоты.

Растворъ кофеина 1:5000, примѣненный вслѣдъ за предыдущимъ въ теченіи 6 мин., вызвалъ нѣкоторое уменьшеніе числа сердцебіеній, которое можно объяснить случайнымъ въ этомъ опытѣ паденіемъ температуры на 2°. Высота сердечныхъ сокращеній все время была выше на 1 млм., чѣмъ до начала примѣненія раствора этой крѣпости. Новый растворъ кофеина 1:2500 ускорилъ сердцебіеніе и понизилъ высоту сердечныхъ сокращеній.

Послѣ перемѣны жидкости, содержащей кофеинъ, на нормальную, черезъ 6 мин. число сердцебіеній и высота ихъ вернулись къ нормѣ. Кофеинъ въ разведеніи 1:250 черезъ 3 мин. вызвалъ остановку сердца; число сердцебіеній въ 1-ю же минуту увеличилось съ 116 до 150, а за-



Кривая 15. Опытъ съ кофеиномъ 1:250. *A*—норма. *B*—кофеинъ спустя 2 мин. *C*—нормальная жидкость спустя 15 мин. Читать справа налѣво.



Кривая 16. Опытъ съ кофеиномъ 1:10000. *A*—норма. *B*—кофеинъ спустя 4 мин. *C*—спустя 12 мин. *D*—нормальная жидкость спустя 9 мин. Читать слѣва направо.

Опытъ 12.

Время отъ начала опыта въ минутахъ.	Число сердцебіеній въ 1 мин.	Высота сокращенія въ млм.	Прим.
4—5	116	9—9,5	
5—6	117	9,5	Кофеинъ 1:10000.
6	—	—	
7—8	117	10	
11—12	116	10,5	
14—15	114	10—10,5	
17—18	119	10—10,5	
19—20	119	10— 9,5	
23—24	118	10— 9,5	
26—27	120	9,5	
31—32	126	9—8,5	
35—36	132	8,5—7,5	
38—39	136	7,5—7	
39	—	—	Кофеинъ 1:5000.
40—41	138	8—8,5	
42—43	132	8—8,5	
44—45	126	8 8,5	Температура случайно понизилась на 2° Ц.
43	—	—	Кофеинъ 1:2500.
46—47	136	7,5—7	
47—48	144	7	
49—50	140	7	
51—52	142	7,5—7	
52	—	—	Нормальная жидкость.
1 час. 2—3	114	9	
» 3—4	116	9—9,5	
» 4—4'30"	150	9,5—7	Кофеинъ 1:250.
» 4'30"—5	148	7—5	Высота сокращеній постепенно убываетъ.
» 5—5'30"	142	5—2	
» 5'30"—6	122	2	
» 6—7	—	2 до 0	
» 7—8	0	0	Нормальная жидкость.
» 8—9	0	0—2	
» 22—23	90	10—9,5	

тѣмъ начало постепенно уменьшаться. (Отъ раствора этой крѣпости сердце остановилось въ систолѣ, какъ это видно изъ приложенной кривой (см. кривую 15, B).

Тотчасъ послѣ остановки сердца отравленная кофеиномъ жидкость была замѣнена нормальной, и спустя 15 мин. отъ начала пропусканія высота сердечныхъ сокращеній была даже нѣсколько выше нормы, ритмъ-же былъ нѣсколько замедленъ. Наибольшее увеличеніе высоты сердечныхъ сокращеній подъ вліяніемъ кофеина изображено на кривой 16.

На этой кривой замѣтно учащеніе сердцебіеній и нѣкоторое увеличеніе высоты сердечныхъ сокращеній, но и здѣсь оно выражено слабо.

Чтобы дать представленіе объ измѣненіи высоты сердечныхъ сокращеній и сердечнаго ритма подъ вліяніемъ кофеина, привожу слѣдующую таблицу.

№№ опытовъ.	Степень разведенія.	Увеличеніе числа сердцебіеній въ 1 мин.	Увеличеніе высоты сокращеній въ млм.
1.	1:500000	0	съ 9 на 10
—	1:250000	0	уменьшеніе
—	1: 80000	съ 144 на 158	съ 9,5 на 10
—	1: 50000	0	безъ измѣненія
—	1: 25000	0	съ 10 на 10,5
—	1: 8000	» 158—174	уменьшеніе
2.	1: 10000	» 117—136	съ 9,5—10,5
—	1: 5000	» 136—148	съ 7,5— 8,5
—	1: 2500	» 136—142	уменьшеніе
—	1: 250	» 116—150	остановка
3.	1: 10000	» 102—130	29—33
—	1: 500	» 104—154	остановка
4.	1: 25000	» 140—150	безъ измѣненія
—	1: 25000	» 138—146	безъ измѣненія
—	1: 10000	» 138—164	съ 22—23
5.	1: 10000	» 142—154	безъ измѣненія
—	1: 10000	» 138—152	съ 25—27
—	1: 5000	» 128—149	уменьшеніе

Результаты опытовъ съ кофеиномъ сводятся къ слѣдующему. Кофеинъ впервые проявлялъ, хотя и незначительное, дѣйствіе въ разведеніи 1:80000, вызывая небольшое учащеніе сердцебіеній. При болѣе крѣпкихъ растворахъ почти всегда наблюдалось учащеніе сердцебіеній, болѣе или менѣе сильно выраженное. Высота сокращеній увеличивалась лишь въ нѣкоторыхъ опытахъ и при томъ на незначительную величину, лежащую въ предѣлахъ ошибки. Такого значительнаго увеличенія высоты сокращенія, которое получалъ *Hedbom*, мнѣ никогда наблюдать не удавалось.

Крѣпкіе растворы вызывали уменьшеніе высоты сокращеній и остановку сердца, при которой наблюдалось укороченіе сердечной мышцы.

Кратковременное воздѣйствіе яда въ такихъ крѣпкихъ растворахъ, какъ 1:500 и 1:250, не было въ состояніи убить сердца: не смотря на остановку, сердце при замѣнѣ отравленной жидкости нормальной, возвращалось къ своему начальному ритму и силѣ сокращеній.

Такимъ образомъ изъ моихъ опытовъ слѣдуетъ, что кофеинъ вызываетъ учащеніе сердцебіеній. Наблюдавшееся въ нѣкоторыхъ случаяхъ незначительное увеличеніе высоты сокращеній всегда сопровождалось учащеніемъ сердцебіеній. Въ виду незначительности и непостоянства этого явленія, едва-ли можно говорить о непосредственномъ усиленіи сердечныхъ сокращеній подъ вліяніемъ кофеина.

(Окончаніе слѣдуетъ).

CLVIII. О значеніи признака В. М. Кернига для распознаванія менингитовъ.

А. М. Левина (Бѣлостокъ).

Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ на высотѣ своего развитія обыкновенно даетъ такую характерную клиническую картину, что постановка распознаванія не представляетъ никакихъ трудностей. Иначе обстоитъ дѣло въ началѣ болѣзни или въ случаяхъ, въ большей или меньшей мѣрѣ уклоняющихся отъ обычнаго типа. Правда, при подобныхъ условіяхъ распознаваніе всякой болѣзни становится крайне затруднительнымъ, а иногда и невозможнымъ; но при подозрѣніи на менингитъ приходится сталкиваться съ особыми распознавательными трудностями. Воспаленія мозговыхъ оболочекъ свойственны преимущественно дѣтскому возрасту, а въ этомъ возрастѣ мозговыя и менингеальныя явленія составляютъ, какъ извѣстно, обычный спутникъ почти всѣхъ остролихорадочныхъ болѣзней, особенно въ начальной ихъ ступени. Достаточно вспомнить, для примѣра, верхушечное воспаленіе легкихъ, столь удачно названное «pneumonia cerebralis». Отсюда понятно стремленіе найти вспомогательные признаки, которые могли-бы облегчить постановку распознаванія въ случаяхъ трудныхъ. Важнымъ подспорьемъ для распознаванія воспаленій мозговыхъ оболочекъ служитъ въ настоящее время поясничный проколъ, предложенный проф. *Quincke* въ 1891 г.; но этотъ—при извѣстныхъ предосторожностяхъ невинный—оперативный пріемъ, larga manu примѣняемый въ клиникахъ и больницахъ, не вошелъ еще въ повседневный обиходъ врача-практика.

20 лѣтъ назадъ *В. М. Кернигъ* [1]) подмѣтилъ и описалъ одинъ признакъ, оказавшійся в. полезнымъ для распознаванія въ сомнительныхъ случаяхъ менингита.

Признакъ этотъ заключается въ слѣдующемъ. Если больного съ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ изслѣдовать въ лежачемъ положеніи, то обыкновенно можно легко и безпрепятственно производить пассивныя движенія въ суставахъ его ногъ; если-же, придавъ ему положеніе сидячее, посадить его на край кровати такъ, чтобы ноги его свѣшивались, то при попыткѣ выпрямить ту или другую ногу въ колѣнномъ суставѣ обнаруживается сильное сопротивленіе, и разгибаніе дѣлается возможнымъ тогда лишь приблизительно до угла въ 135°, а въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ—лишь немного болѣе прямого угла. То-же можно получить и при лежачемъ положеніи, если бедрамъ больного придать направленіе, перпендикулярное къ туловищу, и разгибаніе производить при согнутомъ подъ прямымъ угломъ колѣнѣ. При такой постановкѣ ногъ разгибаніе ихъ тоже дѣлается крайне затруднительнымъ или возможнымъ лишь до извѣстной границы («сгибательная контрактура»).

Для признака *В. М. Кернига* въ высокой степени характерно то, что онъ обнаруживается въ самомъ началѣ воспалительнаго процесса въ мозговыхъ оболочкахъ и—что менѣе важно—сохраняется и въ періодѣ выздоровленія и даже дольше, когда всѣ остальные припадки уже исчезаютъ. *В. М. Кернигъ* наблюдалъ свой признакъ, когда сообщалъ о немъ, въ 15 случаяхъ менингита, изъ которыхъ 13 относились къ т. наз. повальному воспаленію мозговыхъ оболочекъ, въ 1 менингитъ былъ бугорчатковаго происхожденія и въ 1 гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ развилось при затяжномъ нефритѣ.

Признакъ *В. М. Кернига* вскорѣ обратилъ на себя вниманіе изслѣдователей. *Henoch* [2]), правда, не усматривалъ въ немъ явленія постояннаго при менингитахъ: его не было въ одномъ тяжеломъ случаѣ, провѣренномъ вскрытіемъ; тѣмъ не менѣе и онъ признавалъ за нимъ извѣстное распознавательное значеніе. *A. Friis* [3]) нашелъ этотъ признакъ въ 53 случаяхъ на 60, т. е. въ 88,3%. Въ 1891 г. *A. Friis* [4]) имѣлъ случай еще разъ наблюдать небольшую эпидемію воспаленія мозговыхъ оболочекъ въ Kjöbenhavn'ѣ, при чемъ вторично провѣрялъ частоту признака *В. М. Кернига*. Оказалось, что его не было лишь въ 5 случаяхъ изъ 26. *Herrick* [5]) не могъ установить признака *В. М. Кернига* въ 2-хъ случаяхъ; но онъ изслѣдовалъ своихъ больныхъ незадолго передъ ихъ смертью, при общемъ разслабленіи ихъ мышцъ. Изъ французскихъ авторовъ особенно усердно занимался этимъ вопросомъ *Netter* [6]), которому пришлось наблюдать эпидемію воспаленія мозговыхъ оболочекъ въ теченіи 1898 и 1899 гг. *Netter* широко примѣнялъ съ распознавательною цѣлью поясничный проколъ, при чемъ бактеріологически изслѣдовалъ добытую проколомъ жидкость, равно какъ кровь и мочу. На основаніи своего обширнаго клиническаго матеріала онъ пришелъ къ заключенію, что признакъ *В. М. Кернига* долженъ занять в. видное мѣсто въ ряду распознавательныхъ признаковъ менингитовъ, безразлично—бугорчатковаго-ли характера или гнойнаго, спорадическаго или эпидемическаго. *Chauffard* [7]) идетъ еще дальше, считая этотъ признакъ патогномоническимъ для воспаленія мозговыхъ оболочекъ. По мнѣнію *Chauffard*'а, признакъ *В. М. Кернига* долженъ занять по своему клиническому значенію такое-же мѣсто, какъ и колѣнный рефлексъ *Westphal-Erb*'а.

Таковы отзывы иностранныхъ изслѣдователей о признакѣ *В. М. Кернига*. Въ русской литературѣ, насколько мнѣ извѣстно, оригинальныхъ сообщеній по этому вопросу нѣтъ. Покойный *Н. Ф. Филатовъ* лишь вскользь упоминаетъ о немъ въ своемъ извѣстномъ руководствѣ: «Семіотика и діагностика дѣтскихъ болѣзней». Говоря о трудности распознаванія менингита, осложняющаго какую-нибудь острую лихорадочную болѣзнь, онъ прибавляетъ, что «можетъ быть, въ подобныхъ случаяхъ надежнымъ критеріемъ окажется признакъ *Кернига*...».

Перехожу къ собственнымъ наблюденіямъ. Путемъ ихъ я старался выяснить: 1) какъ часто наблюдается признакъ *В. М. Кернига* при воспаленіяхъ мозговыхъ оболочекъ различнаго характера, и часто-ли его не бываетъ? 2) можно-ли установить его въ *началѣ* болѣзни, ибо только въ такомъ случаѣ за нимъ можно-бы было признать серьезное распознавательное значеніе? и 3) не встрѣчается-ли онъ при какихъ-либо другихъ болѣзняхъ?

Изъ 29 случаевъ несомнѣннаго менингита, которые мнѣ пришлось наблюдать за послѣднія 5 лѣтъ, признакъ *В. М. Кернига* я нашелъ въ 21, изъ нихъ въ 17 случаяхъ cerebro-spinal'наго менингита, при чемъ возрастъ больныхъ колебался отъ 2 до 23 л.; затѣмъ, въ 3 случаяхъ бугорчатковаго менингита у дѣтей до 4 л. и въ 1 случаѣ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, присоединившагося къ воспаленію легкихъ при гриппѣ. 8 случаевъ, гдѣ признака *В. М. Кернига* не было, распредѣляются такъ: 3—были случаи бугорчатковаго менингита у дѣтей, 3—случаи воспаленія мозговыхъ оболочекъ ушного происхожденія (въ 1 дѣло шло, быть можетъ, не о менингитѣ, а о нарывѣ въ мозгу); 1—случай, гдѣ менингитъ явился предсмертнымъ осложненіемъ брюшного тифа у 13-лѣтней больной, и, наконецъ, 1—случай менингита у 2-лѣтней больной со скарлатиннымъ нефритомъ, пнеймоніей и гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха. Такимъ образомъ признакъ *В. М. Кернига* я наблюдалъ въ 72,4% своихъ случаевъ. Изъ всѣхъ родовъ менингита особенно постояненъ онъ при т. наз. менингитѣ cerebro-spinal'номъ; при менингитахъ-же бугорчатковыхъ онъ наблюдался лишь въ $^1/_2$ случаевъ. Я долженъ, однако, оговориться, что многіе изъ моихъ случаевъ бугорчатковаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ не попали въ эту статистику: я принималъ въ разсчетъ лишь тѣ изъ нихъ, которые имѣлъ возможность наблюдать до самаго окончанія болѣзни.

Вмѣстѣ съ *В. М. Кернигомъ* и *Netter*'омъ я долженъ отмѣтить тотъ практически важный фактъ, что «сгибательная контрактура» появляется при менингитахъ, особенно cerebro-spinal'номъ, *очень рано*—на 1-ый или 2-ой день болѣзни. Для примѣра приведу слѣдующее наблюденіе.

8/IV 1902 г. я былъ приглашенъ къ 10-лѣтней М. З., страдавшей сильной головною болью и рвотой. Заболѣла она наканунѣ, безъ всякой видимой причины и безъ предвѣстниковъ. Рвота за ночь повторилась 3 раза. 39°,2; п. 118, правильный. Сознаніе сохранено. Зрачки одинаковой величины и отвѣчаютъ на свѣтъ. Запоръ (принятое ночью касторовое масло было извергнуто рвотой). Мочи мало; въ ней умѣренное количество бѣлка. При приведеніи больной изъ лежачаго положенія въ сидячее получается явственная контрактура въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ. Назначенъ каломель и ледъ на голову.

9/IV: Головная боль жестокая. Рвота прекратилась. Сознаніе полное. 38°,9. Поставлено 4 піявки, по 2 за каждымъ ухомъ.

10/IV: Головная боль нѣсколько меньше. Одеревенѣлость мышцъ затылка, которая была слегка замѣтна еще наканунѣ, очень явственна. Пузырчатый лишай на верхней губѣ. Бѣлокъ въ мочѣ лишь въ видѣ легкой мути. Зрачки нормальны. Животъ втянутъ.

11/IV: Сильное головокруженіе при приведеніи больной въ си-

дячее положеніе, чтобы выслушать ее сзади. Въ легкихъ никакихъ измѣненій. Корытообразный животъ. Запоръ, уступающій лишь раздражающимъ промывательнымъ.

Въ дальнѣйшемъ послѣ ожесточенія 15/IV головной боли съ вторичнымъ поднятіемъ температуры до 39°,4, температура окончательно упала на 11-ый день болѣзни. Полное выздоровленіе.

Что тутъ имѣлось дѣло съ менингитомъ,—не можетъ подлежать сомнѣнію въ виду повторной рвоты безъ предшествовавшей погрѣшности въ діэтѣ, сильнѣйшей головной боли, сведенія мышцъ затылка, запора и корытообразной втянутости живота. Рано установленный признакъ *В. М. Кернига* позволилъ въ данномъ случаѣ распознать воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, не смотря на сохраненіе больной сознанія и на нормальныя свойства пульса,—словомъ, когда далеко не было еще полной картины болѣзни; между тѣмъ одинъ изъ наблюдавшихся признаковъ—альбуминурія—могъ направить вниманіе въ другую сторону: можно было допустить начало мочекровнаго отравленія.

Кромѣ ранняго появленія, для признака *В. М. Кернига* характерно и очень позднее исчезаніе, на что указываютъ и самъ *В. М. Кернигъ*, и другіе авторы *(Henoch, Netter)*: *В. М. Кернигъ* и *Henoch* находили его $2^1/_2$ мѣс. спустя послѣ выздоровленія. Обстоятельство это позволяетъ сдѣлать т. наз. ретроспективное распознаваніе.

Для рѣшенія вопроса, не встрѣчается-ли признакъ *В. М. Кернига* и при другихъ болѣзняхъ, помимо менингитовъ, я сдѣлалъ рядъ наблюденій надъ разными больными, различнаго возраста и пола, а также надъ лицами, по видимому, совершенно здоровыми. Оказалось, что слабый намекъ на *Керниговскій* признакъ можно получить, дѣйствительно, и у здоровыхъ, особенно у т. наз. нервныхъ лицъ; но для этого нужно сильнѣе сгибать бедро, такъ чтобы оно образовало съ туловищемъ острый уголъ. Въ этомъ отношеніи мои наблюденія согласуются съ наблюденіями *Bull'я* [8]). Настоящаго-же признака *В. М. Кернига* въ видѣ замѣтной сгибательной контрактуры я не нашелъ ни разу даже при наличности т. наз. мозговыхъ или менингеальныхъ явленій. Само собою разумѣется, нельзя исключать менингитъ лишь на основаніи отсутствія разбираемаго признака. Наличность-же его сильно говоритъ за воспаленіе мозговыхъ оболочекъ даже при отсутствіи нѣкоторыхъ изъ основныхъ признаковъ этой болѣзни. Для такихъ-то не вполнѣ выраженныхъ случаевъ—«formes frustes»—признакъ *В. М. Кернига* и имѣетъ громадное распознавательное значеніе. То-же самое можно сказать о случаяхъ съ молніеноснымъ теченіемъ—«meningitis fulminans s. siderans». Примѣромъ можетъ служить слѣдующее мое наблюденіе.

Э. І., 3 л., изъ совершенно здоровой семьи, 9/IV 1902 г., днемъ, стала жаловаться на головную боль. Рвота, приписанная погрѣшности въ діэтѣ. Я увидѣлъ больную вечеромъ того же дня, когда рвота повторилась. 39°,7; п. 130—140, правильный; дых. ускоренное, поверхностное; раздуванія ноздрей нѣтъ. Со стороны внутреннихъ органовъ и зѣва ничего особеннаго. Сыпей нѣтъ. Сонливость. Зрачки слегка расширены, отвѣчаютъ на свѣтъ слишкомъ вяло. Сознаніе нѣсколько помрачено. Явственно выраженная сгибательная контрактура въ колѣнныхъ суставахъ при приведеніи ребенка въ сидячее положеніе. Назначены: ледъ на голову; каломель. Ночью припадокъ общихъ судорогъ; коматозное состояніе. Назначены 2 піявки за уши. Въ 6 час. утра, т. е. спустя 15 час. съ начала болѣзни, считая съ первой жалобы ребенка, смерть.

Распознаваніе подобныхъ случаевъ связано съ громадными затрудненіями. Только-что описанный случай отнесенъ мною къ случаямъ cerebro-spinal'наго менингита на основаніи слѣдующихъ соображеній: съ одной стороны, отсутствіе измѣненій во внутреннихъ органахъ, въ зѣвѣ и на кожѣ, равно какъ и отсутствіе въ городѣ эпидемій (скарлатины, оспы и т. п.); съ другой стороны, признакъ *В. М. Кернига*, нароставшая сонливость и, наконецъ, одновременность этого случая съ вышеописаннымъ—говорили за эпидемическое *) воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Несомнѣнно, что наличность *Керниговскаго* признака много способствовала такому распознаванію.

Признакъ *В. М. Кернига* можетъ пригодиться и для распознаванія менингита, осложняющаго какую-нибудь острую лихорадочную болѣзнь. Узнать подобный менингитъ по большей части чрезвычайно трудно, такъ какъ наблюдаемые мозговые признаки могутъ зависѣть отъ застойной гиперэміи въ мозгу или отъ отравленія токсинами, вырабатываемыми возбудителями основной болѣзни. Иной разъ подобное осложненіе воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ просматривается потому, что оно не сказывается при жизни никакими явленіями, а узнается лишь на секціонномъ столѣ. Для такихъ случаевъ наличность *Керниговскаго* сведенія составляетъ цѣнную распознавательную находку. Такъ, *Netter* нашелъ разъ признакъ *В. М. Кернига* у тифознаго больного, у котораго не было никакихъ менингеальныхъ явленій. При вскрытіи этого больного, погибшаго отъ прободного перитонита, оказался, помимо измѣненій, свойственныхъ брюшному тифу, черепно-спинномозговой менингитъ.

Значеніе признака *В. М. Кернига* не исчерпывается лишь перечисленными формами воспаленія мозговыхъ оболочекъ («formes frustes», молніеносные случаи и вторичные менингиты). Несравненно болѣе важенъ признакъ этотъ для распознаванія самыхъ обычныхъ формъ менингита. Благодаря раннему появленію, онъ дѣлаетъ возможнымъ *раннее* распознаваніе. Обстоятельство это не лишено и чисто практическаго значенія, такъ какъ лѣченіе нѣкоторыхъ формъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ далеко не такъ безсильно, какъ склонны думать многіе.

Каковъ способъ происхожденія *Керниговскаго* признака? Самъ *В. М. Кернигъ* въ своихъ сообщеніяхъ не высказываетъ никакихъ соображеній по этому поводу. *Bull* полагаетъ, что *Керниговское* сведеніе представляетъ лишь усиленіе нормально существующаго, физіологическаго явленія. Къ этому мнѣнію присоединяется и *Henoch*, который предполагаетъ, что здѣсь мы имѣемъ предъ собою отраженное явленіе, выступающее въ болѣе рѣзкой степени при заболѣваніи центральныхъ органовъ нервной системы; при этомъ, однако, остается непонятнымъ, почему-же этотъ рефлексъ наблюдается преимущественно при менингитахъ, а не при другихъ болѣзняхъ головного или спинного мозга? Правда, *Bull* 1 разъ нашелъ признакъ *В. М. Кернига* при закупоркѣ мозговыхъ венныхъ пазухъ, а *М. Д. Ханутина* [9])—въ 1 случаѣ опухоли мозжечка, гдѣ распознаваніе подтверждено было вскрытіемъ; но это—лишь единичные случаи, между тѣмъ какъ при воспаленіяхъ мозговыхъ оболочекъ *Керниговскій* признакъ наблюдается сплошь да рядомъ. *А. Friis* считаетъ причиною разбираемаго явленія раздраженіе нервовъ, выходящихъ изъ cauda equina, вслѣдствіе отложенія вокругъ нихъ менингитическаго выпота. Необходимо, однако, прибавить, что сгибательное сведеніе изрѣдка наблюдается не только въ ногахъ, но и въ рукахъ *(В. М. Кернигъ, Chauffard)*.

Такимъ образомъ механизмъ происхожденія признака *В. М. Кернига* еще невыясненъ, равно какъ не установлена еще окончательно и причина сведенія мышцъ затылка. Пробѣлъ этотъ нисколько, однако, не умаляетъ практической важности этого признака.

Источники: 1. *В. М. Кернигъ*. Объ одномъ мало извѣстномъ признакѣ воспаленія мягкихъ мозговыхъ оболочекъ. «Врачъ», 1884 г., № 27 и «Berliner klinische Wochenschrift», 1884 г., № 52.—2. *E. Henoch*. Zur Pathologie der Meningitis cerebro-spinalis. «Charité Annalen», 1886 г., стр. 575, а также «Лекціи по дѣтскимъ болѣзнямъ», 3-ье изд., русск. перев., стр. 370.—3. *A. Friis*. Kjöbenhavn'ская диссертація, 1887 г. Прив. по *Netter*'у.—4. *Онъже*. Ugeskrift for Laeger, 1872 г., стр. 407 и 431. Прив. по *Netter*'у.—5. *Herrick*. «The American Journal of the medical sciences», 1899 г., іюль. Прив. по замѣткѣ д-ра *Блюменау* о признакѣ *Кернига* въ «Реальной энциклопедіи», II, дополнительный томъ.—6. *Netter*. «La Semaine médicale», 1898 г., стр. 281—284.—7. *Chaffard*. «La Presse médicale», 1901 г., № 27.—8. *Bull*. Ueber die *Kernig*'sche Flexionscontractur der Kniegelenke bei Gehirnkrankheiten. «Berliner klinische Wochenschrift», 1885 г., 28 ноября.—9. *М. Д. Ханутина*. «Врачъ», 1901 г.

*) Что въ Бѣлостокѣ была тогда небольшая эпидемія cerebro-spinal'наго менингита, подтвердилось не только дальнѣйшими моими наблюденіями, но и заявленіями другихъ товарищей на засѣданіи медицинскаго Общества, на коемъ я сдѣлалъ сообщеніе о первыхъ своихъ 2-хъ случаяхъ.

CLIX. Изъ Николаевскаго военнаго госпиталя въ Петербургѣ.

Случай ранняго сифилиса мозжечка.

В. Ю. Явейна.

I. М., 24 л., младшій телеграфистъ Петербургскаго в.-полицейскаго телеграфа, поступилъ впервые въ Николаевскій военный госпиталь въ Петербургѣ 1/IX 1901 г. съ распознаваніемъ—твердый шанкръ на крайней плоти, при чемъ былъ небольшой аденитъ паховыхъ железъ. 13/X у него по всему туловищу и по внутренней поверхности рукъ появился пятнистый сифилидъ (Roseola syphilitica). Железы въ обоихъ пахахъ, а также и шейныя значительно увеличились; локтевыя и подчелюстныя железы едва прощупывались. Больному были назначены втиранія сѣрой ртутной мази, по 2,0 грм., а мѣстно на язву—ртутный пластырь. Черезъ 3 недѣли, т. е. 6/XI, когда уже было сдѣлано 20 втираній, въ исторіи болѣзни отмѣчено, что у больного увеличилась лѣвая подчелюстная железа, а на лѣвой сторонѣ шеи прощупывалась железа, въ орѣхъ, болѣзненная при надавливаніи; между тѣмъ аденитъ паховыхъ железъ значительно уменьшился. Спустя еще 23 дня, т. е. 29/XI, мною отмѣчено (до этого времени больной лѣчился у другого врача), что больному сдѣлано всего 40 втираній, по 2,0 грм., оплотнѣніе на мѣстѣ бывшей язвы и аденитъ паховыхъ железъ совершенно рассосались, лѣвыя-же шейныя и подчелюстныя железы еще были рѣзко увеличены. Больной на видъ блѣденъ и малокровенъ; пульсъ 96. Въ виду этого назначенъ внутрь мышьякъ въ видѣ *Fowler*'ова раствора 4,0—на 30,0 перегнанной воды, по 10—30 кап., 2 раза въ день и растворъ KJ изъ 4,0 на 180,0 воды, по 3 столовыхъ ложки въ день.—При выпискѣ больного 23/XII аденитъ железъ немного уменьшился, больной былъ на видъ менѣе блѣденъ; какихъ-либо проявленій сифилиса на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ не наблюдалось; самочувствіе его было удовлетворительное; какихъ-либо жалобъ на боли въ головѣ не было.

10/I 1902 г. больной явился на амбуляторный пріемъ въ клинику проф. *Т. П. Павлова*, въ виду появившихся бѣлыхъ пятенъ на слизистой оболочкѣ правой щеки. Принимавшимъ его врачемъ было опредѣлено: слизистыя папулы во рту, въ виду чего и назначены впрыскиванія изъ салицилово-кислой ртути. Больной переносилъ впрыскиваніе дов. трудно, жаловался на общую разбитость послѣ укола, временами на головныя боли и общее недомоганіе, а послѣ 5-го впрыскиванія у него появились головокруженія, дов. сильная головная боль и незначительное измѣненіе въ походкѣ.—Не смотря на продолжавшееся лѣченіе (сдѣлано всего 10 впрыскиваній салицилово-кислой ртути), явленія со стороны нервной системы наростали, и къ концу января, по словамъ больного, у него появились сильнѣйшія головныя боли, головокруженія и сильная рвота, продолжавшаяся болѣе недѣли, а затѣмъ рвота и тошнота мало по малу стали стихать. Въ виду-же упорныхъ головныхъ болей, головокруженій и запоровъ больной 3/III 1902 г. поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе Клиническаго военнаго госпиталя, откуда черезъ недѣлю былъ переведенъ въ клинику проф. *Т. П. Павлова*. Здѣсь наблюдавшимъ его врачемъ отмѣчено въ исторіи болѣзни слѣдующее. Средняго роста, правильнаго сложенія; питаніе удовлетворительное. Вѣсъ тѣла 58,5 кило (3 п. 23 ф.). Внѣшнихъ проявленій сифилиса на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ нѣтъ. Небольшое выпаденіе волосъ въ обѣихъ височныхъ областяхъ. Общій полиаденитъ. При ощупываніи правая $^1/_2$ черепа болѣзненна. Со стороны нервной системы найдено: сильная головная боль, постоянно разлитая, не препятствующая сну; головокруженія настолько значительныя, что больной ходитъ, сильно пошатываясь. Высунутый языкъ отклоняется вправо. Со стороны глазъ: небольшое выпячиваніе глазныхъ яблокъ; зрачки на свѣтъ отвѣчаютъ правильно. Со стороны мочеиспусканія разстройствъ не наблюдается. Колѣнные рефлексы сильно повышены; стоять при закрытыхъ глазахъ не можетъ; при ходьбѣ пошатывается. Запоры.—Назначены втиранія сѣрой мази, по 4,0 грм., а съ 15/III стали давать внутрь микстуру изъ 8,0 іодистаго натрія, 4,0 бромистаго натрія и 180,0 перегнанной воды, по 3 столовыхъ ложки въ день.—18/III отмѣчено, что головныя боли немного уменьшились, а на другой день вновь усилились. Съ этого времени и до 1/IV головныя боли и головокруженія то какъ будто затихали, то вновь усиливались. 1/IV отмѣчено, что головныя боли незначительны, походка болѣе увѣренная, рефлексы на правой сторонѣ выражены болѣе рѣзко, чѣмъ на лѣвой (за это время сдѣлано 17 втираній). Но уже на другой день головныя боли и головокруженія вновь усилились, ночь спалъ плохо. Назначены 4 столовыхъ ложки вышеупомянутой микстуры, а съ 6/IV по 6 ложекъ въ день. 11/IV, при изслѣдованіи больного въ глазномъ отдѣленіи, найденъ на обоихъ глазахъ рѣзко выраженный нистагмъ. Вѣсъ тѣла за это время оставался въ одномъ положеніи. Іодистаго калія назначено по 5 грм. въ сутки. 18/IV отмѣчено, что головныя боли держатся по прежнему; разстройства со стороны глазъ немного уменьшились. Общее состояніе было удовлетворительное. Къ 1/V сдѣлано всего 32 втиранія по 4,0 грм., и больной принялъ въ общемъ около 180 грм. KJ, но, не смотря на такое специфическое лѣченіе, тоже никакого облегченія не получилось, въ виду чего больной былъ переведенъ въ нервное отдѣленіе Николаевскаго военнаго госпиталя, куда и поступилъ 2/V 1902 г. съ жалобами на сильную головную боль въ затылочной области, ломоту въ правой рукѣ, шаткость походки, головокруженіе и двоеніе въ глазахъ, столь сильное, что онъ принужденъ былъ при чтеніи закрывать лѣвый глазъ, безъ чего совершенно не могъ читать. При изслѣдованіи найдено: зрачки правильно отвѣчаютъ на свѣтъ и приспособленіе; языкъ при высовываніи отклонялся вправо, небольшое дрожаніе его; значительное дрожаніе пальцевъ при вытянутыхъ рукахъ; при ходьбѣ разставляетъ ноги, шатается; стоять съ сдвинутыми ногами почти не можетъ и падаетъ въ правую сторону. Съ закрытыми глазами стоять совершенно не можетъ. Сухожильные и колѣнные рефлексы рѣзко повышены. Со стороны внутреннихъ органовъ—возбужденная дѣятельность сердца. Въ глазномъ отдѣленіи отмѣчено, что у больного горизонтальный нистагмъ, V. праваго глаза 20/XXX, лѣваго 20/XL. Вѣсъ тѣла 57,5 клгрм. (3 п. 20 ф.). Малокровіе. Назначено: усиленное питаніе, внутрь мышьякъ, 16—25 кап., 2 раза въ день (4,0 *Fowler*'ова раствора и 30,0 сложной хинной настойки) и микстура изъ 4,0 іодистаго калія, 0,06 двуіодистой ртути и 180,0 перегнанной воды, по 3 столовыхъ ложки въ день; ванны въ 28° R. черезъ 2 дня и общая франклинизація. Въ теченіи 3-недѣльнаго пребыванія въ нервномъ отдѣленіи больной сталъ чувствовать себя лучше: головныя боли и головокруженія уменьшились; онъ сталъ проситься на выписку. Больному данъ 2-мѣсячный отпускъ на родину въ Могилевскую губ. За это время всѣ явленія со стороны нервной системы немного стихли, и, когда больной, спустя 2 мѣсяца, 1/VIII, вернулся на службу, то могъ исполнять обязанности телеграфиста (и даже назначался на дежурства). Спустя 7 мѣс. 7/II 1903 г., онъ вновь поступилъ въ Николаевскій военный госпиталь въ сифилитическое отдѣленіе.

Изъ разспросовъ больного выяснилось, что его отецъ, 60 л., мѣщанинъ, г. Шклова, Могилевской губ., человѣкъ съ достаткомъ, и живетъ на отдыхѣ (раньше былъ управляющимъ въ какомъ-то имѣніи). Насколько помнитъ больной, отецъ его постоянно и сильно выпиваетъ, въ общемъ-же пользуется хорошимъ здоровьемъ. Мать, 45 л., женщина слабая, малокровная, постоянно жалуется на головныя боли; изрѣдка также выпиваетъ. Изъ 3-хъ братьевъ больного (младшему 19 л., старшему 27) 2 совсѣмъ здоровы, а 1 постоянно страдаетъ ногами (предполагается ревматизмъ). Единственная сестра больного умерла 7 лѣтъ назадъ отъ какой-то острой заразной болѣзни. Въ родствѣ у больного такие никакихъ психическихъ заболѣваній не было. Самъ больной, до полученія сифилиса, насколько помнитъ, никакими болѣзнями не страдалъ и пользовался въ общемъ хорошимъ здоровьемъ. Выпивалъ только изрѣдка, и то понемногу.

При осмотрѣ найдено: средняго роста, дов. крѣпкаго и правильнаго сложенія, питаніе удовлетворительное, вѣсъ тѣла 3 пуда 28 ф. Жалуется на головокруженія, двоеніе въ глазахъ и сильныя боли въ правой $^1/_2$ головы, усиливающіяся преимущественно къ вечеру, при чемъ больной иногда даже просыпается отъ жестокой головной боли. Далѣе жалобы сводятся къ ощущенію слабости и какъ-бы омертвѣнія (онѣмѣнія) въ правой ногѣ, болямъ въ лѣвой рукѣ и ногѣ и неувѣренности въ походкѣ. При изслѣдованіи найдено: 1) Рѣзкое дрожаніе пальцевъ при вытянутыхъ рукахъ. 2) Довольно сильное пошатываніе вправо при ходьбѣ и откидываніе правой ноги; при закрытыхъ глазахъ пошатываніе еще усиливается. 3) Сильное пошатываніе и паденіе въ правую сторону при закрытыхъ глазахъ и сдвинутыхъ ногахъ. 4) Съ закрытыми глазами совершенно не можетъ стоять на одной ногѣ. 5) Сухожильные и колѣнные рефлексы сильно повышены; клонусъ правой стопы и обѣихъ колѣнныхъ чашекъ. 6) Отсутствіе брюшныхъ рефлексовъ; рефлексы съ мышцъ, поддерживающихъ яички, сохранены. 7) Дрожаніе праваго бедра (временами обоихъ бедеръ). 8) Повышеніе сосудодвигательныхъ рефлексовъ (рѣзкая дермографія). 9) Нѣкоторая ассиметрія лица, при чемъ временами наблюдается непроизвольное сокращеніе мышцъ правой $^1/_2$ лица. 10) Зрачки правильно отвѣчаютъ на свѣтъ и слабѣе на приспособленіе. 11) Значительный горизонтальный нистагмъ. На днѣ глазъ, при слабой миопіи (V=20/XXX), наблюдаются небольшія застойныя явленія въ венахъ; поле зрѣнія уклоненій отъ нормы не представляетъ. 12) Языкъ при высовываніи отклоняется немного вправо, при чемъ на правой $^1/_2$ его наблюдаются волоконцевыя сокращенія и одновременно тоническая судорога нѣкоторыхъ мышечныхъ пучковъ. 13) Нѣкоторое пониженіе кожной болевой чувствительности на правой сторонѣ туловища. 14) Температурная чувствительность почти всюду сохранена; только на задней шейной и плечевой областяхъ справа наблюдается нѣкоторая спутанность при опредѣленіи больнымъ чувства жара и холода. 15) При ощупываніи вся правая $^1/_2$ черепа рѣзко болѣзненна. При надавливаніи въ нижней затылочной области также очень сильная болѣзненность. 16) Заднія и боковыя шейныя, а также затылочныя железы сильно увеличены и очень болѣзненны при ощупываніи. 17) Поперечникъ сердца немного увеличенъ; тоны глухи; пульсъ 120. 18) Со стороны легкихъ и брюшныхъ органовъ особыхъ уклоненій отъ нормы не наблюдается. 19) Со стороны мочеиспусканія разстройствъ нѣтъ; моча прозрачная, бѣлка и сахара въ ней нѣтъ; реакція слабокислая, уд. в. 1,020. 20) Видимыхъ проявленій сифилиса на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ не наблюдается. 21) По ночамъ больной спитъ безпокойно, отъ малѣйшаго шума легко вздрагиваетъ и просыпается. 22) Головокруженіе особенно рѣзко при переходѣ изъ лежачаго въ стоячее положеніе. 23) Со стороны рѣчи и почерка разстройствъ не замѣчается. Память сохранена, хотя и наблюдается нѣкоторое ослабленіе соображенія. Назначены: втиранія сѣрой ртутной мази, по 3,0 грм. и внутрь микстура изъ іодистаго калія и бромистаго

натрія по 6,0 на 180,0 перегнанной воды по 3 столовыхъ ложки въ день; затѣмъ доза іодистаго калія постепенно увеличивалась до 6,0 грм. въ сутки.

За время пребыванія больного въ госпиталѣ, т. е. до 29/ш особыхъ измѣненій или рѣзкихъ улучшеній не наблюдалось, хотя въ общемъ ему было сдѣлано 40 втираній по 3,0, и онъ принялъ болѣе 160,0 грм. іодистаго калія. Главныя жалобы его сводились на упорныя головныя боли, то немного ослабѣвавшія, то вновь усиливающіяся, на сильныя головокруженія, двоенія въ глазахъ и временами боли въ правой $^1/_2$ шеи и въ правой $^1/_2$ тѣла вообще. Позывъ на ѣду и общее физическое состояніе его были все время вполнѣ удовлетворительны. Въ вѣсѣ онъ прибавился на 3 ф. Со стороны нервной системы 29/ш наблюдались слѣдующія улучшенія: дрожаніе пальцевъ при вытянутыхъ рукахъ замѣтно уменьшилось; пошатываніе при ходьбѣ также стало меньше, при чемъ больной съ закрытыми глазами пошатывается сильнѣе, но не падаетъ. Рефлексы—въ томъ-же положеніи. Со стороны глазъ—нистагмъ немного уменьшился. Болевая чувствительность кожи стала нормальной. Пульсъ 108; тоны сердца яснѣе.

И такъ состояніе больного, не смотря на упорное специфическое и общее лѣченіе, измѣнилось сравнительно мало къ лучшему.

Случай этотъ интересенъ тѣмъ, что здѣсь наблюдается чрезвычайно раннее пораженіе мозга сифилитическимъ процессомъ, 7 л. уже, на 6-мъ мѣсяцѣ заболѣванія (при поступленіи больного въ клинику), не смотря на то, что больной съ самаго начала кондиломатознаго періода былъ подвергнутъ специфическому лѣченію и что у него не было никакихъ особенно предрасполагающихъ наслѣдственныхъ условій. На основаніи-же вышеизложенныхъ данныхъ можно предположить, что пораженъ, по всей вѣроятности, гуммознымъ процессомъ главнымъ образомъ мозжечекъ и отчасти основаніе головного мозга. На пораженіе мозжечка указываетъ значительное разстройство равновѣсія, наблюдавшееся особенно рѣзко въ началѣ мозговыхъ припадковъ, крайне упорныя и необычайно сильныя головокруженія, сопровождавшіяся въ началѣ рвотою, а также особенно продолжительныя и мало поддающіяся специфическому лѣченію головныя боли. Вмѣстѣ съ тѣмъ можно предположить, что на основаніи мозга специфическимъ процессомъ задѣты вѣточки глазодвигательнаго нерва (n. oculomotorii), на что указываетъ нистагмъ и диплопія, и, кромѣ того, вѣроятно, поражены и нѣкоторыя вѣточки подъязычнаго (n. hypoglossi) и лицевого нервовъ (n. facialis), на что указываютъ измѣненія (дрожаніе) въ мышцахъ языка, ассиметрія лица и подергиванія въ правой $^1/_2$ шеи.

CLX. О заболѣваемости учащихся въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ.

Д. П. Никольскаго.

Вопросъ о заболѣваемости учащихся вообще и въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ въ частности до сихъ поръ, можно сказать, остается открытымъ. Обращается болѣе вниманія на санитарныя условія школьныхъ помѣщеній, и то главнымъ образомъ въ отношеніи земскихъ школъ, при осмотрѣ которыхъ иногда отмѣчается и заболѣваемость учащихся, между тѣмъ какъ среднія и особенно высшія учебныя заведенія совершенно остаются въ сторонѣ, хотя послѣднія при современномъ ихъ состояніи, особенностяхъ занятій студентовъ, условіяхъ ихъ жизни, питанія и т. д. не остаются безъ вліянія на здоровье учащихся. Выяснить эти условія, такъ или иначе вліяющія на учащихся, указать причины, неблагопріятно отражающіяся на организмѣ юноши и указать способы устраненія этихъ неблагопріятныхъ условій было-бы вполнѣ возможно, такъ какъ при каждомъ высшемъ учебномъ заведеніи есть врачъ, который можетъ до нѣкоторой степени выполнить вышесказанное.

Доказательствомъ того, что заболѣваемость нашей учащейся молодежи въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ довольно велика, могутъ служить краткіе отчеты врачей, состоящихъ на службѣ при этихъ заведеніяхъ. Конечно, къ этимъ отчетамъ нельзя предъявлять особыхъ требованій и искать въ нихъ отвѣта на интересующіе насъ вопросы, такъ какъ отчеты эти, съ одной стороны, очень кратки, съ другой—предназначаются для начальства, которое, къ сожалѣнію, въ большинствѣ случаевъ, и не интересуется этимъ. Съ врачебно-санитарной стороны эти отчеты, не смотря на всю ихъ краткость, даютъ извѣстное представленіе и, если-бы всѣ врачи этихъ заведеній, выработавъ однообразную программу, давали болѣе подробныя свѣдѣнія, можно было-бы судить опредѣленнѣе не только о заболѣваемости учащихся, но и о санитарныхъ условіяхъ ихъ жизни. Въ виду высказанныхъ соображеній, думается, будетъ небезъинтересно познакомиться съ разсматриваемымъ вопросомъ по имѣющимся отчетамъ о заболѣваемости студентовъ Петербургскаго Горнаго Института за 1901 и 1902 гг. [1]), Петербургскаго Университета за 1902 и 1903 гг. и Харьковскаго Университета за 1897 и конецъ 1896 г.

Общее число учащихся за отчетные 2 года было 1248 чел.; изъ нихъ въ 1901 г. было 585 чел., въ 1902 г.—663. По курсамъ они распредѣлялись такъ:

Курсы:	1-ый	2-ой	3-ій	4 ый	5-ый	Итого.
1901 г.	143	137	125	103	77	585
1902 г.	153	199	124	107	80	663
Итого .	296	336	249	210	157	1248

Такимъ образомъ наибольшее число приходится на 2-ой курсъ (26,9%), что̀ особенно бросалось въ глаза въ 1902 г.; 2-ое мѣсто принадлежитъ 1-му курсу (23,6%); на остальныхъ курсахъ за оба года число учащихся равномѣрное. Нельзя не отмѣтить того факта, что къ 5-му курсу остается почти только $^1/_3$ отъ 1-го курса, 2-ая $^1/_3$ разсѣевается въ продолженіи этого времени. И здѣсь, слѣд., повторяется почти таже исторія, что и въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ—явленіе печальное...

По происхожденію наибольшій % учащихся приходится на т. наз. штабъ-офицерскихъ дѣтей (номенклатура осталась отъ стараго военнаго времени)—363 чел. (29,1%) всего числа; затѣмъ—потомственные дворяне—286 чел. (22,9%); 3-ье мѣсто принадлежитъ мѣщанамъ—266 чел. (21,3%), купеческаго сословія 88 (7,1%), крестьянъ и солдатскихъ дѣтей 121 (9,6%), почетныхъ гражданъ 76 (6,1%), духовнаго званія 30 (2,4%) и иностранныхъ подданныхъ 18 (1,4%). Если распредѣлить учащихся на 2 главныя группы—за исключеніемъ иностранныхъ подданныхъ—на группу высшаго сословія и группу низшаго и средняго, то на 1-ую будетъ приходиться 60,5%, на 2-ую 38,5%.

Что касается вѣроисповѣданія, то учащіеся распредѣлялись такъ: православныхъ 961 (77,0%), римско-католическаго 123 (9,8%), протестантскаго 77 (5,8%), армяно-грегоріанскаго 36 (2,8%), іудейскаго 51 (4,1%), сектантовъ 6 (0,5%), караимовъ, магометанъ, буддистовъ 5 (0,4%).

Послѣ этихъ краткихъ замѣчаній перейду къ разбираемому вопросу.

Всего обращалось студентовъ за врачебной помощью за 2 года 200 чел., при чемъ въ 1901 г. было 91 больныхъ, сдѣлавшихъ 143 посѣщенія, въ 1902 г.—103, сдѣлавшихъ 159 посѣщеній, такъ что каждымъ больнымъ сдѣлано менѣе чѣмъ по 2 посѣщенія. По отношенію къ общему числу учащихся больные составляли 16,0% (въ 1901 г.—16,5%, въ 1902 г.—15,5%). Если къ этому числу присоединить еще тѣхъ больныхъ студентовъ, которые лѣчились въ амбуляторіи Биржевой больницы—въ 1901 г. 12, сдѣлавшихъ 49 посѣщеній и 17 коечныхъ, въ 1902 г. амбуляторныхъ 22, сдѣлавшихъ 74 посѣщенія и 8 коечныхъ, то будемъ имѣть всего амбуляторныхъ 234 и коечныхъ 25, т. е., 259 чел., что̀ по отношенію къ общему числу студентовъ составляло 20,7% и въ частности въ 1901 г.—21,5%, въ 1902 г.—20,9%. Сравнивъ заболѣваемость студентовъ вышеуказанныхъ лѣтъ съ 2-мя предшествовавшими (1899 и 1900), найдемъ значительную разницу—въ 1899 и 1900 г. обращались 573, что̀ составляетъ изъ общаго числа (1091) учащихся 52,5%, въ частности въ 1899 г. 55,4%, въ 1900 г. 44,8%. Чѣмъ объяснить такое уменьшеніе за послѣдніе 2 года, сказать трудно, и въ отчетахъ на этотъ счетъ не имѣется никакихъ данныхъ.

По курсамъ больные распредѣлялись такъ:

	курсы	1-ый	2-ой	3-ій	4-ый	5-ый	Итого.
1901 г.	больныхъ	35	22	16	16	8	97
	% къ учащимся .	24,4	16,0	12,7	15,5	10,4	16,5
1902 г.	больныхъ	28	28	25	14	8	103
	% къ учащимся .	18,3	14,0	20,1	13,0	10,0	15 5
Итого	больныхъ	63	50	41	30	16	200
	% къ учащимся .	21,3	14,8	16,6	14,3	10,2	16,0
% къ общему числу учащихся		5,0	4,0	3,5	2,4	1,3	

[1]) За 1899 и 1900 гг. см. мою статью въ «Русскомъ Врачѣ», 1901 г., № 49.—О заболѣваемости студентовъ Горнаго Института отчетъ д-ра *Ѳомина* составленъ по той-же программѣ, какъ и за прошлые годы.

Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что болѣе всего больныхъ (въ безотносительныхъ цифрахъ) приходится на 1-й и 2-й курсы, что было отмѣчено и въ предыдущей моей работѣ за 1899 и 1900 гг. На 1-й курсъ изъ общаго числа учащихся приходилось больныхъ 21,3% (24,4 и 18,3%), т. е., немногимъ болѣе 1/5 курса (въ 1899 г. 79,7%, въ 1900 г. 64,0%); по отношенію же къ общему числу учащихся (1278) заболѣваемость первокурсниковъ равняется 5,0% (въ 1899—1900 гг. 18,7%). На 2-мъ курсѣ заболѣваній было 50 или 14,8% по отношенію къ числу учащихся (въ 1899 г. 76,5, въ 1900 г. 60,6), къ общему числу учащихся 4,0% (въ 1899—1900 г. 15,9%). Въ общемъ-же заболѣваемость 1-го и 2-го курсовъ выражалась цифрой 113 чел. или 56,5%, т. е., болѣе 1/2 общаго числа учащихся были больны (въ 1899—1900 гг. 34,6%). Съ 3-го курса заболѣваемость нѣсколько уменьшается; больны были 41 студентъ или 16,6%, что по отношенію къ общему числу учащихся составляетъ 3,5% (въ 1899 и 1900 гг. 8,4%). Наименьшее число больныхъ приходится на 5-й курсъ по 8 чел. (10,2%, въ 1899 г. 28,7%, въ 1900 г. 27,1%). Конечно, интересно было-бы выяснить причины заболѣваемости по курсамъ, независимо отъ числа слушателей на нихъ.

Что касается заболѣваемости студентовъ *по мѣсяцамъ*, то таковая видна изъ слѣдующей таблицы:

	январь	февраль	мартъ	апрѣль	май	іюнь	іюль	августъ	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	Итого.
1901 г.	16	21	8	3	18	1	—	—	8	10	10	2	97
1902 г.	23	17	9	3	6	—	—	—	5	13	19	8	103
Итого	39	38	17	6	24	1	—	—	13	23	29	10	200

Такимъ образомъ оказывается, что maximum заболѣваній приходится на январь и февраль (почти поровну)—76 чел. или 38% общаго числа больныхъ; 2-е мѣсто занимаетъ ноябрь—29 чел. (14%); въ октябрѣ и маѣ больныхъ было почти одинаковое число (23+24) 47 чел. или 23,5%. Сравнивая эти данныя съ 1899 и 1900 г., находимъ значительную разницу—за означенные 2 года наибольшее число больныхъ было въ апрѣлѣ (102) и мартѣ (92), такъ что за эти 2 мѣсяца больныхъ было 35,5% всего числа. Объясненіемъ этому служитъ подготовка къ экзаменамъ, начало ихъ, недосыпаніе и недоѣданіе студентовъ, расшатанность нервной системы и т. д. Чѣмъ объяснить наибольшее число заболѣваній въ январѣ и февралѣ въ 1901 и 1902 гг., неизвѣстно. 2-й maximum заболѣваній даютъ ноябрь и октябрь—52 случая или 26,0%.

Распредѣляя эти данныя, *по временамъ года*, получимъ:

	зима	%	весна	%	лѣто	%	осень	%	Итого.
1901 годъ	39 сл.	40,2	29 сл.	30	1 сл.	1,0	28 сл.	29,1	97
1902 годъ	48 »	46,6	18 »	8,8	— »	—	37 »	18,5	103
Итого	87 сл.	43,5	47 сл.	23,5	1 сл.	0,5	65 сл.	32,5	200
Въ 1899—1900 гг.	—	26,8	—	42,8	—	1,0	—	29,3	—

Изъ этого видно, что maximum заболѣваній приходится на зиму—43,5% общаго числа больныхъ (40,2 и 46,6), между тѣмъ какъ въ 1899 и 1900 гг. maximum приходился на весну — 42,8% (43,5 и 42,0), зимой-же было всего 26,8% больныхъ. 2-е мѣсто какъ за разсматриваемые годы, такъ и за предъидущіе принадлежитъ осени—32,5% и 29,3% (въ 1899—1900 гг.). Такимъ образомъ за отчетные 2 періода произошла перестановка въ количествѣ заболѣваній студентовъ по временамъ года: въ первые 2 года (1899—1900 гг.) maximum дала весна, во вторые (1901—1902)—зима. Чѣмъ обусловливается наибольшее число заболѣваній въ зимнее время (1901—1902 гг.)—неизвѣстно; было-бы интересно сопоставить, съ какими заболѣваніями болѣе всего обращаются студенты въ это время, но, къ сожалѣнію, этихъ данныхъ нѣтъ.

По роду *болѣзней* больные распредѣляются такъ:

	1901 г.	1902 г.	Итого.	%
болѣзни заразныя	17	24	41	20,5
» дыхательныхъ путей	15	19	34	17,0
» пищеварительныхъ органовъ	13	14	27	13,5
» нервной системы	12	5	17	8,5
» сердца и сосудовъ	1	2	3	1,5
» органовъ зрѣнія	5	2	7	3,5
» » слуха	1	2	3	1,5
» полости рта	3	—	3	1,5
» мочеполовыхъ органовъ	3	4	7	3,5
» кожи	9	6	15	7,5
» крови	5	4	9	4,5
» почекъ	1	—	1	0,5
» рейматическія	4	5	9	4,5
» хирургическія	8	10	18	5,0
» венерическія	—	6	6	3,0

Такимъ образомъ болѣе всего больныхъ было съ заразными болѣзнями — 20,5%; въ 1899—1900 гг. maximum приходился на болѣзни органовъ пищеваренія (27,4%). Какія изъ заразныхъ формъ преобладали, изъ отчета не видно. 2-ое мѣсто занимаютъ болѣзни органовъ дыханія—17,0%; тоже наблюдалось и въ 1899—1900 гг., давшихъ 20,9%. На органы пищеваренія въ отчетные годы приходилось 13,5%, т. е. вдвое менѣе, чѣмъ въ предъидущіе 2 года. Обусловливается-ли это лучшимъ питаніемъ въ студенческой столовой, или какими другими причинами, отвѣтить трудно. Число заболѣваній нервной системы остается одинаковымъ какъ въ отчетные года, такъ и за предъидущіе—(8,5%—8,3%). Болѣзни кожи въ отчетные годы дали большее число сравнительно съ предъидущими (7,5%, 1,7%). Въ предъидущіе годы не было случаевъ съ венерическими болѣзнями (это, разумѣется, не значитъ, что не было больныхъ съ этими болѣзнями): въ отчетномъ-же ихъ было 6 (3,0%). На остальныя формы заболѣваній, какъ и въ предъидущіе годы, приходится незначительный %.

Не дѣлая пока никакихъ выводовъ на основаніи этихъ данныхъ о заболѣваемости студентовъ Горнаго Института, сопоставлю ее съ заболѣваемостью студентовъ Петербургскаго Университета, пользуясь отчетами университетскаго врача *П. А. Добрадина* [1]) за 1902 и 1903 гг. (о заболѣваемости въ 1901 г. я уже говорилъ).

Общее число студентовъ въ Университетѣ за 2 года было — 7568, изъ нихъ въ 1902 г. 3733, въ 1903 г. 3855. Обращались къ врачу за 2 года 1563, которыми сдѣлано 4084 посѣщенія, такъ что въ среднемъ приходится по 2,5 посѣщенія на больного. Сравнительно немного. Въ отдѣльности: въ 1902 г. больныхъ было 770, посѣщеній сдѣлано 2088 — въ среднемъ на каждаго больного приходится по 2,7 посѣщенія; по 1 разу обращались 403; остальными сдѣлано 46 посѣщеній. Соотвѣтствующія цифры въ 1903 г. были: 793, 1996, 2,5, 386 и 4. Слѣд., посѣщаемость въ 1903 г. была нѣсколько меньше, чѣмъ въ 1902 г.; посѣщаемость по 1 разу въ 1902 г. была бо́льшая. Кромѣ того, врачъ посѣщалъ больныхъ студентовъ въ общежитіи—66 разъ (въ 1902 г. 31, въ 1903 г.—35) и на квартирахъ—49 разъ (въ 1902 г. 20 р., въ 1903 г. 22). Относительно общаго числа студентовъ обращаемость дала 90,6%, въ частности въ 1902 г. 20,5%, въ 1903 г. 20,6%; въ общемъ заболѣваемость была таже, что и въ Горномъ Институтѣ, а вмѣстѣ съ записью у фельдшера, къ которому студенты также обращались, она дала въ 1902 г. 214 чел. (26,1%), сдѣлавшихъ 423 посѣщенія, въ 1903 г.—239 (24,2%), сдѣлавшихъ 571 посѣщеніе. Можетъ быть, въ Горномъ Институтѣ % увеличился-бы, если-бы имѣлись данныя о фельдшерской помощи. Въ университетскомъ общежитіи въ 1902 г. заболѣли 68 чел., что по отношенію къ общему числу жившихъ въ ней составляетъ 40,4%, а въ 1903 г. 73 или 44,9%. Интересно-бы выяснить, чѣмъ обусловливается такая значительная заболѣваемость студентовъ въ общежитіи?

За отсутствіемъ данныхъ о заболѣваемости по курсамъ, представлю заболѣваемость *по мѣсяцамъ:*

[1]) Считаю долгомъ выразить благодарность многоуважаемому товарищу за присланные отчеты.

	январь	февраль	мартъ	апрѣль	май	іюнь	іюль	августъ	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	Итого.
1902 г.	187	125	274	158	252	73	—	2	213	322	366	167	2139
1903 г.	161	213	220	85	177	—	—	3	251	358	366	217	2053
Итого.	348	338	494	243	424	73	—	5	464	680	732	384	4192 [1])

Въ томъ и другомъ году наибольшее число заболѣваній приходится на ноябрь (по 366), давая 732 заболѣванія или 17,3% всего числа. 2-ое мѣсто занимаетъ октябрь—680 заболѣваній или 16,3%. Если не считать лѣтнихъ мѣсяцевъ, наименьшая заболѣваемость приходится на апрѣль (243 чел.) и на февраль (338), между тѣмъ какъ въ Горномъ Институтѣ на январь и февраль приходилась наибольшая заболѣваемость (38%). По годамъ мѣсячная заболѣваемость колебалась.

Распредѣляя эти данныя по *временамъ года*, получимъ:

	зима	%	весна	%	лѣто	%	осень	%	Итого.
1902 г.	479	22,4	684	32,0	75	3,5	901	42,1	2139
1903 г.	593	28,8	482	23,4	3	0,1	975	47,4	2053
Итого.	1072	25,8	1166	28,0	78	1,8	1876	44,8	4192

Такимъ образомъ наибольшій % заболѣваній приходится на осень, при чемъ въ 1903 г. % этотъ достигалъ почти $^1/_2$ общаго числа больныхъ. Въ Горномъ Институтѣ maximum падалъ на зиму, въ Университетѣ-же на зиму приходится minimum (25,8%) если не считать лѣта. Было-бы интересно выяснить такую высокую заболѣваемость студентовъ Университета осенью. 2-ое мѣсто принадлежитъ веснѣ (28%), при чемъ въ 1902 г. заболѣваній почти на 10% было болѣе, чѣмъ въ 1903 г. Въ Горномъ Институтѣ на весну приходилось 23,5%, къ чему ближе подходитъ заболѣваніе студентовъ Университета зимой (25,8%). Лѣтнее время дало 1,8%, что вполнѣ понятно: нѣтъ студентовъ.

Переходя къ разсмотрѣнію заболѣваемости студентовъ по *роду болѣзней* я долженъ отмѣтить, что въ это число вошло 2419 случаевъ (1218 въ 1902 г. и 1203 въ 1903 г.), взятые также изъ отчетовъ; чѣмъ обусловливается разница съ вышеприведенными итогами, мнѣ неизвѣстно.

	1902 г.	1903 г.	Итого	%
Болѣзни заразныя	110	136	246	10.2
» дыхательныхъ путей	284	207	491	20,3
» пищеварительныхъ органовъ	146	145	291	12 0
Болѣзни нервной системы	95	119	214	8.8
» сердца и сосудовъ	55	56	111	4.6
» органовъ зрѣнія	69	41	110	4.6
» » слуха	—	20	20	0,8
» кожи и подкожной клѣтчатки	119	121	240	10,1
Болѣзни мышцъ и суставовъ	3	—	3	—
» органовъ движенія	23	16	39	1,6
» мочеполовыхъ органовъ	35	65	100	4,0
» обмѣна	93	111	204	8,3
» паразитическія	29	24	53	2,3
» хирургическія	21	32	53	2,3
» венерическія	119	95	214	8 8
Изъ нихъ:				
перелой	101	78	179	—
мягкій шанкръ	4	6	10	—
твердый »	2	4	6	—
кондиломатозный сифилисъ	7	7	14	—
гуммозный »	5	—	5	—
пороки недоразвитія	17	13	30	1,5

Изъ этихъ данныхъ видно, что болѣе всего обращались за медицинской помощью студенты съ болѣзнями органовъ дыханія (491 чел. или 20,3% общаго числа больныхъ), т. е., почти $^1/_5$ всего числа заболѣваній падаетъ на дыхательные органы, чему способствуютъ всѣ условія Петербургской жизни, начиная съ климата и кончая квартирами. Особенно неблагопріятно эти условія отражаются на южанахъ. Почти $^1/_2$ общаго числа больныхъ дыхательными органами были уже съ хроническими формами—210 чел. (99 въ 1902 г. и 111 въ 1903 г.) и изъ нихъ 79 (почти 38%) «имѣли катарръ легочныхъ верхушекъ, въ части, по крайней мѣрѣ, случаевъ очень подозрительный». Нельзя поручиться, чтобы этотъ «подозрительный» катарръ верхушекъ не перешелъ впослѣдствіи въ настоящую бугорчатку, въ особенности у тѣхъ, кто не въ состояніи былъ измѣнить условій жизни къ лучшему. Вообще-же ясно выраженныя явленія бугорчатки за 2 года были найдены у 32 студентовъ (13 и 19), т. е. въ 7,9% всего числа больныхъ органами дыханія и въ 0,4% общаго числа студентовъ; кромѣ того, плейритъ былъ найденъ у 28 чел. Судя по отчетамъ на этихъ больныхъ (бугорчаткою) обращалось особое вниманіе: ихъ помѣщали въ здравницы, лѣчили кумысомъ, кефиромъ и т. д.

2-ое мѣсто по числу обращавшихся занимаютъ больные съ болѣзнями органовъ пищеваренія—291 чел. или 12,0%, почти поровну за оба года. Чаще всего наблюдались привычные запоры (190 сл., т. е. болѣе чѣмъ $^2/_3$ общаго числа). Говоря о болѣзняхъ органовъ пищеваренія, д-ръ *Добрадинъ* указываетъ на крайне печальное состояніе зубовъ у студентовъ: изъ 577 студентовъ, у которыхъ имъ отмѣчено состояніе зубовъ, со здоровыми зубами оказались только 26 (15 и 11), т. е. всего 4,5%; тоже самое и въ 1901 г.: на 219 осмотрѣнныхъ здоровые зубы найдены у 11 или въ 5,1%. Безспорно, что такое печальное явленіе можно встрѣтить и среди студентовъ другихъ высшихъ учебныхъ заведеній; поэтому было-бы крайне желательно, чтобы врачи, состоящіе при высшихъ учебныхъ заведеніяхъ, обратили на это вниманіе и выработали какія-нибудь мѣры къ сохраненію зубовъ.

Въ Петербургскомъ Университетѣ, по почину д-ра *Добрадина*, съ осени 1902 г. организована для студентовъ зубоврачебная помощь на слѣдующихъ основаніяхъ. Въ лѣчебницѣ зубного врача Вонгль-Свидерской отведено особое помѣщеніе для ежедневнаго, кромѣ воскресеній съ 4 до 6 час., пріема студентовъ опытными дантистами по пониженной таксѣ. Плату за недостаточныхъ студентовъ Университетъ беретъ на себя, но только въ томъ случаѣ, если помощь будетъ ограничиваться слѣдующими необходимыми пособіями: лѣченіемъ, чисткой, обеззараживаніемъ, удаленіемъ зубовъ, вскрытіемъ нарывовъ на деснѣ, наложеніемъ пломбы временной, гуттаперчью, цементомъ или амальгамой. Съ 15/x (начало пріема) по 1/vп за счётъ Университета лѣчились 69 студентовъ, за которыхъ внесено 433 р. 25 к., такъ что расходъ на 1 студента въ среднемъ равнялся 6 р. 27 к., колеблясь отъ 25 к. до 35 р. Относительно студентовъ, которые платили сами, свѣдѣнія имѣются только съ 1 января по іюнь. 69 студентовъ уплатили 199 р., т. е. въ среднемъ по 2 р. 88 к каждый; maximum платы былъ 17 р. Мнѣ кажется, что, по примѣру Университета, можно было бы организовать такую помощь студентамъ и въ другихъ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ, войдя въ соглашеніе съ тою или другой зубоврачебной лѣчебницей или съ врачемъ.

Переходя къ обзору другихъ болѣзней, видимъ, что одинаковый почти % дали болѣзни заразныя—10,2% (246 сл.) и болѣзни кожи и подкожной клѣтчатки—10,1% (240 сл.). Изъ заразныхъ болѣзней наибольшее число случаевъ приходится на гриппъ—210 или 88% всего числа заразныхъ заболѣваній, при чемъ изъ осложненій при гриппѣ чаще всего встрѣчался плейритъ (13 сл.) Въ общемъ, по отчету д-ра *Добрадина*, заболѣваемость гриппомъ за послѣднія 5 лѣтъ уменьшается: въ 1900 г. его было 173 случая, въ 1901 г. 117, въ 1902 г. 102. Брюшной тифъ наблюдался въ 7 сл.

Что касается болѣзней кожи и подкожной клѣтчатки, то такихъ больныхъ было 240 и изъ нихъ болѣе всего съ чирьями (52 сл.) и экземами.

Слѣдующія группы по числу заболѣваній составляютъ болѣзни нервныя и венерическія. На первыя приходится 214 сл. или 8,8% общаго числа больныхъ, при чемъ въ 1903 г. такихъ больныхъ на 23 было больше, чѣмъ въ 1902 г. Нужно замѣтить, что число больныхъ съ разстройствомъ нервной системы съ каждымъ годомъ возрастаетъ: въ 1901 г. ихъ было только 77 и болѣе всего съ нейрастеніей; въ 1901 г. нейрастениковъ было только 44, въ 1902 г. 52, въ 1903 г. 87. Нейрастенія въ значительномъ большинствѣ случаевъ развивалась на почвѣ малокровія и чаще проявлялась при необходимости болѣе усидчивыхъ занятій, при экзаменахъ. Кромѣ того, 26 студентовъ жаловались на безсонницу (въ 1901 г. 18), 16—на головныя боли нервнаго характера, а 27 заикались.

На послѣднюю форму заболѣванія обращалось большее вниманіе. Съ 1901 г. былъ устроенъ особый курсъ лѣченія отъ заиканія, для чего приглашенъ быть особый руководитель г. Андресъ. Въ 1902 г. занятія велись съ 18/x по 16/xп, ежедневно, по $1^1/_2$ часа, и велись 2-мя группами съ 3 до $4^1/_2$ час.

[1]) Итоги не сходятся съ итогомъ посѣщеній (4084), хотя данныя взяты изъ таблицъ, находящихся въ отчетахъ.

и съ 4½ до 6 час. Въ отчетномъ году лѣчились 18 чел., но изъ нихъ сравнительно немногіе посѣщали занятія исправно: 2 были на занятіяхъ по 1 разу, 2—по 2, 1—5 разъ, 1—7, 2 по 9 разъ, 6—отъ 13 до 15 разъ и лишь 4 отъ 36 до 41 раза. Изъ прошлогоднихъ явились на занятія 8. Въ виду полученныхъ отъ занятій хорошихъ результатовъ нельзя не пожалѣть, что большинство лѣчившихся относились къ занятіямъ такъ безучастно. Въ отчетѣ за 1903 г. объ этихъ занятіяхъ уже не упоминается.

Съ венерическими заболѣваніями обращались 214 студентовъ (119 въ 1902 г. и 95 въ 1903 г.) или 8,8% общаго числа больныхъ и 2,8% общаго числа студентовъ—больше, чѣмъ въ 1901 г., когда такихъ больныхъ было 84. Показанное число (214), конечно, далеко ниже дѣйствительнаго; многіе, безъ сомнѣнія, обращались къ спеціалистамъ, или не къ своему врачу. Больше всего больныхъ было съ уретритомъ—179 чел. или 83,6% всего числа, при чемъ острая форма была у 147, у остальныхъ хроническая. Сифилисъ отмѣченъ въ 25 сл. или въ 11,4%, мягкій шанкръ въ 10 сл. Въ 1901 г. съ уретритомъ было 67 больныхъ, съ мягкимъ шанкромъ 7 и сифилисомъ 10. Даже изъ этихъ краткихъ свѣдѣній о венерическихъ заболѣваніяхъ среди студентовъ Университета видно, что число такихъ больныхъ съ каждымъ годомъ увеличивается, а потому является необходимымъ принять противъ этого какія-либо мѣры. Въ числѣ мѣръ противъ венерическихъ заболѣваній, вообще распространенныхъ среди учащихся въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ [1]), одно изъ видныхъ мѣстъ должно принадлежать распространенію свѣдѣній объ этихъ болѣзняхъ среди учащихся.

Что касается остальныхъ болѣзней, то сравнительно большое число больныхъ падаетъ на страдающихъ разстройствами общаго питанія—204 чел. или 8,3%, изъ нихъ главнымъ образомъ—малокровіемъ (202). Въ 1901 г. малокровныхъ было 40 чел., въ 1903 г. уже 109.

На болѣзни кровеносной системы приходится 111 сл. Здѣсь, между прочимъ, отмѣченъ интересный фактъ, на который слѣдуетъ обратить вниманіе: это—увеличеніе больныхъ съ разстройствомъ сердечной дѣятельности (въ 1902 г. у 8 студентовъ наблюдалась гипертрофія сердца), развивающимся отъ неумѣренныхъ гимнастическихъ упражненій или таковой-же ѣзды на велосипедѣ. Не падаетъ-ли здѣсь нѣкоторая доля вины на существующее при Университетѣ атлетическое Общество? Осматриваются-ли студенты врачемъ при поступленіи въ это Общество?

Больныхъ органами зрѣнія было 110. Интересно-бы было изслѣдовать вообще зрѣніе у студентовъ, какъ изслѣдовались зубы.

Не останавливаясь на остальныхъ болѣзняхъ, укажу еще на слѣдующія данныя отчетовъ. Коечнымъ лѣченіемъ въ различныхъ городахъ въ больницахъ пользовались 138 студентовъ (въ 1902 г. 65, въ 1903 г. 73), которыми проведено 3744 больничныхъ дней, что въ среднемъ на каждаго составляетъ 27,1 дня. Въ Таицкой санаторіи и въ Халилѣ находились 6 студентовъ, проведшихъ 1008 дней; въ клиникѣ душевно-нервныхъ больныхъ—10, въ другихъ психіатрическихъ заведеніяхъ—25, которыми проведено 3721 день. Кромѣ того, въ 1903 г. въ больницѣ «Всѣхъ Скорбящихъ» содержались 4 студента, изъ которыхъ 1 находится тамъ уже съ 1889 г., и въ больницѣ св. Пантелеймона 2, одинъ съ 1894 г., другой съ 1899 г.

Умерли 21 студентъ, изъ нихъ въ 1902 г. 6 или 0,15% общаго числа, въ 1903 г.—15 или 0,4%. За 5 послѣднихъ лѣтъ умерли 66: въ 1899 г. 11, въ 1900 г. 13, въ 1901 г. 21.

Расходъ на медицинскую часть постепенно увеличивается; за 2 года онъ равнялся 4737 р. 79 к. (въ 1902 г. 2305 р., въ 1903 г. 2431 р.). Изъ этой суммы дов. большая часть падаетъ на кефиръ (548 р. 90 к.), пріобрѣтеніе очковъ (149 р.).

На основаніи данныхъ, имѣющихся въ отчетахъ университетскаго врача, можно сказать, что со стороны начальства въ отношеніи врачебной помощи студентовъ сдѣлано уже многое. Помимо постоянной медицинской помощи, къ которой обращается до ⅕ всѣхъ студентовъ, за послѣднее время организована самостоятельная зубоврачебная помощь, лѣченіе отъ заиканія, помѣщеніе легочныхъ больныхъ въ здравницахъ, снабженіе легочныхъ больныхъ и вообще съ плохимъ питаніемъ кефиромъ, безплатная выдача очковъ и т. д. Можно надѣяться, что со временемъ врачебная помощь будетъ расширена еще болѣе.

Переходя къ отчету врача Харьковскаго Университета проф. *А. В. Богданова*, я долженъ замѣтить, что онъ, хотя и относится къ 1897 г. (отчасти и къ 1896 г.), но своего значенія не утратилъ, такъ какъ отчеты и за послѣдующіе годы, какъ писалъ мнѣ проф. *Богдановъ*, въ существенномъ мало разнятся, а потому и не печатались, «хотя цифровыя свѣдѣнія ежегодно сообщались врачебному инспектору». Остается пожалѣть, что вышеуказанные отчеты, заключающіе такъ много интересныхъ свѣдѣній, не дѣлаются достояніемъ печати.

Исправная запись больныхъ студентовъ съ обозначеніемъ имени, фамиліи, факультета, болѣзни и мѣста, гдѣ оказана помощь—амбуляторно или на дому—начата лишь съ 1896 г. Съ января 1897 г. въ зданіи Университета было открыто для пріема студентовъ отдѣльное помѣщеніе, состоящее изъ 3 комнатъ: пріемной, кабинета и перевязочной; площадь пола равняется 14 кв. саж. Помѣщеніе это—свѣтлое сухое, теплое съ достаточнымъ количествомъ воздуха (до 15 к. саж. въ пріемной, 6½ к. саж. въ перевязочной и 5½ к. саж. въ кабинетѣ). Инструментарій достаточный. Общее число студентовъ въ 1897 г. съ посторонними слушателями было 1637 (студентовъ 1406), которые по факультетамъ распредѣлялись такъ: на медицинскомъ было 806 (53,8%), юридическомъ 458 (30,6%), математическомъ 197 (13,1%), филологическомъ 35 (2,3).

За врачебной помощью обращались въ 991 случаѣ 844 лицъ, изъ нихъ медиковъ 61,2%, юристовъ 26,7%, математиковъ 7,8%, филологовъ 1,6%. Въ общемъ заболѣваемость среди студентовъ равнялась 63,1%, среди постороннихъ слушателей—18,4%. По отношенію къ общему числу студентовъ на факультетахъ заболѣваемость колебалась: наибольшій % (73,6) далъ медицинскій факультетъ, за нимъ слѣдуетъ юридическій (56,6%), потомъ филологическій (45,7%) и, наконецъ, математическій (38,5%). Общее число посѣщеній было 3012, такъ что въ среднемъ на каждаго больного приходится по 3,04 посѣщенія—болѣе, чѣмъ въ Петербургскомъ Университетѣ и Горномъ Институтѣ. *По мѣсяцамъ* посѣщенія больныхъ распредѣляются такъ:

январь	февраль	мартъ	апрѣль	май	іюнь	іюль	августъ	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	итого
205	411	405	204	152	34	—	17	266	524	523	271	3012.

Такимъ образомъ наибольшее число обращеній было въ октябрѣ и ноябрѣ—1047, т. е. болѣе ⅓ общаго числа; тоже было и въ Петербургскомъ Университетѣ. 2-ой maximum падаетъ на февраль и мартъ—816 сл. или 27%. По объясненію автора отчета, эти maximum'ы заболѣваній зависятъ отъ большого скопленія студентовъ въ это время и наибольшаго развитія среди нихъ заболѣваній вообще. Время экзаменовъ не даетъ увеличенія заболѣваній.

По временамъ года заболѣваемость была такая:

Зимой—887 сл. или 29,4%; весной—761 сл. или 25,3%; лѣтомъ—51 сл. или 1,6%; осенью 1313 сл. или 47,7%.

Слѣд., и здѣсь maximum приходится на осень—почти ½ общаго числа, какъ и въ Петербургскомъ Университетѣ; minimum, если не считать лѣта, даетъ весна.

По формамъ заболѣванія больные распредѣляются на слѣдующія группы:

механическія поврежденія	3 сл.
термическія заболѣванія	6 »
заразныя болѣзни (исключая чесотку, фибринозное воспаленіе легкихъ, ревматизмъ и др.)	252 »
разстройства общаго питанія	61 »
мѣстныя заболѣванія	669 »

Не останавливаясь на первыхъ 2-хъ группахъ, скажу нѣсколько словъ объ остальныхъ. На заразныя болѣзни приходится 252 сл. или 25,4%. Исключивъ изъ этого венерическія (118 сл.), о которыхъ будетъ сказано ниже, будемъ имѣть заразныхъ только 134 сл.; изъ нихъ maximum даетъ болотная лихорадка—53 сл. (въ 1896 г. 56) и гриппъ—25 сл.; больныхъ брюшнымъ тифомъ было 12, на

[1]) Произведенныя подъ моимъ руководствомъ переписи студентовъ Технологическаго и Горнаго Институтовъ указали на распространеніе между ними указанныхъ болѣзней. Подробнѣе объ этомъ будетъ сообщено отдѣльно.

3—натуральной оспой и рожей. Сравнительно малое число больныхъ лихорадкою, не смотря на то, что Харьковъ принадлежитъ къ поражаемымъ этою болѣзнью мѣстностямъ, можно объяснить, по словамъ проф. *Богданова*, лишь тѣмъ, что въ наиболѣе легкихъ случаяхъ лихорадки больные сами принимаютъ хининъ, не обращаясь къ врачу.

Больныхъ венерическими болѣзнями было 118 или 12% (72% всего числа студентовъ). И здѣсь приходится сказать, что число это, несомнѣнно, ниже дѣйствительнаго. Въ частности больше всего больныхъ было съ переломъ—81 (въ 1896 г. 110), изъ нихъ съ острымъ 60, съ мягкимъ шанкромъ 9 (въ 1896 г. 8), съ сифилисомъ (вторичныя и третичныя явленія) 28 (въ 1896 г. 30). Изъ осложненій при переломѣ наблюдались: въ 2 сл. воспаленіе яичка, въ 5—придатка, въ 3—предстательной железы и въ 1—гонорройное воспаленіе колѣннаго сустава. Больше всего больныхъ съ венерическими болѣзнями было среди медиковъ (45) и юристовъ (37).

Въ группѣ съ разстройствомъ общаго питанія (61 сл.) болѣе всего было малокровныхъ—47, изъ нихъ медиковъ 32, юристовъ 14.

Изъ мѣстныхъ заболѣваній наибольшее число принадлежитъ разстройствамъ органовъ пищеваренія — 252 сл. (въ 1896 г. 220), т. е. болѣе $^1/_3$ всѣхъ случаевъ этой группы. Нельзя не обратить вниманія на сравнительно большое число больныхъ почечуемъ (25 сл.). Вообще-же значительное число заболѣваній пищеварительныхъ органовъ обусловливается главнымъ образомъ нераціональнымъ питаніемъ студентовъ—«неудобоваримая, скудная по питательности пища, вводимая обильными количествами, по большей части 1 разъ въ день, механически растягиваетъ пищеварительные органы и обусловливаетъ ненормальные процессы броженія». Не остаются безъ вліянія на органы пищеваренія и отсутствіе ухода за полостью рта, распространеніе куренія табака и неблагопріятныя гигіэническія условія. Небрежное отношеніе къ чистотѣ полости рта ведетъ къ развитію многочисленныхъ заболѣваній зубовъ. Изъ осмотрѣнныхъ авторомъ 476 студентовъ только у 67, т. е. въ 14,2%, зубы оказались совершенно здоровыми (въ 3 раза болѣе чѣмъ у студентовъ Петербургскаго Университета); у каждаго изъ остальныхъ отъ 2 до 14 зубовъ были поражены въ различныхъ степеняхъ каріознымъ процессомъ, и у многихъ ихъ не было уже совсѣмъ. Пломбировка зубовъ почти совершенно не примѣняется: всего у 94 студентовъ зубы были пломбированы, да и то не всѣ, а лишь незначительная часть.

На болѣзни органовъ дыханія приходится 166 сл. (въ 1896 г. 160) или 17,0%. Наибольшее число падаетъ на острый катарръ дыхательныхъ путей—44 сл. (въ 1896 г. 42), на легочную чахотку—30, т. е. $^1/_6$ всѣхъ легочныхъ больныхъ. Изъ 30 больныхъ чахоткою умерли 6 или 20%. 4 были отправлены въ Крымъ, съ выдачею пособія отъ Университета въ размѣрѣ 100—140 р. каждому; изъ нихъ 3 значительно оправились, прибыли въ вѣсѣ и чувствуютъ себя удовлетворительно. Изъ чахоточныхъ 21 были медики, 7 юристовъ и 2 математика.

Съ болѣзнями органовъ кровообращенія было 21 чел. (въ 1896 г. 33), при чемъ у $^1/_2$ этого числа были нервныя сердцебіенія и грудная жаба.

Съ болѣзнями органовъ движенія было 46 чел., съ болѣзнями глазъ—20, съ болѣзнями уха—4. Среди больныхъ нервной системой (73 чел.) большинство представляли ясно выраженную нейрастенію (43; въ 1896 г. 54) и головныя боли, сопряженныя съ безсонницей (30; въ 1896 г. 18). Больше всего нервныхъ больныхъ было среди медиковъ (45), затѣмъ юристовъ (22) и математиковъ (5).

Умерли въ отчетномъ году 11 студентовъ (въ 1896 г. 5) или 0,4% ихъ общаго числа, изъ нихъ медиковъ 6, юристовъ 5 (6 отъ чахотки, 3 отъ тифа, по 1 отъ оспы и сахарнаго мочеизнуренія).

Въ заключеніе проф. *Богдановъ* говоритъ, что сравнительно громадная заболѣваемость студентовъ Харьковскаго Университета обусловливается матеріальною необезпеченностью большинства студентовъ, неудовлетворительными санитарно-гигіэническими условіями ихъ жизни, особенно со стороны квартиръ; «здѣсь еще не выработался типъ дешевой студенческой меблированной комнаты», какія уже имѣются, напр., въ столицахъ (къ сожалѣнію, и въ столицахъ, особенно въ Москвѣ, студенческія квартиры очень плохи). Къ этому-же нужно отнести плохое питаніе «вслѣдствіе отсутствія раціональнаго питательнаго и дешеваго стола» и неблагопріятныя санитарныя и климатическія условія г. Харькова.

Не дѣлая пока какихъ-либо окончательныхъ выводовъ изъ представленныхъ выше данныхъ о заболѣваемости учащихся въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ (думаю, что нѣчто подобное встрѣтилось-бы и въ другихъ учебныхъ заведеніяхъ, если-бы имѣлись свѣдѣнія), тѣмъ не менѣе могу установить, что заболѣваемость среди студентовъ—большая, и не мало ихъ, окончивъ курсъ, вступаютъ въ жизнь съ надорваннымъ уже здоровьемъ, расшатанной нервной системой, съ остаткомъ венерическихъ болѣзней и т. п. Причины заболѣваемости еще мало изучены; общихъ санитарныхъ мѣропріятій по улучшенію условій жизни студенчества со стороны высшихъ учебныхъ заведеній не предпринимается, если не считать открытія студенческихъ столовыхъ (да и тѣ во время безпорядковъ закрываются, и студенты косвенно наказываются лишеніемъ болѣе раціональнаго питанія) и устройства общежитій. Крайне было-бы желательно, чтобы врачи при высшихъ учебныхъ заведеніяхъ были поставлены въ болѣе нормальныя условія и присутствовали въ Совѣтѣ съ правомъ голоса, при чемъ и отъ врачей нужно требовать большаго, чѣмъ они даютъ теперь, находясь при высшемъ учебномъ заведеніи почти въ такомъ-же положеніи, какъ и въ средней школѣ: и здѣсь для него это занятіе—занятіе частное, и онъ не можетъ отдавать ему все свое время. Несомнѣнно, что на физическую сторону учащихся въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ, на ихъ здоровье должно быть обращено со стороны начальства не меньшее вниманіе, чѣмъ сколько его обращается на сторону умственную. Очень жаль, если этотъ вопросъ не былъ поставленъ въ программу обсужденія Съѣзда окружныхъ попечителей, недавно собиравшагося въ Петербургѣ.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Вопросъ о прививкахъ сифилиса обезьянамъ на V Международномъ дерматологическомъ Съѣздѣ въ Berlin'ѣ (12—17 сентября текущаго года по н. ст.).

Несомнѣнно самымъ выдающимся въ медицинѣ фактомъ, установленнымъ въ прошломъ 1903 г., является сообщеніе *И. И. Мечникова* и *Roux* о прививаемости сифилиса человѣкообразнымъ обезьянамъ. Это открытіе возбуждаетъ какъ среди врачей, такъ и среди не-врачей самый живой интересъ и во всякомъ случаѣ подаетъ огромныя надежды на разрѣшеніе весьма многихъ темныхъ вопросовъ въ патологіи и терапіи сифилиса, въ чемъ заинтересовано все человѣчество.

Весьма естественно поэтому, что появленіе *И. И. Мечникова* въ качествѣ докладчика передъ многолюднымъ (болѣе 500 чел.) собраніемъ V Международнаго дерматологическаго Съѣзда, состоявшагося въ Berlin'ѣ,—появленіе, кстати сказать, для многихъ неожиданное, такъ какъ заблаговременно не было объявлено о приглашеніи *И. И. Мечникова* принять участіе въ Съѣздѣ,—было встрѣчено восторженно. Благодаря этому, докладъ о прививкахъ сифилиса обезьянамъ можно считать самымъ интереснымъ сообщеніемъ изъ всѣхъ сдѣланныхъ на Съѣздѣ, тѣмъ болѣе, что основной фактъ доклада о прививаемости сифилиса человѣкообразнымъ обезьянамъ—фактъ, установленный не спеціалистами,—въ собраніи спеціалистовъ дерматологовъ всего міра былъ признанъ безъ малѣйшаго возраженія.

Докладу *И. И. Мечникова* предшествовалъ докладъ самаго выдающагося нѣмецкаго дерматолога, Breslau'скаго проф. *A. Neisser*'а подъ заглавіемъ: «Meine Versuche zur Uebertragung der Syphilis auf Affen». Для удобства изло-

ненія начну съ доклада *И. И. Мечникова*, такъ какъ онъ представляетъ собою резюме всего того, что сдѣлано по этому вопросу авторомъ и *Roux*; въ этомъ докладѣ, слѣд. изложены частью уже оповѣщенные факты, частью новыя данныя, полученныя за послѣднее время. Изложу этотъ докладъ насколько возможно подробнѣе.

Вотъ что говоритъ *И. И. Мечниковъ*. Самый основной фактъ нашей работы, другими словами экспериментальный сифилисъ человѣкообразныхъ обезьянъ, не нуждается въ новыхъ доказательствахъ. Послѣ нашего сообщенія о прививаемости человѣческаго сифилиса шимпанзе и о возможности поддерживать у этихъ животныхъ сифилитическій ядъ путемъ перепрививокъ, *Lassar* получилъ экспериментальный сифилисъ у 2-хъ шимпанзе. Всего мы до сихъ поръ привили 9 шимпанзе сифилитическій ядъ различнаго происхожденія и получили 9 положительныхъ результатовъ, считая слѣдовательно прививки *Lassar*'а; можно сказать, что 11 шимпанзе, которымъ дѣлались прививки сифилитическаго яда, всѣ получили сифилисъ. Изъ 9 шимпанзе докладчика, 6 были привиты ядомъ человѣческаго сифилиса различнаго происхожденія. Всѣ они получили сывороточную жидкость, полученную съ твердыхъ шанкровъ нѣсколькихъ больныхъ и 4, кромѣ того, продукты вторичнаго сифилиса. 1 шимпанзе былъ привитъ выпотъ сифилитической папулы отъ другой человѣкообразной обезьяны, 1 шимпанзе—сывороточная жидкость съ твердаго шанкра макаки (Macacus sinicus) и 1 шимпанзе—продуктъ шанкра другого макаки (Macacus cynomolgus). Прививка почти всегда производилась путемъ маленькихъ весьма поверхностныхъ многочисленныхъ скарификацій. Въ нѣсколькихъ опытахъ, кромѣ того, сифилитическій ядъ былъ впрыснутъ подъ кожу бедра.

1-й зачаточный періодъ послѣ прививки сифилитическаго яда человѣческаго происхожденія длился 22—37 дней. Докладчикъ даетъ затѣмъ описаніе, весьма характерное для развитія и морфологической картины первичной сифилитической эрозіи. Нѣсколько дней спустя послѣ появленія твердаго шанкра, лимфатическіе узлы сосѣдней области начинали увеличиваться, дѣлались твердыми на ощупь, сохраняли свою подвижность и были безболѣзненны. Словомъ, твердый шанкръ у шимпанзе во всѣхъ отношеніяхъ соотвѣтствовалъ твердому шанкру человѣка. За первичнымъ пораженіемъ слѣдовали вторичныя явленія, равнымъ образомъ сравнительно съ тѣми, которые наблюдаются у человѣка. «Мы уже описали, говоритъ докладчикъ, въ одномъ изъ нашихъ сообщеній папулосквамозные сифилиды, которые развились у нашего перваго шимпанзе-сифилитика на различныхъ частяхъ тѣла. *Lassar* [1]) наблюдалъ подобныя-же папулы на головѣ, на предплечьяхъ и въ особенности на ладоняхъ и подошвахъ у своихъ 2-хъ шимпанзе. Развившись около 1 мѣсяца спустя отъ появленія шанкра, эти сифилиды носили всѣ типическіе признаки пораженій, аналогичныхъ съ таковыми у человѣка. Сифилитическая натура этого кожнаго пораженія была очевидна сама собою, но, чтобы избѣжать всякаго сомнѣнія, мы привили немного соскоба съ сифилитической папулы нашего 1-го шимпанзе 2-му индивидууму того же рода. Какъ уже было нами сообщено, результатъ этого опыта былъ положительный.

Съ тѣхъ поръ мы наблюдали вторичныя явленія и у другого изъ нашихъ шимпанзе; 18 дней спустя отъ появленія шанкра, на поверхности языка показались 2 маленькія поверхностныя эрозіи съ весьма рѣзкими очертаніями. 2 дня спустя появились 2 новыя аналогичныя эрозіи, имѣющія болѣе красную окраску, чѣмъ поверхность остальнаго языка. Эти бляшки (plaques) отличались своимъ упорствомъ, и нѣкоторыя изъ нихъ можно было видѣть еще спустя 6 недѣль послѣ ихъ появленія. Около 40 дней спустя послѣ начала вторичныхъ явленій, на кончикѣ языка появились 2 новыя весьма характерныя слизистыя бляшки (plaques muqueuses), краснаго цвѣта, съ нѣсколько возвышеннымъ блѣднымъ краемъ. Немного спустя развилась наитипичнѣйшая слизистая бляшка на нижней губѣ.

[1]) Berliner klinische Wochenschrift, 1903, стр. 1189, и 1904 г., стр. 801.

Сифилитическая природа этихъ пораженій тѣмъ менѣе подлежитъ сомнѣнію, что прививка соскоба съ одной изъ первыхъ эрозій языка, сдѣланная въ области надбровной дуги у 2 хъ макакъ (Macacus sinicus et M. cynomolgus) сопровождалась образованіемъ весьма характерныхъ твердыхъ шанкровъ.

Гистологическое изслѣдованіе сифилитическихъ пораженій отъ шимпанзе, сдѣланное сперва на матеріалѣ *Lassar*'а *Becker*'омъ и *Mayer*'омъ [1]), а затѣмъ *Arnal*'емъ и *Salmon*'омъ [2]) на матеріалѣ отъ нашихъ животныхъ показало весьма большое сходство съ человѣческимъ сифилисомъ. Въ случаяхъ, гдѣ эти пораженія не были затемнены вторичными зараженіями, онѣ состояли изъ большого скопленія одноядерныхъ элементовъ и характернаго періартеріита.

У нѣсколькихъ изъ нашихъ сифилитическихъ шимпанзе селезенка представлялась увеличенной во время вторичнаго періода и удерживалась долго въ такомъ состояніи. Пораженій въ другихъ органахъ установить мы не могли. У шимпанзе, у которой имѣлись слизистыя бляшки на языкѣ и на губѣ, мы наблюдали параплегію, державшуюся больше 1 мѣсяца; быть можетъ, и ее можно приписать общему сифилитическому зараженію».

И такъ, фактъ прививки сифилиса человѣкообразнымъ обезьянамъ установленъ. Получена, стало быть, возможность путемъ опытовъ изучать свойства сифилитическаго яда. Вотъ что дало пока *И. И. Мечникову* экспериментальное изученіе этого вопроса.

1) Микроскопическое изслѣдованіе сывороточной жидкости, взятой изъ пузырьковъ, которыя въ 2-хъ случаяхъ обозначали образованіе твердаго шанкра, не обнаружило никакихъ микробовъ; не было замѣчено никакихъ признаковъ, которые указывали бы на содержаніе въ изслѣдуемой жидкости подвижного микроба въ родѣ спириллы; окраска нейтральротомъ, такъ хорошо оттѣняющая спириллъ, также дала отрицательный результатъ.

2) Можно было предположить, что при сифилисѣ имѣется дѣло съ однимъ изъ «невидимыхъ микробовъ», открытыхъ уже при нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзняхъ. Правда, недавній опытъ *Klingmüller*'а и *Baermann*'а [3]) изъ клиники *Neisser*'а, которые сдѣлали себѣ нѣсколько послѣдовательныхъ прививокъ сифилитическихъ продуктовъ, растертыхъ съ физіологическимъ растворомъ и профильтрованныхъ черезъ свѣчу *Berkefeld*'а, и остались незараженными, могли-бы говорить противъ существованія при сифилисѣ такихъ микробовъ; но опытъ этотъ получилъ-бы бóльшую доказательность, если-бы былъ сдѣланъ опытъ повѣрочный, что̀, конечно, нельзя поставить въ упрекъ смѣлымъ экспериментаторамъ и безъ того подвергавшимъ большой опасности собственное здоровье.

И. И. Мечниковъ, чтобы провѣрить этотъ опытъ, продѣлалъ слѣдующее:

Сифилитическій ядъ, взятый съ шанкровъ отъ 4-хъ больныхъ, разведенъ въ 2 к. стм. свѣжей humor aquaeus барана. Послѣ фильтраціи этой смѣси черезъ тщательно испытанную свѣчу *Berkefeld*'а 12 А, сдѣлана прививка шимпанзе: небольшое количество путемъ скарификацій на надбровную дугу; все остальное количество привито подъ кожу бедра. Вся операція длилась всего 50 мин. Результатъ прививки—совершенно отрицательный; никакихъ подозрительныхъ сифилитическихъ явленій не развилось; повѣрочный опытъ состоялъ въ томъ, что другому шимпанзе была сдѣлана одновременно такая-же прививка тѣмъ же матеріаломъ, но не профильтрованнымъ черезъ свѣчу (словомъ, непрофильтрованный ядъ при всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ), въ результатѣ у этого шимпанзе развились на 37-ой день типичнѣйшіе твердые шанкры на мѣстѣ однихъ прививокъ, съ соотвѣтствующимъ безболѣзненнымъ аденитомъ. Заключеніе изъ этого опыта, по мнѣнію докладчика, можно сдѣлать такое: «сифилитическій ядъ не проходитъ черезъ свѣчу *Berkefeld*'а, которая, однако, пропускаетъ черезъ себя ядъ перипнеймоніи рогатаго скота».

[1]) Berliner klinische Wochenschrift, 1903 г., стр. 1192.
[2]) Annales de l'Institut *Pasteur*, 1904 г., стр. 465.
[3]) Deutsche medicinische Wochenschrift, 1904 г., стр. 766.

3) Та-же самая смѣсь, которая употреблялась для опыта съ фильтраціей, въ нефильтрованномъ видѣ была привита аналогичнымъ-же способомъ 3-му шимпанзе, но послѣ предварительнаго нагрѣванія до 51° Ц. впродолженіи 1 часа; результаты прививки совершенно отрицательные, что можетъ говорить въ пользу нестойкости сифилитическаго яда по отношенію къ дѣйствію болѣе или менѣе высокой температуры.

4) Чтобы узнать, какое дѣйствіе на сифилитическій ядъ оказываютъ химическія вещества, продѣланъ былъ слѣдующій опытъ: нѣсколько капель сифилитическаго яда, взятаго съ человѣческаго твердаго шанкра, были смѣшаны съ нѣсколькими объемами концентрированнаго глицерина; смѣсь эта сейчасъ-же была привита въ нѣсколькихъ мѣстахъ молодому шимпанзе. Черезъ 33 дня послѣ прививки начали образовываться шанкры, черезъ нѣсколько дней принявшіе картину типичнаго твердаго шанкра; слѣд. глицеринъ, смѣшанный съ сифилитическимъ ядомъ, не отнимаетъ у послѣдняго болѣзнетворныхъ свойствъ.

5) Такъ какъ заразный матеріалъ, лишенный своей ядовитости, часто проявляетъ способность предохранять организмъ отъ соотвѣтствующей болѣзни, то естественно было спросить себя, не могъ-ли сифилитическій ядъ, прошедшій черезъ фильтръ или подвергнутый нагрѣванію до 51°, превратиться въ вакцину. Съ этой цѣлью упомянутымъ 2 шимпанзе, служившимъ для соотвѣтственныхъ опытовъ, былъ привитъ, обоимъ спустя 3 недѣли послѣ первыхъ прививокъ, сифилитическій ядъ, взятый съ твердаго шанкра человѣка; оба шимпанзе получили типичные твердые шанкры съ типичной аденопатіей—1-ая обезьяна спустя 22 дня, 2-ая спустя 34 дня послѣ зараженія.

Эти 2 опыта, слѣд., могутъ показывать, что ни фильтрація, ни нагрѣваніе сифилитическаго яда—по крайней мѣрѣ, въ условіяхъ произведенныхъ опытовъ—не способны превратить этотъ ядъ въ вакцину.

6) Быть можетъ, яды, лишенные всякаго болѣзнетворнаго дѣйствія и не способные вызвать ни малѣйшаго мѣстнаго пораженія, вообще не способны передать анти-сифилитическую невоспріимчивость. Нѣкоторые факты, наблюдавшіеся экспериментаторами, говорятъ въ пользу этого предположенія: одному изъ шимпанзе привитъ ядъ, взятый отъ макаки (Macacus cynomolgus); количество взятаго яда было весьма мало, и, кромѣ того, ядъ былъ смѣшанъ съ кровью; результатъ этой прививки совершенно отрицательный. 48 дней спустя этому-же шимпанзе снова привитъ ядъ отъ другого макаки того-же вида, при чемъ количество яда взято болѣе значительное; на этотъ разъ черезъ 49 дней послѣ прививки развились характерные твердые шанкры, сифилитическая натура которыхъ еще больше подтверждается сопутствіемъ соотвѣтственнаго безболѣзненнаго аденита. Жидкость, взятая изъ этихъ железъ, была привита 3 мъ макакамъ (M. cynomolgus) и вызвала у нихъ образованіе весьма ясныхъ первичныхъ сифилитическихъ явленій.

Изъ этого опыта еще разъ вытекаетъ указаніе, что антисифилитическую вакцину должно искать скорѣе среди ядовъ, способныхъ вызывать мѣстныя пораженія, но, разумѣется, самыя слабыя, насколько это только возможно. Ясно, что сифилитическій ядъ отъ только-что упомянутаго вида макаки, т. е. M. cynomolgus, не пригоденъ для указанной цѣли тѣмъ болѣе, что шимпанзе, служившая для указаннаго опыта, впослѣдствіи обнаружила вторичныя явленія въ видѣ слизистыхъ эрозій (erosions muqueuses) на языкѣ и на нижней губѣ.

7) На основаніи произведенныхъ опытовъ можно думать, что сифилитическій ядъ ослабляется въ значительно болѣе рѣзкой степени послѣ проведенія черезъ другой видъ макакъ, именно M. sinicus. Докладчикъ уже сообщалъ въ своемъ 2-мъ сообщеніи (Annales de l'Institut *Pasteur*) исторію одного шимпанзе, подвергнутаго прививкѣ такого яда. 2 недѣли спустя послѣ начала опыта шимпанзе представлялъ на мѣстахъ прививки незначительныя пораженія, въ видѣ «маленькихъ розовыхъ точекъ, покрытыхъ маленькими чешуйками»,—пораженія, зажившія черезъ нѣсколько дней. За этимъ незначительнымъ первичнымъ пораженіемъ не послѣдовало никакихъ вторичныхъ явленій, но позднѣе была замѣчена общая аденопатія. Мѣсяцъ спустя послѣ 1-ой прививки была сдѣлана 2-ая, на этотъ разъ яда человѣческаго происхожденія. Въ теченіи $3^1/_2$ мѣсяцевъ, которые прожило животное послѣ 2-ой прививки, на мѣстѣ послѣдней не развилось никакого шанкра, равно какъ не послѣдовало никакихъ вторичныхъ явленій. Животное околѣло отъ острой 2-сторонней бронхопнеймоніи, обусловленной пнеймококкомъ. На вскрытіи, кромѣ пораженія легкихъ, найдено увеличеніе подмышковыхъ, паховыхъ и брыжеечныхъ лимфатическихъ железъ, между тѣмъ какъ заднюю шейную лимфатическую железу, опредѣлявшуюся при жизни, нельзя было найти.

Въ поискахъ за антисифилитической вакцинаціей ослабленные живые яды могутъ играть огромную роль; поэтому важно изучить проявленія сифилиса обезьянъ низшей породы. Ч. пр. *В. Ивановъ.*

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Патологическая анатомія. 730. Проф. *Otto Busse* (изъ патологическаго Института въ Greifswald'ѣ) сообщаетъ *2 случая хоріоэпителіомы, развившейся въ видѣ пристѣночнаго перегиба въ лѣвомъ сердцѣ, внѣ послѣда*, и давшей многочисленныя эмболіи.

Препаратъ относится къ 39-лѣтней женщинѣ, внезапно заболѣвшей недѣли за 2 до смерти сильными головными болями, желудочно-кишечнымъ разстройствомъ, болями въ сердечной области. Состояніе это все болѣе и болѣе ухудшалось и дошло наконецъ до полной потери сознанія съ непроизвольными испражненіями и мочеиспусканіемъ. При изслѣдованіи въ клиникѣ обнаруженъ былъ парезъ лицевого нерва и уменьшенная чувствительность всей правой $^1/_2$ тѣла. На вскрытіи найдено, что большія и мелкія артеріи мозга были совершенно закупорены эмболіями, что̀ и привело къ обширнымъ перерожденіямъ большихъ участковъ мозга; гнѣзда перерожденія представляли различныя стадіи процесса. Микроскопическое изслѣдованіе пробокъ показало, что онѣ состояли изъ большеклѣточковыхъ массъ, отчасти проросшихъ сосудистую стѣнку. Верхушка лѣваго желудочка, а также часть, лежащая влѣво и кзади отъ нея, занята была кеглеобразной, всюду приставшей къ стѣнкѣ пробкой, 7 стм. длиной, 4—3 стм. шириной и толщиной, отличавшейся своей плотностью, особымъ красновато просвѣчивавшимъ видомъ и крошковатой поверхностью разрѣза отъ обыкновеннаго тромба и походившей на опухоль. Въ правомъ желудочкѣ тоже находились подобныя-же сѣровато-красныя разрощенія, образуя опухоль съ вишню. Въ артеріяхъ легкихъ, селезенки, печени и кишечника были такіе-же тромбы, вызвавшіе частью омертвѣніе, частью кровотеченія. При микроскопическомъ изслѣдованіи свѣжихъ и уплотненныхъ препаратовъ оказалось, что какъ опухоль въ сердцѣ, такъ и тромбы, въ другихъ мѣстахъ представляли собой хоріоэпителіому, состоявшую изъ двоякаго рода клѣтокъ—эпителіальныхъ и большихъ съ однимъ или многими ядрами, богатыхъ протоплазмой, вполнѣ схожихъ съ клѣтками хоріоэпителіомы или децидуомы. Изслѣдованіе матки не обнаружило въ ней никакихъ слѣдовъ первичной опухоли.

Проф. *Busse* представляетъ себѣ ходъ болѣзни такъ: въ теченіи послѣдней беременности, закончившейся выкидышемъ за 5 мѣсяцевъ до смерти, части ворсинокъ ворсинчатой оболочки занесены были кровью маточныхъ венъ и образовали колонію въ верхушкѣ лѣваго сердца, гдѣ кровь вслѣдствіе сильнаго фибрознаго перерожденія верхушки застаивалась и тѣмъ давала благопріятныя условія для дальнѣйшаго развитія клѣтокъ ворсинчатой оболочки; тоже было и въ легочныхъ венахъ и въ правомъ сердцѣ. По развитіи опухоли въ лѣвомъ сердцѣ крошковатыя частички были занесены въ другіе органы (въ мозгъ, печень, селезенку и т. д.). 2-й случай похожъ на 1-й (*Virchow's* Archiv, т. 174, тетр. 2). *А. Н. Дмитріевъ.*

Физіологія и общая патологія. 731. Д-ръ *Arthur Mayer* (Freiburg) опредѣлялъ *количество родана въ слюнѣ и мочѣ здоровыхъ и больныхъ*, при чемъ оказалось, что въ мочѣ здоровыхъ мужчинъ въ среднемъ 0,0476 грм. родана, въ мочѣ-же женщинъ его меньше. Въ мочѣ курильщиковъ родана больше, что, вѣроятно, зависитъ отъ проглатыванія слюны; послѣ движенія (большая прогулка), количество родана въ мочѣ значительно увеличивается, наоборотъ, потѣніе уменьшаетъ количество родана въ мочѣ. Отсутствія реакціи на роданъ въ мочѣ и слюнѣ не было ни въ одномъ случаѣ. У одного и того-же лица количе-

ство родана почти постоянно; наоборотъ, выдѣленіе родана въ различные часы дня различно: всего слабѣе оно утромъ, всего больше послѣ обѣда. Лихорадка повышаетъ выдѣленіе родана. Выдѣленіе родана слюной при нѣкоторыхъ болѣзняхъ, особенно при легочной бугорчаткѣ и сифилисѣ, понижается. Въ концѣ концевъ авторъ пришелъ къ заключенію, что роданъ слюны—не единственный источникъ родана мочи, но что въ организмѣ есть еще другія мѣста для его образованія (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 79, тетр. 3 и 4). *А. Н. Д.*

732. Проф. *Ganghofner* и ч. пр. *J. Langer* (изъ дѣтской клиники Пражскаго Университета) изслѣдовали вопросъ *о всасываніи естественныхъ бѣлковъ въ желудочно-кишечномъ каналѣ новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей*. Работа была предпринята съ цѣлью провѣрить утвержденіе *Behring*'а и *Römer*'а, что бѣлки пищи проходятъ черезъ слизистую оболочку желудочно-кишечнаго канала молодыхъ животныхъ въ совершенно неизмѣненномъ видѣ, такъ что дѣйствіе ихъ на организмъ (образованіе преципитиновъ) равносильно тому, какое они вызвали-бы, если-бы были прямо введены въ кровеносную систему. Опыты авторовъ были поставлены такъ: они вводили черезъ ротъ молодымъ животнымъ небольшія количества яичнаго бѣлка и затѣмъ изслѣдовали кровь при помощи біологической реакціи на содержаніе въ ней этого бѣлка. Для опытовъ пользовались щенками, новорожденными кошками, кроликами и козами; 2 опыта произведены были съ новорожденными дѣтьми. Результаты сводятся къ слѣдующему: Введенный черезъ ротъ чуждый организму животнаго бѣлокъ отчасти всасывается, не подвергаясь никакимъ измѣненіямъ. У изслѣдованныхъ авторами животныхъ это всасываніе неизмѣненнаго бѣлка продолжалось въ теченіи всей 1-ой недѣли жизни. На 8-ой день оно всегда прекращалось. 2. Такъ-же точно происходило всасываніе и у новорожденнаго ребенка. Можетъ быть, переходъ неизмѣненнаго бѣлка въ кровеносную систему продолжается тутъ даже нѣсколько дольше. Съ увѣренностью авторы не рѣшаются этого утверждать за недостаточностью числа произведенныхъ наблюденій. 3. Желудочно-кишечный каналъ взрослыхъ животныхъ при нормальныхъ условіяхъ не пропускаетъ чуждыхъ организму бѣлковъ при введеніи ихъ черезъ ротъ. Но, если количество введеннаго бѣлка чрезвычайно велико или если имѣется анатомическое или функціональное поврежденіе эпителія желудочно-кишечнаго канала, то и у взрослыхъ можно наблюдать переходъ неизмѣненнаго бѣлка въ кровеносную систему. 4. Всасываніе неизмѣненнаго бѣлка, какъ показали авторы, обусловливаетъ образованіе въ молодомъ организмѣ противотѣлъ. Этотъ процессъ, какъ извѣстно, влечетъ за собой большею частью заболѣваніе, иногда смерть, но всегда уже значительное похуданіе подвергавшихся опыту животныхъ. Съ этой точки зрѣнія введеніе чуждыхъ организму бѣлковъ въ организмъ нормальнаго новорожденнаго, равно какъ и больного желудкомъ грудного младенца потому должно быть устранено, что бѣлокъ, проникая въ неизмѣненномъ видѣ въ кровеносную систему, обусловливаетъ специфическую реакцію организма, которая вредно дѣйствуетъ на общее его состояніе (Münchener medicinische Wochenschrift, № 34). *А. Коварскій.*

Бактеріологія. 733. *W. Hoffmann* (лабораторія *Rubner*'а) въ теченіи 2-хъ лѣтъ занимался вопросомъ о примѣненіи *картофеля, какъ питательной среды, для палочки бугорчатки*. Въ пробиркахъ, содержавшихъ пластинки картофеля, конденсаціонная вода замѣнялась различной крѣпости растворами глицерина, при чемъ самымъ подходящимъ оказался 10%-ный растворъ. Согласно установившимся уже взглядамъ, и у *Hoffmann*'а картофель оказался прекрасной питательной средой для палочки бугорчатки; ослабленіе ядовитости разводки при длительномъ ея храненіи на картофелѣ (при частыхъ пересѣвахъ) было не большее, какъ и на глицериновомъ агарѣ (Hygienische Rundschau, № 7). *Скшиванъ.*

734. При обезпложиваніи кэтгута въ безводномъ спиртѣ или, что лучше, въ ацетонѣ (при 120°) безусловно достигается его стерильность, сохраняется крѣпость, но очень часто теряется гибкость. Для сохраненія этой послѣдней необходима обработка кэтгута водой. *Triollet* описываетъ простой *приборъ*, при помощи котораго кэтгутъ, послѣ обезпложиванія въ ацетонѣ обрабатывается, по охлажденіи, желаемымъ количествомъ воды, безъ открыванія банки (Annales de l'Institut *Pasteur*, № 4). *Скшиванъ.*

735. *Remlinger* и *Mustapha* описываютъ 2 случая *паралитической формы бѣшенства у собакъ*; въ обоихъ случаяхъ заболѣваніе явилось слѣдствіемъ впрыскиванія яда въ вены. Явленія паралича, наступившія спустя недѣли 2 послѣ впрыскиванія, были выражены рѣзко, но въ обоихъ случаяхъ дѣло окончилось выздоровленіемъ. Распознаваніе бѣшенства подтверждено произведеннымъ обѣимъ собакамъ впрыскиваніемъ яда подъ твердую мозговую оболочку: послѣ перенесеннаго ранѣе заболѣванія обѣ собаки оказались невоспріимчивыми даже къ этому, самому вѣрному способу зараженія (Annales de l'Institut *Pasteur*, № 4). *Скшиванъ.*

Внутреннія болѣзни. 736. Д-ръ *Sharp* примѣнялъ съ лѣчебной цѣлью *вдыханія эманацій торія при легочныхъ болѣзняхъ*. Приборъ, которымъ онъ пользовался, состоялъ изъ стклянки, въ 500 к. стм., съ стеклянной пробкой и впаянными въ нее 2-мя трубками—одной почти до дна, другой—короткой, снабженной раструбомъ для плотнаго приставленія ко рту. Въ помѣщавшихся въ сосудѣ 500 к. стм. воды было растворено 100 грм. азотнокислаго торія; растворъ осредненъ амміакомъ. Спустя сутки съ момента приготовленія раствора уже можно начать вдыханія. Больные производили вдыханія по 1 часу, 1 разъ въ сутки. Послѣ вдыханій приборъ долженъ оставаться въ покоѣ въ теченіи около $^1/_2$-сутокъ для накопленія дѣятельнаго вещества въ достаточномъ количествѣ. Примѣненіе этого средства у 2-хъ больныхъ, заболѣванія которыхъ заставляли предполагать бугорчатку легкихъ (бугорчатковыя палочки въ одномъ случаѣ не удалось открыть, въ другомъ самое изслѣдованіе въ этомъ направленіи не производилось), имѣло послѣдствіемъ быстрое—въ 2 и 3 недѣли—поправленіе больныхъ, безуспѣшно лѣчившихся до того въ теченіи продолжительнаго времени другими средствами (British Medical Journal, 19 марта). *Л. Старокадомскій.*

737. Д-ръ *Bernhardt Fischer* (Bonn) сообщаетъ случай *жирокровія* съ такимъ значительнымъ содержаніемъ жира въ крови, которое до сихъ поръ еще не наблюдалось.

Больной, 26 л., сельскій рабочій, съ 1900 г. страдалъ рѣзко выраженнымъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ. Въ іюнѣ 1902 г. поступилъ въ глазную клинику въ Bonn'ѣ вслѣдствіе амбліопіи и образованія діабетической катаракты. Капля крови изъ пальца была шоколаднаго цвѣта; сыворотка слегка мутна; послѣ стоянія въ ней видны были жировыя капельки и зернышки, исчезавшія отъ прибавленія эѳира. 15/VI смерть отъ діабетической комы. На вскрытіи во всѣхъ сосудахъ, въ полостяхъ сердца кровь оказалась свѣтлою, молочнаго цвѣта; сосуды сальника, брыжейки и кишекъ до мельчайшихъ развѣтвленій были наполнены молочно-бѣлой массой и выступали какъ бѣлыя, лишь слегка желтоватыя полосы, толщиной отъ гусинаго пера до тончайшихъ волоконецъ.

Изслѣдованіе собранной въ большомъ количествѣ крови дало слѣдующіе результаты: воды 69,636%, уд. в. только 1014,4, т. е. ниже чистой сыворотки (1027—29); кровь содержала 18,129% жира; сухой остатокъ ея 11,825%; неорганическихъ солей 1,099%; эѳирная вытяжка содержала очень мало свободныхъ жирныхъ кислотъ; въ этой вытяжкѣ было, по меньшей мѣрѣ, 2,605% холестеарина, такъ что вся кровь содержала 0,478% холестеарина, т. е. почти въ 10 разъ больше нормальнаго. При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ различныхъ органовъ, окрашенныхъ осміевой кислотой или Sudan III, оказалось, что осміева кислота совершенно не окрашивала жиръ въ кровеносныхъ сосудахъ; жиръ лежалъ въ сосудахъ такъ густо, что весь просвѣтъ ихъ былъ равномѣрно выполненъ жировой массой; только въ мельчайшихъ капиллярахъ мѣстами видно было, что жиръ состоялъ изъ безчисленныхъ мельчайшихъ жировыхъ зернышекъ, иногда прерывавшихся красными кровяными шариками, при чемъ послѣдніе тоже окружены были мельчайшими жировыми зернышками. При окраскѣ Sudan III получались замѣчательно красивыя и полныя картины налитія ткани органовъ, превосходившія по проявленію мельчайшихъ капилляровъ всякія препараты инъекцій (*Virchow*'s Archiv, т. 172). *А. Н. Дмитріевъ.*

738. Проф. *H. E. Hering* (Prag) сообщаетъ нѣсколько случаевъ *безпрерывнаго 2 главаго пульса* («continuierliche Herzbigeminie»). *Hering* употребляетъ это выраженіе тамъ, гдѣ за одной 2-главой волной слѣдуетъ другая, тоже 2-главая, продолжается-ли это часы, недѣли или мѣсяцы. На основаніи ранѣе сообщенныхъ изслѣдованій автора,

2-главый пульсъ возникаетъ, когда нормальный циклъ сердечной дѣятельности укорачивается добавочной систолой (extrasystole). Такимъ образомъ 2-главому пульсу соотвѣтствуютъ 2 періода: укороченный нормальный и добавочный. Добавочная систола возникаетъ, когда раздраженіе дѣйствуетъ непосредственно на сердце; поэтому 2-главый пульсъ вызывается причинами, дѣйствующими непосредственно на мышцу, и представляетъ въ строгомъ смыслѣ мышечную неправильность дѣятельности сердца, а не нервную. Какъ примѣръ, можно привести одинъ изъ случаевъ автора.

Рабочій, 67 л., поступилъ въ клинику 24/x съ ракомъ желудка, легочной эмфиземой и бронхитомъ. Біеніе подложечной области; толчекъ на нормальномъ мѣстѣ невидимъ и неощутимъ. Тоны сердца очень тихи и глухи; слышнѣе всего они на нижнемъ концѣ грудины. Усиленный венный пульсъ предсердій. Артеріи нѣсколько тверды. Пульсъ 68—76, въ формѣ безпрерывнаго 2-главаго пульса; онъ былъ такимъ безпрерывно въ теченіи 17 дней (за это время было снято много кривыхъ). Послѣ 2-дневнаго пріема наперстянки (настойка ихъ 1,5) 2-главость пульса исчезла, и онъ сталъ правильнымъ.—Добавочная систола въ данномъ случаѣ возникала вслѣдствіе недостаточности праваго сердца, и исчезновеніе 2-главаго пульса нужно приписать укрѣпляющему дѣйствію наперстянки (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 79, 3 и 4). *А. Н. Дмитріевъ.*

Хирургическія болѣзни. 739. Д-ръ *Barr* во многихъ случаяхъ *воспаленія сывороточныхъ оболочекъ* съ большимъ количествомъ выпота, быстро возобновлявшагося послѣ удаленія его проколомъ, съ хорошимъ успѣхомъ *примѣнялъ адреналинъ.* Растворъ солянокислаго адреналина (1:1000) вводился въ полость плейры, перикардія, брюшины, тотчасъ по удаленіи сывороточнаго выпота. Въ полость плейры авторъ вводилъ 1 драхму раствора, въ брюшную полость—отъ 2—4 драхмъ; въ околосердечную сумку впрыскивалось меньше драхмы. Авторъ примѣнялъ также введеніе въ полость плейры и брюшины обезпложеннаго воздуха, одного или вмѣстѣ съ препаратомъ надпочечной железы. Въ одномъ изъ приводимыхъ случаевъ, касающемся бугорчатковаго воспаленія брюшины, потребовались повторныя впрыскиванія адреналина вмѣстѣ съ 1—2 литрами обезпложеннаго воздуха. Послѣ 3 проколовъ наступило выздоровленіе. Для впрыскиваній удобно пользоваться троакаромъ, трубка котораго снабжена 2-мя боковыми канюлями; изъ нихъ одна служитъ для удаленія жидкости изъ полости, черезъ другую-же вводится затѣмъ желаемое вещество (British Medical Journal, 19 марта). *Л.С.*

740. Д-ръ *Simon* (Birmingham) описываетъ рядъ болѣзненныхъ припадковъ, вызванныхъ *отраженнымъ путемъ со стороны неправильно развитой крайней плоти.*

1. 18-мѣсячный здоровый мальчикъ внезапно пересталъ ходить, жаловался на боль въ области тазобедреннаго сустава, волочилъ ногу. Объективно не найдено никакихъ измѣненій, кромѣ длинной и сросшейся крайней плоти. Произведена операція обрѣзанія; немедленное полное выздоровленіе.

2. 14-лѣтній мальчикъ долгое время безуспѣшно лѣчился отъ запора и сильныхъ кишечныхъ коликъ. По устраненіи замѣченнаго срощенія крайней плоти исчезли всѣ болѣзненныя явленія безъ помощи лѣкарственнаго лѣченія.

3. 3-лѣтній здоровый мальчикъ долгое время съ крикомъ просыпался каждую ночь и жаловался на боль въ животѣ. Послѣ неимѣвшаго успѣха лѣкарственнаго лѣченія было замѣчено срощеніе крайней плоти и съуженіе наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Хирургическое лѣченіе повело къ непосредственному стойкому исчезновенію припадковъ (British Medical Journal, 12 марта). *Л. Старокадомскій.*

741. Д-ра *Pinatelle* и *Rivière* (Lyon) наблюдали рядъ *болѣзненныхъ припадковъ*, послѣдовавшихъ за предохранительнымъ *впрыскиваніемъ противостолбнячной сыворотки.*

20 к. стм. сыворотки были введены подъ кожу 17-лѣтнему юношѣ, поранившему вилами ногу. Мѣсто укола было болѣзненно въ теченіи 5 дней. На 3-ій день послѣ впрыскиванія появилась на рукахъ сыпь въ видѣ рѣдкихъ, мелкихъ, розовыхъ пятнышекъ; нѣсколько дней спустя сыпь распространилась по всему тѣлу; больной слегъ. Спустя 2 недѣли отъ начала болѣзни появились сильныя боли во всѣхъ суставахъ конечностей, кромѣ пальцевыхъ суставовъ правой руки. Малѣйшее движеніе причиняло значительную боль; ни красноты, ни припухлости въ области суставовъ не было. Подмышковыя и паховыя железы той стороны, гдѣ было сдѣлано впрыскиваніе, были увеличены. Утр. 39°, веч. 40°. Сыпь, похожая на скарлатинную, держалась по всему тѣлу. Въ мочѣ были слѣды бѣлка. Назначено покойное положеніе, молочная діэта, салициловый натръ, по 5,0 въ сутки. Въ 5 дней всѣ болѣзненныя явленія исчезли (Gazette de hopitaux, 3 марта). *С.*

742. Проф. *Madelung* въ 1 случаѣ съ полнымъ успѣхомъ испробовалъ *внутрибрюшинное сдавленіе наружной подвздошной артеріи при лѣченіи травматическаго расширенія послѣдней.*

Дѣло шло о молодомъ человѣкѣ, который за 3 недѣли до поступленія получилъ ударъ ножомъ въ область, лежащую нѣсколько выше средины *Poupart*'овой связки. Изъ раны было сильное кровотеченіе, быстро остановившееся. Рана зарубцевалась. Поступилъ съ забрюшинно лежавшей, бившейся опухолью, съ 2 кулака. Чтобы справиться съ кровотеченіемъ, авторъ вскрылъ брюшную полость разрѣзомъ, проведеннымъ по срединѣ между пупкомъ и верхней передней остью подвздошной кости. Въ эту рану помощникъ ввелъ руку и все время операціи сдавливалъ общую подвздошную артерію. При операціи, произведенной совершенно безкровно, найдено было раненіе наружной подвздошной и внутренней надчревной артерій. Послѣ перевязки сосудовъ и расщепленія сосудистаго мѣшка наступило выздоровленіе, впрочемъ, съ омертвѣніемъ небольшого участка кожи на ногтевой фалангѣ большого пальца.

Такой способъ остановки кровотеченія испытанъ былъ еще только 2 хирургами: американскимъ хирургомъ *Mc Burney*'емъ въ 1901 г. при вылущеніи бедра и д-ромъ *Battle*'мъ въ 1898 г. при операціи расширенія ягодичной артеріи. По вѣрности дѣйствія способъ этотъ заслуживаетъ болѣе широкаго распространенія (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

Физіотерапія. 743. Проф. *Kromayer* (Berlin) *успѣшно лѣчилъ плѣшивость (alopecia areata) т. наз. холоднымъ желѣзнымъ свѣтомъ*, т. е. свѣтомъ электрическихъ лампъ съ желѣзными электродами. Этотъ свѣтъ отличается отъ обыкновеннаго свѣта вольтовыхъ дугъ съ угольными электродами тѣмъ, что онъ содержитъ сравнительно мало глубоко проникающихъ ультрафіолетовыхъ лучей и поэтому дѣйствіе его ограничивается лишь главнымъ образомъ кожицей. Другое отличіе «желѣзнаго» свѣта заключается въ томъ, что онъ не горячъ, такъ какъ желѣзные электроды постоянно охлаждаются водой. При примѣненіи его можно обойтись безъ давящей чечевицы и приближать электроды на разстояніе до 4 стм. къ поверхности кожи. Изъ 32 больныхъ ограниченной плѣшивостью, видѣнныхъ авторомъ за время съ 1/v 1903 г. по 1/iv 1904 г., онъ выбралъ для лѣченія желѣзнымъ свѣтомъ только 6, а именно тѣхъ, у которыхъ всѣ другіе способы лѣченія дали совершенно отрицательный результатъ. Такой выборъ случаевъ для оцѣнки способа лѣченія безусловно необходимъ, такъ какъ извѣстно, какъ часто этотъ видъ плѣшивости излѣчивается произвольно. Не смотря на то, что въ 2-хъ изъ этихъ случаевъ имѣлась плѣшивость полная (alopecia totalis), длившаяся уже нѣсколько лѣтъ, во всѣхъ случаяхъ получилось полное излѣченіе. Лѣченіе ведется такъ: Въ 1-ый день дѣйствію свѣта подвергалась лишь одна $^1/_2$ кожи головы такимъ образомъ, что электроды помѣщаются на разстояніи 5 стм. отъ кожи, при чемъ освѣщается участокъ кожи величиной съ небольшую ладонь. Каждый такой участокъ подвергается дѣйствію свѣта въ теченіи 4 минутъ при силѣ тока въ 15 амперовъ; такъ какъ $^1/_2$ поверхности кожи головы вмѣщаетъ около 10 такихъ участковъ, то общая продолжительность 1-го сеанса равна 40 мин. Результатомъ дѣйствія свѣта является покраснѣніе кожи, наступающее черезъ 6 часовъ послѣ дѣйствія свѣта. На слѣдующій день такимъ-же способомъ подвергается дѣйствію свѣта другая $^1/_2$ головы. На 3-ій день дѣйствіе свѣта направляется главнымъ образомъ на тѣ участки кожи, которые были достаточно освѣщены въ первые 2 дня. Эти участки, равно какъ и тѣ, которые были подвергнуты слишкомъ сильному дѣйствію свѣта, легко узнать по тому, что они отличаются по цвѣту отъ довольно равномѣрно краснаго общаго фона: первые блѣдны, вторые насыщенно красны. Для того, чтобы устранить отъ дѣйствія свѣта тѣ участки кожи, которые были уже достаточно и даже слишкомъ сильно освѣщены, ихъ покрываютъ слоемъ цинковаго тѣста, оставляя свободными тѣ мѣста, которыя желательно подвергнуть повторному дѣйствію свѣта. Черезъ 2—3 дня краснота начинаетъ ослабѣвать, и кожа принимаетъ болѣе темные оттѣнки; тогда повторяютъ вышеописанную процедуру еще разъ. Послѣ 8—9 сеансовъ дѣлаютъ перерывъ въ лѣченіи на $1^1/_2$—2 мѣсяца. Если по прошествіи этого промежутка времени обнаруживается, что результатъ лѣченія вполнѣ удовлетворителенъ, т. е. вся поверхность кожи покрывается волосами, то лѣченіе можно считать за-

конченнымъ; въ противномъ случаѣ оно повторяется еще разъ, при чемъ, конечно, дѣйствіе свѣта направляется, главнымъ образомъ, на тѣ участки кожи, на которыхъ ростъ волосъ оказался недостаточнымъ. Авторъ пользовался т. наз. Tripletlampe, изготовляемой Обществомъ «Sanitas» въ Berlin'ѣ. Для той-же цѣли можно пользоваться и лампой «Dermo» той-же фирмы. Авторъ считаетъ лѣченіе желѣзнымъ свѣтомъ наиболѣе дѣйствительнымъ и удобнымъ способомъ лѣченія плѣшивости (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 31). *А. Коварскій.*

Глазныя болѣзни. 744. Д-ръ *Kauffmann* (Cannstatt) сообщаетъ *случай посинѣнія соединительной оболочки и роговицы обоихъ глазъ* у конторщика отъ гектографскихъ *чернилъ*, брызнувшихъ сильной струей въ лицо.

Синеву кожи удалось смыть кусками ваты, смоченными въ алкоголѣ и эѳирѣ; слизистая оболочка рта и носа, тоже окрасившаяся въ синій цвѣтъ, обезцвѣтилась отъ полосканій и промываній слабымъ растворомъ алкоголя; отъ осторожныхъ обтираній кусочками ваты, смоченными въ алкоголѣ, исчезли и синія пятна на кожѣ вѣкъ. На самомъ же глазу, гдѣ роговая оболочка получила шагреневую поверхность, сквозь которую едва можно было различить радужную оболочку и зрачекъ, и зрѣніе понизилось до счета пальцевъ въ близкомъ разстояніи, авторъ не рѣшился примѣнить алкоголь, промыванія-же простой водой не оказывали никакого дѣйствія. Здѣсь обезцвѣчиваніе было получено въ нѣсколько дней отъ повторныхъ впусканій 2%-го борнаго вазелина, при чемъ эпителій роговицы отпадалъ цѣлыми лоскутами. По видимому, мазь эта вбирала въ себя краску, такъ какъ, по попаданіи за вѣки, она быстро синѣла. Послѣ нѣсколькихъ недѣль глаза пришли въ нормальное состояніе (Ophthalmologische Klinik, № 6; Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 14 апрѣля). *Р. Кацъ.*

745. Д-ръ *Rogman* указываетъ на *опасность вылущенія глаза при внутриглазной бугорчаткѣ*, приводя 9 случаевъ (въ томъ числѣ 1 собственный), въ коихъ *вылущеніе сопровождалось бугорчатковымъ пораженіемъ мозговыхъ оболочекъ съ смертельнымъ исходомъ*. Смерть наступала черезъ 19 дней, а самое позднее—черезъ 6 мѣс. послѣ вылущенія. Объяснить появленіе менингита въ этихъ случаяхъ можно либо тѣмъ, что это страданіе уже имѣлось до вылущенія глаза, находясь лишь въ скрытомъ состояніи, либо тѣмъ, что еще до операціи *Koch*'овскія палочки были занесены по влагалищамъ зрительнаго нерва, либо, наконецъ, такимъ образомъ, что само вылущеніе обусловливало распространеніе палочекъ въ черепную область. Послѣднее авторъ считаетъ наиболѣе вѣроятнымъ на основаніи того, что въ вылущенныхъ глазахъ бѣлочная оболочка оказывалась истонченной или сильно пропитанной или уже прободенной. Въ виду сказаннаго, д-ръ *Rogman* совѣтуетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ бѣлочная оболочка растянута и истончена, не ограничиваться вылущеніемъ глаза, а *опорожнять всю глазницу*, удаляя при томъ и надкостницу (Annales d'oculistique, августъ—сентябрь, 1903; Centralblatt für Augenheilkunde, мартъ). *Р. Кацъ.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ акушерства и женскихъ болѣзней. (Отчетъ *В. Г. Лѣсового*). (Продолженіе. См. № 37, стр. 1258). Засѣданіе 7-го января. Почетнымъ

предсѣдателемъ избранъ проф. *В. С. Груздевъ*, товарищемъ его *В. М. Онуфріевъ*.

Проф. *В. С. Груздевъ*, въ благодарственной рѣчи, относя оказанную ему честь всецѣло къ Казанскому Университету, представителемъ котораго онъ былъ, между прочимъ, сказалъ: Казанскій Университетъ представляетъ собой самый восточный форпостъ высшаго образованія во всей Европѣ, а еще недалеко то время, когда онъ былъ таковымъ и для всего Стараго Свѣта. Если принять, однако, въ разсчетъ лишь территорію нашего отечества, то окажется, что изъ всѣхъ русскихъ университетовъ Казанскій занимаетъ наиболѣе центральное положеніе. Это — маякъ, лучи котораго освѣщаютъ и европейскую, и азіятскую половины нашей родины. Вмѣстѣ съ тѣмъ Казанскій Университетъ является и однимъ изъ старѣйшихъ русскихъ университетовъ: осенью текущаго года исполнится ровно 100 лѣтъ съ тѣхъ поръ, какъ этотъ научный маякъ былъ зажженъ на берегахъ великой русской рѣки. Не буду распространяться о томъ, что сдѣлано за этотъ долгій срокъ Казанскимъ Университетомъ для русской науки и медицины вообще и для акушерства и гинекологіи въ частности. Упомяну лишь, что въ стѣнахъ Казанскаго Университета были такіе представители акушерско-гинекологической науки, какъ *Киттеръ*, *Славянскій*, *Флоринскій*, *Феноменовъ*. Упомяну далѣе, что питомцы Казанскаго Университета принимали и принимаютъ особенно видное участіе въ созиданіи того грандіознаго дѣла, которымъ по справедливости гордится Россія, — я разумѣю дѣло земской медицины. Одни эти факты даютъ мнѣ право надѣяться, что Вы не забудете предстоящаго въ Казани университетскаго праздника. Быть можетъ, нѣкоторымъ изъ Васъ обстоятельства позволятъ почтить послѣдній и своимъ личнымъ присутствіемъ. Смѣю завѣрить, что они явятся на нашемъ торжествѣ желанными, дорогими гостями.

А. Т. Богаевскій. Случай истиннаго бокового двуснастія; гипоспадія и коллоидная киста лѣваго яичника у мужчины; оваріотомія. Докладчикъ привелъ данныя о двуснастіи вообще и сообщилъ о своемъ крайне рѣдкомъ случаѣ.

Д-ръ *Ненадовичъ* просилъ пополнить клиническую картину данными на счетъ развитія скелета. Не было-ли т. наз. замѣняющихъ кровотеченій? Не проявлялась-ли въ чемъ-нибудь жизнедѣятельность яичника вообще?

Проф. *Рейнъ:* Анатомическое изслѣдованіе опухоли произведено д-ромъ *Редлихомъ* совмѣстно съ д-ромъ *Покровскимъ*; было высказано предположеніе, что опухоль должна быть отнесена къ тератомамъ. Изслѣдованія еще не закончены. У больного былъ половой членъ, яичко съ придаткомъ, а на опухоли—матка съ 2-мя *Fallopi*'евыми трубами и яичникомъ (?). *Neugebauer* собралъ 945 наблюденій двуснастія изъ литературы; по видимому, случаи эти не такъ рѣдки. Значеніе ихъ въ клиническомъ, бытовомъ и соціальномъ отношеніи—огромное.

Проф. *Груздевъ* отмѣтилъ интересъ случая и высказалъ предположеніе, что онъ является unicum въ медицинской литературѣ.

А. А. Редлихъ. Къ вопросу о патогенезѣ кистъ малыхъ срамныхъ губъ. На основаніи анатомо-патологическаго строенія малыхъ срамныхъ губъ, исторіи ихъ развитія, описанныхъ въ литературѣ случаевъ кистъ и своего случая кисты лѣвой малой срамной губы докладчикъ пришелъ въ выводу, что кисты эти по ихъ происхожденію можно раздѣлить на 2 группы: а) ретенціонныя (сальныхъ железъ, лимфатическія) и б) относящіяся къ типу кистаденомъ (по аналогіи съ кистомами яичника).

Проф. *Замшинъ* показалъ кисту правой малой губы, удаленную имъ 7 лѣтъ назадъ.

Ч. пр. *Поповъ* привелъ свой случай неправильности парауретральныхъ ходовъ, которые, будучи значительно расширены (они пропускали маточный зондъ), направлялись въ малыя срамныя губы. Не можетъ-ли такая неправильность быть источникомъ развитія кистъ малыхъ срамныхъ губъ?

Д-ръ *Ненадовичъ*: Отчего не предположить, что потовая железа перемѣстилась изъ большой срамной губы въ малую и образовала здѣсь кисту?

Д-ръ *Бурдзинскій* сообщилъ о случаѣ кисты малой губы, удаленной имъ 3 недѣли назадъ.

Докладчикъ замѣтилъ, что случай проф. *А. И. Замшина* ему извѣстенъ, но трудно здѣсь поставить патологоанатомическое распознаваніе за отсутствіемъ внутренняго покровнаго эпителія; можетъ быть, это была не киста, а отекъ малой губы. Гетеротопію потовой железы можно допустить, но кисты потовыхъ железъ не описаны еще въ литературѣ. Въ данномъ случаѣ не было основаній допускать и происхожденіе кисты изъ парауретральныхъ ходовъ.

К. К. Скробанскій. О развитіи яицъ и яичника млекопитающихъ. Половая железа зародыша свиньи, 12 мм. длиною, представляетъ небольшой бугорокъ, сидящій на внутренней и передней поверхности Вольфова тѣла. Вся масса его состоитъ изъ однообразныхъ ядеръ, разсѣянныхъ, по видимому, по всей протоплазмѣ. Очень рѣдко удается обнаружить зачатки соединительной ткани. Дальнѣйшій ростъ полового бугорка происходитъ за счетъ соединительной ткани. Вся масса железы есть зачатокъ паренхимы будущей половой железы (первичная паренхима). У зародышей въ 2—3 стм. длиною первичная паренхима распредѣляется соединительною тканью въ мужской железѣ на группы внутреннія и небольшое количество поверхностныхъ; въ женской железѣ, наоборотъ, на группы поверхностныя и небольшое количество глубокихъ. Въ дальнѣйшемъ группы поверхностныя въ мужской железѣ вытѣсняются развивающейся бѣлочной оболочкой, группы-же внутреннія даютъ начало извитымъ и прямымъ канальцамъ; въ женской железѣ развиваются группы поверхностныя (корковый слой яичника); внутреннія группы исчезаютъ. Съ ростомъ железы часть начальныхъ ядеръ, округляясь и увеличиваясь, принимаетъ характеръ половой клѣтки, которая послѣ развитія половой железы въ мужскую или женскую носитъ названіе либо сперматогонія, либо оогонія. Процессъ роста оогонія начинается въ самыхъ глубокихъ слояхъ корковаго слоя яичника и продолжается до тѣхъ поръ, пока всѣ оогоніи постепенно не перейдутъ въ ооциты. У свиньи послѣдніе оогонія вступаютъ въ періодъ роста, по видимому, уже

въ первые дни внѣзародышевой жизни. Благодаря врастанію соединительной ткани яичника изъ глубины въ наиболѣе глубоколежащія паренхиматозныя клѣтки, образуются первые зачаточные фолликулы, заключающіе въ себѣ ооцитъ съ большимъ круглымъ типическимъ ядромъ и нѣсколько окружающихъ ооцитъ кольцомъ, неопредѣлившихся клѣтокъ—будущую гранулезу *Graaf*'ова фолликула. Съ ростомъ яичника поверхностныя клѣтки его постепенно теряютъ первоначальный характеръ, а съ нимъ и способность давать новыя оогоніи, становясь ядрами спеціальнаго поверхностнаго эпителія, къ которому, какъ кажется автору, терминъ «Keimepithel—зародышевый эпителій» совершенно не приложимъ.

Проф. *В. С. Груздевъ:* Полученные докладчикомъ выводы такъ противорѣчатъ господствующимъ взглядамъ по данному предмету, что могутъ быть приняты лишь послѣ ихъ дальнѣйшей тщательной провѣрки.

В. А. Вастенъ показалъ *инструментъ для промыванія мочевого пузыря*, состоящій изъ Т-образной стеклянной трубки, на горизонтальныя части которой надѣвается резиновая трубка. При зажиманіи вертикальнаго колѣна трубки промывная жидкость течетъ изъ ирригатора въ мочевой пузырь; при зажиманіи резиновой трубки жидкость изъ мочевого пузыря вытекаетъ.

Проф. *В. С. Груздевъ* отмѣтилъ цѣлесообразность и простоту показаннаго инструмента.

Г. Э. Бонштедтъ. О гедоналъ-хлороформномъ наркозѣ. На основаніи 14 случаевъ гедоналъ-хлороформнаго наркоза докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Гедоналъ возбуждаетъ дѣятельность сердца. 2. Переходъ отъ гедоналоваго сна къ хлороформному происходитъ безъ возбужденія и при ничтожной затратѣ хлороформа. 3. За время хлороформнаго наркоза пульсъ остается полнымъ и ровнымъ; состояніе зрачка и рефлексъ съ роговицы служатъ мѣриломъ глубины наркоза. 4. Какъ до наступленія сна, такъ и послѣ операціи больныя обыкновенно бываютъ весело настроены. 5 Затрата хлороформа во время наркоза самая незначительная (въ теченіи часа около 23,0). 6. Рвота и тошнота появляются какъ во время наркоза, такъ и въ послѣоперацiонномъ періодѣ только въ исключительныхъ случаяхъ. 7. Гедоналъ-хлороформный наркозъ даетъ, по видимому, возможность хлороформировать больныхъ даже съ рѣзкими пороками сердца. Обычно давали 3,0 гедонала за $1^1/_2$ часа до начала операціи.

Е. Д. Подгорецкій. Къ вопросу о смѣшанномъ гедоналъ-хлороформномъ наркозѣ. На основаніи 18 случаевъ гедоналъ-хлороформнаго наркоза у женщинъ докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. При гедоналъ-хлороформномъ наркозѣ сонъ наступаетъ быстрѣе, чѣмъ при употребленіи одного лишь хлороформа. 2. Количество хлороформа, необходимое для усыпленія больной, а также для поддержанія наркоза, меньше. 3. Какого-нибудь неблагопріятнаго дѣйствія на сердце и дыханіе не наблюдалось; напротивъ, замѣченъ лучшій по качеству пульсъ, чѣмъ это бываетъ при употребленіи одного хлороформа. 4. Послѣнаркотизаціонная рвота наблюдается значительно рѣже. 5. 2,0 гедонала (у женщинъ) достаточно, чтобы выгодное дѣйствіе его вполнѣ выразилось. 6. Въ виду трудной всасываемости гедонала лучше давать его заблаговременно (не менѣе какъ за часъ) передъ началомъ хлороформированія.

Проф. *С. П. Ѳедоровъ* ни въ одномъ изъ своихъ 100 случаевъ не наблюдалъ послѣ гедоналъ-хлороформнаго наркоза какихъ-либо осложненій со стороны сердца и дыханія.

Д-ръ *Вертель* спросилъ, когда приступать къ хлороформированію, черезъ 1—2 часа послѣ пріема гедонала или послѣ того какъ больная уснетъ?

Д-ръ *Какушкинъ*: Крайне важно рѣшить вопросъ—получается ли здѣсь при сравнительно маломъ количествѣ хлороформа полный наркозъ, опредѣляемый обычными признаками со стороны глаза, или больные не препятствуютъ дѣйствіямъ оператора, будучи лишь въ состояніи неполнаго усыпленія?

Проф. *Рейнъ* напомнилъ судьбу цѣлаго ряда средствъ, предложенныхъ вмѣсто хлороформа и затѣмъ заброшенныхъ. Необходимы тысячи наблюденій, чтобы высказаться окончательно. Проф. *Р.* не потерялъ ни одного больного отъ чистаго хлороформнаго наркоза.

Проф. *Груздевъ:* Несомнѣнно, гедоналъ-хлороформный наркозъ заслуживаетъ дальнѣйшаго испытанія въ практикѣ. Даже 100 случаевъ этого наркоза, о которыхъ говорилъ проф. *С. П. Ѳедоровъ*, слишкомъ мало для безповоротнаго рѣшенія вопроса о практичности этого вида наркоза.

Засѣданіе 8-го января. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *С. К. Оленинъ*, товарищемъ его *Б. В. Вертель*.

В. Ѳ. Ѳедоровъ. Случай сифилиса послѣда. Литературныя данныя и изслѣдованія 40 слишкомъ сифилитическихъ послѣдовъ привели докладчика къ слѣдующимъ положеніямъ: 1. Послѣдъ при сифилисѣ можетъ подвергаться цѣлому ряду измѣненій, опредѣляемыхъ на основаніи микроскопическихъ изслѣдованій. 2. Измѣненія эти, являясь во многихъ случаяхъ дов. характерными для сифилиса, могутъ иногда встрѣчаться и тамъ, гдѣ ни со стороны матери, ни со стороны плода указаній на сифилисъ нѣтъ. 3. Наиболѣе доказательнымъ для сифилиса послѣда на основаніи длиннаго ряда изслѣдованій слѣдуетъ признать особое измѣненіе стромы и эпителія ворсинъ. 4. Точно также на основаніи многочисленныхъ изслѣдованій образованіе гуммъ послѣда нужно причислить къ величайшимъ рѣдкостямъ, такъ какъ всѣ описанныя до сихъ поръ подъ видомъ гуммъ измѣненія не могутъ быть по праву отнесены къ группѣ сифилитическихъ гранулемъ. 5. Случай докладчика слѣдуетъ признать такимъ, гдѣ подъ вліяніемъ сифилиса у матери въ плодовой части послѣда произошло развитіе просовидныхъ гуммъ, строеніе которыхъ, хотя и имѣетъ нѣкоторыя особенности, но тѣмъ не менѣе не оставляетъ сомнѣнія въ специфическомъ происхожденіи.

Д-ръ *Купидоновъ* сообщилъ случай, гдѣ проф. *Петровымъ* также установлено было при помощи микроскопа гуммозное страданіе послѣда. *К.* совѣтуетъ примѣнять противосифилитическое лѣченіе въ случаѣ рожденій мертвыхъ плодовъ.

Д-ръ *Каменская-Щепетова* въ случаѣ частыхъ выкидышей или преждевременныхъ родовъ проводитъ противосифилитическое лѣченіе.

Проф. *Рейнъ* замѣтилъ, что описанія гуммъ послѣдовъ, имѣющіяся въ литературѣ, внушаютъ сомнѣнія въ ихъ достовѣрности. Интересно было-бы выяснить, какія условія благопріятствуютъ развитію гуммъ въ послѣдѣ?

Докладчикъ замѣтилъ, что въ случаѣ д-ра *Купидонова*, вѣроятнѣй всего, послѣдъ былъ не гуммознаго характера, такъ какъ патологія послѣда 20 лѣтъ назадъ была разработана чрезвычайно недостаточно, чтобы поставить истинное патологоанатомическое распознаваніе. При повторныхъ выкидышахъ докладчикъ высказывается за желательность специфическаго лѣченія беременной.

Л. Ѳ. Ненадовичъ. Половая анэстезія у женщинъ. Общимъ припадкомъ различныхъ формъ половой анэстезіи, которыхъ докладчикъ принимаетъ 8, служитъ половая нечувствительность, далеко не всегда сопровождающаяся безплодіемъ. Извѣстные виды половой нечувствительности могутъ вызывать кольпитъ, эндометритъ, метритъ, неправильность мѣсячныхъ, отсутствіе ихъ, вагинизмъ, нейрастенію, истерію и т. д. Распознаваніе не должно ограничиваться установленіемъ одной половой нечувствительности; необходимо отыскать основную причину ея. Предсказаніе въ отдѣльныхъ случаяхъ различно и сводится приблизительно къ слѣдующему: врожденныя и органическія, даже пріобрѣтенныя, формы половой анэстезіи, caeteris paribus, болѣе стойки; пріобрѣтенныя и функціональныя разстройства проходятъ скорѣе; т. наз. абсолютныя формы неизлѣчимы, а функціональная половая анэстезія можетъ поддаться лѣченію. Послѣднее должно быть направлено какъ противъ остальныхъ причинъ, такъ и противъ припадковъ болѣзни. Общее укрѣпленіе организма, въ особенности нервной системы, имѣетъ здѣсь громадное значеніе. Успокоить половую сферу можно: 1) извѣстнымъ режимомъ, 2) теплыми ваннами въ предѣлахъ тазовой области, 3) гальванизаціей, 4) лѣкарственными средствами соотвѣтствующаго свойства. Раздражать ее можно: 1) извѣстнымъ режимомъ, 2) фарадическимъ токомъ, 3) холоднымъ обмываніемъ наружныхъ половыхъ частей, 4) холоднымъ душемъ въ области крестца и половыхъ частей, 5) горячими шприцеваніями влагалища, 6) введеніемъ въ шеечный каналъ разбухающихъ веществъ, 7) лѣкарственными средствами соотвѣтствующаго свойства, 8) углекислотой въ видѣ углекислыхъ и ваннъ изъ сухого углекислаго газа. Курортное лѣченіе больныхъ половой анэстезіей можетъ дать хорошіе результаты.

Д-ръ *Пальмовъ*: Половая анэстезія у женщинъ иногда бываетъ однимъ изъ условій распространенія проституціи. На амбуляторный пріемъ въ деревенской практикѣ являются женщины съ жалобой на болѣзненность или холодность въ половыхъ сношеніяхъ; мужъ, не получая удовлетворенія въ половой жизни дома, ищетъ его на сторонѣ.

Д-ръ *Лѣсовой*: Выслушанный докладъ представляетъ большой теоретическій интересъ. Половая анэстезія, какъ серьезная форма, въ земской участковой практикѣ встрѣчается рѣдко и во всякомъ случаѣ не въ такой степени, чтобы заставить крестьянку лѣчиться. Я безусловно протестую противъ того, что половая анэстезія ведетъ къ проституціи въ деревняхъ. Во всякомъ случаѣ, больныя такого рода, въ особенности если въ основѣ заболѣванія лежитъ разстройство нервной системы, должны направляться къ спеціалистамъ по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ.

Проф. *Замшинъ*: Въ интересахъ больной въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ гинекологу совѣтоваться съ нейропатологомъ и наоборотъ, въ виду, съ одной стороны, ложныхъ психонейропатическихъ явленій, съ другой—патологическихъ явленій въ области половой сферы, которыми половая анэстезія сопровождается такъ часто.

Д-ръ *Бродскій:* Такихъ больныхъ можно раздѣлить на 2 группы: одна—съ органическими заболѣваніями, другая—съ функціональными. Съ цѣлью уменьшенія функціональнаго разстройства со стороны половой сферы слѣдуетъ въ деревняхъ поднять сознаніе личности женщинъ, дать имъ соотвѣтствующее развитіе, чтобы онѣ могли бороться съ предразсудками и требованіями невѣжественной среды. Въ городахъ женщина должна стать независимой въ матеріальномъ отношеніи отъ мужчинъ, для чего слѣдуетъ поднять профессіональное образованіе женщинъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

1-ый Съѣздъ Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ [1]).

(Продолженіе. См. № 15, стр. 548).

(Соединенное со Съѣздомъ хирурговъ засѣданіе 30-го декабря 1903 г.).

Ч. пр. *Г. Ф. Цейдлеръ. Объ острой непроходимости кишекъ въ связи съ заболѣваніями женскихъ половыхъ органовъ.* (См. № 5, стр. 157).

Проф. *Замшинъ* сообщилъ о наблюдавшейся имъ непроходимости, развившейся въ случаѣ запущеннаго раковаго перерожденія фиброміомы матки.

Проф. *Снегиревъ* на послѣднюю тысячу чревосѣченій не имѣлъ ни одного случая непроходимости кишекъ, а въ 1-ой тысячѣ такихъ случаевъ было 13. По его мнѣнію, это происходитъ отъ усовершенствованія и строгаго проведенія аутопластики, употребленія оленьихъ жилъ для шитья, отъ меньшей продолжительности операціи и, наконецъ, отъ того, что во время операціи щадится та часть брюшины, гдѣ находятся тонкія кишки.

Д-ръ *Александровъ*: За 6 лѣтъ, въ Смоленской губернской земской больницѣ оперированы 33 больныхъ съ припадками непроходимости кишечника, изъ которыхъ женщинъ было 5. Общій % смертности—60, за вычетомъ-же больныхъ, оперированныхъ in extremis,—50. По формамъ непроходимости кишечника только въ 1 случаѣ отмѣчена странгуляція кишечной петли въ тяжахъ. На основаніи данныхъ Смоленской больницы, вліяніе гинекологическихъ заболѣваній на образованіе непроходимости кишечника небольшая. Нѣкоторыя гинекологическія операціи (ventrofixatio etc), обширный по типу *Mikulicz*'а и продолжительный дренажъ брюшной полости могутъ способствовать происхожденію непроходимости кишекъ.

Проф. *Снегиревъ*, примѣняя дренажъ въ 300 случаяхъ на 1000, ни разу не наблюдалъ непроходимости кишекъ. Онъ находитъ вполнѣ цѣлесообразнымъ измѣненіе положенія больной въ послѣоперационномъ періодѣ для предупрежденія смѣщенія кишекъ.

Проф. *Муратовъ* считаетъ одной изъ причинъ образованія непроходимости кишекъ неосторожное обращеніе съ послѣдними во время самой операціи и нетщательное послѣдовательное расправленіе сальника. Онъ не наблюдалъ ни одного случая непроходимости кишекъ, какъ слѣдствіе чревосѣченія. Дренажъ *Mikulicz*'а былъ всегда очень у мѣста и широко примѣняется проф. *М.* только либо изъ стерилизованной марли, либо изъ ксероформной, такъ какъ іодоформная давала иногда отравленія. Проф. *М.* является также горячимъ сторонникомъ промыванія или, какъ онъ выражается, вливанія въ брюшную полость нормальнаго раствора соли при чревосѣченіяхъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это представляется нужнымъ.

Проф. *Груздевъ*: Строгое соблюденіе правилъ асептики, тщательная аутопластика и устраненіе массовыхъ лигатуръ предупреждаютъ образованіе кишечной непроходимости. Кромѣ того, проф. *Г.* обратилъ вниманіе на широко примѣняемое имъ при чревосѣченіяхъ промываніе брюшной полости *Locke*'овскою жидкостью, что также является предохранительной мѣрой противъ непроходимости кишекъ. На основаніи своихъ наблюденій и данныхъ опытовъ, произведенныхъ д-ромъ *Перимовымъ*, проф. *Г.* думаетъ, что брюшная полость послѣ промыванія не содержитъ тѣхъ воспалительныхъ сращеній, которыя, какъ видно изъ доклада, играютъ видную роль въ возникновеніи непроходимости кишекъ послѣ чревосѣченій.

Проф. *Рейнъ*: Промываніе брюшной полости при чревосѣченіяхъ много разъ предлагалось, испытывалось и въ заключеніе большею частью отвергалось въ силу присущихъ этому способу неудобствъ и опасностей. Можно и безъ промыванія привести статистику цѣлаго ряда брюшныхъ чревосѣченій съ неменѣе благопріятными результатами. Затѣмъ жидкость *Locke*'а не совсѣмъ соотвѣтствуетъ той пропорціи, въ которой соли находятся въ крови человѣка.

Проф. *Груздевъ*: Систематическое промываніе брюшной полости при чревосѣченіяхъ, въ томъ видѣ, въ какомъ оно примѣняется мною, не производилось раньше никѣмъ и имѣетъ главною цѣлью борьбу съ гнилостнымъ началомъ, а не предохраненіе оперированныхъ отъ непроходимости кишекъ; затѣмъ, давая употребляемой мной промывной жидкости названіе *Locke*'овской, я вовсе не хочу этимъ опредѣлить ея составъ, а лишь указываю тотъ принципъ, который положенъ въ основу ея приготовленія: *Locke* производилъ свои опыты на сердцахъ кроликовъ и потому бралъ растворы минеральныхъ солей въ той пропорціи, въ какой онѣ содержатся въ сывороткѣ кроличьей крови; я-же, имѣя дѣло съ людьми, беру растворъ солей въ той пропорціи, въ какой онѣ содержатся въ сывороткѣ крови человѣка.

Д-ръ *Юцевичъ*: Я наблюдалъ 3 раза разсасываніе шелковыхъ лигатуръ послѣ гастро энтеростоміи при повторныхъ операціяхъ; причина разсасыванія, можетъ быть, лежитъ отчасти и въ способѣ приготовленія шелка. Въ настоящее время едва-ли можно сомнѣваться въ преимуществѣ влажной асептики передъ сухой. Если кролику вскрыть брюшную полость, затѣмъ погрузить кишки его въ растворъ 0,75 поваренной соли и 0,25 соды и черезъ нѣсколько часовъ зашить брюшную стѣнку, то получается выздоровленіе безъ сращеній; между тѣмъ какъ при сухой операціи животныя погибаютъ, и при вскрытіи у нихъ находятъ обширныя сращенія.

Проф. *Снегиревъ*: 17 уже лѣтъ я пользуюсь промываніемъ брюшной полости послѣ чревосѣченій, какъ мѣрой очищающей и поправляющей пульсъ и дыханіе, и, кромѣ хорошаго, ничего другого отъ такого промыванія не видѣлъ.

Д-ръ *Юцевичъ:* На 26 случаевъ непроходимости кишекъ было 6 женщинъ и 20 мужчинъ, при чемъ непроходимости вслѣдствіе гинекологическихъ заболѣваній я не встрѣчалъ. По мнѣнію д-ра *Ю.* дѣленіе кишечной непроходимости на непроходимость просвѣта и непроходимость петли удобнѣе, такъ какъ въ это дѣленіе укладываются всѣ случаи. Послѣ удаленія большихъ опухолей происходитъ опусканіе желудка и перегибъ кишечно-селезеночной складки брюшины (flexurae colico-lienalis) что, несомнѣнно, можетъ вызвать непроходимость кишечника.

Проф. *Отмъ:* Въ противоположность мнѣнію проф. *Снегирева* я думаю, что выгода влагалищнаго чревосѣченія (extirpatio uteri) заключается въ томъ, что при этомъ менѣе возможно получить непроходимость кишечника. Доказательствомъ можетъ служить мой матеріалъ, обнимающій безъ малаго 800 влагалищныхъ чревосѣченій, при чемъ не было ни одного случая непроходимости кишечника. Техническая сторона тампонады брюшной полости по *Mikulicz*'у сопряжена съ большими невыгодами для больныхъ; изъ этихъ невыгодъ главной является обязательно наступающая возможность сращеній тѣхъ кишечныхъ петель, которыя прилегаютъ къ тампону. Для устраненія этого крупнаго недостатка я видоизмѣнилъ способъ тампонады въ томъ направленіи, что при операціяхъ на органахъ малаго таза конецъ тампона вывожу чрезъ влагалище (задній сводъ), благодаря чему невыгоды способа *Mikulicz*'а сводятся до minimum'а.

Д-ръ *Гиммельфарбъ*: Упреки, выставляемые тампонадѣ по *Mikulicz*'у, не вполнѣ состоятельны, такъ какъ образующіяся въ началѣ сращенія впослѣдствіи, по видимому, всасываются, въ чемъ я могъ убѣдиться въ 2-хъ случаяхъ вторичнаго чревосѣченія, гдѣ при первыхъ чревосѣченіяхъ была примѣнена тампонада по *Mikulicz*'у. Въ случаяхъ осложненія тазового перитонита неправильными положеніями матки (retroflexio и retroversio uteri fixata) задняя кольпотомія не устраняетъ неправильности положенія органа. Въ такихъ случаяхъ д-ръ *Г.* дѣлаетъ чревосѣченіе по *Pfannenstiel*'ю и по отдѣленіи сращеній и той или иной операціи на придаткахъ производитъ внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ. Д-ръ *Г.* въ теченіи 1903 г. сдѣлалъ 20 чревосѣченій по *Pfannenstiel*'ю съ хорошимъ результатомъ.

Проф. *Дьяконовъ*, резюмируя пренія, высказалъ, что причина непроходимости кишекъ въ связи съ гинекологическими заболѣваніями—до извѣстной степени въ нашихъ рукахъ. Помимо приведенныхъ возражателями этіологическихъ условій непроходимости кишекъ, можно указать также на *Trendelenburg*'овское положеніе больныхъ, при которомъ происходитъ перемѣщеніе кишекъ, способное вызвать ихъ непроходимость. Проф. *Д.* очень охотно прибѣгаетъ къ марлевому дренажу по *Mikulicz*'у, но только стерилизованному, такъ какъ іодоформъ есть сердечный ядъ, больные же, подвергаемые чревосѣченію, требуютъ особаго вниманія къ ихъ сердечной дѣятельности; при болѣе частомъ производствѣ операцій чрезъ брюшную стѣнку, а не черезъ влагалище, по мнѣнію проф. *Д.*, непроходимость кишечника встрѣчалась-бы рѣже. Въ заключеніе проф. *Д.* подчеркнулъ цѣле-

[1]) По независѣвшимъ отъ насъ обстоятельствамъ мы вынуждены были прервать печатаніе отчета о работахъ Съѣзда на продолжительный срокъ. Возобновляя теперь его печатаніе, чтобы дать возможность читателямъ «Русскаго Врача» составить себѣ возможно цѣльное представленіе о происходившемъ на Съѣздѣ, усердно просимъ ихъ великодушно извинить намъ это промедленіе. *Ред.*

сообразность совмѣстнаго обсужденія поднятаго докладчикомъ вопроса хирургами и гинекологами. *В. Лѣсовой.*

(Продолженіе слѣдуетъ).

CXI. *Памяти проф. В. Н. Рейтца.*

Не успѣли мы, русскіе педіатры, оправиться отъ тяжелой потери въ лицѣ незабвеннаго *Нила Ѳедоровича Филатова*, какъ надняхъ должны были опустить въ могилу столь виднаго представителя нашей науки, какимъ былъ покойный директоръ и главный врачъ Елисаветинской клинической больницы для малолѣтнихъ дѣтей профессоръ Еленинскаго клиническаго Института *Владиміръ Николаевичъ Рейтцъ*. Нѣтъ, конечно, ни одного русскаго врача, который не зналъ-бы имени *Н. Ѳ. Филатова*, но нѣтъ также ни одного русскаго педіатра, кому не было-бы извѣстно имя *В. Н. Рейтца*. Скажу больше, было время, и еще недавнее, когда русскій врачъ, желавшій познакомиться съ дѣтскими болѣзнями и научиться лѣченію ихъ, находилъ себѣ единственное пособіе въ книгѣ покойнаго: «Введеніе къ изученію болѣзней дѣтскаго возраста» (1879 г.). Помню, какъ 20 лѣтъ назадъ, будучи студентомъ и взявшись за изученіе дѣтскихъ болѣзней, первой соотвѣтствующей книгой, которую я нашелъ на русскомъ языкѣ, была вышеупомянутая книга *В. Н. Рейтца*. Какъ долго была эта книга настольной какъ у меня, такъ и у другихъ моихъ товарищей и какъ много эта книга оказывала намъ помощи своими теоретическими и особенно практическими указаніями и свѣдѣніями! Конечно, теперь уже имѣются различныя, иногда весьма слабыя, подражанія въ видѣ тѣхъ или другихъ общихъ и частныхъ терапій дѣтскаго возраста, но онѣ написаны теоретиками, безъ клиническаго опыта, и потому-то оригиналъ *В. Н. Рейтца* среди всѣхъ другихъ плохихъ копій, безъ сомнѣнія, и въ настоящее время долженъ быть поставленъ на первомъ мѣстѣ.

Посмотримъ, какова была научная подготовка покойнаго, ознакомимся съ его научной жизнью, и мы увидимъ, что его научная проповѣдь не ограничилась составленіемъ упомянутой книги и что заслуги его для русской педіатріи гораздо большія.

Покойный *В. Н. Рейтцъ* — ученикъ Медико-Хирургической Академіи, курсъ которой онъ окончилъ въ 1860 г., и, награжденный за успѣхи серебряной медалью, былъ оставленъ на 3 года при Академіи для усовершенствованія. Избравъ своей спеціальностью дѣтскія болѣзни, онъ въ теченіи 3-хъ лѣтъ работалъ подъ руководствомъ проф. *А. Я. Крассовскаго*, который въ то время, за отсутствіемъ спеціальной каѳедры, преподавалъ и дѣтскія болѣзни. Результатомъ занятій *В. Н.* въ клиникѣ и въ Воспитательномъ домѣ явилась весьма интересная и цѣнная въ то время диссертація «О значеніи термометріи въ дѣтскихъ болѣзняхъ» (1863 г.). По окончаніи срока оставленія при Академіи *В. Н.* былъ назначенъ военнымъ врачемъ въ полкъ, но уже въ 1865 г. былъ командированъ съ научной цѣлью за границу, гдѣ и оставался въ теченіи 3-хъ лѣтъ, все время работая въ клиникахъ и лабораторіяхъ современныхъ научныхъ свѣтилъ и создалъ тамъ слѣдующія работы: 1) Untersuchungen über die künstlich erzeugte croupöse Entzündung der Luftröhre. Wien, 1867 г. 2) Ueber die passiven Wanderungen von Zinnoberkörnchen durch den thierischen Organismus. Wien, 1868 г. 3) Beiträge zur Kenntniss des Baues der Placenta des Weibes, 1868 г. (Всѣ 3 работы напечатаны въ отчетахъ засѣданій Вѣнской Академіи наукъ LV и LVII). По возвращеніи изъ-за границы *В. Н.* въ томъ-же 1869 г. избранъ былъ директоромъ и главнымъ врачемъ строившейся въ то время 2-ой въ Россіи дѣтской больницы—Елисаветинской клинической для малолѣтнихъ дѣтей. Съ большой энергіей принялся онъ за организацію новаго учрежденія, что и удалось ему, хорошо знакомому съ учрежденіями Запада, сдѣлать блестящимъ образомъ, хотя пришлось положить при этомъ массу труда, такъ какъ въ первое время всю работу по пріему и веденію больныхъ приходилось вести ему самому съ 1—2-мя сотрудниками. Этотъ-то трудъ, безъ сомнѣнія, и сослужилъ огромную службу для *В. Н.*, давъ ему большой клиническій опытъ и основательное знакомство съ терапіей дѣтскихъ болѣзней, въ результатѣ чего и явилось черезъ 10 лѣтъ его работы въ больницѣ 1-ое изданіе упомянутаго выше «Введенія къ изученію дѣтскихъ болѣзней» (1879 г.), быстро разошедшееся въ продажѣ и потребовавшее въ 1883 г. 2-го изданія, а въ 1895 г. 3-го. Въ первые-же годы своихъ трудовъ на новомъ поприщѣ, находясь подъ свѣжимъ и тяжелымъ впечатлѣніемъ своихъ занятій въ Воспитательныхъ домахъ, въ которыхъ въ то время (въ 60-хъ годахъ) смертность была огромная, и считая значительной причиной этого гуманизированное оспопрививаніе, поставленное въ то время дѣйствительно очень плохо, *В. Н.* явился рѣзкимъ и твердымъ критикомъ этого вопроса, посвятивъ ему 4 статьи, которыя, несомнѣнно, дали значительный толчекъ къ усовершенствованію техники и повели къ уничтоженію прививки отъ ребенка къ ребенку. Въ началѣ 80-хъ годовъ *В. Н.* издалъ в. интересную монографію «Дифтерія» (1880 г. 148 стр.), богатую какъ теоретическими, такъ и практическими и статистическими данными. Все это, вмѣстѣ взятое, создало *В. Н.* имя ученаго-педіатра, ученаго съ твердыми, самостоятельными убѣжденіями и потому, неудивительно, что *В. Н.* избранъ былъ почетнымъ консультантомъ и предсѣдателемъ Собранія всѣхъ консультантовъ Максимиліановской Лѣчебницы, консультантомъ по в.-учебнымъ Заведеніямъ, и наконецъ въ 1890 г. почетнымъ профессоромъ Еленинскаго клиническаго Института. Будучи уже директоромъ и профессоромъ въ такой больницѣ, черезъ которую при немъ прошли болѣе 30000 постоянныхъ больныхъ и до 1.000000 приходящихъ, *В. Н.* всѣмъ и каждому, желавшему научиться, давалъ возможность пользоваться этимъ богатѣйшимъ матеріаломъ, не разбирая ни эллиновъ, ни іудеевъ, и всѣмъ и всегда помогалъ и словомъ и дѣломъ, дѣлясь своими знаніями и опытомъ и дѣлая все возможное для пріобрѣтенія для работающихъ приборовъ, инструментовъ, научныхъ пособій и т. п., въ результатѣ чего и появились ученики *В. Н.* во всѣхъ концахъ нашей пространной родины и болѣе 100 вышедшихъ изъ больницы научныхъ трудовъ.

Въ этомъ, повторяю, заслуга *В. Н.* въ дѣлѣ развитія педіатріи у насъ въ Россіи очень большая, и мы должны преклониться передъ свѣжей могилой человѣка, который, при всѣхъ своихъ высокихъ научныхъ достоинствахъ, былъ еще болѣе высокихъ достоинствъ общечеловѣческихъ — былъ свѣтлой и удивительно честной и скромной личностью. Скажемъ ему въ послѣдній разъ: прощай, благородный ученый, прощай милый и добрый обл[illegible] доброжелатель и учитель!

Проф. *Дм. Соколовъ.*

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Ralph Vincent, The nutrition of the infant, London, Baillière, Tindall a. Cox, 1904, стр. 295 ц. 10/п.

Далеко невсегда посвященіе ученаго труда оказывается достойнымъ и цѣннымъ воздаяніемъ. Въ текущей литературѣ приходится встрѣчать подарки, отъ которыхъ вѣетъ то простой формальностью, то желаніемъ сдѣлать пріятное, то, что хуже всего, саморекламированіемъ. Просмотрѣвъ внимательно книгу, заголовокъ, которой приведенъ выше, я, къ большому удовольствію, не могъ найти въ ея посвященіи ни одного изъ названныхъ побужденій и склоненъ полагать, что огромная заслуга Бостонскаго проф. *Th. M. Rotch*'а, предложившаго видоизмѣненіе коровьяго молока образцовыхъ фермъ, какъ наилучшій замѣститель молока женскаго, нашла въ авторѣ искренняго сторонника и убѣжденнаго послѣдователя. Здѣсь имя *Rotch*'а не призывается всуе, и сжато, ясно и толково составленный трудъ лишній разъ доказываетъ, что мы не совсѣмъ справедливы въ нашемъ отношеніи къ американскимъ врачамъ, считая ихъ слишкомъ увлекающимися. Высокая предпріимчивость и обиліе средствъ даютъ Новому Свѣту возможность творить дѣла, поражающія совершенствомъ техники и грандіозностью. Достаточно назвать Walker-Gordon'овскую ферму и лабораторію и принять во вниманіе высокія качества сырого молока, доставлявшагося изъ Америки въ Парижъ на всемірную выставку, чтобы, не колеблясь, признать умѣнье американцевъ быстро и точно воплощать добытыя наукой истины въ практическія формы.

Не смотря на малый размѣръ труда, я остановлюсь на немъ нѣсколько подробнѣе потому, что въ немъ имѣется рядъ оригинальныхъ воззрѣній и выводовъ, знакомство съ которыми полезно не для однихъ только спеціалистовъ. Нельзя, прежде всего, не согласиться съ тѣмъ положеніемъ, что нормальныя количества отдѣляемаго грудными железами, въ опредѣленные промежутки времени, молока почти всегда говорятъ въ пользу нормальнаго состава. Описанныя *Söldner*'омъ азотистыя вытяжныя начала, неизвѣстнаго пока состава (unknown extractives), содержатся въ болѣе значительномъ количествѣ въ женскомъ молокѣ, чѣмъ въ коровьемъ, при чемъ по *Hutchinson*'у вещества эти служатъ пищей мозговой ткани, обусловливая большую или меньшую степень «intelectual capacity». Указываемыя для кормящихъ грудью 6 различныхъ меню, съ цѣлью измѣнить составъ молока, едва ли могутъ имѣть серьезный практическій интересъ, такъ какъ собственнымъ опытомъ я на каждомъ шагу убѣждался и убѣждаюсь въ томъ, внѣ спора стоящемъ, положеніи, что при кормленіи ребенка грудью матери мы обязаны пустить въ ходъ всѣ отъ насъ зависящія мѣры, чтобы не нарушать основного закона природы, тогда какъ одной перемѣной пищи кормилицы въ рѣдкихъ лишь случаяхъ удается устранить диспепсію ребенка. Пріятно слышать, что авторъ, вопреки мнѣнію французскихъ врачей, считаетъ вновь наступившую беременность противупоказаніемъ къ дальнѣйшему кормленію грудью. На счетъ матерей высшихъ общественныхъ слоевъ говорится, что онѣ не могутъ кормить грудью въ силу антагонизма между образомъ жизни и отправленіемъ железъ. Такимъ объясненіемъ какъ-бы оправдывается и безъ того распространенное среди нихъ стремленіе къ уклоненію отъ священнаго долга матери. Слѣдуетъ только внести необходимыя поправки въ жизнь, и антагонизмъ исчезнетъ. Обращено серьезное вниманіе на важный фактъ разжиженія молока при слишкомъ продолжительныхъ промежуткахъ между прикладываніями ребенка къ груди. Приведены 3 убѣдительныхъ случая, гдѣ душевныя волненія кормящей грудью рѣзко измѣняли составъ молока. Небольшая глава отведена описанію нервности коровы и обусловливаемымъ ею измѣненіямъ въ составѣ молока. Совершенно напрасно подчеркивается значеніе прибавляемой къ коровьему молоку щелочи съ цѣлью предупрежденія процесса скисанія, такъ какъ при этомъ всегда можно, что называется, пересолить и вызвать далеко нежелательную нейтрализацію желудочнаго сока. Видоизмѣненное молоко *Th. M. Rotch*'а имѣетъ, по автору, огромное преимущество въ томъ, что представляетъ полную свободу дѣйствій, сообразно случаю и личнымъ условіямъ. При этомъ способѣ дѣйствительно, возможно сочетаніе «clinical elasticit'y» съ «scientific precision».

Поставлено, и совершенно справедливо, на видъ то обстоятельство, что неправильно производимое вскармливаніе ребенка можетъ не вызывать болѣзни, но дѣлаетъ организмъ неустойчивымъ ко всякаго рода вреднымъ вліяніямъ. Удобопонятно и ясно изложены такіе вопросы, какъ бактеріологія молока и желудочно-кишечнаго канала, химія пищеваренія, роль энзимовъ. Недостатокъ въ пищѣ жировъ признается причиной, которая можетъ вызывать рахитизмъ, хотя убѣдительныхъ для того доказательствъ не имѣется. Нѣсколько преувеличены качества молочнаго сахара сравнительно съ обыкновеннымъ, хотя при этомъ упущена изъ виду способность молочнаго сахара при долгомъ стояніи легко подвергаться разложенію и пріобрѣтать противный вкусъ; не говорю уже о его несравненно меньшей сладости. Напрасно высказано мало основательное положеніе относительно запоздалаго прорѣзыванія зубовъ въ томъ смыслѣ, что оно не доказываетъ наличности рахитизма даже въ случаѣ выхода первыхъ зубовъ въ концѣ грудного періода. Выражаясь такимъ образомъ, авторъ противорѣчитъ прочно установленнымъ воззрѣніямъ (*Fleischmann*'а рахитъ челюстей). При описаніи общаго упадка питанія д-ръ *Vincent* справедливо замѣчаетъ, что хорошая упитанность дѣтей и даже ихъ тучность еще не исключаютъ узкогрудія. Оригиналенъ взглядъ на недостаточное поступленіе въ организмъ жира, какъ на главную причину рахитизма, и отсюда вытекающій способъ лѣченія—давать жиръ per os и путемъ втиранія его въ кожу. Въ послѣдней главѣ приведены очень цѣнныя данныя о дѣтской заболѣваемости и смертности, согласно указаніямъ англійскихъ авторовъ. Издана книга безупречно.

Проф. *И. Троицкій.*

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CI. М. Г.! Собраніе врачей, состоящихъ на службѣ городского общественнаго Управленія гор. Херсона, въ одномъ изъ послѣднихъ засѣданій обсуждало печальный инцидентъ, происшедшій со старшимъ врачемъ Средне-Азіатской желѣзной дороги, *Николаемъ Петровичемъ Забусовымъ,* безпричинно и предательски избитымъ по приказанію начальника Закаспійской казачьей бригады ген.-майора Ковалева, и постановило: выразить крайнее сожалѣніе по поводу случившагося, товарищеское сочувствіе невинно пострадавшему *Николаю Петровичу Забусову* и свое негодованіе къ г. Ковалеву, допустившему безпримѣрную въ исторіи человѣческихъ отношеній, возмутительно дикую, жестокую расправу. Вмѣстѣ съ тѣмъ Собраніе выражаетъ полную увѣренность, что кара правосудія не минетъ виновника, носящаго высокій титулъ.

Заявленіе это просимъ перепечатать какъ медицинскіе, такъ и другіе журналы и газеты.

Санитарный врачъ *В. А. Меводіевъ,* участковые врачи: *М. И. Гринбергъ, М. М. Каминскій, М. С. Зархе,* врачъ городской амбуляторіи *С. М. Берлинерблау,* школьные врачи *Г. Д. Астраханъ* и *Д. И. Богуславскій.*

Херсонъ. 4-го сентября 1904 г.

CII. М. Г.! До моего свѣдѣнія дошло, что въ составленномъ мною и напечатанномъ въ январѣ текущаго года на средства «Ялтинской Санаторіи для недостаточныхъ чахоточныхъ больныхъ въ память Императора Александра III» 2-мъ медицинскомъ отчетѣ, по распоряженію Коммиссіи, вырѣзаны первыя 12 страницъ. Вмѣсто нихъ, вкладывается печатный листокъ слѣдующаго содержанія: «1-я часть означеннаго отчета исключена, какъ не относящаяся къ медицинской части, по постановленію Коммиссіи, состоявшейся 14 апрѣля сего года, журнальнымъ постановленіемъ за № 27».

Въ виду того, что это объясненіе можетъ ввести въ заблужденіе читателей отчета, и для того, чтобы всякому можно было судить, поскольку Коммиссія была права въ своемъ заключеніи, прошу не отказать напечатать въ «Русскомъ Врачѣ» все исключенное [1]).

М. Демпель.

Вмѣсто предисловія.

Запоздалое появленіе медицинскихъ отчетовъ Ялтинской Санаторіи для недостаточныхъ чахоточныхъ больныхъ въ память Императора Александра III произошло по независѣвшимъ отъ меня обстоятельствамъ. Они были написаны своевременно. Въ 1-мъ отчетѣ о состояніи и оборотахъ денежныхъ средствъ временной Коммиссіи по устройству означенной санаторіи на 12-й стр., внизу, сказано, что д-ръ *К. П. Оржеповскій* оставилъ службу въ санаторіи 1/I 1903 г. Это—опечатка. Днемъ его ухода было 31/XII 1901 г., а моего поступленія 1/I 1902 г. Сожалѣю, что при печатаніи 1-го медицинскаго отчета не сочли нужнымъ прислать мнѣ корректурныхъ листовъ. (Съ 16/XI 1903 г. въ санаторіи я больше не служу). Помимо имѣющихся въ немъ опечатокъ, я могъ-бы исправить случайную погрѣшность при объясненіи, чѣмъ я руководствовался, опредѣляя степень болѣзни. Я пользовался схемой, предложенной Германскимъ имперскимъ санитарнымъ вѣдомствомъ, о чемъ подробнѣе говорю ниже. Вступительное слово упомянутаго денежнаго отчета (стр. 1—12) составлено по порученію начальницы санаторіи, кн. М. В. Барятинской, секретаремъ санаторіи А. Г. Корляковымъ, и за имѣющіяся въ немъ преувеличенія, неточности и т. п. я не отвѣчаю. Что же касается заключительныхъ словъ этого вступленія, то, поскольку они относятся ко мнѣ, я долженъ ихъ отклонить.—*М. Демпель.*

Описаніе санаторіи.

Зданія Ялтинской Санаторіи для недостаточныхъ чахоточныхъ больныхъ въ память Императора Александра III расположены на южномъ склонѣ земли, пожертвованной Государемъ Императоромъ Николаемъ II изъ имѣнія удѣльнаго вѣдомства «Массандра» въ количествѣ 19 съ небольшимъ десятинъ. Земля эта непосредственно примыкаетъ къ городу Ялтѣ, съ одной стороны къ старому кладбищу, а съ другой къ Воронцовской слободкѣ. Почва камениста и не богата растительностью. Передъ построенными домами и на крутомъ скатѣ земли, находящемся передъ ними, деревьевъ нѣтъ; въ верхнихъ частяхъ владѣнія преобладаютъ дубки и кое-гдѣ попадаются сосны. На упомянутомъ скатѣ посажено нѣсколько сотъ небольшихъ елочекъ и сосенъ, отпущенныхъ казною безплатно. Дома санаторіи поставлены приблизительно въ шашечномъ порядкѣ съ тѣмъ разсчетомъ, чтобы фасады ихъ, обращенные на югъ, не загораживались и по возможности не затѣнялись другъ другомъ. 3 двухэтажныхъ дома предназначены для 36 больныхъ, каждый на 12 и 1 для 6. Выстроены они изъ сѣраго дикаго камня (мраморовидный известнякъ), который находится на отведенномъ участкѣ въ изобиліи. Всѣ комнаты больныхъ съ находящимися передъ ними верандами, на которыхъ они проводятъ большую часть дня, обращены прямо на югъ и сравнительно хорошо защищены отрогами Яйлы отъ сѣверозападныхъ и сѣверныхъ вѣтровъ. По отношенію къ сѣверовосточнымъ защита значительно хуже, а противъ остальныхъ ея нѣтъ. Мнѣ кажется, что, если-бы дома были обращены не прямо на югъ, а съ небольшимъ поворотомъ къ Ю.-Ю.-З., этимъ устранилось-бы въ замѣтной степени вліяніе упомянутыхъ вѣтровъ, особенно-же восточныхъ. Зданія санаторіи стоятъ много выше шоссе и, находясь отъ послѣдняго на значительномъ разстояніи, хорошо защищены отъ его пыли. 3 большихъ дома имѣютъ въ средней своей части выступы на сѣверъ и на югъ. Въ каждомъ изъ нихъ, обращенномъ на сѣверъ, находятся въ 1-мъ этажѣ ванная (29,0 к. м.), во 2-мъ—комната для сестры милосердія (35,2 к. м.) и лѣстницы; въ южный выдаются 2 среднія комнаты для больныхъ. По обѣимъ сторонамъ послѣднихъ выступовъ имѣются веранды, застекленныя съ боковъ (съ востока и запада). Каждая веранда предназначена для 3-хъ смежныхъ комнатъ, двери которыхъ выходятъ на нее, и имѣетъ объемъ, равный 100,77 к. м., т. е. по 33,59 к. м. на каждаго больного. Въ маленькомъ домѣ выступаютъ впередъ крайнія комнаты и такимъ образомъ защищаютъ образованную между ними веранду съ востока и запада. Кубическое содержаніе воздуха этой веранды равняется 213 к. м., т. е. по 35,59 к. м. на каждаго. Стѣны внутри зданія и потолки выбѣлены. Углы стѣнъ закруглены. Полы въ комнатахъ деревянные и покрыты масляной краской. Полы на верандахъ асфальтовые; въ корридорахъ и ванныхъ прокрашены по асфальту. Оконныя рамы и двери на веранды вездѣ двойныя. Надъ послѣдними сдѣланы фрамуги. Во избѣжаніе излишней тяги мнѣ казалось-бы полезнымъ сдѣлать на нихъ боковыя проволочныя сѣтки (щечки). Двери въ корридоръ безъ тамбуровъ. Я считалъ-бы необходимымъ устроить послѣдніе въ виду того, что открываніе дверей при постоянно открытыхъ фрамугахъ и нашихъ Крымскихъ вѣтрахъ очень часто сопровождается чрезмѣрно сильнымъ сквознякомъ. Корридоры боковые и освѣщены окнами съ сѣвера. Имѣютъ 4 двери на югъ и по одной на западъ и востокъ. Вслѣдствіе этого крайнія комнаты стали больше, но зато у нихъ по 3 наружныхъ стѣны, что, принимая во вниманіе сильную теплопроводность мѣстнаго камня и не вполнѣ удовлетворительное устройство отопленія, въ значительной степени вліяетъ на охлажденіе ихъ, особенно въ зимніе вѣтренные дни. Въ каждомъ домѣ имѣется отдѣльная небольшая комнатка для мытья плевальницъ и собиранія мокроты въ ведра съ опилками для послѣдующаго сжиганія. Размѣры комнатъ колеблются отъ 52,2 к. м. до 78,7. Каждая комната предназначена только для одного больного, и это вполнѣ резонно. Необходимо, чтобы больной, которому надо жить въ санаторіи довольно долго, чувствовалъ себя въ ней, по возможности, какъ дома. Для того, чтобы онъ пользовался покоемъ, не воображаемымъ, а дѣйствительнымъ, его надо, между прочимъ, избавить отъ сожителей, независимо отъ того, докучливы они или нѣтъ, подходятъ по характеру, образованію, міровоззрѣнію или нѣтъ. Кромѣ того, надо считаться и съ осложненіями, какъ напр. кровохарканье, и съ тѣмъ, какъ оно будетъ вліять и на того, и на другого. Словомъ, я являюсь убѣжденнымъ сторонникомъ предоставленія каждому больному бугорчаткой, гдѣ только позволяютъ средства, отдѣльной комнаты. Я не могу только оправдать излишней щедрости, допущенной въ этомъ отношеніи въ Ялтинской санаторіи. Если-бы вмѣсто большихъ комнатъ въ 74 и 78,7 к. м. построить ихъ всѣ, напр. въ 52,2, что значительно превышаетъ требуемую норму и то, что имѣется даже въ нѣкоторыхъ дорогихъ частныхъ санаторіяхъ, то въ каждомъ домѣ можно было имѣть на 4 комнаты больше, а въ 3-хъ на 12. Комнаты для горничныхъ устроены въ большихъ домахъ въ мансардахъ, обра-

[1]) Охотно исполняемъ желаніе товарища: вырѣзываніе напечатанныхъ уже страницъ отчета, почему-либо не понравившихся власть имущимъ,—явленіе исключительное даже и при нашихъ условіяхъ свободы слова. *Ред.*

щены на сѣверъ и отапливаются желѣзными печами. Комната для горничной въ маленькомъ домѣ находится въ первомъ этажѣ, но черезъ чуръ мала, имѣетъ 19,5 к. м. Комната для сестры милосердія въ этомъ-же домѣ также меньше тѣхъ, что въ большихъ. Ея кубическое содержаніе воздуха равно 36,5 к. м. Въ ванной того же домика 23,8 к. м. Обстановка комнатъ для больныхъ и сестеръ милосердія состоитъ изъ большого шкафа съ отдѣленіями для носильнаго платья и бѣлья, большого письменнаго стола съ наклеенной, вмѣсто сукна, клеенкой, малаго стола, желѣзной кровати съ пружинной сѣткой, мраморной тумбочки, зеркала, вѣшалки и нѣсколькихъ вѣнскихъ стульевъ. Вся мебель—ясеневая, покрыта лакомъ. Кромѣ перечисленнаго имѣется плетеный боченокъ для грязнаго бѣлья [1]), корзинка для сора и плетеное кресло, на которомъ лежатъ травяныя сидѣнье и спинка въ чехлахъ изъ тика. На верандахъ стоятъ плетеные круглые столы, кресла и кушетки. На кушеткахъ лежатъ травяные матрацы въ чехлахъ (матрацы на кроватяхъ тоже травяные). Нужно сказать, что набивка травою не удовлетворяетъ назначенію: всѣ эти вещи дѣлаются въ скоромъ времени очень жесткими. Подъ голову прежде клались валики, также набитые травою. Я счелъ необходимымъ въ виду неоднократныхъ жалобъ больныхъ на то, что валики эти очень жестки и вообще неудобны, замѣнить ихъ подушками. Кушетки довольно тяжелы и для ихъ передвиженія пока еще нѣтъ соотвѣтствующихъ приспособленій. Полагаю, что ихъ лучше имѣть изъ дерева или металлическихъ трубъ, чѣмъ изъ плетеныхъ прутьевъ. Тогда онѣ прочнѣе и ихъ легче содержать въ чистотѣ. Желательно также, чтобы кушетки были снабжены подвижными изголовьями. Взамѣнъ предполагавшихся дорогихъ деревянныхъ жалюзи, я предложилъ сдѣлать обыкновенныя шторы, наматывающіяся на металлическомъ стержнѣ. Онѣ сшиты изъ тика и помѣщены между рамами. На верандахъ, для защиты отъ солнца и дождя, шторъ пока еще нѣтъ. Въ санаторіи имѣются канализація и водопроводы. Вода отпускается изъ удѣльнаго имѣнія Массандра безплатно и проведена во всѣ комнаты, что очень удобно, такъ какъ позволяетъ каждому больному имѣть собственный умывальникъ. Послѣдніе сдѣланы изъ мрамора, имѣютъ опрокидывающуюся фаянсовую чашку и снабжены внизу стеклянными сифонами. Устройство ихъ обошлось-бы болѣе чѣмъ вдвое дешевле, если-бы ихъ сдѣлали проще (безъ мрамора и откидныхъ чашекъ). Интересы больныхъ при этомъ, конечно, нисколько не пострадали-бы. Отопленіе водяное, низкаго давленія, въ каждомъ корпусѣ отдѣльное. Нельзя сказать, чтобы оно было устроено безупречно. Въ крайнихъ комнатахъ, о которыхъ я упоминалъ уже выше, температура въ холодные и вѣтреные дни, несмотря на закладывавшуюся съ вечера топку, понижалась къ утру до 7°—6° и даже 5°. Въ общемъ температура комнатъ держалась въ предѣлахъ 8°—12°. Въ маленькомъ-же домѣ она всегда была значительно выше, отъ 10° до 16°. Провѣтриваніе устроено также не вполнѣ удовлетворительно. Поступающій воздухъ пропускается черезъ камеру, которая находится въ подвальномъ помѣщеніи рядомъ съ топкой и отъ послѣдней герметически не отдѣлена. Вслѣдствіе этого по провѣтривающимъ трубамъ поднимался воздухъ, загрязненный дымомъ топки и газообразными продуктами отъ сгоранія угля, сжиганія мокроты съ картонными плевальницами и т. п. И, если воздухъ въ комнатахъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ былъ чистъ и свѣжъ, то зависѣло это главнымъ образомъ отъ того, что провѣтриваніе комнатъ происходило чрезъ постоянно открытыя фрамуги и благодаря частому и продолжительному открыванію оконъ и дверей. Для освѣщенія устроена электрическая станція, но она, по недостатку средствъ, въ отчетномъ сезонѣ не работала. Комнаты больныхъ освѣщались стеариновыми свѣчами; корридоры, столовая, гостинная, а также и дворъ—керосиновыми лампами. Кромѣ перечисленныхъ домовъ, имѣются еще слѣдующія каменныя постройки: домикъ для сторожа и кухня съ помѣщеніями для служащихъ. При электрической станціи устроены отдѣленія для прачешной, гладильни и обеззараживающей комнаты. Нельзя сказать, чтобы устройство ихъ вполнѣ удовлетворяло назначенію. Тоже касается и ихъ оборудованія, что, впрочемъ, можно объяснить недостаткомъ средствъ. При стиркѣ бѣлья ограничивались кипяченіемъ отъ ½-часа до часа. Шерстяныя и тому подобныя вещи отсылались для обеззараживанія въ городскую камеру. Комнаты обеззараживались мытьемъ половъ и орошеніемъ стѣнъ растворами сулемы и карболовой кислоты. Стѣны, кромѣ того, бѣлились. На ночь больнымъ выдавались картонныя плевальницы, которыя вмѣстѣ съ находившейся въ нихъ мокротой, а также мокротой изъ карманныхъ плевальницъ, собирались въ ведра, при чемъ пересыпались опилками, и сжигались. Мѣстомъ для прогулокъ больныхъ служилъ главнымъ образомъ рядомъ находящійся великолѣпный паркъ удѣльнаго имѣнія «Массандра»; на собственной-же землѣ пѣшеходныя дорожки пока еще не разбиты. Передъ однимъ изъ домовъ устроена большая площадка для игры въ крокетъ.

Условія пріема и правила санаторіи.

При устройствѣ санаторіи имѣлось въ виду принимать въ нее только тѣхъ больныхъ, которые «подаютъ надежду на выздоровленіе» и находятся въ т. наз. «начальныхъ формахъ». Поэтому въ названіи ея надо было бы, по моему мнѣнію, слово «чахоточныхъ» замѣнить словомъ «легочно-туберкулезныхъ». Здѣсь я считаю умѣстнымъ сообщить, чѣмъ я руководствовался при пріемѣ больныхъ. Въ виду неполноты присылавшихся медицинскихъ свидѣтельствъ и проистекавшей отсюда трудности, а порой и невозможности, составить себѣ представленіе о больномъ, а также и для сбереженія времени, которое непроизводительно тратилось-бы на переписку по поводу полученія тѣхъ или иныхъ дополнительныхъ свѣдѣній, я долженъ былъ завести опросные листы по образцу существующихъ нѣмецкихъ. Листы эти вмѣстѣ съ правилами санаторіи высылаются всякому, заявившему о желаніи быть принятымъ [1]). Передъ вопросами помѣщено примѣчаніе, въ которомъ въ общихъ чертахъ говорится о томъ, какіе больные считаются подходящими и какіе не принимаются [2]). Въ виду того, что выраженіе «подающіе надежду на выздоровленіе» слишкомъ обще, я счелъ нужнымъ прибавить «въ относительно короткій (мѣсяцевъ 6—9) срокъ». Иначе это выраженіе можетъ быть принято черезчуръ широко, ибо одинъ надѣется на выздоровленіе при многолѣтнемъ лѣченіи, а другой видитъ надежду тамъ, гдѣ ея нѣтъ или почти нѣтъ и т. д. Другія внесенныя мною измѣненія имѣютъ частное значеніе, и о нихъ я не буду говорить. Долженъ только прибавить, что выставленныя условія пріема больныхъ, по понятнымъ причинамъ, не носятъ и не могутъ носить характера категорическаго императива и представляютъ лишь основанныя на опытѣ пожеланія, къ выполненію которыхъ, въ интересахъ дѣла, приглашаются и врачи, и общество.

[1]) Помимо этого, не мѣшало-бы завести еще мѣшки, какъ это имѣется во многихъ санаторіяхъ.

[1]) Правила для больныхъ санаторіи составлены моимъ предшественникомъ д-ромъ *К. П. Оржеповскимъ*; имъ-же введено распредѣленіе дня, заимствованное изъ санаторіи Алландъ, подъ Баденомъ, близь Вѣны, гдѣ уважаемый товарищъ занимался. Въ томъ и другомъ я сдѣлалъ незначительныя измѣненія.

[2]) Неудобство помѣщенія этого примѣчанія слишкомъ очевидно, чтобы объ этомъ стоило говорить. Но, такъ какъ выкинуть его нельзя, желательно, чтобы врачи *сами* присылали эти свидѣтельства (заказнымъ письмомъ) или, по крайней мѣрѣ, присылали отдѣльно тѣ дополнительныя свѣдѣнія, которыя они почему-либо не нашли возможнымъ помѣстить на листѣ, передаваемомъ больному.

CIII. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ. Земскіе врачи Макарьевскаго уѣзда, Нижегородской губ., въ засѣданіи врачебнаго Совѣта 29-го августа постановили выразить чрезъ «Русскаго Врача» глубокое и искреннее сочувствіе многоуважаемому товарищу *Николаю Петровичу Забусову*, сдѣлавшемуся жертвою грубаго и возмутительнаго насилія во время исполненія имъ своего врачебнаго долга.

Секретарь врачебнаго Совѣта *М. Дурмашкинъ*.

С. Лысково, Нижегородской губ. 6 го сентября 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1848. 13-го сентября телеграфъ повѣдалъ міру в. грустную вѣсть: 12-го (25) сентября въ Kjövenhavn'ѣ на 44-мъ году жизни *скончался проф. N. Finsen*, открывшій способъ свѣтового лѣченія.

1849. Глубокоуважаемый проф. *М. М. Волковъ*, и. д. директора Женскаго Медицинскаго Института, по поводу нашей замѣтки объ ординарныхъ профессорахъ Института (см. № 37, стр. 1262), любезно указалъ намъ на *допущенную нами неточность*: до назначенія ординарными профессорами Института штатными его профессорами были *всѣ 14 перечисленныхъ въ замѣткѣ лицъ*, а не 12, и потому въ дополнительныхъ выборахъ надобности не было.

1850. На медицинскій факультетъ Варшавскаго Университета поступили *66 слушателей* («Kronika lekarska», 15 сентября), Одесскаго—*85* («Южное Обозрѣніе», 2 сентября).

1851. Съ текущаго осенняго ½-годія на медицинскомъ факультетѣ въ Одессѣ введено *преподаваніе бактеріологіи, какъ обязательнаго предмета*, для студентовъ 5-го и 6-го семестровъ. Преподаваніе это поручено факультетомъ ч. пр. *Л. А. Тарасевичу*.

1852. Въ бою подъ Ляояномъ *контуженъ* старшій врачъ 18-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка *Тарасовъ* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 12 сентября).

1853. По словамъ «Восточнаго Обозрѣнія» (28 августа), врачи и фельдшера, состоящіе ратниками ополченія 2-го разряда, главнымъ Штабомъ *отъ призыва освобождены*, а призванные подлежатъ увольненію.

1854. Отбыли на Дальній Востокъ: 4-го сентября изъ Петербурга *резервный санитарный отрядъ* Евгеніевской Общины Краснаго Креста въ составѣ 2 врачей и 20 сестеръ милосердія («Русскія Вѣдомости», 8 сентября); 10-го сентября изъ Петербурга-же *санитарный отрядъ* Георгіевской Общины Краснаго Креста въ составѣ 1 врача и 23 сестеръ милосердія («Новое Время», 11 сентября) и 5 *санитарныхъ летучихъ (конныхъ) отрядовъ* въ составѣ 1 врача, 1 завѣдующаго хозяйствомъ, 3 фельдшеровъ, 8 санитаровъ и 2 казаковъ каждый («Русскія Вѣдомости», 12 сентября).

1855. Московской губернской земской Управой получено офиціальное увѣдомленіе о томъ, что Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ удовлетворено ходатайство, возбужденное исполнительной Коммиссіей общеземской организаціи объ отмѣнѣ циркулярнаго распоряженія Министерства внутреннихъ дѣлъ, которымъ

пріостанавливалось дальнѣйшее присоединеніе земствъ къ *общеземской организаціи по удовлетворенію санитарныхъ нуждъ дѣйствующей на Дальнемъ Востокѣ арміи* («Русскія Вѣдомости», 8 сентября).

1856. Изъ Самарской губерніи *призваны въ дѣйствующія войска земскіе врачи* слѣдующихъ уѣздовъ: Самарскаго—3, Ставропольскаго—1, Бугульминскаго—2, Бугурусланскаго—2, Бузулукскаго—1, Новоузенскаго—1. Кромѣ того, изъ Новоузенскаго земства отправлены 2 врача съ отрядами Курскаго земства и Краснаго Креста («Самарская Газета», 4 сентября).

1857. *Изъ земскихъ врачей Харьковской губ. ушли на войну* 23, изъ нихъ 18 призваны въ армію, какъ состоявшіе въ запасѣ, и 5 отправились съ земскими отрядами. Фельдшеровъ призвано болѣе 90 («Врачебная хроника Харьковской губ.», № 7).

1858. «Przegląd lekarski» (24 сентября) сообщаетъ, что за послѣдніе дни изъ Царства Польскаго *взяты на войну* свыше 50 врачей (въ томъ числѣ изъ Варшавы—30).

1859. Жители района ст. Еваново Московско-Виндаво-Рыбинской ж. дороги изъявили желаніе принять въ с. Наташинѣ на все время войны *20 больныхъ и раненыхъ воиновъ* на полное содержаніе съ врачебнымъ уходомъ («Правительственный Вѣстникъ», 8 сентября).

1860. Саратовское губернское земское Собраніе въ засѣданіи своемъ 26-го августа постановило ходатайствовать передъ правительствомъ объ освобожденіи отъ призыва на военную службу медицинскаго персонала Саратовской губ. *на то время, пока губернія будетъ находиться на положеніи, угрожаемомъ по холерѣ*. Въ виду этого, по словамъ «Саратовскаго Дневника» (3 сентября), губернская Управа обратилась съ просьбой къ уѣздной сообщить ей, сколько врачей, кто именно и изъ какихъ участковъ за все время войны были призваны или добровольно пошли съ отрядами Краснаго Креста и сколько фельдшеровъ призвано по всему уѣзду? Кромѣ того, Управа проситъ сообщить ей, найдены-ли замѣстители и кто именно для вакантныхъ участковъ?

1861. Слѣдующія частныя лѣчебницы въ Одессѣ предложили мѣстному Управленію Краснаго Креста на все время военныхъ дѣйствій *безплатныя кровати* съ полнымъ содержаніемъ и лѣченіемъ раненымъ офицерамъ: лѣчебница для нервно- и душевнобольныхъ д-ра *Дрознеса*—3 кровати, такая-же лѣчебница д-ра *Штейнфинкеля*—2, лѣчебница для хирургическихъ, кожныхъ и мочеполовыхъ больныхъ д-ровъ *Гринфельда*, *Назарова* и *Тырмоса*—3, такая-же лѣчебница д-ровъ *Ауслендера*, *Маргуліеса* и *Тригера*—1 и лѣчебница хирургическая и акушерско-гинекологическая д-ра *Тригера*—2.

1862. 7-го сентября въ Москвѣ открытъ *лазаретъ*, устроенный военными дамами на 20 коекъ. Жены и дочери офицеровъ приняли на себя обязанности сестеръ милосердія («Биржевыя Вѣдомости», 8 сентября).

1863. «Сибирская Жизнь» (4 сентября) приводитъ краткое содержаніе доклада д-ра *Р. П. Ростошинскаго* объ *организаціи врачебной части на Китайско-Восточной желѣзной дорогѣ*, прочитаннаго въ медицинскомъ Обществѣ въ Харбинѣ. При переходѣ въ эксплоатацію дорога, протяженіемъ въ 2400 в. и съ населеніемъ въ 63000 чел., раздѣлилась на 19 медицинскихъ участковъ; въ каждомъ изъ нихъ было по больницѣ съ 20—50 и до 70 койками въ каждой, въ коихъ работало 28 врачей, кромѣ 2 прикомандированныхъ врачей пограничной стражи, 16 акушерокъ и 100 фельдшеровъ, большею частью ротныхъ, изъ нихъ 85 при врачахъ и 15 на пунктахъ при фельдшерскихъ пріемныхъ покояхъ. Число коекъ въ больницахъ на линіи доходило до 600, а вмѣстѣ съ центральной Харбинской больницей (она безъ участка) до 804; дѣйствительное-же число по среднему ежедневному разсчету за 2-ую ½ 1903 г. до 1026. При центральной больницѣ было 7 врачей, 1 акушерка, 21 фельдшеръ и 6 сестеръ милосердія. Кромѣ больницъ и пріемныхъ фельдшерскихъ покоевъ на линіи, на 20 станціяхъ построены холерные и чумные бараки.

1864. Д-ръ *В. В. Фаверъ* внесъ въ Правленіе Пироговскаго Общества слѣдующее предложеніе: «Не можетъ-ли Пироговское Общество взять на себя задачу *собирать* различные *матеріалы, свѣдѣнія, наблюденія, относящіяся къ настоящей войнѣ*, чтобы къ слѣдующему Съѣзду представить накопленный матеріалъ, который, несомнѣнно, будетъ имѣть и научный, и живой общественный интересъ и для врачей, и для публики. Подготовительный матеріалъ составился-бы изъ предметовъ военно-санитарнаго обихода и снаряженій, изъ предметовъ, привезенныхъ съ театра войны, имѣющихъ санитарный или медицинскій интересъ, напр., оружіе и его дѣйствіе, фотографическіе снимки, таблицы болѣзненности, смертности и видовъ помощи и пр., и пр. Все это составило-бы великолѣпную и поучительную выставку, а потомъ музей. На ряду съ этимъ слѣдуетъ собирать и литературные матеріалы—приказы, газетныя извѣстія, письма врачей съ театра войны, матеріалы объ организаціи различныхъ санитарныхъ отрядовъ... Можетъ быть, къ Съѣзду удастся часть матеріаловъ обработать, или хотя-бы побудить врачей, бывшихъ на войнѣ, приготовить доклады». Правленіе вполнѣ сочувственно отнеслось къ этому предложенію, но не нашло возможнымъ указать способы для его выполненія, въ виду отсутствія конкретной программы по этому предложенію, а также отсутствія средствъ и необходимаго помѣщенія, чтобы теперь-же приступить къ собиранію указанныхъ предметовъ, матеріаловъ и пр. Поэтому Правленіе опредѣлило: обратить вниманіе организаціоннаго Комитета X-го Съѣзда на это предложеніе, не найдетъ-ли онъ возможнымъ въ томъ или другомъ видѣ осуществить его («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*», № 4).

1865. «Русскимъ Вѣдомостямъ» (13 сентября) сообщаютъ слѣдующее о занятіяхъ бывшаго въ концѣ августа *Съѣзда земскихъ врачей и предсѣдателей земскихъ Управъ Калужской губ.* Съѣзду были представлены матеріалы о положеніи земской медицины въ уѣздахъ. Общій расходъ на медицину въ земствахъ Калужской губ. колеблется между 12065 р. (Малоярославецкій уѣздъ) и 81722 р. (Жиздринскій уѣздъ); въ большинствѣ уѣздовъ 21000—31000 р., въ %-номъ отношеніи къ расходному бюджету уѣздныхъ земствъ отъ 20% (Малоярославецкій уѣздъ) до 34,2% (Медынскій уѣздъ); въ большинствѣ уѣздовъ—25—31%. 1 земскій врачъ въ среднемъ по губерніи приходится на 23643 чел. населенія и на 560 кв. верстъ; врачебныхъ участковъ не мало съ 40000 и даже 50000 населенія и пространствомъ 1200—14000 кв. верстъ. Одна койка приходится въ среднемъ на 2169 жителей. Съѣздъ призналъ необходимымъ участіе губернскаго земства въ обще-губернскихъ мѣропріятіяхъ по народному здравію и учрежденіе при губернской Управѣ медико-санитарнаго бюро. За необходимость этого послѣдняго, а также за организацію губернскимъ земствомъ межуѣздныхъ врачебныхъ пунктовъ высказались разсматривавшіе предварительно тотъ-же вопросъ уѣздные медицинскіе Совѣты 5 уѣздныхъ земствъ. Затѣмъ по докладу д-ра *В. И. Раджевича* Съѣздъ 1) призналъ нежелательность содержанія въ уѣздахъ фельдшерскихъ участковъ; 2) высказалъ пожеланіе, чтобы санитарно-медицинскіе Совѣты были учреждены при всѣхъ уѣздныхъ Управахъ съ опредѣленными инструкціями; 3) призналъ платное лѣченіе, существующее въ нѣкоторыхъ уѣздахъ, безусловно нежелательнымъ во всѣхъ видахъ.

1866. *Старшимъ врачемъ Харьковской губернской земской больницы приглашенъ* д-ръ *П. И. Якоби*, завѣдывавшій послѣдніе годы психіатрической лѣчебницей Орловскаго земства («Врачебная хроника Харьковской губ.», № 7).

1867. Саратовская губернская санитарная Коммиссія объявила о появленіи въ городѣ *холеры* («Новое Время», 14 сентября).

1868. Противочумная Коммиссія объявляетъ, что за недѣлю съ 29/VIII по 5/IX *въ Закаспійской области* вновь заболѣли *холерою* 22 (за предшествовавшую недѣлю—77), умерли 12. Новые заболѣванія наблюдались только въ Мервѣ, Байрамали, аулѣ Чикишляръ и по линіи желѣзной дороги около Мерва. Въ Каахкѣ и Асхабадѣ больныхъ холерою въ настоящее время нѣтъ. Въ Баку 31/VIII заболѣли 2 женщины (обѣ татарки) и 1 мужчина (русскій) и 4/IX—1 (мальчикъ) («Новое Время», 10 сентября).

1869. Къ № 4 «Журнала Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова» приложена составленная д-ромъ *К. И. Шидловскимъ* «*Сводка ходатайствъ Пироговскаго Общества врачей передъ правительственными учрежденіями за 20 лѣтъ (1883—1903 гг.)*». Приводимъ изъ этой обширной (IX + 53 стр.) и весьма интересной «Сводки» нѣкоторые общіе итоги. За все 20-лѣтіе передъ различными правительственными учрежденіями было заявлено 72 ходатайства; изъ нихъ на 31 отвѣта совсѣмъ не было получено, на 15 отвѣтъ былъ отрицательный, въ 2 случаяхъ онъ носилъ характеръ формальной отписки, и лишь въ 24 случаяхъ получился *болѣе* или *менѣе* удовлетворительный отвѣтъ. Въ частности наиболѣе благопріятные результаты имѣли немногочисленныя ходатайства, относившіяся къ организаціоннымъ вопросамъ самого Общества; въ этой группѣ 68% ходатайствъ получили удовлетвореніе—4 ходатайства объ утвержденіи и измѣненіи устава Общества, 2—объ изданіи періодическаго органа, 6—о льготномъ проѣздѣ по желѣзнымъ дорогамъ для членовъ Съѣзда и 1—объ усиленіи численнаго состава Правленія. Изъ прочихъ ходатайствъ получили болѣе или менѣе удовлетворительное разрѣшеніе 4—объ изданіи популярныхъ брошюръ для народныхъ чтеній, 2—о введеніи преподаванія гигіены въ учебныхъ заведеніяхъ, по 1—о сборѣ пожертвованій въ капиталъ по распространенію гигіеническихъ знаній, объ улучшеніи перевозки рабочихъ по желѣзнымъ дорогамъ и на пароходахъ, о защитѣ сельско-хозяйственныхъ рабочихъ отъ травматическихъ поврежденій машинами, о сокращеніи числа рабочихъ часовъ и установленіи нормальнаго рабочаго дня и о перевозкѣ по желѣзнымъ дорогамъ душевно-больныхъ, прокаженныхъ и укушенныхъ бѣшеными животными. Въ главной, наиболѣе численной группѣ ходатайствъ по самымъ разнообразнымъ вопросамъ общественнаго здравоохраненія и врачебнаго быта относительное число ходатайствъ, оставшееся безъ всякаго результата, доходитъ почти до 80%, при чемъ болѣе ⅓ ихъ (58,5%) совсѣмъ оставлены безъ отвѣта, а въ 17% отвѣты получились отрицательные. Въ общемъ итогѣ остались безрезультатными ⅔ всѣхъ заявленныхъ ходатайствъ. Если принять во вниманіе строгое, осмотрительное и осторожное отношеніе Съѣздовъ и исполнительныхъ органовъ Общества къ возбужденію ходатайствъ, то тѣмъ менѣе, говоритъ *К. И. Шидловскій*, «становится понятной та жалкая судьба, которая постигала заявленныя Пироговскимъ Обществомъ ходатайства». «Конечно, этого 20-лѣтняго неудачнаго опыта было болѣе, чѣмъ достаточно, для того, чтобы придти, наконецъ, къ рѣшенію о необходимости на будущее время совершенно воздержаться отъ заявленія всякихъ ходатайствъ. Въ этомъ именно смыслѣ послѣднимъ IX-мъ Съѣздомъ и принято было постановленіе, гласящее: «Въ виду того, что большинство ходатайствъ Пироговскихъ Съѣздовъ осталось безъ отвѣта или удовлетворенія, рѣшено въ настоящее время ограничиться лишь принципіальными постановленіями, не возбуждая новыхъ ходатайствъ». «По нѣкоторымъ изъ возбужденныхъ въ разное время Пироговскими Съѣздами вопросовъ, хо-

датайства по которымъ большею частью оставлены были безъ отвѣта или даже вызвали отрицательный отвѣтъ, впослѣдствіи появились, однако, правительственныя и законодательныя постановленія, составленныя въ духѣ и смыслѣ ходатайствъ Пироговскихъ Съѣздовъ. Сюда относятся, именно, слѣдующія постановленія: 23-го апрѣля 1895 г.—объ учрежденіи Женскаго Медицинскаго Института, 10-го августа 1901 г.—правила по устройству медицинскихъ чтеній, 15-го января 1902 г.—обязательная для врачей всѣхъ вѣдомствъ номенклатура болѣзней, 15 сентября 1903 г.—правила о перевозкѣ по желѣзнымъ дорогамъ душевнобольныхъ, укушенныхъ бѣшеными животными и прокаженныхъ, циркуляръ 13-го ноября 1903 г.—объ отмѣнѣ всякихъ ограниченій при примѣненіи врачами гипноза съ терапевтическою цѣлью и, наконецъ, Высочайшій манифестъ 11 августа 1904 г.—объ отмѣнѣ тѣлесныхъ наказаній для всего крестьянскаго населенія Россіи. Все это, безъ сомнѣнія, были потребности вполнѣ назрѣвшія, ясно сознаваемыя какъ врачами, такъ и обществомъ; нѣкоторыя изъ нихъ давно уже въ буквальномъ смыслѣ вопіяли о неотложномъ удовлетвореніи. Случаи эти нагляднымъ образомъ доказываютъ лишній разъ всю чуткость и отзывчивость нашихъ общерусскихъ врачебныхъ Съѣздовъ къ нуждамъ страны, благодаря каковымъ качествамъ они и стяжали себѣ столь лестныя и—надо думать—прочныя симпатіи въ широкихъ общественныхъ кругахъ. Позволительно, поэтому, надѣяться, что авторитетный голосъ Пироговскаго Общества найдетъ себѣ въ будущемъ твердую опору и поддержку въ томъ общественномъ мнѣніи, организація котораго, не взирая на внѣшнія препятствія, идетъ у насъ теперь впередъ быстрыми шагами».

1870. Д-ръ *В. Брускинъ* сообщаетъ во «Врачебно-санитарной хроникѣ Ярославской губ.» (№ 9) свои впечатлѣнія *«о научной командировкѣ въ Еленинскій Институтъ съ 5 января по 14 марта 1904 г.»* Въ Институтъ съѣхалось около 200 врачей, причемъ больше 1/2 ихъ приходилось на долю земства. Врачи съѣхались со всѣхъ концовъ Россіи: «изъ многихъ земскихъ губерній, съ Кавказа, изъ Забайкальской области, Западнаго края, изъ Портъ-Артура. Былъ даже врачъ съ Командорскихъ острововъ. Онъ удивилъ товарищей разсказомъ о томъ, при какой обстановкѣ онъ работаетъ: на мѣстѣ своей службы онъ получаетъ книги, газеты, письма разъ въ годъ, когда туда приходитъ пароходъ. При этомъ онъ прибавилъ, что въ настоящемъ году, по случаю войны, пожалуй, и этотъ единственный пароходъ не придетъ, такъ что тамошніе жители узнаютъ о войнѣ съ Японіей уже послѣ ея окончанія». Объ отдѣльныхъ курсахъ авторъ даетъ такіе отзывы: «Курсъ проф. *Г. Ф. Тилинга* полезенъ. Оперируетъ онъ хорошо, увѣренно, демонстративно, но слишкомъ мало при этомъ говоритъ и объясняетъ. Приступая къ операціи, хотя-бы онъ ее дѣлалъ въ 1-ый разъ передъ данной аудиторіей, онъ не объясняетъ хода предстоящей операціи, а между тѣмъ, объясняй онъ шагъ за шагомъ всѣ моменты операціи, они-бы скоро и отчетливо засѣли въ памяти зрителей. Это особенно имѣло-бы значеніе въ виду того, что даже 1-ая скамейка амфитеатра расположена не особенно близко отъ больного. Оператору помогаютъ, кромѣ хлороформирующаго, 2 асистента. Онъ могъ-бы свободно обойтись и съ однимъ. Такое, казалось-бы, неважное обстоятельство имѣетъ большое значеніе: когда во время полостной операціи, въ самый интересный моментъ, передъ глазами зрителей является широкая спина асистента и закрываетъ все поле операціи, то бываетъ очень обидно». Для наблюденія за послѣопераціоннымъ теченіемъ проф. *Г. Ф. Тилингъ* устраиваетъ обходы со слушателями разъ въ недѣлю. «Этого мало: врачи должны имѣть доступъ въ палаты почти постоянно; хорошо-бы даже устроить родъ кураторства». Въ операціяхъ проф. *Д. О. Отта* авторъ отмѣчаетъ тѣ-же недостатки, что и у проф. *Г. Ф. Тилинга*,—отдаленность отъ больного, большое число ассистентовъ, вслѣдствіе чего большинство слушателей остается неудовлетворенными. По дѣтскимъ болѣзнямъ авторъ слушалъ чтенія д-ра *А. А. Руссова*, который читалъ 2 раза въ недѣлю въ Институтѣ и 1 разъ въ больницѣ принца Ольденбургскаго.—«Онъ довольно обстоятельно разбираетъ больныхъ, сообщаетъ послѣднія новости литературы въ этой области, слишкомъ, однако, увлекаясь теоретической стороной дѣла. Лекціи эти даютъ кое-что, но этого мало: здѣсь было-бы очень важно для слушателей имѣть доступъ въ больницы, видѣть цѣлый рядъ больныхъ, наблюдать за лѣченіемъ и теченіемъ болѣзни. Разъ въ недѣлю читалъ д-ръ *Р. А. Петерсъ*. Онъ демонстрируетъ рядъ дѣтей, больныхъ нервными болѣзнями. Это—интересный курсъ, но что особеннаго могутъ дать 7—8 такихъ демонстрацій? Получается такое-же приблизительно впечатлѣніе, какъ послѣ осмотра интересной картинной выставки». Въ заключеніе авторъ дѣлаетъ, между прочимъ, такіе выводы: 1) общій недостатокъ занятій въ Институтѣ — многолюдность, отсутствіе параллельныхъ курсовъ и стаціонарныхъ отдѣленій по многимъ отдѣламъ медицины; 2) врачамъ, которые по гинекологіи и хирургіи опытны и много оперируютъ сами, для усовершенствованія лучше ѣхать за границу; 3) для большаго успѣха дѣла врачъ долженъ заниматься лишь 1—2-мя отдѣлами медицины.

1871. Изъ *«Отчета Саратовскаго Общества борьбы съ дѣтской смертностью за 1903 годъ»* (Саратовъ, 1904, 30 стр.) видно, что свое начало Общество ведетъ съ 1902 г. Въ этомъ году при Поздѣевской дѣтской больницѣ, по почину д-ра *Б. П. Бруганскаго*, на собранныя имъ частныя пожертвованія началась безплатная выдача молока больнымъ дѣтямъ грудного возраста. Въ теченіи лѣтняго времени этого года было выдано безплатно около 15000 флаконовъ молока. Число дѣтей, пользовавшихся этимъ молокомъ, равнялось 120. Смертность ихъ выразилась въ 10%, что, конечно, при средней 40%-ной смертности дѣтей является очень незначительной. Въ виду такого блестящаго результата перваго опыта къ лѣту 1903 г. было организовано уже Общество подъ названіемъ «Общество борьбы съ дѣтской смертностью». Главными, основными принципами этого учрежденія являются тѣ же, что и въ «consultation pour les nourrissons», «goutte de lait» и подобныхъ имъ учрежденіяхъ, т. е. дать возможность дѣтямъ бѣднаго класса населенія, наравнѣ съ дѣтьми состоятельнаго класса, поставленными въ лучшія условія, получать надлежащее для нихъ питаніе. Общество прежде всего стремится пропагандировать принципъ кормленія матерями своихъ дѣтей. При недостаткѣ же грудного молока Общество выдаетъ пастеризованное молоко для прикармливанія дѣтей (т. наз. смѣшанное кормленіе) и, наконецъ, при полной невозможности матерей кормить своихъ дѣтей, выдаетъ все нужное количество молока (т. наз. искусственное кормленіе). Начавъ свою дѣятельность безъ всякихъ средствъ, разсчитывая на одно лишь общественное вниманіе и на помощь добрыхъ и чуткихъ людей, Общество уже въ 1-ый годъ своего существованія выдало около 50000 флаконовъ пастеризованнаго молока болѣе чѣмъ 700 дѣтямъ, въ большинствѣ случаевъ грудного возраста, при желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ.—О дѣятельности Общества въ настоящемъ году мы уже говорили (см. № 37, стр. 1264). Можно, конечно, только пожелать дальнѣйшаго развитія и процвѣтанія этого благого дѣла, не упуская, однако, изъ вида, что мѣра эта является палліативомъ, и всегда памятуя глубоко вѣрное постановленіе послѣдняго Пироговскаго Съѣзда, что «главною причиной необыкновенно высокихъ размѣровъ дѣтской смертности въ Россіи является матеріальная необезпеченность и недостаточное просвѣщеніе населенія» и что «успѣшная борьба съ этимъ зломъ возможна только на почвѣ широкихъ соціальныхъ реформъ».

1872. Въ Лодзи въ скоромъ времени открывается *городская дѣтская больница св. Анны*, устроенная гг. Гербстами въ память умершей ихъ дочери. Въ больницѣ будетъ 75 коекъ, но въ случаѣ надобности это число кроватей можетъ быть удвоено («Przeglad lekarski», 24 сентября).

1873. Работавшая въ Одессѣ подъ предсѣдательствомъ проф. *Г. В. Хлопина* Коммиссія по вопросу объ организаціи *надзора за проституціей* признала, въ интересахъ лучшей борьбы съ распространеніемъ сифилиса и венерическихъ болѣзней, а также исходя изъ соображеній гуманитарнаго свойства, что необходимо весь надзоръ за проституціей передать цѣликомъ въ вѣдѣніе городскихъ общественныхъ учрежденій. Кромѣ того, подробная разработка вопроса о реорганизаціи въ Одессѣ надзора за проституціей, а слѣд. и вопросъ объ организаціи борьбы съ сифилисомъ, по мнѣнію этой Коммиссіи, должны быть переданы изъ административной Коммиссіи со всѣми ея трудами и постановленіями Одесскому городскому Управленію, какъ это уже сдѣлано въ Петербургѣ и Кіевѣ.

1874. 12-го сентября въ Петербургѣ открылась частная лѣчебница д-ра *А. Г. Коносевича* для душевныхъ и нервныхъ больныхъ.

1875. Намъ сообщаютъ, что 11-го сентября въ Петербургѣ (Басковъ пер., 12) открылось *гимнастическое заведеніе* г-жи Трушниковой, ученицы проф. *П. Ф. Лесгафта, для женщинъ и дѣтей обоего пола*. Программа занятій слѣдующая: 1. Свободныя движенія. Знакомство съ элементарными движеніями: сгибаніе и разгибаніе, отведеніе и приведеніе, поворотъ наружу и внутрь, круговыя движенія. Осложненія элементарныхъ движеній, послѣдовательное производство существующихъ въ отдѣльныхъ суставахъ движеній; соединеніе соотвѣтственныхъ движеній въ суставахъ одной стороны и различныхъ сторонъ; соединеніе различныхъ движеній по группамъ. 2. Упражненія въ ходьбѣ и бѣгѣ. Порядковыя упражненія: бѣгъ продолжительный и быстрый, въ запускъ. Ходьба и бѣгъ впередъ и назадъ. 3. Упражненіе въ метаніи мяча. Школа мяча; метаніе рядами, въ кругу, по группамъ и въ цѣль. 4. Упражненія въ прыганіи. Элементы прыжка съ приведенными и разведенными конечностями. Прыжки съ мѣста впередъ, въ стороны, черезъ веревку. 5. Игры одиночныя и партійныя съ бѣгомъ и съ мячемъ.—Нужда въ такихъ учрежденіяхъ для женщинъ и дѣтей, руководимыхъ интеллигентными женщинами, слишкомъ очевидна, чтобы сомнѣваться въ ихъ успѣхѣ.

1876. Въ Серпуховѣ, 14-го августа, состоялась закладка зданій *родовспомогательнаго заведенія*, учрежденнаго на средства, завѣщанныя Г. Г. Солодовниковымъ («Русскія Вѣдомости», 8 сентября).

1877. Камышинскій медицинскій Совѣтъ при обсужденіи вопроса о призрѣніи душевно-больныхъ высказался, какъ передаетъ «Саратовскій Листокъ» (4 сентября), *за безплатное лѣченіе*, если не всѣхъ, то хотя буйныхъ больныхъ, опасныхъ для окружающихъ.

1878. По свѣдѣніямъ, полученнымъ 3-го сентября въ Одессѣ отъ русскаго консула, въ Алеппо (въ Сиріи) *было* 3 случая заболѣванія *холерой*, изъ коихъ 2 окончились смертью.

1879. Англійскіе изслѣдователи *Claypon* и *Schrytes* произвели рядъ опытовъ надъ *самопереваривaніемъ органовъ и тканей* («Journal of physiology», 1904 г., т. 31, стр. 169) и установили весьма интересный фактъ, что у животнаго, хорошо упитаннаго, протеолитическое бродило, заключающееся въ клѣткахъ, связано съ клѣточной протоплазмой гораздо сильнѣе и, слѣд., переходитъ въ дѣятельное состояніе труднѣе, чѣмъ у животнаго голодающаго, у котораго оно находится постоянно въ дѣйствующемъ состояніи. Очевидно, благодаря этому бродилу, во время голоданія происходитъ постоянное самопереваривaніе бѣлка

тѣхъ клѣтокъ и тканей, которыя наиболѣе теряютъ въ вѣсѣ и которыя не представляются необходимыми для состоянія жизни животнаго. Такимъ образомъ бродило это является замѣчательнымъ самозащительнымъ приспособленіемъ противъ голоданія.

1880. Въ 1903 г. въ Англіи *разрѣшеніе производить вивисекціонные опыты* дано было 347 врачамъ и ученымъ, изъ коихъ 97 не воспользовались своимъ правомъ («La Médecine moderne», 7 сентября). Какъ извѣстно, въ Англіи уже нѣсколько лѣтъ назадъ противники живосѣченія добились постановленія Парламента, согласно которому для производства научныхъ опытовъ съ живосѣченіемъ необходимо имѣть разрѣшеніе, при чемъ всѣ учебно-вспомогательныя учрежденія должны быть доступны особымъ инспекторамъ, провѣряющимъ, дѣйствительно-ли живосѣченіе производится при условіяхъ обезболиванія. До такого фарисейства Европейскій континентъ еще не доходилъ.

1881. По словамъ «La Tribune médicale» (3 сентября), все дѣло *борьбы съ холерой въ Персіи* организовано на этотъ разъ, не въ примѣръ прежнимъ эпидеміямъ, весьма разумно, благодаря тому, что поручено д-ру *Loghman ol Mamalek*'у, получившему образованіе въ Парижскомъ медицинскомъ факультетѣ. Въ Тавризѣ учрежденъ санитарный Совѣтъ, которому поручено проведеніе всѣхъ мѣръ по карантинной охранѣ, изоляціи и обеззараживанію.

1882. 29-го августа въ Тулонѣ освященъ *пловучій госпиталь «Орелъ»*, все оборудованіе котораго сдѣлано на пожертвованія, собранныя во Франціи.

1883. Парируя *недостойную кампанію*, поднятую за послѣднее время во французской печати *противъ военныхъ врачей*, журналъ «Le Caducée» (17 сентября) вознамѣрился дать своимъ читателямъ исторію этого корпуса, основаннаго королевскимъ эдиктомъ 17/I 1708 г. Для начала имъ печатаются выдержки изъ «Золотой книги» корпуса—списки военныхъ медиковъ, погибшихъ въ прошлое 100-лѣтіе при исполненіи своего долга. Во главѣ этихъ списковъ поставлено мѣсто изъ доклада Fourcroy Конвенту, 7 Frimaire'а III года республики, провозглашающее славу «болѣе 600 медиковъ, погибшихъ за родину въ теченіи послѣднихъ 1½ лѣтъ». Далѣе перечисляются поименно медики *раненые и убитые*: I) во время войнъ Имперіи съ 1805 г. по 1813—11 въ 1805 г. (5 подъ Аустерлицемъ), 12 въ 1806 г., 22 въ 1807 г. (3 при Eylan'ѣ и 3 при Friedland'ѣ), 21 въ 1808 г., 64 въ 1809 г. (10 при Wagram'ѣ), 29 въ 1810 г., 44 въ 1811 г., 178 въ 1812 г. (7 подъ Бородинымъ, 18 подъ Краснымъ, 15 подъ Борисовымъ, 41 при Березинѣ, 13 подъ Вильною, 10 подъ Витебскомъ), 109 въ 1813 г. (8 при Vittoria въ Испаніи, 3 подъ Pampeluna, 6 подъ Lutzen'омъ, 4 при Dresden'ѣ, 5 при Culm'ѣ, 16 подъ Leipzig'омъ), 22 въ 1814 г. (3 при La Fère-Champenoise), 8 въ 1815 г. (2 при Ligny и 4 подъ Waterloo); II) при завоеваніи Алжиріи—11; III) во время Мексиканской экспедиціи—3; IV) за войну 1870—71 гг. (NB. Крымская кампанія пропущена)—8 (2 при Froeschviller'ѣ и 3 при осадѣ Strasbourg'а); V) при усмиреніи Алжиріи (1871)—1; VI) въ Сахарскую экспедицію (1881)—1 и VII) въ Тонкинскую (1885)—2. Въ дополнительномъ спискѣ перечислены военные врачи, *погибшіе при борьбѣ съ эпидеміями:* I) отъ *чумы* 41 за Египто-Сирійскій походъ (VII—IX годы республики) и 1 въ Триполи; II) отъ *желтой лихорадки*—140 за экспедицію въ S. Domingo (X—XI годы), 12 за Guadeloupe'скую (X годъ) и 11 въ Мексикѣ съ 1862 по 1867 г.; III) отъ *тифа*—37 за австрійскую кампанію (1805—1809), 4 за прусскую и польскую (1806—1807), 2 за испанскую (1808), 51 во время Восточной войны (1855—1856) и 16 въ Алжирѣ въ 1868 г.; IV) *отъ холеры*—въ Алжирѣ (1834—1868) 46, за Восточную войну (1854—1855) 24 и въ Тонкинѣ (1885 1888) 11.

1884. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 17 сентября). Въ Индіи за недѣли по 6, 13 и 20 августа умерли отъ чумы 4794, 5849 и 6198 чел., при чемъ 44, 57 и 42 смерти отъ нея далъ городъ Bombay, 2927, 3308 и 3556 Bombay'скій округъ, 8, 3 и 3 Calcutta, 191, 366 и 335 Bengal, 240, 368 и 361 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 24, 31 и 33 Punjab, 46, 65 и 134 Rajputana, 2, 2 и 2 Karachi, 39, 58 и 93 центральныя провинціи и Berar, 1, 3 и 7 Coorg, 90, 95 и 230 центральная Индія, 390, 413 и 475 Madras'скій округъ, 187, 266 и 201 Hyderabad, 390, 814 и 716 Mysore. Южная Африка: за недѣлю по 20 августа 1 заболѣваніе чумою и 1 смерть отъ нея наблюдались въ Port-Elizabeth'ѣ. Hong-Kong: за недѣли по 20 и 27 августа и 3 сентября заболѣли чумою 1, 1 и 3 чел., умерли столько-же. Островъ св. Маврикія: за недѣли по 25 августа, 1 и 8 сентября—10, 7 и 4 заболѣваній и 5, 6 и 2 смерти.

1885. Торговый судъ департамента Seine разбиралъ недавно *дѣло между издателями 2-хъ «популярныхъ» учебниковъ*. Фирма Bong въ Парижѣ издала, подъ редакціею, д-ра *L. Deschamp*'а («медиц. факультета въ Парижѣ»!), «Золотую книгу о здоровьѣ» Platen'а, съ большимъ успѣхомъ. Послѣднему позавидовалъ издательскій домъ F. E. Bilz въ Германіи (Leipzig-Radebeul), имѣющій въ Парижѣ агентами фирму Quillet, и скопировалъ съ вышеназванной книги обертку для своего изданія «Naturheilverfahren», вдобавокъ снабдивъ ее указаніями на награды на выставкахъ, частью ложными, какъ указаніе о почетномъ дипломѣ съ выставки 1900 г. въ Парижѣ. За это фирмы Bilz и Quillet и были привлечены къ суду, приговорившему ихъ къ уплатѣ, кромѣ судебныхъ издержекъ, 3000 фр. убытковъ и къ перемѣнѣ обертки («Medicinische Blätter», 15 сентября).

1886. «Deutsche Medizinal-Zeitung» (15 сентября) передаетъ, что въ Minden'скомъ округѣ вводится съ 1 октября для 24 городовъ съ населеніемъ выше 2000, *обязательный врачебный осмотръ труповъ всѣхъ умирающихъ*.

1887. Въ замѣткѣ «*Der Bacillus der Titelsucht*» газета «Medicinische Blätter» (15 сентяря) передаетъ, что въ Hamburg'скій сенатъ поступила петиція о томъ, чтобы тѣмъ врачамъ, которые до сихъ поръ безплатно вели врачебные курсы усовершенствованія, назначенъ былъ гонораръ и титулъ профессоровъ медицины. Послѣднее пожеланіе вызвало, однако, уже не мало протестовъ въ Hamburg'ской печати; замѣчаютъ, между прочимъ, что палочка «титульной болѣзни», разросшейся въ настоящее время въ эпидемію, едва-ли найдетъ здѣсь подходящую питательную среду.

1888. Въ октябрѣ съ 13 по 16 въ Аббаціи соберется *IV Съѣздъ австрійскихъ бальнеологовъ*. Общій отъѣздъ участниковъ изъ Вѣны состоится 12 октября въ 7 час. 35 мин. утра, съ южнаго вокзала («Berliner klinische Wochenschrift», 12 сентября).

1889. Deutsche medicinische Wochenschrift» (15 сентября) привѣтствуетъ открывшійся 12 сентября въ Berlin'ѣ *V Международный Съѣздъ дерматологовъ*. Этотъ № газеты наполненъ статьями исключительно по кожнымъ болѣзнямъ.

1890. По поводу извѣстій о предполагаемомъ французскими врачами *Съѣздѣ для борьбы съ шарлатанствомъ* «American Medicine» (3 сентября) меланхолически замѣчаетъ: «Если уже у французовъ назрѣла потребность въ такомъ Съѣздѣ, то насколько больше она въ нашей странѣ! Вѣдь на каждаго ихъ шарлатана мы можемъ предъявить навѣрное десятокъ, при томъ далеко болѣе законченнаго и отборнаго сорта»...

1891. Язвительная *выходка японца Wada* въ «Deutsche medicinische Wochenschrift», направленная противъ французскихъ врачей «Pascal'я» и нашихъ съ погибшаго «Варяга» (см. выше, № 32, стр. 1118 и № 34, стр. 1174), продолжаетъ разгуливать по бѣлу-свѣту: теперь выдержки изъ статьи *Wada* печатаетъ «American Medicine» (3 сентября) въ замѣткѣ подъ заглавіемъ «Хирургическая помощь на русскихъ военныхъ судахъ».

1892. При морской медицинской школѣ въ Washington'ѣ основана *каѳедра тропической медицины*, на которую назначенъ морской врачъ *P. A. Lovering* («The British Medical Journal», 17 сентября).

1893. Слѣдующій *Всеамериканскій медицинскій Съѣздъ* состоится въ Панамѣ въ началѣ января будущаго года. Въ немъ будетъ 4 отдѣла—медицины, хирургіи, гигіены и спеціальностей. Предсѣдателемъ избранъ д-ръ *Julio Ycaza* («The British Medical Journal», 17 сентября).

1894. *Умерли:* 1) 3-го сентября, въ Одессѣ, *Павелъ Ивановичъ Грязновъ*, родившійся въ 1848 г., а званіе врача получившій въ 1873 г. Покойный въ различное время служилъ врачемъ въ Череповецкомъ, Новгородскомъ и Полтавскомъ земствахъ и нѣсколько лѣтъ былъ старшимъ врачемъ Полтавской и Одесской городскихъ больницъ. — 2) 5-го сентября, въ Одессѣ, *Викторія Моисеевна Гуковская-Хмельницкая*, родившаяся въ 1861 г., а званіе врача получившая въ 1887 г. — 3) Старшій ординаторъ больницы страннопріимнаго дома гр. Шереметева въ Москвѣ *Иванъ Николаевичъ Зерцевъ* («Правительственный Вѣстникъ», 5 сентября), родившійся въ 1836 г., а званіе врача получившій въ 1859 г.—4) 7-го сентября, въ Москвѣ, проф. *Иванъ Ивановичъ Нейдингъ*, родившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1860 г. Помѣщенный въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (9 сентября), откуда мы и заимствуемъ это извѣстіе, некрологъ покойнаго заканчивается слѣдующими строками: «Во все время своего 40-лѣтняго полезнаго служенія Московскому Университету *Иванъ Ивановичъ Нейдингъ* пользовался неизмѣнно горячими симпатіями товарищей и учениковъ за свои высокія душевныя качества. Всѣ знали его какъ высокообразованнаго, добрѣйшаго, необыкновенно миролюбиваго и ко всѣмъ доброжелательнаго человѣка, глубоко уважали и любили его»...—5) 8-го сентября, въ Одессѣ, проф. *Василій Николаевичъ Массенъ*, родившійся въ 1860 г., а званіе врача получившій въ 1887 г.—6) 10-го сентября, въ Москвѣ, *Петръ Владиміровичъ Ильинъ* («Русскія Вѣдомости», 12 сентября), родившійся въ 1869 г. а званіе врача получившій въ 1895 г.—7) 12-го сентября, въ Москвѣ, *Евгеній Титовичъ Меньшовъ* («Русскія Вѣдомости», 13 сентября), родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій въ 1882 г.—8) Въ Петербургѣ, *Эдуардъ Степановичъ Тарашкевичъ* («Новое Время», 14 сентября), родившійся въ 1841 г., а званіе врача получившій въ 1871 г.

Глубокоуважаемый *Б. М. Шапировъ*, завѣдующій медицинскою частью отдѣльнаго корпуса пограничной стражи, любезно сообщилъ намъ, что въ Бакинской бригадѣ корпуса, въ м. Кильвязь и въ Закаспійской въ м. Яглы-Олумъ имѣются вакансіи младшихъ врачей. Всѣ права военно-медицинской службы въ отдаленныхъ мѣстностяхъ; квартира съ отопленіемъ и освѣщеніемъ; казенная прислуга. При опредѣленіи путевое пособіе по положенію. Содержанія въ годъ: въ Бакинской 1562 р. и въ Закаспійской 1835 р.; содержаніе это увеличивается черезъ 1-е 4-лѣтіе на 200 р., а черезъ 2-е на 260 р. въ годъ. Желающіе занять означенныя вакансіи благоволятъ подать заявленія завѣдующему медицинскою частью корпуса (Петербургъ) съ указаніемъ, состоятъ-ли они въ запасѣ чиновниковъ в.-медицинскаго вѣдомства и на государственной службѣ.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Wiener klinische Wochenschrift. 4 февраля.

1. **B. Kreissl.** *Klinische Erfahrung über die Gruber-Widalsche Reaktion.* 2. **T. Zelenski** und **R. Nitsch.** *Zur Aetiologie der Cystitis im Kindesalter.* 3. **J. Morgenroth.** *Ambazeptortheorie und Kälteversuch.* Возраженіе на статью *Gruber*'а въ № 2. 4. **K. A. Zuppinger.** *Ueber Laryngitis aphthosa.* 5. **O. Effertz.** *Tuberkulose, Pocken, Traumatismen, Syphilis unter tropischen Indianern.* 6. **Anna Pölzl,** студ. *Ueber ein kongenitales Amputationsneurom.*

11 февраля.

1. **K. Kreibich.** *Ueber Hautreflex.* О кожномъ рефлексѣ. 2. **W. Türk.** *Beiträge zur Kenntniss des Symptomenbildes: Polycythämie mit Milztumor und «Zyanose».* (Не окончена). 3. **F. Schopf.** *Wann sol ein verletztes Glied amputiert werden.* Приводитъ случай, доказывающій, что иногда усѣченію конечности надо предпочесть лѣченіе выжидательное. 4. **K. Landsteiner.** *Ueber das Sarkom der Gallenblase* (желчнаго пузыря).

18 февраля.

1. **J. Seegen.** *Die Zuckerbildung in der Leber unter Alkohol.* 2. **D. Pospischill.** *Ein neues, als selbstständig erkanntes akutes Exanthem.* 3. **A. Exner.** *Ueber die Art der Rückbildung von Karzinommetastasen unter der Einwirkung der Radiumstrahlen.* 4. **O. Stoerk.** *Melano-Sarkomatosis Piae matris.* 5. **W. Türk.** (Окончаніе статьи о картинѣ припадковъ при «Polycythaemia cum tumore lienis atque cyanosi»).

25 февраля.

1. **F. Schardinger.** *Azetongärung.* Объ ацетоновомъ броженіи. 2. **V. Blum.** *Die Hernia intravesicalis.* 3. **J. Bartel.** *Ein Beitrag zur Kasuistik der Tumoren der Sakralgegend.* 4. **J. Berdach.** *Beitrag zur Kenntniss der traumatischen Luxation der Handgelenke.* 5. **M. W. Herman.** *Eine dreiblättrige Klemme zur Gastroenterostomie.*

3 марта.

1. **S. Stiassny.** *Ueber die Wirkung geringgradiger Kältetraumen auf granulierende Wunden, zugleich ein therapeutischer Beitrag.* О холодѣ, какъ лѣчебномъ средствѣ для заживленія ранъ. 2. **W. Knöpfelmacher.** *Alimentäre Glykosurie und Myxödem.* 3. **K. Frank.** *Zur Kenntniss der Chorea chronica progressiva.* 4. **M. Mann.** *Beiträge zur Lehre über die Rindenepilepsie.*

10 марта.

1. **F. Obermayer** und **E. P. Pick.** *Beiträge zur Kenntniss der Präzipitinbildung.* 2. **A. Ghon.** *Ueber «Pneumokokken-Peritonitis».* 3. **G. Riehl.** *Bemerkungen zur Röntgentherapie.* 4. **S. E. Radzikowski.** *Ueber das sogen. «Typhus diagnostikum».* Отзывъ одобрительный.

17 марта.

1. **J. Pruszyński.** *Die Pathogenese der Erkrankungen der Gallenwege und die Indikation zu deren chirurgischer Behandlung.* 2. **P. T. Müller.** *Ueber den Einfluss des Stoffwechsels auf die Produktion der Antikörper.* 3. **B. Lipschütz.** *Ueber einen Fall von Abschnürung des Ovariums und der Tube.* 4. **M. Popescul.** *Ein Fall von wiederholtem Kaiserschnitt.* 5. **С. Піонтковскій** (Лодзь). *Lykopodium und Tuberkelbazillen im Sputum.*

24 марта.

1. **G. A. Wagner.** *Ueber Verimpfungen von Karzinom in das Gehirn von Versuchsthieren.* Къ критикѣ лѣченія «канкроиномъ» по *Adamkiewicz*'у. 2. **A. Politzer.** *Ueber intraaurikuläre Transplantation Thierschscher Hautlappen nach der operativen Freilegung der Mittelohrräume.* 3. **A. Pick.** *Ueber eine besondere insidiöse, durch das Fehlen der Krampfanfälle charakterisierte Form des Status epilepticus.* 4. **L. Freund** und **M. Oppenheim.** *Ueber bleibende Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlung.* 5. **A. Neudörfer.** *Zur Kasuistik der Mesenterialvarietäten.*

31 марта.

1. **R. Lichtenstern.** *Ein Beitrag zur Metaplasie des Harnblasenepithels.* 2. **M. Hofmann.** *Ein Beitrag zur Nephrektomie und Diagnostik der Nierentuberkulose.* 2 случая. 3. **O. Stoerk** und **J. Erdheim.** *Ueber cholesteatomhaltige Mammaadenome.* 3 случая. 4. **F. Berka.** *Zur gewerblichen Milzbrandinfektion.*

7 апрѣля.

1. **М. В. Зиле** (Одесса). *Beiträge zu einer funktionellen Diagnose der Arteriosklerose und zur Differentialdiagnose der Angina pectoris.* 2. **H. Lorenz.** *Ein Fall von Peritonitis mit ungewöhnlicher Grundursache.* Ссадина на пальцѣ ноги, нагноеніе паховой железы, забрюшинная флегмона, смертельный перитонитъ. Мальчикъ $3^1/_2$ лѣтъ. 3. **O. E. Schulz.** *Ueber Myositis ossificans im Gebiete des Ellbogengelenkes.*

14 апрѣля.

1. **H. Peham.** *Ueber Serumbehandlung bei Puerperalfieber.* 2. **T. Zeleński.** *Zur Agglutination der Streptokokken.* 3. **J. Bartel.** *Die Infektionswege bei der Fütterungstuberkulose.* (Предварительное сообщеніе). 4. **L. Freund.** *Ein neues radiometrisches Verfahren.*

21 апрѣля.

1. **G. Kapsammer.** *Fünf geheilte Fälle von Nieren-und Blasentuberkulose.* 5 случаевъ излѣченія при бугорчаткѣ почекъ и пузыря. 2. **E. Lazar.** *Zur Frage der Sekretionstätigkeit der polynukleären Leukozyten.* 3. **A. Szili.** *Neuere Untersuchungen über Eklampsia gravidarum.* (Предварительное сообщеніе). 4. **R. Matzenauer** und **A. Brandweiner.** *Keratosis palmaris arteficialis.* 5. **E. Stein.** *Gewerbedermatose bei Glasmachern.* Особая форма воспаленія кожи у рабочихъ на стеклянныхъ фабрикахъ.

28 апрѣля.

1. **J. A. Hirschl.** *Gehirn und Syphilis.* О сифилисѣ мозга. 2. **K. Büdinger.** *Die Behandlung chronischer Arthritis mit Vaseliniinjektionen.* 3. **F. Friedländer.** *Zur Diagnostik der Coxitis.* (Предварительное сообщеніе). 4. **F. Pendl.** *Ein Fall von Volvulus des Magens.* Случай операціи съ выздоровленіемъ. 5. **H. Schüller.** *Beitrag zur Lehre von den Blutungen aus anscheinend unveränderten Nieren.*

Wiener medicinische Wochenschrift. 2 января.

1. **J. Pal.** *Die vasomotorischen Begleiterscheinungen der lanzinierenden Schmerzen und das Alternieren tabischer Krisen.* 2. **E. Ullmann.** *Ein Fall von wiederholter Tubargravidität.* 3. **Cornelius.** *Die Druck oder Schmerzpunkte als Entstehungsursache der sogenannten funktionellen Nervenerkrankungen, ihre Entstehung und Behandlung.* (Не окончена). 4. **K. Tokata.** *Ueber den Einfluss des Gemütszustandes und der Jahreszeit auf den Eintritt der ersten Menstruation.*

9 января.

1. **M. Benedikt.** *Schroens Lehre von den Krystallen.* 2. **G. Berg.** *Zur Komplikation der Gonorrhoe.* 3. **E. Kapelusch.** *Das chirurgische Instrumentarium in der aseptischen Aera.* (Не окончена). 4. **Cornelius.** (Продолженіе). (Въ приложеніи «Der Militärarzt», №№ 1—2, 8 января). 5. **Eilert.** *Ueber die Vorteile und die Nachteile der Antiseptik für unsere Tätigkeit im Kriege.* (Не окончена). 6. **Haupt.** *Kasuistischer Beitrag zur kriminellen Psychopathologie.* 7. **Taubert.** *Ueber die Bedeutung bleibender Trommelfelllöcher für die Dienstfähigkeit.* (Не окончена).

16 января.

1. **M. Kassowitz.** *Der Arzt und der Alkohol.* (Не окончена). 2. **S. R. Karas.** *Zur Kasuistik der im Anfalle operierten Appendicitisfälle.* 3. **F. Schanz.** *Zur Aetiologie der Infektionskrankheiten.* 4. **Cornelius.** (Продолженіе). 5. **E. Kapelusch.** (Оконч.).

23 января.

1. **E. Finger.** *Ueber Lichen ruber pemphigoides.* 2. **M. Kassowitz.** (Продолженіе статьи объ алкоголѣ). 3. **Cornelius.** (Окончаніе статьи о сущности т. наз. функціональныхъ нервныхъ болѣзней и ихъ лѣченіи).

30 января.

1. **S. Erben.** *Ueber die geläufigste Form der traumatischen Neurose.* 2. **M. Oppenheim.** *Das Wasserstoffsuperoxyd* (перекись водорода) *in der Therapie der Haut-und Geschlechtskrankheiten.* 3. **F. Hamburger.** *Biologisches zur Säuglingsernährung.* 4. **P. Kschischo.** *Zur Frage des Bauchdeckenschnittes und seiner Vereinigung.* О разрѣзѣ живота и его закрытіи. (Не окончена). 5. **B. Klinger.** *Atypischer Fall von Psoriasis vulgaris diffusa, durch Kakodylinjektionen geheilt.* 6. **M. Kassowitz.** (Продолженіе).

6 февраля.

1. **G. Mattirolo** und **E. Tedeschi.** *Klinische und experimentelle Untersuchungen über zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie* (не окончена). 2. **H. Zwillinger.** *Ueber die Beziehungen der hyperplastischen Rachentonsille zum Stottern.* Объ отношеніи гиперплазій небныхъ миндалинъ къ заиканію. 3. **J. Puterman.** *Ueber die Beeinflussung des Cirkulationssystems durch die Schulexamina.* 4. **P. Kschischo.** (Продолженіе). 5. **M. Kassowitz.** (Продолженіе).

13 февраля.

1. **Seegen.** *Ueber ein in der Leber vorkommendes, bisher unbekanntes Kohlehydrat.* Объ одномъ еще неописанномъ углеводѣ въ печени. 2. **Martell.** *Zur Lecithinfrage und zur therapeutischen Verwendung des Lecithins.* (Не окончена). 3. **G. Mattirolo** und **E. Tedeschi.** (Продолженіе). 4. **M. Kassowitz.** (Тоже). 5. **P. Kschischo.** (Тоже). Въ приложеніи «Der Militärarzt», 12 февраля, № 3. 6. **Eilert.** (Окончаніе статьи объ антисептикѣ на войнѣ). 7. **Taubert.** (Тоже о прободеніяхъ барабанной перепонки).

20 февраля.

1. **O. Kraus.** *Ueber den Einfluss des Korsetts auf die somatischen Verhältnisse.* (Не окончена). 2. **R. Coen.** *Ueber das suggestive und das disziplinierende Moment bei der Therapie des Stotterns* (заиканія). 3. **Martell.** (Продолженіе статьи о лѣчебномъ значеніи лецитина). 4. **M. Kassowitz.** (Окончаніе). 5. **P. Kschischo.** (Тоже).

27 февраля.

1. **W. Spitzmüller.** *Ein Fall von Neurofibromatose.* (Не окончена). 2. **B. Tahal** und **A. Friedel.** *Chirurgische Kasuistik.* 3. **G. Mattirolo** und **E. Tedeschi.** *Klinische und experimentelle Untersuchungen über zwei Fälle von paroxysmaler Hämoglobinurie.* (Не окончена). 4. **O. Kraus.** (Окончаніе статьи о корсетѣ). 5. **Martell.** (Тоже о лецитинѣ).

12 марта.

1. **Elschnig.** *Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Netzhauterkrankungen bei Nephritis.* (Не окончена). 2. **L. Réthi.** *Zur Behandlung der Epistaxis.* Хвалитъ выскабливаніе кровоточащаго мѣста съ послѣдующимъ прижиганіемъ трихлоруксусною кислотою. 3. **U. Masovcic.** *Ueber einen Fall von Echinococcus hydatidosus des Herzmuskels.* 4. **G. Mattirolo** und **E. Tedeschi.** (Продолженіе). 5. **H. Freund.** (Окончаніе).

19 марта.

1. **R. Gersuny.** *Plastischer Ersatz bei angeborenem Defekte der Vagina.* 2. **E. Bock.** *Fremdkörper in den Tränenwegen.* Объ инородныхъ тѣлахъ въ слезныхъ путяхъ. 3. **Elschnig.** (Окончаніе статьи о кровоизліяніяхъ въ сѣтчатку при нефритѣ). 4. **G. Mattirolo** und **E. Tedeschi.** (Продолженіе).

26 марта.

1. **L. Haskovec.** *Weitere Bemerkungen über die Akathisie.* (Не окончена). 2. **R. Barącz.** *Beobachtungen über die chirurgische Technik in den Vereinigten Staaten Amerikas.* (Не окончена). 3. **Möhring.** *Ueber die ambulante Behandlung der Wirbeltuberkulose und Heilung des tuberkulösen Buckels* (горба). (Не окончена). 4. **F. Blum.** *Ueber das Schicksal des Bleis* (судьба свинца) *im Organismus.* 5. **G. Mattirolo** und **E. Tedeschi.** (Окончаніе). 6 (въ приложеніи «Der Militärarzt», 25 марта). **S. Scharf.** *Ein Beitrag zur Kasuistik der Wirkung der modernen kleinkalibrigen Geschosse.* 7. **Illés.** *Ein ungewöhnlicher Fall von Selbstmord.* Самоубійство черезъ выстрѣлъ учебнымъ патрономъ въ животъ: смерть отъ внутренняго кровотеченія.

Wiener medizinische Presse. 3 января.

1. **I. Neumann.** *Ueber syphilitische Erkrankung der Wirbelsäule* (позвоночника). Случай. 2. **O. Hovorka.** *Diagnostische Irrtümer im Lichte der modernen Orthopädie.* (Не окончена). 3. **P. Prengowski.** *Zur Frage von der Obstipatio spastica.*

10 января.

1. **E. Spiegler.** *Ueber die wissenschaftlichen Grundlagen der Kosmetik.* 2. **A. Schütze.** *Ueber die praktische Verwertung des Helmitol, eines neuen Harndesinfiziens.* 3. **O. Hovorka.** (Продолженіе).

17 января.

1. **W. Roth.** *Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Exsudatform bei der Entzündung der Highmorshöhle.* 2. **O. Hovorka.** (Продолженіе). 3 (въ приложеніи «Allgemeine Militärärztliche Zeitung», № 3) **K. Majewski.** *Ueber eine neue Suspendierungsart der Feldtrage am Träger.* 4. **Steuber.** (Продолженіе статьи въ № 43 газеты въ 1903 г.).

24 января.

1. **H. Paschkis.** *Zur Hygiene des Tabakrauchens.* 2. **O. Hovorka.** (Продолженіе). 3. **P. Siedler.** *Kraftnahrung.*

31 января.

1. **L. Réthi.** *Die sekretorischen Nerven des weichen Gaumens* (мягкаго нёба). (Не окончена). 2. **O. Hovorka.** (Окончаніе). 3. **R. Axwanger.** *Seltene Entstehungsart eines centralen Dammrisses.* Рѣдкій этіологическій разрывъ промежности.

7 февраля.

1. **M. Heitler.** *Über Pulsveränderung beim Schliessen und Öffnen der Augen.* Измѣненія пульса при открываніи и закрываніи глазъ. 2. **L. Réthi.** (Продолженіе). 3. **E. Herbst.** *Siebzehn Jahre geschlafen!* Сонъ въ теченіе 17 лѣтъ безъ перерыва.

14 февраля.

1. **G. Woyer.** *Zur Technik der Dekapitation.* (Не окончена). 2. **F. Weitlaner.** *Eine Vorrichtung in der Magensonde zur Feststellung der untern Magengrenze und einzelne Resultate dieser Methode.* Приспособленіе къ желудочному зонду для опредѣленія нижней границы желудка. 3. **K. Grosz.** *Ein Fall von gleichzeitig gummöser und populöser Syphilis.*

21 февраля.

1. **E. Ullman.** *Ueber Appendicitis.* 2. **G. Woyer.** (Продолженіе).

28 февраля.

1. **J. Bogdanik.** *Die Resektion des Sprunggelenkes nach eigener Methode.* Предлагаетъ свой способъ. 2. **E. Ullmann.** (Продолженіе). 3. **G. Woyer.** (Окончаніе).

6 марта.

1. **J. Schnitzler.** *Ueber freie und inkarzerierte Hernien und deren Behandlung.* 2. **A. Partos.** *Ueber rheumatische Muskelatrophie im Gefolge von Gelenksrheumatismus und deren Behandlung.*

13 марта.

1. **V. Plavec.** *Die Therapie der akuten Phosphorvergiftung.* (Не окончена). 2. **J. Schnitzler.** (Окончаніе). 3 (въ приложеніи «Allgemeine Militärärztliche Zeitung», № 11). **F. Hirz.** *Der Militärarzt als Hilfsorgan bei der Armee im Felde.*

20 марта.

1. **E. Urbantschitsch.** *Otogene Senkungsabszesse.* (Не окончена). 2. **V. Plavec.** (Продолженіе).

27 марта.

1. **L. Freund.** *Ueber radiographische Befunde bei intermittierendem Hinken.* 2. **E. Urbantschitsch.** (Окончаніе). 3. **V. Plavec.** (Продолженіе).

3 апрѣля.

1. **V. Hammerschlag.** *Hörstörungen im Kindesalter und ihre Bedeutung für die psychische und intellektuelle Entwickelung des Kindes.* О разстройствѣ слуха у дѣтей. 2. **P. Jablkowski.** *Erfahrungen über lokale Jodapplikation beim Trachom.* 3. **V. Plavec.** (Продолженіе).

10 апрѣля.

1. **A. Foges.** *Ueber einige gynäkologische Behandlungsmethoden.* 2. **V. Hammerschlag.** (Продолженіе).

17 апрѣля.

1. **M. Haudek.** *Erfahrungen und Resultate bei der unblutigen Behandlung der angebornen Hüftluxation.* О безкровномъ лѣченіи врожденныхъ вывиховъ бедра. 2. **J. Zwintz.** *Ueber die physiologische Wirkung des Acetopyrin.* 3. **J. Bogdanik.** *Die Resektion des Sprunggelenkes nach eigener Methode.* 4. **V. Plavec.** (Окончаніе).

Die medicinische Woche. 4 января.

1. **A. Ott.** *Zur Pathologie des Icterus.* 2. **O. Vierordt.** *Die Stellung der physikalischen (und diätetischen) Heilmethoden in der heutigen Therapie.* (Не окончена).

11 января.

1. **Koblanck.** *Dauerergebnisse der Prolapsoperationen.* 2. **Heubel.** *Ueber Geosot (Guajacol. valerianic. Dr. Wendt).* 3. **O. Vierordt.** (Продолженіе).

18 и 25 января.

1. **А. Н Филипповъ.** *Ueber atonische Magenerweiterung bei Kindern.* Объ атоническомъ расширеніи желудка у дѣтей. (Не окончена). 2. **O. Vierordt.** (Окончаніе).

1, 8 и 15 февраля.

1. **H. Mohr.** *Die modernen Grundsätze der Fracturen-Behandlung.* 2. **S. Kelen.** *Die Anwendung der Recto-Romanoscopie in der Praxis.*

22 февраля.

1. **W. Floss.** *Ein Beitrag zur Behandlung der Hämorrhoidalbeschwerden mittels Fascol-Kapseln.* О новомъ средствѣ противъ почечуя. 2. **E. Treitschke.** *Der Werth der transportablen Baracken (System Döcker) für die Kurorte.* (Не окончена).

29 февраля.

1. **Kionka.** *Die Wirkung der alkalischen Mineralquellen.* 2. **E. Treitschke.** (Окончаніе).

7 марта.

1. **A. Frey.** *Ein neuer Venendruckmesser.* Новый измѣритель веннаго давленія. 2. **Bienstock.** *Anaerobier und Symbiose.* 3. **W. H. Gilbert.** *Die Anwendung von Traubensaft bei functionellen Neurosen.* Виноградный сокъ противъ нейрозовъ.

14 марта.

1. **E. Stadelmann.** *Ueber Störungen der Verdauung bei Herzkranken.* 2. **G. Hoffmann.** *Die Percussions-Auscultation.* (Не окончена).

21 марта.

1. **В. А. Штанге.** *Ueber Bauchmassage.* О массажѣ живота. (Не окончена). 2. **G. Hoffmann.** (Окончаніе).

28 марта.

1. **Niessen.** *Zur Präventivbehandlung des syphilitischen Primäraffectes.* 2. **В. А. Штанге.** (Окончаніе). 3. **Dengel.** *Die allgemeine Bäder-Verkehrsanstalt zu Berlin.* 4. **Michaelis.** *Ausübung ärztlicher Praxis in deutschen Bädern seitens fremdländischer Aerzte.*

St.-Petersburger medicinische Wochenschrift. 3 (16) января.

E. Masing. *Zur Anwendung der Lumbalpunktion bei Hirntumoren.* Указываетъ на опасность прокола при опухоляхъ мозга, приводя смертельный случай изъ клиники *К. К. Дегіо.*

10 (23) января.

E. Rippe. *Ein Fall von Massenblitzschlag.* Случай пораженія молніею 23 человѣкъ (1 умеръ).

17 (30) января.

S. Unterberger. *Tuberkulose-Schwindsucht.—Sanatorien.*

24 января (6 февраля).

1. **E. Hoerschelmann.** *Ueber die Formalinbehandlung der puerperalen Sepsis.* Благопріятный случай. 2. **E. Jürgens.** *Ein Fall von Ozaena mit tötlichem Ausgange.* Зловонный насморкъ, осложнившійся смертельнымъ менингитомъ основанія.

31 января (13 февраля).

1. **S. Piątkowski.** *Lykopodium und Tuberkelbacillen im Sputum.* Указываетъ, что сѣмяна плауна при окраскѣ по *Ziehl-Gabbet* производятъ впечатлѣніе бугорчатковыхъ палочекъ. 2. **A. Kramer.** *Was leistet Kali hypermanganicum als Morphiumantidot.* 1 удачный случай.

7 (20) февраля.

1. **A. Högerstedt.** *Zur Technik der klinischen Eiweissbestimmung im Harn und in anderen Flüssigkeiten nach Brandberg.* 2. **K. Budberg.** *Zur Wirkung des Euchinins bei Malaria.*

14 (27) февраля.

1. **J. Ausin.** *Die Chirurgie des Magenkarsinoms.* 2. **Bosse.** *Atrophia optici gebessert durch Organsaft-und Sperminbehandlung, und Pruritus senilis geheilt durch Injektionen mit Sperminum-Poehl.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CLXI. Терапевтическая клиника и ея основныя требованія.

Проф. А. П. Фавицкаго.

Вступительная лекція на каѳедру пропедевтической клиники внутреннихъ болѣзней, читанная въ В.-Медицинской Академіи 10/IX 1904 г.

Мм. Гг.! Глубокое волненіе и смущеніе испытываю я въ настоящую минуту, впервые выступая здѣсь въ аудиторіи въ качествѣ руководителя предстоящими Вашими научными и практическими занятіями въ такой обширной области, какъ пропедевтическая клиника внутреннихъ болѣзней.

Каждый клиническій преподаватель, естественно, долженъ находиться подъ давленіемъ троякаго рода отвѣтственности: передъ самимъ собой, передъ будущими своими слушателями и передъ тѣми традиціями, которыя оставлены въ клиникѣ его предшественниками. Достаточно-ли у него знаній и силъ для осуществленія программы своей научно-клинической дѣятельности, хватитъ-ли у него умѣнія, чтобы заинтересовать въ ней своихъ будущихъ слушателей,—вотъ тѣ вопросы, которые на первыхъ-же порахъ невольно встаютъ передъ нимъ во всей своей силѣ и на которые должный отвѣтъ можетъ, однако, дать одно только время,—этотъ лучшій безпристрастный судья во всѣхъ дѣлахъ человѣка... Тяжела отвѣтственность преподавателя и передъ тѣми завѣтами, которые оставили послѣ себя въ клиникѣ его предшественники; въ этомъ отношеніи пропедевтическая клиника находилась въ особенно блестящихъ условіяхъ: цѣлый рядъ ближайшихъ преподавателей ея принадлежитъ къ числу выдающихся врачей и съ громкимъ именемъ общественныхъ дѣятелей.

Какъ живой стоитъ передъ мной покойный *Вячеславъ Авксентьевичъ Манассеинъ* (имя—хорошо Вамъ всѣмъ извѣстное) съ его увлекательными, живыми, литературно-обработанными, полными силою и огня лекціями, которыми мы въ былое время заслушивались здѣсь-же, въ этой аудиторіи; съ его принципами гуманности (а не сухой только корректности) въ обращеніи съ больными, бѣдными, другъ съ другомъ, въ чемъ мы такъ сильно и теперь еще нуждаемся; съ его печалью по поводу разнообразныхъ этическихъ неурядицъ, такъ нежелательно, къ сожалѣнію, вкоренившихся въ наше врачебное сословіе, и съ прочими его радостями и горемъ, высказывавшимися имъ и на словахъ и въ печати касательно самыхъ разнообразныхъ сторонъ нашей общественной, научной и спеціально-врачебной жизни. За нимъ слѣдовалъ такъ рано и неожиданно скончавшійся среди кипучей клинической и практической дѣятельности *Нилъ Ивановичъ Соколовъ*, человѣкъ громаднаго клиническаго опыта и широкаго почина по разнообразнымъ врачебнымъ вопросамъ общественной городской жизни Петербурга. Наконецъ, въ стѣнахъ этой аудиторіи раздавался убѣжденный голосъ нынѣ благополучно здравствующаго уважаемаго *Василія Николаевича Сиротинина*, клиническая даровитость и блестящія лекторскія способности котораго были извѣстны далеко за предѣлами этой клиники. Въ настоящее время и *В. Н. Сиротининъ* съ честью подвизается на поприщѣ общественной дѣятельности, отдавая свое время, опытъ и знанія на пользу такой намъ всѣмъ дорогой идеи, какъ идея—помощи больнымъ, увѣчнымъ и раненымъ жертвамъ въ текущую тяжелую войну... Вы видите, такимъ образомъ, сколько требуется нравственной энергіи отъ каждаго, находящагося въ моемъ положеніи преподавателя, чтобы съ честью продолжать традиціи прошлаго этой клиники и съ вѣрой и съ душевнымъ спокойствіемъ смотрѣть въ ближайшее будущее ея.

Послѣ этого небольшого отступленія позволю себѣ теперь перейти къ непосредственному предмету своего перваго собесѣдованія съ Вами.

Прежде всего привѣтствую Васъ съ вступленіемъ въ клинику внутреннихъ болѣзней, гдѣ Вы, на протяженіи 3-хъ лѣтъ, будете имѣть случай непосредственно видѣть массу горя и страданій больного человѣка и которыя Вы впослѣдствіи въ теченіи всей своей врачебной дѣятельности призваны будете лѣчить и успокаивать. Послѣднее должно представлять для Васъ конечную цѣль всѣхъ Вашихъ научныхъ стремленій, какъ таковой она была, есть и будетъ для всего нашего медицинскаго знанія, ибо первое, что всегда требовалъ больной человѣкъ, это—помощи въ его страданіяхъ и за этимъ онъ обращался прежде всего, даже въ тѣ отдаленныя историческія времена, когда еще наше знаніе только зарождалось и когда, вмѣсто научныхъ твердыхъ основъ его, существовалъ грубый эмпиризмъ, не лишенный, правда, во многихъ случаяхъ большой наблюдательности. Такимъ образомъ, клиника вводитъ Васъ въ новый міръ, міръ—болѣзней, страданій, всего патологическаго человѣка, отличный отъ того міра, въ которомъ Вы вращались передъ тѣмъ въ теченіи 2-хъ лѣтъ на предъидущихъ курсахъ, гдѣ, наоборотъ, изученіе нормальныхъ физіолого-анатомическихъ отправленій животнаго и человѣческаго организма на почвѣ объективнаго научнаго анализа и при помощи цѣлаго цикла отдѣльныхъ отраслей естествознанія ставилось на первый планъ. Казалось-бы, что міръ нормальнаго и объективнаго и міръ болѣзненнаго и въ достаточной степени субъективнаго мало, по видимому, имѣютъ между собою общаго и представляютъ 2 такія области явленій, которыя въ немногомъ чѣмъ соприкасаются между собой; но это только такъ кажется на первый взглядъ: всѣ тѣ отдѣлы естествознанія, которые Вы только-что прошли на предъидущихъ курсахъ, помимо общеобразовательнаго, имѣютъ громадное значеніе и чисто практическое, а именно, въ смыслѣ познанія болѣзней и ихъ лѣченія. Что врачъ долженъ быть не техникомъ только въ своей спеціальности, а вообще и спеціально образованнымъ человѣкомъ, въ этомъ теперь, конечно, никто не сомнѣвается; уже *Галенъ* во II в. заявлялъ, что «Ὅτι ἄριστος ἰατρὸς καὶ φιλόσοφος», т. е. каждый хорошій врачъ долженъ быть мыслящимъ, образованнымъ по тому времени, человѣкомъ; современное-же естествознаніе, играющее такую большую роль во всѣхъ біологическихъ вопросахъ нашего времени, дѣлающее смѣлые набѣги въ міръ психическій, сближая его съ міромъ матеріальнымъ (изслѣдованія въ области физической химіи *Ostwald*'а, *Bredig*'а и др.), тѣмъ самымъ получаетъ значеніе необходимѣйшаго элемента всякаго истиннаго реальнаго образованія. Важность-же естествознанія для развитія научной медицины, т. е. научнаго изученія человѣческаго организма въ здоровомъ и болѣзненномъ состояніи, а вмѣстѣ съ тѣмъ и для искусства лѣчить больныхъ ясно вытекаетъ изъ историческаго его прошлаго.

Хотя въ вѣкѣ индійской, греческой и александрійской медицинскихъ школъ и были указанія на естественныя причины заболѣваній (*Гиппократъ*, V и IV в. до Р. Хр.) и хотя существовали зачатки одной изъ нашихъ основныхъ наукъ—анатоміи (александрійская школа, IV и III в. до Р. Хр.), тѣмъ не менѣе въ области терапіи господствовалъ простой эмпиризмъ, лишенный по большей части фактически-научнаго основанія (*К. Н. Георгіевскій*), а въ области врачебной мысли—спекулятивно-философскія воззрѣнія Платона и Аристотеля; это направленіе, дополненное комментаріями такого выдающагося врача своего времени, какъ *Галенъ*, держалось почти вплоть до среднихъ вѣковъ. Рѣзкій шагъ въ сторону научной постановки всего зданія медицинскихъ свѣдѣній возможенъ сталъ тогда, когда въ основу было положено точное изученіе анатоміи, этого исходнаго пункта всякаго дальнѣйшаго раціональнаго развитія нашей отрасли знаній. Честь эта принадлежитъ Везалію, въ XVI столѣтіи. И дѣйствительно, съ этого момента дѣло изученія здороваго и больного организма быстро пошло впередъ: *W. Harvey* (1578—1657 г.), открывая кровообращеніе, кладетъ начало физіологіи и могущественному экспериментальному способу изслѣдованія, достигшему въ настоящее время въ рукахъ нѣкоторыхъ физіологовъ необыкновеннаго техническаго развитія и увѣнчавшемуся массой цѣнныхъ физіологическихъ фактовъ (*И. П. Павловъ*); успѣхи химіи (кислородъ и роль его въ процессѣ окисленія—*Lavoisier*; 1743—1794) даютъ первую научную основу для разработки акта дыханія и обмѣна веществъ, и успѣхи физики (изобрѣтеніе микроскопа) вызы-

ваютъ цѣлый переворотъ въ нашихъ знаніяхъ нормальнаго строенія человѣческаго организма и измѣненій въ немъ при различныхъ патологическихъ процессахъ. Въ это-же время *Morgagni* (1687—1771 г.) кладетъ начало патологической анатоміи, *Bichat* (1771—1802 г.)—мѣстоположеній болѣзненныхъ процессовъ въ различныхъ тканяхъ, *Virchow*-же, затѣмъ, въ основу изученія ихъ ставитъ самыя клѣтки организма, чѣмъ и выдвинулъ патологическую анатомію на степень точнаго знанія.

Параллельно съ этимъ росло стремленіе посмертныя измѣненія въ организмѣ опредѣлять при жизни больного на основаніи сочетанія извѣстныхъ болѣзненныхъ явленій и физическихъ и химическихъ измѣненій внутреннихъ органовъ и выдѣленій; это стремленіе, уже чисто распознавательное, нашло удовлетвореніе въ изобрѣтеніи способа постукиванія и выслушиванія—*Augenbruger*'омъ (1761 г.) и *Laënec*'омъ (1781—1826 г.) и въ дальнѣйшихъ успѣхахъ физики и химіи.

Это новое научно-объективное изученіе здороваго и больного человѣческаго организма немедленно-же отразилось въ практической медицинѣ, выдвинувъ цѣлый рядъ образованныхъ врачей, ученыхъ и клиницистовъ, какъ *Corvisart*, *Peter*, *Frank*, *Schoenlein*, *Rokitansky*, *Skoda*, *Laënnec*, *Oppolzer* и др., пользовавшихся въ свое время большой извѣстностью. Мало того, это-же направленіе привело къ истинному познанію природы болѣзненныхъ процессовъ и освѣтило цѣль и способы дѣйствія различныхъ терапевтическихъ мѣропріятій; въ этомъ отношеніи громадную роль сыграла Вѣнская школа съ *Rokitansky*'мъ и *Skod*'ой во главѣ (40—60 г. прошлаго столѣтія). Эта школа, помимо объективнаго описанія болѣзненныхъ процессовъ при жизни больного, установила циклическое теченіе многихъ болѣзней выдвинула значеніе ухода за больными, діэты, соотвѣтственной болѣзненному процессу, а также громадную важность выжидательнаго способа лѣченія, подорвавъ въ тоже время цѣнность многихъ фармакологическихъ средствъ, какъ остатковъ старины и не выдерживавшихъ строгаго клиническаго анализа ихъ. Словомъ, ей принадлежитъ честь научнаго обоснованія имѣющей громадное значеніе и для нашего время мысли о самоизлѣченіи болѣзней. Этотъ принципъ самоизлѣченія болѣзней (не ускользнувшій отъ наблюдательнаго глаза *Гиппократа*, по мнѣнію котораго врачъ не «magister, sed minister naturae»), широко разработанный въ настоящее время въ смыслѣ изученія самозащитительныхъ силъ организма, лежащихъ въ основѣ его, и о чемъ я еще буду неоднократно говорить съ Вами въ теченіи предстоящаго учебнаго года, опять-таки благотворно отразился въ практическомъ отношеніи, прежде всего, на самихъ больныхъ, сдѣлавъ лишней ту массу слишкомъ жестокихъ лѣчебныхъ средствъ (какъ, напр., кровопусканій, потогонныхъ способовъ лѣченія и т. п.), которыми до того такъ сильно злоупотребляли *(Bäumler)*. Правда, это-же направленіе повело и къ терапевтическому нигилизму, но не на долго, ибо дальнѣйшіе успѣхи въ области физики, химіи и экспериментальнаго способа изслѣдованія дали такіе богатые способы лѣченія, которые сохраняютъ свою силу и по настоящее время; сюда относится примѣненіе обезболивающихъ средствъ, обеззараживающихъ, жаропонижающихъ, сердечныхъ, электризація, водолѣченіе и т. п. Однако, этимъ дѣло не ограничилось: естествознаніе, идя дальше по пути своего развитія, продолжало щедрой рукой расточать свои дары больному человѣку. И, дѣйствительно, вскорѣ нарождается бактеріологія, которая въ лицѣ своихъ творцевъ—*Pasteur*'а, *R. Koch*'а и многихъ другихъ достойныхъ своихъ представителей, изучая этіологію заразныхъ заболѣваній и способы ихъ распространенія, дала цѣлый рядъ могущественныхъ практическихъ какъ общественно-санитарныхъ, такъ и частныхъ мѣръ борьбы съ ними, рѣзко смягчившихъ тяжесть различныхъ эпидемическихъ заболѣваній, когда-то буквально опустошавшихъ тѣ или другія части свѣта, и близко подошла къ разрѣшенію такого важнаго вопроса, какъ специфическое лѣченіе многихъ изъ этихъ заболѣваній, на почвѣ серотерапіи, антитоксиновъ и т. п.

Физика, выдвигая совершенно новую область т. наз., физической химіи (*Arrhenius*, *van Hoff*, *Ostwald*, *Köppe* и др.), имѣющую, по видимому, громадное значеніе для объясненія многихъ темныхъ сторонъ біологіи здороваго и больного организма, даетъ свѣтолѣченіе *(Finsen)*, х-лучи *(Roentgen)*, лучи радія *(Beckerel*, *Curie)*, наконецъ, въ самое послѣднее время ультрамикроскопъ *Siegmond*'а и *Siedentoper*'а *(Rählman*, *Behring)*, значеніе которыхъ какъ въ распознавательномъ, такъ и въ терапевтическомъ отношеніи точно также не подлежитъ сомнѣнію; органическая а также физіологическая химія, съ ея тонкимъ изученіемъ состава бѣлковъ, протеидовъ и углеводовъ *(школа Kossel'я*, *А. Я. Данилевскаго*, *Hoffmeister*, *E. Fischer)*, а также вопроса объ усвоеніи и обмѣнѣ веществъ въ организмѣ даетъ толчекъ къ научному развитію громадной области діэто-терапіи, необходимаго лѣчебнаго средства для каждаго врача въ борьбѣ его съ самыми разнообразными заболѣваніями человѣка. Труды *Rubner*'а и его школы, *Leyden*'а, *Moritz*'а, *Hirschfeld*'а, *von Noorden*'а, *Uffelman*'а, *Munk*'а и др. наглядно убѣждаютъ въ этомъ. Параллельно съ этимъ блестящее развитіе техники въ различныхъ прикладныхъ отдѣлахъ естествознанія, какъ-то механики, фармакологической индустріи, области примѣненія водо- и электролѣченія и т. д., техники, которая, по словамъ *Naunyn*'а, буквально ослѣпляетъ современнаго человѣка, дало въ примѣненіи къ нашей спеціальности такую массу всевозможныхъ приспособленій и приборовъ какъ для распознаванія болѣзненныхъ состояній, такъ и для лѣченія больного человѣка свѣтомъ, воздухомъ, водой, массажемъ, гимнастикой, фармакологическими препаратами и т. п., что всѣ эти отдѣлы діагностики и терапіи, а въ особенности—отдѣлъ физическихъ способовъ лѣченія *(Jacob* и *Goldscheider)*, достигли большой степени совершенства; вмѣстѣ съ тѣмъ эти-же техническія услуги благотворно отразились и на всемъ дѣлѣ ухода за больными и врачеванія въ современныхъ клиникахъ и больницахъ, внося всюду съ собой гуманность и комфортъ, согласно требованіямъ гигіэны *(Naunyn)*.

И этихъ примѣровъ достаточно, чтобы, не утруждая Вашего вниманія, наглядно показать, что то, что Вы оставили за собой на первыхъ 2-хъ курсахъ, тѣснѣйшимъ образомъ связано съ дальнѣйшими Вашими шагами уже на чисто практическомъ поприщѣ—въ дѣлѣ лѣченія больныхъ въ клиникѣ и внѣ ея; способы точнаго наблюденія и отличительнаго разграниченія существеннаго отъ несущественнаго въ связи съ фактическими знаніями, пріобрѣтенными Вами въ различныхъ отдѣлахъ естествознанія на предъидущихъ 2-хъ курсахъ, представляютъ необходимѣйшіе элементы при изученіи патологическихъ явленій животнаго организма вообще и у постели больного въ частности; это-же составляетъ и научное ядро врачебнаго искусства—лѣченія больныхъ. Безъ этой основы Вы рискуете стать эмпириками и рутинерами и ничѣмъ не будете отличаться отъ различныхъ сектантовъ медицины, знахарей, шарлатановъ, цѣлителей изъ среды народа, знанія и умъ которыхъ лишены этой подкладки. Поэтому нужно относиться съ величайшимъ уваженіемъ ко всѣмъ тѣмъ дѣятелямъ, которые трудятся въ самыхъ теоретическихъ отрасляхъ естествознанія, совсѣмъ, казалось-бы, не имѣющихъ даже отдаленнаго соприкосновенія съ нашей практической клинической дѣятельностью, ибо никто не можетъ поручиться, какъ это Вы уже отчасти могли видѣть изъ предъидущихъ моихъ словъ, что результаты, добытые этими тружениками, не окажутся въ свое время, косвеннымъ или прямымъ путемъ, въ высшей степени важными и полезными и для дорогого намъ всѣмъ дѣла—познанія болѣзней и лѣченія больного человѣчества.

Вотъ съ какими мыслями Вы должны приступать на первыхъ-же порахъ къ своимъ занятіямъ въ пропедевтической клиникѣ.

Въ этой, какъ и въ другихъ клиникахъ, Вы встрѣтитесь впервые съ словомъ—болѣзнь и больной человѣкъ. Я не буду останавливаться въ исторической послѣдовательности на опредѣленіи слова болѣзнь, такъ какъ объ этомъ Вы услышите компетентное слово на лекціяхъ «Общей патологіи» проф. *П. М. Альбицкаго*, а также можете найти и обстоятельныя соображенія въ I томѣ «Общей патологіи» *Bouchard*'а и въ вступительной лекціи на каѳедрѣ частной

патологіи и терапіи въ Харьковѣ проф. *К. Н. Георгіевскаго*; скажу лишь, что подъ болѣзнью слѣдуетъ понимать совокупность функціональныхъ и анатомическихъ измѣненій, возникающихъ въ организмѣ, какъ реакція на вліяніе различныхъ болѣзнетворныхъ причинъ (*Roger*). Характеръ реакціи—одинъ и тотъ-же, какъ и при нормальной жизни; сочетаніе-же входящихъ въ нее элементовъ—сложнѣе, благодаря новымъ условіямъ, вызываемымъ болѣзнетворной причиной; напряженность этой реакціи представляетъ цѣлую градацію болѣзненныхъ припадковъ отъ самыхъ слабыхъ, стоящихъ на границѣ нормальнаго, до самыхъ сильныхъ, сплошь и рядомъ угрожающихъ самой жизни больного и потому нерѣдко требующихъ энергическаго терапевтическаго вмѣшательства. Это обстоятельство еще болѣе подтверждаетъ тѣсную связь между ближайшимъ Вашимъ прошлымъ естественно-научнаго характера и ближайшимъ будущимъ характера чисто клиническаго; да иного и быть не можетъ, ибо нельзя-же изучать болѣзненныя явленія организма, не зная основательно нормальныхъ его отправленій.

Пропедевтическая или вступительная клиника и имѣетъ цѣлью познакомить Васъ съ современнымъ ученіемъ о внутреннихъ болѣзняхъ, включая сюда этіологію, теченіе и лѣченіе ихъ, въ теоретически демонстративномъ отношеніи и въ тоже время у постели больного дать Вамъ основы практическаго примѣненія различныхъ способовъ изслѣдованія больныхъ съ распознавательными цѣлями, практическаго изученія различныхъ и разнообразныхъ припадковъ болѣзней на самомъ больномъ и соотвѣтственнаго ухода и лѣченія ихъ, т. е. здѣсь всѣ Ваши теоретическія знанія о сущности болѣзней, о мѣрахъ борьбы и предупрежденія ихъ, свѣдѣнія, которыя неустанно должны пополняться Вами всю Вашу жизнь, съ настоятельной необходимостью будутъ идти рука объ руку съ искусствомъ примѣненія ихъ не къ болѣзнямъ только вообще, но и къ больному человѣку, со всѣми тѣми особенностями къ проявленію болѣзненнаго процесса, которыя обусловливаются наслѣдственностью, условіями среды, привычекъ, общимъ остояніемъ питанія, особенностями организма и т. п.; словомъ, свои знанія Вы будете еще индивидуализировать сообразно съ каждымъ отдѣльнымъ случаемъ. Какъ видите, область, открывающаяся передъ Вами, весьма сложная, для изученія которой, какъ выражался покойный *С. П. Боткинъ*, не хватитъ и жизни человѣческой; цѣль, однако, пропедевтической клиники—болѣе скромная: она должна познакомить Васъ только съ основными элементами этой области, предоставляя изученіе подробностей клиникамъ слѣдующихъ 2-хъ курсовъ и дальнѣйшей Вашей самостоятельной врачебной дѣятельности.

Вступая въ клинику внутреннихъ болѣзней, Вы должны проникнуться мыслью, что она среди другихъ спеціальныхъ клиникъ занимаетъ главное мѣсто и должна быть причисленной къ основнымъ клиникамъ; такое ея положеніе обусловливается какъ большимъ объемомъ и разнообразіемъ болѣзненныхъ формъ, входящихъ въ кругъ ея вѣдѣнія, такъ и тѣсной связью ея со всѣми другими спеціальными отраслями практическаго медицинскаго знанія: по справедливому мнѣнію *Strümpell'я*, клиника внутреннихъ болѣзней представляетъ основу всего клиническаго медицинскаго образованія. Дѣйствительно, въ какой другой спеціальной клиникѣ мѣры гигіено-профилактическія по отношенію къ разнообразнымъ болѣзнямъ, различные способы ухода, питанія, лѣченія больныхъ, равно какъ распознавательная и терапевтическая техника, изучаются въ такомъ объемѣ, какъ въ пропедевтической?

Что клиника внутреннихъ болѣзней—самая обширная среди другихъ спеціальныхъ клиникъ, это не требуетъ особаго объясненія, ибо послѣднія по большей части занимаются заболѣваніями отдѣльныхъ органовъ, отдѣльныхъ системъ тѣла, между тѣмъ какъ первая вѣдаетъ цѣлымъ рядомъ общихъ заболѣваній всего организма, какъ, напр., заразными, т. наз. конституціональными и т. п. Изъ этого Вы ясно видите, что область пропедевтической клиники должна по необходимости находиться въ тѣснѣйшей связи со всѣми другими отдѣльными отраслями клиническаго заболѣваніе какого-либо органа и оказать надлежащее лѣчебное пособіе, не зная соотношенія его къ другимъ органамъ и всему организму. Это для врача должно считаться клинической аксіомой, и доказывать это еще лишній разъ, какъ нѣчто новое (что̀ нѣкоторые пытаются дѣлать и теперь), очевидно, есть результатъ какого-то недоразумѣнія, безполезная и запоздалая трата времени... Въ упомянутомъ фактѣ Вы убѣждаетесь на каждомъ шагу, возьмете-ли Вы для примѣра хирургическія или нервныя, венерическія и т. п. заболѣванія.

Современная хирургія до того расширила предѣлы своего вмѣшательства въ области чисто терапевтической (болѣзни желудка, кишекъ, печени, почекъ, легкихъ и т. д.), до того клиническія воззрѣнія и лѣчебныя стремленія терапевта и хирурга сдѣлались, такъ сказать, родственными между собой, что во многихъ случаяхъ трудно обходиться одному безъ помощи другого. Выразительницей такого направленія въ послѣднее время явилась даже спеціальная литература, посвященная вопросамъ, лежащимъ на границѣ внутреннихъ и хирургическихъ заболѣваній (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie); въ высшей степени желательнымъ было-бы, конечно, такое положеніе вещей, если-бы хирургъ воплощалъ въ себѣ и терапевта со всѣми его клиническими знаніями; но этого добиться трудно въ виду обширности этихъ 2-хъ областей знанія, но за то въ нѣкоторыхъ областяхъ хирургіи—по крайней мѣрѣ, заграницей—это положеніе давно осуществилось, гдѣ, напр., въ области заболѣваній брюшной полости—*Mikulicz*, печени—*Kehr*, почекъ—*Israël* высшую хирургическую технику соединяютъ съ глубокими клиническими знаніями; желательность подобныхъ хирурговъ для всякаго очевидна; у насъ въ Россіи объ этомъ постоянно говорилъ покойный *Өедоръ Игнатьевичъ Пастернацкій*, но пока пожеланія его не перешли въ дѣйствительность, хотя выдающихся хирурговъ и у насъ не мало.

Не меньше зависимость и многихъ нервныхъ заболѣваній отъ того или другого состоянія внутреннихъ органовъ. Возьмите конституціональныя заболѣванія или болѣзни почекъ, пищеварительнаго канала, заразныя болѣзни и т. д., не сопровождаются-ли и они рядомъ сопутствующихъ и отраженныхъ припадковъ со стороны центральной и периферической нервной системы, уясненіе и лѣченіе которыхъ, безъ участія свѣдѣній изъ области внутренней медицины, сплошь и рядомъ бываютъ безрезультатны. Въ виду этого понятно, почему многіе западно-европейскіе терапевты (напр., *Leyden*, *Erb*, *A. Strümpell*, *Ziemssen* и др.) являются и являлись знатоками и нервныхъ заболѣваній.

Тоже самое мы видимъ и въ такой сравнительно небольшой спеціальной области, какъ область венерическихъ заболѣваній, гдѣ много послѣ-гонорройныхъ и сифилитическихъ заболѣваній приходится на долю внутреннихъ органовъ и, опять-таки, на долю нашей компетенціи; сколько-бы выигралъ, напр., сифилисъ въ смыслѣ изученія его возвратовъ, мѣстоположенія и излѣчимости его, если-бы и эти послѣдовательныя заболѣванія внутреннихъ органовъ находились въ такихъ-же компетентныхъ рукахъ спеціалистовъ-сифилидологовъ, какъ и заболѣванія внѣшнихъ органовъ, на которыхъ и сосредоточивается главнымъ образомъ ихъ вниманіе? Ограничиваюсь пока этими примѣрами.

Изъ всего сказаннаго Вы видите, что прогрессивная научно-практическая дѣятельность терапевта требуетъ отъ него большого и постояннаго труда для пріобрѣтенія разнообразныхъ знаній и свѣдѣній, большой опытности и наблюдательности, дабы онъ не стоялъ на одномъ мѣстѣ и не превратился во врача-техника и ремесленника; и понимается въ этомъ смыслѣ дѣятельность его, несомнѣнно, гораздо шире сравнительно съ дѣятельностью на поприщѣ чисто теоретическихъ отдѣловъ медицинской профессіи, что-бы противъ этого ни говорили представители послѣднихъ, ибо терапевтъ при изслѣдованіи причинъ болѣзней, познанія сущности ихъ и изысканія мѣръ борьбы съ ними помимо непосредственнаго наблюденія у постели больного,

блюденія, которые, такъ сказать, узаконены въ различныхъ отрасляхъ естествознанія, но не съ такими, конечно, подробностями, какъ тамъ, ибо область его мѣропріятій гораздо шире и не всегда сопровождается такимъ прямымъ, точнымъ и положительнымъ результатомъ, какъ тамъ, по тому естественному соображенію, что здоровье и жизнь человѣка, въ противоположность, напр., экспериментальнымъ изслѣдованіямъ на животныхъ, сплошь и рядомъ налагаетъ извѣстный предѣлъ въ нашей области всякимъ рискованнымъ изысканіямъ. Въ послѣднемъ обстоятельствѣ многіе, не безъ нѣкотораго основанія, видятъ слабую сторону нашего клиническаго метода изслѣдованія и наблюденія; къ такимъ-же слабымъ сторонамъ относятъ и то, что дѣло распознаванія и лѣченія болѣзней въ достаточной еще степени есть дѣло наблюдательности, таланта и искусства врача, который, въ виду лѣчебныхъ цѣлей, не всегда стоитъ на почвѣ строго научной и не брезгуетъ иногда чисто случайными находками, данными житейскаго опыта и т. д.

На это, однако, слѣдуетъ отвѣтить, что, во 1-хъ, во всякомъ прикладномъ знаніи—а практическая медицина считается таковой—основы научныя тѣсно переплетаются въ извѣстной степени съ искусствомъ, талантомъ и даровитостью того лица, которое ихъ проводитъ въ жизнь; во 2-хъ, ни одно изъ техническихъ знаній по своимъ сложнымъ задачамъ и конечнымъ цѣлямъ не можетъ идти въ сравненіе съ задачами практической медицины и, въ 3-хъ, эмпиризмъ и случай, давшіе столько могучихъ лѣкарственныхъ средствъ, какъ хининъ, іодъ, ртуть, рядъ сердечныхъ средствъ и т. п., клиническое примѣненіе которыхъ въ большинствѣ случаевъ выяснено при помощи тѣхъ-же общепризнанныхъ способовъ экспериментальнаго изслѣдованія, не заслуживаютъ такого отрицательнаго къ себѣ отношенія, въ особенности со стороны врача, для котораго больной человѣкъ—все и все—въ больномъ человѣкѣ. Вотъ что говоритъ *Pel* (голландскій клиницистъ) по поводу клиническаго способа изслѣдованія и наблюденія, разбирая вопросъ о діэто-терапіи нефритиковъ:

...«Все, что вредно въ этомъ отношеніи, нельзя опредѣлить ни вѣсомъ, ни цифрой, ни опытами, ибо трудно такимъ образомъ воспроизвести тѣ явленія, которыя наблюдаются у больного человѣка. Клиническій опытъ, основанный на безпристрастномъ наблюденіи, считается не съ качествомъ и количествомъ мочи, но со всѣмъ организмомъ, со всѣми его отправленіями, вообще со всѣмъ больнымъ человѣкомъ. Врачъ, конечно, долженъ считаться и съ больнымъ органомъ, но не долженъ при этомъ упускать изъ вида больного человѣка; онъ долженъ помнить, что строго проведенное «Schonung» (противо-раздражающее діэтетическое лѣченіе въ данномъ случаѣ) больного органа влечетъ за собой опасности для общаго состоянія больного; врачъ долженъ обращать вниманіе не на одну только мочу, но и на физическія и психическія свойства больного, состояніе его питанія, кровотворенія, его пищеварительныхъ органовъ, сердца и на всѣ другія осложненія, встрѣчающіяся при нефритѣ».

Вотъ прекрасное сжатое описаніе сути клиническаго способа наблюденія.

Теперь Вы сами легко можете отмѣтить 2 стороны въ дѣятельности врача, обязательной и для Васъ, какъ будущихъ врачей: одна, чисто научная, старающаяся при помощи способовъ изслѣдованія и мышленія, принятыхъ въ естествознаніи, познать сущность болѣзней и найти средства къ ихъ излѣченію, другая, чисто практическая, совмѣщающая въ себѣ искусство примѣненія всѣхъ этихъ свѣдѣній къ больному человѣку съ распознавательными и лѣчебными цѣлями. Первое представляетъ драгоцѣнный фундаментъ раціональной медицины и, чѣмъ больше оно распространяетъ область своего вліянія на счетъ второго, тѣмъ болѣе облагораживается послѣднее, тѣмъ болѣе освобождается отъ всего наноснаго и рутиннаго; на это указываютъ всѣ выдающіеся клиницисты, въ особенности *Strümpell*, *Naunyn*, *Bäumler* и др. Это направленіе и нужно особенно внушать учащимся, предлагая имъ такіе способы изслѣдованія и анализа въ сложной области внутреннихъ заболѣваній, которые заключали-бы въ себѣ ядро пытливой, строго точной и послѣдовательной мысли естественника-натуралиста и которые, при извѣстномъ, конечно, желаніи къ настойчивому труду, окажутъ имъ громадныя услуги въ ихъ будущей практической дѣятельности, даже при среднихъ, обычныхъ, природныхъ дарованіяхъ, ибо и въ такихъ дѣятеляхъ окружающая насъ обстановка сильно нуждается.

Теперь, когда Вы познакомились съ задачами клиники, съ тѣмъ направленіемъ, котораго Вы должны держаться при своихъ занятіяхъ въ ней, мнѣ остается коснуться еще вопроса о томъ, какимъ путемъ Вы будете осуществлять свои главнѣйшія задачи—терапевтическія, или иначе говоря, какимъ требованіямъ Вы должны удовлетворять въ качествѣ будущихъ образованныхъ врачей-терапевтовъ? Вопросъ этотъ, конечно, въ самыхъ общихъ чертахъ, является вполнѣ своевременнымъ и для Васъ, только-что переступающихъ порогъ клиники, ибо самые первые шаги въ ней, по богатству и глубинѣ впечатлѣній, выносимыхъ при этомъ, находятся въ самой тѣсной генетической связи со всѣми Вашими послѣдующими, клиническими шагами, включая сюда и будущую Вашу самостоятельную практическую дѣятельность. Требованія эти, какъ Вы догадываетесь, большія и будутъ предъявляться какъ къ Вашимъ знаніямъ, такъ и къ Вамъ лично, какъ человѣку; въ виду этого здѣсь-же въ клиникахъ, какъ въ школѣ, вырабатывайте задатки тѣхъ умственныхъ и душевныхъ качествъ, которыя въ скоромъ будущемъ потребуетъ отъ Васъ сама жизнь.

Прежде всего Вы должны вооружиться тѣмъ, что *Bumm* и *Bäumler* называютъ (и о чемъ давно на лекціяхъ своихъ говорилъ покойный проф. *Д. И. Кошлаковъ*) «Wissen und Können» врача, т. е. знаніемъ основныхъ элементовъ клиники внутреннихъ болѣзней и умѣніемъ примѣнять ихъ практически на томъ или иномъ больномъ человѣкѣ. Задача, какъ видите, сложная и особенно сложна она потому, что, какъ справедливо замѣчаетъ *Biernacki*, правильно распознавая многія болѣзни, мы далеки еще отъ познанія сущности многихъ изъ нихъ и въ тоже время далеко не владѣемъ терапевтическими средствами, дѣйствующими коренным образомъ противъ большинства изъ нихъ.

Хотя Вы въ теченіи этого и слѣдующихъ 2-хъ лѣтъ пребыванія своего въ клиникахъ внутреннихъ болѣзней и увидите, какіе широкіе терапевтическіе и профилактическіе горизонты открываются по отношенію къ многимъ заболѣваніямъ на почвѣ, напр. бактеріологическихъ мѣропріятій (борьба съ заносомъ въ различныя страны эпидемическихъ заболѣваній—чумы, холеры; серотерапія дифтеріи, столбняка (*Behring*, *Roux*, *Kitasato*, *Tizzoni*), общихъ санитарныхъ мѣръ и подробнаго изученія въ этіологическомъ отношеніи [болотная лихорадка—*Laveran*, *Masson*, *Bovis*, *R. Koch*, *Grassi*, *Celli*, *Bignami*, *Machiafava*, у насъ—*Данилевскій*, *Сахаровъ* и др.)], климато-діэтотерапіи [лѣченіе чахотки въ санаторіяхъ (*Brehmer*, *Dettweiler*, *Leyden*, покойный *Ziemssen* и др.), хирургическаго лѣченія (обширная область внутреннихъ заболѣваній)], фармакологическаго (употребленіе жаропонижающихъ средствъ, сердечныхъ, т. наз. специфическихъ и т. д.); тѣмъ не менѣе, повторяю, въ большинствѣ случаевъ вѣрныхъ средствъ противъ разнообразныхъ заболѣваній, которыя Вамъ придется лѣчить, въ рукахъ у Васъ не будетъ. Какой исходной мыслью Вы будете въ подобныхъ случаяхъ руководиться въ своихъ будущихъ терапевтическихъ пріемахъ и въ чемъ будете видѣть ключъ къ объясненію ихъ дѣйствія?

Прежде всего, Вы должны помнить фактъ величайшей важности (Вамъ уже извѣстный), что большинство болѣзней, главнымъ образомъ острыхъ, при извѣстныхъ условіяхъ питанія и ухода протекаетъ циклически, т. е. имѣетъ болѣе или менѣе опредѣленный, законченный типъ теченія, при чемъ организмъ въ борьбѣ съ болѣзнетворнымъ началомъ пользуется той массой своихъ самозащитительныхъ силъ (о которыхъ Вы слышали на лекціяхъ по физіологіи, и еще услышите на курсѣ общей патологіи), при помощи которыхъ онъ во многихъ случаяхъ обезпечиваетъ себѣ избавленіе отъ того или иного болѣзненнаго процесса. Этимъ и объясняется пока странное на первый взглядъ явленіе, что однѣ и тѣже болѣзни часто излѣчивались и излѣчиваются при помощи разнообразныхъ терапевтическихъ воздѣйствій, но, правда, не всегда одинаково быстро и одинаково надежно. Знаніе этого явленія окажетъ Вамъ впослѣдствіи громадныя услуги при разборѣ дѣйствія соб-

ственныхъ терапевтическихъ пріемовъ и различныхъ терапевтическихъ системъ, въ особенности въ настоящее время, когда онѣ предлагаются всюду безъ должнаго разбора и съ изумительной поспѣшностью. Слѣд., выраженіе «Ne nocеas», обусловленное знаніемъ природы всѣхъ этихъ защитительныхъ силъ организма, должно стоять у Васъ на первомъ планѣ. Если Вы къ этому прибавите еще строгую послѣдовательность мысли и анализа при разборѣ наблюдаемыхъ Вами у больного патологическихъ процессовъ и причинъ, ихъ обусловливающихъ, плюсъ положительныя Вами свѣдѣнія по патологіи процесса, тѣмъ функціональнымъ и анатомическимъ измѣненіямъ, которыя вызываются ими въ организмѣ, и по различнымъ способамъ лѣчебнаго воздѣйствія на него, съ которыми Вы ознакомитесь въ различныхъ клиникахъ въ теченіи 3-хъ предстоящихъ лѣтъ, то все это вмѣстѣ и составитъ то терапевтическое мѣрило образованнаго врача, которое и поможетъ Вамъ во многихъ случаяхъ оказать больному самое наилучшее и наиполезное изъ того, что можно требовать при современныхъ нашихъ знаніяхъ (*Bäumler*).

Не нужно при этомъ забывать еще одного важнаго элемента въ дѣлѣ врачеванія больного человѣка, это—психики его и вліянія ея на болѣзнь. Если при нормальныхъ условіяхъ, какъ справедливо замѣчаетъ *Buttersack*, проф. *М. В. Яновскій* и др., душевное настроеніе человѣка, въ видѣ радости, горя, испуга, печали, заботы и т. п., можетъ сопровождаться цѣлымъ рядомъ припадковъ со стороны различныхъ органовъ (центральной нервной системы, желудка, кишечника, сосудистой системы и т. д.), то тѣмъ болѣе это вѣрно относительно больного человѣка, который, будучи выбитъ изъ физіологическаго равновѣсія болѣзненнымъ процессомъ, лишается цѣлой массы привычныхъ потребностей и жизненныхъ удовольствій; естественно, вся психика его измѣняется до чрезвычайности, и подъемы и паденія тонуса ея находятся въ тѣснѣйшей связи съ ходомъ болѣзненныхъ его ощущеній, и наоборотъ; и вотъ, поднять духъ больного, вселить надежду на поправленіе его здоровья, на ряду съ другими терапевтическими мѣропріятіями, нерѣдко обезпечиваетъ уже въ рукахъ врача надежду на возможный успѣхъ лѣченія и даже при хроническихъ заболѣваніяхъ, не говоря уже о функціональныхъ, гдѣ успѣхъ бываетъ полный и отъ одного только психическаго воздѣйствія. Прочтите, что говоритъ проф. *В. М. Бехтеревъ* о роли внушенія въ общественной и частной жизни человѣка, и Вы легко убѣдитесь въ сказанномъ; поэтому нельзя не привѣтствовать обычая проф. *М. В. Яновскаго* открывать курсъ общей терапіи именно съ психическаго способа лѣченія.

Не менѣе тяжелыя требованія будутъ предъявляться къ Вамъ и какъ къ людямъ, посвятившимъ себя въ высшей степени отвѣтственному и въ тоже время гуманному дѣлу помощи больному человѣку. Вамъ, прежде всего, надо проявить усиленныя трудолюбіе и трудоспособность (эти,—альфу и омегу всякаго полезнаго начинанія, такъ часто забываемыя у насъ въ Россіи!), чтобы усвоить ту массу знаній, которая необходима Вамъ для будущей Вашей дѣятельности, дабы не отстать отъ непрерывно идущаго впередъ развитія всѣхъ отдѣловъ медицинскаго знанія. Въ этомъ отношеніи да будемъ и мы Вамъ достойнымъ примѣромъ, какъ преподаватели съ большимъ нравственнымъ долгомъ передъ Вами! Усиленный трудъ необходимъ и потому, что, благодаря ему, лучше всего сгладятся неравенства, существующія между Вами, въ смыслѣ столь естественной неодинаковой Вашей даровитости и талантливости относительно того дѣла, которому Вы себя посвящаете, ибо при помощи его и средне одаренный человѣкъ, какъ это мы видимъ сплошь и рядомъ, можетъ быть полезнѣйшимъ общественнымъ дѣятелемъ. Да и въ терапевтическомъ отношеніи Ваше стремленіе къ труду играетъ большую роль въ глазахъ больного: если Вы въ цѣломъ рядѣ случаевъ и будете лишены возможности оказать больному коренную помощь, то онъ, видя, что Вы напрягли всѣ свои силы и знанія для оказанія ему наилучшаго пособія, невольно почувствуетъ къ вамъ довѣріе и уваженіе, а это, какъ Вы уже знаете, въ психическомъ отношеніи, какъ для Васъ, такъ и для больного, составляетъ весьма важное лѣчебное условіе. Правда, это довѣріе со стороны больного къ Вашимъ знаніямъ и силамъ играетъ такую большую роль не при всѣхъ болѣзняхъ, ибо при многихъ изъ нихъ, какъ, напр., при заразныхъ заболѣваніяхъ (гдѣ сознаніе помрачено), отчасти тяжелыхъ отравленіяхъ и вообще при болѣзненныхъ припадкахъ, угрожающихъ жизни больного, Ваши положительныя знанія и умѣніе приложить ихъ къ дѣлу одни имѣютъ рѣшающее значеніе въ раціональной помощи больному.

Затѣмъ, помните, что дѣятельность врача не ограничивается только подачей лѣчебнаго пособія больному, а что Вамъ придется сплошь и рядомъ являться въ качествѣ и успокоителя, и утѣшителя больного человѣка, толковаго совѣтника его въ самыхъ разнообразныхъ обстоятельствахъ его общественной, семейной и интимной жизни, гдѣ Вы должны будете проявлять настойчивость, терпѣніе, незлобливость, милосердіе и любовь вообще къ ближнему въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова, безъ которой и обыкновенная жизнь не красна, не говоря уже о жизни больного человѣка. Поэтому заранѣе здѣсь, въ клиникахъ, воспитывайте себя въ этомъ духѣ, беря примѣръ со всѣхъ тѣхъ, кто будетъ Вамъ служить достойнымъ въ этомъ отношеніи образцомъ.

И дѣйствительно, всѣ тѣ русскіе врачи, память о которыхъ жива и до сихъ поръ въ различныхъ уголкахъ нашего отечества, какъ напр., извѣстный *Гаазъ* (Москва), покойный *В. А. Манассеинъ* (Петербургъ), *Франковскій* (Харьковъ), *Лешко-Попель* (Екатеринославъ), за гробомъ котораго шли бѣдные почти всего города, и многіе другіе врачи, которые погибали во время эпидемій и голодовокъ,—этихъ постоянныхъ бичей экономической жизни Россіи—и о дѣятельности которыхъ мы обыкновенно узнаемъ случайно изъ скудныхъ некрологовъ, всѣ они, исполняя свои высокія обязанности, представляли собой въ тоже время и высокіе образцы врачей тружениковъ, врачей гуманистовъ. Примѣру ихъ слѣдуйте въ будущей Вашей врачебной дѣятельности, настойчиво развивая въ себѣ тѣ качества образованнаго врача и нравственно-чистаго человѣка, въ которыхъ такъ сильно нуждаемся мы всѣ, а въ особенности больной человѣкъ.

CLXII. Изъ физіологическаго отдѣла Института экспериментальной медицины.

Поступленіе въ желудокъ натуральной смѣси панкреатическаго и кишечнаго соковъ съ желчью. Условія и вѣроятное значеніе этого явленія *).

В. Н. Болдырева.

(Сообщено частью на IX Пироговскомъ Съѣздѣ въ Петербургѣ 10/I 1904 г., частью на VI Международномъ Съѣздѣ физіологовъ въ Bruxelles'ѣ 18/VIII 1904 г.).

> «Только оживленнымъ обмѣномъ указаній физіолога и врача будутъ достигнуты наиболѣе скоро и вѣрно цѣли физіологіи, какъ знанія, и медицины, какъ прикладной науки».
> [*И. П. Павловъ* [1])].

Пищевареніе въ желудкѣ, согласно съ общепринятыми и твердо установившимися взглядами, при всѣхъ самыхъ различныхъ условіяхъ, какъ въ нормальномъ, такъ и въ

*) По нѣкоторымъ обстоятельствамъ сообщеніе это было сдѣлано спустя 1½ года послѣ окончанія описанныхъ въ немъ опытовъ. Въ началѣ 1904 г. изъ той же лабораторіи, гдѣ была произведена и моя работа, вышла диссертація д-ра *П. А. Арбекова*, который явился продолжателемъ моихъ изслѣдованій, работалъ на тѣхъ-же собакахъ (2-хъ и на одной новой) и въ свое время взялъ у меня рефератъ настоящаго труда. Въ своей диссертаціи онъ почему-то часть моего реферата, имѣвшую наиболѣе близкое отношеніе къ его работѣ, пропустилъ, часть-же передѣлалъ по своему, что совершенно исказило смыслъ; кромѣ того, онъ для чего-то нашелъ нужнымъ заявить, что «уже послѣ полученныхъ нами фактовъ при составленіи настоящей работы впервые вопросъ о забрасываніяхъ кишечныхъ жидкостей въ желудокъ разбираетъ д-ръ *Болдиревъ*». Хотя мое сообщеніе, дѣйстви-

болѣзненномъ состояніи организма вообще и желудка въ частности, при всевозможныхъ сортахъ и сочетаніяхъ пищи, совершается на счетъ одного желудочнаго сока, т. е., его бродила пепсина, и отчасти для крахмала съ помощью птіалина слюны; послѣднее возможно при нормѣ только въ самомъ началѣ желудочнаго пищеваренія *). Между тѣмъ это далеко не всегда бываетъ такъ просто, и при извѣстныхъ условіяхъ въ желудокъ обязательно поступаютъ большія количества панкреатическаго сока съ примѣсью желчи и кишечнаго сока, на счетъ бродилъ которыхъ и происходитъ въ такихъ случаяхъ пищевареніе въ желудкѣ, пепсинъ-же при этомъ часто прекращаетъ всякое дѣйствіе на пищу.

Панкреатическій сокъ, сопровождаемый обычно желчью, течетъ не только, какъ всѣ другіе пищеварительные секреты, такъ сказать, внизъ по теченію, по направленію движенія пищи въ пищеварительномъ каналѣ, но можетъ течь и въ сторону противоположную—въ желудокъ; сокъ этотъ не забрасывается туда только случайно, вслѣдствіе антиперистальтики, а прямо-таки изливается въ желудокъ, при чемъ ему сопутствуетъ въ такихъ случаяхъ желчь. Бываетъ это, какъ правило, почти не допускающее исключеній, при жирной пищѣ, при чрезмѣрномъ количествѣ свободныхъ кислотъ въ желудкѣ, какъ соляной, такъ и органическихъ, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ при пустомъ желудкѣ и щелочной въ немъ реакціи. Фактъ этотъ, несомнѣнно, имѣетъ огромное значеніе не только для физіологіи, но, какъ можно судить по полученнымъ мною даннымъ, и въ области патологіи, терапіи и въ особенности діагностики.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію и разсмотрѣнію имѣющагося у меня матеріала и описанію примѣнявшейся мною методики, считаю необходимымъ, для большей полноты и ясности картины, сообщить въ самыхъ краткихъ чертахъ необходимыя литературныя свѣдѣнія.

Не буду касаться старой литературы: тамъ совершенно нѣтъ указаній по затронутому мною вопросу, за исключеніемъ лишь работъ *J. Boas*'а [2]), который, вводя иногда здоровымъ, но главнымъ образомъ страдавшимъ упорной рвотой людямъ зондъ или особый инструментъ, способный добывать содержимое 12-перстной кишки, на тощій желудокъ или въ разгарѣ желудочнаго пищеваренія получалъ смѣсь, состоявшую изъ желудочнаго сока и слизи, кишечнаго сока и слизи (какъ предполагаетъ авторъ, но не приводитъ тому доказательствъ), желчи и панкреатическаго сока вмѣстѣ съ большимъ или меньшимъ количествомъ пищи. Ему удалось опредѣлить въ этой смѣси присутствіе трипсина и стеапсина.

Кромѣ того, нѣсколько раньше *Boas* [3]), затѣмъ *Б. Членовъ* [4]) добывали у людей черезъ зондъ послѣ предварительнаго промыванія желудка растворомъ соды, въ случаѣ надобности при помощи массажа, смѣсь кишечныхъ соковъ, содержащихъ всѣ кишечныя бродила. Весьма интересны опыты *Contejean*'а [5]), предполагавшаго возможность участія въ желудочномъ пищевареніи панкреатическихъ бродилъ, но, къ сожалѣнію, прямыхъ и вполнѣ убѣдительныхъ доказательствъ этому онъ привести не могъ.

Бѣдность старой литературы въ указанномъ отношеніи вполнѣ понятна, такъ какъ обстоятельное изученіе пищеварительныхъ процессовъ, совершающихся въ желудкѣ и кишкахъ, равно какъ и работы пищеварительныхъ железъ стало возможно, какъ извѣстно, только за послѣднія 10—15 лѣтъ, благодаря трудамъ, можно сказать съ гордостью, главнымъ образомъ русскихъ изслѣдователей (проф. *И. П. Павлова* и его учениковъ).

Во всѣхъ старыхъ работахъ и спеціальныхъ руководствахъ считалось твердо установленнымъ положеніе, принимавшееся какъ-бы за аксіому, будто панкреатическій сокъ во всѣхъ случаяхъ течетъ исключительно внизъ по кишкѣ, и утвержденіе, что при подходящихъ условіяхъ онъ направляется всегда въ противоположную сторону и, на правахъ хозяина, вступаетъ въ желудокъ, было-бы сочтено, на основаніи прежнихъ свѣдѣній, за нѣчто, совершенно невѣроятное. Насколько это казалось очевидной и непреложной истиной, ясно изъ того, что великій физіологъ *Claude Bernard* [6]), какъ наглядное доказательство огромнаго значенія панкреатическаго сока для перевариванія жировъ, приводилъ то обстоятельство, что у кроликовъ, общій желчный протокъ (d. choledochus) которыхъ открывается стм. на 20 выше панкреатическаго, всасываніе жировъ лимфатическими сосудами кишечника начинается лишь пройдя мѣсто впаденія въ кишку послѣдняго. О томъ-же, что сокъ этотъ при какихъ-либо условіяхъ можетъ находиться въ кишкѣ выше мѣста впаденія въ нее панкреатическаго протока, онъ, очевидно, не предполагалъ, и нигдѣ ни однимъ словомъ объ этомъ не упоминаетъ.

Точно также разсуждалъ позже и *Dastre* [7]), который для доказательства важной роли желчи въ процессѣ всасыванія жира перевязывалъ и изсѣкалъ у собакъ желчный протокъ, впадающій въ кишку у этихъ животныхъ немного выше большого панкреатическаго (вмѣстѣ съ малымъ панкреатическимъ протокомъ), затѣмъ вшивалъ искусственно сдѣланное отверстіе желчнаго пузыря въ тонкую кишку значительно ниже и видѣлъ, какъ послѣ такихъ операцій мѣсто появленія жира въ лимфатическихъ сосудахъ соотвѣтственнымъ образомъ перемѣщалось внизъ. Доказательства эти повторяются и въ теперешнихъ учебникахъ физіологіи и спеціальныхъ работахъ.

Привожу выше сказанное, не входя въ критику его, для того, чтобы не казалось голословнымъ и бездоказательнымъ мое утвержденіе, что истеченіе пищеварительныхъ кишечныхъ соковъ только внизъ по пищеварительному каналу въ сторону движенія пищи считалось всѣми до сихъ поръ истиной безспорной и непоколебимой.

Про желчь всякій знаетъ, что она изрѣдка попадаетъ въ желудокъ; всѣмъ извѣстно, что иногда бываетъ у людей (а также и у животныхъ) рвота «зеленью» натощакъ и что этотъ зеленый цвѣтъ принадлежитъ красящему веществу желчи: благодаря своей окраскѣ и горькому вкусу она не могла укрыться. Но такое поступленіе желчи въ желудокъ считалось очень кратковременнымъ и совершенно случайнымъ; она попадала туда, какъ полагали, такъ сказать, мимоходомъ при рвотѣ, и этому явленію не придавали никакого значенія. Про панкреатическій-же сокъ даже и этого не знали.

Конечно, разъ извѣстно, что оба названные секрета изливаются въ кишечникъ по сосѣдству другъ съ другомъ и у нѣкоторыхъ животныхъ попадаютъ въ него даже черезъ общій протокъ, можно было-бы легко допустить, что въ такихъ случаяхъ и панкреатическій сокъ не отстаетъ отъ желчи. Но аргіог'ныя предположенія приводили въ естественныхъ наукахъ къ столь многимъ и такимъ печальнымъ ошибкамъ, что имъ почти перестали придавать всякую цѣну *), совершенно, впрочемъ, напрасно, и, быть можетъ, поэтому о поступленіи панкреатическаго сока въ желудокъ никто и не говорилъ. Спеціальныхъ-же экспериментальныхъ изслѣдованій въ этомъ направленіи тоже не предпринимали.

Только въ самые послѣдніе годы въ русскихъ работахъ по физіологіи стали попадаться нѣкоторые намеки на то, что панкреатическій сокъ можетъ поступать въ желудокъ; но условія и значеніе его поступленія туда совершенно не были изслѣдованы, самое-же явленіе считалось случайнымъ и не заслуживающимъ особаго вниманія. Первыя указанія въ этомъ направленіи имѣются у проф. *И. П. Павлова*. Еще въ 1897 г. въ своемъ трудѣ «Лекціи о работѣ главныхъ пищеварительныхъ железъ», говоря о вліяніи жира, введеннаго въ желудокъ собаки, какъ возбуди-

---

тельно, было сдѣлано послѣ окончанія *П. А. Арбековымъ* его опытовъ, однако, всѣмъ въ лабораторіи и самому *П. А. Арбекову* хорошо извѣстно, что моя работа была закончена значительно раньше, чѣмъ онъ приступилъ къ занятіямъ въ лабораторіи, что видно также по протоколамъ моихъ и его опытовъ.

*) Кромѣ растворяющаго бѣлки дѣйствія, желудочный сокъ, какъ извѣстно, можетъ производить во время пищеваренія и свертываніе бѣлковъ, напр., створаживаніе молока; но для моей работы эта его способность не имѣла значенія, и въ дальнѣйшемъ изложеніи я къ ней возвращаться не буду.

*) Позволю себѣ сослаться на часто приводимое для подкрѣпленія подобнаго взгляда изрѣченіе *R. Bécon*'а: «Non fingendum, aut excogitandum, sed inveniendum, quid natura faciat atque ferat».

теля отдѣленія панкреатическаго сока, онъ замѣчаетъ, что если влить ей туда, напр., прованскаго масла и спустя извѣстное время открыть желудочный свищъ, выпустить содержимое желудка и оставить свищъ открытымъ, то въ теченіи часа или 2-хъ изъ желудка течетъ эмульсированная жидкость вмѣстѣ съ желчью и панкреатическимъ сокомъ. Такимъ образомъ, при пустомъ желудкѣ полость 12-перстной кишки какъ бы расширяется на счетъ его» [8]).

Посмотримъ, какъ относится желудокъ къ жиру во время желудочнаго пищеваренія: Въ цѣломъ рядѣ работъ, вышедшихъ изъ физіологической лабораторіи Института экспериментальной медицины, подробно изслѣдовался вопросъ о желудочномъ пищевареніи при жирной пищѣ. Опытами д-ра *П. П. Хижина* [9]) и нѣсколько позже съ большей полнотой д-ра *И. О. Лобасова* [10]) съ несомнѣнностью доказано весьма сильное задерживающее вліяніе жира на отдѣленіе желудочнаго сока, при чемъ уменьшается какъ количество самаго сока, такъ и содержаніе въ немъ пепсина; кислотность его тоже падаетъ. По наблюденіямъ *И. О. Лобасова* при мясной пищѣ въ то время, какъ количество желудочнаго сока, уменьшившееся подъ вліяніемъ жира, можетъ опять часовъ черезъ 4—5 подняться до нормы, содержаніе въ желудочномъ сокѣ пепсина остается сильно уменьшеннымъ, какимъ оно было при началѣ пищеваренія, и остается такимъ до самаго конца пищеваренія все время, пока сокъ выдѣляется. «Жиръ подавляетъ, тормазитъ нормальную энергію отдѣлительнаго процесса» (въ желудкѣ), говоритъ проф. *И. П. Павловъ* [11]), — при введеніи его въ желудокъ «сока иногда не бывало совсѣмъ; когда былъ, то отдѣленіе его начиналось гораздо позже, въ рѣзко меньшемъ количествѣ и съ сильно уменьшенной переваривающей силой». *А. М. Виршубскій* [12]) вполнѣ подтвердилъ наблюденія упомянутыхъ авторовъ, расширилъ ихъ и далъ слѣдующую характеристику желудочнаго пищеваренія при жирной пищѣ: переваривающая сила желудочнаго сока при жирной мясной и хлѣбной пищѣ = 66% переваривающей силы, наблюдаемой при той-же пищѣ только безъ жира. Общее количество желудочнаго сока въ такихъ случаяхъ = 74%. Слѣд., по теоретическому разсчету въ окончательномъ итогѣ пепсинное пищевареніе при жирной пищѣ, судя по работѣ изолированнаго маленькаго желудочка *), съ которымъ имѣли дѣло всѣ перечисленные авторы, болѣе, чѣмъ вдвое слабѣе $\left(\frac{66}{100}\times\frac{74}{100}=\frac{4884}{10000}=48{,}84\%\right)$, чѣмъ при той-же пищѣ, но безъ прибавленія жира. Но въ дѣйствительности, т. е. въ большомъ, цѣломъ желудкѣ, какъ увидимъ далѣе, оно значительно ниже даже этого. Въ работѣ *С. И. Линтварева* [13]) доказываются новые интересные факты, что жиръ задерживаетъ не только секрецію желудочнаго сока, но и т. наз. двигательную дѣятельность желудка или, выражаясь точнѣе, сильно удлинняетъ время пребыванія пищи въ желудкѣ. Позднѣе опытами *А. П. Соколова* [14]) было снова подтверждено все вышесказанное и, кромѣ того, найдено, что это дѣйствіе жира проявляется путемъ отраженнымъ со стороны кишечника.

И такъ, съ одной стороны твердо установлено, что прибавленіе жира къ пищѣ влечетъ за собой сильное угнетеніе пищеварительной работы желудка, какъ секреторной, такъ и двигательной; съ другой стороны, давно уже извѣстно, что расщепленіе и усвоеніе жировъ обусловливается главнымъ образомъ стеапсиномъ панкреатическаго сока при дѣятельномъ участіи желчи. Новѣйшія изслѣдованія показали, что и кишечный сокъ играетъ въ этомъ дѣлѣ далеко не послѣднюю роль [*В. Н. Болдыревъ* [14а])].

По изслѣдованіямъ *И. Л. Долинскаго* [15]) и *Н. И. Дамаскина* [16]), жиръ является сильнымъ специфическимъ возбудителемъ отдѣленія панкреатическаго сока и, по *Г. Брюно* [17]), желчи. Извѣстно также, что большая часть прочаго рода пищеварительной работы совершается подъ вліяніемъ панкреатическаго сока, что даже послѣ удаленія желудка и, слѣд., при полномъ исключеніи желудочнаго пищеваренія животныя *(Czerny)* и люди обычно прекрасно переваривають пищу и долго живутъ, между тѣмъ, какъ при обратныхъ условіяхъ—вырѣзываніи панкреатической железы или отведеніи наружу ея секрета — животныя довольно скоро погибаютъ. Поджелудочная железа при случаѣ можетъ съ успѣхомъ принимать на себя всю пищеварительную работу; при жирной пищѣ мы, по видимому, имѣемъ дѣло съ явленіемъ, близкимъ къ этому.

Жиръ, какъ извѣстно, пища тяжелая, трудно и долго перевариваемая и такъ какъ для этого требуется большое количество панкреатическаго сока, а желудочное — пепсинное пищевареніе является до нѣкоторой степени антагонистомъ панкреатическаго и ослабляетъ работу названнаго сока, отнимая на себя много щелочи, то, быть можетъ, при жирной пищѣ для организма оказывается болѣе удобнымъ отказаться на этотъ разъ отъ обычнаго типичнаго желудочнаго пищеваренія и вести все дѣло при помощи панкреатическаго сока, который все равно долженъ изливаться на жиръ въ большомъ количествѣ, богатый бродилами и продолжительное время. Подтверждается такое предположеніе отчасти и тѣмъ, что желчь сильно тормозящая и даже при извѣстныхъ условіяхъ прекращающая пепсинное пищевареніе, при введеніи жира въ желудокъ, появляется обычно тамъ, что было подмѣчено много разъ различными изслѣдователями въ лабораторіи проф. *И. П. Павлова;* благодаря ея присутствію еще больше должно угнетаться и безъ того ослабленное пепсинное пищевареніе. При вливаніи въ пустой желудокъ жира, а также, нужно думать, и при прочихъ условіяхъ, вызывавшихъ поступленіе въ желудокъ желчи, въ него вмѣстѣ съ нею попадалъ, конечно, и панкреатическій сокъ, но почему-то на эту сторону дѣла не обращали должнаго вниманія и изъ всѣхъ многочисленныхъ авторовъ, указывавшихъ на поступленіе въ желудокъ желчи, о сопровождающемъ ее панкреатическомъ сокѣ говоритъ лишь проф. *И. П. Павловъ* [17а]), да нѣсколько позже *С. И. Линтвареръ* [18]), который имѣлъ случай установить его присутствіе въ содержимомъ желудка 2 раза, но и онъ упоминаетъ объ этомъ лишь мимоходомъ; между тѣмъ подобное явленіе имѣетъ, несомнѣнно, весьма серьезное значеніе какъ для болѣе правильнаго пониманія многихъ сторонъ пищеваренія, такъ и съ точки зрѣнія чистой практической медицины.

Многочисленные опыты, продѣланные мною со взятыми изъ желудка при богатой жиромъ пищѣ порціями содержимаго его на пепсинное пищевареніе въ огромномъ большинствѣ случаевъ показали, что оно совершенно и безвозвратно подавлено, между тѣмъ, какъ сказано выше, по *С. И. Линтвареву*, жирная пища должна находиться въ желудкѣ гораздо большее противъ обычнаго время.

Привожу 2 примѣра (см. табл. 1).

Для болѣе подробнаго выясненія вопроса, случайно-ли такое поступленіе панкреатическаго сока въ желудокъ, или оно имѣетъ характеръ явленія постояннаго, я, по предложенію глубокоуважаемаго проф. *И. П. Павлова*, въ физіологической лабораторіи Института экспериментальной медицины произвелъ нижеописанные опыты и наблюденія (числомъ болѣе 100 на 14 различныхъ собакахъ, оперированныхъ за нѣсколько мѣсяцевъ до работы соотвѣтствующимъ образомъ; см. ниже). Оказалось, что не только при введеніи жира въ пустой желудокъ, но и при кормленіи собакъ извѣстнымъ количествомъ жирной пищи панкреатическій сокъ и желчь съ нѣкоторою примѣсью кишечнаго сока и, по всей вѣроятности, *Brunner*'овскаго [*З. И. Пономаревъ* [19])] постоянно и въ большомъ количествѣ текутъ непрерывной струей въ желудокъ, такъ что можно было выработать особый способъ полученія черезъ желудокъ панкреатическаго сока у собакъ, не имѣющихъ панкреатическаго свища. Способъ этотъ мы попытались примѣнить и на человѣкѣ; результатъ получился удовлетворительный, но не такой наглядный, какъ на собакахъ и по нѣкоторымъ обстоятельствамъ опыты пока пришлось пріостановить. Поводомъ

*) Изолированный по способу *Heidenhain-И. П. Павлова* желудочекъ представляетъ собою часть желудочной стѣнки, изъ которой устроенъ маленькій слѣпой мѣшечекъ, не имѣющій никакого сообщенія съ остальною полостью желудка; отверстіе мѣшечка выведено наружу и черезъ него выдѣляется чистый желудочный сокъ одновременно съ секреціей сока въ большомъ настоящемъ желудкѣ.

Таблица 1.

Трезоръ. 3/III 1902 г. Изслѣдованіе на бѣлковое бродило натуральной смѣси, полученной изъ желудка черезъ 6 час. послѣ введенія въ него 100,0 к. стм. прованскаго масла, сравнительно съ чистыми панкреатическимъ и желудочнымъ соками, взятыми отъ другихъ собакъ (при различныхъ реакціяхъ).

	Бѣлковое бродило	
	по растворенію фибрина въ минутахъ	по *Mettu* въ мм.
2,0 к. стм. панкреатическаго сока (щелочной реакціи)	5	3,3
2,0 » » натуральной смѣси (тоже)	15	0,5
2,0 » » желудочнаго сока (кислой реакціи)	5	3,5
2,0 » » панкреатическаго сока +2,0 к. стм. $^1/_2$% HCl (кислой реакціи)	0	1,2
2,0 » » натуральной смѣси +2,0 » » » » (тоже)	0	0
2,0 » » желудочнаго сока +2,0 » » » » (тоже)	5	2,8
2,0 » » панкреатическаго сока +3 капли NH_3 (сильно щелочной реакціи)	5	3,3
2,0 » » натуральной смѣси +3 » NH_3 (тоже)	5	0,9
2,0 » » желудочнаго сока +3 » NH_3 (щелочной реакціи)	0	0

Трезоръ. 3/VII 1902 г. Изслѣдованіе на бѣлковое бродило содержимаго желудка до и послѣ вливанія 100,0 к. стм. 5% раствора мыла (Natrii oleinici); № 1 до вливанія, № 2 спустя 1 часъ послѣ вливанія, № 3 спустя $2^1/_2$ часа и № 4 спустя 3 часа. Всѣ пробы имѣли желтый цвѣтъ и щелочную реакцію.

	Перевариваніе фибрина въ минутахъ		
	при щелочной реакціи	подкисленной	вторично подщелоченной
№ 1	15	0	300
№ 2	45	0	90
№ 3	60	0	90
№ 4	40	0	60
		за 2 часа никакого дѣйствія	(тѣже порціи, что и во 2-й графѣ послѣ подщелоченія ихъ).

Изъ этихъ примѣровъ видно, что прибавленіе щелочи благопріятствуетъ дѣйствію бѣлковаго бродила нашей жидкости (такъ-же какъ и для панкреатическаго сока и въ противоположность желудочному), прибавленіе-же кислоты угнетаетъ его.

для примѣненія на человѣкѣ послужила мысль, что подобный способъ, весьма вѣроятно, можетъ оказаться пригоднымъ для добыванія панкреатическаго сока у людей съ распознавательною цѣлью.

Ниже будетъ видно, что, судя по бродильному дѣйствію получаемой мною жидкости, я всегда имѣлъ дѣло съ панкреатическимъ сокомъ, а не съ одною желчью, пилорическимъ *Brunner*'овскимъ или кишечнымъ соками; по цвѣту-же жидкости было ясно присутствіе во всѣхъ случаяхъ желчи въ значительномъ количествѣ Она-то до сихъ поръ и замаскировывала собою панкреатическій сокъ, привлекая своей окраскою исключительно на себя все вниманіе. Кромѣ того, я нарочно много разъ продѣлывалъ реакцію на желчные пигменты (по способу *Ultzmann*'а) и всегда съ положительнымъ результатомъ. Да и сама жидкость въ большинствѣ случаевъ черезъ нѣкоторое время зеленѣла, особенно въ верхнихъ слояхъ, и это еще лишній разъ говорило за несомнѣнное и постоянное присутствіе желчи. Такъ какъ бѣлковое бродило панкреатическаго сока въ этой жидкости находилось всегда въ активномъ состояніи, а самою железою оно выдѣляется лишь въ недѣятельной формѣ [*Delezenne* et *A. Fronin* [20])], въ видѣ цимогена и переводится въ активное состояніе [*Н. П. Шеповальниковъ* [21])] кишечнымъ сокомъ, то нужно допустить, что всегда была на лицо примѣсь и кишечнаго сока.

Перехожу къ изложенію своихъ данныхъ. Работа моя распадается на слѣдующія 3 части.

1. Поступленіе натуральной панкреатическо-желчно-кишечной смѣси въ желудокъ при жирахъ, введенныхъ въ него черезъ ротъ или непосредственно черезъ желудочный свищъ:

а) при жирѣ продажномъ, содержащемъ въ себѣ въ растворенномъ видѣ всегда болѣе или менѣе свободныхъ жирныхъ кислотъ;

б) при нейтральномъ жирѣ, т. е. томъ-же продажномъ, искусственно лишенномъ кислотъ;

в) при жирѣ, нарочно сильно подкисленномъ;

г) при введеніи въ желудокъ раствора омыленнаго жира (natrii oleinici) и д) при различныхъ сортахъ жирной пищи.

2. Поступленіе въ желудокъ натуральной смѣси названныхъ соковъ при вливаніи въ него натощакъ или во время пищеваренія большихъ количествъ соляной и другихъ кислотъ и равнымъ образомъ при длительной секреціи желудочнаго сока при пустомъ желудкѣ.

3. Самопроизвольное поступленіе въ пустой желудокъ при щелочной реакціи въ немъ натуральной панкреатическо-желчно-кишечной смѣси, наступающее безъ всякихъ видимыхъ внѣшнихъ къ тому поводовъ.

Передъ опытомъ собаки въ теченіи 12—15 час не получали пищи; желудокъ у нихъ къ этому времени почти всегда бывалъ пустъ и показывалъ щелочную реакцію. Во время опыта собаки стояли въ станкѣ, опираясь на вполнѣ удобныя мягкія поддержки или лежали на т. наз. диванѣ, при чемъ чаще всего дремали и спали,—на столько положеніе ихъ было удобно.

Собаки, съ которыми я работалъ больше всего, были оперированы слѣдующимъ образомъ: собака № 1 («Чухна») имѣла желудочный свищъ, панкреатическій свищъ—для свища было выведено отверстіе большого протока, а малый, идущій вмѣстѣ съ желчнымъ протокомъ, оставался нетронутымъ; кромѣ того, у нея былъ еще кишечный свищъ, наложенный по способу *Thiry-Vell*'я. У собаки № 2 («Трезора») были совершенно тѣ-же и такъ-же сдѣланные свищи, кромѣ панкреатическаго. Такимъ образомъ у собаки № 1 большая часть панкреатическаго сока изливалась наружу, гораздо-же меньшая поступала въ кишку и, слѣд., могла попадать въ желудокъ, а у № 2 въ кишку текъ весь панкреатическій сокъ. Это различіе оказалось очень полезнымъ, такъ какъ собака № 1 могла служить образцомъ работы пищеварительнаго канала при недостаточной дѣятельности поджелудочной железы. О томъ, какіе свищи имѣли остальныя собаки, говорится въ табл. № 6.

Началъ я съ вливанія черезъ свищъ прямо въ желудокъ собакѣ натощакъ 100,0 к. стм. самаго лучшаго продажнаго прованскаго масла *); отверстіе желудочнаго свища закрывалось пробкой, черезъ которую проходила стеклянная трубка, продолжающаяся далѣе въ длинную резиновую, снабженную зажимомъ; но на концѣ резиновой трубки находилась воронка, черезъ которую я и вливалъ масло; выпускать и измѣрять содержимое желудка можно было очень легко въ любой моментъ, не безпокоя собаки и не трогая пробки, закрывавшей желудочный свищъ. Черезъ опредѣленные промежутки времени, отъ 15 мин. до 2 час., чаще всего черезъ 1 или $1^1/_2$ часа, я открывалъ зажимъ, выпускалъ все содержимое желудка, измѣрялъ его и, оставивъ небольшую часть, отъ 5,0 до 10,0 к. стм. для изслѣдованія на кислотность или щелочность и бродила, остальное вливалъ большею частью тотчасъ-же обратно въ желудокъ и оставлялъ тамъ до новаго изслѣдованія. Все это я продѣлывалъ обыкновенно до тѣхъ поръ, пока желудокъ не оказывался совершенно пустымъ и изъ него не переставалъ течь панкреатическо-желчно-кишечный сокъ. Иногда-же—довольно часто,—опорожнивъ желудокъ, я нарочно оставлялъ его открытымъ въ теченіи опредѣленнаго небольшого промежутка времени отъ 10 до 30 мин. въ среднемъ и самое большое до 2 час., чтобы изслѣдовать ходъ поступленія въ желудокъ панкреатическо-желчно кишечной смѣси. При особыхъ-же

*) Влитый въ желудокъ жиръ обыкновенно скоро уходилъ въ кишку въ большемъ или меньшемъ количествѣ, часто цѣликомъ, и только послѣ возвращался опять въ желудокъ (спустя $^1/_2$—1—2—3 часа въ зависимости отъ количества жира, его реакціи, состоянія пищеварительнаго прибора собаки и пр. условій) въ сопровожденіи натуральной смѣси панкреатическаго и кишечнаго соковъ съ желчью.

опытахъ съ голодавшей собакой желудочный свищъ оставался открытымъ все время (10—15 час.). Въ такихъ случаяхъ за каждыя 5 мин. я отмѣчалъ количество затекавшей въ него названной жидкости и могъ убѣдиться, что она не забрасывается туда случайно антиперистальтикой, а течетъ при этихъ условіяхъ, извѣстное время спустя послѣ введенія въ желудокъ жира, всегда сильной непрерывной струей и отнюдь не толчками или по временамъ. То-же бываетъ иногда и при произвольномъ поступленіи этой жидкости въ пустой желудокъ.

Таблица 2.

18/XI 1902 г. «Трезору» влито въ желудокъ натощакъ черезъ свищъ 50,0 к. стм. 2%-наго раствора acidi oleinici въ прованскомъ маслѣ. Черезъ 50 мин. желудочный свищъ былъ открытъ, вытекавшая изъ него жидкость собиралась, измѣрялась и изслѣдовалась на бродила.

За первыя	5 мин.	получено	35,0 к. стм.	масла	+ 10,0	желтаго	сока	№ 1
» слѣдующія	5 »	»	4,0 »	»	»	+ 10,0	»	»	№ 2
» »	5 »	»	2,0 »	»	»	+ 12,0	»	»	
» »	5 »	»	1,0 »	»	»	+ 13,0	»	»	№ 3
» »	5 »	»	2,0 »	»	»	+ 10,0	»	»	
» »	5 »	»	3,0 »	»	»	+ 12,0	»	»	

всего за 30 мин. получено 47,0 к. стм. масла + 68,0 к. стм. натуральной смѣси панкреатическаго и кишечнаго соковъ съ желчью сильно щелочной реакціи.

Подобные-же опыты съ такимъ же результатомъ были сдѣланы 19/XI и 22/XI на той-же собакѣ. Привожу результатъ изслѣдованія полученныхъ изъ желудка порцій на бродила.

	бѣлковое бродило по *Метту* въ млм.				
№ 1	0,7	3,3			18/XI
№ 2	1,0	2,3			
№ 3	1,1	3,0			
№ 1	0,7	0,7	до вливанія кислаго масла		19/XI
№ 2	0,7	0,3			
№ 3	1,8	3,5	послѣ вливанія		
№ 4	2,0	2,0			
			жировое бродило.		крахмальное
№ 1	1,2	4.4	33,0	3,0	3,5
№ 2	2,2	5,1			
	при натуральной реакціи (щелочной)	сильно подщелоченной	расщепленіе жира	расщепленіе монобутирина	22/XI.
			о значеніи этихъ цифръ см. ниже.		

Изъ этой таблицы видно, что въ желудокъ поступали большія количества панкреатическаго сока и въ теченіи долгаго времени (часы) непрерывно.

Опытъ 17/I 1903 г. 5-й день голоданія. Таже собака. Желудочный свищъ открытъ. Изъ желудка непрерывной струей течетъ бурая, сильно щелочная смѣсь панкреатическаго и кишечнаго соковъ съ желчью:

за 5 мин.	8,0 к. стм.		за 5 мин.	5,0 к. стм.		
» 5 »	4,0 » »		» 5 »	3,0 » »		
» 5 »	4,0 » »		» 5 »	7,0 » »		
» 5 »	2,0 » »		» 5 »	4,0 » »		
» 5 »	4,0 » »		» 5 »	2,0 » »		
» 5 »	10,0 » »		» 5 »	9,0 » »		
» 5 »	10,0 » »		» 5 »	3,0 » »		
			» 5 »	4,0 » »		и т. д.

еще въ теченіи $1^1/_2$ ч. за первые 1 ч. 15 мин. собрано около 80,0 к. стм. смѣси, весьма богатой панкреатическими бродилами.

Взятыя изъ желудка порціи я немедленно изслѣдовалъ на бродила. Для опредѣленія жирового бродила, если имѣлъ дѣло съ эмульсіей, состоявшей изъ жира и кишечныхъ соковъ, я вычислялъ количество отщепленной свободной жирной кислоты (омыленная кислота, за недосугомъ, въ разсчетъ не принималась), для чего обычно 2,0 к. стм. испытуемой жидкости титровалось при указателѣ фенолъфталеинѣ растворомъ ѣдкой щелочи, 1,0 к. стм. которой соотвѣтствовалъ 1,0 млгрм. HCl, до слабо-розоваго, не исчезающаго при взбалтываніи, окрашиванія. Такія опредѣленія производились всегда какъ со свѣже-полученными порціями, такъ и съ порціями, поставленными на $^1/_2$ часа или 1 часъ въ водяной термостатъ при 38° Ц. и, для провѣрки, постоянно также съ кипячеными пробами. Если-же я имѣлъ дѣло съ чистымъ сокомъ, то одну порцію титровалъ немедленно, къ другой-же прибавлялъ 5,0 к. стм. нейтральнаго прованскаго масла и столько-же воды или, вмѣсто масла съ водой, 10,0 к. стм. воднаго 1%-наго раствора монобутирина и ставилъ, какъ указано выше, въ термостатъ, послѣ чего титровалъ. Разница въ количествѣ израсходованнаго до и послѣ пребыванія въ термостатѣ испытуемой жидкости титра указывала на количество отщепленной при стояніи въ термостатѣ жирной кислоты и до извѣстной степени опредѣляла количество жирового бродила. Примѣры.

Таблица 3.

Собака «Мышь». 17/VII 1902 г. Влито въ желудокъ 150,0 к. стм. прованскаго масла. Проба взята черезъ 5 час., въ количествѣ 56,0 к. стм. въ видѣ эмульсіи.

2,0 к. стм. этой эмульсіи потребовали титра 7,2 к. стм.

2,0 к. стм. той-же эмульсіи послѣ часового пребыванія въ термостатѣ потребовали 25,0 к. стм. титра.

2,0 к. стм. водянистой жидкости, взятой снизу изъ той-же порціи, когда эмульсія отстоялась и поднялась на верхъ, потребовали титра 4,8 к. стм.

2,0 к. стм. той-же водянистой жидкости потребовали тигра черезъ 1 ч. пребыванія въ термостатѣ 4,8.

2,0 к. стм. той-же водянистой жидкости + 5,0 масла + 5,0 воды потребовали титра черезъ 1 ч. пребыванія въ термостатѣ 36,0.

2,0 к. стм. той-же водянистой жидкости + 5,0 масла + 5,0 воды (кипяченой) потребовали титра черезъ 1 ч. пребыванія въ термостатѣ 4,9.

«Трезоръ». 10/XI 1902 г. Собака съѣла 200,0 мокраго бѣлаго хлѣба + 100,0 прованскаго масла. Проба взята черезъ 40 мин. въ количествѣ 16,0 к. стм. чистой натуральной панкреатическо-желчно-кишечной смѣси.

1,0 к. стм. чистаго сока + 5,0 масла + 5,0 воды черезъ 1 ч. пребыванія въ термостатѣ потребовали титра 26,0.

1,0 к. стм. чистаго сока + 5,0 масла + 5,0 воды (кипяченой) черезъ 1 ч. пребыванія въ термостатѣ потребовали титра 2,0, затѣмъ обѣ порціи поставлены опять въ термостатъ на 1 час.; 1-я порція при вторичномъ титрованіи потребовала 10,0 титра, а 2-я отчасти сохранила прежнее розовое окрашиваніе.

Такимъ образомъ добытая изъ желудка смѣсь кишечныхъ соковъ оказалась въ этихъ опытахъ способной весьма энергично и быстро расщеплять жиры (эмульгировала ихъ она также чрезвычайно скоро). Подобныхъ опредѣленій съ одинаковымъ всегда результатомъ сдѣлано мною много сотенъ, и натуральная смѣсь всѣхъ 3-хъ кишечныхъ соковъ при жирной пищѣ (и одномъ жирѣ) присутствовала въ желудкѣ собакъ обычно въ теченіи долгаго времени, иногда въ продолженіи 10—12 час.

Всегда изслѣдовалось также количество трипсина по скорости перевариванія опредѣленной величины кусочковъ фибрина (съ $^1/_2$-горошины, вѣсомъ около 0,1 грм.), хранившагося годъ въ глицеринѣ и промытаго передъ самымъ изслѣдованіемъ (въ теченіи $^1/_2$ часа) въ текучей водѣ. Трипсинъ опредѣлялся, кромѣ того, по способу *Метта* при помощи заключеннаго въ стеклянныя трубки круто свернутаго бѣлка.

Иногда дѣлались пробы и на количество крахмальнаго бродила.

Пробы на бродила производились при той реакціи, которую имѣли испытуемыя порціи (т. е. при натуральной реакціи желудочнаго содержимаго)—чаще всего она была нейтральная, иногда щелочная, рѣже очень слабо-кислая—кромѣ того, всегда для сравненія въ подкисленной и подщелоченной средѣ. Подкислялъ я соляной кислотой съ такимъ разсчетомъ, чтобы получить среднюю степень насыщенія кислоты въ желудочномъ сокѣ (0,5% HCl), а подщелачивалъ приблизительно до средней щелочности панкреатическаго сока (0,4% NaOH), прибавляя чаще NH_3, рѣже KOH. Нѣсколько разъ (около 10) дѣлалъ опредѣленія свободной соляной кислоты въ началѣ работы, но потомъ это оказалось лишнимъ, такъ какъ уже по внѣшнему виду полученной жидкости, благодаря присутствію въ ней желчи, всегда можно было судить, есть-ли въ ней хотя ничтожное количество свободной соляной кислоты; въ такихъ случаяхъ желчныя кислоты выпадали, и вся жидкость дѣлалась мутной; въ противномъ случаѣ она бывала про-

зрачна. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ свободной кислоты въ растворѣ не было. Нѣсколько разъ я опредѣлялъ количество хлоридовъ, при чемъ послѣднихъ получалось приблизительно столько-же, сколько содержится ихъ въ панкреатическомъ сокѣ (около 0,3%).

(Окончаніе слѣдуетъ).

Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-М. Академіи.

О дѣйствіи различныхъ ядовъ на изолированное сердце теплокровныхъ животныхъ.

Н. И. Бочарова.

(Окончаніе. См. № 38, стр. 1272).

Опыты съ алкоголемъ.

Дѣйствіе алкоголя на животный организмъ и въ частности на органы кровообращенія въ высшей степени сложно. Здѣсь необходимо считаться съ личными особенностями и способомъ введенія, благодаря которому можетъ наступить цѣлый рядъ отраженныхъ вліяній, измѣняющихъ картину дѣйствія. Что касается приписываемаго алкоголю непосредственнаго возбуждающаго дѣйствія на сердечную дѣятельность, то въ настоящее время среди современныхъ фармакологовъ мы встрѣчаемъ 2 лагеря. *Kobert* [84]), *Binz* [85]), *Nothnagel* и *Rossbach* [86]) признаютъ, что въ состояніи легкаго охмѣленія кровяное давленіе повышается, частота и сила сердечныхъ ударовъ увеличивается. *Smiedeberg* [87]), *Н. П. Кравковъ* [88]) видятъ въ наблюдаемыхъ явленіяхъ, яко-бы, возбужденія не непосредственное дѣйствіе алкоголя, а цѣлый рядъ другихъ побочныхъ вліяній: веселое настроеніе, оживленныя движенія, цѣлый рядъ вкусовыхъ, обонятельныхъ ощущеній, рефлексовъ со стороны пищеварительныхъ органовъ и т. п. *Nothnagel*, впрочемъ, не отрицаетъ нѣкотораго значенія этихъ вліяній. Совсѣмъ недавно *Binz* на основаніи опытовъ на людяхъ высказался, что кровяное давленіе при умѣренныхъ количествахъ алкоголя повышается. *Hascovek* [89]) въ сравнительно недавней своей работѣ говоритъ, что малыя количества алкоголя вызываютъ у собакъ небольшое повышеніе кровяного давленія и замедляютъ пульсъ; впрочемъ, добавляетъ онъ, для окончательнаго вывода необходимъ еще цѣлый рядъ изслѣдованій. Среди литературныхъ данныхъ встрѣчаются и такія указанія, по которымъ алкоголь, не смотря на вызываемое имъ паденіе кровяного давленія, дѣйствуетъ благотворно на сердечную дѣятельность: увеличиваетъ силу сокращеній и учащаетъ пульсъ [*Parkes* и *Wollawicz* [90])]. Проф. *З. В. Гутниковъ* [91]) также признаетъ, что алкоголь въ умѣренныхъ количествахъ дѣйствуетъ благотворно на сердечную дѣятельность. Громадныя количества алкоголя вызываютъ паденіе кровяного давленія и ослабленіе сердечной дѣятельности, съ чѣмъ согласно большинство изслѣдователей.

Что касается измѣненія ритма сердечной дѣятельности подъ вліяніемъ алкоголя, то на этотъ счетъ существуетъ полное разногласіе. При введеніи незначительныхъ количествъ алкоголя проф. *И. М. Догель* [92]) наблюдалъ ускореніе сердцебіеній, большія-же количества чаще вызывали замедленіе, смѣнявшееся ускореніемъ, за которымъ слѣдовалъ возвратъ къ нормѣ. Ускореніе сердцебіеній наступало какъ при цѣлости, такъ и при предварительной перерѣзкѣ обоихъ блуждающихъ нервовъ, а равно и послѣ предварительнаго отравленія животнаго атропиномъ. *Lichtenfels* и *Fröhlich* [93]) постоянно получали вначалѣ замедленіе, а затѣмъ ускореніе. По наблюденіямъ *Haskovek*'а и *Zimmerberg*'а [94]) алкоголь вызываетъ только замедленіе сердцебіеній. Впрочемъ, *Zimmerberg* получалъ замедленіе только у привязанныхъ къ станку животныхъ, а у животныхъ на свободѣ алкоголь не давалъ измѣненія въ частотѣ пульса, кромѣ кроликовъ, у которыхъ сердцебіенія при такихъ условіяхъ учащались. *Jacobi* [95]), *Ruge* [96]), *Чешихинъ* [97]) указываютъ только на ускореніе сердцебіеній.

Для окончательнаго выясненія вопроса, возбуждаетъ ли алкоголь непосредственно сердечную дѣятельность, необходимо обратиться къ изслѣдованіямъ надъ изолированными сердцами. Опыты надъ изолированнымъ сердцемъ лягушекъ дали противорѣчивые результаты; такъ, *Dreser* [98]) нашелъ, что малыя дозы не дѣйствуютъ на сердце, а большія парализуютъ его, и высказалъ, что благотворное вліяніе алкоголя на сердце не зависитъ отъ непосредственнаго дѣйствія его на сердечную мышцу. *Maki* [99]), производя свои опыты съ помощью прибора *Williams*'а на сердцахъ нормальныхъ и предварительно ослабленныхъ нейтральнымъ растворомъ мѣди (Cupr. natrium tartaricum) получалъ отъ алкоголя повышеніе давленія, усиленіе сердечныхъ сокращеній и ускореніе пульса. *Bock* [100]), дѣлая опыты съ изолированными кроличьими сердцами по предложенному имъ способу нашелъ, что дов. значительныя количества алкоголя не оказывали на сердце особаго вліянія: въ одномъ опытѣ наблюдалось ничтожное паденіе давленія, а въ другомъ въ теченіи 20 сек. замедленіе пульса. *Newell Martin* указываетъ [101]), что на изолированныхъ сердцахъ собакъ алкоголь при 1%—½%-мъ и въ большинствѣ случаевъ при ¼%-мъ содержаніи въ крови вызываетъ уже значительное ослабленіе сердечной дѣятельности. На непосредственное ослабленіе сердечной дѣятельности подъ вліяніемъ алкоголя указываетъ и проф. *А. А. Кулябко* [102]); къ сожалѣнію, его опыты были поставлены съ введеніемъ алкоголя въ сердечную канюлю вблизи самаго сердца.

Всѣхъ опытовъ мною было сдѣлано 5. Алкоголь примѣнялся въ разведеніяхъ 1:2000, 1:1000, 1:333, 1:200, 1:100, 1:50 и 1:25.

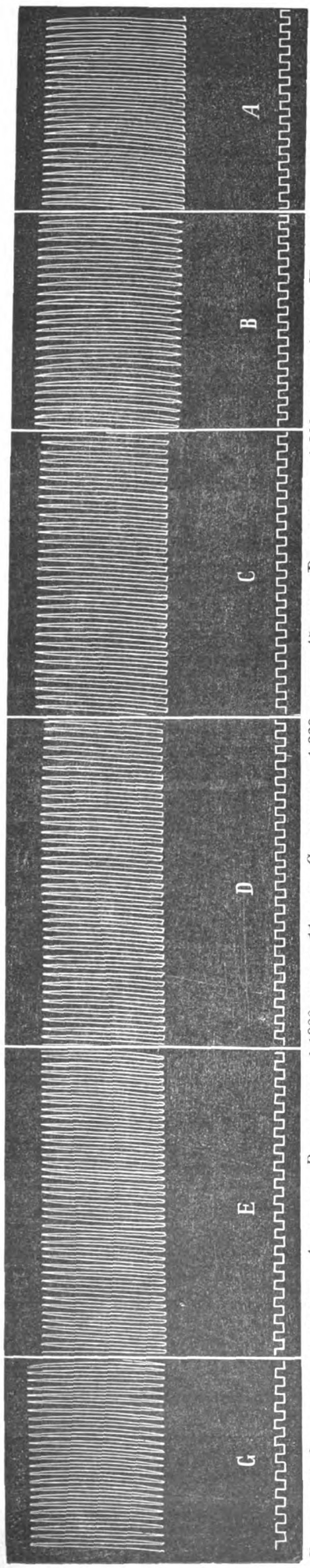
На приводимой кривой (см. кривую 17), изображающей характеръ сердечныхъ сокращеній подъ вліяніемъ слабыхъ растворовъ, не видно никакого намека на усиленіе высоты сердечныхъ сокращеній; скорѣе бросается въ глаза ихъ уменьшеніе. Въ этомъ опытѣ отъ алкоголя въ разведеніи 1:1000 въ теченіи 11 мин. наблюдалось только замедленіе ритма (съ 132 до 114), высота-же сокращеній оставалась приблизительно той-же, дѣлая небольшія колебанія въ сторону плюса и минуса. Характеръ сердечныхъ сокращеній по истеченіи 11-минутнаго дѣйствія алкоголя изображенъ на кривой (17) у В. Непосредственно за этимъ растворомъ былъ примѣненъ болѣе крѣпкій—1:333—въ теченіи 46 мин.; число сердцебіеній за это время почти не измѣнялось; высота-же сокращеній, начиная съ 30-ой минуты, начала нѣсколько уменьшаться и черезъ 45 мин., вмѣсто 25 млм. равнялась только 22 (см. кривую 17, С).

При послѣдующемъ введеніи алкоголя 1:200 въ теченіи 5 мин. ритмъ не измѣнился, а высота сокращеній незначительно уменьшилась (см. кривую 17, D).

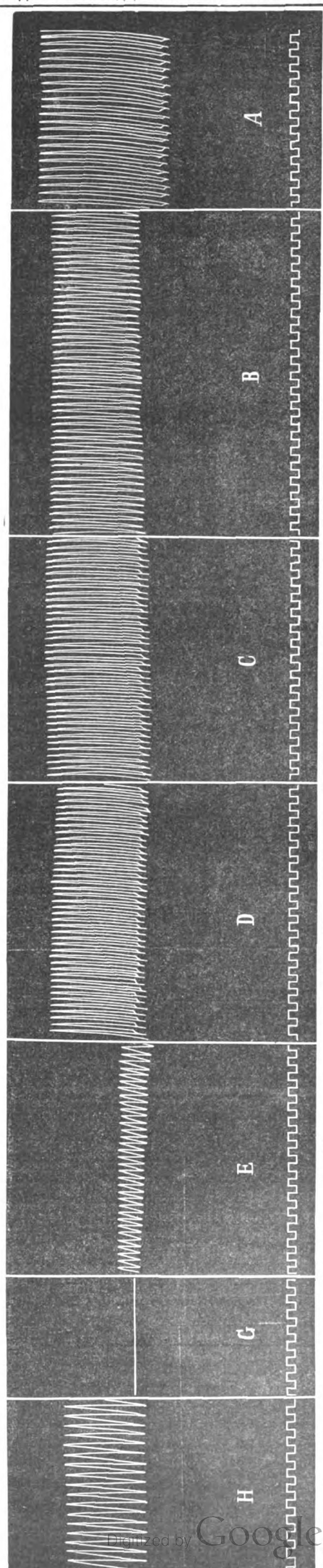
Затѣмъ отъ дѣйствія алкоголя въ разведеніи 1:100 въ теченіи 5 мин. замѣчалось еще нѣкоторое уменьшеніе высоты сокращеній и небольшое увеличеніе числа сердцебіеній (съ 114 до 126 уд.) (см. кривую 17, Е). Послѣ замѣны содержащей алкоголь жидкости нормальной сердечная дѣятельность спустя 9 мин. вернулась къ нормѣ (см. кривую 17, G).

Кривая 18 представляетъ характеръ измѣненій сердечной дѣятельности подъ вліяніемъ алкоголя въ разведеніи 1:25 въ теченіи 21 мин. Въ этомъ опытѣ непосредственно за пропусканіемъ алкоголя сердцебіенія, ослабѣвая и нѣсколько уменьшившись въ числѣ, вскорѣ совсѣмъ прекратились на 5 сек., но затѣмъ быстро возобновились и черезъ 2 мин. (см. кривую 18, В) ускорились (съ 120 уд. на 132 уд.), высота-же сокращеній уменьшилась съ 24 млм. на 16; затѣмъ она нѣсколько увеличилась—до 18 млм., а также ускорились и сердцебіенія (141 уд.)(см. кривую, 18, С.). Спустя 10 мин. отъ начала введенія яда число сердцебіеній было 144, а высота сокращеній 16 млм.; замѣчалось опять нѣкоторое паденіе ея (см. кривую 18, D). Въ слѣдующій промежутокъ времени обращенія алкоголя высота сердечныхъ сокращеній начала падать дов. быстро и черезъ 15 мин. равнялась лишь 3 млм., и число сердцебіеній уменьшилось съ 144 до 120 (см. кривую 18, Е). Съ теченіемъ времени сердцебіенія, слабѣя все больше и больше и нѣсколько еще замедлившись, черезъ 20 мин. со-

всѣмъ прекратились (см. кривую 18, G.). Остановившееся сердце представлялось разслабленнымъ, но все же отвѣчало на механическія раздраженія и на раздраженія наведеннымъ токомъ. Послѣ замѣны отравленной жидкости нормальной постепенно возобновились ритмическія сокра-



Кривая 17. Опытъ съ алкоголемъ. *A*—норма. *B*—алкоголь 1:1000 спустя 11 мин. *C*—алкоголь 1:333 спустя 45 мин. *D*—алкоголь 1:200 спустя 4 мин. *E*—алкоголь 1:100 спустя 4 мин. *G*—нормальная жидкость спустя 9 мин. Читать справа налѣво.



Кривая 18. Опытъ съ алкоголемъ 1:25. *A*—норма. *B*—алкоголь спустя 2 мин. *C*—спустя 5 мин. *D*—спустя 10 мин. *E*—спустя 15 мин. *G*—спустя 20 мин. *H*—нормальная жидкость спустя 15 мин. Читать справа налѣво.

щенія сердца, но высота сердечныхъ сокращеній не достигла нормы, и ритмъ былъ нѣсколько замедленъ. Характеръ сердечныхъ сокращеній спустя 15 мин. отъ начала обращенія нормальной жидкости изображенъ на кривой 18 у Н.

На основаніи сдѣланныхъ опытовъ съ алкоголемъ нельзя не отмѣтить прежде всего, что сердце теплокровныхъ животныхъ проявляетъ громадную выносливость къ нему. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ алкоголь въ разведеніи 1:333 въ теченіи 25-минутнаго дѣйствія не вызывалъ уменьшенія высоты сердечныхъ сокращеній. Даже 2%-ный растворъ за этотъ промежутокъ времени не въ состояніи былъ вызвать остановки сердца и только 4%-ный вызвалъ ее спустя 20 мин. Остановка сердца происходила при разслабленіи сердечной мышцы (въ діастолѣ) и зависѣла отъ паралича двигательныхъ узловъ. Высота сердечныхъ сокращеній подъ вліяніемъ алкоголя или не измѣнялась (слабые растворы), или уменьшалась (сильные). Число-же сердцебіеній подъ вліяніемъ слабыхъ растворовъ иногда нѣсколько уменьшалось. Болѣе выраженное замедленіе при такихъ условіяхъ наблюдалось въ одномъ опытѣ, гдѣ сердцебіенія со 132 уд. уменьшились на 114. Алкоголь въ крѣпкихъ растворахъ, начиная съ 1:200 вызывалъ учащеніе сердцебіеній, которыя незадолго до остановки замедлялись.

На основаніи сдѣланныхъ мною опытовъ и литературныхъ данныхъ необходимо признать, что алкоголь не вызываетъ непосредственнаго усиленія дѣятельности сердца. Наблюдающееся-же нѣкоторое повышеніе кровяного давленія послѣ пріема алкоголя на этомъ основаніи слѣдуетъ приписать ряду косвенныхъ и отраженныхъ вліяній.

Опытъ съ синильной кислотой.

Съ синильной кислотой былъ сдѣланъ 1 опытъ. Подъ вліяніемъ разведенія 1 : 50000 сердцебіенія, значительно ослабѣвъ съ самаго начала дѣйствія яда и немного замедлившись, по истеченіи 4 мин. совсѣмъ прекратились, при чемъ наблюдалась нѣкоторая неравномѣрность въ силѣ сокращеній: болѣе сильное сокращеніе совершенно закономѣрно чередовалось съ болѣе слабымъ. Остановившееся сердце въ состояніи было отвѣчать на механическія раздраженія. При замѣнѣ отравленной жидкости нормальной сердцебіенія возобновились, наблюдалось вначалѣ такое-же чередованіе болѣе слабыхъ сокращеній съ болѣе сильными, а затѣмъ число сердцебіеній возвратилось къ нормѣ, но высота сокращеній съ 22 млм. уменьшилась на 17 и, не смотря на 40-минутное пропусканіе нормальной жидкости, не увеличилась. По прошествіи этого времени отъ дѣйствія синильной кислоты въ разведеніи 1 : 200000 въ теченіи 19 мин. высота сокращеній, падая все больше и больше, уменьшилась съ 17 до 10 млм., число-же сердцебіеній уменьшилось лишь на 6 ударовъ (съ 126 на 120). Относительно большее паденіе наблюдалось въ первое время. Слѣдующая за симъ степень разведенія 1 : 100000 въ теченіи 12 мин. вызвала еще большее уменьшеніе высоты сокращеній—до 2,5 млм., сердцебіенія замедлились еще на 36 уд. Спустя 10 мин., послѣ замѣны отравленной жидкости нормальной, число сердцебіеній равнялось нормѣ (126 уд.), а высота сокращеній была всего лишь 9 млм., т. е. уменьшилась больше, чѣмъ вдвое сравнительно съ нормой. Такимъ образомъ синильная кислота въ этомъ опытѣ въ зависимости отъ степени разведенія вызывала уменьшеніе высоты сердечныхъ сокращеній до полной остановки. Число сердцебіеній подъ ея вліяніемъ также уменьшилось. Наблюдавшаяся остановка зависѣла отъ паралича двигательныхъ узловъ сердца.

При изученіи дѣйствія ядовъ нельзя было не замѣтить, что одно и то-же количество яда, способное убить сердце при слабомъ разведеніи въ теченіи нѣсколькихъ минутъ, при сильномъ разведеніи не только не убивало его, но и не было въ состояніи проявить сколько-нибудь замѣтнаго дѣйствія даже за большой промежутокъ времени (2—3 часа). Изъ литературы въ этомъ направленіи мнѣ извѣстны опыты *Stokvis*'а [103]), по наблюденію котораго бромистый калій надолго останавливаетъ лягушечье сердце въ количествѣ 0,002—0,003 на дециграммъ сердца, но только въ томъ случаѣ, если онъ разведенъ до опредѣленной крѣпости. Если-же взять такое-же количество бромистаго калія въ очень слабомъ разведеніи, то можно пропустить черезъ сердце все это количество безъ обнаруженія токсическаго дѣйствія. Подтвержденіе значенія степени разведенія ядовъ для физіологическаго ихъ дѣйствія на ткани, казалось, заслуживаетъ большого интереса, такъ какъ оно могло-бы облегчить пониманіе механизма дѣйствія ядовъ въ организмѣ.

Рѣшеніе вопроса о вліяніи степени разведенія яда на дѣятельность органовъ и тканей организма другими способами представляетъ нѣкоторыя трудности. Такъ, при введеніи въ желудокъ ядъ можетъ измѣняться какъ въ своемъ составѣ, такъ и въ степени разведенія на столько, что становится невозможнымъ судить о его крѣпости при поступленіи въ кровь. Кромѣ того, при этомъ приходится считаться и съ барьерной ролью печени, захватывающей, задерживающей и перерабатывающей яды. Тоже, хотя и въ меньшей степени, происходитъ и при введеніи яда непосредственно въ кровь, такъ какъ онъ быстро распредѣляется по организму и испытываетъ рядъ всевозможныхъ превращеній. Совсѣмъ не то мы видимъ на изолированномъ сердцѣ, черезъ которое можно по произволу, съ точностью опредѣленное время пропускать ядъ извѣстной крѣпости. Въ этомъ отношеніи сердце представляетъ незамѣнимый объектъ, такъ какъ оно весьма тонко и разнообразно отвѣчаетъ на различные яды. Помимо всего этого, къ удобствамъ пользованія имъ необходимо отнести возможность постановки опытовъ на одномъ и томъ-же сердцѣ, пропуская черезъ него по произволу то жидкость съ ядомъ, то безъ него. Наиболѣе подходятъ для подобныхъ наблюденій такіе яды, которые при наибольшемъ даже дѣйствіи на сердце не нарушаютъ его дѣятельности на столько, что по удаленіи яда изъ тканей сердце вновь начинаетъ свою дѣятельность, какъ и до введенія яда. Наиболѣе удовлетворяетъ этимъ условіямъ ареколинъ (его бромисто-водородная соль), замедляющій сердцебіенія.

Опыты были поставлены съ такими разведеніями яда, которыя по возможности дальше отстояли-бы отъ разведеній, способныхъ вызывать maximal'ное дѣйствіе (остановка сердца). Такъ, въ одномъ изъ опытовъ черезъ сосуды сердца пропускался бромистый ареколинъ въ разведеніи 1 : 50000000 въ теченіи 2 час. За это время число сердцебіеній уменьшилось на 19 ударовъ въ минуту. При послѣдующей замѣнѣ нормальной жидкости число сердцебіеній достигло нормальныхъ цифръ (уменьшеніе на 4 удара); въ этихъ предѣлахъ оно колебалось въ теченіи 15 мин. Затѣмъ черезъ это сердце былъ пропущенъ растворъ ареколина въ 3 раза большей крѣпости 1:16666666. Въ этомъ разведеніи ареколинъ уже черезъ 2 мин. замедлилъ сердцебіенія на 49 ударовъ. Количество прошедшей жидкости за это время равнялось около 50 к. стм.; ареколина въ ней было въ 10 разъ меньше, чѣмъ во всемъ количествѣ жидкости предшествовавшаго разведенія. Разница въ дѣйствіи получилась огромная: въ 1-мъ случаѣ за 2 часа сердцебіенія замедлились только на 19 ударовъ, между тѣмъ какъ во 2-мъ—черезъ 2 мин. на 49 ударовъ въ 10 разъ меньшемъ количествѣ яда.

Въ виду возможнаго возраженія, что при подобной постановкѣ опытовъ 2-ое разведеніе проявляло такое сильное дѣйствіе потому, что ядъ былъ задержанъ въ тканяхъ отъ предшествовавшаго примѣненія, мною были поставлены опыты въ обратномъ направленіи. Вначалѣ былъ примѣненъ растворъ 1 : 16666666 на новое сердце. За 3 минуты сердцебіенія замедлились на 52 удара. При послѣдующемъ пропусканіи нормальной жидкости вскорѣ (чрезъ 5 мин.) число сердцебіеній приблизилось къ нормѣ (учащеніе на 3—5 ударовъ). Болѣе слабый растворъ 1:50000000 въ теченіи 2 час. слишкомъ вызвалъ замедленіе лишь на 16 ударовъ. Такимъ образомъ сдѣланные мною опыты указываютъ на громадное вліяніе степени разведенія на скорость и силу дѣйствія яда, по крайней мѣрѣ для ареколина.

О зависимости между физіологическимъ дѣйствіемъ яда и продолжительностью времени, въ теченіи котораго дѣй-

ствуетъ растворъ одной и той-же крѣпости, свидѣтельствуетъ слѣдующій опытъ: ареколинъ въ разведеніи 1 : 25000000 черезъ 2 мин. вызвалъ уменьшеніе числа сердцебіеній на 35 ударовъ; черезъ 20 мин. уменьшеніе числа сердцебіеній равнялась 38 ударамъ, а черезъ 40 мин.—44. За промежутокъ времени, въ 20 разъ большій, замедленіе наросло лишь на 9 ударовъ. Изъ этого опыта можно вывести такое заключеніе, что между силой физіологическаго дѣйствія яда одной и той-же крѣпости и временемъ этого дѣйствія зависимость существуетъ, но она выражена не такъ рѣзко и опредѣленно, какъ между степенью разведенія яда и силой его дѣйствія.

Недавно *W. Straub* [104]), дѣлая опыты надъ изолированнымъ сердцемъ Aplysia limacina, пришелъ къ нѣсколько другимъ результатамъ. На основаніи опытовъ съ вератиномъ, онъ высказываетъ положенія, что опредѣленная степень дѣйствія яда есть функція безотносительнаго, а не относительнаго количества яда. Впрочемъ, ниже онъ указываетъ, какъ на вѣроятный результатъ, что скорость отложенія яда въ сердцѣ ростетъ параллельно съ его крѣпостью.

Источники. 1. *N. Martin.* «Studies from the Biological Laboratory of the Johns Hopkins University», 1881 и 1882 гг., т. 2; прив. по *Hedbom*'у, «Scandinav. Archiv», 1898 г., т. 8.—2. *Онъ же.* «Phylosophical transactions», 1883 г., т. CLXXIV.—3. *N. Martin* и *Applegarth.* «Studies from the Biological Laboratory of the Johns Hopkins University», 1890 г., т. IV; прив. по *Hedbom*'у, «Scasdinav. Archiv», 1898 г., т. 8.—4. *Стольниковъ.* «Archiv für Anatomie und Physiologie», 1886 г.—5. *И. П. Павловъ.* Тамъ-же. 1887 г.—6. *И. В. Кривоноговъ.* О терапевтическомъ значеніи солей калія при болѣзняхъ сердца въ періодѣ разстройства компенсаціи. Петербургская диссертація, 1896 г.—7. *Н. Я. Чистовичъ.* «Centralblatt für Physiologie», 1887 г.—8. *Chr. Bohr* и *V. Henriques.* «Scandinav. Archiv für Physiologie», 1895 г., т. V.—9. *Hering.* «*Pflüger*'s Archiv», 1898 г., т. LXXII.—10. *Bock.* «Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie», 1898 г., т. XLI.—11. *Langendorff.* «Archiv für die gesammte Physiologie», 1895 г., т. LXI.—12. *Hedbom.* «Scandinav. Archiv für Physiologie», 1898 г., т. VIII.—13. *Gottlieb* и *Magnus.* «Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie», 1903 г., т. LI.—14. *Porter.* «American Journal of Physiology», 1898 г., т. I.—15. *Rusch.* «*Pflüger*'s Archiv», 1898 г., т. 73.—16. *Locke.* «Centralblatt für Physiologie», 1901 г., т. XIV.—17. *Traube.* «Gasammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie», т. I и II.—18. *Klug.* «Archiv für Anatomie und Physiologie», 1880 г.—19. *Marmé.* «Zeitschrift für ration. Medicin», 1866 г., т. XXVI.—20. *Ackermann.* «Berliner klinische Wochenschrift», 1872 г., № 3 и «Deutsches Archiv für klinische Medicin», 1873 г., т. XI.—21. *Kaufmann.* «Revue de médecine», 1884 г., т. IV.—22. *Cushny.* «The Journal of Exper. Medicin», 1897 г., 2.—23. *Meyer* и *Brunton.* «Journal of Anatomy and Physiology», 1873 г., VII.—24. *Hedbom.* «Scandin. Archiv für Physiologie», 1898 г., т. 8.—25. *Fraser.* «The British Medical Journal», 1885 г., VII.—26. *Gley* и *Lapicque.* «La Semaine médicale», 1887 г., № 28 и 47.—27. *Lépine.* Тамъ-же, 1887 г., № 47.—28. *А. Н. Каземъ-Бекъ.* «Практическая Медицина», 1888 г.—29. *Ф. Ф. Мильевъ.* Матеріалы для фармакологіи semin. strophanth. Kombé. Петербургская диссертація, 1888 г.—30. *М. Б. Блюменау.* О физіологическомъ и терапевтическомъ дѣйствіи strophanthus *Kombé.* Петербургская диссертація, 1888 г.—31. *Cushny.* Op. c.—32. *Langaard* и *Bahadhurji.* «Therapeutische Monatshefte», 1887 г., №№ 5 и 8 и 1888 г., № 2.—33. *Paschkis* и *Zerner.* «Medicinische Jahrbücher d. K. k. Gesellschaft d. Aerzte in Wien», 1887 г.—34. *Bock.* «Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie», 1900 г., т. 43.—35. *Gottlieb* и *Magnus.* Op. cit.—36. *Marmé.* «Götting. Nachr.», 1867 г.; прив. по *Hussemann*'у. Die Pflanzenstoffe in chemischer, physiologischer и т. д. 1871 г.—37. *G. Sée.* «L'Union médicale», 1888 г.—38. *С. Н. Исаевъ.* О физіологическомъ дѣйствіи конвалламарина на органы кровообращенія. Петербургская диссертація, 1882 г.—39. *Jaccoud.* «La Semaine médicale», 1886 г.—40. *Hiller.* «Wiener medizinische Presse», 1883 г.—41. *Pel.* «Centralblatt für Therapie», 1883 г., 2.—42. *Leubuscher.* «Zeitschrift für klinische Medicin», 1884 г., т. VII.—43. *Н. Л. Богоявленскій.* О фармакологическомъ и клиническомъ вліяніи цвѣтовъ ландыша на сердце. Петербургская диссертація, 1881 г.—44. *И. М. Догель.* Сравнительная анатомія, физіологія и фармакологія сердца. 1895 г.—45. *Kölliker.* «*Virchow*'s Archiv», 1856 г., т. X.—46. *Е. В. Пеликанъ.* «Verhandlung der physik.-med. Gesellschaft in Würzburg», 1859 г. 9.—47. *Bezold* и *Hirt.* «Untersuchung. aus dem physiol. Laboratorium in Würzburg», 1867 г.—48. *Boehm.* Studien über Herzgifte. Würzburg. 1871 г.—49. *Lissauer.* «Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie», 1887 г., т. XXIII.—50. *Hedbom.* «Scandin. Archiv», 1898 г., т. 8.—51. *Takamine.* «Therapeutic Gazette», 1901 г., январь. «The scottisch medic. and surgical journal», 1902, февраль; прив. по *П. П. Бѣлавенцу.* Къ вопросу о дѣйствіи адреналина на животный организмъ. Петербургская диссертація, 1903 г.—52. *Oliver* и *Schäfer.* «Journal of Physiology», 1895 г., т. XVIII.—53. *Cybulski* и *Szymonowicz.* «*Pflüger*'s Archiv», 1896 г., т. LXIV; «Wiener medicinische Wochenschrift», 1896 г.—54. *Gottlieb.* «Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie», 1896, 1897, 1900 гг.—55. *П. П. Бѣлавенецъ.* Op. c.—56. *Hougton.* «The Journal of the American Medical Association», 1902 г., 18 января; прив. по *Бѣлавенцу.*—57. *Biedl* и *Reiner.* «*Pflüger*'s Archiv», 1898 г., т. LXXIII.—58. *Cyon.* Тамъ-же, 1898 г., т. LXXII и 1899 г., т. LXXIV.—59. *А. А. Кулябко.* «Russische medic. Rundschau», 1903 г.—60. *Hedbom.* «Scandin. Archiv für Physiologie», 1898 г., т. VIII.—61. *Langley.* «Journal of Anatomy and Physiology», 1875 г., т. V.—62. *Harnack* и *Meyer.* «Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie», т. XII.—63. *Schwann.* «Centralblatt für die med. Wissenschaften», 1876 г.—64. *С. А. Поповъ.* Матеріалъ для фармакологіи пилокарпина. Петербургская диссертація, 1878 г.—65. *Kadler* и *Soyka.* «Medicin. Centralblatt», 1876 г.; «Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie», 1877 г., т. VII.—66. *Leyden.* «Berliner klinische Wochenschrift», № 27—28.—67. *Ф. Ю. Гейманъ.* О вліяніи солянокислаго пилокарпина на кровообращеніе и отдѣленіе пота. Варшавская диссертація, 1879 г.—68. *Hedbom.* «Scandin. Archiv für Physiologie», 1899 г., т. IX.—69. *Jahns.* «Berichte der deutschen chemisch. Gesellschaft», 1888 г., т. XXI.—70. *Marmé.* «Therapeutische Monatshefte», 1890 г.—71. *Battistini* и *Scophone.* «Therapeutische Wochenschrift», 1895 г.—72. *К. Ф. Архангельскій.* Матеріалы къ фармакологіи бромистаго ареколина. Томская диссертація. 1899 г.—73. *Voit.* Untersuchungen über die Wirkungen des Kochsalzes, des Kaffees и т. д. München. 1860 г.; прив. по *Bock*'у.—74. *Leven.* «Archive de Physiologie», 1868 г., I.—75. *Wagner.* Untersuchungen über den Einfluss des Coffeins auf Herz und Gefässapparat. Berlin'ская диссертація, 1885 г.—76. *Johansen.* Ueber die Wirkung des Coffeins. Юрьевская диссертація, 1869 г.—77. *Falck* и *Stuhlmann.* «Archiv für pathol. Anatomie», 1857 г., т. XI.—78. *Leblond.* Etude physiologique et thérapeutique de la cafeïne. Парижская диссертація. 1883 г.—79. *Maki.* Ueber den Einfluss des Camphers, Coffeins und Alcohols auf das Herz. Strassburg'ская диссертація. 1884 г.—80. *Favel.* De l'action de quelques medicaments sur le coeur. Lyon'ская диссертація, 1878 г.—81. *Aubert.* «*Pflüger*'s Archiv», 1872 г., т. V.—82. *Bock.* «Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie», 1900 г.—83. *Hedbom.* Op. c.—84. *Kobert.* Lehrbuch der Pharmakotherapie, 1897 г.—85. *Binz.* «Centralblatt für klinische Medicin», 1891 г., № 1; «Realencyklopädie der ges. Heilkunde», 1894 г., т. I; «Berliner klinische Wochenschrift», 1903 г., № 3.—86. *Nothnagel* и *Rossbach.* Руководство къ фармакологіи. 1895 г.—87. *Schmiedeberg.* Grundriss der Arzneimittellehre, 1902 г.—88. *Н. П. Кравковъ.* Основы фармакологіи, 1904 г.—89. *Hascovek.* «Wiener medicinische Wochenschrift». 1901 г., №№ 14—17.—90. *Parkes* и *Wollawicz.* «Proceedings of the Royal Society», 1870 г.—91. *З. В. Гутниковъ.* «Zeitschrift für klinische Medicin», 1892 г., т. XXI.—92. *И. М. Догель.* Op. c.—93. *Lichtenfels* и *Fröhlich.* Denkschrift der K. k. Acad. d. Wiss. zu Wien. 1852 г., т. III; прив. по *Zimmerberg*'у.—94. *Zimmerberg.* Untersuchungen über den Einfluss des Alkohols auf die Thätigkeit des Herzens. Юрьевская диссертація, 1869 г.—95. *Jacobi.* «Deutsche Klinik», 1857 г., №№ 22, 26, 31 и 34.—96. *Ruge.* «*Virchow*'s Archiv», 1870 г., т. XLIX.—97. *Чемихинъ.* «Archiv für Anatomie und Physiologie», 1866 г.—98. *Dreser.* «Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie», 1888 г., т. 24.—99. *Maki.* Op. c.—100. *Bock.* «Archiv für exper. Pathologie und Pharmakologie», 1898 г.—101. *Newell Martin.* Прив. по *Bock*'у.—102. *А. А. Кулябко.* Журналъ медицинской химіи и органотерапіи, 1903 г., № 27—28.—103. *Stokvis.* Прив. по учебнику Основы фармакологіи *Н. П. Кравкова*, 1904 г.—104. *W. Straub.* «Archivo di fisiologia», 1903 г., т. I, вып. 1.

CLXIII. Изъ городской больницы св. Пантелеймона для душевно-больныхъ въ Петербургѣ.

Зависимость между нервными припадками и душевнымъ заболѣваніемъ истеричныхъ *).

Е. П. Радина.

Обращаясь къ вопросу объ опредѣленіи истеріи, какъ нейроза, и ея отношеніи къ психическому заболѣванію, нельзя не отмѣтить недавно выдвинутой главнымъ образомъ *Pierre Janet*, особенности этого вопроса. Все заболѣваніе истеріею слѣдуетъ разсматривать, по *Janet* [1]), какъ психозъ, заключающійся въ съуженіи поля сознанія, ведущаго къ явленіямъ второй личности. Это опредѣленіе истеріи позволяетъ вывести пораженіе личности, какъ основное заболѣваніе при истеріи [2]). Исходило только-что приведенное опредѣленіе истеріи изъ психогеннаго характера истерическихъ припадковъ, куда тяжело падаютъ на вѣсы какъ успѣхи психотерапевтическаго лѣченія внуше-

*) Сообщено на научномъ Собраніи врачей клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ В. Медицинской Академіи 18/II 1904 г.

ніемъ истеріи, такъ и состоянія истеричныхъ, извѣстныя подъ названіемъ сомнамбулизма.

Если истерія сама представляетъ собою психозъ, то, казалось-бы, легче всего выдѣлить сопровождающія ея душевныя состоянія въ особую группу истерическихъ психозовъ, и этимъ вопросъ объ истерическихъ психозахъ исчерпался-бы самымъ естественнымъ путемъ. Однако-же ни *Janet*, ни кѣмъ другимъ подобнаго выдѣленія не сдѣлано. Всякая попытка, предпринимаемая въ этомъ направленіи, разбивается объ униформизмъ психоза, съ одной стороны, и полиморфизмъ истеріи, съ другой,—особенности, не позволяющія выдѣлить, безъ длинныхъ всестороннихъ разсужденій, особую подгруппу истерическаго психоза. Со стороны *Kräpelin*'а и его школы [*Nissl* [3]), *Hellpach* [4])] раздаются даже голоса за неотдѣлимость нѣкоторыхъ истерическихъ припадковъ отъ припадковъ душевнаго заболѣванія вообще. Положеніе вопроса объ истерическомъ психозѣ въ настоящее время правильнѣе всего охарактеризовать такъ: большинство авторовъ склонно разсматривать истерическую дегенерацію, какъ предрасполагающее условіе возникновенія на ея почвѣ психоза; тамъ-же, гдѣ истерія, какъ нейрозъ незамѣтно переходитъ въ психозъ—сновидныя состоянія истеричныхъ, на выручку является теорія истеріи, разсматривающая её, какъ психозъ [*Pierre Janet*, *Breuer* и *Freud* [5])]. Въ разбираемомъ вопросѣ совершенно вѣрно оттѣняется послѣдними авторами взаимоотношеніе сомато-психическихъ (нервныхъ) и чисто психическихъ болѣзненныхъ явленій и, казалось-бы, анализъ этой зависимости при истеріи могъ-бы дать одну изъ отправныхъ точекъ изслѣдованія вопроса объ истерическомъ психозѣ.

Такой анализъ могъ-бы показать прежде всего, дѣйствительно-ли грань, отдѣляющая истерію, какъ нейрозъ, отъ истерическаго психоза представляется искусственною. Отвѣтивъ на этотъ вопросъ, можно было-бы говорить объ истерическомъ психозѣ, образчикъ котораго мы имѣемъ, напр., въ сновидныхъ состояніяхъ истеричныхъ. Однако-же связь и переходъ къ психозу долженъ вытечь логически и быть обоснованъ клинически. Совпаденіе-же истеріи и припадковъ душевнаго заболѣванія ни въ какомъ случаѣ не даетъ права дѣлать заключеніе о наличности истерическаго психоза, какъ совершенно вѣрно замѣчаетъ *Nissl* [3]).

Въ изложеніи фактическихъ данныхъ скорбныхъ листовъ своего матеріала, отчасти уже ранѣе представленнаго мною въ Обществѣ Новгородскихъ врачей*), я буду крайне кратокъ, главнымъ образомъ потому, что знаю, что пространное изложеніе нерѣдко мѣшаетъ ознакомленію со скорбными листами.

1. М. Л., 20 л., дѣвица, крестьянка изъ зажиточной семьи, не отягченной наслѣдственностью, въ 1899 г. заболѣла нервными явленіями—головною болью, слабостью, явленіями навязчивыхъ идей и поступковъ: считаетъ все, что попадается, обводитъ мысленно пальцемъ всѣхъ встрѣчающихся ей лицъ; не смотря на временное (14 дней) пребываніе въ земской больницѣ продолжаетъ лѣченіе у знахарокъ. Съ середины 1900 г. прикована къ кровати по слабости; обычно спокойна, но временами кричитъ, рветъ бѣлье, не узнаетъ окружающихъ, успокаивается послѣ отчитыванія молитвою. Въ 1-ый разъ въ психіатрической больницѣ помѣщалась на 14 дней въ 1901 г. съ распознаваніемъ — истерія; отмѣчены общая слабость, истерическіе припадки, продолжавшіеся болѣе сутокъ и прекращавшіеся по прочтеніи молитвы: «Да воскреснетъ Богъ». Вновь поступила уже подъ мое наблюденіе черезъ годъ 16/vi 1902 г. съ крайней исхудалостью и явленіями парапареза, пареза жевательныхъ мышцъ, мышцъ туловища, головы и рукъ. Поднимается на кровати съ большимъ трудомъ; поправить парапарезъ, хотя-бы на время, совсѣмъ не удается. Припадки носятъ ясно выраженный истерическій характеръ: во время припадка судорогъ тоническаго или клоническаго характера не наблюдается, мышцы рѣзко напряжены, больная сидитъ, закрывъ глаза и крѣпко уцѣпившись зубами за простыню, и выкрикиваетъ нечленораздѣльные звуки, похожіе на кудахтанье; во время припадка—полная анальгезія. Истерическіе признаки припадковъ и общее паретическое состояніе мышцъ наблюдаются при повышенныхъ колѣнныхъ рефлексахъ. Психическій кругъ интересовъ больной съуженъ на болѣзнь, она прихотлива и одновременно подавлена, страдаетъ бредомъ одержимости. Возможно, что даже истерическій припадокъ въ формѣ, граничащей съ кликушествомъ, возникъ, какъ реакція на бредъ одержимости. Послѣ 2-го припадка продолжительностью около сутокъ, временно ослабѣвшаго отъ прижатія оваріальнаго пункта, 3-ій и 4-ый удалось остановить прижатіемъ истерофренаторнаго пункта, отысканнаго на боковыхъ частяхъ шеи. Черезъ мѣсяцъ по прибытіи приступлено къ фарадизаціи конечностей, повторяемой черезъ день и механотерапіи по видоизмѣненному мною способу *Jacob*'а [6]). Командуя «разъ-два» и одновременно фиксируя взглядъ больной на производимыхъ мною, аналогичныхъ тѣмъ, которыя она должна произвести сама, движеніяхъ, я исподволь пріучилъ больную все съ большей и большей силою посылать двигательные импульсы къ паретическимъ мышцамъ конечностей. Черезъ 2 мѣсяца послѣ начала упражненій больная начала ходить съ поддержкою; бреда больше не высказывала; наступила рѣзкая перемѣна въ настроеніи къ лучшему. 12/vi отмѣчена повышенная температура, слабость и головная боль послѣ случайно услышаннаго разговора о вредѣ примѣнявшейся къ ней электризаціи. Въ настоящее время больная, какъ я узналъ, ходитъ и наканунѣ выписки, если уже не выписана изъ больницы.

Способъ *Jacob*'а, состоящій въ отдѣльномъ примѣненіи команды и примѣра, дававшій хорошіе результаты при органическихъ параличахъ послѣ инсульта, я сочеталъ и примѣнилъ въ данномъ случаѣ къ истерическому парезу, исходя изъ значенія команды и примѣра, какъ средствъ внушенія. Значеніе команды и примѣра въ смыслѣ примѣнявшагося мною внушенія на яву взято мною изъ работы: «О роли внушенія въ общественной жизни» проф. *В. М. Бехтерева* [7]). Я смотрю на сочетанный мною способъ *Jacob*'а, какъ на пріемъ психо-механотерапіи. *Jacob* примѣняетъ узнанную чисто эмпирическимъ путемъ пользу «примѣра» и «команды», между тѣмъ какъ легкость проведенія этими путями двигательныхъ импульсовъ достигается уже тѣмъ, что возбужденіе проходитъ меньшій путь въ подсознательной области и не встрѣчаетъ тормозящаго воздѣйствія сознанія.

Я уже говорилъ, что больная поступила въ больницу въ состояніи бреда одержимости; знахарство, колдовство, отчитываніе во время припадка молитвой «Да, воскреснетъ Богъ»—всѣ эти средства народной психотерапіи могли или обусловить возникновеніе бреда больной, или, по крайней мѣрѣ, укрѣпить её въ бредѣ. Психозъ, часто наблюдающійся у истеричныхъ, бредъ одержимости исчезаетъ съ примѣненіемъ раціональныхъ способовъ психотерапіи. Здѣсь мы имѣемъ передъ собою истерическій бредовой психозъ, тѣсно слитый съ нервными явленіями истеріи и исчезающій съ излѣченіемъ этихъ послѣднихъ.

Насколько можетъ быть установлена только предположительно связь бреда одержимости у больной М. Л. со способомъ ея лѣченія, настолько-же пріобрѣтаетъ характеръ достовѣрности происхожденія формы бредового психоза одержимости у истеричной больной Е. Б.

2. Е. Б., 52 л., кончила курсъ въ Ревельскомъ сиротскомъ пріютѣ, вдова чиновника, имѣетъ сына гимназиста, изъ семьи, отягченной патологической наслѣдственностью: мать ея въ преклонныхъ годахъ получила душевное заболѣваніе и кончила жизнь душевно-больною. Съ 12 лѣтъ послѣ испуга — припадки скоропреходящихъ (2–3 часа) параличей ногъ и рукъ, излѣчиваемые гипнотическимъ внушеніемъ. Съ 1901 г. амбуляторный истерическій аутоматизмъ: убѣгала изъ дома въ одномъ нижнемъ бѣлѣ, помнила все, что дѣлала въ моментъ совершенія ряда нелѣпыхъ поступковъ и побѣговъ, но нелѣпости ихъ не сознавала. Крайне эгоистична и въ сужденіяхъ наивна, какъ ребенокъ. Легкая внушаемость: при помощи гипноза удавалось бороться съ ея недовѣріемъ къ сыну, заставивъ однажды отдать ему ключи. 16/v 1902 г. принята въ больницу, гдѣ высказывала идеи преслѣдованія: пища, будто-бы, была отравлена, ванна, гдѣ на одномъ мѣстѣ сошла полуда, вредна для здоровья; систематизировался-же бредъ въ формѣ бреда одержимости: побѣги, нервное заболѣваніе, поступки, принесшіе ей денежный ущербъ, все это и многое другое изъ ея прошлаго объясняется тѣмъ, что ее гипнотизировали; гипнотизируютъ и въ настоящее время врачъ и надзирательница.

Подъ внушеніемъ подразумѣваетъ то, что въ простонародьѣ называютъ «колдовствомъ». Здѣсь мы имѣемъ предъ собой бредовой психозъ-паранойю въ формѣ, аналогичной 1-му случаю бреда одержимости. Бредъ этотъ, носящій въ этомъ случаѣ систематизированную форму, тѣсно связанъ, какъ и тамъ, съ имѣющимися у больной истерическими припадками, носитъ характеръ бреда, привлекаемаго больной къ объясненію непонятныхъ для нея явленій ея истерическаго заболѣванія и способа, примѣнявшагося для ихъ излѣченія (объяснительный бредъ *Wernicke*).

3-ій случай душевнаго заболѣванія у истеричной представляетъ собою выраженіе одной изъ самыхъ характер-

*) 2 доклада, читанные въ 1902 г. въ Обществѣ Новгородскихъ врачей.

ныхъ особенностей истерической дегенераціи—психической неустойчивости. У этой больной періодъ истерическихъ припадковъ переходитъ въ періодъ психическихъ явленій — галлюцинацій, сопровождающихся своеобразнымъ повышеніемъ температуры.

3. М. К., 27 л., имѣетъ 4-лѣтнюю дочь. Отецъ злоупотреблялъ алкоголемъ, отчего и умеръ; мать больная; братъ сидѣлъ въ острогѣ. Больная ходила по міру, водила слѣпыхъ. Съ 3 лѣтъ у нея послѣ испуга начались припадки и задержка въ умственномъ развитіи. Оспа привита, когда ей было уже 10 лѣтъ. Злоупотребляла спиртными напитками. Поступила въ больницу для душевно-больныхъ 22/XII 1900 г., выписана 31/VIII 1902 г. безъ поправленія.

Отъ рожденія страдаетъ большою степенью слабоумія (imbecillitas) и истерическими судорожными припадками. Изъ соматическихъ признаковъ — остатокъ незакрывшагося щитовидно-язычнаго протока (ductus thyreoglossi), въ видѣ углубленія, образуемаго кожей. Небольшая дрожь въ пальцахъ. Изслѣдованіе болевой чувствительности и чувствительности къ прикосновенію, въ виду умственнаго недоразвитія больной, нельзя было провести съ достаточной достовѣрностью. Во время припадка больная кричитъ, выгибаетъ туловище, осторожно падаетъ; припадокъ тотчасъ-же прекращается, если ей внушаютъ на яву въ формѣ простого приказанія—«идти обѣдать»; вскорѣ средствомъ внушенія начинаетъ служить лѣкарствовъ формѣ ложки простой воды.

10/I отмѣчено, что во время припадка больная кричала: «барышня, лѣкарства; я была въ раю, въ зеленомъ саду гуляла» (намекъ на зрительныя галлюцинаціи). Припадки дов. часты, прекращаются съ пріемомъ упомянутаго лѣкарства. Съ 23/I 1901 г. работала на прачешной. Съ мая 1901 г. припадки прекратились. 13/VI 1902 г. отмѣчены первыя мѣсячныя за время пребыванія въ больницѣ. Съ 11/VI по 21/VII 1902 г. наблюдалось психическое заболѣваніе—зрительныя галлюцинаціи и отвѣчавшія имъ повышенія температуры (febris hysterica), при чемъ въ промежуткахъ между повышеніями температуры, при 36°,6 дважды отмѣчены галлюцинаціи, а при 39° и 40°,8 галлюцинацій 3 раза не было [см. кривую *)]. Однажды температура была ниже нормальной. 11/VI больная видѣла приходившихъ къ ней сначала мужчинъ въ бѣломъ, пристававшихъ къ ней, затѣмъ женщинъ въ бѣломъ, прикладывавшихъ ледъ къ ногамъ. Общая гиперальгезія и парэстезія. Ощутила мгновенную слабость ногъ во время приступа галлюцинацій, что сопровождалось дрожаніемъ.

15/VI парезъ развился въ характерную форму астазіи-абазіи; больная ходитъ, держась за стѣны, боится встать безъ опоры; однако-же, опираясь на скамью, при выпрямленныхъ ногахъ быстро и ловко поднимается изъ лежачаго положенія въ стоячее. Послѣдующіе приступы повторяли отмѣченную картину припадковъ. 9/VII къ нимъ присоединилась одышка. Въ легкихъ и другихъ внутреннихъ органахъ отклоненій отъ нормы не обнаружено.

Хотя эти приступы галлюцинацій, дрожи, неправильности чувствительности и явленій выпаденія способности къ движенію и не представляютъ сплошной полосы, но все-же весь періодъ заболѣванія, болѣе мѣсяца, можно разсматривать, какъ перемежающійся état de mal, сопровождающійся повышеніемъ температуры.

Появленіе галлюцинацій и повышенной температуры 22/VI удалось прекратить и возстановить на нѣсколько дней обычную температуру 20 каплями валеріановой настойки—лѣкарства, примѣнявшагося въ отдѣленіи, гдѣ помѣщалась больная, какъ средство внушенія. Позже послѣ неосторожно высказаннаго при больной не пользовавшимъ ее врачемъ предположенія, что у нея перемежающаяся лихорадка съ приступами черезъ день, она стала утверждать, что «ее трясетъ черезъ день», а съ 28/VI по 2/VII повышеніе температуры, какъ видно на кривой, приняло отвѣчавшій представленію больной характеръ. 2/VII сдѣлано противувнушеніе на словахъ, и 2 дня температура держалась въ предѣлахъ нормы. Въ іюлѣ содержаніе зрительныхъ галлюцинацій было такое: люди въ бѣломъ, ножъ, зима, снѣгъ. Пріемомъ порошка двууглекислой соды 20/VII психозъ былъ прекращенъ. Крѣпость и сила мышцъ постепенно возстановились. 18/VIII былъ истерическій припадокъ съ потерею сознанія на нѣсколько минутъ. Больная весь періодъ галлюцинацій сохраняла ясное сознаніе и полное безразличіе и критически относилась къ своимъ галлюцинаціямъ, говоря, что ей привидилось что-то чудное.

4-ый случай **)—слѣдующій.

4. У калѣки И., охромѣвшаго на 3-мъ году жизни послѣ коксита, крайне тяжело сложилась жизнь, главнымъ образомъ, изъ-за малой обезпеченности семьи. Его держали и воспитывали дома, затѣмъ помѣстили въ пріютъ для калѣкъ Краснаго Креста. Бѣдность матери привела къ тому, что онъ былъ уволенъ оттуда за невзносъ платы. Узнавъ объ этомъ, онъ сдѣлалъ 1-ую попытку къ самоубійству (нашатырнымъ спиртомъ). Мать отправила его въ монастырь, гдѣ его ждало разочарованіе: онъ не нашелъ здѣсь той жизни, о которой мечталъ; тогда онъ сталъ скитаться изъ одного монастыря въ другой въ теченіи 10 лѣтъ. Въ 1903 г., 32-хъ лѣтъ, онъ жилъ въ семьѣ крестьянина въ г. Ладогѣ при такихъ тяжелыхъ условіяхъ, что повторилъ попытку къ самоубійству (нашатырнымъ-же спиртомъ). Тогда мать второпяхъ помѣстила его въ пріютъ Краснаго Креста, гдѣ онъ и заболѣлъ въ ноябрѣ того-же года приступомъ галлюцинацій. Къ этому времени его нервная система представляла аналогичную послѣднему изъ вышеописанныхъ случаевъ картину неустойчивости. Легкая степень слабоумія отъ рожденія (imbecillitas). Очертанія черепа нѣсколько неправильныя; черепная покрышка плоская. Слабоуміе незамѣтно перешло въ истерическую эмоціональную неуравновѣшенность, которой отвѣчали дрожаніе языка и вытянутыхъ рукъ, повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, жалобы на излишнюю впечатлительность, явленія неяснаго, какъ-бы черезъ паутину, зрѣнія. Эмоція—скука, тоска по родственникамъ—служитъ предвѣстникомъ и, по указанію самого больного, производящею причиною—вспышекъ аффекта; во время этихъ приступовъ наблюдается двигательное возбужденіе. Нѣсколько разъ больной умывался и лилъ воду подъ кровать. Рѣчь его вдругъ дѣлается безсвязной и крайне возбужденный, съ криками «маменька, маменька» онъ схватываетъ руку врача и не выпускаетъ ее, обливаясь слезами; ему кажутся силуэты его родныхъ. Бывая ранѣе у родныхъ, онъ видѣлъ мертвецовъ при аналогичныхъ вышеописаннымъ сопутствующихъ душевныхъ проявленіяхъ. Мать больного такъ описывала приступъ галлюцинацій, бывшій у него въ пріютѣ: «У больного сдѣлался нервный припадокъ; онъ былъ очень возбужденъ; ему казались родственники; отъ пищи онъ отказывался; ослабѣвали ноги» (указаніе на выпаденіе способности къ движенію). И. критически относится къ своему нервному разстройству, обижается при предпо-

*) Наверху — кривая температуры. Внизу — схематическая кривая галлюцинацій.

**) Онъ любезно предоставленъ мнѣ д-ромъ *К. М. Ведентьевымъ*.

ложенія у него душевнаго заболѣванія, не жалѣетъ; что дѣлалъ попытки къ самоубійству, такъ какъ ему нѣтъ мѣста на землѣ: какъ калѣка, онъ всѣмъ въ тягость. Въ свѣтлые промежутки признаковъ остраго психоза онъ не обнаруживаетъ, но является только слегка слабоумнымъ истеричнымъ. Приступы повышенной галлюцинаторно-эмоціональной возбудимости въ описанной формѣ повторялись въ 1903 г. отъ 9/XII до 21/XII, въ 1904 г. отъ 10/I до 19/I.

Обращаясь къ критическому разбору этихъ случаевъ, найдемъ, что отношеніе между нервнымъ припадкомъ истеріи и психическимъ заболѣваніемъ на почвѣ ея тамъ, гдѣ это удалось установить, является зависимостью причиннаго сосуществованія: съ прекращеніемъ нервнаго истерическаго припадка въ сл. 1 исчезъ и бредъ. Бредъ является объяснительнымъ какъ въ сл. 1, такъ и въ сл. 2. Онъ имѣетъ характеръ внушеннаго представленія *(Sidis)*, такъ какъ исчерпывается легко прививаемою извнѣ идеей объ одержимости демономъ и колдовствѣ. Зависимость причиннаго сосуществованія выражается и въ формѣ замѣщенія соматопсихическаго припадка истеріи чисто-психическимъ — галлюцинаціями, осложненными лихорадкою, въ предпослѣднемъ и галлюцинаціями аффективно-двигательнаго характера въ послѣднемъ изъ вышеописанныхъ случаевъ. Сопоставляя всѣ эти случаи, получимъ слѣдующую таблицу:

	Сомато-психическій истерическій припадокъ.	Психическій истерическій припадокъ.	Зависимость причиннаго сосуществованія.	Зависимость случайная.
1. М. Л.	Общій парезъ. Припадки. Легкая внушаемость.	Объяснительный бредъ одержимости.	Психическій припадокъ объясняетъ сомато психическое явленіе.	Нѣтъ.
2. Е. Б.	Приступы квадриплегіи, амбулаторнаго автоматизма. Легкая внушаемость.	Тоже.	Тоже.	»
3. М. К.	Приступы парэстезіи, гиперальгезіи, дрожанія. Припадки повышенія температуры тѣла. Легкая внушаемость.	Галлюцинаціи.	Зависимость сосуществонія и эквивалента.	»
4. И.	Припадокъ аффективно-двигательный.	Тоже.	Есть.	»

Подводя итогъ полученнымъ клиническимъ даннымъ о переходныхъ формахъ между истеріей и истерическимъ психозомъ, придемъ къ заключенію о незамѣтномъ переходѣ истеріи въ психозъ. Даже оставивъ въ сторонѣ теоретическія посылки, на которыхъ строитъ свое ученіе о съуженіи поля сознанія у истеричныхъ *Janet*, какъ объ основномъ признакѣ истеріи и пользуясь чисто-клиническимъ способомъ при анализѣ представленнаго мною матеріала, куда я могъ-бы прибавить наблюденія обрывной формы припадка — бредово-галлюцинаторной фазы припадка большой истеріи, придемъ къ выводу о причинной связи между истерическими припадками въ соматической области и ихъ аналогомъ въ области интеллектуальной—области бреда и галлюцинацій и эмоціонально-волевой, если къ послѣдней относить внушеніе. Самовнушенныя представленія присоединяются къ появившемуся истерическому припадку, напр., бредъ одержимости къ общему парезу, и исчезаютъ съ излѣченіемъ послѣдняго. Внушеніе, являясь причиною, управляющею во всѣхъ вышеописанныхъ случаяхъ, въ области истерическихъ припадковъ—общаго и парапареза—(сл. 1, 2 и 3), можетъ явиться и производящую причиною бреда. Истерическіе припадки и эквивалентныя имъ галлюцинаціи испытывали рѣзко выраженное воздѣйствіе внушенія въ сл. 3. Поэтому мнѣ кажется вполнѣ вѣрнымъ положеніе *Sidis*'а [8]), что для демономаническаго бреда больныхъ слѣдуетъ принять объясненіе бредовой идеи, какъ внушенной.

Клиническая картина взаимоотношенія сомато-психическихъ истерическихъ явленій и пораженій чисто психическаго характера должна явиться рѣшающимъ условіемъ въ разбираемыхъ случаяхъ, а также и при отнесеніи того или другого аналогичнаго вышеприведеннымъ заболѣванія къ разряду истерическихъ психозовъ. Въ сл. 1 мы видѣли причинную зависимость демономаническаго бреда отъ наличности сомато-истерическаго припадка; кромѣ того, и теченіе болѣзни излѣчившейся М. Л. позволило post hoc заключить, что здѣсь мы имѣли дѣло съ истерическимъ психозомъ. Въ сл. 2 начальный истерическій психозъ вылился въ паранойю, окрасившуюся истерическимъ оттѣнкомъ бреда. Наконецъ, въ сл. 3 и 4 таже истерія протекала то въ формѣ припадковъ, то галлюцинацій.

Истерическая дегенерація не исключаетъ возможности появленія простыхъ формъ душевнаго заболѣванія у истеричныхъ, что и было, напр., въ моемъ случаѣ 2; но она сама можетъ вызвать рядъ душевныхъ заболѣваній, какъ бредовой психозъ въ сл. 1, галлюцинаторный—въ сл. 3 и 4, которыя съ точки зрѣнія классификаціи душевныхъ болѣзней, опирающейся на клиническую картину, представляемую заболѣваніемъ, на теченіе его, этіологическія условія и отношеніе къ соматической истерической сферѣ, должны быть отнесены къ разряду истерическихъ психозовъ. Однимъ изъ основныхъ распознавательныхъ признаковъ является при этомъ причинная зависимость существованія и зависимость эквивалента между припадкомъ душевнаго заболѣванія и припадкомъ сомато-психическимъ истерическимъ.

Литература: 1. *Pierre Janet.* Der Geisteszustand der Hysterischen. Нѣмецкій переводъ, 1894 г.—2. *Е. Радинъ.* Психопатологическій методъ въ психологіи въ примѣненіи къ различнымъ состояніямъ упадка личности и эволюціи личности «Обозрѣніе психіатріи», 1902 г., 4.—3. *Nissl.* Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. «Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, XXV, 1902 г., 1. — 4. *Hellpach.* Die Grenzwissenschaften der Psychologie. 1902 г. — 5. *Breuer* und *Freud.* Studien über Hysterie, 1895. — 6. *Jacob.* Массажъ и гимнастика. Изд. «Практической Медицины», 1903 г.—7. Проф. *В. М. Бехтеревъ.* Внушеніе и его роль въ общественной жизни. 1904 г. 2 изд. — 8. *Sidis.* Психологія внушенія. Пер. *Колоколова.* 1902 г.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Письма изъ Тавриза.

(Письмо 2-е).

Отношеніе персовъ къ медицинѣ. Доктора-персы. Доктора иностранцы. 2 лейбъ-медика. Практика. Болѣзни.

Скажу теперь, какъ относятся Персы къ медицинѣ и постараюсь охарактеризовать въ общихъ чертахъ здѣшнихъ врачей.

Жители Тавриза—исповѣданія магометанскаго; шіиты. Фанатизмъ здѣсь доведенъ до крайней степени. Толкователи корана (муллы, мушганды) стараются удержать свою паству въ полномъ невѣжествѣ: они существуютъ и благоденствуютъ лишь до тѣхъ поръ, пока образованіе не проникло въ народъ. Кромѣ начальныхъ школъ, гдѣ учатъ лишь читать и писать по корану, ничего похожаго даже на наши среднія учебныя заведенія нѣтъ. Понятно, что никакого понятія о врачебной наукѣ нельзя ожидать въ Персіи даже въ далекомъ будущемъ. Вся медицина сосредоточена въ рукахъ полуграмотныхъ Персовъ. Какой-нибудь смѣлый Персъ, научившійся читать и писать, умѣющій кое-какъ объясняться по французски, уѣдетъ изъ Тавриза за границу, проживетъ тамъ мѣсяцъ—другой и, возвратившись, заявляетъ, что онъ ѣздилъ за границу для изученія медицины и что теперь онъ—докторъ. Онъ вывѣшиваетъ надъ своей входной калиткой доску съ надписью: «докторъ», и къ нему идутъ больные. Чѣмъ онъ лѣчитъ,—неизвѣстно; онъ выдаетъ больнымъ свои собственныя средства. Иные поступаютъ еще проще, не выѣзжаютъ за

границу, присматриваются къ какому-либо врачу, заѣхавшему въ Персію, и выучиваются, что при лихорадкѣ надо давать хининъ, при сифилисѣ дѣлать ртутныя втиранія и т. д., при чемъ, конечно, дальнѣйшее зависитъ отъ его фантазіи. Эти доктора-Персы—полны невѣжества и, не имѣя никакого образованія, напускаютъ на себя большую важность. Нѣкоторые изъ нихъ объявили себя окулистами и дѣлаютъ реклинаціи катаракты, конечно, съ большимъ % потерь, но тѣмъ не менѣе славу себѣ пріобрѣли: на первые дни больной послѣ операціи прозрѣлъ, а, что слѣпота наступила послѣ, окулистъ этотъ всегда съумѣетъ увѣрить больного, что это произошло отъ его невоздержности, что онъ поѣлъ кислаго и т. п. Мнѣ не удалось еще видѣть инструментовъ ихъ, но по разсказамъ, это—изогнутая игла, конечно, не видавшая никакихъ обеззараживающихъ средствъ. Сдѣлавъ операцію, Персъ кладетъ на глазъ лепешку изъ навоза съ какимъ-то его собственнымъ снадобьемъ.

Кромѣ 2-хъ—3-хъ десятковъ такихъ врачей, здѣсь имѣется тысяча простыхъ знахарей, которые, какъ и наши русскіе знахари, не заслуживаютъ порицанія, ибо «не вѣдаютъ, что творятъ».

Есть худшій сортъ врачей, но ихъ, на счастье, не много. Это—врачи—самозванцы.

Нѣсколько лѣтъ назадъ жилъ въ Тавризѣ какой-то заѣзжій провизоръ, онъ объявилъ себя докторомъ, сталъ лѣчить больныхъ и нанялъ себѣ служителемъ нѣкоего Жака, который мылъ ему бутылки, растиралъ мази и чистилъ лошадей. Выѣхалъ изъ Тавриза провизоръ, уѣхалъ съ нимъ и Жакъ, но не на долго; черезъ годъ онъ вернулся и объявилъ себя докторомъ Англійскаго Университета и даже заручился дипломомъ, но не отъ университета, а отъ какого-то англійскаго врача, который въ дипломѣ этомъ удостовѣряетъ, что «выдалъ сей дипломъ на степень доктора медицины г-ну Жаку, такъ какъ онъ по своимъ познаніямъ достоинъ этого званія» (!). И вотъ, бывшій лакей начинаетъ практиковать. Онъ знаетъ только одно средство—морфій, которымъ лѣчитъ всѣ болѣзни. Я видѣлъ, напр., больного съ дакріоциститомъ и больную съ трахомой; перваго онъ лѣчилъ впрыскиваніями морфія въ ногу, вторую—въ плечо. О немъ говорятъ здѣсь съ особымъ подчеркиваніемъ, называютъ лучшимъ докторомъ, такъ какъ онъ ученикъ такого-то знаменитаго доктора, т. е. упомянутаго мной провизора. Онъ презираетъ европейскихъ врачей и дружитъ съ цѣлой арміей докторовъ-персовъ, которые приглашаютъ его на совѣщанія, какъ свѣтило науки.

Съ легкой руки Жака нѣкій миссіонеръ американецъ Видеманъ, тоже объявилъ себя здѣсь докторомъ и лѣчитъ всѣхъ своими крупинками. Вмѣстѣ съ нимъ практикуетъ американка акушерка, именующая себя «женщина-врачъ». Я видѣлъ ихъ обоихъ у постели одной роженицы, армянки, при трудныхъ родахъ. Когда они объявили, что ребенокъ мертвъ и что нужно вынимать его по частямъ, мужъ роженицы прибѣжалъ за мной. Я нашелъ плодъ живымъ и сказалъ, что нужно наложить щипцы. Г. Видеманъ сталъ хлороформировать, не развязавъ у больной даже шнурковъ отъ юбки и не слѣдя за пульсомъ, а назвавшая себя женщиной врачемъ вынула изъ своей сумки щипцы, положила ихъ въ поданный ей тазъ съ водой сомнительной чистоты, въ этой же водѣ ополоскала наконечникъ послѣ промыванія рукава и, не вымывъ ни рукъ, ни щипцовъ, стала ихъ накладывать. Тракцію она сдѣлала правильно, но образовавшійся разрывъ промежности не замѣтила, шва не наложила и, объявивъ, что все кончилось хорошо, ушла вмѣстѣ съ г. Видеманомъ. Съ больной пришлось возиться мнѣ.

Жакъ и Видеманъ присутствовали при одной изъ моихъ операцій, когда я оперировалъ одного Перса съ ущемляемой грыжей: мнѣ ихъ представили, какъ докторовъ медицины. Я одѣлъ ихъ въ свои бѣлые халаты и просилъ вымыть руки, что, по видимому, ихъ удивило больше, чѣмъ окружающихъ Персовъ. На мое предложеніе быть мнѣ помощниками они, заявивъ, что никогда не видали того, чтобы можно было рѣзать кишки (!), все время стояли въ сторонкѣ съ выраженіемъ удивленія на лицахъ.

Практикуетъ здѣсь очень шибко, какъ докторъ-окулистъ, одинъ армянинъ Галустіанъ, бывшій фельдшеръ Харьковской глазной клиники. Его разсказы о здѣшнемъ гонорарѣ не лишены интереса. Во 1-хъ, торгъ до операціи длится нѣсколько дней; во 2-хъ, деньги берутъ обыкновенно впередъ, ибо послѣ персъ ихъ не заплатитъ; въ 3-хъ, при неудачномъ исходѣ гонораръ возвращается. За удачное извлеченіе катаракты платятъ 10—30 тумановъ (туманъ по курсу = 1 р. 70 к.). Долго торговался съ нимъ одинъ милліонеръ-муштаидъ (нѣчто въ родѣ архіерея), имѣвшій катаракту; онъ убѣждалъ его уступить, говорилъ, что персидскій докторъ дѣлаетъ эту операцію за 4—5 кронъ (кронъ по курсу 17 коп.). Галустіанъ съумѣлъ доказать ему, что персидскій докторъ дѣлаетъ не прочно (реклинацію), а онъ сдѣлаетъ на всегда (экстракцію). Вопросъ былъ рѣшенъ опытомъ: муштаидъ приказалъ персидскому окулисту снять катаракту у своего повара. Реклинація окончилась слѣпотой; тогда муштаидъ согласился на требуемую Галустіаномъ сумму—100 тумановъ, такъ какъ доводы его были очевидны: поѣздка муштаида въ Россію съ огромнымъ штатомъ свиты и съ платой нѣсколькихъ сотъ рублей нашему русскому окулисту обойдется очень дорого. Экстракція вышла удачно.

Въ Тавризѣ, кромѣ меня, русскаго, есть только 2 врача съ дипломами, познаній которыхъ я, какъ врачъ, не смѣю касаться, ибо они—тоже врачи. Одинъ изъ нихъ—старый персъ *Loghman-ol Mamalek*—кончилъ Университетъ въ Парижѣ и съ тѣхъ поръ изъ Персіи не выѣзжалъ; другой—молодой, типичный французъ г. *Coppin*. Оба состоятъ лейбъ-медиками при наслѣдникѣ (Валіадъ) престола и вмѣстѣ содержатъ единственную въ Тавризѣ аптеку съ большими запасами лѣкарствъ, однако, довольно своеобразную: въ аптекѣ продаются масляныя краски, ружья, чай, рояли, фотографическія принадлежности и пр., а въ ожиданіи холеры лейбъ-медики очень успѣшно стали торговать какимъ-то сладкимъ элексиромъ, какъ вѣрнѣйшимъ средствомъ противъ зараженія холерой. Завѣдуетъ аптекой самъ д-ръ *Coppin*, а, когда его нѣтъ, то тоже французъ, нѣкто г. Renard, непровизоръ. Рецептъ, прописанный по латыни, въ аптекѣ не понимаютъ, нужно писать по французски, напр., вмѣсто Natrium sulphuricum—Sulphide de sode, вмѣсто Magnesia usta—Magnésie calcinée и т. п. Прописанное средство часто замѣняется другимъ, если требуемаго нѣтъ на лицо. Лѣкарство отпускается безъ сигнатурки и безъ обозначенія средствъ; ограничиваются ярлычкомъ: Deux cuillères par jour; 20 gouttes trois fois par jour и пр.

Когда эти лейбъ-медики задумали открыть аптеку, то, убоявшись крупныхъ пошлинъ, они вошли въ сдѣлку съ Валіадомъ, что будутъ отпускать ему лѣкарства даромъ, если онъ выхлопочетъ безпошлинный провозъ лѣкарствъ. И онъ выхлопоталъ. Обѣ стороны оказались въ выгодѣ: аптека назвалась «pharmacie de S. A. J. le Waliahd» и получаетъ безъ пошлинъ не только всѣ лѣкарства, но и большіе запасы для торговли французскихъ винъ, шампанское, такъ какъ и это можетъ-де понадобиться наслѣднику для укрѣпленія, напр., его силъ! А Валіадъ сохраняетъ 100 р. на лѣкарствахъ!

Аптека дѣлаетъ хорошія дѣла на оптовой продажѣ въ другіе мелкіе города и на ручной продажѣ; рецептовъ она почти не имѣетъ. Дѣло въ томъ, что здѣсь нѣтъ обычая платить врачу; персы думаютъ, что врачъ у себя на дому принимаетъ даромъ. Если же врачъ спрашиваетъ за свой трудъ, то больной переходитъ къ другому. Тогда врачи завели иной способъ лѣченія: каждый изъ нихъ имѣетъ свой запасъ лѣкарствъ, и не прописываетъ рецепта, а выдаетъ лѣкарство тутъ-же изъ своего запаса и говоритъ цѣну лѣкарства, не забывая, конечно, поставить въ этой цѣнѣ и визитъ; больной платитъ, не зная, что лѣкарства ему дано на 1 кранъ, а взято 5—6.

Пріѣхавъ сюда, я, разумѣется, не пожелалъ прибѣгать къ такому шарлатанству и прописывалъ рецепты; въ результатѣ вышло, что аптека *Coppin*'а зарабатывала на моихъ рецептахъ, мнѣ же ничего не платили. Иногда больного перса, если онъ считаетъ себя знатнымъ, сопровождаетъ человѣкъ 8; это—его свита; всѣ они снявъ въ сѣняхъ туфли, вваливаются въ кабинетъ въ шапкахъ [1]) и халатахъ, стоятъ при изслѣдованіи, разиня ротъ, и уходятъ вмѣстѣ съ больнымъ. Всѣ разспросы больного совершаются черезъ переводчика, который нерѣдко путаетъ вопросы; отвѣта точнаго не дождешься и пр.

Если персъ заболѣлъ, онъ сначала терпѣливо ждетъ произвольнаго выздоровленія; потомъ собирается семейный совѣтъ, и начинается гаданіе на чёткахъ (знатные персы носятъ на рукѣ чётки): перебирая четки, произносятъ имена врачей; на комъ остановится послѣдняя кость, къ тому и надо обратиться.

Одинъ ханъ (дворянинъ) на мой совѣтъ подвергнуться операціи (trichiasis) приходилъ ко мнѣ раза 3 съ разспросами, сколько времени продлится операція, когда рана заживетъ и пр., и наконецъ поставилъ мнѣ условіемъ, чтобы я внёсъ ему залогъ въ 10 тумановъ: при неудачномъ исходѣ залогъ пропадаетъ, при удачномъ онъ мнѣ уплатитъ вдвое! Я показалъ ему дверь, и онъ со всей свитой удалился, убѣжденный, конечно, что я хотѣлъ его надуть, если не принялъ его условія.

Женщины-персіянки рѣдко обращаются къ врачу (говорю лишь о себѣ, какъ о русскомъ врачѣ). Здѣсь женщины вообще въ загонѣ; это—затворницы; знатныя не выходятъ на улицу, а средняго и низшаго класса всегда ходятъ закрытыя черной шалью съ головы до ногъ; лицо ихъ, кромѣ того, плотно завязано бѣлымъ покрываломъ съ вырѣзкой для глазъ, затянутой плотной кисеей; ходить имъ трудно, черезъ кисею онѣ плохо видятъ и потому постоянно спотыкаются о камни. Понятно, что при такихъ обычаяхъ, когда женщину закрываютъ даже отъ персовъ, ей трудно рѣшиться идти къ иноземному врачу мужчинѣ.

Позвалъ меня однажды богатый персъ къ больной женѣ и привелъ въ эндерумъ (гаремъ). Я долго ждалъ выхода больной въ большую гостинную; много служанокъ, закрытыхъ отъ моего взгляда, суетливо пробѣгали мимо насъ прежде, чѣмъ она вышла. Съ какимъ трудомъ и нерѣшительностью она, наконецъ, открыла лицо, чтобы я могъ осмотрѣть ея глаза, на болѣзнь которыхъ она и жаловалась. У нея была трахома и паннусъ; её лѣчилъ Жакъ впрыскиваніями морфія въ плечо. Я категорически заявилъ, что спасти глаза можно только при настойчивомъ лѣченіи и при удаленіи Жака; во 2-ой разъ меня уже не звали и я узналъ потомъ, что больная перешла въ руки знахарки-армянки, которая стала лѣчить ее присыпками изъ толчёнаго кирпича. Женщины, лица которыхъ мнѣ приходилось видѣть, были очень блѣдны, болѣзненнаго вида. Дѣти обращаютъ на себя вниманіе красотой черныхъ, большихъ глазъ, но и у нихъ—таже болѣзненность съ какой-то желтизной и одутловатостью лица. Какъ-же и быть иначе, когда женщины сидятъ цѣлый вѣкъ взаперти, а дѣти могутъ выходить на воздухъ только лѣтомъ? У персовъ одинъ костюмъ для лѣта и для зимы; другой обуви, какъ туфли безъ задниковъ, нѣтъ; у дѣтей-же и туфель не бываетъ; при глубокомъ снѣгѣ и при морозахъ до 25° куда-же можетъ выйдти почти голый ребенокъ? Изъ болѣзней могу отмѣ-

[1]) Снимать шапку въ комнатѣ персы считаютъ неприличнымъ.

тить общее малокровіе, сифилисъ, глазныя и накожныя болѣзни.

Персовъ считаютъ (вѣроятно, на томъ основаніи, что коранъ предписываетъ частыя омовенія) чистоплотными; но въ общемъ они удивительно грязны. Бѣдняки ходятъ въ бани, но какой это ужасъ—ихъ бани! Не-вѣрнаго (русскаго) въ бани не допускаютъ, ибо баня считается чѣмъ-то священнымъ; но мнѣ говорилъ о баняхъ одинъ русскій; благодаря своему большому значенію при наслѣдникѣ (онъ преподаетъ ему русскій языкъ), онъ проникъ въ бани. Не говоря уже объ общей грязи въ раздѣвальной, немощеномъ полѣ, грязной водѣ и темнотѣ (такъ какъ всѣ бани въ подземельяхъ подъ сводами) онъ упомянулъ о томъ, что здѣсь имѣется общій резервуаръ стоячей отъ пятницы до пятницы воды; въ этомъ резервуарѣ моются всѣ въ теченіи цѣлой недѣли. Богатые имѣютъ лѣтомъ резервуары въ саду. Когда напускаютъ воду изъ арыка, то первымъ опускается въ неё хозяинъ, за нимъ въ слѣдующіе дни мужчины—прислуга и наконецъ жены перса и ихъ прислуга. Послѣ этого воду мѣняютъ къ слѣдующей пятницѣ. Какъ-же не быть тутъ накожнымъ болѣзнямъ и сифилису? Скорпіоновъ и фалангъ много, но я не видалъ послѣдствій ихъ укусовъ. Говорятъ, что укусъ ихъ очень болѣзненъ; послѣ него появляется большая опухоль, но смертныхъ случаевъ не бываетъ. За то я видѣлъ много разъ послѣдствія отъ укусовъ москитъ. Едва замѣтный, цвѣта, подходящаго къ нашей кожѣ съ большими сравнительно, прозрачными крылышками, онъ дѣлаетъ укусъ очень болѣзненный (какъ наша муха-кусака); если нанесено нѣсколько укусовъ, то по всему почти тѣлу появляется неудержимый зудъ; отъ разчесовъ по рукамъ и по ногамъ (рѣдко на лицѣ и на туловищѣ) появляются прыщики, папулы, гнойнички; при первомъ взглядѣ на больнаго получается впечатлѣніе вѣтреной сильной оспы. Зудъ длится долго и пятна (roseola) тоже очень долго не исчезаютъ. *П. Филатовъ.*

Вопросъ о прививкахъ сифилиса обезьянамъ на V Международномъ дерматологическомъ Съѣздѣ въ Berlin'ѣ (12—17 сентября текущаго года по н. ст.).

(Окончаніе. См. выше, № 38, стр. 1285).

Вотъ что дали пока *И. И. Мечникову* опыты надъ низшими обезьянами.

Между короткохвостыми макаками Macacus nemestrinus показалъ себя вполнѣ невоспріимчивымъ, тогда какъ Macacus rhesus проявляетъ уже нѣкоторую степень воспріимчивости: изъ 3-хъ обезьянъ, которымъ былъ привитъ человѣческій ядъ, только у 1 черезъ 23 дня обнаруженъ твердый шанкръ, зажившій въ теченіи 3-хъ недѣль и не сопровождавшійся ни опуханіемъ железъ, ни вторичными явленіями. Длиннохвостыя макаки болѣе воспріимчивы къ сифилису. Слабо выраженный твердый шанкръ былъ установленъ у Macacus sinicus *Maurice*'омъ и *Nicolle*'емъ; «изъ 15 обезьянъ этого вида въ нашихъ опытахъ», говоритъ *И. И. Мечниковъ*, «только 7, т. е. около 47%, представили поврежденія на мѣстахъ прививки, выразившіяся мало уплотненнымъ или неуплотненнымъ шанкромъ съ наклонностью къ быстрому заживленію». Легкое припуханіе железъ было установлено лишь въ нѣсколькихъ случаяхъ; сколько-нибудь ясныхъ вторичныхъ явленій не было найдено ни разу. Старыя обезьяны чаще всего оказывались невоспріимчивыми, но и между молодыми одна, которой было всего нѣсколько мѣсяцевъ, проявила полную невоспріимчивость.

1 Macacus cynomolgus съ успѣхомъ былъ привитъ *Hamonic*'омъ. Въ опытахъ докладчика этотъ видъ оказался болѣе чувствительнымъ, чѣмъ Macacus sinicus: изъ 15 обезьянъ, которымъ былъ привитъ сифилитическій ядъ различнаго происхожденія (человѣческій и обезьяній), 10, т. е. 66%, обнаружили явленія первичнаго сифилиса, аналогичныя съ таковыми у Macacus sinicus. 1 Inuus escaudatus, равно какъ 2 cercopithecus (c. pathas и c. callitriche) обнаружили полную невоспріимчивость.

Изъ cynocéphalus 1 молодой мандрилъ (Cynocephalus mormon) оказался невоспріимчивымъ къ яду шимпанзе-сифилитика, между тѣмъ какъ молодой Cynocephalus hamadrias, будучи привитъ человѣческимъ ядомъ, черезъ 35 дней обнаружилъ сифилитическій шанкръ безъ вторичныхъ явленій.

Недавно *Д. К. Заболотный* сообщилъ, что онъ наблюдалъ у одного павіана (Cynocephalus sphynx), которому былъ привитъ человѣческій ядъ, твердый шанкръ и вторичныя явленія въ видѣ розеолы и папулъ. Онъ сдѣлалъ 4 перевивки обезьянамъ того-же вида, и у всѣхъ ихъ нашелъ такія-же первичныя и вторичныя явленія. Въ опытахъ докладчика у одного C. sphynx спустя 2 недѣли послѣ прививки человѣческаго яда образовалось первичное сифилитическое пораженіе, но безъ затвердѣнія, безъ отека вѣкъ и безъ опуханія железъ; оно зажило въ теченіи 3-хъ недѣль и до сихъ поръ не сопровождалось никакими вторичными явленіями. У другого C. sphynx прививка дала отрицательный результатъ; опытъ еще длится.

2 другихъ павіана того-же вида представили болѣе выраженныя сифилитическія первичныя пораженія, развившіяся черезъ 17 дней послѣ прививки, но не сопровождавшіяся ни затвердѣніемъ, ни отекомъ; равнымъ образомъ не было и опуханія лимфатическихъ железъ. Вторичныхъ явленій до сихъ поръ не развилось. На основаніи своихъ опытовъ докладчикъ полагаетъ, что сифилитическія пораженія у павіановъ гораздо болѣе приближаются къ таковымъ у макакъ, чѣмъ къ сифилису человѣкообразныхъ обезьянъ и человѣка. «Если возможно извлечь указаніе изъ этихъ опытовъ», говоритъ *И. И. Мечниковъ*, «то кажется, что путемъ проведенія сифилитическаго яда черезъ низшихъ обезьянъ стараго свѣта (des Cattarhiniens inferieurs) слѣдовало-бы искать ослабленія сифилитическаго яда въ цѣляхъ получить изъ него вакцину. Если ядъ macacus sinicus представится слишкомъ сильнымъ, нужно будетъ прибѣгнуть къ менѣе чувствительнымъ видамъ (espèces), какъ Macacus rhesus. Съ цѣлью регулировать ядовитое дѣйствіе, умѣстно будетъ пользоваться ядомъ, сочетая его съ употребленіемъ специфическихъ сыворотокъ... Быть можетъ, виды, менѣе чувствительные, дадутъ сыворотку болѣе дѣйствительную, чѣмъ тѣ, которыя были приготовлены до сихъ поръ съ помощью невоспріимчивыхъ животныхъ». «Не нужно забывать, что изученіе сифилиса животныхъ только-что началось; послѣ развѣдочныхъ изысканій (les recherches d'orientation), о которыхъ я только-что сообщилъ, остается еще пройти весьма обширное поле опытовъ»,—вотъ заключительныя слова доклада, столь полнаго жизненнаго интереса,—слова, въ которыхъ звучитъ призывъ къ дружной совмѣстной работѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ дается планъ и программа для дальнѣйшихъ изслѣдованій. Докладъ сопровождался предъявленіемъ в. убѣдительныхъ рисунковъ въ краскахъ съ сифилитическихъ пораженій, наблюдавшихся у обезьянъ, и гистологическихъ препаратовъ.

Докладъ проф. *A. Neisser*'а, служа дополненіемъ къ только-что изложенному докладу, лишній разъ характеризуетъ энергію этого пытливаго изслѣдователя.

Начавъ свой докладъ съ указанія на то, что опыты *И. И. Мечникова* и *Roux* произвели настоящій переворотъ въ ученіи о прививкахъ сифилиса животнымъ, докладчикъ заявилъ, что первый опытъ этихъ изслѣдователей «по видимому, дѣйствительно доказываетъ, что шимпанзе воспріимчива къ сифилису»; равнымъ образомъ, хотя въ опытахъ *Lassar*'а (2 шимпанзе съ явленіями общаго сифилиса) нѣкоторые признаки у его обезьянъ и нельзя считать типичными для человѣческаго сифилиса, но, по докладчику, всё-же можно допустить, что и у животныхъ *Lassar*'а дѣло имѣлось съ специфическимъ сифилитическимъ процессомъ.

Далѣе проф. *Neisser* разбираетъ извѣстный опытъ *И. И. Мечникова* и *Roux* съ вызываніемъ невоспріимчивости у шимпанзе путемъ вакцинаціи этой человѣкообразной обезьяны ядомъ, полученнымъ съ шанкра макаки (M. sinicus). *Neisser* не считаетъ этотъ опытъ вполнѣ доказательнымъ, ибо картина шанкровъ въ немъ описана слишкомъ кратко [1]), а ему извѣстно изъ своихъ опытовъ съ обезьянами, что у нихъ в. легко развивается своеобразная инфильтрація на мѣстахъ всякихъ эрозій и на мѣстахъ расчесовъ. Опыты съ низшими обезьянами дали докладчику слѣдующіе результаты:

1. *Опыты съ Macacus rhesus.* Сдѣлана попытка заразить 7 животныхъ сифилитическимъ ядомъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ заразъ различными способами: частью путемъ втиранія въ кожу, частью путемъ подкожнаго введенія твердыхъ шанкровъ и вторичныхъ продуктовъ. Въ результатѣ, однако, ни у одного животнаго не обнаружилось ни малѣйшаго мѣстнаго проявленія сифилиса, равно какъ никакихъ общихъ явленій.

[1]) Annales de l'Institut *Pasteur*, 1904 г., № 1.

2. *Опыты съ Macacus speciosus.* 6/VII сдѣланы такія-же прививки, какъ и въ опытахъ съ M. rhesus 4-мъ животнымъ.

Послѣ 15/VIII на мѣстахъ прививки и именно только въ области надбровныхъ дугъ начинаетъ обнаруживаться легкое припуханіе съ инфильтраціей. Вначалѣ эпидермисъ не представляетъ никакихъ измѣненій; только постепенно онъ начинаетъ краснѣть и шелушиться, при чемъ уплотнѣніе становится яснѣе. Такимъ образомъ получается извѣстное сродство съ папулосквамознымъ инфильтратомъ, именно у 2-хъ животныхъ, между тѣмъ какъ у 1 животнаго никакой реакціи нѣтъ. При тщательнѣйшемъ ощупываніи можно установить минимальное припуханіе железъ.

28/VIII: У 2-хъ животныхъ инфильтратъ сдѣлался яснѣе и образовалась легкая эрозія. У 3-го животнаго перемѣнъ нѣтъ. У 4-го никакихъ отклоненій отъ нормы.

На половыхъ частяхъ прививка не дала никакой реакціи. На мѣстахъ, гдѣ сдѣлана подкожная прививка, замѣчается мозолистое рубцевидное уплотнѣніе.

5/IX: Инфильтраты въ области надбровныхъ дугъ ясно развиваются обратно.

20/IX: [1]). Инфильтраты на надбровныхъ дугахъ у 2-го и 3-го макакъ почти совершенно исчезли (у 1-го макаки инфильтратъ былъ вырѣзанъ). У макакъ 2-го и 4-го на мѣстахъ прививки въ области крайней плоти обнаруживается припуханіе и покраснѣніе съ легкой инфильтраціей.

Кратковременность наблюденія (съ 6/VIII по 20/IX) не позволила докладчику сдѣлать заключеніе о воспріимчивости или невоспріимчивости къ сифилису макакъ. Во всякомъ случаѣ у 2-хъ животныхъ на мѣстахъ прививки развились подозрительные инфильтраты. Докладчикъ сожалѣетъ, что онъ поздно предпринялъ повѣрочные опыты на обезьянахъ, а именно—простыя скарификаціи безъ послѣдующаго втиранія и скарификаціи съ втираніемъ какой-нибудь безразличной т. е. несифилитической ткани. (Въ опытахъ *И. И. Мечникова* положительная прививка шимпанзе сифилитическаго яда, взятаго съ шанкра макаки, устраняетъ сомнѣніе проф. *Neisser*'а. *В. И.*).

Затѣмъ *Neisser* сообщилъ о результатахъ своихъ опытовъ на человѣкообразныхъ обезьянахъ, которые онъ началъ въ сентябрѣ 1903 г.

1. *Опыты съ шимпанзе.* 16/X 1903 г. 2-лѣтней шимпанзе впрыснуто подъ кожу 2 к. стм. человѣческой кровяной сыворотки отъ сифилитиковъ съ вторичными проявленіями сифилиса; затѣмъ впрыскиванія продолжались и къ 17/VI 1904 г. обезьяна получила всего 422 к. стм. сыворотки; никакихъ признаковъ сифилиса за все время наблюденія нѣтъ.

17/VI сейчасъ-же послѣ послѣдняго впрыскиванія сыворотки животному привиты кусочки ткани, снятые съ типичныхъ вторичныхъ сифилитическихъ бляшекъ (plaques) на миндалинахъ. На нижней губѣ сдѣланы поверхностныя насѣчки, на спинкѣ полового члена—нѣсколько болѣе глубокія; сифилитическій ядъ непосредственно съ больного переносился на скарифицированныя мѣста и энергично втирался 1 мин. Кусочки соскобленной ткани введены въ подкожный карманъ на лѣвомъ бедрѣ.

30/VI: Паховыя железы съ обѣихъ сторонъ припухли и мягки, слегка болѣзненны слѣва. На половомъ членѣ, равно какъ на лѣвомъ бедрѣ на мѣстѣ прививки небольшая инфильтрація.

13/VII: На губѣ ничего ненормальнаго. На спинкѣ члена—инфильтрированная бляшка (Platte) съ чечевицу; на бедрѣ инфильтратъ меньше. Паховыя железы слѣва увеличены, плотны, безболѣзненны. Справа на животѣ плотный, глубокій, рѣзко ограниченный инфильтратъ, въ 2-марковую монету; на немъ—поверхностное мокнутіе.

19/VII: Инфильтрированная бляшка на членѣ яснѣе и больше. Бляшка на животѣ обнаруживаетъ ясный лаковый блескъ.

5/VIII: На нижней губѣ незначительный инфильтратъ. На спинкѣ члена—бляшка въ 10 пфениговъ, хрящевой плотности, сильно покраснѣвшая, ясно возвышенная и шелушащаяся. На лѣвомъ бедрѣ инфильтратъ исчезъ. На животѣ первичный склерозъ, образовавшійся путемъ самозараженія, развивается обратно; инфильтратъ разсасывается; съ краевъ надвигается эпителій; вокругъ заживающаго склероза образовалась рѣзкая пигментація. По всему тѣлу—папулосквамозная экзема. На животѣ 6—7 «папулезныхъ эффлоресценцій», съ чечевицу, съ краснымъ основаніемъ, дов. глубоко инфильтрированнымъ и ясно возвышеннымъ; въ центрѣ или легкая эрозія, покрытая коричневатою коркой, или шелушеніе съ небольшимъ ороговѣніемъ. Подъ лѣвымъ соскомъ одна очень сильно развитая изъязвленная (erodierte) папула. Эти папулезныя эффлоресценціи представляютъ для безпристрастнаго наблюдателя картину папуло-крустознаго resp. сквамознаго сифилида. Паховыя и подмышковыя железы явственны, плотны и безболѣзненны.

Къ 29/VIII всѣ явленія постепенно развились обратно, при чемъ папулезная сыпь оставила послѣ себя ясныя пигментныя пятна. Железы еще были увеличены, плотны, безболѣзненны.

5/IX: На животѣ появилось нѣсколько новыхъ папулъ.

12/IX: Папулы развиваются обратно. Животное заболѣло тяжелымъ энтеритомъ.

19/IX: Животное погибло отъ язвеннаго энтерита.

Изъ этого опыта съ шимпанзе *Neisser* дѣлаетъ слѣдующія заключенія:

«1. Введеніе даже значительныхъ количествъ кровяной сыворотки, взятой отъ людей со свѣжимъ сифилисомъ, было совершенно безвредно для шимпанзе...

2. Впрыскиваніями сыворотки нельзя было вызвать у животнаго невоспріимчивости къ сифилису, при чемъ прививка сифилиса, произведенная даже непосредственно послѣ послѣдняго впрыскиванія сыворотки, оказалась дѣйствительной...

3. Насколько вообще возможно на основаніи первичныхъ явленій, развившихся на мѣстѣ прививки, и на основаніи кожной сыпи у волосатаго животнаго распознать сифилисъ, у шимпанзе прививка сифилиса дала положительные результаты. Не только я, но и много другихъ спеціалистовъ... должны были признать по наружному виду и на ощупь полное тождество явленій, обозначаемыхъ мною первичными пораженіями, съ настоящими и истинными первичными сифилитическими пораженіями (Primäraffekt). Припуханіе паховыхъ железъ во всѣхъ отношеніяхъ было характерно. Произведенная 6 недѣль спустя послѣ 1-ой прививки новая прививка осталась безъ результата. Мнѣ кажется, такимъ образомъ, что *нужно признать прививку сифилиса положительной*».

Результатъ этого опыта тѣмъ болѣе былъ важенъ для *Neisser*'а, что онъ подтверждаетъ безвредность сыворотки кондиломатозныхъ сифилитиковъ и такимъ образомъ согласуется съ опытами на людяхъ, произведенными нѣсколько лѣтъ назадъ и доставившими *Neisser*'у много непріятностей и нравственныхъ угрызеній отъ сомнѣнія, не произошло-ли у одной проститутки зараженія именно отъ прививки ей сыворотки. Приведенный опытъ съ шимпанзе, по мнѣнію *Neisser*'а, доказываетъ, что въ этомъ случаѣ имѣлось дѣло съ сифилисомъ, развившимся другимъ путемъ, а не вслѣдствіе прививки сифилитическаго яда вмѣстѣ съ сывороткою.

Въ дальнѣйшемъ *Neisser* сообщилъ объ опытахъ еще на 8 шимпанзе. Опыты эти поставлены въ разнообразномъ направленіи съ цѣлью главнымъ образомъ выяснить условія воспріимчивости или невоспріимчивости этихъ животныхъ и получить въ конечномъ результатѣ средство для лѣченія сифилиса. Къ сожалѣнію, изъ этихъ опытовъ нельзя сдѣлать почти никакихъ заключеній, такъ какъ почти всѣ животныя погибли слишкомъ рано. Вотъ кое-какія данныя изъ этихъ опытовъ.

Опытъ на шимпанзе № 7, равно какъ и нѣкоторые другіе опыты показываютъ, что при введеніи кусочковъ сифилитическаго склероза подъ кожу сифилитическій шанкръ на мѣстѣ такой прививки обыкновенно не развивается; наступаютъ-ли послѣ этого общія явленія, сказать нельзя, ибо всѣ животныя, которыя могли служить для разрѣшенія этого вопроса, погибли слишкомъ рано; равнымъ образомъ и шимпанзе № 7 былъ подъ наблюденіемъ всего съ 14/VI по 17/IX, когда погибъ отъ язвеннаго энтерита.

Опытъ съ шимпанзе № 9, которая съ начала опыта, 29/V, прожила до 14/IX, показываетъ, что кровь сифилитика со вторичными явленіями, введенная въ количествѣ 40 к. стм. въ 2 пріема подъ кожу не вызвала общаго зараженія сифилисомъ, тѣмъ болѣе, что послѣдующая прививка яда съ папулъ путемъ скарификаціи обусловили появленіе подозрительныхъ, въ смыслѣ первичнаго склероза, инфильтратовъ.

2. *Опыты съ оранг-утангами.* 1-е животное послѣ прививки, сдѣланной 19/XII 1903 г. путемъ втиранія въ 2-хъ скарифицированныхъ мѣстахъ сифилитической папулы, 24/I 1904 г. обнаружило на мѣстѣ прививки, на шеѣ, плотный инфильтратъ, имѣвшій видъ «chancre parcheminé». Этотъ шанкръ началъ уже развиваться съ 9/I и сопровождался припуханіемъ соотвѣтственныхъ железъ; обратное развитіе его шло долго. На спинкѣ члена, т. е., на 2-мъ мѣстѣ прививки, спустя 1 мѣс. отъ начала опыта образовался инфильтратъ, къ которому около 6/II присоединился «индуративный отекъ» и припуханіе соотвѣтственныхъ железъ. 22/III на туловищѣ животнаго замѣчены 4 папулы, съ 1 пф. каждая, довольно рѣзко ограниченныя, плотно инфильтрированныя и поверхностно изъязвленныя. 9/IV животное пало.

Этотъ опытъ, по мнѣнію докладчика, говоритъ съ самой большой вѣроятностью въ пользу удачной прививки сифилиса, по крайней мѣрѣ, что касается первичныхъ сифилитическихъ явленій. Папулезная сыпь не можетъ однако

[1]) Эти свѣдѣнія до 20/IX (н. ст.), т. е., спустя недѣлю послѣ того, какъ читался докладъ, проф. *Neisser* любезно добавилъ къ корректурнымъ листамъ доклада, переданнымъ мнѣ для составленія настоящаго обзора. *В. И.*

разсматриваться подъ вѣрнымъ распознаваніемъ «папулезнаго сифилида».

2-му животному 24/XII впрыснута подъ кожу эмульсія изъ папулы, растертой съ физіологическимъ растворомъ ClNa. Къ 4/I на мѣстѣ прививки образовался плотный инфильтратъ съ двустороннимъ опуханіемъ соотвѣтственныхъ паховыхъ и подмышковыхъ лимфатическихъ железъ. 8/I на мѣстѣ прививки образовался гнойникъ, который вскрылся самостоятельно. Къ 24/I гнойникъ зажилъ; плотный, глубокій подкожный инфильтратъ держался; паховыя железы съ обѣихъ сторонъ были очень плотны, безболѣзненны; справа (прививка сдѣлана на правомъ бедрѣ) онѣ были больше; общаго припуханія железъ нѣтъ. 16/II животное погибло при явленіяхъ гнойнаго энтерита.

3-е и 4-е животныя не дали опредѣленныхъ результатовъ, ибо погибли слишкомъ скоро послѣ прививки.

Далѣе *Neisser* подробно описалъ опытъ съ прививкою сифилиса одному *гиббону*, предварительно указавъ на положительную преципитиновую реакцію крови.

Животное было привито путемъ втиранія неизъязвленнаго первичнаго сифилитическаго склероза въ 2 предварительно скарифицированныхъ участка кожи. Выводы вкратцѣ слѣдующіе: типичнаго заболѣванія, аналогичнаго теченію сифилиса у человѣка, прививка не обусловила; типичныхъ вторичныхъ явленій за все время наблюденія (животное прожило 9 мѣс.) ни на кожѣ, ни на слизистыхъ оболочкахъ, ни во внутреннихъ органахъ не обнаружено; однако, инфильтраты на мѣстѣ прививки по времени своего появленія, по теченію производили впечатлѣніе первичнаго сифилитическаго склероза, а пораженіе на мѣстѣ прививки на половомъ членѣ даже поразительно походило на типичный индуративный отекъ; соотвѣтственныя лимфатическія железы были увеличены и склерозированы.

Neisser думаетъ, что за этими пораженіями слѣдуетъ признать сифилитическую натуру, тѣмъ болѣе что позднѣйшія прививки (спустя около $^1/_2$ года послѣ начала опыта) человѣческаго-же сифилитическаго яда совсѣмъ не дали на мѣстахъ прививки никакихъ подозрительныхъ явленій. Наблюдавшаяся у животнаго сыпь съ характеромъ гиперкератоза совершенно неизвѣстна при человѣческомъ сифилисѣ; она удивительно напоминаетъ гиперкератозъ, описанный при гонорреѣ.

Описанные опыты съ орангъ-утангами и съ гиббономъ имѣютъ, по мнѣнію *Neisser*'а, то значеніе, что указываютъ на пригодность этихъ семействъ обезьянъ для изученія экспериментальнаго сифилиса, тѣмъ болѣе, что, по видимому, ихъ легче достать въ большомъ количествѣ, чѣмъ шимпанзе.

Въ заключеніе докладчикъ представилъ обширную программу вопросовъ изъ области патологіи и терапіи сифилиса, которые должны быть изучены экспериментальнымъ путемъ. Указавъ на всю важность разрѣшенія поставленныхъ вопросовъ, онъ призывалъ къ дружной работѣ въ борьбѣ съ сифилисомъ. Борьба эта составляетъ одну изъ самыхъ важныхъ культурныхъ работъ въ текущемъ вѣкѣ.

Таковы результаты дорогихъ опытовъ *Neisser*'а, поставленныхъ въ такихъ широкихъ размѣрахъ. Можно лишь пожелать, чтобы нашлось побольше такихъ искателей научной истины, какъ *И. И. Мечниковъ* и *A. Neisser*, не останавливающихся передъ большими денежными затратами на пользу человѣчества.

Вслѣдъ за *И. И. Мечниковымъ* по поводу прививокъ сифилиса обезьянамъ говорилъ проф. *Lassar*; но онъ не прибавилъ почти ничего новаго къ тому, что было имъ уже сообщено раньше (см. «Berliner klinische Wochenschrift», 1903 г., № 52 и 1904 г., № 30).

Кстати нѣсколько словъ о муляжахъ, снятыхъ съ обезьянъ *Lassar*'а для предъявленія наблюдавшихся у шимпанзе сифилитическихъ явленій и выставленныхъ при Съѣздѣ на выставкѣ анатомическихъ и гистологическихъ препаратовъ, муляжей, свѣтописныхъ снимковъ и т. д., относящихся къ области дерматологіи: насколько можно вообще судить по муляжамъ, пораженія кожи у обезьянъ *Lassar*'а—по крайней мѣрѣ, что касается вторичныхъ сыпей—отличались отъ той картины, какую обычно приходится наблюдать при сифилисѣ человѣка.

Прежде чѣмъ закончить обзоръ разбираемаго вопроса, позволю себѣ еще отмѣтить, что какъ разъ во время Съѣзда въ общей (не-медицинской) Berlin'ской печати появилось сообщеніе объ изобрѣтеніи цѣлебной противъ сифилиса сыворотки, полезное дѣйствіе которой, яко-бы, провѣрено было въ частной клиникѣ проф. *Lassar*'а. Противъ этой рекламы *Lassar* сейчасъ-же выступилъ съ печатнымъ опроверженіемъ, а на другой день по закрытіи Съѣзда, во время посѣщенія клиники нѣкоторыми членами, мнѣ пришлось услышать приблизительно слѣдующій разсказъ проф. *Lassar*'а. Съ нѣкоторыхъ поръ *Lassar* заинтересовался работами французскаго бактеріолога *Champagne*'а, бывшаго препаратора на медицинскомъ факультетѣ въ Bordeaux; изъ этихъ работъ было видно, что *Champagne*, яко-бы, нашелъ палочку сифилиса и путемъ вызыванія невоспріимчивости у обезьянъ получилъ сыворотку. Такъ какъ *Champagne* не нашелъ въ своемъ отечествѣ способа доказать цѣлебную силу своей сыворотки, то *Lassar*, привыкшій искать и пробовать всякія усовершенствованія въ области терапіи, рѣшилъ провѣрить на своихъ больныхъ и на обезьянахъ дѣйствіе указанной сыворотки, подъ тѣмъ лишь условіемъ, что изобрѣтатель сыворотки будетъ молчать о производствѣ опытовъ до тѣхъ поръ, пока не получится опредѣленныхъ результатовъ. Какъ разъ ко времени Съѣзда стали обнаруживаться кое-какія намеки на успѣшное дѣйствіе сыворотки, и обрадованный изобрѣтатель не вытерпѣлъ: вопреки условію *Lassar*'а, онъ сообщилъ объ опытахъ въ его клиникѣ въ общую печать. Разсказывая эту исторію, *Lassar* показалъ присутствовавшимъ одного больного съ гуммозной язвой, лѣченнаго сывороткой, муляжъ съ шимпанзе, у которой послѣ прививки палочекъ *Champagne*'я развились явленія, яко бы напоминающія собою сифилитическія, и гистологическій срѣзъ изъ одного предполагаемаго сифилитическаго пораженія. Изъ этихъ предъявленій безпристрастный наблюдатель могъ вынести только одно впечатлѣніе, а именно: цѣлебное дѣйствіе сыворотки весьма мало замѣтно и убѣдительно, а представленныя на муляжѣ и на гистологическомъ препаратѣ пораженія имѣютъ весьма отдаленное сходство съ сифилисомъ.

На этомъ можно и закончить обзоръ вопроса о прививкахъ сифилиса обезьянамъ на V Международномъ дерматологическомъ Съѣздѣ. Въ заключеніе-же умѣстно будетъ высказать самое горячее пожеланіе, чтобы вопросъ объ экспериментальномъ изученіи сифилиса, такъ удачно и талантливо выдвинутый *И. И. Мечниковымъ*, былъ направленъ возможно широко. Такъ какъ, однако, экспериментальное изученіе этого вопроса—по крайней мѣрѣ, теперь—не подъ силу многимъ и многимъ изслѣдователямъ вслѣдствіе дороговизны производства опытовъ, то «для выполненія одной изъ самыхъ важныхъ культурныхъ работъ текущаго вѣка»—борьбы съ сифилисомъ—должны явиться на помощь богатыя лица, которымъ дороги интересы человѣчества. Государства, въ свою очередь, должны дать средства для постановки опытовъ въ широкихъ размѣрахъ и, въ случаѣ надобности, сплотиться во-едино, чтобы, если обстоятельства того потребуютъ, учредить Международный Институтъ для экспериментальнаго изученія сифилиса на родинѣ человѣкообразныхъ обезьянъ [1]).

Ч. пр. *В. Ивановъ*.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Фармакологія. 746. Д-ръ *B. Engländer* примѣнялъ въ Краковской больницѣ св. Лазаря *эймидринъ*, *какъ противопотное средство*, въ 35 случаяхъ разныхъ болѣзней, преимущественно при бугорчаткѣ легкихъ (30 сл.), затѣмъ при рожѣ лица, воспаленіи слѣпой кишки, плейритическомъ выпотѣ и т. д., въ количествѣ 0,001—0,0025 на пріемъ. Эймидринъ (азотнокислый метилатропинъ)—бѣлый, легко растворимый въ водѣ порошокъ; по своему дѣйствію на животный организмъ напоминаетъ кураринъ; въ 50 разъ менѣе ядовитъ, чѣмъ сѣрнокислый атропинъ. Опыты были произведены въ женскомъ терапевтическомъ отдѣленіи больницы. Больныя были въ возрастѣ 14—40 лѣтъ. Эймидринъ назначался въ упомянутомъ количествѣ въ порошкѣ на ночь. Въ большинствѣ случаевъ уже послѣ 0,001 эймидринъ

[1]) Возможностью подробно изложить доклады профф. *И. И. Мечникова* и *A. Neisser*'а я обязанъ авторамъ: проф. *И. И. Мечниковъ* любезно предоставилъ мнѣ свой докладъ въ рукописи, а проф. *Neisser*—въ корректурныхъ листахъ, за что и приношу имъ свою искреннюю благодарность. *В. И.*

дрина поты значительно уменьшались, а то и совсѣмъ прекращались. Дѣйствіе эймидрина авторъ сравнивалъ съ таковымъ агарицина и атропина. Онъ подмѣтилъ, что въ случаяхъ, въ которыхъ, не смотря на пріемъ 2 пилюль агарицина по 0,01, больныя продолжали сильно потѣть, поты рѣзко уменьшались послѣ назначенія 0,001 эймидрина. Правда, потѣніе прекращалось и подъ вліяніемъ 0,0005—0,001 атропина, но при этомъ наблюдались непріятныя побочныя явленія: сухость и царапаніе въ горлѣ, усиленіе сердечной дѣятельности, расширеніе зрачковъ, поносъ и т. д. Въ большинствѣ случаевъ больныя хорошо переносили эймидринъ. Продолжительнаго неблагопріятнаго вліянія на сердце и дыханіе авт. не наблюдалъ: пульсъ почти всегда былъ правильный, полный, 90. Не отмѣчалось также усиленнаго червеобразнаго движенія кишекъ. Часто при продолжительномъ примѣненіи противопотное дѣйствіе эймидрина, даже послѣ его отмѣны, держалось еще въ теченіи 3—4 дней, при чемъ общее состояніе больныхъ улучшалось, позывъ на ѣду усиливался. Въ заключеніе авторъ приходитъ къ выводу, что эймидринъ въ количествѣ 0,001—0,0025 является полезнымъ средствомъ при бугорчаткѣ легкихъ (Przegląd lekarski, 17 сентября). *С. О.*

Внутреннія болѣзни. 747. Съ цѣлью выяснить, *какъ часто и въ какое время болѣзни въ крови больныхъ фибринозным воспаленіемъ легкихъ находятся возбудители этого страданія*, д-ръ *Kinsey* производилъ изслѣдованія крови у 50 больныхъ на пнеймококки. Кровь, полученная изъ вены руки, смѣшивалась съ питательнымъ бульономъ, въ $^1/_2$ случаевъ—въ отношеніи 1:6, въ другихъ 25 случаяхъ—1:15 или 1:20. По обнаруженіи роста въ бульонѣ дѣлались пересѣвы на агаръ. Опыты, при которыхъ отношеніе крови къ бульону было 1:6, дали положительный результатъ только 3 раза; во 2-мъ рядѣ опытовъ положительный результатъ полученъ у 19 больныхъ. Авторъ приходитъ къ заключенію, что пнеймококки могутъ быть открыты въ крови во все время теченія фибринознаго воспаленія легкихъ у каждаго больного; неудача въ этомъ отношеніи зависитъ отъ несовершенства техники. Лучшимъ способомъ должно считать полученіе разводки микробовъ въ жидкой питательной средѣ (лучше всего въ бульонѣ), къ которой прибавлена кровь больного въ количествѣ 3—4 к. стм., но при этомъ объемъ питательной среды долженъ въ 20 разъ превышать объемъ крови. Присутствіе въ крови возбудителей воспаленія, такимъ образомъ, имѣетъ только распознавательное значеніе, и, лишь когда число микробовъ велико, можно думать о дурномъ значеніи этого явленія (The Journal of the American Medical Association, 19 марта). *Л. Старокадомскій.*

748. Относительно *этіологіи тяжелаго малокровія* проф. *Grawitz* (Berlin) придерживается своеобразныхъ взглядовъ, расходящихся съ общепринятыми. Болѣзнь эта, по его мнѣнію, представляетъ изъ себя не первичное заболѣваніе крови и костнаго мозга, а лишь вторичное перерожденіе красныхъ кровяныхъ шариковъ съ сильно выраженной дегенеративной дѣятельностью костнаго мозга, являющееся слѣдствіемъ дѣйствія ядовъ на кровь. Яды эти въ рѣдкихъ случаяхъ поступаютъ въ организмъ извнѣ (отравленіе свинцомъ, окисью углерода, мышьякомъ, морфіемъ и т. п.), въ большинствѣ-же случаевъ они образуются въ кишечномъ каналѣ или какъ продуктъ ненормальнаго расщепленія бѣлковъ, или какъ результатъ жизнедѣятельности чужеядныхъ и болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ. Яды всасываются изъ кишечнаго канала и дѣйствуютъ у предрасположенныхъ къ тому лицъ, какъ специфическіе яды крови. Такъ какъ химическое изслѣдованіе и выдѣленіе изъ крови этихъ ядовъ представляется дѣломъ крайне труднымъ, а въ настоящее время даже и невозможнымъ, то единственно возможнымъ способомъ доказать вѣрность своихъ взглядовъ *Grawitz* считаетъ успѣхъ лѣченія, направленнаго къ устраненію предполагаемой причины болѣзни, т. е. устраненіемъ образованія ядовъ въ кишечникѣ настолько повліять въ благопріятномъ смыслѣ на морфологическій составъ крови, чтобы вернуть его къ нормѣ. *Grawitz* утверждаетъ, что выработанный имъ въ указанномъ направленіи способъ лѣченія вполнѣ оправдалъ возложенныя на него надежды. Къ сообщеннымъ уже прежде наблюденіямъ онъ прибавляетъ теперь еще 5, въ которыхъ получилось полное и прочное излѣченіе болѣзни. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ форма болѣзни была очень тяжелая: большое количество мегалобластовъ, отеки, кровотеченія въ сѣтчатку и т. п.; во всѣхъ нихъ подъ вліяніемъ лѣченія наступило поразительно быстрое улучшеніе и выздоровленіе. На этомъ основаніи *Grawitz* считаетъ себя вправѣ заявить, что гипотезу о кишечномъ происхожденіи тяжелаго малокровія въ настоящее время слѣдуетъ считать уже доказаннымъ фактомъ. Лѣченіе, примѣняемое *Grawitz*'омъ, заключается въ слѣдующемъ: содержаніе въ чистотѣ полости рта, растительная пища въ видѣ картофельнаго пюре, шпината, зеленаго горошка, рисовой каши, манной каши, мондамина съ фруктовыми соусами, бутербродовъ съ растертыми сардельками и т. п. приправами; чтобы противодѣйствовать размноженію бактерій производится сначала ежедневно, а впослѣдствіи рѣже, промываніе желудка тепловатымъ растворомъ поваренной соли; нужное количество животныхъ бѣлковъ въ первое время вводится исключительно черезъ прямую кишку: ежедневно производится промываніе кишки растворомъ поваренной соли, и 2 раза въ день дѣлаются питательные клистиры изъ $^1/_4$ литра молока съ прибавкой отвара овса, сахара, яицъ, плазмона и т. п. Лѣкарственнаго лѣченія, если нѣтъ къ тому особыхъ показаній (наперстянка при слабости сердца), примѣнять не слѣдуетъ. Только тогда, когда ясно обнаруживается улучшеніе общаго состоянія, подтверждаемое микроскопическимъ изслѣдованіемъ крови, *Grawitz* прекращаетъ назначеніе питательныхъ клистировъ и позволяетъ болѣе обильное введеніе пищи черезъ желудокъ. Тогда-же онъ начинаетъ давать во время ѣды, которая все еще дается въ кашицеобразной формѣ, соляную кислоту и мышьякъ въ видѣ *Fowler*'ова раствора (Deutsche medicinische Wochenschrift, №№ 30 и 31). *А. Коварскій.*

749. Въ дополненіе къ уже извѣстнымъ и почти повсюду признаннымъ достоинствамъ *скалы Tullquist'а для количественнаго опредѣленія гэмоглобина*, при помощи которой легко и скоро при посредствѣ лишь куска бѣлой пропускной бумаги удается опредѣлить съ достаточной точностью содержаніе гэмоглобина, *Tullquist* сообщаетъ еще слѣдующія важныя въ распознавательномъ отношеніи данныя: если вокругъ краснаго пятна крови на пропускной бумагѣ образуется влажное кольцо, которое бываетъ особенно хорошо видно, если держать бумагу противъ свѣта, то это всегда указываетъ на то, что количество красныхъ кровяныхъ шариковъ значительно понижено (до 50% нормы) и что, слѣд., имѣется тяжелая форма малокровія. При бѣлокровіи наблюдается другая особенность въ отношеніи капли крови къ пропускной бумагѣ: при этой болѣзни всасываніе крови бумагой происходитъ значительно медленнѣе обыкновеннаго, и поэтому приходится ждать гораздо дольше, пока капля крови распредѣлится по бумагѣ и подсохнетъ. Когда-же пятно высохнетъ, оказывается, что окраска его неравномѣрна и, кромѣ того, оттѣнокъ цвѣта не подходитъ ни подъ одинъ изъ оттѣнковъ скалы, такъ что собственно правильнаго опредѣленія гэмоглобина въ этомъ случаѣ сдѣлать нельзя. Такимъ образомъ при помощи способа *Tallquist*'а удается опредѣлить не только содержаніе гэмоглобина, но и рѣзкія измѣненія въ содержаніи бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 35). *А. Коварскій.*

Хирургическія болѣзни. 750. Д-ръ *Damianos* говоритъ *о результатахъ оперативнаго лѣченія бугорчатки локтевого сустава* на основаніи наблюденій изъ клиники проф. *Mosetig-Moorhof*'а. Авторъ—сторонникъ оперативнаго лѣченія и считаетъ сохраняющее лѣченіе показаннымъ только въ самыхъ начальныхъ ступеняхъ заболѣванія. За 10 лѣтъ сдѣлано было 77 изсѣченій сустава и 29 усѣченій плеча по поводу бугорчатки локтевого сустава. Возрастъ больныхъ, которымъ сдѣлано было изсѣченіе, колебался отъ 1 года до 55 лѣтъ; наибольшее число больныхъ (почти 50%) приходится на возрастъ между 16 и 25 годами. Операція производилась по *Bruns*'у. Изъ 77 больныхъ, подвергшихся изсѣченію, выздоровѣли 72; въ 1 случаѣ пришлось сдѣлать послѣдовательное усѣченіе конечности; 4 больныхъ умерли; 1 отъ гноекровія, остальные

отъ бугорчатки легкихъ. Отъ 1 года до нѣсколькихъ лѣтъ прослѣжены 39 больныхъ, при чемъ въ 28 случаяхъ получилось полное выздоровленіе, въ 2 случаяхъ остался свищъ, въ 3 пришлось сдѣлать добавочную операцію (по поводу возврата болѣзни); 6 больныхъ умерли. Что касается функціональныхъ результатовъ у 33 больныхъ, оставшихся въ живыхъ, то въ 10 случаяхъ получился очень хорошо подвижный суставъ, въ 12 подвижность была очень ограниченная, въ 11—развилась полная неподвижность. Болтающагося сустава не было ни въ одномъ случаѣ. Въ 26 случаяхъ больные могли оперированной рукой исполнять тяжелую работу, въ 6 случаяхъ—только легкую, въ 1 случаѣ рука была совершенно негодна для работы. Въ заключеніе авторъ, разобравъ различные способы изсѣченія локтевого сустава, приходитъ къ выводу, что лучшимъ способомъ должно считать способъ *Bruns*'а (Deutsche Zeitschrif für Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

751. Д-ръ *Dietel* (изъ клиники проф. *Trendelenburg*'а) предлагаетъ *при усѣченіяхъ голени прикрывать распилъ костей отслоеннымъ Ахилловымъ сухожиліемъ*, чтобы такимъ образомъ создать годную для опоры и безболѣзненную культю. Образуютъ сперва кожные лоскуты (передній и задній, наружный и внутренній смотря по состоянію кожи). Отдѣляютъ Ахиллово сухожиліе возможно ниже (насколько это позволяетъ существующее пораненіе) и отбрасываютъ его кверху, какъ и кожные лоскуты. Круговымъ разрѣзомъ пересѣкаютъ у основанія кожныхъ лоскутовъ и сухожильнаго всѣ мягкія части, на той-же высотѣ перепиливаютъ обѣ кости, останавливаютъ кровотеченіе, 3—6 кетгутовыми швами прикрѣпляютъ сухожильный лоскутъ къ надкостницѣ передней поверхности большеберцевой кости и къ мышцамъ, затѣмъ накладываютъ кожный шовъ, и оба угла раны дренируютъ. Повязка. Шина. Возвышенное положеніе усѣченной конечности. Способъ испробованъ авторомъ въ 7 случаяхъ. Малоберцевая кость остается непокрытой сухожиліемъ, а потому иногда давленіе на нее бываетъ болѣзненно; вслѣдствіе этого лучше перепиливать мало-берцовую кость выше большеберцовой. Не смотря на то, что въ 1 случаѣ кожный рубецъ пришелся на самой поверхности распила, получилась вполнѣ годная для опоры, безболѣзненная культя. Сухожиліе, заложенное между кожею и костью, мѣшаетъ срощенію рубца съ костью. Тотчасъ-же послѣ заживленія оперированную конечность массируютъ въ колѣнномъ суставѣ, производятъ движенія и начинаютъ упражненія въ ходьбѣ. По увѣренію автора, даже при не вполнѣ безгнилостномъ теченіи раны получаются превосходные результаты. Для успѣшнаго результата не необходимо усѣкать конечность низко надъ лодыжками. Даже при усѣченіи въ средней $^1/_3$ можно очень хорошо примѣнить для закрытія костной культи сильно сократившееся сухожиліе. Больные автора прослѣжены отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до $1^1/_2$ года (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Ф.*

752. Д-ръ *Hepperlen* предлагаетъ *простой способъ производства кишечнаго соустія*. Въ отрѣзки кишки вводится цилиндръ съ закругленными концами, приготовленный изъ желатины; стѣнки цилиндра должны быть достаточно толсты (ихъ можно также нѣсколько обработать формалиномъ), чтобы онъ могъ сохранять свою форму мин. 50. Съ теченіемъ времени цилиндръ, конечно, разсасывается. Для прочнаго соединенія концовъ кишки по введеніи цилиндра и сближенія краевъ отрѣза нѣсколькими швами авторъ употребляетъ слѣдующій пріемъ. Тонкая кишечная шелковая нить, въ 24 дюйма длиною, снабжается 2-мя иглами; концы нити связываются узломъ какъ разъ на срединѣ разстоянія между иглами. Начиная отъ мѣста прикрѣпленія брыжейки, обѣ иглы вкалываются параллельно въ оба отрѣзка кишки, отступя на $^1/_2$ дюйма отъ края разрѣза. Стежки, захватывающіе 2 наружныхъ слоя кишечной стѣнки, имѣютъ въ длину $^1/_{12}$ д.; послѣ каждаго стежка нити затягиваются и связываются, но не отрѣзаются. Обойдя стежками вокругъ всей кишки, доходятъ снова до брыжейки, отверстіе въ которой закрывается теперь подобными-же швами. Способъ имѣетъ преимущество простоты; производство его требуетъ крайне малаго времени; отрѣзки кишки соединяются, по мнѣнію автора, значительно плотнѣе, чѣмъ при другихъ способахъ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 12 марта). *Л. Старокадомскій.*

753. Проф. *Murphy* (Chicago) въ послѣднее время примѣняетъ съ хорошимъ успѣхомъ 4—6—8%-ный *растворъ резины* въ бензинѣ или ацетонѣ *для покрыванія рукъ* и операціоннаго поля непроницаемымъ для жидкостей и микробовъ слоемъ. Послѣ 5—7-минутнаго мытья рукъ 5%-мъ мыльнымъ спиртомъ и текучей горячей водой и 3-минутнаго —спиртомъ, авторъ даетъ рукамъ обсохнуть и затѣмъ моетъ ихъ въ бензиновомъ растворѣ резины, слѣдя особенно за тѣмъ, чтобы концы пальцевъ возлѣ ногтей были сплошь покрыты растворомъ, послѣ чего руки съ раздвинутыми пальцами высушиваются въ нѣсколько минутъ на воздухѣ. Обработанныя такимъ образомъ руки могутъ во время операціонной работы подвергаться повторнымъ обмываніямъ спиртомъ, обеззараживающими растворами, при чемъ тонкій слой резины держится крѣпко, нисколько не мѣшая осязанію. Операціонное поле послѣ мытья мыльнымъ спиртомъ, эѳиромъ и спиртомъ, покрывается растворомъ резины въ ацетонѣ; послѣдній высыхаетъ въ нѣсколько секундъ, но уступаетъ бензиновому раствору въ крѣпости прилипанія къ кожѣ. По окончаніи работъ, руки вымываются бензиномъ. Кожа не страдаетъ при употребленіи упомянутыхъ растворовъ, что также говоритъ въ ихъ пользу. Результаты бактеріологическихъ изслѣдованій надъ обработанными такимъ способомъ руками авторъ обѣщаетъ сообщить въ непродолжительномъ времени (The Journal of the American Medical Association, 19 марта). *Л. Старокадомскій.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 754. *E. Cragin* обращаетъ вниманіе на сравнительную частоту *піэлита у беременныхъ*. Происхожденіе этой болѣзни объясняется сдавленіемъ мочеточниковъ увеличенной маткой и проникновеніемъ заразнаго начала въ мочевые органы выше мѣста съуженія. Моча выдѣляется при низкомъ давленіи (около 10 млм. ртутнаго столба), и поэтому достаточно незначительнаго давленія на мочеточникъ, чтобы вызвать замедленіе или даже задержку мочи. Чаще наблюдается сдавленіе праваго мочеточника; *Olshausen* изъ 16 случаевъ установилъ одностороннее сдавленіе въ 12, изъ нихъ въ 10—правостороннее. Предпочтительное участіе праваго мочеточника находитъ объясненіе въ топографическихъ условіяхъ: правая общая подвздошная артерія выступаетъ больше, чѣмъ лѣвая, и правый мочеточникъ легче можетъ быть сдавленъ между этой артеріей и беременной маткой; вслѣдствіе вращательныхъ сокращеній мышцъ матки слѣва направо она больше располагается вправо; наконецъ, головка плода чаще всего бываетъ расположена въ правомъ косомъ поперечникѣ. При наличности условій, ведущихъ къ съуженію просвѣта мочеточника, легче происходитъ зараженіе соотвѣтствующей почки. Піэлитъ при этихъ условіяхъ вызывается обыкновенно кишечной палочкой, рѣже стрептококками или гонококками. Въ большинствѣ случаевъ піэлитъ наблюдается въ концѣ беременности, на 5—8-мъ мѣсяцѣ. Больныя жалуются на боль въ области правой почки; иногда боль чувствуется лишь при надавливаніи на почку и на мочеточникъ. Температура бываетъ повышена иногда значительно (до 40°). Часто наблюдается раздраженіе мочевого пузыря, сопровождающееся болѣзненнымъ и учащеннымъ мочеиспусканіемъ. Правая почка при изслѣдованіи оказывается чувствительной и увеличенной. Моча имѣетъ кислую реакцію, содержитъ бѣлокъ, гнойные шарики, эпителіальныя клѣтки и микроорганизмы; послѣ фильтрованія бѣлка въ ней часто не оказывается. Гной можно находить спустя нѣсколько недѣль послѣ того, какъ исчезнутъ признаки воспаленія. Распознаваніе отчасти затрудняется увеличеніемъ матки и напряженіемъ брюшныхъ стѣнокъ, при чемъ ощупываніе не удается. При распознаваніи слѣдуетъ имѣть въ виду возможность аппендицита, брюшного тифа и сальпингита. Особенно важное значеніе имѣетъ точное изслѣдованіе мочи. Предсказаніе—обыкновенно хорошее, особенно если почки до того были здоровы. Тѣмъ не менѣе, возможны возвраты или осложненія со стороны почечной паренхимы, при которыхъ предсказаніе болѣе серьезно. Лѣ-

ченіе состоитъ въ покоѣ, употребленіи жидкой пищи, для чего особенно пригодно молоко; при сильныхъ боляхъ совѣтуютъ употреблять препараты опія; слабительныя приносятъ также значительное облегченіе. Если эти мѣры оказываются недостаточными и появляются признаки заболѣванія почечной паренхимы, то можетъ явиться необходимость въ хирургическомъ вмѣшательствѣ. Авторъ не совѣтуетъ прибѣгать къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ (Medical Record, 16 іюля). *Ц. О.*

Дѣтскія болѣзни. 755. Д-ръ *I. G. Rey* (Aachen) на основаніи тщательнаго изслѣдованія въ теченіи 5 лѣтъ 52 случаевъ *недержанія мочи у дѣтей* приходитъ къ заключенію, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ, гдѣ нѣтъ заболѣванія центральной нервной системы, идіотіи или отсутствія щитовидной железы, причиной недержанія и учащеннаго мочеиспусканія является заболѣваніе пузыря или сосѣднихъ съ нимъ органовъ. Въ первые 10 мѣсяцевъ жизни недержаніе является физіологическимъ состояніемъ; для того, чтобы оно продолжалось дольше и заходило за 3-ій годъ жизни, нужна наличность ослабленія воли ребенка. Эта слабость воли является слѣдствіемъ бывшаго въ первый годъ жизни заболѣванія пузыря. Она часто остается еще долго послѣ того, какъ болѣзнь пузыря исчезнетъ, и этимъ объясняется, почему въ такихъ случаяхъ нерѣдко удается получить внезапное излѣченіе фарадизаціей или однократнымъ впрыскиваніемъ въ эпидуральное пространство. Но во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мѣстное раздраженіе пузыря (вслѣдствіе воспалительнаго процесса или раздражающихъ свойствъ мочи) остается, никакія воспалительныя или противоистерическія мѣры не достигнутъ цѣли. Всѣ доводы, приводимые для доказательства того, что недержаніе мочи у дѣтей является признакомъ истеріи, вполнѣ подходятъ для объясненія, что циститъ или уретритъ или оставшаяся послѣ нихъ чувствительность пузыря являются причиной недержанія мочи. Въ виду сказаннаго, авторъ совѣтуетъ въ каждомъ долго продолжающемся случаѣ недержанія мочи у дѣтей часто дѣлать химическія и бактеріологическія изслѣдованія, и тогда во многихъ случаяхъ окажется, что причиной недержанія является циститъ, бактеріурія, фосфатурія и т. п. (Berliner klinische Wochenschrift, № 35). *К.*

756. Д-ръ *Шенейхъ*, разбирая *вопросъ объ отличительномъ распознаваніи срощеній околосердія и пороковъ заслонокъ у дѣтей*, приводитъ слѣдующій случай.

25,I 1904 г. въ Варшавскій воспитательный домъ поступилъ мальчикъ, 8 л., съ жалобами на общую слабость, удушье, сухой кашель, боль подъ ложечкой, сердцебіенія, безсонницу. Слабаго сложенія, пониженнаго питанія. Над-, подключичныя, подчелюстныя и паховыя лимфатическія железы увеличены. Синюха губъ и ножныхъ и ручныхъ пальцевъ; незначительный отекъ стопъ. Незначительное притупленіе надъ правой легочной верхушкой; здѣсь спереди и сзади вдохъ и выдохъ съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ. Границы сердца: вверху—3-ье ребро, вправо—срединная линія, влѣво на 1 поперечный палецъ заходитъ за сосковую линію. У верхушки въ 5-мъ межреберьи, немного кнаружи отъ сосковой линіи,—дующій систолическій шумъ, оканчивающійся свистомъ, слабѣющій по направленію вверхъ и къ срединѣ, занимающій систолу и почти всю паузу между систолой и діастолой. 2-ой звукъ на легочной артеріи усиленъ. Біеніе въ надпупочной области. Систолическихъ втягиваній и діастолическихъ выпячиваній межреберій не замѣтно. П. 124, слабый, мягкій. Печень увеличена, прощупывается. Брюшной водянки нѣтъ. Селезенка не прощупывается. Моча не содержитъ ни бѣлка, ни сахара, ни составныхъ частей крови. Температура колебалась между 36°,4 и 39°. Назначены покой, молочное довольствіе, наперстянка, а въ дальнѣйшемъ настойка майскаго ландыша и натро-бензойный коффеинъ. 22/п: Рѣзкое удушье. Отекъ мошонки и брюшная водянка. 25/п: Вправо граница сердца доходитъ до праваго края грудины. Hydrothorax. Печень еще болѣе увеличена. Съ 29/п до 3/ш температура держится въ предѣлахъ 38°. Пульсъ слабый. Синюха и отекъ конечностей болѣе рѣзкіе. 9/ш при явленіяхъ нароставшей сердечной слабости—смерть. Распознана была недостаточность 2-створчатой заслонки въ ступени неуравновѣшенія. На вскрытіи: бугорчатка легкихъ; *срощеніе листковъ околосердія* на пространствѣ съ 3-копѣечную монету, въ области верхушки сердца, на передней стѣнкѣ безъ сѣроватыхъ узелковъ (synechia pericardii fibrosa rheumatica). Мышца сердца, въ особенности лѣваго желудочка, гипертрофирована. Вѣнечныя артеріи безъ измѣненій. *Внутрисердіе и заслонки оказались безъ измѣненій.* Въ паренхиматозныхъ органахъ—венный застой (Gazeta lekarska, 3 сентября). *С. Островскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 757. Д-ръ *R. Ledermann* описалъ свои наблюденія надъ *хетралиномъ* (*hetralin*)—новымъ производнымъ гексаметилентетраминомъ. Являясь по своему химическому составу диоксибензолгексаметилентетраминомъ, хетралинъ содержитъ 60% гексаметилентетрамина и представляетъ кристаллическое тѣло, растворяющееся въ горячей водѣ въ отношеніи 1:4, въ холодной—1:14; на воздухѣ онъ не измѣняется и плавится лишь при температурѣ выше 160° Ц. Хетралинъ отлично переносится желудочно-кишечнымъ каналомъ и мочевыми путями и дается въ количествѣ 1,5—2 грм. въ день (по 0,5 грм., 3—4 раза въ день). Авторъ пользовалъ имъ острыя и затяжныя перелойныя воспаленія мочевого пузыря съ наличностью гонококковъ и безъ нихъ, главнымъ образомъ въ случаяхъ съ сильнымъ помутнѣніемъ второй части мочи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступало весьма быстрое просвѣтленіе мочи и устраненіе субъективныхъ тягостныхъ ощущеній. Хетралинъ примѣнялся отчасти одинъ, отчасти употребленіе его связывалось съ мѣстнымъ лѣченіемъ. Для нагляднаго представленія объ успѣшныхъ результатахъ примѣненія хетралина, авторъ привелъ 6 краткихъ исторій болѣзни (4 случая остраго передняго и задняго перелоя и 2 затяжного) и, оттѣняя какъ крайнее разнообразіе въ теченіи перелоя вообще, такъ и крайне неодинаковое воздѣйствіе на него различныхъ лѣкарственныхъ средствъ, невольно создающее каждому врачу излюбленное средство по его личнымъ впечатлѣніямъ, высказалъ, что рѣзко благопріятное дѣйствіе хетралина, которое ему пришлось наблюдать, побуждаетъ его предложить испытаніе его другимъ врачамъ на болѣе обильномъ матеріалѣ (Dermatologisches Centralblatt, № 12). *А. Г.*

Судебная медицина. 758. Д-ръ *С. А. Олиховъ* занялся оцѣнкой *опредѣленія присутствія красныхъ кровяныхъ шариковъ въ кровяныхъ объектахъ по способу Marx'а.*

Онъ подвергалъ сравнительному изученію въ отношеніи воздѣйствія на кровь въ кровяныхъ пятнахъ слѣдующія жидкости: 1) реактивъ *Marx*'а съ эозиномъ и безъ него; 2) растворъ солянокислаго хинина 1:1000; 3) растворъ ѣдкаго кали 33%, разведенный пополамъ перегнанной водой, т. е., той крѣпости, какая имѣется въ реактивѣ *Marx*'а; 4) перегнанную воду; вліяніе воды изучалось параллельно съ цѣлью изученія сравнительнаго дѣйствія съ растворомъ хинина 1:1000; 5) реактивы проф. *А. В. Григорьева.* Составъ реактива № 1: $12KHO$, $40KNaC_4H_4O_6$, $100H_2O$; реактива № 2: $1^1/_2KHO$, $1KNaC_4H_4O_6$, $2H_2O$. Выводы: 1. Реактивъ *Marx*'а, состоящій изъ соединенія раствора ѣдкаго кали и хинина, не представляетъ никакихъ преимуществъ сравнительно съ однимъ растворомъ KOH, той-же крѣпости. 2. Вообще нѣтъ основаній указывать на реактивъ *Marx*'а вмѣсто другихъ употребительныхъ реактивовъ. 3. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при особыхъ условіяхъ, реактивъ *Marx*'а можетъ быть полезенъ, какъ и всякіе другіе реактивы; однако какого-либо особаго значенія содержанію въ немъ хинина придавать нельзя. Если хининъ и оказываетъ дѣйствіе на протоплазму кровяныхъ шариковъ, то въ данномъ соединеніи оно во всякомъ случаѣ недостаточно наглядно. 4. Что касается вопроса, какими-же данными руководиться практику-эксперту при выборѣ реактивовъ съ цѣлью наиболѣе нагляднаго обнаруженія наличности красныхъ кровяныхъ шариковъ въ пятнахъ, то въ этомъ отношеніи до настоящаго времени, по видимому, значительную роль играетъ личный опытъ каждаго (Вѣстникъ общественной гигіены и пр., іюнь). *И. Вирскій.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ акушерства и женскихъ болѣзней. (Отчетъ *В. Г. Дѣсового*) (Продолженіе. См. № 38, стр. 1290). Дневное засѣданіе 8-го января. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *М. Н. Вуичъ*, товарищемъ его *Д. А. Карра.*

Ф. Н. Тавилдаровъ. Децидуальныя клѣтки при эндометритахъ. Поводомъ къ изслѣдованію служило современное повышенное положеніе вопроса о появленіи децидуальныхъ клѣтокъ въ эндометріи внѣ беременности, когда одни изъ новѣйшихъ авторовъ (*Nagel*, *Löfquist* и др.) описываютъ ихъ наличность при разнообразнѣйшихъ состояніяхъ женскихъ половыхъ органовъ, другіе-же (*Strassmann*, *Hitchmann* и *Lindenthal* и др.) стоятъ за ихъ специфичность для беременности. Всего было изслѣдовано 59 препаратовъ, добытыхъ выскабливаніемъ (въ томъ числѣ 57—при эндометритѣ и 2 при кровотеченіяхъ при міомахъ матки). Выводы: 1. Децидуальныя клѣтки никогда не встрѣчаются въ стромѣ эндометрія при железистой формѣ воспаленія его. 2. Въ эндометріи, пораженномъ межуточ-

ной или смѣшанной формой воспаленія, встрѣчаются клѣтки, подобныя децидуальнымъ, но только въ поверхностныхъ слояхъ, въ видѣ отдѣльныхъ элементовъ, лежащихъ обособленно одинъ отъ другого или, maximum, по 2—4 рядомъ среди сильно размножившихся, но качественно нормальныхъ блуждающихъ и стойкихъ клѣтокъ межуточной ткани. 3. Смѣшать отпадающую оболочку съ воспалительной слизистой можно развѣ только макроскопически, такъ какъ послѣдняя такъ-же, какъ и первая, можетъ быть утолщена, до 8—10 млм. и представлять тоже дѣленія на 2 слоя—компактный и сѣтчатый. Подъ микроскопомъ-же, даже при среднихъ увеличеніяхъ, такое смѣшеніе невозможно, ибо, вмѣсто сплошной массы большихъ клѣтокъ, богатыхъ протоплазмою и съ крупнымъ ядромъ, встрѣчающихся въ компактномъ слоѣ отпадающей оболочки, въ воспаленной слизистой можно найти только нѣсколько такихъ клѣтокъ, разрозненно лежащихъ среди нормальныхъ и увеличенныхъ въ количествѣ стромовыхъ клѣтокъ. Поэтому какъ въ клиникѣ, такъ и въ судѣ при распознаваніи беременности можно считать децидуальныя клѣтки вполнѣ специфическими для послѣдней при условіи ихъ обнаруженія не въ видѣ отдѣльныхъ, разбросанно лежащихъ элементовъ, а въ видѣ болѣе или менѣе ясно выраженныхъ группъ.

Н. И. Забѣлинъ. Новый операціонный павильонъ съ педагогической и клинической точекъ зрѣнія. Докладчикъ описалъ новую операціонную въ госпитальной клиникѣ акушерства и женскихъ болѣзней, выстроенную въ самой аудиторіи по мысли и указанію проф. *А. И. Лебедева.* Операціонный павильонъ находится посреди аудиторіи, на мѣстѣ бывшей каѳедры, и представляетъ изъ себя громадныхъ размѣровъ стеклянный шатеръ, 3 стороны котораго и крыша составлены изъ узкихъ желѣзныхъ рамъ съ вдѣланными въ нихъ толстыми зеркальными стеклами. Главное назначеніе новой операціонной—дать возможность слѣдить за ходомъ операціи наибольшему числу учащихся.

Д-ръ *Пальмовъ*: Докладчикъ не упомянулъ объ изслѣдованіяхъ на содержаніе въ воздухѣ микробовъ въ операціонныхъ другихъ клиникъ, устроенныхъ по тому-же типу, какъ, напр., въ клиническомъ повивальномъ Институтѣ. Такія изслѣдованія производились д-ромъ *Якобсономъ*. По мнѣнію *П.*, непоступленіе микробовъ изъ аудиторіи въ операціонную все-таки не достигнуто.

Д-ръ *Родендорфъ* выразилъ сомнѣніе, чтобы новый операціонный павильонъ достигалъ педагогической цѣли, такъ какъ слушатели при дов. неудобномъ и удаленномъ отъ поля операціи положеніи, да еще отдѣленные толстымъ стекломъ едва-ли могутъ почерпнуть для себя что-либо поучительное.

Проф. *Строгановъ*: Подобная операціонная давно уже имѣется въ повивальномъ Институтѣ, устроенная покойнымъ *И. Ф. Баландинымъ*. Опытъ показалъ однако, что она представляетъ дов. большія неудобства. Большинство слушателей только видитъ и почти ничего не слышитъ, что говоритъ операторъ. Поэтому въ послѣднее время стали вынимать часть рамы, чтобы дать возможность слушателямъ слышать слова оператора. Бактеріологическое изслѣдованіе воздуха произведено докладчикомъ не полно. Способъ очищать воздухъ операціонной путемъ наполненія паромъ до густого тумана—болѣе совершенный. Затѣмъ въ павильонѣ имѣется лишь 1 умывальникъ. Одновременное омовеніе рукъ профессоромъ и слушателями, участвующими въ операціи (особенно важно для студентовъ) привело-бы къ болѣе совершенному выполненію этого акта.

Д-ръ *Редлихъ* бактеріологически изслѣдовалъ воздухъ въ операціонной палаткѣ проф. *М. С. Субботина* и убѣдился, что системой орошенія по способу проф. *К. М. Сапѣжко* можно добиться въ операціонной стерильнаго воздуха.

Проф. *Лебедевъ* отмѣтилъ, что присутствующіе при операціи не стѣсняютъ движеній оператора и могутъ видѣть всѣ моменты операціи. Орошеніе по способу проф. *Сапѣжко* удорожаетъ стоимость операціонной.

Проф. *Рейнъ* замѣтилъ, что расходъ въ 200—300 р. на систему орошенія при общей значительной стоимости операціоннаго павильона не составилъ-бы большой суммы.

В. Д. Брантъ. Къ вопросу о происхожденіи гнойниковъ яичника. Приведя литературныя данныя вопроса, докладчикъ практически разобралъ ихъ. Затѣмъ онъ остановился на своихъ изслѣдованіяхъ, коими вполнѣ подтверждается взглядъ большинства новѣйшихъ авторовъ на мѣсто развитія гнойниковъ яичника; во всѣхъ его 4 случаяхъ такимъ мѣстомъ были одно или нѣсколько желтыхъ тѣлъ, что было установлено макро- и микроскопически. Въ 1 случаѣ рядомъ съ гнойникомъ желтаго тѣла былъ найденъ межуточный гнойникъ. Точно установить пути распространенія заразнаго начала вслѣдствіе давняго происхожденія гнойниковъ было трудно. Въ виду этого докладчикъ сдѣлалъ рядъ опытовъ на животныхъ, впрыскивая имъ въ половые органы чистыя и смѣшанныя разводки стрепто-стафилококковъ и кишечной палочки, чтобы выяснить, какимъ образомъ заразное начало проникаетъ въ яичникъ и какъ оно въ немъ распространяется. Выводы: 1. Впрыскиваніе болѣзнетворныхъ разводокъ въ половые органы животнымъ беременнымъ, рожавшимъ нѣсколько разъ и только-что родившимъ вызывало на мѣстѣ впрыскиванія и въ яичникахъ бо́льшія воспаленныя измѣненія, чѣмъ у перворожавшихъ. 2. Введеніе заразныхъ началъ въ полость маточныхъ роговъ и матки-влагалища съ предварительнымъ раненіемъ слизистой оболочки вызывало бо́льшія воспалительныя измѣненія какъ мѣстныя, такъ и общія, чѣмъ безъ раненія ея. 3. Однократное введеніе въ стѣнку и полость маточныхъ роговъ болѣзнетворныхъ разводокъ высокой вирулентности вызывало общее зараженіе, рѣзкія воспалительныя измѣненія въ мѣстѣ введенія заразнаго начала и лишь незначительныя въ яичникахъ. Животныя при опытахъ быстро погибали. 4. Повторныя впрыскиванія ослабленныхъ болѣзнетворныхъ разводокъ въ полость маточнаго рога или матки—влагалища общихъ явленій не вызывали; мѣстныя воспалительныя измѣненія были выражены также не рѣзко, но въ яичникахъ наблюдались значительныя измѣненія вплоть до образованія гнойниковъ; животныя при этихъ опытахъ не погибали. 5. Мѣстомъ развитія гнойниковъ и вообще болѣе рѣзкихъ воспалительныхъ измѣненій въ яичникахъ является корковый слой и главнымъ образомъ мѣшечки и желтыя тѣла. 6. Въ случаяхъ развитія рѣзкихъ воспалительныхъ измѣненій и образованія гнойниковъ въ яичникахъ трубы были или совершенно нормальны, или съ ничтожными воспалительными измѣненіями. 7. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при введеніи заразныхъ началъ въ полость и стѣнку матки-влагалища получилось гнойное пропитываніе широкихъ связокъ, расположенное вокругъ кровеносныхъ сосудовъ. Наблюденіе это до нѣкоторой степени даетъ поводъ, по мнѣнію докладчика, считать, что такимъ путемъ, т. е. чрезъ широкую связку, заразное начало можетъ проникать въ яичникъ, минуя трубу, и производить въ немъ гнойники. 8. Стрептококки и стафилококки всегда располагались по лимфатическимъ щелямъ и вокругъ и внутри кровеносныхъ сосудовъ, кишечная-же палочка находилась на слизистой оболочкѣ, а также по лимфатическимъ щелямъ. 9. Стрептококки и стафилококки всегда вызывали болѣе сильныя воспалительныя измѣненія, какъ общія, такъ и мѣстныя, чѣмъ кишечная палочка.

Проф. *Замшинъ* полагаетъ, что только тотъ болѣзнетворный микроорганизмъ, вирулентность котораго путемъ проведенія чрезъ животной организмъ увеличивается, заслуживаетъ названія «высоко» вирулентнаго.

І. С. Добрянскій. О свѣтолѣченіи въ хирургіи и гинекологіи. На основаніи физіологическаго дѣйствія свѣта свѣтолѣченіе въ гинекологіи примѣнимо при слѣдующихъ болѣзняхъ: метритахъ, пара- и периметритахъ, оофоритѣ, сальпингитѣ, дисменорреѣ и пр. На основаніи литературныхъ данныхъ докладчикъ совѣтуетъ примѣнять *Roentgen*'овскіе лучи у больныхъ, страдающихъ неоперируемымъ ракомъ половыхъ органовъ и грудной железы. Въ Германіи послѣ операціи рака, съ цѣлью предупредить возвратъ, примѣняютъ рентгенизацію. Докладчикъ показалъ нѣсколько новыхъ свѣтовыхъ приборовъ.

Д-ръ *Орловъ* спросилъ, какъ докладчикъ опредѣляетъ тотъ патологическій процессъ, которымъ страдала напр., больная съ маткой, увеличенной до гусинаго яйца и излѣчившаяся послѣ 1 сеанса?

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ данномъ случаѣ было подострое воспаленіе матки.

Д-ръ *Ненадовичъ*: Неправильно приписывать лѣчебное дѣйствіе свѣта только свѣтовымъ лучамъ и соединять въ одно лучи радія, *Bequerel*'евскіе, *Roentgen*'овскіе и ультрафіолетовые. Невѣрно также объясняетъ докладчикъ происхожденіе лучей. Д-ръ *Н.* высказалъ затѣмъ недоумѣніе, на чемъ основывается докладчикъ, говоря, что свѣтовые лучи въ организмѣ переходятъ въ тепловые. Наконецъ, по мнѣнію д-ра *Н.*, было-бы очень важно, если-бы докладчикъ представилъ исторіи болѣзни тѣхъ больныхъ, которыхъ онъ лѣчилъ свѣтомъ.

Проф. *Рейнъ* для пользы примѣненія свѣтолѣченія въ гинекологіи считаетъ необходимымъ наблюденіе при клинической обстановкѣ.

Д-ръ *Вуичъ:* Свѣтолѣченіе—способъ, часто примѣняемый въ терапіи кожныхъ болѣзней, и, такъ какъ имѣются указанія, что свѣтолѣченіе принадлежитъ къ сильнодѣйствующимъ средствамъ, то слѣдуетъ быть осторожнымъ съ примѣненіемъ его. Необходимы клиническія наблюденія, чтобы этотъ способъ получилъ широкое распространеніе.

(Окончаніе слѣдуетъ).

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXII и CXIII. Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 11-го марта).

Л. Ф. Піонтковскій. Дѣйствіе мылъ на работу пепсиновыхъ железъ. Опытами д-ровъ *Хижина* и *Лобасова* было доказано задерживающее дѣйствіе жира на отдѣленіе желудочнаго сока. Д-ръ *Соколовъ* выяснилъ, что это задерживающее вліяніе жира есть рефлексъ со слизистой оболочки 12-перстной кишки. Затѣмъ д-ромъ *Виршубскимъ* было доказано, что жиръ, соединенной съ крахмалистой пищей, подавляетъ секрецію желудочныхъ железъ въ теченіи всего пищеварительнаго періода, а жирная бѣлковая пища—только въ начальномъ періодѣ пищеваренія, въ дальнѣйшіе-же часы, наоборотъ, обнаруживается усиленіе сокоотдѣленія. Докладчикъ задался цѣлью подробнѣе разобрать именно 2-ой періодъ пищеваренія при жирной бѣлковой пищѣ. Опыты велись на собакѣ съ свищами желудка и 12-перстной кишки. Такъ какъ привратникъ у животнаго работалъ прекрасно, то попаданія пищи изъ кишки въ желудокъ не происходило, что давало возможность отчетливо наблюдать за отраженной дѣятельностью желудочныхъ железъ. Опыты показали, что при вливаніи въ 12-перстную кишку 100 грм. прованскаго масла вызывалось сокоотдѣленіе изъ желудка чрезъ 2 часа, между тѣмъ какъ при непосредственномъ введеніи масла въ желудокъ железы его начинали работать только спустя 4 часа. Такимъ образомъ выяснилось, что жиръ задерживаетъ отдѣленіе желудочнаго сока и что отраженное его отдѣленіе зависитъ отъ продуктовъ превращенія жира въ 12-перстной кишкѣ. Далѣе докладчикъ доказалъ, что глицеринъ—одинъ изъ продуктовъ расщепленія жира—не обладаетъ сокогонными свойствами. Иначе дѣло обстоитъ съ другими продуктами разложенія жира—жирными кислотами: олеиновая кислота, введенная въ кишку, вызывала энергичное выдѣленіе желудочнаго сока чрезъ 35—40 мин. Такъ какъ жирныя кислоты въ соединеніи съ щелочнымъ содержимымъ 12-перстной кишки образуютъ мыла (соли жирныхъ кислотъ), то было испробовано и ихъ дѣйствіе. Олеиновокислый натръ, введенный въ кишку, вызвалъ секрецію желудочныхъ железъ черезъ 15—20 мин., т. е. вдвое скорѣе, чѣмъ одна жидкая кислота. Одинаковый результатъ получился при введеніи смѣси того-же количества жирной кислоты съ желчью, а именно желудочный сокъ началъ отдѣляться чрезъ 15—20 мин., хотя одна желчь отдѣленія желудочнаго сока не вызываетъ; слѣд., она при смѣшеніи съ жирной кислотой доставляетъ послѣдней щелочь, потребную для образованія мыла. Затѣмъ докладчикъ при помощи заранѣе собранныхъ желчи и панкреатическаго сока обработывалъ въ термостатѣ жиръ, т. е. получалъ мыла тѣмъ-же способомъ, какъ они образуются въ организмѣ. При введеніи этой смѣси въ 12-перстную кишку сокоотдѣленіе изъ желудка наступало опять таки чрезъ 15—20 мин., т. е. совершенно такъ-же, какъ при олеиновокислымъ натрѣ. Такимъ образомъ опыты докладчика показываютъ, что жиръ самъ по себѣ тормазитъ секреторную дѣятельность желудочныхъ железъ, между тѣмъ какъ продукты, расщепленія жира—мыла, наоборотъ, рѣзко возбуждаютъ секрецію железистаго прибора желудка. Вмѣстѣ съ тѣмъ становится понятно, подмѣченное раньше и подтвержденное докладчикомъ наблюденіе, что при жирной пищѣ желудочное сокоотдѣленіе начинается лишь спустя 5—6 час. послѣ пріема ѣды, т. е. тогда, когда уже образуются мыла.

В. В. Закусовъ. О дѣйствіи нѣкоторыхъ ядовъ на сосуды изолированныхъ почекъ. (См. выше, № 15, стр. 530).

Во время послѣдовавшихъ за докладомъ преній проф. *М. В. Яновскій* выразилъ сожалѣніе, что изслѣдуемые яды пропускались чрезъ сосуды почекъ слишкомъ короткое время, напр., 13 мин., и затѣмъ вновь почки промывались *Locke*'овскимъ растворомъ. Такимъ образомъ нѣтъ возможности судить, какъ дѣйствуетъ средство при прохожденіи его чрезъ органы часами, какъ это происходитъ у больныхъ въ клиникахъ.

Проф. *Н. П. Кравковъ* замѣтилъ, что при постановкѣ опытовъ докладчика весьма важно то обстоятельство, что во все время сохранялось постоянство давленія. Затѣмъ интересно, что дѣйствіе веществъ, съуживающихъ сосуды, рѣзко оказывается на дѣятельности почекъ, между тѣмъ какъ сосудорасширяющее дѣйствіе обнаруживается на почкахъ мало и только при употребленіи большихъ количествъ.

Проф. *Л. В. Поповъ*, выразивъ благодарность докладчику отъ имени Общества, указалъ, что путь изслѣдованія на изолированныхъ органахъ обѣщаетъ дать весьма много поучительнаго.

(Засѣданіе 15-го апрѣля).

Л. С. Кацнельсонъ. Нормальная и патологическая отраженная возбудимость слизистой оболочки 12-перстной кишки. За послѣднее время въ литературѣ уже имѣется дов. много работъ по вопросу о рефлексахъ со стороны 12-перстной кишки на секреторную дѣятельность желудка. Докладчикъ избралъ предметомъ своего изслѣдованія изученіе и сравненіе рефлексовъ со здоровой и больной слизистой оболочки кишки на двигательную способность желудка. Указателемъ работы послѣдняго докладчику служили періодическія сокращенія желудка при пустомъ его состояніи. Собака, на которой была произведена работа, имѣла желудочный свищъ на днѣ желудка и кишечный свищъ, сдѣланный по *Thiry-Vell*'ю, при чемъ отрѣзокъ кишки, стм. въ 25, состоялъ частью изъ нижняго отдѣла 12-перстной кишки, частью изъ верхняго отдѣла тощей. Періодическія сокращенія желудка наблюдались по поднятію жидкости въ трубкѣ водяного манометра, соединеннаго съ резиновымъ мѣшечкомъ, введеннымъ чрезъ свищъ въ желудокъ. Съ другой стороны, эти сокращенія записывались на вращающемся цилиндрѣ *Marey*'я. Въ нормальномъ состояніи у собаки, подвергавшейся опытамъ, при пустомъ желудкѣ, сократительная дѣятельность наступаетъ періодически. За 6—7 час. наблюденія такихъ періодовъ бываетъ обыкновенно 3—4, которые смѣняются промежутками покоя отъ 1 часа до 2 час. 15 мин. Періодъ дѣятельности состоитъ изъ 5—12 отдѣльныхъ сокращеній, съ продолжительностью каждаго въ 5—10 сек.; промежутки между отдѣльными сокращеніями равны 1—2 мин. Содержимымъ желудка въ это время всегда была щелочная слизь, выдѣлявшаяся въ теченіи каждыхъ 10 мин. въ количествѣ 0,5—5,0 к. стм. Въ качествѣ раздражителя слизистой оболочки кишекъ была взята соляная кислота. По опытамъ докладчика оказалось, что 0,1% HCl является физіологически нормальнымъ раздражителемъ слизистой оболочки тонкихъ кишекъ. При этомъ во все время (10 мин.) орошенія кишечнаго отрѣзка упомянутымъ растворомъ соляной кислоты сокращеній желудка не наблюдается, а чрезъ 1—1½ часа отъ начала орошенія они возникаютъ вновь. Характеръ этихъ сокращеній какъ по высотѣ, такъ и по частотѣ ничѣмъ не отличается отъ нормы, и слѣдующая группа сократительныхъ волнъ обыкновенно наступала своевременно. Эта картина отраженной дѣятельности желудка значительно измѣняется при орошеніи кишечнаго отрѣзка 0,5% HCl. Въ этихъ опытахъ сократительная дѣятельность желудка, какъ таковая, сохраняется, но волны непосредственно послѣ орошенія носятъ характеръ возбужденія: увеличиваются ихъ число, высота и продолжительность сокращеній. Въ ближайшіе дни послѣ орошенія сократительная дѣятельность носитъ характеръ угнетенія: волны получаются небольшой высоты и продолжительности. Къ нормѣ дѣятельность желудка возвращается на 6—8—9-ый день. Въ секреторной дѣятельности желудка орошеніе 0,5%-мъ растворомъ кишечнаго отрѣзка выражаетъ угнетеніемъ ея. Такимъ образомъ этотъ растворъ обладаетъ всѣми данными патологическаго возбудителя. Далѣе докладчикъ обнаружилъ, что нормальный раздражитель кишки, 0,1%-ный растворъ HCl, примѣненный на кишечный отрѣзокъ, патологически измѣненный произведеннымъ ранѣе орошеніемъ его 0,5%-мъ растворомъ HCl, не только не задерживаетъ (какъ въ нормѣ), но, напротивъ, даже усиливаетъ сократительную дѣятельность желудка, доводя ее до судорожнаго состоянія. При этомъ въ ⅓%-мъ растворѣ соды имѣлось средство, оказавшее явное лѣчебное дѣйствіе. Рядъ дальнѣйшихъ опытовъ съ горчичной эмульсіей не далъ тѣхъ результатовъ, которые получились отъ соляной кислоты. На основаніи всего вышеизложеннаго докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Слизистая оболочка 12-перстной и верхняго отдѣла тощей кишекъ является источникомъ рефлексовъ на двигательную и отдѣлительную дѣятельность желудка. Соляная кислота есть несомнѣнный возбудитель этихъ рефлексовъ, при чемъ 0,1%-ный растворъ ея является нормальнымъ, а 0,5%-ный патологическимъ возбудителемъ. Нормальный возбудитель (0,1% HCl) съ нормальной слизистой оболочкой задерживаетъ, а съ патологической измѣненной усиливаетъ періодическую сократительность желудочка. Кромѣ того, патологическій возбудитель 0,5% угнетаетъ съ кишки секрецію желудочныхъ железъ. Соляная кислота есть специфическій возбудитель рефлексовъ съ кишки на періодическую сократительную дѣятельность желудка.

Проф. *И. П. Павловъ. О принадлежности бѣлки переваривающей и молоко свертывающей функцій однимъ и тѣмъ-же бѣлковымъ бродиламъ.* Въ ранѣе напечатанныхъ трудахъ докладчика и работавшихъ подъ его руководствомъ авторахъ было доказано, что функція перевариванія бѣлковъ и свертыванія молока подъ вліяніемъ желудочнаго сока принадлежатъ однимъ и тѣмъ же бродиламъ. Въ настоящемъ докладѣ глубокоуважаемый докладчикъ подтвердилъ тотъ-же фактъ и по отношенію къ соку поджелудочной железы, равно какъ и къ сокамъ железъ привратника и *Brunner*'овыхъ.

Ч. пр. *Г. М. Малковъ. Къ казуистикѣ гнойныхъ плейритовъ.* Въ клинику проф. *С. С. Боткина* поступилъ больной, у котораго уже 8 лѣтъ былъ выпотъ въ полости лѣвой плейры. Заболѣвъ въ 1896 г. выпотнымъ плейритомъ, больной (онъ былъ показанъ) до конца 1897 г. вслѣдствіе большого скопленія жидкости въ плейрѣ 3 раза подвергался проколамъ, при чемъ каждый разъ извлекалась въ значительномъ количествѣ сывороточная жидкость. Въ послѣдующее время больной продолжалъ слу-

жить и болѣе не подвергался удаленію выпота, который, по отзывамъ врачей, былъ все время весьма значительный. При поступленіи въ клинику больной представлялъ, между прочимъ, слѣдующія явленія. Лѣвая $^1/_2$ грудной клѣтки менѣе подвижна, стоитъ выше правой. При постукиваніи лѣвая сторона груди даетъ тупой тонъ, немного проясняющійся надъ лѣвой ключицей и лопаткой. Дрожаніе на мѣстѣ тупаго тона ослаблена. Дыханіе равномѣрное, 22 раза въ минуту. Сердце оттѣснено вправо; правая граница сердечной тупости опредѣляется на срединѣ разстоянія между правыми грудинной и сосковой линіями, звуки сердца чисты. Больной наблюдался въ теченіи 18 дней; и за все время объективныя явленія оставались безъ замѣтныхъ перемѣнъ. Температура все время была нормальная. Пробный проколъ на глубину 6 стм. въ 9-мъ межреберьи по лѣвой лопаточной линіи далъ незначительное количество желтоватобѣлой, густой жидкости. Троакаромъ было извлечено 35 к. стм. такой-же жидкости, состоявшей, какъ оказалось подъ микроскопомъ, изъ гнойныхъ тѣлецъ и жировыхъ зернышекъ. Какъ изслѣдованіе окрашенныхъ препаратовъ, такъ и посѣвы на питательныхъ средахъ не обнаружили въ этомъ выпотѣ микроорганизмовъ. Больной, по мнѣнію докладчика, представляетъ интересъ, какъ случай гнойнаго выпота въ плейрѣ, протекающій при совершенно нормальной температурѣ. Въ смыслѣ лѣченія докладчикъ высказался противъ оперативнаго пособія, какъ не обѣщающаго значительнаго улучшенія. Больной поэтому пользуется общимъ укрѣпляющимъ режимомъ и лѣченіемъ.

Проф. *М. В. Яновскій* припомнилъ еще 2 подобныхъ-же случая, изъ которыхъ одинъ окончился смертью отъ амилоида, а другой больной чувствуетъ себя донынѣ прекрасно. Изъ опасенія амилоида проф. *Я.* высказался за оперативное лѣченіе, разъ возможно было-бы удалить выпотъ.

Проф. *Н. Я. Чистовичъ* высказался противъ изсѣченія, такъ какъ тогда явится доступъ для заразныхъ началъ въ полость плейры, до сего времени остававшейся стерильной.

Проф. *Л. В. Поповъ* указалъ, что иногда сывороточный выпотъ переходитъ въ молочный, по внѣшнему виду похожій на показанный, но тогда получается иная микроскопическая картина. Стерильность гноя исключала необходимость оперативнаго вмѣшательства.

Д-ръ *Г. М. Николаевъ* напомнилъ еще одинъ подобный-же случай, окончившійся бугорчаткой.

А. Држевецкій.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Dr. Joh. Bresler. Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie.—Halle 1904 г.

Вопросъ о симуляціи душевнаго разстройства въ настоящее время какъ-то мало обращаетъ на себя вниманіе психіатровъ, хотя, безъ сомнѣнія, каждому врачу, работающему въ области психопатологіи, приходится довольно часто встрѣчаться съ этимъ вопросомъ въ своей практикѣ. Я, по крайней мѣрѣ, основываясь на личномъ опытѣ, могу съ положительностью утверждать, что случаи симуляціи душевнаго страданія за послѣднее время стали наблюдаться значительно чаще, при чемъ къ притворству прибѣгаютъ, конечно, главнымъ образомъ, испытуемые арестанты, пытающіеся такимъ путемъ избѣгнуть кары закона. Въ Одесской психіатрической больницѣ за 2—3 послѣднихъ года симуляція психической ненормальности приняла какой-то эпидемическій характеръ, судя по частотѣ случаевъ ея, встрѣчающихся среди арестантовъ, доставляемыхъ изъ мѣстной тюрьмы въ лѣчебницу на испытаніе.

Если въ спеціальной литературѣ теперь сравнительно рѣдко поднимается вопросъ о симуляціи душевнаго разстройства, то это объясняется, по видимому, тѣмъ обстоятельствомъ, что психіатры считаютъ этотъ вопросъ достаточно выясненнымъ и рѣшеннымъ въ томъ смыслѣ, что душевную болѣзнь симулировать очень трудно и что симуляція всегда можетъ быть обнаружена безъ особаго затрудненія. Признавая такое положеніе по существу правильнымъ, тѣмъ не менѣе слѣдуетъ замѣтить, что теперь способы симуляціи значительно усовершенствовались, если можно такъ выразиться, и поэтому психіатру нерѣдко приходится употребить много труда и времени, чтобы съ положительностью доказать наличность притворства въ тѣхъ случаяхъ, когда симулянтъ съ большой настойчивостью, съ удивительной выдержкой и съ достаточнымъ искусствомъ старается ввести врача въ заблужденіе, проявляя въ своемъ поведеніи тѣ или иные признаки душевной ненормальности.

Въ виду указанныхъ соображеній появленіе книги автора могло до извѣстной степени заинтриговать психіатровъ, интересующихся вопросомъ о симуляціи душевнаго разстройства. Однако содержаніе работы д-ра *Bresler*'а едва-ли можетъ удовлетворить спеціалиста: авторъ совсѣмъ не касается, такъ сказать, философіи затронутаго вопроса, не останавливается на сущности разбираемаго явленія, не анализируетъ его съ психологической стороны; равнымъ образомъ онъ не дѣлаетъ никакихъ практическихъ выводовъ, не даетъ какихъ-либо руководящихъ указаній и вообще въ своей работѣ не говоритъ ничего новаго.

Въ общей части своего труда д-ръ *Bresler* разсматриваетъ взгляды различныхъ авторовъ по вопросу о симуляціи, приводитъ случаи симуляціи душевнаго разстройства въ древности и указываетъ на тѣ способы, какіе примѣнялись старыми авторами для обнаруженія притворства; здѣсь-же говорится о частотѣ симуляціи и обсуждается, между прочимъ, вопросъ о возможности перехода притворства въ дѣйствительное душевное разстройство.

2-ая часть книги заключаетъ въ себѣ казуистику, которую авторъ заимствуетъ главнымъ образомъ изъ отчетовъ психіатрическихъ лѣчебницъ. Разсматривая различные случаи симуляціи, авторъ дѣлитъ ихъ на 3 категоріи: а) симуляція со стороны душевно-здоровыхъ, в) симуляція на патологической почвѣ и с) сомнительные случаи.

Въ концѣ книги помѣщенъ довольно подробный указатель литературы, за исключеніемъ однако русской. *Б. Воротынскій.*

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CIV. Желая сдѣлать необходимыя дополненія и исправленія въ своей диссертаціи подъ заглавіемъ «Матеріалы къ вопросу о санитарномъ состояніи школъ въ Россіи» (защищена въ В.-Медицинской Академіи, въ маѣ 1903 г.) и переиздать ее съ приложеніемъ «Систематическаго указателя литературы по вопросамъ школьно-санитарнаго дѣла въ Россіи», прошу уважаемыхъ товарищей, писавшихъ что-либо по школьной гигіенѣ, выслать мнѣ ихъ труды, появившіеся въ печати съ января 1903 г. или, по крайней мѣрѣ, не отказать сообщить мнѣ на нижеслѣдующіе пункты: *названіе автора, статьи, журнала газеты, годъ, мѣсяцъ или №.*

Собирая литературу по интересовавшему меня школьно санитарному вопросу въ Россіи, я не разъ убѣждался въ трудности, а подчасъ и невозможности добыть необходимыя мнѣ свѣдѣнія. Это—потому, что отдѣльныя изслѣдованія, касающіяся разнообразныхъ вопросовъ школьной гигіены, разбросаны въ различныхъ журналахъ и оффиціальныхъ отчетахъ, которыхъ часто не имѣется въ столь богатѣйшихъ книгохранилищахъ, какъ библіотеки—Публичная, Академіи Наукъ и В.-Медицинской Академіи.

Въ подобныхъ затруднительныхъ случаяхъ я обращался непосредственно къ авторамъ нужныхъ мнѣ статей и обязательно получалъ отъ нихъ самыя подробныя свѣдѣнія. Надѣюсь, что и въ настоящемъ случаѣ просьба моя не останется безъ вниманія, при чемъ имя каждаго автора, приславшаго свои работы (диссертаціи, статьи, замѣтки, рефераты съ указаніемъ источника и пр.) будетъ напечатано въ указателѣ.

Прошу высылать свѣдѣнія по нижеслѣдующему адресу: Петербургъ, Старо-Петергофскій пр., д. 16, кв. 23. Д-ру *А. Г. Трахтенбергу.*

А. Трахтенбергъ.

Петербургъ. 13/IX 1904 г.

CV. Кромѣ Davos'а, куда стекается не мало чахоточныхъ больныхъ изъ Россіи, въ Швейцаріи въ послѣдніе годы стали посѣщаться и курортъ Leysin (Leysin sur Aigle, Canton de Vaud). За нѣсколько лѣтъ моего пребыванія въ Leysin'ѣ съ больнымъ мужемъ, мнѣ пришлось какъ врачу и соотечественницѣ познакомиться почти со всей русской колоніей и видѣть столько неудачныхъ результатовъ лѣченія, зависящихъ отъ разныхъ причинъ, что я рѣшаюсь по этому поводу сказать нѣсколько словъ товарищамъ въ интересахъ ихъ больныхъ.

Богатымъ здѣсь живется прекрасно. Въ 3-хъ большихъ здравницахъ (Grand Hôtel, Hôtel du Montblanc, Hôtel du Chamossaire) пища хорошая и обильная, отопленіе центральное и входитъ въ ежедневную плату, также какъ и электрическое освѣщеніе; въ эту-же плату входятъ и визиты врача. Галлереи хорошо приспособлены на случай дурной погоды, и «cure d'air» можетъ проводиться во всякое время вполнѣ безопасно. Цѣна въ этихъ здравницахъ колеблется отъ 4 до 8 р. въ сутки (9—20 фр.). Не входятъ въ эту плату: лѣкарства, пища по особому назначенію (которая, однако, прописывается почти всѣмъ), какъ-то - яйца, сырое мясо, молоко, а также вино, бѣлье и уходъ во время остраго заболѣванія. При такихъ условіяхъ больной, располагающій средствами отъ 130 р. въ мѣсяцъ и выше, несомнѣнно найдетъ здѣсь все то, что требуется отъ хорошаго курорта вообще. Совершенно иначе дѣло обстоитъ съ тѣми, кто не въ состояніи тратить 130 р. въ мѣсяцъ, напр., студентами, студентками, а также чиновниками, офицерами, врачами и ихъ семействами и т. д. Несостоятельный больной, кое-какъ раздобывшій себѣ деньги на лѣченіе, пріѣзжаетъ въ Leysin полный надежды найти себѣ здѣсь все, что нужно. Разочарованіе начинается, однако, нерѣдко при самомъ-же пріѣздѣ. Высокая цѣна въ здравницахъ ео ipso закрываетъ ему эти учрежденія. Начинается погоня за дешевыми пансіонами. Мнѣ такъ часто приходилось сопровождать пріѣзжихъ русскихъ въ этихъ поискахъ, что эти строки могутъ служить фотографіей здѣшнихъ условій жизни.

Дешевыхъ пансіоновъ въ Leysin'ѣ всего 8; въ деревнѣ тогоже имени расположенной въ 150 м. ниже, ихъ еще 4. Самыя низкія цѣны въ нихъ зимой отъ 2 до $3^1/_2$ р. въ сутки (5—7 фр.). Лѣтомъ жизнь вездѣ дешевле на 1 фр. въ сутки. Но въ отличіе отъ большихъ здравницъ, въ эту плату здѣсь не входитъ: освѣщеніе, отопленіе, врачебная помощь, въ нѣкоторыхъ изъ пансіоновъ даже матрацъ для «chaise longue» и чистка плевательницъ. Всѣ эти пансіоны деревянные, какъ-бы дачи; комнаты въ

нихъ очень маленькія, съ крохотными печами, не во всѣхъ даже домахъ съ двойными рамами. При такихъ условіяхъ ограниченныхъ средствъ обыкновенно хватаетъ всего на 2—3 мѣсяца, и больной, вмѣсто того, чтобы провести здѣсь всю зиму, какъ разсчитывалъ, поневолѣ среди зимы возвращается домой недолѣчившимся. Большинство торгуются съ хозяевами пансіоновъ и вынуждены довольствоваться самыми дешевыми комнатами (иногда безъ печей), подвергаться разнымъ лишеніямъ и даже непріятностямъ со стороны прислуги. Устраиваются они въ плохихъ комнатахъ за 1½—2 р.; печи, если онѣ и есть, не топятся изъ-за дороговизны топлива. Нѣтъ денегъ на лишнее яйцо, стаканъ молока, даже на кипятокъ для чая. Самоваровъ нѣтъ, кипятокъ не вездѣ раздается даромъ, а употреблять спиртовыя лампы мѣстами воспрещаютъ изъ опасенія пожара. Иные, по недостатку средствъ, по пріѣздѣ не обращаются къ врачу и, не зная, какъ примѣниться къ условіямъ мѣстнаго климата, простужаются и теряютъ изъ времени, назначеннаго для лѣченія горнымъ воздухомъ, нѣсколько недѣль. У нервныхъ лицъ всѣ эти неблагопріятныя внѣшнія условія жизни весьма худо вліяютъ на расположеніе духа; нѣкоторые по цѣлымъ днямъ остаются въ постели отъ грусти и отъ холода: вечера и ночи здѣсь съ ноября до марта часто бываютъ чрезвычайно холодные, особенно при сильномъ восточномъ вѣтрѣ. При всякомъ мало-мальски серьезномъ осложненіи больного отправляютъ въ больницу; въ маленькихъ пансіонахъ сестеръ милосердія нѣтъ, а выписать сестру—слишкомъ дорого.

Такимъ образомъ больной, не располагающій, minimum, 80 р. въ мѣсяцъ, проживетъ въ Leysin'ѣ зиму лишь при большихъ лишеніяхъ. Крѣпкія, жизнерадостныя натуры, больные не тяжелые, разумѣется, переживутъ этотъ періодъ и могутъ даже поправиться: Leysin въ общемъ, все-же,—чудная мѣстность зимою съ чрезвычайно большимъ числомъ солнечныхъ дней. Но больные слабые, лихорадящіе, безъ достаточныхъ матеріальныхъ средствъ отъ пребыванія здѣсь не получатъ никакой пользы; состояніе ихъ даже ухудшается. Мнѣ лично приходилось отправлять больныхъ на родину въ Россію изъ-за недостатка средствъ; гдѣ нибудь въ русскомъ маленькомъ городкѣ за ½ цѣны они могутъ жить не хуже и, во всякомъ случаѣ, съ одинаковой пользой при условіи, если будутъ продолжать у себя свой «cure d'air».

Въ интересахъ небогатыхъ больныхъ прошу товарищей принять все это къ свѣдѣнію и, прежде чѣмъ отправлять сюда своихъ больныхъ съ небольшими средствами, обращаться ко мнѣ (по русски) или къ пастору (Pasteur Favey) здѣшней деревни (по французски), чтобы узнать, есть-ли еще мѣста въ лучшихъ изъ маленькихъ пансіоновъ. Я съ готовностью сообщу имъ эти свѣдѣнія, нужныя для ихъ больныхъ.

Въ заключеніе еще одно слово: въ Leysin'ѣ есть 10—15 меблированныхъ квартиръ (по 4—8 комнатъ съ кухней). Цѣна ихъ въ мѣсяцъ отъ 40 до 80 р. Отопленіе—очень дорогое; прислугу найти трудно. Желающіе знать подробности относительно этихъ квартиръ могутъ обратиться въ «Bureau des renseignements»—Leysin—Village.

Ж.-вр. *Ш. Майеръ-Оливье.*

Leysin. 1/13 сентября 1904 г.

CVI. М. Г.! Окружнымъ в.-медицинскимъ Управленіемъ Маньчжурской арміи получены слѣдующія періодическія изданія:

1) «Русскій Врачъ».
2) «Практическій Врачъ».
3) «Медицинское Обозрѣніе».
4) «Врачебная Газета».
5) «Вѣстникъ Общественной Гигіены».
6) «Хирургія».
7) «Русскій Хирургическій Архивъ».
8) «Русское Хирургическое Обозрѣніе».
9) «Практическая Медицина».
10) «Современная Медицина и Гигіена».
11) «Annales de l'Institut *Pasteur*».
12) «La Semaine médicale».
13) «Zeitschrift für Augenheilkunde».
14) «Zeitschrift für Hygiene».
15) «Centralblatt für Bacteriologie».
16) «Monatsschrift für Ohrenheilkunde».
17) «Archiv für Laryngologie».

Отъ лица многочисленныхъ врачей г. Харбина, гдѣ сосредоточена главная масса лѣчебныхъ заведеній арміи, медицинское Управленіе приноситъ искреннюю признательность редакціямъ вышеозначенныхъ журналовъ, а также товариществу Вольфъ, чрезъ которое доставлена большая часть иностранныхъ изданій, и, не имѣя возможности въ отдѣльности благодарить каждую редакцію, проситъ Васъ не отказать помѣстить настоящее письмо на страницахъ Вашего журнала.

Врачъ для командировокъ окружного в.-медицинскаго Управленія Маньчжурской арміи *Абловъ.*

Харбинъ. 27-го августа 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1895. Проф. *И. Н. Оболенскій* назначенъ *членомъ Совѣта* министра народнаго просвѣщенія («Новое Время», 15 сентября).

1896. «Сибирская Жизнь» (10 сентября) передаетъ, что проф. Томскаго Университета по каѳедрѣ нормальной анатоміи *И. С. Поповскій выходитъ въ отставку.* Общее завѣдываніе анатомическимъ Институтомъ и преподаваніе анатоміи на 2-мъ курсѣ предполагается поручить проф. *В. М. Мышу*, а преподаваніе на 1-мъ курсѣ ч. пр. *С. М. Чугунову.*

1897. За смертью проф. *В. Н. Массена*, временное *преподаваніе по акушерству и женскимъ болѣзнямъ* на медицинскомъ факультетѣ въ Одессѣ поручено ч. пр. и ассистенту женской клиники *А. А. Ануфріеву.*

1898. «Новости» (16 сентября) передаютъ, что директоръ Женскаго Медицинскаго Института *Д. О. Отть* вошелъ къ попечителю Петербургскаго учебнаго округа съ представленіемъ *о назначеніи ж.-вр. А. И. Бурцевой штатнымъ лаборантомъ по каѳедрѣ патологической анатоміи.* Попечитель округа, не находя для этого достаточныхъ данныхъ въ законѣ, обратился за разъясненіемъ и принципіальнымъ разрѣшеніемъ этого вопроса въ Министерство народнаго просвѣщенія, которымъ и было разъяснено, что, на основаніи ст. 30 Высочайше утвержденнаго 10-го мая этого года положенія о названномъ Институтѣ, лаборанты избираются изъ лицъ, окончившихъ курсъ наукъ въ одномъ изъ высшихъ учебныхъ заведеній Имперіи; такимъ образомъ, женщины-врачи, какъ окончившія курсъ наукъ въ высшемъ учебномъ заведеніи, имѣютъ право на занятіе должностей лаборантовъ въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

1899. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (17 сентября) помѣщена слѣдующая замѣтка: «Въ Комитетъ Общества пособія недостаточнымъ студентамъ Московскаго Университета поступило 503 прошенія о взносѣ платы за слушаніе лекцій, а *денегъ у Комитета нѣтъ*, и до сихъ поръ не поступило на это ни одного еще пожертвованія. Въ бюро по пріисканію занятій поступило уже 500 прошеній отъ студентовъ, а заявленій съ предложеніемъ мѣстъ—только 27».– Быть можетъ, среди товарищей, въ особенности воспитанниковъ Московскаго Университета, найдется кое-кто, кто приметъ близко къ сердцу это заявленіе.

1900. Совѣтъ Казанскаго Университета единогласно постановилъ: *освободить отъ взноса платы за слушаніе лекцій несостоятельныхъ сиротъ дѣтей офицеровъ, нижнихъ чиновъ и врачей, убитыхъ или умершихъ отъ ранъ и болѣзней въ войнѣ съ Японіей*; учредить для этихъ-же лицъ стипендію, включая на это ежегодно съ 1905 г. 300 р. въ смѣту расходовъ по статьѣ спеціальныхъ средствъ сбора за слушаніе лекцій («Биржевыя Вѣдомости», 20 сентября).

1901. Противочумная Коммиссія объявляетъ, что за недѣлю съ 5 по 12 сентября въ Закаспійской области вновь заболѣли *холерою* 22 чел., умерли 11. Наибольшее число заболѣваній наблюдалось въ Мервѣ, гдѣ заболѣли 19. Внѣ Мерва было по 1 заболѣванію въ Байрамали, Фирузѣ и по линіи Средне-Азіатской ж. дороги, близь Мерва. Въ остальныхъ мѣстностяхъ, въ коихъ раньше наблюдалась холера—въ Асхабадѣ, Каахкѣ, Тедженѣ, Гассанкули и Чикишлярѣ, новыхъ заболѣваній въ теченіи послѣднихъ 10—14 дней не было. Въ Баку число холерныхъ заболѣваній за послѣдніе дни увеличилось. За 9 дней, съ 5 по 14 сентября, заболѣли 60, умерли 35. Всего со времени появленія болѣзни заболѣли 67, умерли 38. 4 сентября обнаруженъ случай заболѣванія холерой въ Саратовѣ, гдѣ затѣмъ съ 6 по 14 сентября вновь заболѣли холерой 9, умерли 3. Всѣ заболѣвшіе, за исключеніемъ одного, пріѣхавшаго изъ Петровска, были мѣстные жители, по занятію чернорабочіе, занимавшіеся переноскою товаровъ на пароходныхъ пристаняхъ и желѣзной дорогѣ («Новое Время», 17 сентября).

1902. *Холера появилась*, какъ передаетъ «Казбекъ» (5 сентября), *и въ Асхабадѣ.* Бактеріологическое изслѣдованіе желудочныхъ выдѣленій скончавшагося въ Асхабадѣ перса, произведенное 19-го августа д-ромъ *Надпорожскимъ*, обнаружило присутствіе холерныхъ запятыхъ.

1903. Отбыли на Дальній Востокъ: 16-го сентября изъ Москвы *40 военныхъ врачей*, прибывшихъ туда изъ Петербурга, Риги и др. городовъ («Русскія Вѣдомости», 18 сентября); 18-го сентября изъ Петербурга *дополнительный отрядъ* для санитарнаго поѣзда В. Кн. Маріи Павловны («Новое Время», 19 сентября).

1904. Въ *капиталъ для выдачи пособій женамъ и семьямъ врачей, отбывшихъ по обязанностямъ службы на Дальній Востокъ*, собрано Обществомъ охраненія народнаго здравія около 1800 р. Желающіе воспользоваться пособіемъ и имѣющіе на то право должны сдѣлать о томъ заявленіе въ Правленіе Общества—Петербургъ, Мойка, 34 («Новое Время», 19 сентября).

1905. *То, что случилось въ Красноярскѣ* (см. № 37, стр. 1264), *на дняхъ произошло и въ Петербургѣ*, и, разумѣется, какъ и подобаетъ столицѣ, въ гораздо болѣе грандіозныхъ размѣрахъ: изъ прекрасной замѣтки г. Непримиримаго въ «Новостяхъ» (19 сентября) «Параллели» мы узнали, что Петербургская городская Управа отклонила ходатайство нѣсколькихъ врачей изъ городской Петропавловской больницы, отправленныхъ на театръ военныхъ дѣйствій, о сохраненіи за ними штатныхъ должностей, ибо это должно быть сопряжено съ сохраненіемъ за ними и части получаемаго содержанія, а денегъ-де въ городѣ нѣтъ; въ то-же время Управа нашла возможнымъ сохранить за своимъ членомъ, д-ромъ *В. С. Петровымъ*, тоже отправленнымъ на войну, получаемое имъ содержаніе полностью въ размѣрѣ 6000 р., т. е. такой суммы, какая, вѣроятно, потребовалась-бы на удовлетвореніе содержаніемъ почти цѣлаго десятка больничныхъ врачей. Если все это, дѣйствительно, такъ, то неужели новые гласные изъ врачей не укажутъ Думѣ на допускаемую ея исполнительнымъ органомъ возмутительную несправедливость?

1906. Община св. Георгія въ Петербургѣ предоставляетъ на 6-мѣсячный срокъ для безплатнаго пользованія больныхъ и раненыхъ воиновъ *15 мѣстъ* въ своемъ хирургическомъ и *10 мѣстъ* въ Дудергофскомъ баракахъ («Правительственный Вѣстникъ», 18 сентября).

1907. 15-го сентября въ Дмитровѣ открылись *курсы по уходу за больными и ранеными* («Биржевыя Вѣдомости», 16 сентября).

1908. Врачи Московской Яузской больницы устроили *теплые проводы* своему товарищу д-ру *М. В. Огородову*, уѣзжавшему на Дальній Востокъ («Русское Слово», 16 сентября).

1909. Врачи Одесской еврейской больницы *тепло провожали* своего товарища д-ра *Б. Б. Бурдина*, отправлявшагося на Дальній Востокъ («Южное Обозрѣніе», 16 сентября).

1910. На годовомъ Собраніи Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ 16-го сентября избраны *въ составъ Правленія:* предсѣдателемъ акад. *Л. В. Поповъ*, товарищемъ его проф. *И. П. Павловъ*, секретаремъ ч. пр. *Ф. Я. Чистовичъ*, редакторомъ «Трудовъ» ч. пр. *М. М. Чельцовъ*, библіотекаремъ ч. пр. *Г. М. Малковъ*, казначеемъ *В. Т. Покровскій. Почетными членами* Общества избраны: проф. *И. М. Догель* и д-ръ *Ѳ. И. Піотровскій.*

1911. Благодаря любезности глубокоуважаемаго *В. Т. Покровскаго*, казначея Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ, мы можемъ сообщить слѣдующія свѣдѣнія о *состояніи капиталовъ Общества за 1903-1904 г.* Всѣхъ капиталовъ—8, разныхъ наименованій. Они содержали въ себѣ къ 16-му сентября—дню годового засѣданія Общества—531787 р. %%-ными бумагами и 946 р. 60½ к. наличныхъ денегъ. Нужды Общества удовлетворяются изъ %%-въ съ основного и подвижного капиталовъ и членскихъ взносовъ, которыхъ поступаетъ ежегодно около 600—700 р. Изданіе журнала «Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ» обходится около 860—900 р. %%-ныхъ бумагъ въ основномъ и подвижномъ капиталахъ на 18687 р. Изъ %%-въ капитала имени проф. *В. Л. Грубера* (11400 р.) выдается стипендія имени *В. Л. Грубера* слушательницѣ Женскаго Медицинскаго Института и 100 р. пособія другой слушательницѣ. Капиталъ проф. *И. М. Руднева* (7500 р.) служитъ для выдачи преміи въ 500—700 р. за сочиненія по патологической анатоміи и гистологіи. Капиталъ *Нарановича* (9000 р.) въ маѣ нынѣшняго года былъ переданъ въ распоряженіе В.-Медицинской Академіи на учрежденіе стипендіи для одного изъ студентовъ или молодыхъ врачей Академіи *по выбору Общества.* Капиталъ санаторій для чахоточныхъ состоитъ изъ 411300 р. въ %%-хъ бумагахъ; изъ него покрываются расходы на содержаніе Таицкой санаторіи. Капиталы имени *С. П. Боткина* и *В. В. Сутугина*, достигшіе къ 16-му сентября 82624 р. 40 коп., предназначены на устройство пріюта для инвалидовъ-врачей и ихъ семействъ. Часть %%-въ этого фонда въ отчетномъ году была употреблена на содержаніе больного врача въ Таицкой санаторіи. Подробный отчетъ по фонду имени *С. П. Боткина* будетъ доложенъ въ торжественномъ засѣданіи 12-го декабря въ память *С. П. Боткина.*

1912. Съ 25-го сентября при врачебномъ Отдѣленіи Астраханскаго губернскаго Правленія будутъ читаться *общедоступныя лекціи по медицинѣ и гигіэнѣ* («Астраханскій Листокъ», 11 сентября).

1913. Московскій губернскій санитарный Совѣтъ *избралъ санитарнымъ врачемъ по Можайскому уѣзду* д-ра *С. Н. Корженевскаго* («Русскія Вѣдомости», 18 сентября).

1914. Состоящая при Правленіи Пироговскаго Общества Коммиссія по разработкѣ вопроса *объ изданіи «Эпидеміологическаго Сборника»* (см. выше, № 14, стр 521) выработала слѣдующій проэктъ программы «Сборника»: *Общая эпидемiологія.* 1) Опредѣленіе эпидеміологіи. Очеркъ исторіи воззрѣній на заразныя болѣзни и ихъ возбудителей. Эпидеміи, эндеміи и пандеміи. 2) Статистика заразныхъ болѣзней.—Санитарное и экономическое значеніе заразныхъ болѣзней для Россіи. 3) Предрасполагающія условія: а) физико-географическаго и б) антропологическаго характера. 4) Эпидемическая среда. Условія общественныя и бытовыя, благопріятствующія распространенію заразныхъ болѣзней въ селахъ и городахъ. 5) Государственныя и международныя мѣры борьбы съ заразными болѣзнями. Законодательство русское и иностранное. Мѣстныя обязательныя постановленія. 6) Организація мѣръ борьбы съ заразными болѣзнями среди сельскаго, фабричнаго и городского населенія. 7) Организація борьбы съ заразными болѣзнями въ большихъ городахъ. 8) Организація борьбы съ заразными болѣзнями среди передвигающагося населенія: А—а) среди переселенцевъ; б) въ отхожихъ промыслахъ; в) въ военное время. Б.—по обыкновеннымъ, воднымъ и желѣзнодорожнымъ путямъ. 9) Частныя мѣры борьбы: обеззараживаніе, изоляція, обсервація, карантины и т. д. 10) Принципы и практика борьбы специфическими средствами; предохранительныя прививки: вопросъ о невосприимчивости по отношенію къ массамъ населенія. *Частная эпидеміологія.* Перечень всѣхъ заразныхъ болѣзней.—Объемъ всего изданія предполагается около 100 печатныхъ листовъ, изъ которыхъ ½ отводится на общую часть, въ среднемъ по 4—5 листа на каждую главу, а 2 ая ½—на главы частной эпидеміологіи, въ среднемъ по 1—1¼ листа на главу. Изданіе будетъ выходить выпусками сначала по отдѣламъ частной, а затѣмъ и общей эпидеміологіи. Подписка открывается на все изданіе, вопросъ-же о продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ будетъ разсмотрѣнъ Коммиссіей при окончательномъ рѣшеніи условій изданія. До сихъ поръ изъявили свое согласіе принять участіе въ составленіи «Сборника», кромѣ ряда профессоровъ и чч. преподавателей, слѣдующіе представители общественной медицины: *Н. П. Васильевскій, П. Н. Діатроптовъ, Д. Н. Жбанковъ, П. И. Куркинъ, А. В. Мольковъ, И. В. Поповъ, Н. И. Тезяковъ, З. Г. Френкель, К. И. Шидловскій, А. И. Шингаревъ* и др. («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*», № 4).

1915. Въ послѣднемъ № 12 журнала *«Рецептъ»* помѣщено заявленіе редакціи, что по непредвидѣннымъ обстоятельствамъ *изданіе журнала временно прекращается* съ тѣмъ, чтобы возобновиться съ января 1905 г.

1916. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (18 сентября) помѣщенъ обстоятельный отчетъ о засѣданіи Московскаго губернскаго санитарнаго Совѣта, 16-го сентября, въ которомъ, между прочимъ, заслушанъ былъ блестящій и в. содержательный докладъ завѣдующаго санитарнымъ Бюро губернской Управы д-ра *И. В. Попова*, посвященный отзыву бывшаго товарища министра внутреннихъ дѣлъ г. Зиновьева *о постановкѣ врачебно-санитарной организаціи въ земствахъ Московской губ.* Позволяемъ себѣ привести эту часть отчета полностью. «Докладчикъ заявилъ, что въ первомъ засѣданіи санитарнаго Совѣта, послѣ того, какъ опубликованъ Всеподданнѣйшій рапортъ товарища министра внутреннихъ дѣлъ о ревизіи земскихъ учрежденій Московской губерніи, онъ считаетъ существенно важнымъ и практически необходимымъ обратить вниманіе Совѣта на общія соображенія рапорта, касающіяся врачебно-санитарной организаціи и медицинскаго персонала, такъ какъ заключенія ревизіи, съ одной стороны, вводятъ въ кругъ понятій о постановкѣ врачебно-санитарной части въ земствахъ столь необычныя представленія, что послѣднія, при недостаточной критикѣ ихъ и недостаточномъ пониманіи основныхъ положеній общественной медицины, особенно благодаря высокому и вліятельному служебному посту т. с. Зиновьева, не могутъ не внести въ умы общества, а быть-можетъ, и нѣкоторыхъ представителей земства глубокихъ и практически не безразличныхъ недоумѣній и неправильнаго пониманія дѣла, съ другой—содержатъ невѣрныя обобщенія и толкованія, могущія подать поводъ къ тяжелымъ обвиненіямъ врачебно-санитарной организаціи и ея представителей. Такъ какъ до сихъ поръ не опубликованы и недоступны земству самые матеріалы, послужившіе основаніемъ для соображеній и выводовъ по ревизіи, то докладчикъ коснулся только заключеній ревизіи, остановивъ вниманіе Совѣта на основной точкѣ зрѣнія ревизора, на исходномъ пунктѣ, съ котораго разсматривается и оцѣнивается имъ земская врачебно-санитарная организація. Сдѣлавъ рядъ выдержекъ изъ рапорта и ревизіи, референтъ показалъ, что ревизоръ не видитъ никакой разницы между «общественной» медициной и медициной въ тѣсномъ смыслѣ слова «больничной», что онъ, встрѣтивъ земское опредѣленіе медицины, какъ бы удивляется этой, какъ онъ выражается, «своеобразной постановкѣ, которую въ рукахъ врачей пріобрѣтаетъ дѣло народнаго здравія, подъ названіемъ земской медицины, какъ чего-то особеннаго, совершенно отличающагося отъ другихъ видовъ медицины». Въ представленіи ревизора, образъ земскаго врача вырисовывается въ какую-то своеобразную фигуру съ широкими задачами, замыслами, по выраженію ревизора, которыя онъ классифицируетъ какъ «притязанія врачебнаго персонала». Земская медицина создана мѣстнымъ самоуправленіемъ, взявшимъ при самомъ своемъ учрежденіи на себя заботу объ улучшеніи именно народнаго здоровья, при чемъ лѣченіе больныхъ составляетъ только часть этого дѣла: она имѣетъ свою, теперь уже довольно длинную и поучительную, исторію не только въ Московской губерніи, но и во всей Россіи и свой кругъ возлагавшихся на нее земствомъ задачъ. Послѣдній не начинается и не исчерпывается лѣченіемъ больныхъ приходящихъ и госпитальныхъ. Нимало не останавливаясь на томъ, какъ постепенно организовано земствомъ дѣло народнаго здравія и какой кругъ задачъ возложенъ земствомъ на земскаго врача, ревизоръ заявляетъ, что «земскіе врачи Московской губерніи занимаются посторонними предметами, ничего общаго съ медициной не имѣющими». А этими посторонними предметами оказываются: врачебно-санитарное наблюденіе за школами, разработка вопросовъ о наилучшемъ устройствѣ больницъ и школъ, о предупрежденіи и мѣрахъ борьбы съ болѣзнями фабрично-заводскаго населенія, о питаніи рабочихъ и т. д. Встрѣтивъ далѣе обсужденіе въ санитарныхъ Совѣтахъ и на Съѣздахъ вопросовъ о выборѣ кандидатовъ на мѣста врачей, объ условіяхъ наилучшаго положенія въ лѣчебницахъ вспомогательнаго медицинскаго персонала и другихъ подобныхъ вопросовъ, ревизоръ приходитъ къ заключенію, что врачи, а затѣмъ и низшій медицинскій персоналъ и ветеринары заняты правовыми и матеріальными вопросами, чѣмъ возводитъ уже на врачебно-санитарный персоналъ серьезное обвиненіе. Излишне говоритъ, что, если-бы ревизоръ ознакомился съ происхожденіемъ и исторіей этихъ вопросовъ, то, несомнѣнно, и онъ пришелъ-бы къ тому-же выводу, къ какому пришло и земство, установившее этотъ порядокъ. Если позволительно обсуждать вопросы о выборѣ инструментовъ, то еще болѣе тщательно надлежитъ производить выборъ наиболѣе отвѣчающаго условіямъ земской работы персонала, а равно въ этихъ-же цѣляхъ и заботиться объ улучшеніи жилищныхъ условій персонала. И въ этомъ нѣтъ никакого притязанія врачей на «права и преимущества». Въ совмѣстномъ обсужденіи земскими представителями и врачами разнаго рода вопросовъ земской медицины на санитарныхъ Совѣтахъ ревизоръ видитъ и подчиненіе земскихъ Управъ врачамъ, и контроль ихъ надъ дѣйствіями Управъ и отсюда дѣлаетъ выводъ, что все лѣчебное дѣло врачи захватили въ свои руки. Не подлежитъ сомнѣнію, что недостаточное знакомство съ вопросомъ о санитарныхъ Совѣтахъ и съ выра-

боткой въ частности т. наз. новой инструкціи привело ревизора къ такому выводу, ввело его въ заблужденіе. Въ составленіи указаннаго положенія о санитарныхъ Совѣтахъ врачи вовсе не принимали никакого участія, его составила Коммиссія губернскаго Собранія, работавшая надъ нимъ 2 года, которая, очевидно, не думала, что, предлагая положеніе земскому Собранію, она тѣмъ самымъ передаетъ врачамъ все врачебно-санитарное дѣло или подчиняетъ имъ Управы. Когда былъ обнародованъ лѣчебный уставъ 1893 г., передавшій въ дѣйствительности врачамъ все дѣло, то и земское Собраніе, и санитарные Совѣты категорически признали, что лѣчебный уставъ въ данной редакціи нарушаетъ самостоятельность земства въ веденіи врачебно-санитарнаго дѣла. Отмѣтивъ, что для оцѣнки земской медицины и ея положенія ревизоромъ приняты совершенно чуждыя земскому самоуправленію и земской медицинѣ начала, докладчикъ высказалъ, что, хотя ревизоръ и не указываетъ мѣръ къ улучшенію въ его смыслѣ земской медицины Московской губерніи, но тѣмъ не менѣе онѣ опредѣленно содержатся въ самыхъ его выводахъ. Для этого, по ревизіи, необходимо прежде всего уничтожить санитарные Совѣты, какъ органы, по признанію ревизора, подчиненія врачамъ земскихъ Управъ, какъ контролирующія ихъ учрежденія; отстранить врачей отъ участія въ разсмотрѣніи плановъ лѣчебныхъ заведеній, школъ; ограничить или совершенно прекратить участіе ихъ въ школьно-санитарныхъ дѣлахъ; изъять изъ непосредственнаго вѣдѣнія врачей всю хозяйственную часть лѣчебныхъ заведеній и т. д.; короче, сдѣлать врача медикомъ, знающимъ только одно лѣченіе больныхъ приходящихъ и госпитальныхъ. И не надо быть ни земскимъ врачемъ, ни гласнымъ, чтобы видѣть, что при такой реорганизаціи земской медицины не будетъ уже самой земской медицины, а будутъ лишь больницы бывшаго «Приказа общественнаго призрѣнія». Вслѣдствіе этой ревизіи кореннымъ образомъ ставится вопросъ, какое-же направленіе земской медицины является соотвѣтствующимъ пользамъ и нуждамъ населенія и закономъ установленному земскому положенію: существующее или предполагаемое ревизоромъ? По мнѣнію докладчика, нельзя сомнѣваться, что губернское и уѣздныя земскія Собранія Московской губерніи, создавшія общественную медицину, и впредь поведутъ ее по тому-же пути, по которому она вотъ уже 30 лѣтъ идетъ, постепенно улучшаясь и развиваясь въ духѣ и на началахъ мѣстнаго самоуправленія. По окончаніи этого сообщенія, предсѣдатель губернской земской Управы Ѳ. А. Головинъ высказалъ, что, по его мнѣнію, не только не нужно «сомнѣваться», а слѣдуетъ быть увѣреннымъ въ полной готовности земства вести земскую медицину по прежнему пути. Земство отнесется съ серьезнымъ вниманіемъ къ заключеніямъ ревизіи и разберется въ ея матеріалахъ, когда они будутъ присланы, согласно возбужденному Управой ходатайству, и надѣется, что начала, положенныя въ основу санитарно-врачебной организаціи, получатъ при этомъ подтвержденіе своей цѣлесообразности».

1917. Предполагавшійся въ Одессѣ въ 1905 г. *12-й Съѣздъ русскихъ естествоиспытателей и врачей не разрѣшенъ* въ виду затрудненія въ отпускѣ средствъ изъ государственнаго казначейства для субсидіи Съѣзду.

1918. Приводимъ *программу* предстоящаго въ сентябрѣ въ Одессѣ *XV губернскаго Съѣзда врачей* и представителей земскихъ и городскихъ Управъ *Херсонской губ.*: 1. Общій обзоръ организаціи земско-медицинской помощи въ губерніи (современное состояніе учрежденій). 2. Обзоръ дѣятельности земско медицинскихъ учрежденій (статистическія данныя о различныхъ видахъ медицинской помощи). 3. Обзоръ дѣятельности городскихъ медицинскихъ учрежденій. 4. Состояніе земскихъ лѣчебныхъ учрежденій (помѣщенія и режимъ). 5. Статистическія данныя о болѣзненности населенія губерніи за 14 лѣтъ. 6. Работы по эпидеміологіи важнѣйшихъ формъ эпидемическихъ заболѣваній, наблюдавшихся въ губерніи за послѣднія 14 лѣтъ. 7. Общій обзоръ эпидемической заболѣваемости въ губерніи за 14 лѣтъ; характеристика санитарнаго состоянія губерніи на основаніи данныхъ объ эпидемической заболѣваемости и данныхъ о смертности; вытекающія отсюда задачи земско-медицинской дѣятельности въ губерніи и въ частности задачи дѣятельности санитарной организаціи.

1819. Состоявшійся недавно въ Екатеринбургѣ Съѣздъ врачей постановилъ, какъ сообщаетъ «Новое Время» (15 сентября), ходатайствовать предъ земствомъ объ открытіи въ уѣздѣ ряда лѣтнихъ *яслей-пріютовъ имени Н. А. Русскихъ* для деревенскихъ дѣтей. Глубокоуважаемому товарищу, какъ извѣстно, принадлежала первая мысль объ учрежденіи осуществившагося нынѣ «Всероссійскаго Союза борьбы съ дѣтской смертностью».

1920. Ялтинскому благотворительному Обществу завѣщаны г. Бондаревымъ 40000 р., %% съ которыхъ назначены на содержаніе въ пансіонѣ для больныхъ бугорчаткою *3-хъ коекъ имени ж.-вр. Лутковской-Бондиревой* («Новое Время», 17 сентября).

1921. Въ «Царицинскомъ Вѣстникѣ» (17 сентября) помѣщенъ текстъ *в. теплаго адресса*, поднесеннаго уполномоченными Александровскаго сельскаго Схода 25 минувшаго августа *К. Г. Туровскому* при закрытіи яслей-пріюта и оставленіи имъ должности участковаго врача. Кромѣ адресса, товарищу поднесена была отъ крестьянъ икона.

1922. Врачи Московской Маріинской больницы *тепло чествовали* своего товарища *И. А. Горячева* по поводу 50-лѣтія его врачебной дѣятельности («Русское Слово», 18 сентября).

1923. Д-ра *И. К. Мишинъ* и *Н. П. Цвѣтаевъ* пожертвовали общежитію студентовъ въ Москвѣ *обширную библіотеку по медицинѣ* («Новое Время», 20 сентября).

1924. Состоящей при Правленіи Пироговскаго Общества Коммиссіей по распространенію гигіэническихъ знаній въ народѣ выпущена въ свѣтъ *новая брошюра № 6 «О пьянствѣ»*, составленная д-ромъ *Антекманомъ*, по 4 коп. за экземпляръ («Русскія Вѣдомости», 18 сентября).

1925. Варнавинская уѣздная земская Управа, Костромской губ., отпечатала и распространяетъ среди населенія составленное санитарнымъ врачемъ 4-го округа *П. Я. Лощиловымъ «Наставленіе для крестьянъ на случай примѣси спорыньи ко ржи»*.

1926. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (16 сентября), Петергофской земской Управой предпринято изданіе *санитарныхъ листковъ* съ цѣлью ознакомленія населенія съ главнѣйшими основами элементарной гигіэны и санитаріи. Недавно отпечатанный на финскомъ и эстонскомъ языкахъ листокъ *«Какъ уберечь себя отъ оспы»*, розданъ уже безплатно мѣстному населенію.

1927. 13-го сентября въ Кременчугѣ открыта *фельдшерско-акушерская школа* Полтавскаго губернскаго Земства («Биржевыя Вѣдомости», 16 сентября).

1928. «Биржевыя Вѣдомости» (17 сентября) передаютъ, что Петербургская больничная Коммиссія ходатайствуетъ передъ Думой *о прибавкѣ жалованья* фельдшерамъ, фельдшерицамъ, сестрамъ милосердія и акушеркамъ на 10 р. въ мѣсяцъ каждому и о предоставленіи имъ пищевого довольствія отъ города. Въ общемъ, предполагаемое улучшеніе быта больничнаго персонала выразится въ суммѣ 32232 р. въ годъ.

1929. Весьма оживленныя пренія вызвало на закончившемся недавно Съѣздѣ врачей Бахмутскаго уѣзда коллективное ходатайство служащихъ въ Бахмутскомъ земствѣ фельдшеровъ и фельдшерицъ *о повторительныхъ курсахъ для младшаго медицинскаго персонала*. Послѣ продолжительнаго обмѣна мнѣній Съѣздъ постановилъ, въ виду прогрессивнаго развитія земской медицины въ Бахмутскомъ уѣздѣ, выразившагося въ ежегодномъ (въ теченіи 6 лѣтъ) учрежденіи новаго врачебнаго участка и приближеніи къ народу правильной врачебной помощи, съ одной стороны, и въ виду неопредѣленнаго характера указанныхъ курсовъ, съ другой, признать ихъ устройство ненужнымъ («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 35).—Какъ извѣстно, устройство повторительныхъ курсовъ для фельдшеровъ проэктируется довольно многими земствами; недавно, напр., Днѣпровское, Таврической губ., Земство выработало программу курсовъ, въ которую, между прочимъ, вошли: біологія, физіологія, общая патологія, бактеріологія, акушерство и *женскія болѣзни*. Послѣднія включены въ виду «отсутствія женскаго медицинскаго персонала, отдаленности фельдшерскихъ курсовъ отъ врачебныхъ и значительнаго спроса со стороны населенія на акушерскую и гинекологическую помощь». По поводу этой программы «Врачебная хроника Харьковской губ.» (№ 7) высказываетъ слѣдующія соображенія, къ которымъ, конечно, можно только присоединиться. «Много было говорено о непригодности фельдшеровъ въ качествѣ самостоятельныхъ врачевателей, о серьезности задачъ врачеванія, о легковѣсности общаго и спеціальнаго образованія фельдшеровъ, о противоестественности подмѣна однихъ другими и, какъ оказывается... все не въ прокъ! Наша общая некультурность, нищета земствъ, унаслѣдованные привычки и предразсудки не позволяютъ быстро покончить съ фельдшеризмомъ, какъ системой, съ этой насмѣшкой надъ здравымъ смысломъ и искреннимъ желаніемъ помочь ближнему. Такъ или иначе, волей-ли неволей, приходится мириться и терпѣть это странное явленіе. Необходимость такого терпѣнія понятна; но совершенно непонятно стремленіе углубить и расширить сферу его вліянія и особенно непонятно такое стремленіе со стороны тѣхъ, кому это вѣдать надлежало-бы. Помочь фельдшерамъ разобраться такъ или иначе въ дѣлѣ, хотя-бы имъ и несвойственномъ, но все-же тяготѣющимъ надъ ними, это можно, пожалуй, слѣдуетъ, хотя многіе и машутъ рукой на такую попытку, какъ на безнадежную; но вводить ихъ еще въ новую сферу врачеванія—въ гинекологію и акушерство, это... совершенно непонятно и врядъ-ли цѣлесообразно. По существу дѣла даже гинекологическая практика мужчинъ-врачей—не вполнѣ нормальное явленіе; но, конечно, вслѣдствіе недостатка врачей вообще и совершенно гомеопатической дозы женщинъ-врачей возражать противъ нея нелѣпо, тѣмъ болѣе, что врачъ-мужчина стоитъ вполнѣ на высотѣ врачеванія и въ этой спеціальной области. Совершенно иное дѣло фельдшера: у нихъ есть конкуррентки многочисленныя, лучше подготовленныя вообще, а въ данной области обладающія значительными и теоретическими, и практическими знаніями, конкуррентки, гинекологическая практика которыхъ какъ нельзя болѣе естественна. И, если мы желаемъ дать населенію не камень вмѣсто хлѣба, желаемъ дѣйствительно оказать помощь населенію, но не только показать видъ, что оказываемъ ее, то въ эту сторону и должны направить свои старанія: если ужъ не можемъ обойтись совсѣмъ безъ фельдшеризма, то въ гинекологической практикѣ будемъ-те мириться съ дѣятельностью фельдшерицъ-акушерокъ, но воздержимся отъ искусственной прививки ее фельдшерамъ». «На проэктируемые курсы рѣшено командировать по назначенію врачебныхъ Совѣтовъ всѣхъ фельдшеровъ безъ отношенія къ степени ихъ образованія, т. е. не однихъ школьныхъ, но и ротныхъ». «Ротный фельдшеръ и гинекологія—это такая нелѣпость, такая непозволительная комбинація, что допускать ее не долженъ даже самый покладистый компромиссъ». «Хроника» приводитъ тутъ-же соображенія, высказанныя по поводу повторительныхъ курсовъ самими фельдшерами на фельд-

шерскомъ Совѣщаніи при Курской губернской земской Управѣ. Тамъ было указано, что техникѣ фельдшерамъ нечего учиться, незачѣмъ пріѣзжать для этого на курсы: она всегда у нихъ подъ рукой и дома; усвоеніе-же ея по существу дѣла требуетъ не недѣль, а годовъ; поэтому курсы должны себѣ поставить иную цѣль—не спеціальную и узко-техническую, а общеобразовательную — цѣль расширенія кругозора слушателей, развитія болѣе сознательнаго отношенія къ окружающей обстановкѣ и условіямъ жизни.

1930. Минскимъ губернскимъ земскимъ Комитетомъ ассигновано на *медицинскую часть въ 1905 г. 468073 р.* («Русскія Вѣдомости», 19 сентября).

1931. Витебскій нотаріусъ Бергнеръ завѣщалъ ½ своего крупнаго состоянія на устройство *пріюта для лицъ, неспособныхъ къ труду* («Харьковскій Листокъ», 13 сентября).

1932. Въ замѣткѣ *«о народныхъ чтеніяхъ по заразнымъ заболѣваніямъ и мѣрамъ борьбы съ ними въ Ямбургскомъ уѣздѣ»* д-ръ *Н. А. Золотавинъ* описываетъ устроенныя имъ чтенія съ туманными картинами для взрослаго сельскаго населенія и учащихся старшаго возраста въ 14 школахъ уѣзда («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», сентябрь). На всѣхъ 14 чтеніяхъ присутствовали 2172 слушателя, въ числѣ которыхъ было 1366 (62,9%) взрослыхъ и 806 (37,1%) подростковъ и школьниковъ старшаго возраста. Въ среднемъ на одномъ чтеніи было 153 слушателя (97 взрослыхъ и 57 подростковъ и школьниковъ). Общее впечатлѣніе отъ чтеній у автора осталось такое, что болѣе внимательной и усердной аудиторіи трудно желать. «Условія народнаго образованія въ деревнѣ, какъ школьнаго, такъ и внѣшкольнаго, обставлены у насъ въ настоящее время настолько значительными предосторожностями, что обыкновенно мы сами невольно привыкаемъ къ мысли, что деревенскіе обыватели научныхъ свѣдѣній не могутъ правильно понять и оцѣнить, а потому такія свѣдѣнія имъ и не нужны (или даже вредны) или, по крайней мѣрѣ, преждевременны. Подобное мнѣніе совершенно неосновательно». Къ такому именно выводу и приводитъ автора первая попытка устройства живыхъ бесѣдъ съ народомъ по гигіэнѣ.

1933. Кавказское медицинское Общество представило въ горный Департаментъ состоявшееся по докладу д-ра *А. Н. Бабаянъ-Бабаева* постановленіе 2-го Съѣзда Кавказскихъ врачей *о признаніи за Тифлисскими минеральными водами общественнаго значенія*. Департаментъ, сочувственно встрѣтивъ это постановленіе, передалъ его, какъ сообщаетъ «Сѣверный Кавказъ» (11 сентября), на разсмотрѣніе Присутствія при Управленіи медицинской части гражданскаго вѣдомства на Кавказѣ, которое и опредѣлило, что по химическому составу, цѣлебнымъ свойствамъ и добиту Тифлисскія минеральныя воды заслуживаютъ признанія за ними общественнаго значенія.

1934. 12-го сентября при Нижегородскомъ дворянскомъ Карагаевскомъ пріютѣ открыта *больница* («Нижегородскій Листокъ», 15 сентября).

1935. Въ свое время почти во всѣхъ общихъ газетахъ перепечатано было изъ «Харбинскаго Вѣстника» (18 августа) *письмо хорунжаго Ѳ. Лодыженскаго* о томъ, что проф. *В. К. Высоковичъ* отказалъ ему дать мѣсто въ занимаемомъ имъ однимъ 4-мѣстномъ купэ 2-го класса, хотя-бы на верхнемъ диванѣ, и посовѣтовалъ помѣститься въ 3-мъ классѣ. Поѣздъ былъ переполненъ, а г. Лодыженскій, едва оправившись послѣ болѣзни (переломъ ноги), возвращался на позицію въ полкъ. До сихъ поръ, сколько мы могли прослѣдить за этимъ, проф. *Высоковичъ* на это письмо ничего не отвѣтилъ—быть можетъ, потому, что не имѣлъ времени читать общихъ газетъ,—и возбужденное общественное мнѣніе продолжаетъ считать его безчеловѣчнымъ...

1936. *По поводу порядковъ въ Могилевской еврейской больницѣ* (см. выше, № 35, стр. 1202) «Днѣпровскій Вѣстникъ» (14 сентября) перепечаталъ изъ «Могилевскихъ Губернскихъ Вѣдомостей» слѣдующее письмо д-ра *М. И. Бучинскаго*: «Еврейская больница, обслуживающая нужды всей Могилевской губерніи и г. Могилева съ еврейскимъ населеніемъ по преимуществу, заключаетъ въ себѣ только 35 коекъ; число-же наличныхъ больныхъ ежегодно превышаетъ эту цифру; такъ, сегодня въ ней лежитъ 45 больныхъ. О томъ, какъ попасть въ больницу, на главномъ входѣ въ нее выставлено объявленіе: для этого надо больного доставить въ больницу для осмотра врачемъ въ опредѣленные часы. Въ экстренныхъ случаяхъ (отравленіе, кровотеченіе и пр.) больные принимаются во всякое время. Заявленіе, что ни одинъ больной не поступаетъ въ больницу безъ предварительнаго визита къ врачу (на домъ), представляетъ собою злостное измышленіе. Ничего подобнаго не было съ 15 августа 1904 г., времени вступленія моего въ завѣдываніе больницей, равно какъ и до этого времени, когда ею завѣдывалъ д-ръ *Ассмутъ*, въ настоящее время находящійся на Дальнемъ Востокѣ съ Могилевскимъ отрядомъ Краснаго Креста. Д-ръ *Ассмутъ*, вернувшись съ войны, надѣюсь, и самъ опровергнетъ подобную клевету надлежащимъ путемъ».

1937. Московской городской санитарной станціей въ іюлѣ и августѣ произведено было 557 анализовъ—156 химическихъ и 401 бактеріологическій. Изслѣдованіе *ягодныхъ и фруктовыхъ сиропов* показало, что они готовятся, дѣйствительно, изъ соотвѣтствующихъ ягодъ и плодовъ, но окрашены искусственно; такъ, всѣ пробы сиропов, имѣющихъ красный цвѣтъ, подкрашены *карминомъ*. Изъ 7 изслѣдованныхъ пробъ *сахарнаго варенья* въ 3 оказалась примѣсь *борной кислоты* въ цѣляхъ предохраненія отъ порчи. Въ *клюквенномъ экстрактѣ* найдено значительное количество мѣди. Сгущенное молоко, приготовляемое въ Москвѣ для нашихъ войскъ на Дальнемъ Востокѣ, оказалось продуктомъ хорошаго качества, безъ всякой подмѣси постороннихъ веществъ вообще и въ частности веществъ, предохраняющихъ его отъ порчи. Кромѣ того, оно оказалось совершенно стерильнымъ и, слѣд., не способнымъ подвергнуться порчѣ при перевозкѣ на дальнее разстояніе («Русскія Вѣдомости», 20 сентября).

1938. Слѣдующій *Международный Съѣздъ по физіологіи* соберется въ Heidelberg'ѣ подъ предсѣдательствомъ проф. *Kossel*'а («Wiener medicinische Wochenschrift», № 38).

1939. Въ сентябрѣ 1905 г. въ Bruxelles'ѣ подъ предсѣдательствомъ проф. *Th. Kocher*'а состоится *1-й Международный Съѣздъ хирурговъ*. На Съѣздѣ этомъ доклады можно дѣлать лишь по слѣдующимъ *программнымъ вопросамъ*: 1) *Значеніе изслѣдованія крови для хирургіи* [докладчики: *Keen* (Philadelphia), *Sonnenburg* (Berlin), *Ortiz de la Torre* (Madrid), *Depage* (Bruxelles)]. 2) *Лѣченіе гипертрофіи предстательной железы* [докладчики: *R. Harrisson* (London), *Rovsing* (Kjövenhavn), *Rydygier* (Lwow)]. 3) *Хирургическое вмѣшательство при нервныхъ пораженіяхъ желудка* [докладчики: *M. Robson* (London), *Eiselsberg* (Wien), *Monprofit* (Anger), *Rotgans* (Amsterdam), *Jonesco* (Бухарештъ)]. 4) *Лѣченіе бугорчатковаго пораженія суставовъ* [докладчики: *Bier* (Bonn), *Broca* (Paris), *Bradford* (Boston), *Codivilla* (Bologna), *Willems* (Hand)]. 5) *Лѣченіе воспаленія брюшины* [докладчики: *Lennander* (Upsala), *Friedrich* (Leipzig), *Lejars* (Paris), *M. Cosh* (New-York), *Krogius* (Гельсингфорсъ), *de Isla* (Madrid)]. 6) *Распознаваніе хирургическихъ заболѣваній почекъ* [докладчики: *Albarran* (Paris), *Kummel* (Hamburg), *Giordanno* (Venezia), *Lambotte* (Bruxelles)].

1940. *На мѣсто* недавно скончавшагося проф. *Albert*'а *Landerer*'а, занимавшаго въ послѣдніе мѣсяцы своей жизни постъ директора новой городской больницы въ Schöneberg'ѣ, предмѣстьѣ Berlin'а, *назначенъ* сверхштатный профессоръ хирургіи Tübingen'скаго Университета *Hermann Küttner*.

1941. *Сильное распространеніе брюшного тифа въ юго-западной части Германіи* побудило правительство назначить особую Коммиссію, которой поручено на мѣстѣ изучить причины и условія распространенія эпидеміи. Одновременно Коммиссія осматриваетъ бактеріологическія станціи, устроенныя въ Metz'ѣ, Strassbourg'ѣ, Trier'ѣ и Kaiserslautern'ѣ. Она состоитъ изъ предсѣдателя санитарнаго вѣдомства *Köhler*'а, *Leuthold*'а, проф. *Koch*'а и *Dietrich*'а.

1942. Директоръ Charité д-ръ *Schaper оставляетъ свою должность* вслѣдствіе переутомленія. Преемникъ ему еще не назначенъ.

1943. На Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Breslau (12—14 сентября) нѣмецкимъ Обществомъ борьбы съ шарлатанствомъ устроена въ высшей степени интересная *«шарлатанская выставка»*, имѣющая цѣлью ознакомить публику съ пріемами недипломированныхъ цѣлителей. Выставка состоитъ изъ 10 отдѣловъ, въ которыхъ представлены: рекламы шарлатановъ и фабрикантовъ лѣкарствъ, шарлатанскія лѣчебныя учрежденія и институты съ большимъ числомъ больныхъ, различные способы лѣченія «безъ ядовъ и операцій», т. наз. лѣченіе силами природы, лѣченіе молитвой; далѣе выставлены статистическія таблицы и книги, поясняющія правовое положеніе шарлатановъ въ Германіи и необходимость частной и обще-государственной борьбы съ этимъ зломъ.

1944. На мѣсто проф. *König*'а *директоромъ хирургической клиники въ Charité назначенъ проф. Hildebrandt*, въ послѣднее время занимавшій каѳедру хирургіи въ Basel'ѣ, а раньше бывшій ассистентомъ проф. *König*'а и завѣдывавшій поликлиникой.

1945. *Умерли*: 1) 18-го августа въ госпиталѣ при станціи Имяньо отъ брюшного тифа *Бернгардъ Артуровичъ Бетхеръ*, находившійся въ отрядѣ проф. *Цеге-ф.-Мантейфеля* («Русскія Вѣдомости», 20 сентября). Покойный родился въ 1870 г., а званіе врача получилъ въ 1894 г. — 2) 1-го сентября, на Дальнемъ Востокѣ, отъ воспаленія легкихъ врачъ Тамбовскаго отряда Краснаго Креста *Песковъ* (Тамъ-же).— 3) Старшій врачъ 8-го драгунскаго Смоленскаго полка *Станиславъ Казиміровичъ Мрайскій* («Правительственный Вѣстникъ», 16 сентября), родившійся въ 1853 г., а званіе врача получившій въ 1880 г.—4) Старшій врачъ 85-го пѣхотнаго Выборгскаго полка *Михаилъ Людвиговичъ Завадскій* (тамъ-же), родившійся въ 1862 г., а званіе врача получившій въ 1889 г.—5) Старшій врачъ 8-го Туркестанскаго стрѣлковаго батальона *Смирновъ* (тамъ-же). — 6) 18-го сентября, въ Москвѣ, *Сергѣй Игнатьевичъ Пейко* [«Русскія Вѣдомости», 19 сентября [1])].

Въ 1-й части письма ч. пр. *В. В. Иванова* «Вопросъ о прививкахъ сифилиса обезьянамъ на V Международномъ дерматологическомъ Съѣздѣ въ Berlin'ѣ» (см. № 38) вкрались слѣдующія *опечатки*: 1) на стр. 1286, въ 1-мъ столбцѣ, на 44 строкѣ св. напечатано «сравнительно»; слѣдуетъ—«сравнимыя»; 2) на той-же стр., во 2-мъ столбцѣ, на 30-й строкѣ св. напечатано «которыя»; слѣдуетъ—«которые».

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

St.-Petersburger medicinische Wochenschrift. 21 февраля (5 марта).

S. Rubinstein. *Die diagnostische Bedeutung der zehnten Rippe.* Подвижность 10-го ребра—важный признакъ нейротическаго расположенія.

28 февраля (12 марта).

W. Holst. *Ueber «Morbus Basedowii».*

6 (19) марта.

Z. Blindreich. *Febris gonorrhoica acutissima.* Случай.

13 (26) марта.

A. Bergmann. *Die Resultate der Bassini-Operation.*

20 марта (2 апрѣля).

E. Moritz. *Zur Aetiologie der Arteriosklerose.* Разборъ 100 случаевъ артеріосклерова изъ Нѣмецкой Александровской больницы. Подтверждается значеніе сифилиса и алкоголизма.

27 марта (9 апрѣля).

H. Lau. *Zur Frage der Skrophulose.* (Не окончена).

Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift. 3 января.

1. **G. Winter.** *Ueber die klinische Bedeutung der Retroflexio uteri.* 2. **C. Rudinger** und **S. Jonas.** *Ueber das Verhältniss der Tetanie zur Dilatatio ventriculi.* 3. **A. Freudenberg.** *Ueber Kamphersäure als prophylaktisches Mittel gegen Katheterfieber.* 4. **J. Nussbaum.** *Ueber das Verhalten der Fibromyome bei Graviditäts-Placentarbildung sowie im Puerperium.*

10 января.

1. **F. Blumenthal.** *Die Serumtherapie des Tetanus.* 2. **G. Padoa.** *Neuer Beitrag zum Studium der Harncylinder* (мочевыхъ цилиндровъ). 3. **R. Katz.** *Ein Fall von Zerreissung des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle, gleichzeitig ein Beitrag zum Werte der vaginalen Coeliotomie.* 4. **T. Westhoff.** *Beitrag zur Händedesinfektionsfrage.*

17 января.

1. **H. Senator.** *Die Behandlung des Erysipels.* Клиническая лекція. 2. **O. O. Fellner** jun. *Zur Frage der Divertikeleinbettung in der Tube.* 3. **E. Neter.** *Zur Pathogenese und Therapie des Laryngospasmus, der Tetanie und Eklampsie.*

24 января.

1. **G. Edletsen.** *Ueber den Wert des Pepsins in der Behandlung der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter.* 2. **A. Wolff.** *Ueber physikalische Verhältnisse bei der Entzündung.* 3. **J. Bogdanik.** *Kriminelle Fruchtabtreibung mit Uterusperforation.*

31 января.

1. **T. Escherich.** *Ueber Chorea mollis.* 2. **B. Wolff.** *Ueber die Anwendung von Ester-Dermasan in der Gynäkologie.* 3. **E. Kerner.** *Ein Fall von akutem polyartikulärem Gelenksrheumatismus gleichzeitig mit akuter Gonorrhoe.*

14 февраля.

1. **J. Bakes.** *Ein Beitrag zur Radikaloperation des Uteruskrebses nach Wertheim.* Случай операціи рака матки по *Wertheim*'у. 2. **R. Sommer.** (Окончаніе).

21 февраля.

1. **C. Forlanini.** *Beitrag zur Therapie der Aortenaneurismen.* 2. **B. Müller.** *Zur Kenntniss der Therapie der genuinen Epilepsie.* (Не окончена). 3. **S. Herz.** *Periostitis alveolaris acuta in einem zahnlosen Oberkiefer* (въ беззубой верхней челюсти).

13 марта.

1. **J. Cisler.** *Ueber das primäre, sogenannte klassische Stadium der Posticuslähmung.* 2. **Gielen.** *Sollen Konserven mit der Jahreszahl ihrer Herstellung versehen werden?* 3. **L. Laband.** *Ueber den heutigen Stand der Lehre von der Lävulosurie.*

27 марта.

1. **И. К. Заблудовскій.** *Ueber Anstrengung beim Schreiben und Musizieren.* 2. **W. Schneider.** *Ueber die interne Behandlung der Gonorrhoe.* (Окончаніе). 3. **E. Weiss.** *Einige Worte zur Pflege akuter Gelenkkranker.*

3 апрѣля.

1. **M. Joseph.** *Ueber die Acne vulgaris.* 2. **A. Loebel.** *Zur Technik und Wirkung der strömenden Kohlensäurebäder.* Техника и дѣйствіе текучихъ углекислыхъ ваннъ. (Не окончена).

10 апрѣля.

1. **Н. П. Федченко** (Москва). *Ueber die Wirkung der in der Therapie der Syphilis gebrauchten Quecksilbersalben.* О ртутныхъ мазяхъ въ лѣченіи сифилиса. 2. **A. Loebel.** (Продолженіе). 3. **M. Fränkl.** *Einige Mitteilungen über Jodipin.*

17 апрѣля.

1. **G. Baccelli.** *Aneurysma der Mesenterica Superior.* Клиническая лекція. 2. **O. Lederer.** *Ein Fall von Hedonalintoxication* (выздоровленіе). 3. **A. Loebel.** (Окончаніе).

Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. 26 ноября 1903 г.

1. **G. Sommer.** *Die objektive Bestimmung des Brechzustandes der Augen vermittels der Schattenprobe.* Опредѣленіе преломляемости глазъ тѣневою пробою.

3 декабря.

M. Bondi. *Zwei Fälle von spontaner Linsenluxation in die vordere Augenkammer.*

10, 17 и 24 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

1 и 8 января.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

14, 21 и 28 января.

1. **Schalscha.** *Ueber Anätzung der Hornhaut durch zu starke Höllensteinlösung.* О прижиганіи роговицы слишкомъ крѣпкимъ растворомъ серебра. 2. **Haass.** *Zur Diszission juveniler Katarakte.*

4 и 11 февраля.

F. R. Arlt. *Eine praktische Ordinationslampe.*

Англійскіе.

Medical News. 6 февраля.

1. **F. H. Williams.** *Some of the physical properties and medical uses of radium salts; with report of 42 cases treated by pure radium bromide.* 2. **W. B. Coley.** *Late results of x ray treatment of sarcoma.* 3. **J. B. Deaver.** *Abdominal versus vaginal hysterectomy.* 4. **J. T. Moore.** *The occurrence of taenia nana in Texas.* По поводу 1 случая. 5. **V. C. Pedersen.** *Two advantageous procedures in anesthesia work.* 6. **V. A. Robertson.** *Laboratory aids to diagnosis for the general practitioner.*

13 февраля.

1. **F. H. Wiggin.** *Abdominal pain of intestinal origin.* 2. **T. L. Coley.** *The dietetic treatment of arteriosclerosis.* 3. **J. Sobel.** *Enlargement of the phalanges in rickets* (рахитѣ). 2 случая. 4. **De Lancey Rochester.** *Treatment of pneumonia.* Кромѣ обычныхъ мѣръ, предлагаетъ стрихнинъ по 0,002, каждые 4 часа, подкожно (и до 0,004 каждые 2 часа при нуждѣ). 5. **R. G. Eccles.** *The sanitary aspect of food preservatives.*

20 февраля.

1. **H. M. Biggs.** *The administrative control of tuberculosis.* 2. **L. F. Flick.** *House infection of tuberculosis.* 3. **J. Barsky.** *Case of tetany.* 4. **C. E. Skinner.** *Two cases of severe x-ray necrosis...* 5. **M. Stamm.** *The value of vaginal caesarian section.* 2 случая.

27 февраля.

1. **W. G. Thompson.** *The economic value of medical science.* 2. **P. W. Nathan.** *Etiology of rachitis.* 3. **C. B. Knapp.** *Splint for treatment of fracture of the inferior maxilla.* 4. **H. Illoway.** *Thrush.* Молочница. 5. **L. Stern.** *The internal treatment of diseases of the bladder.* 6. **E. Ricketts.** *Chloroform in labor* (при родахъ).

5 марта.

1. **J. Howland.** *The pathological anatomy of Shiga bacillus infection of the intestine in infants.* 2. **C. Beck.** *The utilisation of the lower lip* (нижней губы) *in rhinoplasty.* 3. **D. T. Marshall.** *A simple and inexpensive rheostat to use with the electric light current.* 4. **B. B. Gallaudet.** *Traumatic pyelo-paranephric cyst.* 5. **A. T. Livingston.** *Ergot in alcoholism, morphinism, and the general class of drug habit cases.* 6. **J. H. Branham.** *Suture of the omentum to the parietal peritoneum (epiplopexy) for ascites.*

12 марта.

1. **L. E. La Fetra.** *A clinical study of 62 cases of intestinal infection by the bacillus dysenteriae (Shiga) in infants.* 2. **C. E. Quimby.** *A factor in the etiology of disforted nasal septa.* 3 **F. Bierhoff.** *On the abortive treatment of gonorrhea in the male.* 4. **C. G. Clark.** *Differential diagnosis and treatment of chancroid and chancre.* 5. **W. Reber.** *The ocular signs of syphilis.* 6. **L. C. Peter.** *Diagnosis and treatment of syphilis of the central nervous system.* 3 случая. 7. **L. S. Somers.** *The recognition and treatment of some of the pharyngeal lesions of syphilis.* 8. **E. Andrade.** *New stain for diphtheria bacilli.*

19 марта.

1. **W. L. Estes.** *The individual equation of the patient in surgical operations.* 2. **S. S. Burt.** *Valvular disease of the heart and its treatment.* 3. **F. H. Murdoch.** *The clinical significance of pain in the epigastrium.* 4. **R. Douglas.** *The significance of pus and blood in the urine.* 5. **H. Richardson.** *Neurasthenia.* 6. **S. H. Brown.** *The theatrical profession as a factor in the dissemination of disease.* 7. **F. Griffith.** *Instrument hanger for glass-shelved cases.* 8. **J. G. Kiernan.** *Forensic eye aspects of tabes.*

26 марта.

1. **H. Cushing.** *Pneumatic tourniquets: with especial reference to their use in craniotomies.* 2. **E. H. Goodman.** *A case of strangulated inguinal hernia: death from fecal drowning during etherisation.* 3. **H. M. Hays.** *A history of saliva: its physiology, chemistry and pathology.* 4. **J. F. Erdmann.** *Surgery of the gall bladder and ducts.* Хирургія желчнаго пузыря и путей. 5. **E. G. Williams.** *The regulation of the duration of exposure and the distance from the tube in x-ray therapy.* 6. **R. Abra-**

hams. *Sea-bathing in some forms of skin diseases.* 7. G. P. Paul. *Pericarditis: with the report of cases.* 8. A. L. Benedict. *Indicators in gastric analysis: with special reference to tropeolin 00.* 9. R. D. Baker. *Physiological and clinical aspects of hydrotherapy: with its special reference to the treatment of psychoses.*

9 апрѣля.

1. C. L. Dana and J. R. Hunt. *Tuberculosis of the spinal cord.* По случаю бугорчатковаго міэлита и пахименингита. 2. G. A. Soper. *The outlook for a more sanitary street-car service in New-York.* 3. W. A. White. *Early diagnosis of general paresis.* 4. J. J. Walsh. *Pulmonary tuberculosis as an infectious disease: its early diagnosis.* 5. W. S. Newcomet. *Pathological changes in tissue under the influences of the x-ray.* 6. J. E. Stubbert. *A historical sketch of some of the so-called cures for consumption.* 7. A. M. Pond. *Normal labor considered from a surgical standpoint.* 8. H. A. Kelly. *Rubber cushions* (резиновыя подушки) *for general surgical, gynecological and obstetric use.*

16 апрѣля.

1. W. J. Mayo. *Ulcer and cancer of the stomach from a surgical standpoint.* 2. N. G. Ward *Otitis media in croupous pneumonia...* 3. J. Ransohoff. *Hepatectomy for tuberculoma of the liver.* 4. F. Allport. *The relationship existing between ophthalmology and otology and dentistry.* 5. J. E. Stubbert. (Продолженіе). 6. W. B. Noyes and R. C. Newton. *Hysteria and organic disease.* 7. J. Perkins. *Varieties of pulmonary tuberculosis.* 8. J. R. Clemens. *Poisoning by the white of an egg.* Случай отравленія яичнымъ бѣлкомъ.

23 апрѣля.

1. E. Eliot. *The behaviour of the costal arch in diseases of the abdominal organs and its importance as a diagnostic symptom.* (Не окончена). 2. R. H. Babcock. *The pulse as a guide to the life insurance examiner.* 3. R. Kalish. *Some external diseases of the eye due to rheumatism.* 4. C. F. Craig. *Rupture of the spleen.* 2 случая разрыва селезенки 5. F. T. Brown. *Some features of renal tuberculosis.* 6. J. M. Wainwright and H. J. Nichols. *Hookworm disease and miners'anemia in the anthracite coal fields.* Объ анкилостоміазѣ. 7. P. Thorndike. *When and how shall we operate for obstructing hypertrophy of the prostate gland?* 8. J. G. Sheldon. *Reflections on the surgery of prostatic hypertrophy.*

30 апрѣля.

1. M. Nicoll. *The symptomatology, differential diagnosis and course of broncho-pneumonia in children.* 2. D. Bovaird. *The pathology of lobar and bronchopneumonia in infants and children.* 3. W. P. Northrup. *Treatment of bronchopneumonia in children.* 4. E. Eliot. (Продолженіе). 5. R. K. Kemp. *A new method for transillumination of the stomach by means of fluorescent media.* 6. J. M. Taylor. *The scope of physical economics.*

Medical Record. 13 февраля.

1. W. W. Baldwin. *Some personal observations and experience of the Shott treatment of heart disease.* О Schott'овскомъ способѣ лѣченія болѣзней сердца. 2. A. Gordon. *Contribution to the study of spondyloze rhisomélique.* 3 случая. 3. S. H. Dessau. *The antiseptic treatment of pneumonia in infants and children.* Даетъ дѣтямъ внутрь по 1 драхмѣ 2%-ной карболовой кислоты, каждые 2 часа; мѣстно-холодныя примочки; при сильномъ кашлѣ 5—10 капель бензойнокислой настойки опія на ночь. 4. W. B. de Garmo. *Hernia in young children.* 5. D. C. Dennett. *Radiotherapy, with report of cases.*

20 февраля.

1. I. Adrel. *Heart syphilis.* О сифилисѣ сердца. 2. C. W. Allen. *High-frequency currents in the treatment of skin diseases.* 3. C. Beck. *The medicolegal aspect of accidents caused by the Röntgen rays.* 4. E. Gorton. *Insomnia.* 5. G. E. Brewer. *Common duct stone association with acute septic cholangitis.* 6. D. B. St. John Roosa. *A case of choroidal inflammation, with permanent loss of vision, caused by excessive use of the eyes during a comparatively short period of time.*

27 февраля.

1. A. S. Taylor and L. P. Clark. *The surgical treatment of facial palsy with the technique of faciohypoglossal nerve anastomosis.* 2. B. Robinson. *Questions of uranalysis bearing upon the diagnosis of contracted kidney* (сморщиванія почекъ). 3. F. Grosse. *The hot full-bath.* 4. J. B. Ransom. *The ordinary «x» and ultraviolet rays in the treatment of tuberculosis.* 5. J. J. Walsh. *Antistreptococcus serum in pernicious anaemia.* 6. T. W. Kilmer. *Haematoma of the sternocleido-mastoid muscle.* 3 случ.

5 марта.

1. S. Smith. *The treatment of gunshot wounds by british surgeons during the war of the Revolution, 1775—1783.* 2. W. B. Mo Laughlin. *The rationale of the natural arrest of consumption; a study explaining the effect of sea voyages, out-door life, etc., on disease, with suggestions as to ideal treatment.* 3. A. C. Bardes. *Running ear.* О теченіи изъ ушей. 4. W. J. Lederer. *Neuralgia due to dental irritation.* 5. A. E. Gibson. *The physiology of hunger* (голода).

19 марта.

1. R. Whitman. *A new treatment for fracture of the neck of the femur.* 2. J. Lesperance. *The soluble ferments of cow's milk* (коровьяго молока). 3 A. B. Johnson. *Some operative methods for the fixation of movable kidney and their result.* 4. J. R. Nelson. *Asthenopia and headache from eyestrain.* 5. E. Blasucci. *Dilatation of the bladder in suprapubic cystotomy.* 6. W. P. Mc Intosh. *Gastroenterostomy for carcinoma of the stomach.* 7. M. Hartwig. *Primary pyelitis in infants.*

26 марта.

1. H. Altshul. *Is iodide of potassium a specific in lobar pneumonia.* Лѣчить пнеймонію большими пріемами іодистаго калія. 2. A. G. Grunwell. *Report of a case of kidney decapsulation, with some observations on the operation.* 3. J. Pedersen. *Cases of urethral stricture and their management.* 4. J. A. Guthrie. *Some observations while serving in the Philippines.* 5. H. A. Higley. *Value of total and differential leucocyte counts during the course of typhoid fever.* Если обычное при тифѣ повышеніе % крупныхъ одноядерныхъ тѣлецъ на счетъ многоядерныхъ (съ лейкопеніею) пропадаетъ, то предстоитъ осложненіе болѣзни. Приведены 3 случая. 6. G. W. Squires. *A new sign of basilar meningitis.* Попеременное расширеніе и съуженіе зрачковъ при загибаніи головы ребенка кзади и пригибаніи ее къ груди въ лежачемъ положеніи.

2 апрѣля.

1. G. F. Shrady. *Hip and thigh amputations for sarcoma of the femur.* 2. C. E. Nammack. *The diagnosis of thoracic aneurysm.* 3. A. Wiener. *The modern treatment of dacryocystitis.* 4. W. W. Carter. *Thymic tracheostenosis.* Смертельный случай. 5. G. T. Mundorff. *The Kollmann five-glass test.* О Kollmann'ской пробѣ мочи (при уретритахъ). 6. A. C. Smith. *Antistreptococcic serum in the treatment of smallpox* (оспы). 7. L. F. Bishop. *Importance of treatment in the early stages of arterial degeneration.* 8. H. Crutcher. *Five laparotomies on one patient.* 9. H. B. Bashore. *Our rural water supplies.* 10. W. I. Le Fevre. *A radiographic surprise.*

9 апрѣля.

1. W. P. Northrup. *Joseph O'Dwyer, his methods of work on intubation...* 2. W. C. Sebring. *What shall we do with the nervous woman?* 3. B. Robinson. *The rectal segment of the ureter.* 4. J. G. Sheldon. *The technique of the removal of one half of the thyroid gland.* 5. B. L. Bryant and H. H. Crane. *Two cases of splenomedullary leukaemia, treatment, and recovery.*

16 апрѣля.

1. F. Peterson. *The tuberculosis hospitals of the New-York State hospitals for the insane.* 2. R. K. Macalester. *The deficient urea-excretion in gout and lithaemia.* 3. J. Wiener. *Operation for congenital saddle-nose by introduction of a celluloid plate.* 4. H. G. Spooner. *The bladder in health and disease, as demonstrated by the cystoscope.* Мочевой пузырь здоровый и больной въ цистоскопѣ. Рядъ снимковъ.

23 апрѣля.

1. J. R. Hunt. *Acute infections osteomyelitis of the spine and acute suppurative perimeningitis.* 2. F. Griffith. *Observations upon the protective value of the inspection of public women as carried out in Paris.* 3. L. Fisher. *Some points on the diagnosis and drug treatment of pneumonia in infants and young children.* 4. G. L. Brodhead. *Prophylaxis of puerperal sepsis.* 5. H. W. Lincoln. *Preliminary notes on transillumination of the stomach with fluorescein.* 6. L. W. Ely. *Supplementary note on a case of typhoid spine.*

30 апрѣля.

1. W. J. Mayo. *Some observations on the surgery of the common duct of the liver.* Объ общемъ печеночномъ протокѣ. 2. J. W. Brannan. *Appendicitis in children.* 3. E. Le Fevre. *Uric acid and its relation to the clinical manifestations of gout and lithaemia* Мочевая кислота и подагра. 4. M. I. Knapp. *Insufficientia pylori.* 5. H. Jarecky. *Hemorrhage after tonsillotomy; its general consideration.*

New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated. 6 февраля.

1. C. W. Edmunds. *Observations on the quantity of day and night urine.* 2. E. M. Sill. *Infantile bronchitis.* 3. M. L. Maduro. *The sanitary needs of Panama.* 4. T. S. Westcott. *A suggestion for the rapid calculation of percentage milk mictures.*

13 февраля.

1. F. Kreissl. *The conservative treatment of some surgical diseases of the renal pelvis and the ureter by the ureter-cystoscope.* 2. P. Le Breton. *Personal experiences with the administration of nitrous oxide and oxygen for prolonged anaesthesia.* 3. J. H. Hoelscher. *Original research regarding human perspiration.* 4. W. J. Morton. *Artifical fluorescence of living tissue in relation to disease.* (Не окончена). 5. R. C. Kemp. *Fluorescin in transillumination of the stomach.* 6. S. Chandler. *Trunecek's serum.* Получалъ недурные итоги отъ пріемовъ по 4 драхмы сыворотки 2—3 раза въ день.

20 февраля.

1. H. Stern. *The clinical importance of aerophagia.* 2. C. P. Noble. *Some of the more unusual results of movable kidney.* 8 случаевъ операцій при разныхъ осложненіяхъ подвижной почки. 3. W. Lee Howard. *Sex differentiation and education.* 4. H. J. Williams. *Osteomyelitis.* 17 случаевъ операціи. 5. W. J. Morton. (Окончаніе). 6. J. R. Pennington. *Roentgen rays in the treatment of pruritus ani.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CLXIV. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

О хроническомъ гнойномъ воспаленіи Fallopi'евыхъ трубъ въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніяхъ.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

Воспаленіе *Fallopi*'евыхъ трубъ можно считать однимъ изъ частыхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ. Едва-ли я ошибусь, если скажу, что изъ 10 амбуляторныхъ гинекологическихъ больныхъ у 5 можно встрѣтить измѣненія въ *Fallopi*'евыхъ трубахъ. Къ счастью, гнойныя формы среди другихъ формъ заболѣванія встрѣчаются рѣже. Чаще имѣется дѣло съ катарральными хроническими формами, которыя въ настоящее время все рѣже и рѣже даютъ поводъ къ операціи, такъ какъ хорошо поддаются сохраняющимъ способамъ лѣченія, изъ которыхъ главное мѣсто занимаетъ грязевое лѣченіе, внутриматочныя впрыскиванія по проф. *И. И. Грамматикати* [1]), д-ру *Г. И. Лебедеву* [2]), сухой горячій душъ по проф. *А. И. Лебедеву* и д-ру *А. М. Мансвѣтову* [3]). Гнойныя заболѣванія *Fallopi*'евыхъ трубъ, разъ распознаваніе твердо установлено, слѣдуетъ лѣчить лишь оперативнымъ путемъ.

Одной изъ главныхъ причинъ развитія pyosalpinx'а считается въ настоящее время гонорреиное заразное начало, затѣмъ слѣдуетъ стрептококковое, стафилококковое, кишечная палочка. Изъ 183 случаевъ pyosalpinx'а [*Gebhard* [4])] въ 92, т. е. въ 50,6%, найдены были гонококки, въ 29,2% стрепто- и стафилококки и только въ единичныхъ случаяхъ пнеймококки, кишечная палочка и различныя другія бактеріи, большею частью сапрофитныя. У *Wertheim*'а [5]) на 116 случаевъ гнойнаго воспаленія *Fallopi*'евыхъ трубъ въ 32 обнаружены были гонококки, въ 6 стрептококки, въ 1 стафилококки, въ 1 пнеймококкъ, въ 4 неопредѣленныя формы бактерій, а въ остальныхъ 72 при изслѣдованіи полученъ былъ отрицательный результатъ. По *Martin*'у [6]) на 376 случаевъ, собранныхъ имъ изъ литературы—116 случаевъ *Wertheim*'а, 15 *Charrier*'а, 27 *Prochownik*'а, 1 *Frommel*'я, 108 *Schaut*'ы и 109 самаго *Martin*'а,—получены въ 161 положительные бактеріологическіе результаты, а въ 215 вполнѣ отрицательные. Изъ 161 случая въ 76 обнаружены были чистые гонококки, въ 75—остальныя бактеріи, среди которыхъ (50 сл.) главное мѣсто занимаютъ стрептококки и стафилококки; въ 10 случаяхъ найдено было смѣшанное зараженіе: гонококками и стрепто- и стафилококками. Чѣмъ дольше тянется заболѣваніе, тѣмъ труднѣе открыть въ гною микроорганизмы. Прежде другихъ разрушаются и исчезаютъ изъ гноя гонококки, а затѣмъ уже другія формы бактерій, хотя, по наблюденіямъ *Schaut*'ы [11]), въ единичныхъ случаяхъ старыхъ pyosalpinx'овъ въ гною открываются еще гонококки, вполнѣ вирулентные и годные для дальнѣйшихъ прививокъ.

По *Fritsch*'у [12]) гной изъ pyosalpinx'а въ большинствѣ случаевъ вовсе не содержитъ микроорганизмовъ; они, по его мнѣнію, быстро погибаютъ.

Относительно смѣшаннаго зараженія существуютъ еще разногласія, но совмѣстное существованіе разныхъ микроорганизмовъ въ гною изъ одной и той-же опухоли трубы доказано несомнѣнно. *Witte* [13]) въ 3 случаяхъ рядомъ съ гонококками нашелъ и другія формы микроорганизмовъ; *Martin* [14]) изъ 6 случаевъ въ 2, помимо гонококковъ, также нашелъ другіе микроорганизмы. *Bumm* [15]), *Zweifel* [16]) признаютъ вполнѣ совмѣстное развитіе микроорганизмовъ. Тоже принимаютъ *Charrier* [17]), *Schmorl* [18]), *Saenger* [19]), *Fritsch* [20]), *Leopold* [21]) и др.

Самый главный противникъ этого мнѣнія—*Wertheim* [22]), заявившій на Съѣздѣ гинекологовъ въ Bonn'ѣ, что на основаніи его опытовъ рядомъ съ гонококками гноеродные микроорганизмы развиваться не могутъ.

Изъ своихъ случаевъ при бактеріологическомъ изслѣдованіи я нашелъ микроорганизмы—стрептококковъ и кишечную палочку—лишь въ 1; въ остальныхъ не найдено ничего. Это объясняется, конечно, тѣмъ, что больныя, поступавшія въ клинику по поводу pyosalpinx'овъ, въ большинствѣ случаевъ являлись туда уже со старымъ процессомъ, много лѣтъ спустя отъ начала заболѣванія.

Если обратиться къ анамнестическимъ даннымъ, полученнымъ при разспросѣ больныхъ, то окажется, что въ 10 случаяхъ причиной заболѣванія служило, по всей вѣроятности, перелойное зараженіе, въ 6—гнилостное: въ 4 случаяхъ послѣ родовъ и въ 2 послѣ выкидыша.

Относительно путей распространенія того или другого заразнаго начала въ настоящее время уже строго установлено, что заболѣваніе можетъ распространяться или per continuitatem со слизистыхъ оболочекъ влагалища матки прямо на слизистую оболочку *Fallopi*'евыхъ трубъ, или черезъ кровеносную и лимфатическую системы. На счетъ 1-го пути мнѣнія всѣхъ авторовъ согласны; относительно-же 2-го имѣются и противорѣчущіе взгляды; такъ, *Poirier* [23]) утверждаетъ, что, вслѣдствіе сравнительной отдаленности маточныхъ лимфатическихъ сосудовъ отъ *Fallopi*'евыхъ трубъ и относительной близости ихъ къ яичникамъ, можетъ образоваться нарывъ въ яичникѣ безъ одновременнаго пораженія трубъ.

Перелойное заболѣваніе обыкновенно начинается снизу, т. е. заболѣваетъ сначала мочеиспускательный каналъ. Дня 3 больная страдаетъ частыми позывами на мочу; мочеиспусканіе сопровождается болью; затѣмъ заболѣваетъ слизистая оболочка влагалища, а иногда, минуя ея, слизистая оболочка шейки матки и ея тѣла, а отсюда процессъ распространяется уже на трубы, чаще всего заразъ въ обѣ стороны, въ результатѣ чего и получается двусторонній сальпингитъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ первое проявленіе сальпингита наблюдается вслѣдъ за выкидышемъ или за нормальными родами; до этого-же времени перелойная зараза скрывается въ каналѣ шейки, вызывая лишь явленія шеечнаго эндометрита. Въ такихъ случаяхъ, обыкновенно на 3—5-ый день послѣ родовъ, появляются небольшія боли внизу живота, сопровождающіяся повышеніемъ температуры до 38°—39°; при этомъ очень нерѣдко бываетъ хорошее самочувствіе; никакихъ признаковъ болѣзни больная не чувствуетъ, прекрасно ѣстъ, спитъ и т. д. Если процессъ не переходитъ въ нагноеніе, то черезъ нѣсколько дней температура падаетъ, боли исчезаютъ, и больная вскорѣ оставляетъ постель. Больныя въ такихъ случаяхъ очень часто обходятся безъ врачебной помощи и только спустя нѣкоторое время, когда каждыя мѣсячныя начинаютъ сопровождаться болями, обращаются къ врачу, который и находитъ односторонній, а—чаще—двусторонній сальпингитъ или—вѣрнѣе—сальпингоофоритъ, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ и яичникъ принимаетъ участіе въ заболѣваніи [*Aran* [24]), *Courty* [25]), *Terrillon* [26]), *Nagel* [27]), *M. Dixon Jones* [28]), *С. Д. Михновъ* [29]), *Péan* [30]), *Schauta* [31]), *Wertheim* [32]) и др.].

Въ подтвержденіе только-что сказаннаго приведу слѣдующее: бактеріологически изслѣдуя прибывающихъ рожениць, я нашелъ у 10 изъ 100 гонококковъ; изъ этихъ 10 рожениць 6 лихорадили въ послѣродовомъ періодѣ, давъ вышеописанную картину заболѣванія; въ выдѣленіяхъ у нихъ были найдены лишь гонококки безъ примѣси стрепто- и стафилококковъ. Больныя эти хворали недолго и выписались въ относительно хорошемъ состояніи.

Въ то время, какъ гонококковая зараза проникаетъ въ трубы путемъ непосредственнаго распространенія по слизистымъ оболочкамъ, стрептококковая и стафилококковая могутъ попасть въ трубы и чрезъ лимфатическую систему при раненіяхъ влагалища, шейки и тѣла матки во время родовъ или при операціяхъ на маткѣ либо во влагалищѣ. Кромѣ этого, гнилостные микроорганизмы, равно какъ кишечная палочка могутъ проникнуть въ трубу и изъ кишечника. Такъ, описаны случаи, гдѣ при тифлитѣ или пара-перитифлитѣ находили одновременно гнойныя заболѣванія *Fallopi*'евыхъ трубъ и яичниковъ соотвѣтствующей стороны [*Martin* [33]), *Smith* [34])]. *Smith* на 100 случаевъ pyosalpinx'а въ 7 нашелъ одновременное гнойное воспаленіе червеобразнаго отростка, и трудно было сказать, какой органъ заболѣлъ прежде и передалъ свою болѣзнь другому? Я въ этомъ направленіи опыта не имѣю, но на основаніи нѣкоторыхъ наблюденій надъ заживле-

ніемъ послѣоперацiонныхъ культей, опущенныхъ въ брюшную полость, склоняюсь въ пользу такого предположенія: правостороннія культи послѣ оваріотоміи, міомотоміи, сальпинготоміи или послѣ вылущенія кистъ широкихъ связокъ чаще даютъ нагноенія и выхожденіе лигатуръ, чѣмъ культи съ лѣвой стороны, что я объясняю близостью ихъ въ слѣпой кишкѣ въ первомъ случаѣ и проникновеніемъ отсюда микроорганизмовъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣоперацiонная культя спаивается со слѣпой кишкой и образуетъ вмѣстѣ съ ней одну болѣзненную, плотную опухоль.

Предрасполагающимъ условіемъ къ образованію кистовидныхъ расширеній *Fallopi*'евыхъ трубъ, по мнѣнію *Lawson-Tait*'а [35]) и *Freund*'а [36]), могутъ служить неполное ихъ развитіе или дѣтское недоразвитіе.

На основаніи всего этого можно сказать, что главнымъ этіологическимъ условіемъ для возникновенія сальпингита вообще служитъ гоноррея, т. е. заболѣваніе имѣетъ исходной точкой половыя сношенія съ зараженнымъ перелоемъ мужчиной. Зараженіе гонорреей другимъ внѣполовымъ способомъ наблюдается крайне рѣдко. *Fritsch* [37]) описалъ случай зараженія гонорреей черезъ вложенный пессарій. *Hegar* [38]) наблюдалъ нѣсколько случаевъ зараженія гонорреей черезъ платье, въ отхожихъ мѣстахъ, а также въ гостинницахъ отъ нечистыхъ кроватей.

Pyosalpinx можетъ возникнуть также на почвѣ сывороточнаго sactosalpinx'а, что можно, какъ утверждаетъ *Martin* [39]), доказать съ положительностью. Мнѣ кажется это вполнѣ доступнымъ; этому способствуютъ частыя обостренія сальпингитовъ—тазовые перитониты и, какъ результатъ ихъ, образованіе сроценій съ пристѣночной брюшиной и кишечными петлями. Послѣднее и благопріятствуетъ проникновенію гноеродныхъ микроорганизмовъ изъ кишечника въ *Fallopi*'еву трубу.

Клиническое теченіе pyosalpinx'а весьма различно, и напередъ ничего нельзя сказать о дальнѣйшей судьбѣ больной: процессъ то протекаетъ бурно при высокой температурѣ и частомъ пульсѣ, при чемъ гной въ концѣ концевъ вскрывается въ окружающіе органы—мочевой пузырь, кишечникъ, матку и т. д., то развивается безъ особыхъ осложненій, при нормальной температурѣ и пульсѣ, походя на теченіе его при плотныхъ опухоляхъ, не содержащихъ гноя, напр., фиброміомахъ матки, съ которыми pyosalpinx'ы чаще всего и смѣшивались. Такіе случаи—ихъ приходилось наблюдать и мнѣ—описаны въ литературѣ; напр., *Kelly* [40]) въ своемъ случаѣ приступилъ къ операціи съ распознаваніемъ фиброміомы матки, при операціи-же найденъ былъ большой pyosalpinx.

Изъ нашихъ больныхъ у 9 въ клиникѣ до операціи не наблюдалось никакого повышенія температуры, у 6 были значительныя повышенія ея—до 38°,5—39°,5, у 1—лишь небольшое повышеніе до 37°,7. Я долженъ здѣсь отмѣтить, что вышеупомянутые микроорганизмы—стрептококки и кишечная палочка—найдены въ 1 изъ тѣхъ случаевъ, гдѣ до операціи не было ни малѣйшаго повышенія температуры. Это можно объяснить тѣмъ, что найденные въ трубной опухоли микроорганизмы уже потеряли свою вирулентность и перестали вызывать реакцію со стороны организма.

Главная характерная особенность гнойнаго скопленія въ трубахъ—это повышеніе температуры по временамъ, особенно часто во время прилива крови къ тазовымъ органамъ, во время мѣсячныхъ. За 1—2 дня до появленія ихъ температура начинаетъ повышаться, доходя иногда до 39°—40°, а затѣмъ на 3—4-ый день мѣсячныхъ опять понижается и въ теченіи недѣли постепенно доходитъ до нормы. Подъ вліяніемъ приливовъ крови къ тазовымъ органамъ трубныя опухоли иногда значительно увеличиваются, послѣ-же мѣсячныхъ онѣ опять спадаются до прежней величины. Такое временное увеличеніе заболѣвшей трубы было впервые замѣчено проф. *А. И. Лебедевымъ* при различныхъ формахъ сальпингоофоритовъ и оцѣнено имъ, какъ вѣрный отличительно-распознавательный признакъ между опухолью трубы и кистой яичника [(*С. Д. Михновъ* [41])]. При не вполнѣ закрытомъ брюшномъ отверстіи *Fallopi*'евой трубы содержимое ея при этихъ временныхъ набуханіяхъ можетъ выйти въ брюшную полость или въ межсвязочную клѣтчатку и вызвать мѣстный или общій перитонитъ, или образованіе околоматочнаго нарыва. При незакрытомъ маточномъ отверстіи гной можетъ постоянно стекать въ полость матки и давать гнойныя бѣли. Какъ при hydrosalpinx'ахъ временами черезъ маточное отверстіе выдѣляется наружу жидкость, при чемъ опухоль совершенно исчезаетъ, такъ и при гнойныхъ заболѣваніяхъ *Fallopi*'евыхъ трубъ гной можетъ опорожняться черезъ маточное отверстіе наружу. Но это случается гораздо рѣже, такъ какъ вслѣдъ за воспаленіемъ трубъ маточное отверстіе быстро заростаетъ. При изсѣченіи гнойныхъ *Fallopi*'евыхъ трубъ каналъ трубы рѣдко находили проходимымъ для зонда.

Кромѣ матки, гной при pyosalpinx'ѣ можетъ проложить себѣ путь и въ другіе органы или прямо въ свободную брюшную полость. Послѣднее, къ счастью, бываетъ гораздо рѣже; чаще-же гной вскрывается въ кишечникъ, а именно—въ толстыя кишки, въ прямую, въ S-образную. По *Landau* [42]) гной прокладываетъ себѣ путь главнымъ образомъ въ толстыя кишки, рѣже въ тонкія, мочевой пузырь, еще рѣже прямо во влагалище, въ одинъ изъ сводовъ и черезъ переднюю брюшную стѣнку. При опорожненіи pyosalpinx'а черезъ переднюю брюшную стѣнку выздоровленіе можетъ затянуться на многіе годы: въ результатѣ тогда образуется свищевой ходъ, черезъ который мало-по-малу гной и выдѣляется. Я наблюдалъ 2 такихъ случая; больныя годами посѣщали врачей; въ концѣ концевъ удалось залѣчить свищъ путемъ впрыскиванія въ мѣшокъ различныхъ раздражающихъ веществъ, начиная отъ настойки іода и кончая 50%-мъ растворомъ хлористаго цинка. При pyosalpinx'ахъ, вскрывшихся въ прямую кишку или S-образную, можетъ также наступить произвольное излѣченіе, хотя на это, конечно, требуется очень продолжительное время; больныя иногда цѣлыми годами жалуются на то, что у нихъ изъ задняго прохода идетъ гной и что болѣзнь временами обостряется. Изъ клиническаго матеріала я могъ-бы привести много такихъ случаевъ, въ которыхъ послѣ опорожненія pyosalpinx'а въ кишку опухоли исчезали на долгое время. Вскрытію въ кишку обыкновенно предшествуютъ рѣзкія поднятія температуры по вечерамъ съ опусканіемъ ея до низкихъ цифръ по утрамъ; такъ, вечерами температура можетъ доходить до 40° и болѣе, утромъ-же спускается до 37°—36°,8.

Кромѣ опорожненія въ кишечникъ, pyosalpinx можетъ лопнуть и излить свое содержимое въ свободную брюшную полость. Это можетъ случиться или безъ всякой внѣшней причины, произвольно, или подъ вліяніемъ какого-либо механическаго дѣйствія снаружи. Произвольное лопанье, по *Landau* [43]), *Wagner*'у [44]), *Lewers*'у [45]) и др., происходитъ или вслѣдствіе повышенія внутритрубнаго давленія, или вслѣдствіе изъязвленія внутренней стѣнки трубы. Доказательствомъ вліянія послѣдняго можетъ служить случай *Lewers*'а [46]), гдѣ при pyosalpinx'ѣ прободеніе найдено въ нерастянутой части трубы, т. е. въ томъ мѣстѣ, гдѣ стѣнка ея испытывала наименьшее давленіе отъ содержимаго гнойнаго мѣшка. Изъ механическихъ вліяній извнѣ первое мѣсто слѣдуетъ отвести грубому неумѣлому гинекологическому изслѣдованію, а также низведенію матки книзу при влагалищныхъ операціяхъ, при чемъ легко могутъ разорваться окружающія трубную опухоль ложныя перепонки, а вмѣстѣ съ ними и самая стѣнка трубы тамъ, гдѣ перепонки эти прирощены къ трубному мѣшку. Тоже самое можетъ произойти и во время чревосѣченія при отдѣленіи сроценій трубы съ окружающими частями. Кромѣ этого, разрывы трубы происходятъ подъ вліяніемъ удара въ нижнюю часть живота, паденія, ушиба и т. д. Половыя сношенія почему-то не причислялись къ причинамъ, вызывающимъ разрывъ гнойнаго мѣшка, но они, несомнѣнно, могутъ обусловить послѣдній, и я наблюдалъ случай, гдѣ при pyosalpinx'ѣ вслѣдъ за сношеніемъ развился тазовой перитонитъ.

Выше я уже говорилъ, что повышенная температура есть одинъ изъ распознавательныхъ признаковъ для отличія опухолей *Fallopi*'евыхъ трубъ отъ гнойнаго ихъ воспаленія; однако, этого нельзя считать правиломъ: иногда температура, не смотря на большое гнойное гнѣздо, остается

нормальной, и, если при распознаваніи руководиться только ею, то можетъ произойти большая ошибка.

Въ случаяхъ безъ повышенія температуры гной обыкновенно оказывается лишеннымъ своей вирулентности, что доказывается, кромѣ опытовъ на животныхъ, случайнымъ излитіемъ его во время операціи въ брюшную полость, при чемъ никакой реакціи въ дальнѣйшемъ теченіи послѣопераціоннаго періода не наблюдается.

2-ой признакъ составляютъ сильныя боли внизу живота въ обѣихъ паховыхъ областяхъ или, при одностороннемъ развитіи болѣзненнаго процесса, въ одной изъ нихъ. Онѣ обыкновенно имѣютъ стрѣляющій характеръ и распространяются на поясницу и въ ноги, чаще до колѣнъ. Въ нашихъ случаяхъ у всѣхъ больныхъ были болѣе или менѣе рѣзко выраженныя боли; въ сл 11 къ нимъ присоединилось еще чувство жара въ лѣвомъ боку. Къ болямъ внизу живота въ иныхъ случаяхъ (сл. 6 и 10) присоединяются боли головныя; иногда (сл. 5) боли внизу живота имѣютъ схваткообразный характеръ. Во время мѣсячныхъ боли усиливаются; иногда онѣ начинаются за день—два до нихъ, иногда-же появляются вмѣстѣ съ ними.

Мѣсячныя въ громадномъ большинствѣ случаевъ бываютъ неправильныя. Изъ всѣхъ нашихъ случаевъ только въ 3 (сл. 2,3 и 5) они остались того-же типа, какой имѣли до болѣзни; въ остальныхъ типъ ихъ измѣнился. Въ сл. 1 въ теченіи послѣднихъ 6 мѣс. мѣсячныя стали появляться черезъ 2 нед. и длились по 10—15 дней; въ сл. 4—черезъ $1^1/_2$—2 нед. по 7—9 дней; въ сл. 6 приходили по нѣсколько разъ въ мѣсяцъ, продолжаясь по 5—10 дней, а иногда ихъ не бывало по 2 мѣс.; въ сл. 7 они были также неправильныя, иногда очень обильныя; въ сл. 8, 10, 11, 12 и 13 они длились по нѣсколько недѣль. Въ одномъ только случаѣ мѣсячныя стали менѣе обильны, чѣмъ были до болѣзни, а именно приходили черезъ 5 нед. и длились по 3—4 дня. Неправильныя мѣсячныя, очень часто обильныя, превращающіяся въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ кровотеченія, въ связи съ данными объективнаго изслѣдованія—обнаруженіемъ плотной опухоли, тѣсно относящейся къ маткѣ,—могутъ дать поводъ къ неправильному распознаванію, а именно опредѣлить опухоль матки, фиброміому.

Кромѣ вышеупомянутыхъ признаковъ, наиболѣе постоянны бѣли слизистыя, или—чаще—гнойныя, сукровичныя. Онѣ также не имѣютъ ничего характернаго для pyosalpinx'а, являясь результатомъ хроническаго заболѣванія внутренней оболочки матки. Лишь въ нѣкоторыхъ, очень рѣдкихъ, случаяхъ ими можно воспользоваться при распознаваніи, а именно при т. наз. hydrosalpinx и pyosalpinx profluens: черезъ извѣстные промежутки времени въ той или другой сторонѣ начинаются схваткообразныя боли, а затѣмъ изъ полости матки вытекаетъ сразу цѣлая масса жидкости прозрачной или гнойной; послѣ того наступаетъ какъ бы излѣченіе, но вскорѣ опухоль снова начинаетъ увеличиваться, чтобы черезъ нѣкоторое время опять опорожниться черезъ матку. Pyosalpinx profluens наблюдается рѣже, и въ литературѣ описаны лишь единичные случаи его.

При значительныхъ размѣрахъ опухоли или при соотвѣтствующемъ положеніи ея могутъ появиться припадки со стороны мочевого пузыря и прямой кишки: частые позывы на мочу и на низъ, иногда съ сильными болями; при одновременномъ самостоятельномъ заболѣваніи мочеиспускательнаго канала и пузыря всѣ эти явленія бываютъ выражены гораздо рѣзче.

Число беременностей у больныхъ съ гнойными воспаленіями *Fallopi*'евыхъ трубъ рѣзко ограничено. Изъ нашихъ больныхъ 4 (сл. 3, 4, 6 и 10) не были беременны ни разу и заболѣли вскорѣ послѣ 1-го полового сношенія; въ сл. 1 больная рожала 2 раза, въ сл. 2, 13 и 15—1 разъ, въ сл. 5 и 11—по 2 раза, въ сл. 7 и 14—по 3, въ сл. 8 и 16—по 5, въ сл. 9—6 разъ и разъ выкинула, въ сл. 12 выкинула 1 разъ.

Начало болѣзни съ точностью указать трудно: оно связано или съ послѣдними родами resp. выкидышемъ, или съ половымъ сношеніемъ. Продолжительность болѣзни—отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до многихъ лѣтъ (въ сл. 7—15 лѣтъ).

Какъ отражается гнойное воспаленіе *Fallopi*'евыхъ трубъ на общемъ состояніи больныхъ? Все зависитъ отъ степени заболѣванія и сопровождающихъ его болевыхъ и болѣзненныхъ припадковъ. Если больная все время лихорадитъ и страдаетъ постоянными болями внизу живота, или если у нея часто бываютъ обостренія въ видѣ мѣстныхъ воспаленій тазовой брюшины (тазовые перитониты), то она постепенно истощается, худѣетъ, окраска кожи у нея принимаетъ желтушный оттѣнокъ; про такихъ больныхъ можно сразу сказать, что у нихъ гдѣ-нибудь есть гнойное гнѣздо, откуда и поступаетъ въ кровь заразное начало. Если болѣзненный процессъ въ трубѣ длится долго, то гной постепенно теряетъ свое заразное свойство и больная перестаетъ лихорадить, поправляется, полнѣетъ, словомъ, принимаетъ хорошій наружный видъ. Поступая на попеченіе врача, она наружнымъ видомъ не внушаетъ ему никакихъ подозрѣній, и только при гинекологическомъ изслѣдованіи находятъ у нея рядомъ съ маткой или позади нея 1 или 2 плотныхъ опухоли. Не смотря на общее хорошее состояніе, такія больныя, пока у нихъ имѣется гнойная опухоль, находятся подъ Дамокловымъ мечемъ; подъ вліяніемъ какихъ-либо причинъ опухоль можетъ вдругъ снова воспалиться, вызвать перитонитъ и въ концѣ концовъ привести больную къ смерти, или вскрыться въ одинъ изъ сосѣднихъ органовъ и дать постоянный свищъ, заживить который удается лишь съ большимъ трудомъ. Изъ нашихъ больныхъ у 5 (сл. 1, 4, 9, 12 и 14) общее состояніе было хорошее, у 3 (сл. 8, 10 и 13)—умѣренное; остальныя имѣли ослабленное питаніе; нѣкоторыя изъ нихъ были такъ истощены, что являлось опасеніе, могутъ-ли онѣ перенести не только операцію, но даже хлороформный наркозъ; къ счастью, опасенія эти были напрасны: больныя прекрасно переносили послѣопераціонное состояніе и поправлялись безъ всякихъ осложненій, въ иныхъ случаяхъ при нормальныхъ температурѣ и пульсѣ, какъ будетъ сказано ниже.

Переходя къ обзору оперативнаго лѣченія гнойныхъ заболѣваній *Fallopi*'евыхъ трубъ, исходовъ послѣ операцій и патологической анатоміи, позволю себѣ сначала привести наши случаи, чтобы читатели, ознакомившись съ ними, могли сдѣлать оцѣнку нашимъ мѣропріятіямъ; вмѣстѣ съ тѣмъ представлю и микроскопическую картину различныхъ стадій болѣзни.

1. М. Б., 25 л., поступила въ клинику 27/IX 1886 г. Первыя мѣсячныя на 14-мъ году; типъ ихъ до болѣзни—черезъ 4 нед. по 3 дня. Рожала 2 раза; послѣдній разъ—8 мѣс. назадъ. Жалуется на частыя, неправильныя мѣсячныя, появляющіяся послѣднія $^1/_2$ года черезъ 2 недѣли и продолжающіяся по 10—15 дней, на боли въ лѣвомъ паху, особенно передъ и во время мѣсячныхъ, на напираніе на низъ и запоры.—Шатенка, средняго роста, правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Матка наклонена впередъ и смѣщена немного вправо. Въ лѣвомъ сводѣ—опухоль въ куриное яйцо, съ нерѣзкими очертаніями, ограниченно подвижная, связанная съ лѣвымъ краемъ матки, но обособленная отъ послѣдней бороздой. Въ заднемъ сводѣ—другая опухоль въ голубиное яйцо, болѣе подвижная. Обѣ опухоли чувствительны при ощупываніи. Длина полости матки 7,5 стм. Распознанъ двусторонній сальпингоофоритъ. Послѣ операціи найденъ двусторонній гнойный сальпингитъ.

Операція произведена 1/XI 1886 г. Брюшная стѣнка вскрыта по бѣлой линіи. По отдѣленіи дов. плотныхъ срощеній удалось, наконецъ, вывести ту и другую опухоль наружу; на ножки ихъ наложены двойныя шелковыя лигатуры, и опухоли поверхъ лигатуръ срѣзаны. Послѣопераціонное время прошло безъ осложненій. Наивысшая температура была на 2-ой и 11-ый день—38°. Выписалась на 42-ой день вполнѣ оправившейся.

Макро-и микроскопическое описаніе препарата. Правая труба въ наружномъ концѣ растянута гноевидной жидкостью, въ количествѣ около 4 грм. Длина трубы—7, толщина—0,5 стм. Наружное отверстіе закрыто и плотно приклеено къ яичнику; по всей почти поверхности трубы обрывки срощеній. Слизистая оболочка утолщена и представляетъ невысокія складки въ видѣ продольныхъ гребней. Лѣвая труба извилиста и свернута кольцемъ, такъ что наружный конецъ лежитъ рядомъ съ мѣстомъ перерѣзки внутренняго. Длина ея—8 стм. Брюшное отверстіе закрыто ложными перепонками. Стѣнка также значительно утолщена. Слизистая оболочка пронизана кровоизліяніями. Вблизи наружнаго конца въ толщѣ стѣнки находится кистовидная полость, въ горошину. Въ каналѣ немного гноя. Оба яичника увеличены до размѣровъ небольшого куринаго яйца, съ поверхности представляются неправильно бугристыми, а въ разрѣзѣ заключаютъ полости отъ коноплянаго зерна до вишни и, кромѣ того, нѣсколько старыхъ и свѣжихъ желтыхъ тѣлъ.

На препаратахъ, взятыхъ изъ внутренняго конца лѣвой трубы, видно, что слизистая оболочка вдается въ просвѣтъ канала

въ видѣ 5—6 толстыхъ валиковъ, имѣющихъ въ вышину до 1,8 млм. и примыкающихъ широкимъ основаніемъ къ мышечному слою, такъ что просвѣтъ трубы кажется звѣздообразнымъ. У основанія валиковъ видны длинные ходы, идущіе отвѣсно къ мышечному слою, а также округленныя полости, выстланныя цилиндрическимъ эпителіемъ. На верхушкахъ складки совершенно утратили свой начальный видъ вслѣдствіе сплавленія въ общую массу, весьма густо пронизанную круглоклѣточной инфильтраціей; среди послѣдней изрѣдка попадаются ряды клѣтокъ цилиндрическаго эпителія. Мышечный слой утолщенъ; пучки мышцъ раздвинуты соединительной тканью, густо инфильтрированной круглыми клѣтками, собирающимися или въ видѣ полосъ, или въ видѣ кучекъ, главнымъ образомъ около сосудовъ. Въ наружной части трубы, представляющей подобныя-же измѣненія, къ слою круглыхъ мышцъ прилегаетъ кистовидная полость, въ горошину; въ составъ стѣнки ея, кромѣ наружнаго соединительнотканнаго слоя, входятъ пучки гладкихъ мышцъ, проходящихъ въ перпендикулярномъ и параллельномъ направленіяхъ съ плоскостью разрѣза; кромѣ того, въ стѣнкѣ видны сосуды; внутри же она выстлана высокимъ цилиндрическимъ эпителіемъ, мѣстами съ сохранившимися рѣсничками. Этотъ эпителій совершенно сходенъ съ эпителіемъ, выстилающимъ въ этомъ мѣстѣ слизистую оболочку трубы. По срединѣ куска правой трубы слизистая оболочка приподымается въ видѣ складокъ, въ основаніи своемъ имѣющихъ нормальныя очертанія, но на верхушкахъ слившихся въ грануляціонную распадающуюся ткань. Другія складки до самаго своего основанія превратились въ грануляціонную ткань и совершенно утратили свой начальный видъ. Характеръ измѣненій въ мышцахъ и въ наружномъ слоѣ такой-же, какъ и на другой сторонѣ. Въ наружной части подобныя-же измѣненія; эпителій высоко-цилиндрическій или сохранился въ углубленіяхъ между складками, или отдѣлился пластами.

2. А. Х., 26 л., поступила въ клинику 30/x 1886 г. Первыя мѣсячныя на 14-мъ году; типъ до заболѣванія—черезъ 4 недѣли по 6—7 дней. Рожала 1 разъ 8 лѣтъ назадъ. Заболѣла 2 года назадъ: появились бѣли и сильныя боли внизу живота и въ поясницѣ, отражавшіяся въ лѣвую ногу и усиливавшіяся передъ наступленіемъ мѣсячныхъ; послѣднія стали появляться черезъ 5 недѣль и длились только по 3—4 дня. Годъ назадъ боли обострились и заставили больную лечь въ больницу на 10 дней.— Небольшого роста, слабаго питанія. Матка наклонена впередъ, дномъ въ лѣвую сторону, неувеличена, при ощупываніи болѣзненна. Въ правомъ сводѣ—опухоль съ голову 7-мѣсячнаго плода, укрѣпленная въ тазу, слегка упругая, болѣзненная при давленіи, тѣсно прилежащая къ правой и задней стѣнкѣ матки, которую она и смѣщаетъ впередъ и влѣво. Въ лѣвомъ сводѣ—тоже опухоль, но меньшая, неправильной дольчатой формы, незначительно подвижная, болѣзненная при давленіи, связанная съ лѣвымъ угломъ матки. До операціи больная пробыла въ клиникѣ мѣсяцъ, при чемъ въ теченіи послѣднихъ 2 нед. температура давала неправильныя колебанія, поднимаясь вечерами до 38°,5—39°,5, утромъ-же была нормальна. Распознанъ гонорройный двусторонній сальпингоофоритъ. 22/xii операція. Разрѣзъ по бѣлой линіи. Лѣвая опухоль по отдѣленіи очень плотныхъ сроченій выведена наружу, и разрѣзана ножницами, при чемъ выдѣлился зловонный гной. Полость трубы промыта 2%-мъ растворомъ борной кислоты и вытерта губками. Ножка опухоли перевязана въ 4 пучка, и опухоль поверхъ лигатуръ срѣзана. Правая опухоль, выполнявшая полость малаго таза, такъ была окутана ложными перепонками, что сначала нельзя было найти мѣста, откуда было-бы можно проникнуть въ этотъ мѣшокъ изъ ложныхъ перепонокъ; поэтому пришлось съ большимъ трудомъ прорвать его сзади и отсюда дойти до опухоли, которая и была постепенно извлечена наружу. Подъ опухоль цѣпеобразно наложено 5 лигатуръ, и опухоль срѣзана цѣликомъ. Брюшная стѣнка зашита однимъ этажемъ швовъ (12 узловыхъ шелковыхъ). Послѣоперационное время прошло при повышенной температурѣ, начиная съ 6-го дня и до 12-го, а затѣмъ все было нормально. Выписалась здоровой 30/i 1887 г. А. Х. чрезъ 2 г. и 3 мѣс. была осмотрѣна и найдена совершенно здоровой.

Макро-и микроскопическое описаніе препарата. Правая опухоль имѣетъ видъ мѣшка, округленной формы съ діаметромъ въ 8 стм. У внутренняго края видно начало трубы, которая проходитъ затѣмъ кнаружи по поверхности мѣшка на протяженіи 9 стм., и наружный конецъ ея незамѣтно сливается со стѣнкой мѣшка. Въ полости мѣшка зеленоватый гной съ каловымъ запахомъ. Толщина стѣнки трубы около 1 стм., наружный конецъ ея на продольномъ разрѣзѣ постепенно съуживается и незамѣтно переходитъ въ стѣнку мѣшка, толщина котораго—2—3 млм., съ наружной стороны гораздо тоньше. Лѣвая опухоль, въ небольшое яблоко, повсюду имѣетъ толстыя стѣнки; въ наиболѣе тонкомъ мѣстѣ толщина ея 3 млм.; въ одномъ мѣстѣ наверху толщина 1,5 стм., и здѣсь макроскопически можно отличить ткань яичника. По поверхности опухоли проходитъ труба, имѣющая въ длину 7 стм. Толщина трубы почти вездѣ 1 стм. Наружный конецъ трубы закрытъ и сливается со стѣнкой мѣшка. Въ полости тоже зловонный гной.

На препаратахъ, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ стѣнокъ полости, видно, что она вся образована на счетъ ткани яичника, труба-же оканчивается тамъ, гдѣ она, пробѣгая по стѣнкѣ полости, затѣмъ теряется. Въ маточномъ концѣ труба имѣетъ видъ щели, затѣмъ на дальнѣйшихъ срѣзахъ она постепенно дѣлается шире и принимаетъ лучистый видъ. Слизистая оболочка здѣсь богата круглыми клѣтками, мало сосудиста; мышечный слой развитъ хорошо и мѣстами инфильтрированъ. Въ срединѣ трубы складокъ немного, на вершинахъ онѣ мѣстами разрушены, кое-гдѣ образуютъ сроченія другъ съ другомъ. Внизу складокъ много полостей, то выстланныхъ цилиндрическимъ эпителіемъ, то потерявшихъ его, при чемъ эпителій находится въ просвѣтѣ полости вмѣстѣ съ распадомъ и гнойными клѣтками. Слизистая оболочка инфильтрирована круглыми клѣтками и богата веретенообразными элементами и переходными къ нимъ отъ круглыхъ клѣтокъ. Сосудовъ въ слизистой оболочкѣ немного. Мышечные пучки раздвинуты другъ отъ друга; между ними много соединительной ткани; мѣстами въ промежуткахъ—грануляціонный инфильтратъ, мѣстами много веретенообразныхъ клѣтокъ. Болѣе крупные сосуды проходятъ лишь въ наружномъ слоѣ; къ нимъ часто примыкаетъ ткань окружавшихъ трубу ложныхъ перепонокъ. Въ наружномъ концѣ складки приближены одна къ другой и образуютъ густую сѣть изъ тонкихъ отростковъ, между которыми много полостей, выполненныхъ слущеннымъ и перерожденнымъ эпителіемъ, гнойными клѣтками и мелкозернистымъ распадомъ. Лѣвая труба представляетъ такія-же измѣненія. Полость лѣвой опухоли образована на счетъ ткани яичника.

3. П. И., 30 л., поступила въ клинику 30/ix 1888 г. Первыя мѣсячныя на 16-мъ году; типъ ихъ—черезъ 3 нед. по 7 дней. Беременной не была. Жалуется на опухоль, постоянныя ноющія боли внизу живота, особенно съ лѣвой стороны. Опухоль замѣтила 2 года. Во время мѣсячныхъ опухоль увеличивается. Внизу живота плотная опухоль, въ 2 кулака, легко смѣщаемая кверху. Матка значительно увеличена; правый уголъ ея вытянутъ въ сторону. Отъ дна матки справа отходитъ плотная опухоль, въ головку новорожденнаго, легко выводимая изъ полости таза. На опухоли справа опредѣляется выступъ, въ куриное яйцо. Отъ лѣваго угла матки отходитъ упругая колбасовидная опухоль, въ кулакъ, свободно подвижная. Длина полости матки 16 стм. Распознаны: лѣвосторонній сальпингоофоритъ (hydrosalpinx) и подсывороточная фиброміома дна матки. Послѣ операціи опредѣлены: двусторонній pyosalpinx и фиброміома дна матки.

Операція 8/x 1888 г. Разрѣзъ по бѣлой линіи, длиной 14 стм. Опухоль свободно выведена наружу. Она состояла изъ фиброміомы дна матки и 2-хъ колбасовидныхъ мѣшковъ — *Fallopi*'евыхъ трубъ и яичниковъ. Правая и лѣвая широкая связки перевязаны цѣпеобразно 5 лигатурами, и *Fallopi*'евы трубы вмѣстѣ съ яичниками отдѣлены; затѣмъ подъ основаніе опухоли наложенъ резиновый жгутъ, и опухоль срѣзана. Полость матки не вскрыта. Оставшаяся культя зашита 6 матрацными швами. Культя опущена въ брюшную полость, которая зашита 14 глубокими шелковыми швами.

Въ послѣоперационномъ времени образовался выпотъ въ области культи. На 10-ый день сняты швы; первое натяженіе. Температура доходила до 38°,8. Лѣченіе выпота: ванны и горячія спринцеванія. На 99 ый день П. И. выписалась здоровой.

Макро- и микроскопическое описаніе препарата. Препаратъ представляетъ изъ себя фиброміому дна матки; по обѣ стороны его находятся растянутыя трубы и яичники. Вѣсъ всего препарата — 610 грм. Величина фиброміомы равняется размѣрамъ кулака. Длина правой *Fallopi*'евой трубы, начиная отъ мѣста отхожденія отъ фиброміомы, 18 стм.; діаметръ въ началѣ и въ первыхъ ²/₃ въ карандашъ, въ наружномъ-же концѣ—1,5—2 стм. Наружный конецъ закрытъ; бахромки совершенно сохранены и представляются въ видѣ развернувшейся почки, такъ что отверстіе трубы закрылось на уровнѣ основанія бахромокъ. Направленіе трубы извилистое, при чемъ во внутреннихъ ²/₃ ея изгибы, очевидно, обусловливались тѣмъ, что брюшина не растягивалась соотвѣтственно удлиненію трубы. Внутри трубы около 2-хъ столовыхъ ложекъ мутной жидкости, содержащей гнойные шарики. Просвѣтъ трубы во внутренней части выполненъ набухшей слизистой оболочкой. Въ наружномъ расширеніи внутренняя поверхность мѣшка усажена продольными гребнями значительно утолщенныхъ складокъ, имѣющихъ въ вышину до 0,5 стм. Длина лѣвой трубы 37 стм. Отходя отъ фиброміомы, труба эта имѣетъ толщину карандаша; на разстояніи 2—3 стм. отъ нея она начинаетъ дѣлать изгибы, расширяется и образуетъ колбасовидную опухоль, діаметръ которой 3—4 стм. Наружный конецъ закрытъ. Слизистая оболочка значительно выпячивается надъ поверхностью разрѣза. Въ растянутомъ мѣстѣ складки слизистой оболочки значительно ниже. Въ трубѣ было 100 грм. густого, сливкообразнаго, желтоватаго гноя, безъ особаго запаха. Яичники на видъ нормальнаго свойства.

Правая труба въ мѣстѣ отхожденія отъ опухоли не представляетъ измѣненій. Слизистая оболочка бѣдна клѣточными элементами. Эпителій вездѣ сохраненъ. Въ мышечномъ слоѣ лишь кое-гдѣ инфильтрація. Далѣе слизистая оболочка въ видѣ нѣсколькихъ выступовъ вдается въ каналъ. Въ этихъ выступахъ много отверстій и щелей, выстланныхъ цилиндрическимъ эпителіемъ. На вершинахъ складокъ эпителія нѣтъ. Складки инфильтрированы; въ слизистой оболочкѣ умѣренное количество сильно налитыхъ сосудовъ. Въ наружномъ расширеніи слизистая оболочка имѣетъ еще бо́льшіе выступы. Измѣненія тѣже. Толщина мышечнаго слоя приблизительно 0,3 млм. Мышечныя волокна толстыя, съ крупными, палочкообразными ядрами; среди пучковъ незначительная мелкоклѣточная инфильтрація. Въ лѣвой трубѣ на всемъ протяженіи такія-же измѣненія, но рѣзче выраженныя, такъ что въ наружномъ мѣшкѣ складки слизистой оболочки слились въ одинъ грануляціонный слой; на поверхности эпителія нѣтъ, и здѣсь замѣчается распаденіе ткани. Эпителій сохранился въ глубинѣ слизистой оболочки, выстилая здѣсь отдѣльные ходы и полости. Мышечной слой такъ-же развитъ, какъ и на правой

сторонѣ, но мышечные пучки не такъ толсты и между ними болѣе рѣзкая инфильтрація. Наружный слой представляетъ такія же свойства.

4. Е. И., 22 л., поступила въ клинику 15/x 1888 г. Первыя мѣсячныя на 15-мъ году; типъ ихъ черезъ 3—3½ недѣли по 7 дней. Беременной никогда не была. 3 года назадъ черезъ 3 мѣс. послѣ 1-го полового сношенія появились постоянныя, тупыя боли внизу живота, постепенно усиливавшіяся. Къ нимъ за 2 дня до мѣсячныхъ присоединялись острыя, рѣжущія боли, охватывавшія правую паховую область и отсюда распространявшіяся на весь животъ и на поясницу. Съ появленіемъ кровей боли нѣсколько утихали, но все-же во все теченіе мѣсячныхъ были весьма сильны. Съ каждымъ мѣсяцемъ онѣ дѣлались все болѣе и болѣе сильны, такъ что нѣсколько дней въ началѣ мѣсячныхъ больная должна была проводить въ постели, лежа неподвижно въ согнутомъ положеніи. Со времени заболѣванія мѣсячныя стали обильнѣе, появлялись неправильно, чаще всего съ промежутками въ 1½—2 нед. и длились по 7—9 дней. Сукровичныя, грязныя бѣли—около года. Жженіе при мочеиспусканіи. Общее состояніе также значительно разстроилось.—Средняго роста, слабаго сложенія, съ значительно подорваннымъ питаніемъ. Матка небольшая, рѣзко наклонена впередъ, плотная, съ ограниченной подвижностью. Отъ праваго угла ея отходитъ продолговатая опухоль, въ куриное яйцо, дов. плотная. Отъ лѣваго угла отходитъ такая-же опухоль, спускающаяся въ заднее *Douglas*'ово пространство и оканчивающаяся вздутіемъ. Распознанъ двусторонній гонорройный сальпингоофоритъ. Послѣ операціи найдены: правосторонній гнойный сальпингитъ; лѣвосторонній pyosalpinx.

Операція 5/xi. По вскрытіи брюшной полости, при выведеніи правой опухоли наружный конецъ трубы, прирощенный къ яичнику нѣжными сращеніями, отклеился отъ послѣдняго, при чемъ вытекло изъ трубы съ чайную ложку гноя. Гной не попалъ въ полость брюшины, а смочилъ лишь поверхность разрѣза брюшной стѣнки. Выведенная опухоль была тщательно со всѣхъ сторонъ окружена губками, а затѣмъ отдѣлена, по перевязкѣ ножки въ 2 пучка. Затѣмъ удалены лѣвые придатки. Брюшная рана закрыта 11 глубокими шелковыми швами.

Въ послѣоперационномъ времени—дов. большой выпотъ съ лѣвой стороны. На 10-ый день сняты швы; первое натяженіе. Больная выписалась вполнѣ оправившейся на 37-ой день послѣ операціи. Изслѣдованіе показало небольшое болѣзненное уплотненіе съ лѣвой стороны.

Макро- и микроскопическое описаніе препарата. Правая труба сильно извита и свернута клубкомъ, такъ что маточный конецъ ея находится рядомъ съ наружнымъ. Отдѣльные участки трубы плотно склеены другъ съ другомъ. Стѣнки трубы утолщены; діаметръ трубы въ срединѣ больше 1 стм.; наружный конецъ вдвое толще. Бахромки укорочены, утолщены и срощены между собою такъ, что наружный конецъ трубы образуетъ воронку, приклеенную къ яичнику; между ними была полость, наполненная гноемъ. Подъ наружнымъ концемъ трубы между ложными перепонками — небольшая полость, наполненная кровянистымъ гноемъ. Каналъ трубы выполненъ набухшей гиперэмированной слизистой оболочкой, покрытой слоемъ гноя. Подъ микроскопомъ содержимое трубы состоитъ изъ гнойныхъ клѣтокъ; кромѣ того, попадаются эпителіальныя клѣтки, подвергшіяся слизистому и жировому перерожденію, и мелкозернистый распадъ. Яичникъ нормальныхъ размѣровъ. Лѣвая труба во внутренней ½ утолщена до размѣровъ мизинца, слегка изогнутаго направленія, покрыта гладкой сывороточной оболочкой. Каналъ ея выполненъ набухшей, грязновато-розовой слизистой оболочкой, покрытой гноемъ; въ наружной ½ онъ расширяется, и стѣнки трубы дѣлаются тоньше. Труба эта прирощена къ яичнику; бахромокъ нѣтъ. Яичникъ безъ видимыхъ измѣненій.

Во внутреннемъ концѣ правой трубы складки слизистой оболочки развѣтвлены, набухли и инфильтрированы; эпителій сохраненъ, на верхушкѣ складокъ слущился; рѣсничекъ, не видно. Значительная инфильтрація слизистой оболочки, распространяющаяся и на остальные слои; у границъ мышечнаго слоя она перестаетъ быть сплошной, а между пучками проходитъ въ видѣ полосъ. Сосуды слизистой оболочки очень многочисленны и наполнены кровяными тѣльцами. Въ среднемъ отдѣлѣ трубы складокъ слизистой оболочки гораздо больше; на верхушкахъ онѣ колбасовидно утолщены и инфильтрированы; на поверхности ихъ эпителій исчезъ. Въ однѣхъ складкахъ мелкоклѣточная инфильтрація, въ другихъ больше веретенообразныхъ элементовъ. Во внутренней части лѣвой трубы тѣже измѣненія, что и въ правой *).

(Продолженіе слѣдуетъ).

*) Эти 4 исторіи болѣзней взяты изъ диссертаціи *С. Д. Михнова* «Къ вопросу о заболѣваніи *Fallopi*'евыхъ трубъ и яичниковъ въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніи».

CLXV. Изъ клиники ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней проф. Н. П. Симановскаго въ В.-Медицинской Академіи.

О лѣченіи острыхъ гнойныхъ воспаленій средняго уха *).

А. Э. Спенглера.

Представить очеркъ современныхъ способовъ лѣченія острыхъ гнойныхъ воспаленій средняго уха совсѣмъ не такъ легко, какъ это кажется на первый взглядъ. Если просмотрѣть отчеты разныхъ клиникъ, то увидимъ, какъ разнообразны способы лѣченія этихъ болѣзней. Почти каждый клиницистъ выработалъ свой способъ лѣченія этихъ болѣзней, который и подтверждается цифрами благопріятныхъ случаевъ; къ сожалѣнію, однако, статистикой съ малыми цифрами въ медицинѣ можно доказать, что угодно. Этимъ, конечно, и объясняется, почему одинъ и тотъ-же способъ лѣченія у однихъ спеціалистовъ даетъ хорошіе результаты, у другихъ плохіе; вспомнимъ, напр., вдуваніе борной кислоты при острыхъ гнойныхъ воспаленіяхъ средняго уха, предложенное проф. *Bezold*'омъ. Насколько не рѣшенъ еще вопросъ о наиболѣе цѣлесообразномъ способѣ лѣченія острыхъ гнойныхъ воспаленій средняго уха, доказываетъ еще и то, что вопросъ этотъ постоянно вносится въ программные вопросы на Съѣздахъ и въ Обществахъ; такъ, онъ обсуждался на Съѣздѣ нѣмецкихъ отіатровъ, въ Trier'ѣ, гдѣ были докладчиками профф. *Bezold* и *Körner* и д-ръ *Pfiffl* изъ клиники *Zauful*я, затѣмъ на Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Karlsbad'ѣ (докладчикъ *Grunert*), въ французскомъ Обществѣ ларингологовъ, на послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ въ Madrid'ѣ и, наконецъ, въ прошломъ году въ Berlin'скомъ отологическомъ Обществѣ [1]).

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію современной терапіи острыхъ гнойныхъ отитовъ, позволю себѣ вкратцѣ коснуться дѣленія острыхъ воспалительныхъ заболѣваній средняго уха. Обыкновенно острые отиты дѣлятся на 2 группы, рѣзко отличающіяся другъ отъ друга по теченію, предсказанію и, конечно, способамъ лѣченія. Къ 1-ой группѣ принадлежатъ всѣ поверхностныя воспаленія средняго уха, катаральныя и катарально-гнойныя, гдѣ воспалительный процессъ захватываетъ поверхностные слои слизистой оболочки, почему и выпотъ бываетъ преимущественно сывороточный или сывороточно-гнойный, но не чисто гнойный. Ко 2-ой группѣ относятся всѣ случаи глубокаго воспаленія слизистой оболочки, гдѣ выпотъ быстро принимаетъ гнойный характеръ и воспалительный процессъ переходитъ иногда на подлежащія костныя части. Такого дѣленія придерживаются *Politzer* [2]), *Urbantschitsch* [3]), *Eitelberg* [4]) и др. *Bezold* [5]) дѣлитъ острыя воспаленія средняго уха на простыя (otitis media ac. simplex) и сопровождающіяся прободеніемъ (otitis media ac. perforativa), придавая такимъ образомъ большое значеніе прободенію барабанной перепонки. *Zauful* [6]) различаетъ т. наз. otitis media genuina, зависящія въ большинствѣ случаевъ отъ гиперплязіи носоглоточнаго миндаля, и тяжелыя гнойныя воспаленія, съ самаго начала своего поражающія сосцевидные отростки. Переходныя формы между поверхностными и глубокими воспаленіями встрѣчаются также нерѣдко. Обѣ формы наблюдаются не только какъ самостоятельныя заболѣванія, но и какъ осложненія при разныхъ заразныхъ болѣзняхъ, при чемъ каждая эпидемія имѣетъ свой характеръ ушныхъ осложненій, т. е. при одной эпидеміи какой-нибудь болѣзни преобладаетъ одна форма острыхъ воспаленій средняго уха, напр., катаральныя, а при другой эпидеміи той-же болѣзни другая—гнойная. Чѣмъ это объясняется, сказать, конечно, трудно; по всей вѣроятности, это зависитъ отъ природы и свойства тѣхъ болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ, которые вызываютъ эпидемическое заболѣваніе—genius epidemicus старыхъ авторовъ. Поверхностныя и глубокія острыя воспаленія средняго уха, отличаясь по теченію и исходу, въ началѣ различаются съ трудомъ, въ особенности у дѣтей, у кото-

*) Сообщено въ Обществѣ врачей спеціалистовъ по горловымъ, носовымъ и ушнымъ болѣзнямъ въ Петербургѣ 6/III 1904 г.

рыхъ простые острые катарры *Eustachi*'евыхъ трубъ даютъ иногда бурныя явленія въ видѣ сильныхъ болей, высокой температуры, гиперэміи барабанной перепонки; всѣ эти припадки внезапно появляются и также внезапно могутъ исчезнуть. Лѣченіе въ начальной ступени обѣихъ формъ острыхъ воспаленій средняго уха—одно и тоже, и въ этомъ отношеніи разногласія среди спеціалистовъ почти нѣтъ: всѣ совѣтуютъ уложить такого больного въ постель, въ случаѣ подозрѣнія на простуду—примѣнять потогонныя, салициловые препараты внутрь; въ больное ухо вливаются растворы наркотическихъ средствъ, морфій, кокаинъ, опій въ соединеніи съ препаратами ароматическаго ряда—резорциномъ, карболовой кислотой, парахлорфеноломъ; глицериновые растворы карболовой кислоты 5—15%-ные, предложенные *Bendelack-Hewetson*'омъ, а затѣмъ проф. *Hartmann*'омъ [7]), пріобрѣли полное право гражданства въ нашей спеціальности; они, по видимому, болѣе дѣйствительны, чѣмъ растворы водные: не раздражая барабанной перепонки, они обезболиваютъ ее и обеззараживаютъ ушные проходы, подготовляя ихъ къ парацентезу, если-бы таковой понадобился; водные-же растворы при долгомъ употребленіи мацерируютъ кожу ушныхъ проходовъ и барабанную перепонку и не обеззараживаютъ ихъ, такъ какъ въ крѣпкихъ растворахъ вслѣдствіе вызываемаго ими раздраженія не употребляются. Снаружи на ушную область въ этомъ періодѣ большинство авторовъ совѣтуютъ примѣнять тепло или сухое [*Weil* [8])], или въ видѣ согрѣвающихъ компрессовъ, водныхъ или-же изъ растворовъ борной кислоты, уксуснокислаго глинозема; проф. *Passow* [9]) предлагаетъ класть компрессы изъ спирта на всю ушную область, прикрывая ихъ ватой и непромокаемой матеріей и укрѣпляя все марлевыми бинтами; холодъ, по его мнѣнію, переносится плохо. Мѣстныя отвлеченія, начиная съ самыхъ легкихъ—смазыванія іодной настойкой—и кончая піявками на козелокъ и сосцевидный отростокъ примѣняются далеко не всѣми; проф. *Bezold*, напр., не совѣтуетъ примѣнять піявки, опасаясь лимфангоита; къ противникамъ такого отвлеченія относится и проф. *Körner*; вообще защитниковъ піявокъ меньше, чѣмъ противниковъ; между первыми, однако, находится такой видный спеціалистъ, какъ проф. *Brieger*. Я лично тоже не видѣлъ пользы отъ піявокъ, а, наоборотъ, встрѣчалъ у больныхъ тотъ лимфангоитъ, на который указывалъ проф. *Bezold*, если они пользовались піявками безъ надлежащихъ предосторожностей. Ставить піявки на сосцевидный отростокъ не слѣдуетъ еще и потому, что эта область впослѣдствіи можетъ понадобиться для трепанаціи.

Начальный періодъ острыхъ воспаленій средняго уха длится обыкновенно нѣсколько дней, и, если у больного боль и лихорадочное состояніе не проходятъ, а барабанная перепонка начинаетъ выпячиваться, то является вопросъ, дѣлать-ли проколъ ея или еще ждать? Когда проф. *Schwartze* установилъ свои показанія къ проколу барабанной перепонки, то, оказалось, не могло подлежать сомнѣнію, что проколъ слѣдуетъ дѣлать ранній: предполагалось, что имъ можно предотвратить осложненія со стороны сосцевидныхъ отростковъ и черепной области. Такого мнѣнія держались до послѣдняго времени. Впервые появился протестъ противъ непреложности этихъ показаній со стороны проф. *Zaufal*'я: за 9 лѣтъ своихъ наблюденій въ клиникѣ онъ пришелъ къ убѣжденію, что при т. наз. otitis media genuina спѣшить съ проколомъ не слѣдуетъ; такіе отиты, по его мнѣнію, протекаютъ циклически и благопріятнѣе при цѣлой барабанной перепонкѣ. Для лѣченія ихъ онъ предложилъ горячія обертыванія всей ушной области *Burow*'ской жидкостью, вливаніе въ ухо водныхъ растворовъ кокаина, внутрь—салициловые препараты, на сосцевидный отростокъ отвлекающія въ видѣ іодной настойки; продуваній не дѣлается. При такой терапіи острые отиты часто идутъ обратно, и болѣзнь кончается циклически на 7—8-ой день, не смотря на то, что на лицо могли быть всѣ показанія къ проколу: боль, лихорадка, выпячиваніе барабанной перепонки. Неумѣстнымъ проколомъ можно было-бы внести вторичное заразное начало въ среднее ухо; осложненій-же эта операція не предупреждаетъ, такъ какъ они зависятъ отъ природы заразы и мѣстныхъ, и общихъ патолого-анатомическихъ отношеній. *Zaufal* дѣлаетъ проколъ только на 7—8-ой день, если, не смотря на вышеописанное лѣченіе, болѣзнь не уступаетъ; въ большинствѣ случаевъ это приходится дѣлать лишь при тяжелыхъ гнойныхъ заболѣваніяхъ, когда сосцевидный отростокъ поражается съ самаго начала болѣзни. *Zaufal* разсматриваетъ гнойныя воспаленія средняго уха, какъ многополостный гнойникъ; вскрытіе одного изъ отдѣленій его узкимъ отверстіемъ въ барабанной перепонкѣ нисколько не вліяетъ на весь гнойникъ. Изъ преній, возникшихъ на Съѣздѣ нѣмецкихъ отіатровъ въ Trier'ѣ послѣ доклада д-ра *Pifl*'я, изложившаго взгляды своего учителя проф. *Zaufal*'я, выяснилось, что далеко не всѣ присутствовавшіе согласны были съ такимъ взглядомъ на значеніе прокола.

Интересно сопоставить цифры, показывающія, какъ часто дѣлается проколъ въ разныхъ клиникахъ; изъ нихъ можно видѣть, какъ разнятся еще взгляды клиницистовъ на эту небольшую операцію. Я взялъ числа изъ отчетовъ клиникъ за послѣдніе 2—3 года. Чаще всего пользуются проколомъ въ клиникѣ проф. *Bürkner*'а [10]) въ Göttingen'ѣ, а именно 1 проколъ приходится тамъ на 7 случаевъ ушныхъ заболѣваній вообще, затѣмъ въ Königsberg'ѣ у проф. *Gerbert*'а [11])—1 на 10, у проф. *Schwartze* [12]) въ Halle—1 на 15, у проф. *Haug*'а [13]) въ München'ѣ—1 на 62, у проф. *Liebermann*'а въ Basel'ѣ [14])—1 на 208, у проф. *Zaufal*'я въ Прагѣ—1 на 800. Не буду приводить цифръ изъ остальныхъ клиникъ: онѣ колеблятся между вышеприведенными числами.

Французскіе авторы—*Moure*, *Lermoyez*, *Castex*, *Delsaux*—высказываются за ранній проколъ. *Ф. Ю. Гейманъ* [15]) (изъ Варшавы) на послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ врачей въ Madrid'ѣ сдѣлалъ докладъ о проколѣ барабанной перепонки при острыхъ отитахъ; онъ держится того мнѣнія, что при гнойныхъ процессахъ нужно дѣлать проколъ ранній, не надѣясь, однако, что эта операція предупредитъ осложненія; при простыхъ острыхъ отитахъ спѣшить съ проколомъ не слѣдуетъ; внушать врачамъ, что проколъ есть операція, всегда и вездѣ благодѣтельная,—излишне, такъ какъ иногда она не оказываетъ никакого вліянія на теченіе болѣзни, въ нѣкоторыхъ-же случаяхъ удлинняетъ ее и даетъ плохіе результаты.

Мнѣ кажется, что при обсужденіи вопроса о проколѣ барабанной перепонки слѣдуетъ рѣшить, во-1-хъ, составляетъ-ли эта операція операцію вполнѣ невинную, которую можно производить во всѣхъ случаяхъ безнаказанно, и, во-2-хъ, при какихъ острыхъ процессахъ въ среднемъ ухѣ ее слѣдуетъ дѣлать? Относительно полной безвредности прокола многіе думаютъ, что при тщательной асептикѣ можно быть спокойнымъ въ этомъ отношеніи. Но такъ-ли это на самомъ дѣлѣ? Въ настоящее время доказано, что наружные ушные проходы содержатъ массу болѣзнетворныхъ микробовъ, главнымъ образомъ гноеродныхъ. Довести ушные проходы до полной асептики невозможно, такъ какъ ихъ нельзя очистить механически щеткой, мыломъ и эѳиромъ или спиртомъ—главными нашими средствами для очистки кожи. Дѣлая проколъ, мы не знаемъ, какіе микроорганизмы остались тамъ; разростаясь въ капляхъ крови, излившейся при разрѣзѣ барабанной перепонки, микробы эти могутъ проникнуть въ среднее ухо и вызвать тамъ вторичное гнойное воспаленіе его; при нарушенной цѣлости барабанной перепонки, кромѣ того, легче могутъ попадать въ среднее ухо болѣзнетворные зародыши изъ носоглоточнаго пространства. Отсюда слѣдуетъ, что мы не имѣемъ права считать проколъ вполнѣ невинной операціей, которую можно дѣлать во всѣхъ случаяхъ, не опасаясь никакихъ вредныхъ послѣдствій. Что-же касается вопроса, при какихъ формахъ острыхъ отитовъ слѣдуетъ дѣлать эту операцію, то всѣ, даже *Zaufal*, согласны въ томъ, что она, несомнѣнно, показуется при гнойныхъ формахъ. Къ сожалѣнію, въ первые дни заболѣванія опредѣлить характеръ остраго воспаленія средняго уха часто бываетъ очень трудно, а потому въ большинствѣ случаевъ колоть барабанную перепонку въ первые 3—4 дня не слѣдуетъ; иначе мы окажемъ больному плохую услугу. Если по истеченіи первыхъ дней выяснится гнойный характеръ заболѣванія, то слѣдуетъ дѣлать проколъ; если-же нѣтъ, то нужно ждать 7—8 дней, какъ совѣтуетъ *Zaufal*. Во многихъ случаяхъ болѣзнь заканчивается безъ нарушенія цѣлости барабанной перепонки.

Перейдя къ дальнѣйшему лѣченію острыхъ гнойныхъ

воспаленій средняго уха, мы увидимъ, что и здѣсь имѣется большое разногласіе по вопросу, напр., о томъ, какъ пользовать больныхъ послѣ прокола или произвольнаго разрыва барабанной перепонки? Въ прежнія времена дѣло стояло проще: если изъ уха показывался гной, то никто не сомнѣвался, что ухо нужно спринцевать настоемъ ромашки, маковыхъ головокъ или борной кислоты. Теперь такого согласія нѣтъ: одни продолжаютъ спринцевывать, другіе спринцуютъ и продуваютъ по *Politzer*'у, третьи тампонируютъ, четвертые вдуваютъ порошки, есть любители усиленнаго обеззараживанія и т. д. Приводить и перечислять всѣ эти способы лѣченія заняло-бы слишкомъ много времени, а потому я позволю себѣ изложить тотъ способъ лѣченія, который мнѣ кажется наиболѣе цѣлесообразнымъ и который, по видимому, пріобрѣтаетъ все болѣе и болѣе правъ гражданства среди ушныхъ врачей.

Если смотрѣть на гнойное воспаленіе средняго уха, какъ на гнойникъ, то его слѣдуетъ, конечно, лѣчить на основаніи хирургическихъ принциповъ. Къ сожалѣнію, гнойникъ этотъ нельзя вскрыть сразу широкимъ разрѣзомъ, а приходится довольствоваться небольшимъ отверстіемъ въ барабанной перепонкѣ; тѣмъ болѣе, разумѣется, нужно позаботиться о лучшемъ оттокѣ гноя. Какія-же средства имѣются для этого? Прежде думали достигнуть этого спринцеваніемъ; но еще въ XVII столѣтіи *Conr. Victor Schneider* [16]), опровергая мнѣніе послѣдователей *Галлена*, что течь изъ уха происходитъ изъ мозга, сильно возражалъ противъ общепринятыхъ въ то время ушныхъ спринцеваній. Спринцуя уши, мы вымываемъ гной изъ наружныхъ слуховыхъ проходовъ и только, но зато раздражаемъ барабанную перепонку и слизистую оболочку средняго уха; гной при острыхъ отитахъ образуется такъ быстро, что уже черезъ нѣсколько минутъ послѣ спринцеванія ушные проходы вновь выполняются имъ. Надѣяться при этомъ на обеззараживаніе средняго уха также нельзя, такъ какъ всѣ наши обеззараживающія средства въ растворѣ той крѣпости, которые и дѣйствуютъ обеззараживающимъ образомъ, образуютъ съ бѣлками гноя нерастворимые альбуминаты и сильно раздражаютъ слизистую оболочку уха. Нѣкоторые авторы, какъ, напр., *Bezold*, *Oscar Wolf*, послѣ спринцеванія продуваютъ ухо по *Politzer*'у, чтобы выгнать гной изъ средняго уха; но противъ такого способа лѣченія высказываются *Körner*, *Haug*, *Scheibe* и др. Въ клиникѣ проф. *Н. П. Симановскаго* также не дѣлаютъ продуваній: ими едва-ли можно очистить все среднее ухо, а ради изгнанія нѣсколькихъ капель гноя, которыя быстро возобновятся, раздражать ухо не стоитъ, такъ какъ, чтобы ни говорили, а продуваніе по *Politzer*'у вызываетъ раздраженіе воспаленнаго уха. Для хорошаго и постояннаго оттока гноя имѣется единственное средство—дренажъ. Однако, дренировать ухо, какъ это дѣлается въ хирургіи, нельзя; хотя *Bezold* и разсматриваетъ наружный слуховой проходъ, какъ идеальную дренажную трубку, но, мнѣ кажется, это не совсѣмъ вѣрно: дренажная трубка, кромѣ главнаго отверстія, имѣетъ еще и боковыя, а слуховой проходъ при гнойныхъ отитахъ кончается только небольшимъ отверстіемъ въ барабанной перепонкѣ, ведущимъ въ гнойникъ, а это—уже далеко не идеальный дренажъ. Кромѣ трубокъ, для дренированія могутъ служить и наши перевязочныя средства: марля, безгнилостная или противогнилостная гигроскопическая вата. *М. Я. Преображенскій* [17]) изслѣдовалъ физическія свойства почти всѣхъ перевязочныхъ средствъ (въ отношеніи ихъ уд. вѣса, пористости, водувсасываемости, проницаемости и т. д.) и пришелъ къ тому выводу, что «всасывающей силою (непрерывно дѣйствующей) и быстрымъ испареніемъ отдѣляемаго раны возможно совершенно лишить бактерій питательной среды, прекратить ихъ жизнедѣятельность и сдѣлать присутствіе болѣзнетворныхъ бактерій въ отдѣляемомъ раны и нашихъ перевязочныхъ матеріалахъ безвреднымъ для больного организма», а для этого необходимо, чтобы перевязочный матеріалъ обладалъ хорошей гигроскопичностью, капиллярностью, проницаемостью, а наружный воздухъ—сухостью. Изъ перевязочныхъ средствъ марля, по опытамъ д-ра *Преображенскаго*, есть «единственный перевязочный матеріалъ, соединяющій въ себѣ большую и быструю всасывающую силу съ быстро испаряющею способностью». Послѣ марли такими-же свойствами, но въ меньшей степени, обладаетъ т. наз. гигроскопическая вата. Оба эти перевязочные матеріала и примѣняются для дренированія при сухомъ способѣ лѣченія острыхъ гнойныхъ воспаленій средняго уха.

Первый, кто предложилъ при острыхъ отитахъ дренировать ухо ватной тампонадой, былъ *Ludwig Löwe* [18]) (изъ Berlin'a); затѣмъ проф. *Haug* на IV Съѣздѣ нѣмецкихъ отіатровъ горячо защищалъ сухой способъ лѣченія гнойныхъ отитовъ, называя его «absolut-trockene Indiferentbehandlung». Сухой способъ лѣченія гнойныхъ воспаленій средняго уха примѣняется и въ клиникѣ проф. *Н. П. Симановскаго* почти съ самаго основанія ея. Состоитъ это лѣченіе, какъ извѣстно, въ томъ, что, какъ только изъ уха появится гной или слизисто-гнойное отдѣляемое, ушные проходы до самаго отверстія барабанной перепонки тампонируются узкими полосками марли такъ, чтобы петли этихъ полосокъ лежали рыхло; этимъ достигается наилучшее всасываніе гноя; марля мѣняется, какъ только она вся смочится гноемъ, что узнается по наружнымъ концамъ полосокъ. Такую тампонаду лучше всего производить ушнымъ пинцетомъ или ватодержателемъ. Больные, даже мало интеллигентные, обыкновенно быстро научаются такому способу тампонады; въ тѣхъ-же рѣдкихъ случаяхъ, когда они не умѣютъ этого дѣлать, имъ совѣтуютъ пользоваться гигроскопической борной ватой, но не сулемовой и не карболовой, которыя, по наблюденіямъ въ клиникѣ, раздражаютъ кожу. Дѣлая тампонаду изъ ваты, нужно опять-таки не забивать ушныхъ проходовъ плотными комками ваты, а вкладывать въ нихъ ватныя турундочки. Въ клиникѣ проф. *Н. П. Симановскаго* турундочки эти дѣлаютъ посредствомъ ватодержателя. Нужно при этомъ обратить вниманіе больного на то, что конецъ такой турундочки долженъ быть мохнатымъ и доходить до отверстія въ барабанной перепонкѣ. Турунды мѣняются, какъ только промокнутъ. Тампонируется-ли ухо посредствомъ марли или ваты, больные должны ежедневно утромъ и вечеромъ тщательно высушивать больное ухо ватой, намотанной на ватодержатель, удаляя этимъ гной и вычищая ушные проходы. Больнымъ внушаются правила самой строгой асептики: марля и вата должны храниться въ банкахъ съ притертыми пробками, инструменты стерилизоваться кипяченіемъ, руки передъ тѣмъ, какъ рѣзать марлю или дѣлать турунды изъ ваты, должны быть тщательно вымыты. Нѣкоторые клиницисты употребляютъ марлю, пропитанную обеззараживающими средствами; *Haug*, напр., примѣняетъ хинолинонафтоловую марлю, въ амбуляторіи Георгіевской Общины даютъ креолиновую марлю; тамъ, гдѣ можетъ быть проведена въ большей или меньшей степени асептика, конечно, безразлично, примѣняется-ли безгнилостный или противогнилостный матеріалъ. Тампонадой ушныхъ проходовъ при гнойныхъ отитахъ достигается постоянное дренированіе средняго уха, гной всасывается марлей или ватой. Кожа ушныхъ проходовъ не мацерируется и этимъ избѣгаются такія осложненія, какъ разлитой наружный отитъ, чирьи, дерматиты. При сухомъ лѣченіи всѣ спринцеванія, вливанія или смазыванія обеззараживающими средствами излишни. Конечно, и при такомъ лѣченіи общій режимъ больныхъ долженъ быть такой-же строгій, какъ вообще при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ: пока есть лихорадка и раздраженіе въ среднемъ ухѣ, больной долженъ оставаться въ постели; нѣкоторые авторы придаютъ даже особое значеніе положенію больного; *Vohsen*, напр., совѣтуетъ класть больныхъ съ гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха не на больную сторону, а на здоровую, желая этимъ уменьшить гиперэмію и припуханіе слизистой оболочки *Eustachi*'евыхъ трубъ и средняго уха. Больному должны быть воспрещены всѣ возбуждающіе напитки, общія ванны; отправленія кишечника слѣдуетъ упорядочить. Въ случаѣ болѣзненности, даже небольшой, сосцевиднаго отростка на эту область прикладываютъ ледъ, день и ночь, съ перерывами. Иногда, въ особенности у дѣтей, въ больномъ ухѣ отъ раздраженія кожи гноемъ появляется зудъ; въ этихъ случаяхъ въ клиникѣ проф. *Н. П. Симановскаго* смазываютъ ушные проходы 1—2 раза въ день 1%-мъ растворомъ ментола въ стерилизованномъ вазелинѣ.

При такомъ лѣченіи получались наилучшіе результаты по отношенію какъ продолжительности болѣзни, такъ и осложненій со стороны сосцевиднаго отростка; послѣдніе, если и бывали, то, по видимому, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сосцевидная область была затронута одновременно съ воспалительнымъ процессомъ въ среднемъ ухѣ; слѣд., какъ-бы мы ни лѣчили основной процессъ, осложненіе должно было наступить. Продолжительность болѣзни, конечно, зависитъ и отъ характера гнойнаго заболѣванія, который обусловливается природой заразы и патолого-анатомическими отношеніями. *Bezold* полагаетъ, что у каждаго больного съ острымъ гнойнымъ отитомъ, затянувшимся болѣе 6 недѣль, слѣдуетъ дѣлать трепанацію. Я не совсѣмъ согласенъ съ этимъ, такъ какъ видѣлъ больныхъ, у которыхъ острые гнойные отиты даже послѣ 2—3 мѣс., перешедшіе, такъ сказать, уже въ хроническое состояніе, благополучно заканчивались рубцеваніемъ барабанной перепонки и возстановленіемъ слуха. Въ каждомъ затянувшемся случаѣ гнойнаго отита слѣдуетъ тщательно изучать всѣ причины, которыя могли-бы задержать выздоровленіе; иногда это зависитъ отъ неправильнаго режима больного, который недостаточно бережется простуды и постоянно страдаетъ острыми катаррами носа и носоглоточнаго пространства; въ другихъ случаяхъ выздоровленіе затягивается вслѣдствіе хроническаго катарра тѣхъ-же полостей, или вслѣдствіе железистыхъ разростаній, или-же отъ того, что гнойное отдѣленіе дѣлается скуднымъ и въ видѣ корокъ закупориваетъ отверстіе барабанной перепонки, между тѣмъ какъ подъ ними нагноеніе продолжается, resp. происходитъ задержка выдѣленія. Въ такихъ случаяхъ умѣстны спринцеванія борной кислотой или перекисью водорода.

Вотъ тотъ способъ лѣченія острыхъ гнойныхъ отитовъ, который кажется мнѣ наиболѣе цѣлесообразнымъ. Онъ основанъ на томъ, чтобы поставить заболѣвшій органъ въ наиболѣе благопріятныя условія для самоисцѣленія, а для этого необходимы: полный покой, отсутствіе всякихъ раздраженій, усиливающихъ воспалительный процессъ, и наилучшее удаленіе болѣзненныхъ продуктовъ. Я не позволяю себѣ осуждать другіе способы лѣченія острыхъ гнойныхъ воспаленій средняго уха; будущее укажетъ, какой изъ нихъ лучшій. Критика, какой подвергался сухой способъ лѣченія со стороны противниковъ его, доказываетъ лишь, что они не совсѣмъ правильно примѣняли его, а потому и результаты получались отрицательные; напр., *Bezold* и его ученикъ *Dölger* [19]) тампонировали ушные проходы плотнымъ кускомъ ваты и, вынимая его черезъ день, находили его пропитаннымъ вонючимъ гноемъ. Ошибка здѣсь та, что плотный кусокъ ваты, впихнутый въ ушной проходъ, можетъ, конечно, только задерживать гной, а затѣмъ оставлять его въ ухѣ на цѣлыя сутки—совсѣмъ уже нераціонально, въ особенности въ первые дни заболѣванія, когда гноя выдѣляется оч. много.

Въ заключеніе позволю себѣ высказать слѣдующія положенія:

1. Острыя воспаленія средняго уха лучше всего дѣлить на поверхностныя и глубокія.

2. Проколъ барабанной перепонки строго показуется при глубокомъ воспаленіи средняго уха и только въ исключительныхъ случаяхъ—при поверхностныхъ.

3. Въ большинствѣ случаевъ въ первые дни заболѣванія острымъ отитомъ прокола дѣлать не слѣдуетъ.

4. Сухой способъ лѣченія острыхъ гнойныхъ отитовъ въ настоящее время—самый цѣлесообразный, ибо онъ удовлетворяетъ всѣмъ принципамъ хирургическаго лѣченія.

5. Этотъ способъ лѣченія предупреждаетъ вторичныя заболѣванія ушныхъ проходовъ и сокращаетъ теченіе болѣзни.

6. Въ виду его простоты его могутъ выполнять и сами больные, даже малоинтеллигентные.

Источники. 1. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1903 г., № 48 и «Internat. Centralblatt für Ohrenheilkunde», 1904 г., № 2.—2. *Politzer*. Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 4 изд., 1901 г.—3. *Urbantschitsch*. Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 4 изд., 1901 г.—4. *Eitelberg*. Praktische Ohrenheilkunde. 1899 г.—5. *Bezold*. Verhandlungen der Deutschen Otol. Gesellschaft XI in Trier.—6. *Hifl*. Тамъ-же.—7. *A. Hartmann*. Die Krankheiten des Ohres. Изд. 1889 г., стр. 142. — 8. *Weil*. «Klinische Vorträge», т. I, тетр. VIII.—9. *Passow*. Bericht über die Leistungen L. Blau, 1902 г.—10. *Bürkner*. «Archiv für Ohrenheilkunde», т. 59, тетр. 1 и 2.—11. *Gerbert*. «Zeitschrift für Ohrenheilkunde», т. XLV, тетр. 2.—12. *Schwarze*. Archiv für Ohrenheilkunde», т. 59, тетр. 3 и 4.—13 *Haug*. Тамъ же, т. 55, тетр. 1 и 2 и т. 57, тетр. 1 и 2.—14. *Siebemann*. «Zeitschrift für Ohrenheilkunde», т. XL тетр. 2 и 3. — 15. *Ф. Ю. Гейманъ*. «Revue de laryngologie», 1903 г., № 32.- 16. *Conr. Victor Schneider*. Liber de catarris specialissima, 1664 г. Прив. по «Neuere und neuste Geschichte der Heilwissenschaften» v. *Emil Igensee*, Berlin, 1844 г., т. V.—17. *М. Я. Преображенскій*. Физическая антисептика. Петербургъ, 1894 г. О томъ-же его диссертація. — 18. *L. Löwe*. «Monatsschrift für Ohrenheilkunde», 1888 г., № 10 и 1890 г., №№ 6, 7, 8.—19. *B. Dölger*. Die Mittelohreiterungen, 1903 г.

Изъ физіологическаго отдѣла Института экспериментальной медицины.

Поступленіе въ желудокъ натуральной смѣси панкреатическаго и кишечнаго соковъ съ желчью. Условія и вѣроятное значеніе этого явленія.

В. Н. Болдырева.

(Сообщено частью на IX Пироговскомъ Съѣздѣ въ Петербургѣ 10/I 1904 г., частью на VI Международномъ Съѣздѣ физіологовъ въ Bruxelles'ѣ 18/VIII 1904 г.).

(*Окончаніе. См. № 39, стр. 1305*).

Какъ видно изъ табл. 2, 3 и 5 расщепленіе жира шло очень энергично и при томъ какъ въ нейтральной, такъ и въ щелочной средѣ, что говоритъ противъ объясненія его дѣйствіемъ жирового бродила желудочнаго сока, открытаго *Vohlard*'омъ [21]), по которому послѣднее очень слабо расщепляетъ жиры и лишь въ кислой средѣ; подвергнувшись же вліянію даже самыхъ малыхъ количествъ щелочи, оно навсегда утрачиваетъ свое дѣйствіе, какъ и пепсинъ. Рѣзкое расщепленіе жира говоритъ также противъ объясненія его исключительно присутствіемъ липазы кишечнаго сока, хотя часть расщепленія, небольшая, могла быть отнесена и на долю кишечной липазы, разлагающей жиры тоже довольно слабо [*В. Н. Болдыревъ* [22])]. Несомнѣнно, оно обусловливалось главнымъ образомъ стеапсиномъ, и въ кипяченыхъ пробахъ его не было.

Характеръ перевариванія бѣлковъ—быстрое и сильное раствореніе ихъ въ щелочной средѣ, болѣе слабое въ нейтральной и отсутствіе его въ сильно-кислой—говоритъ за то, что бѣлковое бродило смѣси также принадлежитъ панкреатическому соку, а не желудочному—со дна или въ области привратника и не *Brunner*'овскому, такъ какъ всѣ они перевариваютъ бѣлки только въ болѣе или менѣе кислой средѣ и при томъ послѣдніе 2 очень слабо, а въ присутствіи даже малѣйшихъ количествъ желчи не дѣйствуютъ и вовсе [*А. И. Шемякинъ* [23]), *З. И. Пономаревъ* [24]), *В. Д. Добромысловъ* [25]) *)]. Точно также нельзя отнести перевариваніе бѣлковъ и насчетъ желчи, которая у собакъ можетъ растворять только фибринъ, да и то весьма медленно, въ теченіи 3—16 час. по *И. П. Жегалову* [26]), а у меня фибринъ переваривался въ нѣсколько минутъ и, кромѣ того, хорошо растворялся крутой яичный бѣлокъ. Кишечный сокъ тоже не можетъ растворять фибрина и тѣмъ болѣе крутого бѣлка; слѣд. я имѣлъ дѣло съ бѣлковымъ бродиломъ панкреатическаго сока, поступившаго изъ кишечника въ желудокъ.

Въ качествѣ нагляднаго доказательства, что въ моихъ опытахъ, дѣйствительно, въ желудокъ поступала натуральная панкреатическо-желчно-кишечная жидкость изъ кишки, а не имѣлось какое-либо неизвѣстное раньше измѣне-

*) По *В. Д. Добромыслову* присутствіе желчи не мѣшаетъ бѣлковымъ бродиламъ привратниковаго и *Brunner*'овскаго соковъ растворять бѣлки, если реакція раствореніе ихъ началась до прибавленія желчи; другими словами, желчь не мѣшаетъ продолженію протеолитическаго дѣйствія этихъ бродилъ, а только не даетъ вновь возникать ему, препятствуетъ началу реакціи; такъ какъ я всегда вносилъ въ испытуемыя порціи сока свѣжіе, т. е. не тронутые бродилами бѣлки и имѣлъ дѣло съ раствореніемъ бѣлковъ съ самаго начальнаго момента ихъ гидратаціи, то могу, для краткости, сказать, что присутствіе желчи въ моихъ опредѣленіяхъ безусловно задерживало дѣйствіе упомянутыхъ бродилъ.

ніе свойствъ секрета самого желудка, я поставилъ опытъ на собакѣ, у которой желудокъ былъ совершенно изолированъ, при помощи перегородки изъ слизистой оболочки, отъ 12-перстной кишки. Собакѣ было влито въ желудокъ 200,0 к. стм. продажнаго прованскаго масла; за 4 часа пребыванія его въ желудкѣ никакихъ перемѣнъ съ нимъ не произошло, оно не эмульсировалось, количество свободной кислоты въ немъ осталось прежнее, и въ желудкѣ ничего, кромѣ масла и обыкновеннаго желудочнаго сока, не было за все время, хотя я черезъ каждыя 15 мин. выпускалъ все содержимое желудка и, оставивъ около 10,0 к. стм. для изслѣдованія, вливалъ все тотчасъ-же обратно въ желудокъ (см. табл. 6).

Что касается сравненія получаемой черезъ желудокъ натуральной панкреатическо-желчно-кишечной жидкости по силѣ и условіямъ бродильнаго дѣйствія съ чистымъ панкреатическимъ сокомъ и натуральною смѣсью панкреатическаго и кишечнаго соковъ и желчи, добываемаго изъ кишки при помощи кишечнаго свища, то бросается въ глаза поразительное сходство названныхъ жидкостей во всѣхъ отношеніяхъ. Всѣ онѣ прекрасно эмульсируютъ и расщепляютъ жиры и энергично перевариваютъ бѣлки въ слабокислой, нейтральной и щелочной средѣ. Дѣйствуютъ всѣ онѣ быстро и гораздо лучше при щелочной реакціи.

Таблица 4.

	Бѣлковое бродило по *Mettny* въ мм. при щелочной реакціи.	Жировое въ к. стм. щелочи по монобутирину.	Крахмальное по *Вальтеру* въ мм.	Бѣлковое по скорости перевариванія фибрина (въ мин.) при щелочной реакціи.
«Чухна». 3/VII 1902 г. Панкреатическій свищъ. Въ кишку течетъ очень мало панкреатическаго сока черезъ 2-й протокъ. Изслѣдованіе полученныхъ черезъ желудокъ кишечныхъ соковъ.	—	—	—	40
	—	—	—	60
«Арамиска». Желчный свищъ. Вся желчь течетъ наружу. Изслѣдованіе полученныхъ черезъ желудокъ кишечныхъ соковъ.	—	—	—	120
	—	—	—	240
«Чухна». 17/III 1902 г. Чистый панкреатическій сокъ изъ панкреатическаго свища.	4,1	3,5	4,2	5
	4,0	2,8	6,0	4
	4,0	3,2	6,0	5
«Рыжикъ». 11/XI 1902 г. Полученная черезъ кишечный свищъ натуральная смѣсь панкреатическаго кишечнаго сока и желчи.	3,6	4,5	2,0	5
«Рыжикъ». 14/XI 1902 г. Таже смѣсь, полученная изъ желудка.	3,6	4,5	3,0	5
	4,8	4,5	—	4
	4,4	—	—	6
«Мышь». 17/VII 1902. Таже смѣсь изъ желудка.	3,0	4,5	3,0	7

Приведенныя въ таблицѣ цифры показываютъ полное сходство въ качественномъ и количественномъ отношеніяхъ, по бродильному дѣйствію на бѣлки, жиры и углеводы, панкреатическаго сока, натуральной панкреатическо-желчно-кишечной смѣси, полученной изъ кишечника, а также послѣдней смѣси, добытой изъ желудка. Кромѣ того, 2 первыхъ примѣра таблицы указываютъ, что у собакъ ненормальныхъ (съ отведенными наружу панкреатическимъ сокомъ или желчью) полученная изъ желудка смѣсь кишечныхъ соковъ обладаетъ лишь весьма слабымъ бродильнымъ дѣйствіемъ.

Характерно еще то, что, если я подкислялъ жидкость до извѣстной степени, она переставала дѣйствовать даже на фибринъ; если же послѣ нѣкотораго стоянія ея въ кисломъ видѣ я ее подщелачивалъ, то опять получалъ замѣтное, хотя и сильно ослабленное противъ прежняго, дѣйствіе на бѣлки. Подобное-же явленіе было отмѣчено и *Boas* [27]). Примѣръ.

Натуральная панкреатическо-желчно-кишечная смѣсь, полученная 17/VII 1902 г. черезъ желудочный свищъ у собаки «Мышь», переварила фибринъ въ 7 мин.; 2 одинаковыя порціи этого сока, разбавленныя равнымъ количествомъ 0,5% HCl, послѣ чего реакція жидкости стала сильно-кислая, за часъ не обнаружили никакого дѣйствія на фибринъ; тогда одна изъ нихъ была подщелочена и переварила фибринъ въ 4 часа; другая же, оставшаяся кислою, не могла растворить его въ теченіи цѣлыхъ 24 час.: фибринъ остался совершенно нетронутымъ.

Когда я пришелъ къ опредѣленнымъ и однообразнымъ результатамъ съ продажнымъ прованскимъ масломъ, даже лучшіе сорта котораго всегда немного кислы вслѣдствіе присутствія въ нихъ свободной жирной кислоты, я испробовалъ совершенно нейтральное масло, для чего извѣстнымъ образомъ обрабатывалъ продажное масло растворомъ ѣдкаго барита; съ нейтральнымъ масломъ я получилъ въ общемъ тѣже результаты, хотя и въ нѣсколько болѣе слабой степени. Послѣдніе опыты имѣли цѣлью провѣрить утвержденія нѣкоторыхъ авторовъ (*Pflüger* и др.), будто-бы нейтральный жиръ, дѣйствуя на кишку, не въ состояніи вызвать отдѣленія пищеварительныхъ соковъ. Кромѣ того, я испытывалъ сильно подкисленное масло (2-%-ный растворъ acidi oleinici съ прованскомъ маслѣ) и водный растворъ мыла (5% natrii oleinici); кислый жиръ обнаружилъ въ высшей степени энергичное дѣйствіе, о чемъ рѣчь будетъ ниже, мыло-же дѣйствовало приблизительно такъ-же, какъ и продажное прованское масло.

Кромѣ жировъ и мыла, я пользовался для опытовъ сливками, желтками, масломъ съ хлѣбомъ, которыя давалъ съѣдать собакамъ или вводилъ имъ прямо въ желудокъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ наблюдалось приблизительно доже самое, что и при одномъ жирѣ. Весьма интереснымъ оказался опытъ 10/XI 1902 г. на собакѣ («Трезорѣ»—съ желудочнымъ свищемъ) съ кормленіемъ бѣлымъ хлѣбомъ (200,0 грм.) и прованскимъ нейтральнымъ масломъ (100,0 к. стм.), такъ какъ пищевареніе въ желудкѣ, продолжавшееся 10 час. 30 мин., совершалось почти все время, какъ видно изъ прилагаемой таблицы, главнымъ образомъ насчетъ панкреатическаго сока. Особенно-же это бросается въ глаза въ первые и послѣдніе часы желудочнаго пищеваренія (см. табл. 5).

Таблица представляетъ ходъ желудочнаго пищеваренія отъ самаго начала его до полнаго опорожненія желудка. Оно продолжалось около $10^1/_2$ час., и за это время я бралъ изъ желудка, черезъ свищъ его, спустя опредѣленные промежутки времени (чаще всего черезъ 1 часъ) небольшія (около 10,0 к. стм.) порціи (всего ихъ было взято 12) содержимаго желудка; уже по реакціи и цвѣту этихъ пробныхъ порцій видно присутствіе въ желудкѣ чуждыхъ ему соковъ въ теченіи большей части періода пищеваренія.

Изъ всѣхъ 12 порцій только 1 (№ 6) переваривала бѣлки въ кислой средѣ при кислотности = 0,5% HCl, т. е. при нормальной средней кислотности желудочнаго сока, для чего къ этой порціи пришлось прибавить HCl; прочія-же дѣйствовали на бѣлки лишь при той реакціи, какую онѣ имѣли сами—большею частью нейтральной или слабо кислой (около 0,05% HCl)—и еще лучше въ щелочной средѣ, при щелочности панкреатическаго сока, т. е. растворяли бѣлки при помощи трипсина, а не пепсина. Многія порціи (№№ 1, 2, 7, 9, 10 и 12) переваривали не только легко растворяемый фибринъ, но и трудно варимый крутой яичный бѣлокъ. 6 порцій (прочія въ этомъ отношеніи не пришлось испытать) оказали способность сильно расщеплять жиры.

Такимъ образомъ можно сказать, что въ данномъ случаѣ пищевареніе въ желудкѣ совершалось главнымъ образомъ насчетъ панкреатическаго сока.

То-же наблюдалось, хотя и не всегда такъ наглядно, и при кормленіи другими сортами жирной пищи, напр., желтками и сливками.

Достойно вниманія, что въ 11 порціяхъ даже при подкисленіи ихъ HCl до кислотности желудочнаго сока дѣйствіе пепсина на бѣлки уже не возстановлялось.

Извѣстные опыты *Dastre*, заставлявшаго желчь при помощи свища постоянно изливаться въ желудокъ, нельзя считать противорѣчащими моимъ даннымъ; онъ не замѣ-

Таблица 5.

«Трезоръ». 10/XI 1902 г. Ѣда дана въ 12 час. 30 мин. дня. Черезъ 15 мин. послѣ кормленія (200 грм. бѣлаго хлѣба + 100 к. стм. нейтральнаго прованскаго масла) въ желудкѣ появилась желто-бурая панкреатическо-желчно-кишечная натуральная смѣсь въ значительномъ количествѣ. Результаты изслѣдованія взятыхъ изъ желудка черезъ свищъ порцій:

№№ порцій.	Время.	Спустя сколько времени послѣ кормленія?	Взятой порціи.		Во сколько минутъ переварила фибринъ въ щелочной средѣ.	Бѣлковое бродило по *Metty* въ млм. переваренпаго бѣлковаго цилиндрика.			Жировое бродило въ к. стм. титра щелочи, потраченной на нейтрализацію отщепленной жирной кислоты.	
			Цвѣтъ.	Реакція.		Кислая реакція.	Натуральная реакція.	Щелочная реакція (см. графу 5).	По монобутирину.	По жиру.
1	1 ч. 10 м.	40 м.	желто-бурый	нейтральная	12	0	0	2,4	4,5	14,0
2	2 ч.	1 ч. 30 м.	желтый	тоже	15	0	0	1,6	—	—
3	3 ч. 30 м.	3 ч.	бѣлый	сильно кислая	—	0	0	0	—	—
4	4 ч. 30 м.	4 ч.	тоже	тоже	*) —	0	0	0	—	—
5	5 ч. 30 м.	5 ч.	зеленоватый	оч. сильно кислая	—	0	0	0	—	—
6	6 ч. 30 м.	6 ч.	бѣлый	тоже	не переварила за 24 часа	1,0	0	0	—	—
7	7 ч. 30 м.	7 ч.	желтый	нейтральная	15	0	0,5	2,0	6,0	22,0
8	8 ч. 30 м.	8 ч.	тоже	оч. слабо кислая	12	—	0,8	—	4,5	14,0
9	9 ч.	8 ч. 30 м.	свѣтло-желтый	слабо кислая	—	—	0,5	1,2	—	—
10	9 ч. 30 м.	9 ч.	тоже	сильно кислая	12	—	0,1	1,0	2,0	—
11	10 ч.	9 ч. 30 м.	тоже	тоже	20	—	0	—	2,0	—
12	10 ч. 30 м.	10 ч.	темно-желтый	нейтральная	6	—	—	3,6	—	30,0
	Черезъ 10 час. желудокъ сталъ пустъ.									

тилъ большого вреда для оперированныхъ имъ собакъ и отсюда, не имѣя прямыхъ фактическихъ доказательствъ, сдѣлалъ неправильное заключеніе, будто-бы желчь, находясь въ желудкѣ, не препятствуетъ сильно желудочному пищеваренію; во 1-хъ, у его собакъ желудочное (пепсинное) пищевареніе, быть можетъ, не только было затруднено, но его и совсѣмъ не было и перезариваніе пищи совершалось насчетъ панкреатическаго сока; во 2-хъ, въ его опытахъ въ желудокъ попадала только желчь, а въ моихъ—желчь, панкреатическій и кишечный соки, такъ что условія опытовъ у насъ были совершенно различны.

Какъ было сказано, у одной собаки («Чухны») только небольшая часть панкреатическаго сока поступала въ кишку и могла принимать участіе въ обработкѣ жирной пищи. Разница между этой собакой, какъ-бы изображающей собою больного съ недостаточною дѣятельностью поджелудочной железы, и тѣми, у которыхъ весь сокъ изливался въ кишку, была поразительна какъ по продолжительности пищеваренія при жирѣ, такъ и по внѣшнему виду, реакціи и бродильному дѣйствію извлеченныхъ у нихъ одновременно (въ смыслѣ теченія пищеваренія) и при одинаковыхъ условіяхъ порцій содержимаго желудка.

Привожу одинъ изъ многихъ примѣровъ.

	Бѣлковое бродило по *Metty*			Жировое бродило.	Крахмальное.	Реакція сока
	кислая	натуральная	щелочная			
«Чухна» 22/XI 1902 г. . .	0,4	0	0	11,0 **)	2,0	кислая
«Треворъ»—нормальная собака 22/XI 1902 г. . .	0	1,2	4,4	33,0	3,5	средняя

Эта разница (см. также табл. № 4) еще болѣе укрѣпила меня въ мысли о возможности по добытому у людей черезъ желудокъ указаннымъ ниже способомъ панкреатическому соку судить о работѣ и, быть можетъ, о состояніи поджелудочной железы. Разница эта не была явленіемъ случайнымъ, но наблюдалась постоянно. Однако я долженъ замѣтить, что опытъ на собакѣ («Арамискѣ») съ отведенной наружу желчью далъ подобный-же результатъ.

Кромѣ жира, энергичнымъ возбудителемъ отдѣленія панкреатическаго сока являются кислоты [*И. Л. Долинскій* [28])]; поэтому я поставилъ рядъ опытовъ и съ ними, главнымъ образомъ съ HCl (отъ 0,25% до 0,5%), подражая естественнымъ условіямъ (желудочный сокъ собакъ содержитъ 0,5% HCl), а также и съ нѣкоторыми другими кислотами—молочной, уксусной и масляной (приблизительно въ эквивалентномъ насыщеніи—для всѣхъ употреблялись 1%-ные растворы). Кислотъ я вливалъ 100—200 к. стм. за разъ въ желудокъ собакамъ, какъ натощакъ, такъ и во время желудочнаго пищеваренія; въ послѣднемъ случаѣ для поступленія въ желудокъ панкреатическо-желчно-кишечной смѣси требовалось гораздо большее количество кислоты и вызвать это поступленіе было несравненно труднѣе.

Раньше меня въ лабораторіи проф. *И. П. Павлова* часто замѣчали, что влитая въ желудокъ кислота при обратномъ извлеченіи ея черезъ желудокъ спустя нѣкоторое время выходитъ окрашенной въ желто-зеленый цвѣтъ, но на панкреатическій сокъ и здѣсь не обратили должнаго вниманія. Если-же, какъ это дѣлалъ я, опорожнивъ желудокъ, нѣкоторое время держать открытымъ его свищъ, то можно легко получить изъ него натуральную панкреатическо-желчно-кишечную смѣсь въ чистомъ видѣ въ достаточномъ для изслѣдованія количествѣ, хотя и гораздо меньшемъ, чѣмъ при жирѣ, и съ значительно меньшимъ содержаніемъ бродилъ. Жидкость эта отличается также малымъ содержаніемъ желчи и имѣетъ свѣтло-желтый, лимонный цвѣтъ, тогда какъ жидкость, получаемая при введеніи въ желудокъ собаки жира или добываемая изъ желудка при голодномъ состояніи животнаго, бываетъ всегда темно-желтая или бурая.

Таблица 6.

Поступленіе въ желудокъ натуральной смѣси всѣхъ 3-хъ кишечныхъ соковъ (панкреатическаго, кишечнаго и желчи) при различныхъ условіяхъ.

6/XII 1901 г. «Трезоръ» желудочный свищъ (и кишечный по *Thiry-Vella*). (Собака № 2). Влито въ желудокъ 100 к. стм. продажнаго прованскаго масла, 2,0 к. стм. котораго нейтрализовались 1,6 к. стм. титра щелочи.—Проба I. Черезъ 2 час. въ желудкѣ 165 к. стм. желтой эмульсіи и масла; на 2,0 к. стм. пошло 6,5 к. стм. щелочи; фибринъ переварился въ 40 мин. при щелочной реакціи. Все влито обратно въ желудокъ.—Проба II. Черезъ 3 час.—180 к. стм. желтой эмульсіи безъ масла; на 2,0

*) Эти порціи были сильно разведены водою (разъ въ 10) и профильтрованы.

**) Изъ этого количества нужно вычесть 5,0 к. стм. титра, которые требовались для нейтрализаціи кислоты самого сока.

к. стм. ея пошло 10,0 к. стм. титра; фибринъ переварился въ 12 мин. при щелочной реакціи; по опорожненіи желудка изъ него течетъ смѣсь панкреатическаго сока съ желчью. Все влито обратно въ желудокъ.—Проба III. Черезъ 4 час.—180 к. стм. желтой эмульсіи; на 2,0 к. стм. ея пошло 13,0 к. стм. титра; фибринъ переварился въ ней за 35 мин. при щелочной реакціи; изъ пустого желудка въ теченіи 10 мин. течетъ смѣсь панкреатическаго сока съ желчью (120 к. стм.). Все влито въ желудокъ. — Проба IV. Черезъ 5 час.—150 к. стм. желтой эмульсіи; на 2,0 к. стм. пошло 12,0 к. стм. титра; изъ пустого желудка за 10 мин. вытекло 12 к. стм. прежней смѣси, на 2,0 к. стм. ея пошло 1,3 к. стм. щелочи, что указываетъ на небольшую примѣсь кислаго желудочнаго сока. Все влито обратно въ желудокъ. — Проба V. Черезъ 6 час.—150 к. стм. желтой эмульсіи; на 2,0 к. стм. ея пошло 2,8 к. стм. титра; фибринъ переварился въ ней за 20 мин. при щелочной реакціи; изъ пустого желудка за 10 мин. получено 35,0 к. стм. прежней жидкости, на 2,0 к. стм. ея пошло 3,2 к. стм. титра. Все влито въ желудокъ.—Проба VI. Черезъ 7 час.—35 к. стм. желтой эмульсіи; на 2,0 к. стм. ея пошло 3,2 к. стм. титра; фибринъ въ ней переварился за 15 мин. при щелочной реакціи; изъ пустого желудка за 10 мин. получено 1,5 к. стм. оч. слабо-кислой желтой жидкости. Все влито обратно въ желудокъ. — Проба VII. Черезъ 8 час.—25 к. стм. желтой эмульсіи; на 2,0 к. стм. ея пошло 1,5 к. стм. титра; изъ пустого желудка за 10 мин. получено 3,0 к. стм. Все влито въ желудокъ. Черезъ 9 час.—въ желудкѣ 15 к. стм.; черезъ 10 час.—10 к. стм. такой-же эмульсіи.

9/xп 1901 г. «Трезоръ». Влито въ желудокъ 100 к. стм. нейтральнаго прованскаго масла.—Проба I. Черезъ 1 час. желудокъ пустъ. — Проба II. Черезъ 2 час. въ желудкѣ 110 к. стм. смѣси, состоящей изъ 65 к. стм. масла, 10 к. стм. эмульсіи и 35 к. стм. желтой жидкости. Все влито въ желудокъ.—Проба III. Черезъ 3 час.—84 к. стм. смѣси изъ 58 к. стм. масла, 8 к. стм. эмульсіи и 18 к. стм. желтой жидкости; на 2,0 к. стм. смѣси пошло 15,0 к. стм. титра.

3/vп 1902 г. «Трезоръ». Влито въ желудокъ 100 к. стм. 5%-го воднаго раствора natrii oleinici.—Проба I. Черезъ 1 час.—въ желудкѣ 60 к. стм. щелочной желтой жидкости; фибринъ въ ней переварился за 45 мин. Влито обратно въ желудокъ.—Проба II. Черезъ 2½ час.—въ желудкѣ 50 к. стм. желтой жидкости, переварившей фибринъ за 60 мин. при щелочной реакціи. Передъ этимъ собака срыгнула 120 к. стм. подобной-же жидкости.—Проба III. Черезъ 4 час.—въ желудкѣ 25 к. стм. прежней жидкости, фибринъ въ ней переварился за 40 мин. при щелочной реакціи.

28/x 1902 г. «Трезоръ». Въ теченіи 3 час. наблюденія желудокъ былъ пустъ; въ него затѣмъ влито 200 к. стм. ½% HCl. Проба I. Черезъ 15 мин. изъ желудка выпущено 200 к. стм. желтоватой кислой жидкости; желудокъ оставленъ открытымъ.—Проба II. За 10 мин. изъ желудка получено 16 к. стм. желтой сильно щелочной жидкости.—Проба III. За слѣдующія 10 мин. изъ желудка получено 7 к. стм. подобной-же жидкости.—Проба IV. За слѣдующія 10 мин. изъ желудка получено 4 к. стм. подобной же жидкости.—Всѣ 3 порціи переваривали бѣлки въ щелочной средѣ (1-ая—2,0; 2-ая—1,2; 3-ья—0,8 по *Memmy*, фибринъ-же растворялся въ 15 мин.), энергично расщепляли жиръ и гидратировали крахмалъ.—Проба V. Затѣмъ сдѣлано вторичное вливаніе въ желудокъ 200 к. стм. ½% HCl. — Проба VI. Черезъ 10 мин. изъ желудка выпущено 165 к. стм. кислой жидкости; поступленія въ желудокъ натуральной смѣси панкреатическаго сока съ желчью не обнаружено въ теченіи послѣдующихъ 1½ час.

29/x 1902 г. «Трезоръ». За 7½ час. наблюденія въ пустой желудокъ 2 раза текла смѣсь панкреатическаго сока съ желчью (пробы № 1 и № 2). Затѣмъ въ желудокъ влито 100 к. стм. ½% HCl.—Проба I. Черезъ 15 мин. изъ желудка вышло 70 к. стм. желтоватой кислой жидкости.—Проба II. За слѣдующія 10 мин. изъ него вытекло 10 к. стм. такой-же кислой жидкости.—Проба III. За слѣдующія 10 мин. изъ него вытекло 12 к. стм. желтой сильно щелочной жидкости (проба № 3).—Всѣ 3 пробы переваривали бѣлки при щелочной реакціи (первыя 2—№ 1 и № 2—растворяли фибринъ въ теченіи 55 мин., № 3 переваривалъ крутой яичный бѣлокъ — по *Memmy* 0,6 — при натуральной своей реакціи и 1,8 послѣ прибавленія NH_3); всѣ пробы энергично расщепляли жиръ и гидратировали крахмалъ.

19/xi 1902 г. «Трезоръ». Въ желудокъ влито 25 к. стм. 2%-го раствора acidi oleinici въ прованскомъ маслѣ.—Проба I. Черезъ 15 мин. изъ него получено 20 к. стм.; изъ нихъ 17 к. стм. масла и 3 к. стм. смѣси панкреатическаго сока съ желчью. — Проба II. За слѣдующія 10 мин. изъ желудка получено 4 к. стм. масла и 4 к. стм. смѣси панкреатическаго сока съ желчью (№ 1). — Проба III. За слѣдующія 10 мин. изъ желудка ничего не текло; въ него вторично влито 40 к. стм. того-же кислаго масла.—Проба IV. Черезъ 15 мин. желудокъ оказался пустымъ—все масло ушло въ кишку.—Проба V. Черезъ 1 час. изъ желудка за 15 мин. получено 20 к. стм. натуральной смѣси панкреатическаго сока съ желчью (№ 2).—Проба VI. За послѣдующія 15 мин. изъ него вытекло 45 к. стм. той-же жидкости (№ 3). — Проба VII. За слѣдующія 15 мин. изъ желудка получено 35 к. стм. такой-же смѣси (бураго цвѣта и сильно щелочной реакціи всѣ 3 порціи) (№ 4); за слѣдующія 15 мин.—15 к. стм. такой-же смѣси.—Пробы № 1, № 2, № 3 и № 4 хорошо растворяли бѣлки, особенно послѣ прибавленія къ нимъ NH_3,—отъ 2 до 3,5 по *Memmy*.

17/i 1903 г. «Трезоръ». Опытъ ведется на голодной собакѣ. Желудочный свищъ все время открытъ. 5-й день голоданія. — Проба I. За 1-ый часъ изъ желудка вытекло 12 к. стм. натуральной смѣси панкреатическаго сока съ желчью, сильно щелочной реакціи. Проба II. За 2-ой часъ вытекло изъ желудка 25 к. стм. такой-же жидкости; фибринъ въ ней растворился за 10 мин. — Проба III. За 3-ій часъ вытекло 25 к. стм. прежней жидкости.—Проба IV. За 4-ый часъ вытекло 20 к. стм. прежней жидкости, переварившей фибринъ за 15 мин. при щелочной реакціи.—Проба V. За 5-ый часъ получено изъ желудка 70 к. стм. панкреатическо желчно-кишечной смѣси съ примѣсью желудочнаго сока. — Проба VI. За 6-ой час.—30 к. стм. смѣси кишечныхъ соковъ съ желудочнымъ. — Проба VII. За 7-ой часъ—75 к. стм. сильно щелочной смѣси кишечныхъ соковъ; фибринъ въ ней растворился въ 12 мин. За слѣдующія 1½ часа—75 к. стм. такой-же жидкости.

10/xп 1901 г. «Трезоръ». Опытъ на голодной собакѣ. Желудочный свищъ все время открытъ. 1-ый день голоданія. — Проба I. За 1-ый часъ—32 к. стм. щелочной смѣси кишечныхъ соковъ со слизью. — Проба II. За 2-ой часъ—изъ желудка 23 к. стм. такой-же жидкости.—Проба III. За 3-ій часъ—19 к. стм. такой же жидкости. — Проба IV. За 4-ый часъ—0. — Проба V. За 5-ый часъ—10 к. стм. прежней жидкости.—Проба VI. За 6-ой часъ—3,5 к. стм. слизи.—Проба VII. За 7-ой часъ много слизи и 30 к. стм. смѣси кишечныхъ соковъ. За 8-ой и 9-ый часы 75 к. стм. такой-же смѣси; фибринъ въ ней переварился за 13 мин. при щелочной реакціи и не переваривался совершенно при кислой. Жиръ она расщепляла энергично.

25/xi 1901 г. «Чухна». Желудочный, кишечный и панкреатическій свищи. (Собака № 1). Въ желудокъ влито 100 к. стм. продажнаго прованскаго масла; на 2 к. стм. его пошло 1,2 к. стм. титра. — Проба I. Черезъ 1¼ час.—въ желудкѣ масло не эмульсировано.—Проба II. Еще черезъ 2½ час.—желтая эмульсія; на 2,0 к. стм. ея пошло 2,4 к. стм. титра.—Проба III. Еще черезъ 1½ час.—желтая эмульсія; на 2 к. стм. ея пошло 4,0 к. стм. титра.—Проба IV. Еще черезъ 1½ час.—желтая эмульсія; на 2,0 к. стм. ея пошло 3,0 к. стм. титра. — Проба V. Еще черезъ 1 час.—таже эмульсія; на 2,0 к. стм. ея пошло 2,0 к. стм. титра.—Что кислотность въ этихъ пробахъ зависѣла не отъ HCl желудочнаго сока, а отъ отщепленной жирной кислоты, видно изъ того, что по лакмусу взятыя пробы имѣли чаще среднюю или даже слабо-щелочную и рѣже очень слабо-кислую реакцію. Интересно, что у нормальной собаки («Трезоръ») сравнительно съ этой («Чухна»), имѣвшей панкреатическій свищъ, расщепленіе жира шло гораздо сильнѣе (ср. этотъ опытъ съ опытомъ, напр., 6/xп 1901 г.). Тоже можно сказать и о раствореніи бѣлковъ и гидратаціи углеводовъ.

26/xi 1901 г. «Чухна». Въ желудокъ влито 100 к. стм. продажнаго прованскаго масла.—Проба I. Черезъ 1 час. въ желудкѣ появилась уже смѣсь панкреатическаго сока съ желчью. — Проба II. Еще черезъ 2 час. въ желудкѣ—желтая эмульсія (20 к. стм.) и панкреатическо-желчно-кишечная смѣсь (110 к. стм.); на 2,0 к. стм. первой пошло 11,0, второй 2,6 к. стм. титра. — По этой пробѣ видно, что кислотность жидкости зависѣла отъ жирной кислоты (большая въ эмульсіи), а не отъ HCl желудочнаго сока (меньшая въ водянистомъ отстоѣ).

3/vп 1902 г. «Чухна».—Въ желудокъ влито 80 к. стм. 5%-го раствора Natrii oleinici въ водѣ.—Проба I. Черезъ 1½ час. въ желудкѣ 25 к. стм. желтой щелочной жидкости, переварившей фибринъ за 40 мин.—Проба II. Еще черезъ 1 час.—17 к. стм. такой-же жидкости, переварившей фибринъ за 60 мин. при щелочной реакціи.—Послѣ подкисленія обѣ порціи не переварили фибрина за сутки.

22/xi 1902 г. «Чухна»—Въ желудокъ влито 50 к. стм. 2%-го раствора acidi oleinici въ прованскомъ маслѣ.—Проба I. Черезъ 2¾ часа изъ желудка получено за 10 мин. 23 к. стм. смѣси кишечныхъ соковъ.—Проба II. За слѣдующіе ½ час.—31 к. стм. такой-же смѣси.—Полученныя обѣ пробы состояли наполовину изъ слизи (!), слабо расщепляли жиръ, слабо гидратировали крахмалъ и оказывали очень слабое дѣйствіе на бѣлки, но только при кислой реакціи.

28/xi 1901 г. «Чухна».—Пропущено за 25 мин. черезъ *Thiry-Vella*'евскій кишечный свищъ 170 к. стм. желудочнаго сока, смѣшаннаго съ 30 к. стм. яичнаго бѣлка.—Проба I. Черезъ 35 мин. отъ начала вливанія въ кишку кислой жидкости въ желудкѣ замѣчено появленіе смѣси кишечныхъ соковъ.

26/i 1903 г. «Трезоръ»—Пропущено черезъ *Thiry-Vella*'евскій кишечный свищъ 125 к. стм. 0,15% HCl.—Проба I. Черезъ 25 мин. отъ начала вливанія въ кишку изъ желудка получено 10 к. стм. натуральной смѣси кишечныхъ соковъ.

8/xп 1901 г. «Арамиска».—Желудочный и желчный свищи (наружу выведено кишечное отверстіе желчнаго протока и въ кишку не попадаетъ ни капли желчи).—Въ желудокъ влито 100 к. стм. нейтральнаго прованскаго масла.—Проба I. Черезъ 1 час. изъ него получено 20 к. стм. масла и 3 к. стм. слизи; за 10 мин. изъ него черезъ свищъ не получено ни капли. Все влито обратно.—Проба II. Еще черезъ 1 час.—25 к. стм. масла со слизью; за 5 мин. изъ открытаго свища желудка не получено ни капли. Все влито обратно.—Проба III. Еще черезъ 1 час.—25 к. стм. слегка эмульсированнаго масла; на 2,0 к. стм. пошло 0,5 к. стм. титра щелочи; фибринъ переварился при щелочной реакціи за 11 час. Влито обратно.—Проба IV. Еще черезъ 1 час.—15 к. стм. эмульсіи; на 2,0 к. стм. ея пошло 0,5 к. стм. титра; фиб-

ринъ переварился за 4 час. при щелочной реакціи. Влито обратно.—Проба V. Еще черезъ 1 час.—25 к. стм. эмульсіи; на 2,0 к. стм. ея пошло 0,5 к. стм. титра; фибринъ переварился за 1 ч. 20 мин.; изъ желудка за 5 мин.—0. Влито обратно.—Проба VI. Еще черезъ 1 час.—45 к. стм. эмульсіи съ масломъ; фибринъ переварился за 4 час.; на 2,0 к. стм. пошло 0,5 к. стм. титра; за 5 мин. черезъ желудочный открытый свищъ—0. Влито обратно.—Проба VII. Еще черезъ 1 час.—55 к. стм. эмульсіи съ масломъ; на 2,0 к. стм. пошло 2,9 к. стм. титра; фибринъ переварился за 2 часа при щелочной реакціи.—Все время опыта желчь не выдѣлялась; тогда дано было собакѣ 600 к. стм. молока+100 грм. бѣлаго хлѣба; черезъ нѣсколько минутъ послѣ того, какъ собака съѣла пищу, желчь потекла обильно (NB). Въ этомъ опытѣ интересно весьма слабое раствореніе фибрина трипсиномъ и почти полное отсутствіе расщепленія жира—отсутствіе желчи въ кишкахъ значительно ослабило панкреатическое пищевареніе и, по видимому, весьма уменьшило отдѣленіе панкреатическаго сока (и поступленіе его въ желудокъ, конечно).

11/XII 1901 г. «Рыжій».—Желудочный и простой 12 перстный свищи (изолированный желудочекъ и эзофаготомія); желудокъ совершенно отдѣленъ отъ кишки перегородкой изъ слизистой оболочки.—Въ желудокъ влито 200 к. стм., продажнаго прованскаго масла; на 2,0 к. стм., его для нейтрализаціи шло 0,1 к. стм. титра щелочи.—Проба I. Черезъ 1 час. изъ желудка получено 195 к. стм. масла (ни слѣда эмульсіи) и 150 к. стм. чистаго желудочнаго сока; на 2,0 к. стм. масла пошло 0,2 к. стм. титра. Все влито обратно.—Проба II. Еще черезъ 1 час.—195 к. стм. чистаго масла и 251 к. стм. чистаго желудочнаго сока; на 2,0 к. стм., масла пошло 0,3 к. стм. титра. Все влито обратно.—Проба III. Еще черезъ 1 час.—195 к. стм. чистаго масла и 432 к. стм., чистаго желудочнаго сока; на 2,0 к. стм. масла пошло 0,3 к. стм. титра. Все влито обратно.—Проба IV. Еще черезъ 1 час.—195 к. стм. прежняго вида масла и 537 к. стм. (!) чистаго желудочнаго сока; на 2,0 к. стм. масла пошло 0,3 к. стм. титра.—Изъ этого опыта видно, что при исключеніи панкреатическаго сока и желчи жиръ въ желудкѣ за 4 час. остался даже не эмульсированнымъ и не расщеплялся (слѣды расщепленія, можетъ быть и были—*Volhardt*), какъ обычно; обильно выдѣлявшійся желудочный сокъ имѣлъ нормальную кислотность (0,5% HCl) и энергично растворялъ бѣлки при сильно кислой реакціи. За все время опыта отдѣлялась натуральная смѣсь всѣхъ 3 хъ кишечныхъ соковъ, получавшихся изъ открытаго кишечнаго свища. Смѣсь эта (сильно щелочная) прекрасно расщепляла жиры и бѣлки при щелочной реакціи; выдѣлялась она въ количествѣ 15—20 к. стм., за каждыя 15 мин. Необходимо замѣтить, что собака страдала гиперсекреціей желудочнаго сока.

17/VII 1902 г. «Мышь».—Желудочный свищъ и кишечный по *Thiry-Vella*.—Въ желудокъ влито 150 к. стм. продажнаго прованскаго масла.—Проба I. Черезъ 2 час. изъ желудка получено 90 к. стм. масла съ эмульсіей и 5 к. стм. панкреатическо-желчно-кишечной смѣси. Все влито въ желудокъ.—Проба II. Еще черезъ 2 час.—100 к. стм., жидкости, состоявшей изъ 70 к. стм. масла, 20 к. стм. эмульсіи и 10 к. стм. кишечныхъ соковъ. Все влито обратно.—Проба III. Еще черезъ 1 часъ—85 к. стм.; изъ нихъ 25 к. стм. масла, 10 к. стм. эмульсіи, 5 к. стм. слизи и 45 к. стм. соковъ. Желудочный свищъ оставленъ открытымъ и изъ него вытекло: за 5 мин. 16, еще за 5 мин. 4, еще за 5 мин. 5, еще за 5 мин. 31, а всего 56 к. стм. (№ III) натуральной смѣси кишечныхъ соковъ (безъ слѣдовъ масла, но съ примѣсью желудочнаго). Все влито обратно.—Проба IV. Еще черезъ 1 час.—8 к. стм. желудочнаго сока, безъ масла.—Порція № III имѣла по лакмусу слабо кислую реакцію, что указывало на примѣсь желудочнаго сока, фибринъ переваривала при сильно щелочной реакціи въ 7 мин., при кислой-же (0,5% HCl) не переварила за 24 часа, энергично расщепляла жиры (5 к. стм. прованскаго нейтральнаго масла + 1 к. стм. испытуемаго сока, требовавшаго для своей нейтрализаціи 4,8 к. стм. титра щелочи, черезъ ½ час. стоянія въ водяномъ термостатѣ потребовали для своего осредненія 36 к. стм. того же титра)—и гидратировала крахмалъ.

14/XI 1902 г. «Рыжикъ».—Желудочный и простой кишечный (12-перстный) свищи.—Въ желудокъ влито 80 к. стм. кислаго прованскаго масла (2%-ный растворъ въ немъ acidi oleinici).—Проба I. Черезъ ½ час. желудокъ пустъ.—Проба II. Еще черезъ ½ час. изъ него получено 55 к. стм. масла и 30 к. стм. натуральной панкреатическо-желчно-кишечной смѣси.

17/VII 1902 г. «Пестрый». Желудочный свищъ и изолированный желудочекъ (по *Heidenhain-Павлову*).—Въ желудокъ влито 100 к. стм. продажнаго прованскаго масла.—Проба 1. Въ теченіи 2½ час. желчи въ желудкѣ не было.—Проба 2. Черезъ 2½ час. изъ желудка получено 35 к. стм. масла и 25 к. стм. желудочнаго сока (безъ примѣси желчи). Все влито обратно.—Проба III. Черезъ 1½ час.—20 к. стм. масла и 50 к. стм. желудочнаго сока (безъ желчи). Все влито обратно.—Проба IV. Черезъ 1 час.—немного масла и чистый желудочный сокъ (безъ желчи).—Опытъ—съ отрицательнымъ результатомъ; такихъ опытовъ было очень мало.

Опыты на остальныхъ собакахъ дали такіе-же результаты, какъ и приведенные въ этой таблицѣ; собаки были оперированы такъ: 1-ая имѣла желудочный свищъ и простой кишечный на 12-перстной кишкѣ (какъ «Рыжикъ»); 2-ая—желудочный свищъ и желудочно-кишечное соустіе (у нея часто и безъ моего вмѣшательства въ содержимомъ желудка находились желчь и панкреатическій сокъ), у 3-ей былъ только желудочный свищъ, 4-ая имѣла желудочный свищъ и кишечный (по *Hermann-Павлову*). 3 послѣднія совсѣмъ не были оперированы (были, слѣд., вполнѣ нормальны), но работать на нихъ я сталъ позднѣе всего и пока поставилъ мало опытовъ.

Интересно, что, если пропускать черезъ изолированный (см. опыты 28/XI 1901 г. на «Чухнѣ» и 26/I 1903 г. на «Трезорѣ» табл. № 6) по *Thiry-Vella* отрѣзокъ тонкой кишки (12-перстной) слабый растворъ кислоты (щадя кишку, я употреблялъ для этого 0,1—0,15% HCl), то наблюдается тоже явленіе [о забрасываніи въ желудокъ желчи при вливаніи въ кишку кислоты впервые говоритъ *А. С. Сердюковъ* [29]), но панкреатическаго сока онъ не замѣтилъ]; при большей насыщенности кислоты часто наблюдается отрыжка или рвота. Кромѣ того, клиницисты при hypersecret'ii и hyperaciditas, а также и при нѣкоторыхъ другихъ страданіяхъ (напр., кисломъ броженіи въ желудкѣ) далеко нерѣдко наблюдали окрашиваніе желудочнаго содержимаго желчью, но не придавали этому серьезнаго значенія и не изучали ближе причинъ и подробностей этого явленія.

И такъ, мои опыты показали, что жиръ и кислоты не только при пустомъ желудкѣ, но и во время желудочнаго пищеваренія, хотя и съ меньшимъ постоянствомъ въ послѣднемъ случаѣ, способны вызывать настолько обильное поступленіе въ желудокъ панкреатическаго сока, что самый типъ перевариванія бѣлковъ можетъ измѣняться и становиться трипсиннымъ, вмѣсто обычнаго пепсиннаго, при чемъ на ряду съ этимъ въ желудкѣ идетъ энергичное расщепленіе жира на счетъ бродилъ панкреатическаго и кишечнаго соковъ (при участіи желчи) и гидратація крахмала (помимо слюны)—словомъ, въ желудкѣ совершается типичное кишечное пищевареніе.

Объяснить смыслъ направленія въ желудокъ струи панкреатическаго сока, при введеніи въ него большого количества кислоты не особенно трудно; кишка, какъ очень нѣжный органъ, что выяснено многочисленными опытами, не можетъ выносить сильно кислыхъ (напр. 0,5% HCl) жидкостей даже въ малыхъ количествахъ, и потому, если въ желудкѣ оказывается изрядная порція желудочнаго сока или другихъ кислотъ (такого-же насыщенія), то необходимо значительно ослабить кислотность желудочнаго содержимаго, прежде чѣмъ пустить его въ кишку, что и достигается направленіемъ въ желудокъ сильно щелочного панкреатическаго сока. Относящіяся сюда подробности, также какъ и данныя, имѣющія цѣлью выяснить смыслъ перенесенія кишечнаго пищеваренія при большихъ количествахъ жира въ желудокъ (и угнетенія желудочнаго пищеваренія) я надѣюсь сообщить въ ближайшемъ будущемъ.

Кромѣ выше перечисленныхъ условій, панкреатическо-желчно-кишечный сокъ у собакъ при пустомъ желудочкѣ и щелочной въ немъ реакціи постоянно опредѣляется періодически черезъ правильные промежутки времени (около 1½—2 час.) [*Болдыревъ* [29] а)]. Я неоднократно изслѣдовалъ такой сокъ у 4-хъ собакъ, при чемъ какъ по виду и физическимъ свойствамъ, а равно и щелочности, такъ и по содержанію бродилъ онъ оказался приблизительно одинаковаго состава, близкаго къ тому соку, съ которымъ мы до сихъ поръ имѣли дѣло. Во время періодическаго отдѣленія сокъ этотъ сплошь и рядомъ затекалъ въ желудокъ, и иногда поступленіе его туда бываетъ такимъ упорнымъ и значительнымъ, что кажется, будто онъ почти исключительно течетъ туда, а не въ кишку. На одной изъ моихъ собакъ (№ 2 «Трезоръ») я наблюдалъ это около 20 разъ (въ теченіи различныхъ 20 дней за 1½ года) и, кромѣ того, видѣлъ на другихъ собакахъ. Иногда, напр., во время продолжительнаго голоданія (нѣсколько сутокъ), подобное явленіе наблюдалось по часамъ безъ перерыва. Количество сока, получавшагося такимъ путемъ, доходило до нѣсколькихъ сотъ к. стм. за 12—15 час. Бродилами онъ часто бывалъ богатъ. Быть можетъ, въ послѣднемъ случаѣ дѣло имѣется съ переходомъ къ патологическому состоянію, хотя одва-ли это такъ, ибо на своей собакѣ я не видалъ передъ тѣмъ ни малѣйшихъ признаковъ какой-либо болѣзни. Слѣдуетъ, впрочемъ, замѣтить, что послѣ

долгаго пребыванія панкреатическаго сока въ желудкѣ у собакъ наблюдалось обильное выдѣленіе желудочной слизи (продолжавшееся порою на 2-ой, а иногда и на 3-ій день), плохой позывъ на ѣду, иногда отрыжка,—словомъ, явленія легкаго и скоро проходящаго катарра желудка.

Я боюсь быть черезчуръ смѣлымъ, но не могу не сказать, что, быть можетъ, здѣсь нужно искать этіологію круглой язвы желудка. Вѣдь, какъ доказываютъ многочисленные опыты проф. *И. П. Павлова*, переваривающая сила желудочнаго сока зависитъ главнымъ образомъ не отъ его кислотности, а отъ количества въ немъ пепсина, такъ, что нельзя, какъ это до сихъ поръ дѣлается клиницистами, большой кислотности желудочнаго сока, какъ таковой приписывать образованіе язвы. Большая кислотность желудочнаго сока, наблюдаемая при круглой извѣ желудка *), весьма вѣроятно, влечетъ за собой образованіе язвы не сама по себѣ, а вызывая обильное и частое поступленіе въ желудокъ панкреатическаго сока; усиленное отдѣленіе слизи, защищающей стѣнки желудка отъ перевариванія, можетъ наконецъ, ослабѣть, и въ результатѣ получится перевариваніе стѣнки желудка и его язва. Этотъ въ высшей степени интересный вопросъ заслуживаетъ, мнѣ кажется, дальнѣйшаго изслѣдованія **).

Позволю себѣ сдѣлать небольшое отступленіе, чтобы указать, къ какимъ источникамъ ошибокъ можетъ повести изліяніе въ желудокъ описываемой жидкости при опредѣленіи т. наз. двигательной способности желудка (и изслѣдованіи его содержимаго, см. ниже) въ клиникѣ на больномъ или въ лабораторіи при экспериментальномъ изслѣдованіи. Нерѣдко бывало даже при пустомъ желудкѣ, что въ какія-нибудь 5 мин. я получалъ черезъ открытый желудочный свищъ 10—20 и за $^1/_2$—1 часъ 40—60 к. стм. чистой панкреатическо-желудочно-кишечной жидкости сильно щелочной реакціи; иногда она смѣнялась истеченіемъ желудочнаго сока, совершенно ее, такъ сказать, вытѣснявшаго на время, съ тѣмъ, чтобы опять уступить ей мѣсто и снова придти ей на смѣну, и такъ далѣе, до безконечности въ теченіи 10—20 час. подъ-рядъ. Количество введенной съ какой-либо цѣлью (больному въ клиникѣ или животному въ лабораторіи) въ желудокъ жидкости (особенно кислой или жирной) часто съ теченіемъ времени не только не убываетъ, но, напротивъ, значительно увеличивается. Т. наз. двигательная способность желудка, по моему глубокому убѣжденію, въ лабораторіи должна быть изучаема при помощи манометра, соединеннаго съ полостью желудка, или подобныхъ ему приборовъ, такъ какъ только такимъ путемъ можно, во 1-хъ, получить соотвѣтствующіе дѣйствительности результаты и, во 2-хъ, слѣдить непосредственно за работой самого желудка непрерывно въ теченіи многихъ часовъ. При введеніи же съ этой цѣлью въ желудокъ жидкости, по остатку которой, опредѣляемому черезъ извѣстное время, судятъ о двигательной способности желудка, слишкомъ много источниковъ ошибокъ: и поступленіе въ желудокъ слюны въ разныхъ количествахъ при различныхъ опытахъ, и отдѣленіе желудочнаго сока, вызываемое введенной жидкостью то въ большей, то въ меньшей степени, и различной силы всасываніе въ зависимости отъ разныхъ неуловимыхъ и мѣняющихся условій, наконецъ, неопредѣлимое, колеблющееся по количеству и часто случающееся поступленіе въ желудокъ большихъ массъ панкреатическаго сока и желчи.

Перехожу ко 2-ой части работы.

Изъ приведеннаго выше видно, что какъ жиръ, такъ и кислота способны вызывать поступленіе въ желудокъ панкреатическаго сока и желчи, и потому казалось естественнымъ, что, если сочетать дѣйствіе жира съ дѣйствіемъ кислоты, употребляя для этой цѣли, напр., растворъ жирной кислоты въ маслѣ, то можно значительно усилить дѣйствіе жира. Опытъ вполнѣ подтвердилъ это предположеніе. Такъ, если брать 2%-ный растворъ олеиновой кислоты въ прованскомъ маслѣ, то гораздо меньшее количество такого кислаго жира, напр., 40 и даже 25 к. стм. его, способно проявить тоже дѣйствіе, какъ 100—150 к. стм. обыновеннаго масла, при томъ гораздо скорѣе (черезъ $^1/_2$—1 часъ, вмѣсто 2—3 час.) и съ большимъ постоянствомъ. На собакахъ я убѣдился много разъ, при чемъ не было ни одного неудачнаго случая, что кислое масло даетъ возможность скоро и легко получать панкреатическо-желчно-кишечный сокъ въ большомъ количествѣ и у здоровыхъ собакъ приблизительно одинаковаго качества, а у тѣхъ, которыя могли быть приравнены къ больнымъ (одна съ отведенной наружу большею частью панкреатическаго сока, а другая—съ отведенной наружу желчью), всегда рѣзко отличающійся отъ перваго и получаемый съ бо́льшимъ трудомъ и не такъ скоро.

Чтобы рѣшить вопросъ, примѣнимъ-ли этотъ способъ на людяхъ, я, а также *П. М. Красовицкій* сдѣлали нѣсколько опытовъ на себѣ. Сперва я испыталъ, не повлечетъ-ли за собой дурныхъ или какихъ-либо непріятныхъ послѣдствій самое введеніе такого раствора въ желудокъ, и для этого выпивалъ просто кислое масло, 2 раза, въ количествѣ 80 и 100 грм., хотя я вообще очень плохо переношу жиры, но оба эти раза, такъ-же какъ и въ прочихъ случаяхъ, чувствовалъ себя хорошо и не имѣлъ никакихъ разстройствъ (даже тошноты почти не было) со стороны желудка и кишечника. Затѣмъ я приступилъ собственно къ добыванію сока; для этого я выпивалъ натощакъ 75—80 грм. 2%-го раствора ac. oleinici въ прованскомъ маслѣ и спустя 1—$1^1/_2$ час. извлекалъ при помощи зонда содержимое желудка, не выкачивая его, а просто немного натуживаясь. Мнѣ удалось извлечь нѣкоторое количество эмульсіи, изъ которой отстаивалось около 20—30 к. стм. соломенно-желтой жидкости очень сильно щелочной реакціи, тягучей и клейкой. Желчи въ ней почти или совсѣмъ не было, панкреатическій-же сокъ былъ, такъ какъ эта жидкость переваривала фибринъ въ щелочной средѣ (при соблюденіи противогнилостныхъ предосторожностей) разъ за 2 час., а 2-ой—час. за 18; на жировое бродило я изслѣдовалъ извлеченную эмульсію 1 разъ и нашелъ довольно сильное дѣйствіе, которое можетъ быть приписано только панкреатическому соку. Дальнѣйшіе опыты по болѣзни (острый аппендицитъ) пришлось на время прекратить, и потому работа въ этомъ направленіи пока еще не закончена.

Изъ своихъ опытовъ и наблюденій считаю возможнымъ сдѣлать нѣкоторые выводы, не безъинтересные, мнѣ кажется, для діагностики, такъ какъ они могутъ въ нѣкоторыхъ неясныхъ случаяхъ указать путь изслѣдованія.

При hypersecretia и hyperaciditas, а также при большомъ накопленіи органическихъ кислотъ въ желудкѣ, быть можетъ, и еще при какихъ-либо пока неизвѣстныхъ условіяхъ, въ желудокъ могутъ поступать большія количества сильно щелочнаго панкреатическаго сока. Клиницистъ, опредѣляя общую кислотность и количество свободной и слабосвязанной HCl въ желудочномъ содержимомъ, въ своемъ выводѣ можетъ сильно уклониться отъ истины, если не приметъ во вниманіе, что значительная часть HCl нейтрализована щелочью панкреатическаго сока и перешла въ NaCl.

Тоже можно сказать и относительно изслѣдованія бродилъ. Мнѣ кажется, какъ рвотныя массы, такъ и содержимое желудка не мѣшало-бы во всѣхъ случаяхъ изслѣдовать на панкреатическое пищевареніе; открыть трипсинъ можно очень просто: для этого нужно имѣть лишь фибринъ и испытывать, переваривается-ли онъ при щелочной реакціи испытуемою жидкостью; въ виду того, что стеапсинъ панкреатическаго сока при комнатной температурѣ разрушается очень легко и быстро, а трипсинъ при кислой реакціи сильно ослабляется, изслѣдованія эти необходимо производить тотчасъ-же по полученіи испытуемой жидкости, или-же ее слѣдуетъ хранить до того времени на льду. При страданіяхъ панкреатической железы (ракъ, сахарное мочеизнуреніе и др.), печени и, быть мо-

*) Многочисленныя наблюденія лабораторіи показали, что, если сравнить въ этомъ отношеніи собакъ съ изолированнымъ желудкомъ и съ панкреатическимъ свищемъ (у первыхъ весьма часто на брюхо и лапы попадаетъ желудочный сокъ, а у вторыхъ—панкреатическій), то у первыхъ образованіе язвъ на этихъ мѣстахъ бываетъ несравненно рѣже, и сами язвы гораздо меньшихъ размѣровъ, чѣмъ у послѣднихъ.

**) Конечно, я не отрицаю участія въ образованіи язвы пепсина желудочнаго сока и хочу лишь подчеркнуть возможную зависимость этого страданія отъ поступленія въ желудокъ панкреатическаго сока.

жетъ, при заболѣваніяхъ кишечника изслѣдованія эти могутъ принести большую пользу. Равнымъ образомъ и при отсутствіи соляной кислоты въ желудкѣ при заподозрѣнномъ, напр., ракѣ нужно имѣть въ виду это обстоятельство. Наконецъ, быть можетъ, и при общихъ разстройствахъ пищеваренія изученіе свойствъ главной пищеварительной силы—панкреатическаго сока—не будетъ безполезнымъ: недостаточно, вѣдь, изслѣдовать только отправленія желудка—этого второстепеннаго дѣятеля въ пищеваренія,—какъ это до сихъ поръ дѣлалось за неимѣніемъ подходящихъ способовъ; способы эти не такъ-то трудно выработать, разъ будетъ признана необходимость указываемыхъ мною изслѣдованій. Быть можетъ, въ иныхъ случаяхъ и при страданіяхъ кишечника заразнаго или иного происхожденія будетъ обнаружена задержка секреторной дѣятельности, передающаяся отраженнымъ путемъ съ кишечника на здоровую поджелудочную железу. Во многихъ случаяхъ, гдѣ введеніе масла или кислоты въ желудокъ, а тѣмъ болѣе зондированіе его окажется невозможнымъ, все-же можно будетъ при желаніи изслѣдовать въ указанномъ направленіи рвотныя массы.

Работа эта есть лишь предварительное сообщеніе, и появленіе ея въ настоящее время вызвано главнымъ образомъ желаніемъ привлечь къ вышеизложенному вниманіе врачей-практиковъ, которые относительно нѣкоторыхъ пунктовъ могутъ быть болѣе компетентными изслѣдователями и располагаютъ необходимыми для этого обстановкой и матеріаломъ.

Выводы изъ моей работы слѣдующіе:

1. При жирныхъ сортахъ пищи, при чрезмѣрномъ количествѣ кислотъ въ желудкѣ и при продолжительномъ голоданіи въ желудокъ направляется струя натуральной смѣси панкреатическаго и кишечнаго соковъ съ желчью.

2. Этимъ обстоятельствомъ, вѣроятно, можно воспользоваться для добыванія панкреатическаго сока или желчи у людей съ распознавательною цѣлью.

3. При жирной пищѣ пищевареніе въ желудкѣ совершается въ значительной мѣрѣ при помощи бродилъ панкреатическаго сока.

4. При изслѣдованіи содержимаго желудка и рвотныхъ массъ какъ на кислотность, такъ и на бродила необходимо принимать во вниманіе возможность поступленія въ желудокъ панкреатическаго сока.

5. Отсутствіе при изслѣдованіи желудочнаго содержимаго (послѣ ѣды) свободной HCl и отрицательный результатъ съ клинической пробой на пепсинное пищевареніе возможны и при вполнѣ здоровомъ желудкѣ, если вся кислота желудочнаго содержимаго нейтрализована щелочью поступившихъ въ желудокъ панкреатическаго сока и желчи и пепсинное пищевареніе угнетено ими.

6. При изслѣдованіи т. наз. двигательной способности желудка посредствомъ «пробнаго» завтрака или обѣда, особенно если въ нихъ есть жиръ, необходимо считаться съ возможностью значительнаго увеличенія количества желудочнаго содержимаго насчетъ поступившей въ желудокъ натуральной панкреатическо-желчно-кишечной смѣси и производить изслѣдованія на ея присутствіе.

7. При опредѣленіи двигательной способности желудка съ помощью салола (и въ другихъ аналогичныхъ случаяхъ) слѣдуетъ имѣть въ виду возможность расщепленія салола въ самомъ желудкѣ панкреатическимъ сокомъ.

8. Несамопереваривание желудка не можетъ быть объяснено ни одной изъ существующихъ гипотезъ, такъ какъ всѣ онѣ не принимаютъ въ разсчетъ часто случающагося поступленія въ желудокъ панкреатическаго сока.

9. Панкреатическій сокъ поступаетъ въ кишку обычно въ сопровожденіи желчи и по степени окраски его желчными пигментами можно приблизительно судить о ихъ взаимныхъ количественныхъ отношеніяхъ.

10. На ряду съ изученіемъ свойствъ отдѣльныхъ пищеварительныхъ жидкостей (слюны, желудочнаго, панкреатическаго, кишечнаго соковъ и желчи) и искусственныхъ смѣсей ихъ, необходимо изслѣдовать и натуральныя смѣси этихъ соковъ, полученныя какъ въ чистомъ видѣ, такъ и вмѣстѣ съ пищей.

11. Пищевареніе въ желудкѣ далеко не такъ просто, какъ можно было думать по имѣвшимся ранѣе даннымъ.

Литературныя данныя. 1. *И. П. Павловъ.* Лекціи о работѣ главныхъ пищеварительныхъ железъ. Петербургъ. 1897 г., стр. 220.—2. *J. Boas.* Ueber Darmsaftgewinnung beim Menschen. «Centralblatt für klinische Medicin», 10, 97—99. — 3 и 27. *Онъже.* Ueber Dünndarmverdauung beim Menschen und deren Beziehungen zur Magenverdauung. «Zeitschrift für klinische Medicin», 17, 155—177. — 4. *Б. Членовъ.* Ueber Darmsaftgewinnung beim Menschen. «Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte», 19, 161—164; по *Maly*'sche Jahresbericht, 1889 г., № 277. — 5. *Ch. Contejean.* Sur la digestion gastrique de la graisse. «Archives de physiologie», 26, 125—134, по *Maly*'sche Jahresbericht, 1895 г., 295.—6. *Claude Levenard*—по «Основамъ физіологіи человѣка», *Фредерика* и *Нюэля*, 1899 г., т. I, стр. 299. — 7. *Dastre.* Recherche sur la bile. «Archiv de physiologie», 1890 г. — 8. 11. и 17а. *И. П. Павловъ.* Лекціи о работѣ главныхъ пищеварительныхъ железъ, стр. 180—181.—9. *П. П. Хижинъ.* Отдѣлительная работа желудка собаки. Петербургская диссертація, 1894 г.—10. *И. О. Лобасовъ.* Отдѣлительная работа желудка собаки. Петербургская диссертація, 1896 г. — 12. *А. М. Виршубскій.* Работа желудочныхъ железъ при разныхъ сортахъ жирной пищи. Петербургская диссертація, 1900 г. — 13 и 18. *С. И. Лихтваревъ.* О роли жировъ при переходѣ содержимаго желудка въ кишки. Петербургская диссертація, 1901 г. — 14. *А. П. Соколовъ.* Къ анализу отдѣлительной работы желудка собаки. Петербургская диссертація, 1904 г. — 14 а. *В. Н. Болдыревъ.* О жировомъ ферментѣ (липазѣ) въ кишечномъ сокѣ. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 25. — 15 и 28. *И. Л. Долинскій.* О вліяніи кислотъ на отдѣленіе сока поджелудочной железы. Петербургская диссертація, 1894 г. — 16. *Н. И. Дамаскинъ.* Дѣйствіе жира на отдѣленіе поджелудочнаго сока. «Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ», 1896 г.—17. *Г. Г. Брюно.* Желчь, какъ важный пищеварительный агентъ. Петербургская диссертація, 1898 г. — 19 и 24. *З. И. Пономаревъ.* Физіологія *Brunner*'овскаго отдѣла 12-перстной кишки у собаки. Петербургская диссертація, 1902 г. — 20. *Delezenne* et *A. Frouin.* La sécrétion physiologique du pancréas ne possède pas d'action digestive propre vis-à vis de l'albumin. «Comptes Rendus de la Société de Biologie», 1902 г., стр. 691.—20 а. *Н. П. Шеповальниковъ.* Физіологія кишечнаго сока. Петербургская диссертація, 1899 г. — 21. *Vohlard.* Ueber das fettspaltende Ferment des Magens. «Zeitschrift für klinische Medicin», т. 42 и 43, 1901 г. и «Münchener medicinische Wochenschrift», 1900 г.—22 и 29 а. *В. Н. Болдыревъ.* Періодическая работа пищеварительнаго аппарата при пустомъ желудкѣ. Петербургская диссертація, 1904 г. — 23. *А. И. Шемякинъ.* Физіологія привратниковой части желудка. Петербургская диссертація, 1901 г. — 25. *В. Д. Добромысловъ.* Физіологическая роль пищеварительныхъ соковъ, содержащихъ пепсинъ въ щелочной реакціи. Петербургская диссертація, 1903 г.—26. *И. П. Жегаловъ.* Отдѣлительная работа желудка при перевязкѣ протоковъ поджелудочной железы и о бѣлковомъ ферментѣ въ желчи. Петербургская диссертація, 1900 г.—29. *А. С. Сердюковъ.* Одно изъ существенныхъ условій перехода пищи изъ желудка въ кишки. Петербургская диссертація, 1899 г.

CLXVI. Изъ земской больницы Тверского уѣзда.

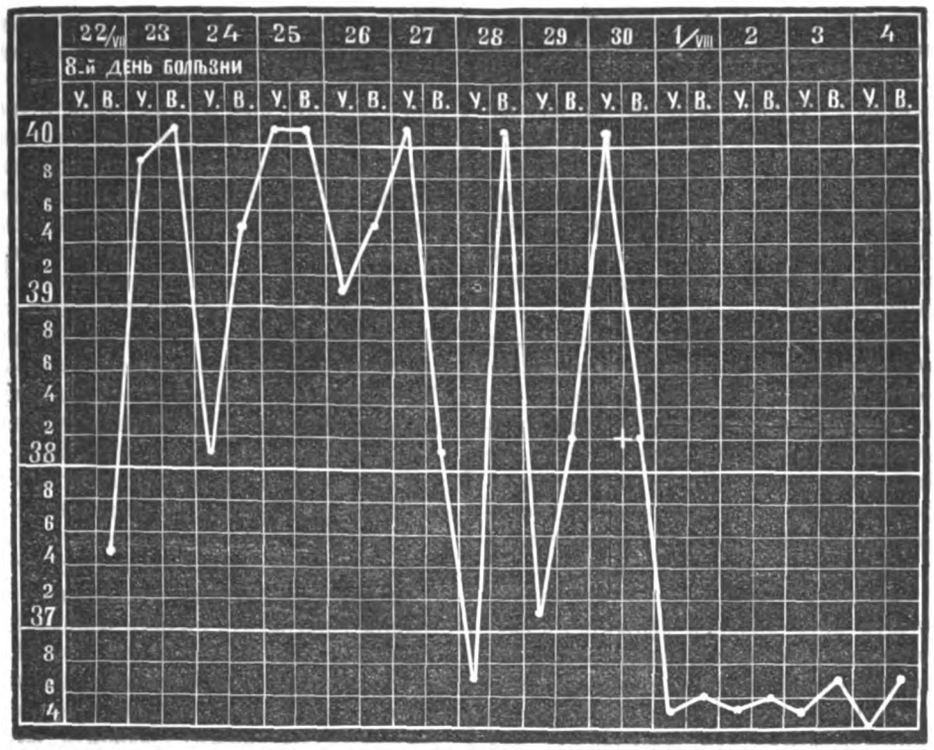
2 случая гнилокровія пользованнаго сывороткой.

А. Д. Первова.

Позволю себѣ сообщить 2 случая примѣненія съ лѣчебною цѣлью противострептококковой сыворотки. Въ обоихъ гнилокровіе было послѣродовое; наблюдались они въ іюнѣ—августѣ текущаго года.

1. А. В., 45 л., изъ дер. Тырыгино, заболѣла послѣ родовъ и поступила въ больницу 22/VII съ жалобами на боль въ животѣ, головную боль и слабость. При изслѣдованіи животъ оказался болѣзненнымъ, особенно въ нижней части. Сукровичное жидкое отдѣленіе изъ половыхъ частей. Матка подвижна, немного увеличена; шейка нѣсколько открыта. Своды болѣзненны; уплотненій въ окружности матки и ограниченныхъ опухолей нигдѣ нѣтъ. Иногда бываютъ знобы. Позывъ на ѣду плохой. Значительное малокровіе. До 28/VII особыхъ перемѣнъ не замѣчено, за исключеніемъ уменьшившейся къ 25/VII боли въ животѣ. 28/VII были сильные знобы и поты. Слабость ежедневно увеличивалась. До этого времени лѣченіе состояло изъ влагалищныхъ спринцеваній сулемой, возбуждающихъ; первое время давали эрготинъ. Въ общемъ состояніе оставалось тѣмъ-же. 30/VII подъ кожу введено 40 к. стм. сыворотки. Къ 3/VIII поты и знобы прекратились. Позывъ на ѣду сталъ улучшаться. Дольше всего оставалась слабость. Къ 5/VIII—замѣтное улучшеніе общаго состоянія, силы быстро возстанавливались, а 9/VIII А. В. выписалась изъ больницы здоровой.

Послѣ впрыскиванія сыворотки особаго лѣченія, кромѣ употребленія вина, не примѣнялось, ибо отдѣленіе скоро прекратилось. Въ больницу больная поступила на 8-й день болѣзни, а заболѣла на 3-й день послѣ родовъ. Привожу кривую температуры.

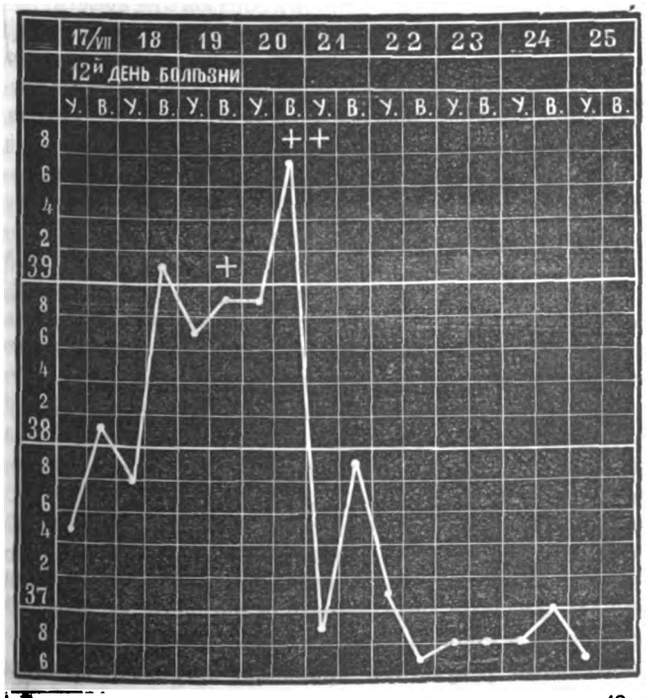


+ Впрыснуто 20 + 20 к. стм. сыворотки.

Послѣ впрыскиванія поливалентной противострептококковой сыворотки никакихъ побочныхъ явленій, которыя-бы можно было приписать ей, не наблюдалось. Сыворотка вводилась за одинъ разъ въ нижнюю область живота. Бактеріологически изслѣдовать кровь больной я не имѣлъ возможности, но въ маточномъ отдѣленіи, взятомъ черезъ зеркало изъ шейки, были найдены стрептококки (это изслѣдованіе было произведено при поступленіи больной въ больницу).

Черезъ 3 недѣли я видѣлъ А. В. вновь: она считала себя вполнѣ здоровой.

2-ой случай былъ болѣе тяжелый. Д. А., 20 л., изъ д. Судимирки, поступила въ больницу 17/VIII, будучи больной уже 2 недѣли; заболѣла прямо послѣ родовъ. Очень слабая, блѣдная, съ характернымъ выраженіемъ лица. Постоянные поты и знобы; поносъ. Животъ внизу болѣзненъ. Жидкое сукровичное отдѣляемое изъ половыхъ частей. Матка немного увеличена, вполнѣ подвижна; шейка нѣсколько открыта; своды болѣзненны. Кромѣ того, болѣзненно правое колѣно; оно опухло, красно. Отечность стопы и голени, но безъ красноты. 18/VIII и 19/VIII не было никакихъ измѣненій. 19/VIII вечер. подъ кожу внизу живота введено 50 к. стм. сыворотки. 20/VIII зноба уже не было, появился позывъ на ѣду; состояніе колѣна стало много лучше. 20/VIII вечер., въ виду высокой еще температуры, снова введено поливалентной противострептококковой сыворотки 40 к. стм. въ туже область живота, а 21/VIII припухлости и болѣзненности въ колѣнѣ уже не было; оставалась лишь отечность голени внизу и стопы. Поносъ прекратился; не возобновлялись также и знобы. Общее состояніе продолжало улучшаться; цвѣтъ лица принималъ нормальный оттѣнокъ. Къ 25/VIII оставалась только безболѣзненная отечность внизу голени. Влагалищное отдѣляемое къ этому времени прекратилось. Силы быстро возстанавливались. Позывъ на ѣду былъ хорошій. Какихъ-нибудь побочныхъ явленій отъ впрыскиванія сыворотки не наблюдалось.



+ Впрыснуто 50 к. стм. сыворотки. + + Впрыснуто еще 40 к. стм. ея.

Бактеріологически изслѣдовано было только отдѣляемое изъ матки; въ немъ были найдены—при поступленіи больной въ больницу—стрептококки.

Кромѣ сыворотки, больной все время давали только вино и дѣлали влагалищныя спринцеванія сулемой, какъ и въ случаѣ 1.

Привожу кривую температуры.

И здѣсь вслѣдъ за впрыскиваніемъ сыворотки температура быстро упала до нормы и уже вновь не повышалась. Въ настоящее время (черезъ мѣсяцъ) Д. А. чувствуетъ себя вполнѣ здоровой.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Изъ Berlin'a.

5-ый Международный дерматологическій Съѣздъ.

Съѣздъ этотъ слѣдуетъ отнести къ числу вполнѣ удавшихся, чему не мало содѣйствовали время, мѣсто и интересная программа работъ. Въ $^1/_2$ сентября много врачей возвращается съ курортовъ и лѣтнихъ поѣздокъ, и путешествіе въ Berlin, благодаря его центральному положенію, не составляетъ большого отклоненія отъ маршрута, не говоря уже о томъ, что столица Германіи сама по себѣ представляетъ не мало привлекательнаго и, въ связи съ интересомъ къ работамъ Съѣзда, можетъ побудить и къ экстренной поѣздкѣ. На Съѣздъ собрались представители дерматологіи и сифилидологіи со всѣхъ концовъ земного шара и съ большимъ вниманіемъ и трудолюбіемъ участвовали въ его работахъ. Аудиторія патологическаго Музея, основаннаго *Virchow*'ымъ, гдѣ происходили засѣданія Съѣзда, съ перваго до послѣдняго дня была переполнена и часто не могла вмѣстить удобно всѣхъ желавшихъ слѣдить за ходомъ работъ. Можетъ быть, выборъ помѣщенія является единственной тѣневой стороной Съѣзда, единственной ошибкой руководителей его, имѣвшихъ возможность, благодаря каникулярному времени, выбрать болѣе удобное изъ университетскихъ учрежденій. Самымъ подходящимъ мѣстомъ для такого Съѣзда была-бы, конечно, клиника кожныхъ болѣзней, но новая теперь только строится, а старая слиш-

жетъ, при заболѣваніяхъ кишечника изслѣдованія эти могутъ принести большую пользу. Равнымъ образомъ и при отсутствіи соляной кислоты въ желудкѣ при заподозрѣнномъ, напр., ракѣ нужно имѣть въ виду это обстоятельство. Наконецъ, быть можетъ, и при общихъ разстройствахъ пищеваренія изученіе свойствъ главной пищеварительной силы—панкреатическаго сока—не будетъ безполезнымъ: недостаточно, вѣдь, изслѣдовать только отправленія желудка—этого второстепеннаго дѣятеля въ пищевареніи,—какъ это до сихъ поръ дѣлалось за неимѣніемъ подходящихъ способовъ; способы эти не такъ-то трудно выработать, разъ будетъ признана необходимость указываемыхъ мною изслѣдованій. Быть можетъ, въ иныхъ случаяхъ и при страданіяхъ кишечника заразнаго или иного происхожденія будетъ обнаружена задержка секреторной дѣятельности, передающаяся отраженнымъ путемъ съ кишечника на здоровую поджелудочную железу. Во многихъ случаяхъ, гдѣ введеніе масла или кислоты въ желудокъ, а тѣмъ болѣе зондированіе его окажется невозможнымъ, все-же можно будетъ при желаніи изслѣдовать въ указанномъ направленіи рвотныя массы.

Работа эта есть лишь предварительное сообщеніе, и появленіе ея въ настоящее время вызвано главнымъ образомъ желаніемъ привлечь къ вышеизложенному вниманіе врачей-практиковъ, которые относительно нѣкоторыхъ пунктовъ могутъ быть болѣе компетентными изслѣдователями и располагаютъ необходимыми для этого обстановкой и матеріаломъ.

Выводы изъ моей работы слѣдующіе:

1. При жирныхъ сортахъ пищи, при чрезмѣрномъ количествѣ кислотъ въ желудкѣ и при продолжительномъ голоданіи въ желудокъ направляется струя натуральной смѣси панкреатическаго и кишечнаго соковъ съ желчью.

2. Этимъ обстоятельствомъ, вѣроятно, можно воспользоваться для добыванія панкреатическаго сока или желчи у людей съ распознавательною цѣлью.

3. При жирной пищѣ пищевареніе въ желудкѣ совершается въ значительной мѣрѣ при помощи бродилъ панкреатическаго сока.

4. При изслѣдованіи содержимаго желудка и рвотныхъ массъ какъ на кислотность, такъ и на бродила необходимо принимать во вниманіе возможность поступленія въ желудокъ панкреатическаго сока.

5. Отсутствіе при изслѣдованіи желудочнаго содержимаго (послѣ ѣды) свободной HCl и отрицательный результатъ съ клинической пробой на пепсинное пищевареніе возможны и при вполнѣ здоровомъ желудкѣ, если вся кислота желудочнаго содержимаго нейтрализована щелочью поступившихъ въ желудокъ панкреатическаго сока и желчи и пепсинное пищевареніе угнетено ими.

6. При изслѣдованіи т. наз. двигательной способности желудка посредствомъ «пробнаго» завтрака или обѣда, особенно если въ нихъ есть жиръ, необходимо считаться съ возможностью значительнаго увеличенія количества желудочнаго содержимаго насчетъ поступившей въ желудокъ натуральной панкреатическо-желчно-кишечной смѣси и производить изслѣдованія на ея присутствіе.

7. При опредѣленіи двигательной способности желудка съ помощью салола (и въ другихъ аналогичныхъ случаяхъ) слѣдуетъ имѣть въ виду возможность расщепленія салола въ самомъ желудкѣ панкреатическимъ сокомъ.

8. Несамопереваривание желудка не можетъ быть объяснено ни одной изъ существующихъ гипотезъ, такъ какъ всѣ онѣ не принимаютъ въ разсчетъ часто случающагося поступленія въ желудокъ панкреатическаго сока.

9. Панкреатическій сокъ поступаетъ въ кишку обычно въ сопровожденіи желчи и по степени окраски его желчными пигментами можно приблизительно судить о ихъ взаимныхъ количественныхъ отношеніяхъ.

10. На ряду съ изученіемъ свойствъ отдѣльныхъ пищеварительныхъ жидкостей (слюны, желудочнаго, панкреатическаго, кишечнаго соковъ и желчи) и искусственныхъ смѣсей ихъ, необходимо изслѣдовать и натуральныя смѣси этихъ соковъ, полученныя какъ въ чистомъ видѣ, такъ и вмѣстѣ съ пищей.

11. Пищевареніе въ желудкѣ далеко не такъ просто, какъ можно было думать по имѣвшимся ранѣе даннымъ.

Литературныя данныя. 1. *И. П. Павловъ.* Лекціи о работѣ главныхъ пищеварительныхъ железъ. Петербургъ. 1897 г., стр. 220.—2. *J. Boas.* Ueber Darmsaftgewinnung beim Menschen. «Centralblatt für klinische Medicin», 10, 97—99. — 3 и 27. *Онже.* Ueber Dünndarmverdauung beim Menschen und deren Beziehungen zur Magenverdauung. «Zeitschrift für klinische Medicin», 17, 155—177. — 4. *Б. Членовъ.* Ueber Darmsaftgewinnung beim Menschen. «Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte», 19, 161—164; по *Maly*'sche Jahresbericht, 1889 г., № 277. — 5. *Ch. Contejean.* Sur la digestion gastrique de la graisse. «Archives de physiologie», 26, 125—134, по *Maly*'sche Jahresbericht, 1895 г., 295.—6. *Claude Levenard*—по «Основамъ физіологіи человѣка», *Фредерика* и *Нюэля*, 1899 г., т. I, стр. 299. — 7. *Dastre.* Recherche sur la bile. «Archiv de physiologie», 1890 г. — 8. 11. и 17а. *И. П. Павловъ.* Лекціи о работѣ главныхъ пищеварительныхъ железъ, стр. 180—181.—9. *П. П. Хижинъ.* Отдѣлительная работа желудка собаки. Петербургская диссертація, 1894 г.—10. *И. О. Лобасовъ.* Отдѣлительная работа желудка собаки. Петербургская диссертація, 1896 г. — 12. *А. М. Виршубскій.* Работа желудочныхъ железъ при разныхъ сортахъ жирной пищи. Петербургская диссертація, 1900 г. — 13 и 18. *С. И. Литвиновъ.* О роли жировъ при переходѣ содержимаго желудка въ кишки. Петербургская диссертація, 1901 г. — 14. *А. П. Соколовъ.* Къ анализу отдѣлительной работы желудка собаки. Петербургская диссертація, 1904 г. — 14 а. *В. Н. Болдыревъ.* О жировомъ ферментѣ (липазѣ) въ кишечномъ сокѣ. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 25. — 15 и 28. *И. Л. Долинскій.* О вліяніи кислотъ на отдѣленіе сока поджелудочной железы. Петербургская диссертація, 1894 г. — 16. *Н. И. Дамаскинъ.* Дѣйствіе жира на отдѣленіе поджелудочнаго сока. «Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ», 1896 г.—17. *Г. Г. Брюно.* Желчь, какъ важный пищеварительный агентъ. Петербургская диссертація, 1898 г. — 19 и 24. *З. И. Пономаревъ.* Физіологія *Brunner*'овскаго отдѣла 12-перстной кишки у собаки. Петербургская диссертація, 1902 г. — 20. *Delezenne* et *A. Frouin.* La sécrétion physiologique du pancréas ne possède pas d'action digestive propre vis-à vis de l'albumin. «Comptes Rendus de la Société de Biologie», 1902 г., стр. 691.—20 а. *Н. П. Шеповальниковъ.* Физіологія кишечнаго сока. Петербургская диссертація, 1899 г. — 21. *Vohlard.* Ueber das fettspaltende Ferment des Magens. «Zeitschrift für klinische Medicin», т. 42 и 43, 1901 г. и «Münchener medicinische Wochenschrift», 1900 г.— 22 и 29 а. *В. Н. Болдыревъ.* Періодическая работа пищеварительнаго аппарата при пустомъ желудкѣ. Петербургская диссертація, 1904 г. — 23. *А. И. Шемякинъ.* Физіологія привратниковой части желудка. Петербургская диссертація, 1901 г. — 25. *В. Д. Добромысловъ.* Физіологическая роль пищеварительныхъ соковъ, содержащихъ пепсинъ въ щелочной реакціи. Петербургская диссертація, 1903 г.—26. *И. П. Жегаловъ.* Отдѣлительная работа желудка при перевязкѣ протоковъ поджелудочной железы и о бѣлковомъ ферментѣ въ желчи. Петербургская диссертація, 1900 г.—29. *А. С. Сердюковъ.* Одно изъ существенныхъ условій перехода пищи изъ желудка въ кишки. Петербургская диссертація, 1899 г.

CLXVI. Изъ земской больницы Тверского уѣзда.

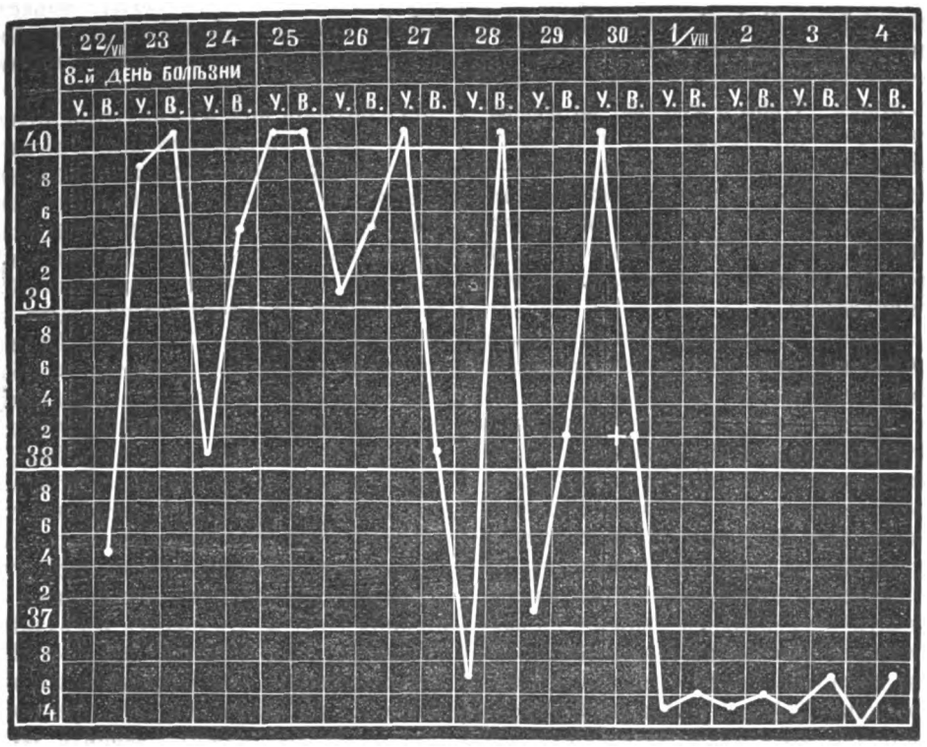
2 случая гнилокровія пользованнаго сывороткой.

А. Д. Первова.

Позволю себѣ сообщить 2 случая примѣненія съ лѣчебною цѣлью противострептококковой сыворотки. Въ обоихъ гнилокровіе было послѣродовое; наблюдались они въ іюнѣ—августѣ текущаго года.

1. А. В., 45 л., изъ дер. Тырыгино, заболѣла послѣ родовъ и поступила въ больницу 22/VII съ жалобами на боль въ животѣ, головную боль и слабость. При изслѣдованіи животъ оказался болѣзненнымъ, особенно въ нижней части. Сукровичное жидкое отдѣленіе изъ половыхъ частей. Матка подвижна, немного увеличена; шейка нѣсколько открыта. Своды болѣзненны; уплотненій въ окружности матки и ограниченныхъ опухолей нигдѣ нѣтъ. Иногда бываютъ знобы. Позывъ на ѣду плохой. Значительное малокровіе. До 28/VII особыхъ перемѣнъ не замѣчено, за исключеніемъ уменьшившейся къ 25/VII боли въ животѣ. 28/VII были сильные знобы и поты. Слабость ежедневно увеличивалась. До этого времени лѣченіе состояло изъ влагалищныхъ спринцеваній сулемой, возбуждающихъ; первое время давали эрготинъ. Въ общемъ состояніе оставалось тѣмъ-же. 30/VII подъ кожу введено 40 к. стм. сыворотки. Къ 3/VIII поты и знобы прекратились. Позывъ на ѣду сталъ улучшаться. Дольше всего оставалась слабость. Къ 5/VIII—замѣтное улучшеніе общаго состоянія, силы быстро возстанавливались, а 9/VIII А. В. выписалась изъ больницы здоровой.

Послѣ впрыскиванія сыворотки особаго лѣченія, кромѣ употребленія вина, не примѣнялось, ибо отдѣленіе скоро прекратилось. Въ больницу больная поступила на 8-й день болѣзни, а заболѣла на 3-й день послѣ родовъ. Привожу кривую температуры.

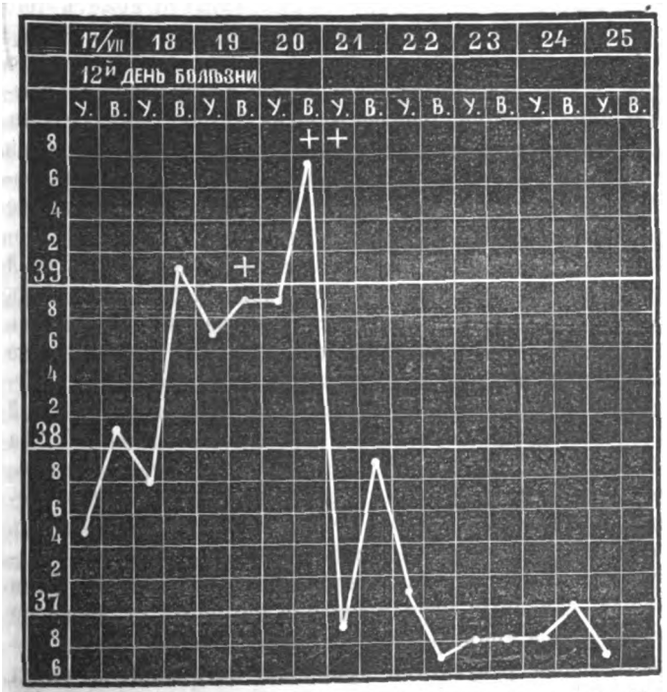


+ Впрыснуто 20 + 20 к. стм. сыворотки.

Послѣ впрыскиванія поливалентной противострептококковой сыворотки никакихъ побочныхъ явленій, которыя-бы можно было приписать ей, не наблюдалось. Сыворотка вводилась за одинъ разъ въ нижнюю область живота. Бактеріологически изслѣдовать кровь больной я не имѣлъ возможности, но въ маточномъ отдѣленіи, взятомъ черезъ зеркало изъ шейки, были найдены стрептококки (это изслѣдованіе было произведено при поступленіи больной въ больницу).

Черезъ 3 недѣли я видѣлъ А. В. вновь: она считала себя вполнѣ здоровой.

2-ой случай былъ болѣе тяжелый. Д. А., 20 л., изъ д. Судимирки, поступила въ больницу 17/VIII, будучи больной уже 2 недѣли; заболѣла прямо послѣ родовъ. Очень слабая, блѣдная, съ характернымъ выраженіемъ лица. Постоянные поты и знобы; поносъ. Животъ внизу болѣзненъ. Жидкое сукровичное отдѣляемое изъ половыхъ частей. Матка немного увеличена, вполнѣ подвижна; шейка нѣсколько открыта; своды болѣзненны. Кромѣ того, болѣзненно правое колѣно; оно опухло, красно. Отечность стопы и голени, но безъ красноты. 18/VIII и 19/VIII не было никакихъ измѣненій. 19/VIII вечер. подъ кожу внизу живота введено 50 к. стм. сыворотки. 20/VIII зноба уже не было, появился позывъ на ѣду; состояніе колѣна стало много лучше. 20/VIII вечер., въ виду высокой еще температуры, снова введено поливалентной противострептококковой сыворотки 40 к. стм. въ туже область живота, а 21/VIII припухлости и болѣзненности въ колѣнѣ уже не было; оставалась лишь отечность голени внизу и стопы. Поносъ прекратился; не возобновлялись также и знобы. Общее состояніе продолжало улучшаться; цвѣтъ лица принималъ нормальный оттѣнокъ. Къ 25/VIII оставалась только безболѣзненная отечность внизу голени. Влагалищное отдѣляемое къ этому времени прекратилось. Силы быстро возстанавливались. Позывъ на ѣду былъ хорошій. Какихъ-нибудь побочныхъ явленій отъ впрыскиванія сыворотки не наблюдалось.



+ Впрыснуто 50 к. стм. сыворотки. + + Впрыснуто еще 40 к. стм. ея.

Бактеріологически изслѣдовано было только отдѣляемое изъ матки; въ немъ были найдены—при поступленіи больной въ больницу—стрептококки.

Кромѣ сыворотки, больной все время давали только вино и дѣлали влагалищныя спринцеванія сулемой, какъ и въ случаѣ 1.

Привожу кривую температуры.

И здѣсь вслѣдъ за впрыскиваніемъ сыворотки температура быстро упала до нормы и уже вновь не повышалась. Въ настоящее время (черезъ мѣсяцъ) Д. А. чувствуетъ себя вполнѣ здоровой.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Изъ Berlin'a.

5-ый Международный дерматологическій Съѣздъ.

Съѣздъ этотъ слѣдуетъ отнести къ числу вполнѣ удавшихся, чему не мало содѣйствовали время, мѣсто и интересная программа работъ. Въ $^1/_2$ сентября много врачей возвращается съ курортовъ и лѣтнихъ поѣздокъ, и путешествіе въ Berlin, благодаря его центральному положенію, не составляетъ большого отклоненія отъ маршрута, не говоря уже о томъ, что столица Германіи сама по себѣ представляетъ не мало привлекательнаго и, въ связи съ интересомъ къ работамъ Съѣзда, можетъ побудить и къ экстренной поѣздкѣ. На Съѣздъ собрались представители дерматологіи и сифилидологіи со всѣхъ концовъ земного шара и съ большимъ вниманіемъ и трудолюбіемъ участвовали въ его работахъ. Аудиторія патологическаго Музея, основаннаго *Virchow*'ымъ, гдѣ происходили засѣданія Съѣзда, съ перваго до послѣдняго дня была переполнена и часто не могла вмѣстить удобно всѣхъ желавшихъ слѣдить за ходомъ работъ. Можетъ быть, выборъ помѣщенія является единственной тѣневой стороной Съѣзда, единственной ошибкой руководителей его, имѣвшихъ возможность, благодаря каникулярному времени, выбрать болѣе удобное изъ университетскихъ учрежденій. Самымъ подходящимъ мѣстомъ для такого Съѣзда была-бы, конечно, клиника кожныхъ болѣзней, но новая теперь только строится, а старая слиш-

комъ тѣсна и неприглядна. Неудобство помѣщенія особенно сказалось на устроенной при Съѣздѣ выставкѣ, которая должна была размѣститься въ комнатахъ, не занятыхъ коллекціями патологическаго Музея; главная часть ея поэтому очутилась на 4-мъ этажѣ. Чтобы болѣе уже не возвращаться къ этой выставкѣ, скажу, что главную часть ея составляли муляжи, свѣтописные снимки, рисунки, макро- и микроскопическіе препараты. Изъ муляжей рѣзко выдѣлялись своей художественной отдѣлкой слѣпки, выставленныя Московской клиникой кожныхъ болѣзней проф. *А. И. Поспѣлова* работы д-ра *Ѳивейскаго*; по общему признанію, они—лучше даже французскихъ.

Сифилисъ, ракъ, проказа, бугорчатка, болѣзни кожи при неправильномъ обмѣнѣ—вотъ программные вопросы, подлежавшіе обсужденію на Съѣздѣ. Неудивительно, что по такимъ важнымъ и животрепещущимъ вопросамъ было доставлено огромное число интересныхъ докладовъ, многіе изъ которыхъ остались не прочитанными во время засѣданій. Я, конечно, не могу поэтому дать даже краткаго очерка всѣхъ работъ, а постараюсь отмѣтить только наиболѣе важные пункты изъ выдающихся по своему интересу докладовъ. Начну съ сифилиса. Еще задолго до начала Съѣзда въ общей печати передавались извѣстія съ разныхъ сторонъ объ открытіи лѣчебныхъ сыворотокъ противъ сифилиса, авторы которыхъ ждутъ только Международнаго дерматологическаго Съѣзда, чтобы повѣдать на немъ всему ученому міру объ этихъ благодѣтельныхъ для страждущаго человѣчества открытіяхъ. Однако надежды, возлагавшіяся въ этомъ направленіи на Съѣздъ, оправдались далеко не въ полной мѣрѣ. Были, правда, сдѣланы сообщенія объ опытахъ лѣченія сифилиса спеціальными сыворотками, но опыты эти были крайне немногочисленны, недавно лишь еще начаты и по своимъ результатамъ, по мнѣнію самихъ авторовъ, далеко еще не убѣдительны. Такъ, проф. *Risso* изъ Genua вмѣстѣ съ проф. *Cipollina*, исходя изъ той мысли, что вещества, обусловливающія невоспріимчивость къ сифилису, по всей вѣроятности, содержатся не только въ кровяной сывороткѣ, но и въ тканевыхъ элементахъ, пользовались тканями невоспріимчивыхъ или сдѣланныхъ невоспріимчивыми животныхъ для полученія лѣчебной сыворотки. Этой сывороткой они лѣчили 12 сифилитиковъ съ вторичными явленіями и 1 съ третичнымъ сифилисомъ носа. Всѣ больные выздоровѣли, но излѣчены-ли они вполнѣ, авторъ еще пока не рѣшается утверждать. Авторомъ другой лѣчебной сыворотки является д-ръ *Paulsen* изъ Hamburg'а. Вмѣстѣ съ д-ромъ *Appel*'емъ онъ открылъ въ крови сифилитиковъ микроорганизмъ, который по своимъ морфологическимъ и біологическимъ свойствамъ весьма близокъ къ сифилитической палочкѣ v. *Niessen*'а, и также схожъ съ палочкой *Joseph*'а и *Piorkowsk*'аго. Такъ какъ онъ твердо вѣрилъ въ то, что выдѣленная имъ палочка есть истинный возбудитель сифилиса, то естественно было добыть впрыскиваніемъ чистыхъ разводокъ его животнымъ лѣчебную противосифилитическую сыворотку. Первые 2 сорта сыворотки, добытые такимъ путемъ, оказались мало дѣйствительными, и только 3-ья дала хорошіе результаты: въ 50% всѣхъ случаевъ получилось полное излѣченіе, въ остальныхъ—улучшеніе. Во время своихъ опытовъ лѣченія сывороткой авторъ сдѣлалъ то интересное наблюденіе, что сыворотка его, добытая при помощи микроорганизмовъ, выдѣленныхъ изъ болѣзненныхъ продуктовъ первичной и вторичной ступени болѣзни, оказывалась мало дѣйствительной въ этихъ стадіяхъ заболѣванія и, наоборотъ, очень хорошо дѣйствовала въ третичномъ періодѣ. Объясняетъ онъ себѣ это явленіе довольно своеобразно слѣдующимъ образомъ: въ первичномъ и вторичномъ стадіи сифилиса сифилитическая палочка можетъ существовать въ организмѣ лишь при условіи сожительства съ другими бактеріями; только съ теченіемъ времени она настолько приспособляется къ тому организму, въ которомъ живетъ, что можетъ, наконецъ, существовать самостоятельно; въ это время наступаетъ третичный періодъ, который такимъ образомъ является зараженіемъ не смѣшаннымъ; поэтому-то специфическая сыворотка и бываетъ наиболѣе дѣйствительной въ этомъ періодѣ болѣзни. Незаразительность третичнаго періода также находитъ себѣ удовлетворительное объясненіе съ этой точки зрѣнія: палочка сифилиса, приспособившись къ жизни въ данномъ организмѣ, не можетъ найти совершенно одинаковыхъ условій существованія въ другомъ. Авторъ возлагаетъ большія надежды на сывороточное лѣченіе сифилиса.

Въ связи съ сывороточнымъ лѣченіемъ сифилиса находится слѣдующій любопытный инцидентъ. Въ отчетѣ нѣкоторыхъ Berlin'скихъ газетъ о засѣданіи Съѣзда, на которомъ была рѣчь о вышеупомянутыхъ сыворткахъ, была вставлена замѣтка, гдѣ упоминалось, что благодаря любезности проф. *Lassar*'а французскій врачъ *Query* имѣлъ возможность въ одной изъ боковыхъ комнатъ показать въ болѣе тѣсномъ кругу членовъ Съѣзда своихъ обезьянъ, которымъ привита была чистая разводка добытыхъ д-ромъ *Champagne*'мъ бактерій сифилиса. Обѣ показанныя обезьяны носили на себѣ явные признаки сифилитическаго зараженія; присутствовавшимъ была также показана чистая разводка возбудителей сифилиса, которую *Champagne* выдѣлилъ изъ крови сифилитиковъ; эти-же микроорганизмы находятся и въ крови зараженныхъ обезьянъ. Своими разводками авторамъ удалось заразить не только человѣкоподобныхъ обезьянъ (шимпанзе), но и болѣе низко стоящія породы. Въ началѣ засѣданія слѣдующаго за появленіемъ этой замѣтки дня предсѣдатель Съѣзда проф. *Lesser* заявилъ, что сдѣланное въ газетахъ сообщеніе о докладѣ д-ра *Query* невѣрно, при чемъ заявилъ, что считаетъ себя обязаннымъ сообщить объ этомъ оффиціально для того, чтобы «помѣшать эксплоатаціи Съѣзда для цѣлей рекламы». Дѣло въ томъ, что по ходившимъ среди врачей слухамъ за спиной *Query* и *Champagne*'я стоитъ акціонерная компанія, собирающаяся пустить въ продажу приготовленную этими врачами противосифилитическую сыворотку. Этой компаніи нужна была для цѣлей рекламы санкція Международнаго Съѣзда для работъ изобрѣтателей сыворотки. Правленіе Съѣзда, очевидно, заблаговременно было освѣдомлено о достоинствѣ работы предпріимчивыхъ коллегъ и не допустило доклада къ оффиціальному чтенію. Авторы тогда прибѣгли къ хитрости, но, какъ видно изъ сказаннаго, она не удалась. Рѣшительный образъ дѣйствія предсѣдателя проф. *Lesser*'а въ этомъ случаѣ встрѣтилъ полное сочувствіе со стороны членовъ Съѣзда.

Точно такъ-же сочувственно было встрѣчено слѣдующее заявленіе проф. *Neisser*'а, сдѣланное имъ въ его докладѣ о лѣченіи сифилиса: «мы должны энергично возстать противъ всѣхъ тѣхъ, кто отвергаетъ ртутное лѣченіе сифилиса и ставитъ врачей, пользующихся этимъ способомъ лѣченія, въ положеніе отравителей рода человѣческаго. Если такіе взгляды распространяютъ шарлатаны, то, это еще понятно; но когда такіе взгляды исходятъ отъ врачей, да еще такъ высоко поставленныхъ, какъ проф. *Schweninger*, то Съѣздъ никоимъ образомъ не можетъ этого одобрить и обязанъ строжайше осудить».

Съ напряженнымъ вниманіемъ былъ выслушанъ докладъ проф. *И. И. Мечникова*, говорившаго *о результатахъ опытовъ прививки сифилиса обезьянамъ*. 9 привитыхъ обезьянъ дали 9 положительныхъ результатовъ; на мѣстѣ прививки развивается или типичный твердый шанкръ, или шанкрообразная (cancriforme) язва. Особенно важно появленіе типическихъ plaques muqueuses на языкѣ на ряду со вторичными сифилидами кожи. Заразный матеріалъ, взятый съ этихъ plaques у шимпанзе и привитый болѣе низшимъ обезьянамъ изъ рода макаковъ, вызываетъ у послѣднихъ заболѣваніе сифилисомъ, но ядъ при этомъ значительно ослабляется. На основаніи опытовъ *Klingmüller*'а и *Bärman*'а, безрезультатно прививавшихъ себѣ сифилитическій матеріалъ, профильтрованный черезъ свѣчу *Chamberland*'а (не пропускающую микроорганизмовъ); надо думать, что сифилитическій ядъ вырабатывается микроскопическими существами. *И. И. Мечниковъ* на основаніи своихъ изслѣдованій думаетъ, что возбудитель сифилиса представляетъ изъ себя неподвижный микроорганизмъ. Если смѣшать заразный сифилитическій матеріалъ съ кровяной сывороткой и привить его обезьянамъ, то получается положительный результатъ прививки; нагрѣваніе-же смѣси до 50° Ц. въ теченіи часа совершенно уничтожаетъ дѣйствіе заразнаго матеріала; прибавка глицерина ослабляю-

щаго дѣйствія не оказываетъ. Изъ имѣющихся пока экспериментальныхъ данныхъ явствуетъ, что предохранительная прививка противъ сифилиса возможна путемъ ослабленія сифилитическаго яда. Ослабленіе это, какъ показали работы самого *И. И. Мечникова*, можно получить путемъ проведенія яда черезъ организмъ макаковъ. Шимпанзе, которому былъ привитъ заразный матеріалъ отъ макаки, оказался невоспріимчивымъ къ человѣческому сифилису.

Интересны также опыты Бреславльскаго профессора *Neisser*'а: онъ пытался вызвать невоспріимчивость къ человѣческому сифилису у шимпанзе, путемъ впрыскиванія послѣднему кровяной сыворотки сифилитика; но, не смотря на то, что животному было впрыснуто около $^1/_2$-литра сыворотки, невоспріимчивости получить не удалось: прививка сифилитическаго матеріала, сдѣланная сейчасъ же вслѣдъ за послѣднимъ впрыскиваніемъ сыворотки, дала положительный результатъ. Такой-же результатъ получился у другого шимпанзе, которому было впрыснуто всего 40 к. стм. крови сифилитика. И проф. *Lassar*, работавшій по тому-же вопросу, подтверждаетъ, что у макаковъ привитой сифилисъ имѣетъ очень ослабленный, обрывной характеръ. Онъ думаетъ, что о приготовленіи противосифилитической сыворотки въ большихъ размѣрахъ можно будетъ думать лишь тогда, когда удастся привить сифилисъ такой породѣ обезьянъ, которая хорошо переноситъ условія жизни въ средней Европѣ, такъ какъ шимпанзе, надъ которыми теперь производится большинство изслѣдованій, плохо переносятъ нашъ климатъ.

О *сифилитическихъ заболѣваніяхъ сердца и сосудовъ* говорили профф. *Düring* (Kiel), *Hansemann* и *Renvers* (Berlin). *Düring* указалъ на то, что заболѣванія сосудовъ наблюдаются во всѣхъ стадіяхъ сифилиса; слѣдуетъ лишь различать специфическія первичныя заболѣванія сосудовъ отъ вторичныхъ, исходящихъ отъ окружающей ткани. Послѣдній родъ заболѣваній не представляетъ никакихъ анатомическихъ особенностей, но клинически имѣетъ важное значеніе, особенно при заболѣваніи сосудовъ основанія мозга. Заболѣванія венъ при сифилисѣ до сихъ поръ еще мало изучены, но, по видимому, они встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ принято думать. Анатомическія измѣненія при этомъ тѣ-же, что и при болѣзняхъ артерій. Что касается вліянія специфическаго лѣченія на сосуды, то оно способствуетъ разсасыванію существующихъ пропитываній, препятствуютъ дальнѣйшему разрушенію ткани, но, разумѣется, не въ состояніи возмѣстить убыль погибшей упругой ткани.

Hansemann на основаніи своихъ новѣйшихъ работъ пришелъ къ заключенію, что пораженіе лимфатической системы относится также къ числу обычныхъ признаковъ сифилитическаго заболѣванія; поражаются сначала мельчайшіе лимфатическіе пути, затѣмъ страданіе переходитъ на лимфатическія щели, а за симъ слѣдуютъ болѣе крупные сосуды. Далѣе онъ убѣдился, что пораженія сердца у сифилитиковъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ принято думать. Они трудно поддаются распознаванію, такъ какъ анатомически выражаются лишь въ микроскопически открываемыхъ измѣненіяхъ, которыя впослѣдствіи оставляютъ послѣ себя рубцы; клинически они обнаруживаются въ видѣ слабости сердца. По числу заболѣваній сердечной слабостью сифилитики должны быть поставлены непосредственно вслѣдъ за пьяницами.

Renvers подтвердилъ наблюденія *Hansemann*'а относительно заболѣванія сердца при сифилисѣ. Во вторичномъ стадіи это заболѣваніе слѣдуетъ разсматривать, какъ простое токсическое заболѣваніе сердечной мышцы, выражающееся только въ сердечной слабости, которая можетъ быть обнаружена лишь при точномъ изслѣдованіи сердечной дѣятельности. Въ третичномъ періодѣ болѣзнь выступаетъ въ видѣ незамѣтно увеличивающагося расширенія сердца. Весьма важно раннее распознаваніе сердечныхъ заболѣваній, такъ какъ специфическое лѣченіе будетъ имѣть тѣмъ большій успѣхъ, чѣмъ раньше будетъ примѣнено.

На Съѣздѣ обсуждался также вопросъ *о времени появленія* сифилиса въ Европѣ. *Neumann* (Вѣна) сообщилъ о результатахъ этнографическихъ и археологическихъ изслѣдованій о до-Колумбовомъ сифилисѣ въ Перу. Уродства носа, находимыя на изображеніяхъ на глиняныхъ сосудахъ, частью являются слѣдствіемъ искусственнаго обезображиванія, частью несомнѣнно патологическаго происхожденія, но для признанія ихъ сифилитическими нѣтъ достаточно убѣдительныхъ данныхъ. *Hansemann* показалъ черепъ изъ Berlin'скаго этнографическаго Музея, носящій на себѣ несомнѣнные слѣды сифилитическаго заболѣванія. Черепъ этотъ найденъ въ Перу, и на Съѣздѣ американскомъ признано было его до-Колумбово происхожденіе. И проф. *Lesser* придерживается взгляда, что до открытія Америки въ Европѣ сифилиса не знали; пандемическое его распространеніе началось только послѣ открытія Колумба. Болѣзнь, очевидно, была занесена его спутниками. За это говорятъ также новѣйшія эпидеміологическія изслѣдованія.

Цѣлый день былъ посвященъ вопросу объ *этіологіи и лѣченіи кожнаго рака*. Докладъ о чужеядныхъ рака прочиталъ *Unna*. Были выставлены препараты 5 наиболѣе выдающихся изслѣдователей, такъ что члены Съѣзда могли получить представленіе о томъ, что различные авторы принимаютъ за возбудителей рака. Особенно интересны были препараты *Borrel*'я, прослѣдившаго даже половое размноженіе у найденнаго имъ возбудителя рака. Доклады по вопросу о лѣченіи рака главнымъ образомъ касались преимуществъ и недостатковъ новѣйшихъ способовъ лѣченія по сравненіи съ хирургическимъ. Защитникомъ хирургическаго способа лѣченія кожнаго рака выступилъ проф. *Bergmann* и его ассистентъ *Schlesinger*. За 7 лѣтъ въ хирургической клиникѣ Berlin'скаго Университета были оперированы 171 больной съ кожнымъ ракомъ; изъ нихъ излѣченіе получилось (т. е. въ теченіи 3-хъ лѣтъ не было возвратовъ) у 122, т. е. въ 71,3%. Лѣченіе радіемъ и *Roentgen*'овскими лучами не даютъ пока такихъ хорошихъ результатовъ; дѣйствіе *Roentgen*'овскихъ лучей не простирается достаточно глубоко въ ткань, и до сихъ поръ поэтому въ литературѣ не было еще описано ни одного случая излѣченія не подлежащаго операціи рака посредствомъ *Roentgen*'овскихъ или радіевыхъ лучей. Увлеченіе этими новыми способами лѣченія во многихъ случаяхъ повело къ тому, что поверхностный, легко излѣчимый хирургическимъ путемъ ракъ кожи вслѣдствіе безуспѣшнаго продолжительнаго лѣченія радіемъ или х-лучами превращался въ неизлѣчимую форму.

Проф. *Lesser* указалъ на то, что нѣкоторыя поверхностныя формы рака, какъ, напр., разъѣдающая язва, хорошо излѣчиваются *Roentgen*'овскими лучами; такъ какъ косметическій результатъ при этомъ получается несравненно лучшій, чѣмъ при оперативномъ способѣ лѣченія, то рентгенотерапію слѣдуетъ предпочитать при этой болѣзни. Однако *Herxheimer* (Frankfurt a/M) и *Veiel* (Kanstatt) даже и при разъѣдающей язвѣ не совѣтуютъ прибѣгать къ *Roentgen*'овскимъ лучамъ, такъ какъ въ успѣхѣ лѣченія никогда нельзя быть увѣреннымъ. «Если я имѣю 10 случаевъ рака, говорилъ *Veiel*, изъ коихъ 9 могу излѣчить х-лучами, но хирургической операціей могу вылѣчить всѣ 10, то, какъ врачъ, я обязанъ оперировать всѣхъ, хотя-бы операція оставила послѣ себя самые безобразные рубцы».

О нехирургическихъ способахъ лѣченія говорилъ и проф. *О. В. Петерсенъ* (Петербургъ). Онъ видѣлъ хорошіе результаты отъ примѣненія лѣченія свѣтомъ по *Finsen*'у, замораживанія и продолжительныхъ компрессовъ изъ соды, и то лишь въ случаяхъ свѣжихъ, не распространенныхъ, безъ пораженія железъ.

Д-ръ *Scholtz* дѣлалъ сравнительныя изслѣдованія дѣйствія радіевыхъ и *Roentgen*'овскихъ лучей и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Лучи радія дѣйствуютъ сильнѣе на сосуды и поэтому оказываются дѣйствительнѣе *Roentgen*'овскихъ при лѣченіи сосудистыхъ опухолей (ангіомъ и теленгіэктазій). 2. Радіевы лучи дѣйствуютъ больше вглубь, чѣмъ *Roentgen*'овскіе. 3. Ихъ бактеріиубивающія свойства сильнѣе; наконецъ, 4) радій дѣйствуетъ сильнѣе и лучше *Roentgen*'овскихъ лучей при лѣченіи злокачественныхъ опухолей. Благодаря возможности примѣненія его въ формѣ эманаціи, кругъ примѣненія его еще значительно расширяется, и потому ему предстоитъ занять въ будущемъ

первенствующее мѣсто среди средствъ для лѣченія злокачественныхъ опухолей. Такого-же взгляда на значеніе радія въ терапіи въ будущемъ придерживается и *Holzknecht*. Д-ръ *Blaschko* (Berlin), наоборотъ, полагаетъ, что радій можно будетъ примѣнять лишь при лѣченіи небольшихъ опухолей и что ему никогда не придется вытѣснить *Roentgen*'овскихъ лучей.

По вопросу о *борьбѣ съ проказой* не было сообщено ничего особенно выдающагося. Проф. *Lassar* сообщилъ о работахъ, производимыхъ въ Memel'ѣ надъ проказой: тамъ дѣлаются опыты лѣченія проказы *Roentgen*'овскими лучами и наблюденія надъ обезьяной (орангъ), которой привиты были палочки проказы. Проф. *Neisser* въ своемъ докладѣ о проказѣ въ Германіи выставилъ слѣдующія требованія: Необходимъ тщательный санитарно-полицейскій надзоръ за прокаженными, который долженъ также распространяться и на тѣхъ, кто долгое время былъ въ соприкосновеніи съ больными. Уединеніе больныхъ пока является единственнымъ способомъ борьбы съ болѣзнью, но колоніи и убѣжища для прокаженныхъ не должны производить отталкивающаго впечатлѣнія; слѣдуетъ ввести законъ, дающій возможность помѣщать въ убѣжище всякаго прокаженнаго; слѣдуетъ также ввести обязательную регистрацію такихъ больныхъ. Прокаженнымъ не слѣдуетъ запрещать вступать въ бракъ, но передъ заключеніемъ его необходимо предупреждать здороваго брачущагося о предстоящей опасности зараженія; кромѣ того, властямъ должна быть дана возможность отнять дѣтей отъ зараженныхъ родителей. Больнымъ проказой слѣдуетъ запретить въѣздъ въ страну.

Докладъ и пренія по вопросу о болѣзняхъ кожи при неправильностяхъ обмѣна еще разъ обнаружили различія во взглядахъ на связь этихъ 2-хъ явленій. Къ сожалѣнію, недостатокъ мѣста не позволяетъ мнѣ подробнѣе остановиться на этомъ.

Съ большимъ вниманіемъ члены Съѣзда осматривали больныхъ рѣдкими и трудными формами болѣзней кожи, показывавшихся въ 1-ой медицинской клиникѣ Charité. Многіе больные привезены были сюда издалека своими врачами для того, чтобы при помощи собравшихся корифеевъ-спеціалистовъ поставить вѣрное распознаваніе или получить указаніе на счетъ правильнаго лѣченія.

Слѣдующій Международный дерматологическій Съѣздъ состоится въ 1907 г. въ New-York'ѣ.

1-ый томъ «Трудовъ» Съѣзда подъ редакціей *Rosenthal*'я уже вышелъ изъ печати. *А. Коварскій.*

Berlin. 26-го сентября 1904 г.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Бактеріологія. 759. Проф. *Frederic Seiler* и д-ръ *W. Stoutz* (Lausanne) задались вопросомъ, *передается-ли дифтерія водой?* Продолжая свои изслѣдованія надъ живучестью и ядовитостью палочекъ *Loeffler*'а послѣ болѣе или менѣе долгаго (до 4-хъ мѣсяцевъ) пребыванія въ перегнанной водѣ, авторы получили интересные, до сихъ поръ никѣмъ не установленные, результаты. Уже къ концу 1-го мѣсяца палочки оказываются нѣсколько измѣненными: онѣ дѣлаются нѣсколько болѣе удлиненными и болѣе тонкими; къ концу 2-го мѣсяца онѣ становятся еще тоньше и длиннѣе. Къ концу 3-го и 4-го мѣсяцевъ эти явленія становятся еще рѣзче, и палочки, соединяясь по 3—4, пріобрѣтаютъ наклонность образовывать цѣпочки. Въ это время непредупрежденный наблюдатель съ трудомъ признаетъ въ нихъ палочки *Loeffler*'а. Между тѣмъ, посѣвы этихъ микробовъ на сывороткѣ даютъ разводки характерныхъ палочекъ *Loeffler*'а. Прививки морскимъ свинкамъ палочекъ, пробывшихъ 3—4 мѣсяца въ перегнанной водѣ, показали, что ядовитость ихъ нѣсколько уменьшилась. Работы авторовъ согласуются съ недавно появившейся въ печати работой *Daniel*'я *Konradi* (Kolozsvar) о судьбѣ болѣзнетворныхъ микробовъ въ водѣ, и дополняютъ ее. *Konradi* тоже нашелъ, что палочки эти могутъ жить въ водѣ очень долго, сохраняя въ извѣстной степени свою ядовитость и давая характерныя разводки (Revue médicale de la Suisse Romande, № 7). *И. Вирскій.*

Внутреннія болѣзни. 760. Д-ръ *Рейхманъ* (Варшава) на основаніи собственныхъ амбуляторныхъ данныхъ сообщаетъ интересныя *статистическія свѣдѣнія относительно рака внутреннихъ органовъ.* Каждый больной былъ по меньшей мѣрѣ 2 раза изслѣдованъ авторомъ, а значительное большинство больныхъ находилось подъ продолжительнымъ его наблюденіемъ. Распознаваніе рака основывалось на симптоматологіи, изслѣдованіи больного всѣми современными распознавательными пріемами, данныхъ прошлаго и наблюденіи теченія болѣзни. За 20-лѣтній (1884—1903 г.) срокъ у автора записано 22549 больныхъ, изъ коихъ раковыхъ было 868 (3,85%), а изъ послѣднихъ мужчинъ 661 (76,15%) и женщинъ 207 (23,85% всѣхъ раковыхъ больныхъ). По возрасту больные распредѣлялись такъ: до 30 лѣтъ 9 (1,04%), отъ 30—40 л. 59 (6,8%), отъ 40—50 л. 189 (21,78%) и старше 50 лѣтъ 611 (70,39%). Самому старшему больному было 88, самому младшему—12 лѣтъ. Моложе 30 лѣтъ было 9 больныхъ: 1—28 л. (женщина—ракъ кишекъ), 2—27 л. (мужчина—ракъ желудка и женщина—ракъ кишекъ), 1—26 л. (женщина—ракъ слѣпой кишки), 2—25 л. (мужчины—ракъ прямой кишки, ракъ желудка), 1—24 л. (мужчина—ракъ прямой кишки), 1—19 л. (женщина—ракъ желудка) и 1—12 л. (дѣвушка—ракъ прямой кишки). Чаще всего наблюдался ракъ желудка (59,68%), затѣмъ пищевода (26,84%). Если весь 20-лѣтній періодъ наблюденій автора раздѣлить на 2 10-лѣтія, то въ 1-мъ 10-лѣтіи было 3,14% больныхъ ракомъ пищевыхъ путей, во 2-мъ—4,35% всѣхъ записанныхъ больныхъ. Выводы: Ракъ пищевыхъ путей встрѣчается въ 3 раза чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ, при чемъ чаще всего въ возрастѣ старше 50 лѣтъ. До 30 лѣтъ число женщинъ, страдающихъ ракомъ пищевыхъ путей, почти равно числу мужчинъ съ тою-же болѣзнью (3:4). До 30 лѣтъ ракъ пищевыхъ органовъ чаще всего располагается въ прямой кишкѣ (изъ 7 сл.—3). Изъ пищевыхъ органовъ чаще всего поражается ракомъ желудокъ, затѣмъ пищеводъ. Число больныхъ ракомъ пищевыхъ путей, которыхъ авт. наблюдалъ въ своей амбуляторіи, возросло въ послѣднемъ 10-лѣтіи на 38,53% въ сравненіи съ предъидущимъ 10-лѣтіемъ. Большаго съ теченіемъ времени распространенія рака пищевыхъ органовъ среди молодыхъ людей авторъ не подмѣтилъ (Gazeta lekarska, 17 сентября). *С. Островскій.*

761. На основаніи своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій и клиническихъ наблюденій проф. *Klemperer* (Berlin) говоритъ *о лѣкарственномъ лѣченіи почечно-каменной болѣзни.* Это лѣченіе должно быть подспорьемъ діэтетическаго, которое должно занимать первое мѣсто, или замѣнять его въ тѣхъ случаяхъ, когда оно почему-либо не можетъ быть проведено. И тутъ, какъ и при діэтетическомъ лѣченіи, нужно стремиться къ тому, чтобы удержать въ растворѣ тѣ мочевыя соли, изъ которыхъ образуются камни. Каждый родъ камней поэтому долженъ подвергаться особому лѣченію. При лѣченіи *мочекислыхъ* камней нужно имѣть въ виду, что мочевая кислота содержится въ мочѣ въ 2-хъ видахъ: 1) въ видѣ свободной кислоты, находящейся въ состояніи т. наз. «пересыщеннаго раствора» и поэтому очень легко выпадающей, и 2) въ видѣ солей съ основаніями; эти соли сравнительно хорошо растворяются въ мочѣ, и поэтому цѣль лѣченія должна заключаться въ томъ, чтобы перевести по возможности всю свободную кислоту въ соли. Достигается это легче всего назначеніемъ значительныхъ количествъ щелочей. Наиболѣе удобной формой примѣненія щелочей являются щелочныя минеральныя воды. Назначеніемъ $1^1/_2$ бутылокъ Fa-ching'ской воды въ день автору удавалось перевести всю свободную мочевую кислоту въ соли у такихъ лицъ, у которыхъ содержаніе свободной мочевой кислоты доходило до 80—90% общаго ея количества. Той же цѣли можно достигнуть назначеніемъ водъ: Vichy, Salzbrunn'a, Offenbach'a или Bilin'a, а также двууглекислой соды; послѣднюю, однако, слѣдуетъ давать въ довольно значительныхъ количествахъ: лицамъ, потребляющимъ много мясной пищи, даютъ по 2,5 грм., 4 раза въ день, при чемъ при каждомъ пріемѣ соды слѣдуетъ выпивать не менѣе $^1/_4$ литра

воды. Въ тѣхъ крайне рѣдкихъ случаяхъ, когда двууглекислая сода печему-либо не переносится (тошнота, поносы), ее слѣдуетъ замѣнить углекислымъ кальціемъ. По своимъ растворяющимъ мочевую кислоту свойствамъ двууглекислая сода, по мнѣнію проф. *Klemperer*'а, стоитъ выше всѣхъ другихъ препаратовъ, предложенныхъ для этой цѣли; такъ, урецединъ (urocedin), представляющій смѣсь лимоннокислаго натра, лимоннокислаго литія, глауберовой и поваренной соли, далеко уступаетъ по своему дѣйствію двууглекислой содѣ, за то превосходитъ ее въ 15 разъ по цѣнѣ. Тоже самое слѣдуетъ сказать о соляхъ литія, пиперацинѣ, лизидинѣ и др. Всѣ эти препараты легко растворяютъ мочевую кислоту въ перегнанной водѣ, но не въ организмѣ или въ мочѣ. Соли литія дѣйствуютъ точно такъ-же, какъ и соли натрія, и управленіямъ минеральныхъ водъ пора уже бросить восхваленіе своихъ источниковъ потому, что они содержатъ нѣсколько млгрм. литія.— При лѣченіи *щавелекислыхъ* камней нужно стремиться къ тому, чтобы увеличить количества кислаго фосфорнокислаго натра и магнезіальныхъ солей въ мочѣ, такъ какъ оба эти рода солей растворяютъ щавелекислый кальцій. Увеличеніе количества кислаго фосфорнокислаго натра достигается мясной діэтой; для увеличенія-же содержанія магнезіальныхъ солей даютъ внутрь сѣрнокислую магнезію, по 2 грм. (въ облаткахъ, по 0,5 грм.) въ день. Хорошо также давать небольшія количества щелочи во время ѣды съ цѣлью отчасти осреднить соляную кислоту желудочнаго сока и такимъ образомъ противодѣйствовать растворенію щавелекислой извести, поступающей изъ пищи.—Что касается лѣченія *фосфорнокислыхъ* камней, то, такъ какъ выпаденіе фосфатовъ изъ мочи большею частью является слѣдствіемъ общаго перераздраженія нервной системы, которое ведетъ къ чрезмѣрному отдѣленію соляной кислоты въ желудокъ (hyperaciditas), то лѣченіе должно быть направлено прежде всего на укрѣпленіе нервной системы. Изъ лѣкарственныхъ средствъ наиболѣе полезнымъ здѣсь можетъ оказаться азотнокислое серебро внутрь (0,1 на 200,0 воды, по столовой ложкѣ натощакъ) или въ видѣ промываній желудка растворами его 1:5000 до 1:2000. Изъ средствъ, направленныхъ непосредственно на растворенiе фосфатовъ, успѣха можно ожидать отъ фосфорной кислоты (фосфорной кислоты 1,0, перегнанной воды 20,0, черезъ 3 часа по 20 капель въ водѣ). И углекислыя воды (Harzer Sauerbrunn, Eberswalder Königsquelle, равно какъ и искусственно газированныя воды) могутъ при продолжительномъ употребленіи способствовать растворенію фосфатовъ.—*Для лѣченія болѣе рѣдкихъ камней* (изъ цистина, ксантина и т. п.) у насъ еще нѣтъ никакихъ твердо установленныхъ указаній. Въ заключеніи своей статьи проф. *Klemperer* разсматриваетъ вопросъ, *можетъ-ли уже образовавшійся камень быть растворенъ при помощи лѣкарственныхъ средствъ*. Такъ какъ на основаніи однихъ клиническихъ наблюденій на этотъ вопросъ отвѣтить нельзя, то авторъ попытался рѣшить его путемъ опытовъ: онъ помѣщалъ отвѣшенные камушки изъ чистой мочевой кислоты въ мочу и ставилъ послѣднюю на 24 часа въ термостатъ, а затѣмъ вынималъ камушки, обсушивалъ ихъ и опять взвѣшивалъ; оказалось, что камушекъ, находившійся въ мочѣ, выдѣленной послѣ обильной мясной пищи и, слѣд., содержавшей много свободной мочевой кислоты, едва замѣтно прибавился въ вѣсѣ, между тѣмъ какъ камушки, находившіеся въ слабо щелочной или нейтральной мочѣ, замѣтно потеряли въ вѣсѣ. Проф. *Klemperer* поэтому думаетъ, что маленькіе камушки легко могутъ раствориться подъ вліяніемъ лѣченія; относительно болѣе крупныхъ камней этого нельзя сказать съ увѣренностью, такъ какъ здѣсь легко можетъ случиться, что на мѣсто растворившагося слоя мочевой кислоты, при измѣнившемся подъ вліяніемъ лѣченія составѣ мочи, осядетъ слой щавелекислой или фосфорнокислой извести. Изъ этого также слѣдуетъ, что при назначеніи щелочей съ цѣлью растворенія мочевой кислоты не нужно идти слишкомъ далеко, чтобы не вызвать выдѣленія фосфатовъ (Therapie der Gegenwart, августъ). *А. Коварскій.*

Хирургическія болѣзни. 762. На основаніи 1 собственнаго наблюденія и литературныхъ данныхъ д-ръ *Zeller* говоритъ *объ оперативномъ лѣченіи опухолей тазовыхъ костей.*

Больная, 38 л., дважды подверглась кесарскому сѣченію по поводу опухоли таза, существовавшей около 11 лѣтъ. Вначалѣ опухоль не вызывала никакихъ разстройствъ; въ послѣднее-же время появились боли, учащенное мочеиспусканіе, задержка испражненій. При поступленіи отмѣчено: сильное малокровіе и истощеніе; на мѣстѣ рубца—невправимая сальниковая грыжа; задняя стѣнка влагалища выпячена опухолью, выдававшейся надъ лоннымъ срощеніемъ на ширину ладони, выполнявшей весь малый тазъ и оттѣснявшей кверху пузырь и матку; справа опухоль плотно прилегала къ внутренней поверхности сѣдалищной кости и къ крестцево-подвздошному сочлененію, слѣва между нею и тазовою стѣнкою оставался промежутокъ въ 2 стм.; сама опухоль—неподвижна; стѣнка влагалища и прямой кишки съ нею не срощена; поверхность опухоли гладкая, мѣстами бугристая. Разрѣзъ по краю правой прямой мышцы. Опухоль помѣщалась забрюшинно, на задней стѣнкѣ малаго таза, органы котораго оттѣснены были влѣво и кверху. Надъ нею проходили утолщенный правый мочеточникъ и подвздошные сосуды. Небольшія срощенія съ сальникомъ и кишками легко разъединены. Вскрыта задняя стѣнка брюшины, и опухоль, сидѣвшая широкимъ основаніемъ на задней стѣнкѣ малаго таза, была вылущена съ трудомъ, при чемъ основаніе ея пришлось удалить долотомъ и молоткомъ. Опухоль исходила изъ надкостницы, а потому въ изсѣченіи костей таза не было надобности. Кровотеченіе остановлено тампонадой. Небольшой тампонъ въ костную рану; шовъ на заднюю стѣнку брюшины и частичный шовъ на наружную рану. Спустя 3 недѣли, въ виду нагноенія въ ранѣ, сдѣлано противоотверстіе черезъ задній сводъ. Полное выздоровленіе. Микроскопически опухоль опредѣлена, какъ кистовидная миксоматозная фибро-саркома (fibro-sarcoma myxomatodes cysticum). Спустя $1^1/_2$ года возврата не было.

Изъ литературы авторъ приводитъ 59 такихъ-же случаевъ. Въ 5 случаяхъ были фибромы и фибросаркомы; изъ 5 оперированныхъ выздоровѣли 4, погибъ 1; въ 3 случаяхъ имѣлись костные выступы (2 больныхъ выздоровѣли, 1 умеръ). Въ 10 случаяхъ были хрящевики, сидѣвшіе на ножкѣ; всѣ 10 оперированныхъ выздоровѣли. Въ 4 случаяхъ были саркомы и смѣшанныя опухоли саркоматознаго типа; 2 оперированныхъ выздоровѣли, 2 умерли. Во всѣхъ вышеприведенныхъ 22 случаяхъ удаленіе опухолей совершено безъ изсѣченія костей таза. Ко 2-ой группѣ относятся опухоли съ широкимъ основаніемъ, для удаленія которыхъ требовалось изсѣченіе тазовыхъ костей въ большей или меньшей степени. Въ 6 случаяхъ была доброкачественная опухоль (хрящевикъ), въ 31—злокачественная. Изъ 6 больныхъ съ доброкачественной опухолью выздоровѣли 3. Изъ 31 больного съ злокачественною опухолью умерли 20, при чемъ въ 4 случаяхъ сдѣлано было полное изсѣченіе $^1/_2$ таза, въ 14—т. наз. exarticulatio interileoabdominalis. Изсѣченіе $^1/_2$ таза увѣнчалось успѣхомъ въ 3 случаяхъ (2 случая *Kocher*'а, 1 случай *Roux*), изсѣченіе $^1/_2$ таза съ нижнею конечностью—только въ 2—*Girard*'а и покойнаго проф. *Э. Г. Салищева* (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

763. На основаніи наблюденій изъ клиники проф. *Кроніуса* (Гельсингфорсъ) д-ръ *Фалтинъ* говоритъ *о заворотѣ слѣпой кишки.* Авторъ описываетъ 5 такихъ случаевъ.

1. Больной—24 л. За 6 дней до поступленія—сильныя боли въ животѣ, рвота. При поступленіи—вздутіе верхняго отдѣла живота; правая подвздошная область утолщена; снизу и справа къ лѣвому подреберью тянется сильно раздутая кишечная петля; въ лѣвомъ подреберьи при ощупываніи—ясный шумъ плеска. При положеніи на лѣвомъ боку боли нѣсколько стихаютъ. Въ прямую кишку влито 2 литра жидкости, послѣ чего выдѣлился твердый калъ. Облегченія не послѣдовало. Чревосѣченіе. Заворотъ части подвздошной, слѣпой и восходящей ободочной кишекъ, имѣвшихъ общую брызжейку, на 180° въ направленіи, противоположномъ ходу часовой стрѣлки. Заворотъ расправленъ, и слѣпая кишка нѣсколькими швами черезъ разрѣзъ у края правой прямой мышцы укрѣплена. Глухой шовъ. Гладкое выздоровленіе.

2. Больная—32 л. За 9 дней до поступленія въ клинику во время тяжелой работы внезапно появились сильныя боли въ животѣ; спустя 2 дня рвота и вздутіе лѣвой $^1/_2$ живота. При поступленіи: п. 146, 39°, бѣлыхъ шариковъ 14000; значительное выпячиваніе лѣвой $^1/_2$ живота раздутою петлею. При положеніи на правомъ боку боли усиливаются. Чревосѣченіе. Заворотъ слѣпой, восходящей ободочной и части подвздошной кишекъ, имѣвшихъ общую брызжейку, на 270° по ходу часовой стрѣлки. Слѣпая и восходящая ободочная кишки омертвѣли. Изсѣченъ кусокъ кишки въ 32 стм. Оба конца вшиты въ рану по краю правой прямой мышцы. Глухой шовъ на срединную рану. Впослѣдствіи каловый свищъ былъ закрытъ. Выздоровленіе.

Въ 3-мъ случаѣ дѣло шло о 16-лѣтнемъ больномъ съ заворотомъ слѣпой кишки на 360° по ходу часовой стрѣлки. Смерть черезъ $2^1/_2$ часа по поступленіи. Операціи не было сдѣлано.

4. Больной, 25 л., заболѣлъ наканунѣ поступленія. Поступилъ съ признаками разлитого воспаленія брюшины. Таже картина, что и въ сл. 2, только заворотъ на 360°+180°. Въ виду тяжелаго состоянія больного образованъ свищъ въ слѣпой кишкѣ. Сперва нѣкоторое облегченіе; на 6-ой день—смерть. Вскрытіе: омертвѣніе слѣпой и восходящей ободочной кишекъ; разлитое воспаленіе брюшины.

5. Больная, 35 л., годъ страдавшая запорами, заболѣла внезапно за 11 дней до поступленія. При поступленіи найдены: сильное вздутіе живота, разлитая болѣзненность, полная кишечная непроходимость. Чревосѣченіе. Сильно растянутыя слѣпая и восходящая кишки; повернутыя на 180° справа на лѣво, шли въ поперечномъ направленіи къ лѣвой подвздошной впадинѣ. Заворотъ расправленъ. Газы выпущены проколомъ. Глухой шовъ. Гладкое выздоровленіе.

Въ литературѣ описано 79 случаевъ заворота слѣпой кишки; 38 изъ нихъ приходятся на Финляндію. Авторъ допускаетъ, что здѣсь нѣкоторую роль играютъ особенности расы (существованіе общей брыжейки для подвздошной и слѣпой кишекъ), во 1-хъ, а, во 2-хъ, дурная пища (кислый хлѣбъ, картофель, сильно соленое и полусырое мясо). Мужчинъ 70%, женщинъ 30%. Возрастъ въ большинствѣ случаевъ—17—30 лѣтъ. Толчкомъ къ заболѣванію могутъ служить сильныя движенія, ушибы, запоры. Важный распознавательный признакъ—поперечно идущая, сильно растянутая кишечная петля. Отличіе отъ заворота S-образной кишки—возможность вливанія въ прямую кишку значительныхъ количествъ жидкости. Характеренъ также шумъ плеска, получающійся при постукиваніи вздутой петли. Къ числу признаковъ можно отнести уменьшеніе resp. усиленіе болей въ зависимости отъ положенія тѣла, т. е. отъ большаго или меньшаго натяженія брыжейки. Послѣ операціи авторъ совѣтуетъ въ обиліи вводить жидкость подъ кожу и въ прямую кишку. Изъ 79 больныхъ 28 (34,4%) выздоровѣли, 51 (64,5%) умерли. Въ 20 случаяхъ заворотъ не былъ расправленъ; всѣ эти 20 больныхъ умерли. Если исключить послѣдніе 20 случаевъ, то изъ 59 больныхъ, у которыхъ расправленъ былъ заворотъ, выздоровѣли 28 (47,5%). Изсѣченіе слѣпой кишки сдѣлано у 9 больныхъ; изъ нихъ выздоровѣли 3 (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

Глазныя болѣзни. 764. Д-ръ *Wolffberg* наблюдалъ *случай судорожнаго сжатія вѣкъ отъ пораженія носа.*

У 18-лѣтней гимназистки, заболѣвшей гриппомъ, съ насморкомъ и жабой, внезапно развилась сильная свѣтобоязнь съ слезотеченіемъ и сжатіемъ вѣкъ. Изслѣдованіе, насколько оно было возможно, обнаружило въ глазахъ лишь кровопереполненіе соединительной оболочки вѣкъ; бѣлокъ и роговица были нормальны. Слабительныя средства, кокаинъ, защитительныя очки, аспиринъ и бромъ доставили лишь незначительное облегченіе; исчезли-же сжатіе вѣкъ и свѣтобоязнь отъ нюхательнаго порошка изъ атрабилина, ментола, борной кислоты и молочнаго сахара (Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 28 апрѣля). *Р. К.*

765. По мнѣнію проф. *Raehlmann*'а, *сочувственное воспаленіе глаза* вызывается *заносомъ микроорганизмовъ* изъ первично пораженнаго глаза. Мнѣніе это онъ основываетъ на «*ультрамикроскопическомъ*» изслѣдованіи болѣзненнаго и сморщеннаго глаза, вылущеннаго черезъ 8 недѣль послѣ прободенія его, еще до появленія сочувственнаго воспаленія на другомъ глазу [1]). Въ стекловидномъ тѣлѣ, при увеличеніи въ 2400 разъ, оказались безчисленныя подвижныя бактеріи въ формѣ одиночныхъ и двойныхъ палочекъ, а также и еще болѣе мелкіе микроорганизмы, которые, по предположенію автора, представляли собою споры этихъ бактерій и которые, по его мнѣнію, въ виду незначительной своей величины могли проходить сквозь стѣнки сосудовъ. Эти-то споры и переходятъ въ стекловидное тѣло другого глаза, а стекловидное тѣло въ виду своеобразнаго своего состава, быть можетъ, какъ разъ подходитъ для жизнедѣятельности такихъ организмовъ,—вслѣдъ зачѣмъ и вызываютъ на этомъ глазу сочувственное воспаленіе. Послѣднее, стало быть, можетъ наступить лишь при опредѣленной ступени въ жизнедѣятельности бактерій, попавшихъ въ стекловидное тѣло при пораненіи глаза, а именно, когда начинается образованіе споръ. Отсюда, по автору, и скрытый періодъ въ развитіи сочувственнаго воспаленія (По передачѣ въ «Centralblatt für Augenheilkunde», апрѣль, и въ Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges», 28 апрѣля, изъ «Deutsche medicinische Wochenschrift», № 13 и по отчету «Archives d'ophtalmologie», іюнь, о сообщеніи проф. *Raehlmann*'а въ Berlin'скомъ Обществѣ врачей). *Р. Кацъ.*

766. Д-ръ *Schottelius* сообщаетъ результаты *бактеріологическихъ изслѣдованій коревого воспаленія соединительной оболочки*, произведенныхъ въ гигіеническомъ Институтѣ Freiburg'скаго Университета во время тяжелой эпидеміи кори. Изслѣдовано было отдѣляемое соединительной оболочки отъ 80 чел.—40 больныхъ и 40 умершихъ. Въ 51 случаѣ оказался золотистый гроздекоккъ, а въ 25—цѣпекоккъ, но гроздевидный коккъ распредѣлялся почти поровну между легкими и тяжелыми случаями (у 25 больныхъ и 26 умершихъ), цѣпочечный-же найденъ былъ среди несмертельныхъ случаевъ лишь въ 5, а среди смертельныхъ—въ 20. Цѣпекоккъ оказался, такимъ образомъ, въ $^1/_2$ всѣхъ смертельныхъ случаевъ; въ тѣхъ-же смертельныхъ случаяхъ, гдѣ его не было въ отдѣляемомъ соединительной оболочки, его находили въ легкихъ и селезенкѣ. По виду своему этотъ цѣпекоккъ относился къ разряду гнилостнаго цѣпекокка человѣка, хотя и представлялъ нѣкоторыя особенности по росту. На окрашенномъ препаратѣ онъ выступалъ въ видѣ дипло-стрептококка, а на неокрашенномъ—въ типичныхъ цѣпочкахъ. Морскія свинки, зараженныя этимъ цѣпекоккомъ, погибали въ 3—4 дня при явленіяхъ гнилостнаго отравленія и обильномъ кровянисто-сывороточномъ выпотѣ въ грудной и брюшной полостяхъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 9; Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 28 апрѣля). *Р. Кацъ.*

767. Побуждаемый успѣшными результатами, полученными д-ромъ *Salzwedel*'емъ отъ продолжительныхъ алкогольныхъ компрессовъ при нагноеніяхъ подкожной клѣтчатки и другихъ подобныхъ воспаленіяхъ, д-ръ *Шиле* сталъ примѣнять *алкогольную повязку и при панофтальмитѣ* (нагноеніи всего глаза). Алкоголь примѣнялся совершенно чистый или 96%, при чемъ слой ваты, смоченный въ спиртѣ, клался на закрытыя вѣки и сосѣднія области лба, виска и щеки, предварительно обезжиренныя эѳиромъ, а для того, чтобы задержать, но не совершенно уничтожить улетучиваніе алкоголя, эта вата прикрывалась продыравленной въ нѣсколькихъ мѣстахъ клеенкой. Повязка мѣнялась 2 раза въ сутки. Больные жаловались на жженіе, въ особенности тотчасъ послѣ наложенія повязки, но разъѣданія кожи не наступало. Полезное-же дѣйствіе повязки сказывалось, прежде всего, въ уменьшеніи болей; затѣмъ опадала отечность вѣкъ и соединительной оболочки глазного яблока; наконецъ, въ «значительной» степени сокращалось теченіе болѣзни, требующей обыкновенно 6—8 недѣль для перехода въ атрофію глазного яблока (гной въ глазу, какъ оказывалось при проколахъ роговой оболочки, становился жидкимъ подъ вліяніемъ спиртной повязки). Помимо того, алкогольная повязка вызывала и почти полную нечувствительность въ подлежащихъ тканяхъ, такъ что проколъ роговицы, производившійся авторомъ въ первое время для ускоренія выхода гноя, не вызывалъ никакихъ жалобъ со стороны оперируемаго; впрочемъ, какой-либо существенной пользы для дальнѣйшаго теченія болѣзни—по крайней мѣрѣ, при примѣненіи алкогольной повязки — отъ подобныхъ проколовъ не наблюдалось. Такъ какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роговая оболочка еще не была затронута, эпителій ея не измѣнялся подъ вліяніемъ спиртной повязки, то авторъ полагаетъ, что такую-же повязку полезно было-бы испытать въ тяжелыхъ случаяхъ ползучей язвы роговицы и другихъ подобныхъ страданіяхъ (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 12 мая). *К.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 768. Д-ръ *Daniel* обращаетъ вниманіе на замѣченный имъ *признакъ, указывающій на грозящую опасность задушенія ребенка во время родовъ* вслѣдствіе сдавленія пуповины при головномъ положеніи. Авторъ неоднократно наблюдалъ, что при производствѣ влеченій щипцами иногда получается черезъ вѣтви щипцовъ ощущеніе особаго движенія ребенка, непохожаго на часто ощущаемые обычные толчки. Движеніе

[1]) Ультрамикроскопъ — это обыкновенный микроскопъ съ иммерсіей и системой чечевицъ, дающихъ боковое фокальное освѣщеніе и усиливающихъ, благодаря этому, отчетливость микроскопическаго рисунка до того, что въ прозрачныхъ средахъ становятся замѣтными мельчайшія тѣла въ 1 μ и еще меньше).

это чувствуется всегда между 2-мя потугами, состоитъ въ толчкѣ сначала по направленію рукъ врача и тотчасъ—толчкѣ назадъ, напоминая ощущеніе, получаемое рукой, когда во время рыбной ловли рыба «клюетъ». Движенія эти повторяются нѣсколько разъ, съ все большими промежутками; прекращеніе толчковъ указываетъ на гибель плода. Происхожденіе такихъ двойныхъ толчковъ авторъ объясняетъ преждевременными дыхательными движеніями, вызванными избыткомъ угольной кислоты въ крови плода, вслѣдствіе сдавленія сосудовъ пуповины. Разъ замѣченъ упомянутый признакъ, необходимо быстрѣе окончить роды и предупредить окружающихъ (British Medical Journal, 26 марта). *Л. Старокадомскій.*

769. Проф. *Douglas* (Glasgow) съ цѣлью убѣдиться, насколько справедливо предположеніе *Groves*'а, усматривавшаго причину судорогъ беременныхъ и роженицъ въ повышенной свертываемости крови, вслѣдствіе чего образуется закупорка мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ съ послѣдующимъ омертвѣніемъ окружающихъ клѣтокъ, произвелъ большое (300—400) число наблюденій надъ *свертываемостью крови у женщинъ*. Наблюдались женщины здоровыя небеременныя, здоровыя беременныя, здоровыя родильницы, беременныя и родильницы, имѣвшія бѣлковую мочу, и беременныя и родильницы, страдавшія судорогами. Кровь собиралась всегда въ одинаковомъ количествѣ (5 к. стм.) въ стеклянныя трубочки одного размѣра, тщательно отмѣчалось какъ время, требовавшееся для наполненія трубки, такъ и время наступленія свертыванія; трубочки держались при температурѣ около 20° Ц.; кровь добывалась обыкновенно изъ уха. Наиболѣе быстро свертывалась кровь беременныхъ, имѣвшихъ бѣлокъ въ мочѣ: въ среднемъ, это происходило въ 5,60 мин.; колебанія были между 4,70 и 7,5 мин. У всѣхъ остальныхъ женщинъ среднее время свертыванія крови было 7,00—7,75 мин., давая колебанія во всѣхъ группахъ между 4,5—5,0 и 9,0—10,0 мин. На основаніи этихъ данныхъ авторъ приходитъ къ заключенію, что нѣтъ указаній, подтверждающихъ предположеніе о зависимости между свертываемостью крови и родовыми судорогами (British Medical Journal, 26 марта). *Л. Старокадомскій.*

770. Д-ръ *Hammerschlag* сообщаетъ *5 случаевъ хоріоэпителіомы матки.*

Во всѣхъ этихъ случаяхъ были поражены и яичники (въ 1 случаѣ наблюдалась большая опухоль яичника, въ 3—множественное кистовидное перерожденіе одного или обоихъ яичниковъ, въ 1—вторичное измѣненіе яичника заключалось въ проникновеніи клѣтокъ опухоли въ сосуды). Во всѣхъ случаяхъ новообразованіе развилось послѣ выкидыша, изъ нихъ 3 раза послѣ пузырнаго заноса. Въ 3 случаяхъ была произведена операція полнаго удаленія матки, 1 разъ со смертельнымъ исходомъ. 2 больныя, оставшіяся неоперированными, погибли. У 4-хъ изъ 5 больныхъ опухоль развилась въ полости матки; у 5-й эндометрій при вскрытіи оказался свободнымъ, новообразованіе-же находилось въ широкой связкѣ. Переносы наблюдались въ одномъ случаѣ во влагалищѣ, въ другомъ—въ легкихъ. Возрастъ больныхъ колебался между 32 и 47 годами; всѣ онѣ рожали не менѣе 7 разъ, такъ что авторъ признаетъ возможнымъ существованіе связи между немолодымъ возрастомъ больныхъ, большимъ числомъ предшествовавшихъ родовъ и отсутствіемъ сопротивляемости организма, вслѣдствіе недостатка въ немъ синцитіолизина. Періодъ времени, въ теченіи котораго развивались хоріоэпителіомы и давали о себѣ знать послѣ выкидыша, равнялось 5 недѣлямъ, 2, 4, 6 мѣсяцамъ и 2¼ годамъ. Послѣдній случай принадлежитъ къ той категоріи, въ которой новообразованіе возникаетъ внѣ мѣста развитія яйца. Въ этомъ случаѣ впервые въ литературѣ упоминается, что выскабливаніе дало подозрительную гистологическую картину въ смыслѣ атипической хоріоэпителіомы, въ мѣстѣ прикрѣпленія послѣда въ то время, какъ впослѣдствіи хоріоэпителіома была найдена при свободной полости матки внѣ ея. На основаніи этого случая *Н.* дѣлаетъ слѣдующіе выводы: Хоріоэпителіальныя разрощенія въ маткѣ могутъ подвергнуться обратному развитію, иногда подъ вліяніемъ выскабливанія. Тѣмъ не менѣе злокачественный характеръ хоріоэпителіальныхъ клѣтокъ можетъ сохраниться, что доказывается развитіемъ хоріоэпителіомы внѣ области прикрѣпленія яйца. При этомъ новое выскабливаніе можетъ дать вполнѣ успокоительные результаты, такъ что его слѣдуетъ признать несостоятельнымъ какъ для лѣченія, такъ и для предсказанія. Между беременностью и наступленіемъ рокового исхода вслѣдствіе развитія хоріоэпителіомы можетъ пройти довольно большой промежутокъ времени (2¼ года) (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LII, тетр. 2). *А. Г—ръ.*

Дѣтскія болѣзни. 771. Д-ръ *G. Kapsammer* обращаетъ вниманіе на пользу *надтвердооболочечныхъ впрыскиваній при недержаніи мочи у дѣтей.* Въ предыдущей своей работѣ («Wiener klinische Wochenschrift», 1903, № 29 и 30) онъ сообщилъ о 25 случаяхъ, изъ коихъ въ одномъ наступилъ возвратъ черезъ 2 года, а въ другомъ—чрезъ 5 мѣс. Теперь онъ приводитъ 20 случаевъ, изъ коихъ въ 15 наступило излѣченіе, а въ 5—улучшеніе. Авторъ впрыскиваетъ лишь физіологическій растворъ NaCl въ количествѣ 10—40 к. стм. Послѣ впрыскиванія часто наблюдаются преходящія боли въ ногахъ. На 500 такихъ впрыскиваній авторъ лишь въ 2 наблюдалъ рвоту. Онъ отмѣчаетъ, что нѣкоторые больные, которые постоянно крѣпко спали всю ночь и во время сна мочились въ кровать, послѣ впрыскиваній просыпались ночью отъ чувства переполненія мочевого пузыря и затѣмъ произвольно мочились. Въ началѣ авт. пользовался *Luer*'овскимъ шприцемъ, а теперь—металлическимъ. Впрыскиваніе дѣлается въ лежачемъ положеніи больного (на животѣ) по срединѣ линіи, соединяющей оба копчиковыхъ рога (Archiv für Kinderheilkunde, т. XXXVIII, тетр. 5 и 6). *С. Островскій.*

772. Д-ръ *Смоленскій* примѣнялъ въ Варшавскомъ воспитательномъ домѣ у 30 дѣтей съ разными внутренними болѣзнями (преимущественно у рахитиковъ и малокровныхъ) *глицеро-фосфаты*, состоящіе изъ глицерино-фосфорнокислыхъ кальція и натрія. 19 больныхъ были въ возрастѣ 1—11½ мѣс. и 11—отъ 1—5 лѣтъ. Внутрь средство было назначено въ 20 случаяхъ, въ остальныхъ—подкожно. Ни въ одномъ изъ своихъ случаевъ авторъ не наблюдалъ вреднаго вліянія какъ при внутреннемъ, такъ и при подкожномъ употребленіи. Во многихъ случаяхъ наблюдалось значительное улучшеніе состоянія, сказывавшееся какъ въ увеличеніи вѣса, такъ и въ усиленіи позыва на ѣду. Въ виду безвредности средства противопоказаній для его назначенія, по автору, нѣтъ; умѣстно его назначать при упадкѣ питанія, обусловленномъ продолжительной болѣзнью, при плохомъ позывѣ на ѣду и въ ступени поправленія послѣ лихорадочныхъ болѣзней. Фармакологія этого средства до сихъ поръ неизвѣстна (Medycyna, 27 августа, 3 и 10 сентября). *С. О.*

IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ акушерства и женскихъ болѣзней. (Отчетъ *В. Г. Лѣсового*). (Окончаніе. См. № 39, стр. 1323). Добавочное засѣданіе 9-го января. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *Г. С. Болевскій*, товарищемъ его *Н. И. Любимовъ.*

Н. М. Какушкинъ. Организація предупрежденія и лѣченія заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ въ сельскомъ и городскомъ населеніи Россіи (по программному вопросу). (См. выше, №№ 35—37).

Д-ръ *Исакова:* Организація гинекологической помощи въ Тифлисѣ дов. раціональная: въ Тифлисской городской лѣчебницѣ съ 1867 г. имѣется спеціальное отдѣленіе для больныхъ женскими болѣзнями. Тѣмъ не менѣе % больныхъ—громадный, что можно объяснить лишь невѣжествомъ населенія, бѣдностью и недовѣріемъ его къ врачамъ. Желательно было-бы усилить борьбу съ знахарствомъ и уничтожить дѣленіе акушерокъ на сельскихъ и городскихъ, ибо сельское населеніе нуждается въ хорошо знающихъ лицахъ не меньше, чѣмъ городское.

Д-ръ *Любимовъ*: Предложеніе объ устройствѣ гинекологическаго отдѣленія со спеціалистомъ-гинекологомъ во главѣ при губернскихъ земскихъ больницахъ стоитъ въ противорѣчіи со взглядами Пироговскаго Съѣзда на губернскія больницы, которыя приговариваются къ упраздненію или, по крайней мѣрѣ, сокращенію. Желательно устройство при всѣхъ университетахъ такихъ учрежденій, гдѣ врачи могли-бы совершенствоваться въ гинекологіи и акушерствѣ. Можетъ быть, своевременно ходатайствовать объ увеличеніи и самого числа университетовъ. Желательно, чтобы всѣ общественныя учрежденія и вѣдомства путемъ установленія періодическихъ отпусковъ давали возможность врачамъ совершенствоваться.

Д-ръ *Субботинъ:* Широкое распространеніе знахарства въ Тифлисѣ можно объяснить отсутствіемъ земскихъ учрежденій. Я особенно подчеркиваю то положеніе докладчика, гдѣ предлагается самое широкое распространеніе просвѣщенія среди народа и переустройство нашихъ не земскихъ учрежденій на болѣе широкихъ общественныхъ началахъ.

Проф. *Рейнъ* высказался противъ предлагаемаго раздѣленія каѳедръ акушерства и гинекологіи. Спеціализація въ медицинѣ имѣетъ очень важное значеніе, но не должна переходить извѣстныхъ границъ.

Проф. *Лебедевъ*: Тенденція докладчика снабдить провинцію

4. Больной, 25 л., заболѣлъ наканунѣ поступленія. Поступилъ съ признаками разлитого воспаленія брюшины. Таже картина, что и въ сл. 2, только заворотъ на 360°+180°. Въ виду тяжелаго состоянія больного образованъ свищъ въ слѣпой кишкѣ. Сперва нѣкоторое облегченіе; на 6-ой день—смерть. Вскрытіе: омертвѣніе слѣпой и восходящей ободочной кишекъ; разлитое воспаленіе брюшины.

5. Больная, 35 л., годъ страдавшая запорами, заболѣла внезапно за 11 дней до поступленія. При поступленіи найдены: сильное вздутіе живота, разлитая болѣзненность, полная кишечная непроходимость. Чревосѣченіе. Сильно растянутыя слѣпая и восходящая кишки; повернутыя на 180° справа на лѣво, шли въ поперечномъ направленіи къ лѣвой подвздошной впадинѣ. Заворотъ расправленъ. Газы выпущены проколомъ. Глухой шовъ. Гладкое выздоровленіе.

Въ литературѣ описано 79 случаевъ заворота слѣпой кишки; 38 изъ нихъ приходятся на Финляндію. Авторъ допускаетъ, что здѣсь нѣкоторую роль играютъ особенности расы (существованіе общей брыжейки для подвздошной и слѣпой кишекъ), во 1-хъ, а, во 2-хъ, дурная пища (кислый хлѣбъ, картофель, сильно соленое и полусырое мясо). Мужчинъ 70%, женщинъ 30%. Возрастъ въ большинствѣ случаевъ—17—30 лѣтъ. Толчкомъ къ заболѣванію могутъ служить сильныя движенія, ушибы, запоры. Важный распознавательный признакъ—поперечно идущая, сильно растянутая кишечная петля. Отличіе отъ заворота S-образной кишки—возможность вливанія въ прямую кишку значительныхъ количествъ жидкости. Характеренъ также шумъ плеска, получающійся при постукиваніи вздутой петли. Къ числу признаковъ можно отнести уменьшеніе resp. усиленіе болей въ зависимости отъ положенія тѣла, т. е. отъ большаго или меньшаго натяженія брыжейки. Послѣ операціи авторъ совѣтуетъ въ обиліи вводить жидкость подъ кожу и въ прямую кишку. Изъ 79 больныхъ 28 (34,4%) выздоровѣли, 51 (64,5%) умерли. Въ 20 случаяхъ заворотъ не былъ расправленъ; всѣ эти 20 больныхъ умерли. Если исключить послѣдніе 20 случаевъ, то изъ 59 больныхъ, у которыхъ расправленъ былъ заворотъ, выздоровѣли 28 (47,5%). Изсѣченіе слѣпой кишки сдѣлано у 9 больныхъ; изъ нихъ выздоровѣли 3 (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

Глазныя болѣзни. 764. Д-ръ *Wolffberg* наблюдалъ *случай судорожнаго сжатія вѣкъ отъ пораженія носа.*

У 18-лѣтней гимназистки, заболѣвшей гриппомъ, съ насморкомъ и жабой, внезапно развилась сильная свѣтобоязнь съ слезотеченіемъ и сжатіемъ вѣкъ. Изслѣдованіе, насколько оно было возможно, обнаружило въ глазахъ лишь кровопереполненіе соединительной оболочки вѣкъ; бѣлокъ и роговица были нормальны. Слабительныя средства, кокаинъ, защитительныя очки, аспиринъ и бромъ доставили лишь незначительное облегченіе; исчезли-же сжатіе вѣкъ и свѣтобоязнь отъ нюхательнаго порошка изъ атрабилина, ментола, борной кислоты и молочнаго сахара (Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 28 апрѣля). *Р. К.*

765. По мнѣнію проф. *Raehlmann*'а, *сочувственное воспаленіе глаза* вызывается *заносомъ микроорганизмовъ* изъ первично пораженнаго глаза. Мнѣніе это онъ основываетъ на «*ультрамикроскопическомъ*» изслѣдованіи болѣзненнаго и сморщеннаго глаза, вылущеннаго черезъ 8 недѣль послѣ прободенія его, еще до появленія сочувственнаго воспаленія на другомъ глазу [1]). Въ стекловидномъ тѣлѣ, при увеличеніи въ 2400 разъ, оказались безчисленныя подвижныя бактеріи въ формѣ одиночныхъ и двойныхъ палочекъ, а также и еще болѣе мелкіе микроорганизмы, которые, по предположенію автора, представляли собою споры этихъ бактерій и которые, по его мнѣнію, въ виду незначительной своей величины могли проходить сквозь стѣнки сосудовъ. Эти-то споры и переходятъ въ стекловидное тѣло другого глаза, а стекловидное тѣло въ виду своеобразнаго своего состава, быть можетъ, какъ разъ подходитъ для жизнедѣятельности такихъ организмовъ,—вслѣдъ зачѣмъ и вызываютъ на этомъ глазу сочувственное воспаленіе. Послѣднее, стало быть, можетъ наступить лишь при опредѣленной ступени въ жизнедѣятельности бактерій, попавшихъ въ стекловидное тѣло при пораненіи глаза, а именно, когда начинается образованіе споръ. Отсюда, по автору, и скрытый періодъ въ развитіи сочувственнаго воспаленія (По передачѣ въ «Centralblatt für Augenheilkunde», апрѣль, и въ Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges», 28 апрѣля, изъ «Deutsche medicinische Wochenschrift», № 13 и по отчету «Archives d'ophtalmologie», іюнь, о сообщеніи проф. *Raehlmann*'а въ Berlin'скомъ Обществѣ врачей). *Р. Кацъ.*

[1]) Ультрамикроскопъ — это обыкновенный микроскопъ съ иммерсіей и системой чечевицъ, дающихъ боковое фокальное освѣщеніе и усиливающихъ, благодаря этому, отчетливость микроскопическаго рисунка до того, что въ прозрачныхъ средахъ становятся замѣтными мельчайшія тѣла въ 1 μ и еще меньше).

766. Д-ръ *Schottelius* сообщаетъ результаты *бактеріологическихъ изслѣдованій коревого воспаленія соединительной оболочки*, произведенныхъ въ гигіэническомъ Институтѣ Freiburg'скаго Университета во время тяжелой эпидеміи кори. Изслѣдовано было отдѣляемое соединительной оболочки отъ 80 чел.—40 больныхъ и 40 умершихъ. Въ 51 случаѣ оказался золотистый гроздекоккъ, а въ 25—цѣпекоккъ, но гроздевидный коккъ распредѣлялся почти поровну между легкими и тяжелыми случаями (у 25 больныхъ и 26 умершихъ), цѣпочечный-же найденъ былъ среди несмертельныхъ случаевъ лишь въ 5, а среди смертельныхъ—въ 20. Цѣпекоккъ оказался, такимъ образомъ, въ ½ всѣхъ смертельныхъ случаевъ; въ тѣхъ-же смертельныхъ случаяхъ, гдѣ его не было въ отдѣляемомъ соединительной оболочки, его находили въ легкихъ и селезенкѣ. По виду своему этотъ цѣпекоккъ относился къ разряду гнилостнаго цѣпекокка человѣка, хотя и представлялъ нѣкоторыя особенности по росту. На окрашенномъ препаратѣ онъ выступалъ въ видѣ дипло-стрептококка, а на неокрашенномъ—въ типичныхъ цѣпочкахъ. Морскія свинки, зараженныя этимъ цѣпекоккомъ, погибали въ 3—4 дня при явленіяхъ гнилостнаго отравленія и обильномъ кровянисто-сывороточномъ выпотѣ въ грудной и брюшной полостяхъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 9; Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 28 апрѣля). *Р. Кацъ.*

767. Побуждаемый успѣшными результатами, полученными д-ромъ *Salzwedel*'емъ отъ продолжительныхъ алкогольныхъ компрессовъ при нагноеніяхъ подкожной клѣтчатки и другихъ подобныхъ воспаленіяхъ, д-ръ *Шиле* сталъ примѣнять *алкогольную повязку и при панофтальмитѣ* (нагноеніи всего глаза). Алкоголь примѣнялся совершенно чистый или 96%, при чемъ слой ваты, смоченный въ спиртѣ, клался на закрытыя вѣки и сосѣднія области лба, виска и щеки, предварительно обезжиренныя эѳиромъ, а для того, чтобы задержать, но не совершенно уничтожить улетучиваніе алкоголя, эта вата прикрывалась продыравленной въ нѣсколькихъ мѣстахъ клеенкой. Повязка мѣнялась 2 раза въ сутки. Больные жаловались на жженіе, въ особенности тотчасъ послѣ наложенія повязки, но разъѣданія кожи не наступало. Полезное-же дѣйствіе повязки сказывалось, прежде всего, въ уменьшеніи болей; затѣмъ опадала отечность вѣкъ и соединительной оболочки глазного яблока; наконецъ, въ «значительной» степени сокращалось теченіе болѣзни, требующей обыкновенно 6—8 недѣль для перехода въ атрофію глазного яблока (гной въ глазу, какъ оказывалось при проколахъ роговой оболочки, становился жидкимъ подъ вліяніемъ спиртной повязки). Помимо того, алкогольная повязка вызывала и почти полную нечувствительность въ подлежащихъ тканяхъ, такъ что проколъ роговицы, производившійся авторомъ въ первое время для ускоренія выхода гноя, не вызывалъ никакихъ жалобъ со стороны оперируемаго; впрочемъ, какой-либо существенной пользы для дальнѣйшаго теченія болѣзни—по крайней мѣрѣ, при примѣненіи алкогольной повязки — отъ подобныхъ проколовъ не наблюдалось. Такъ какъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роговая оболочка еще не была затронута, эпителій ея не измѣнялся подъ вліяніемъ спиртной повязки, то авторъ полагаетъ, что такую-же повязку полезно было-бы испытать въ тяжелыхъ случаяхъ ползучей язвы роговицы и другихъ подобныхъ страданіяхъ (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 12 мая). *К.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 768. Д-ръ *Daniel* обращаетъ вниманіе на замѣченный имъ *признакъ, указывающій на грозящую опасность задушенія ребенка во время родовъ* вслѣдствіе сдавленія пуповины при головномъ положеніи. Авторъ неоднократно наблюдалъ, что при производствѣ влеченій щипцами иногда получается черезъ вѣтви щипцовъ ощущеніе особаго движенія ребенка, непохожаго на часто ощущаемые обычные толчки. Движеніе

это чувствуется всегда между 2-мя потугами, состоитъ въ толчкѣ сначала по направленію рукъ врача и тотчасъ—толчкѣ назадъ, напоминая ощущеніе, получаемое рукой, когда во время рыбной ловли рыба «клюетъ». Движенія эти повторяются нѣсколько разъ, съ все большими промежутками; прекращеніе толчковъ указываетъ на гибель плода. Происхожденіе такихъ двойныхъ толчковъ авторъ объясняетъ преждевременными дыхательными движеніями, вызванными избыткомъ угольной кислоты въ крови плода, вслѣдствіе сдавленія сосудовъ пуповины. Разъ замѣченъ упомянутый признакъ, необходимо быстрѣе окончить роды и предупредить окружающихъ (British Medical Journal, 26 марта). *Л. Старокадомскій.*

769. Проф. *Douglas* (Glasgow) съ цѣлью убѣдиться, насколько справедливо предположеніе *Groves*'а, усматривавшаго причину судорогъ беременныхъ и роженицъ въ повышенной свертываемости крови, вслѣдствіе чего образуется закупорка мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ съ послѣдующимъ омертвѣніемъ окружающихъ клѣтокъ, произвелъ большое (300—400) число наблюденій надъ *свертываемостью крови у женщинъ*. Наблюдались женщины здоровыя небеременныя, здоровыя беременныя, здоровыя родильницы, беременныя и родильницы, имѣвшія бѣлковую мочу, и беременныя и родильницы, страдавшія судорогами. Кровь собиралась всегда въ одинаковомъ количествѣ (5 к. стм.) въ стеклянныя трубочки одного размѣра, тщательно отмѣчалось какъ время, требовавшееся для наполненія трубки, такъ и время наступленія свертыванія; трубочки держались при температурѣ около 20° Ц.; кровь добывалась обыкновенно изъ уха. Наиболѣе быстро свертывалась кровь беременныхъ, имѣвшихъ бѣлокъ въ мочѣ: въ среднемъ, это происходило въ 5,60 мин.; колебанія были между 4,70 и 7,5 мин. У всѣхъ остальныхъ женщинъ среднее время свертыванія крови было 7,00—7,75 мин., давая колебанія во всѣхъ группахъ между 4,5—5,0 и 9,0—10,0 мин. На основаніи этихъ данныхъ авторъ приходитъ къ заключенію, что нѣтъ указаній, подтверждающихъ предположеніе о зависимости между свертываемостью крови и родовыми судорогами (British Medical Journal, 26 марта). *Л. Старокадомскій.*

770. Д-ръ *Hammerschlag* сообщаетъ *5 случаевъ хоріоэпителіомы матки.*

Во всѣхъ этихъ случаяхъ были поражены и яичники (въ 1 случаѣ наблюдалась большая опухоль яичника, въ 3—множественное кистовидное перерожденіе одного или обоихъ яичниковъ, въ 1—вторичное измѣненіе яичника заключалось въ проникновеніи клѣтокъ опухоли въ сосуды). Во всѣхъ случаяхъ новообразованіе развилось послѣ выкидыша, изъ нихъ 3 раза послѣ пузырнаго заноса. Въ 3 случаяхъ была произведена операція полнаго удаленія матки, 1 разъ со смертельнымъ исходомъ. 2 больныя, оставшіяся неоперированными, погибли. У 4-хъ изъ 5 больныхъ опухоль развилась въ полости матки; у 5-й эндометрій при вскрытіи оказался свободнымъ, новообразованіе-же находилось въ широкой связкѣ. Переносы наблюдались въ одномъ случаѣ во влагалищѣ, въ другомъ—въ легкихъ. Возрастъ больныхъ колебался между 32 и 47 годами; всѣ онѣ рожали не менѣе 7 разъ, такъ что авторъ признаетъ возможнымъ существованіе связи между немолодымъ возрастомъ больныхъ, большимъ числомъ предшествовавшихъ родовъ и отсутствіемъ сопротивляемости организма, вслѣдствіе недостатка въ немъ синцитіолизина. Періодъ времени, въ теченіи котораго развивались хоріоэпителіомы и давали о себѣ знать послѣ выкидыша, равнялось 5 недѣлямъ, 2, 4, 6 мѣсяцамъ и 2¼ годамъ. Послѣдній случай принадлежитъ къ той категоріи, въ которой новообразованіе возникаетъ внѣ мѣста развитія яйца. Въ этомъ случаѣ впервые въ литературѣ упоминается, что выскабливаніе дало подозрительную гистологическую картину въ смыслѣ атипической хоріоэпителіомы, въ мѣстѣ прикрѣпленія послѣда въ то время, какъ впослѣдствіи хоріоэпителіома была найдена при свободной полости матки внѣ ея. На основаніи этого случая *Н.* дѣлаетъ слѣдующіе выводы: Хоріоэпителіальныя разрощенія въ маткѣ могутъ подвергнуться обратному развитію, иногда подъ вліяніемъ выскабливанія. Тѣмъ не менѣе злокачественный характеръ хоріоэпителіальныхъ клѣтокъ можетъ сохраниться, что доказывается развитіемъ хоріоэпителіомы внѣ области прикрѣпленія яйца. При этомъ новое выскабливаніе можетъ дать вполнѣ успокоительные результаты, такъ что его слѣдуетъ признать несостоятельнымъ какъ для лѣченія, такъ и для предсказанія. Между беременностью и наступленіемъ рокового исхода вслѣдствіе развитія хоріоэпителіомы можетъ пройти довольно большой промежутокъ времени (2¼ года) (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LII, тетр. 2). *А. Г—ръ.*

Дѣтскія болѣзни. 771. Д-ръ *G. Kapsammer* обращаетъ вниманіе на пользу *надтвердооболочечныхъ впрыскиваній при недержаніи мочи у дѣтей.* Въ предыдущей своей работѣ («Wiener klinische Wochenschrift», 1903, № 29 и 30) онъ сообщилъ о 25 случаяхъ, изъ коихъ въ одномъ наступилъ возвратъ черезъ 2 года, а въ другомъ—чрезъ 5 мѣс. Теперь онъ приводитъ 20 случаевъ, изъ коихъ въ 15 наступило излѣченіе, а въ 5—улучшеніе. Авторъ впрыскиваетъ лишь физіологическій растворъ NaCl въ количествѣ 10—40 к. стм. Послѣ впрыскиванія часто наблюдаются преходящія боли въ ногахъ. На 500 такихъ впрыскиваній авторъ лишь въ 2 наблюдалъ рвоту. Онъ отмѣчаетъ, что нѣкоторые больные, которые постоянно крѣпко спали всю ночь и во время сна мочились въ кровать, послѣ впрыскиваній просыпались ночью отъ чувства переполненія мочевого пузыря и затѣмъ произвольно мочились. Въ началѣ авт. пользовался *Luer*'овскимъ шприцемъ, а теперь—металлическимъ. Впрыскиваніе дѣлается въ лежачемъ положеніи больного (на животѣ) по срединѣ линіи, соединяющей оба копчиковыхъ рога (Archiv für Kinderheilkunde, т. XXXVIII, тетр. 5 и 6). *С. Островскій.*

772. Д-ръ *Смоленскій* примѣнялъ въ Варшавскомъ воспитательномъ домѣ у 30 дѣтей съ разными внутренними болѣзнями (преимущественно у рахитиковъ и малокровныхъ) *глицеро-фосфаты,* состоящіе изъ глицерино-фосфорнокислыхъ кальція и натрія. 19 больныхъ были въ возрастѣ 1—11½ мѣс. и 11—отъ 1—5 лѣтъ. Внутрь средство было назначено въ 20 случаяхъ, въ остальныхъ—подкожно. Ни въ одномъ изъ своихъ случаевъ авторъ не наблюдалъ вреднаго вліянія какъ при внутреннемъ, такъ и при подкожномъ употребленіи. Во многихъ случаяхъ наблюдалось значительное улучшеніе состоянія, сказывавшееся какъ въ увеличеніи вѣса, такъ и въ усиленіи позыва на ѣду. Въ виду невредности средства противопоказаній для его назначенія, по автору, нѣтъ; умѣстно его назначать при упадкѣ питанія, обусловленномъ продолжительной болѣзнью, при плохомъ позывѣ на ѣду и въ ступени поправленія послѣ лихорадочныхъ болѣзней. Фармакологія этого средства до сихъ поръ неизвѣстна (Medycyna, 27 августа, 3 и 10 сентября). *С. О.*

IX Пироговскій Съѣздъ. **Отдѣлъ акушерства и женскихъ болѣзней.** (Отчетъ *В. Г. Лѣсового*). (Окончаніе. См. № 39, стр. 1323). Добавочное засѣданіе 9-го января. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *Г. С. Болевскій*, товарищемъ его *Н. И. Любимовъ.*

Н. М. Какушкинъ. Организація предупрежденія и лѣченія заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ въ сельскомъ и городскомъ населеніи Россіи (по программному вопросу). (См. выше, №№ 35—37).

Д-ръ *Исакова:* Организація гинекологической помощи въ Тифлисѣ дов. раціональная: въ Тифлисской городской лѣчебницѣ съ 1867 г. имѣется спеціальное отдѣленіе для больныхъ женскими болѣзнями. Тѣмъ не менѣе % больныхъ—громадный, что можно объяснить лишь невѣжествомъ населенія, бѣдностью и недовѣріемъ его къ врачамъ. Желательно было-бы усилить борьбу съ знахарствомъ и уничтожить дѣленіе акушерокъ на сельскихъ и городскихъ, ибо сельское населеніе нуждается въ хорошо знающихъ лицахъ не меньше, чѣмъ городское.

Д-ръ *Любимовъ*: Предложеніе объ устройствѣ гинекологическаго отдѣленія со спеціалистомъ-гинекологомъ во главѣ при губернскихъ земскихъ больницахъ стоитъ въ противорѣчіи со взглядами Пироговскаго Съѣзда на губернскія больницы, которыя приговариваются къ упраздненію или, по крайней мѣрѣ, сокращенію. Желательно устройство при всѣхъ университетахъ такихъ учрежденій, гдѣ врачи могли-бы совершенствоваться въ гинекологіи и акушерствѣ. Можетъ быть, своевременно ходатайствовать объ увеличеніи и самого числа университетовъ. Желательно, чтобы всѣ общественныя учрежденія и вѣдомства путемъ установленія періодическихъ отпусковъ давали возможность врачамъ совершенствоваться.

Д-ръ *Субботинъ:* Широкое распространеніе знахарства въ Тифлисѣ можно объяснить отсутствіемъ земскихъ учрежденій. Я особенно подчеркиваю то положеніе докладчика, гдѣ предлагается самое широкое распространеніе просвѣщенія среди народа и переустройство нашихъ не земскихъ учрежденій на болѣе широкихъ общественныхъ началахъ.

Проф. *Рейнъ* высказался противъ предлагаемаго раздѣленія каѳедръ акушерства и гинекологіи. Спеціализація въ медицинѣ имѣетъ очень важное значеніе, но не должна переходить извѣстныхъ границъ.

Проф. *Лебедевъ*: Тенденція докладчика снабдить провинцію

возможно большимъ числомъ спеціалистовъ—неправильная: деревня до сихъ поръ еще не всегда сознаетъ необходимости въ общей врачебной помощи.

Д-ръ *Вертель:* Достигнуть улучшенія врачебной части вообще и гинекологической въ частности можно лишь при постоянномъ развитіи земской медицины. Несбыточная мечта, чтобы участковый земскій врачъ былъ спеціалистомъ по акушерству и гинекологіи; тогда онъ будетъ плохимъ земскимъ врачемъ. Что населеніе быстро привыкаетъ къ спеціально-акушерско-гинекологической помощи, видно изъ слѣдующихъ цифровыхъ данныхъ: въ 1885 г. въ родильномъ домѣ при Самарской губернской земской больницѣ было около 230 родовъ, а въ 1903 г. около 2500; въ 1882 г. гинекологическаго отдѣленія при больницѣ почти не было, а теперь тамъ дѣлается около 200 чревосѣченій; въ 1882 г. амбуляторныхъ гинекологическихъ больныхъ было около 500, а теперь около 5000.

Д-ръ *Оленинъ:* Въ центральныхъ земскихъ губерніяхъ скорая помощь вообще обезпечена, ибо имѣется сѣть врачебныхъ участковъ съ радіусомъ въ 15—20 верстъ. Я протестую противъ предложенія проф. *Лебедева* замѣнять врачей фельдшерицами-акушерками, такъ какъ для крестьянина, чтобы отучить его отъ знахаря, важнѣе помощь врача, чѣмъ фельдшера.

Ч. пр. *Орловъ:* Какихъ-бы спеціалистовъ не посадить въ селахъ и деревняхъ, больные никогда не будутъ правильно лѣчиться. Для оказанія помощи гинекологическимъ больнымъ нужно отыскать какія-либо другія средства, другія пособія.

Д-ръ *Любимовъ:* Фельдшерская дешевая помощь населенію, которую предлагаетъ проф. *Лебедевъ*, давно уже осуждена и теоретически, и самой жизнью. Въ виду недостатка врачей вообще и въ деревняхъ въ особенности необходимо настаивать, чтобы на медицинскіе факультеты допускались и женщины.

Докладчикъ: Я горячо возстаю противъ всякихъ насильственныхъ мѣръ борьбы съ знахарствомъ. Здѣсь поможетъ только широкое просвѣщеніе народа. Я также стою за реорганизацію губернскихъ земскихъ больницъ въ смыслѣ ихъ сокращенія. Боюсь высказаться рѣшительно относительно пользы раздѣленія въ университетахъ преподаванія акушерства и гинекологіи, но думаю, что всякое раздѣленіе труда выгодно; для учащихся это будетъ очень удобно. Я совсѣмъ не говорилъ о переполненіи Россіи спеціалистами; я только стоялъ за повышенія знаній врачей въ нашей спеціальности. Эти спеціальныя знанія привлекутъ населеніе къ врачамъ и дадутъ возможность послѣднимъ своевременно распознавать болѣзни половыхъ органовъ у женщинъ и однѣхъ больныхъ лѣчить, другихъ направлять въ соотвѣтствующія больницы. Вполнѣ присоединяюсь къ мысли о необходимости увеличенія въ Россіи числа университетовъ и допущенія туда женщинъ-врачей наравнѣ съ мужчинами.

В. Г. Митрофановъ. О лѣченіи колюмнизаціей и давленіемъ на брюшную стѣнку. Родиной колюмнизаціи считается Америка, гдѣ она была предложена въ 1881 г. *Boreman*'омъ.—Американскіе врачи *Emmet*, *Davenport*, *Jackson* и др. послѣ работы *Talliafera* посвятили новому способу лѣченія цѣлый рядъ сообщеній. Во Франціи стали примѣнять колюмнизацію въ 1894 г. Въ Россіи 1-ое сообщеніе о лѣченіи колюмнизаціей сдѣлалъ д-ръ *Карницкій* въ 1900 г. Лѣченіе давленіемъ въ формѣ тяжести ввелъ впервые *Auvard* въ 1892 г. Въ Германіи имъ стали пользоваться съ 1897 г., благодаря *Freund*'у и его ассистенту *Funke*. Проф. *Н. І. Рачинскій* первый предложилъ при тазовыхъ выпотахъ въ подспорье массажу лѣченіе давленіемъ. Докладчикъ примѣчилъ на 32 гинекологическихъ больныхъ сочетаніе давленія на брюшную стѣнку съ колюмнизаціей и только въ нѣкоторыхъ случаяхъ прибавлялъ наклонную плоскость. Для наружнаго давленія онъ пользовался мѣшкомъ съ дробью вѣсомъ отъ 500—1500 грм., рѣдко больше,—для давленія черезъ влагалище, а колюмнизаціей, стерилизованной марлей въ 7—8 м. длины, въ 8—10 стм. ширины. Больныя помѣщались на обыкновенный столъ для гинекологическихъ изслѣдованій; наружные половые органы ихъ обмывались и обеззараживались; во влагалище вводились ложкообразныя зеркала и боковики, такъ чтобы сдѣлать доступнымъ зрѣнію влагалищный отдѣлъ матки и частью своды; въ нѣкоторыхъ случаяхъ во влагалище вливалось 30,0 глицерина; рѣже оно осушалось. Возрастъ больныхъ былъ отъ 16 до 40 л. Maximum продолжительности заболѣванія—21 годъ, minimum—1 мѣс. У большинства больныхъ мѣсячныя были учащены и продолжительны. Не рожавшихъ было 9, выкидывавшихъ и не имѣвшихъ срочныхъ родовъ 5 и рожавшихъ 18. По роду заболѣваній больныя распредѣлялись такъ: 1) 7—съ выпотнымъ пери-параметритомъ; 2) 15—съ сальпингоофоритомъ, осложненными выпотными и пластическими пери-параметритами; 3) 10—съ сальпингоофоритами. Лѣченіе продолжалось отъ 3 недѣль до 6 мѣс. Выписались здоровыми 11, съ улучшеніемъ 18 и 3 безъ улучшенія. Выводы: 1. Сочетанное лѣченіе колюмнизаціи съ давленіемъ черезъ брюшную стѣнку слѣдуетъ признать лѣчебнымъ способомъ, который во многихъ случаяхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ даетъ благопріятные результаты, а потому можетъ занять соотвѣтствующее мѣсто среди другихъ т. наз. сохраняющихъ способовъ лѣченія хроническихъ тазовыхъ воспаленій. 2. Областью примѣненія колюмнизаціи и давленія являются хроническіе воспалительные выпотные процессы въ тазу и хроническія воспаленія придатковъ матки, не дающія повышенія температуры; принимая-же во вниманіе физіологическое вліяніе этого способа лѣченія на половые органы, нельзя исключить изъ области примѣненія его метро-эндометритовъ и надо предполагать, что подъ вліяніемъ его эти послѣдніе должны улучшаться. Попутно, при употребленіи этого способа лѣченія воспалительныя перемычки, сопровождающія обычно воспаленія придатковъ матки, подъ вліяніемъ постояннаго растяженія колюмнизаціей могутъ атрофироваться. Что-же касается фиксированныхъ перегибовъ матки назадъ и вообще всѣхъ тѣхъ случаевъ, гдѣ на первый планъ выступаютъ «residua» пери-параметритовъ, тамъ примѣненіе этого способа недостаточно обосновано и должно уступить мѣсто классическому въ этихъ случаяхъ способу лѣченія, а именно гинекологическому массажу. 3. Противопоказаніемъ къ примѣненію лѣченія давленіемъ и колюмнизаціей должны служить острые воспалительные процессы, сильная чувствительность тазовыхъ органовъ и присутствіе гноя въ воспалительныхъ очагахъ. 4. Лѣченіе давленіемъ совмѣстно съ колюмнизаціей представляетъ простой, не требующій больничной обстановки способъ, а потому его можно примѣнять амбуляторно, вслѣдствіе чего больныя не лишаются возможности заниматься обычнымъ для нихъ трудомъ. 5. На основаніи предыдущаго положенія является желательнымъ испытаніе этого способа въ амбуляторіяхъ на большомъ числѣ больныхъ, чтобы имѣть возможность сдѣлать болѣе вѣрную оцѣнку этому способу лѣченія.

Проф. *Замшинъ* съ успѣхомъ пользуется колюмнизаціей на амбуляторныхъ больныхъ въ теченіи послѣднихъ $1^1/_2$—2 лѣтъ. Въ особенности большія услуги оказываетъ колюмнизація при одновременномъ примѣненіи другихъ способовъ лѣченія (гинекологическій массажъ, обеззараживающія, разсасывающія средства и т. д.).

По мнѣнію д-ра *Ненадовича* докладчикъ увлекается предлагаемымъ способомъ лѣченія; получается впечатлѣніе, что колюмнизація въ сочетаніи съ давленіемъ лучше всѣхъ другихъ способовъ лѣченія. Иногда въ неудачномъ лѣченіи нужно винить не самый способъ, а форму примѣненія его.

Д. А. Абуладзе. О выпаденіи пупочнаго канатика во время родовъ. Докладчикъ собралъ 442 случаевъ родовъ, осложнившихся выпаденіемъ пуповины. Такъ какъ 30 родовъ закончились силами природы, то онъ ограничился разборомъ остальныхъ 412 случаевъ. Пособія при этихъ родахъ и смертельный исходъ для плода представляются въ такомъ видѣ:

классическій поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ произведенъ	въ 176 сл.,	смерть плода	въ 67	(38%)
извлеченіе	» 100 »	»	» 33	(33%)
наложеніе щипцевъ	» 72 »	»	» 27	(37,5%)
выправленіе пуповины	» 58 »	»	» 11	(18,9%)
выжиманіе по *Kristeller*'у	» 5 »	»	» 3	(60%)
наружный поворотъ на ягодицу	» 1 »	»	» 0	(0%).

Изъ сопоставленія случаевъ, окончившихся смертью младенцевъ, выясняется, что ближайшей причиной смерти является отсутствіе условій, необходимыхъ для быстраго выведенія на свѣтъ младенца, и что ни одно изъ оперативныхъ пособій не удовлетворяетъ вполнѣ гуманнымъ цѣлямъ акушерства. Поэтому докладчикъ полагаетъ, что только въ кесарскомъ сѣченіи имѣется средство, при которомъ роды могутъ быть окончены съ наименьшимъ рискомъ для жизни плода и матери, если операція будетъ производиться въ современныхъ клиникахъ и родовспомогательныхъ учрежденіяхъ. Положенія: 1. Ни одно изъ примѣняемыхъ до сихъ поръ пособій при выпаденіи пуповины не можетъ обозначить жизни плода. 2. При выпаденіи пуповины въ кесарскомъ сѣченіи современное акушерство имѣетъ вѣрный способъ безъ особеннаго риска

для матери спасти плодъ. 3. Въ случаяхъ выпаденія пуповины, при настойчивомъ желаніи матери, акушеръ при выборѣ пособія долженъ остановиться на кесарскомъ сѣченіи.

Проф. *Замшинъ* не согласенъ, что кесарское сѣченіе при отошедшихъ водахъ—безопасная операція для матери. При незначительныхъ свѣжихъ выпаденіяхъ пуповины простое вправленіе послѣдней можетъ оказать не дурную услугу.

Д-ръ *Меркульевъ* подчеркнулъ цѣлесообразность и полезность самаго простого сохраняющаго мѣропріятія—вправленія выпавшей пуповины.

Д-ръ *Скробанскій:* Кесарскаго сѣченія нельзя дѣлать при выпаденіи пуповины по слѣдующимъ соображеніямъ: 1. При выполненіи этой операціи подвергается опасности не только жизнь плода, но и жизнь матери. 2. Кесарское сѣченіе даже при наилучшихъ условіяхъ обстановки продолжается сравнительно долго; слѣд., создаются условія, при которыхъ полученіе жизнеспособнаго плода весьма сомнительно.

Д-ръ *Редлихъ*: % смертности дѣтей при выпаденіи пуповины высокъ. Предложеніе докладчика не покажется такимъ парадоксальнымъ, если вспомнить, что выпаденіе пуповины часто осложняетъ роды при узкомъ тазѣ; а въ этомъ случаѣ, когда родоразрѣшеніе per vias naturales является иногда одинаково тяжкимъ какъ для матери, такъ и для плода, кесарское сѣченіе можетъ быть показано.

Д-ръ *Вертель:* Только при черепныхъ положеніяхъ, и то при узкихъ тазахъ, можетъ иногда возникнуть вопросъ о кесарскомъ сѣченіи.

Проф. *Строгановъ*: Кесарское сѣченіе показано при разбираемомъ осложненіи только въ исключительныхъ случаяхъ. Нельзя согласиться съ докладчикомъ, что оно въ настоящее время не представляетъ особеннаго риска для матери, въ особенности при выпаденіи пуповины.

Докладчикъ: Я предлагаю кесарское сѣченіе именно въ такихъ случаяхъ, гдѣ попытки вправить пуповину не могутъ привести къ цѣли. Жизнь плода при кесарскомъ сѣченіи весьма мало подвержена опасности, менѣе, чѣмъ при трудномъ извлеченіи. Время, необходимое для производства кесарскаго сѣченія, весьма небольшое. Отошедшія воды не должны особенно останавливать насъ передъ производствомъ кесарскаго сѣченія; въ противномъ случаѣ, едва-ли можно было-бы примѣнять его при т. наз. относительныхъ показаніяхъ.

Н. М. Какушкинъ. О расширеніи дѣятельности родильныхъ пріютовъ. Выводы: 1. Въ настоящее время дѣятельность родильныхъ пріютовъ однообразна, не полна и не отличается достаточной активностью. 2. Желательно, чтобы родильные пріюты расширили свою дѣятельность, взявъ на себя болѣе многообразныя обязанности. 3. Съ этой цѣлью необходимо развитіе поликлинической дѣятельности родильныхъ пріютовъ (подача акушерской помощи на дому, на улицѣ и въ дорогѣ). 4. Кромѣ того, необходимо устройство при пріютахъ амбуляторій для подачи помощи беременнымъ, родильницамъ, груднымъ дѣтямъ и вообще женщинамъ, страдающимъ болѣзнями половыхъ органовъ. 5. При родовспомогательныхъ учрежденіяхъ желательно устройство пріютовъ для беременныхъ. 6. Родовспомогательныя учрежденія должны взять на себя обязанности распространять въ средѣ населенія здравыя понятія объ уходѣ за беременными, роженицами, родильницами и дѣтьми и вообще свѣдѣнія о сохраненіи своего здоровья. 7. Необходимо родильные пріюты привлечь къ дѣлу усовершенствованія въ акушерствѣ молодыхъ врачей и низшаго акушерскаго персонала.

Д-ръ *Богатыревъ*: Пріюты для беременныхъ въ особенности нужны при фабрикахъ.

Д-ръ *Субботинъ*: Нигдѣ роды не протекаютъ съ большими осложненіями какъ на фабрикахъ въ виду того, что женщины работаютъ тамъ до послѣдней минуты. Предлагаю Отдѣлу сдѣлать такое постановленіе: желательно, чтобы беременныя женщины въ послѣднія 2 мѣсяца беременности и въ теченіи 6 недѣль послѣ родовъ были застрахованы и могли-бы получать заработную плату, будучи свободны отъ фабричной работы.

Д-ръ *Ненадовичъ*: Акушерско-гинекологическое Общество при Московскомъ Университетѣ постановило въ своемъ проэктѣ объ организаціи акушерской помощи въ Москвѣ, что городскіе пріюты не должны служить для педагогическихъ цѣлей, такъ какъ роженицы получаютъ тамъ помощь на общественныя средства, а не въ видѣ благодѣянія.

Д-ръ *Желтухинъ:* 1. Городскіе родильные пріюты не могутъ провѣрять частной практики повивальныхъ бабокъ, такъ какъ всецѣло заняты своими прямыми обязанностями, да они и не имѣютъ на то право: контроль вообще есть дѣло правительства. 2. Развивать поликлиническую акушерскую помощь среди недостаточнаго городского населенія вовсе не слѣдуетъ, такъ какъ вслѣдствіе неудовлетворительной домашней обстановки она уступаетъ помощи стаціонарной. 3. Никакихъ амбуляторій при родильныхъ пріютахъ, какъ загрязняющихъ персоналъ, устраивать не слѣдуетъ. 4. Петербургскіе городскіе родильные пріюты пользуются помѣщеніемъ для беременныхъ, которое содержится имѣющимся при нихъ благотворительнымъ Обществомъ. 5. Эти-же пріюты раздаютъ родильницамъ печатныя Наставленія для матерей. Для систематическихъ устныхъ наставленій пріюты не имѣютъ ни времени, ни мѣста. 6. Петербургскіе городскіе родильные пріюты уже привлечены къ дѣлу усовершенствованія не только молодыхъ врачей и низшаго акушерскаго персонала, но также и слушательницъ Женскаго Медицинскаго Института.

Проф. *Строгановъ*: То, что предлагаетъ докладчикъ, напоминаетъ земскую дѣятельность врача съ разъѣздной системой, которая признана несовершенной. Помощь на дому всегда наиболѣе дорогая, и къ тому-же наиболѣе несовершенная. Возлагать на пріюты задачу распространять здравыя гигіеническія понятія и обучать молодыхъ врачей и акушерокъ—мысль совершенно справедливая, но не новая: она уже осуществляется многими Петербургскими родильными пріютами.

Докладчикъ: Принципіально, по видимому, возражавшіе мнѣ согласны съ моими положеніями, за исключеніемъ поликлинической дѣятельности, которую считаютъ вредной для пріютовъ. Думаю, что безъ помощи на дому мы никогда не обойдемся, и крайне желательно, чтобы эта помощь была въ рукахъ компетентнаго учрежденія.

По докладу *Н. М. Какушкина* Отдѣлъ акушерства и женскихъ болѣзней сдѣлалъ слѣдующее постановленіе: 1. Въ виду неудовлетворительнаго состоянія акушерской и гинекологической помощи населенію Россіи и въ виду того что, какъ показываютъ доложенныя Отдѣлу изслѣдованія, эта помощь въ земскихъ губерніяхъ стоитъ значительно выше, необходимо распространить на всю Россію земскія учрежденія съ широкимъ представительствомъ отъ всѣхъ слоевъ населенія. 2. Необходимо дальнѣйшее развитіе русскаго фабричнаго законодательства въ смыслѣ охраненія здоровья работницъ во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ состояніи. 3. Желательно введеніе регистраціи родовъ въ Россіи по карточной системѣ (предложеніе проф. *Г. Е. Рейна*).

Въ заключеніи проф. *Г. Е. Рейнъ* сказалъ нѣсколько словъ по поводу занятій Отдѣла и объявилъ засѣданія его окончившимися.

Почетный предсѣдатель *Г. С. Болевскій* предложилъ выразить отъ имени Отдѣла благодарность завѣдующему и секретарямъ.

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXIV. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 14 апрѣля).

Ч. пр. *В. П. Жуковскій* показалъ сифилитическаго ребенка, 4 дней *съ рѣзкимъ пораженіемъ кожи* (эпидермисъ сходилъ лоскутами).

Ч. пр. *Р. А. Петерсъ. О гипнозѣ и внушеніи въ дѣтскомъ возрастѣ.*

А. Д. Зотовъ: Какого класса были Ваши дѣти?

Докладчикъ: Средняго.

Проф. *Н. П. Гундобинъ:* Съ какого возраста Вы считаете возможнымъ вызывать сонъ?

Докладчикъ: Съ 8-ми лѣтъ.

Проф. *Н. П. Гундобинъ:* Лѣчили-ли Вы ночное недержаніе мочи и рукоблудіе?

Докладчикъ: При ночномъ недержаніи мочи получены неблестящіе результаты; при рукоблудіи я видѣлъ успѣхъ.

И. А. Климовъ: Nürenberg'скій Съѣздъ по школьной гигіенѣ. Съѣздъ отличался многолюдствомъ (свыше 1500 членовъ). По количеству делегатовъ на Съѣздѣ Россія занимала 1-ое мѣсто послѣ Австро-Венгріи; были делегаты со всѣхъ концовъ міра, изъ С.-Американскихъ Штатовъ, Уругвая, Японіи. Занятія Съѣзда разбились на 7 отдѣловъ, въ которыхъ были охвачены всѣ стороны школьной жизни. Подробной разработкѣ подвергся вопросъ о гигіенѣ школьныхъ зданій, о правильномъ распредѣленіи въ классахъ, при чемъ проф. *Ѳ. Ѳ. Эрисманъ* въ особомъ докладѣ защищалъ преимущества обращенія оконъ классныхъ комнатъ на сѣверо-востокъ или сѣверо-западъ; о новѣйшемъ типѣ скамеекъ, о платѣ для школьниковъ и т. д. Первенствующее мѣсто на Съѣздѣ занимала борьба со школьными болѣзнями: предупрежденіе близорукости, ушныхъ и носовыхъ болѣзней, вліяніе школы на разстройства рѣчи (шепелявость и заиканіе), забота о зубахъ дѣтей, вопросъ о переутомленіи учащихся, организація школъ для отсталыхъ дѣтей, падучныхъ и калѣкъ. Особое вниманіе Съѣздъ удѣлилъ 2-мъ важнымъ вопросамъ: о преподаваніи гигіены въ школахъ и о роли школьнаго врача. Съѣздъ высказался за то, что преподаваніе гигіены должно начинаться уже въ низшихъ классахъ, при чемъ въ началѣ гигіена не должна преподаваться въ качествѣ самостоятельнаго предмета, а входить въ

другіе предметы. По вопросу о томъ, кто долженъ преподавать гигіену, мнѣнія раздѣлились: врачи указывали на то, что преподаваніе гигіены требуетъ спеціальныхъ знаній и потому должно быть поручаемо только врачу; педагоги считали, что этотъ предметъ можетъ преподаваться и педагогомъ. По вопросу о совмѣстномъ обученіи Съѣздъ высказался единогласно за совмѣстное обученіе мальчиковъ и дѣвочекъ. Слѣдующій Съѣздъ назначенъ въ 1907 г. въ августѣ въ Лондонѣ.

В. Ѳ. Эвансъ. Объ измѣненіяхъ почекъ при гастро-энтеритахъ. Матеріаломъ для своихъ изслѣдованій докладчикъ пользовался изъ патолого-анатомическаго кабинета Петербургскаго воспитательнаго дома. Всѣхъ случаевъ было 20; возрастъ дѣтей колебался отъ 10 дней до 3 мѣс. 28 дней. Докладчикъ старался брать матеріалъ съ чистыми заболѣваніями или-же съ осложненіями, клинически не установленными, а только отмѣченными въ протоколѣ вскрытія. По патолого-анатомическимъ измѣненіямъ, найденнымъ при микроскопическомъ изслѣдованіи, докладчикъ дѣлитъ всѣ свои случаи на 4 группы. Къ 1-ой отнесены 3 случая съ выпотомъ въ сумочномъ пространствѣ и рѣзкими измѣненіями эпителія извитыхъ канальцевъ. Во 2-ую включены 5 случаевъ съ менѣе рѣзкими измѣненіями клубочковъ, но все-же съ рѣзкими пораженіями эпителія извитыхъ канальцевъ. Въ 3-ей группѣ (5 случаевъ) измѣненія въ клубочкахъ состояли только въ незначительномъ увеличеніи числа ядерныхъ элементовъ и переполненіи капилляровъ; въ эпителіи извитыхъ канальцевъ — небольшая набухлость и мутноватость. Въ 4-ую группу отнесены 7 случаевъ недоносковъ; здѣсь найдены рѣзкія измѣненія какъ въ клубочкахъ, такъ и въ извитыхъ канальцахъ. Докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Всякая зараза у грудного ребенка должна производить болѣе значительныя пораженія органовъ, и потому при остромъ гастроэнтеритѣ, не смотря, по видимому, на болѣе слабую вирулентность яда, имѣются очень рѣзкія измѣненія почекъ; здѣсь, кромѣ силы яда, имѣетъ значеніе и возрастъ ребенка. При острыхъ гастроэнтеритахъ у дѣтей патолого-анатомическія измѣненія почекъ носятъ паренхиматозный характеръ въ различной степени. Межуточныхъ измѣненій по большей части нѣтъ, или онѣ бываютъ выражены очень слабо. Ядомъ при этомъ могутъ быть производныя броженія въ кишкахъ. Макроскопически почки въ большинствѣ случаевъ кажутся нормальными, пораженія-же ихъ обнаруживаются лишь при тщательномъ микроскопическомъ изслѣдованіи. Дабы не пропустить начало пораженія почекъ у дѣтей, необходимо при каждомъ заболѣваніи изслѣдовать мочу. *С. Островскій.*

CXV и CXVII. Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 29-го апрѣля).

И. П. Шаповаленко. Случай сифилитическаго пораженія средостѣнія. У К., съ очень неясными указаніями въ анамнезѣ на сифилисъ, въ началѣ января 1904 г. появились одышка и отечность лица, на груди развилась венная сѣть. Положеніе больного постепенно ухудшалось до 3/ш, когда онъ пришелъ въ амбуляторію при клиникѣ проф. *М. В. Яновскаго.* Роста немного ниже средняго; питаніе среднее. Лицо и руки до локтей, особенно справа, отечны. На шеѣ, груди и животѣ вены сильно расширены; кровь въ нихъ течетъ сверху внизъ. На рукахъ вены трудно замѣтить; на ногахъ онѣ сильно расширены. Лимфатическія железы на шеѣ увеличены, нѣкоторыя до голубинаго яйца, дов. мягки; надъ ключицей, въ подмышковыхъ впадинахъ и въ пахахъ прощупываются одиночныя железки, съ горошину. Окружность шеи немного болѣе 39 стм. На *Roentgen*'овскомъ снимкѣ можно видѣть, что изображеніе, соотвѣтствующее ходу дыхательнаго горла и большихъ сосудовъ, имѣетъ форму цилиндра съ нѣсколько неровными краями и занимаетъ въ 2 раза большее пространство сравнительно съ снимкомъ съ нормальной груди. На послѣднемъ не встрѣчается также тѣхъ пятенъ (свѣтлыхъ), которыя видны на рентгенограммѣ больного, преимущественно около середины лѣвой ключицы. Надъ лѣвой верхушкой сзади звукъ немного глуше, чѣмъ надъ правой и слышенъ легкій выдохъ. Слѣва-же сзади въ нижнемъ отдѣлѣ межлопаточнаго пространства небольшое заглушеніе звука, легкій выдохъ и иногда едва слышные въ глубинѣ отдѣльные мелкопузырчатые хрипы. Въ области 2-го ребра на грудинѣ — заглушеніе, идущее, какъ будто, немного больше влѣво. Границы легкихъ нормальны; края ихъ подвижны. Голосовое дрожаніе всюду одинаковое. Сердце нѣсколько расширено вправо, немного не доходитъ до средины грудины. На мѣстахъ выслушиванія сердечныхъ заслонокъ всюду 2 чистыхъ тона, но на 2-мъ ребрѣ, отступя пальца на 2 отъ грудины влѣво, слышенъ ясный непрерывный шумъ, усиливающійся при выдохѣ. Шумъ этотъ слышенъ слабѣе при положеніи на спинѣ и на правомъ боку, при положеніи-же на лѣвомъ боку онъ пропадаетъ совсѣмъ. Печень по сосковой линіи выступаетъ пальца на 2 изъ-подъ края реберъ; поверхность ея гладкая, дов. плотная и немного болѣзненная. Селезенку, верхняя граница которой съ 9-го ребра, удается прощупать при положеніи больного на правомъ боку; она тверда и чувствительна. Со стороны мочи и крови ничего патологическаго не наблюдалось. На основаніи этихъ данныхъ предположено существованіе опухоли около дыхательнаго горла и большихъ сосудовъ средостѣнія съ разростаніемъ железъ на шеѣ и, вѣроятно, по ходу бронховъ и большихъ сосудовъ соотвѣтственно тѣмъ мѣстамъ, гдѣ на рентгенограммѣ видны пятна. Одна изъ такихъ железъ, соотвѣтствующая пятну около середины лѣвой ключицы, вѣроятно, и сдавливала подключичную артерію и вызывала наблюдавшееся у больного уменьшеніе пульса на лѣвой рукѣ. Примѣненіе іодистаго калія и особенно втираніе ртути дало рѣзкій успѣхъ, выразившійся въ уменьшеніи отековъ и венного застоя и въ разсасываніи железъ. Больной былъ показанъ въ значительно улучшившемся состояніи. При этомъ бывшій шумъ на 2-мъ ребрѣ исчезъ и появился новый шумъ, такой-же непрерывный, но усиливающійся при вдохѣ на мѣстѣ лѣваго грудино-ключичнаго сочлененія. Появленіе его, какъ и исчезновеніе 1-го шума, докладчикъ объясняетъ постепеннымъ разсасываніемъ железъ, лежащихъ около соотвѣтственныхъ сосудовъ (лѣвая легочная вена—въ первомъ случаѣ и лѣвая безымянная—во второмъ) и сдавливавшихъ ихъ. Всего случаевъ сифилитическаго пораженія средостѣнія описано около 8.

Ч. пр. *Г. М. Малковъ* напомнилъ, что въ своемъ случаѣ подобнаго-же заболѣванія онъ объяснялъ сдавленіе полой вены не только гуммою, но и увеличенными железами, и спросилъ докладчика, какъ онъ объясняетъ сдавленіе у своего больного?

Докладчикъ отвѣтилъ, что въ его случаѣ также нужно допустить вліяніе увеличенныхъ железъ, на что указываетъ и *Roentgen*'овскій снимокъ.

Ч. пр. *Г. М. Малковъ* согласился съ докладчикомъ въ преимуществѣ ртутнаго лѣченія передъ іодистымъ каліемъ.

Ч. пр. *Н. Ф. Чигаеву* нѣсколько разъ приходилось убѣждаться въ подобныхъ случаяхъ въ преимуществѣ стариннаго способа лѣченія пріемами внутрь красной 2-іодистой ртути.

Проф. *Л. В. Поповъ* замѣтилъ, что, по его мнѣнію, подобныя сифилитическія пораженія встрѣчаются очень не рѣдко, почему именно въ литературѣ они и не описываются. Въ такихъ случаяхъ ртутное лѣченіе оказываетъ должное дѣйствіе.

С. К. Дзержговскій. Къ вопросу о біологической очисткѣ сточныхъ водъ.

Ч. пр. *Г. М. Малковъ. Желудочно-толстокишечный свищъ при ракѣ желудка* (съ предъявленіемъ препарата). Больной, 33 л., торговецъ, поступилъ въ клинику проф. *С. С. Боткина* 21/хп 1901 г. За 1½ года передъ тѣмъ замѣтилъ первыя проявленія болѣзни, выражавшіяся изжогой и отрыжкой, временами вздутіемъ и болями подъ ложечкой. 3 недѣли назадъ появились отрыжки съ каловымъ запахомъ, и 2 раза была рвота, по виду и запаху похожая на жидкія испражненія. За это-же время обнаружились рѣзкое исхуданіе и быстрый упадокъ силъ. — Сильно исхудалъ; вѣсъ 38000 грм. Лимфатическія железы увеличены подъ мышками и на шеѣ (незначительно) и сильно въ пахахъ. Со стороны сердца, легкихъ, печени и селезенки никакихъ значительныхъ измѣненій не обнаружено. Въ лѣвой ⅓ подложечной области легко прощупывалась большая, бугристая опухоль, перемѣщавшаяся при дыханіи, болѣзненная при давленіи, занимавшая область на 3 пальца ниже края лѣваго подреберья. Въ другихъ частяхъ живота ничего ненормальнаго не было. Въ желудочномъ содержимомъ послѣ пробнаго завтрака соляной кислоты не оказалось; оно имѣло видъ и запахъ жидкаго кала. Тотчасъ послѣ вдуванія въ желудокъ помощью баллона воздуха появилось вздутіе по ходу поперечной и нисходящей части толстыхъ кишекъ. Равнымъ образомъ при вдуваніи воздуха чрезъ прямую кишку быстро вздулись S-образная, нисходящая и поперечная ободочная кишки, а также желудокъ, и у больного появилась отрыжка вонючими газами. Все вышеизложенное заставило предположить, что опухоль, спаявшись съ частью толстой кишки (поперечной ободочной) изъязвилась, и получилось сообщеніе между желудкомъ и кишкой—желудочно-толстокишечный свищъ. На 7-ой день пребыванія въ клиникѣ больной умеръ. На показанномъ Обществу препаратѣ было видно, что желудокъ срощенъ былъ съ поперечной ободочной кишкой въ ея лѣвой части; вся полость желудка поражена была раковою опухолью и сообщалась съ полостью кишки въ лѣвомъ углу послѣдней. Отверстіе между желудкомъ и кишкой пропускаетъ указательный палецъ. Новообразованіе проросло на большомъ протяженіи желудокъ и ободочную кишку кругомъ соединявшаго ихъ отверстія. Докладчикъ напомнилъ, что въ литературѣ описано всего 76 подобныхъ случаевъ; показанный препаратъ является такимъ образомъ 77-мъ.

И. П. Шаповаленко спросилъ, не зависитъ-ли степень попаданія пищи изъ желудка въ кишку отъ мѣста нахожденія свища?

Докладчикъ отвѣтилъ, что большинство авторовъ попаданіе пищи ставятъ въ связь съ величиною свища, а не съ его мѣстоположеніемъ.

(Засѣданіе 13-го мая).

Г. М. Николаевъ. Предъявленіе препаратовъ, передаваемыхъ докладчикомъ Музею *Пирогова.*

Я. А. Бухштабъ. О работѣ поджелудочной железы послѣ перерѣзки внутренностныхъ и блуждающихъ нервовъ. Продукты желудочнаго пищеваренія, поступая въ 12-перстную кишку, являются возбудителями отдѣленія поджелудочнаго сока и вызываютъ все разнообразіе картинъ секреціи поджелудочной железы. Весьма интересенъ вопросъ, какую роль играютъ въ этомъ процессѣ секреторные нервы поджелудочной железы и какъ онъ измѣняется при перерѣзкѣ этихъ нервовъ? Докладчикъ попытался сначала установить норму секреціи поджелудочнаго сока у собаки на различные сорта пищи и при вливаніи въ желудокъ прованскаго масла, соляной кислоты, мыла и воды. Затѣмъ изслѣдовалась секреція на тѣ-же раздражители послѣ перерѣзки блуждающаго и внутренностнаго нервовъ. Основываясь на опытахъ ч. пр. *Л. Б. Попельскаго*, что секреторные нервы для поджелудочной железы проходятъ чрезъ привратникъ, у собаки, служившей докладчику для опытовъ, былъ отдѣленъ желудокъ отъ 12-перстной кишки на мѣстѣ привратника. Оказалось, что

работа поджелудочной железы отличается специфичностью; при однихъ возбудителяхъ получается слабый сокъ, при другихъ сильный. Выработка бродилъ въ поджелудочной железѣ не измѣняется отъ перерѣзки какъ блуждающихъ, такъ и внутренностныхъ нервовъ. Такимъ образомъ очевидно, что этотъ процессъ не зависитъ отъ центральной нервной системы. Послѣ перерѣзки внутренностныхъ нервовъ наблюдалось увеличеніе отдѣленія поджелудочнаго сока при ѣдѣ хлѣба и мяса, а также при вливаніи раствора мыла. По отношенію къ молоку и кислотѣ сокоотдѣленіе не измѣнялось; также оставалось безъ перемѣнъ и количество бродила. Перерѣзка блуждающихъ нервовъ вызываетъ рѣзкое извращеніе хода отдѣленія поджелудочнаго сока, что указываетъ на зависимость работы поджелудочной железы отъ желудочнаго пищеваренія и перехода пищи въ 12-перстную кишку. Въ чемъ заключается дѣйствіе блуждающихъ нервовъ непосредственно на железу,—сказать нельзя. Прямое вліяніе блуждающихъ нервовъ на железу различно при различныхъ возбудителяхъ: при однихъ (кислота) они не играютъ никакой роли, при другихъ (мыла)—служатъ для болѣе тонкаго приспособленія работы железы, а именно количество бродилъ въ сокѣ при перерѣзанныхъ нервахъ увеличивается лишь въ послѣдующіе часы пищеваренія, а при цѣлыхъ нервахъ это увеличеніе наступаетъ скорѣе.

Проф. *С. С. Салазкинъ* указалъ, что докладчикъ, примѣняя непосредственные возбудители поджелудочной железы, ясно показалъ преимущественное вліяніе на ея дѣятельность продуктовъ работы вышележащихъ частей желудочнокишечнаго пути, тогда какъ центральной нервной системой регулируются лишь болѣе тонкія приспособленія. Проф. *С.* отмѣтилъ также то преимущество въ методикѣ докладчика, что онъ бралъ чистые раздражители железы, а не пищевыя вещества, при которыхъ результатъ получается менѣе ясный вслѣдствіе измѣненной дѣятельности желудка при перерѣзанныхъ нервахъ. Затѣмъ проф. *С.* напомнилъ докладчику ранѣе высказанную имъ мысль, что чѣмъ дальше часть кишечнаго пути отстоитъ отъ ротовой полости, тѣмъ дѣятельность ея менѣе зависима отъ центральной нервной системы, а почти исключительно отъ вышележащихъ отдѣловъ.

Л. В. Соболевъ заявилъ, что при микроскопическихъ изслѣдованіяхъ поджелудочной железы животныхъ ему приходилось находить въ этомъ органѣ много аутоматическихъ нервныхъ узловъ, при помощи которыхъ железа можетъ работать самостоятельно. Въ клѣткахъ-же поджелудочной железы человѣка подобныхъ узловъ найти не удалось, что заставляетъ предполагать у человѣка подчиненіе поджелудочной железы вліянію центральной нервной системы.

И. Л. Долинскій сказалъ, что ему пріятно видѣть въ работѣ автора экспериментальное подтвержденіе высказаннаго имъ ранѣе apriori'стическаго предположенія, что кислота есть специфическій возбудитель поджелудочной железы, независимо отъ существованія нервовъ.

Проф. *Л. В. Поповъ* поблагодарилъ докладчика за сообщеніе новыхъ весьма интересныхъ фактовъ, служащихъ дальнѣйшимъ дополненіемъ къ ряду работъ, вышедшихъ изъ лабораторіи проф. *И. П. Павлова.*

А. Ф. Эккертъ. Анейризма легочной артеріи. (См. № 37, стр. 1237).

А. А. Трояновъ: Вы указали въ анамнезѣ больной на сифилисъ и траву и придаете исключительное значеніе первому для образованія анейризмы. Между тѣмъ траума часто вызываетъ анейризмы, при чемъ страданіе можетъ развиваться и скоро, и очень медленно.

Докладчикъ: Принимались во вниманіе не только давность страданія, но и микроскопическая картина, указывающая на хроническій воспалительный процессъ.

Ч. пр. *Г. М. Малковъ:* При жизни больной Вы предполагали ростъ анейризмы отъ нижней стѣнки дуги аорты, при чемъ слѣдовало ожидать существованія признака *Oliver-Cardarelli.* Былъ ли этотъ признакъ?

Докладчикъ: Не было.

Ч. пр. *Г. М. Малковъ:* Тогда можно было думать, что анейризма исходитъ не отъ дуги аорты.

Докладчикъ: Думаю, что признакъ *Oliver*'а не такъ уже постояненъ даже и при анейризмахъ дуги аорты.

И. П. Шаповаленко: Какія явленія были при выслушиваніи сонныхъ артерій?

Докладчикъ: Шумовъ на сонныхъ артеріяхъ никакихъ не выслушивалось.

И. П. Шаповаленко: Мнѣ кажется, это могло указывать, что въ данномъ случаѣ анейризма была не дуги аорты.

Докладчикъ: Шумовъ въ сонныхъ артеріяхъ можетъ не быть, если анейризма помѣщается хотя и на дугѣ аорты, но ниже отхожденія сонной и подключичной артерій.

В. Т. Покровскій: Большой періодъ времени между траумой и обнаруженіемъ тяжелыхъ явленій еще не говоритъ противъ траумы, какъ причины анейризмы; послѣдняя могла уже существовать давно, не давая тяжелыхъ припадковъ.

Докладчикъ: Можно предполагать, что, если-бы анейризма существовала давно, то тяжелыя явленія обнаружились-бы раньше.

Проф. *В. Н. Сиротининъ:* Рѣшить, конечно, трудно, что въ данномъ случаѣ было причиною анейризмы, но въ предположеніяхъ я скорѣе согласенъ съ докладчикомъ. Ранимость непосредственную легочной артеріи предполагать трудно, несомнѣнно же сопутствующее траумѣ внезапное повышеніе кровяного давленія скорѣе отразилось-бы на аортѣ.

Г. М. Николаевъ: Когда начала образовываться анейризма, неизвѣстно; мы имѣемъ дѣло съ уже развившимся порокомъ; быть можетъ, онъ существуетъ уже десятки лѣтъ.

Проф. *Л. В. Поповъ:* Вашъ случай представляетъ большой интересъ. Добавлю лишь что давность траумы не можетъ имѣть особаго значенія. Что касается сифилиса, то важно, были-ли измѣненія въ сосудахъ, характерныя для сифилиса; если нѣтъ, то, не отрицая связи даннаго заболѣванія съ сифилисомъ, нельзя не признать, что на сифилисъ нѣтъ твердыхъ указаній. Что касается клинической стороны, то объективныя данныя, указывающія на расширеніе большого артеріальнаго ствола на томъ мѣстѣ, гдѣ обыкновенно опредѣляется легочная артерія, и отсутствіе шумовъ по ходу аорты и отходящихъ отъ нея сосудовъ могли-бы навести на сомнѣніе въ существованіи въ этомъ случаѣ анейризмы дуги аорты.

(Годовое засѣданіе 16-го сентября).

Предсѣдатель Общества акад. *Л. В. Поповъ* произнесъ рѣчь, въ которой отмѣтилъ, что въ прошедшемъ академическомъ году Общество слѣдовало въ своей дѣятельности обычной программѣ, стремясь по возможности къ выясненію и разрѣшенію различныхъ научныхъ вопросовъ. Война, переживаемая отечествомъ, конечно, не могла не отразиться и на работѣ членовъ Общества, отвлекая ихъ силы и помыслы въ другую сторону.

Секретарь ч. пр. *Ф. Я. Чистовичъ* сообщилъ, что Общество имѣло въ истекшемъ году 15 засѣданій, въ томъ числѣ 2 торжественныхъ (1 въ память *Н. И. Пирогова* и 1 въ память *С. П. Боткина*) и годовое. На этихъ засѣданіяхъ было сдѣлано 34 научныхъ сообщенія. По сравненію съ 2-мя предыдущими годами посѣщаемость засѣданій членами уменьшилась выразившись цифрою 380; причину этого слѣдуетъ искать въ тяжеломъ времени, переживаемомъ Россіею. Общество имѣло въ своей средѣ членовъ и сотрудниковъ всего 227: почетныхъ членовъ 70, дѣйствительныхъ 150 и сотрудниковъ 7. Въ истекшемъ году Общество удостоилось Высочайшей благодарности за пожертвованіе на нужды арміи и флота 2075 р. Отъ покойнаго проф. *О. О. Мочутковскаго* поступило въ фондъ имени *С. П. Боткина* 9000 р. Стипендія имени *В. Л. Грубера*, освободившаяся по случаю окончанія г-жей *Бялоблоцкой* курса въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ, передана, по представленію проф. *И. Э. Шавловскаго*, слушательницѣ того-же Института г-жѣ *Щегловой.* Изъ того-же капитала выданы пособія 2-мъ слушательницамъ Института въ размѣрѣ 100 р. и 50 р. Капиталъ имени д-ра *Нарановича* (9000 р.) переданъ въ распоряженіе В.-Медицинской Академіи съ тѣмъ, чтобы право выбора стипендіата оставалось за Обществомъ. На соисканіе преміи имени *М. М. Руднева* работъ не поступило, но Общество рѣшило, въ виду несомнѣнной важности съ научной стороны предложенныхъ темъ, продлить срокъ на представленіе работъ еще на 2 года.

Редакторомъ «Трудовъ» Общества ч. пр. *М. М. Чельцовымъ* было доложено, что въ истекшемъ году было платныхъ подписчиковъ 4. «Труды» отпечатаны въ 220 экземплярахъ, на что израсходовано 862 р. 36 к.

Ревизіонная Коммиссія (*Г. М. Николаевъ, Н. С. Киселевъ* и *Г. Ю. Явейнъ*) нашла все въ образцовомъ порядкѣ и рѣшила выразить благодарность казначею Общества д-ру *Покровскому* [1]).

Библіотекарь ч. пр. *Г. М. Малковъ* доложилъ, что въ истекшемъ году библіотека Общества увеличилась на 410 названій, а всего въ библіотекѣ имѣется 4765 томовъ. Кромѣ того, поступило пожертвованіе отъ вдовы *С. П. Боткина*, состоящее изъ ящика съ книгами, къ разбору которыхъ уже приступлено.

Присутствовавшіе единогласно выразили желаніе, чтобы на наступающій годъ составъ Правленія остался безъ измѣненія.

Затѣмъ предсѣдателемъ Общества *Л. В. Поповымъ* были предложены въ почетные члены Общества *Ѳ. И. Піотровскій* и проф. Казанскаго Университета *И. М. Догель.* Предложеніе это было привѣтствовано дружными рукоплесканіями.

А. Држевецкій.

CXVIII. *Изъ акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 16-го сентября).

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* сказалъ нѣсколько словъ по поводу смерти членовъ Общества *Н. В. Антипова, И. Ф. Масловскаго* и проф. *В. Н. Массена.* Присутствовавшіе почтили память покойныхъ вставаніемъ.

Л. А. Кривскій показалъ: а) *уродца* съ недостачей части головного свода, покрытой только водной оболочкой, съ рубцовымъ стягиваніемъ кожи на носу, съ разставленными глазами и съ сросшимися пальцами на рукахъ и на ногахъ, словомъ—съ тѣми уродствами, которыя обусловливаются сращеніемъ тѣла плода съ водной оболочкой; б) *уродца*, вѣсомъ въ 1800 грм., съ небольшой недостачей кожи на головѣ и съ полнымъ отсутствіемъ носа и глазъ. Глазныя щели соединены вмѣстѣ и представляютъ отверстіе, покрытое грануляціонною тканью. Надъ этимъ отверстіемъ имѣется небольшой хоботокъ. Уродецъ, вѣроятно, принадлежитъ къ разряду циклоповъ; в) настоящаго *циклопа* съ однимъ глазомъ при 1 верхнемъ и 2 нижнихъ вѣкахъ; носа нѣтъ, а надъ глазомъ имѣется хоботокъ. Послѣдній препаратъ принадлежитъ *В. А. Столыпинскому.*

[1]) О движеніи денежныхъ суммъ—докладъ глубокоуважаемаго казначея Общества *В. Т. Покровскаго*—мы уже сообщали (см. № 39, стр. 1328). *Ред.*

Л. К. Лингенъ показалъ: а) 4 препарата *кистъ яичниковъ* изъ коихъ 2 межсвязочныя и 1 пароваріальная; въ послѣднемъ случаѣ, кромѣ кисты, срѣзана надъ влагалищемъ и матка, пораженная фиброміомами; б) двусторонній *pyosalpinx*. У больной, помимо этого, имѣлась еще и *пупочная грыжа*; в) *sactosalpinx purulenta*. Перерожденный мелкокистозный правый яичникъ удаленъ, лѣвый оставленъ; г) *hydrosalpinx съ кистой яичника*. Въ этомъ случаѣ примѣненъ способъ *Pfannenstiel*'я; д) 2 препарата *внѣматочной (трубной) беременности* и е) 3, *пораженныя міомами матки*, изъ коихъ 1 удалена черезъ рукавъ, а 2 срѣзаны надъ влагалищемъ путемъ чревосѣченія. Всѣ операціи произведены *докладчикомъ*. Оперированныя всѣ поправились.

Л. К. Лингенъ. Случай оперированной доношенной трубной беременности. (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

Проф. *В. В. Строгановъ* думаетъ, что при внѣматочной беременности, если она перешла за 6-ой, 7-ой и 8-ой мѣсяцы и если все идетъ хорошо, торопиться съ операціей, въ интересахъ плода, не слѣдуетъ. Нужно, однако, больную помѣстить въ клинику, чтобы въ случаѣ надобности, т. е. въ случаѣ возникновенія какихъ-либо показаній къ вмѣшательству, можно было приступить къ операціи немедленно.

Докладчикъ возразилъ, что, по его мнѣнію, лучше оперировать сейчасъ-же, ибо при выжиданіи можетъ внезапно наступить разрывъ плодовмѣстилища и сама операція съ теченіемъ времени можетъ оказаться сложнѣе, если, напр., послѣдъ окажется прикрѣпленнымъ къ кишкамъ; въ такомъ случаѣ отдѣленіе его будетъ очень труднымъ и будетъ сопровождаться значительнымъ кровотеченіемъ. Вотъ почему онъ, въ интересахъ матери, считаетъ выжиданіе способомъ мало пригоднымъ.

Проф. *А. И. Замшинъ* спросилъ докладчика, относятся-ли его статистическія данныя исключительно къ трубной беременности или-же и къ беременности въ зачаточномъ рогѣ и за сколько времени, по его мнѣнію, до операціи умеръ плодъ въ сообщенномъ имъ случаѣ?

Докладчикъ отвѣтилъ, что его данныя относятся исключительно къ трубной беременности и что плодъ, судя по явленіямъ мацераціи, умеръ за 2—3 недѣли до операціи.

Проф. *В. В. Строгановъ* замѣтилъ, что судить по мацераціи о времени смерти плода нельзя, ибо плодъ размокаетъ въ околоплодной жидкости очень скоро—уже приблизительно черезъ 12 час. послѣ смерти его.

Проф. *А. И. Замшинъ* прибавилъ къ этому, что въ его случаѣ доношенной беременности въ зачаточномъ рогѣ матки мацераціи плода совсѣмъ не было, а имѣлось лишь отложеніе известковыхъ солей на всемъ протяженіи дѣтскаго мѣста.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* думаетъ, что умираніе плода не проходитъ безслѣдно: ему предшествуютъ учащенныя движенія плода, боли и т. д.; за смертью-же плода слѣдуютъ явленія регрессивныя—кровотеченія, а потомъ наступаетъ послѣродовой періодъ: истеченіе лохій, лактація.

Проф. *В. В. Строгановъ* полагаетъ, что явленія послѣродового періода наступаютъ только тогда, когда плодъ выходитъ изъ матки, до того-же ихъ не бываетъ.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* возразилъ, что онъ говорилъ о смерти плода, находящагося внѣ матки, а не въ полости ея. Несомнѣнно, что въ томъ и другомъ случаѣ условія будутъ различныя.

Л. Г. Личкусъ присоединился къ этому мнѣнію, указавъ на случаи «missed labour» и «missed abortion».

Е. Д. Подгорецкій. Случай повторныхъ родовъ послѣ разрыва матки. Больная, 36 л., беременная въ 9-й разъ, поступила въ Родовспомогательное Заведеніе 26/VIII 1904 г. Первые 2 раза рожала въ деревнѣ, при чемъ родились живыя дѣти, здравствующія и понынѣ. Въ 3-й разъ разрѣшилась мертвымъ младенцемъ въ Повивальномъ Институтѣ; 4-ые и 5-ые роды окончены щипцами въ Родовспомогательномъ Заведеніи; плоды извлечены мертвыми. 6-ая беременность окончилась прободеніемъ головки плода въ Повивальномъ Институтѣ. 7-ые роды осложнились разрывомъ матки въ Пріютѣ имени проф. *А. Я. Крассовскаго*. При чревосѣченіи, произведенномъ проф. *В. В. Строгановымъ*, оказалось, что разрывъ начинался въ нижней 1/3 шейки и шелъ спереди и слѣва косо вверхъ и вправо къ мѣсту прикрѣпленія правой круглой связки. Кромѣ того, брюшина была отдѣлена на значительномъ протяженіи въ нижнемъ углу раны. Разрывъ этотъ былъ зашитъ. Больная выздоровѣла. При выпискѣ ей настоятельно совѣтовали, въ случаѣ новой беременности, придти въ Повивальный Институтъ для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Послѣдніе (8-ые) и были успѣшно произведены ей 13/VII 1901 г. въ концѣ 8-го мѣсяца беременности. Извлеченный плодъ вѣсилъ 2010 грм., при длинѣ въ 48 стм. Послѣ перерыва въ 2½ года наступила 9-ая беременность. Не смотря на совѣтъ проф. *В. В. Строганова* произвести и на этотъ разъ искусственные преждевременные роды, больная, по независѣвшимъ отъ нея обстоятельствамъ (нигдѣ, за неимѣніемъ мѣста, ее не принимали), доносила до срока. Боли начались у нея 26/VIII, въ 8 час. утра, а въ 8 час. 30 мин. веч. она поступила въ Родовспомогательное Заведеніе. На животѣ ясный рубецъ отъ ранѣе перенесеннаго чревосѣченія. Спинка плода влѣво, головка подвижна надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе ясно прослушивается слѣва. Тазъ: вертлуги 29, гребешки 25½, ости 24½, наружный прямой 17½, діагональная конъюгата 9¾ (легкая степень общесъуженнаго плоскаго таза). Боли—черезъ 5—8 мин., хорошей силы. Зѣвъ раскрытъ на 2 пальца. 27/VIII, въ 11 час. утра, зѣвъ раскрылся на 4 пальца; края его толсты, но легко податливы; истонченія нижняго отрѣзка матки не замѣтно. Пузырь хорошо напрягается; головка надъ входомъ. При изслѣдованіи пузырь прорвался, и наступило обильное излитіе водъ. Въ виду увеличившейся, вслѣдствіе послѣдняго обстоятельства, опасности повторнаго разрыва матки, рѣшено поторопиться съ окончаніемъ родовъ. Рѣчь могла идти либо о кесарскомъ сѣченіи при широко поставленномъ относительномъ показаніи, либо о прободеніи головки живого плода, либо-же объ осторожномъ поворотѣ съ послѣдующей попыткой извлеченія, долженствующемъ при неуспѣхѣ окончиться прободеніемъ послѣдующей головки. Щипцы были неумѣстны, такъ какъ конфигураціи головки не было и въ поминѣ, а ожидать ее, т. е. подвергать роженицу риску энергичной родовой дѣятельности при условіяхъ ранѣе бывшаго разрыва и съуженія таза, не допускающаго быстраго опусканія головки въ полость, являлось, по меньшей мѣрѣ, дѣйствіемъ неосторожнымъ. На кесарское сѣченіе больная не согласилась, да никто особенно на немъ и не настаивалъ; дѣлать прободеніе живого ребенка не хотѣлось. Рѣшено поэтому остановиться на поворотѣ, который, хотя и могъ въ продолженіи нѣсколькихъ минутъ увеличить опасность повторнаго разрыва, но за то давалъ возможность спасти и плодъ; къ тому-же операція эта не представлялась трудной, въ виду недавняго излитія водъ. Какъ-бы то ни было, все было приготовлено и къ чревосѣченію на случай возможнаго разрыва матки. Операція произведена докладчикомъ. За поворотомъ немедленно-же послѣдовало извлеченіе, закончившееся прободеніемъ послѣдующей головки, которую безъ этого не удалось провести черезъ съуженный входъ таза. Новорожденный, безъ мозга, вѣсилъ 3500 грм. при длинѣ въ 51 стм. Послѣродовой періодъ протекъ нормально. На 8-й день въ области праваго параметрія обнаруженъ, по видимому, старый выпотъ, отходившій отъ угла матки, при чемъ подвижность послѣдней нарушена была лишь въ слабой степени; шейка въ состояніи хорошаго обратнаго развитія; сколько-нибудь значительныхъ рубцовъ въ сводахъ не замѣчено.—Остановившись на литературѣ вопроса и указавъ на случаи, въ которыхъ зашитая послѣ разрыва матка повторно рвалась не только при новыхъ родахъ, но и при новой беременности, и подчеркнувъ то обстоятельство, что такія больныя не всегда могутъ своевременно воспользоваться акушерскою помощью въ нужныхъ размѣрахъ, докладчикъ, не смотря на то, что его случай протекъ благополучно, высказался въ томъ смыслѣ, что разорванную матку, какъ, такъ сказать, обанкротившуюся, лучше не зашивать, а удалять, чтобы такимъ образомъ предупредить возможность повторнаго разрыва, который по имѣющимся въ литературѣ даннымъ не разъ уже служилъ причиною смерти. «Если-же это удаленіе», заключилъ докладчикъ, «кажется чѣмъ-то черезчуръ коренным или если характеръ поврежденія, что, впрочемъ, бываетъ не часто, настоятельно побуждаетъ къ сохраненію органа, то не признать-ли намъ справедливымъ положеніе, по которому ранѣе бывшій разрывъ матки является безусловнымъ показаніемъ къ искусственному выкидышу, лишь только будетъ распознана новая беременность»?

Проф. *В. В. Строгановъ*, указавъ на то ненормальное положеніе, въ которомъ находилась акушерская помощь въ Петербургѣ въ теченіи послѣдняго лѣта (больная нигдѣ не могла найти мѣста для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ), замѣтилъ, что собственное наблюденіе докладчика рѣшительно говоритъ противъ его заключеній. Родила, вѣдь, больная послѣ разрыва матки, и ребенокъ этотъ живъ и теперь. Родилабы она, вѣроятно, благополучно и въ послѣдній разъ, если-бы ей своевременно произвели искусственные преждевременные роды. Зашиваніе разорванной матки даетъ очень хорошіе результаты, и потому объ удаленіи ея можно думать лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ зашиваніе оказывается невозможнымъ, рискованнымъ для жизни матери. Пожалуй, удалять матку можно было-бы у очень старыхъ женщинъ или у такихъ, у которыхъ очень много дѣтей, хотя послѣднее обстоятельство и не безупречно: дѣти могутъ умереть, а новыхъ, при всемъ желаніи, не будетъ.

Докладчикъ возразилъ, что разрывы матки почти всегда бываютъ у многородящихъ, у которыхъ дѣти, слѣд., есть. Помимо этого, и сама операція зашиванія разорванной матки даетъ гораздо худшіе результаты, чѣмъ операція *Porro:* послѣдняя даетъ на 40% больше выздоровленій, чѣмъ первая.

Проф. *В. В. Строгановъ* замѣтилъ, что, во 1-хъ, разрывы матки бываютъ и у первородящихъ, а, во 2-хъ, рожающія во 2-ой и въ 3-ій разъ могутъ быть молодыми, и лишать такихъ женщинъ возможности дѣторожденія въ будущемъ едва-ли основательно.

К. Ф. Мацѣевскій высказался противъ удаленія матки по *Porro* во всѣхъ случаяхъ разрыва. Гдѣ размозженія незначительны и разрывъ неособенно большой, тамъ слѣдуетъ держаться сохраняющаго способа: женщина, перенесшая разрывъ матки, можетъ правильно беременѣть и родить здороваго ребенка, какъ на это указываютъ предпослѣдніе роды въ случаѣ докладчика. *М.* высказался затѣмъ противъ того оперативнаго вмѣшательства, которое было примѣнено при послѣднихъ родахъ, т. е. противъ поворота и пр. Въ виду того, что здѣсь не было припадковъ, угрожающихъ разрывомъ матки, и вообще показаній для немедленнаго родоразрѣшенія, было-бы болѣе цѣлесообразно продлить выжиданіе до вставленія головки во входъ таза, тѣмъ болѣе, что работа матки была правильна, а потомъ наложить щипцы. Изслѣдованія *М.* [1]) положительно говорятъ за то, что шансы на извлеченіе живого плода при послѣднемъ способѣ благопріятнѣе: это зависитъ отъ того, что продолжительное стояніе впередъ идущей

[1]) Профилактическій поворотъ при узкихъ тазахъ и отношеніе его къ выжидательному методу. Петербургская диссертація, 1898 г.

головки во входѣ таза обычно не ведетъ къ асфиксіи плода, между тѣмъ какъ послѣдняя сплошь и рядомъ составляетъ слѣдствіе застреванія во входѣ послѣдующей головки. Даже наложеніе щипцовъ на головку безъ выжиданія болѣе благопріятно, чѣмъ поворотъ. Докладчикъ, а за нимъ и проф. *Строгановъ* принимаютъ, что поворотъ въ такихъ случаяхъ сопряженъ съ опасностью разрыва, между тѣмъ такой опасности нѣтъ при наложеніи высокихъ щипцовъ; съ другой стороны, поворотъ плода въ случаѣ докладчика въ концѣ концевъ окончился прободеніемъ головки, между тѣмъ, на основаніи вышесказаннаго относительно впереди идущей головки, извлеченіе щипцами живого плода было болѣе вѣроятно. Страхъ передъ наложеніемъ щипцовъ на подвижную головку не основателенъ, ибо подвижность головки устраняется прижатіемъ ея ко входу таза со стороны живота руками помощника. *Л. Лимкусъ.*

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Dr. Prof. Dubois. Les psychonevroses et leur traitement moral. Paris. 1904 г.

Заслуга автора книги подъ выписаннымъ заглавіемъ, какъ говоритъ проф. *Dejerine* въ своемъ предисловіи къ этой монографіи, заключается въ томъ, что онъ, авторъ книги, обратилъ особое вниманіе на первенствующее значеніе психотерапіи при лѣченіи психонейрозовъ и указалъ на роль въ этомъ отношеніи психической педагогики, задачею которой является «перевоспитаніе ума». Я-бы сказалъ иначе. Мнѣ кажется, что не въ этомъ заключается заслуга проф. *Dubois*, такъ какъ на значеніе психотерапіи при названныхъ заболѣваніяхъ давно уже обращено серьезное и должное вниманіе. Въ этомъ отношеніи пріоритетъ заслуги, несомнѣнно, останется за школой *Charcot*. Да и многіе другіе авторы не мало потрудились въ этомъ направленіи. По моему мнѣнію, трудъ проф. *Dubois* заслуживаетъ вниманія и представляетъ несомнѣнный интересъ потому, что авторъ подробно остановился въ своей работѣ на выясненіи историческаго развитія ученія о психотерапіи, привелъ физіологическія основанія этого способа лѣченія и обстоятельно разобралъ вопросъ о сущности психотерапіи съ точки зрѣнія психофизіологіи.

Въ своемъ объемистомъ трудѣ, заключающемъ 35 лекцій, читанныхъ въ Bern'скомъ Университетѣ, авторъ излагаетъ основныя положенія современнаго ученія о психонейрозахъ, останавливаясь особенно подробно на этіологіи нейрозовъ и доказывая ихъ психическое происхожденіе. Доказательствомъ психическаго происхожденія функціональныхъ нервныхъ заболѣваній авторъ считаетъ, между прочимъ, наличность въ ихъ клинической картинѣ такихъ явленій, какъ внушаемость, психическая утомляемость, повышенная возбудимость и вообще припадки психастеніи. Выясняя основанія раціональной психотерапіи и оттѣняя выдающееся значеніе этого способа лѣченія, авторъ одновременно указываетъ на чрезмѣрное увлеченіе въ настоящее время физіотерапіей и на злоупотребленіе фармацевтическими средствами. Говоря о способахъ примѣненія «моральной терапіи», авторъ останавливается на функціональныхъ разстройствахъ отдѣльныхъ органовъ при нейрозахъ и обращаетъ особое вниманіе при этомъ на физическую, умственную и нравственную гигіену. Всѣ свои терапевтическіе выводы проф. *Dubois* подтверждаетъ соотвѣтственными клиническими наблюденіями.

Въ разбираемой книгѣ, помимо клинической стороны вопроса, читатель встрѣтитъ немало попутныхъ разсужденій болѣе общаго характера, немало интересныхъ психологическихъ замѣчаній, напр., о свободѣ воли, о моральной и соціальной отвѣтственности и т. д. Вообще лекціи проф. *Dubois*, очень удачно и умѣло составленныя, обнаруживаютъ въ немъ большую наблюдательность, свойственную опытному клиницисту, и потому для спеціалиста могутъ представить не малый интересъ.

Б. Воротынскій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CVII. Постановленіе Суда чести по дѣлу д-ра С. В. Владиславлева и проф. М. И. Афанасьева.

Судъ чести при С.-Петербургскомъ Врачебномъ Обществѣ взаимной помощи въ составѣ членовъ: *И. П. Павлова*, *В. Н. Сиротинина* и *С. В. Шидловскаго*, сопоставивъ по документамъ взаимныя обвиненія д-ра *С. В. Владиславлева*, какъ редактора газеты «Русскій Врачъ», и проф. *М. И. Афанасьева*, какъ одного изъ участниковъ полемики, веденной на страницахъ этой газеты, и выслушавъ объясненія сторонъ, пришелъ къ слѣдующему заключенію.

Поведеніе д-ра *Владиславлева*, какъ редактора, по отношенію къ полемикѣ, происходившей въ его газетѣ между д-ромъ *С. С. Груздевымъ* съ одной стороны и проф. *М. И. Афанасьевымъ*, д-рами *О. Б. Вейншенкеромъ* и *С. М. Городищемъ* съ другой, не можетъ быть признано безупречнымъ, а именно: д-ръ *Владиславлевъ* былъ менѣе предупредителенъ къ послѣдней сторонѣ въ отношеніи возможно своевременнаго печатанія ея отвѣтовъ, болѣе строгъ при редактированіи ея статей и наконецъ нарушилъ ея право, какъ обвиняемой стороны, дать въ его газетѣ послѣдній отвѣтъ. Всѣ остальныя обвиненія проф. *Афанасьева* противъ д-ра *Владиславлева* (въ инсинуаціяхъ, искаженіи писемъ, преклоненіи и робости передъ «настоящимъ» профессоромъ), по мнѣнію Суда, несправедливы, ибо не имѣютъ или никакихъ, или достаточныхъ основаній.

Подписали Судьи чести:

И. Павловъ.
В. Сиротининъ.
С. Шидловскій.

С.-Петербургъ, апрѣля 24 дня 1904 года.

Съ подлиннымъ вѣрно. Секретарь Правленія С.-Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи *Рутковскій.*

27-го сентября 1904 г.

CVIII. Постановленіе Суда чести по дѣлу д-ровъ О. Б. Вейншенкера и С. В. Владиславлева.

Судъ чести при С.-Петербургскомъ Врачебномъ Обществѣ взаимной помощи въ составѣ членовъ: *И. П. Павлова*, *В. Н. Сиротинина* и *С. В. Шидловскаго*, разсмотрѣвъ документы дѣла, возбужденнаго д-ромъ *О. Б. Вейншенкеромъ* противъ д-ра *С. В. Владиславлева*, и выслушавъ объясненія сторонъ, пришелъ къ слѣдующему заключенію.

Д-ръ *Вейншенкеръ* при продажѣ своего лѣчебно-питательнаго препарата изъ молока употребилъ безусловно неодобрительный пріемъ (присвоеніе своему препарату чужого, уже вошедшаго въ употребленіе названія и даже внѣшняго вида обертки, въ которой продавался препаратъ-соперникъ, санатогенъ фирмы Бауеръ и К°.). Поэтому Судъ чести находитъ, что д-ръ *Владиславлевъ* только исполнилъ свой долгъ, какъ редактора врачебной газеты, когда въ своей газетѣ перепечаткой соотвѣтствующихъ выдержекъ изъ нѣкоторыхъ періодическихъ изданій и примѣчаніями къ нимъ обратилъ вниманіе и подвергъ осужденію такой образъ дѣйствія д-ра *Вейншенкера*, какъ въ особенности несовмѣстимый съ званіемъ врача.

Подписали Судьи чести:

И. Павловъ.
В. Сиротининъ.
С. Шидловскій.

С.-Петербургъ, апрѣля 17 дня 1904 г.

Съ подлиннымъ вѣрно. Секретарь Правленія С.-Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи *Рутковскій.*

27-го сентября 1904 г. [1]).

CIX. М. Г.! Не откажите помѣстить нижеслѣдующее заявленіе.

Мы, земскіе врачи Пермскаго уѣзда, считаемъ своимъ нравственнымъ долгомъ выразить свое глубокое сочувствіе и соболѣзнованіе товарищу д-ру *Забусову*, который былъ завлеченъ путемъ обмана подъ предлогомъ подачи медицинской помощи въ домъ ген. Ковалева и подвергся возмутительному насилію со стороны послѣдняго, какъ человѣкъ и врачъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ мы глубоко скорбимъ, что подобные случаи проявленія дикаго произвола и насилія возможны въ XX вѣкѣ лицами, занимающими особенно высокое положеніе въ обществѣ.

Земскіе врачи Пермскаго уѣзда *Н. Кулебякинъ*, *Н. Буторинъ*, *А. Прасоловъ*, *И. Авровъ*, *Н. Зубакинъ*, *В. Безсоновъ*, *А. Туранскій*, *М. Пятницкій*, *А. К. Золотавинъ*, *І. Я. Перельцвейгъ.*

CX. М. Г.! Не откажите въ напечатаніи слѣдующихъ строкъ на «Отвѣтъ» мнѣ д-ра *Н. Я. Алфеева* [2]).

1. Отрицательное количество увеличивается, когда уменьшается его абсолютная величина: $\frac{1}{124} > \frac{1}{156}$ и $-\frac{1}{156} > -\frac{1}{124}$, и объ абсолютныхъ и относительныхъ числахъ нельзя сказать: одно точнѣе другого:

Табл. I, 7-ой столб.—абсол. числ.
» 8-ой » относ. » [3]).

2. Наблюденіе д-ра *С. Д. Тыминскаго* приведено мною, какъ вѣроятное и, слѣд., имѣющее вѣсъ для пониманія изслѣдуемаго явленія, а не съ цѣлью подчеркнуть «анахронизмъ» ученой работы автора.

3. Цѣль моей замѣтки—показать, что по движенію прибыли вѣса нельзя составить раскладки пищевыхъ веществъ, потребныхъ солдату (прибыль и убыль вѣса наблюдаются въ любомъ вѣсѣ), безразлично тяжеловѣсному и легковѣсному.

Заключеніе д-ра *Н. Я. Алфеева* и отвѣтъ мнѣ проф. *А. С. Таубера* [4]) оставляю на ихъ совѣсти, какъ людей науки...

В. Мишневскій.

Кѣльцы. 10/IX 1904 г.

---

[1]) Оба эти постановленія въ копіяхъ получены нами 18/IX 1904 г.; постановленія-же Суда чести по дѣлу д-ра *С. С. Груздева* съ проф. *М. И. Афанасьевымъ* и д-ромъ *О. Б. Вейншенкеромъ* мы еще не получали. *Ред.*

[2]) «В.-Медицинскій Журналъ», 1904 г., № 6, стр. 424.

[3]) Тамъ-же, 1903 г., № 12, стр. 735, 736.

[4]) Въ напечатаніи моего возраженія д-ру *Н. Я. Алфееву* проф.

CXI. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія мои строки.

Сотрудники газеты «Русь», гг. Артемьевъ и Москвинъ, отвѣтили бранью и инсинуаціями по моему адрессу на рѣчь мою, произнесенную въ годовомъ засѣданіи Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ («Записки» Р. Б. О., т. VII, стр. 7). Пишу эти строки не для гг. Артемьева и Москвина, съ которыми я считаю полемику невозможной, а для тѣхъ товарищей, которые меня лично не знаютъ. Заявляю вновь, что я на службѣ при Управленіи Кавказскихъ минеральныхъ водъ не состою и вообще не связанъ чѣмъ-либо матеріально съ Управленіемъ водъ или ихъ директоромъ. Само собой разумѣется, что ни газетная брань, ни инсинуаціи не измѣнятъ сложившіеся у меня взгляды на нужды Кавказскихъ минеральныхъ водъ и на дѣятельность ихъ директора, которую я считаю для водъ весьма плодотворною. *В. Кобылинъ.*

Кисловодскъ, 23 сентября 1904 г.

CXII. М. Г.! Не откажите въ напечатаніи слѣдующихъ строкъ.

20/VII и 21/VII текущаго года въ с. Тепломъ Станѣ Курмышскаго уѣзда, Симбирской губ., бѣшеная собака искусала 9 чел. Собака была убита и, по заключенію ветеринара, вскрывавшаго животное, признана страдавшею водобоязнью. На этомъ основаніи всѣ пострадавшіе, по моему настойчивому совѣту и указанію, отправились 28/VII для лѣченія въ Москву на *Pasteur*'овскую станцію при больницѣ имени Императора Александра III. Тамъ были сдѣланы всѣмъ имъ прививки, но съ печальными осложненіями: изъ 9 чел., подвергшихся прививкамъ, у 5, т. е. въ 56%, образовались нарывы (я могу сообщить станціи ихъ фамиліи), при чемъ у 2-хъ нарывы были злокачественные, сильно истощившіе больныхъ. Пострадавшія больныя съ наивнымъ простодушіемъ разсказывали, что нарывы вслѣдъ за *Pasteur*'овской прививкой онѣ видѣли у всѣхъ почти ими встрѣченныхъ на станціи больныхъ, и дѣлаютъ отсюда заключеніе, что, вѣроятно, уколъ съ нарывомъ—норма, уколъ-же безъ нарыва—отступленіе отъ правила.

Не хочется этому вѣрить, но фактъ печальныхъ осложненій на лицо и требуетъ объясненія, что̀, полагаю, и обязана сдѣлать *Pasteur*'овская станція при упомянутой больницѣ въ интересахъ удержанія за собою заслуженнаго довѣрія врачей и больныхъ. *Н. Купревичъ.*

18-го сентября 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1946. Мы слышали, что на вновь учрежденную при Министерствѣ народнаго просвѣщенія *должность завѣдующаго врачебно-санитарной частью учебныхъ заведеній* назначается проф. *Г. В. Хлопинъ*, который вмѣстѣ съ тѣмъ займетъ каѳедру гигіены въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

1947. Назначены: *В. Е. Тищенко и. д. ординарнаго*, а *М. А. Шателенъ и. д. экстраординарнаго профессора* Женскаго Медицинскаго Института—1-ый по каѳедрѣ химіи, 2-ой по каѳедрѣ физики; экстраординарный профессоръ Казанскаго Университета *Мейеръ—ординарнымъ профессоромъ* этого Университета по каѳедрѣ зоологіи, сравнительной анатоміи и физіологіи («Новое Время», 24 сентября).

1948. На должность прозектора при каѳедрѣ общей патологіи въ В.-Медицинской Академіи *назначенъ* д-ръ *Е. А. Карташевскій* («Новости», 23 сентября).

1949. 21-го сентября въ Москвѣ защитилъ диссертацію *П. Ф. Богдановъ* подъ заглавіемъ: «*О перелойныхъ артропатіяхъ. Литературно-клиническій очеркъ*» («Русскія Вѣдомости», 22 сентября).

1950. Въ Юрьевскомъ Университетѣ защищалъ диссертацію *Г. М. Штальберъ* на тему—«*Патолого-анатомическія измѣненія головного мозга при проказѣ*» («Новости», 25 сентября).

1951. На *медицинскій факультетъ* Одесскаго Университета принято въ настоящемъ году 183 слушателя.

1952. Въ В.-Медицинской Академіи учреждается, какъ сообщаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (25 сентября), *на 1-мъ курсѣ новая стипендія имени* отставного капитана 1-го ранга *Ф. А. Бубнова*, въ размѣрѣ 285 р. Назначеніе ея предоставлено усмотрѣнію начальника Академіи.

1953. Отбыли на Дальній Востокъ: 23-го сентября изъ Либавы *санитарный отрядъ* мѣстнаго Управленія Краснаго Креста на 100 кроватей въ составѣ 4 врачей, 8 сестеръ милосердія и 15 санитаровъ («Новое Время», 25 сентября); 23-го-же сентября изъ Петербурга *отрядъ сестеръ милосердія* Александровской Общины при комитетѣ «Христіанская помощь» въ составѣ 10 чел. («Русскія Вѣдомости», 24 сентября).

1954. Въ старомъ повивальномъ Институтѣ въ Петербургѣ устраивается *лазаретъ для больныхъ и раненыхъ*, привозимыхъ съ Дальняго Востока.

1955. «Русскія Вѣдомости» (25 сентября), со словъ «Руси», передаютъ, что всѣ сестры Георгіевской Общины, по представленію ген. Куропаткина, награждены Георгіевскими лентами *за высокій подвигъ, мужество и самоотверженіе*, проявленные ими подъ Ляояномъ. «Робость овладѣвала даже привыкшими къ огню воинами въ страшную ночь на 19-е августа, а русская женщина геройски и скромно исполняла свое тихое дѣло. Предупрежденіе объ опасности и необходимости эвакуировать раненыхъ пришли уже, когда шрапнель рвалась надъ Общиной, людей не хватало, и сестры сами носили раненыхъ за 1½ версты подъ огнемъ всю ночь».

1956. Въ Иверской Общинѣ въ Москвѣ открылись *6-недѣльные курсы для сестеръ милосердія;* записались 69 чел. («Русскія Вѣдомости», 25 сентября). Такіе-же курсы открываются при Обществѣ охраненія здоровья женщины въ Петербургѣ, на которые записались 90 чел. («Новое Время», 27 сентября).

1957. Изъ дѣйствующей арміи «Сибирскимъ Врачебнымъ Вѣдомостямъ» (№ 17) доставлены слѣдующія *цифровыя данныя о работѣ лѣчебныхъ заведеній арміи.* Къ 10 августа было въ дѣйствіи 40 госпиталей и лазаретовъ военныхъ, изъ нихъ 4 «сводныхъ» на 420 кроватей каждый, и 42 лазарета Краснаго Креста. А. Къ 10 августа въ нихъ состояло: больныхъ и раненыхъ офицеровъ 496, нижнихъ чиновъ—17841, при чемъ приходилось 24,19 раненыхъ офицеровъ и 18,20 раненыхъ нижнихъ чиновъ на 1000 списочнаго состава. Въ эти цифры входятъ: 1) больные собственно Маньчжурской арміи; 2) больные тыла (къ сѣверу отъ Кунченцзы и Забайкальская область); 3) эвакуированные по врачебнымъ заведеніямъ Приморской и Амурской областей. Не входятъ эвакуированные внутрь имперіи (приблизительно 1000) и въ слабосильныя команды (свѣдѣній нѣтъ). Во всѣхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ (кромѣ свернутыхъ 16 полковыхъ военныхъ госпиталей и 36 лазаретовъ Краснаго Креста) имѣется къ 10 августа свободныхъ мѣстъ: для офицеровъ—454, для нижнихъ чиновъ—4019. Въ свернутыхъ лазаретахъ имѣется въ среднемъ мѣстъ: въ военныхъ 16 × 210, въ Красномъ Крестѣ 36 × (75—100). Б. Къ 1 августа эвакуированы въ лѣчебныя заведенія изъ частей войскъ 292 раненыхъ и 606 больныхъ офицеровъ и 8003 раненыхъ и 23496 больныхъ нижнихъ чиновъ, всего 898 офицеровъ и 31499 нижнихъ чиновъ. Кромѣ того, были вывезены изъ частей войскъ Портъ-Артура 860. Разница между послѣдними цифрами (Б) и первыми (А) указываетъ число возвратившихся въ строй (не можетъ быть точно опредѣлено за отсутствіемъ свѣдѣній о числѣ лицъ, эвакуированныхъ въ слабосильныя команды). Къ сожалѣнію, богатый матеріалъ медицинскаго Управленія обработывается очень поздно: въ настоящее время идетъ сводка за май мѣсяцъ. Изъ имѣющихся свѣдѣній о 967 случаяхъ раненій видно: ранены въ голову—66, позвоночный столбъ и спину—15, шею—22, грудь—110, животъ—57, верхнія конечности—317, нижнія конечности—380 чел. Господствующими болѣзнями въ арміи являются заболѣванія кишечнаго канала въ видѣ острыхъ и подострыхъ колитовъ, энтеро- и гастро-энтероколитовъ, несомнѣнно заразнаго происхожденія. Къ 10 августа изъ острозаразныхъ болѣзней было отмѣчено: дизентеріи—1728 сл., брюшного тифа—690, поносовъ—378. Если сравнить эти цифры съ іюльскими (за 4 іюля), то тамъ найдемъ: дизентеріи—561 сл., брюшного тифа—56, поносовъ—238. Возрастаніе брюшного тифа въ это время обычно для Маньчжуріи; такъ, брюшного тифа въ войскахъ на 1000 списочнаго состава было: въ 1900 г. въ іюлѣ—0,99, въ августѣ—4,27; въ 1901 г. въ іюлѣ—2,8, въ августѣ—2,8; въ 1902 г. въ іюлѣ—0,41, въ августѣ—1,81; въ 1903 г. въ іюлѣ—0,3, въ августѣ—0,8.

1958. По словамъ «Правительственнаго Вѣстника» (23 сентября), въ лазаретѣ, устраиваемомъ Московскимъ нѣмецкимъ клубомъ на 20 кроватей для больныхъ и раненыхъ воиновъ съ Дальняго Востока, дали согласіе работать *безвозмездно всѣ*

А. С. Тауберъ отказалъ мнѣ въ оскорбительной для меня формѣ (см. «В.-Медицинскій Журналъ», 1904 г., № 8, отд. Ж.: Отвѣтъ *В. М—скому*)... Можетъ быть, преступлю литературные обычаи, возражая проф. *А. С. Тауберу* на его отзывъ объ «отказанныхъ» (2-хъ) рукописяхъ моихъ, а потому постараюсь только вкратцѣ передать ихъ содержаніе:

1. Коэффиціентъ убыли въ русской арміи (въ мирное время) по неспособности къ продолженію службы и за смертью можно выразить ариѳметическимъ корнемъ:

$$x = \sqrt{1 - n^y} \pm 0.001, \text{ полагая}$$

$$y = -\left[\frac{\text{Log}(n + d)}{\text{Log } n} - 1\right]$$

гдѣ n—списочный составъ, d = 811 или 1026, т. е. колебаніе x есть весьма малое, и по n + d приблизительно угадываемъ x, минуя среднее число.

2. Есть формула («В.-Медицинскій Журналъ», 1904 г., № 4, стр. 743):

$$h - [p + p'] = c,$$

гдѣ h—ростъ тѣла у человѣка (въ стм.), p—окружность груди (тоже) и p' вѣсъ (въ клгрм.), c > 25—слабосиліе.

Ясно, что по формулѣ крѣпость (k) организма нельзя вычислить, ибо отъ c = c, далеко еще до k = k_1, т. е. формула чисто эмпирическая. Дѣйствительно, изъ 840 чел., благополучно, по моимъ наблюденіямъ, прошедшихъ 4-лѣтній срокъ службы, было около 3,0% съ c > 25.

Очевидно, формула эта требуетъ поправки—такъ мнѣ казалось—и наблюденій для практическаго приложенія. *В. М.*

врачи и консультанты лѣчебницы и поликлиники при взаимно-вспомогательномъ Обществѣ ремесленниковъ, съ д-ромъ *Н. Н. Любомудровымъ* во главѣ.

1959. Д-ръ *А. Г. Коносевичъ* предложилъ Красному Кресту въ безвозмездное пользованіе *отдѣльную палату* въ своей лѣчебницѣ въ Петербургѣ для нервно и психически больныхъ воиновъ («Новости», 24 сентября).

1960. Корчевская земская Управа, Тверской губ., изъявила желаніе принять на *безплатное призрѣніе* въ свою больницу и на именныя койки *60* раненыхъ и больныхъ воиновъ.—Г. Клепиковъ предоставилъ въ распоряженіе Краснаго Креста на время войны для 110 раненыхъ и больныхъ воиновъ *свой домъ въ Вяткѣ* и пожертвовалъ на приспособленіе его для этой цѣли 1000 р. — Г. Хитрово изъявилъ желаніе устроить и содержать въ своемъ имѣніи при с. Присадахъ, Тульскаго уѣзда, *пріемный покой для легко раненыхъ воиновъ на 10 кроватей* («Правительственный Вѣстникъ», 19, 24 и 25 сентября).—Курортомъ Vichy предоставлено на предстоящіе зимніе мѣсяцы *10 коекъ* для безплатнаго лѣченія и содержанія раненыхъ на Дальнемъ Востокѣ офицеровъ («Новое Время», 25 сентября).

1961. Въ Ромнахъ состоялись *теплые проводы* старшаго врача 1-го казачьяго Урупскаго полка *В. Ф. Бачинскаго*, уѣзжавшаго на Дальній Востокъ («Новости», 20 сентября).

1962. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (25 сентября) г. Д. такъ описываетъ неприспособленность *импровизированныхъ санитарныхъ поѣздовъ* къ перевозкѣ раненыхъ и больныхъ. «Мнѣ пришлось ѣхать въ одномъ изъ такихъ поѣздовъ, въ которомъ везли свыше 700 раненыхъ въ послѣднемъ Ляоянскомъ боѣ. На полу обыкновенныхъ товарныхъ вагоновъ—человѣкъ по 25 раненыхъ, въ томъ числѣ и очень тяжело, смертельно-раненые. Ни циновокъ, ни соломы, какая-то труха на полу, смѣшанная съ соромъ и навозомъ, такъ какъ въ этихъ вагонахъ шла на югъ кавалерія и вагоны не успѣли вычистить, какъ слѣдуетъ. Въ поѣздѣ—3 военныхъ врача-мученика, набранныхъ изъ различныхъ частей, и нѣсколько фельдшеровъ; роль санитаровъ исполняютъ солдаты. Я называю врачей мучениками потому, что, кромѣ страшнаго переутомленія, они испытываютъ нравственную муку отъ невозможности при такихъ условіяхъ обслужить сколько-нибудь удовлетворительно всю эту массу сваленныхъ въ кучу страдальцевъ. Въ эту поѣздку я оцѣнилъ тяжелую, непоказную работу военныхъ врачей, поставленныхъ обыкновенно въ гораздо худшія во всѣхъ отношеніяхъ условія, чѣмъ ихъ товарищи въ Красномъ Крестѣ»... «Теперь, при спѣшной и массовой эвакуаціи», справедливо замѣчаетъ г. Д., «уже поздно думать объ оборудованіи спеціальныхъ поѣздовъ. Такъ какъ всѣ санитарные поѣзда и все дѣло эвакуаціи передано теперь полностью военному вѣдомству, то оно обязано, помоему, теперь-же озаботиться снабженіемъ товарныхъ вагоновъ хотя-бы элементарнымъ оборудованіемъ и пріобрѣсти въ большомъ количествѣ кружки, чайники, ведра, ушаты, ложки, полотенца и сѣнники. Необходимо также устраивать сходни изъ вагоновъ, а то и сестры, и доктора, и даже раненые выскакиваютъ изъ вагоновъ на станціяхъ или карабкаются въ высокія дверцы вагона безъ всякихъ приспособленій. Красному Кресту, обильно снабжающему военные госпитали всевозможными предметами, тоже слѣдовало-бы обратить на это серьезное вниманіе»... Г. Д. отмѣчаетъ также в. живую и плодотворную дѣятельность недавно открывшагося въ Харбинѣ медицинскаго Общества, приглашая къ участію въ его занятіяхъ всѣхъ врачей, работающихъ на театрѣ военныхъ дѣйствій.

1963. Противочумная Коммиссія объявляетъ, что за недѣлю съ 12 по 19 сентября въ Закаспійской области вновь заболѣли *холерою* 11 чел., умерли 3. Заболѣванія наблюдались въ Мервѣ, Асхабадѣ, Гассанкули и по линіи Средне-Азіатской ж. дороги, около Мерва. Сверхъ сего, обнаружены холерныя заболѣванія въ расположенной къ югу отъ Закаспійской области Джафарбайской степи, гдѣ съ 12 по 19 сентября заболѣли 9 джафарбайцевъ, изъ коихъ 5 умерли. Въ Баку за недѣлю съ 14 по 21 сентября заболѣли 111, умерли 61. По днямъ заболѣванія распредѣлялись такъ: 15-го сентября заболѣли 27, 14-го—14, 16-го—21, 17-го—10, 18-го—10, 19-го—18 и 20-го—11. Въ Саратовѣ съ 14 по 21 сентября заболѣли холерою 13 чел., изъ коихъ 5 умерли. Число ежедневныхъ заболѣваній не превышало 2—3, а 20 сентября вновь заболѣвшихъ не было.

1964. По словамъ «Саратовскаго Листка» (21 сентября), исполнительной санитарной Коммиссіей въ Саратовъ *командированъ для борьбы съ холерой* д-ръ *Н. Ф. Гамалѣя*.

1965. «Новости» (21 сентября) передаютъ, что прозекторъ Бакинской Михайловской больницы *И. М. Леплинскій* 14-го сентября сообщилъ губернскому врачу, что изъ доставленныхъ д-ромъ *Б. Г. Левенсономъ* 41 пробы воды изъ бань изслѣдованы 19, въ 4 изъ которыхъ обнаружено присутствіе *палочекъ азіатской холеры*.

1966. «Самарская Газета» (17 сентября) передаетъ, что, въ виду холерныхъ заболѣваній въ г. Саратовѣ, Самарской городской Управѣ предложено безотлагательно *открыть въ цѣляхъ борьбы съ эпидеміей больницу*.

1967. Въ Царицынѣ 5-го сентября освященъ вновь отстроенный *пловучій холерный госпиталь* («Саратовскій Дневникъ», 11 сентября).

1968. Одесская городская санитарная Коммиссія входитъ въ Думу съ докладомъ объ ассигнованіи 20540 р. на немедленное проведеніе нѣкоторыхъ мѣръ по *охранѣ города отъ возможнаго занесенія въ него холеры* (постройка т. наз. изоляціонныхъ бараковъ, новой обеззараживающей камеры, увеличеніе числа санитарныхъ врачей и пр.).

1969. «Новости» (20 сентября) сообщаютъ, что возбужденное Петербургскимъ губернскимъ Земствомъ ходатайство *о допущеніи земскихъ санитарныхъ врачей къ участію въ засѣданіяхъ уѣздныхъ училищныхъ Совѣтовъ* удовлетворено.

1970. 20-го сентября въ Москвѣ врачи Маріинской больницы *чествовали Н. В. Письменнаго* по поводу 35-лѣтія его врачебной дѣятельности въ этой больницѣ и оставленія службы («Русскія Вѣдомости», 21 сентября).

1971. Нижегородскій уѣздный врачебный Совѣтъ, по предложенію д-ра *И. П. Кузнецова*, постановилъ выразить *фельдшеру М. Божеку*, прослужившему въ уѣздномъ Земствѣ 25 лѣтъ, *глубокую благодарность* за его полезную продолжительную службу («Нижегородскій Листокъ», 22 сентября).

1972. Въ апрѣлѣ 1905 г. въ Тифлисѣ созывается *3-й Съѣздъ Кавказскихъ врачей*. Программа Съѣзда раздѣлена на 16 отдѣловъ, обнимающихъ всѣ отрасли научной и практической медицины, гигіены и сопричастныхъ естественныхъ наукъ. Членами Съѣзда могутъ быть врачи, ветеринары, фармацевты, естествоиспытатели и представители правительственныхъ и общественныхъ учрежденій, вѣдающихъ дѣло народнаго здравія. Членскій взносъ—5 р. съ правомъ безплатнаго полученія «Трудовъ» и прочихъ изданій Съѣзда. Желающіе имѣть какія-либо справки по поводу Съѣзда благоволятъ обращаться къ секретарю Комитета, д-ру *А. Р. Фишеру* (Тифлисъ, Гановская ул., № 31). Ему же слѣдуетъ присылать (не позднѣе 1 марта) рукописи предназначаемыхъ для Съѣзда докладовъ. Членскіе взносы принимаются казначеемъ Комитета, д-ромъ *И. Г. Меликовымъ* (Тифлисъ, Кадетскій пер., 3) («Протоколы Кавказскаго медицинскаго Общества», № 1).

1973. «Русскія Вѣдомости» (24 сентября) сообщаютъ, что нѣсколькими городскими общественными Управленіями возбуждено въ Министерствѣ внутреннихъ дѣлъ ходатайство о разрѣшеніи учредить *Всероссійскую городскую кассу*, изъ которой различные города могли-бы получать ссуду на удовлетвореніе неотложныхъ городскихъ потребностей какъ по благоустройству, такъ и по *санитарно-врачебной части*.

1974. Какъ передаютъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 17), недавно Енисейскимъ врачебнымъ Отдѣленіемъ получено было донесеніе отъ Туруханскаго врача о томъ, что при посѣщеніи имъ зимой мѣстности за тундрой на станціи Жданиха найденъ былъ больной якутъ съ признаками проказы. На основаніи такого донесенія и согласно циркуляра на этотъ предметъ медицинскаго Департамента, врачебное Отдѣленіе предписало врачу съѣздить въ Жданиху, вновь тщательно осмотрѣть подозрительнаго больного и окружающихъ его родственниковъ и, если предположеніе о заболѣваніи проказой этого больного подтвердится, то уединить его и вообще принять всѣ мѣры, обезпечивающія невозможность распространенія заразы. Крайне интересно отношеніе въ Енисейское врачебное Отдѣленіе Туруханскаго врача на это предложеніе, прекрасно рисующее вообще *положеніе врачебной помощи въ Туруханскомъ краѣ и условія, при которыхъ приходится работать тамъ врачу*. «Врачебное Отдѣленіе», пишетъ онъ, «поручило мнѣ немедленно отправиться на ст. Жданиху для осмотра и изолированія пораженнаго проказой якута, предполагая, по видимому, что сообщеніе съ мѣстностью, гдѣ лежитъ Жданиха, возможно лѣтомъ. Жданиха находится въ т. наз. Затундринской мѣстности, на сѣверо-востокъ отъ с. Дудинки, въ 1480 в. отъ этого села и въ 2090 в. отъ г. Туруханска. Сообщеніе съ этой мѣстностью производилось до настоящаго времени исключительно зимою, торговыми людьми, на собственныхъ оленяхъ, съ октября до мая, а служащими лицами—съ ноября до марта, когда инородцы, при наступленіи темной поры, концентрируются по краю тундры и заготовка оленей подъ подводы не затруднительна. До и послѣ темной поры инородцы бродятъ по обширной тундрѣ, занимаясь звѣринымъ, рыбнымъ промыслами и добычею дичи, смотря по времени года и проѣздъ становится невозможенъ. Правда, если бы заранѣе, не позже февраля, было сдѣлано распоряженіе о заготовкѣ инородцами подводъ, оленей и людей на извѣстныхъ пунктахъ въ ожиданіи проѣзжихъ, то можно было-бы попытаться, не ожидая зимы, пробраться лѣтомъ въ затундрскую мѣстность». Описавъ затѣмъ длиннѣйшій путь, частью верхомъ на оленяхъ, частью на лодкѣ, при томъ «запасшись провіантомъ примѣрно на $^1/_2$-года», товарищъ заключаетъ: «принимая въ соображеніе вышеизложенное, имѣю честь донести врачебному Отдѣленію на упомянутое выше предписаніе, что поѣздка въ Жданиху можетъ состояться не ранѣе ноября, а свѣдѣнія о прокаженномъ якутѣ Ф., а также о состояніи здоровья ближайшаго въ Жданихѣ населенія могутъ быть доставлены лишь къ будущему году».

1975. Московскій городской врачебный Совѣтъ призналъ необходимымъ учрежденіе въ ближайшемъ будущемъ особаго *обеззараживающаго Института*, «дѣятельность котораго должна быть поставлена въ тѣсную связь съ дѣятельностью городской санитарной станціи съ цѣлью широкой разработки всѣхъ вопросовъ по обеззараживанію» («Русскія Вѣдомости», 26 сентября).

1976. Общимъ газетамъ («Русскія Вѣдомости», «Новое Время» и др., 27 сентября) телеграфируютъ изъ Минска, что въ мѣсточкѣ Рубежевичи, Минскаго уѣзда, и его окрестностяхъ свирѣпствуетъ *скарлатина*. «Врачебная помощь крайне недостаточна».

1977. Д-ръ *К. И. Іоновъ* во «Врачебно-санитарной хроникѣ

Воронежской губ.». (№ 7) сообщаетъ *о предохранительныхъ прививкахъ кроваваго поноса среди медицинскаго персонала Воронежскихъ и Курскихъ земскихъ врачебно-питательныхъ отрядовъ*. Остановились на кровавомъ поносѣ потому, что онъ является постояннымъ бичемъ для пришлаго населенія Маньчжуріи, а въ военное время долженъ быть имъ тѣмъ болѣе. 1-ой прививкѣ подвергались 4 врача, 2 фельдшерицы и 9 сестеръ милосердія, 2-ой—1 врачъ и 4 сестры. При 1-ой прививкѣ введено было вакцины по 0,5 к. стм., а при 2-ой—по 1,0 к. стм. Промежутокъ между прививками былъ отъ 12 до 14 дней; болѣе ранней прививкѣ помѣшалъ переѣздъ черезъ Байкалъ. Вакцина вводилась подъ кожу, или въ поясничную область, или въ предплечье съ тыльной стороны. На мѣстѣ укола послѣ 1-ой и 2-ой прививки получалась припухлость, а на рукѣ даже рожеподобная краснота и припухлость бо́льшая, чѣмъ на спинѣ. Держалась припухлость сутокъ двое на спинѣ, а на рукѣ сутокъ трое. Болѣзненность продолжалась также около этого времени. Въ 3 случаяхъ боль была и въ подмышковой области соотвѣтствующей стороны. Въ 1 случаѣ боль появилась на бедрѣ и держалась здѣсь 5 дней. Общія явленія были выражены въ общемъ слабо и длились не болѣе 1½ сутокъ даже у тѣхъ, у которыхъ были выражены всего сильнѣе. Послѣ 1-ой прививки не отмѣтили измѣненій въ общемъ своемъ состояніи 8 чел., послѣ 2-ой—3; у остальныхъ отмѣчались разныя измѣненія. Что касается температуры (предварительно не была выведена средняя температура для каждаго), то говорить о высотѣ повышенія ея нельзя, хотя оно и было. У 3 температура поднималась до 38° послѣ 1-ой прививки, у 1 (женщины) до 39° послѣ 2-ой со знобомъ и болью въ горлѣ, у остальныхъ она поднялась до 37°,2—37°,5 съ паденіемъ до 36°,1—36°,3. Головная боль была послѣ 1-ой прививки у 2, послѣ 2-ой тяжесть въ головѣ и слабость тоже у 2; отмѣтили послѣ 1-ой прививки сонливость и общее недомоганіе двое, послѣ 2 ой прививки—слабость сердечную тоже двое; двое-же жаловались на общую слабость, тяжесть въ головѣ и слабость въ ногахъ. Послѣ 1-ой прививки у лицъ, у которыхъ температура повышалась до 38°, были слабость и ломота въ ногахъ и рукахъ. Вотъ и все, что удалось отмѣтить характернаго непосредственно послѣ прививки. Нужно еще указать на кишечныя заболѣванія, которыя наблюдались у персонала въ періодъ прививокъ: спустя 5—6 дней послѣ 1-ой прививки у 3 сестеръ милосердія и 1 фельдшерицы былъ острый колитъ, при чемъ у 2 онъ затянулся, текъ съ перерывами и отмѣченъ былъ спустя 2 недѣли. Это было причиной, почему 3 сестры милосердія отказались отъ вторичной прививки. Одновременно съ ними хворала 1 фельдшерица также колитомъ, но непривививавшаяся. Послѣ 2-ой прививки на 5—6-ой дни также хворали сестры; но это совпало уже съ пребываніемъ ихъ въ Харбинѣ; заболѣваніе носило характеръ остраго кишечнаго заболѣванія, продолжалось 2—3 сутокъ и сопровождалось небольшимъ повышеніемъ температуры. Одновременно съ ними хворали и другія сестры, но въ меньшемъ числѣ. Повидимому, прививка, ослабивъ организмъ, сдѣлала его болѣе воспріимчивымъ къ заболѣванію. Послѣднее заболѣваніе оказалось эпидемическимъ; такъ, по прибытіи въ Янтай, гдѣ Воронежскіе отряды разбили госпиталь, одинъ за другимъ перехворали имъ почти всѣ санитары, а затѣмъ въ госпиталь стали ложиться солдаты съ заболѣваніемъ того-же типа.

1978. «Правительственный Вѣстникъ» (22 сентября) передаетъ, что въ с. Юсьевѣ, Соликамскаго уѣзда, Пермской губ., открывается *крестьянская больница*. Содержаніе медицинскаго персонала и другіе расходы по содержанію какъ больныхъ, такъ и самой больницы приняли на себя 3 волости: Юсьевская, Архангельская и Ечвинская. Зданіе больницы строится на совмѣстныя средства Общества борьбы съ заразными болѣзнями, мѣстныхъ крестьянъ и на частныя пожертвованія мѣстнаго населенія.

1979. «Биржевыя Вѣдомости» (24 сентября) слышали, что Министерство путей сообщенія признало нужнымъ построить *около Петербурга больницу для служащихъ* на примыкающихъ къ столицѣ желѣзныхъ дорогахъ.

1980. «Новому Времени» (27 сентября) сообщаютъ изъ Кіева, что по Днѣпру началось усиленное *передвиженіе рабочихъ* съ Юга и что ихъ, вслѣдствіе переполненія пароходовъ, разрѣшено (? *Ред.*) перевозить *на открытыхъ верхнихъ палубахъ*.—По метеорологическому бюллетеню, приведенному въ томъ же № газеты, средняя температура воздуха въ Кіевѣ за этотъ день отмѣчена въ 9°,1 Ц. (т. е. 7°,2 R.). «Разрѣшать» оставаться при такой температурѣ на водѣ цѣлый день, а можетъ быть, и ночь значитъ покровительственно содѣйствовать развитію среди рабочихъ заболѣваній. Интересно-бы знать, запросили-ли при выдачѣ этого «разрѣшенія» мнѣніе санитарнаго надзора?

1981. На *Pasteur'овскую станцію при Александровской больницѣ въ Москвѣ* въ 1903 г. обращались за помощью 2979 чел., изъ коихъ предохранительныя прививки сдѣланы 1544 мужчинамъ и 793 женщинамъ, кромѣ того, 187 лицамъ, которымъ приходилось ухаживать за бѣшеными животными и поэтому подвергавшимся риску быть укушенными. Большинство укушенныхъ обращались на станцію по прошествіи недѣли со времени укуса. Изъ числа подвергавшихся прививкѣ умерли 24 чел. Чаще всего (2020 случаевъ) укусы наносились собаками; затѣмъ идутъ укусы кошками (199 сл.), волками (57), лошадьми (37) и др. («Правительственный Вѣстникъ», 19 сентября).

1982. Согласно свѣдѣніямъ, полученнымъ отъ русскаго консула въ Александріи, съ 2 по 14 сентября въ провинціи Дерзорѣ было *60 случаевъ заболѣванія холерой*, изъ коихъ 34 окончились смертью. Въ самой Александріи было *4 случая чумнаго заболѣванія*.

1983. Нѣкто г. Valancourt пожертвовалъ Управленію общественнаго призрѣнія въ Парижѣ 1000000 фр. для постройки *новой городской больницы*, которая должна быть предоставлена въ распоряженіе Парижскаго медицинскаго факультета («Gazette des Hôpitaux», 20 сентября).

1984. Для выясненія вопроса *объ эманаціи радія* и о неизмѣняемости его въ теченіи многихъ лѣтъ извѣстный химикъ *Berthelot* произвелъ рядъ интересныхъ изслѣдованій надъ сходнымъ явленіемъ—испусканіемъ запаха сильно пахучими тѣлами и неизмѣняемости ихъ вѣса. Оказывается, что 1 грм. іодоформа, напр., испускаетъ въ видѣ пахучихъ частицъ въ теченіи часа 1 билліонную часть своего вѣса или въ теченіи года 8760 билліонныхъ грм., т. е. теряетъ въ вѣсѣ въ теченіи года величину, нѣсколько меньшую 1/100 мягрм.; слѣд., чтобы 1 грм. іодоформа потерялъ въ вѣсѣ въ видѣ ощутимыхъ для обонянія пахучихъ частицъ 1 мягрм., нужно времени цѣлое столѣтіе («Archives d'électricité médicale», 10 сентября).

1985. Похвальному примѣру Lyon'скаго мера д-ра *Augagneur*'а недавно послѣдовалъ меръ Lille'я, издавъ распоряженіе, которымъ *запрещается открывать новые питейные дома, кафе и т. п. въ разстояніи менѣе 250 метровъ отъ* кладбищъ, церквей, *больницъ* и общественныхъ школъ («Le Concours médical», 17 сентября).

1986. Послѣдній (22 сентября) № «Deutsche medicinische Wochenschrift» посвященъ 76-му *Съѣзду нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Breslau* и заполненъ работами съ медицинскаго факультета этого города.

1987. Зимнимъ ½-годіемъ 190³/₄ г. *окончили медицинскій курсъ на 20 медицинскихъ факультетахъ Германіи 611 чел.* (противъ 730 въ послѣднемъ лѣтнемъ ½-годіи), при чемъ 26 молодыхъ врачей далъ Berlin, 36 Bonn, 24 Breslau, 16 Erlangen, 26 Freiburg, 10 Giessen, 19 Göttingen, 37 Greifswald, 19 Halle, 10 Heidelberg, 17 Jena, 50 Kiel, 16 Königsberg, 101 Leipzig, 19 Marburg, 88 München, 25 Rostock, 30 Strassburg, 12 Tübingen и 30 Würzburg. Среди выпущенныхъ было 23 иностранца, именно 7 въ Berlin'ѣ, 2 во Freiburg'ѣ, 1 въ Königsberg'ѣ, 3 въ Leipzig'ѣ, 1 въ Marburg'ѣ, 4 въ München'ѣ, 1 въ Rostock'ѣ, 2 въ Strassburg'ѣ, 2 въ Würzburg'ѣ, и 9 женщинъ (изъ нихъ 1 русская),—2 въ Bonn'ѣ, 3 въ Breslau, 1 во Freiburg'ѣ, 2 въ Halle и 1 въ Strassburg'ѣ. Что касается качества обнаруженныхъ на испытаніяхъ познаній, то изъ 510 чел. (для Leipzig'а свѣдѣній нѣтъ) 6—въ томъ числѣ 2 женщины—получили отмѣтку «превосходно», 1—«отлично», 72—«очень хорошо» и 243 «хорошо» («Deutsche medicinische Wochenschrift», 22 сентября).

1988. «The Medical Age» (10 сентября) передаетъ, что *дѣтская смертность въ Японіи* ниже, чѣмъ въ Европѣ и Америкѣ. Объяснять это приходится устройствомъ домовъ, которые никогда не имѣютъ подваловъ и прекрасно провѣтриваются, и привычкой населенія къ купанью.

1989. Судя по свѣдѣніямъ, сообщаемымъ газетою «Medical Record» (10 сентября), *американскія сестры милосердія (nurses), наѣхавшія въ Японію, пришлись тамъ совсѣмъ «не ко двору»*. «Хотя учтивый японецъ», замѣчаетъ газета, «конечно, не отзовется о нихъ, какъ отозвался о сестрахъ въ Южной Африкѣ д-ръ *Frederick Treves*,—что въ странѣ были 2 язвы, женщины и мухи», тѣмъ не менѣе дѣло обстоитъ приблизительно такъ-же. Корреспондентъ газеты «The Globe» г. Curtis пишетъ съ Дальняго Востока, что изъ всѣхъ затрудненій, съ какими принуждено считаться японское правительство отъ начала войны, наибольшимъ являются хлопоты о газетныхъ корреспондентахъ и американскихъ сидѣлкахъ. Ни тѣ, ни другія не надобны японцамъ, а хлопотъ доставляютъ массу. Для японскихъ врачей эти сестры—прямо кошмаръ. Языка онѣ не знаютъ никакого, кромѣ англійскаго, и это дѣлаетъ ихъ совсѣмъ безполезными. Между тѣмъ онѣ не могутъ ѣсть японскую пищу и жить въ японскомъ стилѣ,—то и другое приходится доставлять имъ. Нужды-же въ нихъ нѣтъ ровно никакой, ибо медицинская помощь обставлена у японцевъ такъ, какъ нигдѣ въ свѣтѣ (?).

1990. *Умерли:* 1) Подъ Харбиномъ *Иванъ Ивановичъ Дудкинскій* («Сибирскій Вѣстникъ», 12 сентября), родившійся въ 1873 г., а званіе врача получившій въ 1898 г.—2) На театрѣ войны отъ тифа *Григорій Андреевичъ Петровъ*. «Въ «Днѣпровскомъ Вѣстникѣ» (22 сентября), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, помѣщенъ о немъ очень теплый некрологъ. Послѣ покойнаго осталась семья, состоящая изъ жены и 4-хъ дѣтей, *безъ всякихъ средствъ къ существованію*. Покойный родился въ 1875 г., а званіе врача получилъ въ 1898 г.—3—4) Состоявшіе въ запасѣ чиновниковъ в.-медицинскаго вѣдомства и на учетѣ: по Винницкому уѣзду *Вилямовскій* («Правительственный Вѣстникъ», 25 сентября), и Таганрогскому—*Мендель Яковлевичъ Зеленскій* (тамъ-же), родившійся въ 1866 г., а званіе врача получившій въ 1891 г.—5) Въ Сувалкахъ *Станиславъ Эдмундовичъ Конколевскій* («Przegląd lekarski», 1 октября), родившійся въ 1862 г., а званіе врача получившій въ 1886 г.—6) 25-го сентября, въ Петербургѣ, *Алексѣй Семеновичъ Трубачевъ* («Новое Время», 26 сентября), родившійся въ 1857 г., а званіе врача получившій въ 1882 г.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Англійскіе

New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated. 27 февраля.

1. **W. S. Renner.** *Tertiary syphilis of the nose and pharynx.* 2. **T. W. Brockbank.** *Some points in the care and use of the static machine.* 3. **H. Roth.** *Thrombosis of the cavernous sinus.* 3 случая. 4. C. **S. White.** *The necessity of a reliable sign of complete anaesthesia.* 5. **H. M. Fish.** *Frontal sinusitis and ophthalmoplegia interna partialis.* 6. **F. W. Kenney.** *The use of formaldehyde as a preservative in urine.* Формальдегидъ неудобно прибавлять къ мочѣ ради сохраненія ея: тогда невѣрны итоги реакцій на бѣлокъ. 7. **T. M. Price.** *The comparative digestibility of raw, pasteurized and sterilized milk.*

5 марта.

1. A. **Robin.** *The new biologic test for human blood...* (Не окончена). 2. **A. Brav.** *Postdiphtheritic paralysis of accomodation* Случай. 3. **C. J. Aldrich.** *Thrombosis of the jugular veins in pulmonary tuberculosis.* Случай и литература. 4. **J. B. Huber.** *Impressions of the tuberculosis exposition at Baltimore.* 5. **S. D. Hopkins** *Preliminary report of bilateral excision of the superior and middle cervical sympathetic ganglia in 5 cases of epilepsy.* 6. **W. S. Renner.** Продолженіе статьи о третичномъ сифилисѣ носа и глотки.

12 марта.

1. **H. M. Hepperlen.** *A simple method of intestinal anastomosis.* 2. **W. S. Renner.** (Продолженіе). 3. **S. S. Cohen.** *Senile pneumonia.* Хвалитъ противъ старческой пнеймоніи, между прочимъ, кислородъ. 4. **G. Nordstrom.** *A study of the affection «Writer's cramp».* О писчей судорогѣ. 5. **D. H. Murray.** *Rectocolonic lavage...* 6. **A. Robin.** (Продолженіе).

19 марта.

1. **D. H. Craig.** *The dangerous operation of uterine curettement.* 2. **J. F. Erdmann.** *Appendicitis in young children.* 3. **L. E. Holmes.** *Postoperative pneumonia.* 4. **D. J. M. Miller.** *The inaccuracy of the common spoon as a milk sugar measure in the home modification of milk.* 5. **W. S. Renner.** (Окончаніе).

26 марта.

1. **R. L. Dickinson.** *The best time for repairs of laceration of the cervix.* 2. **P. W. Nathan.** *A case of cerebral diplegia (so-called spastic spinal paraplegia), with pseudohypertrophy.* 3. **A. W. Herzog.** *The effect of violet rays on nebulae.* 4. **G. H. Donahue.** *Primary trachelorrhaphy.* 5. **R. W. Johnson.** *Laparotomy for gunshot wounds of the abdominal viscera.* 5 случаевъ. 6. **P. Bartholow.** *The use of injections of sodium cinnamate in locomotor ataxia.* 7. **L. G. Cole.** *Skiagraphic errors: their causes, dangers, and prevention.* 8. **A. P. Palmer.** *Normal saline solution. A review of some of its clinical uses.* 9. **C. A. Elsberg.** *Some clinical features of diseases of the gallbladder and bile ducts due to gallstones...* 10. **C. C. Hersman.** *The influence of typhoid fever on the nervous system.*

2 апрѣля.

1. **J. Wright.** *A critical review of some of the recent literature of tuberculosis.* 2. **C. P. Ambler.** *When should the tuberculous patient be sent frome home?* 3. **M. P. Overholzer.** *On laboratory diagnosis.* (Не окончена). 4. **L. G. Cole** (Продолженіе статьи объ ошибкахъ скіаграфіи). 5. **S. W. Sappington.** *A case of infection with the bacillus aërogenes capsulatus.* 6. **S. B. Lyon.** *Some drug and alcoholic habitués.*

9 апрѣля.

1. **S. L. Mc Curdy.** *The wiring of bone for recent and ununited fracture.* О сшиваніи проволокою костей при переломахъ. 2. **L. G. Cole.** (Окончаніе). 3. **W. P. Spratling.** *Guides to the prognosis in epilepsy* (на основаніи 34 случаевъ). 4. **E. M. Alger.** *The epidemic of so-called trachoma.* 5. **H. Richardson.** *The physiology and pathology of biliary secretion.* 6. **C. A. Oliver.** *Right pulsating exophthalmis: ligation of both the right common carotid artery and the left internal carotid artery: accidental traumatism cure.* Случай. 7. **M. P. Overholser.** (Продолженіе).

16 апрѣля.

1. **J. Van der Poel.** *Ureteral catheterism...* 2. **J. Y. Brown.** *Penetrating and perforation gunshot and stab wounds of the abdomen.* Рядъ случаевъ. 3. **W. C. Gayler.** *Retrouterine haematocele.* 4. **F. H. Stephenson.** *Multiple neuritis: a case resulting probably from morphine toxaemia.* 5. **W. P. Spratling.** (Окончаніе). 6. **A. T. Livingston.** *Ergot in typhoid fever.* 7. **M. P. Overholser.** (Окончаніе). 8. **P. Asher.** *Are the antidotal effects of alcohol, glycerin, etc., upon carbolic acid, chemical or physical?*

23 апрѣля.

1. **C. Beck.** *Sclerosis and ossification of veins.* 2. **D. D. Ashley** and **F. Mueller.** *The treatment following the bloodless reduction of congenital hip dislocation* (вывихъ бедра). 3. **H. D. Chapin.** *The limitations of chemistry in infant feeding.* 4. **M. Manges.** *Some general considerations on the treatment of typhoid fever.* 5. **R. N. Willson.** *The contagious ness of pneumonia.* 6. **J. B. Huber.** *The tendency to tuberculosis.* 7. **J. Rosenberg.** *My experience with phototherapy...* 8. **T. E. Soules.** *The Soules hospital method of burying the stumps of the appendix and mesoappendix in appendicectomy.*

30 апрѣля.

1. **R. H. Boggs.** *Accuracy in x-ray diagnosis.* 2. **J. W. Kime.** *Actinic sunlight in the treatment of pulmonary tuberculosis.* Лѣченіе чахотки солнечнымъ свѣтомъ. 3. **C. G. Cumston.** *Epigastric hernia.* 7 случаевъ. 4. **F. H. Maier.** *A plea for the earlier diagnosis of uterine cancer.* 5. **W. E. Dreyfus.** *The Hopkins-Folin method for the determination of uric acid in urine.*

Французскіе.

Le Progrès médical. 1903 г., 3, 10, 24 и 31 января.

1. **Brissaud.** *La catalepsie symptomatique.* Лекція. 2. **A. Laquerrière.** *Hydrorrhée nasale intense guérie au cours d'un traitement général par l'électricité.* Случай. 3. **Frenkel.** *Sur deux nouveaux médicaments: l'hopogan et l'ektogan* (перекиси: цинка и магнезія). 1. **Poirier.** Вступительная лекція въ курсъ анатоміи. 5. **Guglielminetti.** *Le mal des altitudes.* Итоги наблюденій на воздушномъ шарѣ. 6. **A. Chatin** et **Druelle.** *Infection gonococcique d'un kyste de la verge avec uréthrite blennorrhagique consécutive.* Случай.

7 февраля.

1. **P. Kouindjy.** *Du massage chez les tabétiques.* Окончаніе.

1904 г., 2 января.

1. **Ch. Maygrier.** *De l'accommodation pendant la grossesse et le travail.*

9 января.

1. **Brissaud.** *Les douleurs d'habitude.*

16 января.

1. **Beni-Barde.** *Enumération des procédés hydrothérapiques employés contre la ménorrhagie et contre la plupart des hémorrhagies utérines. Quelques mots sur la technique et sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la douche plantaire.*

23 января.

1. **Dubar.** *Traitement du goitre simple par les injections intraglandulaires d'huile iodée.* 2 наблюденія.

30 января.

1. **Galezowski.** *La syphilis oculaire en général et son traitement.*

6 февраля.

1. **Coudray.** *Sur le traitement des adénites tuberculeuses, en particulier par les injections modificatrices.*

13 февраля.

1. **Margain.** *Hyperkératose palmaire d'origine professionnelle chez les laveurs de mineral de cobalt.*

27 февраля.

1. **F. Berlioz.** *De l'emploi du thiocol (sulfo-gaïacolate de potasse) dans la tuberculose pulmonaire.* 4 удачныхъ случая. Тіоколъ давался по 2—3 грм. въ день.

5 марта.

1. **Papadopoulos.** *Contribution à l'étude de l'ataxie locomotrice progressive.* Въ Трапезундѣ сифилисъ очень частъ у обоихъ половъ, спинная-же сухотка рѣдка у мужчинъ и совсѣмъ не встрѣчается у женщинъ.

12, 19 и 26 марта.

1. **P. Raymond.** *L'épithéliome consécutif de la peau.*

Journal de médecine de Paris. 1903 г., 5 іюля.

1. **R. Pichevin.** *Appendicite et ovaro-salpingite.* (Не оконч.).

12 іюля.

1. **Pierret.** *L'alcoolisme inconscient.*

19, 26 іюля и 2 августа.

1. **P. Reynier.** *Étude sur les ptoses.*

9 августа.

1. **F. Glénard.** *Étude sur les ptoses.* (Не окончена). 2. **Colin.** *Rapport médico-legal sur un cas d'homicide...*

16 и 23 августа.

1. **F. Glénard.** (Продолженіе).

30 августа.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

6 сентября.

1. **F. Glénard.** (Продолженіе).

13 сентября.

1. **Ranwez.** *Relation de quelques faits pour servir à l'étude de l'avortement.* 2. **Drocque.** *Du traitement des tuberculoses ostéo-articulaires par la méthode de Phelps.*

20 и 27 сентября, 4, 11, 18 и 25 октября, 1 и 15 ноября.

1. **F. Glénard.** Продолженіе статьи о птозахъ.

22 ноября.

1. **Ch. Fiessinger.** *La valeur pronostique du gros foie cardiaque.* (Не окончена). 2. **F. Glénard.** (Продолженіе).

29 ноября.

1. **Васильевъ.** *De la cystostomie chez les prostatiques.* 2. **Ch. Fiessinger.** (Продолженіе).

6 декабря.
1. **P. Raymond.** *Du cancer de la peau consecutif à un naevus.*
13 декабря.
1. **G. Bogdan.** *Un nouveau cas d'accouchement rapide suivi de desinsertion du cordon et de chute du foetus.*
20 декабря.
1. **Bouffé.** *Pathogénie du psoriasis. Son traitement.* (Не окончена).
27 декабря.
1. **Bouffe.** (Окончаніе).
1904 г., 3 января.
Оригинальныхъ статей нѣтъ.
10 января.
1. **P. Dignat.** *Crises d'urticaire prémonitoires de coliques hépatique.* По поводу 1 случая.
17 января.
1. **H. Pileur.** *Sur un cas de diagnostic difficile entre une salpingite et un phlegmon pré-rectal.* 2. **Solé.** *La hernie est-elle un accident de travail?*
24 января.
1. **Negresco.** *Mort d'un enfant de trois ans par penetration dans les voies aériennes d'un ascaride lombricoïde.* Судебно-медицинскій случай.
31 января.
1. **Debongnie.** *L'aptitude au service militaire.*
7 февраля.
1. **Dubousquet-Laborderie.** *Quelques recherches sur les épidémies d'ictère.*
14 февраля.
1. **G. P. Coromilas.** *Les rayons x comme moyen parégorique et peut-être curatif contre certaines tumeurs, c'est à-dire la radiothérapie en chirurgie.* 2. **L. Regis.** *Pleurésie aiguë avec épanchement considérable chez un nourrisson de trois mois et demi.*
28 февраля.
1. **L. Lièvre.** *Névrite traumatique du plexus brachial consécutive à des massages.* Случай.
6 марта.
1. **Deletrez.** *Le traitement de l'inversion utérine puerpérale avec prolapsus.*
13 марта.
1. **G. Alexandre.** *Observation d'un cas de corps étranger ayant séjourné dix mois dans les bronches. Guérison.* 2. **A. Courtade.** *Anatomie topographique des cryptes des amygdales hypertrophiées.*
20 марта.
1. **J. Dauby.** *Les dangers de la digitale dans certaines affections cardiaques.* Наперстянка опасна при артеріосклерозѣ и при эндокардитахъ съ разрощеніями. 2. **Maymou.** *De quelques cas insidieux d'infection d'origine utérine.* (Продолженіе).
27 марта.
1. **Artaud de Veney.** *La teinture des marrons d'Inde contre les hémorroïdes.* Настойка эта въ пріемахъ по 5—30 капель 2 раза въ день рѣзко уменьшаетъ боли при шишкахъ. 2. **Maymou.** (Продолженіе).

Journal médical de Bruxelles. 1903 г., 2 іюля.
1. **Ensch.** *L'inspection de la respiration nasale et de l'ouïe à l'école.*
9, 16 и 23 іюля.
1. **J. Ioteyko.** *Influence de l'adrenaline et de quelques autres produits glandulaires sur la contraction musculaire.*
30 іюля.
1. **Moreau.** *Les consultations des nourrissons, leur nécessité, leur organisation.*
6 августа.
1. **A. Bayet.** *L'inoculation de la syphilis aux animaux.*
13 августа.
1. **H. Coppez** et **J. Vaucleroy.** *Un cas de sarcome primitif de l'iris.*
20 августа.
1. **L. Wilmart.** *Des fonctions de la capsule de Tenon.* 2. **Foquet.** *Deux cas de maladie de Barlow.* 3. **R. Verhoogen.** *Sur le pronostic de l'hystérie traumatique.*
27 августа.
1. **L. Stordeur.** Изъ Отчета по болѣзнямъ сердца клиники проф. *Vandervelde* за 1902 г. 2 наблюденія (случай жирового перерожденія и 2 случая смѣщенія сердца). 2. **R. Verhoogen.** *Sur les prétendues altérations histologiques du sang dans le tabes.*
3 сентября.
1. **Vandervelde.** *Les cas de fièvre typhoïde traités dans le service en 1902.*
10 сентября.
1. **Geeraerd.** *Considérations relatives aux tuberculeux traités dans les salles de la clinique pendant l'année 1902.* (Не оконч.).
17 сентября.
1. **Geeraerd.** Окончаніе отчета о чахоточныхъ въ отдѣленіи *Vandervelde* (больница Saint-Jean) за 1902 г.
24 сентября.
1. **G. Barnich.** *Le traitement des anthrax par le courant de gaz oxygène.* 3 случая.
1 октября.
1. **L. Stiénon.** *Sur le diagnostic différentiel de l'appendicite et de la cholécystite aiguë.* 2. **Loquifer.** *Rechutes dans la variole.*
8 октября.
1. **Lorand.** *Sur les rapports du diabète avec le cancer et la tuberculose.* 2. **L. Wilmart.** *Contribution à l'étude du mécanisme des diarthroses.*
15 октября.
1. **O. Laurent.** *La cure opératoire des anévrysmes.* 2. **Van Ryn.** *Une classification uniforme des cas de tuberculose pulmonaire.*
22 октября.
1. **J. Moreau.** *Comment employer la cocaïne.*
29 октября.
1. **Mahillon.** *Mise au point de la question de l'utilité du relevé des champs visuels colorés pour le diagnostic et le pronostic de certains troubles nerveux consécutifs aux traumatismes.*
5 ноября.
1. **E. Dineur.** *De la diverticulite.* 2. **O. Laurent.** *L'anastomose tendineuse.*
12 ноября.
1. **V. Pechère.** *Un cas de méningite séreuse d'origine otique.*
19 ноября.
1. **Leredde** *Pathogénie et classification des dermatose bulleuses. Valeur nosologique de l'éosinophilie dans ces affections.*
26 ноября.
1. **R. Verhoogen.** *La pneumonie des vieillards.* О 26 случаяхъ пнеймоніи.
3 декабря.
1. **H. Coppez** et **A. Depage.** *Un cas d'actinomycose orbitaire.* 2. **G. Lemoine** et **L. Mayer.** *Epilepsie jacksonienne. Syndrome cérébral. Trépanation rolandique. Mort par pneumonie. Autopsie: tumeur du cervelet.*
10 декабря.
1. **L. Stordeur.** Продолженіе отчета. Случай недостаточности аорты свинцоваго происхожденія.
17 декабря.
1. **E. Rousseau.** *Hémorragies ovariennes.* 3 случая. 2. **L. Stordeur.** Продолженіе. Случаи: общаго артеріосклероза съ припадками цирроза, аортальной атеромы съ неправильностью пульса безъ анейризмы и такой-же атеромы съ расширеніемъ и разрывомъ внутренней оболочки.
24 декабря.
1. **Mahillon.** *Exposé d'un cas de pachyméningite spinale infectieuse, suppurée suivie de guerison.* 2. **L. Mayer.** *Kyste du sinus frontal avec compression cérébrale.*
31 декабря.
1. **M. Funck.** *L'immunité contre le streptocoque et la serothérapie antistreptococcique.* Обзоръ.
1904 г., 7 января.
1. **Loquifer.** *Chorée gravidique.* Клиническая лекція.
14 января.
1. **L. Chokièz.** *L'air liquide.* О примѣненіи жидкаго воздуха въ медицинѣ.
21 января.
1. **J. Verhoogen.** *Le traitement du cancer inopérable à l'Hospice de l'Infirmerie.*
28 января и 4 февраля.
1. **V. Scheuer.** *Contribution au traitement de la névralgie sciatique par les injections intramusculaires d'antipyrine.*
11 февраля.
1. **Jaumenne.** *Contribution à la pathogénie de l'ozène.*
18 февраля.
1. **Jaumenne.** *Sarcome multiple de la dure-mère avec destruction du temporal et perforation du tympan.*
25 февраля.
1. **G. Lemoine.** *Des divers aspects de la vésicale dans la lithiase des voies biliaires.*
3 марта.
1. **A. Schamelhout.** *Solutions d'antipyrine.*
10 марта.
1. **Mahillon.** *La sélection médicale envisagée au point de vue de la tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec les collectivités.*
17 и 24 марта.
1. **A. Depage.** *A propos d'une série de 50 cas d'appendicite.*
31 марта.
1. **Labarre.** *A propos d'un cas d'hémiatrophie faciale traité avec succès par la méthode de Gersuny-Eckstein.*

Редакторы | Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CLXVII. Мнимый упадокъ зрѣнія у дѣтей.

(Изъ наблюденій въ Петербургскихъ народныхъ школахъ).

Р. А. Каца.

О мнимомъ упадкѣ зрѣнія у дѣтей я имѣлъ уже случай говорить въ одномъ изъ педагогическихъ нашихъ журналовъ, коснувшись вопроса объ экзаменахъ и ихъ вліяніи на нервную систему впечатлительныхъ дѣтей [1]). Указавъ на основаніи собственныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ, что при расшатанности нервовъ отъ тяжелыхъ болѣзней тѣла или продолжительныхъ нравственныхъ страданій можетъ развиться воображаемая слѣпота и что подобную расшатанность нервовъ могутъ вызвать умственныя напряженія и волненія во время экзаменовъ, я привелъ случаи, въ коихъ эта экзаменаціонная нейрастенія повела путемъ самовнушенія къ потерѣ или сильному упадку зрѣнія.

Вотъ эти случаи.

I. Блѣдная дѣвочка, лѣтъ 9 отъ роду, замкнутая въ себѣ, молчаливая, съ широкими зрачками и трепетными вѣками, явилась ко мнѣ на пріемъ въ сопровожденіи озабоченной матери: уже 2-й день дѣвочка стала плохо видѣть лѣвымъ глазомъ. Дѣйствительно, при изслѣдованіи оказалось, что въ правомъ глазу имѣлось нормальное зрѣніе, въ лѣвомъ-же всего лишь 0,2 противъ нормы; правымъ глазомъ больная читала самую мелкую печать, лѣвымъ-же не разбирала и крупной. Однако, осмотръ глаза не обнаружилъ никакихъ измѣненій, коими можно было-бы объяснить столь значительное пониженіе зрѣнія: роговица и прочія среды глаза были совершенно чисты; близорукости, какъ и другихъ неправильностей въ устройствѣ глаза, не было; зрительный нервъ и сѣтчатка представляли нормальную картину, а зрачекъ столь-же быстро съуживался отъ свѣта, какъ и на правомъ глазу. На слизистой оболочкѣ вѣкъ лѣваго глаза замѣчалась зернистость (фолликулярное воспаленіе); но на зрѣніе эта ненормальность оболочки рѣшительно не могла имѣть никакого вліянія.

Дабы выяснить причину этого загадочнаго упадка зрѣнія, я сталъ разспрашивать о занятіяхъ дѣвочки и объ обстоятельствахъ, при которыхъ наступило разстройство зрѣнія. Оказалось, что дѣвочкѣ черезъ нѣсколько дней предстояло впервые держать экзаменъ. Что дѣлалось въ душѣ этого необщительнаго ребенка, мать не знала; но что мысль о возможности «провалиться» на экзаменѣ неизмѣнно преслѣдовала дѣвочку и очень ее волновала, видно было по тому, что она и ѣсть стала плохо, и сонъ у нея становился все болѣе и болѣе тревожнымъ. Такъ это все шло crescendo, пока и не случилась катастрофа съ глазомъ.

Изъ сопоставленія этого разсказа съ данными изслѣдованія глазъ стало очевиднымъ, что подъ вліяніемъ экзаменаціонныхъ волненій, у дѣвочки, и безъ того нервной, развилась острая нейрастенія, а послѣдняя, въ свою очередь, повела къ тому, что ощущеніе неловкости въ глазу отъ легкаго воспаленія вѣкъ вызвало представленіе о большомъ несчастіи съ глазомъ—упадкѣ зрѣнія.

Исходя изъ этого положенія, я прописалъ капли изъ мѣднаго купороса для впусканія въ лѣвый глазъ и при этомъ сказалъ, обращаясь преимущественно къ больной: «Капли будутъ нѣсколько щипать, но за то уже послѣ 1-й капли зрѣніе начнетъ поправляться». Это было ничто иное, какъ внушеніе: капли прописаны были противъ болѣзни вѣкъ, и онѣ нисколько не могли-бы улучшить зрѣніе, если-бы оно въ дѣйствительности было ослаблено. Внушеніе подѣйствовало; на 3-й день дѣвочка стала видѣть лѣвымъ глазомъ такъ-же хорошо, какъ и правымъ.

II. У 10-лѣтней дѣвочки, страдавшей съ годъ назадъ нервной болѣзнью (малой хореей), ослѣпъ лѣвый глазъ въ то время, какъ она готовилась къ одному изъ особенно волновавшихъ ее экзаменовъ. Собственно говоря, какъ хорошая ученица, она могла-бы быть освобожденной отъ экзаменовъ; но, желая отличиться, она не воспользовалась этой льготой и держала экзамены наравнѣ съ другими. Изслѣдованіе зрѣнія показало, что лѣвымъ глазомъ больная почти ничего не видѣла: лишь съ самаго близкаго разстоянія она могла имъ сосчитать, сколько пальцевъ ей показывали; осмотръ-же глазнымъ зеркаломъ обнаружилъ вполнѣ нормальное состояніе обоихъ глазъ. Такъ какъ и въ этомъ случаѣ найдена была на мнимослѣпомъ глазу нѣкоторая ненормальность въ слизистой оболочкѣ вѣкъ, а именно—легкій катарръ, который столь-же мало могъ вліять на зрѣніе, какъ и зернистость въ случаѣ I, то я и здѣсь прописалъ глазныя капли противъ воспаленія вѣкъ, предупредивъ, что послѣ капель улучшится зрѣніе. На другой-же день, послѣ 2-го впусканія капель, мнимослѣпой глазъ прозрѣлъ.

III. У очень блѣдной дѣвочки, лѣтъ 8 или 9 отъ роду, оказалось сильное пониженіе зрѣнія (до 0,1), опять-таки почему-то на лѣвомъ глазу, въ то время какъ глазнымъ зеркаломъ нельзя было найти причину этого разстройства. И здѣсь также имѣлось пораженіе слизистой оболочки вѣкъ—легкая трахома (фолликулезъ), нѣсколько рѣзче выраженная на лѣвомъ глазу. Въ этомъ случаѣ больная жаловалась лишь на то, что ей что-то мѣшаетъ въ лѣвомъ глазу; слабость зрѣнія оказалась лишь при изслѣдованіи по таблицѣ. Прописавъ соотвѣтственныя глазныя капли, я высказалъ матери больной свое мнѣніе о воображаемости упадка зрѣнія и посовѣтовалъ ей предупредить дѣвочку, что послѣ капель у нея зрѣніе возстановится. Такъ оно и случилось. Возможно, что и тутъ имѣлась экзаменаціонная нейрастенія, такъ какъ дѣло было весной (въ маѣ). Но мысль о подобной причинѣ мнѣ тогда не пришла въ голову, и я этого вопроса не поднималъ. Въ виду этого я и не рѣшаюсь винить экзамены и въ данномъ случаѣ, какъ ни вѣроятнымъ кажется такое предположеніе.

Случаи эти показывали, что появленію мнимаго упадка зрѣнія при экзаменахъ способствуютъ 2 условія: 1) извѣстное предрасположеніе къ нервнымъ разстройствамъ и 2) заболѣваніе глаза, хотя-бы самаго невиннаго свойства. Неустойчивость нервной системы располагаетъ къ развитію экзаменаціонной нейрастеніи, а ненормальное ощущеніе въ глазу обусловливаетъ проявленіе нервнаго разстройства именно въ зрительномъ органѣ.

Съ тѣхъ поръ, какъ я, по приглашенію городской училищной Коммиссіи, сталъ оказывать окулистическую помощь учащимся въ народныхъ школахъ Петербурга, наблюденія мои надъ разстройствами зрѣнія у дѣтей значительно участились, сдѣлавшись къ тому-же и болѣе систематическими. Изъ этихъ наблюденій я и убѣдился, что при наличности обоихъ указанныхъ условій мнимыя разстройства зрѣнія у дѣтей, хотя и не столь рѣзкія, случаются и при обычномъ теченіи школьной жизни и что рядомъ съ такими разстройствами зрѣнія отъ самовнушенія, на которыя, какъ оказывается, указано было еще *Schnabel*'емъ [1]) 11 лѣтъ назадъ, встрѣчаются и другіе случаи, гдѣ упадокъ зрѣнія просто вымышленъ. Какъ ни вздорны бываютъ поводы къ подобному притворству у дѣтей, послѣднее тѣмъ не менѣе оказывается подчасъ весьма упорнымъ и, подобно разстройству зрѣнія отъ самовнушенія, легко можетъ ввести въ заблужденіе неподготовленнаго къ тому изслѣдователя. Вотъ почему я и считаю нелишнимъ сообщить нижеслѣдующія наблюденія за 2 года своей окулистической дѣятельности при начальныхъ городскихъ училищахъ въ Петербургѣ.

1. П. П., 10 л., обратилась ко мнѣ 2/v 1902 г. съ жалобой на ухудшеніе зрѣнія. По ея словамъ, она и на доскѣ стала плохо видѣть, и читать стала съ трудомъ—послѣ непродолжительнаго чтенія буквы начинали сливаться. Изслѣдованіе остроты зрѣнія показало на правомъ глазу, какъ и на лѣвомъ, 0,5 противъ нормы; при приставкѣ-же стекла въ +0,75 D острота зрѣнія становилась вполнѣ нормальной на обоихъ глазахъ. Страннымъ казалось тутъ то обстоятельство, что столь слабая неправильность въ преломленіи глазъ оказывала такое рѣзкое вліяніе на остроту зрѣнія, а болѣе сильныя стекла ухудшали зрѣніе и вдаль, и вблизи. Изслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ—въ прямомъ видѣ, какъ и скіаскопіей—показывало легкую дальнозоркость, въ виду чего мною и назначены были очки въ +0,75 D на оба глаза для школьныхъ занятій.

Нѣсколько мѣсяцевъ спустя, 25/ix 1902 г., эта дѣвочка явилась ко мнѣ снова. Она не сказала, что была уже у меня, не сказала ничего про назначенныя мною въ тотъ разъ очки и была записана на другомъ листкѣ, какъ новая больная. Такъ какъ къ тому-же фамилія ея, вслѣдствіе неясности произношенія, была въ этотъ разъ означена нѣсколько иначе, чѣмъ въ предъидущій, то я лишь долгое время спустя убѣдился, что это было одно и то же лицо. При 2-мъ посѣщеніи дѣвочка обнаружила остроту зрѣнія въ 0,8, при чемъ двояковыпуклыя стекла въ 0,5 D не ухудшали, но и не улучшали зрѣнія вдаль; на близкомъ-же разстояніи она чрезъ +0,75 D могла читать самый мелкій шрифтъ, а безъ очковъ почти не въ состояніи была его разобрать. И въ этотъ разъ мною прописаны были +0,75 D для занятій.

Больше я этой дѣвочки не видалъ; но едва-ли можетъ подлежать какому-нибудь сомнѣнію, что она и въ 1-ый разъ, и во 2-ой имѣла нормальную остроту зрѣнія и видѣла самый мелкій шрифтъ безъ всякихъ очковъ. Отчего она показывала не полное зрѣніе, сказать трудно. Возможно, что, не смотря на юный возрастъ и незначительную степень дальнозоркости, здѣсь вслѣдствіе малокровія или шаткости нервовъ все-же имѣлась недостаточность приспособленія и что вслѣдствіе самовнушенія безсиліе приспособленія къ близкимъ предметамъ превратилось въ упадокъ зрѣнія и для дали. Но возможно и то, что дѣвоч-

[1]) Мнимая слѣпота у дѣтей во время экзаменовъ. «Воспитаніе и Обученіе», 1902 г., май.

[1]) «Ueber Sehstörung durch Suggestion bei Kindern», «Prager med. Wochenschrift», 1893, № 10. Прив. по *Graefe-Saemisch* Handbuch der gesammten Augenheilkunde, 2 изд., II ч., VIII т. XII гл., стр. 357.

ка просто притворялась, желая получить очки, которыя тогда еще не выдавались безплатно; не получивъ ихъ въ 1-ый разъ, она, быть можетъ, потому и дала нѣсколько иныя показанія во 2-ой, что надѣялась такимъ образомъ лучше убѣдить въ необходимости очковъ для нея.

2. А. Т., 12 л., явилась ко мнѣ 25/IX 1902 г. съ легкимъ катарромъ соединительной оболочки вѣкъ на обоихъ глазахъ. Острота зрѣнія равнялась 0,4; стекла не улучшали зрѣнія. Назначены были глазныя капли изъ сѣрнокислаго цинка. Я просилъ дѣвочку показаться черезъ недѣлю. Явившись во 2-й разъ, она сообщила, что глазамъ ея стало лучше. Катарральныя явленія, дѣйствительно, ослабѣли, хотя и не исчезли совсѣмъ; но что явилось совершенной неожиданностью, такъ это полная острота зрѣнія, оказавшаяся при этомъ изслѣдованіи на обоихъ глазахъ.

5/III 1903 г. дѣвочка опять обратилась ко мнѣ съ жалобой, что она «снова не видитъ» и что при чтеніи и письмѣ страница окрашивается въ разные цвѣта. Изслѣдованіе зрѣнія показало всего лишь 0,3, а отъ приставки +0,75 D къ глазамъ острота зрѣнія поднялась до 0,5. Тогда я къ поставленнымъ уже стекламъ приставилъ—0,75 D, превративъ такимъ образомъ силу приставленныхъ стеколъ въ 0; получилось 0,9 нормальнаго зрѣнія. Послѣ того дѣвочка, при нѣкоторой настойчивости съ моей стороны, стала и безъ очковъ читать эту-же строку, а затѣмъ и самую верхнюю (V=1). На слизистой оболочкѣ вѣкъ снова обнаружены были катарральныя явленія.

Въ этомъ случаѣ поводомъ къ самовнушенію могли явиться ненормальныя ощущенія въ глазахъ отъ катарра соединительной оболочки, подобно чувству усталости въ глазахъ отъ легкой дальнозоркости въ случаѣ 1, хотя вполнѣ отрицать притворство, конечно, и здѣсь невозможно.

3. А. П., 10 л., придя ко мнѣ 9/XI 1902 г., жаловалась на упадокъ зрѣнія, продолжавшійся у нея съ недѣлю. Въ прошломъ году она училась успѣшно и видѣла хорошо. При изслѣдованіи остроты зрѣнія на каждомъ глазу отдѣльно дѣвочка читала только до 3-й строки снизу (V=0,3); сферическія стекла не улучшали зрѣнія, и лишь цилиндрическое стекло +Cyl 1 D съ вертикальной осью повышало остроту зрѣнія до 0,4. Въ виду сомнительности результатовъ этого изслѣдованія и полнаго ихъ несоотвѣтствія съ объективными данными, назначеніе очковъ отложено было впредь до дальнѣйшаго изслѣдованія.

На 2-й день дѣвочка прочла уже лишь послѣднюю строку (V=0,1); выше она «не видѣла». Тогда я сталъ настаивать, чтобъ она читала дальше, и она стала читать, все выше и выше, пока не дошла до самой верхней строки, обнаруживъ такимъ образомъ вполнѣ нормальную остроту зрѣнія.

4. М. Н., 10 л., 24/I 1903 г. показала при изслѣдованіи лишь 0,3 нормальной остроты зрѣнія. Сферическія стекла не улучшали зрѣнія, а отъ приставки цилиндрическаго стекла (+Cyl 1 D) съ горизонтальной осью острота зрѣнія поднялась до 0,9. Но, когда вслѣдъ затѣмъ къ этому стеклу приставлено было —Cyl 1 D съ такимъ-же направленіемъ оси, то оказалось почти нормальное зрѣніе. Предписанъ былъ отдыхъ на 3 дня, послѣ чего изслѣдованіе показало 0,8 безъ очковъ и полную остроту зрѣнія при приставкѣ +0,75 D; стекла эти и были назначены для занятій.

Около года спустя, 2/XII 1903 г., дѣвочка пришла ко мнѣ съ новой жалобой: «отъ очковъ ломитъ въ глазахъ, а безъ нихъ глаза слезятся». Изслѣдованіе показало полную остроту зрѣнія безъ очковъ, какъ и при приставкѣ +0,75 D.

Очевидно, очки ей надоѣли, а ея способность приспособленія была и въ самомъ дѣлѣ недостаточна для занятій. Эта-же недостаточность приспособленія, по видимому, послужила у нея въ свое время и поводомъ къ мнимому разстройству зрѣнія.

5. М. К., 8 л., 29/I 1903 г. разбирала едва лишь 2-ю строку снизу, а съ +0,75 D читала 3-ю (V=0,3).

13/II она сообщила, что въ виду слабости зрѣнія читаетъ въ очкахъ отца. Съ +0,75 D она по прежнему читала лишь 3-ю строку; когда же я къ этимъ стекламъ приставилъ —0,75 D, то стала читать выше и въ концѣ концовъ обнаружила вполнѣ нормальную остроту зрѣнія.

19/III она пришла ко мнѣ снова съ жалобой, что стала «немного хуже видѣть». Безъ очковъ она прочла до 6-й строки, а съ +0.75 D до 7-й. На этотъ разъ обезсиливаніе стеколъ приставкой —0,75 D уже не оказало того дѣйствія, какъ раньше: дѣвочка заявила, что видитъ хуже, хотя все-же прочла тѣ же 7 строчекъ и даже нѣкоторыя буквы изъ 8-й.

Здѣсь, по видимому, имѣлось дѣло съ настоящимъ притворствомъ, примѣры котораго встрѣчаются лишь у взрослыхъ и опытныхъ притворщиковъ. Приходится допустить, что дѣвочка подмѣтила мой пріемъ съ двойными стеклами—какъ ни удивительна подобная смѣтливость у ребенка—подмѣтила, быть можетъ, и связь между своимъ показаніемъ при этомъ пріемѣ и безразличнымъ моимъ отношеніемъ къ ея жалобѣ; ей-же, очевидно, хотѣлось очковъ, а отцовскія, по всей вѣроятности, не всегда находились въ ея распоряженіи.

6. К. Д., 10 л., явилась ко мнѣ 18/II 1903 г. съ жалобой, что «съ той недѣли стала плохо видѣть». На роговой оболочкѣ праваго глаза было небольшое пятнышко, лѣвый-же глазъ былъ чистъ. Безъ стеколъ она показывала зрѣніе въ 0,2 на обоихъ глазахъ; по приставкѣ же +1 D на правомъ глазу оказалось 0,4, а на лѣвомъ 1. Мелкую печать она безъ очковъ не видѣла; съ +1 D разбирала ее, но не хуже того читала ту же самую печать и при прибавкѣ —1 D къ этимъ стекламъ. Скіаскопія, какъ и изслѣдованіе въ прямомъ видѣ, показывали на правомъ глазу несомнѣнную дальнозоркость, на лѣвомъ-же едва замѣтную.

4 дня спустя дѣвочка была вторично изслѣдована. Съ +1 D. —1 D она читала самую верхнюю строку (10-ю), а безъ этихъ стеколъ путала буквы и въ 9-й.

Въ этомъ случаѣ, какъ видно, уже имѣлось дѣло скорѣе съ самовнушеніемъ, основаніемъ къ которому служило пятнышко на роговицѣ одного глаза. Правда, свѣторазсѣяніе отъ мутности роговицы и неодинаковая отчетливость образовъ на сѣтчаткѣ того и другого глаза обыкновенно мѣшаютъ зрѣнію лишь въ первое время по полученіи такой мутности, пока больной не свыкается съ этой ненормальностью и не перестаетъ замѣчать ее, а въ данномъ случаѣ у дѣвочки было пятнышко на роговицѣ уже нѣсколько лѣтъ, и до послѣдняго времени она, по видимому, не испытывала отъ него никакихъ неудобствъ. Ближайшимъ поводомъ къ самовнушенію мутность роговицы, стало быть, служить не могла. Но подъ вліяніемъ разсказовъ подругъ или родныхъ объ испытываемыхъ ими разстройствахъ зрѣнія дѣвочка могла сдѣлаться болѣе внимательной къ своимъ ощущеніямъ при актѣ зрѣнія и незначительную помѣху при этомъ актѣ путемъ самовнушенія превратить въ сильный упадокъ зрѣнія. Возможно, впрочемъ, что нѣкоторымъ основаніемъ къ самовнушенію служила и легкая дальнозоркость, имѣвшаяся у нея.

7. В. Ч., 11 л., явилась ко мнѣ 21/II 1903 г. съ жалобой, что плохо видитъ и при чтеніи, и на доскѣ. Она заявила, что уже въ прошломъ году жаловалась на свое зрѣніе и что ей тогда дали капли, но что капли не помогли. При изслѣдованіи остроты зрѣнія она безъ стеколъ читала лишь 3-ю строку снизу (0,3), съ +0,75 D прочла до 9-й, а съ +0,75 D —0,75 D обнаружила вполнѣ нормальную остроту зрѣнія. Мелкій шрифтъ разбирала съ трудомъ, поднося его очень близко къ глазамъ; съ +0,75 D читала его лучше, а съ +0,75 D.—0,75 D совершенно свободно («гораздо лучше»). Я ей сказалъ, что теперь она видитъ хорошо и что больше ей приходить не нужно.

Черезъ годъ, 10/II 1904 г., эта дѣвочка пришла снова и сказала, что у нея «рябитъ въ глазахъ, а буквы мелькаютъ». Она учится уже 4-й годъ: 2 года сидѣла въ среднемъ отдѣленіи. Съ тѣхъ поръ, какъ она побыла у меня въ прошломъ году, она видѣла хорошо, но теперь ей опять стало хуже. Изслѣдованіе показало на обоихъ глазахъ 0,5 противъ нормы; съ +0,75 D зрѣніе поднялось до 0,7, а отъ +0,75 D.—0,75 D получилось V=1.

Что заставляло эту дѣвочку жаловаться 3 года подрядъ на свое вполнѣ безупречное зрѣніе, сказать трудно. Не играли-ли тутъ какую-нибудь роль опасенія на счетъ перевода въ слѣдующее отдѣленіе? То обстоятельство, что оба раза дѣвочка являлась во 2-ой половинѣ учебнаго года, въ одинъ и тотъ-же мѣсяцъ, какъ будто говоритъ въ пользу такого предположенія.

8. Л. Г., 10 л., малокровная, съ легкими катарральными явленіями на слизистой оболочкѣ вѣкъ, явилась ко мнѣ 3/III 1903 г. 3 дня назадъ ей стало темно въ глазахъ; сегодня тоже было темно. Въ запискѣ отъ школьнаго врача значилось: «получаетъ рыбій жиръ, вѣчно лѣчится». Изслѣдованіе показало на обоихъ глазахъ безъ стеколъ 0,5 нормальнаго зрѣнія, съ +0,75 D —0,7, а съ 0—1.

Давъ дѣвочкѣ борную кислоту для промыванія глазъ растворомъ ея, я просилъ ее придти черезъ недѣлю. Пришла она, однако-же, на 2-й-же день и заявила, что «вовсе ничего не видитъ».

9. З. В., 11 л., малокровная, обратилась ко мнѣ 5/III 1903 г. съ жалобой, что при чтеніи сливаются буквы. Безъ стеколъ разбирала лишь до 7-й строки, съ +0,75 D до 9-й, а съ 0 обнаружила вполнѣ нормальную остроту зрѣнія. Мелкую печать она безъ очковъ «не видѣла», а съ 0 хорошо читала.

10. В. В., 10 л., блѣдный и нервный мальчикъ, явился 18/X 1903 г. съ катарральнымъ воспаленіемъ соединительной оболочки вѣкъ. Онъ жаловался, что буквы «слипаются». Стало это у него недавно. Учится 3-й годъ; въ прошломъ году этого не было. Назначено было соотвѣтствующее лѣченіе, изслѣдованіе-же зрѣнія въ этотъ разъ не могло быть произведено. 3 дня спустя мальчикъ заявилъ: «глаза больше не гноятся; только ничего не вижу». Изслѣдовано было зрѣніе. Дочитавъ до 3-й строки (0,3), мальчикъ сталъ увѣрять, что больше не видитъ. При настойчивомъ моемъ требованіи онъ все-же прочелъ слѣдующую строку, заявивъ опять, что больше не видитъ. Я продолжалъ настаивать, и мальчикъ, повторяя свое «больше не вижу» послѣ каждой строки, дочиталъ до 7-й. Больше онъ читать не сталъ. Тогда я приставилъ къ его глазамъ +0,75 D. Тотчасъ-же онъ прочелъ 9-ю строку; а, когда я, приставивъ къ этимъ очкамъ —0,75 D

превративъ ихъ въ плоскія стекла, то онъ безъ всякихъ колебаній прочелъ 10-ю строку, показавъ такимъ образомъ и вполнѣ нормальную остроту зрѣнія, и совершенно правильное преломленіе глазъ.

11. А. Ф., 11 л., пришла ко мнѣ 7/XI 1903 г. съ жалобой, что когда читаетъ, то буквы «скачутъ». Въ очкахъ матери ей хорошо читать, только потомъ болятъ глаза. При изслѣдованіи остроты зрѣнія увѣряла, что видитъ лишь 0,4; по настойчивому-же моему требованію стала читать выше и дочла до 9-й строки, а съ +0,75 D и еще лучше съ +0,75 D. —0,75 D прочла и самую верхнюю строку (V=1). Съ этими же мнимо исправляющими стеклами читала и мелкую печать.

25/II 1904 г. она явилась снова съ жалобой на зрѣніе. На этотъ разъ простымъ глазомъ прочла 8 строкъ, съ +0,75 D показала почти полную остроту зрѣнія, при приставкѣ-же —0,75 D къ этимъ стекламъ, не колеблясь, тотчасъ-же заявляла, что ей видно хуже. То же самое оказалось и при чтеніи мелкой печати.

Очевидно, что здѣсь, какъ и въ случаѣ 5, имѣлось дѣло съ упорнымъ притворствомъ. Поводъ къ притворству въ обоихъ случаяхъ былъ одинъ и тотъ-же: тамъ дѣвочкѣ захотѣлось очковъ, какъ у отца, здѣсь—какъ у матери. Но со стороны 11-лѣтней дѣвочки эта способность подмѣтить, при всей сложности изслѣдованія зрѣнія, именно тотъ пріемъ, который выдалъ ее, обнаруживъ ея притворство, и затѣмъ, спустя нѣсколько мѣсяцевъ, воспользоваться своей наблюдательностью для достиженія своей цѣли,—такая изворотливость въ данномъ случаѣ все-же не настолько поразительна, какъ у дѣвочки, имѣвшей всего лишь 8 лѣтъ отъ роду.

12. А. Т., 10 л., крѣпкаго сложенія, развитая не по лѣтамъ, явилась 7/XI 1903 г. съ жалобой, что, когда пишетъ, то у нея «стрѣляетъ въ виски», и тогда она больше писать не можетъ. Изслѣдованіе зрѣнія дало на лѣвомъ глазу 0,8 безъ стекла и почти полную остроту съ + 0,75 D; на правомъ-же глазу дѣвочка показывала лишь 0,2 нормальнаго зрѣнія. Такъ какъ глазное зеркало не обнаружило никакихъ пороковъ въ правомъ глазу, то я приступилъ къ провѣркѣ зрѣнія праваго глаза помощью стекла съ матовой ½-ной, примѣняемаго для обнаруженія притворной слабости зрѣнія на одномъ глазу. Приставивъ прозрачную ½ этого стекла къ лѣвому глазу, я заставилъ дѣвочку читать таблицу, и, когда она дошла до 5-ой строки, незамѣтно для нея передвинулъ стекло вверхъ, такъ что матовая его ½ прикрыла лѣвый глазъ: дѣвочка продолжала безостановочно читать и 5-ую строку, и 6-ую, и 7-ую, но затѣмъ остановилась и больше не стала читать. Такимъ образомъ выяснилось, что правымъ глазомъ она видѣла уже во всякомъ случаѣ не меньше 0,7. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи оказалось, что лѣвымъ глазомъ она читала самую верхнюю строку и съ плоскимъ стекломъ (сквозь прозрачную ½ стекла для притворщиковъ). Такое-же зрѣніе она, по видимому, имѣла и на правомъ глазу, но доказать это тутъ-же не удалось: очевидно, дѣвочка замѣтила мой пріемъ съ заслонкой, и, какъ только матовое стекло прикрывало зрачокъ, она тотчасъ-же останавливалась. Лишь 1 разъ мнѣ удалось преодолѣть ея бдительность, когда она читала 9-ую строку: нѣсколько буквъ въ этой строкѣ она прочла уже послѣ того, какъ я передвинулъ заслонку на лѣвый зрачекъ. Мелкую печать она начала-было читать и безъ очковъ, но послѣ нѣсколькихъ словъ остановилась и заявила, что ей «стало темно въ глазахъ».

4 дня спустя дѣвочка явилась для вторичнаго изслѣдованія зрѣнія. Съ + 0,75 D передъ обоими глазами она читала самую верхнюю строку (V = 1), съ + 0,75 D — 0,75 D эту строку видѣла «лучше», при прикрываніи же лѣваго глаза матовой ½-ной стекла, по прежнему читала лишь до 7-ой строки. Мелкій шрифтъ свободно читала съ + 0,75 D, какъ и съ 0, а при передвиганіи заслонки на лѣвый зрачекъ прочитывала еще нѣсколько словъ и затѣмъ останавливалась.

Въ этотъ-же день вмѣстѣ съ нею пришла ко мнѣ ея подруга М., однихъ съ нею лѣтъ, которая почти въ тѣхъ-же выраженіяхъ («ударяетъ въ виски») жаловалась на безсиліе зрѣнія при занятіяхъ и у которой, дѣйствительно, оказались упорныя головныя боли при малокровіи и дальнозоркости, потребовавшія назначенія очковъ для занятій. Эта дѣвочка, послужившая, по видимому, предметомъ подражанія для Т., сразу показала полную остроту зрѣнія на обоихъ глазахъ, съ + 0,75 D она вдаль видѣла такъ-же, какъ и безъ очковъ, а мелкую печать въ этихъ стеклахъ читала гораздо свободнѣе, чѣмъ въ плоскихъ.

13. С. П., 10 л., явился 14/I 1904 г., жалуясь, что сталъ плохо видѣть и что по вечерамъ не можетъ читать. Временами бываютъ кровотеченія изъ носа. Изслѣдованіе зрѣнія показало на обоихъ глазахъ лишь 0,4; съ + 0,5 D получилось почти 0,7, а по приставкѣ—0,5 D къ + 0,5 D зрѣніе поднялось до 0,9. Черезъ недѣлю изслѣдованіе было повторено; на этотъ разъ мальчикъ сразу прочелъ простымъ глазомъ до 9-ой строчки. Стекла не давали дальнѣйшаго улучшенія, да и изслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ показывало нормальное преломленіе. Такой-же результатъ изслѣдованія получился и 28/I. Что касается невозможности читать по вечерамъ, на которую жаловался мальчикъ и которая, по видимому, явилась поводомъ къ его мнимому разстройству зрѣнія вдаль, то, какъ оказалось, она зависѣла просто отъ недостаточности освѣщенія: стѣнная лампа, при которой онъ занимался дома по вечерамъ, не удовлетворяла и матери его которая также плохо видѣла свою работу при этой лампѣ.

14. В. Ч., 9 л., пришла 4/II 1904 г. На обоихъ глазахъ—простой катарръ соединительной оболочки. Обращалась уже въ прошломъ году и удовлетворилась цинковыми каплями. Теперь жалуется, что плохо видитъ. Изслѣдованіе остроты зрѣнія показало 0,7; отъ + 0,75 D она поднялась до 0,8, а отъ 0 до 1.

15. И. Ф., 9 л., явилась 28/II 1904 г. съ жалобой на упадокъ зрѣнія. Изслѣдованіе показало неполныя 0,3; выше дѣвочка не читала, не смотря на самое настойчивое мое требованіе. Стекла тоже не помогали. Когда-же я, приступивъ къ разслѣдованію причины этого упадка зрѣнія, освѣтилъ глаза лупой, то, къ немалому своему удивленію, увидѣлъ инородное тѣло (уголекъ), крѣпко сидѣвшее въ роговой оболочкѣ нисколько не раздраженнаго праваго глаза. Уголекъ, разумѣется, тотчасъ-же былъ извлеченъ, а дальнѣйшее изслѣдованіе зрѣнія отложено было на нѣсколько дней.

3/III дѣвочка явилась во 2-ой разъ. Изслѣдованіе показало полную остроту зрѣнія на обоихъ глазахъ при вполнѣ правильномъ преломленіи.

Случай этотъ, на мой взглядъ, весьма характеренъ. Когда соринка влетѣла въ глазъ, дѣвочка этого, очевидно, не замѣтила или не поняла, а ощущеніе инороднаго тѣла въ одномъ глазу подъ вліяніемъ самовнушенія превратилось у нея въ представленіе объ упадкѣ зрѣнія на обоихъ. Устраненіе повода къ самовнушенію уничтожило и мнимое разстройство зрѣнія, подобно тому, какъ это сдѣлали цинковыя капли въ сл. 2. Возможно, впрочемъ, что тутъ дѣйствовали не сама операція и не капли, а невольное внушеніе, заключавшееся въ этихъ пособіяхъ [1]).

16. А. М., 11 л., пришла 15/IV 1904 г. съ жалобой, что стала плохо видѣть при чтеніи и на доскѣ. Сидитъ далеко отъ окна. Острота зрѣнія обоихъ глазъ безъ стеколъ = 0,6; съ + 0,75 D = 0,9, а съ 0 = 1. Предписано мыть глаза на ночь и просить о пересадкѣ поближе къ окну.

22/IV. Полная острота зрѣнія безъ всякихъ стеколъ.

Поводомъ къ самовнушенію явилось здѣсь чувство напряженія въ глазахъ отъ недостаточнаго освѣщенія, какъ это было и въ сл. 13.

17. Е. Г., 10 л., явилась 28/IV 1904 г. Учится 2-ой годъ. Въ прошломъ году ей впускали въ глаза капли впродолженіи мѣсяца, и ей сдѣлалось лучше. Теперь она снова стала плохо видѣть. Изслѣдованіе обнаружило простой катарръ соединительной оболочки, острота-же зрѣнія оказалась на обоихъ глазахъ не выше 0,7. Сферическія стекла, двояковыпуклыя, какъ и двояковогнутыя, не улучшали зрѣнія, и лишь отъ + Cyl 0,75 D съ вертикальной осью получилось 0,9. Назначивъ пока цинковыя капли, я просилъ дѣвочку показаться черезъ 3 дня. Во 2-ое свое посѣщеніе она заявила, что ей стало лучше и что она не видитъ только очень мелкихъ буквъ, а въ 3-ье посѣщеніе, 4 дня спустя, безъ всякихъ очковъ разбирала 10-ую строчку (V = 1) и читала самую мелкую печать.

18. А. С., 9 л., явилась 6/V 1904 г. съ жалобой на плохое зрѣніе. По утрамъ глаза у нея не слипаются, но она не видитъ тогда то однимъ глазомъ, то другимъ. Изслѣдованіе глазъ не обнаружило ничего ненормальнаго, кромѣ лишь легкаго катарра соединительной оболочки, острота-же зрѣнія на каждомъ глазу отдѣльно, какъ и на обоихъ вмѣстѣ, оказалась не выше 0,5. Стекла не помогали; лишь + Cyl 0,75 D, и непремѣнно съ горизонтальной осью, а не съ вертикальной, повышало зрѣніе на каждомъ глазу отдѣльно до 0,6, а на обоихъ вмѣстѣ до 0,7. Когда-же я уничтожилъ дѣйствіе этихъ стеколъ, приставивъ къ нимъ—Cyl 0,75 D съ горизонтальной-же осью, то зрѣніе поднялось еще выше—0,9.

Таковы случаи мнимаго упадка зрѣнія, обнаруженные мною за означенный промежутокъ времени. Въ дѣйствительности такихъ случаевъ, надо полагать, было гораздо больше, такъ какъ раньше, чѣмъ подмѣтить у дѣтей эту удивительную наклонность къ самовнушенію или притворству, я, вѣроятно, не разъ принималъ мнимыя разстройства зрѣнія за истинныя. Такъ, напр., у 10-лѣтней К. А. 2/X 1902 г. обнаружена была на обоихъ глазахъ острота зрѣнія въ 0,3 при дальнозоркости въ 1 D, по исправленіи которой соотвѣтственными стеклами получилось 0,8; а у 12-лѣтняго Н. Н., явившагося 5/XII 1902 г., острота зрѣнія съ 0,6 поднялась до 1 при приставкѣ + 0,75 D. Въ обоихъ случаяхъ мною распознана была дальнозоркость и назначены были очки для занятій. Между тѣмъ сопоставленіе этихъ показаній съ тѣми, которыя давались въ случаяхъ мнимаго разстройства зрѣнія, невольно заставляетъ думать, что въ 1-омъ случаѣ приставка—1 D къ + 1 D повысила-бы остроту зрѣнія до

[1]) Ср. случаи излѣченія истерическихъ страданій глазъ «ложной операціей», сообщенные д-ромъ *Valude*'омъ въ «Revue de l'hypnotisme et de la psychologie physiologique» (1896, декабрь) и реферированные мною во «Врачѣ» (1897, стр. 317).

нормальной, что тамъ, стало быть, имѣлось полное зрѣніе безъ всякихъ неправильностей преломленія, и что во 2-омъ случаѣ полная острота зрѣнія имѣлась и безъ очковъ. Но этихъ и имъ подобныхъ случаевъ вѣроятнаго притворства, какъ недоказанныхъ, я въ разсчетъ принимать не стану. Не буду также приводить и тѣхъ случаевъ, гдѣ жалобы на ухудшеніе зрѣнія не подтверждались и не отстаивались ложными показаніями на таблицѣ и шрифтахъ для изслѣдованія зрѣнія. Такихъ случаевъ было не мало, но особеннаго интереса они не представляютъ, такъ какъ мнимость разстройства обнаруживалась тутъ тотчасъ-же при обычномъ изслѣдованіи зрѣнія.

Такимъ образомъ съ явнымъ упадкомъ зрѣнія отъ самовнушенія или притворства было 18 случаевъ. Общее-же число дѣтей, обратившихся за указанное время въ мою амбуляторію изъ народныхъ школъ, равнялось 623. Стало быть, случаи мнимаго упадка зрѣнія составляли 2,89% по отношенію къ общему числу обращавшихся за глазной помощью; если-же счетъ вести съ того дня, когда я впервые обнаружилъ мнимость слабаго зрѣнія и попалъ на способъ ея обнаруженія взаимно уничтожающимся дѣйствіемъ стеколъ, т. е. съ 24/I 1903 г., то % этотъ повысится до 3,92. Съ столь частымъ явленіемъ въ школьной жизни дѣтей нельзя не считаться какъ педагогамъ, такъ и врачамъ, въ особенности-же тѣмъ изъ послѣднихъ, кто слѣдитъ за состояніемъ глазъ у учащихся, такъ какъ иначе можно рисковать распознать амбліопію (слабость зрѣнія безъ видимыхъ причинъ) и сдѣлать цѣлый рядъ назначеній, въ то время какъ въ дѣйствительности зрѣніе оказывается вполнѣ нормальнымъ и все лѣченіе должно заключаться въ энергичномъ лишь внушеніи.

Невольное вниманіе обращаетъ тутъ на себя и то обстоятельство, что съ жалобами на мнимый упадокъ зрѣнія почти исключительно являлись дѣвочки; мальчиковъ было всего 2. Такъ какъ общее число дѣвочекъ за оба года равнялось 338, а мальчиковъ—285 [1]), то % мнимоамбліопичныхъ среди дѣвочекъ составлялъ 4,73, а среди мальчиковъ всего лишь 0,7 (если считать лишь съ 24/I 1903 г., то соотвѣтствующія цифры будутъ 6,15 и 1). Явленіе это, будучи, конечно, отнюдь не случайнаго свойства, представляетъ большой интересъ и въ обще-медицинскомъ отношеніи. Оно показываетъ, до какой степени различіе въ характерѣ и устойчивости нервной системы у мужчинъ и женщинъ сказывается уже въ дѣтскомъ возрастѣ.

Въ какихъ случаяхъ мнимый упадокъ зрѣнія обусловливался самовнушеніемъ, и въ какихъ притворствомъ—сказать съ увѣренностью трудно. Но, что самовнушеніе могло служить причиной мнимаго разстройства зрѣнія, показываетъ сл. 15 съ возстановленіемъ нормальнаго зрѣнія послѣ удаленія инороднаго тѣла изъ роговицы; ненормальныя-же ощущенія въ глазахъ при пятнахъ роговой оболочки (сл. 6), катарральныхъ явленіяхъ (сл. 2, 10, 14, 17 и 18), безсиліи приспособленія (сл. 1 и 4) или недостаточности освѣщенія (сл. 13 и 16) могли играть ту-же роль въ происхожденіи мнимаго упадка зрѣнія, какую играла соринка въ только-что указанномъ случаѣ. Несомнѣнно и то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣлось дѣло съ однимъ лишь притворствомъ—изъ желанія-ли получить очки (сл. 5 и 11), или просто чтобы порисоваться (сл. 3 и 8). Наконецъ, въ извѣстной части случаевъ, вѣроятно, дѣйствовали обѣ причины: начиналось дѣло съ самовнушенія по поводу какого-либо ненормальнаго ощущенія въ глазахъ или подъ вліяніемъ разсказовъ подруги, а кончалось притворствомъ, изъ желанія отстоять свое показаніе, хотя неосновательность его и стала очевидной.

Распознать мнимый упадокъ зрѣнія у дѣтей въ большинствѣ случаевъ удается легко путемъ взаимно уничтожающихся исправленій. Начавъ изслѣдованіе, какъ всегда, съ собирательныхъ стеколъ и давъ почитать въ нихъ по таблицѣ для изслѣдованія зрѣнія, приставляютъ къ нимъ разсѣивающія стекла того же № и снова заставляютъ читать по таблицѣ. Обыкновенно отъ 1-ой пары стеколъ получается мнимое улучшеніе зрѣнія (на самомъ-же дѣлѣ—ухудшеніе, которое быть можетъ, оттого и выдается за улучшеніе, что подтверждаетъ ложное показаніе), а отъ обѣихъ паръ—полное возстановленіе зрѣнія. Но бываетъ, что это «улучшеніе» наступаетъ лишь отъ цилиндрическаго стекла и лишь при опредѣленномъ направленіи его оси—быть можетъ, именно при томъ, которое даетъ наихудшее зрѣніе; тогда слѣдуетъ попытаться и это «исправленіе» уничтожить цилиндрическимъ-же стекломъ противоположнаго свойства, и такой нуль можетъ дать полное возстановленіе того зрѣнія, которое подъ вліяніемъ нуля отъ сферическихъ стеколъ нисколько не улучшалось... Въ иныхъ случаяхъ, впрочемъ, удается достигнуть тѣхъже результатовъ съ помощью простого плоскаго стекла и даже одной лишь настойчивостью безъ всякой приставки стеколъ.

Лѣченіе должно быть направлено, прежде всего, противъ той ненормальности, которая послужила поводомъ къ самовнушенію,—тѣмъ болѣе, что въ назначеніи средства противъ этой ненормальности заключается и незамѣтное психическое воздѣйствіе противъ самого представленія объ упадкѣ зрѣнія. Въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ такое лѣченіе оказывается недостаточнымъ, или поводъ къ самовнушенію неизвѣстенъ, или наконецъ, имѣется дѣло съ явнымъ притворствомъ,—остается лишь дѣйствовать внушеніемъ и убѣжденіемъ.

[1]) Преобладаніе дѣвочекъ и въ общемъ числѣ обратившихся за глазной помощью дѣтей, быть можетъ, до извѣстной степени также находится въ связи съ ихъ большей склонностью къ жалобамъ на болѣзни. Во всякомъ случаѣ, въ общемъ числѣ учащихся въ начальныхъ городскихъ училищахъ преобладаютъ мальчики (въ 1901—02 уч. году ихъ числилось 11865, а дѣвочекъ 11450).

Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

О хроническомъ гнойномъ воспаленіи Fallopi'евыхъ трубъ въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніяхъ.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

(Продолженіе. См. выше, № 40, стр. 1333).

5. А. П., 25 л., поступила въ клинику 20/IX 1893 г. Первыя мѣсячныя на 16-мъ году; типъ ихъ правильный — черезъ 3 нед. по 4—5 дней. Рожала 2 раза. Первые роды на 17-мъ году, послѣдніе—3 мѣс. назадъ на 7-мъ мѣсяцѣ беременности. Жалуется на опухоль внизу живота, которую замѣтила послѣ послѣднихъ родовъ. Сначала опухоль лежала справа внизу живота; въ этой сторонѣ и въ правой ногѣ появились и боли; затѣмъ опухоль, по словамъ больной, передвинулась къ средней линіи. Въ послѣднее время боли въ правой ногѣ и внизу живота бываютъ ежедневно, длятся по 4—5 час. и имѣютъ схваткообразный характеръ.—Средняго роста, крѣпкаго сложенія, достаточнаго питанія. Животъ напряженъ. Въ нижней его части прощупывается упругая, мало подвижная, болѣзненная при ощупываніи опухоль, шириною въ 18 стм., поднимающаяся надъ лобкомъ на 23 стм. Влагалищная часть цилиндрической формы, смотритъ кпереди. Зѣвъ зіяетъ и пропускаетъ конецъ пальца. Тѣло матки въ переднемъ сводѣ, въ anteflexio. Черезъ передній сводъ и боковые прощупываются сегменты опухоли, придавливающей матку къ лону. Длина полости матки 10 стм. Распознана межсвязочная киста праваго яичника. Послѣ операціи оказался правосторонній pyosalpinx. Температура въ теченіи 2-хъ недѣль до операціи только 3 раза была 37°,7, остальное время была нормальная.

13/X: Чревосѣченіе. Обычный разрѣзъ по средней линіи. Въ разрѣзѣ показалась синеватая, упругая, круглая опухоль съ голову взрослаго. Сдѣланъ проколъ труакаромъ, при чемъ выпущено 1500 к. стм. чистаго гноя съ запахомъ. Послѣ этого опухоль извлечена была наружу, и при изслѣдованіи оказалось, что она представляла изъ себя растянутую гноемъ правую *Fallopi*'еву трубу. Поднимаясь почти до пупка, опухоль нижнимъ сегментомъ вдавалась въ правую широкую связку, справа тѣсно прилегала къ слѣпой кишкѣ, а слѣва—къ правому краю матки. Полость гнойника промыта 2%-мъ растворомъ борной и протерта 5%-мъ растворомъ карболовой кислоты. Въ виду глубокаго положенія опухоли и отношенія ея къ маткѣ и слѣпой кишкѣ удалить ее не представлялось возможнымъ; поэтому было рѣшено удалить лишь часть мѣшка, а остатокъ его вшить въ брюшную рану. Верхняя часть брюшной раны соединена 12 шелковыми узловатыми швами, въ нижній-же уголъ вшита культя такимъ образомъ, что брюшинный покровъ культи былъ пришитъ къ брюшинѣ брюшной раны. Остатокъ мѣшка прижженъ приборомъ *Paquelin*'а, присыпанъ аристоломъ и затампонированъ сулемовой марлей, а сверху покрытъ обычной повязкой.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ осложненій при нормальныхъ температурѣ и пульсѣ. Ежедневная перевязка куль-

ти. Больная выписалась изъ клиники 12/хп съ небольшимъ свищемъ.

Макроскопическое описаніе препарата. Срѣзанная часть мѣшка состоитъ изъ 2-хъ кусковъ: одного большаго, и другого меньшаго. Одинъ длиной 14, шириной 5,5, другой длиной 11, шириной 9 стм.; толщина стѣнки $^3/_4$ стм. Слизистая оболочка сильно гипертрофирована и покрыта какъ бы грануляціями, съ мелкую горошину величиной.

6. В. П., 37 л., поступила въ клинику 27/х 1899 г. Первыя мѣсячныя на 19-мъ году, затѣмъ установились правильно черезъ 4 нед. по 4—5 дней. Въ 1887 г. вышла замужъ въ 1-ый, въ 1890 г. во 2-ой разъ. Больной себя считаетъ съ перваго замужества; беременной не была. Жалуется на кровотеченія, длящіяся по нѣсколько мѣсяцевъ съ небольшими въ 10—5 дней промежутками. Иногда кровей не было по 2 мѣсяца; постоянно бѣли, боли въ спинѣ и головныя боли. Лѣчилась 10 лѣтъ всевозможными средствами. — Средняго роста и сложенія. Подкожный жирный слой развитъ слабо. Общее исхуданіе. Животъ не увеличенъ, при ощупываніи болѣзненъ съ лѣвой стороны внизу. Влагалищная часть матки смотритъ кпереди. Матка неподвижна, наклонена назадъ. Правый сводъ свободенъ. Въ лѣвомъ рядомъ съ маткой опредѣляется плотная, заходящая и въ передній сводъ, болѣзненная при ощупываніи опухоль, очень ограниченной подвижности. Распознаны: лѣвосторонній сальпингоофоритъ; pyosalpinx. Температура за время пребыванія больной въ клиникѣ (27/х — 29/хі) не представляла отклоненій отъ нормы, колеблясь между 36°,6 и 37°,3.

4/хі: Чревосѣченіе. Разрѣзъ по бѣлой линіи. Опухоль, въ апельсинъ, была срощена съ пристѣночной брюшиной и съ петлями тонкихъ кишекъ; при отдѣленіи срощеній она лопнула, и изъ нея излился въ полость брюшины зеленоватый, густой гной. По отдѣленіи срощеній на ножку опухоли наложена двойная шелковая лигатура, поверхъ которой опухоль и срѣзана. Вмѣстѣ съ опухолью удаленъ и лѣвый кистовидно-перерожденный яичникъ. Матка отдѣлена отъ срощеній и пришита 2-мя шелковыми швами къ брюшной стѣнкѣ. Брюшная рана зашита въ 1 этажъ 12 шелковыми узловатыми швами. Послѣоперацiонный періодъ протекъ безъ повышенія температуры. В. П. выписалась здоровой 3/хп 1899 г.

Макро- и микроскопическое описаніе препарата. Опухоль представляетъ изъ себя утолщенную *Fallopi*'еву трубу, спаянную съ лѣвымъ яичникомъ. Труба, длиной 14 стм., сильно извита и окутана ложными перепонками; стѣнка ея утолщена; на разстояніи 3 стм. отъ матки она сразу утолщается, около-же матки не представляетъ почти никакихъ измѣненій отъ нормы; брюшной конецъ зарощенъ; бахромокъ не видно; каналъ трубы сильно извитой; слизистая оболочка ея разросшаяся и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ выполняетъ почти сплошь просвѣтъ трубы. Яичникъ увеличенъ; при разрѣзѣ онъ оказывается весь кистовидно перерожденнымъ и состоящимъ изъ цѣлаго ряда различной величины полостей, наполненныхъ студенистымъ содержимымъ.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты 3 куска изъ *Fallopi*'евой трубы и 1 изъ кистовидно-перерожденнаго яичника. Изъ стѣнки трубы взяты: 1 кусокъ ближе къ маточному концу, 1 на серединѣ и 1 ближе къ брюшному концу. Патологическія измѣненія стѣнки трубы найдены на всемъ ея протяженіи. Ворсины трубы значительно увеличены, выполняютъ собою почти весь просвѣтъ трубы; эпителій мѣстами сохранился, но цилиндрическую форму свою потерялъ; клѣтки его представляются кривыми, сплюснутыми; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ ядра совсѣмъ нѣтъ; въ другихъ оно есть, но неправильной формы. Основа трубной стѣнки почти сплошь инфильтрирована гнойными клѣтками, огромное число которыхъ видно и въ просвѣтѣ трубы. Кромѣ гнойныхъ клѣтокъ, видны новообразованные сосуды и цѣлыя скопища большихъ одноядерныхъ клѣтокъ то круглыхъ, то многогранныхъ, мѣстами образующихъ какъ-бы цѣлую организованную ткань. Мышечная часть трубы богата межуточной соединительной тканью. Сплошной гнойной инфильтраціи не замѣтно, а имѣется только гнѣздная, въ видѣ небольшихъ гнойничковъ, ближе къ брюшинному покрову трубы. Въ основѣ яичника тоже много соединительной ткани и нѣсколько кистовидныхъ полостей съ образованными стѣнками.

7. А. Г., 43 л., поступила въ лѣчебницу Христа Спасителя въ октябрѣ 1900 г. съ жалобами на сильныя боли внизу живота, особенно справа, лихорадочное состояніе, головныя боли, отсутствіе позыва на ѣду, исхуданіе. Мѣсячныя съ 14 лѣтъ; типъ ихъ правильный: черезъ 3 нед. по 5—6 дней; въ послѣдніе годы стали путаться, иногда бываютъ очень обильныя и съ сильными болями. Рожала 3 раза, правильно; послѣдніе роды были лѣтъ 15 назадъ. Больной считаетъ себя лѣтъ 12: все это время постоянно чувствуетъ боли внизу живота, заставлявшія нѣсколько разъ ложиться въ постель и подолгу (2—3 мѣс.) оставаться въ ней. Въ продолженіи 12 лѣтъ лѣчилась всевозможными способами; нѣсколько разъ лѣчилась систематически грязями въ Сакахъ, на Кавказѣ, но безъ особаго успѣха. Въ концѣ концевъ согласилась на операцію, для производства которой и помѣстилась въ лѣчебницу. — Общее исхуданіе; недостаточное развитіе подкожнаго жирнаго слоя; цвѣтъ кожи съ землистымъ оттѣнкомъ. Животъ увеличенъ. Въ нижней части его прощупывается болѣзненная, малоподвижная опухоль, верхней границей доходящая до пупка. Тѣло матки влѣво отъ средней линіи; справа отъ нея —мало подвижная, упругая опухоль, съ головку новорожденнаго, тѣсно прилегающая къ правому краю матки. Съ лѣвой стороны матки прощупывается неувеличенный яичникъ. Температура повышенная. Распознанъ правосторонній pyosalpinx.

Послѣ обычнаго приготовленія больной къ операціи сдѣланъ разрѣзъ по бѣлой линіи и вскрыта брюшная полость. Рукой, введенной въ полость брюшины, прощупана послѣдняя, при чемъ найдено, что опухоль, дѣйствительно, принадлежитъ правой *Fallopi*'евой трубѣ и срощена съ пристѣночной брюшиной, съ кишками и съ сальникомъ. Предъ выведеніемъ опухоли наружу она была проколота, при чемъ выпущено 500 к. стм. гноя съ большимъ запахомъ. Полость трубы промыта 4%-мъ растворомъ борной и 5%-мъ растворомъ карболовой кислоты. Затѣмъ труба отдѣлена была отъ срощеній; на ножку опухоли наложена двойная шелковая лигатура, и поверхъ лигатуры опухоль срѣзана. Брюшная полость зашита въ 2 этажа: непрерывнымъ кэтгутомъ 1-ый этажъ и металлическими аграфами 2-ой.

Послѣоперацiонный періодъ прошелъ безъ особыхъ осложненій, съ небольшими повышеніями температуры (до 38°,5). На 7-ой день сняты аграфы. На 25-ый оперированная встала съ постели.

Макро- и микроскопическое описаніе препарата. Опухоль представляетъ изъ себя спавшійся мѣшокъ съ толстыми стѣнками. Мѣстами толщина стѣнки достигаетъ 1,5 стм. Съ наружной поверхности мѣшокъ весь покрытъ ложными перепонками въ видѣ обрывковъ, различныхъ длины и толщины. Внутренняя поверхность его неровная; на ней небольшія возвышенія въ видѣ горошинъ, лежащія, видимо, подъ слизистой оболочкой. Слизистая оболочка гладкая; складокъ въ трубѣ нѣтъ. Растянутый мѣшокъ постепенно переходитъ въ нѣсколько менѣе измѣненную и не расширенную часть трубы. Растянута труба главнымъ образомъ въ брюшной части.

Для микроскопическаго изслѣдованія кусочки взяты были изъ расширенной части трубы и изъ съуженной, обращенной къ маткѣ. Въ расширенной части, какъ сказано, совсѣмъ нѣтъ нормальныхъ складокъ, а также нигдѣ не видно и слѣдовъ цилиндрическаго мерцательнаго эпителія. Вмѣсто складокъ, имѣются лишь небольшія возвышенія, лишенныя эпителіальнаго покрова. Каждое такое возвышеніе на концѣ раздѣляется еще на отдѣльные выступы различной величины, отдѣленные одинъ отъ другого небольшими бороздками; послѣднія мѣстами глубоко проникаютъ въ ткань и тоже не покрыты эпителіемъ. При большемъ увеличеніи въ каждомъ такомъ выступѣ замѣчаются 1—2 или нѣсколько кровеносныхъ сосудовъ, смотря по величинѣ выступа; въ иныхъ можно насчитать ихъ до 10. Сосуды одни имѣютъ строеніе капилляровъ, другіе—артерій и венъ. Какъ капилляры, такъ и артеріи расширены и наполнены красными кровяными шариками. Между сосудами и вся основа слизистой оболочки пронизана гнойными клѣтками, мѣстами образующими цѣлыя гнойныя скопленія. Чѣмъ ближе къ мышечной ткани, тѣмъ гнойныхъ тѣлецъ меньше; глубокая часть мышечнаго отдѣла трубы, по видимому, совсѣмъ свободна отъ нихъ. Мышечная часть трубы не представляетъ большихъ отклоненій отъ нормы: въ ней замѣтно лишь нѣсколько большее количество соединительной ткани. Между гнойными шариками попадаются еще особыя клѣтки, имѣющія самую разнообразную форму и величину—то круглыя, то многогранныя, то 3-угольныя, всѣ съ ядромъ. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ видны каріокинетическія фигуры. Расположены эти клѣтки также весьма разнообразно: то цугами, то рядомъ другъ съ другомъ, образуя совершенно сплошную ткань, то кое-гдѣ разбросаны среди гнойныхъ шариковъ. Больше всего ихъ скопляется около сосудовъ, и отсюда онѣ какъ-бы распространяются дальше въ ткань.

Бактеріологическое изслѣдованіе гноя дало отрицательные результаты. Мазокъ и окраска гноя на стеклѣ, а также прививка на питательныя среды не дали ничего положительнаго.

8. О. М., 37 л., поступила въ клинику 24/і 1902 г. Первыя мѣсячныя на 16-мъ году, сразу установились по типу черезъ 3—4 нед. по 5—6 дней. Замужъ вышла на 21-мъ году. Рожала 5 разъ, послѣдній разъ—6 лѣтъ назадъ. Послѣдніе 2 года внизу живота стала чувствовать неопредѣленныя боли. Въ январѣ 1902 г. 3 раза были кровотеченія, продолжавшіяся по 3—4 дня. За послѣднія 2 недѣли боли въ животѣ значительно усилились.—Роста ниже средняго; сложеніе и питаніе умѣренныя. Наружные покровы и видимыя слизистыя оболочки окрашены нормально. Въ животѣ слѣва внизу прощупывается небольшое, плотное, болѣзненное тѣло. Влагалищная часть цилиндрической формы, смотритъ кзади. Тѣло матки сдвинуто вправо и прощупывается въ передне-правомъ сводѣ. Въ лѣвомъ сводѣ—плотное тѣло, соединенное съ лѣвымъ верхнимъ угломъ матки короткимъ плотнымъ тяжемъ. Задній сводъ свободенъ. Распознанъ лѣвосторонній хроническій сальпингоофоритъ. При операціи найденъ лѣвосторонній pyosalpinx.

13/п: Чревосѣченіе. Разрѣзъ по бѣлой линіи, длиной 10 стм. Опухоль оказалась состоявшею изъ лѣвой *Fallopi*'евой трубы и яичника, окутанныхъ со всѣхъ сторонъ ложными перепонками. При отдѣленіи срощеній труба лопнула, и изъ нея въ брюшную полость вылился гной. Операціонное поле промыто послѣ этого 2%-мъ растворомъ борной кислоты. По отдѣленіи срощеній опухоль выведена наружу, и на ножку ея (маточный конецъ) наложена двойная шелковая лигатура, а опухоль поверхъ лигатуры срѣзана. Брюшная рана зашита 2-яруснымъ швомъ: непрерывнымъ кэтгутовымъ 1-ый ярусъ и 3-мя шелковыми и рядомъ аграфовъ—2-ой.

Въ послѣоперацiонномъ періодѣ первые дни температура поднялась до 38°,6, затѣмъ все нормально. На 37-ой день О. М. выписалась здоровой.

Макро- и микроскопическое описаніе препарата. Лѣвая труба свернута въ клубокъ и тѣсно спаяна съ яичникомъ ложными перепонками, которыми окутана со всѣхъ сторонъ. Длина

ея приблизительно 7,5, толщина стѣнки у маточнаго конца 0,6, у мѣста срощенія съ яичникомъ 0,3 стм. У маточнаго конца слизистая оболочка трубы не представляетъ видимыхъ измѣненій; дальше каналъ трубы замѣтно расширяется и наполненъ свѣтложелтымъ гноемъ, безъ запаха; слизистая оболочка въ этомъ мѣстѣ набухшая и разросшаяся. Яичникъ—съ грецкій орѣхъ; размѣры его 3,5 × 4 стм.; внутри его—полость, наполненная такимъ-же гноемъ, какъ и труба. Толщина стѣнокъ полости 0,5—0,8 стм. Полость гнойника покрыта грануляціями. Гнойникъ въ яичникѣ сообщается съ гнойной полостью въ трубѣ.

Мышечный слой въ расширенной части трубы утолщенъ на счетъ разростанія промежуточной соединительной ткани. Въ послѣдней вплоть до слизистой оболочки разсѣяны въ видѣ полосъ и гнѣздныхъ скопленій, особенно возлѣ сосудовъ, лимфоидные элементы. Мышечная ткань стѣнки трубы и средняя оболочка ея сосудовъ матовыя и мѣстами распадаются на глыбки; эта однородность и матовый цвѣтъ выражены, хотя и слабѣе, и на промежуточной ткани. Складки слизистой оболочки булавовидной формы и инфильтрированы; внутри слизистой оболочки разной величины полости, выстланныя низкимъ цилиндрическимъ эпителіемъ. Въ булавовидныхъ отросткахъ множество расширенныхъ сосудовъ, наполненныхъ кровяными шариками. Тамъ, гдѣ слизистая оболочка обнажена отъ эпителія, она покрыта слоемъ красныхъ шариковъ и гнойныхъ тѣлецъ [1]).

9. М. И., 51 г., поступила въ клинику 3/III 1902 г. Первыя мѣсячныя на 13 мъ году, обычно повторялись черезъ 2 недѣли и продолжались по 5 дней, съ небольшими болями. Рожала 6 разъ, роды всегда были тяжелые. 1 разъ былъ, по словамъ больной, выкидышъ между 3-ми и 4-ми родами. Послѣ послѣднихъ родовъ, 18 лѣтъ назадъ, тоже былъ выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ. Въ прошломъ году осенью мѣсячныхъ не было 1 мѣсяцъ; они пришли 1/I 1902 г., были очень обильны и продолжались 8 дней. Больной себя считаетъ съ января 1902 г., когда появились грязноватыя отдѣленія. 21/II слегла въ постель: стала лихорадить (38° и болѣе), появились сильныя боли по всему животу и кровотеченіе. На это-же жалуется и теперь.—Средняго роста, крѣпкаго сложенія; подкожный жирный слой развитъ достаточно. Въ животѣ въ нижней его части справа прощупывается мало подвижная, болѣзненная опухоль, доходящая верхней границей почти до пупка. Матка перегнута впередъ, небольшая, слѣва отъ бѣлой линіи. Опухоль прощупывается черезъ правый сводъ; она тѣсно прилежитъ къ маткѣ, отдѣляясь отъ нея лишь бороздой; мѣстами плотна, мѣстами упруга. Распознанъ правосторонній pyosalpinx.

6/IV: Чревосѣченіе (до операціи больная все время лихорадила: 38°—39°). Разрѣзъ по бѣлой линіи, начиная на 2 пальца выше пупка. Рукой, введенной въ полость брюшины, отдѣлены всѣ срощенія опухоли съ окружающей брюшиной, а также съ сальникомъ и съ кишками. Опухоль была въ головку новорожденнаго. Чрезъ троакаръ изъ нея выпущенъ гной. Послѣ этого опорожненный мѣшокъ вытянутъ наружу, и на ножку его (маточный конецъ *Fallopi*'евой трубы и широкая связка) наложена двойная шелковая лигатура, а мѣшокъ вмѣстѣ съ правымъ яичникомъ поверхъ лигатуры срѣзанъ. Брюшная полость зашита 2-этажнымъ швомъ: непрерывнымъ кэтгутовымъ 1-й и 3-мя шелковыми узловатыми швами и въ промежуткахъ аграфами—2-й.

Послѣоперационный періодъ прошелъ при нормальныхъ температурѣ и пульсѣ, и М. И. на 38-й день послѣ операціи выписалась здоровой.

Макро- и микроскопическое описаніе препарата. Опухоль, съ головку новорожденнаго, представляетъ собой сильно растянутую въ брюшномъ концѣ правую *Fallopi*'еву трубу съ остатками широкой связки и яичникомъ. Длина трубы 20, толщина стѣнки ея маточнаго конца 0,6—1,0, толщина стѣнки расширенной части у брюшного конца 0,2—0,5 стм. Слизистая оболочка въ нерасширенной части трубы болѣе или менѣе сохранилась: на ней еще замѣтны складки; въ расширенной-же части складокъ нѣтъ; внутренняя поверхность ея гладкая, блестящая, мѣстами какъ-бы состоитъ изъ перекладинъ, мѣстами въ ссадинахъ. Яичникъ безъ особыхъ измѣненій.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки изъ разныхъ мѣстъ: одни ближе къ маточному концу, другіе ближе къ брюшному. Слизистая оболочка въ томъ и другомъ участкѣ представляетъ нѣкоторое различіе подъ микроскопомъ. Въ отдѣлахъ опухоли ближе къ маткѣ ворсины трубы достаточно высоки; мѣстами онѣ, хотя и очень рѣдко, покрыты цилиндрическимъ, но сильно обезображеннымъ эпителіемъ. Въ стромѣ ворсинъ артеріальные сосуды (капилляры) увеличены; между сосудами и пучками соединительной ткани—громадное количество гнойныхъ клѣтокъ; этими-же клѣтками, но болѣе слабо, пронизана и мышечная часть трубы. Въ одномъ мѣстѣ въ стромѣ видно подобіе железъ, образовавшихся, по всей вѣроятности, отъ врастанія поверхностнаго эпителія въ ткань и отшнурованія его. Въ брюшной части опухоли ворсины почти совсѣмъ сглажены; покровнаго эпителія нигдѣ не замѣтно; всѣ ворсины, представляющіяся подъ микроскопомъ въ видѣ небольшихъ возвышеній, сплошь наполнены новообразованными капиллярами и артеріями; одни изъ сосудовъ пусты, другіе набиты красными и бѣлыми шариками. Гнойное пропитываніе выражено здѣсь еще рѣзче. Около сосудовъ и вблизи нихъ встрѣчаются особыя клѣтки весьма разнообразнаго вида: то яйцевидныя, то съ углами, то правильно многогранныя; лежатъ онѣ или вмѣстѣ, собираясь въ кучки, или рядами, образуя цѣлые участки какой-то особой ткани, похожей съ перваго взгляда на раковую и саркоматозную. Клѣтки эти рѣзко отличаются отъ гнойныхъ, какъ величиной, такъ и, въ особенности, ядромъ, которымъ снабжена каждая изъ нихъ. Ядро это дов. большое и ярко окрашивается ядерными красками. Мышечная часть трубы въ этомъ отдѣлѣ еще больше пропитана гнойными клѣтками, чѣмъ въ отдѣлѣ маточномъ. Сама мышечная ткань особыхъ измѣненій не представляетъ.

10. У. К., 30 л., поступила въ клинику 16/IX 1902 г. Первыя мѣсячныя на 16-мъ году; типъ ихъ сразу установился правильный, черезъ 4 нед. по 3 дня; съ мая 1902 г. они стали появляться черезъ 2 нед. и длились по 6 дней, сопровождаясь сильными болями внизу живота. Замужемъ 9 лѣтъ; беременна не была ни разу. Послѣ замужества появились бѣли и боли внизу живота, частыя головныя боли, запоры. Въ клинику поступила съ жалобами на кровотеченіе, продолжавшееся 4 недѣли. — Сложенія средняго; питанія слабаго; подкожный жирный слой развитъ слабо. Въ нижней части живота слѣва прощупывается плотная, круглая, слегка подвижная опухоль, съ куриное яйцо. Влагалищная часть отклонена влѣво и впередъ. Тѣло матки увеличено и прощупывается въ переднемъ сводѣ; съ нимъ находится въ связи вышеупомянутое шаровидное тѣло. Въ заднемъ сводѣ справа находится другое шаровидное тѣло, тоже плотное, болѣзненное, окутанное ложными перепонками и срощенное съ задней и боковой стѣнками матки. Распознаны: подсывороточная фиброміома матки и правосторонній хроническій сальпинго-оофоритъ. При операціи найденъ двусторонній pyosalpinx. До операціи больная пробыла въ клиникѣ 5 дней. Крови прекратились на 3-й день по поступленіи. Температура и пульсъ все время были нормальны.

21/IX: Чревосѣченіе. Предварительно введенъ кольпейринтеръ *Braun*'а для поднятія тѣла матки вмѣстѣ съ опухолями. Разрѣзъ по средней линіи, послойный. По вскрытіи брюшной полости прежде всего осмотрѣна опухоль впереди матки. Она вся оказалась окутанной ложными перепонками, была спаяна съ маткой и съ петлями тонкихъ кишекъ и состояла изъ расширенной лѣвой трубы. При освобожденіи ея отъ ложныхъ перепонокъ она лопнула, и изъ нея вылился густой, желтый гной. Послѣ этого труба была раскрыта скальпелемъ, и полость ея промыта 2%-мъ растворомъ борной кислоты. Затѣмъ на ножку опухоли наложена двойная шелковая лигатура, завязанная въ 2 пучка, и поверхъ лигатуры все срѣзано ножницами. 2-я опухоль оказалась утолщенной и расширенной правой трубой, окутанной ложными перепонками. По отдѣленіи ея отъ срощеній на ея ножку наложена двойная шелковая лигатура и перевязана въ 2 пучка; опухоль срѣзана. Вмѣстѣ съ трубами удалены и оба яичника. Тѣло матки не представляло отклоненій отъ нормы. Брюшная полость зашита 2-яруснымъ швомъ: непрерывнымъ кэтгутовымъ на брюшину, апонейрозъ и мышцы—1-й и 3-мя шелковыми швами рядомъ аграфовъ—2-й.

Послѣоперационный періодъ протекъ при совершенно нормальныхъ температурѣ и пульсѣ. 13/X У. К. выписалась здоровой.

Макро- и микроскопическое описаніе препарата. Та и другая опухоль въ куриное яйцо. Снаружи ихъ цѣлый рядъ ложныхъ перепонокъ. Въ расширенной части опухоли (брюшной конецъ *Fallopi*'евой трубы) слизистая оболочка представляетъ рядъ возвышеній—увеличенныя ворсины. Мышечная часть трубы значительно утолщена, особенно ближе къ маткѣ, гдѣ слизистая оболочка болѣе или менѣе нормальнаго свойства.

Для микроскопическаго изслѣдованія взято нѣсколько кусочковъ изъ различныхъ мѣстъ *Fallopi*'евыхъ трубъ и яичниковъ. Слизистая оболочка трубъ оказалась вся сплошь инфильтрированной гнойными клѣтками. Ворсины трубы сохранились хорошо; эпителій виденъ вездѣ и не измѣнилъ своей формы. Мышечная часть трубы совершенно свободна отъ гнойныхъ клѣтокъ. Въ яичникахъ явленія хроническаго межуточнаго воспаленія; на ряду съ этимъ мѣстами видна гнѣздная гнойная инфильтрація. Сосудистая система какъ въ яичникѣ, такъ и въ трубахъ не представляетъ отклоненій отъ нормы.

11. Е. З., 34 л., поступила въ клинику 4/X 1902 г. Первыя мѣсячныя на 15-мъ году; типъ ихъ установился правильный—черезъ 3 нед. по 8 дней, безъ болей. Замужъ вышла на 19-мъ году. Беременной была 2 раза. 1-ые роды были на 22-мъ году, 2-ые $12^1/_2$ лѣтъ назадъ (черезъ 2 года послѣ первыхъ). Послѣ этихъ родовъ 2 мѣсяца лежала въ постели: была лихорадка и сильныя боли внизу живота. Послѣдніе 2 года мѣсячныя стали приходить неправильно и продолжаться по 12—15 дней. Жалуется на обильныя потери крови, боли внизу живота слѣва и чувство жара въ лѣвомъ боку.—Выше средняго роста, умѣреннаго питанія; подкожный жирный слой развитъ слабо. Влагалищная часть по проводной оси таза. Матка перегнута впередъ. Черезъ правый и лѣвый своды прощупываются мѣстами плотныя, мѣстами упругія опухоли, съ той и съ другой стороны тѣсно прилегающія къ маткѣ, отдѣляясь отъ нея лишь бороздками, и состоящія, по видимому, изъ хронически воспаленныхъ *Fallopi*'евыхъ трубъ и кистовидно-перерожденныхъ яичниковъ. Распознаны: двусторонній хроническій сальпингоофоритъ и кистовидное перерожденіе яичниковъ. При операціи найдено: лѣвосторонній pyosalpinx и гнойникъ въ правомъ яичникѣ. Температура въ то-

[1]) Эта исторія болѣзни приведена въ диссертаціи д-ра *В. Д. Бранта*, вышедшей изъ клиники проф. *А. И. Лебедева*—«Къ вопросу объ этіологіи и патологической анатоміи абсцессовъ яичника». Пользуясь случаемъ, приношу благодарность д-ру *Бранту* за часть микроскопическихъ препаратовъ *Fallopi*'евыхъ трубъ, любезно предоставленныхъ имъ мнѣ для моихъ изслѣдованій.

ченія $^1/_2$ мѣсяца до операціи держалась на нормальныхъ цифрахъ (36°,2—37°).

19/x: Операція. Разрѣзъ по бѣлой линіи. По вскрытіи брюшной полости оказалось, что дѣло имѣлось съ двустороннимъ заболѣваніемъ придатковъ. По отдѣленіи сроще́ній съ окружавшими частями обѣ опухоли выведены наружу и по перевязкѣ ножекъ въ 2 пучка, срѣзаны. При удаленіи pyosalpinx'а мѣшокъ разорвался, и часть гноя вылилась въ брюшную полость. Брюшная рана зашита въ 2 этажа—непрерывнымъ шелковымъ и рядомъ аграфовъ.

Послѣоперацiонный періодъ протекалъ при небольшомъ повышеніи температуры (до 38°,2). Нагноеніе въ 2-хъ швахъ. Оперированная выписалась выздоровѣвшей на 41-й день послѣ операціи. При выпискѣ имѣлось лишь небольшое уплотнѣніе съ той и съ другой стороны матки.

Макро-и микроскопическое описаніе препарата. Правая опухоль—въ крупное гусиное яйцо; поверхность ея съ одной стороны гладкая, съ другой бугристая, съ остатками сроще́ній. У верхушки опухоли, представлявшей собой увеличенный яичникъ, проходитъ извилистый тяжъ, съ мизинецъ, представляющій собой извитую, мало измѣненную на видъ, трубу. При разрѣзѣ изъ нея выдѣлился гной. Слизистая оболочка ея немного утолщена; брюшной конецъ зарощенъ; бахромки не различаются. При разрѣзѣ самой опухоли яичника—около одного края найдена полость, длиной 3, шириной около 2 стм., наполненная гноемъ, и 4 различной величины мягкихъ узла, бѣловато-желтоватаго цвѣта. Лѣвый придатокъ представляетъ собой большую, неправильной формы опухоль, въ кулакъ, состоящую изъ извитой трубы, соединенной сроще́ніями съ яичникомъ. На разстояніи 6,5 стм. отъ матки труба утолщена, извита, покрыта ложными перепонками, но сохраняетъ свою форму; къ брюшному концу она сильно расширяется и превращается въ большую, замкнутую ложными перепонками полость, наполненную гноемъ и раздѣленную на нѣсколько отдѣловъ. Около маточнаго конца къ трубѣ прирощенъ яичникъ, длиной 5, шириной 2,5 стм., тоже опутанный ложными перепонками; при разрѣзѣ въ немъ найдена полость, стѣнки которой съ внутренней поверхности неровны, бородавчаты.

Кусочки для микроскопическаго изслѣдованія взяты изъ различныхъ отдѣловъ *Fallopi*'евыхъ трубъ. Слизистая оболочка правой трубы совершенно лишена покровнаго эпителія. Складки ея очень укорочены; строма ихъ пронизана веретенообразными клѣтками и гнойными шариками; послѣднихъ ближе къ брюшному концу замѣтно больше. Кровеносныхъ сосудовъ немного, и новообразованія ихъ не наблюдается. Мышечная часть трубы ближе къ маточному концу безъ особыхъ измѣненій, къ брюшному-же концу въ ней мѣстами встрѣчаются гнойныя гнѣзда. Количество соединительной ткани въ общемъ увеличено. Слизистая оболочка въ брюшномъ концѣ тоже пронизана гнойными клѣтками; эпителія нигдѣ нѣтъ; количество сосудовъ увеличено. Въ лѣвой трубѣ измѣненія большія, чѣмъ въ правой. Гнойная инфильтрація всѣхъ слоевъ, входящихъ въ составъ трубы, особенно рѣзко замѣтна въ области гнойнаго мѣшка. Складки трубы различаются хорошо; онѣ увеличены, отечны, но эпителія на нихъ нѣтъ; онъ имѣется лишь въ маточномъ концѣ трубы и то не на поверхности складокъ, а въ самой стромѣ ихъ, выстилая полости у основанія или въ серединѣ ворсинъ. Мѣстами строма слизистой оболочки совершенно разрушена и ее замѣняютъ гнойныя клѣтки. Въ иныхъ мѣстахъ замѣтно новообразованіе соединительной ткани; здѣсь встрѣчаются различной формы и величины клѣтки—то круглыя, то многогранныя, то съ отростками, до веретенообразныхъ включительно. Клѣтки эти лежатъ или группами, складываясь въ пучки, или разсѣяны по всему полю зрѣнія, но все-же больше группируются около артеріальныхъ сосудовъ.

При бактеріологическомъ изслѣдованіи найдены стрептококки и кишечная палочка.

Въ обоихъ яичникахъ найдены нарывы.

12. Р. М., 25 л., поступила въ клинику 14/x 1902 г. Первыя мѣсячныя на 14-мъ году, приходили всегда правильно черезъ 4 нед., длились по 5—6 дней, въ первые дни съ болями. Беременный была 1 разъ и на 3-мъ мѣсяцѣ беременности выкинула. Больной себя считаетъ 3 года. Жалуется на боли въ правомъ паху и въ поясницѣ и на сильныя бѣли. Въ сентябрѣ 1902 г. было сильное кровотеченіе, продолжавшееся съ недѣлю. Въ іюнѣ въ клиникѣ сдѣлано было выскабливаніе, что̀ принесло временное облегченіе.—Роста выше средняго, хорошаго сложенія и питанія. Въ нижней части живота при ощупываніи рѣзкая болѣзненность. Матка немного увеличена, наклонена впередъ и влѣво. Влѣво отъ нея и больше кзади прощупываются утолщенная труба и яичникъ, чувствительные къ давленію; справа и сзади также болѣзненная опухоль, мѣстами плотная, мѣстами упругая, тѣсно спаянная съ маткой и со стѣнкой таза. Распознанъ двусторонній сальпингоофоритъ (pyosalpinx?) При операціи найденъ двусторонній pyosalpinx. До операціи больная $3^1/_2$ недѣли лихорадила. Боли, особенно по ночамъ, были такія сильныя, что приходилось прибѣгать къ морфію.

2/xi: Операція. Обычный разрѣзъ по бѣлой линіи. Отдѣленіе опухоли представило большія затрудненія въ виду громадныхъ сроще́ній съ окружавшими частями. По отдѣленіи сроще́ній на маточные концы *Fallopi*'евыхъ трубъ наложены двойныя шелковыя лигатуры, и опухоли поверхъ срѣзаны. Брюшная полость зашита 2-ряснымъ швомъ: непрерывнымъ шелковымъ 1-ый и рядомъ аграфовъ и 3-мя узловатыми шелковыми швами—2-ой.

Послѣоперацiонный періодъ прошелъ безъ осложненій при нормальныхъ температурѣ и пульсѣ, и на 27-ой день Р. М. выписалась.

Макро-и микроскопическое описаніе препарата. Правые придатки состоятъ изъ расширенной и извитой трубы, длина которой 7,5 стм. Просвѣтъ маточнаго конца не увеличенъ, брюшной-же конецъ расширенъ, зарощенъ ложными перепонками и совершенно припаянъ къ яичнику—послѣдній и расширенная часть трубы составляютъ одно тѣло, въ большую сливу величиной. Слизистая оболочка трубы сильно ворсиста, въ расширенной части трубы немного мутноватой жидкости. Размѣры яичника 3,5 × 2 стм.; на свободной поверхности его немного бороздокъ. На разрѣзѣ въ немъ найдено желтое тѣло и нѣсколько кистовидныхъ полостей, наполненныхъ сывороточной жидкостью. Лѣвая опухоль также состоитъ изъ расширенной извитой въ клубокъ трубы, но не спаянной съ яичникомъ, а лежащей отдѣльно и окутанной ложными перепонками. Размѣры ея приблизительно до 8 стм. Труба на всемъ протяженіи равномѣрно расширена; слизистая оболочка ея ворсиста и почти совсѣмъ выполняетъ просвѣтъ трубы, въ которомъ находится немного гноя. Яичникъ продолговатой формы, длиной 4, шириной 2 стм., бугристый; съ поверхности его просвѣчиваютъ кистовидныя полости. При разрѣзѣ въ немъ найдено много кистовидныхъ полостей различной величины со студневиднымъ или сывороточнымъ содержимымъ и 1 желтое тѣло.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки изъ *Fallopi*'евыхъ трубъ и яичниковъ. Въ правой трубѣ найдено: слизистая оболочка ея мало измѣнена; ворсины почти нормальнаго вида; покрывающій ихъ цилиндрическій эпителій хорошо сохранился на всемъ протяженіи. Самыя ворсины, сильно извитыя, глубоко вдаются въ просвѣтъ трубы. Гнойной инфильтраціи здѣсь нѣтъ. Въ мышечной-же части трубы мѣстами видны гнѣзда клѣтокъ (гнойники). Основная ткань не представляетъ отклоненій отъ нормы. Въ слизистой оболочкѣ лѣвой трубы громадныя измѣненія. Ворсины значительно увеличены, по большей части срослись одна съ другой и выполняютъ просвѣтъ трубы. Отъ самаго основанія до верхушки онѣ набиты гнойными клѣтками. Эпителія на нихъ нѣтъ, а, если гдѣ онъ и сохранился, то представляетъ картину перерожденія клѣтокъ. Такія измѣненія въ слизистой оболочкѣ видны на всемъ протяженіи трубы, отъ маточнаго конца до брюшного. Эпителій сохранился лишь у маточнаго конца. Мышечная часть трубы увеличена на счетъ соединительной ткани, но гнойной инфильтраціи въ ней нигдѣ нѣтъ. Въ веществѣ праваго яичника—кистовидныя полости и неизмѣненные *Graaf*'овы пузырьки. Въ одномъ мѣстѣ между 2-мя кистовидными полостями, ближе къ hylus, найдено небольшое гнойное гнѣздо. Въ лѣвомъ яичникѣ картина лишь хроническаго оофорита. Кровеносные сосуды безъ особыхъ измѣненій; въ ворсинахъ лѣвой трубы артеріи мѣстами затромбированы.

Мутноватая жидкость изъ правой трубы и гной изъ лѣвой при бактеріологическомъ изслѣдованіи оказались стерильными.

13. Е. К., 33 л., поступила въ частную лѣчебницу 5/xii 1902 г. Первыя мѣсячныя на 14-омъ году; типъ ихъ—черезъ 4 нед. по 5—7 дней; часто ихъ по нѣсколько мѣсяцевъ не было вовсе. Замужъ вышла на 18-мъ году и вскорѣ родила мальчика; послѣ родовъ $2^1/_2$ недѣли лежала въ постели: были боли внизу живота и лихорадка. Черезъ годъ послѣ родовъ было дов. сильное кровотеченіе, продолжавшееся 2 недѣли. 4 года назадъ вышла замужъ во 2-ой разъ. Года 3 назадъ стали появляться дов. сильныя боли въ лѣвомъ паху, главнымъ образомъ, во время мѣсячныхъ. Съ іюня 1902 г. мѣсячныя сдѣлались неправильными: появляются нѣсколько разъ въ мѣсяцъ и длятся дов. долго. Боли въ паху усилились, особенно послѣ мѣсячныхъ; для успокоенія ихъ стали прибѣгать къ морфію.—Роста выше средняго, правильнаго сложенія, умѣреннаго питанія; подкожный жирный слой развитъ достаточно. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Въ нижней части живота слѣва прощупывается упругая опухоль, въ кулакъ, болѣзненная при давленіи и малоподвижная. Влагалищная часть направлена кпереди. Матка перегнута впередъ и прощупывается въ переднемъ сводѣ. Черезъ лѣвый сводъ опредѣляется плотная съ глубокимъ зыбленіемъ, тѣсно прилегающая къ маткѣ, отдѣляясь отъ нея бороздой, заходящая и въ передній сводъ мало подвижная опухоль съ кулакъ. Вечерами 38°,5. Распознанъ лѣвосторонній сальпингоофоритъ (pyosalpinx).

12/xii: Чревосѣченіе. Обычный разрѣзъ по бѣлой линіи. По вскрытіи брюшной полости введенной въ нее рукой опредѣлено, что опухоль, дѣйствительно, принадлежитъ *Fallopi*'евой трубѣ и сроще́на съ пристѣночной брюшиной и съ кишками. При отдѣленіи сроще́ній опухоль лопнула, и изъ нея показался гной съ зловоннымъ запахомъ. Какъ только опухоль была освобождена отъ сроще́ній, она выведена была наружу и послѣ перевязки ножки въ 2 пучка срѣзана. Брюшная полость зашита 2-ряснымъ швомъ: 1-ый—на брюшину и апонейрозъ непрерывный, шелковый, 2-ой—3 шелковыхъ шва и въ промежуткахъ аграфы. Послѣоперацiонный періодъ прошелъ при повышенной температурѣ.

Макро-и микроскопическое описаніе препарата. Опухоль представляла изъ себя растянутую *Fallopi*'еву трубу и спаянный съ нею яичникъ. Полость мѣшка трубы наполнена зловоннымъ гноемъ. Ворсины почти сглажены и имѣютъ видъ небольшихъ возвышеній. Яичникъ видимыхъ макроскопическихъ измѣненій не представляетъ, но рѣжется труднѣе, чѣмъ нормальный. Стѣнки трубы утолщены.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты кусочки изъ стѣнки *Fallopi*'евой трубы того отдѣла, гдѣ труба макроскопически

казалась мало измѣненной, изъ стѣнки гнойнаго мѣшка и кусочекъ яичника. Препараты изъ стѣнки трубы дали такую картину: ворсинки укорочены; эпителій, покрывающій ихъ, мѣстами сохранился, мѣстами отпалъ въ просвѣтъ трубы; клѣтки мѣстами сохранили свою форму, большею-же частью обезображены—сильно утолщены. Такое измѣненіе формы клѣтокъ особенно рѣзко замѣтно въ ложно железистыхъ образованіяхъ среди межуточной ткани трубы, возникшихъ вслѣдствіе врастанія поверхностнаго эпителія въ подлежащую ткань и его отшнурованія. Строма трубы безъ особыхъ измѣненій, за исключеніемъ небольшой грануляціонной инфильтраціи въ слояхъ, пограничныхъ съ эпителіемъ. Въ части трубы, участвующей въ образованіи pyosolpinx'а, эпителіальнаго слоя нѣтъ вовсе. Ворсины всѣ сплошь набиты гнойными тѣльцами, совершенно закрывающими основную ткань. Незначительная гнойная инфильтрація замѣчается и въ мышечной части трубы.

Въ яичникѣ старый, хроническій, межуточный процессъ; огромное развитіе соединительной ткани; скопленія гнойныхъ тѣлецъ нигдѣ не замѣтно.

14. М. Ш., 41 г., поступила въ клинику 21/III 1900 г. Мѣсячныя съ 17 лѣтъ, черезъ 3 нед. по 5 дней, съ болями передъ ихъ появленіемъ; со времени заболѣванія стали неправильны и сгустками. Рожала 3 раза, послѣдній разъ 14 лѣтъ назадъ. Больной себя считаетъ 3 года. Жалуется на увеличеніе живота, боли въ поясницѣ и въ ногахъ и на бѣли.—Крѣпкаго сложенія; питаніе хорошее. Въ полости живота—опухоль изъ нѣсколькихъ узловъ; 2 изъ нихъ упругіе, 3-ій, по средней линіи, поднимающійся надъ лобкомъ на 8 пальцевъ, плотный. Онъ подвиженъ отдѣльно отъ другихъ узловъ. Животъ размѣрами соотвѣтствуетъ 8-мѣсячной беременности. Влагалищная часть стоитъ очень высоко надъ лономъ. Тѣло матки увеличено, находится впереди опухоли по средней линіи и соотвѣтствуетъ 3-му узлу. Въ заднемъ сводѣ прощупывается большой сегментъ упругой опухоли, переходящей въ остальную массу. Распознана многополостная киста яичника. При операціи найдена: правосторонняя межсвязочная киста и лѣвосторонній pyosalpinx. До операціи не лихорадила.

30/III: Чревосѣченіе. Разрѣзъ по бѣлой линіи, длиной въ 23 стм. По вскрытіи полости живота оказалось: спереди лежала увеличенная матка, а позади нея—синеватаго цвѣта, кистовидная многополостная опухоль, по переднему краю которой справа на лѣво тянулась расширенная до 2½ поперечныхъ пальцевъ *Fallopi*'ева труба. Киста была межсвязочная. По перевязкѣ сосудовъ около матки и у противуположнаго конца вскрыли сумку опухоли и вылущили послѣднюю. Оставшаяся часть сумки зашита 8 матрацными швами. Съ лѣвой стороны найдена тоже расширенная *Fallopi*'ева труба, которая вмѣстѣ съ яичникомъ окутана была ложными перепонками. Отдѣлить опухоль отъ сращеній и вывести ее наружу удалось не безъ труда. На ножку опухоли наложены 3 матрацныхъ шва, и опухоль срѣзана. Матка опущена въ брюшную полость. 18 узловыхъ шелковыхъ швовъ въ 1 этажъ.

Въ послѣоперационномъ періодѣ температура повышалась до 39°,7. Изъ осложненій слѣдуетъ отмѣтить: бронхитъ и кровавый поносъ. На 24-ый день М. Ш. выписалась изъ клиники здоровой при нормальныхъ температурѣ и пульсѣ.

Макро- и микроскопическое описаніе препарата. 1-ая опухоль съ голову годовалаго ребенка, неправильно круглой формы, кистовиднаго строенія. При разрѣзѣ въ ней найдены 2 большихъ кистовидныхъ полости, одинаковой величины, наполненныхъ студневидно-слизистымъ содержимымъ, и мѣстами сосочковыя разращенія. Правая труба длиной 14, толщиной у маточнаго конца 0,7, у брюшного 1 стм., спирально изогнута, снаружи окутана массой ложныхъ перепонокъ. Просвѣтъ трубы, особенно у зарощеннаго брюшного конца, расширенъ. Слизистая оболочка набухшая. На протяженіи 4 стм. отъ матки просвѣтъ трубы нормаленъ. Лѣвая труба расширена, извита и припаяна ложными перепонками къ увеличенному яичнику. На протяженіи 8 стм. отъ матки она сравнительно прямого направленія и расширена равномѣрно, дальше-же къ брюшному концу расширяется въ мѣшокъ, величиною въ сливу. Брюшной конецъ ея зарощенъ; вблизи его находится кистовидное образованіе въ большой лѣсной орѣхъ, на разрѣзѣ пористаго строенія. Яичникъ увеличенъ; длина его 2, ширина 1,3, толщина 0,6 стм. Снаружи видны обрывки отъ ложныхъ перепонокъ. На разрѣзѣ замѣтны полости съ чечевичное зерно, наполненныя слизисто-гнойнымъ содержимымъ, и такой-же величины желтыя тѣла. Слизистая оболочка трубы набухшая.

Въ лѣвой *Fallopi*'евой трубѣ измѣненія выражены рѣзче, чѣмъ въ правой. Слизистая оболочка отечна и вся пропитана гнойными клѣтками. Ворсины увеличены; эпителій, покрывающій ихъ, мѣстами сохранился, мѣстами-же перерожденъ, отвалился и лежитъ свободно въ просвѣтѣ трубы. Мышечная часть трубы утолщена, главнымъ образомъ насчетъ инфильтраціи гнойными клѣтками соединительной ткани и кровеносныхъ сосудовъ. Ближе къ маткѣ измѣненія тѣ-же, но выражены слабѣе. Въ правой трубѣ ворсины на слизистой оболочкѣ выражены хорошо, и гнойныхъ клѣтокъ немного.

15. П. В., 26 л., поступила въ клинику 27/XI 1903 г. съ жалобами на боли въ нижней части живота и въ поясницѣ при движеніяхъ, при половыхъ сношеніяхъ и при испражненіяхъ, а также на бѣли и на жженіе при мочеиспусканіи. Больной себя считаетъ 4-ый годъ. Болѣзнь то обострялась, то снова подъ вліяніемъ лѣченія затихала. Въ настоящее время обостреніе появилось 3 недѣли назадъ; до этого изрѣдка чувствовала боли внизу живота, но могла еще работать. 3 послѣднія недѣли бѣли, которыми страдаетъ 8 лѣтъ, значительно усилились, появилось жженіе при мочеиспусканіи, боли въ животѣ увеличились. Первыя мѣсячныя на 14 мъ году, приходили затѣмъ правильно черезъ 3 нед., длились по 6—7 дней, были обильны; за послѣдніе 4 года стали еще обильнѣе и сопровождаются сильными болями. Замужъ вышла 16-ти лѣтъ. Родила 1 разъ, правильно; послѣродовой періодъ прошелъ безъ осложненій. Съ февраля 1½ мѣс. пролежала въ госпитальной гинекологической клиникѣ съ опухолью въ лѣвой сторонѣ. Тамъ приняла 13 сеансовъ свѣтолѣченія, по 15 мин. каждый, подъ вліяніемъ которыхъ боли исчезли. Матка при выпискѣ найдена въ нормальномъ положеніи, мало чувствительной. Позади матки была опухоль, принадлежавшая, по видимому, правому яичнику съ трубой. За время лѣченія опухоль уменьшилась, но все-же оставалась съ большой кулакъ. Слѣва измѣненій въ придаткахъ не найдено.—Умѣреннаго питанія, слабаго сложенія. Внизу живота прощупывается плотная, мѣстами упругая, смѣщающаяся вправо, влѣво и вниз опухоль, занимающая лѣвую ½ таза, а верхней границей доходящая до пупка. Въ правой подвздошной впадинѣ 2-ая такая же опухоль, въ апельсинъ. Матка наклонена впередъ, увеличена, плотна, болѣзненна; слѣва, сзади и сверху она спаяна съ лѣвой опухолью. Въ нижнемъ сегментѣ обѣ опухоли мягкія. Онѣ по видимому, отходятъ отъ угловъ матки. Отдѣленіе изъ матки слизисто-гнойное. Распознанъ двусторонній сальпингоофоритъ (pyosalpinx). До операціи температура доходила до 38°,9.

17/XII: Операція. Послойный разрѣзъ по бѣлой линіи. Распознаваніе подтвердилось вполнѣ. Опухоли были спаяны съ кишечникомъ и съ сальникомъ. При отдѣленіи сращеній лѣвой опухоли стѣнка ея лопнула, и часть содержимаго (гнойнаго) вылилась въ брюшную полость (кишечникъ былъ прикрытъ большою губкой). По отдѣленіи сращеній трубныя опухоли вмѣстѣ съ яичниками, по наложеніи на маточные ихъ концы двойныхъ лигатуръ, срѣзаны. Брюшная полость промыта 2%-мъ растворомъ борной кислоты. 2-ярусный шовъ брюшной полости: непрерывный шелковый соединялъ брюшину и апонейрозъ, 2-ой ярусъ—рядъ аграфовъ.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ осложненій, при нормальныхъ температурѣ и пульсѣ. Аграфы сняты на 8-ой день; первое натяженіе. Выписалась на 30-ый день, чувствуя себя вполнѣ здоровой. При изслѣдованіи матка найдена прежнихъ размѣровъ; въ сводахъ въ области культей было небольшое уплотненіе.

Макро- и микроскопическое описаніе опухоли. Лѣвая опухоль состояла изъ кистовидно расширенной лѣвой *Fallopi*'евой трубы, наполненной гноемъ, и увеличеннаго, измѣненнаго яичника; они вмѣстѣ и составляли всю массу опухоли. Толщина стѣнки мѣшка 0,5 стм.; ближе къ маточному концу стѣнки толще. Ворсины въ растянутой части трубы почти сглажены; ближе къ маткѣ онѣ выдѣляются все рѣзче и рѣзче. Правая опухоль тоже состояла изъ правой *Fallopi*'евой трубы и кистовидно-перерожденнаго яичника. Стѣнка трубы утолщена; ворсины хорошо сохранились, увеличены и выполняютъ просвѣтъ трубы. Оба яичника кистовидно-перерождены; въ нѣкоторыхъ полостяхъ содержится гной. Гнойныя полости сообщаются съ полостью трубы.

Въ растянутой части лѣвой трубы ворсины уменьшены въ размѣрахъ; покровный эпителій здѣсь почти совершенно слущился. Основа ворсинокъ пронизана грануляціонными клѣтками. Послѣднія разбросаны гнѣздами и среди мышечной ткани, образуя здѣсь даже небольшіе нарывы. Ближе къ маточному концу ворсины достигаютъ нормальныхъ размѣровъ, и цилиндрическій покровный эпителій на верхушкахъ ихъ сохраненъ. Въ правой опухоли тѣ-же измѣненія, но ворсины и въ растянутой части трубы хорошо образованы и обильно пропитаны грануляціонными клѣтками и кровеносными сосудами.

16. Е. С., 46 л., поступила въ клинику 9/III 1904 г. съ жалобами на грыжу по бѣлой линіи и на сильныя боли въ поясницѣ и внизу живота. Первыя мѣсячныя на 16-мъ году, приходили затѣмъ всегда правильно черезъ 4 нед. и длились по 5 дней. Замужъ вышла на 21-мъ году. Беременна была 5 разъ; дѣтей всѣхъ родила живыми и въ срокъ. Послѣдніе роды были 10 лѣтъ назадъ. Настоящее заболѣваніе началось, по словамъ больной, 2 года назадъ: послѣ простуды она вдругъ почувствовала сильную боль внизу живота слѣва. Приглашенный врачъ нашелъ здѣсь опухоль. Въ апрѣлѣ 1902 г. замѣтила, что изъ прямой кишки выходитъ гной; гноетеченіе это продолжалось цѣлый годъ до мая 1903 г. Въ маѣ было сдѣлано (въ Кіевѣ) чревосѣченіе. Послѣ операціи лежала въ постели съ дренажемъ въ брюшной полости 4 мѣс. Вскорѣ послѣ операціи стала замѣчать выпячиваніе живота. По средней линіи—значительное выпячиваніе брюшной стѣнки, расхожденіе прямыхъ мышцъ отъ пупка до лобка и сильное истонченіе кожи. Матка наклонена впередъ и увеличена. Позади и слѣва отъ нея прощупывается упругая, неподвижная, тѣсно примыкающая къ ней опухоль, въ 1½ кулака. Распознаны: лѣвосторонній pyosalpinx и грыжа по бѣлой линіи.

13/III: Чревосѣченіе. Разрѣзъ по старому рубцу. Брюшная полость вскрыта съ большимъ трудомъ въ виду большихъ сращеній. Позади матки найдена опухоль, (растянутая гноемъ лѣвая *Fallopi*'ева труба), сплошь окутанная сращеніями какъ съ пристѣночной брюшиной, такъ и съ кишками. При отдѣленіи сращеній опухоль лопнула, и часть содержимаго ея вылилось въ брюшную полость, защищенную губками. Въ виду тѣснаго сращенія опухоли съ кишками рѣшено оставить ее in situ и дренировать черезъ задній сводъ. Полость мѣшка промыта 2%-мъ

растворомъ борной и протерта 10%-мъ растворомъ карболовой кислоты. Весь мѣшокъ выполненъ марлей, поверхъ которой брюшина вмѣстѣ со стѣнками мѣшка сшита шелковыми швами. Брюшная полость промыта 2%-мъ растворомъ борной кислоты. Затѣмъ приступили къ зашиванію грыжи. Съ той и съ другой стороны отпрепарованы края апонейроза, которые и сшиты непрерывнымъ шелковымъ швомъ, остальные слои брюшной стѣнки и кожа соединены рядомъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ; поверхъ наложена обычная повязка.

На 2-ой день черезъ влагалище, черезъ задне-лѣвый свищъ, вскрытъ затампонированный мѣшокъ, марля извлечена наружу, и, вмѣсто нея, введена дренажная резиновая трубка, черезъ которую и рѣшено промывать полость гнойника. Отдѣленія изъ полости гнойника сильно пахли. Въ первые дни оперированная чувствовала себя дов. хорошо и жаловалась только на отрыжку и боль подъ ложечкой. Температура съ 1-го же дня стала повышаться и на 5-ый день поднялась до 39°,3. Съ этого же дня самочувствіе больной замѣтно ухудшилось; появилось значительное вздутіе и боль по всему животу, на 7-ой день—рвота. На 8-ой день, не смотря на рядъ принятыхъ мѣръ, больная умерла при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. На вскрытіи найденъ фибринозный перитонитъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

CLXVIII. Изъ Маріинской больницы для бѣдныхъ въ Петербургѣ.

Случай скопленія молочновидной жидкости въ полости лѣвой плейры *).

П. І. Козловскаго.

Въ 1633 г. *Bartolettus* [1])—кажется, впервые—описалъ случай скопленія молочновидной жидкости въ грудной полости у человѣка, и съ тѣхъ поръ время отъ времени въ литературѣ появляются описанія подобныхъ накопленій въ различныхъ полостяхъ человѣческаго тѣла. Въ настоящее время можно даже говорить какъ о томъ, что литература по данному вопросу дов. обширна, такъ и о томъ, что почти каждый описанный случай даетъ особенности по тѣмъ или другимъ частностямъ въ теченіи страданія, по этіологіи своей и т. п.

Мнѣ довелось въ Маріинской больницѣ для бѣдныхъ въ Петербургѣ наблюдать случай скопленія молочновидной жидкости въ полости лѣвой плейры—случай, который тоже характеризуется не безинтересными особенностями.

1.

В. К., 19 л., крестьянинъ, поступилъ въ больницу 30/VIII 1903 г. Отецъ больного и 4 брата здоровы; мать страдаетъ полнотой и одышкой; 2 сестры умерли отъ оспы; причины смерти еще одного брата не знаетъ. Чахотки и сифилиса въ роду не было. Больной по занятію торговецъ (въ свѣчной лавкѣ) я съ 14 лѣтъ ежедневно стоитъ за прилавкомъ съ 7 час. утра до 11 час. веч. Столъ всегда сытный и доброкачественный. Съ 17 лѣтъ выпиваетъ, почти ежедневно, по 2—3 рюмки водки. Не куритъ. Холостъ. Въ дѣтствѣ были золотуха и брюшной тифъ. Годъ назадъ на половомъ членѣ была какая-то язва, на которую, однако, больной не обращалъ вниманія и не лѣчился; сыпи на тѣлѣ, будто бы, не было. Спустя ½ года по появленіи язвы случился апоплектоидный инсультъ (параличъ лѣвой ½ тѣла), повторившійся черезъ 6 недѣль; съ этого времени начинается лѣченіе ртутными препаратами. Въ послѣдніе 1½ мѣсяца больного безпокоили также одышка и сердцебіеніе. Годъ назадъ онъ вѣсилъ 4 п. 10 ф. и считалъ себя вполнѣ здоровымъ.

30/VIII **). Ростъ немного ниже средняго; сложеніе крѣпкое; питаніе посредственное. Вѣсъ 3 п. 21 ф. Кожа спины и груди съ угрями; лѣвыя рука и нога, а также кисть правой руки синюшны. Небольшая синева губъ. Лимфатическія железы—паховыя, подмышковыя, локтевыя и нижнечелюстныя—увеличены и тверды, безболѣзненны. Правый уголъ рта немного опущенъ; правая носогубная складка сглажена. Приводящія мышцы лѣваго плеча и сгибатели лѣваго предплечья сведены. Движенія лѣвой ноги затруднены: при ходьбѣ нога дѣлаетъ ½-кругъ. Лѣвыя конечности, сравнительно съ правыми, на ощупь холоднѣе. Лѣвая ½ грудной клѣтки и живота, а также и лѣвая нога увеличены, плотно твердоваты и, какъ бы, отечны. Рефлексы колѣнный и съ Ахиллова сухожилія на лѣвой сторонѣ рѣзко повышены; слабый клонусъ лѣвой стопы. Рефлекса съ лѣвой подошвы нѣтъ. Рѣзкаго разстройства чувствительности къ прикосновенію и болевой, а также и чувства мѣста нигдѣ не замѣтно. Рефлексъ съ конъюнктивы лѣваго глаза выраженъ слабо. Движеніе глазныхъ яблокъ во всѣ стороны правильное. Зрачки равномѣрны, на свѣтъ отвѣчаютъ хорошо; на днѣ глазъ измѣненій нѣтъ (*В. С. Сергіевъ*). Языкъ, влажный и чистый, при высовываніи наружу въ сторону не отклоняется. Зѣвъ не гиперэмированъ; нѣбная занавѣска немного ниже справа, чѣмъ слѣва; нѣбный рефлексъ выраженъ слабо. Правая граница сердечной тупости—у праваго края грудины, верхняя и лѣвая сливаются съ тупостью грудной клѣтки; при выслушиваніи сердца шумовъ нигдѣ не прослушивается, и только у верхушки 1-й тонъ глуховатъ. Артерія мягкія, средняго кровонаполненія; пульсъ 100, правильный, одинаковый на обѣихъ лучевыхъ артеріяхъ, легко возбудимый. Лѣвое легкое сзади сплошь притуплено; спереди притупленіе начинается съ 1-го ребра и доходитъ до низу; дыхательныхъ шумовъ и голосового дрожанія въ нижнемъ отдѣлѣ совсѣмъ не слышно, въ среднемъ они рѣзко ослаблены, въ верхнемъ же (спереди до 2-го ребра, сзади до верхняго угла лопатки) дыханіе съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ и усиленіемъ голосового дрожанія. Со стороны праваго легкаго рѣзкихъ измѣненій ни при выстукиваніи, ни при выслушиваніи не обнаружено. Хриповъ въ легкихъ нигдѣ нѣтъ. Животъ увеличенъ и съ напряженными стѣнками; жидкости въ полости его опредѣлить не удается; опухолей въ немъ не прощупывается. На низъ какъ слѣдуетъ, ежедневно. Печень не болѣзненна и не выходитъ изъ-подъ края реберъ. Селезенка не прощупывается. Мочеиспусканіе свободно, безъ боли; моча слабокислой реакціи, безъ бѣлка и сахара, цилиндровъ въ ней нѣтъ.—Діэта—т. наз. 2-я порція *). Лѣченіе состояло во внутреннемъ употребленіи раствора іодистаго калія (8,0:150,0), по 3 столовыхъ ложки въ день.

31/VIII: 37°—36°,8; п. 84. Проколомъ грудной полости (въ 8-мъ межреберьѣ по лѣвой задней подмышковой линіи) выпущено 2000 к. стм. молочновидной жидкости, уд. в. 1016, дѣлавшейся при взбалтываніи съ эѳиромъ прозрачной. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ жидкости найдены одно- и многоядерныя клѣтки въ умѣренномъ количествѣ. Лѣченіе прежнее; кромѣ того, назначено еще втираніе сѣрой ртутной мази, по 2,0 ежедневно. Діэта таже.

1/IX: 37°,2—36°,8; п. 100. Въ легкихъ слѣва сзади притупленіе лишь со средины лопатки, выше-же прослушиваются дыхательные шумы. Діэта и лѣченіе тѣже.

2/IX—7/IX: Температура держалась въ предѣлахъ 36°,9—36°; только 5/IX она дала 37°,4; п. 96—124; дых. 30—40 при покойномъ сидячемъ положеніи. Со стороны грудной полости явленія тѣже, что и 30/VIII. Хриповъ въ легкихъ прослушать не удавалось, но мокроты все-же выдѣлялось немного; она была слизистая; бугорчатковыхъ палочекъ въ ней не найдено. На низъ правильно, ежедневно 1—2 раза. Кромѣ прежнихъ лѣкарствъ, больной принималъ еще микстуру изъ настоя горицвѣта (5,0:120,0) и официнальнаго раствора уксуснокислаго кали (6,0), по 6 столовыхъ ложекъ въ день. Діэта—прежняя.

8/IX: 36°,5—36°; п. 100; дых. 30. Мочи за сутки 800 грм.; она собрана была вся, тогда какъ прежде собрать ее всю не удавалось и ее собирали всего въ количествѣ 300—500 к. стм.; въ ней найдено много солей аммонія и изрѣдка кристаллы трипельфосфатовъ, бѣлка-же и сахара, а также цилиндровъ не найдено; реакція ея кислая; при стояніи она быстро мутнѣетъ, а при кипяченіи просвѣтляется. Изъ грудной полости (лѣвой) выпущено 10,0 грм. такой-же, какъ и раньше, жидкости. Въ остальномъ тоже.

9/IX—17/IX: Температура между 36°—37°,2 и лишь 10/IX веч. 37°,6 **); п. 96—120. Вѣсъ: 10/IX—3 п. 32 ф., 12/IX—3 п. 34 ф., 14/IX—3 п. 35 ф., 16/IX—3 п. 39 ф. 16/IX черезъ ½ часа послѣ ѣды изслѣдована кровь: красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4.705000, бѣлыхъ 10000, отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:470, гэмоглобина по *Govers*'у 97%; въ крови макро- и микроцитовъ, а также ядросодержащихъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и пойкилоцитовъ не замѣчается; отношеніе различныхъ формъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ между собой, по видимому, нормально. Со стороны грудной и брюшной полости явленія тѣже. Ѣстъ хорошо. На низъ ежедневно — обычно 1 разъ и лишь рѣдко 2; каловыя массы оформленныя, желто-бурой окраски; при микроскопическомъ изслѣдованіи въ нихъ найдено немного непереваренныхъ мышечныхъ волоконъ и распадъ, чужеядныхъ-же и яицъ глистъ не найдено. Дов. рѣзкое уменьшеніе лимфатическихъ железъ. Лѣченіе тоже, но 9/IX—14/IX не втирали сѣрой ртутной мази въ виду появленія признаковъ отравленія ртутью (разрыхленія десенъ, слюнотеченія и т. д.). Діэта прежняя.

18/IX: 36°,5—37°,3; п. 96; дых. 36. Вѣсъ 4 п. 3 ф. Отправленія желудочно-кишечнаго канала правильныя. Со стороны грудной полости тоже. Проколомъ изъ полости лѣвой плейры выпущено молочновидной жидкости 1500 к. стм. Лѣченіе и діэта—тѣже.

Въ высокой степени интересны свойства молочновидной жидкости, которыя особенно подробно мною изучены надъ жидкостью, добытой 18/IX.

Жидкость эта уд. вѣса 1012, щелочной реакціи, безъ запаха, имѣетъ видъ молока, цвѣтъ ея не измѣняется ни отъ фильтрованія, ни отъ центрифугированія. При кипяченіи свертывается какъ при прибавленіи кислотъ (азотной, соляной, азотной съ азотистой и реактива *Esbach*'а), такъ и безъ прибавленія ихъ. Отъ алкоголя сначала немного просвѣтляется, но потомъ вскорѣ створаживается; тѣже явленія происходятъ и при прибавленіи ѣдкаго кали съ алкоголемъ. Прибавляя къ ней нѣсколько хло-

*) Сообщено на засѣданіи врачей больницы 17/I 1904 г.

**) За время 30/VIII—1/IX больной находился подъ наблюденіемъ д-ра *В. М. Иванова*.

*) См. диссертацію д-ра *Н. Винтера* «О пищѣ въ Маріинской больницѣ для бѣдныхъ въ Петербургѣ», 1880.

**) Съ 11/IX по 22/IX температура измѣрялась черезъ каждые 2 часа и на температурномъ листкѣ выставлялась самая высокая и самая низкая температура.

роформа, можно видѣть, какъ капли жира изъ нея проникаютъ въ хлороформъ. При смѣшеніи съ эѳиромъ становится прозрачной, а когда испарится эѳиръ, то на поверхности ея дѣлаются замѣтны капельки жира. Бѣлковъ въ ней (опредѣленіе дѣлалось взвѣшиваніемъ) 5,732% *), изъ коихъ альбумина 3,122% и глобулина 2,61%; жира (опредѣленіе дѣлалось по способу *Soxhlet*'а) 1,087%, mucoid'а (опредѣленіе дѣлалось по способу *Hammarsten*'а) 0,092%; солей (опредѣленіе дѣлалось взвѣшиваніемъ золы) 0,896%; пептона и сахара не обнаружено; найдены слѣды холестерина.

Жидкость—стерильная, и посѣвы ея на питательныхъ средахъ (желатинѣ, агаръ-агарѣ, бульонѣ и кровяной сывороткѣ) остались безъ всхода. Находясь въ нестерилизованномъ сосудѣ, жидкость въ теченіи 12 дней не загнивала.

При выпусканіи жидкости изъ полости плейры въ ней не удавалось замѣтить никакихъ сгустковъ; послѣдніе появлялись только въ выпущенной и постоявшей жидкости. Уже черезъ 10 час. послѣ выпусканія на днѣ сосуда, въ который наливалась жидкость, можно было замѣтить окрашенный кровью небольшой сгустокъ фибрина. Если послѣдній удалялся, то черезъ 20 час. снова появлялся сгустокъ фибрина. Наконецъ, 3-ій разъ незначительный сгустокъ фибрина замѣчался черезъ 24 часа.

Микроскопическое изслѣдованіе. При центрифугированіи жидкость давала на днѣ сосуда небольшой окрашенный кровью осадокъ, въ которомъ больше всего было красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; кромѣ того, въ этомъ-же осадкѣ попадались бѣлыя кровяныя тѣльца (въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ красныя) и изрѣдка эпителіальныя клѣтки. Красныя кровяныя тѣльца обычно встрѣчались въ видѣ отдѣльныхъ клѣтокъ, и при томъ почти всегда неизмѣненныхъ. Бѣлыя кровяныя тѣльца по большей части были одноядерныя; многоядерные-же нейтрофилы попадались гораздо рѣже (препараты окрашивались *Ehrlich*'овскимъ тріацидомъ). Въ жидкости встрѣчался жиръ въ видѣ блестящихъ точечекъ, какъ-бы пылинокъ, окрашивающихся осміевой кислотой въ черный цвѣтъ; большихъ капель жира найти не удавалось. По видимому, маленькія капельки жира встрѣчались иногда (очень рѣдко) и въ эпителіальныхъ клѣткахъ, въ которыхъ въ такихъ случаяхъ протоплазма, какъ будто, состояла изъ блестящихъ точечекъ, окрашивающихся осміевой кислотой въ характерный для жира черный цвѣтъ. Во всѣхъ клѣткахъ ядра окрашивались, и только 2 клѣтки удалось найти безъ ядеръ: послѣднія походили на тѣ клѣтки, которыя описаны *Quincke* [2]). Гликогена въ клѣткахъ микрохимической реакціей не обнаружено. Въ жидкости въ общемъ клѣтокъ было сравнительно мало, и при не центрифугированіи приходилось просматривать 4—5 полей зрѣнія микроскопа, прежде чѣмъ отыскивались тѣ или другія клѣтки.

Возвращаюсь къ больному.

19/IX—21/IX: 37°,2—36°,5; п. 108—112. Жидкость въ полости плейры быстро накопляется, и явленія притупленія, уменьшившіяся-было послѣ прокола, уже 21/IX достигли снова прежнихъ размѣровъ. Стало замѣчаться еще и скопленіе жидкости въ полости живота, впрочемъ, незначительное. Вѣсъ 20/IX достигъ 4 п. 5 ф. Отекъ лѣвой ноги и лѣвой ½ туловища постепенно нарасталъ и сталъ распространяться и на правую сторону туловища. На низъ было правильно. Лѣченіе 19—20/IX тоже, что и раньше, а съ 21/IX назначенъ діуретинъ по 0,6, 4 порошка въ день. Діэта прежняя.

22/IX: 36°,7—36°,4; п. 120. Изслѣдована кровь, взятая за ½ часа до пріема пищи, при чемъ найдено: красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4.720000, бѣлыхъ 8000, отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ 1:590, гэмоглобина по *Govers*'у 100%. Вѣсъ больного 4 п. 6½ ф. Въ остальномъ тоже, что и 21/IX.

Больной, согласно настойчивому его желанію, выписанъ изъ больницы безъ всякаго улучшенія. Впослѣдствіи мнѣ пришлось узнать, что онъ 7/XI 1903 г. умеръ. Вскрытія не было.

Такимъ образомъ изъ приведенной исторіи болѣзни видно, что у больного, кромѣ скопленія молочновидной жидкости въ полости лѣвой плейры, былъ еще и лѣвосторонній гемипарезъ, въ разсмотрѣніе котораго я и не вхожу. Считаю, однако, нужнымъ замѣтить, что въ данномъ случаѣ, принимая во вниманіе, съ одной стороны, двукратное появленіе инсульта, а съ другой—наличность сифилиса, можно думать о закупоркѣ (тромбозѣ) мозговыхъ артерій, какъ о причинѣ, вызвавшей лѣвосторонній гемипарезъ.

2.

Какъ извѣстно, о скопленіяхъ молочновидной жидкости въ полости плейры въ общеупотребительныхъ учебникахъ по частной патологіи (напр. *Eichhorst*'а, *Strümpell*'я, *Rosenbach*'а и др.), или не упоминается вовсе, или, если и упоминается [напр., въ учебникѣ *Schwalbe* и *Ebstein*'а [3])], то съ очень краткимъ и далеко неполнымъ описаніемъ. Болѣе полныя свѣдѣнія о такихъ скопленіяхъ приводятся лишь въ спеціальныхъ работахъ.

Что въ полостяхъ человѣческаго тѣла могутъ скопляться молочновидныя жидкости, объ этомъ было извѣстно уже давно, и, конечно, дѣлались попытки объяснять ихъ происхожденіе и характеръ. Такъ, въ 1681 г. *Willis* [4]) описалъ случай молочновиднаго асцита и происхожденіе его объяснилъ разрывомъ млечныхъ сосудовъ. Въ 1695 г. къ мнѣнію *Willis*'а присоединился *Manget* [5]) и указалъ причины возникновенія молочновидныхъ жидкостей. Въ 1670 г. *Bartholin* [6]) объяснялъ естественнымъ путемъ чудо при казни апостола Павла (въ Александріи), что изъ раны, вмѣсто крови, текло молоко:

«Hinc inventis lacteis thoracicis mentem subiit cogitatio, istius fluxus seu lactei seu aquosi, si quidem vera essent quae in Actis narrantur, posse dari commodas vias et naturales: Axillarem quippe ramum, ense carnificis laesum, cui lacteus ductus inseritur, primo lac, mox et aquam ex lymphaticus redeuntem emisisse, et si copiosius processit fluxus, vel rami lactei ostiolum solito amplius fluisse diductum, vel sanctum vium longis itineribus et perpessis malis debilitatum serosi sanguinis chylique proventum cumulasse».

О томъ, что *Bartolettus* въ 1633 г. описалъ случай молочновидной жидкости въ полости плейры, я уже упоминалъ.

Случаевъ скопленія молочновидныхъ жидкостей въ полостяхъ тѣла въ иностранной литературѣ описано много (болѣе 200), и они собраны преимущественно трудами *Quincke* [7]), *Busey*'я [8]), *Arnold*'а *Bargebuhr*'а [9]) и *Bayer*'а [10]). Въ русской литературѣ вопросъ этотъ только начинаетъ разрабатываться [*М. А. Певзнеръ* [11]), *Н. Ф. Страдомскій* [12]), *Д. М. Щербачевъ* [13]) въ случаѣ *В. Ф. Полякова* [14]), *В. Ф. Поляковъ* [15]), *В. А. Загуменный* [16]), *В. В. Завьяловъ* [17]) и *Б. К. Финкельштейнъ* [18])].

Насколько можно судить изъ литературныхъ сообщеній, до 1893 г. признавалось, что цвѣтъ молочновидныхъ жидкостей зависитъ отъ взвѣшеннаго въ нихъ жира. Только въ 1893 г. *Lion* [19]) открыто высказался въ томъ смыслѣ, что цвѣтъ ихъ не всегда зависитъ отъ жира, и назвалъ такія жидкости «epanchements laiteux non chyleux», т. е. выпотами, имѣющими видъ молока, но не содержащими chylus'а. Случаи, гдѣ бѣлый цвѣтъ жидкости зависѣлъ не отъ жира, встрѣчались, конечно, и раньше 1893 г. Такъ, напр., уже у *Bargebuhr*'а говорится о случаѣ молочновиднаго асцита, гдѣ жира въ жидкости найдено не было. Случай этотъ отнесенъ, однако, авторомъ къ хилезнымъ асцитамъ въ виду большого количества сахара въ этой жидкости (0,3%—0,5%). Въ 1882 г. *Quincke* описалъ 3 случая опалесцирующихъ асцитовъ, гдѣ цвѣтъ обусловливался «nicht näher bekannten (Eiweiss-) Körper». Случай молочновиднаго асцита, описанный *Letulle*'емъ [20]), былъ всего съ 0,15% жира, и потому на основаніи этого случая едва-ли можно согласиться съ *Bargebuhr*'омъ, что цвѣтъ жидкости обусловливается присутствіемъ жира.

Отчего зависитъ цвѣтъ молочновидныхъ жидкостей, не содержащихъ жира, авторы объясняютъ различно: одни [*Marcellin* [21])]—бѣлковыми тѣлами, другіе [*Lion*, *Hammarsten* [22])]—мукоиднымъ веществомъ, третьи [*Verdelli* [23])]—особымъ аггрегатнымъ состояніемъ частицъ глобулина, четвертые (*В. В. Поляковъ*)—нуклеинами и мукоидами и, наконецъ, нѣкоторые [*Micheli* и *Mattirolo* [24]), *Gross* [25]), *М. А. Певзнеръ*, *В. А. Загуменный*, *Joachim* [26]) и др.]—лецитиномъ.

Отличительные признаки молочновидныхъ нехилезныхъ жидкостей, въ противоположность жиросодержащимъ, авторы видятъ въ слѣдующемъ *): во-1-хъ, на поверхности нехилезныхъ жидкостей при стояніи не образуется сливкообразнаго слоя, что замѣчается только у хилоидныхъ и хилезныхъ; во-2-хъ, въ молочновидныхъ нехилезныхъ жидкостяхъ подъ микроскопомъ не удается найти капелекъ жира, характерно окрашивающихся осміевой кислотой въ черный цвѣтъ; въ 3-хъ, цвѣтъ молочновидныхъ нехилезныхъ жидкостей, при прибавленіи эѳира или эѳира съ предварительнымъ подщелачиваніемъ нѣсколькими каплями раствора ѣдкаго кали, не измѣняется, тогда какъ цвѣтъ хилезныхъ рѣзко измѣняется (просвѣтляется); въ 4-хъ, послѣ прибавленія осміевой кислоты (1—2%) жиросодержащія жидкости окрашиваются въ черный цвѣтъ, тогда какъ нехилезныя не измѣняютъ своего цвѣта или,

*) Количество бѣлковъ по *Esbach*'у опредѣлялось всего въ 4,7%.

*) При составленіи указаній въ п. 1, 2, 3 и 4 я пользовался работами *Lion*'а.

въ крайнемъ случаѣ, пріобрѣтаютъ лишь коричневый оттѣнокъ; въ 5-хъ, нехилезныя жидкости, если иногда и обнаруживаютъ наклонность къ свертыванію, то крайне незначительную, обычно-же онѣ не свертываются; наконецъ, въ 6-хъ, нехилезныя жидкости, если и содержатъ жиръ, то въ очень небольшихъ количествахъ,—меньше того количества, которое признается необходимымъ для того, чтобы жиръ служилъ причиной бѣлаго цвѣта; такъ, по *Letulle*'ю, въ жидкости должно быть не менѣе 0,15% жира, чтобы молочновидный цвѣтъ ея былъ обусловленъ жиромъ; надо, однако, замѣтить, что *Letulle*'емъ принятъ здѣсь такой minimum жира, какой наблюдается еще и при изслѣдованіи прозрачной лимфы [по *Hübler*'у и *Kleben*'у [27]) количество жира въ лимфѣ = 0,92%].

Обращаюсь снова къ жиръ-содержащимъ молочновиднымъ жидкостямъ.

Quincke различаетъ «hydrops chylosus», когда къ пропоту и выпоту примѣшивается лимфа, и «hydrops adiposus», когда молочновидный цвѣтъ жидкости зависитъ отъ распавшихся жирноперерожденныхъ клѣтокъ. Онъ обращаетъ вниманіе на слѣдующія особенности той и другой жидкости: 1) происхожденіе жира въ жидкостяхъ различно; 2) жира должно быть меньше при «hydrops adiposus», чѣмъ при «hydrops chylosus»; 3) при «hydrops adiposus» встрѣчается, съ одной стороны, много жирноперерожденныхъ и безъядерныхъ клѣтокъ, а съ другой—капельки жира бываютъ гораздо бо́льшими, чѣмъ при «hydrops chylosus». Впрочемъ, величина жировыхъ капелекъ—признакъ относительный. Такъ, *Б. К. Финкельштейнъ* въ завѣдомо хилезной жидкости наблюдалъ «множество мелкихъ и крупныхъ жировыхъ шариковъ, мѣстами кучки жира, напоминающихъ молозиво». По всей вѣроятности, величина капелекъ жира зависитъ отъ природы жира пищи.

Кромѣ признаковъ, указанныхъ *Quincke*, другими авторами при отличіи «hydrops chylosus« и «hydrops adiposus» выставляются еще слѣдующіе: 1) *Senator* [28]), принимая во вниманіе, что пропоты и выпоты не содержатъ сахара, считаетъ присутствіе послѣдняго въ молочновидной жидкости признакомъ, указывающимъ на хилезную ея природу. Однако, признакъ этотъ — только относительный. *Quincke* указываетъ, что въ 1 случаѣ при двукратномъ (2 раза дѣлали проколъ) изслѣдованіи жидкости 1 разъ онъ нашелъ вещества, возстановляющія мѣдь въ щелочномъ растворѣ, а во 2-ой разъ не нашелъ. *Leydhecker* [29]), просмотрѣвъ литературу о хилезныхъ жидкостяхъ, говоритъ, что случаевъ скопленія достовѣрно хилезныхъ жидкостей ему извѣстно 16 и въ 5 изъ нихъ сахара не найдено. *Rotmann* [30]), обративъ вниманіе на распознавательный признакъ, изслѣдовалъ (уже не первый) на сахаръ пропоты и выпоты и нашелъ, что въ каждомъ выпотѣ, исключая гнойнаго, содержится сахаръ, но въ незначительномъ количествѣ (наблюденіе производилось не надъ діабетиками); онъ приходитъ поэтому къ заключенію, что содержаніе сахара въ жидкости можетъ говорить въ пользу хилезныхъ жидкостей только въ томъ случаѣ, когда его будетъ больше 0,2%. 2) Для «hydrops chylosus» характеренъ тотъ фактъ, что жидкость, будучи выпущена изъ той или другой полости тѣла, снова быстро накопляется до начальныхъ своихъ размѣровъ, при чемъ и количество жира въ ней остается однимъ и тѣмъ-же при одинаковой діэтѣ. 3) При хилезныхъ жидкостяхъ измѣняется точка плавленія жира, смотря по тому, какой точки плавленія принимается въ пищу жиръ. Примѣрами этому могутъ служить случаи *Senator*'а, *Ceconi* [31]). 4) Присутствіе гликогена въ жидкости говоритъ за хилезную ея природу; однако, гликогенъ въ жидкости можетъ появиться только тогда, когда болѣзненнымъ процессомъ затронуты сосуды, приводящіе лимфу изъ печени. 5) Хилезная жидкость оч. долго противостоитъ загниванію.

Мнѣ кажется, что, говоря объ особенностяхъ хилезныхъ и адипозныхъ жидкостей, нужно принимать во вниманіе также и свойства млечнаго сока и лимфы. Поэтому я и позволю себѣ привести описаніе млечнаго сока и лимфы по *Hammarsten*'у [32]).

«Млечный сокъ и лимфа, подобно плазмѣ (крови), содержатъ сывороточный альбуминъ, сывороточный глобулинъ, фибриногенъ и фибринферментъ. 2 послѣднія вещества содержатся въ этихъ сокахъ лишь въ незначительномъ количествѣ, вслѣдствіе чего они лишь медленно («произвольно») свертываются и даютъ малыя количества фибрина. Подобно другимъ, бѣднымъ содержаніемъ фибринфермента жидкостямъ, млечный сокъ и лимфа не свертываются за одинъ разъ вполнѣ, но свертки въ нихъ появляются повторно».

«Количественный составъ млечнаго сока, какъ понятно само собой, долженъ значительно измѣняться. Кромѣ того, произведенные до сихъ поръ анализы относятся только къ той смѣси млечнаго сока и лимфы, которая содержится въ грудномъ протокѣ. Уд. вѣсъ колеблется между 1,007 и 1,043». Изъ приведенныхъ у *Hammarsten*'а примѣровъ состава человѣческаго млечнаго сока и лимфы можно видѣть, что для нихъ характерно содержаніе большого количества солей и вытяжныхъ веществъ.

«Изъ форменныхъ элементовъ общи млечному соку и лимфѣ бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца. Млечный сокъ, пока онъ еще не прошелъ кишечныхъ ворсинокъ, содержитъ лишь крайне мало бѣлыхъ тѣлецъ, но уже въ сосудахъ, проходящихъ по брюшинной сторонѣ кишекъ, млечный сокъ становится богаче этими форменными элементами». Кромѣ того, въ лимфѣ, какъ извѣстно, бываетъ больше одноядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ, какъ болѣе молодыхъ, чѣмъ многоядерныхъ, какъ болѣе старыхъ.

Изъ приведеннаго описанія млечнаго сока и лимфы видно, что имъ, а слѣд. и хилезной жидкости, присущи слѣдующіе признаки: 1) повторное свертываніе; 2) наличность въ нихъ преимущественно одноядерныхъ, а не многоядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ; 3) большое количество солей и вытяжныхъ веществъ. Кромѣ того, жидкость должна быть щелочной или нейтральной и въ ней не должно быть пептона.

Казалось-бы, что на основаніи вышеуказанныхъ признаковъ можно легко отличить хилезную жидкость отъ адипозной. И, дѣйствительно, если всѣ отличительные признаки на лицо, то, разумѣется, не можетъ быть и рѣчи о сомнѣніи въ ту или другую сторону. Однако, полнаго сочетанія признаковъ почти никогда не бываетъ. Трудности распознаванія рѣзко выступаютъ еще и потому, что къ «hydrops adiposus» можетъ примѣшаться chylus, а при изліяніи chylus'а въ полость тѣла непремѣнно должны примѣшаться, хотя-бы и въ оч. незначительномъ количествѣ, клѣтки эндотелія. Принимая во вниманіе эти трудности, нельзя, кажется, не согласиться съ *Rotmann*'омъ, что вполнѣ точное распознаваніе хилезныхъ жидкостей можетъ быть сдѣлано только на анатомическомъ столѣ.

3.

По видимому, въ описываемомъ мною случаѣ, гдѣ къ жидкости примѣшаны были въ небольшомъ количествѣ жирноперерожденныя эндотеліальныя клѣтки плейры, можно признать хилезный характеръ жидкости. За хилезный характеръ ея, въ отличіе отъ «hydrops adiposus», говоритъ слѣдующее: очень малое количество въ жидкости форменныхъ элементовъ, изъ коихъ больше одноядерныхъ, а не многоядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ; повторное свертываніе, а также большое количество жира и солей; быстрое увеличеніе до начальныхъ размѣровъ послѣ прокола; отсутствіе запаха и пептона; очень трудное загниваніе, стерильность и наличность въ жидкости мелко раздробленнаго жира. Само собою разумѣется, что, въ виду рѣзкихъ отличій, въ моемъ случаѣ не приходится говорить о распознавательныхъ особенностяхъ хилезнаго характера жидкости отъ ложно-хилезныхъ жидкостей.

Млечный сокъ и лимфа могли излиться въ полость лѣвой плейры, либо изъ межреберныхъ лимфатическихъ сосудовъ, либо изъ лимфатическихъ сосудовъ лѣваго легкаго (какъ, это, напр., было въ случаѣ *Bargebuhr*'а, гдѣ были поражены сосуды праваго легкаго), или же, наконецъ, изъ грудного протока (ductus thoracicus s. ductus lymphaticus sin.). Послѣднее тѣмъ болѣе возможно, что грудной протокъ у людей крайне измѣнчивъ. *Wendel* [33]) изъ 12 случаевъ въ 8 нашелъ, что протокъ впадалъ въ вену нѣсколькими рукавами и что придаточные рукава иногда находились далеко отъ главнаго. Какъ извѣстно, при нормальныхъ условіяхъ протокъ идетъ, нигдѣ не давая развѣтвленій на своемъ пути, но иногда онъ дѣлится на вѣтви и образуетъ острова. Такія соустія особенно развиваются при патологическихъ условіяхъ, когда протокъ бываетъ сдавленъ опухолями или закупоренъ вслѣдствіе пораженія стѣнокъ его. Кромѣ того, онъ иногда бываетъ раздвоенъ. Если-же принимать во вниманіе только нормаль-

ное положеніе протока, то мѣсто разрыва его при изліяніяхъ въ лѣвую плейру должно быть выше 4-го грудного позвонка (ибо на мѣстѣ 6—4-го грудныхъ позвонковъ грудной протокъ переходитъ съ правой $^1/_2$ грудной клѣтки на лѣвую).

Причиной, вызвавшей въ моемъ случаѣ изліяніе млечнаго сока въ полость лѣвой плейры, былъ сифилисъ. Какъ извѣстно, сифилисъ можетъ произвести рѣзкія измѣненія во всѣхъ органахъ человѣческаго тѣла, а лимфатическія железы являются даже излюбленнымъ мѣстомъ, гдѣ сосредоточивается сифилитическій ядъ. При сильно увеличенныхъ лимфатическихъ железахъ токъ лимфы, понятно, совершается съ затрудненіемъ и можетъ совершенно прекратиться по тѣмъ или другимъ лимфатическимъ сосудамъ; лимфа, конечно, должна обходить затрудненія по окольнымъ путямъ, по которымъ токъ ея можетъ быть тоже затрудненъ. Кромѣ того, иногда наблюдается закупорка грудного протока (какъ это было въ случаѣ *Quincke*), прекращающая движеніе лимфы по руслу его. Разъ токъ лимфы по лимфатическому сосуду затрудненъ, то при измѣненіи стѣнокъ сосуда вполнѣ возможенъ и разрывъ его (хотя бы и незначительный), а измѣненія стѣнокъ лимфатическаго сосуда при сифилисѣ всегда можно предполагать.

Большинство авторовъ указываютъ на ракъ и на бугорчатку, какъ на причину молочновидныхъ жидкостей, а нѣкоторые въ бѣломъ цвѣтѣ жидкости даже думали найти вѣрный распознавательный признакъ рака или бугорчатки, что, однако, при ближайшемъ изученіи оказалось ошибочнымъ. Такъ, по статистикѣ *Rotmann*'а въ 26 случаяхъ истиннаго хилоторакса, о которыхъ ему удалось получить точныя данныя, дѣйствовали слѣдующія причины:

внѣшнее насиліе	8	разъ
ракъ плейры	5	»
закупорка лѣвой подключичной вены	4	»
сдавленіе протока опухолями	2	»
злокачественная лимфома	2	»
болѣзни лимфатическихъ сосудовъ (склерозъ, лимфангоэктазія)	2	»
закупорка грудного протока	1	»
чужеядныя (нитчатка?)	1	»
чрезмѣрное напряженіе	1	»
всего	26	»

Въ 13 тщательно изслѣдованныхъ случаяхъ хилеформенныхъ или хилоидныхъ изліяній этіологія была слѣдующая:

ракъ плейры, лимфатическихъ путей и пр.	5	разъ
бугорчатковый плейритъ	3	»
выпотной (не бугорчатковый) плейритъ	3	»
легочный нарывъ (?)	1	»
значительное содержаніе жира въ крови (липэмія?)	1	»
всего	13	»

Въ своемъ случаѣ я считался съ возможностью бугорчатки, но говорить о ней не могъ: микроскопическое изслѣдованіе мокроты на *Koch*'овскія палочки, температурная кривая, физическія изслѣдованія легкихъ, общій видъ больного и анамнестическія данныя говорили противъ бугорчатки. Что-же касается увеличенія лимфатическихъ железъ, то оно въ моемъ случаѣ, надо полагать, было обусловлено сифилитическимъ ядомъ; такое предположеніе тѣмъ вѣроятнѣе, что железы рѣзко уменьшились подъ вліяніемъ противусифилитическаго лѣченія. Относительно золотухи, будто бы перенесенной больнымъ, по его словамъ, въ дѣтствѣ, между прочимъ, замѣчу, что въ народѣ «золотухой» называются различные болѣзненные процессы и, слѣд., указаніе больного въ этомъ отношеніи не имѣетъ особаго значенія.

Жидкости, небольшое количество которой опредѣлялось въ полости живота, были присущи, по всей вѣроятности, такія-же свойства, какъ и плейральной. Къ сожалѣнію, прокола живота не дѣлали, а потому приходится говорить объ этомъ гадательно. Происхожденіе этой жидкости въ полости живота легче всего объяснить просачиваніемъ ея изъ полости плейры черезъ открытыя устьица грудобрюшной преграды.

Скажу еще нѣсколько словъ объ отекѣ, который сначала былъ только на лѣвой сторонѣ туловища и въ лѣвой ногѣ, а затѣмъ, хотя и незначительно, распространился и на правую сторону туловища. Казалось-бы, скорѣе всего его можно было объяснить слабостью сердца, на что имѣются и указанія: синюха губъ, рукъ и т. п. Однако, съ такимъ объясненіемъ какъ-то не вяжется тотъ фактъ, что отекъ сначала былъ только на лѣвой $^1/_2$ туловища и въ лѣвой ногѣ. Правда, послѣднее обстоятельство можно объяснить тѣмъ, что больной всегда лежалъ на лѣвомъ боку; но тогда возникаетъ вопросъ, почему-же отекъ былъ твердовато-плотный и, слѣд., не совсѣмъ обычный? Во 2-хъ, отекъ можно объяснить придавливаніемъ венъ увеличенными лимфатическими железами; однако, въ своемъ случаѣ я не видѣлъ соотношенія—что было-бы при такомъ объясненіи—между величиной железъ и отекомъ. Въ 3-хъ, сами увеличенныя лимфатическія железы, затрудняя оттокъ лимфы, могли произвести подобный отекъ. Въ 4-хъ, можно говорить о мѣстномъ ангіонейротическомъ отекѣ, обусловленномъ пораженіемъ нервныхъ стволовъ и залегающихъ въ нихъ сосудодвигательныхъ нервовъ,—какъ это наблюдается при параличахъ. Наконецъ, можно приложить еще одно объясненіе отека къ моему случаю: проф. *В. В. Чирковъ* [34]) указалъ, что бываютъ т. наз. безальбуминурійные отеки, вызываемые, по его мнѣнію, сифилитическимъ пораженіемъ или сосудодвигательныхъ нервовъ, или-же сосудодвигательнаго центра. Въ описываемомъ мною случаѣ свое дѣло сдѣлали, по всей вѣроятности, всѣ вышеуказанныя этіологическія условія.

Литература: 1. *Bartolettus.* Methodus in dyspnoeam seu de respirationibus. Привожу по *Bargebuhr*'у.—2. *H. Quincke.* Ueber die geformten Bestandtheile von Transudaten. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», т. XXX. 1882.—3. Проф. *W. Ebstein*, д-ръ *I. Schwalbe.* Руководство къ практической медицинѣ. Переводъ д-ра *Говсѣева*, подъ ред. проф. *А. Х. Кузнецова.* Т. I. Харьковъ. 1899.—4. *Willis.* Прив. по *Д. М. Щербачеву.*—5. *Mangel.* Прив. по *Д. М. Щербачеву.*—6. *Th. Bartholin.* Opuscula nova anatomica. Прив. по *Rotmann*'у.—7. *H. Quincke.* Ueber fetthaltige Transsudate. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin». 1875 г., т. XVI.—8. *By Samuel C. Busey.* The effusion of chyle and of chyle-like, milky, fatty, and oily fluids into the serous cavities. «The international journal of the medical sciences», 1889 г.—9. *Arnold Bargebuhr.* Chylöse und chyliforme Ergüsse in Pleura- und Pericardiatraum. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», 1895 г., т. LIV, и Ueber Ascites chylosus und chyliformis, тамъ-же, 1893 г. — 10. *Josef Bayer.* Ueber chylösen Erguss in Brust-und Bauchhöhle. «Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie», 1897 г., т. 2.—11. *М. А. Певзнеръ.* Случай pseudo-chyl'ознаго транссудата въ плейрѣ. «Русскій Архивъ патологіи», 1902 г., мартъ.—12. *Н. Ф. Страдомскій.* Случай hydrothorax chyliformis въ полости лѣвой плейры. Тамъ-же, 1902 г., т. XIV.—13. *Д. М. Щербачевъ.* О молочновидныхъ выпотахъ. Тамъ-же, 1900 г., т. X, вып. 2.—14. *В. Ф. Поляковъ.* Къ патогенезу псевдохилезныхъ асцитовъ. «Медицинское Обозрѣніе», 1903 г., № 6.—15. *Онъ-же.* Сифилитическій циррозъ печени и молочнобѣлый асцитъ. Тамъ-же. 1899 г., № 12.—16. *В. А. Загуменный.* Случай псевдохилезнаго плейрита, гидроторакса и асцита. Тамъ-же, 1903 г., № 16.—17. *В. В. Завьяловъ.* Молочновидный нехилёзный выпотъ. «Больничная газета Боткина», 1901 г., № 22.—18. *Б. К. Финкельштейнъ.* О разрывахъ и раненіяхъ млечнаго протока. Тамъ-же, 1901 г., №№ 21 и 22.—19. *U. G. Lion.* Note sur un cas d'ascite laiteuse non chyleuse. «Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique», 1893 г.—20. *Maurice Letulle.* Note sur un cas d'épanchements chyliforme du péritoine chez un enfant de huit ans cardiaque asystolique. «Revue de médecine». 1884 г., стр. 722.—*Онъ же.* Nouvelle observation d'épanchement chyliforme de l'abdomen chez un enfant. Тамъ-же, 1885 г., стр. 960.—21. *W. Marcellin.* Contribution à l'étude des épanchements lactescents du péritoine et de plévre. Парижская диссертація. 1902 г.—22. *Olof Hammarsten.* Ueber das Vorkommen von Mukoidsubstanzen in Ascitesflüssigkeiten. «Zeitschrift f. physiologische Chemie», 1891 г. — 23. *Camillo Verdelli.* Sulle asciti chiliformi. «IL Morgagni», 1894 г.—*Онъ-же.* Ancora sulle asciti chiliformi. Тамъ-же, 1897 г.—24. *Micheli* и *Mattirolo.* Beitrag zur Kenntniss der pseudochylösen Ascites-formen. «Wiener klinische Wochenschrift», 1900 г.—25. *Alfred Gross.* Beitrag zur Kenntniss der pseudochylösen Ergüsse. «Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie», 1900 г., т. 44.—26. *Julius Joachim.* Ueber die Ursache der Trübung in milchigen Ascitesflüssigkeiten. «Münchener medic. Wochenschrift», 1903 г., № 44.—27. *Hübler* und *Kleden.* Lehrbuch der physiologischen Chemie, 1878 г.—28. *H. Senator.* Ueber Chylurie mit chylösen Ascites. «Charité-Annalen», 1885 г.—29. *Otto Leydhecker.* Ueber einen Fall von Carcinom des Ductus thoracicus mit chylösem Ascites. «Archiv f. patholog. Anatomie und Physiologie und f. klin. Medicin», 1893 г., т. 134.—30. *Rotmann.* Ueber fetthaltige Ergüsse in den grossen serösen Höhlen. «Zeitschrift f. klin. Medicin», 1897 г., т. 31.—31. *Angelo Ceconi.* Ueber einen Fall von Ascites chylosus. «Münchener medic. Wochenschrift», 1899 г., № 15.—32. *G. Hammarsten.* Учебникъ физіологической химіи. Переводъ проф. *А. Я. Щербакова* въ Казани, 1892 г., стр. 94—96.—33. *W. Wendel.* Ueber die Verletzung des Ductus thorac-

cus am Halse und ihre Heilungsmöglichkeit. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», 1898 г., XXXXVIII.—34. *В. В. Чирковъ.* О нѣсколькихъ случаяхъ безбѣлковыхъ отековъ. Докладъ на IV Съѣздѣ русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова.* «Врачъ» 1891 г., № 6.—*Онъ-же.* Oedèmes vasomoteurs sans albuminurie. «Revue de médecine», 1895 г.

CLXIX. Изъ больницы Щербиновскаго каменноугольнаго рудника.

Случай остраго отравленія взрывчатой желятиной (Sprengelatine) per os.

И. Н. Кавалерова.

Случай остраго отравленія взрывчатой желятиной, которое мнѣ пришлось наблюдать, представляетъ интересъ и по своей рѣдкости, и по нѣкоторымъ клиническимъ явленіямъ, сопровождавшимъ отравленіе. Въ русской медицинской литературѣ за послѣднія 5 лѣтъ я не нашелъ ни одного подобнаго случая. Въ литературѣ иностранной извѣстны 3 случая отравленія динамитомъ: 1 описанъ *Mascha*, а 2 другихъ *Wulff*'омъ, но сообщеній объ отравленіи взрывчатой желятиной въ доступной мнѣ медицинской и спеціальной технической литературѣ встрѣтить мнѣ не пришлось.

Взрывчатая желятина, извѣстная въ общежитіи болѣе подъ именемъ «гремучаго студня», принадлежитъ къ однимъ изъ сильнѣйшихъ взрывчатыхъ веществъ, которыми пользуются при горныхъ работахъ. По *Roberts*'у она приготовляется такъ: «берутъ 93 чч. по вѣсу нитроглицерина и 7 чч. по вѣсу коллодія, приготовленнаго изъ хлопка и тонко измельченнаго; нагрѣвъ нитроглицеринъ въ мѣдной чашкѣ до 50° помощью горячей воды или пара, прибавляютъ къ нему небольшими порціями коллодій при постоянномъ помѣшиваніи; температура смѣси въ продолженіе всей операціи поддерживается около 35°, и, если размѣшиваніе не останавливается, то по истеченіи часа получается однородная, прозрачная, желятинообразная масса. Прибавленіе въ малыхъ количествахъ спирта, эѳира, ацетона, камфоры облегчаетъ желятинизацію и въ то же время дѣлаетъ операцію менѣе опасной. Получающаяся желятиновая масса походитъ по цвѣту и по плотности на полузастывшій клей въ разныхъ степеняхъ его отвердѣванія: то она тверда, какъ кожа, то мягка, какъ обыкновенное желе, что обусловливается, съ одной стороны, пропорціями смѣшенія, съ другой—составомъ самого коллодія. Нормальный «гремучій студень» вышеуказаннаго состава (93% нитроглицерина) жиренъ на ощупь, легко рѣжется ножемъ, уд. в. 1,6, въ обыкновенныхъ условіяхъ не подвергается ни плавленію, ни распаденію съ выдѣленіемъ жидкаго выпота, не выдѣляетъ нитроглицерина даже подъ большими давленіями. Если положить его въ воду (стоячую или проточную) безъ всякой оболочки, то онъ не претерпѣваетъ никакого существеннаго измѣненія, только снаружи покрывается бѣловатымъ слоемъ, распространяющимся въ глубину не болѣе 0,5 млм. даже при продолжительномъ погруженіи, что объясняется раствореніемъ нитроглицерина въ поверхностномъ слоѣ и образованіемъ коллодійной оболочки, ограничивающей дальнѣйшее дѣйствіе воды.

Въ продажу «гремучій студень» поступаетъ въ видѣ небольшихъ цилиндровъ, завернутыхъ въ пергаментную бумагу и напоминающихъ внѣшнимъ видомъ конфекты. На вкусъ онъ нѣсколько сладковатъ.

Перехожу къ описанію своего случая.

Больная, 28 л., крестьянка, жена десятника съ крестьянской шахты, часа черезъ 3 послѣ ужина, почувствовавъ легкое головокруженіе, вышла на свѣжій воздухъ; но съ ней тотчасъ-же сдѣлалось дурно; она упала, поранивъ себѣ при паденіи кожные покровы на лѣвой $^1/_2$ лица и въ особенности ухо, но все время оставалась въ полномъ сознаніи. Вскорѣ выяснилось, что за нѣсколько часовъ до ужина она, въ отсутствіи мужа, достала изъ его сундука, который былъ всегда запертъ и этимъ возбуждалъ къ себѣ особый интересъ, патронъ «гремучаго студня» и, принявъ его за конфекту, весь его съѣла. Осмотръ комнаты и сундука подтвердилъ разсказъ пострадавшей: въ сундукѣ, дѣйствительно, не хватало 1 патрона, а на полу валялись кусочки пергаментной бумаги, въ которую онъ былъ завернутъ. Общее состояніе больной продолжало ухудшаться, началъ «пухнуть животъ», и это обстоятельство отдалило время ея поступленія въ больницу, такъ какъ мужъ ея и знакомые боялись, что при перевозкѣ ея на дрогахъ при первомъ-же болѣе или менѣе сильномъ толчкѣ можетъ произойти взрывъ, отъ котораго она и разлетится на части. Не безъ труда удалось убѣдить мужа въ ошибочности его предположеній, и больная была доставлена въ больницу черезъ 5—$5^1/_2$ час. послѣ пріема взрывчатой желятины и черезъ 1—$1^1/_2$ часа послѣ появленія болѣе или менѣе выраженныхъ признаковъ отравленія.

При поступленіи она жаловалась—насколько это можно было понять изъ ея прерывистой несвязной и разстроенной вслѣдствіе невозможности произносить нѣкоторые слова и даже слоги рѣчи—на боль во всемъ животѣ и на головную боль и часто показывала руками на гортань.

При объективномъ изслѣдованіи найдено: Безъ посторонней помощи ходить не можетъ; походка неувѣренная, шатающаяся; всѣ движенія порывисты и не всегда цѣлесообразны; сидѣть на стулѣ можетъ только, если ее поддерживать; при лежаніи часто мѣняетъ положеніе рукъ и особенно ногъ: то сгибаетъ ихъ въ колѣнныхъ суставахъ и притягиваетъ къ туловищу, то быстро выпрямляетъ. Кожа на лицѣ и въ верхней части груди и спины рѣзко красная, на ощупь много теплѣе, чѣмъ въ прочихъ частяхъ тѣла. Около лѣваго уха нѣсколько кровоточащихъ ранокъ неправильной формы, загрязненныхъ соломой и навозомъ. Волосистая часть головы настолько болѣзненна, что больная вскрикиваетъ при самомъ поверхностномъ дотрогиваніи до ея волосъ. Соединительныя оболочки глазъ сильно гиперэмированы; зрачки расширены, но не очень, правый нѣсколько больше лѣваго. Языкъ при высовываніи дрожитъ; заднеглоточнаго рефлекса нѣтъ вовсе. Глотаніе вслѣдствіе паретическаго состоянія соотвѣтствующихъ мышцъ въ значительной степени затруднено: вода при этомъ то выливается черезъ носъ, то вызываетъ приступъ кашля, напоминающій характеромъ кашель коклюшныхъ. Съ большимъ трудомъ удалось провести въ пищеводъ желудочный зондъ, такъ какъ онъ вслѣдствіе паретическаго состоянія мышцъ легко проскальзывалъ въ дыхательное горло, вызывая приступъ кашля и синюху лица. Животъ сильно вздутъ; при выстукиваніи его вездѣ вслѣдствіе крайняго вздутія получается притупленный звукъ, а при выслушиваніи—сильное урчаніе. Частота дыханій въ минуту постоянно мѣнялась: то они были часты и поверхностны, то дѣлались рѣдкими, но очень глубокими съ значительной паузой между вздохомъ и выдохомъ. Пульсъ при поступленіи 140, а потомъ участился до невозможности сосчитать его точно и сдѣлался нитевиднымъ [1]).

Въ виду предположенія, высказаннаго спеціалистами—горными инженерами, что принятый «гремучій студень» въ желудкѣ при своемъ разложеніи могъ дать значительное количество азотистой кислоты, я промылъ желудокъ 2%-мъ растворомъ 2-углекислаго натра, и, дѣйствительно, при первомъ промываніи черезъ воронку выдѣлилось громадное количество пузырьковъ какого-то газа, а напряженіе въ подложечной области сразу уменьшилось настолько, что при послѣдующемъ выстукиваніи звукъ получился уже не притупленный, а барабанный. Съ промывной жидкостью вышло много слизи и коричневаго цвѣта, порошкообразнаго осадка, быстро падающаго въ водѣ на дно сосуда. 1-ая порція промывной жидкости своимъ видомъ напоминала рвоту при ракѣ желудка. Осадокъ, собранный на фильтрѣ и высушенный, не горѣлъ и при нагрѣваніи не издавалъ запаха. При микроскопическомъ изслѣдованіи осадка можно было замѣтить, что мѣстами въ полѣ зрѣнія находился безцвѣтный, аморфный порошокъ, мѣстами-же клѣтчатка, тѣсно перемѣшанная со слизью. Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ не было. Очевидно, осадокъ этотъ могъ состоять или изъ остатковъ чернаго хлѣба, который больная ѣла за ужиномъ, или-же изъ какой-нибудь минеральной примѣси къ «гремучему студню» (къ динамиту примѣшивается нѣкоторое количество т. наз. инфузорной земли—«кызылъ-гуръ»). Послѣ промыванія черезъ зондъ-же введено въ желудокъ 50,0 касторового масла, подъ кожу 1 шприцъ 20%-го раствора натробензойно-кислаго коффеина и 0,12 эрготина. Черезъ 30—40 мин. послѣ этого больная выпила стаканъ чернаго кофе. Черезъ 2 часа ее обильно прослабило. Къ сожалѣнію, испражненія не были изслѣдованы. Въ 4 часа утра больная уснула, и въ 8 час. утра проснулась въ слѣдующемъ состояніи.

Жалуется на общую слабость, тяжесть въ головѣ, царапанье въ горлѣ, но встаетъ и ходитъ сама безъ посторонней помощи; походка увѣренная. Сама себѣ расчесала волосы. Что съ ней произошло наканунѣ, съ момента паденія на дворѣ, вполнѣ ясно припомнить не можетъ. Кожа лица чрезвычайно блѣдная; подъ глазами темные круги. Разстройство рѣчи исчезло; пить и ѣсть можетъ совершенно свободно. Животъ опалъ, мягкій; при ощупываніи брюшныя стѣнки болѣзненны. Въ 12 час. дня больная выписалась изъ больницы и домой пошла пѣшкомъ (до дома 1—$1^1/_2$ в.).

Недѣли черезъ $1^1/_2$—2 послѣ этого я узналъ отъ ея мужа, что она совершенно здорова.

Такимъ образомъ вышеописанная клиническая картина при отравленіи «гремучимъ студнемъ» вполнѣ соотвѣтствуетъ той, которая наблюдается при отравленіи нитроглицериномъ или амилнитритомъ и вообще нитритами, т. е. азотистокислыми солями металловъ, а также и эѳирами азотистой кислоты, образующимися путемъ воздѣйствія послѣдней на алкоголи жирнаго ряда. Жженіе въ горлѣ, сильная головная боль, краснота лица, паретическое состояніе мышцъ, ускоренное а впослѣдствіи замедленное хрипящее дыханіе—вотъ обычные и главные припадки отравленія амилнитритомъ и нитроглицериномъ. Эти-же припадки наблюдались и въ моемъ случаѣ. Очевидно, нитроглицеринъ выдѣлился изъ поверхностныхъ слоевъ кусочковъ «гремучаго студня», подвергшагося физическому,

---

[1]) Къ сожалѣнію, болѣе полное объективное изслѣдованіе нельзя было произвести вслѣдствіе тяжелаго состоянія больной, требующаго немедленной врачебной помощи.

а, быть можетъ, и химическому воздѣйствію со стороны жидкаго содержимаго желудка и кишекъ и такимъ образомъ оказалъ свойственное ему отравляющее дѣйствіе на весь организмъ.

Чтобы выяснить, какія измѣненія претерпѣваетъ гремучій студень самъ въ желудочнокишечномъ каналѣ и что онъ въ немъ производитъ, я далъ 50,0 его молодой небольшой собакѣ, предварительно расщипавъ его на очень мелкіе кусочки (съ горошину) и нашпиговавъ ими 250,0 сырой говядины. Собака быстро съѣла все мясо. Черезъ 2 часа послѣ этого она начала сильно визжать и бросаться на стѣнку, а потомъ послѣ рвоты сразу визжать перестала. Затѣмъ у нея было испражненіе обыкновеннымъ густообразнымъ каломъ обычнаго для собакъ цвѣта. Въ дальнѣйшемъ у собаки вообще никакихъ разстройствъ не обнаружалось. Рвотныя массы у нея, къ моему удивленію, состояли изъ одного, дов. плотнаго куска «гремучаго студня», совершенно неизмѣнившагося въ внѣшнемъ своемъ видѣ и обладавшаго присущими ему физическими свойствами. При сжиганіи онъ горѣлъ такъ-же, какъ обыкновенно. Кусочки-же мяса были вкраплены въ студень и издавали противный, сильно кислый запахъ. По всей вѣроятности, «гремучій студень», будучи извергнутъ рвотой обратно, въ кишечный каналъ не попалъ, въ желудкѣ вызвалъ легкія явленія остраго гастрита и не обнаружилъ никакого дѣйствія, которое напоминало-бы отравленіе нитроглицериномъ.

Возвращусь къ своему случаю. Онъ невольно заставляетъ коснуться вопроса о максимальной дозѣ нитроглицерина. Дѣло въ томъ, что въ съѣденномъ моей больной патронѣ было чистаго нитроглицерина приблизительно 60,0, т. е. количество, превышающее обычный терапевтическій пріемъ въ 60000 разъ. Къ сожалѣнію, трудно сказать, какое количество нитроглицерина являлось дѣйствующимъ; но во всякомъ случаѣ можно предположить a priori, что оно во много разъ превышало обычные наши пріемы, примѣняемые съ лѣчебною цѣлью. Необходимо замѣтить, что въ спеціальной литературѣ о максимальной дозѣ нитроглицерина еще и въ настоящее время имѣются разногласія. Такъ *Пешкинъ* полагаетъ, что для отравленія травояднаго животнаго достаточно 15—20 капель нитроглицерина. *Schuchardt* утверждаетъ, что незначительная доза нитроглицерина безвредна. *Eulenburg* замѣтилъ на себѣ явные признаки отравленія при дотрогиваніи языкомъ до пробки, которою была заткнута стклянка съ нитроглицериномъ. У *Weber*'а кроликъ послѣ пріема 2-хъ капель нитроглицерина палъ уже черезъ 2 мин. У людей смерть въ одномъ случаѣ наступила послѣ пріема 30,0 нитроглицерина, въ другомъ послѣ 2-хъ глотковъ, въ 3-мъ послѣ пріема 10,0—20,0 динамита. Вообще нельзя не согласиться съ *Blumenstok*'омъ, что смертельная доза для человѣка до сихъ поръ не можетъ считаться установленной.

Въ заключеніе не могу не коснуться обстоятельствъ своего случая и съ бытовой стороны. Онъ еще разъ подтверждаетъ уже многократно высказанное въ печати мнѣніе, что давно пора упорядочить спеціальный горный надзоръ надъ добычей угля на крестьянскихъ шахтахъ, приравненныхъ къ кустарному производству. Тамъ все это дѣлается удивительно просто: отвѣтственный штейгеръ сдаетъ на храненіе десятнику, т. е. человѣку безъ всякаго спеціальнаго образованія, обыкновенно крестьянину, такое количество динамита, отъ котораго могутъ взлетѣть на воздухъ, по крайней мѣрѣ, человѣкъ 50—100, и хранятся эти взрывчатыя вещества дома подъ кроватью! Немудрено поэтому, что за 2 года службы я видѣлъ уже 7 несчастныхъ случаевъ, послѣ которыхъ пострадавшіе остались совершенными инвалидами. Несчастія всѣ произошли какъ-бы по заранѣе составленному плану, по шаблону: находитъ рабочій на дорогѣ пистонъ, кладетъ его на камень, начинаетъ разбивать молоткомъ, и черезъ мигъ лишается сразу или нѣсколькихъ пальцевъ, или глаза, или все лицо его оказывается пробитымъ осколками и т. п., а отвѣтственности за это никто не несетъ, ибо случай произошелъ «по собственной винѣ» пострадавшаго!

Источники: 1. *Ch. Demanet.* Traité d'exploitation des mines de Houille, Русскій перев. 1902 г.—2. «Энциклопедическій Словарь» *Брокгауза* и *Эфрона*, т. 20, статья *Чельцова*.—3. Handbuch d. Hygiene, Gewerbehygiene, т. VIII. Изъ Th. Weil. 1895 г., стр. 255 и слѣд.—4. Объ отравленіяхъ динамитомъ и и нитроглицериномъ литература приведена въ «Реальной Энциклопедіи» проф. *Eulenburg*'а, т. VI, именно: *Пеликанъ*. «Beiträge z. gerichtl. Medicin». Toxilogie und Pharmacodinamik. 1858, стр. 99—118.—*Schuchardt.* Zeitschrift f. praktische Heilkunde». 1866 г., тетр. I, стр. 41.—*Maschka.* «Wiener med. Wochenschrift, 1871, № 8.—*Онъ-же.* Sammlung gerichtärztl. Gutachten. 1879, IV, стр. 157.—*Eulenburg.* Handbuch d. Gewerbehygiene. 1876 г., стр. 483.—*Blumenstock.* Tod durch Dualin—und Dynamitpatronen. *Friedrichs* Bl. f. gerichtl. Medicin», 1877 г. стр. 171—186. *Wolff.* Vergiftung mit Dynamit, Doppelmord. «Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin», 1878, XXVIII, стр. 1—18.—5. О свойствахъ нитроглицерина. «Реальная Энциклопедія» т. 13, стр. 281. Здѣсь-же приведена соотвѣтствующая литература.—6. *Lauder Brunton.* Руководство фармакологіи и терапевтики, Москва, 1895 г., изд. Карцева, стр. 669.

CLXX. Изъ бригаднаго лазарета 3-ьей гренадерской артиллерійской бригады.

Рожисто-флегмонозное воспаленіе лица, осложненное гнойнымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ и общимъ гнилокровіемъ.

М. В. Ивачика.

Работами *Fehleisen*'а выяснено, что заболѣванія рожею обусловливаются рожистымъ стрептококкомъ. Многіе изслѣдователи подвергаютъ сомнѣнію специфическія свойства рожистаго стрептококка. *Baumgarten* особенно настойчиво утверждалъ, что рожистый стрептококкъ *Fehleisen*'а тождественъ съ обыкновеннымъ гноеродным стрептококкомъ. Теперь въ этомъ уже нельзя сомнѣваться, особенно послѣ работъ *Fraenkel*'я и *Pfeiffer*'а [1]).

Клиническія наблюденія вполнѣ подтверждаютъ такой взглядъ. Наблюдаются случаи рожи, когда рожистый процессъ проникаетъ такъ глубоко, что въ подкожной соединительной ткани образуются гнойники, т. наз. флегмонозная рожа. Такой случай флегмонозной рожи пришлось наблюдать и мнѣ въ бригадномъ лазаретѣ; рожисто-флегмонозное воспаленіе лица приняло крайне тяжелое теченіе и свело больного въ могилу. Прежде, чѣмъ перейти къ описанію своего случая, замѣчу, что на опасность воспалительныхъ процессовъ на лицѣ давно уже указывается авторами. Такъ, *Koenig* [2]) говоритъ, что «бываютъ случаи, когда чирій или карбункулъ на щекѣ или на верхней губѣ сопровождается лихорадочными явленіями, которыя иногда исчезаютъ по вскрытіи чирья, иногда-же ведутъ къ смертельному исходу, при явленіяхъ гноекровія, гнилостнаго зараженія крови или пораженія мозга. Иной разъ связь между чирьемъ и этими заключительными явленіями такая-же, какъ и въ подобныхъ случаяхъ рожистаго воспаленія. Черезъ посредство соединительной ткани или лимфатическихъ сосудовъ воспалительный процессъ переходитъ на глазницу и въ полость черепа, или-же размягченныя пробки лицевыхъ венъ продолжаются въ вены мозга».

Перехожу къ описанію своего случая.

Въ бригадный лазаретъ 3-ей гренадерской артиллерійской бригады 10/VIII 1902 г. доставленъ Т. Д., канонирь, родомъ изъ Черниговской губ., Суражскаго уѣзда. Боленъ 3-ій день. Заболѣлъ на вольныхъ работахъ (во Владимірской губ.). Съ 29/VI былъ на покосѣ сѣна въ одномъ изъ частныхъ имѣній. Появился пузырекъ въ носу, который онъ расчесалъ. За ночь припухъ весь носъ, и закрылся лѣвый глазъ. Жалуется на сильную головную боль, боль въ пахахъ и плечевыхъ суставахъ. Рѣдкій, сухой кашель. Ѣстъ плохо. На низъ вчера было 1 разъ, сегодня не было. Ночь спалъ дов. спокойно. 39°,7. Значительная припухлость лѣваго носового крыла, щеки, верхняго и нижняго вѣкъ лѣваго глаза. Лѣвый глазъ закрытъ. Кожа здѣсь сильно покраснѣла и припухла. На слизистой оболочкѣ носа слѣва, вблизи наружнаго отверстія, небольшая ссадина. Сознаніе не помрачено. Назначено: молоко, 2 порошка въ день солянокислаго хинина по 0,5, камфоры по 0,06, нѣсколько пріемовъ; снаружи—камфорнаго спирта и камфорнаго масла по 30,0, для примочекъ; пузырь со льдомъ на голову.

11/VIII: 37°,6—37°,9. Спалъ плохо. Сильная головная боль. Значительная отечность верхняго вѣка. Соединительная оболочка лѣваго глаза тоже сильно припухла и покраснѣла. На волосистую часть головы припухлость не распространяется. На низъ не было.

12/VIII: 37°,8—38°,5. На низъ было утромъ 1 разъ. Значительная припухлость и отечность верхняго вѣка лѣваго глаза, а также соединительной его оболочки. Кожа на лицѣ слѣва въ области щеки и носа припухла. Жалуется на безсонницу. Назначено:

---

[1]) Прив. по «Реальной энциклопедіи медицинскихъ наукъ», изд. 1896 г., т. 17, стр. 458.

[2]) *Koenig.* Руководство къ частной хирургіи, изд. 1894 г., т. 1, стр. 242.

пузырь со льдомъ на голову; пріемы бромистаго натрія (8,0 : 200,0) по столовой ложкѣ. Въ пищу—куриный супъ.

13/VIII: 39°,3—39°,7. Сильная головная боль и безсонница. На низъ не было. Значительная припухлость соединительной оболочки лѣваго глаза, въ видѣ валика надвигающейся на роговицу. Назначено: 0,5 фенацетина вечер.

14/VIII: 40°,1—40°. Ночь не спалъ изъ-за жестокихъ головныхъ болей. На низъ вчера сходилъ передъ обѣдомъ, не обильно. П. 104, полный. Значительная припухлость и краснота въ области лѣваго крыла носа въ верхней части снутри, гдѣ при изслѣдованіи получается зыбленіе. Языкъ сильно обложенъ. Сдѣланъ разрѣзъ въ 4—5 стм.; вышло болѣе чайной ложки густого гноя. Вставлена іодоформная турунда.

15/VIII: 39°,8—39°,9. Ночь не спалъ изъ-за жестокихъ головныхъ болей. 2-ой день почти не принимаетъ пищи. Изъ разрѣза при надавливаніи выдѣляется въ обиліи густой гной. Припухлость вѣкъ меньше: лѣвый глазъ раскрылся. Рожистая краснота на волосистую часть головы не распространяется. Вчера появилась необильная, кровянистая мокрота. Языкъ обложенъ желтоватымъ налетомъ. Общее состояніе тяжелое. П. 52. На низъ вчера не было. Назначено: ледъ на голову; фенацетина 0,5, коффеина 0,06, 4 раза въ день; 60,0 портвейна. При вечернемъ посѣщеніи больного я расширилъ разрѣзъ по желобоватому зонду и вставилъ новую іодоформную турунду. Дано 15,0 сѣрнокислаго натра для послабленія, которое и послѣдовало.

16/VIII: 39°,8—39°,9. Ночь провелъ болѣе спокойно. Лѣвый глазъ вполнѣ раскрылся. Головная боль уменьшилась. Значительная припухлость и краснота въ подглазничной области снаружи лѣваго глаза. При изслѣдованіи зыбленіе. Сдѣланъ разрѣзъ, расширенный по желобоватому зонду. Вышло около столовой ложки густого гноя. При надавливаніи изъ 1-го разрѣза выдѣляется также немного гноя. П. 56. Языкъ обложенъ. Сознаніе не вполнѣ помрачено. Мокрота съ примѣсью крови. Назначено: портвейна 60,0; эѳирной валеріановой настойки и *Hoffman*'скихъ капель по 15,0, по 25 кап. 3 раза въ день

17/VIII: 38°,8—38°,7. Вчера послѣ промывательнаго немного прослабило. Отечность верхняго вѣка праваго глаза и соединительной оболочки. Сознаніе временами помрачено. Лѣвый глазъ совсѣмъ раскрылся; припухлость и краснота слѣва уменьшились. Гнойное отдѣленіе изъ разрѣзовъ менѣе обильное. Мокрота слизисто-гнойная съ незначительною примѣсью крови. П. 60. Назначено 90,0 портвейна.

18/VIII: 38°,2—38°,6. Вчера послѣ обѣда хорошо прослабило. Изъ разрѣзовъ густое отдѣленіе, не обильное. Сильная отечность и припухлость верхняго вѣка лѣваго глаза. П. 64, слабый. Спалъ около 4 час. На губѣ и на носу herpes. Сознаніе слегка помрачено. Назначено: пузырь со льдомъ на голову, 200,0 портвейна.

19/VIII: 38°,4—38°,7. Изъ разрѣза въ области лѣваго носового крыла выдѣляется густой гной; изъ разрѣза съ наружной стороны глаза гноя при надавливаніи не выдѣляется. Іодоформныя турунды уходятъ въ глубину на 8—10 стм. Ночь спалъ лучше. Общее состояніе менѣе угнетенное; сознаніе менѣе помрачено. Мочится подъ себя. П. 70, болѣе полный.

20/VIII: 39°,3—38°,9. Отечность верхняго вѣка праваго глаза уменьшилась; роговица праваго глаза прозрачная. Значительная отечность соединительной оболочки лѣваго глаза; роговица мутновата. Ночью сильно бредилъ и плохо спалъ. П. 54, слабый. Сознаніе помрачено. Мочится подъ себя. Почти ничего не ѣстъ. Гнойное отдѣленіе изъ разрѣза съ внутренней стороны. У внутренняго угла вскрытъ новый гнойникъ. Назначено впускать по 2 капли раствора атропина (0,06 : 8,0) 2 раза въ день въ лѣвый глазъ.

21/VIII: 39°—39°,1. Полное помраченіе сознанія; на вопросы не отвѣчаетъ. Мочится подъ себя. Значительная отечность соединительной оболочки лѣваго глаза. Помутнѣніе лѣвой роговицы выражено рѣзче. Правая роговица прозрачна. Дыханіе хрипящее.

22/VIII: 39°,7—39°,4. Полное помраченіе сознанія. П. 72, слабый. Изъ разрѣзовъ при надавливаніи выдѣляется мало гноя. Роговица лѣвая мутна; соединительная оболочка сильно приподнята въ видѣ пузырьковъ. Роговица праваго глаза прозрачна; зрачекъ съуженъ, не отвѣчаетъ на свѣтъ. Назначено: кромѣ капель атропина, частыя промыванія лѣваго глаза 2%-мъ растворомъ борной кислоты.

23/VIII: 38°,2—38°,7. Пульсъ едва ощутимъ. Полная потеря сознанія. Безпрерывно стонетъ. Сильная набухлость соединительной оболочки лѣваго глаза; сильная болѣзненность при надавливаніи на рѣсничное тѣло слѣва. Хрипящее дыханіе. Рѣзко выраженныя исхуданіе и истощеніе. Жидкость, вливаемую въ ротъ, глотаетъ. Назначено: капли валеріановыя съ *Hoffman*'скими, по 25, черезъ 2 часа; ледъ на голову. Пища молочная.

24/VIII: 38°,5—39°. Конечности холодны. Парезъ правой ½ тѣла. Полная потеря сознанія. Изъ разрѣзовъ при надавливаніи гноя не выдѣляется. Рѣзко выраженная картина panophtalmit'а лѣваго глаза. Сильная набухлость соединительной оболочки лѣваго глаза (желто-краснаго цвѣта), которая выдается въ видѣ валиковъ, по бокамъ выступающихъ наружу, такъ что глазъ не можетъ вполнѣ закрыться. Роговица лѣваго глаза мутна, правая—вполнѣ прозрачна. Дѣятельность сердца падаетъ; пульсъ слабо ощутимъ. Портвейнъ, вливаемый въ ротъ, проглатываетъ съ трудомъ.

25/VIII: 38°,8—38°,1. Конечности холодны. Пульсъ не ощутимъ. Парезъ правой ½ тѣла. Кома.

26/VIII: 38°,3—38°,6. Скопленіе гноя въ передней камерѣ лѣваго глаза. Изъ разрѣзовъ гноя не выдѣляется. Удается влить немного молока и портвейна съ примѣсью возбуждающихъ капель.

27/VIII: 38°,4—38°,5. Пульсъ едва ощутимъ. Конечности холодны. Вслѣдствіе сильной набухлости соединительной оболочки лѣвый глазъ не можетъ закрыться; обильное скопленіе гноя въ передней камерѣ. Животъ впалый. Послѣ промывательнаго вчера вечеромъ тотчасъ вышла обратно влитая жидкость. Роговица праваго глаза прозрачна; зрачекъ съуженъ, не отвѣчаетъ на свѣтъ. Больной безпрерывно стонетъ.

28/VIII: 38°,2. Дыханіе очень рѣзкое. Пульсъ не ощутимъ. Агонія. Въ 9-мъ часу утра смерть. Вскрытіе на другой день утромъ.

Подкожный жирный слой слабо развитъ; истощеніе и исхуданіе рѣзко выражены. Лѣвый глазъ раскрытъ; соединительная оболочка его гиперэмирована и припухла. Въ передней камерѣ лѣваго глаза скопленіе гноя. Зрачекъ праваго глаза съуженъ. На кожѣ лица 3 рубца линейной формы; 2 съ внутренней стороны лѣваго глаза, 1—снаружи, длиною въ 4—5 стм. Трупное окоченѣніе выражено слабо. Твердая мозговая оболочка напряжена. Венныя пазухи переполнены кровью. Слѣва въ ткани мягкой мозговой оболочки и въ паутинной гнойныя массы, которыя идутъ по бокамъ венныхъ сосудовъ мягкой оболочки, переполненныхъ кровью. Болѣе обильный гнойный выпотъ у перекреста зрительныхъ нервовъ слѣва. Ткань мягкой мозговой оболочки припухшая. Извилины мозга сглажены. На основаніи мозга около 2 столовыхъ ложекъ кровянистой жидкости. Вблизи перекреста зрительныхъ нервовъ слѣва въ мозговой ткани гнойное гнѣздо, съ лѣсной орѣхъ, съ размягченіемъ мозговой ткани въ ближайшей окружности. Ткань мозга гиперэмирована: на разрѣзѣ много кровяныхъ точекъ. Хороидныя сплетенія налиты. Сердце приблизительно съ кулакъ покойнаго. Мышца его дряблая. Въ правомъ желудочкѣ много фибринозныхъ свертковъ. Толщина стѣнки лѣваго желудочка 1 стм., праваго 5 млм. Легкія полнокровны. Лѣвое легкое сильно прирощено къ грудной клѣткѣ. Въ нижней долѣ праваго легкаго 2 гнойныхъ очага, съ грецкій орѣхъ; при разрѣзѣ изъ нихъ выдѣляется густой гной. Въ лѣвомъ легкомъ 1 гнойный очагъ, съ лѣсной орѣхъ. Брюшная полость не была вскрыта. Эпикризъ: флегмонозная рожа лица; гнойный менингитъ; гноекровіе; переносные гнойники въ легкихъ.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Къ докладу д-ра Wada о раненыхъ русскихъ въ бою подъ Чемульпо [1]).

Я не имѣю въ виду представлять отчета о боѣ и раненыхъ подъ Чемульпо 27-го января (9-го февраля) 1904 г., такъ какъ таковой въ непродолжительномъ времени появится въ «Медицинскихъ Прибавленіяхъ къ Морскому Сборнику»; мнѣ хочется лишь дополнить и правдиво освѣтить трудъ д-ра *Wada*—«Flottenarzt der japanischen Flotte, Chefarzt des Kanjo-Hospitals und des Fliegenden Roten Kreuz Hospitals in Chemulpo», какъ онъ себя называетъ.

Къ сожалѣнію, я долженъ начать свою статью со старыхъ истинъ. Наши боевыя суда, представляя изъ себя сплошной громадный механизмъ, строятся въ настоящее время такъ, что на нихъ разсчитанъ каждый уголокъ и использованъ каждый малѣйшій кусочекъ свободнаго мѣста; на санитарно-медицинскія учрежденія отводится такъ мало, какъ по пространству, такъ и по средствамъ, что требовать отъ такой машины, чтобы она въ нѣсколько мгновеній обратилась въ плавучій госпиталь, да еще оборудованный согласно послѣднему слову науки,—по меньшей мѣрѣ странно.

Для мирнаго времени на корабляхъ существуютъ лазареты по разсчету 1 койка на 50—80 чел. команды, вслѣдствіе чего только для 1,25%—2% наличнаго состава команды, въ наилучшихъ условіяхъ, можетъ быть пред-

[1]) «Докладъ о раненыхъ русскихъ въ бою подъ Чемульпо»—подъ такимъ заглавіемъ въ № 28 «Deutsche medicinische Wochenschrift» (1904 г. 7 іюля, стр. 1031) появилась своеобразная статья японскаго флотскаго врача *Wada*. Я не хотѣлъ отвѣчать на эту статью, полную неправды, инсинуацій и рекламы, такъ какъ, по моему мнѣнію, такія статьи заслуживаютъ лишь умалчиванія, и, если отвѣчаю теперь, то не съ желаніемъ реабилитировать русскихъ врачей съ «Варяга» и «Корейца» и французскаго съ «Pascal'я», а исключительно подъ давленіемъ неоднократныхъ замѣтокъ «Русскаго Врача», являющагося, какъ-бы, голосомъ товарищескаго общественнаго мнѣнія. Въ переводѣ подлинника д-ра *Wada* мнѣ оказалъ громадную помощь товарищъ *Г. Г. Шлятеръ*; онъ же любезно согласился перевести и мой отвѣтъ на нѣмецкій языкъ съ тѣмъ, чтобы отвѣтъ этотъ направить въ редакцію «Deutsche medicinische Wochenschrift».

ложено вполнѣ удобное постельное содержаніе. Во время боя и послѣ него всѣ эти нормальные разсчеты рушатся: % людей, требующихъ постельнаго содержанія и самаго предусмотрительнаго ухода, повышается, какъ это было на «Варягѣ», въ 10 разъ (выведено изъ строя $^1/_5$ всей команды или 40% съ верхней палубы, особенно пострадавшей во время боя). Что должно получиться на кораблѣ при той страшной тѣснотѣ и загроможденности, которыя являются правиломъ въ настоящее время, понятно для всякаго, а тѣмъ болѣе для морского врача. Въ этихъ видахъ пребываніе раненыхъ на кораблѣ, гдѣ они пострадали, должно быть сокращено до крайняго minimum'а; въ морѣ раненыхъ передаютъ на плавучіе госпиталя, по приходѣ въ портъ вывозятъ въ сухопутные лазареты.

Набросаю теперь въ короткихъ словахъ картину того, что было на французскомъ крейсерѣ 2-го ранга «Pascal», куда мы послѣ боя перевезли 42-хъ раненыхъ, изъ которыхъ 23-хъ приходилось считать тяжелыми или близко къ тяжелымъ, а у остальныхъ раны были средней тяжести или легкія; всѣ раненые были наскоро перевязаны во время боя и тотчасъ послѣ него еще на «Варягѣ». Вслѣдствіе того, что насъ очень торопили съ эвакуаціей, мы не могли и думать захватить съ собой бѣлье для раненыхъ или ихъ собственныя койки; не только раненые, но и вся остальная команда перебиралась на корабли въ той-же одеждѣ, въ которой были во время боя, не взявъ съ собой никакихъ перемѣнъ. Необходимость спасенія раненыхъ явилась для иностранныхъ командировъ полною неожиданностью; понятно поэтому, что нельзя было и разсчитывать встрѣтить на ихъ корабляхъ идеальное санитарное устройство, предусмотрѣнное на такой тяжелый случай. Предполагалось къ тому-же въ самомъ непродолжительномъ времени перевезти тяжелыхъ раненыхъ въ госпиталь какого-нибудь нейтральнаго порта (Шангай, Кіо-Чао). Всего съ «Варяга» вмѣстѣ съ ранеными перешли на «Pascal» 83 чел.; во время размѣщенія раненыхъ на «Pascal»-же была переведена и вся команда «Корейца»—166 чел. Раненые были размѣщены въ командномъ помѣщеніи жилой палубы на коечныхъ матрацахъ, положенныхъ прямо на палубу; покрыть матрацы простынями мы не могли: ихъ у насъ не было. Нѣкоторымъ раненымъ, у которыхъ одежда и бѣлье послѣ перевязки на «Варягѣ» были въ особенно плачевномъ состояніи, французскіе офицеры и матросы дали свое собственное бѣлье; на остальныхъ оставалось то-же самое, которое было на нихъ во время боя. Съ утра слѣдующаго дня (28/I—10/II) на «Pascal» стала переселяться русская колонія изъ Чемульпо и Сеула. Сколько перешло сюда народа, сказать точно я затрудняюсь, но думаю, что гораздо болѣе 100 чел. Здѣсь были русскіе цѣлыми семействами съ малолѣтними и грудными дѣтьми, китайцы и корейцы, служившіе у русскихъ и спасавшіеся отъ японскаго погрома, и даже японки-няньки. Весь этотъ несчастный, разоренный людъ являлся съ остатками своего скарба, который они, во что-бы то ни стало, хотѣли спасти. Получилось нѣчто, трудно поддающееся описанію. Крейсеру «Pascal» пришлось вмѣстить въ себѣ слишкомъ тройной комплектъ экипажа. Положеніе отягчалось еще болѣе морозами до—10° и бурной погодой, бушевавшей нѣсколько сутокъ послѣ боя. Когда черезъ день перебралась еще на «Pascal» русская миссія, то экипажъ крейсера увеличился на слишкомъ 70 чел. нижнихъ чиновъ (56 матросовъ съ броненосца «Севастополь» въ десантномъ снаряженіи и 15 казаковъ, составлявшихъ охрану миссіи). Судовой камбузъ работалъ, кажется, круглыя сутки—надо-же было накормить весь экипажъ и пассажировъ; раненымъ давали бульонъ, консервированное молоко, нѣкоторымъ мясо и всѣмъ вино, при чемъ медицинскій персоналъ самымъ строгимъ образомъ слѣдилъ за точнымъ распредѣленіемъ порцій. Надо сказать, что я никогда и нигдѣ не видѣлъ тѣсноты большей, чѣмъ та, какая была на гостепріимномъ «Pascal'ѣ». При переноскѣ раненыхъ въ перевязочную, особенно вечеромъ, мы буквально ходили по ногамъ спящихъ, а, такъ какъ французскія койки подвѣшиваются не высоко (думаю, ниже, чѣмъ на $1^1/_2$ м. отъ палубы), то эта переноска затруднялась на столько, что приходилось скорѣе ползти, чѣмъ идти, и для того, чтобы попасть въ перевязочную, находившуюся въ крайней носовой части той-же жилой палубы, мы предпочитали проносить раненыхъ по верхней палубѣ, поднимаясь и спускаясь по 2-мъ трапамъ.

Врачей на «Pascal'ѣ» было 3—1 судовой французскій (д-ръ *Prigent*) и 2 русскихъ съ «Варяга» и «Корейца». Такъ какъ во время первыхъ большихъ перевязокъ, соединенныхъ съ оперативными пособіями, раненыхъ приходилось хлороформировать, то врачи были заняты всѣ: 1 по очереди хлороформировалъ, а 2 оперировали. При оперативныхъ пособіяхъ, не требовавшихъ участія всѣхъ врачей, свободный врачъ съ помощью фельдшеровъ и санитаровъ дѣлалъ очередныя перевязки. Оперативныя пособія подавались въ небольшой перевязочной, рядомъ съ судовымъ лазаретомъ, снабженной простымъ кипятильникомъ-стерилизаторомъ, въ которомъ кипятились инструменты послѣ каждаго пособія, а паромъ стерилизовался матеріалъ.

За $3^1/_2$ сутокъ было оказано слѣдующее число пособій:

1. Въ вечеръ и ночь 27-го января (9-го февраля) послѣ боя

а) 5 оперативныхъ пособій безъ хлороформированія раненыхъ, вслѣдствіе ихъ чрезмѣрной слабости отъ кровопотери;

б) 2 пособія подъ хлороформомъ (изъ нихъ 1 усѣченіе въ средней $^1/_3$ бедра).

2. Въ теченіи 28-го января (10-го февраля)—

а) 6 оперативныхъ пособій подъ хлороформомъ (изъ нихъ 1 усѣченіе въ средней $^1/_3$ плеча);

б) 2 оперативныхъ пособія безъ хлороформированія въ случаяхъ средней тяжести.

3. Въ теченіи 29-го января (11-го февраля)—

а) 4 оперативныхъ пособія подъ хлороформомъ (изъ нихъ 1 усѣченіе пальцевъ съ изсѣченіемъ части пястныхъ костей);

б) 6 оперативныхъ пособій безъ хлороформированія въ случаяхъ средней тяжести.

4. Въ теченіи 30-го января (12-го февраля)—

а) 1 оперативное пособіе подъ хлороформомъ;

б) перевязки оперированныхъ въ теченіи всего дня.

Я не могу здѣсь распространяться объ особенностяхъ ранъ (подробности скоро появятся въ печати) и буду говорить о нихъ лишь въ общихъ словахъ. Всѣ раны носили характеръ ушибленно-рваныхъ. Входныя отверстія были неправильной формы, очень рѣдко (а не преимущественно, какъ говоритъ д-ръ *Wada*) попадались круглыя. Подавляющее большинство ранъ сопровождалось громадной отслойкой тканей. Раневые каналы были самой причудливой формы; осколки снарядовъ обнаруживались въ самыхъ неожиданныхъ мѣстахъ (рана на щекѣ ниже скуловой дуги—осколокъ въ толщѣ затылочныхъ мышцъ; рана на ягодицѣ—осколокъ у угла лопатки); во многихъ случаяхъ осколки застревали въ костяхъ; почти всѣ глубокія раненія конечностей сопровождались поврежденіемъ костей. Громадное большинство ранъ было заражено, доказательствомъ чего служитъ значительное повышеніе температуры во всѣхъ тяжелыхъ и большинствѣ средней тяжести случаяхъ въ вечеръ-же 27-го января (9-го февраля), т. е. черезъ 7—8 час. послѣ поврежденія. Осложненіе это я объясняю тѣмъ, что во всѣхъ ранахъ находились куски грязной одежды, которая увлекалась осколкомъ при его проникновеніи въ глубь тканей.

Наши оперативныя пособія (не считая 3-хъ усѣченій, которыя рѣшено было произвести ex consilio въ силу жизненныхъ показаній) заключались въ очищеніи раневой поверхности, удаленіи кусочковъ снарядовъ, одежды и осколковъ костей. Въ большинствѣ случаевъ поступали такъ: ушибленныя части тканей, начинавшія омертвѣвать, удалялись; вся раневая поверхность выскабливалась острой ложечкой—главнымъ образомъ для того, чтобы очистить рану отъ мельчайшихъ кусочковъ одежды, какъ бы вбитыхъ въ ткани, и отъ сѣроватыхъ грязныхъ грануляцій, появившихся уже на 2-ой день; раневые каналы тщательно изслѣдовались, и, если въ глубинѣ находились осколки снарядовъ, мы старались извлечь ихъ; въ большинствѣ-же случаевъ, въ виду трудности извлеченія, прибѣгали къ

противуотверстію, что значительно облегчало послѣдующее теченіе, такъ какъ рана дренировалась при помощи или марлевой турунды, или резиновой трубки; по длинѣ каналъ выскабливался ложечкой; въ мѣстахъ, дававшихъ подозрѣніе на омертвѣніе, прибѣгали къ помощи термокаутера *Paquelin*'а; для перевязки артерій употребляли шелкъ, для швовъ à demeure—чаще crin de Florence. Каждая рана промывалась противогнилостнымъ растворомъ, прикрывалась въ одинъ слой іодоформной марлей, дальше въ нѣсколько слоевъ влажной стерилизованной, вмѣстѣ съ гигроскопической, ватой, непроницаемой бумагой, простой ватой и забинтовывалась мягкимъ бинтомъ; во всѣхъ случаяхъ, гдѣ были распознаны переломы костей конечностей, въ повязку прибинтовывалась папковая шина. Къ сожалѣнію, въ послѣдніе $1^1/_2$ дня мы должны были значительно ограничить расходъ матеріала, такъ какъ его оставалось очень немного, а мы навѣрное не знали, удастся-ли снять раненыхъ въ береговой лазаретъ. Въ послѣдніе-же 2 дня, при громадномъ расходѣ прѣсной воды, и въ ней ощущался нѣкоторый недостатокъ. Въ лазаретѣ «Pascal'я» на 6 койкахъ лежали самые тяжелые раненые; при нихъ постоянно дежурили 2 санитара.

Повторяю еще разъ, что тѣснота на гостепріимномъ «Pascal'ѣ» была невозможная и что дурная, морозная погода, когда крейсеръ качало даже на якорѣ и всѣ искали убѣжища во внутреннихъ помѣщеніяхъ, еще болѣе отягчала наше положеніе; вслѣдствіе главнымъ образомъ этого и создались тѣ непредотвратимо неблагопріятныя условія, въ которыхъ оказались наши тяжело-раненые, и никакое самое серьезное отношеніе къ дѣлу со стороны смѣшаннаго (французско-русскаго) медицинскаго персонала предотвратить или измѣнить этихъ условій не могло. Вотъ почему, когда, благодаря ходатайству французскаго и русскаго посланниковъ, мы получили отъ японскаго правительства разрѣшеніе свезти раненыхъ въ береговой японскій госпиталь, мы ухватились за это, какъ за якорь спасенія. Послѣ долгихъ уговоровъ удалось убѣдить раненыхъ въ цѣлесообразности этой мѣры. Считаю своимъ нравственнымъ долгомъ указать здѣсь, что наши ожиданія вполнѣ оправдались: раненые встрѣтили, по словамъ вернувшихся въ Россію, въ японскомъ госпиталѣ Краснаго Креста самое любезное и предусмотрительное отношеніе, блестящій уходъ и полную заботливость какъ со стороны японскаго персонала, такъ и со стороны общества (Dames charitables étrangères), о чемъ они съ глубокой благодарностью вспоминаютъ теперь. Я увѣренъ, что изложенныя обстоятельства совершенно неизвѣстны д-ру *Wada*; знай онъ ихъ, едва-ли у него хватило-бы мужества бросить камнемъ во врачей, работавшихъ на «Pascal'ѣ», и сказать, что «они удовольствовались прикрытіемъ ранъ іодоформной марлей и забинтованіемъ ихъ».

Я могъ-бы ограничиться этой общей частью, давъ ею какъ-бы дополненіе къ статьѣ д-ра *Wada*; но, къ сожалѣнію, послѣдняя полна такими странными уклоненіями отъ задачи, поставленной авторомъ въ заголовкѣ—«Отчетъ о русскихъ раненыхъ въ бою подъ Чемульпо», что пройти ихъ молчаніемъ прямо нельзя. Я совершенно воздержусь отъ всякой полемики по научнымъ вопросамъ, какъ-бы ни была соблазнительна и въ данномъ случаѣ благодарна роль критика, и какъ-бы много авторъ ни давалъ поводовъ къ такой полемикѣ своими, по истинѣ наивными, заключеніями въ главахъ «Состояніе ранъ» и «Уходъ за ними» (типъ входного отверстія, опредѣленіе ушибовъ, присутствіе осколковъ въ костяхъ, смѣшеніе понятій объ асептикѣ и антисептикѣ и т. д.). Перехожу къ этимъ частностямъ.

Относительно числа умершихъ отъ ранъ на «Pascal'ѣ», о чемъ д-ръ *Wada* получилъ свѣдѣнія, будто-бы, отъ русскаго консула, надо указать на неточность: въ 1-ыя сутки на «Pascal'ѣ» умерли не 7 чел., а всего 3.

Въ выраженіи «denkbar schlechteste» (наихудшія, какія только можно себѣ представить), которымъ, будто-бы, характеризовали наши раненые уходъ за ними на «Pascal'ѣ», не хочется видѣть какой-либо предвзятой мысли со стороны д-ра *Wada*; я думаю, выраженіе это объясняется излишнимъ усердіемъ неопытнаго переводчика-японца, желавшаго, во что-бы то ни стало, угодить д-ру *Wada* и исполнявшаго обязанности не только переводчика. Переводчикъ этотъ, по словамъ одного оффиціальнаго лица, имѣвшаго близкое отношеніе къ нашимъ раненымъ, казался очень преданнымъ русскимъ матросамъ, но еще болѣе былъ преданъ японскимъ властямъ.

Относительно замѣчанія автора, что «санитарное устройство на «Варягѣ» было совершенно недостаточно», надо сказать, что оно голословно и совсѣмъ не отвѣчаетъ истинѣ. Японскій ультиматумъ отъ адмирала Уріу «Варягъ» получилъ только въ 10 час. утра, т. е. за $1^1/_2$ часа до боя, и, хотя онъ явился для насъ полной неожиданностью, все-же къ этому времени были уже закончены полныя боевыя приготовленія санитарно-медицинской службы, начатыя съ ранняго утра «на всякій случай». Во время боя тяжело-раненыхъ выносили изъ огня очень быстро; вторично на палубѣ никто раненъ не былъ, а громадное число раненыхъ, характеръ и множественность раненій зависѣли исключительно отъ характера самаго боя: 1 бронепалубный крейсеръ—противъ цѣлой эскадры изъ 3-хъ броненосныхъ крейсеровъ и 3-хъ бронепалубныхъ, при чемъ боевой коэффиціентъ японской эскадры превышалъ таковой-же «Варяга», если не ошибаюсь, въ 12 разъ.

Дальше авторъ позволяетъ себѣ слѣдующее замѣчаніе: «Когда въ бою 9-го февраля «Варягъ» серьезно пострадалъ, при чемъ 30 чел. были убиты и 70 ранены, врачи такъ опѣшили (waren die Aerzte so konsterniert), что не могли наложить ни одной повязки». Было-бы тяжело думать, что въ этомъ замѣчаніи кроется злой умыселъ; какъ-бы то ни было, я долженъ, однако, установить, что въ немъ нѣтъ *ни слова правды*. Увѣренъ, что эту фразу д-ръ *Wada* слышалъ не изъ устъ нашихъ тяжело-раненыхъ, изъ которыхъ почти всѣ во время боя прошли черезъ руки медицинскаго персонала въ носовомъ перевязочномъ пунктѣ (младшій врачъ, фельдшеръ *Какушинскій*, обученные санитары: *Владимиренко*, *Сшивновъ*, *Николаевъ* и 2 носильщика); много раненыхъ были перевязаны и въ каютъ-кампаніи подъ руководствомъ старшаго врача. Иностраннымъ врачамъ, прибывшимъ на «Варягъ» черезъ нѣсколько времени послѣ боя, тоже хватило работы; но на ихъ долю остались только легко-раненые и нѣсколько получившихъ раны средней тяжести, которыхъ мы во время боя не перевязывали. Если-бы на «Варягѣ» во время боя не была организована перевязка, едва-ли бы иностранные врачи въ какіе-нибудь $^1/_2$-часа успѣли перевязать всѣхъ раненыхъ. Передавъ немногихъ, оставшихся неперевязанными, раненыхъ иностраннымъ товарищамъ, мы въ это время занялись съемкой раненыхъ съ марсовъ, осмотромъ убитыхъ и необходимѣйшими приготовленіями къ эвакуаціи. Неправда эта, допущенная д-ромъ *Wada*, такъ очевидна, что я не считаю нужнымъ опровергать ее показаніями очевидцевъ или оффиціальными документами, свидѣтельствовавшими работу медицинскаго персонала, такъ какъ и приведенныхъ соображеній и фактовъ достаточно, чтобы обнаружить ее полностью.

Я привелъ эти замѣчанія д-ра *Wada* для того, чтобы охарактеризовать способъ, употребляемый имъ съ цѣлью придать своей статьѣ свойства достовѣрности: все, будто-бы, ему сообщили наши раненые, а на самомъ дѣлѣ тѣ-же раненые, вернувшись въ Россію (изъ нихъ большинство я видѣлъ) утверждаютъ, что на эти темы они не вели съ нимъ никакихъ разговоровъ, да и вообще мало разговаривали съ японцами, такъ какъ плохо понимали другъ друга.

Въ главѣ «Состояніе ранъ» авторъ не скупится на мрачныя краски, какъ-бы выставляя на видъ, что причина тяжелаго состоянія раненыхъ зависѣла не столько отъ характера раненій, сколько отъ потери удобнаго времени для первыхъ пособій; онъ видѣлъ, напр., что входныя отверстія, за немногими исключеніями, были круглыя, что осколокъ снаряда лишь въ 1 случаѣ застрялъ въ кости и т. д., и рядомъ-же приводитъ признаки ушибленно-рваныхъ ранъ, имѣвшіеся почти во всѣхъ случаяхъ, и заявляетъ, что почти всѣ раненія конечностей представляли изъ себя открытые осложненные переломы. Какъ трудно согласовать слѣдующее (III) положеніе автора: «Почти у всѣхъ намъ переданныхъ раненыхъ проникшіе въ тѣло осколки сна-

рядовъ были извлечены оперативнымъ путемъ; лишь въ самомъ незначительномъ числѣ случаевъ я могъ самъ произвести операцію и извлечь изъ ранъ куски желѣза, величиною въ мизинецъ»—съ упрекомъ, брошеннымъ врачамъ, работавшимъ на «Pascal'ѣ», нѣсколькими строками выше, гдѣ онъ говоритъ, что «врачи успокоились, прикрывъ раны іодоформной марлей и забинтовавъ ихъ». Я увѣренъ, что даже «на самомъ незначительномъ числѣ случаевъ» д-ръ *Wada* убѣдился, что извлеченіе глубоко сидящихъ осколковъ—далеко не простая операція и что, если ему осталось такъ мало осколковъ, значитъ, врачи дѣлали что-нибудь на «Pascal'ѣ».

Въ этой-же главѣ д-ръ *Wada* сообщаетъ, что «большинство ранъ было въ гноящемся и гангренозномъ состояніи, въ особенности у ампутированныхъ», и все-таки не пришлось ни изолировать этихъ ампутированныхъ, ни дѣлать имъ вторичное усѣченіе выше, а одинъ изъ нихъ Ф. совершенно оправился 23-го февраля, т. е. черезъ 13 дней послѣ сдѣланнаго ему нами усѣченія.

Въ параллель къ этому состоянію ранъ авторъ распространяется о способахъ лѣченія въ его госпиталѣ, допуская при этомъ очевидныя неточности и совершенно смѣшивая понятія объ антисептикѣ и асептикѣ. Состояніе ранъ, по его словамъ, настолько улучшилось въ японскомъ госпиталѣ, «что ни въ одномъ случаѣ не пришлось прибѣгнуть къ усѣченію». Не понимаю, почему д-ръ *Wada* скрываетъ, что имъ сдѣланы слѣдующія усѣченія: 1) писарю М.—усѣченіе въ средней $^1/_3$ бедра 16-го февраля, при чемъ черезъ нѣсколько дней въ культѣ установлены явленія зараженія и усѣченіе пришлось сдѣлать вторично: имѣется свѣтописный снимокъ, изображающій д-ра *Wada* съ костной пилой при усѣченіи бедра у М.; 2) матросу К.—усѣченіе въ ногѣ 19-го февраля и 3) комендору Б.—усѣченіе въ ногѣ за нѣсколько часовъ передъ смертью. Какъ не вяжется съ замѣткой о блестящемъ теченіи ранъ слѣдующее положеніе автора: «Что касается осложненныхъ пораненій, то разрывы артерій, обширныя раны со значительной потерей тканей и проникающія раны суставовъ не дали при сохраняющемъ способѣ лѣченія хорошихъ результатовъ»! Что-же, какъ не сохраняющее лѣченіе восхвалялъ все время авторъ, разъ ему, будто-бы, совсѣмъ не приходилось прибѣгать къ усѣченію; надо при этомъ замѣтить, что большинство ранъ были именно таковы, какъ ихъ характеризуетъ д-ра *Wada* въ только-что приведенномъ положеніи.

Въ концѣ своего очерка д-ръ *Wada* дѣлаетъ нѣсколько соображеній, заслуживающихъ упоминанія; напр.: «О разрывномъ дѣйствіи «нашихъ» гранатъ можно получить хорошее представленіе (!), принимая во вниманіе, что въ продолженіи $^1/_2$-часа (на самомъ дѣлѣ—часа) былъ возможенъ такой уронъ въ людяхъ». Выше въ главѣ о «Состояніи ранъ» д-ра *Wada* сообщилъ, что «наши гранаты взрывались, приходя въ соприкосновеніе съ человѣческимъ тѣломъ или съ одеждой». Въ этихъ строкахъ авторъ близокъ къ восторгу, и мнѣ хочется спросить, имѣетъ-ли право врачъ, призванный служить гуманнѣйшей и справедливѣйшей наукѣ писать такія вещи? Кстати о снарядахъ. Совершенно непонятно, какъ это 8-дюймовый японскій снарядъ прикасался къ человѣческому тѣлу, какъ будто это была муха, а не масса металла въ нѣсколько пудовъ вѣсомъ!

Здѣсь-же авторъ даетъ и нѣкоторые совѣты: «было-бы трудно купать команду передъ каждымъ боемъ; было-бы цѣлесообразно стерилизовать одежду паромъ или какимъ-нибудь другимъ способомъ тоже передъ боемъ». Воздерживаясь отъ оцѣнки такихъ совѣтовъ, думаю, что они на практикѣ совершенно непримѣнимы.

Еще нѣсколько словъ въ заключеніе. Можно и должно любить свое отечество. Но неужели это высокое чувство накладываетъ непремѣнную обязанность чернить людей другой національности, хотя-бы даже и враждебной въ данную минуту? Считая въ нуль «Варяга», какъ боевую единицу, бросивъ камнемъ во врачей съ «Варяга», не забывъ попутно задѣть и французскихъ товарищей и ихъ способы лѣченія, д-ръ *Wada* говоритъ о нашихъ изстрадавшихся раненыхъ, что они, будто-бы, при перемѣнѣ повязокъ кричали такъ, какъ никогда не кричатъ японцы—и все это только для того, чтобы создать фонъ, на которомъ особенно ярко должны выступить японскія добродѣтели, по поводу коихъ авторъ обязательно приводитъ отзывъ иностранныхъ врачей, то одобрявшихъ японскіе способы лѣченія, то понуждавшихъ (Anregung подлинника) госпитальный персоналъ къ усовершенствованію.

Мнѣ удалось побывать въ Японіи передъ войной. Я много слышалъ, отчасти видѣлъ и читалъ о японской медицинской школѣ, которую ставлю очень высоко, какъ она того и заслуживаетъ; но преклоняюсь передъ своей родной русской медицинской школой, гдѣ меня учили не только медицинѣ, но и порядочному отношенію къ товарищамъ по наукѣ, къ какой-бы національности они ни принадлежали, и бережному обращенію съ печатнымъ словомъ, такъ какъ только при такомъ обращеніи оно служитъ истинѣ.

М. Банщиковъ, врачъ Русскаго флота
бывшій младшій врачъ крейсера «Варягъ»

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Физіологія и общая патологія. 773. Всѣ наши свѣдѣнія о нормальномъ составѣ желудочнаго сока основаны на изслѣдованіи желудочнаго содержимаго молодыхъ здоровыхъ людей. О томъ, насколько измѣняются свойства отдѣляемаго желудка въ преклонномъ возрастѣ, имѣется лишь указаніе д-ра *Kjärgaard*'а, который изслѣдовалъ 4-хъ здоровыхъ людей въ возрастѣ выше 50 л. и у всѣхъ нашелъ отсутствіе соляной кислоты. Авторъ разсматриваетъ поэтому ахлоргидрію, какъ одно изъ проявленій старости, и ставитъ ее въ связь съ артеріосклерозомъ. Желая провѣрить это, д-ръ *Harald Leidelin* (Kjöbenhavn) предпринялъ *рядъ изслѣдованій желудочнаго содержимаго у лицъ старше 50 л.*, не страдавшихъ разстройствомъ пищеваренія. Всего было изслѣдовано 70 чел. Оказалось, что у 40% всѣхъ изслѣдованныхъ желудочный сокъ не содержалъ соляной кислоты. Только у 10% количество соляной кислоты колебалось въ предѣлахъ нормы; у большинства остальныхъ содержаніе ея подвергалось такимъ значительнымъ колебаніямъ, что подвести ихъ подъ какой-либо типъ не было никакой возможности. На основаніи этихъ изслѣдованій авторъ думаетъ, что отсутствію соляной кислоты у лицъ старше 50 л. нельзя придавать большого значенія при распознаваніи рака желудка. Что касается причины, обусловливающей исчезновеніе соляной кислоты, то и *Leidelin* склоненъ здѣсь придавать большое значеніе артеріосклерозу (Berliner klinische Wochenschrift, № 36). *А. К.*

Физіологическая химія. 774. Д-ръ *Gulland* обращаетъ вниманіе на предложенный еще въ 1883 г. *Ehrlich*'омъ способъ *изслѣдованія крови на гликогенъ*. Способъ очень простъ: растворъ 1,0 іода и 3,0 іодистаго калія въ 100,0 к. стм. воды съ прибавкой аравійской камеди до густоты сиропа накапывается на предметное стекло, и на жидкость опускается покровное стеклышко съ высушеннымъ на воздухѣ мазкомъ крови. Спустя $^1/_2$ минуты удаляютъ сдвиганіемъ стеклышка и прикладываніемъ пропускной бумаги излишекъ жидкости, тогда какъ остающаяся прикрѣпляетъ при высыханіи покровное стекло къ предметному. Препаратъ тотчасъ готовъ для изслѣдованія, но можетъ также служить для этой цѣли въ теченіи нѣсколькихъ недѣль. Нормальная кровь даетъ при такой обработкѣ слѣдующую картину: на бѣломъ или блѣдно-желтомъ фонѣ выдѣляются желто-окрашенныя красныя тѣльца и лимонно-желтыя бѣлыя тѣльца. Виды бѣлыхъ тѣлецъ легко различимы, и ни въ одномъ изъ нихъ нѣтъ красныхъ или бурыхъ частицъ. Въ случаяхъ «положительной» пробы въ бѣлыхъ тѣльцахъ крови обнаруживается гликогенъ, при чемъ можетъ наблюдаться разлитая окраска всего тѣльца или мелкія зернышки, включенныя въ клѣточное тѣло или, наконецъ, большія массы, находимыя чаще всего въ краевыхъ частяхъ тѣлецъ. Авторъ полагаетъ, что открываемое іодомъ вещество не есть чистый гликогенъ, а представляетъ соединеніе послѣдняго съ какимъ-то бѣлковиднымъ тѣломъ. Клѣтки съ наибольшимъ содержаніемъ гликогена встрѣчаются въ воспаленныхъ участкахъ, въ тѣльцахъ крови гликогена меньше, а въ бѣлыхъ тѣльцахъ изъ кост-

наго мозга это вещество не встрѣчается. Въ крови гликогенъ находится въ случаяхъ значительнаго разстройства дыханія, при анеміи, токсеміяхъ, зависящихъ отъ нарушеннаго обмѣна, при нагноеніяхъ и бактеріальныхъ зараженіяхъ. Причина и смыслъ появленія гликогена въ бѣлыхъ тѣльцахъ крови неясны. Такъ какъ содержатъ гликогенъ только молодыя и дѣятельныя клѣтки и онъ не встрѣчается въ клѣткахъ погибшихъ, то можно предположить, не находится-ли появленіе гликогена въ крови въ связи съ выработкой положительнаго хемотаксиса, служа такимъ образомъ для цѣлей усиленія сопротивленія организма противъ вредоноснаго начала. Проба можетъ оказать пользу при распознаваніи скрыто протекающихъ формъ воспаленія легкихъ, при различеніи характера воспаленія мозговыхъ оболочекъ, такъ какъ при бугорчатковыхъ процессахъ проба всегда отрицательная; возможно, что небезполезна будетъ проба и при колебаніи въ распознаваніи мозгового нарыва или опухоли (British Medical Journal, 16 апрѣля). *Л. Старокадомскій.*

Фармакологія. 775. Д-ръ *Julius Zwintz*, въ итогѣ изслѣдованія *физіологическаго дѣйствія ацетопирина* (антипиринъ), высказалъ слѣдующія положенія: 1) ацетопиринъ представляетъ хорошее и надежное противолихорадочное средство, не оказывающее на сердце никакого вреднаго дѣйствія; 2) въ токсическихъ количествахъ онъ представляетъ дыхательный ядъ, во врачебныхъ-же—выравниваетъ дыханіе; 3) селезенка отъ него уменьшается; 4) при выдѣленіи почками онъ повышаетъ мочеотдѣленіе; 5) отдѣленіе поджелудочной железы сильно повышается; таковое дѣйствіе ацетопирина оправдываетъ его примѣненіе при поджелудочномъ видѣ сахарнаго мочеизнуренія; 6) послѣдовательное позднее потоотдѣленіе длится очень не долго (Wiener medizinische Presse, № 16). *Г. А.*

Внутреннія болѣзни. 776. Д-ръ *С. Здановичъ* изучалъ на больныхъ Варшавской больницы младенца Іисуса *вліяніе холодныхъ и горячихъ компрессовъ на выдѣлительную дѣятельность желудка.* Выбирались больныя женщины съ нормальнымъ составомъ желудочнаго сока. Послѣдній изслѣдовался трижды для опредѣленія нормальнаго отдѣленія передъ примѣненіемъ какихъ-бы то ни было мѣръ. Затѣмъ больной послѣ пробнаго завтрака *Ewald-Boas*'а клали ледяной, либо горячій компрессъ на область желудка. Компрессъ оставался лежать въ теченіи $1^1/_4$ часа. По истеченіи этого времени авторъ добывалъ и изслѣдовалъ желудочное содержимое. HCl опредѣлялось по способу *Luetke-Martius*'а, а перевариваніе крахмала — помощью *Lugol*'евскаго раствора, въ 5 разъ разбавленнаго перегнанной водой. Дабы судить о перевариваніи бѣлка, авторъ дѣлалъ 5 пробъ:

1-ая	проба	заключала	5	к. стм.	желудочнаго	сока	
2-ая	»	»	4,5	» »	»	»	+ 0,52% HCl
3-ья	»	»	5	» »	»	»	+ 0,05 пепсина
4-ая	»	»	4,5	» »	»	»	+ 0,5 HCl + 0,05 пепсина
5-ая	»	»	5	» »	»	»	+ 5 к. стм. перегнанной воды.

Въ каждую пробу авторъ бросалъ кружокъ бѣлка въ поперечникѣ около 5 млм. и около 1 млм. высотою. Пробирки помѣщались въ термостатъ при 37—40° Ц. Изъ 7 опытовъ въ 4 подъ вліяніемъ ледяного компресса количество HCl уменьшилось въ среднемъ на 0,0275%, а изъ 6 опытовъ въ 4 подъ вліяніемъ горячаго компресса количество ClH увеличилось, въ среднемъ на 0,0358%; такимъ образомъ дѣйствіе горячихъ компрессовъ сильнѣе такового ледяныхъ. Въ 4 случаяхъ авторъ примѣнялъ ледяные компрессы въ теченіи 20 дней, 3 раза въ сутки по 1 часу, сейчасъ-же послѣ ѣды; во всѣхъ случаяхъ найдено уменьшеніе содержанія HCl, въ среднемъ на 0,0714%. У 3 больныхъ были примѣнены горячіе компрессы въ теченіи 7 дней, 3 раза въ сутки послѣ ѣды; во всѣхъ этихъ случаяхъ оказалось уменьшенное выдѣленіе ClH, въ среднемъ на 0,0765%. Опыты эти показываютъ, что систематическое примѣненіе холодныхъ и горячихъ компрессовъ оказываетъ болѣе значительное тормозящее вліяніе на желудочное отдѣленіе, чѣмъ однократно примѣненные ледяные компрессы. Относительно перевариванія бѣлка и крахмала авторъ не подмѣтилъ никакихъ измѣненій ни подъ вліяніемъ ледяныхъ, ни подъ вліяніемъ горячихъ компрессовъ (Gazeta lekarska, 24 сентября). *С. О.*

777. Д-ръ *M. Reichenstein* провѣрялъ на больныхъ Львовской клиники проф. *Gluziński*'аго *способъ Salomon*'а—*опредѣленіе количества N и бѣлка въ содержимомъ желудка съ цѣлью распознаванія рака желудка.* Изслѣдуемому больному въ теченіи подготовительнаго дня даютъ исключительно жидкую пищу. Вечеромъ аспираторомъ проф. *Jaworsk*'аго промывается желудокъ. За всю ночь больной не получаетъ никакой пищи. Утромъ слѣдующаго дня прополаскиваютъ желудокъ 400 к. стм. согрѣтаго физіологическаго раствора ClNa, а въ полученномъ содержимомъ опредѣляютъ N по *Kjeldahl*'ю, а бѣлокъ—по *Esbach*'у. Всѣхъ пробъ авторъ сдѣлалъ 18 на 14 больныхъ. Въ 3 случаяхъ у больныхъ безъ органическаго пораженія желудка количество N въ 100 к. стм. полученнаго содержимаго колебалось между 6—12 млгрм., а реактивъ *Esbach*'а не показывалъ никакого помутнѣнія. Въ 4 случаяхъ круглой язвы соотвѣтствующія цифры азота колебались между 9—19 млгрм. (ниже 20 млгрм., согласно съ наблюденіями *Salomon*'а). У 7 раковыхъ больныхъ авт. произвелъ 11 пробъ, при чемъ у 6 больныхъ содержаніе бѣлка по *Esbach*'у въ добытомъ желудочномъ содержимомъ колебалось отъ $^1/_8$%—1,2%, а у 7-го оно равнялось 0. Авторъ приходитъ къ выводу, что бываютъ случаи рака желудка, въ которомъ проба *Salomon*'а можетъ ввести изслѣдователя въ заблужденіе (Przegląd lekarski, 10 сентября). *С. Островскій.*

778. Въ статьѣ «*о новыхъ средствахъ противъ желчнокаменной болѣзни*» проф. *Klemperer* высказывается довольно рѣшительно противъ примѣненія въ практикѣ такихъ якобы «новыхъ» средствъ, которыя представляютъ изъ себя ничто иное, какъ смѣсь старыхъ и къ тому же мало дѣйствительныхъ препаратовъ. Такими средствами являются «Chologen» д-ра *Glaser*'а и «Cholelysin» д-ра *Clemm*'а. «Chologen» состоитъ изъ смѣси каломеля, подофиллина, мелиссы, камфоры и тмина. Cholelysin содержитъ 10—15 грм. олеинокислаго натра, 30 капель ананасной эссенціи, 5,0 Validol'я, 10,0 валеріановой настойки на 200,0 мятной воды. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что восхваленіе подобныхъ средствъ не имѣетъ за собой никакихъ прочныхъ научныхъ основаній, такъ какъ вообще успѣхъ внутренняго лѣченія желчно-каменной болѣзни, какъ выразился проф. *Ewald*, такъ-же зависитъ отъ случайности, какъ выигрышъ въ лоттереѣ. Достаточно только вспомнить, что въ 70—80% всѣхъ случаевъ желчныхъ коликъ можно добиться успѣха при помощи одной лишь легкой діэты и обильнаго питья, безъ всякаго примѣненія лѣкарствъ. Выпускъ въ свѣтъ смѣси извѣстныхъ препаратовъ подъ новымъ патентованнымъ, завлекающимъ и многообѣщающимъ именемъ является со стороны врача поступкомъ, который служитъ очень дурнымъ примѣромъ для шарлатановъ и тѣ врачи, которые назначаютъ своимъ больнымъ такія новыя средства, являются сообщниками въ нехорошемъ дѣлѣ. Насколько обыкновенный практическій врачъ неразборчиво относится къ предлагаемымъ ему новымъ средствамъ и какъ мало онъ критикуетъ получаемые отъ нихъ результаты, доказывается тѣмъ, что о благопріятномъ дѣйствіи вышеупомянутыхъ «новыхъ» средствъ авторомъ за короткое время получено для напечатанія въ «Therapie der Gegenwart» 8 статей. Проф. *Klemperer* также критически относится къ появившимся въ послѣднее время спеціальнымъ «здравницамъ для больныхъ желчно-каменной болѣзнью». Все, что дѣлается разумнаго въ этихъ здравницахъ, можно всегда продѣлать и дома. Что-же касается рекламируемыхъ ими «новыхъ» и «индивидуализирующихъ» способовъ лѣченія, то они научно такъ мало обоснованы и практически такъ мало значущи, что отъ нихъ слѣдуетъ предостерегать больныхъ (Therapie der Gegenwart, сентябрь). *А. Коварскій.*

779. Д-ръ *Swan* (Philadelphia), на основаніи *изслѣдованій крови у 25 больныхъ бугорчаткою легкихъ*, приходитъ

къ заключенію, что, въ среднемъ, кровь въ 1-й ступени болѣзни представляетъ небольшое уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, умѣренное уменьшеніе Hb и нормальное число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. Во 2-й ступени развитія болѣзни количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и Hb приблизительно нормальны, но всегда имѣется лейкоцитозъ, зависящій отъ наростанія числа нейтрофильныхъ лапчато-ядерныхъ клѣтокъ. Въ 3-й ступени болѣзни число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ уменьшено, существуетъ небольшой лейкоцитозъ того-же характера, что и во 2-й ступени, % Hb высокій. Исчезновеніе эозинофильныхъ клѣтокъ изъ крови авторъ считаетъ неблагопріятнымъ признакомъ; наоборотъ, наростаніе числа ихъ указываетъ на наклонность болѣзненнаго процесса остановиться. Послѣ легочныхъ кровотеченій авторъ не всегда наблюдалъ лейкоцитозъ; таковой постоянно наблюдается при плейритахъ и поносахъ у чахоточныхъ (The Journal of the American Medical Association, 12 марта). *Л. Старокадомскій.*

780. Д-ръ *Karl Bornstein* (Leipzig) придерживается нѣсколько своеобразныхъ взглядовъ относительно *лѣченія ожирѣнія.* Онъ не считаетъ нужнымъ держаться какого-либо опредѣленнаго способа лѣченія (*Ebstein*'а, *Banting*'а или *Oertel*'я), а въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ примѣняетъ особое лѣченіе, сообразно съ его особенностями, руководясь лишь опредѣленными научными принципами. Такъ какъ въ отложеніи жира принимаютъ главнымъ образомъ участіе жиры и углеводы пищи, то при лѣченіи ожирѣнія слѣдуетъ, безспорно, ограничить ихъ качество; при этомъ вовсе нѣтъ надобности совершенно запрещать употребленіе въ пищу жировъ или углеводовъ, а слѣдуетъ лишь уменьшить количество ихъ. Больной не долженъ при этомъ голодать и ощущать тягость назначеннаго ему лѣченія; достигнуть этого можно извѣстнымъ подборомъ кушаній, при которомъ больной, хотя и получаетъ меньше питательнаго и усвояемаго матеріала, но все-же остается сытымъ послѣ ѣды. Съ этой цѣлью бѣлый хлѣбъ слѣдуетъ замѣнить чернымъ и не запрещать, какъ это обыкновенно дѣлается, картофеля. Вообще назначаемая діэта должна быть вполнѣ приспособлена къ обычному образу жизни больного. Въ его обычной діэтѣ слѣдуетъ сдѣлать лишь количественныя измѣненія и не вводить безъ нужды новыхъ кушаній. Ограниченіе питья и запрещеніе суповъ обыкновенно болѣе всего мучительно для больныхъ, подвергающихся т. наз. «обезжиривающему» лѣченію. Между тѣмъ эта мѣра не имѣетъ за собой никакого научнаго оправданія, и авторъ совѣтуетъ совершенно оставить ее. Въ послѣднее время, наоборотъ, предложено было давать большія количества холодной воды съ тѣмъ разсчетомъ, что потребное для согрѣванія воды до температуры тѣла количество калорій образуется насчетъ жира. Но, такъ какъ потеря жира при этомъ (4 грм. на 2 литра воды) въ сравненіи съ обремененіемъ желудка ничтожна, то и эту мѣру нельзя признать разумной. Въ ѣдѣ жирнаго человѣка самую важную роль должны играть овощи и фрукты; первые слѣдуетъ приготовлять не слишкомъ жирными, вторые не сладкими. Авторъ предлагаетъ, вмѣсто сахара, подслащать кушанія сахариномъ, который помимо того, что не служитъ жирообразователемъ, еще содѣйствуетъ ослабленію позыва на ѣду, что является благопріятствующимъ обстоятельствомъ при лѣченіи тучности. Относительно бѣлковой пищи авторъ придерживается того мнѣнія, что тучныхъ слѣдуетъ питать бѣлкомъ, но такъ, чтобы одновременно происходило гораздо болѣе значительная потеря жира. Количества назначаемаго бѣлка, однако, не должны быть чрезмѣрны, какъ это дѣлается напр., въ Marienbad'ѣ или при примѣненіи способа *Banting*'а: общее суточное количество бѣлка не должно превышать 125 грм., при чемъ только $^1/_2$ этого количества дается въ видѣ мяса, остальное лучше всего въ формѣ бѣлковъ молока (творогъ, не жирные сыры, препараты молочнаго бѣлка и т. п.) или препаратовъ растительнаго бѣлка (Roborat и т. п.). Но бѣлковое питаніе при лѣченіи тучности только тогда можетъ быть полезнымъ, если одновременно производится достаточное количество мышечной работы; тогда получается усиленный бѣлковый обмѣнъ, достигается лучшее, какъ выражается авторъ, «бѣлковое провѣтриваніе» клѣтки, благодаря чему послѣдняя обновляется и становится болѣе жизнеспособной. Изъ физическихъ способовъ лѣченія оказываются полезными горячія сухія бани въ 45° Ц. (въ теченіи 20 мин.) и горячія грязевыя ванны. Изъ лѣкарственныхъ средствъ авторъ признаетъ лишь желѣзо въ видѣ пилюль съ незначительными количествами хинина. Само собой разумѣется, что за все время лѣченія слѣдуетъ заботиться о правильномъ отправленіи кишечника (Therapie der Gegenwart, сентябрь). *А. Коварскій.*

Хирургическія болѣзни. 781. Д-ръ *Sheldon* описываетъ случай очень рѣдко встрѣчающагося заболѣванія — *соединительно-тканнаго перерожденія желудочной стѣнки (cirrhosis ventriculi).*

Больной, 52 л., страдалъ желудкомъ 14 лѣтъ. Отъ лѣченія внутренними средствами (діэта, воздержаніе отъ пищи)—временное улучшеніе. При поступленіи: рѣзкое истощеніе и малокровіе, болѣзненность при надавливаніи въ подложечной области. Желудочный сокъ—кислой реакціи, не содержалъ соляной, но органическія кислоты. Расширенія желудка не было; послѣ пріема даже жидкости—сильная рвота. Назначены ежедневныя промыванія желудка, воздержаніе отъ пріемовъ пищи черезъ ротъ и питательныя клизмы. Спустя 3 недѣли операція. Желудокъ очень малъ (въ продольномъ направленіи 6, въ поперечномъ 2 дюйма); наружная поверхность его не измѣнена. На ощупь стѣнка его тверда и плотна. Наложено переднее желудочнокишечное соустіе. Стѣнка желудка разрѣзалась съ трудомъ; толщина ея 1 стм. Слизистая оболочка гладка и атрофирована, подслизистая соединительнотканно перерождена. Послѣ операціи — полное выздоровленіе.

Въ литературѣ авторъ нашелъ 10 подобныхъ случаевъ. Во всѣхъ размѣры желудка были уменьшены, стѣнка сильно утолщена, сывороточный покровъ нормаленъ, подслизистая утолщена, уплотнена и богата соединительной тканью. Возрастъ больныхъ — отъ 30 до 60 л. Причина страданія неизвѣстна. Признаки: долго длящееся невареніе, рвота (наиболѣе постоянный признакъ), стрѣляющія боли, иногда запоры, наростающее истощеніе и слабость. Лѣченіе—наложеніе желудочно-кишечнаго соустія, испробованное только въ случаѣ автора (Annales of Surgery, мартъ). *Б. К. Финкельштейнъ.*

782. На основаніи собственнаго наблюденія и 10 случаевъ изъ литературы д-ръ *Neck* говоритъ *объ оперативномъ лѣченіи прободеній содержащаго камни желчнаго пузыря въ свободную брюшную полость.*

Больная, 43 л., давно страдала болями въ области желудка. За 3 дня до поступленія появились тошнота, рвота, сильныя боли въ правой подреберной области и въ окружности пупка, задержка газовъ и испражненій. При поступленіи—сильныя боли по всему животу, болѣзненность и вздутіе пупочной области, 37°,7, грудобрюшная преграда оттѣснена кверху, тупость печени съ верхняго края 5-го ребра, въ правой $^1/_2$ живота притупленіе. Немедленное чревосѣченіе. Разрѣзъ отъ меча до пупка. Въ брюшной полости—большое количество гнойно-слизистой жидкости, натекавшей главнымъ образомъ изъ правой $^1/_2$ живота. 2-ой разрѣзъ—параллельно правому реберному краю. На днѣ желчнаго пузыря найдено отверстіе, съ горошину. Введены ограничивающіе тампоны. Отверстіе расширено; изъ желчнаго пузыря извлечено 12 камней. Попытка зашить пузырь не удалась въ виду ломкости стѣнокъ пузыря; поэтому вокругъ пузыря подведены были тампоны, а въ самый пузырь введенъ дренажъ. Спустя 5 недѣль желчный свищъ закрылся, а спустя 2 мѣсяца зарубцевалась рана.

Прободеніе желчнаго пузыря есть результатъ воспаленія его стѣнокъ и повышенія давленія вслѣдствіе закупорки выхода камнемъ. Величина прободенія—отъ горошины до 2 кв. стм. Во всѣхъ случаяхъ прободеніе было одиночнымъ. 2 раза прободено было основаніе пузыря, по 1 разу—внутренняя передняя и нижняя стѣнки. Въ 2 случаяхъ прободеніе было у шейки, въ остальныхъ мѣсто прободенія не указано. Распознаваніе трудно; нужно имѣть въ виду предшествовавшія колики и исчезновеніе бывшаго до прободенія увеличенія желчнаго пузыря. Предсказаніе при неоперативномъ лѣченіи безусловно неблагопріятное. Операція даетъ хорошій исходъ даже по истеченіи 2-хъ сутокъ съ момента прободенія. Изъ 11 оперированныхъ выздоровѣли 8. Изъ 3-хъ способовъ операціи—зашиваніе отверстія, изсѣченіе пузыря и наложеніе желчнаго свища—авторъ отдаетъ предпочтеніе послѣднему, какъ наиболѣе простому и надежному (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

783. Д-ръ *Guiard*, въ своей статьѣ *о камняхъ фосфорнокислыхъ солей въ мочевомъ пузырѣ,* приходитъ къ слѣдую-

щимъ выводамъ: 1. Распознаваніе этихъ камней прямымъ изслѣдованіемъ, которому иногда очень мѣшаетъ чрезмѣрное выступаніе средней доли предстательной железы, можетъ быть очень облегчено положеніемъ больного въ сильно откинутомъ положеніи навзничь на кровати *Trendelenburg*'а; тогда верхушка пузыря, значительно отклоняется и открываетъ свободное поле для дѣйствія. Камни-же, въ силу тяжести, отходятъ къ верхушкѣ и дѣлаются доступными изслѣдованію. 2. Возвраты камней очень часты; поэтому недостаточно ихъ удалять, но необходимо стараться предупредить возможность ихъ возврата. Классическія средства, катетеризація и промыванія пузыря, не смотря на ихъ очевидную пользу, далеко не дѣйствительны. Въ этомъ отношеніи уротропинъ оказываетъ в. существенныя услуги, какъ лучшее средство, обеззараживающее мочевые пути. Препятствуя развитію микроорганизмовъ, уротропинъ устраняетъ 2 условія, имѣющія важное значеніе въ образованіи камней, а именно: а) щелочную реакцію мочи и осажденіе солей и б) образованіе вязкаго и клейкаго гноя, охватывающаго осадки солей. 3. Если, не смотря на методическія промыванія пузыря и продолжительное употребленіе уротропина, все-же наступаютъ возвраты, то слѣдуетъ подвергать больного черезъ 4—5 недѣль обильнымъ промываніямъ посредствомъ толстаго металлическаго катетра, употребляемаго при камнедробленіи. Это лучшее средство для удаленія свѣжаго песка. 4. Промежностное изсѣченіе предстательной железы, безъ сомнѣнія, лучше всего обезпечиваетъ страдающихъ гипертрофіей этого органа отъ возвратовъ болѣзни (Annales des maladies des organes génito-urinaires, № 13). *И. Вирскій.*

784. Д-ръ *Grunert* описываетъ крайне рѣдкій *случай расширенія печеночной артеріи.*

Больной, 21 г., перенесъ 2-стороннее фибринозное воспаленіе легкихъ. Спустя мѣсяцъ—желтушное окрашиваніе кожи и увеличеніе печеночной тупости. Окрашиваніе кожи не исчезало въ теченіи года. При вторичномъ поступленіи (черезъ годъ) отмѣчено: желтуха; печень плотна, на 2 пальца заходитъ за край реберъ; область праваго подреберья болѣзненна. Коликъ не было. Предположено сдавленіе (опухолью или рубцомъ) печеночнаго протока. Чревосѣченіе. Печень—набухшая, плотная; поверхность ея гладкая; желчный пузырь умѣренно растянутъ. При попыткѣ зондировать черезъ вскрытый пузырь пузырный протокъ зондъ наталкивался на плотную, упругую, не бившуюся опухоль, съ яблоко. Проколомъ изъ опухоли получена яркокрасная кровь. Удаленъ только вскрытый желчный пузырь. Опухоль не тронута. Смерть спустя 8 дней при явленіяхъ нараставшей сердечной слабости. Вскрытіе: мѣшетчатое расширеніе собственно печеночной артеріи, сдавившее печеночный протокъ.

Въ литературѣ описано 34 случая расширенія печеночной артеріи. Полъ отмѣченъ въ 29 случаяхъ: 8 больныхъ были женщины, 21 мужчина. Возрастъ 15—65 лѣтъ. Въ 15 случаяхъ образованію расширенія предшествовали заразныя болѣзни, въ 4—траума; въ остальныхъ случаяхъ причина осталась неизвѣстной. Въ 32 случаяхъ указано точное мѣстоположеніе опухоли: стволъ печеночной артеріи (13 разъ), печеночная и верхняя брыжеечная артерія (1 разъ), правая вѣтвь печеночной артеріи (8 разъ), правая и лѣвая (3 раза), лѣвая вѣтвь (3 раза), верхняя и нижняя артеріи желчнаго пузыря (1 разъ), желудочно-12-перстно-кишечная артерія (1 разъ), правая желудочно-сальниковая артерія (1 разъ), поджелудочно-12-перстно-кишечная артерія (1 разъ). Въ 6 случаяхъ расширенія были множественными. Величина расширеній была отъ вишни до головы ребенка. Въ 25 случаяхъ произошло прободеніе расширенія: въ свободную брюшную полость (10 сл.), въ желчные пути (10 сл.), въ желудокъ (2 сл.), въ 12-перстную кишку (2 сл.), въ воротную вену (1 сл.). Главные признаки страданія: сильные приступы болей, кровотеченія изо рта и изъ задняго прохода, желтуха. Предсказаніе неблагопріятное. Средняя продолжительность страданія $3^1/_2$ мѣсяца. Чревосѣченіе сдѣлано въ 4-хъ случаяхъ (считая и случай автора). Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ операція была безуспѣшна (опухоль оставлена нетронутой). Авторъ совѣтуетъ оперировать въ 2 пріема: сперва вызвать срощенія печени (для окольнаго кровообращенія), затѣмъ во 2 й пріемъ—перевязать артерію. При такихъ условіяхъ можно будетъ избѣжать омертвѣнія печеночной ткани (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Ф.*

785. Д-ра *Hall* и *Herxheimer* изучали на животныхъ *измѣненія, происходящія въ почкахъ послѣ снятія ихъ оболочки въ теченіи воспалительнаго процесса* въ органѣ. Воспаленіе почекъ вызывалось у кроликовъ впрыскиваніемъ подъ кожу 0,5—0,75 к. стм. $2^1/_2$%-го раствора средняго хромокислаго аммонія. Уже въ теченіи первыхъ сутокъ въ мочѣ появлялись стекловидные цилиндры въ большомъ количествѣ и бѣлокъ; микроскопъ показывалъ, что воспалительный процессъ поражалъ извитые канальцы. По бо́льшей части оболочка снималась съ почки на 3-й день послѣ впрыскиванія амміачной соли; въ нѣкоторыхъ случаяхъ операція предшествовала впрыскиванію; результатъ всегда былъ одинаковый. 17 животныхъ подверглись двусторонней операціи, у 8 была снята оболочка только съ одной почки, 30 были оставлены безъ операціи для сравненія; къ почкѣ подходили или со стороны поясничныхъ мышцъ или послѣ вскрытія брюшной полости. Спустя 24 часа послѣ операціи на поверхности почки замѣчались лишь слѣды оболочки и небольшіе кровяные сгустки. На 4-й день почка оказывалась покрытой тонкой бѣловатой пленкой неравномѣрной плотности въ разныхъ частяхъ. Черезъ 10 дней оболочка была уже толстой и плотной, какъ на здоровой почкѣ или на оставшейся не оперированной второй почкѣ животнаго; отличалась новообразованная оболочка лишь присутствіемъ многочисленныхъ мелкихъ сосудовъ и скопленій круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ; это отличіе исчезало по истеченіи 4-хъ недѣль со дня операціи. При снятіи оболочки всегда происходили мелкія поврежденія канальцевъ, замѣтныя лишь подъ микроскопомъ; послѣдствіемъ были кровоизліянія, гиперэмія, омертвѣніе клѣтокъ канальцевъ съ послѣдующимъ замѣщеніемъ отмершихъ частицъ соединительной тканью, и отчасти возрожденіемъ клѣтокъ. Во всѣхъ случаяхъ явленія были таковы, что нельзя было найти анатомической основы для объясненія благотворнаго вліянія операціи на болѣзненный процессъ. Авторъ полагаетъ, что только въ случаяхъ остраго воспаленія, ануріи, кровавой мочи снятіе или только разрѣзы почечной оболочки могутъ оказать хорошее вліяніе уже непосредственнымъ уменьшеніемъ напряженія; въ остальныхъ случаяхъ вліяніе операціи можно объяснить воздѣйствіемъ ея на узлы сочувственной нервной системы (British Medical Journal, 9 апрѣля). *Л. Старокадомскій.*

Физіотерапія. 786. Со времени открытія радія было уже сдѣлано много попытокъ лѣчить имъ злокачественныя опухоли, въ особенности раковыя, но, какъ видно изъ многихъ сообщеній объ результатахъ этихъ опытовъ, объ излѣченіи рака этимъ путемъ пока не можетъ быть и рѣчи. При продолжительномъ дѣйствіи радіевыхъ лучей получается, правда, значительное разрушеніе раковой ткани, но одновременно разрушается и здоровая ткань. Д-ръ *Браунштейнъ* (изъ раковаго Института Морозовыхъ въ Москвѣ) рѣшилъ, вмѣсто непосредственнаго примѣненія лучей радія, испытать *дѣйствіе на опухоли радіевой эманаціи.* Онъ примѣнялъ послѣднюю въ 2-хъ видахъ: въ видѣ жидкости и порошка; радіоактивная жидкость приготовлялась такимъ образомъ, что растворъ 0,1 хлористаго радія въ водѣ подвергался перегонкѣ въ обыкновенномъ Liebich'овскомъ перегонномъ приборѣ и полученный перегонъ тотчасъ закупоривался въ стеклянномъ сосудѣ; онъ состоялъ изъ радіоактивной воды, такъ какъ радій при нагрѣваніи выдѣляетъ значительное количество эманаціи, которая и переходитъ въ перегонъ. Радіоактивный порошокъ приготовлялся такъ, что порошокъ висмута сохранялся 3—5 дней въ томъ-же сосудѣ, гдѣ помѣщался порошокъ радія. Радіоактивная вода («Aqua ℞») примѣнялась для впрыскиваній въ вещество опухоли, тамъ-же, гдѣ впрыскиваніе вслѣдствіе топографическихъ условій оказывалось невозможнымъ (опухоли желудка, пищевода, гортани и т. п.), давался внутрь взвѣшенный въ водѣ порошокъ («Bismut ℞») или послѣдній наносился на поверхность опухоли при помощи кисточки. Авторъ имѣлъ въ своемъ распоряженіи 8 раковыхъ больныхъ, изъ коихъ 5 были пользованы радіоактивнымъ порошкомъ, а 3-мъ дѣлались впрыскиванія радіоактивной воды. Результаты своихъ еще не вполнѣ законченныхъ наблюденій авторъ выражаетъ въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1. Эманація радія въ томъ видѣ, въ какомъ ее примѣнялъ авторъ, не обусловливаетъ поврежденій нормальной ткани и не ведетъ къ изъязвленіямъ, какъ это наблюдается при примѣненіи лучей радія. 2. Эманацію легко можно примѣнять къ такимъ опухолямъ, которыя для примѣненія лучей радія недоступны. 3. Такъ какъ отдавшій эманацію радій, выдѣленный изъ раствора путемъ испаренія воды, снова пріобрѣтаетъ способность давать эманацію, то однимъ и тѣмъ-же препаратомъ радія можно пользоваться безконечно долгое время. 4. При ракѣ пищевода можно введеніемъ радіоактивнаго висмута черезъ ротъ постепенно устранить опухоль, такъ какъ вис-

мутъ при прохожденіи узкаго мѣста пищевода осѣдаетъ на поверхности опухоли и здѣсь обнаруживаетъ свое радіоактивное дѣйствіе. 5. Впрыскиваніемъ радіоактивной воды удается довести злокачественную опухоль до стерильнаго распада, при чемъ не происходитъ ни поврежденія кожи или здоровой ткани, ни образованія нарыва на поверхности опухоли. Дѣйствіе эманаціи ведетъ къ первичному поврежденію раковой клѣтки, и, по видимому, дѣло кончается полнымъ всасываніемъ разрушенной клѣтки. Авторъ не приводитъ ни одного случая полнаго излѣченія отъ рака, но за то во всѣхъ случаяхъ получилось болѣе или менѣе значительное уменьшеніе опухоли въ объемѣ (Therapie der Gegenwart, сентябрь). *А. Коварскій.*

Глазныя болѣзни. 787. *Головныя боли глазного происхожденія.* Объ участіи глаза въ происхожденіи головныхъ болей читалъ докладъ д-ръ *Ellis* (Los Angeles) на годовомъ Собраніи Californi'йскаго Общества врачей. Участіе это, по автору, можетъ быть обнаружено въ 60% всѣхъ головныхъ болей и въ 80% лобно-височныхъ болей; боли-же затылочныя рѣдко являются слѣдствіемъ напряженія глазъ. Головныя боли глазного происхожденія чаще всего бываютъ тупыми и обусловливаются либо ненормальнымъ состояніемъ глазъ, либо чрезмѣрнымъ напряженіемъ приспособленія и сведенія. Если больной жалуется на головныя боли, наступающія послѣ ѣзды въ каретѣ, послѣ театра, послѣ церкви или послѣ хожденія по магазинамъ, во всѣхъ такихъ случаяхъ слѣдуетъ, по автору, заподозрить глаза. Являясь слѣдствіемъ порока глазъ, головныя боли почти всегда развиваются въ теченіи нѣсколькихъ часовъ послѣ напряженія глазъ; иногда онѣ держатся до слѣдующаго дня, въ особенности, когда глаза утомлялись до поздней ночи. Искать пороковъ въ глазахъ слѣдуетъ и у лицъ, подверженныхъ приступамъ мигрени: около 60% такихъ лицъ оказываются съ неправильностями глазъ, и исправленіе этихъ неправильностей ведетъ къ улучшенію, а часто и къ исцѣленію. Наиболѣе частой причиной головной боли отъ глазъ являются слабыя степени астигматизма; затѣмъ слѣдуетъ дальнозоркость. Близорукость тоже можетъ обусловить головныя боли; иногда-же единственной причиной головныхъ болей является нарушеніе равновѣсія глазныхъ мышцъ. Слѣдуетъ, однако-же, имѣть въ виду, что головныя боли отъ разстройствъ нервной системы, хотя-бы онѣ и сопровождались неправильностями преломленія, рѣдко улучшаются сколько-нибудь прочнымъ образомъ отъ исправленія этихъ ненормальностей. Такія боли, которыя наступаютъ среди ночи, не зависятъ отъ пороковъ глазъ, хотя-бы таковые и были обнаружены. Весьма часто головныя боли обусловливаются общимъ переутомленіемъ, особенно—продолжительнымъ умственнымъ напряженіемъ. Головная боль отъ малокровія сосредоточивается обыкновенно во лбу; боль отъ прилива крови отличается пульсирующимъ свойствомъ. Головныя боли отравнаго происхожденія испытываются глубоко во лбу. Головная боль отъ сифилиса бываетъ нейральгическаго свойства и ощущается въ вискахъ. Боли отъ желудка и печени обыкновенно наступаютъ въ затылкѣ или въ темени, но возможны онѣ и во лбу и во всей головѣ (California State Journal of Medicine, 1903 г., сентябрь; New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 1903 г., 26 сентября). *Р. К.*

788. Д-ръ *Mc Caw* (Watertown) говоритъ о *лѣченіи остраго перелоя глазъ у взрослыхъ.* Прежде всего, авторъ предостерегаетъ противъ примѣненія кокаина, представляющаго въ этомъ случаѣ большую опасность для роговой оболочки; если боли сильны, то взамѣнъ того слѣдуетъ давать морфій или опій. Въ 1-ой ступени болѣзни нужно прикладывать ледяныя примочки; лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ соединительная оболочка шероховата и покрыта липкимъ сѣроватымъ выпотомъ, предпочтительнѣе горячія примочки. Холодъ слѣдуетъ примѣнять безпрестанно и днемъ, и ночью, впродолженіи 24—36 час., послѣ чего можно начать дѣлать перерывы. Во 2-ой ступени, при наступленіи обильнаго гноетеченія, главное вниманіе слѣдуетъ обращать на тщательное и постоянное вымываніе гноя, при чемъ лучше всего для этого, по мнѣнію автора, простой растворъ борной кислоты. Вмѣстѣ съ тѣмъ нужно прижигать соединительную оболочку, 2 раза въ день, 2%-мъ растворомъ адскаго камня, продолжая эти прижиганія и въ случаѣ осложненія со стороны роговицы. Ледяныя-же примочки при первыхъ признакахъ пораженія роговой оболочки слѣдуетъ оставить, замѣнивъ ихъ горячими; въ тоже время нужно начать вкапыванія атропина (не лучше-ли эзеринъ? *Реф.*), повторяя ихъ 3 раза въ день. Такое лѣченіе давало автору наиболѣе удовлетворительные результаты, но и ему попадались такіе случаи, гдѣ, не смотря на все это лѣченіе, приходилось удовлетворяться лишь предотвращеніемъ полнаго разрушенія роговицы или нагноенія всего глазного яблока (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 1903 г., 26 сентября). *К.*

789. Д-ръ *Marlow* приводитъ нѣсколько примѣровъ чрезвычайно *скрытыхъ пороковъ преломленія и мышечнаго равновѣсія глазъ при безсиліи зрѣнія* (астенопіи) *и головныхъ боляхъ.* На основаніи этихъ и имъ подобныхъ случаевъ авторъ заключаетъ, что, во-1-хъ, самое точное исправленіе ненормальностей глазъ по наиболѣе тщательномъ ихъ изслѣдованіи можетъ не доставить никакого облегченія, можетъ даже усилить головныя боли, и все-же эти боли могутъ зависѣть отъ глазъ. Именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ очки, вполнѣ, какъ кажется, исправляющія ненормальность глазъ, въ тоже время ухудшаютъ состояніе больного, и можетъ, по автору, явиться подозрѣніе, что боли головы и безсиліе зрѣнія зависятъ, все-таки, отъ напряженія глазъ и что имѣется какой-то скрытый порокъ въ глазахъ—вѣрнѣе всего, нарушеніе мышечнаго ихъ равновѣсія. Во 2-хъ, авторъ считаетъ, что во многихъ изъ подобныхъ случаевъ истинная ихъ природа можетъ выясниться лишь со временемъ, такъ какъ судорога приспособленія, исправляющая ненормальность преломленія, не исчезаетъ тамъ вполнѣ ни отъ атропина, ни отъ другихъ парализующихъ приспособляющую мышцу средствъ; естественное-же разслабленіе приспособленія съ годами обнаруживаетъ скрывавшійся до того порокъ. Еще труднѣе обнаружить судорогу внѣглазной мышцы, упорно остающуюся въ интересахъ одиночнаго зрѣнія, подобно тому, какъ судорога приспособленія при дальнозоркости и астигматизмѣ упорствуетъ въ интересахъ яснаго зрѣнія. Автору приходилось наблюдать такіе случаи, гдѣ высокія степени неправильности глазъ изъ года въ годъ оставались скрытыми и головныя боли оставались неизлѣчимыми до тѣхъ поръ, пока эти неправильности не проявлялись сами собой. Онъ склоненъ даже думать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ и пожилой возрастъ наступаетъ раньше проявленія истиннаго состоянія глазъ... (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 1903 г., 26 сентября). *Р. Кацъ.*

790. Проф. *Lapersonne* разсматриваетъ *причины глаукомы послѣ извлеченія катаракты* и приходитъ къ заключенію, что истинная причина этого осложненія до настоящаго времени остается неизвѣстной. Злоупотребленіе атропиномъ, остатки хрусталиковыхъ массъ, ущемленія радужной оболочки или хрусталиковой сумки—ни одна изъ этихъ причинъ не можетъ быть признана достаточно уважительной: ущемленія радужной оболочки и сумки случаются слишкомъ часто, чтобы въ нихъ можно было искать объясненія указанному осложненію, тѣмъ болѣе, что приступы глаукомы наблюдались (*Pagenstecher*'омъ) и послѣ извлеченія катаракты въ сумкѣ. Въ виду сказаннаго, нѣкоторые авторы объясняютъ глаукоматозный приступъ въ означенныхъ случаяхъ существованіемъ предрасположенія къ этому заболѣванію. Проф. *Lapersonne* и самъ того же мнѣнія; изслѣдованія же о глаукомѣ, произведенныя въ его лабораторіи д-ромъ *Cantonnet* (см. выше, стр. 885), № 491), навели его на ту мысль, что это предрасположеніе заключается въ *недостаточной проходимости почекъ.*

Дѣйствительно, въ одномъ случаѣ, гдѣ у 52-лѣтней женщины развился приступъ глаукомы черезъ 37 дней послѣ извлеченія катаракты, вслѣдъ зачѣмъ это осложненіе повторялось нѣсколько разъ, изслѣдованіе мочи обнаружило слѣды бѣлка, на лодыжкахъ найдена была легкая отечность и кровяное давленіе оказалось повышеннымъ, а каждый приступъ глаукомы сопровождался замѣтнымъ уменьшеніемъ хлористыхъ солей въ мочѣ, какъ и суточнаго ея количества.

На основаніи этого случая и другихъ ему подобныхъ авторъ и совѣтуетъ, во избѣжаніе осложненія глаукомой, изслѣдовать у страдающихъ катарактой до операціи ихъ

общее состояніе и при малѣйшемъ подозрѣніи—легкомъ повышеніи кровянаго давленія, преходящемъ отекѣ или желудочныхъ разстройствахъ, хотя бы бѣлка въ мочѣ и не оказалось при первомъ изслѣдованіи—провѣрить проходимость почекъ для хлоратовъ, а затѣмъ, смотря по результату этой провѣрки, назначить и соотвѣтствующую діэту (Archive d'ophtalmologie, іюнь). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 791. Д-ръ *Salmon* сообщаетъ случай *дифтеріи влагалища* съ вторичнымъ пораженіемъ полости рта, прямой кишки и кожи.

55-лѣтняя женщина 9/II 1902 г. помѣщена была въ лѣчебное заведеніе, какъ душевно-больная. 4/III она получила 500 ед. антитоксина съ предохранительной цѣлью, такъ какъ въ зданіи наблюдались случаи заболѣванія дифтеріей. 19/III дифтерійныхъ палочекъ въ зѣвѣ не найдено. 26/III замѣчены на малыхъ губахъ и въ окружности входа во влагалище нѣсколько бѣлыхъ бляшекъ, истинная природа которыхъ была обнаружена 2/IV обнаруженіемъ несомнѣнныхъ дифтерійныхъ палочекъ. На слизистой оболочкѣ губъ, языка и твердаго неба появились дифтерійные налеты. 4/IV слизистая оболочка наружныхъ половыхъ частей, влагалища и нижней части прямой кишки были покрыты ложными пленками; на слѣдующій день налеты распространились до шейки матки, а въ ротовой полости—до миндалинъ; пленками покрылась также ссадина, которая была у больной на лѣвой щекѣ еще до поступленія ея въ лѣчебное заведеніе. Со времени появленія первыхъ признаковъ дифторіи до дня смерти испражненія были жидкія. При наростающихъ истощеніи тѣла и неправильности сердечной дѣятельности смерть послѣдовала 12/IV. За время съ 3/IV по день смерти больная получила 21000 ед. антитоксина. Несомнѣнныя дифтерійныя палочки, вредоносныя для животныхъ, получены въ чистыхъ разводкахъ; въ пленкахъ онѣ встрѣчались частью вмѣстѣ съ цѣпококкомъ (American Medicine, 5 марта). *Л. Старокадомскій.*

792. Д-ръ *d'Erchia* произвелъ рядъ изслѣдованій *строенія маточной стѣнки внѣ беременности, во время ея и во время родовъ* и пришелъ къ выводу, что морфологически и съ точки зрѣнія ея отправленій матка можетъ быть раздѣлена на 3 отдѣла: тѣло, нижній сегментъ и шейка. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ цилиндрическій эпителій шейки переходитъ на нижніе отдѣлы слизистой оболочки самой матки и подъ конецъ нѣкоторыхъ беременностей наблюдается извѣстное ограниченное расширеніе верхней части шейки. Въ общемъ авторъ, какъ и *Sobotta*, пришелъ къ заключенію, что человѣческая матка въ своемъ онтогенетическомъ развитіи повторяетъ развитіе филогенетическое. Общій типъ строенія ея сходенъ съ типомъ матки низшихъ млекопитающихъ. Что касается строенія мышечнаго слоя беременной матки и матки въ моментъ родовъ, то здѣсь авторъ отмѣчаетъ 3 слоя пучковъ, проходящихъ въ круговомъ, продольномъ и косомъ направленіяхъ, при чемъ преобладаютъ пучки круговые и продольные. Эти болѣе или менѣе развитые пучки переплетаются въ извѣстной степени между собою, за исключеніемъ области нижняго сегмента матки и особенно наружнаго мышечнаго слоя; здѣсь продольные и круговые пучки образуютъ 2 ясно раздѣляющихся слоя. Микроскопическое изслѣдованіе указываетъ также на присутствіе въ маточной стѣнкѣ большого количества упругихъ волоконъ безъ замѣтной и существенной разницы по разнымъ отдѣламъ матки. Ихъ много и въ шейкѣ, и въ нижнемъ сегментѣ, и въ тѣлѣ матки, но число ихъ уменьшается отъ периферіи къ внутренней поверхности стѣнки. Подъ сывороточнымъ покровомъ они проходятъ продольно, тогда какъ направленіе ихъ становится перпендикулярнымъ или параллельнымъ по отношенію къ наружнымъ мышечнымъ волокнамъ, вокругъ которыхъ они образуютъ упругіе футляры съ первичными и вторичными развѣтвленіями, окутывающими даже отдѣльныя клѣтки. Въ сосудистомъ и среднемъ мышечномъ слоѣ упругихъ волоконъ очень много, и мѣстами они образуютъ здѣсь густыя сплетенія. Этимъ обиліемъ упругой ткани въ маточной стѣнкѣ авторъ и объясняетъ относительную рѣдкость разрывовъ матки (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, т. XX, тетр. 1). *А. Г.*

Дѣтскія болѣзни. 793. Д-ръ *Sukehiko Ito. Клиническія наблюденія надъ «Ekiri».* «Ekiri»—названіе особой эпидемической болѣзни дѣтей въ Японіи съ острымъ теченіемъ и сильными поносами. Болѣзнь эта извѣстна въ Японіи уже свыше 100 лѣтъ, но сущность ея толковали различнымъ образомъ. Въ то время, какъ по мнѣнію однихъ она есть особый видъ остраго воспаленія мозговыхъ оболочекъ, другіе считаютъ ее острымъ повальнымъ катарромъ кишекъ, третьи-же признаютъ возбудителемъ болѣзни кровавопоносную палочку *Shiga*, наконецъ въ послѣднее время нѣкоторые отождествляютъ болѣзнь «Ekiri» съ фолликулярнымъ энтеритомъ. При бактеріологическомъ изслѣдованіи авторъ открылъ особую палочку, названную имъ палочкой «Ekiri». Послѣдняя морфологически напоминаетъ кишечную палочку, окрашивается по *Gram*'у, сильно движется, не разжижаетъ желатины, на агарѣ съ тростниковымъ сахаромъ вырабатываетъ газъ, индоловая реакція появляется крайне медленно, молока не створаживаетъ. Экспериментально вліяетъ вредно на животныхъ—мышей, морскихъ свинокъ, кроликовъ, и на нѣкоторыхъ птицъ—куръ, голубей. Реакція склеиванія получается лишь съ сывороткой крови лицъ, перенесшихъ «Ekiri», либо животныхъ, сдѣланныхъ невоспріимчивыми противъ этой болѣзни; сыворотки людей здоровыхъ либо заболѣвшихъ кровавымъ поносомъ или катарромъ кишекъ не вызываютъ склеиванія палочки «Ekiri». Это—болѣзнь заразная; зачаточная ступень ея, по автору, продолжается 12—24 часа. Въ этой ступени дѣти бываютъ веселы и не обнаруживаютъ никакихъ болѣзненныхъ явленій. Въ теченіи болѣзни отличаютъ 2 періода: періодъ предвѣстниковъ и уже развившейся болѣзни. Въ 1-мъ періодѣ ребенокъ, до того совершенно здоровый, выводитъ очень много жидкаго кала, нерѣдко съ сильнымъ запахомъ, иногда съ непереваренными остатками пищи; примѣсь слизи встрѣчается рѣдко. Вскорѣ температура доходитъ до 38—39° Ц. (рѣдко выше), одновременно появляются общія разстройства въ видѣ общаго недомоганія, безпокойнаго сна и т. д. Въ этомъ періодѣ рвота и боли въ животѣ крайне рѣдки. Предвѣстниковая ступень тянется 5—8 час., очень рѣдко дольше (до 24—48 час.). Когда температура достигаетъ 40°, а рвотныя массы содержатъ слизь и желчные пигменты, появляется ступень развившейся болѣзни. Въ этомъ періодѣ температура превышаетъ 40° и достигаетъ даже 42° Ц. (у взрослыхъ обычно не достигаетъ 40°). Въ смертельныхъ случаяхъ температура имѣетъ постоянный характеръ, понижаясь лишь на 0,5—1° при промываніи кишекъ; въ благопріятныхъ-же случаяхъ она падаетъ внезапно, почти критически, въ особенности послѣ промыванія и никогда не повышается до прежней цифры. Температуры ниже нормальныхъ цифръ никогда не наблюдали. Слѣдующій признакъ—слизистыя испражненія съ примѣсью крови, непереваренныхъ остатковъ пищи, гноя, либо сывороточной жидкости, желтокоричневаго цвѣта, кашицеобразныя либо тянущіяся; при примѣси крови появляется равномѣрная свѣтлорозовая окраска. Большихъ кусковъ слизи, какъ при кровавомъ поносѣ, не бываетъ никогда. Число испражненій увеличено (отъ 1—10) въ теченіи сутокъ. Разовое количество ихъ у 5—6 лѣтнихъ дѣтей—3—4 столовыхъ ложки, слѣд.,—не такое скудное, какъ при кровавомъ поносѣ или тяжеломъ фолликулярномъ энтеритѣ. Жиленіе наблюдается крайне рѣдко. Особаго вниманія заслуживаетъ состояніе брюшныхъ покрововъ: они чрезвычайно мягки и при ощупываніи даютъ впечатлѣніе ваты. Рвоты въ большинствѣ случаевъ не бываетъ (чаще она наблюдается въ предвѣстниковомъ періодѣ). Очень часто развиваются мозговыя явленія: въ легкихъ случаяхъ—недомоганіе и апатія, въ тяжелыхъ—общія клоническія и тоническія судороги съ потерей сознанія и послѣдующимъ упадкомъ силъ. Эти мозговыя явленія наблюдаются преимущественно въ возрастѣ 2—6 лѣтъ; у взрослыхъ ихъ совсѣмъ не бываетъ. Такимъ образомъ у дѣтей наблюдаются 3 основныхъ признака: высокая температура, слизистыя испражненія и мозговыя явленія. Теченіе болѣзни—быстрое. Въ случаяхъ со смертельнымъ исходомъ температура держится на высокихъ цифрахъ, и черезъ 20—24 час. наступаетъ смерть. Въ случаяхъ съ благопріятнымъ исходомъ температура послѣ каждаго промыванія кишекъ понижается на 0,5—1° Ц.; одновременно съ пониженіемъ температуры сознаніе проясняется, судороги и поносъ прекращаются. Выздоровленіе наступаетъ скоро. Относительно предсказанія раньше «Ekiri» причисляли къ самымъ тяжелымъ болѣзнямъ дѣтскаго возраста (смертность доходила до 80—90%). Въ настоящее-же время предсказаніе болѣе благопріятно, но, все-же, смертность достигаетъ еще 33—35%. Наихудшее предсказаніе у дѣтей 2—6 лѣтъ; у маленькихъ дѣтей болѣзнь эта встрѣчается очень рѣдко и протекаетъ неблагопріятно. Взрослые всегда поправляются послѣ этой болѣзни. Причина болѣзни, какъ уже сказано, палочка «Ekiri»; благопріятствующія условія—климатъ, времена года, возрастъ и діэтетическія погрѣшности. Въ жаркомъ климатѣ болѣзнь эта развивается повально, при чемъ чаще всего въ концѣ лѣта и началѣ осени. Невоспріимчивости «Ekiri» не вызываетъ, и повторное заболѣваніе ею наблюдается дов. часто; однако теченіе тогда

бываетъ болѣе легкое. Распознаваніе въ предвѣстниковой ступени очень трудно, въ періодѣ-же развившейся болѣзни оно относительно легко, если помнить о типическихъ клиническихъ признакахъ: 1) внезапномъ развитіи болѣзни, 2) высокой температурѣ, 3) слизистыхъ испражненіяхъ безъ жиленія, 4) мозговыхъ явленіяхъ (судороги, потеря сознанія), 5) разныхъ побочныхъ явленіяхъ, напр. особой мягкости живота и 6) быстротѣ теченія, особенно въ смертельныхъ случаяхъ. Отличительное распознаваніе: I. Кровавый поносъ—а) жиленіе бываетъ всегда, при «Ekiri»—никогда; б) видъ испражненій; в) течетъ медленно, «Ekiri»—очень быстро; г) бактеріологическое изслѣдованіе и реакція склеиванія; д) вскрытіе (при «Ekiri» никогда не бываетъ язвъ). II. Coli-colitis (*Escherich*). Общія явленія: возрастъ, острое начало, высокая температура, слизистыя испражненія, тяжкія явленія отравленія. Отличительныя явленія: а) напираніе, прощупываемый, сокращенный отрѣзокъ толстой кишки въ лѣвой подвздошной ямкѣ, б) этіологически (кишечная палочка), в) на вскрытіи язвы. III. Мѣшечковый энтеритъ. Очень острые случаи походятъ на «Ekiri», но бываетъ при немъ жиленіе, а бактеріологически—цѣпекокки. IV. Катарръ тонкихъ кишекъ наблюдается преимущественно во время кормленія грудью, теченіе медленное, водянистыя испражненія, слизи немного. «Ekiri»—болѣзнь дѣтскаго возраста (но не грудного); съ анатомической точки зрѣнія это—фолликулярный энтеритъ съ чрезвычайно быстрымъ теченіемъ. Разнится этіологически, а потому авторъ совѣтуетъ, на подобіе сродной coli-colitis, называть ее «paracoli-colitis» (Archiv für Kinderheilkunde, т. XXXIX, тетр. 1—3). *С. Островскій.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

1-ый Съѣздъ Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ.

(Продолженіе. См. № 38, стр. 1292).

Я. Б. Зельдовичъ. Разлитые перитониты, вызываемые болѣзнями женскихъ половыхъ органовъ. (См. № 3, стр. 81).

В. Л. Якобсонъ. Оперативное лѣченіе патологическихъ измѣненій, вызываемыхъ тазовымъ перитонитомъ. Только въ послѣднія 15—20 лѣтъ къ патологическимъ измѣненіямъ, вызываемымъ тазовымъ перитонитомъ стали примѣнять мѣстное лѣченіе, въ которомъ массажъ играетъ видную роль. Американецъ *Hedra* первый нашелъ здѣсь умѣстнымъ хирургическое вмѣшательство путемъ вскрытія брюшной полости черезъ переднюю стѣнку живота. За нимъ послѣдовали въ Америкѣ *Polk* и *Munde*, во Франціи *Lucas-Championnière* и *Terrillon*, въ Германіи *Martin* и *Freund*, въ Россіи покойный *К. Ѳ. Славянскій*, *Д. О. Оттъ* и др. Съ развитіемъ влагалищнаго способа, какъ менѣе опаснаго оперативное лѣченіе сращеній въ полости таза становится на болѣе прочную почву. На Московскомъ Международномъ Съѣздѣ врачей проф. *Martin* предложилъ для этой цѣли переднюю кольпотомію, но цѣлый рядъ условій (необходимость смѣщенія пузыря и мочеточниковъ, пораненіе околопузырной клѣтчатки, выживающей рубцемъ и, конечно, измѣняющей топографическія отношенія, трудность отыскать и вскрыть брюшину пузырноматочнаго пространства, необходимость выведенія матки, сопровождаемая раненіями ея, и т. д.) дѣлаютъ этотъ способъ оперированія менѣе удачнымъ, чѣмъ способъ, примѣняемый въ клиникѣ проф. *Д. О. Отта*,—вскрытіе брюшной полости черезъ задній сводъ, задняя кольпотомія, colpotomia conservativa. Съ улучшеніемъ техники при возможности хорошо освѣщать операціонное поле показанія къ этой операціи при лѣченіи остатковъ тазового перитонита сдѣлались болѣе широкими. Упрекъ, что послѣ задней кольпотоміи вновь образуются сращенія, несостоятеленъ, такъ какъ клиническій опытъ (*Martin*, *Dührssen*, *Оттъ*) и экспериментальныя изслѣдованія (*Keltenhorn*, *Канель*, *Рубинштейнъ*) показали, что новыхъ сращеній не образуется, по крайней мѣрѣ, въ большинствѣ случаевъ при условіи, конечно, что раненія поверхностны и не слишкомъ обширны. Даже и при образованіи сращеній таковыя, происходя на асептической почвѣ, легко поддаются самому непродолжительному массажу. Въ клиникѣ проф. *Д. О. Отта* colpotomia conservativa примѣнялась въ 114 случаяхъ, изъ коихъ въ 92 она была сдѣлана попутно при удаленіи новообразованій придатковъ и матки; въ 32-же имѣла цѣлью хирургическое лѣченіе остатковъ тазового перитонита. Показателемъ къ операціи въ этихъ послѣднихъ случаяхъ служили не уступавшія никакому иному лѣченію боли, сопровождавшіяся нарушеніемъ отправленій смежныхъ съ маткой половыхъ органовъ, а иногда и безплодіе. Изъ 32 случаевъ въ 13 были устранены только сращенія, въ остальныхъ-же 19 оперативное вмѣшательство распространилось и на придатки; такъ, въ 8 случаяхъ удалены придатки одной стороны, въ 4—обѣ трубы, въ 3—одна труба, въ 4 сдѣланъ проколъ ретенціонныхъ кистъ. Сращенія отдѣлялись подъ провѣркой зрѣнія тупымъ способомъ, приборомъ *Paquelin*'а или рѣжущими инструментами. Обыкновенно сводъ закрывался швами наглухо. Если-же дѣло имѣлось съ очень обширными сращеніями или было подозрительное содержимое въ замкнутыхъ полостяхъ, то примѣнялся капилярный дренажъ. Всѣ больныя поправились. У 6 послѣопераціонный періодъ осложнился повышеніемъ температуры, у 9 отмѣченъ брюшинный выпотъ, разсосавшійся во время пребыванія больныхъ въ клиникѣ. 20 оперированныхъ, изслѣдованныя черезъ годъ, найдены здоровыми. Относительно 5 больныхъ по случаю недавности операціи нельзя сказать ничего опредѣленнаго. У 1 больной получился возвратъ, потребовавшій удаленія всего внутренняго полового прибора съ сохраненіемъ одного яичника; о судьбѣ 6 больныхъ ничего неизвѣстно. На основаніи приведенныхъ данныхъ докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Въ операціи «colpotomia conservativa» мы имѣемъ сравнительно не опасное хирургическое вмѣшательство для лѣченія остатковъ перитонита. 2. Разрѣзъ задняго свода представляетъ болѣе простую и легкую операцію, чѣмъ вскрытіе пузырноматочной складки брюшины; путь этотъ является наиболѣе короткимъ и, благодаря анатомическимъ отношеніямъ, даетъ возможность примѣнить идеальнѣйшій дренажъ, если таковой потребуется пораженіемъ органовъ. При возможности закрыть разрѣзъ наглухо условія для заживленія раны настолько хороши, что рубецъ впослѣдствіи трудно узнается. 3. Примѣненіе освѣщенія брюшной полости обезпечиваетъ за кольпотоміей много изъ тѣхъ преимуществъ, которыя имѣетъ за собой чревосѣченіе, и устраняетъ главный упрекъ, бросаемый влагалищному способу, а, именно, недостатокъ провѣрки оперативныхъ воздѣйствій зрѣніемъ. 4. Опытъ показалъ, что при отдѣленіи сращеній таковыя вновь не развиваются, если оперативному вмѣшательству подвергаются больныя, у которыхъ въ анамнезѣ имѣлось старое воспалительное заболѣваніе или послѣродовой процессъ, вполнѣ закончившійся; при гонорреѣ-же надо быть очень осторожнымъ и оперировать больныхъ только тогда, когда процессъ затихъ. 5. Въ случаяхъ, гдѣ раненія необширны, сводъ слѣдуетъ зашивать наглухо. 6. Въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ послѣ операціи остались поверхности, лишенныя своего брюшиннаго покрова и отдѣляющія жидкости, или имѣются на лицо другія условія для выпота, дренажъ, если и не совсѣмъ предупредитъ образованіе сращеній, то во всякомъ случаѣ уменьшитъ область ихъ.

М. А. Докушевская. О механическомъ лѣченіи послѣдствій тазовыхъ перитонитовъ. Гинекологическій массажъ впервые былъ разработанъ въ Швеціи Th. Brandt'омъ. Въ Россіи онъ введенъ проф. *Д. О. Оттомъ*, который видитъ въ немъ одно изъ цѣнныхъ средствъ гинекологической терапіи. Докладчица примѣняла массажъ въ клиническомъ повивальномъ Институтѣ на коечныхъ больныхъ главнымъ образомъ съ хроническими воспалительными измѣненіями тазовой брюшины, клѣтчатки и связочнаго прибора матки. Больныя пользовались при этомъ прогулкой на свѣжемъ воздухѣ и общимъ укрѣпляющимъ лѣченіемъ. Продолжительность сеанса колебалась между 10 и 15 мин. Массировались больныя ежедневно, не исключая періода мѣсячныхъ. Общая продолжительность лѣченія отъ 1 до 4 мѣс., чаще всего около 2 мѣс., при чемъ наименьшее число сеансовъ 20, а наибольшее 111. Всѣхъ больныхъ было 226; въ среднемъ на каждую приходится по 38,4 сеанса. Возрастъ больныхъ колебался въ предѣлахъ 21—47 л., 52% общаго числа больныхъ приходится на возрастъ между 26 и 32 годами. 13% больныхъ никогда не были беременны, выкидыши были у 14%; 73% составляютъ женщины рожавшія; 57% больныхъ относили свое заболѣваніе къ неблагополучно протекавшему періоду послѣ родовъ и выкидыша. Насколько видную роль играла гонорея, какъ этіологическое условіе, установить было трудно, такъ какъ въ сравнительно свѣжихъ случаяхъ массажъ противупоказуется, въ случаяхъ-же давняго происхожденія съ остатками воспалительныхъ измѣненій на этотъ счетъ можно было-бы представить только предположенія. По формѣ заболѣванія больныя группируются такъ: у 128 поражены были главнымъ образомъ различные отдѣлы брюшины; 23 изъ нихъ имѣли остатки общаго тазового перитонита; мѣстныя пораженія различныхъ отдѣловъ тазовой брюшины отмѣчены у остальныхъ 98 больныхъ, которыя въ частности подраздѣляются на слѣдующія группы: 26 больныхъ съ периметритомъ заднимъ, 10 съ лѣвостороннимъ, 6 съ правостороннимъ, 18 съ лѣвостороннимъ и заднимъ, 16 съ правостороннимъ и заднимъ, 22 съ периоофоритомъ и перисальпингитомъ. У 59 больныхъ отмѣчено преобладающее пораженіе различныхъ отдѣловъ тазовой клѣтчатки, при чемъ лѣвостороннее пораженіе наблюдалось чаще; у 24 больныхъ одновременно поражены были обѣ стороны. Неправильное положеніе матки, какъ осложненіе основного заболѣванія, наблюдалось у 80 больныхъ, которыя группируются такъ: 25 больныхъ съ перегибомъ матки назадъ, въ томъ числѣ 8 съ фиксированнымъ, 21 больная съ наклоненіемъ матки назадъ, въ томъ числѣ 5 съ фиксированнымъ, 4 больныхъ съ наклоненіемъ матки въ стороны, 26 съ т. наз. retropositi'ей, 4 съ перегибомъ матки впередъ. У огромнаго

большинства больныхъ процессы были хроническіе, и только въ отдѣльныхъ случаяхъ послѣ остраго воспалительнаго процесса примѣнялся массажъ съ цѣлью ускорить всасываніе выпота. 132 больныхъ совершенно выздоровѣли, у 74 отмѣчено значительное улучшеніе, 1 съ фиксированнымъ перегибомъ матки назадъ не получила облегченія; объ остальныхъ 17 больныхъ свѣдѣній не имѣется. Относительно 18 больныхъ, изъ которыхъ до лѣченія 5 имѣли только выкидыши и 13 перестали рожать послѣ заболѣванія, докладчицѣ извѣстно, что онѣ забеременѣли и родили въ срокъ. На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ докладчица горячо стоитъ за гинекологическій массажъ при лѣченіи остатковъ воспалительныхъ измѣненій тазовой брюшины и смежной съ нею клѣтчатки.

Проф. *Волковичъ:* Образованіе грыжи на мѣстѣ рубца при чревосѣченіяхъ есть тотъ недостатокъ, съ которымъ приходится считаться и который заставляетъ хирурга прибѣгать къ влагалищному способу. На основаніи своего опыта проф. *В.* совѣтуетъ вскрывать брюшную полость разрѣзомъ брюшной стѣнки въ области прямыхъ мышцъ по длинѣ мышечныхъ волоконъ. Если необходимо дѣлать разрѣзъ на боковой стѣнкѣ живота, то мышцы слѣдуетъ расщеплять.

Проф. *Ѳедоровъ*: На 15 оперированныхъ случаевъ по поводу разлитого гнойнаго перитонита я имѣлъ 20% выздоровленій. Клиническія наблюденія подтверждаютъ мысль, высказанную мною въ 1901 г. о путяхъ распространенія перитонитовъ и дренированіи брюшной полости («Хирургія», 1901, № 51). Брюшную полость я всегда промываю большимъ количествомъ физіологическаго раствора поваренной соли и затѣмъ дренирую въ извѣстномъ порядкѣ по опредѣленнымъ анатомическимъ областямъ. Пробныя чревосѣченія дѣлалъ подъ кокаиномъ. Я предпочитаю брюшинный путь влагалищному, такъ какъ первый даетъ возможность оператору гораздо лучше разобраться въ анатомическихъ отношеніяхъ опухоли до начала изсѣченія послѣдней. У женщинъ дренирую полость малаго таза чрезъ задній сводъ.

Д-ръ *Поповъ*: Съ 1898 г. я имѣлъ около 40 больныхъ оперированныхъ чрезъ влагалище въ цѣляхъ освобожденія матки, яичниковъ и трубъ при рубцевыхъ перитонитахъ. Сначала я пользовался передней кольпотоміей, затѣмъ въ послѣднее время перешелъ къ задней, такъ какъ она вслѣдствіе анатомическихъ особенностей данной области проще передней. Больныя послѣ операціи чувствуютъ себя легко. Д-ръ *П.* обыкновенно дренируетъ брюшную полость черезъ задній сводъ и только въ исключительныхъ случаяхъ зашиваетъ его. Въ общемъ онъ высказался за оперативное лѣченіе при рубцевыхъ тазовыхъ перитонитахъ.

С. А. Александровъ: При пораженіяхъ придатковъ массажъ—палліативное средство и необходимо оперативное вмѣшательство. Я предпочитаю влагалищный путь брюшинному, такъ какъ онъ менѣе опасенъ для больныхъ, послѣопераціонное лѣченіе—болѣе легкое, и, наконецъ, при немъ избѣгается образованіе грыжъ по бѣлой линіи.

А. Н. Александровъ замѣтилъ, что помимо приведенныхъ докладчиками способовъ лѣченія остатковъ тазового перитонита, мы располагаемъ еще электричествомъ, оказывающимъ здѣсь иногда громадныя услуги. По мнѣнію д-ра *А.* слѣдовало бы испробовать электролѣченіе, хотя-бы въ цѣляхъ сравненія его съ массажемъ.

Проф. *Ѳедоровъ:* Освѣщеніе при помощи зеркалъ проф. *Д. О. Отта* значительно расширитъ показанія и улучшитъ технику влагалищнаго способа. Я, какъ хирургъ, предпочитаю брюшинный путь для удаленія большихъ опухолей женскихъ половыхъ органовъ. Показанныя зеркала хорошо освѣщаютъ брюшную полость послѣ того, какъ удалена опухоль. Срощенія въ брюшной полости вокругъ полосъ марли обычно разсасываются безъ слѣда.

Проф. *Рейнъ*: Влагалищный способъ въ извѣстныхъ случаяхъ даетъ хорошіе результаты; совсѣмъ-же замѣнить брюшинный путь онъ не можетъ, напр. при громадныхъ солидныхъ опухоляхъ, при операціяхъ надъ мочеточниками, при удаленіи злокачественныхъ новообразованій съ зараженными лимфатическими железами, при старыхъ крѣпкихъ срощеніяхъ съ кишками и т. д. При положеніи по *Trendelenburg*'у, помимо воздуха, въ верхніе отдѣлы брюшной полости можетъ всосаться зараженное содержимое опухоли, трубъ и пр., заливающее поле операціи при переведеніи больной въ горизонтальное положеніе, кромѣ того, все поле операціи отдѣляется отъ оператора, и дѣлается затруднительнымъ даже при правильномъ дѣйствіи освѣтительныхъ зеркалъ перевязать кровоточащій сосудъ.

Докладчикъ д-ръ *Зельдовичъ:* Я останавливался только на путяхъ проникновенія заразы и старался подчеркнуть то обстоятельство, что гинекологическій перитонитъ, хотя-бы прободный, но не безнадежный. Работы Московскихъ товарищей и въ частности проф. *С. П. Ѳедорова*, слишкомъ схематичны и недостаточно еще обоснованы клиническими наблюденіями, чтобы принять ихъ способъ дренированія брюшной полости; затѣмъ мы расходимся съ Московскими товарищами относительно понятій «общій» и «разлитой», перитонитъ и потому наше воздержаніе отъ промыванія брюшной полости становится понятнымъ.

Докладчикъ д-ръ *Якобсонъ:* Хорошіе исходы послѣ colpotomia conservativa подтверждаются данными опытовъ. По *Keltenborn*'у брюшина легко возстанавливается, если раненія необширны; по *Канелю* и *Рубинштейну* раненія яичниковъ легко и быстро заживаютъ, если они поверхностны; покойный *К. Ѳ.* Славянскій высказывался за то, что хорошему заживленію не мѣшаетъ и струпъ отъ каленаго железа. *Martin* на 262 случая имѣлъ 67% полнаго выздоровленія, 27%—значительнаго улучшенія и 6% возврата; у *Dührssen*'а на дов. большее число операцій было 3% возвратовъ. Въ смыслѣ провѣрки зрѣніемъ оперативнаго поля задняя кольпотомія представляетъ больше преимуществъ сравнительно съ передней, на что указываютъ также *Gottschalk*, *Mackenrodt*, *Fuchs*, *Fritsch*, *Döderlein*, *Лѣсовъ* и многіе др. Конечно, при употребленіи освѣтительныхъ зеркалъ проф. *Д. О. Отта* это обстоятельство не имѣетъ никакого значенія. Еще разъ утверждаю, что задняя кольпотомія, благодаря анатомическимъ отношеніямъ органовъ,—операція, крайне простая. *Dührssen*, горячій защитникъ передней кольпотоміи, признается, что иногда трудно отыскать и вскрыть брюшину пузырно-маточнаго углубленія. При срощеніяхъ, расположенныхъ на задней поверхности матки, послѣдняя выводится труднѣй и происходятъ пораненія какъ матки, такъ и срощеній внѣ провѣрки зрѣніемъ. Такъ какъ *Douglas*'ово пространство является самымъ низкимъ мѣстомъ брюшной полости, то примѣненіе дренажа при задней кольпотоміи идеально выполнимо. При чревосѣченіи отдѣленіе срощеній въ *Douglas*'овомъ пространствѣ особенно при толстыхъ брюшныхъ стѣнкахъ также производится въ темную. Величина опухоли не можетъ служить противопоказаніемъ для влагалищнаго способа. Такъ, въ клиникѣ проф. *Д. О. Отта* удалены путемъ задней кольпотоміи 12 опухолей, доходившихъ до пупка, 6 кистъ величиною съ 6—7-мѣсячную беременную матку, 2 кисты съ 9 мѣсячную беременную матку; въ нѣкоторыхъ случаяхъ при этомъ имѣлись срощенія съ передней брюшной стѣнкой. Болѣе легкое теченіе послѣопераціоннаго періода, малый % смертности (въ клиникѣ проф. *Отта* 0,7%), болѣе быстрое выздоровленіе и возстановленіе работоспособности, устраненіе послѣдовательныхъ неудобствъ брюшной раны (ношеніе бандажа, возможность образованія грыжи по бѣлой линіи, возможность образованія срощеній между брюшной стѣнкой сальникомъ и кишками), удобство примѣненія идеальнѣйшаго дренажа—составляютъ неоспоримыя преимущества задней кольпотоміи.

Предсѣдатель проф. *П. И. Дьяконовъ* въ своемъ заключительномъ словѣ высказалъ, что на основаніи своихъ наблюденій онъ скорѣе присоединяется къ мнѣнію д-ра *Зельдовича* по поводу путей распространенія страданія и мѣстъ преимущественнаго скопленія выпота въ брюшной полости. Брюшной полости проф. *Д.* въ послѣднее время не промываетъ, и вытираетъ брюшину влажными марлевыми салфетками. Проф. *Д.* подчеркнулъ ту сдержанность, съ которой гинекологи относились до сихъ поръ къ оперативному лѣченію разныхъ перитонитовъ. Трудно остановиться на одномъ какомъ-нибудь способѣ вскрытія брюшной полости—брюшинномъ или влагалищномъ, а въ послѣднемъ случаѣ на одной какой-нибудь кольпотоміи—задней или передней; все зависитъ отъ особенности даннаго случая. Несомнѣнно, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются сравнительно свѣжія спайки и неразсосавшіяся воспалительныя отложенія, очень умѣстно лѣченіе массажемъ, что подтверждается данными д-ра *Докушевской*. Въ подобныхъ случаяхъ проф. *Д.* не разъ наблюдалъ хорошіе результаты отъ дѣйствія свѣта (солнечнаго, электрическаго).

В. Лѣсовой.

(Продолженіе слѣдуетъ).

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Очеркъ санитарно-экономическаго положенія грузчиковъ на Волгѣ. Санитарнаго врача А. Ф. Никитина. Изд. Управленія внутреннихъ водныхъ путей и шоссейныхъ дорогъ. Петербургъ, 1904 г. Ц. 1 р. 206 стр.

Грузчики на нашихъ судахъ и пристаняхъ представляютъ особый видъ рабочихъ, совершенно отличный отъ обычнаго типа нашего фабрично-заводскаго рабочаго. Въ виду этого изученіе условій труда этихъ рабочихъ, называемыхъ «двуногими битюгами», условій ихъ жизни, какъ санитарныхъ, такъ и экономическихъ, представляетъ громадный интересъ въ научномъ и практическомъ отношеніи. До послѣдняго времени у насъ никто не занимался этимъ вопросомъ, если не считать работы д-ра *Лощилова* и краткихъ свѣдѣній, находящихся въ отчетахъ санитарныхъ врачей водныхъ путей. Вышеуказанная работа д-ра *Никитина*, всесторонне характеризующая положеніе грузчиковъ, является цѣннымъ вкладомъ въ отдѣлъ профессіональной гигіены. Будучи близко знакомымъ съ условіями труда этихъ лицъ, изучивъ на мѣстѣ ихъ положеніе, авторъ представилъ яркую картину жизни этихъ лицъ. Тѣмъ не менѣе онъ все-же говоритъ, что «настоящій трудъ не есть законченная работа о грузчикахъ, а лишь первый шагъ въ дѣлѣ изученія профессіи грузчика». Слѣд., можно ожидать, что за этой работой послѣдуетъ продолженіе. Въ вышедшемъ трудѣ, состоящемъ изъ 16 главъ, авторъ говоритъ о физическомъ развитіи грузчиковъ (предварительно сказано: о національности ихъ, сословіи, полѣ, семейномъ положеніи, грамотности, хозяйствѣ и т. д.), о работѣ грузчиковъ, объ обстановкѣ ея и приспособленіяхъ, о профессіональныхъ болѣзняхъ и болѣзняхъ общаго происхожденія, о причинахъ несчастныхъ случаевъ, о рабочемъ днѣ, заработной платѣ, о жилищахъ, питаніи, условіяхъ найма и объ упорядоченіи труда грузчиковъ. Уже изъ этого краткаго перечня главъ видно насколько

авторъ полно характеризуетъ этотъ классъ рабочихъ. Изслѣдованію подвергнулись 758 чел., изъ которыхъ большинство (94,2%) были женатые, больше $^2/_3$ неграмотные; возрастъ ихъ колебался отъ 16 до 60 л., но большинство (67,9%) были 21—35 л. Около 25% грузчиковъ находится въ возрастѣ, въ которомъ кости не успѣли еще достигнуть своего окончательнаго развитія, и естественно, что на этихъ лицахъ трудъ грузчиковъ отражается крайне неблагопріятно. Одною изъ главныхъ причинъ губительнаго для грузчиковъ труда являются непосильныя тяжелыя ноши, которыя имъ приходится переносить и перевозить. Зачастую они несутъ на спинѣ ношу въ 10—15 и болѣе пуд. За день приходится переносить до 200 пуд. Величина рабочаго дня неопредѣлена—съ ранняго утра до глубокой ночи, а иногда работаютъ и ночью. Вслѣдствіе этого рабочіе страдаютъ многими профессіональными болѣзнями, первое мѣсто между которыми занимаютъ страданіе позвоночника, затѣмъ болѣзни ногъ; до $^1/_3$ всѣхъ рабочихъ имѣютъ расширеніе венъ, нерѣдко вызывающія опасныя кровотеченія. Не менѣе страдаютъ они и отъ несчастныхъ случаевъ, но, къ сожалѣнію, за неимѣніемъ точныхъ записей, трудно опредѣлить цифру послѣднихъ. Вообще нужно сказать, что трудъ грузчиковъ крайне изнурителенъ, преждевременно разрушаетъ здоровье, въ особенности при той обстановкѣ, въ какой они живутъ. Все это говоритъ за то, что трудъ ихъ долженъ быть не только упорядоченъ, но и огражденъ отъ подрядчиковъ, съ каковою цѣлью долженъ быть «учрежденъ органъ санитарной инспекціи». Можно пожелать, чтобы это требованіе поскорѣе осуществилось—оставлять далѣе въ такомъ положеніи грузчиковъ нельзя.

Д. Никольскій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXIII. Мнѣніе студентовъ 5-го курса медицинскаго факультета Московскаго Университета 190$^3/_4$ акад. года по извѣстному инциденту между проф. П. И. Дьяконовымъ и врачами его клиники [1]).

Въ концѣ ноября 1903 г. вышелъ въ свѣтъ «Обзоръ дѣятельности госпитальной хирургической клиники» при обстоятельствахъ, получившихъ въ настоящее время достаточную извѣстность во врачебной средѣ [2]).

Въ февралѣ 1903 г. въ госпитальной хирургической клиникѣ на 2-хъ Конференціяхъ обсуждалось изданіе «Обзора». По вопросу объ авторскихъ правахъ на это изданіе ординаторы и ассистентъ *Прокунинъ* стояли на той точкѣ зрѣнія, что исторіи болѣзни, составляемыя ими спеціально для отчета по выходѣ больного изъ клиники, помимо архивной исторіи болѣзни, образуютъ существенную часть будущаго «Обзора», почему ихъ участіе въ работѣ должно быть отмѣчено въ самомъ заглавіи «Обзора»; проф. *Дьяконовъ* утверждалъ, что вся работа ординаторовъ, включая и отчетныя исторіи болѣзни, составляетъ неотъемлемое достояніе клиники, которымъ можетъ пользоваться, какъ угодно, директоръ ея для цѣлей научныхъ и практическихъ. Противуположныя мнѣнія объединились въ одной общей редакціи заглавія. Составленіе «Обзора» поручено было проф. *Дьяконовымъ* ассистенту *Напалкову*, который для этого пользовался литературно обработаннымъ матеріаломъ—отчетными исторіями болѣзни: въ виду этого рѣшено было выразить коллективность труда словами—составилъ д-ръ *Напалковъ*—съ тѣмъ, чтобы упомянуть въ дальнѣйшемъ обо всѣхъ, кто участвовалъ въ этомъ общемъ трудѣ.

Лѣтомъ 1903 г. проф. *Дьяконовъ* безъ вѣдома членовъ Конференціи, съ мнѣніемъ которой по этому вопросу онъ раньше согласился, такъ какъ не остался на Конференціи при особомъ мнѣніи во время баллотировки редакціи, измѣнилъ редакцію заглавія: вмѣсто—составилъ д-ръ *Напалковъ*—напечаталъ: «Обзоръ.... *Напалкова*». Въ этомъ дѣйствіи проф. *Дьяконова* ординаторы и ассистенты *Прокунинъ* и *Венгловскій* (послѣдній впослѣдствіи измѣнилъ свое мнѣніе) усмотрѣли, съ одной стороны, небрежное и некорректное отношеніе къ опредѣленіямъ Конференціи; съ другой—несправедливое выдвиганіе на первый планъ труда одного изъ участниковъ общей коллективной работы. Они считали недостаточнымъ глухого упоминанія въ дальнѣйшемъ объ участіи врачей клиники съ перечисленіемъ въ «Обзорѣ» персонала клиники. Все это вызвало столкновеніе между проф. *Дьяконовымъ* и его сотрудниками, при чемъ, какъ съ той, такъ и съ другой стороны было внесено много личнаго элемента въ виду обострившихся отношеній.

Такъ какъ ординаторы считали отчетныя исторіи болѣзни научнымъ трудомъ, стоящимъ внѣ связи съ повседневною клиническою работою, то они сочли возможнымъ отказаться отъ составленія ихъ въ виду того, что результатами ихъ трудовъ пользуются другія лица. Тогда проф. *Дьяконовъ* своей властью временно отстранилъ ординаторовъ отъ исполненія обязанностей, мотивируя свой поступокъ тѣмъ, что онъ не гарантированъ отъ отказа ординаторовъ помогать ему при операціяхъ, разъ они отказались отъ одной части клинической работы.

[1]) Охотно даемъ мѣсто этому «Мнѣнію» молодыхъ товарищей и безусловно присоединяемся къ нему. *Ред.*

[2]) См. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 51, стр. 1830, 1904 г., № 2, стр. 67 и 68.

Дѣло перенесено было въ факультетъ, рѣшеніе котораго извѣстно [1]). Въ результатѣ ординаторы (кромѣ д-ра *Татаринова*) вмѣстѣ съ ассистентомъ *Прокунинымъ* оставили клинику. Всѣ обстоятельства этого дѣла обратили на себя вниманіе не только студентовъ 5-го курса, но и болѣе широкихъ круговъ врачебнаго сословія. Клиника проф. *Дьяконова* по оживленной бодрой работѣ, по отсутствію рутины въ преподаваніи привлекала вниманіе студентовъ и не одному изъ нихъ могла дать правильное направленіе въ будущей дѣятельности. Тѣмъ неожиданнѣе и грустнѣе было для насъ событіе, происшедшее въ клиникѣ.

Апелляція проф. *Дьяконова* къ своей аудиторіи и ординаторовъ его клиники къ 5-му курсу, съ другой стороны, общественная сторона факта, обрисовывающаго всю неустойчивость правосознанія во всѣхъ элементахъ русской общественной жизни, заставила насъ подробно разсмотрѣть всѣ данныя этого дѣла, чтобы выяснить свое отношеніе. Тѣмъ болѣе считаемъ мы себя вправѣ сдѣлать это, что проф. *Дьяконовъ* и ординаторы своимъ обращеніемъ къ намъ сами напомнили общественную сторону факта.

Прежде всего мы пришли къ заключенію, что, не смотря на кажущуюся дружную работу всѣхъ членовъ клиники, между проф. *Дьяконовымъ* и ординаторами установились обостренныя отношенія, въ основѣ которыхъ лежала неискренность профессора по отношенію къ своимъ сотрудникамъ. Эта неискренность обнаружилась прежде всего въ отношеніяхъ профессора къ Конференціи, которой онъ желалъ придать чисто совѣщательный характеръ безъ рѣшающаго значенія (въ противуположность направленію, раньше существовавшему въ клиникѣ). Правильно-ли это или нѣтъ,—вопросъ спорный, требующій подробнаго разсмотрѣнія, но проф. *Дьяконовъ*, проводя свои взгляды, не дѣйствовалъ открыто, что сразу создало почву для массы мелкихъ столкновеній и недовѣрія, при которомъ стороны не могутъ быть объективными.

Тотъ фактъ, что проф. *Дьяконовъ* произвольно измѣнилъ редакцію заглавія, согласившись во время Конференціи принять редакцію, пробаллотированную на Конференціи, указываетъ на невнимательность его къ своимъ сотрудникамъ и на недостатокъ корректности въ проведеніи своихъ взглядовъ. Въ этомъ фактѣ не служитъ оправданіемъ объясненіе проф. *Дьяконова*, утверждающаго, что до самого послѣдняго времени онъ не видѣлъ разницы между редакціей: «составилъ *Напалковъ*» и—«*Напалкова*», почему и сдѣлалъ замѣну изъ-за неизвѣстныхъ намъ редакціонныхъ соображеній, не думая о томъ, что измѣняетъ смыслъ. Самый фактъ упорной борьбы въ теченіи 2-хъ Конференцій долженъ бы дать понять профессору, что ординаторы вкладываютъ въ редакцію извѣстный смыслъ, центромъ котораго должно служить—обозначеніе коллективности работы; если это такъ, то изъ уваженія къ общимъ рѣшеніямъ, въ которыхъ онъ самъ участвуетъ, изъ чувства даже простой деликатности (не говоримъ корректности) по отношенію къ тѣмъ, кто несъ немалый трудъ и былъ убѣжденъ въ правотѣ своего дѣла, проф. *Дьяконовъ*, измѣняя редакцію, обязанъ былъ еще разъ обсудить ее съ тѣми, кто ее горячо отстаивалъ. Это очень существенный моментъ всего дѣла: если проф. *Дьяконовъ*, дѣйствительно, не смотря на продолжительныя пренія въ 2-хъ Конференціяхъ былъ въ невѣдѣніи относительно разницы между 2-мя вышеуказанными редакціями заглавія, то это указываетъ на то, какъ мало задумывался профессоръ надъ мнѣніемъ Конференціи, какъ мало считался онъ съ интересами своихъ сотрудниковъ.

Переходя къ вопросу о пользованіи для «Обзора» отчетными исторіями болѣзни, выдѣлимъ сначала основной взглядъ проф. *Дьяконова* на послѣднія: проф. *Дьяконовъ* считаетъ ихъ существенной частью клинической работы, болѣе важной, чѣмъ помощь при операціяхъ, такъ какъ послѣднюю можетъ оказать и вспомогательный врачебный персоналъ клиники (мнѣніе профессора); поэтому онъ считаетъ эти исторіи болѣзни клиническимъ матеріаломъ, находящимся въ распоряженіи директора клиники; онъ считаетъ ихъ научнымъ матеріаломъ и признаетъ необходимой порядочную затрату силъ для ихъ литературной и объективной обработки. Нужно замѣтить, что подобныя отчетныя исторіи болѣзни ведутся только въ госпитальной хирургической клиникѣ.

Въ данномъ вопросѣ важно отношеніе проф. *Дьяконова* къ своимъ сотрудникамъ: нѣсколько ординаторовъ съ ассистентами обрабатываютъ литературно болѣе $^3/_4$ печатаемаго «Обзора» (исторіи болѣзни вошли цѣликомъ), затрачивая на это много труда; въ итогѣ, директоръ клиники своею властью даетъ право одному изъ нихъ, воспользовавшемуся готовымъ матеріаломъ и написавшему самостоятельно менѣе $^1/_4$ «Обзора», поставить свое имя. Проф. *Дьяконовъ* утверждаетъ, что глухого упоминанія о

[1]) На разрѣшеніе факультета ординаторами были поставлены слѣдующіе 2 вопроса: 1) Въ правѣ-ли былъ директоръ клиники проф. *Дьяконовъ* требовать отъ ординаторовъ обработки архивной исторіи болѣзни для печати въ полное свое распоряженіе и пользоваться этимъ трудомъ для своихъ личныхъ изданій? 2) Въ правѣ-ли былъ директоръ клиники проф. *Дьяконовъ* силою своей личной властью отстранять ординаторовъ отъ всѣхъ ихъ обязанностей за отказъ исполнять его требованія, не входящихъ въ кругъ ихъ обычныхъ обязанностей. Въ отвѣтъ на просьбу о разсмотрѣніи этихъ вопросовъ деканъ, по порученію факультета, предложилъ подавшимъ заявленія ординаторамъ пересмотрѣть и выдержаться § 24 клиническихъ правилъ.

томъ, что «Обзоръ» составленъ при участіи врачей клиники съ перечисленіемъ въ «Обзорѣ» персонала клиники, вполнѣ достаточно для удовлетворенія авторскихъ правъ ординаторовъ. Однако выраженіе—непосредственное участіе врачей клиники—очень двусмысленно по отношенію къ труду, въ которомъ литературная обработка 3/4 именно и представляетъ это участіе. Объективная исторія болѣзни, литературно обработанная, не какой нибудь листокъ, соединеніе которыхъ безъ обобщенія — хламъ; объективная исторія болѣзни представляетъ цѣнность сама по себѣ. Почему-же, спрашиваемъ мы, не признать равноцѣнности труда въ редакціи заглавія? Можно впадать въ софизмъ, говоря, что 10 литературно-обработанныхъ исторій болѣзни (мнѣніе проф. *Дьяконова*) представляютъ собою только научный матеріалъ, а 2—3 строчки, въ которыхъ дѣлается выводъ изъ этихъ исторій болѣзни, превращаютъ ихъ въ «научный трудъ». При такомъ опредѣленіи «научнаго труда» послѣдній былъ бы очень несложенъ; справедливое отношеніе къ дѣлу покажетъ, насколько подобное разсужденіе натянуто и необосновано. Почему собранный анамнезъ, опредѣленіе status'a, клиническое наблюденіе, требующія серьезной научно медицинской подготовки, не представляютъ собой научнаго матеріала, который въ объективной исторіи болѣзни съ ретроспективнымъ взглядомъ на теченіе превращается въ «научный трудъ»? Мы не имѣемъ никакихъ основаній отрицать это и ставить тѣ границы для опредѣленія «научнаго труда», которыя ставитъ проф. *Дьяконовъ*. Поэтому непонятна та борьба, которая велась съ цѣлью выдвинуть цѣнность труда одного и умалить цѣнность труда многихъ; понятнѣе она станетъ для насъ, если мы примемъ въ соображеніе, что проф. *Дьяконовъ* въ данномъ случаѣ боролся за проведеніе своихъ взглядовъ.

Переходя теперь къ факту увольненія ординаторовъ отъ исполненія ими обязанностей, мы увидимъ, что и здѣсь личное раздраженіе и личные взгляды преобладаютъ надъ объективнымъ отношеніемъ къ дѣлу. Проф. *Дьяконовъ*, какъ онъ объ этомъ говорилъ самъ, апеллируя къ курсу, уступилъ личному раздраженію, явившемуся результатомъ засѣданія Конференціи, въ которомъ, по его словамъ, обнаружилось враждебное отношеніе членовъ Конференціи, вызванное вышеописаннымъ образомъ дѣйствій. Однако мотивъ для удаленія въ личномъ раздраженіи былъ еще недостаточенъ для такого нарушенія правъ ординаторовъ; послѣдніе могли на вполнѣ законномъ основаніи апеллировать въ факультетъ. Тогда проф. *Дьяконовъ* мотивируетъ свой поступокъ тѣмъ соображеніемъ, что ординаторы, отказавшись отъ одной части клиническаго труда (веденія объективныхъ исторій болѣзни), могутъ отказаться и отъ помощи во время операцій или отъ другихъ манипуляцій, необходимыхъ для непрерывнаго хода клинической работы. Утверждая подобное, профессоръ косвенно указывалъ на возможность вреда для больныхъ изъ-за личныхъ счетовъ ординаторовъ съ нимъ. Если въ данномъ случаѣ у проф. *Дьяконова* и не было сознательнаго желанія обвинить ординаторовъ въ возможной небрежности ко вреду для больныхъ, все-таки подобное заявленіе еще лишній разъ подчеркиваетъ неискренность и некорректность профессора въ отношеніяхъ со своими сотрудниками. Проф. *Дьяконовъ* во всемъ совершившемся придаетъ большое значеніе той враждебности, которую проявили по его адрессу ординаторы.

Мы увѣрены, что въ виду вышеуказанныхъ фактовъ не могло быть къ нему довѣрчиваго и искренняго отношенія со стороны ординаторовъ: несомнѣнно, что въ дѣлѣ установленія правильныхъ отношеній играла бы наибольшую роль полная корректность и искренность со стороны директора клиники; ихъ не было съ самаго начала, и поэтому очевидно, что противуположная сторона не могла держаться въ рамкахъ болѣе желательныхъ въ научномъ учрежденіи.

Резюмировавъ все сказанное, приходимъ къ заключенію, что конфликтъ, явившійся результатомъ выхода въ свѣтъ «Обзора», есть только случайное проявленіе ненормальныхъ отношеній, сложившихся между проф. *Дьяконовымъ* и его сотрудниками съ самаго начала ихъ совмѣстной дѣятельности. Отношенія эти сложились подъ вліяніемъ неискренности и некорректности со стороны проф. *Дьяконова*; въ частности искреннее и вполнѣ корректное проведеніе предсѣдателемъ Конференціи своего мнѣнія о значеніи Конференціи устранило-бы неизбѣжныя столкновенія и недоразумѣнія.

Во 2-хъ, разница между работою ассистента *Напалкова* и ординаторовъ не принципіальна, почему несправедливо выдѣленіе значенія его труда въ томъ видѣ, какъ это сдѣлано въ «Обзорѣ». Самъ проф. *Дьяконовъ* не отрицаетъ того, что редакція заглавія была пробаллотирована, а потому некорректна небрежность, съ которою онъ отнесся къ коллективному рѣшенію Конференціи. Увольненіе ординаторовъ есть результатъ личнаго раздраженія; оно недостаточно и несправедливо мотивировано и не должно имѣть мѣсто въ научномъ учрежденіи, гдѣ гарантіи личности должны быть больше, чѣмъ гдѣ-бы то ни было.

CXIV. Общество Смоленскихъ врачей въ первомъ засѣданіи послѣ лѣтнихъ каникулъ 28-го сентября, ознакомившись съ печальнымъ инцидентомъ, происшедшимъ съ д-ромъ *Н. П. Забусовымъ*, постановило единогласно: выразить свое глубокое товарищеское сочувствіе невинно пострадавшему д-ру *Н. П. Забусову*.

Кромѣ того, Общество Смоленскихъ врачей выражаетъ твердую надежду, что генеральскій чинъ г. Ковалева не спасетъ его отъ нелицепріятнаго правосудія за такое жестокое надругательство надъ человѣческою личностью; что приговоръ этотъ будетъ опубликованъ и этимъ самымъ, хоть и отчасти, успокоитъ все цивилизованное Россійское общество.

Президентъ *Д. Станиславскій*.

Смоленскъ. 1-го октября 1904.

CXV. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ. Двинское медицинское Общество, выслушавъ въ годовомъ засѣданіи сообщеніе о печальномъ инцидентѣ, имѣвшемъ мѣсто въ г. Асхабадѣ съ врачемъ *Н. П. Забусовымъ*, единогласно постановило: выразить свое негодованіе по поводу гнуснаго насилія, учиненнаго ген. Ковалевымъ надъ врачемъ *Забусовымъ*, вѣроломно приглашеннымъ генераломъ подъ предлогомъ оказанія помощи тяжкому больному.

Предсѣдатель *К. Ношшевскій*.
Секретарь *С. Вилкомиръ*.

Двинскъ. 11-го сентября 1904.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1991. *Н. Н. Мари*, профессоръ по каѳедрѣ эпизоотологіи и ветеринарной полиціи въ В.-Медицинской Академіи, возбудилъ ходатайство о *допущеніи его*, по примѣру проф. *А. А. Раевскаго*, къ *слушанію курса медицинскихъ наукъ* для полученія степени лѣкаря («Извѣстія В.-Медицинской Академіи», сентябрь).

1992. На 1-ый курсъ медицинскаго факультета въ Одессѣ поступило въ нынѣшнемъ году *200 слушателей*—число, лишь немногимъ уступающее числу слушателей, поступившихъ на медицинскій факультетъ Московскаго Университета.

1993. «Новое Время» (5 октября) сообщаетъ, что Коммиссія, избранная изъ состава членовъ Конференціи В.-Медицинской Академіи по вопросу о зачисленіи въ списки студентовъ ея лицъ, окончившихъ курсъ въ кадетскихъ корпусахъ, *принципіально высказалась за такое зачисленіе*. Въ виду-же того, что программы ученія въ военныхъ заведеніяхъ значительно разнятся отъ программъ классическихъ и реальныхъ гимназій, Коммиссія постановила снестись съ Министерствомъ народнаго просвѣщенія для выработки общихъ условій добавочнаго экзамена какъ въ В.-Медицинскую Академію, такъ и на всѣ медицинскіе факультеты университетовъ.

1994. 29-го сентября въ Москвѣ г. Вейсъ защитилъ диссертацію на степень магистра фармаціи подъ заглавіемъ «*Матеріалы для ближайшаго знакомства съ чистотѣломъ, Chelidonium tajus L., и приготовленными изъ него фармацевтическими препаратами*» («Русскія Вѣдомости», 30 сентября).

1995. Мы получили свѣдѣніе изъ безусловно достовѣрнаго источника, что, по докладу министра внутреннихъ дѣлъ, 1-го октября послѣдовало Высочайшее соизволеніе на присвоеніе лицамъ женскаго пола, оканчивающимъ курсъ наукъ въ Петербургскомъ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ, *права на ношеніе нагруднаго знака, присвоеннаго лѣкарямъ-мужчинамъ*.

1996. Въ Ляоянскомъ бою *раненъ* старшій врачъ 33-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка *В. Н. Дункель* («Биржевыя Вѣдомости», 28 сентября).

1997. «Сибирская Жизнь» (21 сентября) сообщаетъ, что на театрѣ военныхъ дѣйствій *раненъ* въ ногу на вылетѣ д-ръ *В. С. Гершкопфъ* (изъ Томска).

1998. Отбылъ на Дальній Востокъ 30-го сентября изъ Пятигорска *отрядъ сестеръ милосердія* мѣстной Общины Краснаго Креста («Новое Время», 1 октября).

1999. По свѣдѣніямъ исполнительной Коммиссіи Краснаго Креста, японское правительство *освободило изъ плѣна всѣхъ лицъ медицинскаго персонала, принадлежащихъ къ Красному Кресту* («Новое Время», 30 сентября).

2000. «Новое Время» (30 сентября) сообщаетъ, что Петербургская Дума единогласно постановила присоединиться къ *общей земской организаціи въ дѣлѣ оказанія помощи на военныя нужды на Дальнемъ Востокѣ*. Съ этою цѣлью Дума поручила своей исполнительной Коммиссіи открыть для общей земской организаціи кредитъ въ 100000 р. (изъ 300000 р., ассигнованныхъ въ распоряженіе Коммиссіи).—«Полезная и самоотверженная» дѣятельность врачебно-санитарныхъ отрядовъ обще-земской организаціи нынѣ оффиціально удостовѣрена ген. Куропаткинымъ, изъявившимъ желаніе видѣть увеличеніе числа этихъ отрядовъ и усиленіе личнаго состава въ каждомъ изъ нихъ, а такъ еще недавно почему-то взята была подъ сомнѣніе!

2001. Нижне-Ломовское, Пензенской губ., земское Собраніе постановило открыть при земской больницѣ *25 безплатныхъ кроватей для раненыхъ и больныхъ воиновъ*.—Моршанское, Тамбовской губ., земское Собраніе постановило отпустить въ распоряженіе земской Управы *5000 р. на содержаніе эвакуируемыхъ больныхъ и раненыхъ воиновъ* въ мѣстномъ лазаретѣ Краснаго Креста.—Новоржевское, Псковской губ., земское Собраніе постановило открыть въ больницѣ *15 безплатныхъ кроватей для больныхъ и раненыхъ нижнихъ чиновъ* («Новое Время», 1 и 4 октября).—Вышневолоцкая городская Дума рѣшила принять *на полное содержаніе 15 раненыхъ и больныхъ воиновъ*, пострадавшихъ на Дальнемъ Востокѣ, въ госпиталѣ, устраиваемомъ въ Вышнемъ-Волочкѣ по почину министра путей сообщенія («Правительственный Вѣстникъ», 21 сентября).—Присяжные повѣренные округа Московской судебной Палаты *собрали 5200 р.* на нужды общеземской организаціи по оказа-

авторъ полно характеризуетъ этотъ классъ рабочихъ. Изслѣдованію подвергнулись 758 чел., изъ которыхъ большинство (94,2%) были женатые, больше $^2/_3$ неграмотные; возрастъ ихъ колебался отъ 16 до 60 л., но большинство (67,9%) были 21—35 л. Около 25% грузчиковъ находится въ возрастѣ, въ которомъ кости не успѣли еще достигнуть своего окончательнаго развитія, и естественно, что на этихъ лицахъ трудъ грузчиковъ отражается крайне неблагопріятно. Одною изъ главныхъ причинъ губительнаго для грузчиковъ труда являются непосильныя тяжелыя ноши, которыя имъ приходится переносить и перевозить. Зачастую они несутъ на спинѣ ношу въ 10—15 и болѣе пуд. За день приходится переносить до 200 пуд. Величина рабочаго дня неопредѣлена—съ ранняго утра до глубокой ночи, а иногда работаютъ и ночью. Вслѣдствіе этого рабочіе страдаютъ многими профессіональными болѣзнями, первое мѣсто между которыми занимаютъ страданіе позвоночника, затѣмъ болѣзни ногъ; до $^1/_3$ всѣхъ рабочихъ имѣютъ расширеніе венъ, нерѣдко вызывающія опасныя кровотеченія. Не менѣе страдаютъ они и отъ несчастныхъ случаевъ, но, къ сожалѣнію, за неимѣніемъ точныхъ записей, трудно опредѣлить цифру послѣднихъ. Вообще нужно сказать, что трудъ грузчиковъ крайне изнуриталенъ, преждевременно разрушаетъ здоровье, въ особенности при той обстановкѣ, въ какой они живутъ. Все это говоритъ за то, что трудъ ихъ долженъ быть не только упорядоченъ, но и огражденъ отъ подрядчиковъ, съ каковою цѣлью долженъ быть «учрежденъ органъ санитарной инспекціи». Можно пожелать, чтобы это требованіе поскорѣе осуществилось—оставлять далѣе въ такомъ положеніи грузчиковъ нельзя.

Д. Никольскій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXIII. Мнѣніе студентовъ 5-го курса медицинскаго факультета Московскаго Университета 190$^3/_4$ акад. года по извѣстному инциденту между проф. П. И. Дьяконовымъ и врачами его клиники [1]).

Въ концѣ ноября 1903 г. вышелъ въ свѣтъ «Обзоръ дѣятельности госпитальной хирургической клиники» при обстоятельствахъ, получившихъ въ настоящее время достаточную извѣстность во врачебной средѣ [2]).

Въ февралѣ 1903 г. въ госпитальной хирургической клиникѣ на 2-хъ Конференціяхъ обсуждалось изданіе «Обзора». По вопросу объ авторскихъ правахъ на это изданіе ординаторы и ассистентъ *Прокунинъ* стояли на той точкѣ зрѣнія, что исторіи болѣзни, составляемыя ими спеціально для отчета по выходѣ больного изъ клиники, помимо архивной исторіи болѣзни, образуютъ существенную часть будущаго «Обзора», почему ихъ участіе въ работѣ должно быть отмѣчено въ самомъ заглавіи «Обзора»; проф. *Дьяконовъ* утверждалъ, что вся работа ординаторовъ, включая и отчетныя исторіи болѣзни, составляетъ неотъемлемое достояніе клиники, которымъ можетъ пользоваться, какъ угодно, директоръ ея для цѣлей научныхъ и практическихъ. Противуположныя мнѣнія объединились въ одной общей редакціи заглавія. Составленіе «Обзора» поручено было проф. *Дьяконовымъ* ассистенту *Напалкову*, который для этого пользовался литературно обработаннымъ матеріаломъ—отчетными исторіями болѣзни: въ виду этого рѣшено было выразить коллективность труда словами—составилъ д-ръ *Напалковъ*—съ тѣмъ, чтобы упомянуть въ дальнѣйшемъ обо всѣхъ, кто участвовалъ въ этомъ общемъ трудѣ.

Лѣтомъ 1903 г. проф. *Дьяконовъ* безъ вѣдома членовъ Конференціи, съ мнѣніемъ которой по этому вопросу онъ раньше согласился, такъ какъ не остался на Конференціи при особомъ мнѣніи во время баллотировки редакціи, измѣнилъ редакцію заглавія: вмѣсто—составилъ д-ръ *Напалковъ*—напечаталъ: «Обзоръ.... *Напалкова*». Въ этомъ дѣйствіи проф. *Дьяконова* ординаторы и ассистенты *Прокунинъ* и *Венгловскій* (послѣдній впослѣдствіи измѣнилъ свое мнѣніе) усмотрѣли, съ одной стороны, небрежное и некорректное отношеніе къ опредѣленіямъ Конференціи; съ другой—несправедливое выдвиганіе на первый планъ труда одного изъ участниковъ общей коллективной работы. Они считали недостаточнымъ глухого упоминанія въ дальнѣйшемъ объ участіи врачей клиники съ перечисленіемъ въ «Обзорѣ» персонала клиники. Все это вызвало столкновеніе между проф. *Дьяконовымъ* и его сотрудниками, при чемъ, какъ съ той, такъ и съ другой стороны было внесено много личнаго элемента въ виду обострившихся отношеній.

Такъ какъ ординаторы считали отчетныя исторіи болѣзни научнымъ трудомъ, стоящимъ внѣ связи съ повседневною клиническою работою, то они сочли возможнымъ отказаться отъ составленія ихъ въ виду того, что результатами ихъ трудовъ пользуются другія лица. Тогда проф. *Дьяконовъ* своей властью временно отстранилъ ординаторовъ отъ исполненія обязанностей, мотивируя свой поступокъ тѣмъ, что онъ не гарантированъ отъ отказа ординаторовъ помогать ему при операціяхъ, разъ они отказались отъ одной части клинической работы.

[1]) Охотно даемъ мѣсто этому «Мнѣнію» молодыхъ товарищей и безусловно присоединяемся къ нему. *Ред.*

[2]) См. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 51, стр. 1830, 1904 г., № 2, стр. 67 и 68.

Дѣло перенесено было въ факультетъ, рѣшеніе котораго извѣстно [1]). Въ результатѣ ординаторы (кромѣ д-ра *Татаринова*) вмѣстѣ съ ассистентомъ *Прокунинымъ* оставили клинику. Всѣ обстоятельства этого дѣла обратили на себя вниманіе не только студентовъ 5-го курса, но и болѣе широкихъ круговъ врачебнаго сословія. Клиника проф. *Дьяконова* по оживленной бодрой работѣ, по отсутствію рутины въ преподаваніи привлекала вниманіе студентовъ и не одному изъ нихъ могла дать правильное направленіе въ будущей дѣятельности. Тѣмъ неожиданнѣе и грустнѣе было для насъ событіе, происшедшее въ клиникѣ.

Апелляція проф. *Дьяконова* къ своей аудиторіи и ординаторовъ его клиники къ 5-му курсу, съ другой стороны, общественная сторона факта, обрисовывающаго всю неустойчивость правосознанія во всѣхъ элементахъ русской общественной жизни, заставила насъ подробно разсмотрѣть всѣ данныя этого дѣла, чтобы выяснить свое отношеніе. Тѣмъ болѣе считаемъ мы себя вправѣ сдѣлать это, что проф. *Дьяконовъ* и ординаторы своимъ обращеніемъ къ намъ сами напомнили общественную сторону факта.

Прежде всего мы пришли къ заключенію, что, не смотря на кажущуюся дружную работу всѣхъ членовъ клиники, между проф. *Дьяконовымъ* и ординаторами установились обостренныя отношенія, въ основѣ которыхъ лежала неискренность профессора по отношенію къ своимъ сотрудникамъ. Эта неискренность обнаружилась прежде всего въ отношеніяхъ профессора къ Конференціи, которой онъ желалъ придать чисто совѣщательный характеръ безъ рѣшающаго значенія (въ противуположность направленію, раньше существовавшему въ клиникѣ). Правильно-ли это или нѣтъ,—вопросъ спорный, требующій подробнаго разсмотрѣнія, но проф. *Дьяконовъ*, проводя свои взгляды, не дѣйствовалъ открыто, что сразу создало почву для массы мелкихъ столкновеній и недовѣрія, при которомъ стороны не могутъ быть объективными.

Тотъ фактъ, что проф. *Дьяконовъ* произвольно измѣнилъ редакцію заглавія, согласившись во время Конференціи принять редакцію, пробаллотированную на Конференціи, указываетъ на невнимательность его къ своимъ сотрудникамъ и на недостатокъ корректности въ проведеніи своихъ взглядовъ. Въ этомъ фактѣ не служитъ оправданіемъ объясненіе проф. *Дьяконова*, утверждающаго, что до самого послѣдняго времени онъ не видѣлъ разницы между редакціей: «составилъ *Напалковъ*» и—«*Напалкова*», почему и сдѣлалъ замѣну изъ-за неизвѣстныхъ намъ редакціонныхъ соображеній, не думая о томъ, что измѣняетъ смыслъ. Самый фактъ упорной борьбы въ теченіи 2-хъ Конференцій долженъ-бы дать понять профессору, что ординаторы вкладываютъ въ редакцію извѣстный смыслъ, центромъ котораго должно служить—обозначеніе коллективности работы; если это такъ, то изъ уваженія къ общимъ рѣшеніямъ, въ которыхъ онъ самъ участвуетъ, изъ чувства даже простой деликатности (не говоримъ корректности) по отношенію къ тѣмъ, кто несъ немалый трудъ и былъ убѣжденъ въ правотѣ своего дѣла, проф. *Дьяконовъ*, измѣняя редакцію, обязанъ былъ еще разъ обсудить ее съ тѣми, кто ее горячо отстаивалъ. Это очень существенный моментъ всего дѣла: если проф. *Дьяконовъ*, дѣйствительно, не смотря на продолжительныя пренія въ 2-хъ Конференціяхъ былъ въ невѣдѣніи относительно разницы между 2-мя вышеуказанными редакціями заглавія, то это указываетъ на то, какъ мало задумывался профессоръ надъ мнѣніемъ Конференціи, какъ мало считался онъ съ интересами своихъ сотрудниковъ.

Переходя къ вопросу о пользованіи для «Обзора» отчетными исторіями болѣзни, выдѣлимъ сначала основной взглядъ проф. *Дьяконова* на послѣднія: проф. *Дьяконовъ* считаетъ ихъ существенной частью клинической работы, болѣе важной, чѣмъ помощь при операціяхъ, такъ какъ послѣднюю можетъ оказать и вспомогательный врачебный персоналъ клиники (мнѣніе профессора); поэтому онъ считаетъ эти исторіи болѣзни клиническимъ матеріаломъ, находящимся въ распоряженіи директора клиники; онъ считаетъ ихъ научнымъ матеріаломъ и признаетъ необходимой порядочную затрату силъ для ихъ литературной и объективной обработки. Нужно замѣтить, что подобныя отчетныя исторіи болѣзни ведутся только въ госпитальной хирургической клиникѣ.

Въ данномъ вопросѣ важно отношеніе проф. *Дьяконова* къ своимъ сотрудникамъ: нѣсколько ординаторовъ съ ассистентами обрабатываютъ литературно болѣе $^2/_3$ печатаемаго «Обзора» (исторіи болѣзни вошли цѣликомъ), затрачивая на это много труда; въ итогѣ, директоръ клиники своею властью даетъ право одному изъ нихъ, воспользовавшемуся готовымъ матеріаломъ и написавшему самостоятельно менѣе $^1/_4$ «Обзора», поставить свое имя. Проф. *Дьяконовъ* утверждаетъ, что глухого упоминанія

[1]) На разрѣшеніе факультета ординаторами были поставлены слѣдующіе 2 вопроса: 1) Въ правѣ-ли былъ директоръ клиники проф. *Дьяконовъ* требовать отъ ординаторовъ обработки архивной исторіи болѣзни для печати въ полное свое распоряженіе и пользоваться этимъ трудомъ для своихъ личныхъ изданій? 2) Въ правѣ-ли былъ директоръ клиники проф. *Дьяконовъ* своей личной властью отстранять ординаторовъ отъ всѣхъ ихъ обязанностей за отказъ исполнять его требованія, не входящія въ кругъ ихъ обычныхъ обязанностей. Въ отвѣтъ на просьбу разсмотрѣніи этихъ вопросовъ деканъ, по порученію факультета, предложилъ подавшимъ заявленія ординаторамъ продолжать держаться § 24 клиническихъ правилъ.

томъ, что «Обзоръ» составленъ при участіи врачей клиники съ перечисленіемъ въ «Обзорѣ» персонала клиники, вполнѣ достаточно для удовлетворенія авторскихъ правъ ординаторовъ. Однако выраженіе—непосредственное участіе врачей клиники—очень двусмысленно по отношенію къ труду, въ которомъ литературная обработка ³/₄ именно и представляетъ это участіе. Объективная исторія болѣзни, литературно обработанная, не какой нибудь листокъ, соединеніе которыхъ безъ обобщенія — хламъ; объективная исторія болѣзни представляетъ цѣнность сама по себѣ. Почему-же, спрашиваемъ мы, не признать равноцѣнности труда въ редакціи заглавія? Можно впадать въ софизмъ, говоря, что 10 литературно-обработанныхъ исторій болѣзни (мнѣніе проф. *Дьяконова*) представляютъ собою только научный матеріалъ, а 2—3 строчки, въ которыхъ дѣлается выводъ изъ этихъ исторій болѣзни, превращаютъ ихъ въ «научный трудъ». При такомъ опредѣленіи «научнаго труда» послѣдній былъ бы очень несложенъ; справедливое отношеніе къ дѣлу покажетъ, насколько подобное разсужденіе натянуто и необосновано. Почему собранный анамнезъ, опредѣленіе status'a, клиническое наблюденіе, требующія серьезной научно медицинской подготовки, не представляютъ собой научнаго матеріала, который въ объективной исторіи болѣзни съ ретроспективнымъ взглядомъ на теченіе превращается въ «научный трудъ»? Мы не имѣемъ никакихъ основаній отрицать это и ставить тѣ границы для опредѣленія «научнаго труда», которыя ставитъ проф. *Дьяконовъ*. Поэтому непонятна та борьба, которая велась съ цѣлью выдвинуть цѣнность труда одного и умалить цѣнность труда многихъ; понятнѣе она станетъ для насъ, если мы примемъ въ соображеніе, что проф. *Дьяконовъ* въ данномъ случаѣ боролся за проведеніе своихъ взглядовъ.

Переходя теперь къ факту увольненія ординаторовъ отъ исполненія ими обязанностей, мы увидимъ, что и здѣсь личное раздраженіе и личные взгляды преобладаютъ надъ объективнымъ отношеніемъ къ дѣлу. Проф. *Дьяконовъ*, какъ онъ объ этомъ говорилъ самъ, апеллируя къ курсу, уступилъ личному раздраженію, явившемуся результатомъ засѣданія Конференціи, въ которомъ, по его словамъ, обнаружилось враждебное отношеніе членовъ Конференціи, вызванное вышеописаннымъ образомъ дѣйствій. Однако мотивъ для удаленія въ личномъ раздраженіи былъ еще недостаточенъ для такого нарушенія правъ ординаторовъ; послѣдніе могли на вполнѣ законномъ основаніи апеллировать въ факультетъ. Тогда проф. *Дьяконовъ* мотивируетъ свой поступокъ тѣмъ соображеніемъ, что ординаторы, отказавшись отъ одной части клиническаго труда (веденія объективныхъ исторій болѣзни), могутъ отказаться и отъ помощи во время операцій или отъ другихъ манипуляцій, необходимыхъ для непрерывнаго хода клинической работы. Утверждая подобное, профессоръ косвенно указывалъ на возможность вреда для больныхъ изъ-за личныхъ счетовъ ординаторовъ съ нимъ. Если въ данномъ случаѣ у проф. *Дьяконова* и не было сознательнаго желанія обвинить ординаторовъ въ возможной небрежности ко вреду для больныхъ, все-таки подобное заявленіе еще лишній разъ подчеркиваетъ неискренность и некорректность профессора въ отношеніяхъ со своими сотрудниками. Проф. *Дьяконовъ* во всемъ совершившемся придаетъ большое значеніе той враждебности, которую проявили по его адресу ординаторы.

Мы увѣрены, что въ виду вышеуказанныхъ фактовъ не могло быть къ нему довѣрчиваго и искренняго отношенія со стороны ординаторовъ: несомнѣнно, что въ дѣлѣ установленія правильныхъ отношеній играла бы наибольшую роль полная корректность и искренность со стороны директора клиники; ихъ не было съ самаго начала, и поэтому очевидно, что противуположная сторона не могла держаться въ рамкахъ болѣе желательныхъ въ научномъ учрежденіи.

Резюмировавъ все сказанное, приходимъ къ заключенію, что конфликтъ, явившійся результатомъ выхода въ свѣтъ «Обзора», есть только случайное проявленіе ненормальныхъ отношеній, сложившихся между проф. *Дьяконовымъ* и его сотрудниками съ самаго начала ихъ совмѣстной дѣятельности. Отношенія эти сложились подъ вліяніемъ неискренности и некорректности со стороны проф. *Дьяконова*; въ частности искреннее и вполнѣ корректное проведеніе предсѣдателемъ Конференціи своего мнѣнія о значеніи Конференціи устранило-бы неизбѣжныя столкновенія и недоразумѣнія.

Во 2-хъ, разница между работою ассистента *Напалкова* и ординаторовъ не принципіальна, почему несправедливо выдѣленіе значенія его труда въ томъ видѣ, какъ это сдѣлано въ «Обзорѣ». Самъ проф. *Дьяконовъ* не отрицаетъ того, что редакція заглавія была пробаллотирована, а потому некорректна небрежность, съ которою онъ отнесся къ коллективному рѣшенію Конференціи. Увольненіе ординаторовъ есть результатъ личнаго раздраженія; оно недостаточно и несправедливо мотивировано и не должно имѣть мѣсто въ научномъ учрежденіи, гдѣ гарантіи личности должны быть больше, чѣмъ гдѣ-бы то ни было.

CXIV. Общество Смоленскихъ врачей въ первомъ засѣданіи послѣ лѣтнихъ каникулъ 28-го сентября, ознакомившись съ печальнымъ инцидентомъ, происшедшимъ съ д-ромъ *Н. П. Забусовымъ*, постановило единогласно: выразить свое глубокое товарищеское сочувствіе невинно пострадавшему д-ру *Н. П. Забусову*.

Кромѣ того, Общество Смоленскихъ врачей выражаетъ твердую надежду, что генеральскій чинъ г. Ковалева не спасетъ его отъ нелицепріятнаго правосудія за такое жестокое надругательство надъ человѣческою личностью; что приговоръ этотъ будетъ опубликованъ и этимъ самымъ, хоть и отчасти, успокоитъ все цивилизованное Россійское общество.

Президентъ *Д. Станиславскій*.

Смоленскъ. 1-го октября 1904.

CXV. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Двинское медицинское Общество, выслушавъ въ годовомъ засѣданіи сообщеніе о печальномъ инцидентѣ, имѣвшемъ мѣсто въ г. Асхабадѣ съ врачемъ *Н. П. Забусовымъ*, единогласно постановило: выразить свое негодованіе по поводу гнуснаго насилія, учиненнаго ген. Ковалевымъ надъ врачемъ *Забусовымъ*, вѣроломно приглашеннымъ генераломъ подъ предлогомъ оказанія помощи тяжкому больному.

Предсѣдатель *К. Ноишевскій*.

Секретарь *С. Вилкомиръ*.

Двинскъ. 11-го сентября 1904.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1991. *Н. Н. Мари*, профессоръ по каѳедрѣ эпизоотологіи и ветеринарной полиціи въ В.-Медицинской Академіи, возбудилъ ходатайство о *допущеніи его*, по примѣру проф. *А. А. Раевскаго*, *къ слушанію курса медицинскихъ наукъ* для полученія степени лѣкаря («Извѣстія В.-Медицинской Академіи», сентябрь).

1992. На 1-ый курсъ медицинскаго факультета въ Одессѣ поступило въ нынѣшнемъ году *200 слушателей*—число, лишь немногимъ уступающее числу слушателей, поступившихъ на медицинскій факультетъ Московскаго Университета.

1993. «Новое Время» (5 октября) сообщаетъ, что Коммиссія, избранная изъ состава членовъ Конференціи В.-Медицинской Академіи по вопросу о зачисленіи въ списки студентовъ ея лицъ, окончившихъ курсъ въ кадетскихъ корпусахъ, *принципіально высказалась за такое зачисленіе*. Въ виду-же того, что программы ученія въ военныхъ заведеніяхъ значительно разнятся отъ программъ классическихъ и реальныхъ гимназій, Коммиссія постановила снестись съ Министерствомъ народнаго просвѣщенія для выработки общихъ условій добавочнаго экзамена какъ въ В.-Медицинскую Академію, такъ и на всѣ медицинскіе факультеты университетовъ.

1994. 29-го сентября въ Москвѣ г. Вейсъ защитилъ диссертацію на степень магистра фармаціи подъ заглавіемъ «*Матеріалы для ближайшаго знакомства съ чистотѣломъ, Chelidonium tajus L., и приготовленными изъ него фармацевтическими препаратами*» («Русскія Вѣдомости», 30 сентября).

1995. Мы получили свѣдѣніе изъ безусловно достовѣрнаго источника, что, по докладу министра внутреннихъ дѣлъ, 1-го октября послѣдовало Высочайшее соизволеніе на присвоеніе лицамъ женскаго пола, оканчивающимъ курсъ наукъ въ Петербургскомъ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ, *права на ношеніе нагруднаго знака, присвоеннаго лѣкарямъ-мужчинамъ*.

1996. Въ Ляоянскомъ бою *раненъ* старшій врачъ 33-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка *В. Н. Дункель* («Биржевыя Вѣдомости», 28 сентября).

1997. «Сибирская Жизнь» (21 сентября) сообщаетъ, что на театрѣ военныхъ дѣйствій *раненъ* въ ногу на вылетъ д-ръ *В. С. Гершкопфъ* (изъ Томска).

1998. Отбылъ на Дальній Востокъ 30-го сентября изъ Пятигорска *отрядъ сестеръ милосердія* мѣстной Общины Краснаго Креста («Новое Время», 1 октября).

1999. По свѣдѣніямъ исполнительной Коммиссіи Краснаго Креста, японское правительство *освободило изъ плѣна всѣхъ лицъ медицинскаго персонала, принадлежащихъ къ Красному Кресту* («Новое Время», 30 сентября).

2000. «Новое Время» (30 сентября) сообщаетъ, что Петербургская Дума единогласно постановила присоединиться къ *общей земской организаціи въ дѣлѣ оказанія помощи на военныя нужды на Дальнемъ Востокѣ*. Съ этою цѣлью Дума поручила своей исполнительной Коммиссіи открыть для общей земской организаціи кредитъ въ 100000 р. (изъ 300000 р., ассигнованныхъ въ распоряженіе Коммиссіи).—«Полезная и самоотверженная» дѣятельность врачебно-санитарныхъ отрядовъ обще-земской организаціи нынѣ оффиціально удостовѣрена ген. Куропаткинымъ, изъявившимъ желаніе видѣть увеличеніе числа этихъ отрядовъ и усиленіе личнаго состава въ каждомъ изъ нихъ, а такъ еще недавно почему-то взята была подъ сомнѣніе!

2001. Нижне-Ломовское, Пензенской губ., земское Собраніе постановило открыть при земской больницѣ *25 безплатныхъ кроватей для раненыхъ и больныхъ воиновъ*.—Моршанское, Тамбовской губ., земское Собраніе постановило отпустить въ распоряженіе земской Управы *5000 р. на содержаніе эвакуируемыхъ больныхъ и раненыхъ воиновъ* въ мѣстномъ лазаретѣ Краснаго Креста.—Новоржевское, Псковской губ., земское Собраніе постановило открыть въ больницѣ *15 безплатныхъ кроватей для больныхъ и раненыхъ нижнихъ чиновъ* («Новое Время», 1 и 4 октября).—Вышневолоцкая городская Дума рѣшила принять *на полное содержаніе 15 раненыхъ и больныхъ воиновъ*, пострадавшихъ на Дальнемъ Востокѣ, въ госпиталѣ, устраиваемомъ въ Вышнемъ-Волочкѣ по почину министра путей сообщенія («Правительственный Вѣстникъ», 21 сентября).—Присяжные повѣренные округа Московской судебной Палаты *собрали 5200 р.* на нужды общеземской организаціи по оказа-

нію помощи больнымъ и раненымъ на Дальнемъ Востокѣ («Русскія Вѣдомости», 28 сентября).—Камышловское, Пермской губ., уѣздное земское Собраніе опредѣлило отпускать *лѣкарства для лѣченія больныхъ и раненыхъ воиновъ по стоимости заготовки* («Биржевыя Вѣдомости», 28 сентября).—Торговцы Шуйскаго подворья въ Москвѣ изъявили желаніе содержать *1 кровать* въ городскомъ санитарномъ отрядѣ въ теченіи 4-хъ мѣсяцевъ («Правительственный Вѣстникъ», 29 сентября).

2002. Въ 11 уѣздахъ Тамбовской губ. *призваны на военную службу* 14 земскихъ врачей и 9 школьныхъ фельдшеровъ. Во всѣхъ уѣздахъ прежнія мѣста врачей и фельдшеровъ и квартиры ихъ семьямъ обезпечены. Въ Козловскомъ-же и Липецкомъ уѣздахъ вопросъ оставленъ открытымъ до земскаго Собранія («Санитарный обзоръ Тамбовской губ.», № 6).

2003. Въ Липецкѣ открытъ *лазаретъ на 10 кроватей для раненыхъ* («Новое Время», 4 октября).

2004. По линіи Сибирской желѣзной дороги въ виду значительнаго скопленія больныхъ и раненыхъ устраивается, кромѣ существующихъ 8 госпиталей, еще *10 запасныхъ* («Новое Время», 29 сентября).

2005. Въ Каннѣ, на южномъ берегу Франціи, 18-го сентября освящена вилла «Meridien», преобразованная *въ санаторію для раненыхъ русскихъ офицеровъ* («Правительственный Вѣстникъ», 29 сентября).

2006. Въ Екатеринославѣ состоялись *теплые проводы Я. М. Должанскаго* и въ м. Хисловичи, Могилевской губ.,—*С. М. Кальмансона*, уѣзжавшихъ на Дальній Востокъ («Приднѣпровскій Край» и «Новости», 26 сентября).

2007. 20-го сентября въ Бѣлостокѣ, Гродненской губ., состоялись *теплые проводы А. Н. Эпштейна*, уѣзжавшаго на театръ военныхъ дѣйствій («Новости», 26 сентября).—Въ той-же газетѣ (1 октября) по поводу этихъ проводовъ помѣщена замѣтка, которую позволяемъ себѣ привести полностью. «Дѣло было въ Бѣлостокѣ. На Дальній Востокъ отправлялся д-ръ *Эпштейнъ*, назначенный старшимъ ординаторомъ полевого госпиталя. Проводить его собрались знакомые и товарищи-врачи. Народу собралось много, въ общемъ залѣ было тѣсно, и врачи обратились къ коменданту съ просьбой открыть для нихъ парадныя комнаты. Ничего особеннаго въ просьбѣ не заключалось: парадныя комнаты не разъ отворялись при проводахъ на войну врачей и офицеровъ. Но г. комендантъ на этотъ разъ отнесся иначе къ просьбѣ объ открытіи комнатъ. Онъ отказалъ: Для жида парадныхъ комнатъ не открою! Сказалъ и повернулся, очень довольный своей не имѣющей оправданія выходкой. Мѣстное медицинское Общество, понятно, сочло себя оскорбленнымъ въ лицѣ уѣхавшаго д-ра *Эпштейна* и устроило экстренное собраніе. Медицинское Общество, установивъ фактъ нанесенія оскорбленія на словахъ своему сочлену, выбывшему на театръ войны и поэтому не могущему сейчасъ потребовать за обиду удовлетворенія, признало: 1) Въ лицѣ д-ра *Эпштейна* г. комендантъ обидѣлъ все медицинское Общество, тѣмъ болѣе, что къ нему обратились съ своей просьбой врачи—члены Общества, которые желали чествовать своего сочлена съ согласія медицинскаго Общества. «Плюнувъ въ лицо», по выраженію д-ра *Пинеса*, врачамъ дерзкую фразу, г. комендантъ тѣмъ самымъ обидѣлъ, помимо виновника ихъ просьбы, и врачей. 2) О нанесенномъ Обществу оскорбленіи составить протоколъ, копію котораго немедленно представить непосредственному своему начальнику г. Гродненскому губернатору, съ просьбой вступиться за поруганную честь Бѣлостокскаго медицинскаго Общества».—Будемъ надѣяться, что въ губернаторѣ оскорбленное Общество, дѣйствительно, найдетъ поборника справедливости и правды.

2008. «Харьковскій Листокъ» (25 сентября) передаетъ, что Харьковская Коммиссія губернскаго земства по оказанію помощи больнымъ и раненымъ на Дальнемъ Востокѣ въ соединенномъ засѣданіи съ Харьковской губернской земской Управой признала необходимымъ назначить *пенсію* вдовѣ умершаго на Дальнемъ Востокѣ врача Харьковскаго земскаго отряда г-жѣ Петровой (см. выше, № 40, стр. 1362) *въ размѣрѣ* $^{3}/_{4}$ *оклада жалованья*, получаемаго эпидемическими врачами.

2009. Московскимъ городскимъ Управленіемъ въ началѣ октября открываются *курсы для сестеръ милосердія* при Басманной и Яузской больницахъ. Такіе-же курсы со 2-го октября открыты при частной лѣчебницѣ ж.-вр. *Е. А. Михайловой* («Русскія Вѣдомости», 30 сентября). Краткіе курсы для сестеръ милосердія 4-го октября открыты въ Кронштадтскомъ морскомъ госпиталѣ («Новое Время», 5 октября).

2010. Св. Троицкая Община въ Петербургѣ (2-ая Рождественская, 16) открыла сборъ пожертвованій на устройство въ Царскомъ Селѣ на принадлежащей ей дачѣ *Убѣжища-пріюта для сестеръ милосердія*.—Хотѣлось-бы вѣрить, что засвидѣтельствованная всѣмъ міромъ самоотверженная дѣятельность сестеръ милосердія и въ мирное время, и на войнѣ привлечетъ къ этому призыву Общины особое вниманіе русскаго интеллигентнаго общества.

2011. Какъ мы уже сообщали, ходатайство Саратовской губернской земской Управы *объ освобожденіи отъ призыва изъ запаса на военную службу* извѣстнаго земскаго дѣятеля завѣдующаго Отдѣленіемъ народнаго здравія при Саратовской Земской Управѣ *Н. И. Тезякова* не увѣнчалось успѣхомъ (см. выше № 30, стр. 1060 и № 35, стр. 1200). Получивъ отказъ на свое первое ходатайство, Управа опять обратилась къ военному министру съ новымъ ходатайствомъ хотя бы о временномъ, на $^{1}/_{2}$ года, освобожденіи *Н. И.* въ виду предстоящей Отдѣленію большой и отвѣтственной работы по организаціи противохолерныхъ мѣропріятій, а быть можетъ, и борьбы съ холерой. На дняхъ черезъ губернатора получено отъ Главнаго Штаба извѣщеніе, что и это «ходатайство не можетъ быть удовлетворено по соображеніямъ, указаннымъ въ предложеніи 12 іюля за № 1383 (первый отвѣтъ). Независимо отъ сего Главный Штабъ находитъ, что всякая льгота, допущенная даже въ видѣ изъятія въ отношеніи врача *Тезякова*, послужила-бы вполнѣ законнымъ поводомъ къ распространенію подобныхъ-же льготъ на весьма многочисленныхъ лицъ, такъ какъ въ аналогичномъ положеніи съ названнымъ врачемъ находится большинство земскихъ врачей и другихъ дѣятелей по земскому и государственно-служебному положенію». Параллельно съ этимъ Управа обратилась съ просьбой къ начальнику Казанскаго военнаго округа о разрѣшеніи *Н. И. Тезякову* отпуска въ Саратовъ до того времени, пока часть, къ которой онъ прикомандированъ, не получитъ распоряженія выступить изъ Самары по назначенію. На эту просьбу отвѣта не получено («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», № 8).

2012. 5-го октября въ Харьковѣ открылся губернскій *Съѣздъ земскихъ врачей*. Присутствуютъ около 100 членовъ. Предсѣдателемъ избранъ д-ръ *С. И. Линтваревъ* («Новое Время» 6 октября).

2013. Противочумная Коммиссія объявляетъ, что съ 21 по 27 сентября *въ Закаспійской области* не было обнаружено ни одного случая *холеры*. Послѣднія заболѣванія наблюдались въ Мервѣ, гдѣ 19 сентября заболѣли 2, и на ст. Душакъ и Кизиль-Арватъ Средне-Азіатской ж. дороги, гдѣ 20 сентября заболѣли тоже 2 чел. Въ Баку число холерныхъ заболѣваній замѣтно уменьшается: за недѣлю съ 21 по 28 сентября заболѣли 80 чел., умерли 53, тогда какъ число заболѣвшихъ за недѣлю съ 14 по 21 сентября составило 111, а число умершихъ 61. По днямъ заболѣванія распредѣляются такъ: 21-го сентября заболѣли 27, 22-го—11, 23-го—18, 24-го—10, 25-го—3, 26-го—6 и 27-го—5. Кромѣ означенныхъ случаевъ, 22 сентября обнаружены 2 холерныхъ больныхъ на прибывшемъ изъ Баку въ Елизаветполь пасажирскомъ поѣздѣ. *Въ Саратовѣ* съ 24 по 28 сентября новыхъ случаевъ заболѣваній не наблюдалось; съ 21-го по 24-е заболѣли 5, умерли 4. Сверхъ поименованныхъ мѣстностей, обнаружены подозрительные по холерѣ случаи въ с. Рахинкѣ, Царевскаго уѣзда, Астраханской губ., и въ гор. Самарѣ. Въ с. Рахинкѣ съ 14 по 26 сентября заболѣли явленіями остраго желудочно-кишечнаго катарра 12 чел., изъ коихъ 5 умерли. Возникшее на основаніи клинической картины болѣзни предположеніе о холерѣ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ пока не подтверждено. *Въ Самарѣ*, въ Засамарской слободѣ бактеріологически установлены 2 случая холеры, оба окончившіеся смертью.

2014. Среди мѣръ *«на случай появленія холеры»*, на которыхъ, по словамъ «Новаго Времени» (30 сентября), остановилась Петербургская санитарная Коммиссія, позволяемъ себѣ отмѣтить слѣдующія, какъ такія, которыя примѣняются, если не ошибаемся, впервые и которымъ нельзя не пожелать самаго широкаго распространенія. «Прежде всего рѣшено обратиться въ мировой Съѣздъ съ просьбою о предложеніи мировымъ судьямъ болѣе строго относиться къ домовладѣльцамъ, виновнымъ въ несоблюденіи или нарушеніи санитарныхъ условій, и разсматривать протоколы о санитарныхъ нарушеніяхъ внѣ очереди и безъ всякихъ промедленій. Рѣшено также предоставить санитарнымъ врачамъ права санитарныхъ попечителей, дабы дать имъ возможность самостоятельно и при томъ немедленно привлекать виновныхъ къ отвѣтственности».

2015. Въ Саратовѣ учреждаются *санитарныя Попечительства*, Городское Управленіе изъявило полное согласіе на всѣ условія, представленныя санитарнымъ Обществомъ по вопросу о санитарныхъ Попечительствахъ. Устройство Попечительствъ поручено д-ру *П. Н. Соколову* («Саратовскій Дневникъ», 22 сентября).

2016. Въ Москвѣ закрыто нѣсколько учебныхъ заведеній вслѣдствіе установленнаго въ городѣ увеличенія числа заболѣваній *скарлатиной и дифтеріей* («Русскія Вѣдомости», 29 сентября).

2017. Изъ только-что напечатанныхъ въ «Архивѣ біологическихъ наукъ» (т. XI, вып. 3) изслѣдованій *И. З. Шурупова* надъ *продолжительностью жизни чумныхъ микробовъ въ крови лошадей*, у которыхъ на фортѣ Александра I вызывается невоспріимчивость къ чумной заразѣ для добыванія отъ нихъ противочумной сыворотки, видно, что лошади послѣ введенія имъ чумнаго микроба должны считаться опасными въ смыслѣ распространенія заразы въ теченіи 24 час.

2018. Въ Нерехтскомъ земствѣ, Костромской губ., учрежденъ *санитарный Совѣтъ* и введены прибавки жалованья врачамъ; прибавки предположены и въ Костромскомъ и въ Курмышскомъ (Симбирской губ.), уѣздныхъ земствахъ («Новое Время», 2 и 3 октября). *Врачебно-санитарный Совѣтъ* учреждается въ Алексинскомъ земствѣ, Тульской губ. («Русскія Вѣдомости», 29 сентября).

2019. Въ Перекопскомъ земствѣ, Таврической губ., какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (29 сентября) со словъ «Крымскаго Вѣстника», *остаются свободными*, не смотря на всѣ старанія Управы, *2 мѣста участковыхъ врачей*. Дѣло въ томъ, что свои услуги земству до сихъ поръ предлагали почти исключительно товарищи-евреи; между тѣмъ мѣстный губернаторъ заявилъ предсѣдателямъ Управъ, что «врачи-евреи будутъ имъ утверждаться въ должностяхъ земскихъ врачей только при условіи личнаго ручательства за нихъ со стороны представляющихъ Управъ». Выходитъ, стало-быть, какъ справедливо замѣчаетъ «Крымскій Вѣстникъ», что для врачей-евреевъ «дипломъ Императорскихъ университетовъ почему-то признается недостаточной гарантіей добропорядочности и благонадежности».

2020. Въ смѣту будущаго года Петербургской городской Управой внесено на *медицинскую, ветеринарную и санитарныя части 3.765891 р.* («Новое Время», 5 октября).

2021. «Журналъ» Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* постановлено издавать въ *8 выпускахъ въ годъ*, вмѣсто 6 («Русскія Вѣдомости», 30 сентября).

2022. Курской губернской земской Управѣ *разрѣшено издавать*, подъ редакторствомъ предсѣдателя Управы, безъ предварительной цензуры, ежемѣсячный журналъ «*Врачебно санитарная хроника Курской губ.*»—Магистру фармаціи И. Кальнингу разрѣшено издавать, съ дозволенія предварительной цензуры, 2-недѣльный «*Журналъ фармаціи и химіи*» («Правительственный Вѣстникъ», 1 октября).

2023. Въ № 3 т. 11 «Архива біологическихъ наукъ» напечатанъ в. обстоятельно составленный *Н. О. Зиберъ-Шумовой Очеркъ научной дѣятельности покойнаго М. В. Ненцкаго.*

2024. Предсѣдателемъ I (біологическаго) отдѣла Общества охраненія народнаго здравія *избранъ проф. А. Я. Данилевскій*, секретаремъ—*Е. С. Лондонъ* («Новости», 29 сентября).

2025. Харьковское медицинское Общество постановило повѣсить въ залѣ своихъ засѣданій *портретъ А. П. Чехова* («Новое Время», 30 сентября).

2026. «Харьковскій Листокъ» (27 сентября) сообщаетъ, что врачебно-санитарный Совѣтъ Волчанскаго земства, выслушавъ докладъ о плодотворной *25-лѣтней дѣятельности* земскаго врача *М. К. Попова*, постановилъ: 1) просить земское очередное Собраніе напечатать труды д-ра *Попова*, передать ихъ въ Университетъ и разослать всѣмъ участковымъ врачамъ и врачебнымъ Совѣтамъ Харьковской губ.; 2) просить Собраніе принять проэктъ д-ра *Попова* «о реорганизаціи медицины въ Волчанскомъ уѣздѣ» съ присвоеніемъ 4-мъ вновь открытымъ участкамъ имени юбиляра въ ознаменованіе его плодотворной дѣятельности на пользу врачебнаго Совѣта.

2027. По словамъ «Харьковскаго Листка» (30 сентября), Лебединское земство выразило земскому врачу *К. А. Зильбернику* за 25 лѣтнюю весьма полезную врачебную дѣятельность *признательность* и выдало ему денежную награду въ размѣрѣ годового жалованья.

2028. «Харьковскій Листокъ» (30 сентября) передаетъ, что Сумскій санитарный врачебный Совѣтъ постановилъ ходатайствовать передъ предстоящимъ очереднымъ земскимъ Собраніемъ объ ассигнованіи нѣкоторой суммы въ капиталъ имени д-ра *Л. В. Шебольдаева для выдачи пособій выписывающимся изъ больницы больнымъ.*

2029. Считаемъ нелишнимъ привести для немногочисленныхъ, къ счастью, защитниковъ *самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ* мнѣніе по этому вопросу глубокоуважаемаго *М. К. Попова.* Мнѣніе это тѣмъ болѣе цѣнно, что основано на 25-лѣтнемъ опытѣ (въ текущемъ октябрѣ исполняется 25-лѣтіе непрерывной дѣятельности *М. К. Попова* въ качествѣ земскаго врача на одномъ и томъ-же мѣстѣ въ предѣлахъ Волчанскаго уѣзда, Харьковской губ.). Въ своемъ делегатскомъ докладѣ («Врачебная Хроника Харьковской губ., № 8—9) *М. К. Поповъ*, между прочимъ, говоритъ: «Больные естественно ждутъ помощи, а имъ земство предлагаетъ слабое, даже слишкомъ слабое подобіе научной помощи и совершенно успокаивается, читая въ отчетахъ большія цифры больныхъ, обращавшихся на фельдшерскіе пункты, какъ будто «обратиться» равносильно «получить помощь». Тутъ общество забываетъ, что человѣческій организмъ съ его здоровьемъ и болѣзнями является самымъ сложнымъ явленіемъ, что наука объ этихъ явленіяхъ, т. е. медицина, требуетъ для своего изученія многихъ годовъ и большого труда при значительной общей подготовкѣ въ кабинетахъ, лабораторіяхъ и клиникахъ, а затѣмъ постояннаго наблюденія въ госпиталяхъ и больницахъ, требуетъ чтенія о постоянномъ движеніи медицины. Врачъ, прошедшій подобную школу, нуждается въ постоянномъ обновленіи своихъ знаній и всетаки въ роли земскаго врача часто стоитъ въ большомъ затрудненіи, потому что ему приходится быть всезнающимъ во всѣхъ областяхъ, на которыя распадается медицина. Какъ-же можно возлагать эту, страшно отвѣтственную, работу на фельдшера, который не имѣетъ ни общей подготовки, ни школы, ни клиники, ни больницы, ни курсовъ, ни газетъ, ни журналовъ? Вслѣдствіе этого фельдшера не могутъ правильно лѣчить и правильно регистрировать заболѣванія; отсюда безполезная трата лѣкарствъ и негодность всей ихъ статистики для опредѣленія болѣзненности населенія. Они не могутъ вести чтенія, бесѣды, осматривать толково школы, заводы и всякія нездоровыя мѣста; отсюда они безполезны для предупредительной санитарной медицины. Повторяю: здѣсь кроется страшное недоразумѣніе, жертвами котораго становятся больные и совѣстливые фельдшера (самоубійство фельдшеровъ и ихъ бѣгство съ земской службы). Только земская бѣдность, стремленіе къ уравнительному распредѣленію правъ и обязанностей и переживаніе того предразсудка, что лѣчить можетъ всякій, служитъ объясненіемъ существованія самостоятельнаго фельдшерскаго врачеванія». «Ради больныхъ, ради самихъ фельдшеровъ не надо самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ! Фельдшеръ при врачѣ, его сотрудникъ и помощникъ—не замѣнимый работникъ на страдной нивѣ земской медицины».

2030. Правленіе Пироговскаго Общества разослало во всѣ губернскія земскія Управы обращеніе по вопросу *о собираніи свѣдѣній о дѣятельности санитарныхъ отдѣленій* (*бюро*). Вопросъ объ изученіи дѣятельности существующихъ при Управахъ санитарныхъ бюро и составленіи общей руководящей программы для нихъ неоднократно поднимался на Пироговскихъ Съѣздахъ. Послѣдній IX Пироговскій Съѣздъ поручилъ Правленію собрать и разработать свѣдѣнія о санитарныхъ бюро для представленія доклада къ будущему X Съѣзду. Обработка собранныхъ свѣдѣній преслѣдуетъ такія цѣли: 1) дать историческій обзоръ санитарныхъ бюро для прочнаго обоснованія дѣятельности ихъ; 2) уяснить недостатки въ ихъ дѣятельности и причины, которыя повели къ закрытію бюро въ 6 губерніяхъ; 3) выработать программу, которая могла-бы служить руководствомъ для вновь возникающихъ бюро,—надобность въ этомъ настоятельная, такъ какъ губернскія земства, учреждающія вновь бюро, постоянно обращаются за справками и указаніями къ различнымъ лицамъ и учрежденіямъ; 4) наконецъ, эта работа Пироговскаго Общества врачей можетъ указать на всю необходимость санитарныхъ бюро и до извѣстной степени оказать содѣйствіе земствамъ тѣхъ немногихъ губерній, въ которыхъ еще нѣтъ этихъ объединяющихъ медико-санитарныхъ учрежденій. Въ своемъ обращеніи Правленіе проситъ губернскія Управы дать необходимыя свѣдѣнія по прилагаемой программѣ въ возможно скоромъ времени, чтобы успѣть закончить обработку этихъ свѣдѣній къ будущему X Съѣзду («Журналъ Общества русскихъ врачей въ памяти *Н. И. Пирогова*», № 4).

2031. Открывшійся 28-го сентября въ Одессѣ *XV губернскій Съѣздъ врачей и представителей земскихъ Управъ* отличается, какъ и слѣдовало ожидать, особымъ многолюдствомъ, такъ какъ въ засѣданіяхъ Съѣзда принимаютъ участіе много приглашенныхъ санитарныхъ врачей, а также преподавателей медицинскаго факультета. При Съѣздѣ устроена школьно медицинская выставка, въ которой много мѣста удѣлено экспонатамъ уѣздныхъ земствъ — діаграммамъ, картамъ, чертежамъ и моделямъ, поясняющимъ положеніе больничнаго и школьно-гигіэническаго дѣла въ уѣздахъ Херсонской губ. Предсѣдателемъ Съѣзда избранъ *П. Н. Діатроптовъ.*

2032. «*На улучшеніе курортнаго дѣла въ Россіи*», говорятъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 18), «за прошлый годъ по апрѣль 1904 г. Министерствомъ земледѣлія былъ испрошенъ кредитъ въ размѣрѣ 702600 р. Изъ нихъ на устройство Старорусскихъ, Сергіевскихъ, Липецкихъ и Кеммернскихъ водъ пока отпущено 100000 р. Львиная доля пошла на Кавказскія минеральныя воды. Другія-же воды и наши Сибирскія, какъ, напр., Шира, не попользовались даже крохами, падающими съ этой роскошной трапезы. На Кавказскихъ водахъ тратятся сотни тысячъ на театръ, на киоски и пр., а на Ширѣ нѣтъ сносныхъ купаленъ, нѣтъ сноснаго ваннаго корпуса, и больные должны ютиться въ юртахъ и питаться изъ кухмистерскихъ, содержимыхъ сонскими бабами. Впрочемъ, кто во всемъ этомъ виноватъ,—нельзя разобраться. Можетъ быть вѣрна пословица и здѣсь: «дитя не плачетъ,—мать не разумѣетъ».

2033. Мглинское, Черниговской губ., земское Собраніе постановило ввести *безплатное лѣченіе и содержаніе больныхъ въ всѣхъ земскихъ больницахъ* («Новое Время», 1 октября).

2034. Предводитель дворянства Пронскаго уѣзда г. фонъ-Дервизъ принесъ въ даръ земству *обширный домъ подъ больницу* (Биржевыя Вѣдомости», 3 октября).

2035. Въ «Отчетѣ по эпидеміямъ» брюшного тифа и оспы въ нѣкоторыхъ селахъ Тамбовскаго уѣзда («Санитарный обзоръ Тамбовской губ.» № 6) д-ръ *М. Н. Ливанскій* приводитъ не безъинтересные примѣры *изъ дѣятельности деревенскихъ знахарей.* «Отдаленность и плохія дороги, пишетъ онъ, «заставляютъ населеніе, хотя бы для подачи первоначальной помощи, прибѣгать къ бабкамъ и коноваламъ. Мнѣ часто приходилось предостерегать своихъ тифозныхъ больныхъ отъ бабокъ и ихъ своеобразной манипуляціи—«правленія животика», которая, какъ пришлось мнѣ видѣть въ с. Васильевкѣ, состоитъ въ слѣдующемъ: больного, предварительно раздѣтаго, кладутъ животомъ на длинную, деревянную скамейку; бабка, становясь сзади и охвативъ больного за бедра, начинаетъ возить его взадъ и впередъ по лавкѣ, затѣмъ, насколько позволяютъ силы, руками разминаетъ животъ. Теперь представьте себѣ тифознаго больного: кишечникъ изъязвленъ, забитъ или картошкой или соленымъ арбузомъ съ его сѣменами,—подвергающагося столь несложной, но очень энергичной манипуляціи! Былъ случай смерти отъ прободного перитонита; изъязвленная, забитая кишка не выдержала такого разминанія, разорвалась, содержимое вылилось въ полость брюшины, въ результатѣ—воспаленіе брюшины и смерть. Удивительно, что, не смотря на несуразные способы лѣченія и «медикаменты», которые заставляютъ иногда смѣяться и негодовать и крестьянина, населеніе любитъ своихъ бабокъ и знахарей и ни за что не выдастъ ихъ. Изобрѣтательность коноваловъ или, какъ ихъ тутъ называютъ, «захожихъ людей» идетъ еще дальше; мнѣ самому пришлось лѣчить дѣвушку съ нагноеніемъ средняго уха, которой «захожій человѣкъ посовѣтовалъ отъ головной боли класть въ уши мерзлый овечій или козій пометъ; а затѣмъ крестьянина, чуть не отравившагося «мазью отъ часотки», составленною «захожимъ человѣкомъ» по такому рецепту: сулема (а у коноваловъ, кажется, она—только одинъ медикаментъ), зеленая мышьяковистая краска (французская ярь), поваренная простая соль, все растертое съ водкой и постнымъ масломъ; въ другой-же разъ тащить осиновый колъ изъ задняго отверстія, такъ какъ «захожій человѣкъ» посовѣтовалъ безпокоющее отверстіе (у крестьянина была дизентерія) просто-напрасто заткнуть».

2036. Въ теченіи 1903 г. *на Рязанско-Уральской ж. дорогѣ пострадали 383 чел.*, изъ коихъ убиты 87 и получили увѣчья и изранены 296 («Саратовскій Дневникъ», 23 сентября).

2037. «Харьковскій Листокъ» (1 октября) передаетъ, что Харьковскимъ врачебнымъ земскимъ Совѣтомъ выработаны особыя правила относительно *постоянной организаціи яслей-пріютовъ*. Согласно этимъ правиламъ, ясли предполагается устраивать на средства изъ страхового капитала губернскаго земства и на пожертвованія частныхъ лицъ. Ясли имѣютъ цѣлью: борьбу съ пожарами отъ шалости дѣтей съ огнемъ и борьбу съ лѣтней дѣтской смертностью. Пріюты-ясли необходимо открывать за недѣлю до начала уборки первыхъ хлѣбовъ, чтобы населеніе успѣло съ ними освоиться. Съ этою цѣлью признается желательнымъ: а) оповѣщать объ открытіи яслей заблаговременно крестьянскихъ жителей; б) завѣдующихъ яслями знакомить заранѣе съ ихъ обязанностями; в) поставить въ обязанность завѣдующимъ предварительно обходить лично дворы и записывать дѣтей, которыхъ родители желаютъ помѣстить въ лѣтніе пріюты; г) въ видахъ пониженія дѣтской смертности стремиться къ привлеченію въ ясли возможно большаго числа грудного возраста дѣтей, но не кормящихся грудью, а уже отнятыхъ. Въ тѣхъ яслихъ, гдѣ является потребность въ оставленіи нѣкоторыхъ дѣтей на ночь и даже на все время дѣйствія яслей, завѣдывающіе ими должны идти этому на встрѣчу.

2038. Мы слышали, что въ Маріинской Общинѣ Краснаго Креста въ Кіевѣ творится что-то неладное. Существовавшіе при этой Общинѣ *курсы для подготовки сестеръ милосердія*, давно уже составившіе себѣ почетную извѣстность подборомъ преподавателей (профессора медицинскаго факультета) и постановкой самого преподаванія (курсы пользуются приборами и препаратами университетскихъ лабораторій) *переживаютъ кризисъ*: вслѣдствіе возникшихъ недоразумѣній между вновь назначеннымъ завѣдующимъ медицинскою частью Общины ч. пр. *Н. К. Неелевымъ* и старѣйшимъ преподавателемъ на Курсахъ (онъ-же директоръ хирургической больницы Общины) проф. *П. И. Морозовымъ* весь составъ преподавателей (4 профессора и 3 врача) вышелъ въ отставку. Было-бы желательно знать подробности этой грустной исторіи изъ достовѣрнаго источника.

2039. Въ Елисаветградѣ открыто мѣстное *Отдѣленіе Краснаго Креста* («Русскія Вѣдомости», 4 октября).

2040. Въ Минскѣ Обществомъ защиты женщинъ открыты *повивальная школа и безплатный родильный пріютъ* («Новое Время», 4 октября).

2041. По поводу письма г. Ладыженскаго (см. № 39, стр. 1330) проф. *В. К. Высоковичъ* помѣстилъ въ «Новомъ Времени» (3 октября) *свое письмо*, въ которомъ заявляетъ, что въ занимаемомъ имъ небольшомъ 4-мѣстномъ купэ, кромѣ него, было еще 2 пассажира, а 4-ое мѣсто было занято вещами (въ томъ числѣ вакцинами и сыворотками), что г. Ладыженскій на видъ былъ цвѣтущаго здоровья и что, по просьбѣ пассажировъ, на той станціи, гдѣ онъ садился, прицѣпленъ былъ еще вагонъ 2-го класса, гдѣ онъ и помѣстился съ удобствомъ.

2042. Львовскій апелляціонный Судъ присудилъ д-ра *Rydygier*'а (сына проф. *Rydygier*'а) *къ уплатѣ 1200 кронъ и годовой ренты* больному *P.*, за вредъ отъ лѣченія лучами *Roentgen*'а, примѣненными безъ надлежащаго обращенія вниманія на личныя особенности больного («Przegląd Tygodniowy», 1 октября).

2043. *Въ Тавризѣ*, какъ передаетъ «Россійское телеграфное общество» въ общія газеты (отъ 5 октября), *холера усиливается съ каждымъ днемъ*; ежедневно умираютъ 300—400 чел.

2044. Въ Смирнѣ, какъ сообщаютъ «Одесскія Новости» (27 сентября), сооружено *новое карантинное зданіе*, гдѣ подвергаются медицинскому осмотру, обеззараживанію и омовенію лица, прибывающія на судахъ изъ неблагополучныхъ въ санитарномъ отношеніи мѣстъ. Въ зданіи имѣется цѣлый рядъ ванныхъ кабинъ съ механически дѣйствующими душами, особое обеззараживающее помѣщеніе съ паровыми приборами и т. п. Стѣны и полы во всѣхъ помѣщеніяхъ мраморные, а крыша стеклянная.

2045. Въ 1902 г. въ Пруссіи насчитывалось 160 *родильныхъ пріютовъ* съ 1954 мѣстами, въ томъ числѣ 115 съ 333 мѣстами—частныхъ. Во всѣхъ ихъ разрѣшились отъ бремени 20082 женщины, въ томъ числѣ 278 двойнями и 4 тройнями; 243 роженицы умерли. Акушерскія операціи, изъ каковыхъ 131 имѣли смертельный исходъ, произведены были у 2056 женщинъ. Всѣхъ дѣтей родилось 20368, въ томъ числѣ 1323 мертвыми; 727 умерли еще до выписки матерей изъ пріюта; выкидышей было 530 (Deutsche Medizinal-Zeitung», 29 сентября).

2046. Deutsche Medizinal-Zeitung» (3 октября) отмѣчаетъ размноженіе *шарлатанскихъ рекламъ, вѣнцемъ которыхъ служитъ лецитинъ* съ его, яко-бы, чудодѣйственными свойствами. За послѣднее время на этомъ полѣ выступила, напр., фирма F. W. Klever со своимъ «гэмальбуминомъ», подчеркивая въ объявленіяхъ содержаніе въ этомъ препаратѣ лецитина, хотя въ 5 грм. препарата (наибольшій пріемъ) содержится лецитина всего 0,005 грм.

2047. Умершій 27 сентября основатель свѣтолѣченія *Niels Ryberg Finsen имѣлъ всего 43 года отъ роду*. Родившись въ Thorshavn'ѣ на островахъ Farö, покойный получилъ степень врача въ 1890 г. въ Kjöbenhavn'ѣ и занялся сначала анатоміею, но потомъ перешелъ къ изученію физіологическаго дѣйствія свѣта. Первымъ ученымъ трудомъ его было изслѣдованіе о лѣченіи свѣтомъ оспы («Wiener medizinische Presse», 2 октября).

2048. Въ слѣдующемъ $^1/_2$-годіи открывается въ Erlangen'ѣ *клиника дѣтскихъ болѣзней*, завѣдывать которою будетъ теперешній директоръ медицинской поликлиники проф. *Voit* («Deutsche medicinische Wochenschrift», 29 сентября).

2049. По статистикѣ проф. *Hippel*'я (Heidelberg), въ 1899 г. *во всей Германіи насчитывалось 39799 слѣпыхъ на оба глаза*; 16% этого общаго числа родились слѣпыми, а у 20% слѣпота развилась вслѣдствіе ophthalmiae neonatorum; въ этіологіи пріобрѣтенной слѣпоты у 40% играетъ первостепенную роль алкоголизмъ («Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges», 22 сентября).

2050. Д-ръ *L. Wolffberg* предлагаетъ въ «Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges» (22 сентября) *новое объясненіе* тому общеизвѣстному факту, что луна у горизонта кажется много больше, чѣмъ когда она стоитъ высоко: на его взглядъ здѣсь играетъ роль масса взвѣшенныхъ въ воздухѣ водяныхъ пузырьковъ, которые въ совокупности своей дѣйствуютъ какъ лупа.

2051. *Древнѣйшій врачъ-женщина*, о которой имѣются историческія свѣдѣнія, была *Antiochis* изъ малоазійскаго города Tlos. *Гераклитъ* Тарентскій посвятилъ ей нѣкоторые изъ своихъ трудовъ по естественной исторіи и лѣкарствовѣдѣнію. Знаменитый *Галенъ* называетъ ее изобрѣтательницею лѣченія припарками болей въ селезенкѣ, водянки, сѣдалищной нейральгіи и подагры. Недавно въ развалинахъ Tlos'а былъ найденъ пьедесталъ статуи изъ II вѣка по Р. Х., со слѣдующею надписью: «Совѣтъ и община города Tlos воздвигли своимъ иждивеніемъ эту статую въ признательность *Antiochis*, дочери Diototos'а изъ Tlos'а, за ея врачебное искусство» («Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges», 22 сентября).

2052. «American Medicine» (17 сентября) приводитъ съ подлежащимъ освѣщеніемъ выдержки изъ *циркуляра одной фармацевтической фирмы*, предлагающей врачамъ 100% дохода въ годъ за пичканье больныхъ препаратами только этой фирмы (! *Ред.*).

2053. *Зубы у нѣмцевъ* дѣлаются все хуже и хуже, сообщаетъ «American Medicine» (17 сентября). Осмотръ ихъ у дѣтей въ школахъ показалъ, что только 2% дѣтей въ возрастѣ 8—13 лѣтъ имѣютъ зубы здоровые и 40% всѣхъ зубовъ поражены костоѣдою. Въ Darmstadt'ѣ изъ 1376 изслѣдованныхъ дѣтей пришлось запломбировать 1561 зубъ и извлечь 1871, въ Strassbourg'ѣ на 2666 запломбировать 669 и извлечь 2912.

2054. *A. F. Wood*, патологъ при департаментѣ земледѣлія въ Washington'ѣ, *предлагаетъ очищать питьевую воду отъ водорослей и бактерій сѣрнокислой мѣдью*. Способъ этотъ уже провѣренъ въ городахъ Elmira и Cambridge (штатъ New-York), Butte (Montana), Baltimore'ѣ (Maryland), Winchester (Kentucky) и др. («American Medicine», 17 сентября).

2055. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 1 октября). Въ Индіи за недѣли по 27 августа и 3 сентября умерли отъ чумы 8304 и 9914 чел., при чемъ 57 и 56 смертей далъ городъ Bombay, 4840 и 5257 Bombay'скій округъ, 5 и 7 Calcutta, 345 и 368 Bengal, 395 и 634 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 90 и 73 Punjab, 209 и 385 Rajputana, 0 и 7 Kashmir, 3 и 4 Karachi, 194 и 323 Центральныя провинціи и Berar, 388 и 590 Центральная Индія, 385 и 417 Hyderabad State, 794 и 946 Mysore State, 546 и 430 Madras, 3 и 417 Coorg. Южная Африка: въ Port-Elizabeth'ѣ за недѣли по 27 августа и 3 сентября свѣжихъ заболѣваній отмѣчено 3 и 0, смертей 1 и 0. Hong-Kong за недѣли по 10 и 17 сентября далъ 3 и 4 заболѣванія и столько-же смертей. Островъ св. Маврикія: 6 и 7 заболѣваній съ 5 и 5 смертями за 2-ю и 3-ю недѣли сентября.— Сверхъ того, по свѣдѣніямъ той-же газеты, 20 сентября обнаруженъ случай чумы въ Port Said'ѣ, а, по «The Journal of the American Medical Association» (17 сентября), отъ чумы умеръ 1 кореецъ на пароходѣ Coptic, пришедшемъ 29 августа съ Востока въ San-Francisco.

2056. *Умерли*: 1) 29-го сентября, въ Ельцѣ, *Иванъ Николаевичъ Ростовцевъ* («Русскія Вѣдомости», 3 октября), родившійся въ 1855 г., а званіе врача получившій въ 1882 г.—2) 3-го октября, въ Петербургѣ, *Михаилъ Ѳедоровичъ Красильниковъ* («Новое Время», 5 октября), родившійся въ 1839 г., а званіе врача получившій въ 1861 г.— 3) Въ Заверце *Стефанъ Мариновскій*[1]) («Gazeta lekarska», 8 октября).

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *И. И. Дудкинскаго* (см. № 40, стр. 1362) помѣщаемъ нѣкоторыя свѣдѣнія о покойномъ любезно присланныя намъ *Я. Б. Зельдовичемъ*. 3-го сентября въ Телинѣ находившіеся тамъ врачи хоронили умершаго *отъ брюшного тифа* товарища *Ивана Ивановича Дудкинскаго*. Покойный состоялъ ординаторомъ 19-го подвижнаго госпиталя, заболѣлъ во время похода и, уже сильно больной, при 40° температуры тѣла, проѣхалъ верхомъ 20 верстъ, пробираясь въ госпиталь. Добравшись до Телина, онъ легъ въ госпиталь, черезъ 2 дня по поступленіи впалъ въ безсознательное состояніе и умеръ черезъ 8 дней, не приходя въ себя. Всѣ свѣдѣнія, какія удалось собрать о покойномъ, сводятся къ тому, что онъ во время войны былъ призванъ изъ запаса, а до того служилъ фабричнымъ врачемъ на ст. Сузусинка (около Тайги въ Сибири). Покойный былъ уроженецъ Енисейской губ. Послѣ него остались жена и дочь. Врачи Воронежскаго госпиталя Краснаго Креста, въ которомъ лежалъ покойный, окружили его во время болѣзни самымъ заботливымъ и любовнымъ уходомъ.

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился. *Ред.*

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Французскіе.

Bulletin de l'Académie de médecine. 1903 г., 6 октября.

1. **Ch. Fernet.** *De la tuberculose articulaire et abarticulaire et des séries morbides parallèles.*

13 октября.

Сообщеній нѣтъ.

20 октября.

1. **A. Poncet** et **R. Leriche.** *Nains d'aujourd'hui et nains d'autrefois.* О карликахъ.

27 октября.

1. **L. G. Richelot.** *De la dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibrome.* 2. **G. Hayem.** *De l'ulcère externe de l'estomac.*

3 ноября.

1. **Chauvel.** *De l'appendicite dans l'armée pendant les dernières années.* 2. **Kermorgant.** *Le surra à Hatien (Cochinchine).*

10, 17 и 24 ноября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

1 декабря.

1. **Porak.** *Hygiène de l'enfance.* Объемистый отчетъ спеціальной Коммиссіи. 2. **Boinet.** *La médication surrenale dans la maladie d'Addison.* 3. **Dieulafoy.** *Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire avec le sérum de M. Marmorek.* И опыты на животныхъ, и наблюденія на людяхъ (7) дали итогъ совершенно отрицательный. 4. **G. Hayem.** *Sur un cas de faux asthme d'origine gastrique* (у старика, 60 л.).

8 декабря.

1. **V. Cornil** et **P. Coudray.** *Evolution anatomique des fractures mobilisées dans le but de provoquer des pseudarthroses.*

15 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

22 декабря.

1. **J. Renaut.** *Pouvoir sécrétoire et signification glandulaire des épithéliums des tubes contournes du rein, et valeur thérapeutique de leurs préproduits solubles dans l'eau.*

29 декабря.

1. **Kermorgant.** *Répartition de la maladie du sommeil dans le Gouvernement général de l'Afrique occidentale française.*

1904 г., 5 января.

1. **P. Budin** et **P. Planchon.** *Note sur l'alimentation des enfants.*

12 января.

1. **Cornil** et **P. Coudray.** *Décollements traumatiques des épiphyses et fractures juxta-épiphysaires, au point de vue expérimental.*

19 января.

1. **A. Pinard.** *Du fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudelocque, clinique de la Faculté, depuis sa création (1899) jusqu'au 1-er janvier 1904.*

26 января и 2 февраля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

9 февраля.

1. **Le Dentu.** *Remarques relatives au diagnostic de l'actinomycose.*

16 и 23 февраля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

1 марта.

1. **Kermorgant.** *Maladies épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1902.* 2. **F. de Ranse.** *Note clinique sur un syndrome pelvi-abdominal chez la femme.*

8 марта.

1. **Lancereaux.** *La dormeuse de Thenelles. Un sommeil pathologique de vingt années consécutives.* Описаніе случая.

15 марта.

1. **Lucas-Championnière.** *Fractures du radius dues au retour de la manivelle d'automobile.*

22 марта.

1. **A. Poncet** et **L. Bérard.** *A propos du diagnostic clinique de l'actinomycose humaine.*

29 марта.

1. **Kirmisson.** *Sur l'emploi du chloroforme, associé à l'oxygène, au moyen de l'appareil de Roth.* 2. **Motais.** *De la gravité de la syphilis à complications oculaires.*

L'Echo médical du Nord. 1903 г., 5 іюля.

1. **Combemale** et **Debierre.** *Résultats d'un essai de sanatorium suburbain pour tuberculeux à Lille.* 2. **Deléarde.** *Deux cas de cyphose hystéro-traumatique (Maladie de Brodie).*

12 іюля.

1. **Surmont** et **E. Gérard.** *Sur la présence de l'oxyde de carbone dans l'atmosphère de certaines salles de gazage dans les filatures de coton.*

19 іюля.

1. **Carlier** et **Davrinche.** *Les métastases osseuses dans le cancer de la prostate.* Случай.

26 іюля.

1. **Oui.** *Grossesse gémellaire et insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies précoces et avortement.* 2. **E. Gellé.** *Myélite syphilitique précoce.*

2 августа.

1. **Monsarrat.** *Tuberculose abdominale infantile et lait de vaches tuberculeuses.*

9 августа.

1. **E. Gérard.** *Les médicaments arsenicaux.* О какодиловыхъ и т. п. препаратахъ, включая и старые мышьяковые. 2. **J. Dhotel.** *Dystocie par gros foetus.* Случай.

16 августа.

1. **J. Parise.** *Recherches sur la phlébite traumatique à distance, sur le mécanisme de la pyohémie et sur son traitement.* (Не окончена).

23 августа.

1. **Combemale** et **Vasseur.** *Réflexions cliniques sur le nouveau diurétique; la théocine.* 2. **E Bertin** et **Oui.** *Monstre ectromélien hémimèle.* 3. **R. Le Fort.** *Sarcome du pharynx; ablation après résection du maxillaire supérieur et laryngotomie inter-cricothyroïdienne.*

30 августа.

1. **E. Ausset.** *Un cas de maladie de Barlow.* 2. **J. Parise.** (Продолженіе).

6 сентября.

1. **J. Parise.** Окончаніе статьи о флебитахъ и гнилокровіи.

13 сентября.

1. **C. Guérin.** *Prophylaxie de la variole dans les pays chauds.*

20 сентября.

1. **A. Calmette.** *La prophylaxie sanitaire de la peste et les modifications à apporter aux réglement quarantenaires.* 2. **G. Potel.** *Rupture traumatique de la vessie, laparotomie, guérison.*

27 сентября.

1. **R. Le Fort.** *Trois cas de lithiase biliaire vésiculaire ayant simulé d'autres affections.* 2. **H. Folet.** *Hernies propéritonéales et réductions en bloc.* Клиническая лекція, записанная д-ромъ *Debeyre.*

4 октября.

1. **Combemale** et **Maguin.** *Le bleu de méthylène dans les diarrhées.* 2. **Breton.** *L'ankylostomasie en France.*

11 октября.

1. **E. Laguesse.** *A propos de cartilage.* 2. **Moty.** *Appendicite et tuberculose.* Случай.

18 октября.

1. **A. Bréhon.** *Les polypes de l'oesophage.*

25 октября.

1. **Hardiviller.** *Syphilide tuberculeuse du nez et artériosclérose rénale.* 2. **Ch. Dubois.** *Influence du chloral sur la sécrétion biliaire.* Опыты на собакахъ. 3. **Brasseur.** *Phlyctènes nombreuses et tardives chez un fracturé de jambe.* 4. **G. Raviart** et **P. Caudron.** *Deformations osseuses consécutives à une luxation de la hanche remontant à cinquante-sept ans.*

1 ноября.

1. **Lambret.** *La main-bote acquise d'origine osseuse.* 3 случая. 2. **E. Gellé.** *Deux cas d'arthralgie hystérique chez le vieillard.*

8 ноября.

1. **G. Gérard.** *Étude étiologique des atrophies du nerf optique.* (Не окончена). 2. **G. Potel.** *Hernie par glissement du côlon iliaque.* 3. **J. Drucbert.** *Fibrome de la paroia abdominale.*

15 ноября.

1. **H. Folet.** *Résection du genou.* 2. **G. Gérard.** *Étude étiologique des atrophies du nerf optique.*

22 и 23 ноября.

1. **F. Castelain.** *Statistique portant sur 100 cas consécutifs de tubage pour croup dans la clientèle privée.* 2. **R. Le Fort** et **Davrinche.** *Appendicites vermineuses.* Непроходимость кишекъ вслѣдствіе перегиба тощей кишки. Чревосѣченіе съ изсѣченіемъ червеобразнаго придатка въ послѣднемъ (а до операціи выходили струнцы). Выздоровленіе.

6 декабря.

1. **Charmeil.** *Syphilis de source médicale.* Клиническая лекція. 2. **Combemale** et **Breton.** *Un nouveau cas de typhus exanthématique à Lille.*

13 декабря.

1. **H. Folet.** *Sutures tendino-musculaires (téno-myoraphies).* Случай. 2. **Gellé.** *Néphrite chronique atrophique post-diphtéritique.*

20 декабря.

1. **S. Veras.** *Des déviations de la colonne vertébrale chez les pottiques coxalgiques.* 2 случая. 2. **E. Gérard** et **C. Deman.** *Sur le dosage de l'ammoniaque dans les urines.*

27 декабря.

1. **H. Surmont** et **M. Dehon**. *Bilan du phosphore et de l'azote dans l'alimentation par le pain complet et le pain blanc.*

1904 г., 3 января.

1. **O. Lambret**. *Un cas d'amputation interscapulo-thoracique.*

10 января.

1. **Oui**. *Infection puerpérale et abcès de fixation.* 2. **Gaehlinger**. *Les mamelles surnuméraires chez l'homme.*

17 января.

1. **Surmont, Drucbert** et **Dehon**. *Sur l'absence de formol dans la bile des chiens après ingestion d'helmitol.* 2. **R. Le Fort**. *Hémorrhagies internes post-opératoires chez des hémophiles latents; un cas d'odontorragie mortelle.* 3. **Breton** et **Caudmont**. *Un cas de torticollis mental.* 4. **R. Le Fort**. *Contusion de l'abdomen, laparotomie en pleine peritonite. Mort trois heures après. Intégrité péritonéale presque complète à l'autopsie.*

24 января.

1. **Charmeil**. *Syphilis conceptionelle.*

31 января.

1. **E. Ausset**. *La pleurésie purulente chez l'enfant.* Клиническая лекція. 2. **Carlier**. *Les rétrécissements cicatriciels de l'urètre.* Тоже.

8 февраля.

1. **Caumartin**. *Statistique des trois premières années (1901—1903) de la Consultation dentaire à l'hôpital St-Sauveur.* 2. **P. Keraval**. *De l'action des rayons du radium sur l'excitabilité des centres psychomoteurs.* Объ опытахъ д-ра *Жуковскаго* въ лабораторіи *В. М. Бехтерева.* 3. **R. Le Fort**. *Syncope mortelle non chloroformique; massage du coeur, rappel momentané des contractions cardiaques.*

14 февраля.

1. **Manouvriez**. *Sur la prétendue origine atavique de l'achondroplasie.* 2. **J. Drucbert** et **Dehon**. *Recherches sur l'opothérapie entérique.* Опыты на животныхъ. 3. **Painblan** et **A. Vasseur**. *Un cas de paralysie variolique du moteur oculaire externe.*

21 февраля.

1. **Moty**. *Des appendicites latentes.* 2. **Dehon**. *Précautions relatives à la récolte des urines en vue de l'analyse chimique, histologique et bactériologique.*

28 февраля.

1. **H. Gaudier**. *Notions sur l'organisation du service de santé en campagne dans l'armée japonaise.*. 2. **A. Manouvriez**. *La tuberculose à Valenciennes et la lutte contre la tuberculose.*

6 марта.

1. **C. Guérin**. *Les septicémies hémorrhagiques.* 2. **P. Carette**. *Hypéresthésie généralisée dans un cas de rhumatisme atriculaire aigu.*

13 марта.

1. **H. Folet**. *Résultat après six années d'une gastro-entérostomie pour gastrite ulcéreuse alcoolique.* 2. **Dransart**. *De la cataracte, dans ses rapports avec la cécité, dans le Nord de la France.* 3. **G. Bédart**. *Ressources thérapeutiques de la réfrigération de la région cardiaque.* Предлагаетъ, вмѣсто ваннъ, при тифѣ ледяной пузырь на область сердца. 4. **Manouvriez**. *Infériorité physique de la cavalerie japonaise.* У японцевъ и кавалеристы, и артиллеристы имѣютъ—по измѣреніямъ проф. *Koganei* въ Токіо—малый вѣсъ тѣла (56,1 кило и 61,8 кило) по сравненію съ ростомъ (1,615 и 1,67 метра).

20 марта.

1. **Lambret**. *Complications nerveuses tardives des fractures du coude.*

27 марта.

1. **Oui**. *Traitement de la mort apparente du nouveau-né.*

3 и 10 апрѣля.

1. **Ingelrans**. *La syphilis héréditaire du système nerveux.* Лекція.

La Semaine médicale. 1903 г., 28 октября.

1. **P. Marie** et **Mocquot**. *A quel âge meurent les tabétiques?* Изъ 66 спинносухоточныхъ за 6—7 послѣднихъ лѣтъ въ Bicêtre'ѣ 34 или 51,5% умерли переживъ 60-й годъ и 55 или 83,3%—50-й.

4 ноября.

1. **F. Munch**. *Les études médicales aux Etats-Unis.*

11 ноября.

1. **L. Cheinisse**. *La spondylite infectieuse.* Обзоръ.

18 ноября.

1. **Charrin**. *Multiplicité et complexité des produits solubles développés au cours d'une infection.*

25 ноября.

1. **A. Jaquet**. *Les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen.*

2 декабря.

1. **R. Lépine**. *De la glycolyse dans ses rapports avec le diabète sucré.*

9 декабря.

1. **M. Coste**. *Des diverses formes de rechutes typhoïdiques.*

16 декабря.

1. **F. Lejars**. *Utilité et limites de l'action chirurgicale dans le cancer.*

23 декабря.

1. **Wurtz**. *La maladie du sommeil.* О т. наз. сонной болѣзни нервовъ.

30 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

1904 г., 6 января.

1. **M. Cazin**. *Le traitement chirurgical des perforations de l'intestin dans la fièvre typhoïde.* 2. **E. H. Blanc**. *La colite muco-sanguine, ou fausse dysenterie des pays chauds, et son traitement.*

13 января.

1. **L. Bard**. *De l'origine sensorielle de la déviation conjuguée des yeux avec rotation de la tête chez les hémiplégiques* 2. **F. Lejars**. *L'hystérotomie exploratrice.*

20 января.

1. **A. Chauffard**. *Des indications thérapeutiques dans la cholélithiase infectiée.*

27 января.

1. **R. Odier**. *La coloration vitale des tissus et des bactéries pour augmenter la pénétration et favoriser l'action curative des rayons chimiques.* 2. **F. Lejars**. *Sigmoïdite et périsigmoïdite.*

3 февраля.

1. **L. Cheinisse**. *La valeur diagnostique et pronostique de la fièvre dans l'appendicite.*

10 февраля.

1. **E Félix**. *Les perforations de la cloison nasale et dehors de la syphilis.* 2. **F. Lejars**. *L'inflammation chronique de la graisse sous-patellaire.*

17 февраля.

1. **R. de Bovis**. *De l'élongation nerveuse dans la maladie de Raynaud.*

24 февраля.

1. **L. Bard**. *Du rôle des animaux dans la propagation de la tuberculose et des autres maladies transmissibles.* 2. **F. Lejars**. *Les formes phlégmoneuses du cancer.*

2 марта.

1. **E. Barié**. *Le coeur dans les déviations du rachis et dans les déformations thoraciques.*

9 марта.

1. **F. Munch**. *Le traitement chirurgical de la paralysie faciale.*

16 марта.

1. **H. Cristiani**. *La greffe thyroïdienne chez l'homme.*

23 марта.

1. **F. Lejars**. *Diagnostic et traitement des accidents dus aux adhérences et aux brides péritonéales.*

30 марта.

1. **F. Farnarier**. *La coëxistence de la fièvre typhoïde et de la scarlatine.* Обзоръ.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 1904, 2 января.

J. Molinié. *Labyrinthite suppureé et abcès cérébelleux.* Случай.

9 января.

1. **L. Vacher**. *Note sur l'élargissement de l'échancrure nasale pour aborder le sinus sphénoïdal.* 2. **Collet**. *De la salpingoscopie.*

16 января.

L. Egger. *Contribution à la chirurgie du sinus frontal.* О способѣ *Killian*'a.

23 января.

1. **L. Bar**. *Otite externe hémorragique.* 3 случая. 2. **Lannois**. *Otites varicelleuses.* 3. **J. Mouret**. *Des cavités pneumatiques annexées à l'oreille, cellules petreuses.* 4. **H. Lavrand**. *Tumeur lymphoïde de l'amygdale gauche, morcellement, guérison.*

30 января.

1. **Joncheray**. *Deux cas d'abcès du nez.* 2. **L. Milly**. *Un cas de triade d'Hutchinson.* 3. **Luc**. *Présentation de malades opérés de sinusite frontale chronique par la méthode de Killian et de malades opérés d'évidement pétro-mastoïdien pour otorrhée rebelle avec lambeau de Siebenmann.*

6 февраля.

E. Escat. *Sept cas de sinusite maxillaire traités et guéris par la méthode de Claoué.*

13 февраля.

V. Texier. *Des abcès rétro-pharyngiens chez le nourrisson.* 6 случаевъ.

20 февраля.

L. Bar. *Notes de voyage relatives aux cliniques oto-laryngologiques du Nord de l'Europe (Danemark, Etats Scandinaves, Russie).*

27 февраля.

1. **P. Viollet**. *Lupus et épithélioma chez le vieillard.* 2. **C. Ferran**. *Séquestre de la paroi interne du plancher de la cuisse.* 3. **G. Labarrière**. *Polype des cordes vocales.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CLXXI. Изъ терапевтической факультетской клиники Новороссійскаго Университета проф. С. В. Левашова.

Опытъ лѣченія бугорчатки легкихъ противубугорчатковой сывороткой Marmorek'а.

Г. П. Зеленаго.

Со времени сообщенія *A. Marmorek*'омъ объ его противубугорчатковой сывороткѣ (17 ноября 1903 г.) въ печати появились уже сравнительно многочисленныя наблюденія надъ дѣйствіемъ сыворотки на больныхъ. На ряду съ сообщеніями, авторы которыхъ высказываются не въ пользу сыворотки, имѣются и такія, въ которыхъ описываются благопріятные результаты примѣненія ея. Такъ изъ первой группы *Dieulafoy* наблюдалъ дѣйствіе сыворотки на 7 больныхъ, при чемъ впрыскиванія производились лично *A. Marmorek*'омъ. 4 больныхъ страдали бугорчаткою легкихъ въ различной степени развитія, 2—бугорчаткою легкихъ и гортани, 1—бугорчатковымъ плейритомъ. Благопріятнаго вліянія на температуру *Dieulafoy* не замѣтилъ, а въ 1 случаѣ, протекавшемъ безъ лихорадки, появилось сильное повышеніе температуры послѣ первыхъ-же впрыскиваній. Суточное количество мокроты увеличилось вдвое или втрое противъ прежняго. На теченіе бугорчатковыхъ пораженій сыворотка также не оказала благопріятнаго вліянія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ появились даже новыя пораженія. Наконецъ, и на питаніе больныхъ она не повліяла благопріятно. *Hallopeau* [2]) отмѣтилъ неблагопріятный результатъ примѣненія сыворотки у 7 больныхъ, страдавшихъ бугорчаткою кожи. На нихъ сыворотка не только не оказала благопріятнаго вліянія, но у нѣкоторыхъ вызвала даже обостреніе старыхъ и появленіе новыхъ очаговъ бугорчатки на кожѣ. У 2 больныхъ, кромѣ того, появились на мѣстѣ впрыскиваній инфильтраты, перешедшіе потомъ въ язвы. *Lucas-Championnière* [3]) передаетъ результаты впрыскиваній, сдѣланныхъ *A. Marmorek*'омъ 5 больнымъ. 1 изъ нихъ страдалъ болѣзнью *Pott*'а, у 2-го былъ большой нарывъ на бедрѣ, у 3-го—бугорчатка яичка и легкихъ, а у 2-хъ остальныхъ—незначительныя бугорчатковыя пораженія. Впрыскиванія сыворотки у 2 больныхъ вызвали повышенія температуры; 2 другихъ почувствовали себя такъ плохо, что предпочли выписаться изъ больницы, не желая лѣчиться впрыскиваніями сыворотки; наконецъ, больной 5-ый, страдавшій бугорчаткою яичка, умеръ черезъ нѣсколько дней отъ бугорчатковаго менингита. *Bär* [4]) въ 1 случаѣ свѣжей бугорчатки легкихъ наблюдалъ ухудшеніе послѣ лѣченія сывороткой, которой было сдѣлано 7 впрыскиваній. Кашель, ночные поты и явленія въ легкихъ увеличились. Черезъ 3 слишкомъ мѣсяца больной умеръ, при чемъ на вскрытіи не было обнаружено никакихъ слѣдовъ процесса заживленія въ легкихъ. Въ 2-хъ другихъ случаяхъ сыворотка также не вызвала улучшенія, и больные умерли. *Goldschmidt* [5]) описалъ 1 случай бугорчатки легкихъ, въ которыхъ сыворотка не оказала благопріятнаго вліянія. Впрыскиванія ея (за исключеніемъ первыхъ 4-хъ) вызывали потрясающій ознобъ, сопровождавшійся сильнымъ повышеніемъ температуры. По прекращеніи впрыскиваній измѣненія въ легкихъ быстро шли впередъ, сопровождаясь высокой лихорадкой постояннаго типа, и больная черезъ 52 дня послѣ 1-го впрыскиванія скончалась. *Le Dentu* [6]) сообщаетъ объ 1 случаѣ бугорчатки голени и легкихъ, въ которомъ впрыскиванія сыворотки дѣлались лично *Marmorek*'омъ; всѣхъ впрыскиваній сдѣлано было 12—15; не замѣтивъ послѣ нихъ никакого улучшенія болѣзни, д-ръ *Marmorek* счелъ лишнимъ продолжать впрыскиванія.

Перейду къ изложенію отзывовъ благопріятныхъ.

Jacquerod [7]) въ Leysin'ской санаторіи (Швейцарія) впрыскивалъ сыворотку 9 больнымъ бугорчаткою легкихъ. У всѣхъ получилось улучшеніе, хотя ни одинъ не выздоровѣлъ. У 6 больныхъ сыворотка оказала хорошее вліяніе на температуру; изъ нихъ у 3 послѣдняя совсѣмъ вернулась къ нормѣ и осталась таковой. Аускультативныя явленія въ легкихъ почти во всѣхъ случаяхъ улучшались, что замѣчалось даже въ началѣ впрыскиваній. Лучше также становилось общее состояніе и вѣсъ больныхъ повышался, хотя и не особенно значительно. Суточное количество мокроты сначала увеличивалось, но затѣмъ уменьшалось и становилось гораздо меньше, чѣмъ до лѣченія. Количество бугорчатковыхъ палочекъ въ мокротѣ уменьшалось незначительно, но и у нѣкоторыхъ больныхъ измѣнялся видъ ихъ: онѣ представляли различныя степени перерожденія. У 3 больныхъ были и бугорчатковыя пораженія гортани; послѣ лѣченія сывороткой у 1 получилось излѣченіе пораженія, у остальныхъ 2-хъ улучшеніе. Побочныя явленія отъ впрыскиваній сыворотки были незначительны. Слѣдуетъ еще упомянуть, что одновременно съ лѣченіемъ сывороткой больные были лѣчены воздухомъ и покоемъ. *Montalti* [8]) наблюдалъ дѣйствіе сыворотки на 8 больныхъ бугорчаткою легкихъ. Изъ нихъ 1 долженъ былъ прекратить впрыскиванія изъ-за тяжелаго побочнаго дѣйствія сыворотки; 2-ой, бывшій уже въ тяжеломъ состояніи и до впрыскиваній, въ теченіи ихъ умеръ. Изъ 6 остальныхъ 1 выздоровѣлъ, у другихъ получилось значительное улучшеніе. У нихъ у всѣхъ: 1) количество мокроты значительно уменьшилось; 2) лихорадка прекратилась совершенно; 3) одышка стала меньше или и совсѣмъ прошла, 4) ночныя поты уменьшились или прекратились вовсе; 5) вѣсъ увеличился (усиленное питаніе не примѣнялось). Кромѣ того, явленія въ легкихъ улучшились. *H. de Rothschild* и *Brunier* [9]) примѣняли сыворотку въ 1 случаѣ бугорчатки легкихъ и гортани и въ 3 случаяхъ бугорчатки конечностей. Во всѣхъ случаяхъ получилось улучшеніе. Эти авторы, кромѣ того, отмѣчаютъ полную безвредность сыворотки и ея жаропонижающее дѣйствіе. Случаи т. наз. хирургической бугорчатки больше поддались лѣченію сывороткой, между тѣмъ какъ въ случаѣ легочной бугорчатки явленія въ легкихъ и гортани остались безъ измѣненій. *L. Lemieux* и *Richer* [10]) описываютъ 1 случай лѣченія сывороткой больной бугорчаткою легкихъ. Черезъ 16 дней послѣ 20-го впрыскиванія сыворотки объективные припадки со стороны легкихъ исчезли, и въ мокротѣ нельзя было найти бугорчатковыхъ палочекъ. Случаи выздоровленія отъ бугорчатки легкихъ приводятъ также *La Neelle* и *De Cormieres* [11]). *Klein* и *Jacobsohn* [12]) описываютъ случай бугорчатки легкихъ, въ которыхъ послѣ впрыскиваній сыворотки *Marmorek*'а наступило улучшеніе. Менѣе благопріятные, чѣмъ у вышеупомянутыхъ авторовъ, результаты лѣченія сывороткой бугорчатки легкихъ приводитъ *Latham* [13]).

Уже изъ этого краткаго обзора видно, насколько противорѣчивы мнѣнія различныхъ авторовъ, изучавшихъ дѣйствіе *Marmorek*'овской противобугорчатковой сыворотки на больныхъ. Поэтому всякое новое сообщеніе о ней должно, мнѣ кажется, представлять извѣстный интересъ. Въ виду этого считаю нелишнимъ сообщить результаты нѣсколькихъ своихъ соотвѣтственныхъ наблюденій.

Сыворотка была любезно прислана д-ромъ *A. Marmorek*'омъ, который вмѣстѣ съ тѣмъ далъ подробныя указанія о видахъ и способахъ ея примѣненія, за что и приношу ему искреннюю благодарность.

Получается сыворотка *Marmorek*'омъ [14]) такъ: молодыя бугорчатковыя палочки выращиваются на средѣ, состоящей изъ лейкотоксической сыворотки теленка и бульона изъ печени съ глицериномъ. Послѣ извѣстнаго числа перевивокъ черезъ эту новую среду туберкулинъ исчезаетъ, но зато появляется другой ядъ, который убиваетъ маленькихъ животныхъ и къ которому животныя, пораженныя бугорчаткой, чувствительны не болѣе, чѣмъ здоровыя. Этими фильтрованными разводками, освобожденными отъ палочекъ, но содержащими токсинъ, иммунизируются лошади и такимъ образомъ получается антитоксическая сыворотка. Больные, которымъ было предложено лѣченіе сывороткой, были предупреждены о томъ, что средство это испытано еще мало и можетъ не только оказаться безполезнымъ, но и принести большій или меньшій вредъ. Не смотря на такое предупрежденіе, они пожелали подвергнуться лѣченію сывороткой *Marmorek*'а.

Впрыскивалась сыворотка подъ кожу живота или предплечья. Впрыскиванія, по указанію *A. Marmorek*'а, дѣлались сначала въ такомъ порядкѣ: въ 1-ый день впры-

скивалось 5 к. стм, во 2-й 5, въ 3-ій 6, въ 4-ый 6, на 5-ый день дѣлался перерывъ, въ 6-й впрыскивалось 7 к. стм., въ 7-ой 8, въ 8-й 8, въ 9-ый 9, на 10-ый снова дѣлался перерывъ, въ 11-ый впрыскивалось 10 к. стм., въ 12-ый 10 и потомъ было 8 дней отдыха. Впослѣдствіи *A. Marmorek* измѣнилъ порядокъ такимъ образомъ: въ 1-ый день впрыскивалось 5 к. стм., во 2-ой 5, въ 3-й 6, въ 4-ый 6, на 5-ый и 6 дни дѣлались перерывы, въ 7-ой впрыскивалось 5 к. стм., въ 8-ой 5, въ 9-ый 6, въ 10-ый 6, на 11-ый и 12-ый дни снова дѣлался перерывъ, въ 13-ый впрыскивалось 6 к. стм., въ 14-ый 6 и потомъ было 8 дней отдыха.

Главнымъ образомъ примѣнялся 2-ой порядокъ, при чемъ обращалось особое вниманіе на соблюденіе всѣхъ указаній д ра *Marmorek*'а, а если и приходилось дѣлать незначительныя отступленія отъ нихъ, то это допускалось лишь тогда, когда этого требовали какія-нибудь исключительныя обстоятельства, напр., отказъ больныхъ или временный недостатокъ сыворотки. Передъ началомъ впрыскиваній и въ теченіи ихъ сыворотка время отъ времени испытывалась относительно ея стерильности, при чемъ посѣвы ея на питательныя среды ни разу не дали никакого роста. Отмѣчу еще, что до впрыскиваній сыворотки больные, для большей наглядности результатовъ ея дѣйствія, находились болѣе или менѣе продолжительное время подъ наблюденіемъ въ клиникѣ.

Послѣ этихъ предварительныхъ замѣчаній перехожу къ краткому описанію своихъ наблюденій, ограничиваясь лишь самыми существенными данными.

1. М., 34 л., механикъ, холостой, поступилъ въ клинику 12/XII 1903 г. Отецъ больного умеръ отъ неизвѣстной причины; мать жива и здорова. Имѣетъ 3-хъ сестеръ; одна изъ нихъ кашляетъ. 17-ти лѣтъ заболѣлъ сифилисомъ, отъ котораго лѣчился впрыскиваніями. 20-ти лѣтъ заболѣлъ переломъ, тянувшимся 5—6 лѣтъ и осложнившимся эпидидимитомъ. 12 лѣтъ назадъ, послѣ паденія, появилось кровохарканіе, длившееся недѣлю. 5—6 лѣтъ назадъ сталъ покашливать, но очень мало и рѣдко. Больнымъ себя считаетъ съ лѣта 1901 г. Болѣзнь началась приступами лихорадки (ознобъ, жаръ и потъ), повторявшимися не каждый день. По прошествіи 3-хъ мѣсяцевъ отъ начала болѣзни, не чувствуя облегченія, легъ въ больницу. Въ больницѣ сдѣланъ былъ проколъ грудной клѣтки, и извлечена желтоватая съ небольшой мутью жидкость. Пробылъ въ больницѣ мѣсяцъ и выписался оттуда, чувствуя себя здоровымъ. Черезъ 2 недѣли лихорадка возобновилась, и больной снова поступилъ въ больницу. Въ это-же время развились сильный кашель и одышка (при ходьбѣ). Въ больницѣ пробылъ до апрѣля 1902 г. и выписался безъ улучшенія. До ноября работалъ, а затѣмъ опять поступилъ въ больницу, откуда выписался въ апрѣлѣ 1903 г. Въ сентябрѣ того-же года вновь поступилъ въ больницу, гдѣ и находился до перевода въ клинику. Послѣдніе $1^1/_2$—2 года жалобы однѣ и тѣже: сильный кашель, одышка, сердцебіеніе и боль въ груди. Мокрота отходитъ сравнительно легко, зеленоватаго цвѣта, въ дов. большомъ количествѣ. Позывъ на ѣду иногда совсѣмъ пропадаетъ. Раньше потѣлъ по ночамъ, въ послѣднее-же время не потѣетъ. Общая слабость. На низъ 2—4 раза въ сутки, полужидко, но только во время пребыванія въ больницѣ, внѣ-же ея—1 разъ въ сутки.

Наружные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Питаніе и сложеніе ниже средняго. Форма грудной клѣтки паралитическая. Scapulae alatae. Надключичныя ямки сильно запали. Правая $^1/_2$ груди дышетъ сильнѣе лѣвой. Шейныя, подчелюстныя, подмышковыя и паховыя лимфатическія железы увеличены и ясно прощупываются. Сердце прикрыто легкими. Тоны его чисты. Сердечный толчекъ въ 5-мъ межреберьи между лѣвыми сосковой и окологрудинной линіями. Селезенка не прощупывается. Печень прощупывается неясно между правыми сосковой и грудинной линіями, слегка болѣзненна при давленіи, выстоитъ на $1^1/_2$ пальца ниже праваго ребернаго края. Верхушка праваго легкаго надъ ключицей даетъ тупой звукъ. Спереди притупленіе доходитъ до 2 го ребра, сзади—до уровня 5 го грудного позвонка. Верхушка лѣваго легкаго выстоитъ на 2 стм. выше ключицы, даетъ притупленіе. Притупленіе получается и въ лѣвомъ легкомъ въ тѣхъ-же мѣстахъ, что и въ правомъ, только нѣсколько болѣе слабое. Дыханіе надъ правой ключицей бронхіальное. На мѣстахъ притупленія какъ въ правомъ, такъ и въ лѣвомъ легкомъ дыханіе везикулярное съ удлиненнымъ выдохомъ и субкрепитирующими хрипами. Надъ лѣвой ключицей везикулярное дыханіе ослаблено. Въ $^1/_2$-лунномъ пространствѣ *Traube* тупой звукъ.

Со времени поступленія больного въ клинику до 1-го впрыскиванія прошло 33 дня. Въ это время температура больного держалась утромъ около 37°, веч. около 38°,5. Пульсъ около 90 утр., около 100—110 веч. Число дыханій было 30—40 въ мин. Мочи за сутки 400—800 к. стм., уд. в. 1020—1024; бѣлка и сахара въ ней не найдено. Діазореакція не выходила. Мокроты за сутки, слизисто-гнойной, около 185 к. стм.; бугорчатковыя палочки въ ней въ значительномъ количествѣ. Въ первое время пребыванія больного въ клиникѣ позывъ на ѣду у него былъ хорошій, но 1/I—3/I онъ сталъ хуже, а затѣмъ и совсѣмъ исчезъ. Въ это время больной по ночамъ не потѣлъ. Путемъ назначенія висмута и отмѣны молока удалось уменьшить частоту испражненій до 1 раза въ сутки. Вѣсъ за это время былъ 51,5—52 клгр. Къ началу лѣченія впрыскиваніями сыворотки, т. е. 22/I, главныя жалобы больного составляли: сильный кашель, боль въ груди, значительная слабость и отсутствіе позыва на ѣду. Что-же касается состоянія легкихъ, то оно 22/I представлялось въ слѣдующемъ видѣ. Верхушка праваго легкаго надъ ключицей даетъ тупой звукъ. Спереди притупленіе доходитъ до 2-го ребра, сзади—до уровня 5-го грудного позвонка. У нижняго угла правой лопатки на небольшомъ протяженіи также получается притупленіе. Верхушка лѣваго легкаго выстоитъ на 2 стм. выше ключицы и даетъ притупленіе. Нижнія границы притупленій сзади и спереди приблизительно тѣже, что и на правой сторонѣ. Въ $^1/_2$-лунномъ пространствѣ *Traube* тупой звукъ. Область тупого звука по лѣвой передней подмышковой линіи доходитъ до 8-го ребра; сзади она не заходитъ за лѣвую заднюю подмышковую линію. Въ правомъ легкомъ повсюду на мѣстѣ притупленія дыханіе бронхіальное, имѣющее особенно рѣзкій характеръ надъ ключицей. Бронхіальное дыханіе повсюду сопровождается субкрепитирующими хрипами; подъ ключицей къ нимъ присоединяются влажные хрипы болѣе крупнаго калибра; кромѣ того, хрипы здѣсь пріобрѣтаютъ созвучный характеръ. Въ области притупленія въ верхней части лѣваго легкаго дыханіе бронхіальное, имѣющее здѣсь менѣе рѣзкій характеръ, чѣмъ въ правомъ легкомъ; кромѣ того, выслушиваются и субкрепитирующіе хрипы.

1-е впрыскиваніе было сдѣлано больному 22/I 1904 г., послѣднее 18/III. Всѣхъ впрыскиваній было сдѣлано 27, каждое по 5—10 к. стм. Всего впрыснуто 177 к. стм. сыворотки. Впрыскиванія производились серіями, каждая по 8—10 впрыскиваній. Между отдѣльными серіями (всѣхъ серій было 4; 5-я была начата, но прервана) проходило около 10 дней. Впрыскиванія производились съ обычными асептическими предосторожностями подъ кожу живота или предплечья. Впрыскиванія обыкновенно сопровождались сильной реакціей. На мѣстѣ ихъ въ большинствѣ случаевъ развивались значительная опухоль, краснота и боль. При впрыскиваніи подъ кожу предплечья, послѣднее иногда опухало такъ, что становилось вдвое толще. Наблюдалась крапивница, распространявшаяся иногда почти по всему тѣлу. Наиболѣе сильная крапивница наблюдалась спустя 2 дня послѣ 22-го впрыскиванія; она сопровождалась отечностью лица и конечностей. Явленія эти исчезли черезъ сутки. Ближайшія къ мѣсту впрыскиванія лимфатическія железы опухали и становились болѣзненными. Черезъ 2 дня послѣ 18-го впрыскиванія въ ягодицахъ и въ ногахъ появились на ограниченныхъ мѣстахъ сильныя боли по ходу нервныхъ стволовъ. Мѣста эти были весьма болѣзненны и при давленіи. На 8-й день боли исчезли.

Что касается общаго состоянія больного, то въ немъ рѣзкихъ измѣненій не произошло. Силы больного къ концу лѣченія сывороткой уменьшились; черезъ нѣкоторое время по прекращеніи лѣченія больной чувствовалъ себя бодрѣе, но затѣмъ—слабость стала опять наростать. Въ промежуткѣ между 1-й и 2-й, 2-й и 3-й серіями позывъ на ѣду у больного, сравнительно съ тѣмъ, какимъ онъ былъ непосредственно до лѣченія сывороткой, сдѣлался немного лучше, но потомъ совсѣмъ пропалъ. Послѣ 8-го впрыскиванія возобновились ночные поты, которыхъ въ послѣднія недѣли до лѣченія сывороткой не было. Также и на низъ больной опять сталъ ходить чаще—до 2—3 разъ въ сутки. Температура въ общемъ стала давать болѣе значительныя повышенія, доходя иногда до 39° съ десятыми, въ то время какъ до лѣченія она поднималась приблизительно до 38°,5, чаще была даже ниже. Кашель во 2-й половинѣ февраля сталъ немного меньше при суточномъ количествѣ мокроты въ 40 к. стм., но затѣмъ увеличился, и къ 10/III суточное количество мокроты дошло до 240 к. стм. Вѣсъ упалъ до 50,5 клгр. Пульсъ по вечерамъ сталъ часто достигать 120 ударовъ въ минуту.

Явленія въ легкихъ послѣ 1-й серіи впрыскиваній въ общемъ почти не измѣнились; только въ лѣвомъ легкомъ появились спереди отъ 2-го до 4-го ребра субкрепитирующіе хрипы. Въ половинѣ февраля количество хриповъ въ легкихъ, въ особенности въ верхушкѣ праваго, нѣсколько уменьшилось, и бронхіальное дыханіе стало менѣе рѣзкимъ. Оно почти исчезло изъ гнѣзда подъ угломъ правой лопатки. Однако, параллельно съ этимъ, количество хриповъ въ лѣвомъ легкомъ въ промежуткѣ между 2-мъ и 4-мъ ребрами увеличивалось. Съ теченіемъ времени къ субкрепитирующимъ хрипамъ на этомъ мѣстѣ присоединились хрипы болѣе крупнаго калибра, пріобрѣтшіе созвучный характеръ, и область ихъ распространенія стала шире. Вмѣстѣ съ тѣмъ здѣсь развилось рѣзкое бронхіальное дыханіе, а при выстукиваніи появился шумъ треснувшаго горшка. Явленія эти достигли значительнаго развитія уже въ началѣ марта. Количество хриповъ въ правомъ легкомъ опять стало увеличиваться. Кромѣ того, какъ было выше упомянуто, слабость больного въ началѣ марта значительно наросла.

9/III было сдѣлано послѣднее впрыскиваніе 3-й серіи. Въ послѣдующіе дни общее состояніе больного оставалось плохимъ. 18/III, для начала 4-й серіи, было впрыснуто 5 к. стм. сыворотки подъ кожу живота. Не успѣлъ больной подняться послѣ впрыскиванія со стула, какъ ему стало дурно, при чемъ лицо его сильно покраснѣло. Его перенесли и положили на кровать. Цвѣтъ лица его сдѣлался мертвенно-блѣднымъ, синюшнымъ, съ зеленоватымъ оттѣнкомъ. Лицо выражало страданіе и страхъ. Больной стоналъ и жаловался, что ему нечѣмъ дышать, какъ будто что-то стоитъ въ груди и мѣшаетъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ онъ чувствовалъ разбитость и боль во всемъ тѣлѣ, особенно сильная

боль была въ затылкѣ и въ колѣняхъ. Пульсъ сдѣлался едва ощутимымъ и дошелъ до 138 ударовъ въ минуту. На правомъ предплечьѣ появилась группа волдырей крапивницы (спустя нѣсколько минутъ послѣ впрыскиванія). Конечности стали синюшны и на ощупь чрезвычайно холодны. Больному дана была настойка строфанта и впрыснутъ подъ кожу коффеинъ. Черезъ ½—1 час. больной сталъ, кромѣ того, жаловаться на холодъ, который смѣнился затѣмъ потрясающимъ ознобомъ. Больного позывало на низъ. При попыткахъ подняться съ кровати появлялась дурнота. Спустя 3 часа послѣ впрыскиванія температура поднялась до 39°,4.

Послѣ этого больному впрыскиваній больше уже не дѣлалось. Въ ближайшій послѣ прекращенія лѣченія сывороткой мѣсяцъ явленія въ легкихъ наростали, и появился новый очагъ пораженія въ нижней долѣ праваго легкаго. Общее состояніе также еще болѣе ухудшилось.

2. М., 34 л., чиновникъ, холостой, поступилъ въ клинику 27/I 1904 г. съ жалобами на кашель и боль въ груди. Никто изъ родителей, сестеръ и братьевъ больного, по его словамъ, бугорчаткою не страдалъ. Какія перенесъ болѣзни въ дѣтствѣ, не помнитъ. 13—14-ти лѣтъ страдалъ болѣзнью глазъ на почвѣ наслѣдственнаго сифилиса. Съ тѣхъ поръ до настоящаго заболѣванія боленъ ничѣмъ не былъ. Считаетъ себя больнымъ съ апрѣля 1902 г., когда простудился: сталъ кашлять, иногда съ кровью, и появилось легкое недомоганіе. Въ концѣ лѣта 1902 г. появились ознобъ, жаръ и потъ по ночамъ, и сталъ болѣть правый бокъ. Съ тѣхъ поръ приступы лихорадки повторялись постоянно. Боль въ правомъ боку въ маѣ 1903 г. прошла, но за то отъ кашля развились боли въ другихъ частяхъ груди. Въ настоящее время больше всего безпокоитъ кашель. Мокрота отдѣляется съ трудомъ и иногда бываетъ съ примѣсью крови. Незначительная одышка. Позывъ на ѣду и самочувствіе удовлетворительные. На низъ 1 разъ въ 2—3 дня. По ночамъ потѣетъ.

Очень худъ. Наружные покровы блѣдны. Грудная клѣтка паралитической формы. Scapulae alatae. Лимфатическія железы увеличены и ясно прощупываются. Сердце не увеличено, слегка прикрыто легкими. Тоны его чисты. Печень и селезенка не прощупываются. По всему протяженію праваго легкаго притупленный звукъ. Нижній край легкаго неподвиженъ. Надъ лѣвымъ легкимъ звукъ нормальный легочный. Въ ½-лунномъ пространствѣ *Traube* звукъ тупой. Въ правомъ легкомъ повсюду громадное количество мелко- и средне-пузырчатыхъ хриповъ, совершенно заглушающихъ дыхательный шумъ. Только сзади у внутренняго края лопатки слышенъ удлиненный выдохъ. Въ лѣвомъ легкомъ нормальное везикулярное дыханіе.

Впрыскиванія противувугорчатковой сыворотки были начаты 25/п. 2/п больной сталъ жаловаться на боль въ лѣвомъ боку. При изслѣдованіи по лѣвой подмышковой линіи слышенъ былъ шумъ тренія плейры.

Со времени поступленія больного въ клинику до начала впрыскиваній жалобы его оставались почти однѣми и тѣми-же. Явленія въ легкихъ тоже остались безъ перемѣны.

Температура утр. была нормальная, веч. около 38°. Пульсъ 80 утр., веч. около 100. Дых. около 25 въ минуту. Мочи за сутки 1000—1400 к. стм., уд. в. 1012—1018; бѣлка и сахара въ ней не было. Діазореакція не получалась. Вѣсъ держался около 52,5 клгрм. Мокрота отходила въ большомъ количествѣ (около 150 к. стм. въ сутки), слизисто-гнойная, иногда съ незначительной примѣсью крови; въ ней было много бугорчатковыхъ палочекъ.

Всѣхъ впрыскиваній сыворотки было сдѣлано 14, каждое по 5—6 к. стм. Дальнѣйшее ихъ примѣненіе было пріостановлено по желанію самого больного въ виду развившихся и у него послѣ 14-го впрыскиванія тяжелыхъ общихъ явленій. Всего впрыснуто 76 к. стм. сыворотки. Послѣ первыхъ 4 впрыскиваній, производившихся ежедневно, былъ сдѣланъ перерывъ въ 2 дня, послѣ 8-го—въ 8 дней, послѣ 12-го—въ 3 дня. 1-е впрыскиваніе сдѣлано 25/п, послѣднее 22/ш.

Сравнительно съ 1-мъ больнымъ, у М. мѣстная реакція послѣ впрыскиваній была меньше. Впрыскиванія дѣлались подъ кожу предплечья. На мѣстѣ впрыскиваній обычно появлялась небольшая припухлость краснаго цвѣта, которая немного болѣла и чесалась. Нѣкоторыя впрыскиванія не вызывали никакой мѣстной реакціи, другія—дов. сильную. На 4-й день послѣ 8-го впрыскиванія локтевые, колѣнные и голеностопные суставы опухли и стали болѣть. Боли и припухлость держались 4 сутокъ. На 7-ой день послѣ 8-го впрыскиванія развилась сильная боль въ икрѣ правой ноги, такъ что больной отказывался стоять. Боль эта прошла черезъ 5 дней. Послѣ первыхъ 8 впрыскиваній больной сталъ худо ѣсть и чувствовать слабость, которая съ теченіемъ времени все увеличивалась. Черезъ нѣкоторое время по прекращеніи впрыскиваній сталъ чувствовать себя бодрѣе, но затѣмъ слабость опять стала наростать. Температура послѣ 4-го впрыскиванія стала давать большія повышенія, доходя до 38°,5 и изрѣдка до 39° съ десятыми. Особенно часто она начала подниматься и дов. высоко спустя 9 дней по прекращеніи впрыскиваній, что продолжалось вплоть до выхода больного изъ клиники, т. е., въ теченіи 26 дней. По выпискѣ больной вышелъ изъ-подъ моего наблюденія. Вѣсъ его во время лѣченія впрыскиваніями оставался безъ измѣненій, но затѣмъ упалъ на 1 клгрм.

Послѣ 8-го впрыскиванія суточное количество мокроты увеличилось съ 170 до 250 к. стм. Явленія въ легкихъ существенныхъ измѣненій за время впрыскиваній не претерпѣли. Лишь по нижнему краю лѣваго легкаго между подмышковой и лопаточной линіями развилось незначительное количество субкрепитирующихъ хриповъ. Спустя недѣлю по прекращеніи лѣченія впрыскиваніями субкрепитирующіе хрипы появились въ лѣвомъ легкомъ у внутренняго угла лопатки.

21/ш и 22/ш послѣ предшествовавшаго 3-дневнаго перерыва, больному было впрыснуто по 5 к. стм. сыворотки. Какъ только закончилось послѣднее впрыскиваніе, онъ вдругъ почувствовалъ себя дурно. Отведенный на кровать, онъ жаловался, что ничего не видитъ и что у него болитъ голова и нечѣмъ дышать. Лицо больного было красное. Пульсъ 92, очень слабый. Икота. Черезъ часъ больной оправился. Дальнѣйшія впрыскиванія были оставлены.

3. Д., 19 л., дѣвица, горничная, поступила въ клинику 14/п 1904 г. съ жалобами на кашель, слабость и ознобъ. Родители больной здоровы; братъ умеръ отъ чахотки. Въ дѣтствѣ ничѣмъ не болѣла. 5 л. тому назадъ страдала лихорадкой, отъ которой пролежала 3 мѣсяца въ постели. Теперь считаетъ себя больной больше года. Болѣзненныя явленія за все это время были почти одни и тѣже: сильный кашель; мокрота отходитъ съ трудомъ, зеленоватаго цвѣта. Почти каждый день бываетъ ознобъ; по ночамъ потѣетъ. Слабость дов. значительная. Бываютъ головокруженія. Ѣстъ плохо. Бываютъ сердцебіеніе и одышка. На низъ правильно.

Питанія плохого. Костная и мышечная системы развиты плохо. Грудная клѣтка паралитической формы. На щекахъ часто играетъ яркій румянецъ. Сердце не увеличено; тоны его чисты. Печень и селезенка также отклоненій отъ нормы не представляютъ. Верхушка праваго легкаго даетъ притупленіе, распространяющееся внизъ спереди до 2-го, сзади до 5-го межреберья. Верхушка лѣваго легкаго спереди также даетъ притупленіе, спускающееся до 2-го ребра. Кромѣ того притупленіе получается въ лѣвомъ легкомъ подъ нижнимъ угломъ лопатки. На мѣстѣ притупленія въ правомъ легкомъ—жесткое дыханіе съ удлиненнымъ выдохомъ. Сзади въ области притупленія—многочисленные субкрепитирующіе и мелкопузырчатые хрипы. Въ лѣвомъ легкомъ на мѣстѣ притупленія подъ нижнимъ угломъ лопатки субкрепитирующіе хрипы и жесткое дыханіе. Подъ лѣвой ключицей немногочисленные субкрепитирующіе хрипы. При поступленіи больной въ клинику явленія въ легкихъ были почти тѣже, только менѣе рѣзко выраженныя. Утр. около 38°, веч. около 39°. Пульсъ утр. около 100, веч. 120—130. Вѣсъ при поступленіи 51,5, къ началу впрыскиваній 50,5 клгрм. Дых. 28—30. Мочи за сутки около 1000 к. стм., уд. в. 1015—1018; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ. Діазореакція не получается. Мокрота—слизисто-гнойная; въ ней много бугорчатковыхъ палочекъ.

Больной было сдѣлано 12 впрыскиваній, каждое по 5—6 к. стм., а затѣмъ продолжать примѣненіе сыворотки больная отказалась. Всего ей было впрыснуто 59 к. стм. сыворотки. 1-е впрыскиваніе было сдѣлано 26/п, послѣднее 18/ш. Впрыскиванія сопровождались почти такой-же сильной мѣстной реакціей, какъ у 1-го больного. Самочувствіе замѣтнымъ образомъ не измѣнилось. Температура за время лѣченія впрыскиваніями тоже не измѣнилась; только спустя недѣлю по прекращеніи впрыскиваній она стала давать бо́льшія повышенія, доходя вечерами до 38°,6—39°,8. Параллельно съ этимъ пульсъ достигалъ 140, даже 160 ударовъ въ минуту. Такъ продолжалось недѣлю, по истеченіи которой больная выписалась изъ клиники и вышла изъ-подъ наблюденія. Вѣсъ больной въ день послѣдняго впрыскиванія былъ 49,5, а черезъ 2 недѣли (при выходѣ изъ клиники) упалъ до 46,5 клгрм. Въ легкихъ измѣненія наростали, а именно—количество хриповъ увеличилось, главнымъ образомъ въ нижней долѣ лѣваго легкаго.

Останавливаясь на приведенныхъ наблюденіяхъ, нужно прежде всего отмѣтить, что впрыскиванія противубугорчатковой сыворотки *Marmorek*'а способны вызывать цѣлый рядъ побочныхъ явленій, которыя, несомнѣнно, могутъ угрожать даже самой жизни больныхъ (сл. 1 и 2). Коллапсъ послѣ впрыскиванія противубугорчатковой сыворотки наблюдался также *Latham*'омъ [13]). Угрожающія жизни явленія не позволили и намъ ни въ одномъ случаѣ довести лѣченіе сывороткой до конца. Однако, число впрыскиваній, сдѣланное 1-му больному (27), достаточно для того, чтобы судить о дѣйствіи ихъ въ данномъ случаѣ. Наблюденія надъ 2-мя другими больными, которымъ сдѣлано было меньшее число впрыскиваній (14 и 12), тоже не могутъ не имѣть нѣкотораго значенія, тѣмъ болѣе, что, напр., *Marmorek* [14]), *Rotschild* и *Brunier* [9]), *Jacquerod*, *Lemieux* и *Richer* [10]) получали благопріятные результаты иногда даже послѣ меньшаго числа впрыскиваній.

Несомнѣнно, что благопріятныхъ результатовъ въ описанныхъ мною случаяхъ не получилось. Если въ случаѣ 1 и наблюдалось въ первое время лѣченія нѣкоторое уменьшеніе болѣзненныхъ явленій въ правомъ легкомъ, то одновременно въ лѣвомъ легкомъ измѣненія усилились и повели затѣмъ къ образованію пещеры. Въ общемъ состояніе больныхъ послѣ лѣченія сывороткой ухудшилось, хотя, конечно, съ увѣренностью нельзя сказать того, что этого ухудшенія не было-бы безъ примѣненія сыворотки. Во всякомъ случаѣ несомнѣнно, что сыворотка не могла вызвать даже остановки въ развитіи болѣзни. Обращаетъ на

себя вниманіе то обстоятельство, что температура (въ случаѣ 2 и 3) черезъ нѣсколько дней по прекращеніи впрыскиваній стала давать бо́льшія повышенія, чѣмъ раньше. Усиленіе лихорадки съ тѣмъ большей вѣроятностью можно приписать дѣйствію именно сыворотки, что его наблюдалъ также и *Latham* [13]), который говоритъ о кумулятивномъ дѣйствіи сыворотки.

Давая оцѣнку полученнымъ мною результатамъ, нельзя не признаться, что выбранные для испытанія сыворотки случаи были дов. тяжелые. Какъ-бы то ни было, изъ приведенныхъ наблюденій вытекаетъ, что примѣнять противубугорчатковую сыворотку *Marmorek*'а нужно съ большой осторожностью. Полученные мною результаты удержали меня отъ дальнѣйшаго испытанія сыворотки на другихъ больныхъ. Прибавлю еще, что даже ухудшеніе состоянія больныхъ бугорчаткою подъ вліяніемъ *Marmorek*'овской сыворотки, если-бы таковое было установлено, имѣло-бы гораздо большій теоретическій интересъ и значеніе, чѣмъ безразличное ея дѣйствіе, что̀ само собою понятно.

Въ заключеніе считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить глубокую благодарность многоуважаемому профессору *С. В. Левашову* за цѣнное руководство при выполненіи этой работы.

Литература. 1. «La Semaine médicale», 1903 г., № 48. — 2. Тамъ-же.—3. Тамъ-же, 1903 г., № 49. — 4. Тамъ-же, 1904 г., № 13. — 5. *Goldschmidt.* «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1903 г., № 51.—6. «La Semaine médicale», 1903 г., № 48. — 7. *Jaquerod.* Traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum *Marmorek.* «Revue de médecine», 1904 г., № 5. — 8. *Montalti.* Essais de traitement de la tuberculose pulmonaire par le sérum antituberculeux de *Marmorek.* «Le Progrès médical», 1904 г., № 18.—9. *H. de Rotschild et L. Brunier.* Quatre cas de tuberculose, traités par les injections sous-cutanées de sérum de *Marmorek.* Тамъ-же, 1904 г., № 17.—10. *Lemieux et Richer.* Tuberculose pulmonaire (apyritique), traitée au moyen des injections de sérum antituberculeux *Marmorek.* Montreal. 1904 г.—11. *La Nèelle et de Cormières.* «Comptes rendus de la Société de thérapeutique». Paris. 1904 г.—12. *Klein et Jacobsohn.* Тамъ-же. — 13. *A. Latham.* On the use of Dr. *Marmorek*'s antituberculous sérum. «The Lancet», 1904 г.—14. «La Semaine médicale», 1903 г. № 46.

CLXXII. Изъ клиники дѣтскихъ болѣзней проф. Д. А. Соколова въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

Прогрессивная мышечная атрофія у 10-лѣтняго мальчика *).

П. Я. Королькова.

Настоящій случай представляетъ интересъ, какъ яркій примѣръ міопатической формы прогрессивной мышечной атрофіи—«atrophia musculorum progressiva myopatica», или «dystrophia musculorum progressiva», по *Erb*'у, въ отличіе отъ спинномозговой формы прогрессивной мышечной атрофіи—«atrophia musculorum progressiva spinalis» или «amyotrophia spinalis progressiva» (*Duchenne-Aran*) или «poliomyelitis anterior chronica disseminata», по *Charcot*. Кромѣ того, данный случай интересенъ по этіологіи заболѣванія, такъ какъ болѣзнь началась вскорѣ послѣ натуральной оспы и рожи.

Прежде чѣмъ перейти къ больному я долженъ коснуться литературы вопроса и отмѣтить тѣ данныя, которыя необходимы для уясненія моего случая, а именно—къ какой формѣ атрофіи его слѣдуетъ отнести, руководясь принятой терминологіей болѣзни. Не буду входить въ подробности литературы и изложу лишь общее направленіе ея по вопросу о міопатіи.

Первый обратившій вниманіе на эту болѣзнь и выдѣлившій ее изъ ряда другихъ заболѣваній—былъ *Aran* [1]) (1850 г.). Онъ разработалъ матеріалъ, данный въ его распоряженіе *Duchenne*'омъ, и пришелъ къ заключенію, что болѣзнь эта—сомостоятельная и характеризуется наростающимъ первичнымъ заболѣваніемъ самихъ мышцъ. Тогоже мнѣнія держался и *Duchenne*. Но затѣмъ послѣ макро- и микроскопическихъ изслѣдованій центральной нервной системы *Luys*'омъ [2]), *Cruvellier* [3]) и *Hayem*'омъ [4]), а отчасти и на основаніи своихъ наблюденій *Duchenne* [5]) склонился къ мнѣнію о спинномозговомъ происхожденіи этого заболѣванія, атрофія-же мышцъ, по его мнѣнію, наступаетъ, какъ послѣдовательное явленіе послѣ пораженія переднихъ роговъ спинного мозга. *Charcot* [6]) въ 70-хъ годахъ уже рѣшительно высказался за міелопатическое происхожденіе мышечныхъ атрофій вообще и приравнялъ прогрессивную мышечную атрофію къ дѣтскимъ параличамъ, назвавъ её «poliomyelitis anterior chronica», въ отличіе отъ остропротекающихъ дѣтскихъ параличей. Таково было направленіе въ литературѣ по вопросу о происхожденіи прогрессивной мышечной атрофіи у представителей французской школы во главѣ съ *Charcot*.

Въ 1873 г. *Friedreich* [7]) сообщилъ данныя патологоанатомическаго изслѣдованія мышцъ при прогрессивной мышечной атрофіи и во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ нашелъ рѣзкія патологическія измѣненія въ мышечныхъ волокнахъ и въ межмышечной соединительной ткани. Въ мышечныхъ волокнахъ онъ наблюдалъ восковое (*Zenker*'овское) перерожденіе, мутное набуханіе, или расщепленіе по длинѣ и на поперечные первичные диски (дисковидное распаденіе), при чемъ мышечное вещество исчезаетъ, а сарколемма, въ которой обильно размножаются ядра, переходитъ въ промежуточную соединительную ткань—«perimysium internum», среди которой можетъ скопляться и жировая. На основаніи этихъ данныхъ *Friedreich* опредѣленно высказался за міопатическое происхожденіе мышечныхъ атрофій, дегенеративныя-же измѣненія въ нервныхъ волокнахъ и въ центральной нервной системѣ признавалъ явленіями вторичными. Въ 1884 г. *Erb* явился примирителемъ 2-хъ крайнихъ направленій и въ прогрессивной мышечной атрофіи выдѣлилъ: 1) форму *Duchenne-Aran*'а—нейропатическую, характеризующуюся началомъ съ мелкихъ мышцъ, реакціей перерожденія и наблюдаемую обыкновенно у взрослыхъ, и 2) форму міопатическую, которую онъ назвалъ дистрофіей и изъ которой выдѣлилъ свою особую форму—юношескую дистрофію, развивающуюся въ юношескомъ возрастѣ и отличающуюся началомъ атрофіи съ мышцъ плечевого пояса.

Въ 1885 г. *Charcot* при обзорѣ различныхъ формъ прогрессивной мышечной атрофіи склонился уже въ пользу раздѣленія нейропатическихъ мышечныхъ атрофій отъ міопатическихъ. Къ нейропатической формѣ онъ отнесъ типъ *Duchenne-Aran*'а, а къ міопатической различные типы: 1) юношескую форму *Erb*'а; 2) ложную гипертрофію, начинающуюся съ ногъ и развивающуюся обыкновенно у дѣтей; 3) атрофическую міопатію *Landouzy-Déjérine*'а, начинающуюся также исключительно у дѣтей младшаго возраста съ мышцъ лица; 4) форму *Leyden-Moebius*'а—семейную и наслѣдственную; 5) форму *Charcot-Marie*—переходную къ нейропатической—и пр. Но съ этого времени уже многіе авторы начинаютъ описывать смѣшанныя формы прогрессивной мышечной атрофіи, или-же формы переходныя одна въ другую, такъ что бываетъ не легко извѣстное заболѣваніе, характеризующееся прогрессивной мышечной атрофіей, отнести къ той или другой формѣ [*Landouzy*, *Déjérine* [8]), *Erb* [9]), *Strümpell* [10])]. Поэтому *Erb* въ 1891 г. допустилъ связь между различными формами дистрофій, а также между дистрофіей и нейропатической формой прогрессивной мышечной атрофіи.

Изъ русскихъ авторовъ проф. *В. К. Ротъ* придерживается унитарной міопатической теоріи. Всѣ виды прогрессивной мышечной атрофіи онъ раздѣляетъ на 2 большихъ отдѣла—центральный и периферическій, сообразно мѣсту распредѣленія атрофіи: или мышцъ, ближе лежащихъ къ туловищу, или-же мышцъ конечностей. Между прочимъ, онъ отмѣчаетъ важный признакъ мышечныхъ атрофій—наслѣдственность и по этому поводу строитъ цѣлую теорію о первичномъ пораженіи каріоплазмы яйца, на почвѣ котораго впослѣдствіи и развивается прогрессивная атрофія мышцъ, или-же, по внесенному имъ новому термину, «мышечная сухотка». Другіе русскіе авторы [*В. Ф. Якубовичъ* [11]), *М. Д. Ханутина* [12])], описывавшіе случаи прогрессивной мышечной атрофіи, также склоняются болѣе къ теоріи міопатической.

*) Сообщено въ Обществѣ дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ 16/IV 1903 г. и въ Петербургскомъ медицинскомъ Обществѣ 22/IV 1903 г.

Такимъ образомъ, изъ этого краткаго обзора литературы видно, что мнѣнія авторовъ о происхожденіи заболѣванія расходятся: одни не находятъ рѣзкихъ измѣненій въ центральной нервной системѣ и поэтому считаютъ атрофію мышцъ, какъ самостоятельное мышечное заболѣваніе, явленіемъ первичнымъ, а измѣненія въ центральной нервной системѣ — вторичными (больше нѣмецкіе и русскіе авторы); другіе-же все значеніе придаютъ измѣненіямъ въ центральной нервной системѣ, а атрофію мышцъ считаютъ послѣдовательнымъ явленіемъ (больше французскіе авторы); наконецъ, третьи являются примирителями 2-хъ противоположныхъ направленій, отдѣляя нейропатическія формы прогрессивныхъ мышечныхъ атрофій отъ міопатическихъ. Въ настоящее время большинство авторовъ при клиническомъ описаніи этой болѣзни и держится упомянутаго раздѣленія на 2 формы, при чемъ указываютъ на формы переходныя и поэтому не допускаютъ рѣзкаго обособленія этихъ формъ между собой.

Міопатическая форма, въ отличіе отъ спинномозговой, чаще встрѣчается у дѣтей, часто наслѣдственна и поражаетъ нѣсколько членовъ семьи; между тѣмъ какъ спинномозговая начинается съ мелкихъ мышцъ — межкостныхъ, мякоти большого пальца и мизинца рукъ; затѣмъ міопатическая форма отличается началомъ или съ мышцъ голени, при чемъ часто сопровождается ложной гипертрофіей мышцъ, или съ мышцъ плечевого пояса (юношеская форма *Erb*'а), или съ мышцъ лица (форма, встрѣчающаяся въ раннемъ дѣтствѣ); кромѣ того, при міопатической формѣ не бываетъ реакціи перерожденія и фибриллярныхъ сокращеній въ мышцахъ, а электрическая возбудимость мышцъ и нервовъ обыкновенно бываетъ не повышена. Что касается подраздѣленій міопатической формы, то въ этомъ случаѣ обыкновенно придерживаются вышеприведеннаго дѣленія на типы по *Charcot*: 1) юношеская форма *Erb*'а; 2) ложная гипертрофія; 3) форма *Landouzy-Dejérine;* 4) форма *Leyden-Moebius*'а; 5) форма *Charcot-Marie* и пр. Между этими подраздѣленіями чаще всего встрѣчаются переходныя формы или-же сочетаніе нѣсколькихъ формъ; поэтому въ послѣднее время такія подраздѣленія считаютъ болѣе или менѣе искусственными.

Перехожу къ описанію своего случая.

Р., 10 л., изъ еврейской семьи. Родители его средняго возраста. Мать, ей около 30 л., здорова. Отецъ, ему около 35 л., 22-й годъ служитъ наборщикомъ въ типографіи; 10 лѣтъ назадъ онъ уже страдалъ явленіями свинцеваго отравленія: въ это время, онъ говоритъ, у него была цынга; затѣмъ 7 лѣтъ назадъ онъ страдалъ сильными колотьями въ животѣ и боками. Мать отца была припадочная и страдала припадками болѣе 10 лѣтъ. Дѣдъ его былъ здоровъ. У родственниковъ со стороны матери нервныхъ заболѣваній не замѣчалось.

Р.—5-ый ребенокъ, 2-ое первыхъ дѣтей умерли на 1-мъ году отъ катарра кишекъ, такъ какъ кормились рожкомъ, а не грудью. Слѣдующія 2 совершенно здоровы. Выкидышей и преждевременныхъ родовъ у матери не было. Сифилиса у родителей не было. Р. родился въ срокъ и правильно, кормился грудью до $1^1/_2$ года; прикармливать его стали съ 8—9 мѣс. Зубы у него начали прорѣзываться съ 10 мѣс.; ходить онъ началъ $1^1/_2$ года. Вообще въ раннемъ дѣтствѣ былъ хилый, перенесъ рахитъ и пользовался, по совѣту врача, солеными ваннами. Родители тогда жили въ сырой квартирѣ. Къ 2-мъ годамъ ребенокъ поправился и затѣмъ хорошо ходилъ и развивался; слабости въ конечностяхъ у него не замѣчалось. На 3-мъ году у него была корь; на 5-мъ году онъ перенесъ легкую скарлатину; на 6-мъ году у него была дифтерія, и онъ лежалъ въ больницѣ; черезъ годъ весной онъ снова тяжело заболѣлъ и былъ опять отправленъ въ больницу, гдѣ у него обнаружилась натуральная оспа. По словамъ матери, оспу ему прививали 3 раза, но безуспѣшно. Лежалъ онъ въ больницѣ 2 мѣсяца, такъ какъ послѣ оспы было еще рожистое воспаленіе на одномъ изъ бедеръ. По выпискѣ изъ больницы родители сразу замѣтили, что ребенокъ прихрамываетъ на ту ногу, на которой у него была рожа, при ходьбѣ не становится на всю стопу, а больше на пальцы, и во время прогулки скоро утомляется. 8-ми лѣтъ онъ поступилъ въ школу и началъ при ходьбѣ падать; потомъ онъ сталъ и другой ногой наступать больше на пальцы. Отецъ такъ описываетъ его походку въ то время: первое время онъ шелъ дов. ровно, но затѣмъ скоро утомлялся и при слегка согнутыхъ колѣнахъ начиналъ становиться на пальцы («на цыпочки»), поворачиваясь въ стороны и вывертывая ноги; такъ онъ могъ идти уже недолго и вдругъ падалъ. Съ развитіемъ болѣзни онъ не могъ уже затѣмъ подняться на ровномъ мѣстѣ самъ, а поднимался съ помощью другихъ или же придерживаясь за что-либо руками. Поднимаясь по лѣстницѣ, онъ придерживался за бедра. Затѣмъ безъ посторонней помощи онъ не могъ уже ходить въ школу и долженъ былъ поэтому прекратить ученье. Въ это-же время, по словамъ отца, у мальчика стали замѣчать и рѣзкое исхуданіе спины и особенно груди, такъ что ребра стали сильно выдѣляться, и уже трудно было поднимать его подъ мышки, такъ какъ своими руками онъ не могъ себя поддерживать и легко поэтому выскальзывалъ изъ рукъ (слабость и постепенная атрофія мышцъ плечевого пояса, т. е. грудныхъ и спинныхъ, прикрѣпляющихся къ лопаткамъ и къ плечевой кости). Общая мышечная слабость увеличивалась постепенно: годъ назадъ ребенокъ могъ еще ходить, придерживаясь за что-либо, напр. возлѣ стѣнки; съ осени 1902 г. онъ едва уже могъ передвигаться, а съ декабря совершенно не ходитъ. Вскорѣ послѣ этого онъ поступилъ въ Николаевскую дѣтскую больницу, откуда 10/II былъ переведенъ въ клинику дѣтскихъ болѣзней и поступилъ подъ мое наблюденіе.

При поступленіи онъ еще могъ съ поддержкою встать на пальцы, но не могъ принять при этомъ ровнаго положенія, а долженъ былъ наклонить туловище впередъ и такимъ образомъ поддерживать его тяжесть, опершись на руки; вслѣдствіе этого онъ могъ стоять при сильно согнутыхъ тазо-бедренныхъ суставахъ, при чемъ подвздошно-поясничныя мышцы (m. m. ileopsoatcs) рѣзко прощупывались въ видѣ плотныхъ шнуровъ, между тѣмъ какъ 4-главыя мышцы бедеръ оставались дряблыми вслѣдствіе своей рѣзкой атрофіи. Отъ этого, въ свою очередь, ноги въ колѣнныхъ суставахъ при стояніи не могли быть выпрямлены, но подъ вліяніемъ сокращенія менѣе атрофированныхъ полусухожильныхъ и полуперепончатыхъ мышцъ, а также отчасти и икроножныхъ, оставались согнутыми, вслѣдствіе-же небольшой контрактуры послѣднихъ и атрофіи переднихъ мышцъ голени стопа сохраняла положеніе конской стопы. Такимъ образомъ ребенокъ первое время могъ становиться на пальцы ногъ при сильно согнутыхъ тазобедренныхъ суставахъ, при болѣе слабо согнутыхъ колѣнахъ и при вытянутыхъ стопахъ, а затѣмъ, черезъ мѣсяцъ, и съ поддержкой не могъ ужо встать на ноги.

Р.—вообще слабо развитъ физически, худощавъ. Ростъ (118 стм.) и вѣсъ его (19 клгрм.) нѣсколько меньше среднихъ соотвѣтствующаго возраста (128 стм. и 25—26 клгрм.). Части тѣла развиты пропорціонально. Со стороны сердца, легкихъ, печени, селезенки патологическихъ отклоненій не замѣчается. На низъ и мочеиспусканіе въ исправности: подъ себя никогда не мочится; запоровъ также никогда не было. Со стороны нервной системы патологическихъ уклоненій не замѣчается, за исключеніемъ тѣхъ отправленій, которыя связаны съ мышечной дѣятельностью. Такъ, чувствительность—болевая, температурная, осязаніе и мышечное чувство сохранены равномѣрно съ обѣихъ сторонъ. Чувства—зрѣніе, обоняніе, вкусъ, слухъ—замѣтныхъ уклоненій не представляютъ. Косоглазія не замѣчается. Умственно развитъ хорошо.

Что-же касается мышечной системы, то здѣсь обнаруживаются очень рѣзкія измѣненія: при осмотрѣ ребенка особенно бросается въ глаза атрофія мышцъ плечевого пояса и ногъ. Спереди грудная клѣтка представляется уплощенной вслѣдствіе значительной атрофіи обѣихъ большихъ грудныхъ мышцъ, отъ которыхъ остались лишь отдѣльные пучки, идущіе къ грудинѣ, и группы пучковъ подъ ключицей. Замѣчается также атрофія мышцъ спины, особенно широкой и общей выпрямляющей, а также мышцъ живота; вслѣдствіе атрофіи ихъ ребенокъ не можетъ поднять туловища безъ помощи рукъ ни когда нагнется впередъ, ни когда ляжетъ на спину, а вслѣдствіе атрофіи межлопаточныхъ мышцъ (m.m. rhomboidei) края лопатокъ легко захватываются и оттягиваются отъ туловища. Капюшенныя мышцы хорошо сохранены. Въ ногахъ особенно атрофированы ягодичныя мышцы, а также мышцы передней поверхности бедра—4-главыя, между тѣмъ какъ подвздошно-поясничныя и сгибатели колѣнъ (полусухожильныя, полуперепончатыя и 2-главыя), а также приводящія бедро атрофированы мало, вслѣдствіе этого пригнуть бедра къ туловищу и согнуть колѣна ребенокъ можетъ легко, между тѣмъ какъ вытянуть или значительно раздвинуть ноги и выгнуть колѣна не можетъ. Мышцы голеней всѣ атрофированы, особенно на передней поверхности; кромѣ того, замѣчается небольшая контрактура икроножныхъ мышцъ. Мелкія мышцы стопы замѣтно не атрофированы, и движенія пальцевъ сохранены. Мышцы рукъ развиты слабо, но атрофіи преимущественно какой-либо группы мышцъ не замѣчается: мелкія мышцы кистей и въ томъ числѣ межкостныя и большого пальца сохранены хорошо; точно также равномѣрно сохранены и мышцы предплечья и плеча, но общая сила рукъ рѣзко ослаблена: больной съ усиліемъ поднимаетъ вверхъ гирю въ 4 ф., которую свободно поднимаетъ крѣпкій 4-лѣтній ребенокъ. Эта слабость рукъ указываетъ на общую равномѣрную атрофію ихъ мышцъ.

Вслѣдствіе слабости мышцъ и недостаточно крѣпкаго по этой причинѣ прикрѣпленія ихъ сухожилій возлѣ суставовъ, межсуставныя связки развиты слабо, отчего суставы легко выгибаются подъ тупымъ угломъ (подобно болтающимся суставамъ); особенно это рѣзко замѣтно на вторыхъ фалангахъ пальцевъ, которыя выгибаются подъ угломъ около 150°. Лице нѣсколько одутловато и маскообразно, мало подвижно, что также зависитъ отъ общей равномѣрной атрофіи мышцъ лица. Хотя лице ребенка на видъ и не кажется особенно исхудалымъ, но это, видимо, зависитъ отъ обилія жировой клѣтчатки, такъ какъ ребенокъ не можетъ выполнить губами такихъ мышечныхъ движеній, для которыхъ требуется извѣстная сила мышцъ; напр., онъ не можетъ раздуть щекъ, потому-что воздухъ вслѣдствіе слабости мышцъ, сжимающихъ губы (orbicularis oris), легко выходитъ изо-рта; по той-же причинѣ онъ не можетъ вытянуть губы и свистнуть. Соотвѣтственно атрофіи мышцъ и сухожильные рефлексы или сильно

понижены, или ихъ и вовсе нѣтъ; такъ, рефлексы на 2-главыхъ и 3-главыхъ мышцахъ рукъ и межлопаточные вызываются съ трудомъ и слабо; рефлексовъ колѣнныхъ и съ Ахилловыхъ сухожилій совсѣмъ нѣтъ. Кожные рефлексы—глоточный, брюшной и мошоночный выражены слабо; подошвенный на обѣихъ конечностяхъ не вызывается совершенно. Мышцы на ощупь дряблы; ложной гипертрофіи ихъ не замѣчается, хотя на видъ размѣры органовъ, особенно ногъ, представляются больше, чѣмъ объ этомъ можно было-бы судить по относительной слабости мышцъ. Это указываетъ, что атрофированная мышечная ткань въ значительной мѣрѣ замѣнена подкожной соединительной тканью и жировой клѣтчаткой. За эту-же замѣну одной ткани другою говоритъ и значительная плотность атрофированныхъ частей, напр., икроножныхъ мышцъ и одутловатость лица. Ложной-же гипертрофіи не получилось вслѣдствіе общаго истощенія ребенка. Напротивъ, грудныя мышцы атрофированы безъ всякой замѣны другою тканью; поэтому ребра спереди можно считать издали.

Что касается отношенія мышцъ къ гальваническому и фарадическому току, то въ этомъ отношеніи замѣчается слѣдующее. Качественная реакція не измѣнена; сокращеніе при замыканіи катода на всѣхъ мышцахъ сильнѣе сокращенія при замыканіи анода, хотя на мышцахъ ногъ, особенно голеней, замѣчается ослабленіе возбудимости и потому, чтобы вызвать соотвѣтствующее ясное сокращеніе, требуется гораздо бо́льшая сила тока, чѣмъ у повѣрочнаго ребенка; болѣе-же слабый токъ даетъ почти одинаковое сокращеніе какъ при замыканіи катода, такъ и при замыканіи анода. Точно также замѣчается ослабленіе возбудимости въ мышцахъ ногъ и при дѣйствіи фарадическаго тока. Это ослабленіе возбудимости зависитъ, несомнѣнно, отъ атрофіи мышечныхъ волоконъ и замѣны послѣднихъ соединительною тканью, почему и для видимаго сокращенія мышцъ требуется бо́льшая сила тока. Такимъ образомъ реакціи перерожденія въ мышцахъ не наблюдается, но замѣчается только относительная реакція перерожденія въ мышцахъ голеней въ видѣ ослабленія электрической возбудимости. Точно также не наблюдается мышечныхъ подергиваній и волоконцевыхъ сокращеній при постукиваніи по мышцамъ.

Со стороны мочи и отправленій на низъ болѣзненныхъ уклоненій не замѣчается. Мочи за сутки около 1000,0; она прозрачная, соломенно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, уд. в. 1,014—1,016, бѣлка и сахара не содержитъ, но имѣетъ слѣды индикана. Испражненія обыкновенно густыя. Температура все время подлихорадочная: утромъ 36°,6—37°, большею частью 36°,9, а вечеромъ, обыкновенно—37°—37°,1 и рѣже 37°,2.

Въ такомъ видѣ болѣзнь текла до 11/v, когда больной былъ взятъ родителями и отправленъ въ Старую Руссу для лѣченія солеными ваннами. Мышечная слабость, особенно ногъ, замѣтно увеличивалась, при чемъ развивалась контрактура сгибателей колѣннаго и голеностопнаго суставовъ (конская стопа), а также и подвздошно-поясничныхъ мышцъ съ обѣихъ сторонъ.

Ровно чрезъ 2 мѣсяца, 11/vi, ребенокъ былъ снова помѣщенъ въ Петропавловскую больницу, а 11/xi переведенъ въ клинику и вновь поступилъ подъ мое наблюденіе. Къ этому времени онъ выросъ (122 стм.) и прибавился въ вѣсѣ (21,1 клгрм.), между тѣмъ какъ со стороны мышечной системы замѣтна была все болѣе и болѣе распространявшаяся атрофія: ребенокъ и съ поддержкой не могъ уже становиться на ноги, при чемъ въ мышцахъ (сгибателяхъ) контрактуры были выражены сильнѣе. Но особенно рѣзкая атрофія была замѣтна въ большихъ грудныхъ мышцахъ, отъ которыхъ сохранились только отдѣльные мышечные пучки въ верхнихъ частяхъ (ключичныхъ), примыкающихъ къ ключицамъ. Мышечная сила рукъ также замѣтно уменьшилась: одной рукой ребенокъ могъ поднять около 3½ ф., обѣими руками—около 10 ф. По мѣрѣ развитія мышечной атрофіи болѣе рѣзко выступила и реакція перерожденія. На мышцахъ ногъ извращенія гальванической возбудимости не замѣчалось, но уменьшеніе возбудимости отъ дѣйствія какъ гальваническаго, такъ и фарадическаго тока распространилось съ мышцъ голеней на мышцы бедеръ. На большихъ-же грудныхъ мышцахъ къ марту 1904 г. была обнаружена полная реакція перерожденія—полное отсутствіе сократимости оставшихся мышечныхъ пучковъ на гальваническую и фарадическую возбудимость, при чемъ при сильномъ токѣ наблюдалась только боль безъ сокращенія мышцъ, между тѣмъ какъ произвольное слабое сокращеніе этихъ мышцъ при сдвиганіи рукъ сохранилось, особенно въ верхнихъ ихъ пучкахъ.

Что касается лѣченія, то въ этомъ случаѣ были проведены разные способы, но безъ всякаго успѣха. Сначала было назначено иодистое лѣченіе, которое велось, съ небольшими промежутками, съ 17/ii по 14/iii, но не дало никакого улучшенія. Затѣмъ съ 10/iv давали стрихнинъ до 11/v. Въ тоже время примѣнялась фарадизація общая и особенно ногъ 2 раза въ недѣлю и общій массажъ ежедневно. Но особенно энергичное лѣченіе примѣнено было въ слѣдующемъ учебномъ году. Въ томъ предположеніи, что прогрессирующая атрофія мышцъ не только зависитъ отъ заболѣванія самихъ мышечныхъ элементовъ, но и сопровождается послѣдовательнымъ перерожденіемъ нервныхъ волоконъ, а, слѣд., и двигательныхъ ядеръ спинного мозга, я считалъ недостаточнымъ направлять лѣченіе на однѣ только мышцы, оставляя безъ вниманія нервную систему, т. е. примѣнять для лѣченія только массажъ и пассивную гимнастику, а признавалъ необходимымъ пользоваться для лѣченія и импульсомъ на мышцы со стороны нервной системы, т. е. примѣнить и активную гимнастику—заставлять больного усиліями воли приводить въ сокращеніе атрофированныя мышцы. По предложенію проф. *А. В. Штаке*, больной былъ направленъ 24/xi 1903 г. въ его отдѣленіе для примѣненія физическихъ способовъ лѣченія при Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ, гдѣ ему была назначена активная и пассивная гимнастика, а, кромѣ того, въ клиникѣ ежедневно, а послѣ 12/xii черезъ день производилась общая фарадизація мышцъ. Такое лѣченіе примѣнялось до 15/i 1904 г. Дѣйствительно, уже въ ½ декабря стало замѣчаться улучшеніе въ общемъ состояніи больного, атрофированныя мышцы сдѣлались полнѣе въ объемѣ, мышечная сила стала прибывать — ребенокъ могъ, напр., поднимать рукою до 5 ф.—движенія суставовъ ногъ, ихъ активное сгибаніе и разгибаніе совершались подъ бо́льшимъ угломъ. Но ребенокъ все-же не могъ ни встать на ноги, ни ходить, даже съ поддержкою. Затѣмъ его состояніе опять стало ухудшаться и, не смотря на примѣненіе потомъ общаго массажа и гимнастики, а также фарадизаціи, атрофія мышцъ замѣтно увеличивалась и впослѣдствіи обнаружена была полная реакція перерожденія въ грудныхъ мышцахъ.

Такимъ образомъ всѣ попытки лѣченія остались безуспѣшными. Хотя общее умственное и физическое развитіе, особенно костной системы, шло довольно правильно — ребенокъ за годъ выросъ на 4 стм. (122 стм. вмѣсто 118) и прибавился въ вѣсѣ на 3 клгрм. (21,1 клгрм. вмѣсто 19), каковая прибыль вполнѣ соотвѣтствуетъ его возрасту, — но при всемъ томъ мышечная система неудержимо и прогрессивно атрофировалась.

Въ данномъ случаѣ интересна этіологія заболѣванія. Наслѣдственнаго предрасположенія у больного не было: ни у кого изъ родныхъ его подобнаго заболѣванія не наблюдалось; другія дѣти здоровы. Но здѣсь несомнѣнно есть наслѣдственно-ослабленная организація; кромѣ бабушки по отцу, страдавшей припадками падучей, особенно важное вліяніе на организацію ребенка имѣло болѣзненное состояніе отца, который, состоя наборщикомъ, уже до рожденія ребенка страдалъ свинцевымъ отравленіемъ. Кромѣ того, цѣлый рядъ неблагопріятныхъ для здоровья ребенка условій, и при томъ въ періодъ его роста и развитія, также ослаблялъ его организмъ: ребенокъ послѣдовательно перенесъ одну за другой 6 болѣзней—рахитъ, корь, скарлатину, дифтерію, натуральную оспу и вскорѣ за ней рожу. Въ борьбѣ съ такими тяжелыми болѣзнями, если организмъ его и устоялъ, то съ сильно ослабленной жизненной энергіей, что̀ особенно отразилось на нервной и преимущественно мышечной системахъ, какъ наиболѣе дѣятельныхъ и подвижныхъ частяхъ организма. Вѣроятнѣе всего оспа и послужила ближайшимъ толчкомъ къ развитію прогрессивной мышечной атрофіи, такъ какъ непосредственно послѣ нея и появились первые признаки мышечной слабости.

Къ какому-же типу атрофій отнести этотъ случай? Какъ уже было замѣчено выше, между различными типами и видами атрофій нѣтъ рѣзкаго различія. Къ этому мнѣнію въ послѣднее время приходятъ многіе авторы (*Erb*, *Strümpell* и др.). Это-же подтверждается и моимъ случаемъ. Начало болѣзни—1) въ дѣтскомъ возрастѣ, 2) съ крупныхъ мышцъ ногъ (икроножныхъ, 4-главыхъ) и мышцъ плечевого пояса, при незатронутыхъ мелкихъ мышцахъ кистей рукъ и стопы, 3) отсутствіе признаковъ реакціи перерожденія особенно въ первое время болѣзни, постоянное отсутствіе извращенія сокращенія мышцъ при дѣйствіи гальваническаго тока, отсутствіе волоконцевыхъ сокращеній и пр., всѣ эти признаки заставляютъ отнести вышеописанный случай въ міопатической формѣ прогрессивной мышечной атрофіи, къ разряду дистрофій по *Erb*'у. Но, съ другой стороны, постепенно развивавшаяся относительная реакція перерожденія сначала въ мышцахъ голени, а затѣмъ и бедра, и полная реакція перерожденія, подъ конецъ обнаруженная въ большихъ грудныхъ мышцахъ—всѣ эти данныя приближаютъ болѣзнь у моего больного къ спинномозговой формѣ прогрессивной мышечной атрофіи, наблюдаемой обыкновенно у взрослыхъ. Вѣроятнѣе всего, въ этомъ случаѣ на вскрытіи мы нашли-бы, на ряду съ рѣзкой атрофіей мышцъ, какъ послѣдовательное явленіе, и такую-же атрофію въ переднихъ рогахъ и связанныхъ съ ними двигательныхъ путяхъ спинного мозга, такъ какъ атрофія мышцъ ведетъ къ атрофіи отъ недѣятельности и самаго нерва, а, слѣд., и всего нейрона и связанныхъ съ нимъ путей. Поэтому на основаніи одного вскрытія рѣшить вопросъ, гдѣ лежитъ начало заболѣванія—въ мышцахъ или въ нервной системѣ?, по моему мнѣнію, съ положительностью невозможно. Въ этомъ, несомнѣнно, и лежитъ та доля противорѣчій въ мнѣніяхъ различныхъ авторовъ—однихъ, принимающихъ на основаніи данныхъ

вскрытія рѣзкую разницу между міопатической и міэлопатической формами прогрессивной мышечной атрофіи, и другихъ, не находящихъ между ними большой разницы и устанавливающихъ переходныя формы,—какъ объ этомъ было сказано выше.

Къ какому-же виду дистрофій отнести вышеописанный случай? Начало заболѣванія—въ дѣтскомъ возрастѣ и съ мышцъ ногъ съ замѣщеніемъ мышечной ткани подкожной клѣтчаткой—даетъ поводъ отнести его ко 2-му типу (по *Charcot*) дѣтской міопатіи, хотя ложной гипертрофіи въ данномъ случаѣ и не замѣчается, что̀, несомнѣнно, обусловливается вообще плохимъ питаніемъ ребенка и его худощавымъ сложеніемъ. При дальнѣйшемъ развитіи болѣзни выступила атрофія мышцъ плечевого пояса, особенно большихъ грудныхъ мышцъ, что̀ уже приближаетъ этотъ случай къ юношеской формѣ *Erb*'а. Впослѣдствіи-же, какъ объ этомъ упомянуто было выше, атрофія распространилась и на лицевыя мышцы (форма *Landouzy-Déjerine*'а) и на мышцы рукъ, спины и живота. Такимъ образомъ мой больной за продолжительное время его болѣзни—около 5 лѣтъ—продѣлалъ не одинъ типъ міопатической формы заболѣванія или дистрофіи по *Erb*'у, изъ которыхъ все-таки наиболѣе рѣзко выступаетъ дѣтская форма прогрессивной мышечной атрофіи, начинающаяся съ ногъ и часто сопровождающаяся ложной гипертрофіей мышцъ (въ моемъ случаѣ не выраженной).

Литература. 1. *Aran.* «Archives générales de médecine», 1850 г.—2. *Luys.* «Gazette médicale de Paris», 1860 г.—3. *Cruvellier.* «Archives générales de médecine», 1853 г.—4. *Hayem.* «Archives de physiologie», 1869 г.—5. *Duchenne.* De l'électricité localisée, 1872 г. — 6. *Charcot.* Oeuvres completes. 1874 г.—7. *Friedreich.* Ueber progressive Muskelatrophie und Muskelhypertrophie, 1873 г. — 8. *Déjerine.* «Revue de médecine», 1885 г.—9. *Erb.* «Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde», 1891 г.—10. *Strümpell.* Тамъ-же, 1893 г.—11. *В. Ф. Якубовичъ.* Къ ученію о псейдогипертрофіи и прогрессивной мышечной атрофіи у дѣтей, 1885 г.—12. *М. Д. Ханутина.* «Больничная Газета Боткина», 1899 г.

CLXXIII. Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-Медицинской Академіи.

О дѣйствіи атропина на кишечникъ.

Н. Э. Риделя.

(Предварительное сообщеніе).

Не смотря на широкое примѣненіе различныхъ препаратовъ атропина въ медицинѣ, дѣйствіе его на кишечникъ и до сихъ поръ еще выяснено мало. Одной изъ главныхъ причинъ этого, несомнѣнно, является неполная изученность физіологами иннерваціи кишечника. При изученіи дѣйствія какого-либо лѣкарства на кишечникъ приходится имѣть въ виду какъ состояніе его аутоматическихъ центровъ и мышцъ, такъ и рядъ сложныхъ вліяній на него со стороны центральной нервной системы.

Для изученія дѣйствія атропина я производилъ опыты какъ на изолированномъ кишечникѣ, такъ и на кишечникѣ живыхъ животныхъ. Для опытовъ я бралъ кроликовъ и кошекъ. Изолированный кишечникъ помѣщался въ особую ванну, въ общемъ сходную съ тою, которою пользовались при изученіи другихъ изолированныхъ органовъ въ лабораторіи проф. *Н. П. Кравкова* д-ра *Курдиновскій* [1]), *Закусовъ* [1]), *Ивановъ* и др. Температура ванны (около 38°—40° Ц.) поддерживалась посредствомъ воздушнаго терморегулятора. Жидкость *Ringer-Locke*'а, насыщаемая кислородомъ, пропускалась черезъ брыжеечную артерію (art. mesenterica). Изолированный кишечникъ при такихъ условіяхъ продолжительно работалъ, такъ что наблюденія могли производиться непрерывно нѣсколько часовъ. Запись сокращеній продольныхъ и круговыхъ мышцъ кишечника производилась особо приспособленными рычагами, описаніе которыхъ я оставляю до напечатанія подробной работы. Къ сожалѣнію, когда моя работа была уже окончена и я былъ откомандированъ на театръ военныхъ дѣйствій, я не могъ воспользоваться весьма удобнымъ и въ то-же время простымъ способомъ записи продольныхъ и круговыхъ мышечныхъ сокращеній кишечника, предложенныхъ въ недавнее время *Magnus*'омъ [1]). Для наблюденій надъ кишечникомъ у живыхъ животныхъ я дѣлалъ чревосѣченіе и помѣщалъ ихъ въ ванну такъ, чтобы выпавшій кишечникъ находился въ жидкости *Ringer-Locke*'а. Температура жидкости поддерживалась до 38°—40° Ц. Мои многочисленныя изслѣдованія привели меня къ слѣдующимъ выводамъ.

1. Какъ слабые, такъ и крѣпкіе растворы атропина усиливаютъ и въ то-же время регулируютъ движенія изолированнаго кишечника.

2. Слабые растворы атропина усиливаютъ преимущественно дѣятельность продольныхъ мышцъ кишечника, а средніе и крѣпкіе и дѣятельность круговыхъ мышечныхъ волоконъ.

3. Очень крѣпкіе растворы атропина вызываютъ общую судорогу или «тетанусъ» изолированнаго кишечника.

4. Атоніи на изолированномъ кишечникѣ даже и насыщенными растворами атропина вызвать не удается.

5. Возбудимость мышечной ткани изолированнаго кишечника отъ атропина повышается.

6. На основаніи этихъ наблюденій нужно думать, что атропинъ возбуждаетъ двигательные узлы кишечника, вызывая прежде всего активную дѣятельность продольныхъ, а затѣмъ и круговыхъ мышечныхъ волоконъ; при этомъ общая возбудимость кишечныхъ мышцъ повышается.

7. Атропинъ, введенный въ вену живого животнаго (кормленнаго или голоднаго), всегда вызываетъ и усиливаетъ движенія наполненнаго содержимымъ кишечника и не дѣйствуетъ на кишечникъ пустой.

8. Возбудимость кишечныхъ мышцъ у живого животнаго отъ атропина повышается.

9. Остановка движеній кишечника при атропинѣ наблюдается сравнительно рѣдко и при томъ на короткое время даже и при большихъ и повторныхъ дозахъ этого яда. Эта остановка движеній находится въ большой зависимости отъ нарушенія дѣятельности дыханія и сердца.

10. Большія дозы атропина, введеннаго въ кровь, всегда вызываютъ поблѣднѣніе (анэмію) кишечника.

11. Электрическое раздраженіе блуждающаго или лѣваго внутренностнаго нерва (n. splanchnici sin.) при атропинѣ въ большинствѣ случаевъ вызываетъ бурную перистальтику кишечника; только послѣ огромныхъ дозъ яда перистальтика не проявляется.

12. По наступленіи смерти атропинизированнаго животнаго постоянно наблюдаются энергичныя движенія кишекъ (впродолженіи 20—40 мин.).

13. Надпочечники послѣ атропинизаціи животнаго теряютъ свое задерживающее вліяніе на движеніе кишекъ.

14. Вылущеніе одного или обоихъ надпочечниковъ у атропинизированнаго животнаго никакого задерживающаго вліянія на движеніе кишекъ не оказываетъ.

15. Сопоставленіе результатовъ наблюденій надъ изолированнымъ кишечникомъ и кишечникомъ in vivo заставляетъ признать, что способъ дѣйствія атропина на кишечникъ заключается главнымъ образомъ въ возбужденіи его двигательнаго нервнаго прибора (Ауэрбаховскаго сплетенія) и въ повышеніи возбудимости самихъ мышцъ. При этомъ вначалѣ возбуждается преимущественно дѣятельность продольныхъ (Pendelbewegung), а затѣмъ и круговыхъ мышцъ.

Подробности настоящей работы будутъ изложены мною въ диссертаціи.

---

[1]) Петербургскія диссертаціи, 1904 г.

[1]) *Magnus.* Versuche am überlebenden Dünndarm von Säugethieren. *Pflüger's* Archiv, 1901 г., т. 102, стр. 123.

понижены, или ихъ и вовсе нѣтъ; такъ, рефлексы на 2-главыхъ и 3-главыхъ мышцахъ рукъ и межлопаточные вызываются съ трудомъ и слабо; рефлексовъ колѣнныхъ и съ Ахилловыхъ сухожилій совсѣмъ нѣтъ. Кожные рефлексы—глоточный, брюшной и мошоночный выражены слабо; подошвенный на обѣихъ конечностяхъ не вызывается совершенно. Мышцы на ощупь дряблы; ложной гипертрофіи ихъ не замѣчается, хотя на видъ размѣры органовъ, особенно ногъ, представляются больше, чѣмъ объ этомъ можно было-бы судить по относительной слабости мышцъ. Это указываетъ, что атрофированная мышечная ткань въ значительной мѣрѣ замѣнена подкожной соединительной тканью и жировой клѣтчаткой. За эту-же замѣну одной ткани другою говоритъ и значительная плотность атрофированныхъ частей, напр., икроножныхъ мышцъ и одутловатость лица. Ложной-же гипертрофіи не получилось вслѣдствіе общаго истощенія ребенка. Напротивъ, грудныя мышцы атрофированы безъ всякой замѣны другою тканью; поэтому ребра спереди можно считать издали.

Что касается отношенія мышцъ къ гальваническому и фарадическому току, то въ этомъ отношеніи замѣчается слѣдующее. Качественная реакція не измѣнена; сокращеніе при замыканіи катода на всѣхъ мышцахъ сильнѣе сокращенія при замыканіи анода, хотя на мышцахъ ногъ, особенно голеней, замѣчается ослабленіе возбудимости и потому, чтобы вызвать соотвѣтствующее ясное сокращеніе, требуется гораздо бо́льшая сила тока, чѣмъ у повѣрочнаго ребенка; болѣе-же слабый токъ даетъ почти одинаковое сокращеніе какъ при замыканіи катода, такъ и при замыканіи анода. Точно также замѣчается ослабленіе возбудимости въ мышцахъ ногъ и при дѣйствіи фарадическаго тока. Это ослабленіе возбудимости зависитъ, несомнѣнно, отъ атрофіи мышечныхъ волоконъ и замѣны послѣднихъ соединительною тканью, почему и для видимаго сокращенія мышцъ требуется бо́льшая сила тока. Такимъ образомъ реакціи перерожденія въ мышцахъ не наблюдается, но замѣчается только относительная реакція перерожденія въ мышцахъ голеней въ видѣ ослабленія электрической возбудимости. Точно также не наблюдается мышечныхъ подергиваній и волоконцевыхъ сокращеній при постукиваніи по мышцамъ.

Со стороны мочи и отправленій на низъ болѣзненныхъ уклоненій не замѣчается. Мочи за сутки около 1000,0; она прозрачная, соломенно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, уд. в. 1,014—1,016, бѣлка и сахара не содержитъ, но имѣетъ слѣды индикана. Испражненія обыкновенно густыя. Температура все время подлихорадочная: утромъ 36°,6—37°, большею частью 36°,9, а вечеромъ, обыкновенно—37°—37°,1 и рѣже 37°,2.

Въ такомъ видѣ болѣзнь текла до 11/v, когда больной былъ взятъ родителями и отправленъ въ Старую Руссу для лѣченія солеными ваннами. Мышечная слабость, особенно ногъ, замѣтно увеличивалась, при чемъ развивалась контрактура сгибателей колѣннаго и голеностопнаго суставовъ (конская стопа), а также и подвздошно-поясничныхъ мышцъ съ обѣихъ сторонъ.

Ровно чрезъ 2 мѣсяца, 11/vi, ребенокъ былъ снова помѣщенъ въ Петропавловскую больницу, а 11/xi переведенъ въ клинику и вновь поступилъ подъ мое наблюденіе. Къ этому времени онъ выросъ (122 стм.) и прибавился въ вѣсѣ (21,1 клгрм.), между тѣмъ какъ со стороны мышечной системы замѣтна была все болѣе и болѣе распространявшаяся атрофія: ребенокъ и съ поддержкой не могъ уже становиться на ноги, при чемъ въ мышцахъ (сгибателяхъ) контрактуры были выражены сильнѣе. Но особенно рѣзкая атрофія была замѣтна въ большихъ грудныхъ мышцахъ, отъ которыхъ сохранились только отдѣльные мышечные пучки въ верхнихъ частяхъ (ключичныхъ), примыкающихъ къ ключицамъ. Мышечная сила рукъ также замѣтно уменьшилась: одной рукой ребенокъ могъ поднять около 3½ ф., обѣими руками—около 10 ф. По мѣрѣ развитія мышечной атрофіи болѣе рѣзко выступила и реакція перерожденія. На мышцахъ ногъ извращенія гальванической возбудимости не замѣчалось, но уменьшеніе возбудимости отъ дѣйствія какъ гальваническаго, такъ и фарадическаго тока распространилось съ мышцъ голеней на мышцы бедеръ. На большихъ-же грудныхъ мышцахъ къ марту 1904 г. была обнаружена полная реакція перерожденія—полное отсутствіе сократимости оставшихся мышечныхъ пучковъ на гальваническую и фарадическую возбудимость, при чемъ при сильномъ токѣ наблюдалась только боль безъ сокращенія мышцъ, между тѣмъ какъ произвольное слабое сокращеніе этихъ мышцъ при сдвиганіи рукъ сохранилось, особенно въ верхнихъ ихъ пучкахъ.

Что касается лѣченія, то въ этомъ случаѣ были проведены разные способы, но безъ всякаго успѣха. Сначала было назначено іодистое лѣченіе, которое велось, съ небольшими промежутками, съ 17/ii по 14/iii, но не дало никакого улучшенія. Затѣмъ съ 10/iv давали стрихнинъ до 11/v. Въ тоже время примѣнялась фарадизація общая и особенно ногъ 2 раза въ недѣлю и общій массажъ ежедневно. Но особенно энергичное лѣченіе примѣнено было въ слѣдующемъ учебномъ году. Въ томъ предположеніи, что прогрессирующая атрофія мышцъ не только зависитъ отъ заболѣванія самихъ мышечныхъ элементовъ, но и сопровождается послѣдовательнымъ перерожденіемъ нервныхъ волоконъ, а, слѣд., и двигательныхъ ядеръ спинного мозга, я считалъ недостаточнымъ направлять лѣченіе на однѣ только мышцы, оставляя безъ вниманія нервную систему, т. е. примѣнять для лѣченія только массажъ и пассивную гимнастику, а признавалъ необходимымъ пользоваться для лѣченія и импульсомъ на мышцы со стороны нервной системы, т. е. примѣнить и активную гимнастику—заставлять больного усиліями воли приводить въ сокращеніе атрофированныя мышцы. По предложенію проф. *А. В. Штанге*, больной былъ направленъ 24/xi 1903 г. въ его отдѣленіе для примѣненія физическихъ способовъ лѣченія при Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ, гдѣ ему была назначена активная и пассивная гимнастика, а, кромѣ того, въ клиникѣ ежедневно, а послѣ 12/xii черезъ день производилась общая фарадизація мышцъ. Такое лѣченіе примѣнялось до 15/i 1904 г. Дѣйствительно, уже въ ½ декабря стало замѣчаться улучшеніе въ общемъ состояніи больного, атрофированныя мышцы сдѣлались полнѣе въ объемѣ, мышечная сила стала прибывать—ребенокъ могъ, напр., поднимать рукою до 5 ф.—движенія суставовъ ногъ, ихъ активное сгибаніе и разгибаніе совершались подъ бо́льшимъ угломъ. Но ребенокъ все-же не могъ ни встать на ноги, ни ходить, даже съ поддержкою. Затѣмъ его состояніе опять стало ухудшаться и, не смотря на примѣненіе потомъ общаго массажа и гимнастики, а также фарадизаціи, атрофія мышцъ замѣтно увеличивалась и впослѣдствіи обнаружена была полная реакція перерожденія въ грудныхъ мышцахъ.

Такимъ образомъ всѣ попытки лѣченія остались безуспѣшными. Хотя общее умственное и физическое развитіе, особенно костной системы, шло довольно правильно — ребенокъ за годъ выросъ на 4 стм. (122 стм. вмѣсто 118) и прибавился въ вѣсѣ на 3 клгрм. (21,1 клгрм. вмѣсто 19), каковая прибыль вполнѣ соотвѣтствуетъ его возрасту, — но при всемъ томъ мышечная система неудержимо и прогрессивно атрофировалась.

Въ данномъ случаѣ интересна этіологія заболѣванія. Наслѣдственнаго предрасположенія у больного не было: ни у кого изъ родныхъ его подобнаго заболѣванія не наблюдалось; другія дѣти здоровы. Но здѣсь несомнѣнно есть наслѣдственно-ослабленная организація; кромѣ бабушки по отцу, страдавшей припадками падучей, особенно важное вліяніе на организацію ребенка имѣло болѣзненное состояніе отца, который, состоя наборщикомъ, уже до рожденія ребенка страдалъ свинцевымъ отравленіемъ. Кромѣ того, цѣлый рядъ неблагопріятныхъ для здоровья ребенка условій, и при томъ въ періодъ его роста и развитія, также ослаблялъ его организмъ: ребенокъ послѣдовательно перенесъ одну за другой 6 болѣзней—рахитъ, корь, скарлатину, дифтерію, натуральную оспу и вскорѣ за ней рожу. Въ борьбѣ съ такими тяжелыми болѣзнями, если организмъ его и устоялъ, то съ сильно ослабленной жизненной энергіей, что̀ особенно отразилось на нервной и преимущественно мышечной системахъ, какъ наиболѣе дѣятельныхъ и подвижныхъ частяхъ организма. Вѣроятнѣе всего оспа и послужила ближайшимъ толчкомъ къ развитію прогрессивной мышечной атрофіи, такъ какъ непосредственно послѣ нея и появились первые признаки мышечной слабости.

Къ какому-же типу атрофій отнести этотъ случай? Какъ уже было замѣчено выше, между различными типами и видами атрофій нѣтъ рѣзкаго различія. Къ этому мнѣнію въ послѣднее время приходятъ многіе авторы (*Erb*, *Strümpell* и др.). Это-же подтверждается и моимъ случаемъ. Начало болѣзни—1) въ дѣтскомъ возрастѣ, 2) съ крупныхъ мышцъ ногъ (икроножныхъ, 4-главыхъ) и мышцъ плечевого пояса, при незатронутыхъ мелкихъ мышцахъ кистей рукъ и стопы, 3) отсутствіе признаковъ реакціи перерожденія особенно въ первое время болѣзни, постоянное отсутствіе извращенія сокращенія мышцъ при дѣйствіи гальваническаго тока, отсутствіе волоконцевыхъ сокращеній и пр., всѣ эти признаки заставляютъ отнести вышеописанный случай въ міопатической формѣ прогрессивной мышечной атрофіи, къ разряду дистрофій по *Erb*'у. Но, съ другой стороны, постепенно развивавшаяся относительная реакція перерожденія сначала въ мышцахъ голени, а затѣмъ и бедра, и полная реакція перерожденія, подъ конецъ обнаруженная въ большихъ грудныхъ мышцахъ—всѣ эти данныя приближаютъ болѣзнь у моего больного къ спинномозговой формѣ прогрессивной мышечной атрофіи, наблюдаемой обыкновенно у взрослыхъ. Вѣроятнѣе всего, въ этомъ случаѣ на вскрытіи мы нашли-бы, на ряду съ рѣзкой атрофіей мышцъ, какъ послѣдовательное явленіе, и такую-же атрофію въ переднихъ рогахъ и связанныхъ съ ними двигательныхъ путяхъ спинного мозга, такъ какъ атрофія мышцъ ведетъ къ атрофіи отъ недѣятельности и самаго нерва, а, слѣд., и всего нейрона и связанныхъ съ нимъ путей. Поэтому на основаніи одного вскрытія рѣшить вопросъ, гдѣ лежитъ начало заболѣванія—въ мышцахъ или въ нервной системѣ?, по моему мнѣнію, съ положительностью невозможно. Въ этомъ, несомнѣнно, и лежитъ та доля противорѣчій въ мнѣніяхъ различныхъ авторовъ—однихъ, принимающихъ на основаніи данныхъ

вскрытія рѣзкую разницу между міопатической и міелопатической формами прогрессивной мышечной атрофіи, и другихъ, не находящихъ между ними большой разницы и устанавливающихъ переходныя формы,—какъ объ этомъ было сказано выше.

Къ какому-же виду дистрофій отнести вышеописанный случай? Начало заболѣванія—въ дѣтскомъ возрастѣ и съ мышцъ ногъ съ замѣщеніемъ мышечной ткани подкожной клѣтчаткой—даетъ поводъ отнести его ко 2-му типу (по *Charcot*) дѣтской міопатіи, хотя ложной гипертрофіи въ данномъ случаѣ и не замѣчается, что̀, несомнѣнно, обусловливается вообще плохимъ питаніемъ ребенка и его худощавымъ сложеніемъ. При дальнѣйшемъ развитіи болѣзни выступила атрофія мышцъ плечевого пояса, особенно большихъ грудныхъ мышцъ, что̀ уже приближаетъ этотъ случай къ юношеской формѣ *Erb*'а. Впослѣдствіи-же, какъ объ этомъ упомянуто было выше, атрофія распространилась и на лицевыя мышцы (форма *Landouzy-Déjerine*'а) и на мышцы рукъ, спины и живота. Такимъ образомъ мой больной за продолжительное время его болѣзни—около 5 лѣтъ—продѣлалъ не одинъ типъ міопатической формы заболѣванія или дистрофіи по *Erb*'у, изъ которыхъ все-таки наиболѣе рѣзко выступаетъ дѣтская форма прогрессивной мышечной атрофіи, начинающаяся съ ногъ и часто сопровождающаяся ложной гипертрофіей мышцъ (въ моемъ случаѣ не выраженной).

Литература. 1. *Aran.* «Archives générales de médecine», 1850 г.—2. *Luys.* «Gazette médicale de Paris», 1860 г.—3. *Cruvellier.* «Archives générales de médecine», 1853 г.—4. *Hayem.* «Archives de physiologie», 1869 г.—5 *Duchenne.* De l'électricité localisée, 1872 г. — 6. *Charcot.* Oeuvres completes. 1874 г.—7. *Friedreich.* Ueber progressive Muskelatrophie und Muskelhypertrophie, 1873 г. — 8. *Déjerine.* «Revue de médecine», 1885 г.—9. *Erb.* «Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde», 1891 г.—10. *Strümpell.* Тамъ-же, 1893 г.—11. *В. Ф. Якубовичъ.* Къ ученію о псейдогипертрофіи и прогрессивной мышечной атрофіи у дѣтей, 1885 г.—12. *М. Д. Ханутина.* «Больничная Газета Боткина», 1899 г.

CLXXIII. Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-Медицинской Академіи.

О дѣйствіи атропина на кишечникъ.

Н. Э. Риделя.

(Предварительное сообщеніе).

Не смотря на широкое примѣненіе различныхъ препаратовъ атропина въ медицинѣ, дѣйствіе его на кишечникъ и до сихъ поръ еще выяснено мало. Одной изъ главныхъ причинъ этого, несомнѣнно, является неполная изученность физіологами иннерваціи кишечника. При изученіи дѣйствія какого-либо лѣкарства на кишечникъ приходится имѣть въ виду какъ состояніе его аутоматическихъ центровъ и мышцъ, такъ и рядъ сложныхъ вліяній на него со стороны центральной нервной системы.

Для изученія дѣйствія атропина я производилъ опыты какъ на изолированномъ кишечникѣ, такъ и на кишечникѣ живыхъ животныхъ. Для опытовъ я бралъ кроликовъ и кошекъ. Изолированный кишечникъ помѣщался въ особую ванну, въ общемъ сходную съ тою, которою пользовались при изученіи другихъ изолированныхъ органовъ въ лабораторіи проф. *Н. П. Кравкова* д-ра *Курдиновскій* [1]), *Закусовъ* [1]), *Ивановъ* и др. Температура ванны (около 38°—40° Ц.) поддерживалась посредствомъ эѳирнаго терморегулятора. Жидкость *Ringer-Locke*'а, насыщаемая кислородомъ, пропускалась черезъ брыжеечную артерію (art. mesenterica). Изолированный кишечникъ при такихъ условіяхъ продолжительно работалъ, такъ что наблюденія могли производиться непрерывно нѣсколько часовъ. Запись сокращеній продольныхъ и круговыхъ мышцъ кишечника производилась особо приспособленными рычагами, описаніе которыхъ я оставляю до напечатанія подробной работы. Къ сожалѣнію, когда моя работа была уже окончена и я былъ откомандированъ на театръ военныхъ дѣйствій, я не могъ воспользоваться весьма удобнымъ и въ то-же время простымъ способомъ записи продольныхъ и круговыхъ мышечныхъ сокращеній кишечника, предложенныхъ въ недавнее время *Magnus*'омъ [1]). Для наблюденій надъ кишечникомъ у живыхъ животныхъ я дѣлалъ чревосѣченіе и помѣщалъ ихъ въ ванну такъ, чтобы выпавшій кишечникъ находился въ жидкости *Ringer-Locke*'а. Температура жидкости поддерживалась до 38°—40° Ц. Мои многочисленныя изслѣдованія привели меня къ слѣдующимъ выводамъ.

1. Какъ слабые, такъ и крѣпкіе растворы атропина усиливаютъ и въ то-же время регулируютъ движенія изолированнаго кишечника.

2. Слабые растворы атропина усиливаютъ преимущественно дѣятельность продольныхъ мышцъ кишечника, а средніе и крѣпкіе и дѣятельность круговыхъ мышечныхъ волоконъ.

3. Очень крѣпкіе растворы атропина вызываютъ общую судорогу или «тетанусъ» изолированнаго кишечника.

4. Атоніи на изолированномъ кишечникѣ даже и насыщенными растворами атропина вызвать не удается.

5. Возбудимость мышечной ткани изолированнаго кишечника отъ атропина повышается.

6. На основаніи этихъ наблюденій нужно думать, что атропинъ возбуждаетъ двигательные узлы кишечника, вызывая прежде всего активную дѣятельность продольныхъ, а затѣмъ и круговыхъ мышечныхъ волоконъ; при этомъ общая возбудимость кишечныхъ мышцъ повышается.

7. Атропинъ, введенный въ вену живого животнаго (кормленнаго или голоднаго), всегда вызываетъ и усиливаетъ движенія наполненнаго содержимымъ кишечника и не дѣйствуетъ на кишечникъ пустой.

8. Возбудимость кишечныхъ мышцъ у живого животнаго отъ атропина повышается.

9. Остановка движеній кишечника при атропинѣ наблюдается сравнительно рѣдко и при томъ на короткое время даже и при большихъ и повторныхъ дозахъ этого яда. Эта остановка движеній находится въ большой зависимости отъ нарушенія дѣятельности дыханія и сердца.

10. Большія дозы атропина, введеннаго въ кровь, всегда вызываютъ поблѣднѣніе (анэмію) кишечника.

11. Электрическое раздраженіе блуждающаго или лѣваго внутренностнаго нерва (n. splanchnici sin.) при атропинѣ въ большинствѣ случаевъ вызываетъ бурную перистальтику кишечника; только послѣ огромныхъ дозъ яда перистальтика не проявляется.

12. По наступленіи смерти атропинизированнаго животнаго постоянно наблюдаются энергичныя движенія кишекъ (впродолженіи 20—40 мин.).

13. Надпочечники послѣ атропинизаціи животнаго теряютъ свое задерживающее вліяніе на движеніе кишекъ.

14. Вылущеніе одного или обоихъ надпочечниковъ у атропинизированнаго животнаго никакого задерживающаго вліянія на движеніе кишекъ не оказываетъ.

15. Сопоставленіе результатовъ наблюденій надъ изолированнымъ кишечникомъ и кишечникомъ in vivo заставляетъ признать, что способъ дѣйствія атропина на кишечникъ заключается главнымъ образомъ въ возбужденіи его двигательнаго нервнаго прибора (Ауэрбаховскаго сплетенія) и въ повышеніи возбудимости самихъ мышцъ. При этомъ вначалѣ возбуждается преимущественно дѣятельность продольныхъ (Pendelbewegung), а затѣмъ и круговыхъ мышцъ.

Подробности настоящей работы будутъ изложены мною въ диссертаціи.

---

[1]) Петербургскія диссертаціи, 1904 г.

[1]) *Magnus.* Versuche am überlebenden Dünndarm von Säugethieren. *Pflüger's* Archiv, 1901 г., т. 102, стр. 123.

понижены, или ихъ и вовсе нѣтъ; такъ, рефлексы на 2-главыхъ и 3-главыхъ мышцахъ рукъ и межлопаточные вызываются съ трудомъ и слабо; рефлексовъ колѣнныхъ и съ Ахилловыхъ сухожилій совсѣмъ нѣтъ. Кожные рефлексы—глоточный, брюшной и мошоночный выражены слабо; подошвенный на обѣихъ конечностяхъ не вызывается совершенно. Мышцы на ощупь дряблы; ложной гипертрофіи ихъ не замѣчается, хотя на видъ размѣры органовъ, особенно ногъ, представляются больше, чѣмъ объ этомъ можно было-бы судить по относительной слабости мышцъ. Это указываетъ, что атрофированная мышечная ткань въ значительной мѣрѣ замѣнена подкожной соединительной тканью и жировой клѣтчаткой. За эту-же замѣну одной ткани другою говоритъ и значительная плотность атрофированныхъ частей, напр., икроножныхъ мышцъ и одутловатость лица. Ложной-же гипертрофіи не получилось вслѣдствіе общаго истощенія ребенка. Напротивъ, грудныя мышцы атрофированы безъ всякой замѣны другою тканью; поэтому ребра спереди можно считать издали.

Что касается отношенія мышцъ къ гальваническому и фарадическому току, то въ этомъ отношеніи замѣчается слѣдующее. Качественная реакція не измѣнена; сокращеніе при замыканіи катода на всѣхъ мышцахъ сильнѣе сокращенія при замыканіи анода, хотя на мышцахъ ногъ, особенно голеней, замѣчается ослабленіе возбудимости и потому, чтобы вызвать соотвѣтствующее ясное сокращеніе, требуется гораздо бо́льшая сила тока, чѣмъ у повѣрочнаго ребенка; болѣе-же слабый токъ даетъ почти одинаковое сокращеніе какъ при замыканіи катода, такъ и при замыканіи анода. Точно также замѣчается ослабленіе возбудимости въ мышцахъ ногъ и при дѣйствіи фарадическаго тока. Это ослабленіе возбудимости зависитъ, несомнѣнно, отъ атрофіи мышечныхъ волоконъ и замѣны послѣднихъ соединительною тканью, почему и для видимаго сокращенія мышцъ требуется бо́льшая сила тока. Такимъ образомъ реакціи перерожденія въ мышцахъ не наблюдается, но замѣчается только относительная реакція перерожденія въ мышцахъ голеней въ видѣ ослабленія электрической возбудимости. Точно также не наблюдается мышечныхъ подергиваній и волоконцевыхъ сокращеній при постукиваніи по мышцамъ.

Со стороны мочи и отправленій на низъ болѣзненныхъ уклоненій не замѣчается. Мочи за сутки около 1000,0; она прозрачная, соломенно-желтаго цвѣта, кислой реакціи, уд. в. 1,014—1,016, бѣлка и сахара не содержитъ, но имѣетъ слѣды индикана. Испражненія обыкновенно густыя. Температура все время подлихорадочная: утромъ 36°,6—37°, большею частью 36°,9, а вечеромъ, обыкновенно—37°—37°,1 и рѣже 37°,2.

Въ такомъ видѣ болѣзнь текла до 11/v, когда больной былъ взятъ родителями и отправленъ въ Старую Руссу для лѣченія солеными ваннами. Мышечная слабость, особенно ногъ, замѣтно увеличивалась, при чемъ развивалась контрактура сгибателей колѣннаго и голеностопнаго суставовъ (конская стопа), а также и подвздошно-поясничныхъ мышцъ съ обѣихъ сторонъ.

Ровно чрезъ 2 мѣсяца, 11/vi, ребенокъ былъ снова помѣщенъ въ Петропавловскую больницу, а 11/xi переведенъ въ клинику и вновь поступилъ подъ мое наблюденіе. Къ этому времени онъ выросъ (122 стм.) и прибавился въ вѣсѣ (21,1 клгрм.), между тѣмъ какъ со стороны мышечной системы замѣтна была все болѣе и болѣе распространявшаяся атрофія: ребенокъ и съ поддержкой не могъ уже становиться на ноги, при чемъ въ мышцахъ (сгибателяхъ) контрактуры были выражены сильнѣе. Но особенно рѣзкая атрофія была замѣтна въ большихъ грудныхъ мышцахъ, отъ которыхъ сохранились только отдѣльные мышечные пучки въ верхнихъ частяхъ (ключичныхъ), примыкающихъ къ ключицамъ. Мышечная сила рукъ также замѣтно уменьшилась: одной рукой ребенокъ могъ поднять около 3½ ф., обѣими руками—около 10 ф. По мѣрѣ развитія мышечной атрофіи болѣе рѣзко выступила и реакція перерожденія. На мышцахъ ногъ извращенія гальванической возбудимости не замѣчалось, но уменьшеніе возбудимости отъ дѣйствія какъ гальваническаго, такъ и фарадическаго тока распространилось съ мышцъ голеней на мышцы бедеръ. На большихъ-же грудныхъ мышцахъ къ марту 1904 г. была обнаружена полная реакція перерожденія—полное отсутствіе сократимости оставшихся мышечныхъ пучковъ на гальваническую и фарадическую возбудимость, при чемъ при сильномъ токѣ наблюдалась только боль безъ сокращенія мышцъ, между тѣмъ какъ произвольное слабое сокращеніе этихъ мышцъ при сдвиганіи рукъ сохранилось, особенно въ верхнихъ ихъ пучкахъ.

Что касается лѣченія, то въ этомъ случаѣ были проведены разные способы, но безъ всякаго успѣха. Сначала было назначено іодистое лѣченіе, которое велось, съ небольшими промежутками, съ 17/ii по 14/iii, но не дало никакого улучшенія. Затѣмъ съ 10/iv давали стрихнинъ до 11/v. Въ тоже время примѣнялась фарадизація общая и особенно ногъ 2 раза въ недѣлю и общій массажъ ежедневно. Но особенно энергичное лѣченіе примѣнено было въ слѣдующемъ учебномъ году. Въ томъ предположеніи, что прогрессирующая атрофія мышцъ не только зависитъ отъ заболѣванія самихъ мышечныхъ элементовъ, но и сопровождается послѣдовательнымъ перерожденіемъ нервныхъ волоконъ, а, слѣд., и двигательныхъ ядеръ спинного мозга, я считалъ недостаточнымъ направлять лѣченіе на однѣ только мышцы, оставляя безъ вниманія нервную систему, т. е. примѣнять для лѣченія только массажъ и пассивную гимнастику, а признавалъ необходимымъ пользоваться для лѣченія и импульсомъ на мышцы со стороны нервной системы, т. е. примѣнять и активную гимнастику—заставлять больного усиліями воли приводить въ сокращеніе атрофированныя мышцы. По предложенію проф. *А. В. Штаке*, больной былъ направленъ 24/xi 1903 г. въ его отдѣленіе для примѣненія физическихъ способовъ лѣченія при Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ, гдѣ ему была назначена активная и пассивная гимнастика, а, кромѣ того, въ клиникѣ ежедневно, а послѣ 12/xii черезъ день производилась общая фарадизація мышцъ. Такое лѣченіе примѣнялось до 15/i 1904 г. Дѣйствительно, уже въ ½ декабря стало замѣчаться улучшеніе въ общемъ состояніи больного, атрофированныя мышцы сдѣлались полнѣе въ объемѣ, мышечная сила стала прибывать — ребенокъ могъ, напр., поднимать рукою до 5 ф.—движенія суставовъ ногъ, ихъ активное сгибаніе и разгибаніе совершались подъ бо́льшимъ угломъ. Но ребенокъ все-же не могъ ни встать на ноги, ни ходить, даже съ поддержкою. Затѣмъ его состояніе опять стало ухудшаться и, не смотря на примѣненіе потомъ общаго массажа и гимнастики, а также фарадизаціи, атрофія мышцъ замѣтно увеличивалась и впослѣдствіи обнаружена была полная реакція перерожденія въ грудныхъ мышцахъ.

Такимъ образомъ всѣ попытки лѣченія остались безуспѣшными. Хотя общее умственное и физическое развитіе, особенно костной системы, шло довольно правильно — ребенокъ за годъ выросъ на 4 стм. (122 стм. вмѣсто 118) и прибавился въ вѣсѣ на 3 клгрм. (21,1 клгрм. вмѣсто 19), каковая прибыль вполнѣ соотвѣтствуетъ его возрасту, — но при всемъ томъ мышечная система неудержимо и прогрессивно атрофировалась.

Въ данномъ случаѣ интересна этіологія заболѣванія. Наслѣдственнаго предрасположенія у больного не было: ни у кого изъ родныхъ его подобнаго заболѣванія не наблюдалось; другія дѣти здоровы. Но здѣсь несомнѣнно есть наслѣдственно-ослабленная организація; кромѣ бабушки по отцу, страдавшей припадками падучей, особенно важное вліяніе на организацію ребенка имѣло болѣзненное состояніе отца, который, состоя наборщикомъ, уже до рожденія ребенка страдалъ свинцевымъ отравленіемъ. Кромѣ того, цѣлый рядъ неблагопріятныхъ для здоровья ребенка условій, и при томъ въ періодъ его роста и развитія, также ослаблялъ его организмъ: ребенокъ послѣдовательно перенесъ одну за другой 6 болѣзней—рахитъ, корь, скарлатину, дифтерію, натуральную оспу и вскорѣ за ней рожу. Въ борьбѣ съ такими тяжелыми болѣзнями, если организмъ его и устоялъ, то съ сильно ослабленной жизненной энергіей, что особенно отразилось на нервной и преимущественно мышечной системахъ, какъ наиболѣе дѣятельныхъ и подвижныхъ частяхъ организма. Вѣроятнѣе всего оспа и послужила ближайшимъ толчкомъ къ развитію прогрессивной мышечной атрофіи, такъ какъ непосредственно послѣ нея и появились первые признаки мышечной слабости.

Къ какому-же типу атрофій отнести этотъ случай? Какъ уже было замѣчено выше, между различными типами и видами атрофій нѣтъ рѣзкаго различія. Къ этому мнѣнію въ послѣднее время приходятъ многіе авторы (*Erb*, *Strümpell* и др.). Это-же подтверждается и моимъ случаемъ. Начало болѣзни—1) въ дѣтскомъ возрастѣ, 2) съ крупныхъ мышцъ ногъ (икроножныхъ, 4-главыхъ) и мышцъ плечевого пояса, при незатронутыхъ мелкихъ мышцахъ кистей рукъ и стопы, 3) отсутствіе признаковъ реакціи перерожденія особенно въ первое время болѣзни, постоянное отсутствіе извращенія сокращенія мышцъ при дѣйствіи гальваническаго тока, отсутствіе волоконцевыхъ сокращеній и пр., всѣ эти признаки заставляютъ отнести вышеописанный случай въ міопатической формѣ прогрессивной мышечной атрофіи, къ разряду дистрофій по *Erb*'у. Но, съ другой стороны, постепенно развивавшаяся относительная реакція перерожденія сначала въ мышцахъ голени, а затѣмъ и бедра, и полная реакція перерожденія, подъ конецъ обнаруженная въ больш[illegible]
данныя приближа[illegible]
мозговой форм[illegible]
даемой обыкн[illegible]
этомъ случаѣ [illegible]
кой атрофіей [illegible]
такую-же ат[illegible]
ними двига[illegible]
атрофія м[illegible]
самаго н[illegible]
нимъ п[illegible]
шить [illegible]
цах[illegible]
жит[illegible]
жит[illegible]
тор[illegible]

вскрытія рѣзкую разницу между міопатической и міелопатической формами прогрессивной мышечной атрофіи, и другихъ, не находящихъ между ними большой разницы и устанавливающихъ переходныя формы,—какъ объ этомъ было сказано выше.

Къ какому-же виду дистрофій отнести вышеописанный случай? Начало заболѣванія—въ дѣтскомъ возрастѣ и съ мышцъ ногъ съ замѣщеніемъ мышечной ткани подкожной клѣтчаткой—даетъ поводъ отнести его ко 2-му типу (по *Charcot*) дѣтской міопатіи, хотя ложной гипертрофіи въ данномъ случаѣ и не замѣчается, что̀, несомнѣнно, обусловливается вообще плохимъ питаніемъ ребенка и его худощавымъ сложеніемъ. При дальнѣйшемъ развитіи болѣзни выступила атрофія мышцъ плечевого пояса, особенно большихъ грудныхъ мышцъ, что̀ уже приближаетъ этотъ случай къ юношеской формѣ *Erb*'а. Впослѣдствіи-же, какъ объ этомъ упомянуто было выше, атрофія распространилась и на лицевыя мышцы (форма *Landouzy-Déjerine*'а) и на мышцы рукъ, спины и живота. Такимъ образомъ мой больной за продолжительное время его болѣзни—около 5 лѣтъ—продѣлалъ не одинъ типъ міопатической формы заболѣванія или дистрофіи по *Erb*'у, изъ которыхъ все-таки наиболѣе рѣзко выступаетъ дѣтская форма прогрессивной мышечной атрофіи, начинающаяся съ ногъ и часто сопровождающаяся ложной гипертрофіей мышцъ (въ моемъ случаѣ не выраженной).

Литература. 1. *Aran.* «Archives générales de médecine», 1850 г.—2. *Luys.* «Gazette médicale de Paris», 1860 г.—3. *Cruvellier.* «Archives générales de médecine», 1853 г.—4. *Hayem.* «Archives de physiologie», 1869 г.—5. *Duchenne.* De l'électricité localisée, 1872 г. — 6. *Charcot.* Oeuvres completes. 1874 г.—7. *Friedreich.* Ueber progressive Muskelatrophie und Muskelhypertrophie, 1873 г. — 8. *Déjerine.* «Revue de médecine», 1885 г.—9. *Erb.* «Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde», 1891 г.—10. *Strümpell.* Тамъ-же, 1893 г.—11. *В. Ф. Якубовичъ.* Къ ученію о псейдогипертрофіи и прогрессивной мышечной атрофіи у дѣтей, 1885 г.—12. *М. Д. Ханутина.* «Больничная Газета Боткина», 1899 г.

CLXXIII. Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-Медицинской Академіи.

О дѣйствіи атропина на кишечникъ.

Н. Э. Ридель.

(Предварительное сообщеніе).

Не смотря на широкое примѣненіе различныхъ препаратовъ атропина въ медицинѣ, дѣйствіе его на кишечникъ и до сихъ поръ еще выяснено мало. Одной изъ главныхъ причинъ этого, несомнѣнно, является неполная изученность физіологами иннервацiи кишечника. При изученіи дѣйствія какого-либо лѣкарства на кишечникъ приходится имѣть въ виду какъ состояніе его аутоматическихъ центровъ и мышцъ, такъ и рядъ сложныхъ вліяній на него со стороны центральной нервной системы.

Для изученія дѣйствія атропина я производилъ опыты какъ на изолированномъ кишечникѣ, такъ и на кишечникѣ живыхъ животныхъ. Для опытовъ я бралъ кроликовъ и кошекъ. Изолированный кишечникъ помѣщался в[illegible] ванну, въ общемъ сходную съ тою, которою [illegible] при изученіи другихъ изолированныхъ о[illegible] раторіи проф. *Н. П. Кравкова* и-ва [illegible] кусовъ [1]), *Ивановъ* и др. Т[illegible] 40° Ц.) поддерживалась [illegible] гулятора. Жидкость *Ri*[illegible] домъ, пропус[illegible] mesenteric[illegible] вінкъ [illegible] мотки [illegible] пись [illegible] мо [illegible] г[illegible]

дѣйствій, я не могъ воспользоваться весьма удобнымъ и въ то-же время простымъ способомъ записи продольныхъ и круговыхъ мышечныхъ сокращеній кишечника, предложенныхъ въ недавнее время *Magnus*'омъ [1]). Для наблюденій надъ кишечникомъ у живыхъ животныхъ я дѣлалъ чревосѣченіе и помѣщалъ ихъ въ ванну такъ, чтобы выпавшій кишечникъ находился въ жидкости *Ringer-Locke*'а. Температура жидкости поддерживалась до 38°—40° Ц. Мои многочисленныя изслѣдованія привели меня къ слѣдующимъ выводамъ.

1. Какъ слабые, такъ и крѣпкіе растворы атропина усиливаютъ и въ то-же время регулируютъ движенія изолированнаго кишечника.

2. Слабые растворы атропина усиливаютъ преимущественно дѣятельность продольныхъ мышцъ кишечника, а средніе и крѣпкіе и дѣятельность круговыхъ мышечныхъ волоконъ.

3. Очень крѣпкіе растворы атропина вызываютъ общую судорогу или «тетанусъ» изолированнаго кишечника.

4. Атоніи на изолированномъ кишечникѣ даже и насыщенными растворами атропина вызвать не удается.

5. Возбудимость мышечной ткани изолированнаго кишечника отъ атропина повышается.

6. На основаніи этихъ наблюденій нужно думать, что атропинъ возбуждаетъ двигательные узлы кишечника, вызывая прежде всего активную дѣятельность продольныхъ, а затѣмъ и круговыхъ мышечныхъ волоконъ; при этомъ общая возбудимость кишечныхъ мышцъ повышается.

7. Атропинъ, введенный въ вену живого животнаго (кормленнаго или голоднаго), всегда вызываетъ и усиливаетъ движенія наполненнаго содержимымъ кишечника и не дѣйствуетъ на кишечникъ пустой.

8. Возбудимость кишечныхъ мышцъ у живого животнаго отъ атропина повышается.

9. Остановка движеній кишечника при атропинѣ наблюдается сравнительно рѣдко и при томъ на короткое время даже и при большихъ и повторныхъ дозахъ этого яда. Эта остановка движеній находится въ больш[illegible] симости отъ нарушенія дѣятельности дыханія [illegible]

10. Большія дозы атропина, введеннаго въ [illegible] вызываютъ поблѣднѣніе (анэмію) кишечника [illegible]

11. Электрическое раздраженіе ближ[illegible] го внутренностнаго нерва (n. splanchn[illegible] пинѣ въ большинствѣ случаевъ вызыв[illegible] стальтику кишечника; только послѣ [illegible] перистальтика не проявляется.

12. По наступленіи смерти атроп[illegible] наго постоянно наблюдаются [illegible] (впродолженіи 20—40 мин. [illegible]

13. Надпочечники послѣ [illegible] ряютъ свое задерживающее [illegible]

14. Вылущеніе одного из[illegible] ропинизированныхъ кишечн[illegible] вліянія на движеніе кишечн[illegible]

15. Сопоставляя [illegible] рованныхъ кишечн[illegible] ваетъ [illegible] чекъ [illegible]

[illegible] і
[illegible] й
[illegible] е-
[illegible] ъз-
[illegible] она
[illegible] же-
[illegible] ую-
[illegible] недо-
[illegible] ть: 1)
[illegible] ципца-
[illegible] ой по-
[illegible] цѣ, въ
[illegible] повлечь
[illegible] дрена-
[illegible] й-же его
[illegible] передней
[illegible] нія ограничивается
[illegible] одахъ го-
[illegible] ь преиму-
[illegible] и заболѣв-
[illegible] добраться
[illegible] приходится
[illegible] ея полости
[illegible] среди матки.
[illegible] стоитъ *В. Л.*
[illegible] малахъ сохра-
[illegible] атках съ та-
[illegible] ней, такъ какъ
[illegible] разрѣзъ задняго
[illegible] чѣмъ вскрытіе
[illegible] опасность пора-
[illegible] еньшая. За зад-

Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

О хроническомъ гнойномъ воспаленіи Fallopi'евыхъ трубъ въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніяхъ.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

(*Окончаніе. См. № 41, стр. 1368*).

Изъ описанія случаевъ видно, что во всѣхъ нихъ, за исключеніемъ 2-хъ, было предпринято чревосѣченіе для удаленія опухолей.

Распознаваніе гнойныхъ заболѣваній *Fallopi*'евыхъ трубъ, какъ это ни странно, въ нѣкоторыхъ случаяхъ представляетъ большія трудности. Если гнойная опухоль существуетъ дов. долго, она, съ одной стороны, подъ вліяніемъ воспалительныхъ наслоеній, съ другой—вслѣдствіе гипертрофіи своихъ стѣнокъ дѣлается такой толстой, что при ощупываніи пріобрѣтаетъ большое сходство съ фиброміомой матки. Къ плотности опухоли присоединяется еще другой распознавательный признакъ для фиброміомы—это постоянныя и обильныя кровотеченія. Въ сл. 10, напр., на основаніи данныхъ изслѣдованія, анамнеза и наблюденія больной въ теченіи долгаго времени (амбуляторно она лѣчилась около 6 недѣль), распознаны были подсывороточная фиброміома матки и правосторонній хроническій сальпингоофоритъ; при операціи-же найденъ 2-сторонній pyosalpinx.

При установкѣ распознаванія большую роль играетъ температура. Если она лихорадочная, то при наличности опухоли воспалительнаго свойства о гнойномъ содержимомъ ея легко сдѣлать вѣрное предположеніе. Однако температура не всѣхъ случаевъ pyosalpinx'а бываетъ лихорадочной; въ 6 изъ моихъ случаевъ (сл. 5, 6, 8, 10, 11 и 14) повышенія температуры не было, а потому въ этихъ случаяхъ и произошла ошибка въ распознаваніи; до операціи не былъ распознанъ гнойный характеръ содержимаго. Плотность опухоли въ связи съ нормальной температурой легко можетъ навести на мысль о фиброміомѣ матки, какъ это и было въ сл. 10. Противъ такого распознаванія можетъ говорить развѣ лишь в. сильная чувствительность опухоли при ощупываніи и частыя обостренія процесса въ окружающей опухоль брюшинѣ. Въ виду этого при постановкѣ распознаванія слѣдуетъ принимать во вниманіе всѣ тѣ данныя, которыя добыты какъ путемъ опроса больной, такъ и путемъ гинекологическаго изслѣдованія. Изъ анамнеза можно отчасти узнать о причинахъ заболѣванія, т. е. появилась-ли болѣзнь послѣ перваго сношенія; затѣмъ больная можетъ сообщить о частыхъ лихорадкахъ со знобами и большими подъемами температуры; наконецъ, при вскрытіи трубнаго нарыва въ кишку или мочевой пузырь можетъ упомянуть о поносахъ и выходѣ гноя изъ прямой кишки или появленіи его въ мочѣ. Путемъ гинекологическаго изслѣдованія обнаруживается рядомъ или нѣсколько позади матки плотная или упругая, болѣзненная опухоль мало или совершенно неподвижная, замѣтно увеличивающаяся передъ мѣсячными, а послѣ нихъ, снова спадающаяся. Послѣдній признакъ присущъ, впрочемъ, всѣмъ сальпингитамъ и можетъ служить для отличительнаго распознаванія между сальпингитомъ и кистой яичника.

Во всѣхъ случаяхъ, какъ сказано, было сдѣлано чревосѣченіе, и удалены заболѣвшіе придатки. Чревосѣченіе дѣлалось по общему шаблону. Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ проходилъ всегда по бѣлой линіи; всѣ слои какъ и брюшина, вскрывались послойно между 2-хъ пинцетовъ. По вскрытіи брюшины кишечникъ отодвигался плоской, мягкой губкой въ сторону грудобрюшной преграды. Больной, если нужно, придавалось *Trendelenburg*'овское положеніе. Послѣ этого операторъ вводилъ въ полость живота руку и знакомился какъ со свойствами самой опухоли—ея величиной, плотностью, подвижностью, такъ и съ отношеніями ея къ сосѣднимъ органамъ. Затѣмъ, если то было можно, дѣлали проколъ опухоли и выпускали гной наружу; если же сдѣлать этого было нельзя, то осторожно старались отдѣлить опухоль отъ сроченій и вывести ее изъ брюшной полости. Какъ только опухоль выведена была наружу, ножка ея перевязывалась въ 2 или нѣсколько пучковъ шелкомъ, а культя опускалась обратно въ брюшную полость. Нерѣдко бываетъ, что при отдѣленіи сроченій трубная опухоль лопается и содержимое ея изливается въ брюшную полость. Изъ сообщенныхъ мною случаевъ въ 6 (сл. 4, 6, 7, 8, 13 и 16) гной вылился въ брюшную полость; но это особаго вліянія на теченіе послѣоперацiоннаго періода не оказало, исключая сл. 16. Брюшная полость въ такихъ случаяхъ промывалась обезпложеннымъ 2%-мъ растворомъ борной кислоты.

Оставшаяся культя прижигалась 10%-мъ растворомъ карболовой кислоты. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ гной былъ предварительно выпущенъ троакаромъ, образовавшееся отъ введенія инструмента отверстіе, послѣ полнаго освобожденія полости отъ гноя, увеличивалось при помощи ножницъ и полость мѣшка протиралась 5%—10%-мъ растворомъ карболовой кислоты. Во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ 2-хъ (сл. 5 и 16), культи опускались въ брюшную полость; въ сл. 5 часть мѣшка вшита была въ брюшную рану, а въ сл. 16 въ мѣшокъ былъ введенъ дренажъ черезъ влагалище. Въ сл. 5 опухоль, въ голову взрослаго, верхней границей достигала пупка, нижней-же вдавалась въ правую широкую связку, справа тѣсно прилегала къ слѣпой кишкѣ, а слѣва—къ правому краю матки. Полость гнойника промыта была 2%-мъ растворомъ борной и протерта 5%-мъ растворомъ карболовой кислоты. Въ виду глубокаго положенія опухоли и тѣснаго отношенія ея къ маткѣ и слѣпой кишкѣ удалить ее не представлялось возможности, а потому было рѣшено вырѣзать часть мѣшка, а остатокъ вшить въ брюшную рану. Въ остатокъ мѣшка введенъ былъ дренажъ. По удаленіи опухоли съ одной стороны осматривалась сторона другая и если и здѣсь имѣлось пораженіе, удаляли и 2-ую трубу. Брюшная полость вначалѣ зашивалась 1-этажнымъ узловатымъ шелковымъ швомъ, а въ послѣднее время 2-этажнымъ—шелковымъ непрерывнымъ на брюшину и апонейрозъ и аграфами и 2—3-мя шелковыми швами на остальные слои (мышцы и кожу съ подкожной клѣтчаткой). Аграфы обыкновенно снимались на 7—8-ой день, а шелковые швы на 10-ый. Брюшная рана во всѣхъ случаяхъ внутрибрюшиннаго ухода за ножкой зажила первымъ натяженіемъ. Послѣоперацiонный періодъ протекъ въ 8 случаяхъ съ повышеніемъ температуры, длившимся 2—3 дня и болѣе; подъемъ былъ до 39°,5. Въ остальныхъ 8 случаяхъ температура все время оставалась въ предѣлахъ нормы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при отдѣленіи опухоли отъ сроченій часть гноя попадала въ брюшную полость. A priori здѣсь можно было ожидать повышенія температуры, но оно было далеко не во всѣхъ случаяхъ. Для примѣра укажу сл. 3, 6, 10 и 15, гдѣ гной попалъ въ брюшную полость, но послѣоперацiонное теченіе протекло безлихорадочно. Въ другихъ случаяхъ при попаданіи гноя въ брюшную полость (сл. 4, 7, 8, 13 и 16) больныя послѣ операціи лихорадили, но въ сл. 4, 7, 13 и 16 повышенія температуры были и до операціи; только въ сл. 8 больныя до операціи не лихорадили. Въ сл. 6 и 10 до операціи повышенія температуры тоже не было. Отсюда ясно, что гной, долгое время заключавшійся въ замкнутомъ пространствѣ, теряетъ свои заразныя свойства и дѣлается стерильнымъ. Стерильность гноя подтверждена была и прививками его на питательныя среды и микроскопическимъ изслѣдованіемъ на микроорганизмы: среды въ большинствѣ случаевъ оставались чистыми и прозрачными, прививки-же животнымъ не дали никакого результата.

Изъ осложненій въ послѣоперацiонномъ періодѣ слѣдуетъ еще отмѣтить образованіе выпота около оставшихся культей. Выпотъ этотъ можетъ оставаться долгое время и требовать продолжительнаго лѣченія горячими ваннами, грязями, согрѣвающими компрессами, горячими спринцеваніями и т. д. Въ иныхъ случаяхъ онъ переходитъ въ нагноеніе; образовавшійся нарывъ вскрывается въ прямую кишку, въ мочевой пузырь или въ брюшной шовъ, чаще всего въ нижнемъ углу раны, вслѣдствіе чего образуется свищевой ходъ, черезъ который и выходятъ шелко-

выя лигатуры, наложенныя на культю. В. рѣдко нарывъ вскрывается въ свободную брюшную полость. Это объясняется тѣмъ, что со стороны брюшной полости быстро образуются воспалительныя перепонки, какъ стѣной, отдѣляющія гной отъ нея. Если-же нарывъ, не смотря на это, прорывается въ брюшную полость, то неминуемо развивается общее воспаленіе брюшины, влекущее за собою смерть больной.

Вслѣдствіе того, что края брюшной раны во время операціи невольно загрязняются содержимымъ гнойнаго мѣшка, можетъ возникнуть нагноеніе и въ брюшной ранѣ съ выдѣленіемъ глубокихъ швовъ, наложенныхъ на апонейрозъ и брюшину, наружу и съ образованіемъ въ дальнѣйшемъ грыжи. Поэтому при операціи края раны слѣдуетъ защищать марлевыми компрессами, закладываемыми частью въ брюшную полость, частью наружу, чтобы закрыть ими края брюшной раны съ той и съ другой стороны.

Въ сл. 5 заживленіе вшитой гнойной полости шло также безъ серьезныхъ осложненій, при нормальныхъ температурѣ и пульсѣ. Больная пробыла въ клиникѣ 2 мѣсяца, въ теченіи которыхъ полость нарыва промывалась различными обеззараживающими и раздражающими растворами. Въ сл. 16 на 8-ой день послѣ операціи наступила смерть отъ воспаленія брюшины.

Изъ данныхъ литературы по вопросу объ удаленіи *Fallopi*'евыхъ трубъ съ гнойнымъ содержимымъ видно, что для удаленія гнойныхъ опухолей предлагается главнымъ образомъ 2 пути, а именно—1) чревосѣченіе и 2) черезъ влагалищный сводъ (влагалищная кольпотомія); послѣдняя дѣлится на переднюю и заднюю. 3-й путь, черезъ крестецъ, не получилъ распространенія, и описанія случаевъ удаленія придатковъ со стороны крестца встрѣчаются очень рѣдко.

Въ недавно вышедшей очень обстоятельной диссертаціи д-ра *В. Л. Якобсона* [47]) изъ клиники проф. *Д. О. Отта* собрана вся литература по вопросу о кольпотоміи. Авторъ, будучи горячимъ сторонникомъ влагалищнаго чревосѣченія, при гнойныхъ сальпингитахъ совѣтуетъ дѣлать его лишь тогда, когда нѣтъ оч. сильныхъ срощеній. Тогоже мнѣнія держится и проф. *Schauta* [48]), предлагающій дѣлать влагалищное чревосѣченіе лишь при небольшихъ опухоляхъ, безъ особенныхъ срощеній. Ярыми сторонниками влагалищнаго чревосѣченія при заболѣваніи придатковъ являются *Dührssen* [49]), *Mackenrodt* [50]), *Schoaler* [51]), *Blum* [52]), *М. М. Мироновъ* [53]), *И. М. Львовъ* [54]), *В. А. Вастенъ* [55]) и др. Наибольшимъ матеріаломъ въ этомъ направленіи обладаетъ *В. А. Вастенъ*, который всѣ тазовые гнойники, какъ объ этомъ сообщилъ онъ на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ, лѣчитъ разрѣзами черезъ влагалище, дренируя гнойную полость, и оч. доволенъ результатами. Проф. *Н. Ф. Толочиновъ* [56]) в. сдержанно относится къ передней и задней кольпотоміи и на страницахъ своего учебника говоритъ:

«На основаніи собственнаго опыта мы можемъ сказать, что colpotomia умѣстна при подвижности придатковъ, или когда они легко доступны; при значительныхъ-же срощеніяхъ, въ особенности расположенныхъ высоко, эта операція неумѣстна: она можетъ повлечь неблагопріятныя послѣдствія и нерѣдко оказывалась невыполнимой».

Съ такой-же сдержанностью относится къ этой операціи, и проф. *Г. Е. Рейнъ* [57])—первый, сдѣлавшій эту операцію въ Россіи въ 1892 г. Одновременно съ нимъ произвелъ эту операцію ч. пр. *И. М. Львовъ* (по *В. А. Якобсону*) въ Казани.

Противники влагалищныхъ способовъ удаленія придатковъ матки—*Pries* [58]), *Dunning* [59]), *Scherwood* [60]) *Dünn* [61]) считаютъ эти операціи неполными, не дающими возможности извлечь весь мѣшокъ, что и можетъ вызвать возвратъ болѣзни. *Preed* [62]), предпочитавшій прежде влагалищный способъ, сталъ снова удалять эти опухоли черезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ.

Нѣкоторые авторы совѣтуютъ удалять вмѣстѣ съ придатками и матку, какъ органъ, уже ненужный безъ *Fallopi*'евыхъ трубъ и яичниковъ. Первымъ сдѣлалъ влагалищную hysterectomi'ю *Péan* [63]). 16/п 1886 г. онъ удалилъ придатки и матку у больной, долго страдавшей сильными болями вслѣдствіе наклоненія матки кзади и тазовыхъ срощеній. Въ 1890 г. онъ сообщилъ уже о 150 такихъ операціяхъ при гнойныхъ скопленіяхъ съ 1 смертельнымъ исходомъ. Затѣмъ *Jacobs* [64]) сообщилъ о 100 такихъ-же случаяхъ съ 2 смертными исходами, *Landau* [65])—о 22 (ни одного случая смерти). Поборниками этихъ операцій являются также *Doyen* [66]), *Leopold* [67]), послѣдній даже оспариваетъ пріоритетъ производства этой операціи, заявляя, что онъ сдѣлалъ ее раньше *Péan*'а.

Одновременное удаленіе матки значительно облегчаетъ удаленіе пораженныхъ придатковъ, такъ какъ съ удаленіемъ матки получается большій просторъ дѣйствій. Но можно-ли согласиться съ такой коренной операціей при относительно здоровой маткѣ, становясь на точку зрѣнія т. наз. сохраняющей хирургіи? Отнесется-ли больная къ полному удаленію матки безразлично? Разумѣется, нѣтъ. Большинство больныхъ соглашаются на полное удаленіе матки неохотно, особенно если онѣ молоды, а оперировать при заболѣваніи придатковъ матки и приходится преимущественно молодыхъ. Если удаленіе матки и не оказываетъ прямого существеннаго вреда, то оно можетъ вредно отразиться косвенно. Мысль о томъ, что матки нѣтъ, можетъ оч. губительно отзываться на нервной больной, въ конецъ разстраивая ея нервную систему, и, излѣчивъ коренным образомъ больную отъ ея женской болѣзни, можно получить у нея глубокое нервное разстройство. Такіе случаи бывали не разъ, и съ ними нельзя не считаться. Въ силу этого надо, по возможности, щадить матку и на вырѣзываніе ея рѣшаться только въ случаяхъ исключительныхъ.

При опухоляхъ придатковъ, занимающихъ переднее *Douglas*'ово пространство, совѣтуютъ дѣлать разрѣзъ влагалища въ переднемъ сводѣ съ отдѣленіемъ мочевого пузыря отъ шейки матки. Но этотъ путь, по моему мнѣнію, труднѣе и опаснѣе для больной, чѣмъ заднее сѣченіе. Здѣсь легко поранить мочевой пузырь или мочеточникъ; кромѣ того, и поле дѣйствія при этомъ значительно ограничено. Одно изъ преимуществъ этого разрѣза то, что при наклоненіи матки впередъ легче достигнуть придатковъ, чѣмъ при задней кольпотоміи. На 558 случаевъ передней кольпотоміи *Martin*'а [67]) *Bumm*'а [68]) и *Hohl*'я [69]) (по *Д. Л. Чернеховскому*) мочевой пузырь пораненъ былъ въ 7, т. е. болѣе, чѣмъ въ 1%. Особенно ревностно защищаютъ переднюю кольпотомію *Martin* [70]) и *Dührssen* [71]). Послѣдній видитъ въ ней слѣдующія выгоды: 1) она даетъ лучшій доступъ зрѣнію; 2) опухоли придатковъ извлекаются черезъ посредство матки, благодаря чему избѣгается возможность разрыва богатой сосудами ножки опухоли; 3) она даетъ возможность легко устранить неправильное положеніе матки и предохраняетъ ее и придатки отъ послѣдующихъ спаекъ.

Mackenrodt [73])—сторонникъ задней кольпотоміи и недостатки передней кольпотоміи видитъ въ слѣдующемъ: 1) матка черезъ передній сводъ выводится пулевыми щипцами, а они рвутъ маточную ткань; 2) вправленіе такой пораненной матки, пробывшей $^1/_2$ часа во влагалищѣ, въ брюшную полость, невполнѣ безопасно и можетъ повлечь за собою воспаленіе брюшины; 3) воспользоваться дренажемъ при передней кольпотоміи нельзя, при задней-же его легко и удобно ввести.

Въ общемъ нужно сказать, что приверженцевъ передней кольпотоміи очень немного и округъ ея примѣненія ограниченъ. Такъ, *В. Л. Якобсонъ* [74]) въ своихъ выводахъ говоритъ, что передняя кольпотомія заслуживаетъ преимущества тамъ, гдѣ 1) неподвижность опухоли или заболѣвшаго органа спереди матки даетъ возможность добраться до нея только черезъ передній сводъ и 2) гдѣ приходится работать на передней поверхности матки, въ ея полости или на связочномъ приборѣ, лежащемъ впереди матки. При помощи задней кольпотоміи, за которую стоитъ *В. Л. Якобсонъ*, можно, по его мнѣнію, также на началахъ сохраняющей хирургіи провести операціи на придаткахъ съ такой-же тщательностью, какъ и при передней, такъ какъ придатки можно вывести и осмотрѣть. Разрѣзъ задняго свода—операція болѣе простая и легкая, чѣмъ вскрытіе пузырно-маточной складки брюшины, и опасность пораненія сосѣднихъ органовъ при этомъ наименьшая. За зад-

нюю кольпотомію стоятъ также *Д. Е. Гороховъ* [75]) и *Л. Н. Варнекъ* [76]). Я, со своей стороны, вполнѣ присоединяюсь къ тому мнѣнію, что слѣдуетъ предпочтительно дѣлать заднюю кольпотомію, пользуясь передней лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Изъ некоренныхъ оперативныхъ способовъ лѣченія гнойныхъ воспаленій *Fallopi*'евыхъ трубъ слѣдуетъ сказать нѣсколько словъ о разрѣзѣ опухоли черезъ какой-либо влагалищный сводъ. Какъ скоро при 2-ручномъ гинекологическомъ изслѣдованіи въ одномъ изъ сводовъ рядомъ съ маткой опредѣлена гнойная опухоль, прежде всего дѣлается пробный проколъ, чтобы убѣдиться, что опухоль эта, дѣйствительно, содержитъ гной. Послѣ этого разрѣзаютъ соотвѣтственный влагалищный сводъ, проникаютъ въ клѣтчатку пальцемъ и по нему вводятъ труакаръ, а за нимъ дренажъ, черезъ который и промываютъ полость гнойника различными обеззараживающими и раздражающими жидкостями, до прижигающихъ включительно. Въ 1 изъ моихъ случаевъ, гдѣ операція произведена была черезъ влагалище—сдѣланъ былъ только разрѣзъ опухоли и вставленъ дренажъ—въ дальнѣйшемъ повторно впрыскивались растворы хлористаго цинка различной крѣпости, отъ 10% и до 40%. Впрыскиванія производились помощью шприца *Braun*'а, вмѣстимостью въ 15—25 к. стм., съ промежутками въ 6—7 дней. Слабые растворы переносились хорошо и не вызывали никакихъ болѣзненныхъ явленій; но, чѣмъ сильнѣе былъ растворъ, тѣмъ и реакція была рѣзче. На 2-й день послѣ впрыскиванія показывалось нѣсколько капель крови, потомъ усиливались гнойныя отдѣленія, а затѣмъ все постепенно стихало. Больная эта окончательно поправилась.

Martin [77]), *Landau* [78]) и др. совѣтуютъ выпускать жидкость изъ растянутой трубы черезъ влагалище помощью труакара, изогнутаго по тазовой кривизнѣ. Труакаръ вводится во влагалище по пальцу, а помощникъ въ тоже время придавливаетъ опухоль книзу по направленію къ инструменту. Вслѣдъ за труакаромъ *Martin* вводитъ въ образованное труакаромъ отверстіе корнцангъ и, раздвигая вѣтви его, увеличиваетъ отверстіе. Послѣ того, вмѣсто корнцанга, вводится мягкій дренажъ, или полость нарыва выполняется іодоформной марлей, которая вынимается черезъ 2—4 дня, полость нарыва промывается, и снова вводится марля; такъ поступаютъ черезъ каждые 2 дня, пока полость совершенно не запустѣетъ. При гнойныхъ сальпингитахъ, по *Martin*'у, на это требуется 3—4 недѣли.

Только-что описанную операцію, если даже она и имѣла успѣхъ, т. е. если въ концѣ концовъ удалось достигнуть полнаго запустѣнія трубнаго мѣшка, а вмѣстѣ съ тѣмъ и прекращенія отдѣленія гноя, все-же нельзя считать операціей коренной: всѣ болѣзненные припадки могутъ возобновиться, такъ какъ въ тазовой полости остаются сморщенный мѣшокъ и цѣлый рядъ срощеній, измѣняющихъ взаимныя отношенія органовъ малаго таза.

Какой-же можно сдѣлать выводъ относительно пригодности при удаленіи гнойныхъ опухолей трубъ того или другого оперативнаго способа? Какъ вѣрнѣй всего можно кореннымъ образомъ излѣчить болѣзнь? Кореннымъ излѣченіе можно назвать лишь тогда, когда вся опухоль извлечена цѣликомъ, разрушены всѣ срощенія и имѣется надежда, что впослѣдствіи не образуется выпота около оставшейся культи. Чѣмъ доступнѣе операціонное поле, чѣмъ больше пространства въ операціонной области, тѣмъ, само собою разумѣется, можно совершеннѣе произвести операцію, такъ какъ все—передъ глазами. При гнойномъ воспаленіи *Fallopi*'евыхъ трубъ это еще болѣе желательно, такъ какъ процессъ здѣсь всегда сопровождается образованіемъ очень многочисленныхъ срощеній, иногда такихъ плотныхъ, что приходится разъединять ихъ ножницами или ножемъ. Наибольшаго простора въ операціонной области можно достигнуть только при чревосѣченіи.

При высоко приподнятомъ тазѣ съ опущенной внизъ верхней частью туловища, при оттягиваніи брюшныхъ стѣнокъ брюшными зеркалами вся полость малаго таза дѣлается хорошо видна и вполнѣ доступной для операціи. Кишечникъ и боковыя стѣнки брюшной полости тщательно защищаются губками или марлевыми компрессами на случай, если опухоль при отдѣленіи срощеній лопнетъ и гнойное содержимое ея выльется въ брюшную полость. Не вынимая губокъ, черезъ искусственно сдѣланное отверстіе въ трубномъ мѣшкѣ полость его промываютъ 2%-мъ растворомъ борной и протираютъ 5%—10%-мъ растворомъ карболовой кислоты. Только послѣ этого вынимаютъ грязныя губки и на мѣсто ихъ помѣщаютъ чистыя. Никакими влагалищными операціями нельзя достигнуть такого чистаго и полнаго удаленія трубныхъ опухолей, какъ чревосѣченіемъ. Ни задняя, ни передняя кольпотоміи не могутъ дать вполнѣ доступнаго операціоннаго поля, и при большихъ срощеніяхъ опухоли результаты операціи будутъ далеко несовершенны. Даже полное удаленіе матки вмѣстѣ съ придатками можетъ оказаться несостоятельнымъ. Чтобы ни говорили защитники кольпотомій, всякій, кто имѣлъ дѣло съ гнойными воспаленіями *Fallopi*'евыхъ трубъ, будетъ приступать къ влагалищному чревосѣченію при нихъ съ оч. большою осторожностью. Кольпотомія, по моему, при гнойныхъ формахъ воспаленія *Fallopi*'евыхъ трубъ показана лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется опухоль подвижная, безъ особыхъ срощеній, или гдѣ она лежитъ глубоко въ тазу и вдается во влагалище, выполняя тотъ или другой сводъ, т. е., гдѣ ее легче достать черезъ влагалище, чѣмъ со стороны брюшной полости. Но и тутъ приходится большею частью ограничиваться лишь разрѣзомъ опухоли и послѣдующей дренажировкой.

Перейду теперь къ патологической анатоміи гнойныхъ воспаленій *Fallopi*'евыхъ трубъ, ихъ макроскопическому и микроскопическому при этомъ строенію.

Формы заболѣванія, съ которыми я имѣлъ дѣло, были слѣдующія: двусторонній гнойный сальпингитъ 1, двусторонній pyosalpinx 4, гнойный правосторонній сальпингитъ 1, pyosalpinx лѣвосторонній 5, правосторонній 3. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ pyosalpinx'а распознаваніе до операціи, вслѣдствіе толщины стѣнокъ, какъ было сказано, сдѣлано было невѣрное. Такъ, въ сл. 10 до операціи были распознаны сывороточная фиброміома матки и правосторонній хроническій сальпингоофоритъ; при операціи-же найденъ двусторонній pyosalpinx; лихорадочныхъ повышеній температуры у этой больной не было.

Гной въ нѣкоторыхъ случаяхъ былъ крайне зловонный, въ другихъ-же почти не имѣлъ запаха. Зловонность была особенно замѣтна въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль прилегала къ толстой кишкѣ, къ слѣпой или къ S-образной и была тѣсно съ нею срощена. Плотность гноя была различная; въ свѣжихъ случаяхъ онъ былъ совершенно жидкій и легко смывался съ поверхности; въ другихъ-же случаяхъ былъ густой, кашицеобразный и плотно держался на стѣнкѣ трубнаго мѣшка, такъ что приходилось смывать его довольно сильной струей жидкости. Запахъ гноя не зависѣлъ отъ его плотности.

Величина опухолей тоже была различная—отъ куринаго яйца и менѣе до головы взрослаго.

Величину куринаго яйца она имѣла 6 разъ, апельсина 3, кулака взрослаго 3, 1½ кулака 1, гусинаго яйца 2, головки новорожденнаго 3 и головы взрослаго 2.

Размѣры головки новорожденнаго и головы взрослаго—оч. большіе для гнойныхъ опухолей *Fallopi*'евой трубы; обыкновенно послѣднія и колеблятся въ размѣрахъ отъ куринаго яйца и менѣе до кулака.

Форма опухолей весьма различна. Онѣ рѣдко бываютъ круглыя, чаще неправильно-удлиненныя вслѣдствіе воспалительныхъ перетяжекъ и основной анатомической формы *Fallopi*'евыхъ трубъ. Воспалительныя перетяжки могутъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ такъ сильно перехватывать трубу, что совершенно раздѣляютъ ее на нѣсколько самостоятельныхъ отдѣловъ. Подъ вліяніемъ этихъ перехватовъ 2 противуположныхъ участка трубы могутъ сростись, и такимъ образомъ получаются перегородки, раздѣляющія опухоль на 2, на 3 самостоятельныхъ отдѣла. Перегородки эти могутъ состоять изъ разросшихся воронинъ слизистой оболочки, теряющихъ въ нихъ свои свойства, но сохраняющихъ основной типъ строенія. Трубная опухоль, кромѣ того, можетъ еще дѣлиться на нѣсколько отдѣловъ

вслѣдствіе перегибовъ, встрѣчающихся иногда и въ нормальной трубѣ.

Слизистая оболочка трубы въ громадномъ большинствѣ случаевъ представляется набухшей, особенно въ болѣе ранней ступени развитія болѣзни. Складки ея такъ разростаются, что выполняютъ собою весь просвѣтъ трубы. Въ иныхъ случаяхъ складки сростаются и образуютъ цѣлый рядъ гребней (сл. 3). Въ сильно растянутыхъ мѣстахъ трубы, чаще встрѣчающихся въ брюшномъ ея концѣ, складки совершенно сглаживаются, и поверхность слизистой оболочки представляется блестящей, гладкой, а мѣстами изъязвленной. Переходя въ нерасширенную часть трубы, слизистая оболочка постепенно принимаетъ свои нормальныя свойства и на ней снова появляются складки.

Толщина стѣнокъ трубы въ различныхъ случаяхъ была неодинаковая. Въ мѣстахъ нерастянутыхъ стѣнка была толще, чѣмъ въ растянутыхъ: въ то время какъ ближе къ маткѣ она въ нѣкоторыхъ случаяхъ была въ 1 стм. и толще, къ наружному концу она постепенно утончалась и доходила до 2—3 млм.

Попробую теперь нарисовать микроскопическую патолого-анатомическую картину на основаніи своихъ случаевъ. Среди 16 описанныхъ мною случаевъ встрѣчались самыя разнообразныя микроскопическія картины. Разнообразіе это зависитъ, съ одной стороны, отъ степени заболѣванія, можетъ быть отъ силы заразнаго начала, съ другой—отъ продолжительности болѣзни и отъ степени растяженія стѣнки трубы ея содержимымъ. Чѣмъ больше растянута труба, тѣмъ рѣзче измѣненія въ слизистой оболочкѣ. Въ сл. 7 и 9, гдѣ опухоли были въ головку новорожденнаго, слизистая оболочка представляла дов. значительныя измѣненія, почти одинаковыя какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ. Въ сл. 7 въ расширенномъ мѣстѣ трубы слизистая оболочка сглажена, складокъ въ ней совсѣмъ нѣтъ, а также нигдѣ не видно покровнаго цилиндрическаго мерцательнаго эпителія. Вмѣсто складокъ, замѣтны лишь небольшія возвышенія, раздѣляющіяся на свободномъ концѣ еще на отдѣльные выступы различной величины. Какъ на верхушкахъ выступовъ, такъ и въ промежуткахъ между ними эпителія не видно. При большомъ увеличеніи въ каждомъ выступѣ можно насчитать 1—2 до 10 кровеносныхъ сосудовъ, смотря по величинѣ выступа. Какъ капилляры, такъ и артеріи расширены и наполнены красными кровяными шариками. Вся слизистая оболочка пропитана гнойными клѣтками. Въ сл. 9 измѣненія такія же, только первичныя возвышенія не развѣтвляются на вторичныя. Эпителія на ворсинахъ также нѣтъ. Гнойная инфильтрація въ этомъ случаѣ пошла нѣсколько дальше и проникла въ мышечную ткань. По направленію къ маточному отдѣлу трубы снова появляются складки и цилиндрическій покровный эпителій.

Въ сл. 12 съ далеко ушедшимъ впередъ процессомъ, даже безъ развитія большого гнойника, среди мышечной ткани правой *Fallopi*'евой трубы замѣтно образованіе многочисленныхъ отдѣльныхъ гнойниковъ различной величины, отъ простой группы грануляціонныхъ клѣтокъ до вполнѣ образовавшагося нарыва. Случай этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что въ то время какъ въ лѣвой трубѣ болѣзнь гнѣздилась главнымъ образомъ въ слизистой оболочкѣ (ворсины значительно увеличены, по большей части срослись одна съ другой, выполняютъ собою просвѣтъ трубы и набиты отъ самаго основанія до верхушки гнойными клѣтками; эпителія нѣтъ, а если онъ гдѣ и сохранился, то представляетъ картину перерожденія клѣтокъ; въ мышечной части трубы не видно гнойной инфильтраціи, и объемъ ея увеличенъ насчетъ соединительной ткани, разросшейся среди мышечной), въ правой трубѣ болѣзнь захватила больше всего мышечную часть трубы, въ слизистой-же оболочкѣ не видно никакихъ измѣненій (ворсины трубы нормальнаго вида; покрывающій ихъ цилиндрическій эпителій хорошо сохранился на всемъ протяженіи; гнойной инфильтраціи нѣтъ).

Чѣмъ объяснить такое различіе въ степени развитія болѣзни въ той и другой трубѣ? Можно предположить, что болѣзнь началась съ лѣвой трубы; здѣсь также была захвачена прежде всего мышечная часть трубы, а затѣмъ процессъ перешелъ и на слизистую оболочку. Что мышечная часть трубы была захвачена процессомъ, на то указываетъ разросшаяся соединительная ткань, которая могла возникнуть только на мѣстѣ бывшаго воспаленія. 1-ая ступень болѣзни и наблюдается на правой трубѣ: захвачена мышечная часть ея, а слизистая оболочка остается нетронутой. На основаніи этого можно сдѣлать предположеніе, что заразное начало проникло въ *Fallopi*'еву трубу изъ полости матки не per continuitatem, а по лимфатическимъ сосудамъ сначала въ мышечную часть, а отсюда уже на слизистую оболочку.

Въ результатѣ слущиванія эпителія, чему способствуетъ главнымъ образомъ напирающая со стороны ворсины на эпителій гнойная инфильтрація, является образованіе язвы, отдѣляющей гной. Такія измѣненія можно видѣть на многихъ препаратахъ цѣлаго ряда случаевъ. На нѣкоторыхъ препаратахъ видны такія глубокія язвы, что дно ихъ касается мышечной части трубы. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни язвы эти могутъ доходить и до брюшиннаго покрова и служить причиною воспаленія брюшины, въ особенности если въ такихъ истонченныхъ мѣстахъ труба лопнетъ. Къ счастью, такіе исходы оч. рѣдки, такъ какъ по мѣрѣ приближенія язвы къ брюшинному покрову въ этомъ мѣстѣ со стороны брюшины развивается мѣстное воспаленіе, вызывающее развитіе наслоеній и ложныхъ перепонокъ, которыя и защищаютъ трубу отъ разрыва, а брюшину—отъ его послѣдствій.

Эпителій, покрывающій слизистую оболочку *Fallopi*'евой трубы, подъ вліяніемъ воспалительнаго процесса можетъ разростаться и вростать въ ткань, гдѣ съ теченіемъ времени онъ отшнуровывается и служитъ источникомъ развитія небольшихъ кистъ въ стѣнкѣ трубы. Такое вростаніе эпителія было изъ описанныхъ мною случаевъ въ сл. 1, 2, 8, 9 и 13; оно не представляетъ явленія рѣдкаго и встрѣчается и при другихъ формахъ заболѣванія *Fallopi*'евыхъ трубъ. Иногда эти вростанія проникаютъ далеко въ мышечный слой и дѣлаются очень похожими на железы, а потому и носятъ названіе «ложныхъ железъ».

Внимательно разсматривая препараты, можно встрѣтить среди гнойныхъ особыя клѣтки различныхъ очертаній и величины: то круглыя, то яйцевидныя, то многогранныя, то съ отростками, то совершенно веретенообразныя. Особенно ясно онѣ замѣтны на препаратахъ отъ сл. 6, 8, 9 и 11. Клѣтки эти встрѣчаются то по одиночкѣ, то группами и мѣстами образуютъ цѣлый участокъ организованной ткани. Онѣ имѣютъ хорошо образованное ядро, отчетливо воспринимающее ядерныя краски. Кругомъ ядра находится немного протоплазмы, и все снаружи окружено оболочкой. На нѣкоторыхъ препаратахъ видны какъ-бы переходы отъ одной формы клѣтокъ въ другую: круглая переходитъ въ яйцевидную, яйцевидная въ веретенообразную, а иногда даетъ отростки.

На основаніи формы клѣтокъ и ихъ перехода одной въ другую можно допустить, что клѣтки эти—молодыя соединительнотканныя, переходящія затѣмъ въ волокнистую плотную соединительную ткань. Откуда онѣ возникаютъ, что служитъ источникомъ ихъ развитія, сказать трудно. Можетъ быть, это—измѣненныя клѣтки стромы ворсинокъ; можетъ быть, онѣ происходятъ изъ блуждающихъ клѣтокъ.

Кровеносные сосуды ворсинокъ значительно увеличены какъ въ числѣ, такъ и въ размѣрахъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ворсинки оказывались сплошь пропитанными сосудами, среди которыхъ было много новообразованныхъ капилляровъ. Многіе сосуды расширены и набиты красными кровяными шариками. Болѣе или менѣе тѣснаго отношенія вышеупомянутыхъ клѣтокъ къ кровеноснымъ сосудамъ не подмѣчено. Кровеносные сосуды развиты также, хотя и въ меньшей степени, и тамъ, гдѣ ворсинки уплощены и подъ микроскопомъ представляются въ видѣ ряда небольшихъ возвышеній.

Мышечная часть трубы почти во всѣхъ случаяхъ найдена утолщенной, гораздо бо́льшей, чѣмъ она бываетъ въ нормальной трубѣ. Это утолщеніе въ большинствѣ случаевъ зависѣло отъ развитія, среди мышечной, соединительной ткани. Въ немногихъ случаяхъ наблюдалась и гипертрофія и гиперплазія самой мышечной ткани.

На основаніи вышесказаннаго можно нарисовать такую общую картину развитія болѣзненнаго процесса въ *Fallopi*'евой трубѣ. Болѣзненное начало можетъ проникнуть въ трубы двоякимъ путемъ—или per continuitatem со слизистой оболочки матки, или оттуда-же по лимфатическимъ путямъ, какъ это доказалъ *В. Д. Брантъ* [79]) для нарывовъ яичника. Если болѣзнь распространяется по слизистой оболочкѣ, то первичныя явленія будутъ, конечно, гнѣздиться на этой послѣдней, гдѣ процессъ и будетъ выраженъ всего рѣзче. Если-же она идетъ по лимфатическимъ путямъ, то воспалительная инфильтрація до образованія нарывовъ встрѣтится въ мышечной ткани, на слизистой-же оболочкѣ до поры до времени не будетъ рѣзкихъ измѣненій, что и было въ одномъ изъ вышеописанныхъ случаевъ. Эту ступень болѣзни, когда мышечная ткань оказывается пронизанной гнойниками, *Zweifel* [80]) назвалъ разсѣяннымъ межуточнымъ сальпингитомъ («salpingitis interstitialis disseminata») и разсматриваетъ ее, какъ отдѣльную форму сальпингита, съ чѣмъ я согласиться не могу, такъ какъ считаю ее только первичной стадіей pyosalpinx'а. Съ постепеннымъ развитіемъ процесса и съ накопленіемъ гноя въ трубѣ начинается растяженіе послѣдней, особенно у брюшного ея конца; ворсинки начинаютъ сглаживаться, въ нихъ разростается соединительная ткань, эпителій слущивается, словомъ—получается вышеописанная картина измѣненій. Стѣнка трубы вмѣстѣ съ этимъ утолщается, съ одной стороны, на счетъ увеличенія мышечной части, съ другой—на счетъ наслоенія воспалительныхъ перепонокъ, обыкновенно образующихся при всѣхъ заболѣваніяхъ *Fallopi*'евыхъ трубъ.

Въ заключеніе позволю себѣ представить слѣдующіе выводы:

1. Наиболѣе частой причиной заболѣванія *Fallopi*'евыхъ трубъ является перелой (гонококки).

2. Гнойное воспаленіе *Fallopi*'евыхъ трубъ (pyosalpinx) можетъ возникнуть изъ hydrosalpinx'а при проникновеніи въ него гноеродныхъ микроорганизмовъ изъ кишечника.

3. Гнойное содержимое *Fallopi*'евыхъ трубъ спустя нѣкоторое время дѣлается стерильнымъ и при попаданіи въ брюшную полость не вызываетъ воспаленія брюшины.

4. Давно существующіе pyosalpinx'ы не сопровождаются въ иныхъ случаяхъ повышеніемъ температуры и могутъ быть приняты за плотныя опухоли матки (фиброміомы).

5. Самый удобный путь для полнаго удаленія опухоли это—путь со стороны живота (чревосѣченіе). Чтобы избѣжать загрязненія брюшной полости гноемъ при лопаніи опухоли во время отдѣленія сращеній, слѣдуетъ дѣлать операцію съ приподнятымъ тазомъ больной, кишечникъ ея отодвинуть къ грудобрюшной преградѣ или и совсѣмъ вынуть его изъ брюшной полости и завернуть въ стерилизованные марлевые компрессы, которыми заградить также кругомъ опухоли и всю брюшную полость.

6. Операціи черезъ влагалище, особенно при большихъ сращеніяхъ опухоли съ пристѣночной брюшной и съ кишечникомъ, не могутъ быть производимы кореннымъ способомъ.

7. Разрѣзомъ опухоли черезъ влагалище можно съ успѣхомъ пользоваться при pyosalpinx'ѣ, лежащемъ низко, вдающемся глубоко во влагалище и имѣющемъ большія сращенія, т. е. тамъ, гдѣ чревосѣченіе представляетъ опасную для жизни больной операцію.

8. Чтобы достигнуть запустѣнія гнойнаго трубнаго мѣшка, слѣдуетъ впрыскивать въ его полость растворы хлористаго цинка, постепенно повышая ихъ крѣпость (отъ 10% до 40%).

Литература. 1. Проф. *И. Н. Грамматикати.* Внутриматочныя впрыскиванія, 1899 г., Петербургъ. — 2. *Г. И. Лебедевъ.* О лѣченіи воспаленій придатковъ матки методическими внутриматочными впрыскиваніями. Петербургская диссертація, 1898 г.— 3. *А. М. Мансвѣтовъ.* Сухой горячій влагалищный душъ и примѣненіе его въ гинекологической терапіи. Петербургская диссертація, 1900 г.—4. *Gebhard.* Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane, 1899 г., стр. 440. — 5. *Wertheim.* «Archiv f. Gynaekologie», 1892 г., т. 42. — 6. *Martin.* Die Krankheiten der Eileiter, 1895 г., стр. 163. — 7. *Charrier.* «Gazette médicale de Paris», 1892 г., 30 апрѣля, прив. по *Martin*'у.—8. *Prochownik.* «Deutsche med. Wochenschrift», 1893, т. 21.—9. *Frommel.* «Centralblatt f. Gynaekologie», 1892 г., № 11, прив. по *Martin*'у. — 10. *Schauta.* Lehrbuch der gesammten Gynäkologie», 1896 г.—11. *Schauta.* Тамъ-же, стр. 555.—12. *Fritsch.* Die Krankheiten der Frauen. Русск. перев., 1902 г. — 13. *Witte.* «Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1893 г., т. 25. — 14. *Martin.* Die Krankheiten der Eileiter, 1895 г.—15. *Bumm.* «Archiv für Gynaekologie», т. 39, тетр. 3. — 16. *Zweifel.* Тамъ-же. Прив. по *Martin*'у.—17. *Charrier.* «Gazette médicale de Paris», 1892. Прив. по *Martin*'у.—18. *Schmorl.* Прив. по *Martin*'у.—19. *Saenger.* Тамъ-же. — 20. *Fritsch.* «Женскія болѣзни».—21. *Leopold.* Прив. по *Martin*'у. — 22. *Wertheim.* Прив. по *Zweifel*'ю. Vorlesungen über klinische Gynäkologie, 1892 г., стр. 154. — 23. *Poirier.* «Publications du Progrès médical», Paris, 1890 г.—24. *Aran.* Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus и т. д. Paris. Прив. по *С. Д. Михнову.*—25. *Courty.* Traité pratiques des maladies de l'utérus. 1881 г., стр. 1156. — 26. *Terrillon.* «Annales de gynécologie», 1887 г.—27. *Nagel.* «Archiv für Gynaekologie», т. 33. — 28. *Dixon Jones.* «The Medical Record», т. 30.— 29. *С. Д. Михновъ.* Къ вопросу о заболѣваніи *Fallopi*'евыхъ трубъ и яичниковъ. Петербургская диссертація, 1889 г.—30. *Pean.* Diagnostic des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1895 г.— 31. *Schauta.* Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, 1896 г.—32 *Wertheim.* Тамъ-же.—33. *Martin.* Op. c., стр. 164. — 34. *Smith.* «British med. Journal», 1897 г. — 35. *Lawson Tait.* Тамъ-же, 1887 г. — 36. *Freund.* «Sammlung klin. Vorträge», 1889 г. — 37. *Fritsch.* Die Krankheiten der Frauen, 1896 г.—38. *Hegar.* Operative Gynäkologie, 1897 г., стр. 433. — 39. *Martin.* Op. c., стр. 175.- 40. *Kelly.* «Glasgow med. Journal», 1899 г. — 41. *С. Д. Михновъ.* «Centralblatt für Gynaekologie», 1890 г., № 32. — 42. *Landau.* «Archiv für Gynaekologie», т. 46, стр. 392.—43. Тамъ-же. — 44. *Wagner.* «Monatsschrift für Geburtskunde», 1859 г., т. 14.—45. *Lewers.* «Transactions of the Obstetrical Society of London», т. 27, стр. 298. — 46. Тамъ-же.— 47. *В. Л. Якобсонъ.* Къ вопросу о влагалищномъ чревосѣченіи при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ придатковъ матки. Петербургская диссертація.—48. *Schauta.* Op. c.—49. *Dührssen.* «Comptes-rendus du XII congrès international de med. Moscou. 1898 г., т. VI, стр. 73—86. (Прив. по *Якобсону*).—50. *Mackenrodt.* «*Volkmann's* Sammlung klinischer Vorträge», № 156.—51. *Schoaler.* Vaginal section «Journal Americ. med. Assoc. Chicago», 1897 г., XXIX, стр. 1226—1229. (Прив. по *Якобсону*).—52. *Blum.* «Medical News», 1898 г., 1 октября. По передачѣ въ «Contralblatt f. Gynaecologie», 1899 г., № 11.—53. Ч. пр. *М. М. Мироновъ.* «Врачъ», 1899 г. и «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1897 г.—54. Ч. пр. *И. М. Львовъ.* «Врачъ», 1892, № 11 и 12.—55. *В. А. Вастекъ.* Докладъ на IX Пироговскомъ Съѣздѣ. 1904 г.—56. Проф. *Н. Ф. Толочиновъ.* Учебникъ женскихъ болѣзней. 1901 г.—57. Проф. *Г. Е. Рейнъ.* «Протоколы Акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ», 1892 г., т. V, стр. 26—28, № 43.—58.—63. *Pries. Dunning. Scherwood. Dünn. Péan.* Прив. по *Якобсону.*—64. *Jacobs.* «Medical Record», 1895 г., 15 іюня. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynäkologie», 1896 г., № 2.—65. *L. Landau.* «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», XXX, стр. 558. Прив. по *Martin*'у.—66. *Doyen.* «Archiv prov. de chirurgie», 1892 г., т. I, стр. 435. Прив. по *Veit*'у.—67. *Leopold.* Arbeiten aus der kgl. Frauenklinik in Dresden.—68.—70. *Martin. Bumm. Hohl.* Прив. по *Д. Л. Чернеховскому.* Къ вопросу о передней кольпотоміи. Московская диссертація, 1899 г. — 71. *Martin.* Op. c.—72. *Dührssen.* «Archiv für klin. Chirurgie, т. LXIV, 302.— 73. *Mackenrodt.* Прив. по *Якобсону*, стр. 367. — 74. *Якобсонъ.* Op. c., стр. 377. — 75. *Д. Е. Гороховъ.* Матеріалы къ вопросу объ экстирпаціи матки и придатковъ per vaginam при примѣненіи пинцетовъ à demeure. Московская диссертація, 1898 г.—76. *Л. Н. Варнекъ.* «Врачъ», 1900 г., № 4. — 77. *Martin.* Op. c., стр. 209. — 78. *Landau.* «Archiv f. Gynaekologie», т. 40. — 79. *В. Д. Брантъ.* Къ вопросу объ этіологіи и патологической анатоміи абсцессовъ яичника. Петербургская диссертація, 1903 г.— 80. *Zweifel.* «Archiv für Gynäkologie», 1891 г., т. 39.

CLXXIV. Изъ Бобруйскаго, Минской губ., мѣстнаго лазарета.

Иноекопія плейритическаго выпота *).

П. С. Медовикова.

Этіологія выпотныхъ плейритовъ въ настоящее время почти исключительно сводится на внѣдреніе бактерій, способныхъ вызвать воспаленіе и раздражающихъ плейру продуктами своей жизнедѣятельности. Это—неоспоримо доказано, особенно въ случаяхъ вторичныхъ плейритовъ (при тифѣ, легочной бугорчаткѣ и т. п.). Но остается еще большая группа плейритовъ, гдѣ нельзя найти какой-либо причины воспаленія, почему такіе плейриты и называются произвольными, простудными. Такое названіе дано имъ потому, что въ выпотѣ не находили микроорганизмовъ. Между тѣмъ клиника показывала, что именно послѣ такихъ, видимо, простудныхъ плейритовъ необычайно часто развивалась бугорчатка, такъ что едва-ли можно сомнѣваться, какъ думаетъ *Eichhorst* [1]), что такіе плейриты являются въ большинствѣ случаевъ слѣдствіемъ уже существующаго очага бугорчатки, всего чаще въ легкихъ. *Dieulafoy* [2]) говоритъ: «иногда Вы найдете человѣка, излѣчившагося отъ плейрита и погибающаго впослѣдствіи отъ бугорчатковаго менингита. Не думайте, что это простое совпаденіе, что это—единичные случаи; нѣтъ, они довольно часты. Эти именно случаи и обратили на себя вниманіе и заставили усомниться въ самомъ существованіи простудныхъ плейритовъ». *Landouzy* въ 1884 г. первый ясно высказалъ свой взглядъ, отнимавшій у простудныхъ плейритовъ ихъ особенность—считаться заболѣваніемъ невиннымъ. По его мнѣнію, всякій плейритикъ, хотя бы онъ раньше и былъ вполнѣ здоровъ, долженъ считаться больнымъ бугорчаткою. *Kelsch* и *Vaillard* присоединились къ этому мнѣнію, и оно вскорѣ такъ распространилось, что прежнее ученіе о простудномъ происхожденіи плейритовъ сильно поколебалось. Патолого-анатомическія данныя, по видимому, также говорили въ пользу такого взгляда. Больной *Dujardin-Beaumetz*'а умеръ скоропостижно; при жизни у него не было никакихъ признаковъ бугорчатки; былъ, видимо, первичный плейритъ; между тѣмъ на вскрытіи найдено бугорчатковое пораженіе легкихъ. Тоже находили *Landouzy, Kelsch* и *Vaillard, Dieulafoy, Vidal.* Словомъ, въ литературѣ накопилось много данныхъ, указывающихъ на то, что группу простудныхъ плейритовъ слѣдуетъ ограничить.

Выше я приводилъ взглядъ *Eichhorst*'а и *Dieulafoy* на

---

*) Сообщено въ Бобруйскомъ медицинскомъ Обществѣ 14/II 1903 г.

Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

[1]) *Eichhorst.* Частная патологія и терапія, 1891 г.

[2]) *Dieulafoy.* Клиническія лекціи. «В.-Медицинскій Журналъ», 1902 г., іюль.

выпотные плейриты. Съ другой стороны, *Eichhorst* говоритъ, что не слѣдуетъ заходить такъ далеко, чтобы признавать каждый произвольный плейритъ бугорчатковымъ, такъ какъ нѣтъ сомнѣнія, что встрѣчаются и не бугорчатковые плейриты. «Я неоднократно наблюдалъ», пишетъ онъ, «что такіе больные въ теченіи короткаго времени поступали въ клинику въ дов. значительномъ числѣ, а затѣмъ слѣдовали опять болѣе длинные промежутки, такъ сказать, покоя, такъ что я получилъ впечатлѣніе, что здѣсь дѣло идетъ о самостоятельной заразной болѣзни». Тоже подтверждаетъ и *Dieulafoy*: «острый плейритъ», по его словамъ, «можетъ излѣчиться, не оставляя никакой склонности къ бугорчаткѣ и больной совершенно выздоровѣлъ, въ теченіи 10—20 лѣтъ не обнаруживаетъ ни самъ, ни его потомство никакихъ признаковъ бугорчатки».

На основаніи приведеннаго краткаго очерка литературы вопроса слѣдуетъ придти къ заключенію, что при т. наз. произвольныхъ плейритахъ, хотя-бы въ выпотѣ при бактеріоскопическомъ изслѣдованіи и не было обнаружено палочекъ бугорчатки, все-же нельзя отрицать наличность зараженія бугорчаткой, такъ какъ палочекъ въ выпотѣ обыкновенно бываетъ оч. немного, а ихъ легко можно просмотрѣть. Поиски за ними могутъ быть такъ затруднительны, что такіе знатоки дѣла, какъ *Koch* и *Ehrlich*, вовсе отказались отъ этого, а въ руководствахъ по бактеріологіи прямо не совѣтуется браться за это дѣло. Съ другой стороны, каждому понятно, насколько важно — даже въ цѣляхъ лѣченія, если уже не касаться точности распознаванія—убѣдиться, лежитъ-ли въ основѣ даннаго плейрита бугорчатка, или простуда, каковую въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится все-же принимать въ разсчетъ, не смотря на туманность этого понятія? Разъ можно было-бы доказать въ выпотѣ наличность *Koch*'овскихъ палочекъ, то и предсказаніе было-бы болѣе осторожное. Къ тому-же интересно знать, хотя-бы приблизительно, какой $^0/_0$ плейритовъ падаетъ на бугорчатку.

Какими-же мы располагаемъ способами для установленія бугорчатковой подкладки плейрита? До сихъ поръ способы эти были слѣдующіе: 1) впрыскиваніе туберкулина, что теперь почти всѣми оставлено (кромѣ ветеринарной практики) вслѣдствіе нерѣдко слишкомъ бурной реакціи организма; 2) сывороточное распознаваніе — способъ, коему *Dieulafoy* предсказываетъ будущность; теперь онъ пока даетъ неточные результаты; 3) разводка выпотной жидкости на глицериновомъ агарѣ въ смѣси съ кровью и 4) прививка плейритической жидкости морскимъ свинкамъ. Послѣднимъ 2-мъ нужно поставить въ упрекъ то, что результатъ дѣлается извѣстнымъ лишь черезъ 2—3 недѣли, если не больше, что̀ сильно умаляетъ его цѣнность; съ другой стороны, жидкость можетъ содержать очень мало палочекъ или-же палочки съ ослабленной вирулентностью, и у свинки не получится зараженія. Какъ-бы то ни было, до настоящаго времени послѣдній способъ считается излюбленнымъ, такъ какъ при немъ измѣняется дѣло съ самимъ возбудителемъ болѣзни—палочкой бугорчатки. Этого нельзя сказать, про 5) цитодіагностику, которая основана на томъ, что бугорчатковая палочка, будто-бы, своеобразно дѣйствуетъ на плейру въ томъ смыслѣ, что въ выпотѣ начинаютъ преобладать лимфатическія тѣльца въ соединеніи съ красными кровяными шариками; многоядерныя-же клѣтки и эндотеліальныя попадаются въ в. ограниченномъ числѣ. *Dieulafoy* придаетъ этому способу большое значеніе, но все-же прибавляетъ, что лишь «будущее покажетъ, свободенъ-ли онъ отъ ошибокъ».

Въ итогѣ оказывается, что всѣ перечисленные способы не лишены недостатковъ. Понятенъ поэтому интересъ, съ которымъ встрѣчена была посвященная этому вопросу замѣтка д-ра *Jousset*, появившаяся въ «La Semaine médicale», въ концѣ января 1903 г. Предлагаемый имъ способъ такъ подкупалъ своей простотой и быстротой полученія результата, что я рѣшилъ при удобномъ случаѣ непремѣнно воспользоваться имъ. Такъ какъ у автора всѣ изслѣдованные имъ выпоты оказались бугорчатковыми, то я хотѣлъ съ помощью его способа убѣдиться, дѣйствительно-ли всякій плейритъ имѣетъ въ своей основѣ бугорчатку?

Прежде, чѣмъ излагать полученные результаты, опишу способъ *Jousset*.

Путемъ многократныхъ опытовъ *Jousset* убѣдился, что хотя выпотъ и содержитъ въ взвѣшенномъ состояніи *Koch*'овскія палочки, но онѣ не осаждаются, даже если и центрифугировать жидкость, развѣ когда ихъ уже оч. много и онѣ собраны кучками, что̀ обычно бываетъ при вторичныхъ плейритахъ, у чахоточныхъ. Поэтому-то въ случаяхъ первичныхъ плейритовъ обыкновенно и не удается найти палочекъ въ выпотѣ прямымъ путемъ. По мнѣнію *Jousset*, причину неуспѣха въ такихъ случаяхъ нужно искать главнымъ образомъ въ томъ, что, какъ только вводится троакаръ для прокола, уже начинается свертываніе фибрина, каковой и задерживаетъ въ своихъ петляхъ всѣ форменные элементы, а вмѣстѣ съ ними и палочки. Изъ этого вытекаетъ, что палочекъ нужно искать въ фибринозномъ сгусткѣ. И дѣйствительно, *Jousset* сталъ получать гораздо большій $^0/_0$ удачи съ тѣхъ поръ, какъ началъ при прививкахъ вводить свинкамъ фибринъ, извлеченный изъ плейритическихъ выпотовъ. Способъ *Jousset*, который онъ называетъ «иноскопіей» (ἶς, ἰνός—фибринъ), и состоитъ въ бактеріоскопированіи фибрина. Такъ какъ фибринъ мѣшаетъ отыскивать палочки, то авторъ предлагаетъ употреблять пептонизирующую фибринъ жидкость, каковая, растворяя нити фибрина, оставляетъ нетронутыми палочки и ядра клѣтокъ, которыхъ послѣ этого и можно уже найти въ центрифугированномъ осадкѣ.

Поступалъ я слѣдующимъ образомъ. Приборомъ *Potain*'а, пропустивъ предварительно черезъ трубку растворъ карболовой кислоты, высасывалъ 500 к. стм. выпота (въ 1 случаѣ 25 к. стм.) и, переливъ въ стклянку, давалъ выпоту свернуться. На 2-ой день отфильтровывалъ чрезъ марлю сыворотку, промывалъ фибринъ нѣсколько разъ перегнанной водой, ибо иначе, по *Jousset*, замедлилась-бы пептонизація, и клалъ сгустокъ въ стаканчикъ, куда наливалъ растворъ такого состава: пепсина 20, чистаго глицерина и крѣпкой соляной кислоты по 10 к. стм., фтористаго натра 3,0 и перегнанной воды 1000,0.

Изъ 500 к. стм. выпота сгустокъ фибрина получается небольшой, приблизительно въ 2—3 грм.; пептонизирующей жидкости я бралъ около 20—30 к. стм. Стаканчикъ съ содержимымъ ставилъ въ термостатъ на сутки, по истеченіи коихъ уже происходило раствореніе и получалась мутная жидкость. Послѣднюю я центрифугировалъ и осадокъ бралъ пипеткой на предметныя стекла, гдѣ и фиксировалъ его по испареніи влаги надъ пламенемъ и окрашивалъ обычнымъ образомъ, т. е. *Ziel-Nielsen*'овскомъ карболъ-фуксиномъ и метиленовой синькой, растворенной въ $25^0/_0$-мъ растворѣ сѣрной кислоты. *Jousset*, описывая окрашиваніе, говоритъ, что онъ не обезцвѣчивалъ сильно препаратъ кислотой послѣ фуксина, я-же, примѣняя обезцвѣчиваніе (сѣрной кислотой) вмѣстѣ съ дополнительной окраской синькой, тогда лишь считалъ препаратъ готовымъ, когда микроскопически онъ представлялся вполнѣ синимъ, такъ какъ, если мало дѣйствовать кислотой, то остаются кусочки фуксина, которые легко можно принять за палочки, тѣмъ болѣе, что, какъ говоритъ и *Jousset*, онѣ бываютъ здѣсь крайне разнообразной формы («de forme extremement variable»), вообще-же короче и толще, чѣмъ въ мокротѣ. Я считалъ препаратъ содержащимъ бугорчатковыя палочки, если, на ряду съ короткими, находилъ въ немъ и типичныя по формѣ палочки, которыхъ найти—далеко не такъ легко. Это обстоятельство, по моему мнѣнію, сильно умаляетъ значеніе способа *Jousset*, такъ какъ, помимо возможности найти на препаратѣ осадки краски, и при такомъ недостаточномъ обезцвѣчиваніи могутъ не обезцвѣтиться отъ фуксина и такія случайныя бактеріи, которыя обычно теряютъ при этомъ окраску и воспринимаютъ дополнительную (синюю). А, разъ и форма палочекъ при плейритахъ (въ старыхъ выпотахъ *Jousset* находилъ даже вѣтвистыя и кокковидныя) иная, чѣмъ въ мокротѣ, то тѣмъ самымъ утрачивается и 2-ое мѣрило, т. е. можно принять (по окраскѣ) за бугорчатковыя другія палочки, которыя на самомъ дѣлѣ относятся къ другимъ видамъ микроорганизмовъ. Къ тому-же, судя по описанію, *Jousset* далеко не во всѣхъ частностяхъ былъ на высотѣ асептики, такъ что у него легко могли попасть въ питательную среду во время манипуляцій и другіе микроорганизмы. 2-ая отрицательная—скорѣе, пожалуй, непріятная—сторона способа та, что обычно палочекъ бываетъ мало и искать ихъ поэтому приходится долго.

До настоящаго времени я имѣю 6 случаевъ иноскопіи

плейритическаго выпота; 7-ой я вынужденъ исключить, такъ какъ препараты, къ сожалѣнію, вышли неудачными и ихъ пришлось уничтожить.

1. И. Х., 23 л., рядовой, поступилъ въ лазаретъ 27/v 1903 г. Мать больного—женщина болѣзненная и часто кашляетъ. Лѣвая $^1/_2$ грудной клѣтки на глазъ увеличена въ объемѣ. По лѣвой сосковой линіи притупленіе съ 3-го ребра, сзади—съ середины лопатки; дыханія здѣсь нѣтъ; грудное дрожаніе ослаблено. Надъ лѣвой верхушкой также небольшое заглушеніе звука; дыханіе здѣсь жестковатое. Хриповъ не слышно нигдѣ. Сердце смѣщено вправо до правой окологрудной линіи. 38°—39°. 2/vi приборомъ *Potain*'а извлечено 500 к. стм. опалесцировавшей сывороточной жидкости, въ коей при иноскопіи найдено порядочное количество бугорчатковыхъ палочекъ. Кашель сухой со скудной слизистой мокротой; *Koch*'овскихъ палочекъ въ ней нѣтъ. Въ дальнѣйшемъ выпотъ плохо поддавался всасыванію, такъ что Х. 25/vii уволенъ былъ вовсе отъ службы съ почти такими-же объективными данными, съ какими онъ и прибылъ. Температура держалась повышенной до 5/vii. За время пребыванія въ лазаретѣ больной потерялъ въ вѣсѣ 3,400 грм.

Такимъ образомъ, въ первомъ-же попавшемся мнѣ случаѣ первичнаго, видимо, плейрита (заглушеніе надъ верхушкой можно было-бы объяснить сдавливаніемъ легкаго, тѣмъ болѣе, что ни хриповъ, ни палочекъ въ мокротѣ не было) я нашелъ въ выпотѣ *Koch*'овскія палочки.

2. Л. В., 22 л., рядовой, поступилъ въ лазаретъ 4/vi 1903 г. съ жалобами на боль въ груди и въ правомъ боку и на кашель. Боленъ 2-ую недѣлю. Мать была слаба грудью и кашляла кровью, отчего и умерла. Справа спереди притупленіе съ 4-го ребра, сзади—съ середины лопатки; дыханіе и грудное дрожаніе на мѣстѣ притупленія ослаблены. Подъ угломъ обѣихъ лопатокъ мелкопузырчатые хрипы; кромѣ того, разсѣянные сухіе хрипы. Температура держалась повышенной 5 дней. 9/vi извлечено 500 к. стм. сывороточно-фибринознаго выпота, въ которомъ палочекъ не найдено; равнымъ образомъ *Koch*'овскихъ палочекъ не найдено и въ мокротѣ. За время пребыванія въ лазаретѣ Л. В. прибылъ въ вѣсѣ на 1300 грм., не смотря на то, что выпотъ вполнѣ всосался; осталось лишь слегка ослабленное дыханіе подъ угломъ правой лопатки. 16/vii онъ былъ выписанъ въ роту.

3. З. М., 29 л., заключенный мѣстнаго дисциплинарнаго батальона, поступилъ въ лазаретъ 4/vi 1903 г. съ жалобами на боль въ груди и на кашель. Считаетъ себя больнымъ съ 28/v, но говоритъ, что еще въ концѣ марта началъ чувствовать колотья въ лѣвомъ боку. Наслѣдственнаго предрасположенія къ бугорчаткѣ нѣтъ. Слѣва сверху до-низу — сплошное притупленіе; на мѣстѣ его дыханіе ослабленное, бронхіальное; грудного дрожанія почти нѣтъ. Сердце смѣщено вправо до правой окологрудинной линіи. 7/vi выпущено 500 к. стм. сывороточно-фибринозной жидкости, въ которой бугорчатковыхъ палочекъ не найдено. Въ дальнѣйшемъ выпотъ, хотя и медленно, но совершенно всосался. Температура держалась повышенной до 20/vi, и то лишь по вечерамъ, утренняя-же была нормальной. Со стороны легкихъ никакихъ признаковъ, указывавшихъ на заболѣваніе ихъ, не было обнаружено ни разу; мокроты не было. Вѣсъ тѣла при поступленіи 63450 грм. въ настоящее время 65200.

4. В. Н., 32 л., рядовой, поступилъ въ лазаретъ 7/vi 1903 г. съ жалобами на колотья въ лѣвомъ боку и на сухой кашель. Считаетъ себя больнымъ дня 4. Родители и братья живы и здоровы, никто изъ нихъ не кашляетъ. Слѣва по передней подмышковой линіи съ 5-го ребра и сзади отъ лопаточной ости притупленіе; дыханія и грудного дрожанія здѣсь нѣтъ. Сердце смѣщено вправо до правой грудинной линіи. 11/vi извлечено 500 к. стм. сывороточно-фибринознаго выпота, въ коемъ найдено небольшое количество *Koch*'овскихъ палочекъ. Мокроты мало; въ ней *Koch*'овскихъ палочекъ не найдено. Температура держалась выше нормы до 8/vii. Вѣсъ тѣла до паденія температуры тоже падалъ, затѣмъ опять поднялся на 2 кило; все-же при выпискѣ изъ лазарета больной вѣсилъ меньше, чѣмъ при поступленіи, почти на 2 кило. 25/vii В. Н. уволенъ на поправку съ невполнѣ всосавшимся выпотомъ.

5. М. П., 22 л., рядовой, поступилъ въ лазаретъ 16/vi 1903 г. съ жалобами на колотья въ лѣвомъ боку и на сухой кашель. Боленъ дней 8. Отецъ умеръ 41-го года; постоянно кашлялъ. По лѣвой передней подмышковой линіи съ 5-го ребра и сзади отъ угла лопатки внизъ—заглушеніе звука и ослабленіе дыханія и грудного дрожанія; у угла лопатки—бронхіальное дыханіе. 18/vi извлечено 500 к. стм. сывороточной опалесцировавшей жидкости, въ коей *Koch*'овскихъ палочекъ не найдено. Мокрота не изслѣдована (ея не было вовсе). Температура держалась выше нормы 10 дней. Въ дальнѣйшемъ выпотъ сначала увеличился, а затѣмъ сталъ убывать. 8/viii отмѣчено небольшое притупленіе звука по лѣвой подмышковой линіи уже съ 7-го ребра, а сзади — отъ угла лопатки. Больной уволенъ на годъ на поправку. За время пребыванія въ лазаретѣ онъ прибавился въ вѣсѣ на 1300 грм.

6. А. П., 24 л., заключенный мѣстнаго дисциплинарнаго батальона, поступилъ въ лазаретъ 7/viii 1903 г. съ жалобами на колотья въ лѣвомъ боку, сухой кашель, одышку. Боленъ 5-ый день; кашляетъ уже 2 недѣли. Надъ обѣими верхушками—заглушеніе звука, особенно справа; подъ ключицами—жесткое дыханіе; разлитые всюду сухіе и мелкопузырчатые хрипы. Подъ лѣвой лопаткой дыханіе ослаблено. Въ мокротѣ *Koch*'овскихъ палочекъ не найдено. 11/viii: Спереди слѣва съ 3-го ребра, сзади съ середины лопатки—притупленіе; грудное дрожаніе и дыханіе ослаблены. Сердце смѣщено до правой грудинной линіи; одышка, 32 дых. въ 1'. Мокроты много. 20/viii извлечено 25 к. стм. прозрачной сывороточной жидкости, въ коей найдены *Koch*'овскія палочки. 30/viii въ мокротѣ найдены *Koch*'овскія палочки въ небольшомъ числѣ. Притупленіе по лѣвой подмышковой линіи съ 7-го ребра, сзади—на палецъ ниже угла лопатки. Въ легкихъ масса хриповъ. Больной еще лежитъ въ лазаретѣ, все падая въ вѣсѣ; (при поступленіи вѣсъ 55,800, 30/viii, т. е. чрезъ 3 недѣли, 52,000). Въ данномъ случаѣ плейритъ слѣдуетъ считать вторичнымъ, такъ какъ съ самаго начала уже преобладали явленія въ легкихъ, хотя бугорчатковыхъ палочекъ и нельзя еще было найти.

И такъ, изъ 6 моихъ случаевъ выпотъ найденъ несомнѣнно бугорчатковой природы въ 3, при чемъ въ 2 онъ былъ первичный, а въ 1 вторичный. Выводить изъ такого малаго числа наблюденій °/₀-ныя отношенія, разумѣется, нельзя; но въ данномъ случаѣ и 1 отрицательный результатъ на 100 далъ-бы уже только 99°/₀ бугорчатковыхъ плейритовъ, а не всѣ 100, какъ у *Jousset*, а у меня на 6 случаевъ отрицательный результатъ получился въ 3, т. е. ровно въ $^1/_2$; если-же отбросить еще 1 случай несомнѣнно вторичнаго плейрита, то °/₀-ное отношеніе еще болѣе измѣнится въ сторону благопріятную для плейритиковъ.

Я хотѣлъ-бы обратить вниманіе еще на одно обстоятельство, которое, можетъ быть, при дальнѣйшей разработкѣ этого вопроса будетъ имѣть нѣкоторое значеніе для клиническаго распознаванія плейритовъ; впрочемъ, изъ-за малаго числа случаевъ я не претендую на вѣрность этого наблюденія: во всѣхъ случаяхъ, гдѣ я находилъ въ выпотѣ *Koch*'овскія палочки, питаніе больныхъ сильно страдало, и больные до выписки не нагоняли того вѣса, который имѣли при поступленіи; въ моихъ случаяхъ это было выражено такъ рѣзко, что, пожалуй, и a posteriori можно было-бы такую худобу поставить въ связь съ бугорчатковой природой заболѣванія.

Въ заключеніе позволю себѣ еще разъ отмѣтить, что, не смотря на вышеуказанныя отрицательныя стороны способа *Jousset*, онъ, безспорно, заслуживаетъ большого вниманія, такъ какъ при малой затратѣ труда можетъ дать цѣнные результаты. Необходимо лишь на большемъ матеріалѣ выработать частность окраски; тогда только можно будетъ рѣшить, я-ли слишкомъ строго отношусь къ окраскѣ, или *Jousset* переоцѣниваетъ результаты.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Изъ Брюсселя.

Сегодня закончились научныя засѣданія VI Международнаго Съѣзда физіологовъ въ Брюсселѣ. Завтрашній день будетъ посвященъ обсужденію вопроса о времени и мѣстѣ слѣдующаго Съѣзда и ознакомленію членовъ Съѣзда съ достопримѣчательностями города.

Городъ, дѣйствительно, стоитъ посмотрѣть: при небольшихъ сравнительно размѣрахъ онъ представляетъ не мало разнообразнаго и интереснаго. Многія зданія въ немъ отличаются изящной и оригинальной архитектурой; украшенія нѣкоторыхъ домовъ положительно напоминаютъ собою кружево, напр., частный домъ короля. Обиліе историческихъ памятниковъ — храмъ св. Гудулы и Михаила, статуя Эгмонта и Горна и много другихъ—и монументовъ, которые попадаются чуть не на каждомъ шагу и какъ по внѣшности, такъ и по идеѣ своей весьма разнообразны и замѣчательны, придаетъ Брюсселю своеобразную прелесть и красоту.

Перехожу къ обзору дѣятельности Съѣзда и спѣшу подѣлиться своими свѣжими впечатлѣніями, хотя долженъ заранѣе признаться, что трудно представить сколько-нибудь полный очеркъ занятій Съѣзда, такъ какъ засѣданія его происходили одновременно въ 3-хъ мѣстахъ и, кромѣ того, часто въ тѣже часы въ нѣсколькихъ мѣстахъ дѣлались весьма поучительныя предъявленія.

Не смотря на такую напряженную работу Съѣзда, организованъ онъ былъ превосходно, и порядокъ во всемъ былъ образцовый. Утромъ за 1—2 часа до открытія засѣданій каждый членъ Съѣзда получалъ изъ Бюро росписаніе занятій на текущій день и отдѣльные оттиски всѣхъ

докладовъ, назначенныхъ на этотъ день къ слушанію, что давало возможность заранѣе близко ознакомиться съ предлагаемымъ научнымъ матеріаломъ и сдѣлать не случайный, а сознательный и толковый выборъ. Вмѣстѣ съ росписаніемъ занятій Бюро передавало письма и записки, адрессованныя на имя каждаго члена, что̀ очень облегчало сношенія членовъ Съѣзда какъ съ внѣшнимъ міромъ, такъ и между собой. Кромѣ того, Бюро всегда охотно и умѣло приходило на помощь членамъ Съѣзда въ различныхъ затруднительныхъ случаяхъ, о чемъ считаю нелишнимъ упомянуть.

Засѣданія Съѣзда начинались ежедневно въ 9 или 10 час. утра и продолжались до 5—6 час. вечера съ перерывомъ около 1 часа. По росписанію перерывъ полагался въ 2 часа, но обычно онъ былъ меньше, такъ какъ или нѣсколько затягивались доклады, или во время перерыва дѣлались предъявленія.

Оффиціальное открытіе Съѣзда было 17-го августа и его научныя занятія продолжались 4 дня. Происходили они въ прекрасно устроенномъ Институтѣ Solvay, расположенномъ въ роскошномъ паркѣ Leopold'a недалеко отъ центра города. Аудиторіи Института очень удобны какъ для лектора, такъ и для слушателей, свѣтлыя, съ большимъ запасомъ воздуха, уютныя; лабораторіи весьма обширны и хорошо приспособлены для занятій и предъявленій.

Взаимныя отношенія членовъ Съѣзда были самыя простыя и дружественныя—чисто товарищескія. Всѣхъ членовъ было около 270; изъ нихъ 88 бельгійцевъ, 48 французовъ, 31 англичанинъ, 29 нѣмцевъ, 23 итальянца, 12 американцевъ (изъ Соединенныхъ Штатовъ), 10 изъ Австро-Венгріи, 9 изъ Швейцаріи, 6 голландцевъ, 5 русскихъ [1]), 3 грека, 2 японца (оба пріѣхали изъ Германіи и дѣлали сообщенія о своихъ работахъ, произведенныхъ въ нѣмецкихъ лабораторіяхъ), 2 испанца, 1 румынъ и 1 шведъ.

Около $^1/_2$ всего числа членовъ Съѣзда читали доклады о своихъ работахъ. Большинство употребляли французскій языкъ. Благодаря тому, что, какъ видно изъ распредѣленія членовъ по національностямъ, преобладали члены, владѣющіе французскимъ языкомъ, доклады на этомъ языкѣ слушала всегда болѣе многочисленная аудиторія; нѣмецкія сообщенія—значительно меньшая, а англійскія и итальянскія слушали почти исключительно одни соотечественники докладчиковъ. Тѣмъ не менѣе англичане не стѣснялись длинными приготовленіями и такими-же долгими докладами, за что иногда и получали въ награду отъ слушателей-соотечественниковъ громъ рукоплесканій. Вообще-же во всѣхъ другихъ случаяхъ аудиторія почти никогда не прибѣгала къ этому способу выраженія своего одобренія.

Настоящій Съѣздъ былъ собраніемъ, какъ здѣсь говорили, молодыхъ физіологовъ. Мнѣ кажется, что, по крайней мѣрѣ, до 75% всѣхъ членовъ были въ возрастѣ около 35 л., не больше 10% около 50 и % 15 моложе 35 л. Кромѣ того, было не мало совсѣмъ юныхъ посѣтителей засѣданій Съѣзда, по видимому, Брюссельскихъ студентовъ.

Хотя доклады позволялось затягивать на любое время, но большинство докладчиковъ успѣвали закончить свои сообщенія минутъ въ 15, какъ это и полагалось по правиламъ Съѣзда. Преній послѣ докладовъ почти не было. Огромное большинство докладчиковъ представили по 1 сообщенію, нѣсколько по 2 и лишь 2—3 по 3. Въ послѣднихъ случаяхъ Бюро Съѣзда старалось всѣ доклады такихъ лицъ пріурочить къ одному времени.

Хотя преній послѣ докладовъ, какъ я только-что упоминалъ, почти не было, но обмѣнъ мнѣній по поводу докладовъ часто бывалъ очень оживленный. Обычно по окончаніи сообщенія автора гдѣ-либо въ нейтральномъ мѣстѣ обступала толпа интересующихся, при чемъ завязывались знакомства, происходили разговоры по поводу доклада и т. п.

Всѣхъ сообщеній было сдѣлано свыше 160, изъ нихъ около 90 на французскомъ языкѣ, до 40 на нѣмецкомъ, 23 на англійскомъ и 11 на итальянскомъ. Предъявленій же было лишь 19, что̀ составляетъ только около 12% всего научнаго матеріала, представленнаго Съѣзду. На предъявленіяхъ показывалось и разсказывалось обычно то, о чемъ была рѣчь уже раньше въ видѣ доклада. Показывались большею частью опыты авторовъ, а не приборы, препараты и т. п., что̀ съ физіологической точки зрѣнія представляло особый интересъ. Очень жаль лишь, что такъ мало вообще было предъявленій, особенно въ виду того, что обстановка для этого въ Институтѣ Solvay была самая благопріятная.

Вслѣдствіе преобладающаго большинства лицъ, знающихъ французскій языкъ, нѣкоторые нѣмцы и итальянцы предпочитали говорить на этомъ языкѣ, а не на своемъ родномъ.

Что касается распредѣленія матеріала по отдѣламъ физіологіи, то можно сказать, что почти всѣ они были представлены достаточно полно. Вотъ приблизительное распредѣленіе сообщеній: больше всего ихъ пришлось на долю нервно-мышечной физіологіи (съ электро-физіологіей—33, затѣмъ идутъ работы физіолого-фармакологическаго характера, числомъ 22, далѣе по физіологіи крови и сосудовъ—20, по физіологіи пищеваренія (и питанія)—12, по физіологической химіи—12 (сюда-же можно отнести еще 2 работы по физіологической физикѣ), по физіологіи дыхательныхъ органовъ—8, сообщеній относительно дѣятельности изолированныхъ органовъ—6, по физіологіи органовъ чувствъ—4, по физіологіи растеній—4 и по 1—2 работы по нѣсколькимъ другимъ отдѣламъ физіологіи и біологіи и 12 работъ по физіологической методикѣ.

Я интересовался болѣе всего сообщеніями по физіологіи пищеваренія, и въ этомъ отношеніи на Съѣздѣ было, дѣйствительно, не мало интереснаго.

Проф. *Grützner* (изъ Tübingen'a) представилъ нѣкоторыя новыя данныя, относящіяся къ механизму желудочнаго пищеваренія. Опыты производились на бѣлыхъ крысахъ. Методика ихъ была слѣдующая. Крысѣ давалась порція пищи, напр., бѣлаго хлѣба, пропитаннаго настойкой лакмуса. Въ тѣхъ частяхъ этой порціи, къ которымъ примѣшивалось много слюны, вслѣдствіе щелочной ея реакціи лакмусъ окрашивалъ хлѣбъ въ синій цвѣтъ; въ тѣхъ-же мѣстахъ, гдѣ преобладалъ кислый желудочный сокъ, цвѣтъ желудочнаго содержимаго былъ красный. Спустя нѣкоторое время крысѣ давалась 2-ая порція бѣлаго хлѣба, ничѣмъ не подкрашеннаго; спустя еще извѣстное время—слѣдующая порція, окрашенная, напр., яркокрасной краской и т. д. Затѣмъ крыса замораживалась и желудокъ ея разрѣзался вдоль посрединѣ, по плоскости, идущей черезъ входное, выходное отверстіе, малую и большую кривизну его. При этомъ получалась такая картина: въ привратниковой части желудка хлѣбъ имѣлъ красный цвѣтъ, въ той, что соотвѣтствовало дну,—синій. Вторично данная порція пищи находилась какъ разъ въ центрѣ 1-ой порціи и не была смѣшана съ нею. 3-ья порція помѣщалась строго въ центрѣ 2-ой и тоже была рѣзко отграничена отъ нея. По словамъ автора, такое положеніе дѣла продолжается часами, и въ привратниковой части совершается исключительно пепсинное пищевареніе, въ fundal'ной—только птіалиновое; всякая новая порція пищи поступаетъ всегда въ центръ желудочнаго содержимаго; перевариваніе пищи идетъ главнымъ образомъ съ поверхности ея и пища, какъ-бы, таетъ; сильныхъ движеній въ fundal'ной части желудка во время пищеваренія не бываетъ. Послѣдній выводъ подтверждается также докладами нѣкоторыхъ другихъ авторовъ (*W. B. Cannon*, *В. Н. Болдыревъ*), примѣнявшихъ совершенно иные способы, такъ что можетъ считаться хорошо обоснованнымъ. Даже введеніе жидкостей въ желудокъ животнаго не нарушаетъ, по словамъ автора, описаннаго типическаго расположенія пищи, такъ какъ онѣ быстро проскальзываютъ по малой кривизнѣ изъ желудка въ кишки.

Здѣсь нужно замѣтить, что въ лабораторіи проф. *И. П. Павлова* давно уже твердо установленъ (*А. С. Сердюковъ* и *С. М. Линтваревъ*) тотъ фактъ, что сильно кислыя жидкости подолгу (отъ $^1/_2$ до $^3/_4$ часа) остаются въ желудкѣ, и

[1]) Я считаю только нашихъ соотечественниковъ, пріѣхавшихъ изъ Россіи, но, кромѣ нихъ, на Съѣздѣ были еще 6 чел. русскихъ, постоянно живущихъ заграницей.

проф. *Grützner*, по видимому, имѣлъ дѣло лишь съ нейтральными или щелочными жидкостями. Кромѣ того, въ той-же лабораторіи доказано [1]) (*В. Н. Болдыревъ*), что при извѣстныхъ условіяхъ (очень жирная пища, чрезмѣрное количество кислотъ въ желудкѣ) въ желудокъ направляются въ большомъ количествѣ панкреатическій сокъ съ желчью и кишечнымъ сокомъ, что должно сильно измѣнять обычный механизмъ желудочнаго пищеваренія. Тѣмъ не менѣе для описаннаго проф. *Grützner*'омъ механизма остается еще много случаевъ, и работа этого автора представляетъ выдающійся интересъ, хотя и требуетъ дальнѣйшихъ подтвержденій и дополненій.

Весьма интересны также были сообщенія и предъявленія проф. *Magnus*'а (изъ Heidelberg'а), относившіяся къ двигательной работѣ мышцъ тонкихъ кишекъ. Онъ работалъ съ изолированными кусками тонкой кишки, омываемой жидкостью *Ringer*'а,—способъ, близкій къ орошенію изолированныхъ органовъ жидкостью *Locke*'а. На цѣломъ кускѣ кишки наблюдались какъ аутоматическія періодическія движенія, такъ и вызываемыя различными раздраженіями кишки. Если же осторожно отдѣлить слой продольныхъ мышцъ (лежащій снаружи), вмѣстѣ съ которымъ останутся *Auerbach*'овскія нервныя сплетенія, изолировать также слой поперечныхъ (кольцевыхъ) мышцъ отъ слизистой оболочки, на которой останутся *Meissner*'овскія нервныя сплетенія; изслѣдовать затѣмъ отдѣльно движенія продольнаго слоя, снабженнаго упомянутыми нервными элементами и поперечнаго, совершенно свободнаго отъ нервовъ, въ чемъ авторъ убѣждался непосредственно при помощи микроскопическихъ изслѣдованій, то первый обнаруживаетъ аутоматическія движенія, а второй сохраняетъ лишь вызываемыя раздраженіями. Послѣднее обстоятельство говоритъ за возможность самостоятельнаго сокращенія самого мышечнаго волокна безъ участія нерва.

Далѣе *Cannon* (изъ Boston'а) показалъ свой способъ изслѣдованія движеній желудка и кишекъ съ помощью *Roentgen*'овскихъ лучей и примѣшаннаго къ пищѣ основного азотно-кислаго висмута въ видѣ порошка (при ознакомленіи съ общей картиной движенія) или шариковъ (при изученіи частностей). Висмутъ не пропускаетъ *Roentgen*'овскихъ лучей и даетъ на экранѣ тѣнь, по движеніямъ которой можно судить о движеніяхъ содержимаго желудка и кишекъ, а слѣд., и о двигательной работѣ этихъ органовъ. Если сдѣлать рядъ послѣдовательныхъ снимковъ, то, помѣстивъ ихъ въ стробоскопъ, можно воспроизводить въ любое время картину наблюдавшихся сокращеній желудка и кишечника. Способъ этотъ подтверждаетъ фактъ полнаго покоя fundal'ной части желудка при пищевареніи и энергичной двигательной дѣятельности привратниковаго его отдѣла за это время.

Ducceschi (изъ Рима) докладывалъ о распредѣленіи волоконъ блуждающихъ и сочувственныхъ нервовъ въ стѣнкахъ желудка и о физіологической роли тѣхъ и другихъ по отношенію къ желудку.

Кромѣ перечисленныхъ, къ области физіологіи пищеваренія относились сообщенія *Delezenne*'а и *E. Pozerski*'аго (изъ Парижа), а также *L. Mayer*'а и *E. Zunz*'а (изъ Брюсселя) и еще нѣкоторыхъ другихъ членовъ Съѣзда (въ томъ числѣ 3 русскихъ работы).

Для болѣе близкаго ознакомленія членовъ Съѣзда другъ съ другомъ было 4 общихъ вечернихъ собранія, которыя прошли весьма оживленно.

Подобные Съѣзды, безъ сомнѣнія, приносятъ огромную пользу. Нельзя, однако, не пожалѣть, что часть матеріала неизбѣжно пропадаетъ для большинства слушателей вслѣдствіе того, что сообщенія дѣлаются, кромѣ французскаго и нѣмецкаго, на далеко не всѣмъ извѣстныхъ англійскомъ и итальянскомъ языкахъ. Послѣдніе 2 языка слѣдовало-бы оставить, на ряду съ французскимъ и нѣмецкимъ, только для предъявленій, при которыхъ автору иногда гораздо удобнѣе пользоваться роднымъ языкомъ, что при томъ-же и не особенно затруднитъ слушателей; самыя-же сообщенія слѣдовало-бы дѣлать только на французскомъ и нѣмецкомъ языкахъ, какъ наиболѣе распространенныхъ и знакомыхъ большинству.

В. Болдыревъ.

Bruxelles. 20/VIII (2/IX) 1904 г.

[1]) О чемъ было сообщено на этомъ-же Съѣздѣ.

Письма изъ Тавриза.

(Письмо 3-ое).

Совѣщаніе врачей.—Что нужно предпринять русской колоніи?

2 минувшаго іюля, въ день праздника французской республики, былъ оффиціальный пріемъ у французскаго консула. Консулъ познакомилъ меня съ старымъ персомъ, сидѣвшимъ на почетномъ мѣстѣ въ шапкѣ и халатѣ изъ тармаламы. Грудь его была увѣшана орденами, усыпанными бриллiантами сомнительнаго блеска [1]). Къ нему обращались съ словомъ «Excellence» и съ почтеніемъ. Это и былъ лейбъ-медикъ *Loghman*. Онъ пригласилъ меня на завтра къ себѣ въ домъ на «Совѣщаніе врачей по принятію мѣръ противъ заноса въ Тавризъ холеры». Разумѣется, я съ охотою воспользовался его любезностью.

Loghman сидѣлъ въ саду за столомъ, на которомъ лежалъ листъ бумаги и стояла чернильница. Онъ любезно усадилъ меня въ единственное кресло; другіе сидѣли на скамьяхъ. Здѣсь были *Coppin*, *Renard* и вышеупомянутые мной Jacques и Wideman, а также полицмейстеръ Тавриза и главный почтмейстеръ. Засѣданіе ради меня и *Coppin*'а велось на французскомъ языкѣ, такъ какъ персидскаго мы не знаемъ, и *Loghman* переводилъ затѣмъ сказанное на персидскій языкъ. Одного изъ 4-хъ персидскихъ врачей, которые подходили къ намъ, робко кланяясь, *Loghman* представилъ мнѣ, объяснивъ, что именно его посылаютъ въ Кафланку (за 150 в. отъ Тавриза) для того, чтобы не пропускать сюда изъ Тегерана никого и что ему надо дать инструкціи. На мое недоумѣніе, какъ-же онъ это можетъ сдѣлать? мнѣ объяснили, что въ этомъ мѣстѣ дорога съужена горами и что доктору дадутъ солдатъ, чтобы онъ загородилъ проѣздъ, а *Coppin* просилъ *Loghman*'а перевести персу, что главное условіе его командировки въ это мѣсто—это то, что, *если онъ пропуститъ хоть одного человѣка въ Тавризъ, то ему отрубятъ голову*, что это велѣлъ ему сказать Валіадъ. Докторъ-персъ былъ очень опечаленъ этимъ, но рядъ неразрѣшимыхъ вопросовъ со стороны *Coppin*'а и моей освободили его отъ этой тяжелой отвѣтственности. Фантазія Валіада и *Loghman*'а, что одинъ персъ-докторъ съ десяткомъ солдатъ могутъ остановить сильное движеніе проѣзжающихъ и каравановъ, пошла на смарку. Узкое мѣсто между горъ—почти пустыня. Для проѣзжающихъ и каравановъ здѣсь нѣтъ ни пристанища, ни запасовъ пропитанія. Проѣхавъ изъ Тегерана 450 верстъ, не ожидая заставы и не имѣя возможности возвратиться обратно, куда-же дѣнутся путники? Что будетъ дѣлать эта застава, если въ такомъ скопищѣ людей начнутся заболѣванія холерой? Что дѣлать съ почтой? Что будетъ дѣлать персъ-докторъ, если толпа путниковъ, не желая умирать здѣсь съ голода или отъ начавшейся въ этомъ очагѣ холеры, пойдетъ силой противъ десятка солдатъ или обойдетъ заставу горными тропами и т. д.? Персы поговорили между собой и стали составлять инструкціи еще, кажется несообразнѣе: докторъ долженъ задерживать всѣхъ проѣзжающихъ на 10 дней и потомъ только пропускать.

Когда инструкціи были написаны и персу объявили, чтобы онъ сегодня-же въ ночь выѣхалъ на мѣсто, мнѣ пришелъ въ голову еще одинъ вопросъ. Я слышалъ, обратился я къ *Loghman*'у, что въ Персіи есть такой законъ, по которому умершаго надо хоронить въ мѣстѣ его жительства. Что Вы будете дѣлать, если въ этой заставѣ умретъ кто-нибудь отъ холеры? На это *Coppin*, прежде чѣмъ *Loghman* собрался сказать что-нибудь, очень остроумно отвѣтилъ: «они продержатъ этотъ трупъ 10 дней въ карантинѣ и потомъ привезутъ къ намъ!»

Эта острота очень мѣтко охарактеризовала и «Совѣщаніе» персовъ и все антисанитарное состояніе Тавриза. Въ самомъ дѣлѣ, если правительство допускаетъ дѣлать кладбища какъ для умирающихъ вообще, такъ и для холерныхъ, на городскихъ площадяхъ, подъ которыми проведены канавы для питьевой воды, то, безъ сомнѣнія, оно можетъ допустить и такую перевозку холерныхъ труповъ.

Когда я сталъ описывать *Loghman*'у ужасное антисанитарное состояніе Тавриза и спрашивалъ его, что можно сдѣлать хотя-бы для нѣкотораго улучшенія этой общей бѣды, то оказалось, что сдѣлать ничего нельзя, потому что обычаи послѣдователей Магомета настолько сильны, что никакая власть Валіада и даже самого шаха не можетъ бороться съ ними. Въ дѣйствительности выходитъ, слѣд., такъ, что на кладбищахъ среди города будутъ хоронить холерныхъ безъ всякого надзора со стороны властей; могилы будутъ рыть, не обращая вниманія на протекающую тамъ питьевую воду; при массовой смертности, которая, несомнѣнно, будетъ, если только холера доберется до Тавриза, зарывать трупы будутъ поверхностно, и смрадъ отъ ихъ разложенія будетъ стоять въ лабиринтѣ тѣсныхъ переулковъ съ ихъ ямами-дворами для жилья, гдѣ нѣтъ никакого обмѣна воздуха; мы будемъ ходить

[1]) Шахъ жалуетъ ордена съ фальшивыми бриллiантами, а, кто хочетъ, можетъ замѣнить ихъ настоящими.

мимо умершихъ на улицахъ или наблюдать разложеніе труповъ на нашихъ дворахъ, пока родственники умершихъ не найдутъ ихъ и не похоронятъ, ибо здѣсь нѣтъ ни охранной полиціи, ни санитаровъ.

Если Совѣщаніе врачей съ лейбъ-медикомъ во главѣ, составленное по приказу Валіада, приходитъ къ заключенію, что ихъ врачъ, мало освѣдомленный съ устройствомъ карантина, со способами обеззараживанія, даже съ признаками той болѣзни, на борьбу съ которой его посылаютъ, можетъ оградить Тавризъ отъ холеры, то надѣяться на Персію, мнѣ кажется, нельзя. Если немного вдуматься въ постановленіе Совѣщанія 3-го іюля, то станетъ яснымъ, что инструкціи, данныя врачу, не только не остановятъ движенія холеры, но принесутъ даже вредъ. Представьте себѣ караванъ-сарай [1]), наполненный массой путниковъ, караваны верблюдовъ со всевозможными товарами. Персидскій врачъ отмѣчаетъ паспорты, кто, когда пріѣхалъ и, по буквѣ инструкціи, выпускаетъ тѣхъ, кто пробылъ 10 дней, хотя-бы они заболѣли холерой вчера, т. е. на 9-й день! Помимо того, есть много обходовъ этого карантиннаго пункта по горамъ, есть, наконецъ, другія дороги въ Тавризъ, напр., Курдистанская изъ Халсадана въ Марагѣ, а объ нихъ и не вспомнили.

И такъ, Персія ничего не можетъ сдѣлать для ограниченія движенія холеры. Что-же можемъ сдѣлать мы, русскіе, для огражденія своей колоніи? Я полагаю, что мы можемъ принять лишь слѣдующія мѣры:

1) До появленія холеры служащихъ надо переселить за городъ, построивъ имъ бараки при хорошей водѣ.

2) Семьямъ служащихъ надо дать средства для переѣзда въ Россію до начала эпидеміи.

3) Необходимо усилить врачебный персоналъ, ибо помощи отъ 1 врача и отъ 1 фельдшера мало.

4) Мы должны выписать партію санитаровъ для очищенія и обеззараживанія жилищъ заболѣвшихъ.

5) Мы должны заранѣе подумать и о мѣстѣ для русскаго кладбища. Вопросъ этотъ—очень серьезный, ибо здѣсь придется бороться съ міровоззрѣніями фанатиковъ и ихъ взглядомъ на насъ, какъ на невѣрныхъ.

6) Нужно имѣть противухолерную сыворотку.

Вотъ, пожалуй, и всѣ тѣ мѣры, которыя слѣдуетъ осуществить въ ожиданіи холеры; а, если она сюда надвинется, то останется одно—это переселеніе служащихъ на время эпидеміи въ Россію.

Много эпидемій холеры и чумы проникало въ Россію изъ Персіи. Наши карантины на границѣ съ Персіей, хотя и хорошо обставленные, оказываются, очевидно, мало дѣйствительными. Добравшись, напр., до Джульфы и остановленная здѣсь карантиномъ, эпидемія пойдетъ распространяться по пограничной рѣкѣ Араксу въ Куру и т. д. Поэтому необходимо при развитіи холеры въ Персіи войти въ соглашеніе съ персидскимъ правительствомъ и организовать санитарные отряды съ карантинами не только въ пограничныхъ пунктахъ, но и внутри этой страны. Персія здѣсь мало населена, гориста; пути для большихъ движеній товаровъ и рабочихъ всѣ на перечетъ. Поставьте карантинъ въ узкомъ ущельѣ Дармфиза, дайте сюда санитарный отрядъ, и тогда путь изъ Тавриза въ Джульфу будетъ обезпеченъ отъ заноса холеры въ Эриванскую губ. Дайте 2-ой и 3-ій отряды на Шахтахтинскую дорогу и на Аррабильскій путь, и здѣсь будутъ такія заставы, которыя значительно ограничатъ соприкосновеніе больныхъ съ нашей границей, а это—очень важно: чѣмъ меньше такое соприкосновеніе, тѣмъ больше вѣроятности уберечься отъ холеры.

П. Филатовъ.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Физіологія и общая патологія. 794. Д-ръ *Grünbaum* произвелъ рядъ опытовъ *зараженія обезьянъ брюшнымъ тифомъ.* Животнымъ вводилась съ пищей чистая разводка брюшно-тифозной палочки или частицы испражненій больныхъ тифомъ. Кровь животныхъ до зараженія совершенно не обладала способностью склеивать тифозныя палочки. Послѣ зараженія кровь 4-хъ изъ 5 обезьянъ склеивала палочки въ разведеніи отъ 1:20 до 1:100. Изъ болѣзненныхъ припадковъ наблюдались: общее недомоганіе, жидкія испражненія, обложенный языкъ, повышеніе температуры тѣла, не имѣвшее опредѣленнаго характера. При вскрытіи 2-хъ обезьянъ (шимпанзе), убитыхъ хлороформомъ на 12-ый день болѣзни, найдено увеличеніе (набуханіе) *Peyer*'овыхъ бляшекъ, изъ селезенки-же получены разводки брюшно-тифознаго микроба.—Авторомъ поставленъ, кромѣ того, рядъ опытовъ зараженія обезьянъ скарлатиной и корью; съ этой цѣлью на животныхъ надѣвалась рубашка больныхъ, прикладывались къ слизистой оболочкѣ носа чешуйки кожицы, впрыскивалась кровь больныхъ. Въ 1 случаѣ получилось скарлатиноподобное пораженіе зѣва, при чемъ удалось выдѣлить цѣпекокка. Остальные опыты были отрицательные (British Medical Journal, 9 апрѣля). *Л. Старокадомскій.*

Физіологическая химія. 795. Д-ръ *Dreyfus* сообщаетъ способъ точнаго *опредѣленія количества мочевой кислоты* въ мочѣ, являющійся упрощеніемъ извѣстнаго способа *Hopkins*'а. Необходимые реактивы: 1) 500,0 сѣрнокислаго аммонія, 5,0 уксуснокислаго урана, 60 к. стм. 10% уксусной кислоты, перегнанной воды до 1 литра; 2) $^1/_{20}$-нормальный растворъ марганцовокислаго калія.—Къ 300 к. стм. мочи прибавляютъ 75 к. стм. перваго раствора, тщательно смѣшиваютъ и спустя нѣсколько минутъ процѣживаютъ черезъ двойной фильтръ. Собравъ 250 к. стм. фильтрата, раздѣляютъ его на 2 равныя части; къ каждымъ 125 к. стм. прибавляютъ 5 к. стм. крѣпкаго амміака и оставляютъ на сутки. Выпавшій мочекислый аммоній переносится на фильтръ и промывается 10%-мъ растворомъ сѣрнокислаго аммонія. Смывъ осадокъ 100 к. стм. воды и прибавивъ 15 к. стм. крѣпкой сѣрной кислоты, титруютъ $^1/_{20}$-нормальнымъ растворомъ марганцовокислаго калія до постоянной розовой окраски. 1 к. стм. раствора марганцовокислаго калія соотвѣтствуетъ 3,75 млгрм. мочевой кислоты.—Скорѣе, но менѣе точно опредѣляется количество мочевой кислоты, если къ 100 к. стм. мочи прибавить 30,0 грм. хлористаго аммонія, оставить осаждаться въ теченіи сутокъ, отфильтровать осѣвшій мочекислый аммоній, промыть его холоднымъ насыщеннымъ растворомъ хлористаго аммонія и, растворивъ въ 100 к. стм. горячей воды съ 15 к. стм. крѣпкой сѣрной кислоты, титровать марганцовокислымъ каліемъ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 30 апрѣля). *Л. С.*

Внутреннія болѣзни. 796. Д-ра *Julius Donath* и *Karl Landsteiner* (Вѣна) путемъ цѣлаго ряда опытовъ съ кровью больныхъ, страдающихъ *пароксизмальной гэмоглобинуріей*, пытались выяснить сущность этой болѣзни и пришли къ слѣдующему результату. Гэмолизъ при пароксизмальной гэмоглобинуріи происходитъ оттого, что при охлажденіи крови красные кровяные шарики поглощаютъ изъ сыворотки ядовитое вещество; это послѣднее при послѣдующемъ затѣмъ нагрѣваніи крови растворяетъ кровяные шарики при помощи особаго, содержащагося и въ нормальной сывороткѣ, тѣла—т. наз. комплемента. Вышеупомянутое ядовитое вещество содержится лишь въ крови людей, страдающихъ пароксизмальной гэмоглобинуріей. Охлажденіемъ и послѣдующимъ затѣмъ нагрѣваніемъ крови больного, страдающаго пароксизмальной гэмоглобинуріей, можно въ пробиркѣ воспроизвести сущность припадка, обусловливаемаго дѣйствіемъ холода (Münchener medicinische Wochenschrift, № 36). *А. Коварскій.*

797. Д-ръ *Berthold Stein* (Nürnberg) сообщаетъ о *тяжеломъ случаѣ несахарнаго мочеизнуренія,* при которомъ единственно дѣйствительнымъ способомъ лѣченія оказались *впрыскиванія стрихнина* подъ кожу. Въ то время какъ ни діэтетическими, ни лѣкарственными способами лѣченія не удалось уменьшить количества мочи, доходившаго до 15 литровъ въ сутки, впрыскиванія стрихнина (0,001—0,005) съ первыхъ-же дней обнаружили свое дѣйствіе, и черезъ 4 недѣли количество мочи понизилось до $3^1/_2$—4 литровъ въ сутки. Параллельно съ этимъ шло улучшеніе общаго состоянія и исчезновеніе большинства признаковъ болѣзни. Больная прибавилась въ вѣсѣ и настолько поправилась, что могла предпринять путешествіе на 3 мѣсяца. Особенность этого случая заключается еще въ томъ, что здѣсь подъ вліяніемъ стрихнина не только уменьшилось общее количество мочи, но и уд. вѣсъ ея нѣсколько поднялся —съ 1002 до 1006, въ то время, какъ въ описанныхъ до сихъ поръ 2-хъ случаяхъ благопріятнаго дѣйствія стрихнина при несахарномъ мочеизнуреніи уд. вѣсъ мочи остался безъ перемѣны (*Leick* и *Feilchenfeld*). Въ чемъ заключается сущность дѣйствія стрихнина въ данномъ случаѣ, ав-

[1]) Постоялый дворъ среди поля, т. е. дворъ, обнесенный заборомъ съ маленькой лачужкой для проѣзжающихъ.

проф. *Grützner*, по видимому, имѣлъ дѣло лишь съ нейтральными или щелочными жидкостями. Кромѣ того, въ той-же лабораторіи доказано [1]) (*В. Н. Болдыревъ*), что при извѣстныхъ условіяхъ (очень жирная пища, чрезмѣрное количество кислотъ въ желудкѣ) въ желудокъ направляются въ большомъ количествѣ панкреатическій сокъ съ желчью и кишечнымъ сокомъ, что̀ должно сильно измѣнять обычный механизмъ желудочнаго пищеваренія. Тѣмъ не менѣе для описаннаго проф. *Grützner*'омъ механизма остается еще много случаевъ, и работа этого автора представляетъ выдающійся интересъ, хотя и требуетъ дальнѣйшихъ подтвержденій и дополненій.

Весьма интересны также были сообщенія и предъявленія проф. *Magnus*'а (изъ Heidelberg'а), относившіяся къ двигательной работѣ мышцъ тонкихъ кишекъ. Онъ работалъ съ изолированными кусками тонкой кишки, омываемой жидкостью *Ringer*'а,—способъ, близкій къ орошенію изолированныхъ органовъ жидкостью *Locke*'а. На цѣломъ кускѣ кишки наблюдались какъ аутоматическія періодическія движенія, такъ и вызываемыя различными раздраженіями кишки. Если же осторожно отдѣлить слой продольныхъ мышцъ (лежащій снаружи), вмѣстѣ съ которымъ останутся *Auerbach*'овскія нервныя сплетенія, изолировать также слой поперечныхъ (кольцевыхъ) мышцъ отъ слизистой оболочки, на которой останутся *Meissner*'овскія нервныя сплетенія; изслѣдовать затѣмъ отдѣльно движенія продольнаго слоя, снабженнаго упомянутыми нервными элементами и поперечнаго, совершенно свободнаго отъ нервовъ, въ чемъ авторъ убѣждался непосредственно при помощи микроскопическихъ изслѣдованій, то первый обнаруживаетъ аутоматическія движенія, а второй сохраняетъ лишь вызываемыя раздраженіями. Послѣднее обстоятельство говоритъ за возможность самостоятельнаго сокращенія самого мышечнаго волокна безъ участія нерва.

Далѣе *Cannon* (изъ Boston'а) показалъ свой способъ изслѣдованія движеній желудка и кишекъ съ помощью *Roentgen*'овскихъ лучей и примѣшаннаго къ пищѣ основного азотно-кислаго висмута въ видѣ порошка (при ознакомленіи съ общей картиной движенія) или шариковъ (при изученіи частностей). Висмутъ не пропускаетъ *Roentgen*'овскихъ лучей и даетъ на экранѣ тѣнь, по движеніямъ которой можно судить о движеніяхъ содержимаго желудка и кишекъ, а слѣд., и о двигательной работѣ этихъ органовъ. Если сдѣлать рядъ послѣдовательныхъ снимковъ, то, помѣстивъ ихъ въ стробоскопъ, можно воспроизводить въ любое время картину наблюдавшихся сокращеній желудка и кишечника. Способъ этотъ подтверждаетъ фактъ полнаго покоя fundal'ной части желудка при пищевареніи и энергичной двигательной дѣятельности привратниковаго его отдѣла за это время.

Ducceschi (изъ Рима) докладывалъ о распредѣленіи волоконъ блуждающихъ и сочувственныхъ нервовъ въ стѣнкахъ желудка и о физіологической роли тѣхъ и другихъ по отношенію къ желудку.

Кромѣ перечисленныхъ, къ области физіологіи пищеваренія относились сообщенія *Delezenne*'а и *E. Pozerski*'аго (изъ Парижа), а также *L. Mayer*'а и *E. Zunz*'а (изъ Брюсселя) и еще нѣкоторыхъ другихъ членовъ Съѣзда (въ томъ числѣ 3 русскихъ работы).

Для болѣе близкаго ознакомленія членовъ Съѣзда другъ съ другомъ было 4 общихъ вечернихъ собранія, которыя прошли весьма оживленно.

Подобные Съѣзды, безъ сомнѣнія, приносятъ огромную пользу. Нельзя, однако, не пожалѣть, что часть матеріала неизбѣжно пропадаетъ для большинства слушателей вслѣдствіе того, что сообщенія дѣлаются, кромѣ французскаго и нѣмецкаго, на далеко не всѣмъ извѣстныхъ англійскомъ и итальянскомъ языкахъ. Послѣдніе 2 языка слѣдовало-бы оставить, на ряду съ французскимъ и нѣмецкимъ, только для предъявленій, при которыхъ автору иногда гораздо удобнѣе пользоваться роднымъ языкомъ, что при томъ-же и не особенно затруднитъ слушателей; самыя-же сообщенія слѣдовало-бы дѣлать только на французскомъ и нѣмецкомъ языкахъ, какъ наиболѣе распространенныхъ и знакомыхъ большинству.

В. Болдыревъ.

Bruxelles. 20/VIII (2/IX) 1904 г.

[1]) О чемъ было сообщено на этомъ-же Съѣздѣ.

Письма изъ Тавриза.

(Письмо 3-ое).

Совѣщаніе врачей.—Что нужно предпринять русской колоніи?

2 минувшаго іюля, въ день праздника французской республики, былъ оффиціальный пріемъ у французскаго консула. Консулъ познакомилъ меня съ старымъ персомъ, сидѣвшимъ на почетномъ мѣстѣ въ шапкѣ и халатѣ изъ тармаламы. Грудь его была увѣшана орденами, усыпанными брилліантами сомнительнаго блеска [1]). Къ нему обращались съ словомъ «Excellence» и съ почтеніемъ. Это и былъ лейбъ-медикъ *Loghman*. Онъ пригласилъ меня на завтра къ себѣ въ домъ на «Совѣщаніе врачей по принятію мѣръ противъ заноса въ Тавризъ холеры». Разумѣется, я съ охотою воспользовался его любезностью.

Loghman сидѣлъ въ саду за столомъ, на которомъ лежалъ листъ бумаги и стояла чернильница. Онъ любезно усадилъ меня въ единственное кресло; другіе сидѣли на скамьяхъ. Здѣсь были *Coppin*, *Renard* и вышеупомянутые мной Jacques и Wideman, а также полицмейстеръ Тавриза и главный почтмейстеръ. Засѣданіе ради меня и *Coppin*'а велось на французскомъ языкѣ, такъ какъ персидскаго мы не знаемъ, и *Loghman* переводилъ затѣмъ сказанное на персидскій языкъ. Одного изъ 4-хъ персидскихъ врачей, которые подходили къ намъ, робко кланяясь, *Loghman* представилъ мнѣ, объяснивъ, что именно его посылаютъ въ Кафланку (за 150 в. отъ Тавриза) для того, чтобы не пропускать сюда изъ Тегерана никого и что ему надо дать инструкціи. На мое недоумѣніе, какъ-же онъ это можетъ сдѣлать? мнѣ объяснили, что въ этомъ мѣстѣ дорога съужена горами и что доктору дадутъ солдатъ, чтобы онъ загородилъ проѣздъ, а *Coppin* просилъ *Loghman*'а перевести персу, что главное условіе его командировки въ это мѣсто—это то, что, *если онъ пропуститъ хоть одного человѣка въ Тавризъ, то ему отрубятъ голову*, что это велѣлъ ему сказать Валіадъ. Докторъ-персъ былъ очень опечаленъ этимъ, но рядъ неразрѣшимыхъ вопросовъ со стороны *Coppin*'а и моей освободили его отъ этой тяжелой отвѣтственности. Фантазія Валіада и *Loghman*'а, что одинъ персъ-докторъ съ десяткомъ солдатъ могутъ остановить сильное движеніе проѣзжающихъ и каравановъ, пошла на смарку. Узкое мѣсто между горъ—почти пустыня. Для проѣзжающихъ и каравановъ здѣсь нѣтъ ни пристанища, ни запасовъ пропитанія. Проѣхавъ изъ Тегерана 450 верстъ, не ожидая заставы и не имѣя возможности возвратиться обратно, куда-же дѣнутся путники? Что будетъ дѣлать эта застава, если въ такомъ скопищѣ людей начнутся заболѣванія холерой? Что дѣлать съ почтой? Что будетъ дѣлать персъ-докторъ, если толпа путниковъ, не желая умирать здѣсь съ голода или отъ начавшейся въ этомъ очагѣ холеры, пойдетъ силой противъ десятка солдатъ или обойдетъ заставу горными тропами и т. д.? Персы поговорили между собой и стали составлять инструкціи еще, кажется несообразнѣе: докторъ долженъ задерживать всѣхъ проѣзжающихъ на 10 дней и потомъ только пропускать.

Когда инструкціи были написаны и персу объявили, чтобы онъ сегодня-же въ ночь выѣхалъ на мѣсто, мнѣ пришелъ въ голову еще одинъ вопросъ. Я слышалъ, обратился я къ *Loghman*'у, что въ Персіи есть такой законъ, по которому умершаго надо хоронить въ мѣстѣ его жительства. Что Вы будете дѣлать, если въ этой заставѣ умретъ кто-нибудь отъ холеры? На это *Coppin*, прежде чѣмъ *Loghman* собрался сказать что-нибудь, очень устроумно отвѣтилъ: «они продержатъ этотъ трупъ 10 дней въ карантинѣ и потомъ привезутъ къ намъ!»

Эта острота очень мѣтко охарактеризовала и «Совѣщаніе» персовъ и все антисанитарное состояніе Тавриза. Въ самомъ дѣлѣ, если правительство допускаетъ дѣлать кладбища какъ для умирающихъ вообще, такъ и для холерныхъ, на городскихъ площадяхъ, подъ которыми проведены канавы для питьевой воды, то, безъ сомнѣнія, оно можетъ допустить и такую перевозку холерныхъ труповъ.

Когда я сталъ описывать *Loghman*'у ужасное антисанитарное состояніе Тавриза и спрашивалъ его, что̀ можно сдѣлать хотя-бы для нѣкотораго улучшенія этой общей бѣды, то оказалось, что сдѣлать ничего нельзя, потому что обычаи послѣдователей Магомета настолько сильны, что никакая власть Валіада и даже самого шаха не можетъ бороться съ ними. Въ дѣйствительности выходитъ, слѣд., такъ, что на кладбищахъ среди города будутъ хоронить холерныхъ безъ всякого надзора со стороны властей; могилы будутъ рыть, не обращая вниманія на протекающую тамъ питьевую воду; при массовой смертности, которая, несомнѣнно, будетъ, если только холера доберется до Тавриза, зарывать трупы будутъ поверхностно, и смрадъ отъ ихъ разложенія будетъ стоять въ лабиринтѣ тѣсныхъ переулковъ съ ихъ ямами-дворами для жилья, гдѣ нѣтъ никакого обмѣна воздуха; мы будемъ ходить

[1]) Шахъ жалуетъ ордена съ фальшивыми брилліантами, а, кто хочетъ, можетъ замѣнить ихъ настоящими.

мимо умершихъ на улицахъ или наблюдать разложеніе труповъ на нашихъ дворахъ, пока родственники умершихъ не найдутъ ихъ и не похоронятъ, ибо здѣсь нѣтъ ни охранной полиціи, ни санитаровъ.

Если Совѣщаніе врачей съ лейбъ-медикомъ во главѣ, составленное по приказу Валіада, приходитъ къ заключенію, что ихъ врачъ, мало освѣдомленный съ устройствомъ карантина, со способами обеззараживанія, даже съ признаками той болѣзни, на борьбу съ которой его посылаютъ, можетъ оградить Тавризъ отъ холеры, то надѣяться на Персію, мнѣ кажется, нельзя. Если немного вдуматься въ постановленіе Совѣщанія 3-го іюля, то станетъ яснымъ, что инструкціи, данныя врачу, не только не остановятъ движенія холеры, но принесутъ даже вредъ. Представьте себѣ караванъ-сарай [1]), наполненный массой путниковъ, караваны верблюдовъ со всевозможными товарами. Персидскій врачъ отмѣчаетъ паспорты, кто, когда пріѣхалъ и, по буквѣ инструкціи, выпускаетъ тѣхъ, кто пробылъ 10 дней, хотя-бы они заболѣли холерой вчера, т. е. на 9-й день! Помимо того, есть много обходовъ этого карантиннаго пункта по горамъ, есть, наконецъ, другія дороги въ Тавризъ, напр., Курдистанская изъ Халсадана къ Марагѣ, а объ нихъ и не вспомнили.

И такъ, Персія ничего не можетъ сдѣлать для ограниченія движенія холеры. Что-же можемъ сдѣлать мы, русскіе, для огражденія своей колоніи? Я полагаю, что мы можемъ принять лишь слѣдующія мѣры:

1) До появленія холеры служащихъ надо переселить за городъ, построивъ имъ бараки при хорошей водѣ.

2) Семьямъ служащихъ надо дать средства для переѣзда въ Россію до начала эпидеміи.

3) Необходимо усилить врачебный персоналъ, ибо помощи отъ 1 врача и отъ 1 фельдшера мало.

4) Мы должны выписать партію санитаровъ для очищенія и обеззараживанія жилищъ заболѣвшихъ.

5) Мы должны заранѣе подумать и о мѣстѣ для русскаго кладбища. Вопросъ этотъ—очень серьезный, ибо здѣсь придется бороться съ міровоззрѣніями фанатиковъ и ихъ взглядомъ на насъ, какъ на невѣрныхъ.

6) Нужно имѣть противухолерную сыворотку.

Вотъ, пожалуй, и всѣ тѣ мѣры, которыя слѣдуетъ осуществить въ ожиданіи холеры; а, если она сюда надвинется, то останется одно—это переселеніе служащихъ на время эпидеміи въ Россію.

Много эпидемій холеры и чумы проникало въ Россію изъ Персіи. Наши карантины на границѣ съ Персіей, хотя и хорошо обставленные, оказываются, очевидно, мало дѣйствительными. Добравшись, напр., до Джульфы и остановленная здѣсь карантиномъ, эпидемія пойдетъ распространяться по пограничной рѣкѣ Араксу въ Куру и т. д. Поэтому необходимо при развитіи холеры въ Персіи войти въ соглашеніе съ персидскимъ правительствомъ и организовать санитарные отряды съ карантинами не только въ пограничныхъ пунктахъ, но и внутри этой страны. Персія здѣсь мало населена, гориста; пути для большихъ движеній товаровъ и рабочихъ всѣ на перечетъ. Поставьте карантинъ въ узкомъ ущельѣ Дармфиза, дайте сюда санитарный отрядъ, и тогда путь изъ Тавриза въ Джульфу будетъ обезпеченъ отъ заноса холеры въ Эриванскую губ. Дайте 2-ой и 3-ій отряды на Шахтахтинскую дорогу и на Аррабильскій путь, и здѣсь будутъ такія заставы, которыя значительно ограничатъ соприкосновеніе больныхъ съ нашей границей, а это—очень важно: чѣмъ меньше такое соприкосновеніе, тѣмъ больше вѣроятности уберечься отъ холеры.

П. Филатовъ.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Физіологія и общая патологія. 794. Д-ръ *Grünbaum* произвелъ рядъ опытовъ *зараженія обезьянъ брюшнымъ тифомъ*. Животнымъ вводилась съ пищей чистая разводка брюшно-тифозной палочки или частицы испражненій больныхъ тифомъ. Кровь животныхъ до зараженія совершенно не обладала способностью склеивать тифозныя палочки. Послѣ зараженія кровь 4-хъ изъ 5 обезьянъ склеивала палочки въ разведеніи отъ 1:20 до 1:100. Изъ болѣзненныхъ припадковъ наблюдались: общее недомоганіе, жидкія испражненія, обложенный языкъ, повышеніе температуры тѣла, не имѣвшее опредѣленнаго характера. При вскрытіи 2-хъ обезьянъ (шимпанзе), убитыхъ хлороформомъ на 12-ый день болѣзни, найдено увеличеніе (набуханіе) *Peyer*'овыхъ бляшекъ, изъ селезенки-же получены разводки брюшно-тифознаго микроба.—Авторомъ поставленъ, кромѣ того, рядъ опытовъ зараженія обезьянъ скарлатиной и корью; съ этой цѣлью на животныхъ надѣвалась рубашка больныхъ, прикладывались къ слизистой оболочкѣ носа чешуйки кожицы, впрыскивалась кровь больныхъ. Въ 1 случаѣ получилось скарлатиноподобное пораженіе зѣва, при чемъ удалось выдѣлить цѣпекокка. Остальные опыты были отрицательные (British Medical Journal, 9 апрѣля). *Л. Старокадомскій.*

Физіологическая химія. 795. Д-ръ *Dreyfus* сообщаетъ способъ точнаго *опредѣленія количества мочевой кислоты* въ мочѣ, являющійся упрощеніемъ извѣстнаго способа *Hopkins*'а. Необходимые реактивы: 1) 500,0 сѣрнокислаго аммонія, 5,0 уксуснокислаго урана, 60 к. стм. 10% уксусной кислоты, перегнанной воды до 1 литра; 2) $^1/_{20}$-нормальный растворъ марганцовокислаго калія.—Къ 300 к. стм. мочи прибавляютъ 75 к. стм. перваго раствора, тщательно смѣшиваютъ и спустя нѣсколько минутъ процѣживаютъ черезъ двойной фильтръ. Собравъ 250 к. стм. фильтрата, раздѣляютъ его на 2 равныя части; къ каждымъ 125 к. стм. прибавляютъ 5 к. стм. крѣпкаго аміака и оставляютъ на сутки. Выпавшій мочекислый аммоній переносится на фильтръ и промывается 10%-мъ растворомъ сѣрнокислаго аммонія. Смывъ осадокъ 100 к. стм. воды и прибавивъ 15 к. стм. крѣпкой сѣрной кислоты, титруютъ $^1/_{20}$-нормальнымъ растворомъ марганцовокислаго калія до постоянной розовой окраски. 1 к. стм. раствора марганцовокислаго калія соотвѣтствуетъ 3,75 млгрм. мочевой кислоты.—Скорѣе, но менѣе точно опредѣляется количество мочевой кислоты, если къ 100 к. стм. мочи прибавить 30,0 грм. хлористаго аммонія, оставить осаждаться въ теченіи сутокъ, отфильтровать осѣвшій мочекислый аммоній, промыть его холоднымъ насыщеннымъ растворомъ хлористаго аммонія и, растворивъ въ 100 к. стм. горячей воды съ 15 к. стм. крѣпкой сѣрной кислоты, титровать марганцовокислымъ каліемъ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 30 апрѣля). *Л. С.*

Внутреннія болѣзни. 796. Д-ра *Julius Donath* и *Karl Landsteiner* (Вѣна) путемъ цѣлаго ряда опытовъ съ кровью больныхъ, страдающихъ *пароксизмальной гэмоглобинуріей*, пытались выяснить сущность этой болѣзни и пришли къ слѣдующему результату. Гэмолизъ при пароксизмальной гэмоглобинуріи происходитъ оттого, что при охлажденіи крови красные кровяные шарики поглощаютъ изъ сыворотки ядовитое вещество; это послѣднее при послѣдующемъ затѣмъ нагрѣваніи крови растворяетъ кровяные шарики при помощи особаго, содержащагося и въ нормальной сывороткѣ, тѣла—т. наз. комплемента. Вышеупомянутое ядовитое вещество содержится лишь въ крови людей, страдающихъ пароксизмальной гэмоглобинуріей. Охлажденіемъ и послѣдующимъ затѣмъ нагрѣваніемъ крови больного, страдающаго пароксизмальной гэмоглобинуріей, можно въ пробиркѣ воспроизвести сущность припадка, обусловливаемаго дѣйствіемъ холода (Münchener medicinische Wochenschrift, № 36). *А. Коварскій.*

797. Д-ръ *Berthold Stein* (Nürnberg) сообщаетъ о *тяжеломъ случаѣ несахарнаго мочеизнуренія*, при которомъ единственно дѣйствительнымъ способомъ лѣченія оказались *впрыскиванія стрихнина* подъ кожу. Въ то время какъ ни діэтетическими, ни лѣкарственными способами лѣченія не удалось уменьшить количества мочи, доходившаго до 15 литровъ въ сутки, впрыскиванія стрихнина (0,001—0,005) съ первыхъ-же дней обнаружили свое дѣйствіе, и черезъ 4 недѣли количество мочи понизилось до $3^1/_2$—4 литровъ въ сутки. Параллельно съ этимъ шло улучшеніе общаго состоянія и исчезновеніе большинства признаковъ болѣзни. Больная прибавилась въ вѣсѣ и настолько поправилась, что могла предпринять путешествіе на 3 мѣсяца. Особенность этого случая заключается еще въ томъ, что здѣсь подъ вліяніемъ стрихнина не только уменьшилось общее количество мочи, но и уд. вѣсъ ея нѣсколько поднялся —съ 1002 до 1006, въ то время, какъ въ описанныхъ до сихъ поръ 2-хъ случаяхъ благопріятнаго дѣйствія стрихнина при несахарномъ мочеизнуреніи уд. вѣсъ мочи остался безъ перемѣны (*Leick* и *Feilchenfeld*). Въ чемъ заключается сущность дѣйствія стрихнина въ данномъ случаѣ, ав-

[1]) Постоялый дворъ среди поля, т. е. дворъ, обнесенный заборомъ съ маленькой лачужкой для проѣзжающихъ.

торъ объяснить не берется (Münchener medicinische Wochenschrift, № 36). *А. Коварскій.*

798. *Gambarati* описалъ *случай цирроза печени, сопровождавшійся веннымъ шумомъ*, подобнымъ таковому же въ шейныхъ сосудахъ при блѣдной немочи; въ тоже время наблюдались уменьшеніе правой ½ груди съ сморщиваніемъ праваго легкаго вслѣдствіе стараго плейрита, hydrothorax съ правой стороны и брюшная водянка. Означенный шумъ былъ слышенъ на протяженіи всей грудины и надъ печенью и походилъ на дуновеніе вѣтра чрезъ узкое отверстіе; подлѣ позвоночника, вѣроятно, вслѣдствіе hydrothorax'а его не было слышно; тоны сердца были нѣсколько ослаблены, но правильны. Авторъ высказалъ предположеніе о возможной зависимости этого веннаго шума отъ затрудненнаго кровообращенія вслѣдствіе съуженія нижней полой вены въ печеночной бороздѣ, обусловленнаго сморщиваніемъ печени, такъ какъ ни hydrothorax, ни брюшная водянка, ни опухоль селезенки не были настолько велики, чтобы въ нихъ можно было видѣть причину явленія; скорѣе заслуживало вниманіе то обстоятельство, что больной въ юности страдалъ правостороннимъ плейритомъ, вслѣдствіе котораго и запала правая ½ его грудной клѣтки: можно было-бы предполагать, что названный венный шумъ находился въ зависимости отъ сокращенія старыхъ плейритическихъ сращеній, если-бы этому не противорѣчило полное отсутствіе подобныхъ же явленій со стороны сердечной сорочки (Riforma med. № 7, по пер. въ Centralblatt f. innere Medicin, № 36). *Г. Александровъ.*

799. Д-ръ *Раковскій* приводитъ *случай острой непроходимости кишекъ, излѣченный прерывистымъ токомъ.*

Больной, 45 л., посредственнаго питанія, явился въ больницу съ жалобами на боли живота и рвоту. Животъ вздутъ и болѣзненъ. Въ теченіи 5 дней были назначаемы промывательныя, каломель (0,5 на пріемъ), настой александрійскаго листа, жидкая вытяжка Cascarae, но испражненій не было. На 5-ый день: Животъ рѣзко вздутъ; движенія кишекъ усилены и замѣтны въ верхней части живота; газы и калъ не выдѣляются; временами зловонная рвота. Пульсъ нитевидный; дыханіе поверхностное, ускоренное; звуки сердца чисты. Звукъ при постукиваніи живота барабанный. Авторъ произвелъ 2 раза фарадизацію живота (одинъ электродъ—въ прямую кишку, другой—на животъ). Въ слѣдующіе 2 дня та-же многократная фарадизація, но безъ успѣха. На 3 ій день послѣдовало обильное испражненіе. Въ дальнѣйшемъ больной быстро поправился.

Авторъ въ заключеніе говоритъ, что въ случаяхъ, въ которыхъ имѣется подозрѣніе на паралитическую либо механическую непроходимость кишекъ, показано примѣненіе прерывистаго тока (Nowiny lekarskie, сентябрь). *С. О.*

800. Д-ръ *Brown* сообщаетъ объ успѣшномъ примѣненіи *х-лучей* въ одномъ случаѣ *бѣлокровія.*

Больной, 30 л., прежде пользовался хорошимъ здоровьемъ. Болотная лихорадка и сифилисъ исключены. Боленъ около ½ года. При изслѣдованіи найдено: селезенка значительно увеличена—по средней подмышковой линіи съ 7-го ребра, по лѣвой сосковой на 2 пальца ниже пупка, вправо заходитъ на 1 палецъ за среднюю линію; на ощупь равномѣрно плотна; прощупывается тонкій край печени; конечности немного отечны; въ мочѣ немного бѣлка и стекловидныхъ цилиндровъ; красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 2600000, много ядросодержащихъ; бѣлыхъ тѣлецъ 800000, изъ нихъ 40% лапчатоядерныхъ, 40% міэлоцитовъ, 8% эозинофиловъ, 8% большихъ одноядерныхъ и 4% дегенеративныхъ; Hb 65%; уд. вѣсъ крови 1,050. — Назначены: мышьякъ, желѣзо и 2 раза въ недѣлю х-лучи на область селезенки. Спустя 2 мѣсяца замѣчено улучшеніе: число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 3000000, бѣлыхъ 58000. Желѣзо и мышьякъ прекращены; назначенъ хининъ, по 1 грану, 3 раза въ день, и ежедневно х-лучи на область селезенки, на концы длинныхъ костей и на грудину. Такое лѣченіе продолжалось нѣсколько мѣсяцевъ. Черезъ мѣсяцъ было замѣчено небольшое увеличеніе числа красныхъ тѣлецъ и Hb, но число бѣлыхъ тѣлецъ возросло до 106000; еще черезъ мѣсяцъ число ихъ было 129000, красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4124000, Hb 85%; ядерныхъ красныхъ тѣлецъ уже не встрѣчается; среди бѣлыхъ 60% лапчатоядерныхъ, 25% міэлоцитовъ, 5% эозинофиловъ, 1% малыхъ лимфоцитовъ и 3% дегенеративныхъ. Съ слѣдующаго мѣсяца замѣчалось неуклонно развивавшееся улучшеніе качествъ крови: бѣлыхъ тѣлецъ 44360, изъ нихъ лапчатоядерныхъ 74%, міэлоцитовъ 20%, эозинофиловъ 1%, малыхъ лимфоцитовъ 2%, дегенеративныхъ 3%; на слѣдующій мѣсяцъ бѣлыхъ тѣлецъ 17825; еще черезъ мѣсяцъ красныхъ 4600000, Hb 90%, бѣлыхъ 10980, изъ нихъ лапчатоядерныхъ 86%, малыхъ лимфоцитовъ 8%, базофильныхъ 1%, переходныхъ 2%, дегенеративныхъ 3%. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Селезенка прощупывается только при глубокомъ дыханіи. Вѣсъ тѣла больного превышаетъ прежній его вѣсъ въ здоровомъ состояніи. Послѣднее изслѣдованіе крови, спустя недѣлю, показало: Hb 95%, красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4690000, бѣлыхъ 7894 (The Journal of the American Medical Association, 26 марта). *Л. С.*

801. Желая выяснить *воспріимчивость фабричнаго населенія къ оспенной заразѣ («Къ статистикѣ рябыхъ»), Н. Н. Письменный* ввелъ въ фабричной амбуляторіи особую личную карточку, въ которой отмѣчались, между прочимъ, лѣта рябого и его мѣсторожденіе. Съ конца 1900 г. за 3 года всѣхъ карточекъ накопилось 14850, среди которыхъ отмѣчено 464 рябыхъ, (3,12%). До 1 г. и старше 70 л. не встрѣчалось ни одного рябого; отъ 1 г. до 10 л. было 2,8 рябыхъ на 1000 этого возраста, отъ 10 до 20 л. уже 12,2, отъ 20—30 л. 45,7, отъ 30—40 л. 63,5 и отъ 40—50 л. 70; съ 50 л. число рябыхъ быстро падаетъ. Уменьшеніе числа рябыхъ послѣ 50 л. объясняется, по мнѣнію автора, уменьшеніемъ воспріимчивости къ заразѣ, а также сглаживаніемъ съ теченіемъ времени рябинъ. Что касается распредѣленія рябыхъ по поламъ, то ихъ среди мужчинъ отмѣчено 3,3%, среди женщинъ 2,9%. % рябыхъ весьма разнится по мѣсту рожденія въ сосѣднихъ съ фабрикой 5 районахъ, а именно—для горожанъ г. Серпухова онъ равенъ 2,3, для крестьянъ Серпуховскаго уѣзда 3,3, среди Тульчанъ 3,8 и среди Калужанъ 4,3, что объясняется лучшей постановкой оспопрививанія въ Серпуховскомъ уѣздѣ. Въ заключеніе авторъ указываетъ, что статистика рябыхъ есть исторія оспенныхъ эпидемій, съ одной стороны, и исторія успѣховъ оспопрививанія, съ другой (Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины, августъ). *И. Вирскій.*

Хирургическія болѣзни. 802. Д-ръ *Soules* предлагаетъ слѣдующій *пріемъ* для *удаленія червеобразнаго отростка*, пригодный въ случаяхъ удаленія непораженнаго болѣзненнымъ процессомъ отростка или при операціи, предпринятой въ промежуткѣ между приступами воспалительныхъ явленій. Наложивъ на брыжейку отростка нѣсколько (1—4) лигатуръ, перерѣзаютъ ее до ея основанія, оставшуюся-же на отросткѣ часть удаляютъ. Сдѣлавъ круговой разрѣзъ брюшиннаго покрова отростка вблизи верхушки послѣдняго, заворачиваютъ брюшинную оболочку до основанія отростка; отростокъ перевязывается у корня въ 2-хъ мѣстахъ и между лигатурами перерѣзается. Развернувъ оставшуюся въ видѣ перчаточнаго пальца сывороточную оболочку отростка, разрѣзаютъ ее вдоль, по мѣсту прикрѣпленія брыжейки, и образовавшеюся плоскою перепонкой прикрываютъ культю отростка и мѣсто отрѣза его брыжейки, прикрѣпляя нѣсколькими швами къ брыжейкѣ подвздошной кишки (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 23 апрѣля). *Старокадомскій.*

803. Д-ръ *Wood* сообщаетъ о примѣнявшемся имъ неоднократно способѣ *остановки артеріальнаго кровотеченія* въ такихъ случаяхъ, когда нѣтъ возможности оказать коренную помощь. Кэтгутовая, шелковая или крѣпкая льняная нить проводится въ области раны или выше нея сквозь толщу кожи и подлежащихъ частей, захватывая, между прочимъ, и поврежденный сосудъ, и крѣпко затягивается. Такая остановка кровотеченія достаточно надежна для того, чтобы получить возможность безопасно отправить больного въ лѣчебное заведеніе, гдѣ послѣ оказанія надлежащаго хирургическаго пособія временный «шовъ» будетъ снятъ. Въ случаяхъ крайности, въ которыхъ только и можетъ примѣняться употребляемый авторомъ способъ, опасность возможнаго загрязненія при наложеніи предлагаемаго «шва» отходитъ на второй планъ передъ опасностью кровотеченія (American Medicine, 30 апрѣля). *Л. Старокадомскій.*

804. Проф. *Halstead* (Chicago) описываетъ *случай пищеводнаго расширенія, оперированнаго по способу Girard'а.*

Больной, 76 л., 17 лѣтъ испытывалъ затрудненія при проглатываніи пищи. Въ началѣ часть проглоченной пищи попадала снова въ ротъ и должна была быть проглатываема вторично. Въ послѣднее время проглатывать твердую пищу совершенно не могъ, а жидкая проходила въ желудокъ свободнѣе въ лежачемъ положеніи больного. При поступленіи отмѣчено: сильное истощеніе, боли послѣ пріема пищи въ шейной области надъ верхнимъ краемъ грудины, стихавшія послѣ рвоты или послѣ сдавливанія шеи, вслѣдствіе чего пища вмѣстѣ со слизью снова попадала въ ротъ. Бужъ встрѣчалъ препятствіе на разстояніи 17 стм. отъ рѣзцовъ; конецъ его свободно перемѣщался въ полости мѣшковиднаго расширенія. Болѣе толстыми бужами иногда удавалось пройти въ желудокъ. *Röntgen*'овскимъ снимкомъ (послѣ пріема порошка висмута) обнаружено ясное потемнѣніе на уровнѣ верхняго края грудины. Операція. Разрѣзъ по переднему краю лѣвой кивательной мышцы. Въ расширеніе пищевода введенъ со стороны полости рта бужъ. Расширеніе имѣло грушевидную форму; длина его—4, ширина—3 стм.; помѣщалось нѣсколько влѣво и позади пищевода, а шейка его приходилась на высотѣ перстневиднаго хряща. Вокругъ шейки проведенъ кисетный шовъ; само расширеніе ввернуто въ просвѣтъ пищевода, и шовъ затянутъ. 2-ой рядъ швовъ на стѣнку пищевода, 3-ій—на мышцы (въ направленіи, поперечномъ 2-му). Глухой шовъ на кожную рану. Гладкое выздоровленіе. Всѣ разстройства глотанія исчезли (Annals of Surgery, февраль). *Б. Финкельштейнъ.*

805. На основаніи собственнаго наблюденія и литературныхъ данныхъ д-ръ *Murray* говоритъ *объ оперативномъ лѣченіи бьющагося пучеглазія.*

Рабочій, 29 л., за мѣсяцъ до поступленія получилъ ударъ пивною бутылкою по головѣ. Ударъ не сопровождался ни ранами, ни потерею сознанія. На слѣдующій день слѣва, гдѣ пришелся ударъ, появился постоянный шумъ, затѣмъ—выпячиваніе лѣваго глаза и припуханіе вѣкъ съ значительнымъ расширеніемъ сосудовъ соединительной оболочки и сильнѣйшими головными болями. При поступленіи найдено: рѣзкое выпячиваніе лѣваго глаза, отекъ соединительной оболочки, вѣкъ, даже щеки и виска, легкое выпячиваніе праваго глаза; надъ всѣмъ черепомъ (особенно слѣва) слышенъ ясный шумъ; напряженіе глазъ и зрѣніе нормально; сосуды дна лѣваго глаза рѣзко расширены; кнаружи отъ угла лѣваго глаза прощупывается пучокъ бьющихся венъ. Перевязана и перерѣзана между лигатуръ общая лѣвая сонная артерія. Мало по малу всѣ разстройства исчезли. Однако, спустя годъ вновь появилось легкое выпячиваніе лѣваго глаза. Дальнѣйшая судьба больного не прослѣжена.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ описанная болѣзнь является слѣдствіемъ артеріально-венной анейризмы внутренней сонной артеріи и пещеристой пазухи, въ меньшинствѣ—слѣдствіемъ расширенія глазной артеріи. Причина болѣзни въ 71%—траума, въ 21% — затяжное воспаленіе внутренней оболочки сонной артеріи. Предоставленная самой себѣ, болѣзнь ведетъ къ глубокимъ разстройствамъ зрѣнія и въ концѣ концовъ къ слѣпотѣ. Изъ способовъ лѣченія (сдавленіе общей сонной артеріи, ея перевязка) лучшіе результаты даетъ послѣдняя. По даннымъ *Slomann*'а (1898 г.) на 95 случаевъ бьющагося пучеглазія (какъ трауматическаго, такъ и не трауматическаго) перевязка общей сонной артеріи дала 49 выздоровленій, 17 улучшеній, въ 17 случаяхъ она осталась безъ результата, 10 оперированныхъ умерли. Въ 2 случаяхъ исходъ былъ неизвѣстенъ. При трауматическомъ бьющемся пучеглазіи перевязка сонной артеріи даетъ хорошій результатъ въ 80%. Въ единичныхъ случаяхъ, кромѣ общей сонной артеріи, приходится перевязывать наружную сонную, ниже мѣста отхожденія верхней щитовидной, которая принимаетъ главное участіе въ образованіи обходныхъ путей. Наконецъ, въ упорныхъ случаяхъ возврата приходится перевязать общую сонную артерію и съ другой стороны. Такихъ случаевъ въ литературѣ описано 6; изъ нихъ въ 5 получился хорошій результатъ въ смыслѣ исчезновенія припадковъ и сохраненія зрѣнія, а въ 1 операція не принесла пользы. Авторъ склоненъ думать, что слѣдуетъ, вмѣсто перевязки общей сонной артеріи, перевязывать внутреннюю сонную (съ одной или съ обѣихъ сторонъ, смотря по результатамъ), а въ случаѣ возврата изсѣчь вѣтви верхней глазной вены у внутренняго угла глазницы, какъ это и было сдѣлано съ успѣхомъ д-ромъ *Woodward*'омъ (Annals of Surgery, мартъ). *Б. К. Ф.*

806. Съ тѣхъ поръ какъ стали примѣнять кріоскопію для клиническихъ цѣлей, принималось правиломъ, что точка замерзанія крови бываетъ понижена лишь тогда, когда поражены обѣ почки; при заболѣваніи-же одной почки она остается нормальной. Д-ра *A. Loeb* и *C. Adrian* (Königsberg) описываютъ *случай односторонняго заболѣванія почки, въ которомъ, однако, точка замерзанія крови была понижена.*

При изслѣдованіи мочи, полученной при помощи катетеризаціи мочеточниковъ, послѣ предварительнаго впрыскиванія флоридзина оказалось, что изъ лѣвой почки выдѣляется значительно меньше мочи (7 к. стм.), чѣмъ изъ правой (80 к. стм.) и что содержаніе сахара и электрическая проводимость въ ней также значительно понижены. Такъ какъ одновременно имѣлась припухлость надключичныхъ железъ съ лѣвой стороны и значительное истощеніе, то распознаваніе было поставлено—злокачественная опухоль лѣвой почки. Чтобы выяснить, была-ли поражена и правая почка, было сдѣлано опредѣленіе точки замерзанія крови; она оказалась пониженной—0,63° Ц. Больному поэтому операціи сдѣлано не было, и онъ умеръ черезъ ½-года при явленіяхъ наростающей сердечной слабости, но безъ мочекровныхъ явленій. Вскрытіе показало, что правая почка была совершенно здорова, а лѣвая была почти вся раково-перерождена.

Этотъ случай доказываетъ, что на основаніи одного лишь факта пониженія точки замерзанія крови нельзя дѣлать вывода о наличности двусторонняго заболѣванія почки. Пониженіе точки замерзанія крови въ описанномъ случаѣ авторы объясняютъ быстрымъ ростомъ опухоли почки: истощенный организмъ не былъ въ состояніи уравновѣсить быстрое выключеніе работы одной почки усиленіемъ дѣятельности другой, и вслѣдствіе этого получилась задержка въ выдѣленіи твердыхъ составныхъ частей крови. Нѣкоторыя данныя опытовъ говорятъ въ пользу такого объясненія (Berliner klinische Wochenschrift, № 39). *К.*

807. *С. А. Шанявскій* въ статьѣ *опрокидываніе зарядныхъ ящиковъ, какъ причина траумaтическихъ поврежденій*, справедливо указываетъ на желательность мѣръ къ устраненію несчастныхъ случаевъ отъ опрокидыванія зарядныхъ ящиковъ. Онъ предлагаетъ дѣлать на продольномъ стержнѣ боковые шипы, которые ограничивали-бы слишкомъ большую «независимость» ящика и мѣшали-бы его паденію; если-же эту независимость ходовъ нужно сохранить во что-бы то ни стало, то необходимо измѣнить способъ посадки прислуги въ томъ смыслѣ, чтобы на заднемъ ящикѣ никто не сидѣлъ (В.-Медицинскій Журналъ, іюль). *И. Вирскій.*

808. Д-ръ *Salva Mercadé* описываетъ *случай холоднаго нарыва языка* у 8-лѣтней дѣвочки, въ остальномъ совершенно здоровой. Нарывъ, въ горошину, находился на срединѣ лѣвой ½ языка. Лѣченіе состояло въ разрѣзѣ и выскабливаніи; при микроскопическомъ изслѣдованіи гноя болѣзнетворныхъ бактерій въ немъ на найдено (Gazette des hôpitaux, 8 сентября). *И. В.*

809. На основаніи собственнаго наблюденія и литературныхъ данныхъ д-ръ *Cunningham* говоритъ *о тетаніи на почвѣ расширенія желудка.*

Больной, 28 л., 6 лѣтъ страдалъ рвотой и болями подъ ложечкой. Рвота была приступами, продолжавшимися 1—2 недѣли и сопровождавшимися общею слабостью, разстройствами зрѣнія (потерею способности различать очертанія предметовъ), подергиваніемъ рукъ, онѣмѣніемъ и судорогой пальцевъ, и наступала черезъ 15—30 мин. послѣ пріема пищи. При поступленіи отмѣчено: рѣзкій упадокъ питанія; въ мочѣ слѣды бѣлка; общая кислотность желудка 0,48; свободной HCl 0,32; послѣ рвоты—судороги въ рукахъ и въ лицевыхъ мышцахъ, съуженіе зрачковъ, ускореніе пульса. На лицо признаки *Trousseau* и *Chvostek*'а. Приступъ судорогъ длится 2—3 мин., сопровождаясь неполною потерею сознанія, и повторяется каждые 2—3 дня. Подъ вліяніемъ внутренняго лѣченія и діэты—значительное улучшеніе. Черезъ 9 мѣсяцевъ больной вновь поступилъ съ тѣми-же явленіями, только выраженными болѣе рѣзко. Судорогами охвачены и ноги и мышцы туловища. Нижняя граница желудка на уровнѣ пупка. Введеніе зонда вызывало сильнѣйшую рвоту и судороги (сокращеніе мышцъ пищевода). Операція. Желудокъ расширенъ; привратникъ утолщенъ; другихъ измѣненій не найдено. Заднее желудочно-кишечное соустіе. Полное выздоровленіе. Черезъ 5 мѣсяцевъ возврата не было. Размѣры желудка стали нормальными. Бѣлокъ въ мочѣ исчезъ.

Впервые «желудочная тетанія» была описана *Kussmaul*'емъ. Для объясненія ея предложены 3 теоріи: обѣднѣніе тѣла жидкостями *(Kussmaul)*, раздраженіе чувствительныхъ нервовъ желудка *(Berlizheimer)*, самоотравленіе *(Bouveret)*. Предсказаніе крайне серьезное (80% смертности). При хирургическомъ лѣченіи результаты, по видимому, лучше; на 8 случаевъ, считая и случай автора, было 5 выздоровленій, 3 смерти. Операція состояла въ разъединеніи сращеній, пластикѣ привратника, resp. наложеніи желудочно-кишечнаго соустія (Annals of Surgery, апрѣль).

Физіотерапія. 810. Д-ръ *Max Levy-Dorn* (Berlin) описываетъ *случай канкроида, развившагося на почвѣ волчанки и осложненнаго сахарнымъ мочеизнуреніемъ*, при которомъ удалось добиться значительнаго улучшенія лѣченіемъ *Roentgen*'овскими лучами. Опухоль, представлявшая до начала лѣченія язвенную поверхность въ 6 стм. длины и 5 ширины, послѣ 23 сеансовъ, при которыхъ х-лучи примѣнялись въ такой слабой степени, что не вызывали воспалительной реакціи, почти вся затянулась кожей; оставались только 3 очень маленькихъ узла волчаночнаго канкроида, сопротивлявшіеся дѣйствію х-лучей. Тогда авторъ рѣшился примѣнить бо́льшее, вызывающее воспалительную реакцію, количество лучей, и этимъ путемъ ему, дѣйствительно, удалось привести дѣло къ благополучному концу. Интересно въ этомъ случаѣ то обстоятельство, что дѣйствіе х-лучей у тяжелаго діабетика (больной, не соблюдая діэты, выдѣлялъ съ мочею 7% сахара) не вызвало омертвѣнія и что сахарное мочеизнуреніе, слѣд., не должно служить противопоказаніемъ къ лѣченію *Roentgen*'овскими лучами (Berliner klinische Wochenschrift, № 38). *А. Коварскій.*

811. Д-ръ *H. Heineke* (изъ Leipzig'ской хирургической клиники) изучалъ *дѣйствіе лучей радія на лимфатическую систему животныхъ* и пришелъ къ заключенію, что оно совершенно тождественно съ дѣйствіемъ *Roentgen*'овскихъ лучей. Авторъ подвергалъ дѣйствію радіевыхъ лу-

чей (20 мягрм. бромистаго радія) лѣвую $^1/_2$ груди молодыхъ морскихъ свинокъ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, а затѣмъ убивалъ животныхъ при помощи хлороформа. При изслѣдованіи селезенки и лимфатическихъ железъ оказалось, что повсюду замѣчается распадъ ядеръ лимфоцитовъ, ведущій къ исчезновенію послѣднихъ. Такая особая способность радіевыхъ лучей дѣйствовать черезъ кожу на лимфоидную ткань и вызывать въ ней такія-же измѣненія, какъ при дѣйствіи *Roentgen*'овскихъ лучей, заставляетъ думать, что въ обоихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ однимъ и тѣмъ же физическимъ дѣятелемъ, тѣмъ болѣе, что и по своему дѣйствію на другія ткани, какъ показываютъ изслѣдованія другихъ авторовъ, эти оба рода лучей имѣютъ очень много общаго (Münchener medicinische Wochenschrift, № 31). *А. Коварскій.*

Глазныя болѣзни. 812. Въ глазномъ отдѣлѣ LIV годового Собранія Американскаго Общества врачей д-ръ *Gifford* прочелъ докладъ о *существенномъ и несущественномъ въ безгнилостности глаза.* При проведеніи асептики въ глазной хирургіи необходимо считаться съ 2-мя особенностями этой области тѣла. Во-1-хъ, соединительно-оболочечный мѣшокъ въ большинствѣ случаевъ, вѣроятно и всегда, содержитъ либо безусловно болѣзнетворные микробы (бѣлый гноекоккъ, пнеймококкъ *Fraenkel*'я), либо такіе микробы, которые при извѣстныхъ условіяхъ могутъ сдѣлаться болѣзнетворными, какъ, напр., палочку ксероза или ложно-дифтерійную, которая, по д-ру *Hala*, можетъ явиться причиной градинъ (chalazia), а по д-ру *Кастальской*—полнаго нагноенія глаза. Во-2-хъ, слѣдуетъ принимать во вниманіе, что вполнѣ освободить мѣшокъ отъ этихъ микробовъ практически невозможно, тѣмъ болѣе, что начисто вытереть оттуда микробы немыслимо безъ одновременнаго поврежденія тканей, а рѣсницы, какъ ихъ ни чистить, всегда сохранятъ громадныя количества микроорганизмовъ у своихъ корней. Исходя изъ этихъ 2-хъ положеній, докладчикъ и подвергъ разбору всѣ мѣропріятія, примѣняемыя въ цѣляхъ безгнилостности при операціяхъ на глазу. Ванна, необходимая при приготовленіи больного къ общимъ операціямъ, является, по автору, несущественной въ хирургіи глаза. Столь-же несущественными представляются, по его мнѣнію, и усердныя вытиранія кожи вѣкъ до полнаго ея освобожденія отъ микробовъ. Лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кожа эта подлежитъ операціи, онъ вытираетъ ее кусочками обезпложенной ваты и вслѣдъ затѣмъ смазываетъ 4%-мъ растворомъ адскаго камня, примѣняя этотъ растворъ въ силу того, что швы, смазываемые имъ 1 разъ въ день, часто оставались безъ нагноенія впродолженіи недѣли и больше, хотя-бы и оставлялись открытыми. Рѣсницы было-бы, пожалуй, лучше всего выдергивать совершенно, какъ это дѣлаетъ *Schiötz*; но въ виду болѣзненности этого пріема и нежелательной реакціи, имъ вызываемой, авторъ совѣтуетъ лишь обрѣзывать рѣсницы, а корни ихъ вытирать бензиномъ и смазывать окисью цинка или другой какой-нибудь стойкой мазью. Соединительную оболочку онъ вымываетъ насыщеннымъ растворомъ борной кислоты, избѣгая раздражающихъ противугнилостныхъ промываній, приносящихъ, вмѣсто пользы, вредъ; вытираніе-же этой оболочки онъ производитъ лишь на томъ мѣстѣ, гдѣ предполагается сдѣлать разрѣзъ. Въ вопросѣ о завязываніи глаза послѣ операціи авторъ считается съ наиболѣе важными обстоятельствами—покоемъ и защитой оперированнаго глаза; а въ этомъ отношеніи предпочтеніе должно быть, безъ сомнѣнія, отдано повязкѣ передъ открытымъ лѣченіемъ, не смотря на то, что подъ повязкой увеличивается количество микробовъ въ мѣшкѣ соединительной оболочки. Что-же касается обезпложиванія перевязочнаго матеріала, то для бинта авторъ считаетъ это отнюдь несущественнымъ; единственное, что онъ находитъ нужнымъ обезпложивать, это—слой ваты, который онъ и вывариваетъ въ теченіи 10 минутъ въ борномъ растворѣ и кладетъ мокрымъ на оперированный глазъ, прикрывая этотъ кусокъ ваты клеенкой или другой подобной тканью. Для обезпложиванія инструментовъ онъ считаетъ вполнѣ достаточнымъ и наиболѣе пригоднымъ вывариваніе ихъ въ кипящей водѣ, продолжая кипяченіе около 10 мин., а въ спѣшныхъ случаяхъ—и не больше 5 мин. Притупленіе инструментовъ, наступающее послѣ повторнаго ихъ вывариванія, зависитъ, по автору, не отъ дѣйствія кипящей воды, а лишь отъ того, что инструменты сталкиваются своими остріями: достаточно плотно обернуть ватой остріе или лезвіе инструмента, чтобы избѣжать ихъ притупленія. Ржавленіе-же инструментовъ предупреждается примѣсью соды въ количествѣ 1%. Капли нужно обезпложивать кипяченіемъ. Кокаинъ авторъ обезпложиваетъ въ незначительномъ количествѣ передъ самой операціей, въ виду того, что при повторномъ кипяченіи растворы кокаина слабѣютъ. Наиболѣе трудной задачей представляется обезпложиваніе швовъ, накладываемыхъ на соединительную оболочку, такъ какъ и при самомъ тщательномъ вывариваніи иголокъ и нитей послѣднія могутъ занести заразу отъ соприкосновенія съ рѣсницами или кожей вѣкъ. Для самого оператора полная ванна является, по автору, столь же несущественной какъ и чрезвычайныя мѣры для обеззараживанія рукъ; послѣднее необходимо лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда можетъ понадобиться непосредственное прикосновеніе пальцевъ къ тканямъ, какъ, напр., при вылущеніи опухоли изъ глазницы. Въ обыкновенныхъ-же случаяхъ достаточно хорошенько вымыть руки обеззараженнымъ мыломъ и насухо вытереть ихъ обезпложеннымъ полотенцемъ. Халатъ авторъ считаетъ менѣе существеннымъ, чѣмъ кусокъ марли, серединой котораго прикрываютъ носъ, ротъ и бороду, а концами, скрещивающимися на затылкѣ—волосы на темени и передней части головы.—Д-ръ *Wood* считаетъ самымъ важнымъ позаботиться о защитѣ глаза при пораженіи слезныхъ путей. Прижиганію слезныхъ точекъ гальванокаутеромъ онъ столь-же мало довѣряетъ, какъ и д-ръ *Gifford*; при вылущеніи-же мѣшка приходится слишкомъ долго ждать заживленія. Въ виду этого, д-ръ *Wood* предпочитаетъ зашивать слезные канальцы, обводя послѣдніе ниткой по возможности ближе къ точкѣ. Какъ убѣдился авторъ въ 2-хъ случаяхъ, шовъ этотъ не прорѣзывается въ теченіи 9—10 дней, а тѣмъ временемъ можетъ окончательно закрыться операціонная рана въ роговицѣ или бѣлочной оболочкѣ. Въ обоихъ случаяхъ д-ра *Wood*'а имѣлось дѣло съ двусторонней катарактой при затяжномъ воспаленіи слезнаго мѣшка, и операція прошла безукоризненно. Заростанія-же слезныхъ канальцевъ отъ временнаго ихъ зашиванія не наступало (The Journal of the American Medical Association, 1903 г., 3 октября). *Р. Кацъ.*

813. Д-ръ *N. M. Black* говорилъ въ глазномъ отдѣлѣ LIV годового Собранія Американскаго Общества врачей *о развитіи центра для сліянія изображеній при лѣченіи косоглазія.* Докладчикъ исходилъ изъ теоріи *Worth*'а, по которому главной причиной косоглазія является недостаточное развитіе предполагаемаго центра для сліянія образовъ обоихъ глазъ въ одиночные и согласно которому этотъ центръ у здоровыхъ людей достигаетъ своего полнаго развитія на 6-мъ году жизни. Что означеннаго центра можетъ совсѣмъ не быть, доказываютъ случаи перемѣннаго косоглазія. Случается даже и такъ, что зрительныя оси совершенно параллельны и зрѣніе нормально—или становится нормальнымъ отъ исправленія очками—въ обоихъ глазахъ, а образы не сливаются и предметы разбираются попеременно то однимъ глазомъ, то другимъ. Разстройства-же въ развитіи центра сліянія обусловливаются, по автору, либо неправильностями преломленія, либо разницей въ зрѣніи обоихъ глазъ (если разница эта наступила послѣ того, какъ центръ развился, зрительныя оси обыкновенно сохраняютъ правильное свое положеніе), либо ненормальнымъ отношеніемъ между глазницей и мышцами, чрезмѣрнымъ или недостаточнымъ развитіемъ и параличемъ какой-либо изъ нихъ, либо, наконецъ, тяжелыми общими болѣзнями, судорогами, приступомъ коклюша или сильнымъ испугомъ (?). На основаніи сказаннаго, авторъ и считаетъ упражненія центра для сліянія наиболѣе разумнымъ способомъ лѣченія косоглазія. Для этихъ упражненій онъ пользуется «амбліоскопомъ» *Worth*'а, усовершенствовавъ этотъ стереоскопъ лишь въ томъ отношеніи, что, помимо движенія въ горизонтальномъ направленіи, трубки прибора имѣютъ подвижность и въ отвѣсномъ направленіи (приборъ *Worth*'а состоитъ изъ 2-хъ трубокъ, согнутыхъ подъ

угломъ въ 120° и имѣющихъ по зеркалу на мѣстѣ перегиба, по стеклу съ рисункомъ на расходящихся предметныхъ концахъ и по чечевицѣ съ фокуснымъ разстояніемъ, соотвѣтствующимъ мѣстоположенію отраженнаго изображенія рисунка, на глазныхъ концахъ). Раньше, чѣмъ приступать къ упражненіямъ съ амбліоскопомъ, нужно изслѣдовать зрѣніе каждаго глаза, атропинизировать глаза и назначить очки противъ неправильностей преломленія, буде таковыя оказываются, а при значительной слабости зрѣнія на одномъ глазу необходимо поднять его зрѣніе, завязывая здоровый глазъ. Упражненія на амбліоскопѣ производятся съ 3-мя рядами рисунковъ. Начинаютъ съ неодинаковыхъ рисунковъ, для распознаванія которыхъ требуется лишь участіе обоихъ глазъ, какъ, напр., птичка и клѣтка или мышка и ловушка: сдвигая и раздвигая трубки прибора, ребенокъ слѣдитъ затѣмъ, какъ птичка входитъ въ клѣтку и выходитъ изъ нея. Потомъ переходятъ къ такимъ рисункамъ, для узнаванія которыхъ необходимо сліяніе обоихъ изображеній, каковы, напр., дополняющія другъ друга части мотылька. Въ заключеніе назначаются упражненія съ стереоскопическими рисунками, т. е. съ такими, при сочетаніи которыхъ получается впечатлѣніе тѣлесности (напр., шара). При слабости зрѣнія на какомъ-либо глазу усиливаютъ освѣщеніе соотвѣтственнаго рисунка или ослабляютъ освѣщеніе другого (путемъ придвиганія или отодвиганія той или другой изъ электрическихъ лампочекъ, расположенныхъ по оси каждой трубки прибора) до тѣхъ поръ, пока ребенокъ не замѣтитъ оба рисунка, а съ теченіемъ времени пытаются достичь того-же при постепенномъ выравниваніи обоихъ освѣщеній. Разумѣется, и при такомъ лѣченіи могутъ получиться отрицательные результаты, заставляющіе перейти къ операціи. Но что излѣченіе такимъ путемъ все же возможно, показываютъ наблюденія докладчика. Не приступая къ операціи косоглазія раньше 10-лѣтняго возраста, авторъ подвергъ означенному лѣченію за послѣдній годъ 17 дѣтей: всѣ они обнаруживаютъ успѣхи, а 5 изъ нихъ совершенно излѣчились отъ косоглазія, получивъ въ тоже время и одиночно-двуглазое зрѣніе. Необходимъ лишь большой запасъ терпѣнія для проведенія этого лѣченія (The Journal of the American Medical Association, 1903 г., 10 октября). *Кацъ.*

814. Д-ръ *Поль* испытывалъ въ теченіи 3 мѣсяцевъ 2—10%-ную мазь изъ *лимоннокислой мѣди при трахомѣ* у 400 больныхъ на Помяховской глазной станціи и на основаніи этихъ наблюденій высказывается противъ такого лѣченія. При зернахъ эта мазь не оказывала почти никакого дѣйствія; при набухлости и утолщеніи слизистой оболочки, остававшихся по удаленіи зеренъ, отъ мази получались лучшіе результаты, но все-же далеко уступавшіе таковымъ отъ палочки мѣднаго купороса; при рубцевой формѣ, осложненной pannus'омъ, не было ни одного значительнаго улучшенія, а при рубцахъ, осложненныхъ гноетеченіемъ, наблюдалось явное ухудшеніе отъ мази. Авторъ допускаетъ, однако, что мазь изъ лимоннокислой мѣди можетъ до извѣстной степени замѣнить палочку изъ сѣрнокислой, гдѣ примѣненіе этой палочки по какимъ-нибудь причинамъ неудобно (Вѣстникъ офталмол. май—іюнь). *К.*

815. Въ глазномъ отдѣлѣ послѣдняго Съѣзда Американскаго Общества врачей д-ръ *Dodd* прочелъ докладъ о *пересадкѣ кожи для возстановленія вѣкъ* и показалъ свѣтописные снимки съ оперированныхъ имъ больныхъ. Указавъ на то, что стебельчатая пересадка, равно какъ и пересадка по *Wolfe*'у (всей толщи кожи), неудобны для верхняго вѣка, въ силу тяжести подобныхъ лоскутовъ, нижнему-же вѣку требуется возможно большая опора, докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. 1) Для верхняго вѣка, если только не разрушена вся толща его, слѣдуетъ всегда примѣнять пересадку по *Thiersch*'у (сбриваніемъ). 2. Для нижняго вѣка хороша стебельчатая пересадка, при чемъ образующаяся отъ этого недостача можетъ быть выполнена по *Thiersch*'у; особенно необходима стебельчатая пересадка въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пересаживать приходится на плотную рубцовую ткань. 3. Въ тѣхъ-же случаяхъ, когда пригодной кожи по сосѣдству не имѣется, а подлежащая ткань въ надлежащей степени снабжена сосудами, для возстановленія нижняго вѣка можно примѣнить пересадку по *Wolfe*'у, какъ и по *Thiersch*'у, но по *Wolfe*'у лучше, если только лоскутъ приготовляется достаточно тонкимъ (The Journal of the American Medical Association, 1903 г. 17 октября). *Р. Кацъ.*

Дѣтскія болѣзни. 816. На вопросъ, *какъ и гдѣ лѣчить дѣтей съ наслѣдственнымъ сифилисомъ*, Stokholm'скій профессоръ *Edvard Welander* отвѣчаетъ слѣдующимъ образомъ: предупредительно-перемежающееся противосифилитическое лѣченіе должно начаться съ внутриутробной жизни младенца: лѣченію, слѣд., должна подвергаться зараженная сифилисомъ мать во время беременности. Авторъ примѣняетъ специфическое лѣченіе беременныхъ даже тогда, когда со времени зараженія прошло 6—8 лѣтъ. Самый подходящей формой введенія ртути въ организмъ беременной женщины является, по его мнѣнію, вдыханіе ртутныхъ паровъ, выдѣляющихся изъ т. наз. ртутныхъ мѣшечковъ, носимыхъ на груди. Эта-же форма примѣненія ртути пригодна и для лѣченія грудныхъ дѣтей, которое слѣдуетъ вести такъ-же послѣдовательно и строго, какъ и у взрослыхъ, хотя бы признаки болѣзни и не были ясно выражены. Къ сожалѣнію, на практикѣ провести правильное лѣченіе наслѣдственно-сифилитическихъ дѣтей бываетъ трудно вслѣдствіе неблагопріятныхъ экономическихъ условій жизни родителей; между тѣмъ такое лѣченіе безусловно необходимо для того, чтобы, съ одной стороны, оградить здоровыхъ дѣтей отъ возможности зараженія, а съ другой—предохранить больныхъ отъ проявленій болѣзни въ будущемъ. *Welander* предлагаетъ поэтому устроить на общественныя средства особыя убѣжища для лѣченія наслѣдственно сифилитическихъ дѣтей. Онъ самъ на благотворительныя средства устроилъ въ Stokholm'ѣ подобное небольшое убѣжище, куда помѣщалъ сифилитическихъ дѣтей, рождавшихся въ больницѣ St. Göran, гдѣ многія изъ матерей во время беременности подвергались специфическому лѣченію. Оказалось, что дѣти, матери которыхъ во время беременности не подвергались лѣченію ртутью, всѣ безъ исключенія имѣли болѣе или менѣе рѣзко выраженные признаки сифилиса. У матерей, у которыхъ во время беременности ртутное лѣченіе проведено было строго, дѣти рождались безъ всякихъ слѣдовъ сифилиса; тамъже, гдѣ лѣченіе проведено было слабо, появлялись слабыя проявленія болѣзни, вскорѣ однако исчезавшія и больше не возвращавшіяся. У дѣтей, родившихся съ признаками сифилиса, послѣ примѣненія специфическаго лѣченія болѣзненныя явленія совершенно исчезли и больше не возвращались. Авторъ на основаніи успѣшности такого способа лѣченія наслѣдственно-сифилитическихъ дѣтей стоитъ за широкое распространеніе убѣжищъ для дѣтей-сифилитиковъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 37). *А. К.*

817. Д-ръ *Morax* на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій надъ *гнойнымъ воспаленіемъ соединительной оболочки глаза (ophtalmie) у новорожденныхъ* приходитъ къ выводу, что только въ $^1/_2$ случаевъ можно установить зависимость этого страданія отъ гонококковъ; въ остальныхъ болѣзнь вызывается либо палочкой *Weeks*'а, либо диплобациллой, либо пнеймококкомъ, либо палочкой *Pfeiffer*'а, либо въ исключительныхъ случаяхъ *палочкой кишечной*, либо, наконецъ, причина остается невыясненной. Случаи гонококковаго воспаленія—самые злокачественные, такъ какъ они чаще всего ведутъ къ изъязвленіямъ роговицы, къ срощеніямъ радужной оболочки, къ стафиломамъ роговицы и къ вторичной глаукомѣ. Тѣмъ не менѣе по статистикѣ клиники *Quinze-Vingt*, только въ 0,6% случаевъ офтальмія новорожденныхъ является причиной слѣпоты. Относительно распознаванія перелойной офтальміи по времени появленія, можно сказать одно, что офтальмія, начало которой соотвѣтствуетъ первымъ 5-днямъ, имѣетъ много данныхъ за то, чтобы оказаться гонококковой или иного происхожденія; появленіе-же ея на 7-ой день и позже говоритъ скорѣе не въ пользу перелойнаго пораженія. Вообще офтальмія наблюдается, начиная со дня рожденія; въ исключительныхъ случаяхъ ее находили уже при рожденіи, но иногда она обнаруживается не ранѣе 12—14-го дня. Продолжительность этой болѣзни какъ при перелойной офтальміи, такъ и при другихъ отъ 6 дней до 2 мѣс. Клиническое теченіе

также не даетъ достаточныхъ указаній для отличительнаго распознаванія, если не считать чрезвычайной быстроты, съ которой иногда при перелойной офтальміи изъязвляется роговица. Только микроскопическое изслѣдованіе гнойнаго выдѣленія можетъ дать точныя указанія, при чемъ отсутствіе гонококка въ препаратѣ автора считаетъ доказательствомъ неперелойнаго зараженія. Что касается лѣченія, то предупредительныя мѣры возможны лишь въ отношеніи гонококковой офтальміи, такъ какъ доказано, что въ большинствѣ случаевъ здѣсь, особенно при раннемъ появленіи, источникомъ зараженія оказывается мать. Съ этой цѣлью авторъ совѣтуетъ при бѣляхъ у беременныхъ примѣнять соотвѣтствующія промыванія влагалища и впусканіе 2%-го раствора азотнокислаго серебра въ глаза новорожденнаго сейчасъ-же послѣ рожденія. При существующей уже офтальміи онъ предлагаетъ пользоваться 2,5%-мъ растворомъ того же препарата предпочтительно передъ всѣми другими солями, по 2 раза въ день, а затѣмъ по 1 разу до прекращенія отдѣленія. При другого рода офтальміяхъ лѣченіе тоже (Annales de gynécologie et d'obstétrique, іюнь). *А. Г—ръ.*

818. Д-ръ *Genevoix* въ статьѣ *уретриты у мальчиковъ* раздѣляетъ ихъ на уретриты перелойнаго происхожденія и неперелойнаго. Причиною послѣднихъ часто бываетъ бугорчатка мочеиспускательнаго канала, общія заразныя болѣзни, какъ напр., заушница, а также общія заболѣванія, какъ рейматизмъ, артритизмъ, кромѣ того, нѣкоторыя болѣзни кожи наружныхъ половыхъ органовъ, какъ impetigo, eczema, herpes и, наконецъ, раненія и онанизмъ. Болѣе часто встрѣчаются перелойные уретриты, которые могутъ быть полового и неполового происхожденія; послѣдніе бываютъ сравнительно рѣже, такъ какъ головка члена у мальчика обыкновенно покрыта крайней плотью. Причиной неполовыхъ перелойныхъ уретритовъ большею частью бываетъ прикосновеніе къ загрязненному бѣлью или къ загрязненной одеждѣ. Причиной половыхъ перелойныхъ уретритовъ является половое сношеніе, которое, хотя не часто, но все-же наблюдается у дѣтей (*Stekel*, *Merk*, *Sambuco* и др.). По *Stekel*'ю у горнаго племени Карпатовъ Гуцуловъ дѣти совокупляются съ ранняго возраста. Весьма часто дѣти разнаго пола спятъ вмѣстѣ или со взрослыми (няни, бонны, гувернантки и т. д.), что можетъ повести къ соприкосновеніямъ и совокупленіямъ дѣтей другъ съ другомъ и со взрослыми. Припадки уретрита у дѣтей тѣже, что и у взрослыхъ, а равно и осложненія могутъ быть такія-же, какъ у взрослыхъ. Распознаваніе не представляетъ никакихъ трудностей. Лѣченіе должно быть предохранительное и коренное; послѣднее производится по общимъ правиламъ, какъ и у взрослыхъ (Gazette des hôpitaux, 8 сентября). *И. Вирскій.*

819. *B. Helprin* сообщаетъ нѣкоторыя наблюденія относительно *лѣтнихъ поносовъ у дѣтей.* Болѣзнь эта не излѣчивается самостоятельно; ее нужно лѣчить энергично, какъ только появятся первые ея признаки. Первенствующую роль въ лѣченіи играетъ діэта. Продолжительность болѣзни, состояніе кишечника, особенно-же свойства испражненій даютъ указанія относительно способа кормленія ребенка. При наличности рвоты и частыхъ поносовъ ребенокъ получаетъ—по крайней мѣрѣ, въ продолженіи одного дня—воду съ бѣлкомъ (на стаканъ кипяченой воды бѣлокъ одного яйца) съ примѣсью небольшого количества вина и поваренной соли. На слѣдующій день разрѣшается отваръ изъ ячменной муки (столовую ложку муки на 2 стакана кипяченой воды), приготовляемый кипяченіемъ въ теченіи 20—30 мин.; къ нему прибавляется немного молочнаго сахара. Молока лучше не давать. Ячменный отваръ впослѣдствіи можно замѣнять отваромъ изъ пшеничной муки, предварительно поджаренной на огнѣ. При каждомъ кормленіи можно давать $^1/_2$—$1^1/_2$ чайной ложки сгущеннаго молока. Такъ какъ болѣзнь сопровождается крайней общей слабостью, то дѣти обыкновенно не хотятъ ѣсть, и ихъ нужно заставлять принимать пищу. Если состояніе больного позволяетъ вернуться къ молочной пищѣ, то необходимо начинать осторожно съ небольшого количества молока; особенно хорошо переносится сгущенное молоко. Въ упорныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ насильственному кормленію. Обыкновенно проходитъ не мало времени, прежде чѣмъ больной станетъ переносить молоко; нерѣдко при этомъ болѣзнь начинается снова. Діэтетическія мѣропріятія поддерживаются, въ случаѣ надобности, лѣкарствами, показаніемъ для назначенія которыхъ служатъ рвота и частые поносы. Касторовое масло и каломель примѣняются въ началѣ болѣзни. При упорныхъ поносахъ авторъ совѣтуетъ употреблять препараты висмута по слѣдующей, напр., прописи: азотнокислой окиси висмута 20.0, салициловокислаго висмута 0,7, ароматнаго ревеннаго сиропа 12.0, перегнанной воды до 120.0, по чайной ложкѣ, черезъ 2—4 часа. Промывательныя показаны въ тѣхъ случаяхъ, когда выдѣляются зловонныя испражненія, а также слизь и кровь; для промывательнаго употребляется соль или мыло, кромѣ того, таннинъ, прованское масло или глицеринъ, при чемъ заднепроходное отверстіе зажимается для удержанія промывательнаго въ теченіи, по крайней мѣрѣ, 5 мин. (Medical Record, 23 іюля). *Ц. О.*

820. *Подагра у дѣтей—явленіе рѣдкое.* Д-ръ *Р. О. Лунцъ* описываетъ подобный случай у 7-лѣтняго ребенка. Изъ еврейской семьи. Уже нѣсколько мѣсяцевъ временами жалуется на сильныя боли во всемъ тѣлѣ, преимущественно въ рукахъ и ногахъ, отъ которыхъ по ночамъ внезапно просыпается.—Слабаго сложенія, средняго питанія, очень малокровный. Отецъ больного умеръ въ молодости отъ чахотки. Мать малокровная, часто страдаетъ головными болями. Сестра больного умерла когда, ей было 9 л., отъ общей бугорчатки. Живетъ въ бѣдныхъ условіяхъ и плохо питается. На пальцахъ обѣихъ рукъ (особенно на среднемъ и безымянномъ)—типическія подагрическія утолщенія, занимающія область послѣдняго фалангового сочлененія. Кожа на этихъ мѣстахъ нормальна, не горяча на ощупь. При давленіи утолщенія очень мало болѣзненны, но движенія въ пораженныхъ суставахъ немного ограничены вслѣдствіе болѣзненности. На пальцахъ ногъ замѣтныхъ утолщеній нѣтъ, но давленіе и пассивныя движенія немного болѣзненны. Температура нормальная. Всѣ остальные органы здоровы. Въ мочѣ значительное количество мочевой кислоты. Подъ вліяніемъ большихъ пріемовъ щелочей подагрическія отложенія стали исчезать. Дальнѣйшая судьба больного автору неизвѣстна (Медицинское Обозрѣніе, № 17). *С. О.*

Кожныя и венерическія болѣзни.

821. Д-ръ *Г. Гриневъ*, произведя изслѣдованія надъ *измѣненіями крови при pemphigus foliaceus Cazenavi* (въ 1 случаѣ изъ клиники проф. *И. Ф. Зеленева*), нашелъ слѣдующее. Красныя кровяныя тѣльца уменьшены въ числѣ; число бѣлыхъ, а равно и отношеніе ихъ къ краснымъ, увеличено оч. немного; объемъ кровяныхъ тѣлецъ уменьшенъ; кровь, слѣд., водяниста. Объемный коэффиціентъ слегка увеличенъ, а потому можно предполагать, что красныя кровяныя тѣльца или уменьшились въ своей величинѣ, или увеличили свою упругость. Количество гэмоглобина рѣзко уменьшено, что отчасти даетъ право высказаться за первое предположеніе, т. е., за уменьшеніе въ величинѣ красныхъ тѣлецъ. Уд. вѣсъ уменьшенъ. Количество лимфоцитовъ уменьшено, одноядерныхъ и многоядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ слегка увеличено; нейтрофильныхъ шариковъ больше нормы, эозинофильные уменьшены въ числѣ; базофильныхъ клѣтокъ нѣтъ (Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 7). *А. Гарминъ.*

822. Д-ръ *М. А. Чистяковъ* сдѣлалъ докладъ Лужскому земскому Собранію 1903 г. подъ заглавіемъ—«*Къ вопросу о борьбѣ съ сифилисомъ въ Лужскомъ уѣздѣ*». Отдѣльныя положенія доклада не лишены общаго интереса: 1. Организація борьбы съ сифилисомъ въ Лужскомъ Земствѣ должна имѣть характеръ мѣры постоянной, а не временной, и распространяться на весь уѣздъ, а не касаться лишь отдѣльныхъ его частей. 2. Во главѣ всѣхъ другихъ мѣропріятій надо поставить правильное лѣченіе больныхъ сифилисомъ, какъ основную мѣру лѣчебной борьбы съ этой болѣзнью. 3. Вполнѣ успѣшнымъ можетъ быть преимущественное лѣченіе сифилитиковъ при правильномъ общемъ строѣ земской медицины въ уѣздѣ. 4. Въ возможно ближайшемъ будущемъ необходимо отказаться отъ разъѣздной системы подачи медицинской помощи и перейти къ системѣ стаціонарной. 5) Необходимо разработать вопросъ о нормальной сѣти медицинскихъ участковъ и программу постепеннаго ея осуществленія. 6. Желательно возбудить ходатайство объ учрежденіи земско-медицинскихъ участковыхъ Попечительствъ—самостоятельныхъ, въ видѣ организацій всесословныхъ, самоуправляющихся и самообложающихся. 7. Желательно теперь-же учредить земско-медицинскія участковыя Попечительства, какъ исполнительные органы земской Управы для помощи ей въ дѣлѣ обезпеченія уѣзда въ медицинскомъ отношеніи. 8. При всей желательности коечнаго лѣченія всѣхъ заразительныхъ сифилитиковъ, при наличныхъ средствахъ оно недостижимо и представляется необходимымъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ. 9. Амбуляторно-участковая врачебная дѣятельность, правильно организованная, можетъ быть признана удовлетворяющею существеннымъ требованіямъ лѣчебной борьбы съ сифилисомъ. 10. Амбуляторно-участковая врачебная дѣятельность въ отчетахъ, представляемыхъ земскому Собранію, должна быть строго отдѣляема отъ дѣятельности младшаго медицинскаго персонала—каждый долженъ давать отчетъ о своей дѣятельности. 11. Должны быть установлены опре-

дѣленные дни и часы, когда больныхъ на врачебномъ пунктѣ принимаетъ врачъ; о всѣхъ случаяхъ отсутствія врача на этихъ пріемахъ и о причинахъ того участковый врачъ даетъ объясненія въ своихъ отчетахъ. 12. Въ цѣляхъ привлеченія къ лѣченію сифилиса желательно—при условіи исключенія всякой принудительности—принятіе мѣръ къ отыскиванію сифилитиковъ: при осмотрахъ обратившихся всѣхъ больныхъ вообще, при посѣщеніи семей, въ коихъ обнаруженъ сифилисъ, при осмотрѣ возвратившихся отходчиковъ, школъ, заводовъ и т. д., при учрежденіи яслей, пріютовъ и т. п. 13. Перевязочныя на амбуляторныхъ пунктахъ должны быть обставлены такъ, чтобъ пришедшему больному могло быть оказано все то, что ему сдѣлали-ли бы при поступленіи въ больницу. 14. Желательно, чтобы участковые земскіе врачи получали командировки въ спеціальныя больницы и клиники для освѣженія своихъ знаній по сифилису въ интересахъ борьбы съ нимъ. 15. Признавая превосходство врачебной помощи въ сравненіи съ фельдшерской, санитарная Коммиссія считаетъ и фельдшерскую дѣятельность (школьныхъ фельдшеровъ) на самостоятельныхъ пунктахъ полезною. 16. Лужское Земство еще не въ силахъ обходиться безъ фельдшерскаго труда на самостоятельныхъ пунктахъ, и потому необходимы мѣры, улучшающія матеріальное и правовое положеніе младшаго медицинскаго персонала. 17. Необходимо представительство младшаго медицинскаго персонала въ санитарной Коммиссіи, съ правами полноправныхъ членовъ—5 лицъ по выбору земской Управы. 18. Ротные фельдшера на самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктахъ должны быть замѣнены школьными. 19. Въ интересахъ борьбы съ сифилисомъ желательно приглашеніе на самостоятельные фельдшерскіе пункты окончившихъ Суворовское училище (Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 1). *А. Г.*

823. *Justus* (Будапештъ) вновь останавливается на вопросѣ о *дѣйствіи ртути на сифилитическія ткани* и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Обработанные по его способу осадки ртути въ тканяхъ отравленныхъ ртутью животныхъ или въ тканяхъ лѣченныхъ ртутью сифилитиковъ состоятъ изъ сѣрнистой ртути. 2. Химическая натура ихъ несомнѣнно подтверждается многочисленными, характерными для сѣрнистой ртути реакціями. 3. Противорѣчивыя данныя *Pollio*, *Fischel*'я и *Siebert*'а объясняются недостатками техники въ обработкѣ. 4. Сообщенный недавно способъ *Almquist*'а позволяетъ опредѣлять лишь часть ртути, почему онъ и непригоденъ для опредѣленія ртути въ клѣткахъ (Archiv für Dermatologie und Syphilis т. LXX, тетр. 3). *М. Членовъ.*

824. Д-ръ *М. Маргуліесъ*, опредѣливъ названіемъ *пріапизмъ* долго длящуюся напряженность полового члена, сопровождающуюся тяжелыми и непріятными ощущеніями и отсутствіемъ половыхъ желаній, разобралъ возможныя причины этого болѣзненнаго явленія и подробно описалъ наблюдавшійся имъ случай пріапизма въ мочеполовомъ отдѣленіи Одесской еврейской больницы.

У 57-лѣтняго больного напряженность полового члена продолжалась безостановочно за время пребыванія его въ больницѣ въ теченіи 27 сутокъ и затѣмъ, при постепенномъ уменьшеніи ея, половой членъ лишь на 43-й день со дня начала эрекціи пришелъ въ состояніе нормальнаго разслабленія. Сначала напряженность члена была весьма значительна; онъ касался брюшной стѣнки. При дотрогиваніи членъ былъ весьма болѣзненъ, на ощупь совершенно холоденъ. Кожа мошонки была напряжена, и прикосновеніе къ ней было непріятно для больного. Больной мочился чрезъ каждые 3—4 часа, хотя и съ трудомъ, но вполнѣ удовлетворительно. Около 30 лѣтъ назадъ онъ заразился сифилисомъ. Изслѣдованіе нервной системы его указывало на дов. рѣзкія болѣзненныя ея отклоненія. Лѣчебныя мѣры, за исключеніемъ предпринятаго общаго специфическаго лѣченія, не оказывали на пріапизмъ никакого дѣйствія. Авторъ снова подробно осмотрѣлъ больного спустя 5 мѣс. и, кромѣ ранѣе установленныхъ отклоненій въ общей нервной системѣ, нашелъ, что за истекшее время онъ совершилъ совокупленіе 4 раза, при чемъ очень трудно было вызвать болѣе или менѣе замѣтную напряженность члена, хотя выбрасываніе сѣмени наступало черезъ непродолжительное время (какъ и въ здоровомъ состояніи), доставляя больному полное половое удовлетвореніе. Въ виду наличности припадковъ, указывавшихъ на распространенный сифилитическій процессъ въ головномъ и спинномъ мозгу, авторъ нашелъ полное основаніе отнести и явленія пріапизма къ сифилитическому процессу въ мѣстѣ расположенія центра эрекціи, отмѣчая, что данный случай, по видимому, подтверждаетъ предположеніе о существованіи 2-хъ отдѣльныхъ центровъ для эрекціи и для выбрасыванія сѣмени, такъ какъ почти при полномъ отсутствіи эрекціи за послѣдніе 5 мѣсяцевъ выбрасываніе сѣмени совершалось правильно (Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 1). *А. Гаринъ.*

825. *Kreibich*, на основаніи 3-хъ собственныхъ и описанныхъ въ литературѣ случаевъ *lupus pernio*, описываетъ слѣдующимъ образомъ клиническую картину послѣдняго. Связь съ ознобленіемъ отмѣчается далеко не всегда. Болѣзнь начинается чаще всего на носу, рѣже на кистяхъ или на ушахъ. Вначалѣ появляется слабоограниченная сперва яркокрасная, потомъ синеватокрасная бляшка, которая распространяется дальше; затѣмъ—носъ увеличивается въ 2—3 раза; иногда болѣзнь распространяется на верхнюю губу и даже на щеки. Поверхность опухоли гладкая, напряженная, покрыта рубцами; часто имѣются еще язвы и свищи. На кистяхъ замѣчается такого-же характера опухолевидное пропитываніе, часто поражаются суставы и кости. Иногда наблюдаются также пораженія рукъ и ногъ. Въ общемъ имѣются 2 формы болѣзни: глубокая, поражающая глубокіе слои кожи и при давленіи не обнаруживающая узелковъ, и поверхностная, при которой глубокое пропитываніе совмѣщается съ поверхностнымъ. При гистологическомъ изслѣдованіи на лицо оказываются рѣзко ограниченные очаги изъ эпителіоидныхъ клѣтокъ съ небольшимъ количествомъ круглыхъ и иногда клѣточекъ-великановъ. Противъ причисленія болѣзни къ lupus vulgaris говоритъ слѣдующее: 1) бугорчатковый характеръ болѣзни пока не доказанъ, и палочки не найдены; 2) въ гистологическомъ отношеніи обѣ болѣзни отличаются другъ отъ друга; 3) lupus pernio—типичное заболѣваніе, отличающееся отъ lupus vulgaris по своему виду, мѣстоположенію и теченію. Такъ болѣзнь поражаетъ въ видѣ опухолей носъ и обыкновенно не переходитъ на слизистую оболочку. На туловищѣ и на конечностяхъ появляются одиночные или сливные очаги. Почти во всѣхъ случаяхъ появляется заболѣваніе кистей рукъ съ участіемъ суставовъ и костей, отличающееся отъ lupus vulgaris пораженіемъ обѣихъ кистей и отсутствіемъ язвъ. Впрыскиванія туберкулина не вызываютъ реакціи. Болѣзненные очаги могутъ исчезать произвольно (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXXI, тетр. 2). *М. Членовъ.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXIX. Къ статьѣ д-ра С. В. Констансова. По поводу заключенія Коммиссіи, образованной при Министерствѣ земледѣлія и государственныхъ имуществъ для оцѣнки работъ (на премію) о рыбномъ ядѣ.

Въ № 31 «Русскаго Врача» за текущій годъ появилась замѣтка д-ра *С. В. Констансова* подъ вышеприведеннымъ заглавіемъ. Въ этой замѣткѣ д-ръ *Констансовъ* въ рѣзкихъ выраженіяхъ нападаетъ на заключенія вышеназванной Коммиссіи, обвиняя ее въ томъ, что она, будто-бы, совершенно не усвоила себѣ исходныхъ точекъ зрѣнія и основной мысли работъ д-ра *Арустамова* и его (д-ра *Констансова*) и даже допустила при разборѣ этихъ работъ рядъ ошибокъ. Такъ какъ референтомъ упомянутыхъ работъ въ означенной Коммиссіи былъ я, то и считаю долгомъ разъяснить, насколько основательны обвиненія д-ра *Констансова*.

Главная вина Коммиссіи, по мнѣнію д-ра *Констансова*, въ томъ, что она, не понявъ діаметральной противуположности взглядовъ д-ровъ *Арустамова* и *Констансова*, отозвалась о работѣ послѣдняго, что «она представляетъ несомнѣнный интересъ въ смыслѣ дальнѣйшей разработки взглядовъ д-ра *Арустамова*». А сдѣлала Коммиссія такую грубую ошибку потому, что «она путаетъ понятія—заразное заболѣваніе и отравленіе бактерійными ядами». Не буду перечислять здѣсь остальныхъ упрековъ, сдѣланныхъ Коммиссіи д-ромъ *Констансовымъ*; ниже я къ нимъ еще вернусь.

Дабы читателю было ясно, о чемъ идетъ рѣчь, я долженъ изложить въ короткихъ словахъ содержаніе обѣихъ работъ.

Коммиссіи пришлось разбирать 2 труда о рыбномъ ядѣ, представленныхъ на соисканіе преміи.

1-ый трудъ д-ра *М. И. Арустамова* былъ представленъ уже послѣ смерти автора его наслѣдниками. Трудъ этотъ былъ начатъ имъ въ 1890 г. и прерванъ былъ его смертью въ 1901 г. Будучи Астраханскимъ врачебнымъ инспекторомъ, покойный посвятилъ этой работѣ 11 лѣтъ и собралъ значительное количество случаевъ рыбныхъ отравленій, далъ описаніе картины рыбнаго отравленія и доказывалъ, что это заболѣваніе должно быть совершенно обособлено отъ отравленій гнилой рыбой. Основанія къ такому взгляду д-ръ *Арустамовъ* приводитъ слѣдующія. Изъ литературныхъ данныхъ и изъ собственныхъ наблюденій (а передъ нимъ прошло болѣе 100 такихъ случаевъ), онъ устанавливаетъ существенныя отличія отравленій рыбнымъ ядомъ отъ

отравленій гнилою рыбой. Первыя встрѣчаются только изрѣдка, не смотря на то, что простой народъ въ Астрахани постоянно ѣстъ гнилую рыбу: иногда проходятъ годы безъ случаевъ рыбныхъ отравленій. Отравленія происходятъ лишь при употребленіи въ пищу опредѣленныхъ видовъ рыбы (севрюги, осетра, лосося, бѣлорыбицы) и при томъ отравленія причиняютъ лишь отдѣльные экземпляры рыбы. Такая рыба часто имѣетъ совершенно свѣжій видъ, безъ какихъ бы то ни было признаковъ гнилостнаго разложенія. Рыбныя отравленія имѣютъ зачаточный періодъ, продолжающійся около 12 час., тогда какъ послѣ употребленія гнилой рыбы желудочно-кишечныя разстройства обнаруживаются уже черезъ 2—3 часа. Рыбныя отравленія имѣютъ опредѣленную картину припадковъ съ преобладаніемъ пораженій нервной системы. Словомъ—это особая болѣзнь sui generis, похожая, по мнѣнію д-ра *Арустамова*, на отравленіе атропиномъ, тогда какъ заболѣваніе послѣ употребленія въ пищу гнилой рыбы обыкновенно обнаруживается припадками остраго гастро-энтерита. Наконецъ, при истинномъ рыбномъ отравленіи количество съѣденной рыбы не имѣетъ большаго вліянія на силу заболѣванія, совершенно обратно тому, что бываетъ при отравленіи гнилой рыбой. Исходы настоящихъ рыбныхъ отравленій чаще всего—смертельные, острые же гастро-энтериты, обусловленные гнилой рыбой, въ большинствѣ случаевъ оканчиваются выздоровленіемъ. Уже съ 1890 г. д-ръ *Арустамовъ* пытался выяснить природу рыбныхъ отравленій путемъ бактеріологическихъ изслѣдованій, выдѣлялъ микробовъ изъ мяса рыбъ, причинившихъ отравленія, и изъ труповъ погибшихъ людей и во всѣхъ своихъ изслѣдованіяхъ проводилъ ту мысль, что подъ именемъ рыбнаго отравленія нужно подразумѣвать не отравленіе гнилой рыбой, а особое токси инфекціонное заболѣваніе, обусловленное употребленіемъ въ пищу въ сыромъ видѣ соленой рыбы, погибшей отъ того же заразнаго процесса.

Какъ видно изъ изложенныхъ воззрѣній д-ра *Арустамова*, рыбное отравленіе въ его описаніи представляетъ много сходствъ съ ботулизмомъ, заразное происхожденіе котораго въ настоящее время установлено.

Когда смерть прервала работу д-ра *Арустамова*, его родные передали выдѣленныя имъ разводки микробовъ на храненіе Астраханскому Обществу врачей, которое и поручило ихъ д-ру *Констансову*. Послѣдній, получивъ въ 1902 г. экземпляръ ядовитой осетрины, причинившей отравленіе 2-мъ лицамъ, воспользовался этимъ матеріаломъ для экспериментальнаго изслѣдованія о рыбномъ ядѣ (клиническаго матеріала онъ не имѣлъ) и представилъ свою работу на конкурсъ.

Работа д-ра *Констансова* заключаетъ въ себѣ, съ одной стороны, изслѣдованія, имѣвшія цѣлью критическую провѣрку экспериментальныхъ данныхъ его покойнаго товарища, съ другой—новыя изслѣдованія, имѣющія задачей уясненіе природы рыбнаго яда. Прежде всего д-ръ *Констансовъ* испыталъ ядовитость своей осетрины для разныхъ животныхъ. Оказалось, что при введеніи въ желудокъ кроликамъ, собакамъ и кошкамъ она была мало ядовита. При подкожномъ введеніи эмульсіи изъ этого мяса кроликъ оказался мало чувствительнымъ, мыши-же погибали уже отъ малыхъ количествъ этой эмульсіи. Посѣвы изъ тканей тойже рыбы на питательныя среды показали, что рыба не содержала жизнеспособныхъ микробовъ.

Уже этотъ фактъ показываетъ, что матеріалъ д-ра *Констансова* рѣзко отличается отъ такового д-ра *Арустамова*, указывавшаго, что мясо его ядовитыхъ рыбъ изобиловало микробами опредѣленныхъ видовъ. Тѣмъ не менѣе, не смотря на все это, д-ръ *Констансовъ* счелъ себя въ правѣ, на основаніи своихъ результатовъ, судить о матеріалѣ д-ра *Арустамова*. Найдя, что, бывшая въ его рукахъ осетрина—стерильна, д-ръ *Констансовъ* произвелъ изслѣдованіе ея мяса на содержаніе хлористаго натрія и опредѣлилъ послѣднее въ 15%. Убѣдившись далѣе, что въ бульонѣ съ 15% NaCl неспоронос ные микробы погибаютъ въ 3—5 дней, онъ произвелъ опыты съ соленіемъ рыбы, въ которую были предварительно впрыснуты разводки микробовъ, и нашелъ, что черезъ 20 дней послѣдніе погибли. На основаніи этого изслѣдованія онъ рѣшилъ,—что въ соленой рыбѣ послѣ 4-мѣсячнаго храненія ея не можетъ быть живыхъ микробовъ, и, стало быть, д-ръ *Арустамовъ*, утверждавшій, что выдѣлялъ своихъ микробовъ и послѣ 4-хъ мѣсяцевъ храненія, или говорилъ неправду, или выдѣлилъ случайно попавшихъ микробовъ.

На самомъ дѣлѣ нѣтъ основаній допустить ни то, ни другое. Описывая свои изслѣдованія надъ соленіемъ рыбы, д-ръ *Констансовъ* не упомянулъ, что полученныя имъ результаты были не только не новы, но были до него еще установлены тѣмъ-же д-ромъ *Арустамовымъ*, посвятившимъ спеціально этому вопросу главу своего труда. Выводъ д-ра *Констансова* есть повтореніе вывода самого д-ра *Арустамова*. Вотъ подлинныя слова д-ра *Арустамова* (см. главу о гнилой рыбѣ, стр. 126): «Если рыба въ корень просолена, то бактеріологическое изслѣдованіе, даже плавуна, никакихъ бактерій не даетъ». «Интересно было-бы знать», иронизируетъ д-ръ *Констансовъ*, «какъ-же согласовать, по мнѣнію Коммиссіи, то, что, съ одной стороны, д-ръ *Арустамовъ* зналъ о фактѣ стерильности просоленой рыбы, а съ другой, выдѣляетъ изъ нея своихъ микробовъ?». Единственно возможное объясненіе, мнѣ кажется то, что образцы рыбъ, служившихъ матеріаломъ д-ру *Арустамову*, не были такъ сильно просолены, какъ рыба, съ которой имѣлъ дѣло д-ръ *Констансовъ*. Къ сожалѣнію, у д-ра *Арустамова* для каждаго случая нѣтъ указаній о степени просолки его образцовъ рыбъ. Въ своемъ первомъ предварительномъ сообщеніи 1891 г. онъ говоритъ, что рыба «была посолена въ корень, *хотя и не очень крѣпко*», а въ описаніи изслѣдованій того-же періода въ трудѣ, представленномъ Коммиссіи, на стр. 90 сказано, что «рыба была слабо посолена».

Во всякомъ случаѣ, я не вижу основаній, которыя бы давали д-ру *Констансову* право отождествлять свойства бывшей у него въ рукахъ осетрины съ свойствами всѣхъ образцовъ ядовитыхъ рыбъ, бывшихъ въ рукахъ д-ра *Арустамова* за 11 лѣтъ его работы. Между прочимъ, д-ръ *Констансовъ* упрекаетъ Коммиссію въ неточности, утверждая, что д-ръ *Арустамовъ* говоритъ о рыбѣ, сохранявшейся не на льду, а на открытомъ воздухѣ при обыкновенной температурѣ. Въ предварительномъ сообщеніи д-ра *Арустамова* сказано только: «нигдѣ не было и слѣдовъ гнилостнаго разложенія, не смотря на 4-мѣсячное храненіе». Я понялъ эту фразу въ томъ смыслѣ, что, получивъ ядовитую рыбу для изслѣдованія, онъ хранилъ ее 4 мѣсяца и могъ еще изъ нея выдѣлять своихъ микробовъ; а, такъ какъ д-ръ *Арустамовъ* привозилъ свою рыбу и въ Петербургъ и въ Парижъ на льду, то и полагаю, что рѣчь идетъ о 4-мѣсячномъ храненіи ея на льду.

Перейдя къ изслѣдованію микробовъ, оставшихся послѣ д-ра *Арустамова*, д-ръ *Констансовъ* совершенно вѣрно указываетъ на неудовлетворительность описаній, данныхъ д-ромъ *Арустамовымъ*. Бактеріологическія изслѣдованія д-ра *Арустамова* очень слабы, и Коммиссія это вполнѣ признавала. Но даже и при поверхностности описаній д-ра *Арустамова* обращаютъ на себя вниманіе нѣкоторыя отличія его микробовъ отъ описанныхъ д-ромъ *Констансовымъ*. Различенъ видъ бульонныхъ разводокъ (образованіе пленокъ у одного и отсутствіе ихъ у другого), на картофелѣ севрюжій микробъ, по д-ру *Арустамову*, росъ въ видѣ прозрачной слизи, и разводка его была мало замѣтна, а по д-ру *Констансову* онъ образовалъ грязно-сѣрый влажный массивный налетъ, не тягучій, съ рѣзкимъ отвратительнымъ запахомъ. Между тѣмъ д-ръ *Арустамовъ* именно и указывалъ, что его микробы, въ отличіе отъ гнилостныхъ, не давали зловонныхъ продуктовъ. Значительная вирулентность для кроликовъ была тоже одной изъ довольно постоянныхъ особенностей микроба д-ра *Арустамова*.

Д-ръ *Констансовъ* говоритъ, что Коммиссія не имѣла основаній считать микробовъ д-ра *Арустамова* сильно вирулентными для кроликовъ. Но, во 1-хъ, Коммиссія не имѣла никакихъ основаній не вѣрить утвержденію д-ра *Арустамова*, а, съ другой стороны, вирулентность для кроликовъ и нѣкоторыхъ рыбъ одного изъ выдѣленныхъ д-ромъ *Арустамовымъ* микробовъ была установлена опытомъ, произведеннымъ покойнымъ передъ Коммиссіей подъ предсѣдательствомъ *А. А. Владимірова* въ 1898 г. Разумѣется, вирулентность микробовъ могла понемногу совсѣмъ ослабѣть, и этотъ признакъ въ отдѣльности не имѣлъ бы значенія, но вся совокупность указанныхъ различій давала Коммиссіи основанія выразить сомнѣніе, тождественны-ли микробы д-ра *Арустамова* и тѣ, которыхъ изслѣдовалъ д-ръ *Констансовъ*. Если принять во вниманіе, что микробы д-ра *Арустамова* многократно пересѣивались покойнымъ, а послѣ его смерти до изслѣдованій д-ра *Констансова* прошло дов. много времени, то нѣтъ ничего невѣроятнаго, что загрязненія разводокъ случайно попавшими сапрофитами могли постепенно совершенно заглушить первоначальныхъ микробовъ.

Перейду къ изслѣдованіямъ д-ра *Констансова*, имѣвшимъ цѣлью освѣтить природу рыбнаго яда.

Сдѣлавъ эмульсію изъ своей ядовитой рыбы и профильтровавъ ее, д-ръ *Констансовъ* убѣдился, что и фильтратъ сохранилъ ядовитыя свойства, и заключаетъ описаніе своего опыта словами: «вопросъ о химической натурѣ яда рѣшенъ, и исключена всякая возможность видѣть въ немъ организованное начало, т. е., микробовъ». Коммиссія сдѣлала по поводу этого вывода слѣдующее заключеніе: «Выводъ этотъ не совсѣмъ понятенъ. Кто-же сомнѣвался, что микробъ вредитъ не самъ по себѣ, а ядовитыми продуктами своей жизнедѣятельности?». На это д-ръ *Констансовъ* отвѣтилъ рядомъ обвиненій Коммиссіи въ непониманіи ею разницы между зараженіемъ и отравленіемъ, незнаніи, что микробы могутъ вредить и механически, производя закупорки сосудовъ. «Казалось бы, уже всѣмъ извѣстно», говоритъ д-ръ *Констансовъ*, «что разница въ данномъ случаѣ та, что при заразномъ заболѣваніи въ организмъ проникаетъ живое организованное начало, какъ таковое, и уже внутри организма развиваетъ извѣстные продукты своей жизнедѣятельности, которыми и отравляетъ организмъ; при отравленіи-же бактерійными ядами въ организмъ попадаетъ не само организованное начало, а продукты его жизнедѣятельности въ готовомъ видѣ».

Рыбное отравленіе настолько характерно, какъ таковое, что и вопроса не могло быть объ объясненіи его припадковъ какими-нибудь механическими условіями, какъ закупорка сосудовъ, и самъ д-ръ *Арустамовъ*, котораго критикуетъ д-ръ *Констансовъ*, сравнивалъ рыбное отравленіе съ отравленіемъ атропиномъ. Вопросъ не въ томъ, имѣются-ли тутъ химическіе яды, а въ томъ, какого они происхожденія, образуются-ли они вслѣдствіе гнилостнаго разложенія, или выдѣляются тѣмъ или инымъ видомъ микробовъ? А разъ такъ стоитъ вопросъ, то и опытъ д-ра *Констансова* ничего не рѣшаетъ. Если ядовитая рыба, какъ утверждалъ д-ръ *Арустамовъ*, была больна особымъ видомъ рыбьяго гнилокровія и мясо ея содержало огромное количество опредѣленныхъ микробовъ и было пропитано ихъ продуктами токсическаго характера и если при послѣдующемъ соленіи сами микробы и были убиты, а токсины ихъ остались, то опыты д-ра *Констансова* могли лишь дать основаніе заключить, что токси-

ны находятся не въ самихъ тѣлахъ бактерій и что такое ядовитое мясо можетъ обусловить отравленіе и тогда, когда микробы въ немъ уже вымрутъ. И у д-ра *Арустамова* есть указаніе, что разводки его микробовъ содержали сильные токсины. Но, если накопившіеся въ рыбьемъ мясѣ токсины уже достаточны для отравленія, развѣ это доказываетъ, что рыбное отравленіе всегда происходитъ именно такъ, и что зараженіе при немъ не имѣетъ мѣста? Если яды дифтеріи, тетануса могутъ отравлять и сами по себѣ, развѣ этимъ опровергается заразная природа этихъ заболѣваній? Такъ рѣзко устанавливаемая д-ромъ *Констансовымъ* грань между зараженіемъ (инфекціей) и отравленіемъ бактерійными ядами (интоксикаціей), въ дѣйствительности, въ природѣ, можетъ быть проведена очень рѣдко.

Знакомясь съ рыбнымъ ядомъ [1]), д-ръ *Констансовъ* пришелъ, подобно д-ру *Арустамову*, къ убѣжденію, что простымъ гніеніемъ образованіе такого яда объяснить нельзя. И вотъ онъ приходитъ къ мысли, что только тогда гніеніе даетъ рыбный ядъ, если оно происходитъ при особыхъ исключительныхъ условіяхъ, если оно идетъ сразу по всей толщѣ мяса рыбы, и подобное условіе въ природѣ возможно, если рыба погибла отъ гнилокровія и затѣмъ еще полежала, начала загнивать прежде, чѣмъ подверглась соленію. Гипотеза д-ра *Констансова* слагается, слѣд., изъ 2-хъ положеній: 1) не всякая рыба, даетъ рыбный ядъ, а лишь больная *гнилостнымъ процессомъ*, и 2) такая рыба должна еще подвергнуться начальной стадіи гніенія. При этомъ д-ръ *Констансовъ* настаиваетъ, что, въ отличіе отъ д-ра *Арустамова*, онъ не считаетъ микробовъ, производящихъ этотъ процессъ, специфичными, а случайными, гнилостными. 1-е положеніе безусловно принадлежитъ д-ру *Арустамову*. Что-же касается 2-го, то оно, дѣйствительно, личное д-ра *Констансова*, и въ немъ-то, по мнѣнію автора, и лежитъ ключъ къ пониманію условій возникновенія рыбнаго яда. Д-ръ *Констансовъ* думаетъ даже, что онъ воспроизвелъ рыбный ядъ. Къ сожалѣнію, сдѣланные имъ опыты не выдерживаютъ критики.

Д-ръ *Констансовъ* впрыскивалъ въ куски осетрины бульонныя разводки кишечной палочки (bact. coli) и т. наз. b. proteus vulgaris, оставлялъ эти куски въ термостатѣ при 30° Ц. на 20 час. и затѣмъ засаливалъ. При этомъ онъ нашелъ, что въ такой осетринѣ образовывались ядовитыя вещества, разрушаемыя нагрѣваніемъ, растворимыя въ водѣ и нерастворимыя въ эѳирѣ и алкоголѣ. И эти признаки онъ считаетъ достаточными для сближенія полученныхъ ядовъ съ ядомъ рыбнымъ. Такъ-же мало убѣдителенъ и другой его опытъ. Какъ извѣстно, не всякая рыба производитъ рыбныя отравленія, а лишь нѣкоторые виды ея (осетръ, лосось, сѣврюга, бѣлорыбица). Д-ръ *Констансовъ* бралъ для опыта карповъ, т. е., рыбу, не причинявшую рыбныхъ отравленій, заражалъ ихъ бульонными разводками кишечной палочки и b. proteus vulgaris, далѣе умершихъ рыбъ оставлялъ на 12 час. при температурѣ въ 25° Ц. и затѣмъ засаливалъ. Оказалось, что мясо этихъ карповъ содержало вещества, ядовитыя для мышей, тогда какъ мясо тѣхъ-же карповъ, но засоленное непосредственно послѣ ихъ смерти, было неядовито. Ядовитыя вещества были растворимы въ водѣ и нерастворимы въ алкоголѣ и эѳирѣ и не летучи. Самъ авторъ говоритъ по поводу этого опыта: «конечно, этихъ реакцій и данныхъ еще недостаточно для окончательнаго утвержденія, что ядовитыя начала, образовавшіяся въ указанномъ опытѣ, вполнѣ тождественны съ рыбнымъ ядомъ, но, тѣмъ не менѣе, они съ несомнѣнностью (?) указываютъ на извѣстную близость этихъ началъ въ химическомъ и біологическомъ отношеніи къ рыбному яду». Вполнѣ присоединяясь къ 1-й части заключенія автора, я не могу признать достаточно обоснованной 2-ую. Ядовитость для мышей, растворимость въ водѣ и нерастворимость въ алкоголѣ и эѳирѣ, нестойкость по отношенію къ нагрѣванію—все это особенности, свойственныя нѣкоторымъ бактеріальнымъ токсинамъ (напр., токсину столбняка), и вполнѣ естественно, что д-ръ *Констансовъ* извлекъ такіе бактеріальные продукты изъ мяса рыбы, погибшей отъ гнилокровія, да еще полежавшей при 25° Ц. 12 часовъ въ термостатѣ, въ которой, стало быть, микробы должны были колоссально размножиться и образовать большія количества продуктовъ. Но, что эти полученные д-ромъ *Констансовымъ* продукты близки къ яду рыбныхъ отравленій,—для сужденія объ этомъ нужны болѣе надежныя мѣрила, чѣмъ предложенныя д-ромъ *Констансовымъ*. Но, даже если и предположить, что д-ръ *Констансовъ* попалъ на вѣрный путь, то и тогда въ его гипотезѣ придется сдѣлать поправки, приближающія ее къ идеямъ д-ра *Арустамова*. Я говорилъ уже, что и д-ръ *Констансовъ* пришелъ къ необходимости допустить, что ядовитая рыба была больна гнилокровіемъ, ибо только при этомъ условіи въ моментъ смерти тѣло ея будетъ пронизано микробами. Но, вѣдь, очевидно, что не всякій гнилостный микробъ можетъ вызвать у сѣврюги или у лосося гнилокровіе, а лишь микробъ болѣзнетворный для данной породы рыбы. Слѣд., уже этимъ самымъ опровергается категорическое заявленіе д-ра *Констансова*, что рыбный ядъ можетъ дать любой гнилостный микробъ; это можетъ сдѣлать лишь микробъ гнилокровія опредѣленныхъ видовъ рыбъ. Микробы д-ра *Арустамова*, по видимому, отвѣчали этому требованію. Интересно припомнить тутъ опытъ, произведенный д-ромъ *Арустамовымъ* въ лабораторіи акад. *Ф. В. Овсянникова* въ 1898 г. въ присутствіи вышеупомянутой Коммиссіи. Были заражены разводкой д-ра *Арустамова*, кромѣ кролика, и *лососи* и погибли быстро, при чемъ въ тканяхъ ихъ были найдены впрыснутые микробы. Самъ д-ръ *Арустамовъ* въ пользу специфичности своихъ микробовъ указывалъ, что находилъ ихъ только въ мясѣ рыбъ, причинившихъ отравленія, и въ трупахъ людей, умершихъ отъ этихъ отравленій, и не находилъ въ обыкновенной гнилой рыбѣ и трупахъ людей, умершихъ отъ другихъ причинъ, а также приводилъ тотъ фактъ, что микробы его были болѣзнетворны именно для тѣхъ видовъ рыбъ, которые обусловливаютъ отравленія.

Принимая все вышеизложенное во вниманіе, Коммиссія и пришла къ заключенію, что, если-бы подтвердилось, что микробы, выдѣленные д-ромъ *Арустамовымъ* изъ сѣврюги и лосося, дѣйствительно были видами кишечной палочки (b. coli) и proteus vulg., какъ утверждаетъ д-ръ *Констансовъ*, и если-бы оказалось, что они производятъ у названныхъ видовъ рыбъ гнилокровіе и бываютъ причиной образованія въ такой рыбѣ рыбнаго яда, то этимъ въ значительной долѣ подтвердились-бы изслѣдованія д-ра *Арустамова* и лишь дополнились-бы. Ядовитой оказалась-бы рыба, погибшая отъ нѣкоторыхъ видовъ гнилокровій, въ тканяхъ которой, уже послѣ ея смерти, произошло еще большее размноженіе тѣхъ-же микробовъ и накопленіе ихъ токсиновъ.

Правда, д-ръ *Констансовъ*, развивая свою гипотезу образованія рыбнаго яда при извѣстной стадіи гніенія, имѣетъ въ виду не бактерійные токсины, а продукты гнилостнаго разложенія рыбьаго мяса, но, во 1-хъ, у него въ пользу этого мнѣнія не приведено достаточно убѣдительныхъ данныхъ, да онъ и противорѣчитъ здѣсь самъ себѣ; такъ, на одной и той-же страницѣ своей замѣтки (Русск. Врачъ № 31, стр. 1086) онъ говоритъ: «Доказывая, что въ рыбѣ (resp. ядовитой) имѣются уже готовыя ядовитыя тѣла бактерійнаго происхожденія и нѣтъ живыхъ бактерій, я тѣмъ доказываю, что при отравленіи рыбой происходитъ не заразное заболѣваніе, а бактерійное отравленіе»; а далѣе онъ говоритъ: «Я смотрю на рыбный ядъ, какъ на химическое тѣло—продуктъ первоначальныхъ стадій гнилостнаго разложенія рыбы». Слѣд., въ первомъ случаѣ онъ смотритъ на рыбное отравленіе, какъ на отравленіе бактерійными ядами, а во второмъ относитъ рыбный ядъ къ продуктамъ гніенія рыбы.

Въ заключеніе не могу не выразить сожалѣнія, что д-ръ *Констансовъ* въ своей замѣткѣ позволилъ себѣ допустить по адресу Коммиссіи выраженія, совершенно неумѣстныя въ серьезной научной работѣ.

Проф. *Н. Чистовичъ*.

[1]) Я не упоминаю частей работы д-ра *Констансова*, въ которыхъ онъ касается вопроса о распредѣленіи рыбнаго яда въ органахъ отравленнаго животнаго, вліянія температуры на рыбный ядъ и др. вопросовъ, какъ не подавшихъ повода къ возраженіямъ.

CXX. *Случай остраго гонококковаго уретрита у ребенка 1 года 2 мѣс.*

Случай этотъ я наблюдалъ еще въ мартѣ 1902 г. и тогда-же составилъ о немъ небольшую замѣтку, но замѣтка эта, къ сожалѣнію, вслѣдствіе частыхъ моихъ переѣздовъ съ мѣста на мѣсто, затерялась, и я только теперь могъ снова возстановить ее.

Я былъ приглашенъ въ одно интеллигентное семейство къ ребенку, 1 г. 2 мѣс., который, по словамъ родителей, уже 3½ недѣли страдалъ болѣзненнымъ и частымъ мочеиспусканіемъ, при чемъ иногда въ отверстіи крайней плоти замѣчалось выдѣленіе желтоватаго цвѣта. Пользовался ребенокъ за это время водою Vichy. Мнѣ удалось, хотя и съ трудомъ, собрать въ стаканъ нѣсколько порцій мочи, выдѣленной въ разное время дня; она была мутна во всѣхъ порціяхъ—въ нѣкоторыхъ сильнѣе, въ другихъ слабѣе—слабо-кислой реакціи. Осадокъ былъ изслѣдованъ микроскопически, при чемъ при окраскѣ препаратовъ по *Gram*'у, а также по *v. Wahl*'ю (Zeiss immers. 1/12, oc. 2,4) были обнаружены въ большомъ количествѣ гнойныя клѣтки и группами—рѣже въ клѣткахъ, чаще возлѣ нихъ—гонококки *Neisser*'а. Распознавъ острый перолой, я назначилъ для успокоенія острыхъ явленій миндальное молоко и затѣмъ перешелъ къ такъ горячо восхваляемому *Finger*'омъ протарголу [1]), который и выписалъ въ растворѣ 1:1000. Однако черезъ 2 дня спринцеванія эти пришлось оставить въ виду рѣзкой ихъ болѣзненности, а также невозможности удерживать ихъ въ теченіи 6 мин. въ мочеиспускательномъ каналѣ. Протарголъ былъ замѣненъ сѣрнокислокарболовымъ цинкомъ, растворъ котораго (0,1:100,0) вводился въ мочеиспускательный каналъ черезъ тонкій, мягкій катетеръ, надѣтый на обыкновенную трипперную спринцовку съ твердымъ каучуковымъ наконечникомъ, 2 раза въ день, и удерживался каждый разъ по 3 мин. Спустя 6 недѣль ни гнойныхъ шариковъ, ни гонококковъ въ мочевомъ осадкѣ найдено не было, не смотря на то, что было сдѣлано подъ рядъ 6 препаратовъ, моча была прозрачная, съ небольшимъ количествомъ нитей. Въ концѣ 7-ой недѣли лѣченія появилась фосфатурія, исчезнувшая черезъ 3 дня, и, наконецъ, по прошествіи 8 недѣль, на 12-ой недѣли болѣзни, наступилое полное излѣченіе.

Переходя къ этіологіи болѣзни въ этомъ случаѣ, я долженъ сказать, что первое время она оставалась темной. Конечно, въ виду гонококковаго происхожденія уретрита я тотчасъ-же обратилъ вниманіе на женскую прислугу, въ частности, на мамку, на попеченіи которой ребенокъ и находился; но отзывы родителей ставили ее выше всякихъ подозрѣній. Не смотря на это, я нѣсколько разъ пытался заговаривать съ ней, и всякій разъ она, краснѣя и смущаясь, давала мнѣ уклончивые отвѣты. Одновременно съ этимъ я замѣтилъ, что ребенокъ, при одномъ видѣ спринцовки начинавшій кричать, быстро успокаивался, лишь

[1]) *E. Finger*, Современное лѣченіе гонорреи. Москва. 1900 г.

только я прикасался къ его половому члену, особенно если при этомъ приходилось заворачивать крайнюю плоть въ виду слишкомъ узкаго ея отверстія, при чемъ половой членъ его въ достаточной мѣрѣ напрягался. Подъ угрозой немедленнаго удаленія изъ дома, я настоялъ на изслѣдованіи мамки, при чемъ оказалось, что она страдала эндометритомъ и вагинитомъ съ обильными желто-зелеными бѣлями. Изслѣдованіе это еще болѣе убѣдило меня въ томъ, что этіологическимъ условіемъ заболѣванія въ данномъ случаѣ слѣдуетъ считать или онанистическія манипуляціи, произведенныя загрязненными руками, или какія-то попытки къ совокупленію, продѣланныя мамкой съ ребенкомъ.

Н. Марковъ.

CXXI. *Къ казуистикѣ крестьянской самопомощи роженицамъ.*

24-го минувшаго сентября во ввѣренную мнѣ Салобѣлякскую больницу, Яранскаго уѣзда, Вятской губ., доставленъ ребенокъ-дѣвочка новорожденная, у которой оказалась рѣзаная, неправильно-изогнутой формы, линейная рана по длиннику всей головы отъ лба, правой надбровной дуги, до шеи; края кожи были содраны съ черепа (рана до кости) на 1—1½ вершка въ стороны; прикрыта рана была бумагой и тряпьемъ. Ребенокъ прекрасно развитъ, доношенъ. На вопросъ, какъ нанесена рана, крестьянинъ, отецъ ребенка, разсказалъ, что къ женѣ его на помощь въ родахъ была позвана имъ деревенская «бабушка»; роды были трудные; въ темнотѣ, на печи, у роженицы «духъ захватывало»; «бабушка» рѣшила, что ребенокъ не идетъ изъ-за того, что родится «въ сорочкѣ», «мѣстечкомъ» (послѣдомъ) впередъ; «мѣстечко»-то и не пускаетъ его изъ «родовъ» (родовыхъ путей). На совѣтѣ рѣшили разрѣзать «мѣстечко», чтобы дать ходъ ребенку (слыхали, что такъ дѣлаютъ)... Тотчасъ головка начала прорѣзываться, и родилась дѣвочка съ разрѣзанными покровами головы, принятой за «мѣстечко».

Я примѣнилъ обычное лѣченіе: швы по *M. Mischaux*, дренажъ, 2 раза въ день перевязка съ промываніемъ легкими обеззараживающими жидкостями (растворъ соли, 3%-ная перекись водорода), но безъ успѣха, и дѣвочка на 5-й день скончалась. Мать ея, доставленная въ больницу, черезъ день послѣ дѣвочки, прежде всего послѣ родовъ отправилась попариться и «поправиться» («править матку») въ баню, а потомъ уже прибыла въ больницу, съ большой маткой, изъ которой вымыты были части оболочекъ...

Живутъ эти люди верстахъ въ 16 отъ акушерки и 20—21 отъ больницы. «Акушерокъ наша деревня къ себѣ», говорили мужъ и жена, «не возитъ; да у насъ и лошади нѣтъ».

Н. Флёровъ.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Ludwig Unger. Das Kinderbuch des Bartholomäus Metlinger 1457—1476. Ein Beitrag zur Geschichte der Kinderheilkunde im Mittelalter. Leipzig u. Wien. Fr. Deuticke. 1904. 45 стр. Ц. 2 м.

Позволяю себѣ указать товарищамъ, дѣтскимъ врачамъ, на небольшое, оригинальное и первое на нѣмецкомъ языкѣ руководство, вышедшее 3-мъ изданіемъ, послѣ перерыва въ 428 лѣтъ, благодаря вполнѣ заслуженному къ нему вниманію извѣстнаго вѣнскаго педіатра *L. Unger*'а. Помимо научнаго интереса разсматриваемаго труда, принадлежащаго къ категоріи тѣхъ историческихъ памятниковъ, изъ которыхъ знаніе, по выраженію *Bartholin*'а, черпаетъ свой свѣтъ, книжка эта краснорѣчиво иллюстрируетъ ту мрачную эпоху среднихъ вѣковъ, когда блескъ истины уступилъ мѣсто непроницаемому мраку и когда «Galenischer Arabismus verbrämt mit scholastischer Mystik das Um und Auf des medicinischen Wissens ausmachten». Стоитъ только сравнить совѣты и указанія перваго нѣмецкаго педіатра съ разумно формулированными положеніями *Сорона Эфесскаго* (см. мою работу «Soronus Ephesius, какъ педіатръ вѣчнаго города»), чтобы съ грустью убѣдиться въ большой отсталости взглядовъ *B. Metlinger*'а при сравненіи ихъ съ воззрѣніями римскаго врача, жившаго въ концѣ 1-го столѣтія христіанской эры. Такъ, напр., *Соронъ* совѣтуетъ присыпать пупочную ранку и мѣста отпаденія пупка прокаленнымъ свинцовымъ порошкомъ, тогда какъ *B. Metlinger* говоритъ, что нужна присыпка «aus alten Sohlen oder Kalbsfersen». *Соронъ* ничего не говорилъ о разницѣ температуры ванны въ зависимости отъ пола, тогда какъ *Metlinger* требуетъ для дѣвочекъ болѣе теплыхъ ваннъ, чѣмъ для мальчиковъ. Первый совѣтуетъ успокаивать ребенка грудью лишь въ случаяхъ голоднаго его состоянія, а второй, въ числѣ средствъ, заставляющихъ вообще ребенка замолчать, называетъ: сованіе въ ротъ груди, пѣніе и качанія... Въ противоположность *Metlinger*'у, разрѣшающему, ничтоже сумняся, кормилицѣ пиво, вино и возбуждающія, въ родѣ шафрана, *Соронъ* строго запрещаетъ кормящей грудью женщинѣ всякаго рода «remedia excitantia», а особенно «alcoholica»... На ряду съ несообразностями у *Metlinger*'а попадаются в. поучительные и оригинальные даже для нашего времени совѣты и заключенія. Для усиленія секреціи грудныхъ железъ предлагается массировать ихъ, по поводу-же требованій отъ кормилицы всевозможныхъ добродѣтелей высказывается слѣдующая, вполнѣ справедливая мысль: «Doch das Mindeste oder Meiste ist eine Sache, die nicht überall vorhanden sein mag!».

Проф. *И. Троицкій.*

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXVI. М. Г.! Не откажите въ помѣщеніи слѣдующихъ строкъ.

Общество врачей Восточной Сибири въ г. Иркутскѣ въ первомъ своемъ засѣданіи послѣ лѣтнихъ каникулъ постановило — выразить свое сочувствіе жертвѣ возмутительнаго насилія *Николаю Петровичу Забусову* и высказать печатно свое возмущеніе и негодованіе по адрессу ген. Ковалева, позволившаго себѣ дикую расправу съ врачемъ во время исполненія этимъ послѣднимъ его профессіональнаго долга.

Предсѣдатель *Ельяшевичъ.*
Секретарь *П. Федоровъ.*

Иркутскъ. 24-го сентября 1904 г.

CXVII. М. Г.! Не откажите мнѣ путемъ печати ознакомить товарищей съ подробностями того похода, который былъ предпринятъ противъ меня предсѣдателемъ Петербургской Городской санитарной Коммиссіи д-ромъ *А. Н. Оппенгеймомъ* послѣ прочтенія мною на IX-омъ Пироговскомъ Съѣздѣ «*Очерка врачебно-санитарной организаціи г. С.-Петербурга*» [1]). Думаю, что исторія этого похода не лишена нѣкотораго общественнаго интереса, и потому съ большою готовностью отдаю ее на судъ общества. Она, мнѣ кажется, должна быть особенно интересна для врачей, какъ примѣръ преслѣдованія врачемъ—гласнымъ Думы другого врача—городскаго служащаго за попытку открыто и гласно сказать правдивое слово о недостаткахъ ввѣреннаго этому гласному общественнаго дѣла.

Какъ извѣстно читателямъ «Русскаго Врача», постановленіе Съѣзда по моему докладу («Петербургская санитарная организація не достигаетъ цѣлей оздоровленія города..... и нуждается въ коренномъ пересмотрѣ») не могло льстить самолюбію санитарной Коммиссіи. Однако, вмѣсто того, чтобы воспользоваться полученными отъ Съѣзда указаніями и приняться за реорганизацію своего строя, она во главѣ съ своимъ предсѣдателемъ предпочла другой путь: рѣшила во что-бы то ни стало «достойно» наказать меня за «дерзкій поступокъ»: выступленіе съ нелестнымъ для нея докладомъ. Сначала предполагалось раздѣлаться со мной «домашними средствами»: перевести изъ центральнаго участка города, которымъ я завѣдывалъ, въ одинъ изъ самыхъ отдаленныхъ, о чемъ я сообщалъ уже въ «Открытомъ письмѣ д-ру Оппенгейму» [2]); попытка эта не удалась. Тогда пущены были въ ходъ другія мѣры: рѣшено было судить меня «товарищескимъ» судомъ. Послѣ ряда подготовительныхъ совѣщаній 2/III были собраны санитарные врачи подъ предлогомъ обсудить мой «Очеркъ». Подробности этого «суда» очень интересны съ точки зрѣнія техники изготовленія quasi-коллективныхъ приговоровъ. На «товарищескій (NB!) судъ» собрались не только санитарные врачи, но и лица, не принадлежащія къ ихъ корпораціи, напр., совѣщательный членъ—д-ръ *А. А. Липскій*, дѣлопроизводитель санитарной Коммиссіи д-ръ *Добровольскій*; меня же, автора той статьи, которую собрались «обсуждать», рѣшено было не допускать. Предсѣдательствовалъ старшій санитарный врачъ *В. И. Вержейскій*, считавшій себя лично оскорбленнымъ моей статьею; ему указали на неудобство веденія засѣданія лицомъ заинтересованнымъ и просили уступить мѣсто кому-либо другому по выбору; г. *Вержейскій* не согласился. Открывъ засѣданіе, онъ предложилъ: 1) постановить, что освѣщеніе дѣятельности санитарныхъ врачей, представленное въ моемъ «Очеркѣ», не соотвѣтствуетъ дѣйствительности и 2) признать мой поступокъ неколлегіальнымъ.

Понятно, не всѣ товарищи могли согласиться съ такой постановкой вопроса; стали требовать обсужденія моего доклада по существу и доказывали беззаконность заочнаго суда надъ товарищемъ. Г. *Вержейскій* при дѣятельной поддержкѣ *А. А. Липскаго*—кстати сказать, не возразившаго на Съѣздѣ ни слова противъ моего доклада—энергично протестовалъ. Споръ длился чуть не 2 часа, и неизвѣстно, чѣмъ бы закончился; но въ самую критическую для г. *Вержейскаго* минуту на выручку явился самъ г. *Оппенгеймъ*. Страннымъ образомъ, не смотря на свое видимое отсутствіе въ залѣ засѣданія, онъ оказался въ курсѣ всѣхъ преній, происходившихъ въ Собраніи. Съ изумительной откровенностью онъ сталъ разъяснять санитарнымъ врачамъ, что признаніе моего «Очерка» правильнымъ равносильно сознанію съ ихъ стороны въ собственномъ ничегонедѣланіи и полученіи даромъ жалованья, и постарался увѣрить скептиковъ, что никакого суда надо мною не происходитъ, а только-де обсуждается мой «Очеркъ».

Дѣйствіе словъ предсѣдателя санитарной Коммиссіи, немилость котораго всегда можетъ грозить потерей службы, оказалось прямо магическимъ: послѣ его ухода г. *Вержейскому* удалось очень скоро добиться огульнаго осужденія и моего доклада, и

[1]) См. «Русскій Врачъ», 1904 г., № 6—8.
[2]) Тамъ-же, № 16, стр. 594, п. 18.

моего поступка. Мало того, рѣшено было даже выразить мнѣ порицаніе за «неколлегіальный поступокъ». Все это прошло открытой баллотировкой. Нѣкоторые товарищи указывали, что многіе изъ присутствующихъ, хотя и сочувствуютъ мнѣ, могутъ, тѣмъ не менѣе, не рѣшиться подать голосъ за меня открыто изъ опасенія немилости «начальства», и требовали закрытой баллотировки. Но обычно мягкій, г. *Вержейскій* на этотъ разъ остался непреклоннымъ и настоялъ на открытомъ голосованіи.

И такъ, судилище 2/III осудило меня. Самъ по себѣ приговоръ такой коллегіи, при такомъ давленіи сверху, да при томъ только за вынесеніе «сора изъ избы», по существу, конечно, совершенно безразличенъ для меня. Но я считаю необходимымъ предать его гласности для того, чтобы лишній разъ показать вредъ, который приносятъ т. наз. коллегіальные органы (Совѣты, Совѣщанія, Коммиссіи и т. п.), если въ основу ихъ не положены широкія общественныя начала, и въ особенности, если они дѣйствуютъ подъ крыломъ такихъ бюрократическихъ по духу учрежденій, какъ Петербургская санитарная Коммиссія. Вмѣсто служенія общественнымъ интересамъ, они являются послушнымъ орудіемъ въ рукахъ отдѣльныхъ лицъ и, создавая для послѣднихъ ширму, замѣняющую лицо безличной коллегіей, даютъ имъ возможность уклоняться отъ всякой отвѣтственности.

Описаннымъ судилищемъ начатый противъ меня походъ не кончился. Нужно было выяснить, въ чемъ заключается проявленная будто-бы мною неколлегіальность; ее нашли въ томъ, что до опубликованія своего «Очерка» я не прочелъ его въ т. наз. «Научныхъ Собраніяхъ врачей санитарной Коммиссіи». Между тѣмъ въ «Открытомъ письмѣ д-ру *Оппенгейму*» я заявилъ печатно, что пытался-было познакомить «товарищей» съ своимъ докладомъ, но *А. А. Липскій*, предсѣдатель «Научныхъ Собраній», не далъ мнѣ осуществить моего намѣренія [1]). Надо было дискредитировать это мое заявленіе. Опять на выручку явились quasi-коллегіальные органы: сначала особая Коммиссія, назначенная ad hoc настолько пристрастно, что я принужденъ былъ отказаться вступить съ нею въ какія-бы то ни было сношенія, а потомъ «Научное Собраніе».

Скучно передавать всѣ нарушенія основныхъ правилъ справедливости, допущенныя и на этотъ разъ съ цѣлью добиться предвзятаго рѣшенія. Скажу лишь, что «Научное Собраніе» не сочло нужнымъ ознакомиться даже съ имѣющимися у меня документами, подтверждающими правильность моихъ словъ, и тѣмъ не менѣе, опять заочно, пришло къ заключенію, «что заявленіе *А. Н. Рубеля* неправильно и отношеніе къ нему *А. А. Липскаго* было вполнѣ корректно» [2]), да еще яко-бы «послѣ детальнаго выясненія вопроса». Изъ печатаемыхъ подстрочно документовъ [3]) интересующіеся могутъ убѣдиться, что я былъ безусловно правъ. Такимъ образомъ здѣсь опять коллегіальный органъ сыгралъ роль послушнаго орудія въ рукахъ того облеченнаго властью лица, cui prodest.

Вполнѣ естественно, что оставаться дольше на службѣ въ санитарной Коммиссіи послѣ всѣхъ пережитыхъ перипетій я считалъ для себя неудобнымъ и 24/IV подалъ *мотивированное* прошеніе объ отставкѣ, въ которомъ, какъ на причину невозможности дальнѣйшаго продолженія службы въ Петербургской санитарной Коммиссіи, на ряду съ другими доводами, указалъ на то, что г. *Оппенгеймъ*, будучи совсѣмъ не компетентенъ въ вопросахъ санитаріи, на которую онъ смотритъ, какъ на «семейное» дѣло, тѣмъ не менѣе властно вмѣшивается въ спеціальную работу санитарныхъ врачей, подавляетъ всякую иниціативу и самодѣятельность и развилъ до апогея систему полнаго произвола предсѣдателя, преобладанія формы надъ сущностью дѣла.

26/IV я получилъ оффиціальное извѣщеніе, что «уволенъ согласно прошенію».... и только. Почти ½-года выжидалъ я, не откликнется-ли г. *Оппенгеймъ* на выставленныя мной противъ него обвиненія; однако онъ и до сихъ поръ молчитъ. *А. Рубель.*

Петербургъ 5/X 1904 г.

[1]) «Русскій Врачъ», № 15, стр. 553.

[2]) Тамъ-же, № 23, стр. 864.

[3]) Привожу ихъ полностью: Утромъ 25/I мною отправлено *А. А. Липскому* письмо съ предложеніемъ прочесть докладъ въ ближайшемъ засѣданіи «Научнаго Собранія» (имѣется почтовая квитанція). 27/I частнымъ образомъ я узналъ, что *А. А. Липскій*, посовѣтовавшись съ *В. И. Вержейскимъ*, рѣшилъ не допускать моего доклада къ чтенію (могу сослаться на свидѣтелей этого разговора, фамилій которыхъ, какъ служащихъ въ санитарной Коммиссіи, по понятнымъ причинамъ пока не привожу). На слѣдующій день я получилъ отъ г. *Липскаго* письмо слѣдующаго содержанія: «Многоуважаемый Аркадій Николаевичъ! Ваше письмо я получилъ (заказное) уже поздно. Я уже приготовилъ засѣданіе на пятницу 30 го, и Вашъ докладъ можетъ быть назначенъ на слѣдующее засѣданіе.... Съ совершеннымъ почтеніемъ *А. Липскій*». 27/I 1904 г.

Этотъ отвѣтъ я счелъ, понятно, равносильнымъ отклоненію моего предложенія, тѣмъ болѣе, что слѣдующаго засѣданія нельзя было ожидать ранѣе конца февраля. Вскорѣ явилось тому окончательное доказательство: 15/II я получилъ слѣдующее оффиціальное письмо: «Многоуважаемый товарищъ! Въ послѣднемъ научномъ Собраніи предсѣдатель *А. А. Липскій* заявилъ о Вашемъ желаніи сдѣлать докладъ въ одномъ изъ ближайшихъ Собраній, съ которымъ Вы уже выступали на Пироговскомъ Съѣздѣ. Многіе изъ присутствовавшихъ товарищей высказались въ томъ смыслѣ, что заслушивать докладъ, сдѣланный уже въ многолюдномъ Собраніи, не представляетъ интереса. Но въ виду того, что Собранію не было точно извѣстно» (здѣсь явное противорѣчіе *А. Р.*), «представляетъ-ли Вашъ предполагаемый докладъ повтореніе сдѣланнаго на Пироговскомъ Съѣздѣ или что-нибудь новое, вопросъ о Вашемъ докладѣ остался открытымъ и будетъ разсматриваться въ ближайшемъ засѣданіи по полученіи отъ Васъ точныхъ свѣдѣній, т. е. желаете-ли Вы повторить докладъ, сдѣланный на Пироговскомъ Съѣздѣ, или имѣете въ виду сдѣлать новое сообщеніе? Объ этомъ прошу Васъ увѣдомить меня для доклада Собранію. Секретарь научныхъ Собраній *Г. Левченко*». Такимъ образомъ въ ближайшемъ засѣданіи (27/II) предстояло только обсужденіе вопроса о томъ, допустить-ли мой докладъ или нѣтъ, и, слѣд. чтеніе, даже въ случаѣ разрѣшенія вопроса въ положительномъ смыслѣ (что невѣроятно), могло-бы состояться не раньше 3-го засѣданія (т. е. 13/IV). Развѣ это не «отклоненіе» моего предложенія прочесть докладъ въ ближайшемъ засѣданіи? *А. Р.*

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2057. Комитетъ главной вспомогательной медицинской Кассы имѣетъ честь просить гг. членовъ пожаловать на *общее Собраніе*, имѣющее быть въ четвергъ *21-го сего октября*, въ 8 ч. вечера, въ помѣщеніи Петербургскаго Собранія врачей (Владимірскій пр., д. № 16).

2058. 21-го октября Кіевское психіатрическое Общество чествуетъ *35-лѣтіе врачебно-научной дѣятельности* своего предсѣдателя, проф. *И. А. Сикорскаго*. Просимъ многоуважаемаго юбиляра принять и нашъ горячій привѣтъ ко дню завершенія имъ 35-лѣтія неустанной плодотворной дѣятельности на поприщѣ русской психіатріи и нейрологіи.

2059. Проф. *И. П. Павловъ* избранъ *почетнымъ членомъ* New-York'ской Медицинской Академіи, Вѣнскаго Общества, врачей, Общества любителей естествознанія, антропологіи и этнографіи при Московскомъ Университетѣ и Физико-медицинскаго Общества при Кіевскомъ Университетѣ.

2060. Проф. *Н. Н. Феноменовъ* назначенъ *инспекторомъ медицинской части при главноуправляющемъ Канцеляріей по учрежденіямъ Императрицы Маріи* съ предоставленіемъ ему званія заслуженнаго профессора («Новое Время», 12 октября).

2061. Бывшій проф. Юрьевскаго Университета *А. Н. Соловьевъ* предложилъ медицинскому факультету Одесскаго Университета свои услуги въ дѣлѣ преподаванія акушерства и женскихъ болѣзней. Медицинскій факультетъ предоставляетъ *А. Н. Соловьеву* званіе ч. преподавателя.

2062. Проф. *С. С. Головинъ* обратился въ медицинскій факультетъ Одесскаго Университета съ заявленіемъ о желательности допускать при учебно-вспомогательныхъ учрежденіяхъ факультета *на должности сверхштатныхъ лаборантовъ и ординаторовъ женщинъ-врачей*. Факультетъ поручилъ особой Коммиссіи выработать основанія для возбужденія ходатайства въ этомъ направленіи.

2063. Вопросъ объ *открытіи въ Москвѣ Женскихъ Медицинскихъ Курсовъ*, по видимому, вступилъ уже въ фазу практическаго осуществленія. По сообщенію «Русскихъ Вѣдомостей» (5 октября), Коммиссія, въ составъ которой вошли нѣсколько профессоровъ-медиковъ Московскаго Университета *(П. И. Дьяконовъ, И. Ф. Огневъ, И. К. Спижарный, Н. А. Митропольскій)*, директоръ Московскихъ Высшихъ Женскихъ Курсовъ *(В. И. Герье)* и предсѣдатель Общества по устройству въ Москвѣ Женскаго Медицинскаго Института (д-ръ *І. Д. Сарычевъ*), выработавъ проэктъ Курсовъ, вошла въ Думу съ ходатайствомъ о разрѣшеніи открыть ихъ при Старо-Екатерининской больницѣ съ тѣмъ, чтобы пользоваться ея больными, какъ клиническимъ матеріаломъ. Открываемые Медицинскіе Курсы будутъ имѣть тѣсную связь съ Высшими Женскими Курсами въ Москвѣ: слушательницы будутъ на нихъ первые 2 года изучать естественныя науки и затѣмъ уже въ теченіи 4-хъ лѣтъ собственно медицину на Курсахъ. Проэктъ учрежденія Курсовъ встрѣтилъ сочувствіе какъ со стороны Московской городской Управы, такъ и со стороны Министерства народнаго просвѣщенія. При относительной обезпеченности будущности Петербургскаго Женскаго Медицинскаго Института съ принятіемъ его въ казну, разумѣется, можно лишь привѣтствовать зарожденіе у насъ на Руси новаго высшаго учебнаго заведенія для женщинъ. Но отчего-бы, спросимъ еще и еще разъ, ту энергію, съ какой ведется это дѣло, не употребить на то, чтобы добиться вообще открытія дверей русскихъ университетовъ для женщинъ? При, видимо, зарождающейся зарѣ «весеннихъ» дней, быть можетъ, такія попытки не были-бы уже безплодны.

2064. Общество русскихъ врачей въ Петербургѣ, желая принять посильное *участіе въ удовлетвореніи нуждъ, вызываемыхъ войною*, въ засѣданіи своемъ 30 сентября остановилось на слѣдующихъ предположеніяхъ относительно формъ, въ которыхъ могло-бы выразиться это участіе: 1) члены Общества могли-бы предоставить свой личный трудъ и знанія, въ качествѣ ординирующихъ врачей или консультантовъ, больнымъ и раненымъ воинамъ, эвакуируемымъ въ Петербургъ въ лѣчебныя заведенія или находящимся въ частныхъ домахъ; 2) они могли-бы сдѣлать денежныя пожертвованія въ пользу семействъ врачей, находящихся на войнѣ; 3) пожертвовать на содержаніе кроватей въ лѣчебныхъ заведеніяхъ Петербурга для раненыхъ и больныхъ воиновъ; 4) могли-бы принять къ себѣ въ домъ раненыхъ и выздоравливающихъ на свое попеченіе и содержаніе.

2065. Въ районѣ Хабаровскъ-Никольскъ рѣшено открыть *46 новыхъ госпиталей на 9000 кроватей*.—Рязанское уѣздное земское Собраніе постановило отвести безплатно въ своихъ больницахъ *21 койку для раненыхъ и 5 для больныхъ воиновъ*.—Рижское городское Управленіе, впредь до постройки собственной санаторіи для раненыхъ и увѣчныхъ воиновъ, предоставило въ городской больницѣ *5 безплатныхъ мѣстъ* для эвакуируемыхъ съ театра войны *раненыхъ офицеровъ* и *50 для нижнихъ чиновъ*. Призваннымъ въ дѣйствующую армію служащимъ городского управленія Дума постановила *сохранить на годъ половинное жалованье*.—Въ Орлѣ открыть *лазаретъ для раненыхъ воиновъ* на 17 кроватей.—Сотрудники и служащіе редакціи «Русской Мысли» собрали между собою средства *на содержаніе 1 койки* имени журнала для больного воина при одномъ изъ существующихъ госпиталей.—Содержатели Харьковскихъ частныхъ лѣчебницъ заявили о предоставленіи ими *безплатнаго помѣщенія, содержанія и врачебнаго ухода для раненыхъ* («Новое Время», 7, 11 и 12 октября, «Биржевыя Вѣдомости», 8 октября).

2066. Многоуважаемый товарищъ *С. Я. Эйнгорнъ* проситъ насъ сообщить, что онъ предоставляетъ въ своемъ Институтѣ (Петербургъ, Казанская, 5) *10 раненымъ воинамъ* въ теченіи всего сезона (по 1-ое мая) *безплатное пользованіе приборами Zander'а и ручнымъ массажемъ*.

2067. Въ Ельцѣ, Орловской губ., состоялись *теплые проводы* д-ровъ *Н. М. Лапинера* и *Г. М. Ратгауза*, уѣзжавшихъ на Дальній Востокъ («Новости», 5 октября).

2068. Полученные нами «*Труды временнаго медицинскаго Общества на Дальнемъ Востокѣ въ г. Харбинѣ*» (см. выше, № 32, стр. 1116) содержатъ уставъ Общества, списокъ членовъ (къ 7 августа Общество насчитывало 2 почетныхъ членовъ, 6 членовъ-сотрудниковъ не-врачей и 142 дѣйствительныхъ членовъ врачей) и протоколы 6 засѣданій Общества по 7 августа; подлинные доклады будутъ напечатаны въ особомъ приложеніи. Приводимъ нѣкоторыя постановленія Общества по обсуждавшимся въ немъ вопросамъ. По вопросу *объ эвакуаціи дизентериковъ, о санитарныхъ поѣздахъ и изоляціонныхъ госпиталяхъ* постановлено: Слѣдуетъ обратить вниманіе общественныхъ организацій и мѣстныхъ властей на нужду скорѣйшаго устройства госпиталей для дизентериковъ и для другихъ заразныхъ больныхъ въ войскахъ, ближе къ началу тыловой линіи и не далѣе г. Харбина, такъ какъ развозка на дальнія разстоянія, напр., какъ это дѣлается, въ Читу, вредно для больныхъ, и этимъ заражается вся линія, по которой идутъ свѣжія войска, что противно § 7 инструкціи для сортировки больныхъ и раненыхъ въ военное время. «Больные, одержимые оспой, дизентеріей, сибирской язвой, холерой и другими остро-заразными болѣзнями», гласитъ эта инструкція, «пользуются на самомъ мѣстѣ заболѣванія; при чемъ единичные случаи подобныхъ заболѣваній тщательно изолируются въ тѣхъ самыхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ, въ которыхъ такіе больные окажутся или въ которые будутъ доставлены; въ случаѣ-же появленія такихъ больныхъ въ значительномъ числѣ или при эпидемическомъ развитіи той или другой изъ означенныхъ заразныхъ болѣзней, открываются для нихъ особые полевые госпитали, совершенно изолированные отъ прочихъ госпиталей». Для мѣстныхъ жителей должны быть устроены, кромѣ того, мѣстные госпитали для заразныхъ больныхъ. Санитарные поѣзда для дизентериковъ съ ихъ товарными вагонами, каждый на 20 больныхъ, съ нарами, покрытыми цыновками, съ больными въ своихъ шинеляхъ и одеждѣ, безъ достаточнаго запаса бѣлья, съ парашами, безъ дѣйствительныхъ мѣръ предосторожности противъ распространенія заразы по линіи и по станціямъ Общество считаетъ не удовлетворяющими основнымъ требованіямъ современной санитаріи. Общество предполагаетъ открыть амбуляторіи на главныхъ станціяхъ Китайской ж. дороги и прежде всего въ Харбинѣ, какъ обсерваціонные пункты для выслѣживанія первыхъ случаевъ заболѣваній заразными болѣзнями и для оказанія медицинской помощи проходящимъ эшелонамъ и мѣстнымъ жителямъ.—По вопросу *о плавучихъ госпиталяхъ Краснаго Креста* на рѣкахъ Сунгари и Амурѣ *и эвакуаціи на баржахъ* Общество пришло къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Баржи недостаточно выгодно были использованы, какъ эвакуаціонная мѣра, особенно для тяжелыхъ больныхъ, что могло произойти при ненормальностяхъ сортировки больныхъ и раненыхъ. 2) Особенно полезны были-бы баржи, какъ госпитали или здравницы для слабосильныхъ, выздоравливающихъ, нервныхъ больныхъ, требующихъ водолѣченія и т. п. 3) При соотвѣтствующемъ снаряженіи и организаціи баржи съ большимъ успѣхомъ могутъ служить, какъ стаціонарные госпитали. 4) Желательно дальнѣйшее выясненіе разныхъ сторонъ этого вопроса, болѣе подробное выясненіе стоимости содержанія на баржѣ больного въ сравненіи съ другими, а также вопроса о томъ, какъ лучше эксплоатировать баржи при обратномъ рейсѣ для выгодной доставки матеріаловъ въ Харбинъ для Краснаго Креста и т. п.—По вопросу *о сохраняющемъ лѣченіи огнестрѣльныхъ ранъ* Общество пришло къ заключенію, что оперативныя вмѣшательства рискованы и могутъ быть вредны при неблагопріятныхъ условіяхъ работы передовыхъ перевязочныхъ пунктовъ, этаповъ и летучихъ госпиталей, при трудности и часто даже невозможности проведенія чистоты и покоя при современной транспортировкѣ и эвакуаціи. Все это даетъ право обратить большее вниманіе на сохраняющій способъ лѣченія асептическихъ ранъ, ограничиваясь асептической повязкой и покоемъ раненой части. Идеалъ современной правильной помощи раненымъ, безъ риска во всѣхъ случаяхъ и вредныхъ осложненій, можетъ быть достигнутъ при достаточномъ количествѣ благоустроенныхъ госпиталей не только въ тылу арміи, но и ближе къ театру военныхъ дѣйствій, при возможно меньшей тряскѣ и благопріятныхъ для транспортировки и эвакуаціи обстоятельствахъ. Въ настоящую войну транспортировка производится чаще всего въ арбахъ и двуколкахъ, безъ приспособленій, а эвакуація въ товарныхъ вагонахъ вообще вредна для здоровья больныхъ и раненыхъ, для тяжело-же раненыхъ она непозволительна по § 5 «инструкціи для сортировки больныхъ и раненыхъ въ военное время».—По вопросу *о примѣненіи массовыхъ предохранительныхъ прививокъ противохолерной сыворотки* Общество высказалось, что считаетъ вопросъ этотъ въ данное время и при данныхъ условіяхъ открытымъ По вопросу *о примѣненіи лѣчебной противодизентерійной сыворотки* было высказано, что опытъ примѣненія ея въ Харбинскихъ госпиталяхъ былъ малъ, но, насколько можно судить по нему, результатъ въ острыхъ случаяхъ былъ утѣшительный.—По вопросу *о душевныхъ заболѣваніяхъ на войнѣ* было, между прочимъ, указано на частоту разстройствъ нервной системы у раненыхъ и больныхъ; послѣдніе жалуются на несуществующія боли, раздражительны, ихъ часто принимаютъ за притворщиковъ, но при тщательномъ изслѣдованіи находятъ ясные признаки истеріи, нейрастеніи и другія недостачи въ нервной системѣ и даже начальное душевное заболѣваніе. Общество приняло слѣдующее заключеніе: необходимо при изслѣдованіи больныхъ и раненыхъ обращать тщательное вниманіе на ихъ нервную систему; при современныхъ знаніяхъ очевидно, что пришло время, чтобы психіатрія на войнѣ заслуживала бо́льшаго вниманія и лучшей постановки не только въ цѣляхъ изоляціи, но и лѣченія.

2069. «Сибирская Жизнь» (29 сентября) передаетъ, что на 1-мъ засѣданіи недавно открытаго Читинскаго медицинскаго Общества д-ръ *С.* сдѣлалъ докладъ «*Объ организаціи госпиталей въ тылу арміи*», въ которомъ сообщалъ, что врачи, призываемые изъ запаса арміи на дѣйствительную службу, распредѣляются по госпиталямъ не по ихъ спеціальностямъ, а по желаніямъ распредѣляющихъ, почему и получаются такія, напр., несообразности: врачъ-окулистъ попадаетъ завѣдующимъ въ венерическое отдѣленіе, сифилидологъ—въ глазное и т. д. Если въ извѣстномъ госпиталѣ подобрались врачи одной спеціальности или самъ госпиталь приспособленъ для какихъ-либо однородныхъ больныхъ, туда попадаютъ больные другими родами болѣзней. Было постановлено, не возбуждая дѣла оффиціальнымъ путемъ, по взаимному соглашенію врачей между собой спеціализировать, насколько возможно, мѣстные госпитали и лазареты и распредѣлить уходъ за больными по преимуществу между спеціалистами.

2070. Противочумная Коммиссія объявляетъ, что *въ Закаспійской области* съ 27 сентября по 4 октября былъ лишь 1 случай новаго заболѣванія *холерой* въ Мервѣ. Въ Баку число холерныхъ заболѣваній продолжаетъ уменьшаться. Съ 28 сентября по 5 октября заболѣли 60 чел., умерли 24, тогда какъ заболѣвшихъ за недѣлю съ 14 по 21 сентября было 111, а за недѣлю съ 21 по 28 сентября—80. При изысканіи источниковъ зараженія въ этомъ городѣ удалось обнаружить, что однимъ изъ источниковъ болѣзни являются бани: изъ 48 пробъ воды, взятыхъ изъ различныхъ бань города, въ 8 найдены холерныя палочки. *Въ Саратовѣ* съ 28 сентября по 4 октября заболѣли 10, умерли 5. *Въ Астраханской губ.*, въ с. Рахинкѣ, съ 26 по 5 октября новыхъ подозрительныхъ по холерѣ заболѣваній не было. На расположенномъ на правомъ берегу Волги противъ Астрахани форпостѣ съ 1 по 3 октября обнаружено 3 случая холеры, изъ нихъ 2 со смертельнымъ исходомъ. *Въ гор. Самарѣ*, послѣ наблюдавшихся 25—27 сентября 2 случаевъ, новыхъ заболѣваній не было, но единичные случаи обнаружены въ гор. Новоузенскѣ и с. Дубовомъ Уметѣ, Самарскаго уѣзда, и въ сс. Самаровкѣ и Каменномъ Бродѣ, Николаевскаго уѣзда. Въ с. Моршѣ, Николаевскаго уѣзда, съ 25 сентября по 4 октября заболѣли 51, умерли 23. Въ Покровской слободѣ, Самарскаго уѣзда, расположенной на лѣвомъ берегу Волги противъ Саратова, заболѣли 4, умерли 2 и въ с. Зуевкѣ, Бузулукскаго уѣзда, заболѣли 7, умерли 3. Самарская губернія объявлена неблагополучною по холерѣ.

2071. *Пермская губернія* объявлена *угрожаемой по холерѣ* («Новое Время», 7 октября).

2072. Россійское телеграфное агентство разослало въ общія газеты (отъ 7 октября) слѣдующую телеграмму: «Россійскій генеральный консулъ въ Тавризѣ телеграфируетъ главноначальствующему гражданской частью на Кавказѣ, что съ 25 сентября по 3 октября *умерли отъ холеры въ Тавризѣ болѣе 3500 чел.*, въ томъ числѣ 3 октября болѣе 500».

2073. Состоящая при Правленіи Пироговскаго Общества Коммиссія по распространенію гигіеническихъ знаній въ числѣ другихъ новыхъ изданій выпустила листокъ «*О холерѣ*». Изданіе названо листкомъ, но это—брошюра въ 12 страницъ, обрѣзанная и сшитая проволокой, съ крупнымъ четкимъ шрифтомъ; составлена она по брошюрѣ извѣстнаго покойнаго врача *С. И. Сычугова*, долго жившаго въ Вятской губ. на вольной деревенской практикѣ. Написана брошюра языкомъ очень простымъ, понятнымъ каждому деревенскому читателю, котораго она ознакомитъ съ тѣмъ, что такое холерная зараза, откуда она заносится, какъ распространяется, каковы признаки болѣзни, какъ надо оберегать себя отъ зараженія и что дѣлать при заболѣваніи до прибытія врача? Цѣна за сотню 1 р. Кромѣ того, Обществомъ изготовляется рядъ картинъ для иллюстраціи чтеній о холерѣ («Врачебно-санитарная хроника Рязанской губ.», № 7).

2074. Д-ръ *В. Г. Лѣсовой*, завѣдующій справочнымъ бюро при «Обществѣ взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія», проситъ насъ довести до свѣ-

дѣнія товарищей, что Правленіемъ Общества *открыты* вблизи Клиническаго Института (Кирочная, 41) *столовая* (Таврическая ул., д. 17, кв. 61) и *меблированныя комнаты* (въ томъ-же домѣ, кв. №№ 55 и 57; подробности у завѣдующей столовой). Врачи, занимающіеся въ повивально-гинекологическомъ Институтѣ (В. О., Университетская лин., д. 3), могутъ получать за недорогую плату завтраки и обѣды въ столовой Института. Всѣ справки по дѣламъ Общества даютъ: предсѣдатель проф. *Д. О. Оттъ* (В. О., Университетская линія, 3), товарищъ его *А. А. Дранницынъ* (ул. Жуковскаго, д. 12), секретарь *А. В. Марковскій* (Б. Московская, д. 8, кв. 11), казначей *В. Л. Якобсонъ* (Басковъ пер., д. 39, кв. 13) и завѣдующій справочнымъ бюро (В. О., Университетская лин., 3).

2075. Гласные Московской городской Думы гг. Тучковъ и Пучковъ внесли, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (7октября), въ Управу предложеніе *о принятіи на счетъ города содержанія могилы Ѳедора Петровича Гааза*, обаятельный образъ котораго такъ художественно воскресилъ А. Ф. Кони.

2076. Въ *составъ Правленія Московскаго хирургическаго Общества* на предстоящій годъ избраны: предсѣдателемъ проф. *Ѳ. И. Синицынъ*, секретарями *В. М. Минцъ* и *А. П. Александровъ*, казначеемъ *Ф. А. Рейнъ*, библіотекаремъ *В. П. Зеренинъ* («Русскія Вѣдомости», 6 октября).

2077. Въ Обществѣ Московскихъ городскихъ врачей избраны въ *составъ бюро*: предсѣдателемъ *Н. Н. Баженовъ*, товарищемъ его *А. Г. Петровскій*, секретарями *И. П. Чулковъ* и *А. И. Лапшинъ*, членами Совѣта *Ф. И. Березкинъ* и *Ф. А. Гетье*, казначеями *В. А. Самгинъ* и *Ф. Н. Ремезовъ* и библіотекаремъ *С. П. Чернышевъ* («Русское Слово», 8 октября).

2078. Заимствуемъ изъ «Сѣверо-Западнаго Слова» (8 октября) нѣкоторыя данныя о *дѣятельности Виленскаго медицинскаго Общества за 1903 г.* Въ 1903 г. въ Обществѣ числилось: 54 почетныхъ члена, 106 дѣйствительныхъ, 109 членовъ-корреспондентовъ и 3 члена-соревнователя, всего 272 члена. Въ теченіи отчетнаго года Общество имѣло 16 засѣданій, на которыхъ сдѣлано было 14 докладовъ; предъявленій въ отчетномъ году было 20. Въ среднемъ на засѣданія собирались 36 членовъ. Въ лабораторіи Общества произведено было 2063 анализа; дохода за производство этихъ анализовъ получено 3588 р. 45 к., которые и были израсходованы: на содержаніе лабораторіи и снабженіе ея инструментами и реактивами и на вознагражденіе лицамъ, производившимъ анализы. Приходъ Общества въ отчетномъ году 1489 р. 83 к., расходъ—1025 р. 56 к. Въ стипендіальной кассѣ имѣется 1604 р. 70 к. Спеціальный капиталъ на постройку дома для Общества составляетъ 1613 р. 52 к. Въ библіотеку Общества въ отчетномъ году выписано было научныхъ журналовъ на 97 р. 90 к. и, кромѣ того, получено 163 экземпляра брошюръ, изъ нихъ 94 диссертаціи; въ библіотеку Общества въ отчетномъ году поступили также всѣ книги изъ библіотеки покойнаго д-ра *Мозановскаго*, пожертвовавшаго ихъ Обществу.

2079. Въ извѣстномъ *рапортѣ* бывшаго тов. министра внутреннихъ дѣлъ г. Зиновьева *о ревизіи Московскаго земства*, между прочимъ, встрѣчается ссылка на высказанное предсѣдателемъ Московской уѣздной земской Управы въ земскомъ Собраніи мнѣніе, что «санитарный Совѣтъ имѣлъ намѣреніе сѣсть на шею Управѣ». Выраженіе это легло затѣмъ въ основаніе характеристики дѣятельности санитарныхъ Совѣтовъ всей Московской губ. въ означенномъ оффиціальномъ документѣ. Московскій уѣздный санитарный Совѣтъ на одномъ изъ послѣднихъ засѣданій, остановившись на такой характеристикѣ и находя невозможнымъ обойти ее молчаніемъ, постановилъ признать, что въ дѣятельности Московскаго уѣзднаго санитарнаго Совѣта, который, по положенію, есть органъ лишь совѣщательный при Управѣ и постановленія котораго для Управы необязательны, не было рѣшительно ничего такого, что могло-бы подать поводъ къ подобной ея характеристикѣ, и что фактически Московскій санитарный Совѣтъ никогда не преступалъ и не стремился преступать этой мѣры своихъ полномочій («Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи въ Московской губ.», № 9).

2080. Въ засѣданіи Московскаго уѣзднаго санитарнаго Совѣта 1-го сентября было разсмотрѣно слѣдующее *отношеніе канцеляріи Московскаго врачебнаго Управленія*: «Весьма нужное. Въ Московскую Уѣздную Земскую Управу. Московскій уѣздный врачъ *Барокъ* отъ 28 августа за № 225 донесъ Врачебному Управленію, что дьяконъ церкви с. Троицкаго-Голенищева и фельдшеръ фабрики Досужева заявили ему, что въ с. Троицкомъ-Голенищевѣ и въ деревняхъ того прихода появилась болѣе 2-хъ недѣль тяжелая форма скарлатины, которою заболѣло много дѣтей и подростковъ и отъ которой ежедневно умираютъ дѣти, между тѣмъ до сего времени ни одинъ изъ 2-хъ земскихъ врачей Сѣтунскаго медицинскаго участка въ с. Троицкомъ-Голенищевѣ не былъ». «Почему Врачебное Управленіе проситъ Земскую Управу немедленно принять надлежащія мѣры къ прекращенію означенной болѣзни въ с. Троицкомъ-Голенищевѣ и въ смежныхъ деревняхъ и о послѣдующемъ сообщить Управленію». Въ засѣданіи выяснилось, что подробныя свѣдѣнія объ означенной эпидеміи были доложены Совѣту въ прошломъ еще засѣданіи 18-го августа, что врачи посѣщали и посѣщаютъ пораженныя эпидеміей деревни съ самого ея возникновенія, которое относится не къ $^1/_2$ августа, а къ $^1/_2$ іюля, и что умерли всего только 6 чел., а переболѣли 54. Было указано, что заявленіе дьякона и фельдшера уѣздному врачу о томъ, что земскіе врачи, будто-бы, не были на эпидеміи, представляетъ, если не явный ложный доносъ, то во всякомъ случаѣ проявленіе крайней неосмотрительности въ характеристикѣ ими дѣятельности земскаго врачебнаго персонала, совершенно не вяжущейся съ этой дѣятельностью. Совѣтъ постановилъ просить земскую Управу въ отвѣтѣ врачебному Управленію отмѣтить непристойность этой бумаги, такъ какъ на основаніи такихъ бумагъ создается фальшивое отношеніе къ земству. («Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарной организаціи Московской губ.», № 9).—Приведенный фактъ, какъ онъ ни незначителенъ, служитъ хорошимъ примѣромъ бюрократическаго попеченія о мѣстныхъ нуждахъ и наглядно иллюстрируетъ ту атмосферу недовѣрія и неблагожелательства со стороны мѣстныхъ административныхъ органовъ, которою и понынѣ окружена дѣятельность земствъ. Прежде чѣмъ предъявлять довольно-таки серьезныя обвиненія земскому врачебному персоналу, врачебное Управленіе, несомнѣнно, было обязано провѣрить, хотя-бы черезъ того-же уѣзднаго врача, полученное изъ третьихъ рукъ «донесеніе», но оно предпочло ограничиться «бумагой»—что много спокойнѣе,—руководясь, очевидно, тѣмъ, что, если «донесеніе» и окажется ложнымъ, все равно сойдетъ... Вѣдь, дѣло идетъ только о земствѣ, съ которымъ-де можно и не церемониться.

2081. По словамъ «Новаго Времени» (12 октября), Правленіе Пироговскаго Общества возбудило въ Министерствѣ внутреннихъ дѣлъ ходатайство о разрѣшеніи Обществу оказывать *врачебно продовольственную помощь въ неурожайныхъ мѣстностяхъ*. Общество, какъ извѣстно, уже имѣло это право, но было лишено его послѣ неурожайнаго года.

2082. «Харьковскій Листокъ» (5 октября) передаетъ, что Харьковскій земскій врачебный Совѣтъ, какъ то и нужно было думать, призналъ *безусловно необходимой* для правильной постановки врачебно-санитарнаго дѣла на фабрикахъ и заводахъ *полную независимость врачебно-санитарной организаціи ихъ отъ владѣльцевъ*. Въ виду этого Совѣтъ предложилъ ходатайствовать о переложеніи натуральной повинности фабрикъ и заводовъ по лѣченію больныхъ рабочихъ въ денежную съ предоставленіемъ получаемыхъ денежныхъ средствъ земству для расширенія и новаго сооруженія земскихъ лѣчебницъ, въ которыхъ пользовались-бы рабочіе фабрикъ и заводовъ на ряду съ остальнымъ населеніемъ. Совѣтъ этотъ также рѣшилъ предложить врачамъ производить *осмотръ глазъ учениковъ и ученицъ школъ всѣхъ вѣдомствъ 2 раза въ теченіи учебнаго года* и при этихъ осмотрахъ временно удалять изъ училищъ для обязательнаго лѣченія тѣхъ заболѣвшихъ учениковъ, у которыхъ имѣется отдѣленіе изъ глазъ.

2083. 23-го сентября въ засѣданіи Симбирскаго Общества врачей былъ прочитанъ, какъ передаетъ «Самарская Газета» (29 сентября), докладъ д-ра *Е. С. Касторскаго* объ *оффиціальной статистикѣ въ вопросѣ о движеніи сифилиса въ Симбирской губ.* Докладчикъ, по словамъ газеты, сообщилъ, что нерѣдко матеріаломъ для статистическихъ работъ служатъ представляемые по требованію врачебной администраціи годовые отчеты, которые рѣзко расходятся съ дѣйствительностью и потому не могутъ служить основаніемъ не только для научныхъ, но и для практическихъ, болѣе или менѣе серьезныхъ, выводовъ. Онъ полагаетъ поэтому, что карточная система записи сифилиса и другихъ болѣзней, представляя наиболѣе достовѣрный матеріалъ для отчетовъ, должна быть введена во всѣхъ врачебныхъ амбуляторіяхъ. По вопросу о борьбѣ съ сифилисомъ докладчикъ держится того мнѣнія, что разрѣшеніе этого вопроса должно быть предоставлено земскому самоуправленію, которое, широко пользуясь правомъ привлекать къ обсужденію медицинскихъ вопросовъ врачей, несомнѣнно, наиболѣе практично и цѣлесообразно разрѣшитъ его.—Намъ кажется, что «наиболѣе практичнаго и цѣлесообразнаго разрѣшенія» подобныхъ вопросовъ слѣдуетъ ожидать не отъ земствъ собственно, а отъ Пироговскихъ Съѣздовъ врачей.

2084. Нерехтское, Костромской губ., земское Собраніе постановило ходатайствовать о займѣ 20000 р. *для устройства новыхъ амбуляторій* («Новости», 4 октября).

2085. Изъ Ревеля пишутъ «Новостямъ» (5 октября), что Съѣздъ врачей (см. выше, № 35, стр. 1201) рѣшилъ организовать *Общество борьбы съ бугорчаткой*.

2086. Осенью текущаго года въ Гроднѣ состоится *Съѣздъ врачей Гродненской губ.* («Сѣверо-Западное Слово», 3 октября).

2087. Сообщаемъ нѣкоторыя *подробности грустной исторіи въ Кіевской Маріинской Общинѣ Краснаго Креста* (см. № 41, стр. 1394). Согласно § 28 новаго устава Общества Краснаго Креста, въ вѣдѣніи главнаго врача каждой Общины находятся всѣ медицинскія ея учрежденія (амбуляторіи, больницы и курсы для сестеръ). Попечительство Маріинской Общины, вводя этотъ §, почему-то нашло нужнымъ пригласить къ себѣ главнымъ врачемъ не работавшаго прежде при больничныхъ учрежденіяхъ Общины ч. пр. *Н. К. Неелова*, чѣмъ выразило свое невниманіе къ заслуженно пользующемуся общимъ уваженіемъ въ городѣ проф. *П. И. Морозову*, завѣдывавшему съ 1900 г. курсами при Общинѣ, съ 1892 г. главной хирургической больницей ея и съ 1890 г., т. е. 14 лѣтъ, одной изъ 2-хъ амбуляторныхъ ея лѣчебницъ. Основаній для такого отношенія къ старѣйшему работнику Общины со стороны Попечительства ея не было никакихъ: его безвозмездная и крайне полезная дѣятельность на пользу Краснаго Креста ежегодно отмѣчалась въ печатныхъ отчетахъ Общины. Кромѣ того, какъ пишетъ проф. *П. И. Морозовъ* «Кіевлянину» (28 сентября), Попечительство Общины даже не предупредило его о предстоящихъ перемѣнахъ въ управленіи медицинской ея частью, и объ избраніи главнымъ врачемъ Общины ч. пр. *Н. К. Неелова* со всѣми полномочіями онъ узналъ лишь изъ газетъ и впослѣдствіи изъ полученнаго отъ послѣдняго оффиціальнаго

письма къ нему. Сослуживцы проф. *П. И. Морозова* по курсамъ, ознакомившись изъ его сообщенія съ выше изложеннымъ, пришли къ заключенію, что продолжать свою дѣятельность въ Общинѣ при такихъ условіяхъ они не считаютъ возможнымъ, и тогда-же отправили Попечительству коллективное (профф. *П. И. Морозовъ*, *Ю. П. Лауденбахъ*, *А. А. Муратовъ*, *В. І. Орловъ*, магистръ фармаціи г. *Кубли*, д-ра *Р. И. Гельвигъ* и *А. И. Янченко*) о томъ заявленіе.—Остается лишь пожалѣть, что въ результатѣ безтактнаго образа дѣйствій Попечительства явились, съ одной стороны, тяжелый ударъ однимъ изъ лучшихъ въ Россіи курсамъ Краснаго Креста, съ другой—незаслуженная обида столь долго трудившемуся на пользу этого общественнаго учрежденія видному представителю науки. Вынужденный отказъ проф. *П. И. Морозова* и его сослуживцевъ по курсамъ отъ дальнѣйшей работы—естественный протестъ по адрессу тѣхъ, кто не хочетъ или не умѣетъ цѣнить полезной и безвозмездной общественной дѣятельности врачей.

2088. *Къ характеристикѣ нѣкоторыхъ гласныхъ XX вѣка.* Въ «Харьковскомъ Листкѣ» (7 октября) напечатано, между прочимъ, слѣдующее: «На Сумскомъ земскомъ Собраніи нашелся гласный, имя котораго, безъ всякаго сомнѣнія, должно быть увѣковѣчено. Это—г. Карповъ. Г. Карпову, видите-ли, не понравился проэктъ организаціи санитарнаго Совѣта, въ составѣ котораго будутъ находиться вмѣстѣ съ представителями уѣзднаго земства и земскіе врачи. И г. Карповъ торжественно заявилъ:—Что такое врачъ? Человѣкъ, которому платятъ за работу. Странно отдавать на разсмотрѣніе наемныхъ людей обсужденіе недоразумѣній между врачами и Управой. Это все равно, если-бы я нанялъ кучера и позволилъ ему обсуждать мои поступки»... — Очевидно, г. Карповъ вполнѣ компетентенъ въ дѣлахъ конюшни, куда, быть можетъ, и было-бы полезнѣе перенести ему свою дѣятельность.

2089. По словамъ «Новаго Обозрѣнія» (30 сентября), рѣшено устроить въ Красноводскѣ *санитарно-наблюдательную станцію* 1-го разряда.

2090. Въ Севастополѣ, по словамъ «Новостей» (9 октября), проживаетъ *106-лѣтній* старикъ А. Флакъ.—Не провѣрить-ли кто-либо изъ Севастопольскихъ товарищей этого заявленія и не сообщить-ли, если оно окажется вѣрнымъ, нѣкоторыхъ подробностей о физическомъ и психическомъ состояніи Ф.?

2091. По оффиціальному отчету англійскаго правительства *въ Великобританіи* къ 1/I 1904 г. состояло на призрѣніи *117199 душевно-больныхъ*; число это превышаетъ прошлогоднюю цифру на 3235. Въ среднемъ за послѣднее 10-лѣтіе число душевнобольныхъ въ Англіи ежегодно увеличивается на 2500 чел.

2092. Въ германской арміи введены, какъ передаетъ «The Medical Age» (25 сентября), *предохранительныя прививки противъ брюшного тифа.*

2093. Въ Breslau вводится обязательное для всѣхъ ресторановъ *обеззараживаніе посуды* нагрѣваніемъ въ теченіи 1 минуты, при 50° Ц., въ 2%-мъ растворѣ соды («The Medical Age», 25 сентября).

2094. Вдовствующая китайская императрица недавно издала, какъ сообщаетъ «The Medical Age» (25 сентября), *указъ, воспрещающій уродованье ногъ женщинами.*

2095. «The Medical Age» (25 сентября) сообщаетъ со словъ одной газеты, *какъ, между прочимъ, добываются фабрикантами патентованныхъ снадобій удостовѣренія о ихъ цѣлебности:* фирма собираетъ векселя лицъ, занимавшихъ прежде выдающееся положеніе въ обществѣ, но обремененныхъ долгами, и угрозою подачи ихъ ко взысканію добивается подписи для своей рекламы.

2096. *Одну изъ самыхъ здоровыхъ для жизни мѣстностей* представляетъ, по «American Medicine» (24 сентября), графство Grand isle въ штатѣ Vermont. На населеніе около 4500 чел. въ немъ за 1901 г. было только 3 случая смерти отъ бугорчатки, въ 1902 г. 6 и въ 1903 г. 2. Все графство состоитъ изъ мелкихъ селеній, не больше 100 жителей въ каждомъ; жители занимаются своими фермами и садами.

2097. 24-го октября откроется *итальянскій Съѣздъ по внутренней медицинѣ*, подъ предсѣдательствомъ проф. *Baccelli*. Обсуждаться будутъ вопросы: *О лихорадкахъ неизвѣстнаго происхожденія* (проф. *Bozzolo*), *О значеніи физики и химіи для распознаванія и лѣченія болѣзней* (профф. *Cerconi* и *Zoja*), *О центрахъ зрачкового рефлекса* (проф. *Marina*). Сверхъ того, профф. *Rubino* и *Schupfer* познакомятъ Съѣздъ съ новѣйшими успѣхами терапіи и діагностики («The British Medical Journal», 8 октября).

2098. Въ Palermo съ 20 по 23 октября состоится *X Съѣздъ итальянскихъ гинекологовъ и акушеровъ.* Въ качествѣ программныхъ вопросовъ намѣчены: 1) *Лѣченіе эндометрита* и 2) *Бугорчатка и беременность* («The British Medical Journal», 8 октября).

2099. Въ апрѣлѣ текущаго года въ Римѣ состоялся *Съѣздъ врачей-католиковъ* разныхъ странъ Европы, на которомъ положено основаніе «Международнаго Союза всѣхъ врачей и аптекарей католическаго исповѣданія» («Medicinische Blätter», 6 октября).

2100. *На каѳедру фармакологіи въ Вѣнѣ назначенъ* проф. *Hans Meyer* изъ Marburg'а, ученикъ профф. *Jaffé* и *K. Ludwig*'а и *Schmiedeberg*'а, съ 1882 по 1884 г. читавшій фармакологію, діэтетику и исторію медицины въ Юрьевѣ («Wiener medizinische Presse», 9 октября).

2101. Строющаяся въ Berlin'ѣ больница имени *R. Virchow*'а будетъ *самой большой по числу кроватей больницей въ мірѣ.* Она разсчитана на 2000 коекъ, а число служащихъ въ ней и въ учрежденной при ней школѣ для сидѣлокъ дойдетъ до 650. При больницѣ устраиваются особый патолого-анатомическій Институтъ, отдѣльное зданіе для рентгенотерапіи и аптечное зданіе. До сихъ поръ самой крупной больницей въ Германіи считалась Eppendorf'ская больница въ Hamburg'ѣ, которая въ послѣднее время значительно расширена, такъ что теперь вмѣщаетъ въ себѣ 1630 коекъ. Изъ другихъ иностранныхъ больницъ наибольшимъ числомъ кроватей располагаютъ: военный госпиталь Clermont-Tonnere въ Брестѣ—1179, Елизаветинскій госпиталь въ Будапештѣ—804, больница Rudolf'а въ Вѣнѣ—800, самая крупная больница въ London'ѣ (the London fever Hospital)—776; изъ Berlin'скихъ старая Moabit'ская больница располагаетъ 930 кроватями. Новая *Virchow*'ская больница будетъ готова къ веснѣ 1906 г. Часть ея предполагается открыть еще зимой 1905—1906 г.

2102. Проф. *Koch*, по сообщенію Berlin'скихъ газетъ, вернулся изъ своей поѣздки въ Парижъ и 26/x прочтетъ въ Berlin'скомъ медицинскомъ Обществѣ докладъ о т. наз. *«сонной болѣзни»* (Schlafkrankheit) негровъ, вызываемой трипанозомами. Проф. *Koch* выступаетъ съ докладомъ въ Berlin'скомъ медицинскомъ Обществѣ въ 1-ый разъ. Въ скоромъ времени онъ намѣревается снова отправиться въ Африку для окончанія работъ по изученію заразныхъ болѣзней рогатаго скота. На этотъ разъ онъ направляется не въ Южную Африку, а въ нѣмецкія Юго-Восточныя колоніи. По слухамъ, проф. *Koch*'у въ нынѣшнемъ году будетъ присуждена Нобелевская премія по медицинѣ.

2103. Извѣстный Breslau'скій профессоръ *Neisser* въ мартѣ 1905 г. отправляется, по порученію правительства, на большіе Зундскіе острова, чтобы въ большихъ размѣрахъ продолжать свои *опыты надъ прививками сифилиса обезьянамъ.*

2104. München'скій профессоръ *Dürk* отправляется въ голландскую Индію для изученія различныхъ тропическихъ болѣзней, въ особенности-же *болѣзни Beri-beri.*

2105. *Умерли*: 1) Въ Ростовѣ н/Д *Алейниковъ* [1] («Новое Время», 8 октября).—2) Въ Нахичевани, бывшій городской голова, 30 лѣтъ избиравшійся гласнымъ, *Исаакъ Мануиловичъ Аладжаловъ* («Тамъ-же», 10 октября), родившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1861 г.—3) 10-го октября въ Москвѣ главный врачъ Московскаго военнаго госпиталя *Евгеній Генриховичъ Ге* («Русскія Вѣдомости», 11 октября), родившійся въ 1846 г., а званіе врача получившій въ 1868 г.—4) 9/22-го октября въ Berlin'ѣ извѣстный врачъ и антропологъ проф. *Bartels*.—5) 21-го августа въ Garzellen'ѣ (Швейцарія), на 51-мъ году жизни, извѣстный хирургъ проф. *Albert Sigismund Landerer*, извѣстный у насъ своимъ руководствомъ общей хирургической патологіи и терапіи («Deutsche medicinische Wochenschrift», 6 октября).

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *С. И. Пейко* (см. № 39, стр. 1330) помѣщаемъ его некрологъ, любезно присланный намъ многоуважаемымъ товарищемъ *К. Г. Фридманомъ*. «Глубокое впечатлѣніе производитъ безвременная кончина молодого врача *С. И. Пейко*. Покойный только весною текущаго года окончилъ медицинскій факультетъ Московскаго Университета. Не успѣвъ еще отдохнуть послѣ государственнаго экзамена, *С. И.* отправился въ Московское земство замѣстить на 1 мѣсяцъ земскаго врача. Тамъ ему пришлось работать при тяжелыхъ условіяхъ: большіе пріемы, частые разъѣзды на эпидеміи, безсонныя ночи — все это имѣло роковое вліяніе на молодой организмъ. *С. И.* заболѣлъ брюшнымъ тифомъ въ тяжелой формѣ. Усталое сердце не выдержало борьбы съ болѣзнью, и молодой врачъ палъ жертвою священнаго долга — служенія страждущему человѣчеству. И такъ, едва вступивъ въ жизнь, едва начавъ свою общественную дѣятельность, *С. И.* погибъ въ расцвѣтѣ силъ и молодости. Ему было только 24 года. Это была по истинѣ свѣтлая личность по своимъ душевнымъ качествамъ: всѣхъ сталкивавшихся съ нимъ *С. И.* при первой-же встрѣчѣ очаровывалъ сердечностью, прямотой, отзывчивостью, такъ что нельзя было не полюбить его. Въ его лицѣ земская медицина лишилась благороднаго дѣятеля, исполненнаго искренняго желанія посвятить всѣ свои силы работѣ на благо народа. Смерть его такъ поражаетъ своей неожиданностью, что трудно, больно вѣрить ужасной дѣйствительности»...

Въ окончаніи статьи *В. Н. Болдырева*—«Поступленіе въ желудокъ натуральной смѣси панкреатическаго и кишечнаго соковъ съ желчью. Условія и вѣроятное значеніе этого явленія» (см. № 40) вкрались слѣдующія опечатки: на стр. 1340, во 2-мъ столбцѣ, на 32-й строкѣ сн. напечатано «въ области»; слѣдуетъ «изъ области»; на стр. 1341, въ 1-мъ столбцѣ, на 18-й строкѣ св. напечатано «добываемаго»; слѣдуетъ «добываемою»; на стр. 1344, во 2-мъ столбцѣ, на 25-й строкѣ сн. напечатано «желудочкѣ»; слѣдуетъ «желудкѣ»; на той-же стр. ниже строкой напечатано «опредѣляется»; слѣдуетъ «отдѣляется»; на стр. 1345, въ 1-мъ столбцѣ, на 33-й строкѣ св. напечатано «желудочно»; слѣдуетъ «желчно»; на стр. 1346, во 2-мъ столбцѣ, на 14-й строкѣ св. напечатано «*Levenard*»; слѣдуетъ «*Bernard*».

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ

Французскіе.

Le Caducée. 1904, 9 января.

1. **Butza.** *Intoxication par le chlorate de potasse.* Случай со вскрытіемъ. 2. **Boigey.** *Valeur du sucre et des boissons alcooliques dans l'alimentation du soldat.*

23 января.

1. **Loir.** *La prophylaxie de la syphilis aux colonies.* 2. **Tobold.** *Le traitement des soldats atteints de maladies mentales dans l'armée allemande.*

6 февраля.

1. **E. Rouyer.** *Persistance et transmission à distance des germes de la rougeole.* Случай передачи зародыша краснухи на разстояніе. 2. **Nimier** et **Laval.** *La laparotomie dans les coups de feu de l'abdomen.* (Продолженіе статьи въ № 8 за прошлый годъ). 3. **Bergounioux.** *Relation de cinq cas de mutilations volontaires des doigts.* 4. **Tessier.** *Navires-hôpitaux japonais.* Краткое описаніе японскихъ санитарныхъ транспортовъ «Hakuai-Maru» и «Kosai-Maru».

20 февраля.

1. **V. Roufflandis.** *Symptomatologie et thérapeutique de la peste bubonique à Fou-tchéou (Chine). Epidémie de 1902.* 2. **Visbecq.** *Perforations de l'intestin, du foie, du poumon avec fracture be côte, par une balle de pistolet.* Случай.

5 марта.

1. **Treille.** *De l'envoi des malades coloniaux aux eaux thermales.*

19 марта.

1. **G.-H. Lemoine.** *Conditions d'aptitude physique au service militaire.* 2. **Bonnette.** *La syphilis chez les arabes.* 3. **J. Regnault.** *La syphilis en Chine et en Indo-Chine.*

2 апрѣля.

G. Treille. *La cure de Vichy dans les maladies coloniales.*

16 апрѣля.

1. **H. Dupont.** *Contribution à l'étude de la maladie du sommeil.* Случай сонной болѣзни у европейца. 2. **E. Devaux.** *Fréquence des maladies de poitrine chez les Malgaches de l'Imerina et rareté de la tuberculose.* 3. **Bonnette.** *Amputation criminelle de la verge chez un jeune Arabe.* Случай.

Marseille medical. 1904, 1 января.

1. **E. Loison.** *Du moment de l'amputation dans la gangrène par lésion artérielle traumatique.* (Не окончена). 2. **F. Dufour.** *Sur un cas de meurtre à l'aide de 49 coups de couteau.*

15 января.

1. **E. Delanglade.** *De la radiographie dans le diagnostic de la coxalgie au début.* 2. **E. Loison.** (Окончаніе). 3. **J. Vallon.** *Abcès du cervelet.* Случай.

1 февраля.

1. **E. Loison.** *Procédé actuel de cure opératoire des hernies inguinales.* 2. **Alezais.** *Varices de l'intestin grêle.* По поводу 3-хъ случаевъ.

15 февраля.

1. **Queirel.** *Laparotomie et grossesse.* Лекція. 2. **Escat.** *Prostatectomie transvésicale.* 3. **P. Vallette.** *Un cas de tétanie, d'origine gastrique.*

1 марта.

1. **De Luna.** *Intolérance du lait ordinaire.* 2. **E. Delanglade** et **Alezais.** *Occlusion intestinale par épithélioma.* Случай. 3. **Vincentelli.** *Cancer sphacélé de l'estomac.* Тоже.

1 апрѣля.

1. **Vaudey.** *Considérations sur quatre cas de tabes traités par la mercurialisation intensive.* 2. **J. Poucel.** *Fracture de la colonne vertébrale.*

15 апрѣля.

1. **Queirel.** *Hémorragies par insertion vicieuse du placenta.* Клиническая лекція. 2. **Loison** et **Simonin.** *Un cas de tumeur de la vaginale.* 3. **Alezais.** *Les chirurgiens royaux jurés à Marseille.* Историческая замѣтка.

1 мая.

1. **Alezais** et **Vincentelli.** *Absence du coccum.* Случай. 2. **Mazet.** *Kératectomie avec doublure conjonctivale, prothèse oculaire.* Тоже.

15 мая.

1. **De Luna** et **Pluyette.** *Rétrécissement pylorique, gastro-entérostomie. Guérison.* Случай. 2. **G. Fournier.** *Méningite d'origine otitique.* Тоже. 3. **J. Livon.** *Mortalité infantile.* (Не окончена). 4. **A. de Belly.** *Gréoulx, station climatérique et balneaire.*

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Французскіе.

Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie. 5 марта.

1. **Massier.** *Note sur un cas de cancer du larynx traité par les rayons de Roentgen.* 2. **Gaudier.** *Volumineuse tumeur bénigne du phurynx laryngé, ablation par la voie transhyoïdienne.*

12 марта.

Liaras. *De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers animés du larynx chez l'homme.*

19 марта.

1. **Brunon.** *Chancre syphilitique du cornet inférieur chez un enfant de sept ans.* 2. **Simonin.** *Radiographie et corps étrangers de l'oreille.*

26 марта.

1. **L. Cerf.** *Quatre types de fissure du voile du palais.* 2. **E. J. Moure.** *Sur quelques cas de cellules mastoïdiennes aberrantes.*

2 апрѣля.

Mercier-Bellevue. *Thrombo phlébite suppurée du sinus caverneux d'origine otique sans thrombophlébite du sinus latéral.* Случай.

9 апрѣля.

P. Brunel. *Prothèse nasale à la paraffine avec une nouvelle indication thérapeutique.*

16 апрѣля.

I. Dionisio. *La radiation dans le traitement de l'ozène (radio- et photothérapie).*

Montpellier médical. 3 января.

1. **Abadie-Fyeguine** et **Abadie.** *De la suppuration des kystes de l'ovaire par la fièvre typhoide.* Передаютъ случай д-ра *Запченко* изъ Казанской клиники проф. *В. С. Груздева*, съ литературою вопроса. (Не окончена). 2. **J. Vires.** *Traitement des épilepsies infectieuses.* (Не окончена). 3. **H. Truc** et **P. Chavernac.** *Hygiène oculistique des écoles.* (Не окончена).

10 января.

1. **Pagès** et **Ardin-Delteil.** *La curabilité des processus méningés tuberculeux devant les nouveaux procédés d'exploration clinique.* (Не окончена). 2. **J. Vires.** (Окончаніе).

17 января.

1. **E. Hédon.** *La vieillesse physiologique et la mort naturelle.* 2. **Pagès** et **Ardin-Delteil.** (Продолженіе).

24 января.

1. **P. Puech.** *Des vomissements incoërcibles de la grossesse et de leur traitement par la ventouse mammaire.* 2. **Pagès** et **Ardin-Delteil.** (Окончаніе).

31 января.

1. **E. Godlewski** et **Madon.** *Rétrécissement et oblitération d'un point du tube digestif avec atrésie de toute la masse intestinale située au-dessous du point oblitéré.* Случай. 2. **Abadie-Feyguine** et **Abadie.** (Продолженіе).

7 февраля.

1. **E. Jeanbrau.** *De la tarsectomie interne dans le pied plat valgus douloureux invétéré.* 2. **H. Truc** et **P. Chavernac.** (Продолженіе). 3. **Abadie-Feyguine** et **Abadie.** (Окончаніе).

14 февраля.

1. **J. Vires.** *Traitement des épilepsies toxiques.* (Не окончена). 2. **H. Marquès.** *Sur un nouveau mode de notation des réactions électrique.*

21 февраля.

P. Ardin-Delteil. *Modification du troicart pour ponction d'ascite.*

28 февраля.

1. **Vallois.** *Version dans un cas de procidence complexe des membres supérieurs et du cordon ombilical; difficulté de l'évolution.* 2. **J. Vires.** (Продолженіе).

6 марта.

1. **E. Forgue** et **E. Jeanbrau.** *Anatomie pathologique des plaies de l'estomac par armes à feu.* 2. **H. Truc** et **P. Chavernac.** (Продолженіе).

13 марта.

1. **Rodet.** *Institut Boisson-Berthrand.* Отчетъ за 1902—1903 г. 2. **H. Truc** et **P. Chavernac.** (Продолженіе). 3. **J. Vires.** Тоже.

20 марта.

1. **L. Baumel.** *Symptomes tardifs et intenses de l'empoisenement par le phosphore, observés chez une fillete de 7 ans, qui avait mangé d'une volaille trouvée morte. Guérison.* Случай. (Не окончена). 2. **J. Vires.** (Окончаніе).

ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 2 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

Французскіе.

Le Bulletin médical. 1904 г., 6 и 9 января.

1. **Joffroy.** *Paralysie générale et hystérie.* Клиническая лекція. 2. **Marfan.** *Diagnostic et traitement du croup.* (Окончаніе лекціи). 3. **Froussard.** *Rapports entre le spasme et l'atonie de l'intestin dans la constipation habituelle.*

13 и 16 января.

1. **A. Broca.** *La mastoïdite aiguë des nourrissons.* Клиническая лекція. 2. **P. Gallois.** *Sur quelques particularités de la splénopneumonie (maladie de Grancher).* 3. **A. Bruch.** *Mastoïdite d'origine scolaire.* Случай.

20 и 23 января.

1. **Marfan, Aviragnet** et **Detot.** *Méningite hémorragique subaiguë avec hydrocéphalie chez les nouveau-nés.* 2 наблюденія. 2. **Bichelonne.** *Des blessures de l'orbite par coup de fleuret* (рапиры). Обзоръ. (Не окончена). 3. **M. Perrin.** *Deux cas de myopathie primitive progressive.*

27 и 30 января.

1. **Bichelonne.** (Окончаніе обзора). 2. **Armaingaud.** *De la nécessité de rendre obligatoire l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux.* 3. **A. Trousseau.** *Quelques points essentiells de pratique ophtalmologiques.* 4. **Brunon** et **Maridort.** *A propos de deux cas de tuberculose pulmonaire traitée par la cure libre.*

3 и 6 февраля.

1. **Lannelongue.** *Traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par la méthode sclérogène des injection intra-etra-articulaires.* 2. **Pariset.** *Pourquoi et comment doit-on doucher les diabétiques?* 3. **M. Péraire.** *Des fibro-papillomes de l'ombilic.*

10 и 13 февраля.

1. **G. Gayet** et **H. Molin.** *Contribution à l'étude de la laparotomie pour lésions traumatiques de l'intestin.* 2. **G. Ballet.** *De la nécessité de traiter et de traiter d'une façon active et précoce les hystériques dans les services hospitaliers.*

17 и 20 февраля.

1. **E. Dupré.** *Définition médico-légale de l'aliéné.* Клиническая лекція. 2. **H. Bousquet.** *Appendicite, psoïte ou annexite?* Разборъ 3 случаевъ. 3. **L. Lortat-Jacob** et **G. Sabareanu.** *Accidents utérins au cours de l'intoxication théique (thé jeune du Japon).*

24 и 27 февраля.

1. **Maljean.** *Fièvre typhoïde grave et compliquée traitée par la méthode de Chantemesse; guérison.* Случай сывороточнаго лѣченія тифа по *Chantemesse'y.* 2. **J. Dejerine.** *Le traitement des hystériques à l'hôpital.* 3. **V. Pauchet.** *Les appendiculaires méconnus. De l'appendicite pelvienne.* 4. **G. H. Lemoine.** *Traitement d'un cas de dysenterie amibienne par la quinine.*

2 и 5 марта.

1. **M. Rollin.** *Sur le traitement du tétanos par les injections intra-rachidiennes de sérum antitetanique.* 2. **L. Thévenot.** *Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse.* 2 случая. 3. **Follet.** *La tuberculose pulmonaire «en vase clos».* Клиническая лекція. 4. **E. Devaux.** *Alimentation par la voie nasale dans un cas de glosso-stomatite intense.*

9 и 12 марта.

1. **E. Valude.** *Rapports des affections oculaires avec les maladies constitutionnelles et infectieuses.* 2. **A. Renault.** *La syphilis osseuse; sez differentes formes cliniques.* Клиническая лекція. 3. **C. Mongour.** *A propos de la néphrotomie dans les néphrites médicales.*

16 и 19 марта.

1. **A. Poncet.** *Rhumatisme articulaire tuberculeux.* Клиническая лекція. 2. **P. Boyer.** *Un ovaire malade peut-il, par sa présence même (l'autre ovaire étant sain), entrainer la stérilité?* 3 наблюденія, показывающихъ, что безплодіе иногда проходитъ послѣ удаленія одного больного яичника, при здоровомъ другомъ. 3. **L. Martin.** *Hospitalisation des maladies contagieuses.*

23 и 26 марта.

1. **E. Valude.** *Rapports des affections, oculaires avec les maladies organiques.* 2. **Bazy.** *La gravelle phosphatique primitive existe-t-elle?* 3. **A. Chauffard** et **L. Boidin.** *Deux cas de méningite lymphocytique dans les oreillons.*

30 марта.

1. **V. Courtellemont** et **P. Touchard.** *Epilepsie procursive à forme anormale.* 2. **P. Gallois** et **Séguel.** *Invagination intestinale chronique.* 3. **P. Daireaux.** *Sur un cas de scarlatine apyrétique.*

La Presse médicale. 1904 г., 2, 6 и 9 января.

1. **M. Letulle.** *Autopsie du coecum.* 2. **F. Bezançon** et **M. Labbé.** *Considérations générales sur l'hématologie.* 3. **P. Cavaillon** et **P. Trillat.** *Du traitement du mal de Bright par la décapsulation rénale.* Обзоръ.

13 и 16 января.

1. **Guérin-Valmale.** *Les consultations de nourrissons.* 2. **A. Gilbert** et **P. Lereboullet.** *L'origine digestive du rhumatisme articulaire aigu.*

20 и 23 января.

1. **J. L. Faure.** *Technique de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles.* 4. **J. Dumont.** *A propos de la castration ovarienne dans le cancer du sein.* 3. **E. Fuster.** *Les nouveaux aspects de la lutte antituberculeuse en Allemagne.* 4. **C. Nicolle** et **Brunswic-Le-Bihan.** *Une pendaison à Tunis.*

27 и 30 января.

1. **E. Barié.** *Coeur mobile et cardioptose.* 2. **V. Godinho.** *Sur la sèrumtiérapie de la peste.* 3. **A. Mayor.** *Considérations sur l'anesthésie par l'éther et le chloroforme.*

3 и 6 февраля.

1. **T. Tuffier.** *Les rayons x et la thérapeutique du cancer.* 2. **A. Béclère.** *Le dosage en radiothérapie. Procédés et instruments.* 3. **P. Ardin-Delteil** et **Rimbaud.** *Pneumotyphoïde et colibacille.* Случай.

10 и 13 февраля.

1. **F. Jayle.** *Le spéculum.* 2. **J. Winter.** *Propriétés dynamiques des humeurs. La cryoscopie.*

17 и 20 февраля.

1. **L. Brocq.** *Le cautère et les états dits arthritiques.* 2. **E. Enriquez.** *Sécrétine.* 3. **P. E. Weil** et **A. Clerc.** *La myélémie Sa valeur séméiologique.* 4. **A. Boissard.** *Les hérédo-syphilitiques.* 5. **F. Ramond.** *Action thérapeutique des leucocytoses provoquées.*

24 и 28 февраля.

1. **G. Rosenthal.** *L'insuffisance respiratoire. Traitement par la gymnastique et la rééducation respiratoires.* 2. **P. Diffloth.** *La question du lait au point de vue zootechnique.*

2 и 5 марта.

1. **V. Bué.** *La ration alimentaire du nouveau-né.* 2. **P. Riche.** *La jejunostomie dans le traitement du cancer de l'estomac. La jejunostomie en y.* 3. **Guibé** et **R. Proust.** *Cure radicale de la hernie crurale.*

9 и 12 марта.

1. **M. Letulle.** *L'hospitalisation et l'isolement des tuberculeux à Paris.* 2. **E. Brissaud.** *L'enseignement théorique de la pathologie médicale.* 3. **E. de Lavarenne.** *La lutte contre la tuberculose. Hospitalisation des tuberculeux.*

16 и 19 марта.

1. **G. Ballet.** *Les rayons N. Leur recherche dans quelques affections du système nerveux.* 2. **M. Letulle.** *La lutte contre la tuberculose. Comment isoler nos tuberculeux hospitalisés?* 3. **G. Rosenthal.** *L'insuffisance réspiratoire. Traitement par la gymnastique et la rééducation respiratoires.*

23 и 26 марта.

1. **Garnier** et **Sabaréanu.** *Des variations de poids au cours de la scarlatine.* 2. **F. Cathelin.** *Les injections épidurales. Etat actuel de la question en particulier dans l'incontinence d'urine.* 3. **F. Bousquet.** *L'évolution de la médication créosotée.*

30 марта.

1. **T. Tuffier.** *L'hydronéphrose. La valeur thérapeutique de son traitement conservateur.* 2. **G. Milian.** *Les causes d'erreur dans l'étude clinique de la coagulabilité du sang.* 3. **Eyraud.** *La pathogénie de la pelade. Un fait confirmatif de la théorie de Jacquet* (болѣзнь эта—рефлексъ отъ разнаго рода мѣстныхъ раздраженій).

ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

Французскіе.

Gazette des hôpitaux. 1903 г., 26 и 29 декабря.

Le Roy des Barres. *Le traitement de la peste.*

31 декабря.

Marchais. *Sur le rôle de l'utérus dans la constipation.* 4 наблюденія.

1904 г., 2, 5, 7 и 9 января.

1. **F. Balzer** et **L. Alquier.** *Contribution à l'étude de la néphrite diffuse aiguë ou subaiguë survenant à la période secondaire de la syphilis.* 2 случая. 2. **G. Froin** et **L. Boidin.** *Phénomènes de localisation au cours des hémorragies méningées sous-arachnoidiennes.* 3. **A. Mathieu.** *L'aérophagie inconsciente chez les dyspeptiques.* Обзоръ.

12, 14 и 16 января.

1. **E. Lafforgue.** *Kystes de l'appendice coecal.* 2 случая. 2. **G. Variot.** *Diagnostic et prognostic de la rougeole chez les enfants.* 3. **Laignel-Lavastine.** *Le radio-diagnostic.*

19, 21 и 23 января.

1. **G. Rivière.** *Deux cas de hernie sous-ombilicale de la ligne blanche.* 2. **G. Mouriquand.** *Rhumatisme tuberculeux infantile.* Случай. 3. **Plauchu.** *De l'auto-intoxication gravidique.* Обзоръ. (Не окончена).

26, 28 и 30 января.

1. **Bonnette.** *Le péril vénérien: sa prophylaxie dans l'armée française.* 2. **A. Broca.** *Hydarthroses tuberculeuses du genou.* Лекція. (Не окончена). 3. **Plauchu.** (Окончаніе).

2, 4 и 6 февраля.

1. **A. Broca.** (Окончаніе клинической лекціи). 2. **L. Billon.** *De l'abus du lait dans les troubles gastrointestinaux chroniques de l'enfant après le sèvrage.*

9, 11 и 13 февраля.

1. **A. Breton** et **Rollet.** *Les hémorragies dans la grippe.* 2. **P. Le Damany.** *La pathogénie des luxations congénitales de la hanche.* 3. **J. Vires.** *Traitement de l'épilepsie chronique avec paroxysmes et de l'état de mal épileptiqe.* Обзоръ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславовъ.

CLXXV. О тетаническомъ сокращеніи сердца теплокровнаго животнаго при электрическомъ раздраженіи.

Проф. В. Я. Данилевскаго.

(Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ).

Въ числѣ отличительныхъ признаковъ сердечной мышцы, сравнительно съ произвольными мышцами, обыкновенно приводятъ неспособность ея приходить въ тетаническое состояніе при дѣйствіи даже сильнаго электрическаго раздраженія. Въ то время какъ обыкновенная мышца весьма легко даетъ суперпозицію сокращеній, постепенно переходящую въ настоящій непрерывный тетанусъ, сердечная мышца послѣ каждой систолы упорно переходитъ въ діастолическое разслабленіе, хотя и съ уменьшенною амплитудой, при извѣстныхъ условіяхъ; при этомъ на кардіограммѣ замѣчается суперпозиція систолическихъ сокращеній даже съ общимъ подъемомъ высотъ. Очевидно, сердце, заключающее внутри себя ритмически дѣйствующій источникъ для систолическихъ возбужденій, а также, по нѣкоторымъ авторамъ, и для активныхъ діастолическихъ растяженій, не можетъ относиться къ внѣшнему раздражителю столь пассивно или—вѣрнѣе—столь послушно, какъ мышца обыкновенная, лишенная аутоматіи; какъ и во многихъ другихъ случаяхъ, физіологическіе, внутренніе стимулы оказываются болѣе активными, чѣмъ искус-

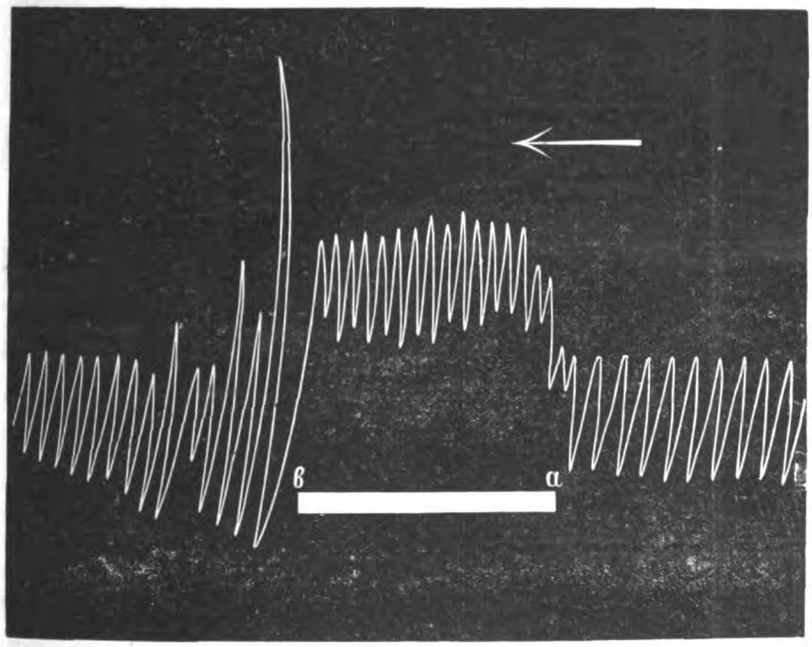


Рис. 1.

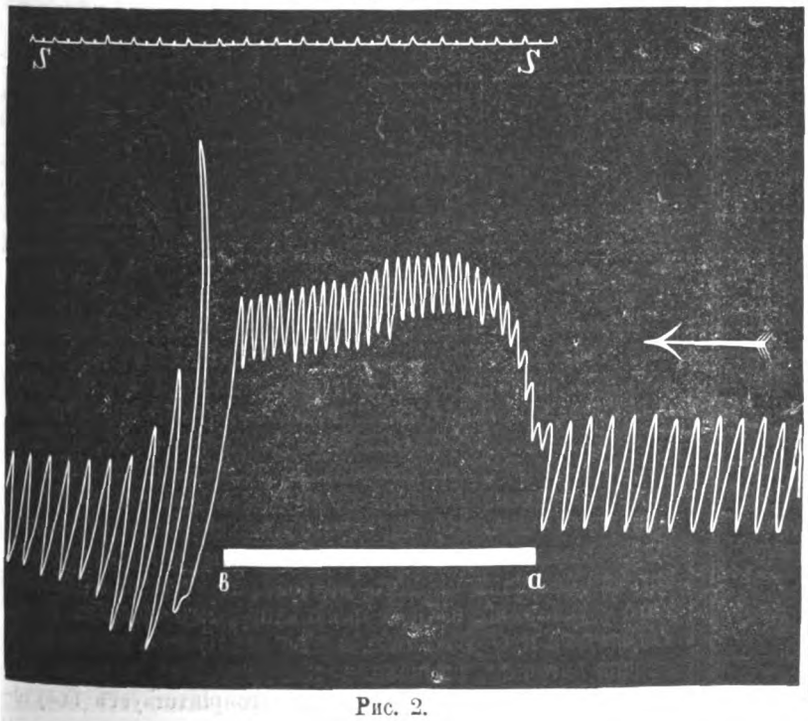


Рис. 2.

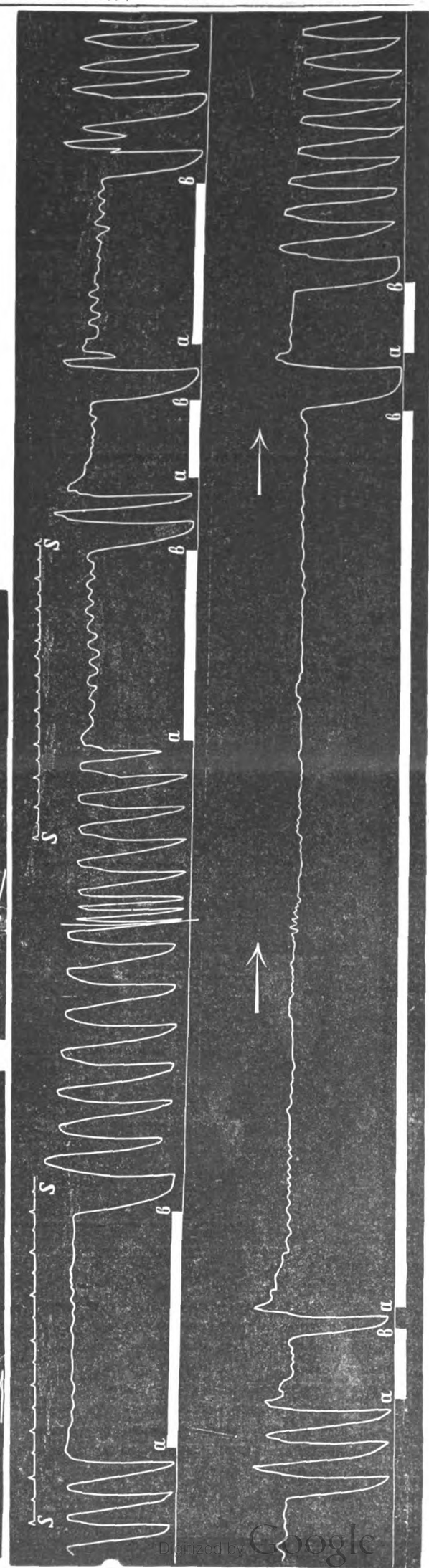


Рис. 3.

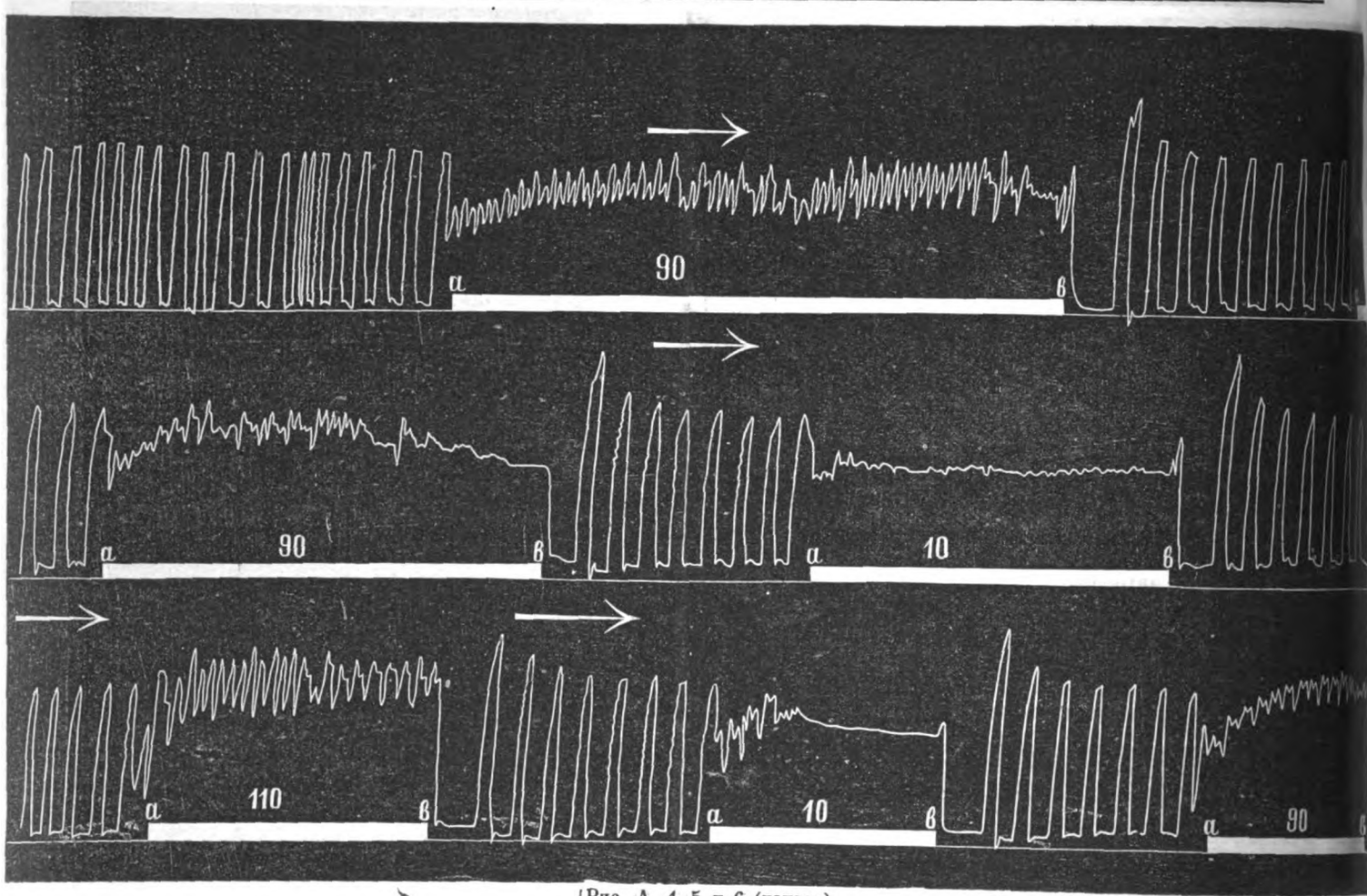


Рис. А. 4, 5 и 6 (начало).

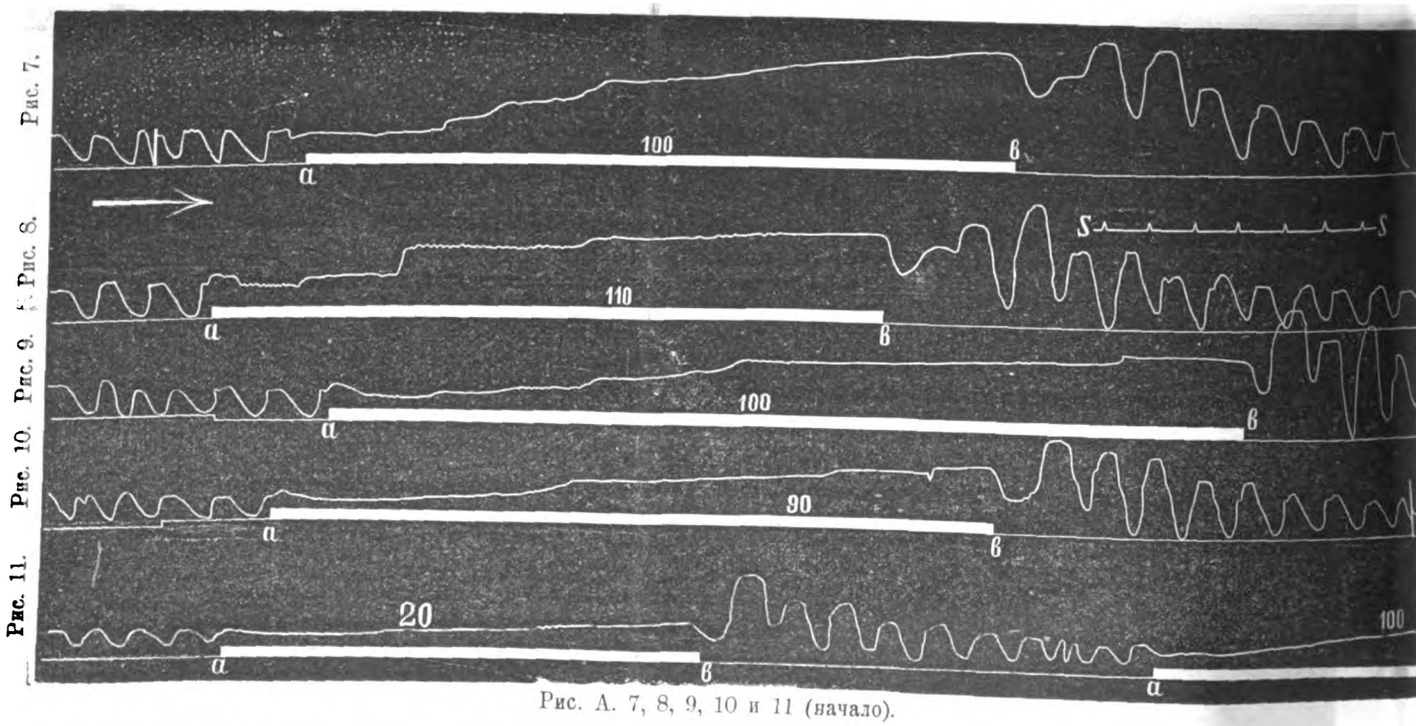


Рис. А. 7, 8, 9, 10 и 11 (начало).

ственные внѣшніе. Въ моментъ прекращенія естественнаго систолическаго возбужденія электрическое раздраженіе не въ состояніи замѣнить его вполнѣ, а потому діастолическій стимулъ обнаруживается растяженіемъ, хотя-бы и уменьшеннымъ. Рефрактерная фаза, по видимому, не можетъ быть уничтожена ни непрерывнымъ внѣшнимъ раздражителемъ, ни часто прерывистымъ. Благодаря этому свойству рефрактерности или временной невозбудимости, внѣшній раздражитель не можетъ помѣшать наступленію діастолы [1]).

[1]) Въ данномъ случаѣ я могу и не касаться вопроса объ участіи активныхъ сократительныхъ силъ въ образованіи діастолы, а также и вопроса о нервномъ или мышечномъ происхожденіи сердечной дѣятельности.

Въ послѣднее время, однако, появились экспериментальныя указанія на возможность полученія тетануса сердца лягушки, но лишь при особыхъ условіяхъ. Такъ, помощью одновременнаго раздраженія венной пазухи (sinus venosus) и блуждающаго нерва (или блуждающаго нерва и желудочка, по *Rouget*) можно получить не только суперпозицію систолическихъ сокращеній, но и настоящую тетаническую кривую (*O. Franck*). Еще успѣшнѣе въ этомъ отношеніи были опыты покойнаго *А. А. Вальтера*, который достигъ того-же помощью прямого раздраженія сердца, отравленнаго мускариномъ. Судя по нѣкоторымъ опытамъ *F. B. Hofmann*'а и *O. Franck*'а, можно заключить, что слабость сердца лягушки, вызванная раздраженіемъ нервовъ его перегородки или утомленіемъ, благопріятствуетъ получе-

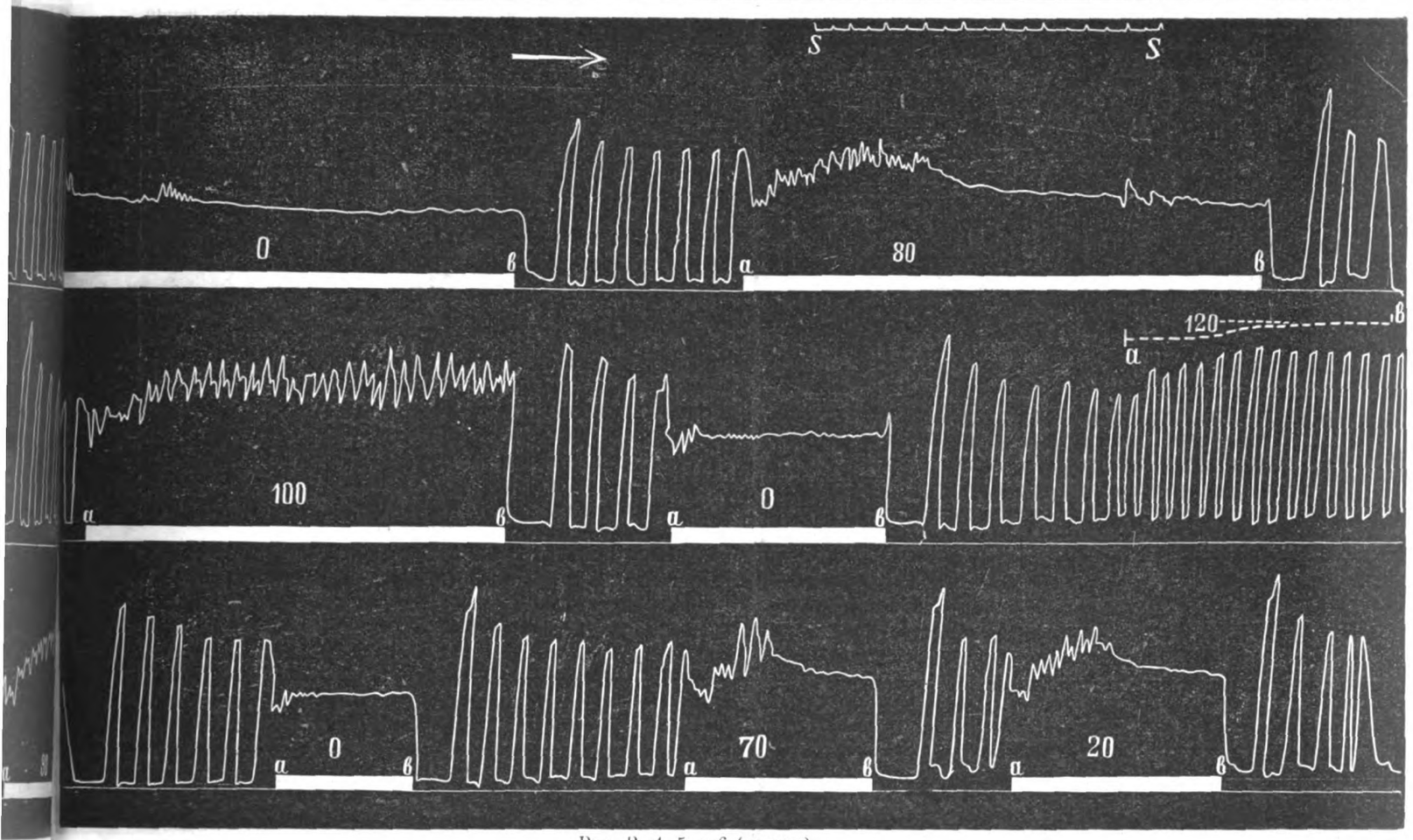


Рис. В. 4, 5 и 6 (конецъ).

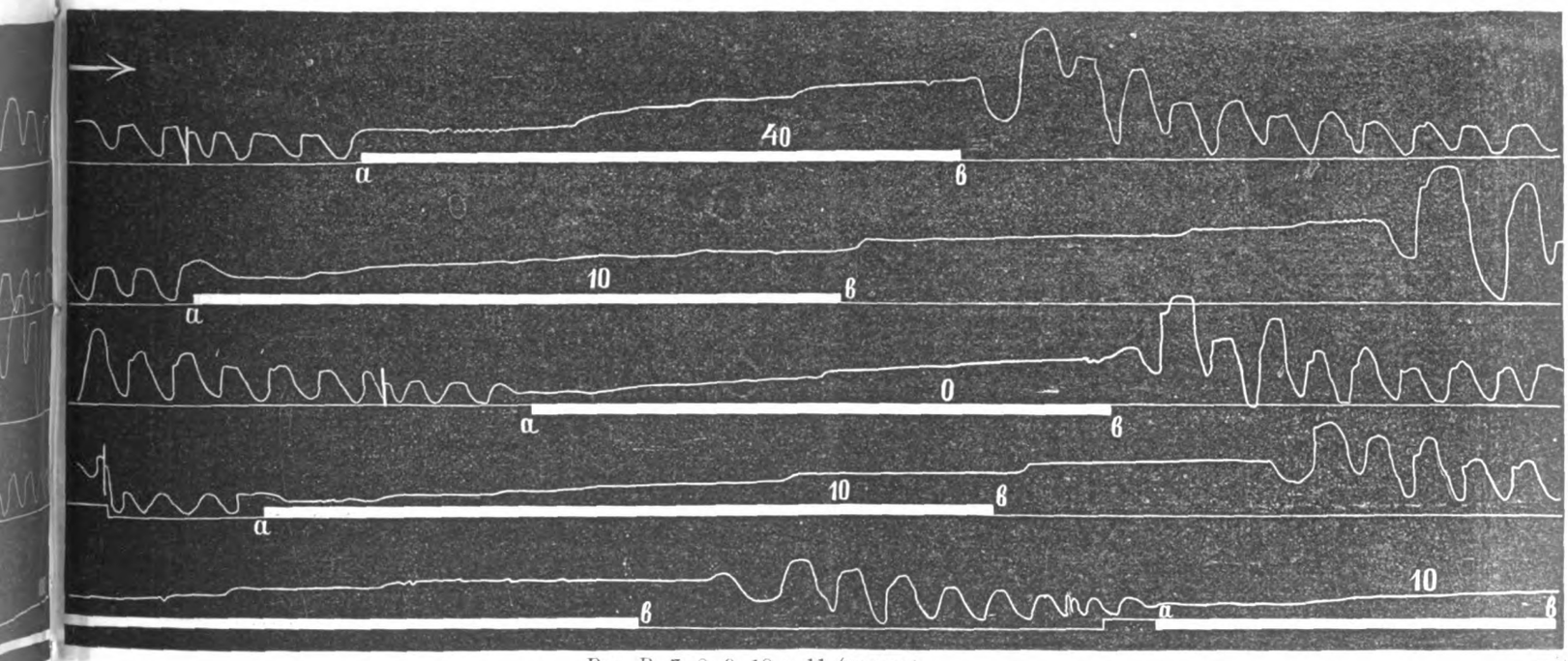


Рис. В. 7, 8, 9, 10 и 11 (конецъ).

нію тетануса; въ томъ-же смыслѣ, какъ и мускаринъ, дѣйствуютъ и нѣкоторыя другія вещества, напр. соли кальція *(Ringer)*, спиртъ *(Roy)*.

Что касается сердца теплокровныхъ, то, насколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ въ этомъ отношеніи результаты были обыкновенно отрицательные, не смотря на примѣненіе даже очень сильнаго электрическаго тока въ различныхъ его видахъ. Тетаническія сокращенія получались скорѣе, какъ исключеніе, напр., *Arloing*'омъ—у лошади при раздраженіи блуждающаго нерва (!) и *Langendorff*'омъ на *сильно охлажденномъ* вырѣзанномъ сердцѣ кошки.

При этомъ кстати упомянуть, что сердце куринаго зародыша сравнительно легко впадаетъ въ тетаническое состояніе при прямомъ электрическомъ раздраженіи *(Wernicke, Bottazzi)*.

Въ своихъ опытахъ, которые дали положительный результатъ въ смыслѣ сравнительно легкаго полученія тетанической кривой, я поступалъ слѣдующимъ образомъ.

Вырѣзанное сердце кролика поддерживалось въ живомъ состояніи по *Langendorff*'у, для чего черезъ вѣнечные сосуды его изъ аорты пропускалась нагрѣтая и окислороженная жидкость *Ringer*'а или *Locke*'а. Верхушка вертикально подвѣшеннаго сердца погружалась на глубину нѣсколькихъ миллиметровъ или болѣе въ воду, въ которой помѣщались электроды по обѣ стороны верхушки сердца, на разстояніи 3—6 млм. отъ него. Этотъ способъ раздраженія я уже давно употребляю для раздраженія кожныхъ нер-

вовъ лапки лягушки, а также и мышцъ in toto въ различныхъ условіяхъ оріентированія и нахожу его весьма удобнымъ для нѣкоторыхъ задачъ раздраженія [1]). Въ данномъ случаѣ можно считать, что непосредственное раздраженіе сосредоточивается на относительно малой долѣ мышечной массы, но зато въ такомъ мѣстѣ, гдѣ проходятъ многочисленные мышечные пучки. Съ физико-физіологической стороны малая глубина погруженія сердца благопріятствуетъ раздраженію, равно какъ и малая электропроводность воды. Сердцебіенія записывались міографически, т. е. верхушка сердца помощью нитки, перекинутой черезъ 2 блока, соединялась съ пишущимъ рычажкомъ.

Что касается раздраженія, то я примѣнялъ прерывистый индуктивный токъ отъ саннаго, а также и отъ магнито-индуктивнаго (*Ducretet*) приборовъ. Уже давно мнѣ было извѣстно изъ собственныхъ опытовъ съ кимо- и ортореономами, что сердце, особенно съ пониженною дѣятельностью, весьма чувствительно къ электрическимъ раздраженіямъ малой крутизны (*Zeitreise*); поэтому меня не удивила обнаружившаяся чрезвычайная отзывчивость сердца теплокровныхъ (а также и лягушки) на магнитоиндуктивные токи даже при малой ихъ крутизнѣ, т. е., при очень медленномъ вращеніи прибора, вызывающемъ обыкновенно рѣзкое увеличеніе систолическихъ сокращеній и сильное учащеніе ихъ [2]).

2-ая, весьма важная, особенность раздраженія вырѣзаннаго сердца заключалась въ томъ, что для полученія усиленныхъ систолическихъ сокращеній и ихъ суперпозиціи вовсе не слѣдуетъ прибѣгать къ максимальному раздраженію; напротивъ, средняя систолическая высота рѣзко поднимается надъ абсциссой при слабомъ и среднемъ раздраженіи и явственно опускается при максимальномъ (явленіе «pessimum» раздраженія). При сочетаніи усиленія тока и учащенія его перерывовъ «pessimum» обнаруживается всего лучше; но это явленіе вполнѣ явственно и при одномъ усиленіи тока безъ измѣненія частоты, а также vice versa. По видимому, вообще это «pessimum» легче обнаруживается при условіи нѣкотораго «гиподинамическаго» состоянія сердца, что при способѣ *Langendorff*'а является естественнымъ слѣдствіемъ самой постановки опыта въ особенности, если сердце не нагрѣвается снаружи.

При указанныхъ условіяхъ не трудно убѣдиться, что вырѣзанное сердце кролика, именно желудочки, способны не только рѣзко поднимать среднюю систолическую высоту, при чемъ вершины систолъ становятся все выше и выше нормы, а діастолическое растяженіе все уменьшается (superpositio), но также способны сливать эти сокращенія и разслабленія въ ровную линію почти безъ всякихъ зубцовъ (tetanus). Такое тетаническое сокращеніе наблюдается и выше нормальной систолы, и на одномъ съ ней уровнѣ; если-же примѣнить сильное раздраженіе, то pessimum обнаружится ровной тетаническою линіей *ниже* обычнаго систолическаго сокращенія. Стало быть, въ этомъ послѣднемъ случаѣ мы имѣемъ предъ собой субмаксимальный столбнякъ.

Какъ сказано, явленіе тетануса ограничивается только желудочками; предсердія-же продолжаютъ ритмически сокращаться. Ни при какихъ условіяхъ погруженія сердца въ воду и даже прямого раздраженія мнѣ до сихъ поръ не удавалось получить настоящаго тетаническаго сокращенія предсердій и ушковъ, что въ извѣстномъ смыслѣ согласуется съ фактомъ высокой аутоматіи этихъ отдѣловъ сердца и относительно малой отзывчивости на внѣшнія раздраженія при сравненіи ихъ съ желудочками.

Послѣ окончанія раздраженія обыкновенно наблюдается долгая пауза, а послѣ нея какъ-бы уравновѣшивающая, очень высокая и длительная систола, вслѣдъ за которой черезъ 2—3 сердцебіенія возстановляются нормальные ритмъ и высоты сокращеній. Впрочемъ, послѣдовательная долгая пауза можетъ вновь повториться и послѣ уравновѣшивающей систолы, которая обыкновенно бываетъ выше тетаническаго сокращенія.

Гораздо рѣже и именно въ концѣ опыта на сердцѣ, подвергавшемся долгому раздраженію или дѣйствію различныхъ инородныхъ веществъ, приходилось наблюдать, что уже послѣ прекратившагося электрическаго раздраженія тетанусъ желудочковъ тѣмъ не менѣе продолжается, въ той-же силѣ или постепенно ослабѣвая, еще въ теченіи многихъ секундъ (10—20). Такое послѣдѣйствіе, несомнѣнно, указываетъ уже на глубокое нарушеніе физіологическихъ свойствъ сердца въ смыслѣ гиподинаміи и ослабленія аутоматіи.

Независимо отъ степени погруженія сердца въ воду, отъ силы раздраженія, отъ степени свѣжести сердца, можно вліять на высоту тетаническаго сокращенія еще и другимъ путемъ, а именно, если вмѣсто длительной непрерывной тетанизаціи производить, caeteris paribus, краткое раздраженіе отрывочно, періодически въ теченіи 2—3 сек. съ короткими паузами; въ такихъ случаяхъ высота тетануса постепенно поднимается съ каждою послѣдовательною тетанизаціей и становится явственно выше, чѣмъ при непрерывной и продолжительной [1]).

Въ тѣхъ случаяхъ, когда измѣнялся химическій составъ питательной жидкости, уклоненія физіологическихъ свойствъ становятся болѣе понятными, въ особенности, если принять во вниманіе, что одни изъ составныхъ ея частей благопріятствуютъ систолѣ, другія-же, напротивъ, діастолѣ (*E. Gross*, *O. Langendorff* и *W. Haeck* и др.). Уже a priori можно допустить, что эти послѣднія должны мѣшать тетаническому сокращенію, а первыя—благопріятствовать. Впрочемъ, эти вопросы, равно какъ и другіе, относящіеся къ вліянію кислорода, щелочи, температуры [2]), ядовъ, одновременнаго раздраженія блуждающаго нерва и сердца, утомленія и др. будутъ затронуты въ дальнѣйшихъ сообщеніяхъ. Въ настоящемъ краткомъ изложеніи, я позволю себѣ лишь упомянуть объ одномъ опытѣ, въ которомъ тетаническое сокращеніе сердца подъ вліяніемъ раздраженія длилось непрерывно въ теченіи $2^1/_2$ мин., безъ пониженія высоты, т. е. не обнаруживъ утомленія.

Что касается до нормальнаго сердца in situ et in vivo, то, понятно, перенесеніе на него результатовъ, добытыхъ на вырѣзанномъ и охлажденномъ сердцѣ при столь искусственныхъ условіяхъ, далеко не всегда допустимо. Не располагая пока достаточными экспериментальными данными по этому вопросу, я могу лишь высказать предположеніе, что нормальное сердце должно быть болѣе рефрактерно по отношенію къ тетанизирующему раздраженію, чѣмъ вырѣзанное анормальное, но что, по всей вѣроятности, токсикологическими и патологическими условіями эта сопротивляемость можетъ быть понижена. Всѣ условія, которыя сокращаютъ рефрактерную фазу сердца и повышаютъ его возбудимость, по видимому, должны благопріятствовать тетаническому его сокращенію, въ особенности при наступившей уже гиподинаміи сердца. Намѣченные вопросы, несомнѣнно, представляютъ интересъ и для патологіи сердца человѣка [3]).

Въ нѣкоторыхъ изъ изложенныхъ опытовъ надъ тетанусомъ сердца кролика мнѣ помогалъ д-ръ *И. П. Михайловскій*, которому и считаю долгомъ выразить здѣсь свою благодарность.

Объясненіе рисунковъ (кардіограммъ):

Кривыя читаются справа на лѣво или обратно, смотря по указанію стрѣлки. Поднятіе кривой надъ абсциссой соотвѣтствуетъ

[1]) Сколько мнѣ извѣстно, для сердца лягушки онъ былъ примѣненъ систематически впервые *Kaiser*'омъ.

[2]) Опыты съ раздраженіемъ сердца и его нервныхъ приборовъ таковыми электрическими токами составятъ предметъ отдѣльнаго сообщенія.

[1]) Примѣняя, какъ раздражитель, магнито-индуктивные токи, можно сравнительно легко получить тетанусъ сердца желудочка (лягушки) безъ всякаго примѣненія какихъ-либо алкалоидовъ; сначала получается суперпозиція систолъ, а затѣмъ и настоящій столбнякъ.

[2]) О важномъ значеніи высокой температуры для суперпозиціи сокращеній сердца *лягушки* говорятъ новые опыты *F. Klug*'а (1903 г.).

[3]) Едва ли, напр., можно сомнѣваться въ томъ, что различныя сердечныя и наркотическія средства, а также измѣненія щелочности и содержанія кислорода и CO_2 въ крови вліяютъ, между прочимъ, и на силу и продолжительность рефрактерной фазы сердца, а отсюда и на способность «наложенія» систолическихъ сокращеній и образованія тетанической систолы.

систолѣ, опусканіе—діастолѣ. Толстая черта ab на абсциссѣ обозначаетъ электрическое раздраженіе сердца черезъ воду. Линія ss обозначаетъ секунды, а на нѣкоторыхъ таблицахъ—и $^1/_2$ секунды. Цифры на рисункахъ 4—11 (а именно: 0, 10, 20, 40, 70, 80, 90, 100, 110, 120) опредѣляютъ силу раздраженія, а именно обозначаютъ разстояніе между катушками саннаго прибора: стало быть, чѣмъ больше число, тѣмъ слабѣе токъ; 0—соотвѣтствуетъ максимальной силѣ тока, а 120—наименьшей.

Рис. 1 и 2 показываютъ «наложеніе» (суперпозицію) сокращеній съ очень рѣзкимъ увеличеніемъ ихъ общей высоты надъ абсциссой и уменьшеніемъ амплитуды (сердце сильно сокращено, рис. 2). Послѣ послѣдней громадной и длительной діастолы наблюдается колосальная систола.

Рис. 3 а) и б) показываютъ настоящій столбнякъ желудочковъ съ послѣдовательною высокой систолой, въ б) столбнякъ длился 20 сек.

Рис. 4, 5 и 6. Кривыя относятся къ одному и тому-же опыту; онѣ показываютъ явленія суперпозиціи и тетануса, а также переходъ первой ко второму (напр., въ рис. 6-мъ при раздраженіяхъ «10», «70», «20»). На этихъ же кривыхъ замѣтно явленіе «pessimum», напр. въ рис. 4 столбнякъ при «0» ниже, чѣмъ при «80»; въ рис. 6 они при «0» ниже, чѣмъ «20»; при «10» ниже, чѣмъ «70».

Рис. 7, 8, 9, 10 и 11 (отъ одного и того-же опыта; сердце ослаблено продолжительностью опыта и измѣненнымъ составомъ питательной жидкости). Явленіе «pessimum» вполнѣ явственно, напр., слабое раздраженіе въ «100» даетъ тетаническую кривую выше, чѣмъ болѣе сильный токъ «40» (рис. 7) и т. п. На этихъ кривыхъ мѣстами оч. отчетливо выражено рѣзкое усиленіе сердцебіеній (уравновѣшивающее) послѣ тетаническаго раздраженія, напр., въ концѣ кривыхъ 7 и 8. Затѣмъ эти-же кривыя показываютъ, что послѣ стобняка кардіограммы не сразу возвращаются къ абсциссѣ, но лишь послѣ нѣсколькихъ сердцебіеній Это обстоятельство указываетъ на болѣе глубокое уклоненіе сердца отъ физіологическихъ свойствъ его въ нормальномъ состояніи.

CLXXVI. Коренное оперативное лѣченіе аппендицита въ періодъ затишья.

Ч. пр. Р. Р. Вредена.

(Сообщено на 4-мъ Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ).

Приступая къ столь распространенной теперь коренной операціи аппендицита въ періодъ затишья или, какъ мѣтко выражаются французы, à froid, мы всегда должны прежде всего считаться со слѣдующими 2-мя основными требованіями: 1) обезпечить себѣ во время операціи совершенно свободный доступъ къ слѣпой кишкѣ и червеобразному отростку и 2) оградить больного отъ возможности образованія послѣ операціи т. наз. эвентраціи вслѣдствіе растяженія рубцовой ткани. Предложенные до сихъ поръ разрѣзы по *Roux*, *Max*'у, *Schüller*'у и *Mikulicz*'у, къ сожалѣнію, отвѣчаютъ болѣе или менѣе лишь одному изъ этихъ требованій, т. е. либо, открывая свободный доступъ къ слѣпой кишкѣ и червеобразному отростку во время операціи, не обезпечиваютъ больныхъ отъ эвентраціи, либо, болѣе или менѣе ограждая больныхъ отъ возможности послѣдующей эвентраціи, не даютъ необходимаго простора во время операціи. Въ виду этого я постепенно перешелъ къ слѣдующему способу оперированія, отвѣчающему обоимъ выше приведеннымъ основнымъ требованіямъ и вполнѣ оправдавшему мои надежды.

Разрѣзъ начинается отъ верхушки 11-го ребра, идетъ сначала вертикально книзу и затѣмъ на 2 поперечныхъ пальца выше верхней передней ости подвздошной кости загибается дугообразно къ срединной линіи, направляясь параллельно *Poupart*'овой связкѣ до края прямой мышцы живота и проникая вглубь на всемъ своемъ протяженіи до апонейроза наружной косой мышцы. Очерченный такимъ образомъ лоскутъ отсепаровывается затѣмъ, насколько можно, отъ подлежащаго апонейроза кверху, при чемъ края кожной раны широко раздвигаются крючками на разстояніи приблизительно въ 10—15 стм. Слѣдующій разрѣзъ ведется вертикально черезъ апонейрозъ наружной косой мышцы отъ одного края растянутой кожной раны до другого на разстояніи 1 стм. кнаружи отъ края прямой мышцы живота. Разрѣзанные такимъ образомъ края апонейроза захватываются *Péan*'овскими или *Kocher*'овскими пинцетами и растягиваются вправо и влѣво, послѣ чего на томъ-же протяженіи сверху внизъ вскрывается передняя пластинка влагалища прямой мышцы по краю послѣдней. Обнаженная прямая мышца приподнимается и оттягивается къ срединной линіи тѣла, обнажается задняя пластинка ея влагалища и черезъ нее вертикальнымъ разрѣзомъ, на разстояніи около 1,5 стм. кнутри отъ наружнаго края влагалища прямой мышцы, вскрывается брюшная полость. Края разсѣченной брюшины захватываются *Péan*'овскими или *Kocher*'овскими пинцетами вмѣстѣ съ разсѣченной задней пластинкой влагалища прямой мышцы и растягиваются вправо и влѣво. Въ разрѣзѣ всегда предлежитъ слѣпая кишка, и потому отыскиваніе червеобразнаго отростка не сопряжено съ затрудненіями. Вмѣстѣ съ тѣмъ и отдѣленіе послѣдняго и выведеніе его изъ брюшной полости совершаются легко, благодаря значительной растяжимости брюшинной раны и отсутствію какого-либо противодѣйствія при такомъ разрѣзѣ со стороны прилегающихъ брюшныхъ мышцъ. Дальнѣйшій моментъ операціи состоитъ въ отсѣченіи червеобразнаго отростка, при чемъ я исключительно пользуюсь способомъ внѣдренія культи въ просвѣтъ слѣпой кишки, какъ наиболѣе простымъ. Для этой цѣли лучше всего поступать слѣдующимъ образомъ.

По устраненіи всѣхъ склеекъ и срощеній тупымъ путемъ или путемъ разсѣченія ихъ между 2-хъ лигатуръ слѣпая кишка вмѣстѣ съ червеобразнымъ отросткомъ выводятся въ брюшинный разрѣзъ и тщательно окружаются марлевыми тампонами. Брыжейка червеобразнаго отростка перевязывается въ 2 пучка и отсѣкается у мѣста прикрѣпленія къ послѣднему. На основаніе червеобразнаго отростка накладывается лигатура, кнаружи отъ которой отростокъ, перехваченный *Kocher*'овскимъ пинцетомъ, отсѣкается ножемъ или ножницами. Культя тщательно протирается марлевымъ тампономъ съ іодоформомъ и внѣдряется въ просвѣтъ слѣпой кишки. Въ такомъ положеніи культя укрѣпляется посредствомъ кисетнаго шва, накладываемаго поверхъ ея на стѣнку слѣпой кишки и подкрѣпляемаго еще сверху 2—3 сывороточно-сывороточными швами. Послѣ этого слѣпая кишка вправляется обратно въ брюшную полость и приступаютъ къ наложенію швовъ, имѣющихъ также цѣлью предотвращеніе послѣдующей эвентраціи. Поэтому прежде всего тщательно зашивается брюшина совмѣстно съ покрывающей ее задней пластинкой влагалища прямой мышцы. Послѣдняя затѣмъ помѣщается поверхъ означеннаго шва, при чемъ наружный край ея сшивается нѣсколькими швами съ мышечнымъ краемъ внутренней косой и поперечной мышцъ. 3-ій этажъ швовъ накладывается на апонейрозъ наружной косой мышцы, при чемъ съ медіальнымъ краемъ его захватывается и медіальный край передней пластинки влагалища прямой мышцы. Послѣ этого зашивается кожная рана. Такимъ образомъ всѣ рубцы здѣсь располагаются въ разныхъ плоскостяхъ, при чемъ растяженію брюшиннаго рубца всегда и при всѣхъ движеніяхъ будетъ противодѣйствовать мышечный пластъ изъ сшитыхъ прямой поперечной и внутренней косой мышцъ, подкрѣпляемый, въ свою очередь, общимъ влагалищемъ изъ апонейроза наружной косой мышцы.

По такому способу я сдѣлалъ операцію до настоящаго времени съ полнымъ успѣхомъ и безъ какихъ-либо осложненій 7 больнымъ, при чемъ дважды операція произведена была подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ кокаиномъ. По роду своихъ занятій всѣ эти больные принадлежатъ къ интеллигентному классу, а именно: 1—врачъ, 3—студента, 2—офицера и 1—фельдшеръ, а потому я и имѣлъ возможность продолжать дальнѣйшія наблюденія или получать отъ нихъ интересующія меня свѣдѣнія. Со времени операціи у 2 больныхъ (студентовъ) прошло болѣе года, при чемъ оба чувствуютъ себя прекрасно и никакихъ намековъ на начало эвентраціи у нихъ нѣтъ. У 3-го больного (тоже студента), пользующагося теперь также прекраснымъ здоровьемъ, со времени операціи прошло лишь 3 мѣсяца. Со времени операціи, произведенной врачу, прошло 7 мѣсяцевъ и никакого намека на эвентрацію у него, нѣтъ. Оба офицера, изъ которыхъ одинъ оперированъ былъ въ маѣ, а другой въ августѣ 1903 г. безъ всякаго затрудненія несутъ строевую службу, при чемъ также ни-

какого намека на начинающуюся эвентрацію у нихъ не замѣчается. Что-же касается фельдшера, то со времени сдѣланной ему мною операціи прошло всего лишь нѣсколько недѣль. Конечно, и въ остальныхъ случаяхъ срокъ наблюденія еще очень не великъ, но тѣмъ не менѣе достигнутые результаты, а также вышеуказанныя преимущества съ технической стороны, невольно склоняютъ меня въ пользу дальнѣйшаго примѣненія подобнаго оперативнаго способа, обѣщающаго много выгодъ больному.

CLXXVII. Изъ госпитальной глазной клиники проф. Л. Г. Беллярминова въ В.-Медицинской Академіи.

Случай гуммы соединительной оболочки.

Н. А. Филиппова.

Сифилитическій процессъ, столь часто поражающій различные отдѣлы глаза, очень рѣдко захватываетъ соединительную оболочку его. Такъ, *Alexander* [1]), наблюдавшій 1385 случаевъ сифилиса глаза, только въ 1 видѣлъ поражеиіе конъюнктивы, а изъ 118 случаевъ сифилиса вѣкъ, собранныхъ имъ въ литературѣ, лишь въ 37 процессъ гнѣздился на соединительной оболочкѣ. Заболѣваніе можетъ при этомъ возникнуть въ первичномъ, вторичномъ и чрезвычайно рѣдко въ третичномъ періодѣ сифилиса. На 37 случаевъ, приводимыхъ *Alexandr*'омъ, только въ 10 наблюдалось гуммозное заболѣваніе конъюнктивы. За время съ 1891 г. по 1901 г. въ «*Nagel*'евскомъ Ежегодникѣ» приведено около 25 случаевъ сифилиса соединительной оболочки, и изъ нихъ только 4 въ гуммозномъ періодѣ (2 случая *Caudron*'а, 1 *Hansell*'я и 1 *Boyard*'а). *Boyard* [2]), въ своей диссертаціи о гуммахъ конъюнктивы, разбираетъ всѣ случаи, описанные въ литературѣ по 1896 г. Выводы, къ которымъ онъ пришелъ на основаніи этого разбора, слѣдующіе: Гуммы соединительной оболочки наблюдались только при пріобрѣтенномъ сифилисѣ; обыкновенно въ среднемъ возрастѣ; самый ранній срокъ ихъ появленія по зараженіи—8 мѣс., самый поздній—10 л. Наичаще гуммы помѣщаются на соединительной оболочкѣ глазного яблока (17 случаевъ) и очень рѣдко на соединительной оболочкѣ вѣкъ (5 случаевъ). Гуммы соединительной оболочки вѣка встрѣчаются въ острой и хронической формахъ. Клиническая картина ихъ вкратцѣ слѣдующая: въ самомъ началѣ (въ періодѣ высыпи) заболѣванія на конъюнктивѣ замѣчается нѣсколько незначительныхъ, похожихъ на chalazion, образованій, разнообразной величины (отъ горошины до орѣха), приподнимающихъ надъ собою слегка гиперэмированную конъюнктиву. Потомъ гуммы размягчаются и изъязвляются; язвы получаются круглыя, съ крутыми краями, изрытымъ, неровнымъ дномъ, покрытымъ грязнымъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ легко снимающимся налетомъ; иногда язвы сливаются вмѣстѣ. Соединительная оболочка между язвами гиперэмирована, отечна, иногда съ кровоизліяніями. Потомъ язвы очищаются, выполняются грануляціями и оставляютъ послѣ себя блѣдные, фиброзные, довольно растяжимые рубцы. При гуммахъ соединительной оболочки глазного яблока на переполненной кровью съ синеватымъ оттѣнкомъ конъюнктивѣ появляются обыкновенно небольшія, но иногда достигающія величины горошины или орѣха, чрезвычайно похожія на фликтены, образованія, круглой или яйцевидной формы, съ гладкой выпуклой поверхностью. Опухоли эти въ началѣ твердыя, потомъ размягчаются и изъязвляются; иногда онѣ движутся вмѣстѣ съ передвигаемой конъюнктивой, иногда нѣтъ. Что касается отличительнаго распознаванія, то здѣсь слѣдуетъ имѣть въ виду слѣдующее: вторичныя проявленія сифилиса, язвенный блефаритъ, chalazion, шанкръ, эпителіому, фликтенулезный конъюнктивитъ. Изъязвленія при язвенномъ блефаритѣ располагаются поверхностно, въ кожѣ, а не въ соединительной оболочкѣ, на свободномъ рѣсничномъ краю вѣка. Отъ chalazion'а гумму иногда можно отличить только на основаніи теченія болѣзни и сопутствующихъ общихъ явленій.

Неоднократно обсуждался вопросъ, гдѣ находится исходный пунктъ, начало развитія гуммъ—въ соединительной оболочкѣ, или въ подлежащихъ частяхъ? Въ настоящее время большинство авторовъ полагаютъ исходный пунктъ гуммъ соединительной оболочки вѣка въ хрящѣ, а гуммъ соединительной оболочки глазного яблока въ склерѣ или въ подконъюнктивальной ткани и только въ 2-хъ случаяхъ можно было предположить начало образованія гуммы въ самой конъюнктивѣ.

Въ виду рѣдкости гуммознаго заболѣванія конъюнктивы и нѣкоторыхъ встрѣтившихся особенностей, я рѣшился описать случай гуммы соединительной оболочки вѣка, наблюдавшійся въ декабрѣ 1903 г. въ глазной клиникѣ проф. *Л. Г. Беллярминова.*

М., 26 л., явилась въ клинику 19/XII 1903 г. съ жалобой на красноту, опухоль и болѣзненность лѣваго верхняго вѣка. Анамнестическія данныя слѣдующія. Въ концѣ марта 1903 г. на верхнемъ вѣкѣ лѣваго глаза появилась синеватокрасная, твердая и болѣзненная при ощупываніи опухоль, которая постепенно увеличивалась въ размѣрѣ. Въ маѣ на верхней части вѣка образовалась продолговатая язва, почти во весь поперечникъ вѣка. Язва эта сильно гноилась, не болѣла и зажила черезъ 2 мѣсяца, оставивъ послѣ себя неглубокій рубчикъ и незначительное утолщеніе и гиперэмію рѣсничнаго края. Недѣли 3 назадъ верхнее вѣко опять опухло и затвердѣло, а глазъ сталъ гноиться. Другой глазъ всегда былъ здоровъ.—Въ декабрѣ 1902 г. больная замѣтила на груди, спинѣ, рукахъ и лицѣ сыпь въ формѣ круглыхъ красныхъ пятнышекъ и, по назначенію врача, лѣчилась втираніями ртути (9 втираній) и іодистымъ каліемъ. Сыпь то исчезала, то появлялась вновь вплоть до конца іюля 1903 г., когда больная, рядомъ съ прежней сыпью, замѣтила новую, въ формѣ круглыхъ, выдающихся надъ поверхностью, плотныхъ бляшекъ, шелушившихся съ поверхности. Послѣ вторичнаго курса ртутнаго лѣченія (9 межмышечныхъ впрыскиваній ртути) сыпь исчезла. Раньше, по увѣренію больной, у нея никакихъ сыпей не было. Отецъ ея, 54 л., здоровъ. Мать постоянно страдаетъ сыпью, въ формѣ угрей на лицѣ и на спинѣ, и пьетъ, по назначенію врача, іодистый калій. Братья (7 и 12 л.) золотушные: одинъ глухъ на одно ухо, у другого—постоянная течь изъ уха. Сестры (2) въ общемъ здоровы; одна замужемъ, имѣетъ здороваго ребенка, года 4 назадъ страдала ревматизмомъ въ острой формѣ. 2 другіе брата умерли отъ оспы въ возрастѣ 5 л. и 1 г. Больная съ дѣтства страдаетъ сильными головными болями. 9 лѣтъ назадъ она вышла замужъ. Мужъ ея—очень здоровый человѣкъ, въ прошломъ году перенесъ холеру. 1-ая и 2-ая беременность кончились выкидышемъ, безъ особой причины, на 3-мъ мѣсяцѣ. Остальныя (4) беременности кончились въ срокъ, и дѣти, по словамъ больной, здоровы. Во время беременности больная постоянно страдала сильными истерическими припадками съ потерей сознанія. Жила она все время или въ Японіи, или во Владивостокѣ и въ Петербургъ пріѣхала съ нарочитой цѣлью лѣчиться отъ сыпи.

Верхнее вѣко лѣваго глаза опущено, отечно въ верхней части; ближе къ рѣсничному краю и почти на всемъ его протяженіи оно сильно утолщено и гиперэмировано, съ синевато-красным оттѣнкомъ. Утолщеніе вѣка особенно рѣзко выражено въ наружномъ участкѣ, гдѣ глазная щель закрыта и утолщенный рѣсничный край верхняго вѣка находитъ на рѣсничный край нижняго. Глазная щель открыта только во внутренней своей части въ формѣ узкаго 3-угольника, обнаруживающаго часть склеры, роговой оболочки и край зрачка. Рѣсницы вездѣ сохранены и въ наружной части склеены у своего основанія слизистогнойнымъ отдѣляемымъ. На кожѣ вѣка, соотвѣтственно верхнему глазничному краю замѣчается поверхностный, узкій рубчикъ почти во весь поперечникъ вѣка. При ощупываніи вѣко почти по всему протяженію рѣсничнаго края, соотвѣтственно утолщенію, сильно уплотнено, упруго, особенно въ наружномъ участкѣ, и очень болѣзненно. Уплотненіе нерѣзко ограничено и на 7 мм. выше рѣсничнаго края переходитъ въ отечную ткань вѣка. Вѣко, несмотря на неоднократныя попытки, не выворачивается, и только при сильномъ оттягиваніи кожи его къ костному краю глазницы, удается осмотрѣть нѣкоторую часть конъюнктивы tarsi: въ наружномъ участкѣ ея, начиная отъ мѣста перехода межкраеваго пространства въ конъюнктиву и параллельно ему, замѣчается продолговатоовальная язва съ грязнымъ, нѣсколько возвышеннымъ надъ поверхностью, плоскимъ дномъ, съ плотными, рѣзко ограниченными, чуть возвышенными краями и сильно уплотненнымъ основаніемъ. Плоское дно язвы вогнуто въ вертикальномъ направленіи соотвѣтственно выпуклости глазного яблока. Вверхъ язва простирается на 7 мм., а въ длину имѣетъ 12 мм., отстоя на 4 мм. отъ наружнаго и на 7 отъ внутренняго края вѣка. Отдѣляемое язвы скудно и дов. легко снимается съ поверхности. При ощупываніи язва сильно болѣзненна. Кромѣ того, у внутренняго края ея и нѣсколько выше его на конъюнктивѣ tarsi замѣчаются 2 бляшки, съ горошину, полусферической, слегка шеренной съ поверхности формы, покрытыя гиперэмированной гладкой конъюнктивой. Надъ верхнимъ краемъ язвы въ наружномъ его участкѣ, не доступномъ для осязанія, замѣчается еще такая-же, нѣсколько большей величины, бляшка. Нижнее вѣко, кромѣ незначительной гиперэміи рѣсничнаго края и конъюнктивы, ничего ненормальнаго не представляетъ. На лбу и щекахъ, а также на передней, боковой части груди, на спинѣ и на рукахъ сильно пигментированныя, съ фестончатыми краями, ви-

стали атрофичныя, мѣстами рубцовоперерожденныя, вдавленныя вглубь пятна, признанныя сифилидологомъ за результатъ бугорковой высыпи. Больной было выяснено, что болѣзнь глаза у нея есть проявленіе общаго сифилитическаго заболѣванія; мѣстно назначены коканъ и 10%-ная ксероформная мазь, а для общаго лѣченія—втиранія ртути. Больная еще 1 разъ приходила въ клинику и затѣмъ больше уже не являлась.

Такимъ образомъ описываемый случай интересенъ, во 1-хъ, въ томъ отношеніи, что гуммозная язва такъ была похожа на ulcus induratum, что сперва, при поверхностномъ осмотрѣ, и была принята за первичную язву, и только тщательный анамнезъ и общее изслѣдованіе совмѣстно съ сифилидологомъ заставили усомниться въ начальномъ распознаваніи. Въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ, гдѣ даже гуммы кожи вѣка имѣли всѣ характерные признаки ulcus induratum, и распознаваніе, какъ, напр., въ 1 случаѣ *Alexandr*'а, было поставлено только на основаніи анамнеза и общаго изслѣдованія. *Bock* [3]) и *Gruder* [4]) предлагаютъ даже нѣкоторые отличительные признаки для сифилитическихъ язвъ вѣка, а именно: *Bock* указываетъ, что гуммы чаще встрѣчаются на верхнемъ вѣкѣ, а первичныя язвы—наоборотъ; по *Gruder*'у, шанкръ чаще располагается во внутреннемъ, а гумма въ наружномъ углу глазной щели; далѣе, при шанкрѣ вѣка отдѣленіе очень обильно, при гуммѣ—скудно. Все это—признаки довольно шаткіе, но они показываютъ, какъ трудно подчасъ отличить первичную язву отъ третичной уже на вѣкѣ; если-же припомнить гистологическое строеніе конъюнктивы, тѣсно спаянной съ хрящемъ, можетъ быть, даже послужившимъ исходнымъ пунктомъ гуммы, то измѣненіе формы гуммозной язвы до степени необычайнаго сходства съ первичной станетъ вполнѣ допустимымъ. 2-ая заслуживающая вниманія особенность даннаго случая—это присутствіе въ окружности язвы 3-хъ типичныхъ бугорковъ, представлявшихъ болѣе раннюю ступень гуммознаго процесса.

Источники. 1. *Alexander*. Syphilis und Auge. 1889 г.—2. *Boyard*. Gommes syphilitiques de la conjonctive. Парижская диссертація. 1896 г.—3. *Bock*. Wiener medicinische Wochenschrift, 1898 г., № 30.—4. *Gruder*. Тамъ-же, 1898 г., № 36.

CLXXVIII. Изъ гинекологическаго отдѣленія ч. пр. Д. Д. Попова въ Петербургскомъ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ.

Къ вопросу о повторной трубной беременности.

(Клиническое и анатомическое изслѣдованіе).

А. И. Орлова.

Ученіе о внѣматочной беременности за послѣднія 16—17 лѣтъ значительно развилось и имѣетъ уже обширную литературу, чему значительно способствовали какъ интересъ самаго патологическаго состоянія, такъ и усовершенствованіе распознаванія и главнымъ образомъ оперативнаго лѣченія. Случаи повторной беременности, описывавшіеся прежде какъ исключительно рѣдкіе, стали попадаться гораздо чаще. Въ сообщенномъ въ началѣ этого года ч. пр. *И. М. Львовымъ* [1]) довольно подробномъ отчетѣ о 104 случаяхъ внѣматочной беременности я встрѣтилъ описаніе 1 повторнаго случая автора и указаніе на 2 такихъ-же случая въ русской литературѣ [*І. Н. Туманова* [2]) и *Д. Д. Сандберъ-Дебеле* [3])]. Такъ какъ въ дѣйствительности русскимъ врачамъ, не говоря уже объ иностранныхъ, принадлежитъ много больше наблюденій, то я, не ставя себѣ прямой задачей перечисленіе всѣхъ описанныхъ повторныхъ случаевъ, постараюсь лишь указать на болѣе интересные, а интересующимся подробной литературой могу указать на цѣлый рядъ справочныхъ сочиненій, напр. *Frommels* Jahresbericht (напр. за 1902 г.), «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaecologie» и т. п.

Весьма интересный случай описанъ *Stahl*'емъ [4]): у больной наступила повторная беременность въ той-же самой трубѣ, изъ которой при первой беременности было удалено яйцо изъ брюшного конца, а черезъ 1½ года была удалена и вся труба. Почти такіе-же случаи сообщаетъ *Martin* [5]) въ своей диссертаціи о повторной внѣматочной беременности, говоря о наблюденіяхъ *Morfit*'а—беременность развилась въ остаткахъ трубы, частью удаленной при первой операціи и *Taylor*'а, въ которомъ на беременной трубѣ были найдены рубцы отъ прежняго разрыва. Въ 1900 г. *Varnier* [6]) описалъ 69 такихъ случаевъ изъ литературы и 1 свой; имъ-же вмѣстѣ съ *Sens*'омъ [7]) въ «Annale de gynécologie» сообщено о 65 случаяхъ. *Schauta* [8]) оперировалъ больную по поводу разрыва лѣвой беременной трубы, а при первой трубной беременности (правой) у нея произошелъ выкидышъ, лѣченный по сохраняющему способу. *Glitsch* [9]) въ статьѣ о причинахъ внѣматочной беременности изъ 47 случаевъ говоритъ о 2 повторныхъ. Наконецъ, *Frankenthal* [10]) приводитъ 6 такихъ случаевъ.

Изъ русскихъ авторовъ упомяну о *С. Н. Агафоновѣ* [11]), *Ф. А. Выховскомъ* [12]), *А. А. Драницынѣ* [13]), *Л. К. Лингенѣ* [14]), ч. пр. *Н. К. Неелевѣ* [15]), проф. *Д. О. Оттѣ* [16]), *А. Н. Боряковскомъ* [17]), *Н. И. Стравинскомъ* [18]), *М. А. Штраухѣ* [19]).

Приводимый ниже наблюдавшійся мною случай, интересенъ въ виду рѣдкости вообще подобныхъ состояній, какъ въ клиническомъ, такъ и въ особенности въ патолого-анатомическомъ отношеніи.

Е. Н. С., 31 г., жена крестьянина, поступила въ гинекологическое отдѣленіе Николаевскаго клиническаго военнаго госпиталя 10/IX 1902 г. съ жалобами на боли въ животѣ, въ области задняго прохода и въ поясницѣ и на ломоту въ обоихъ бокахъ. Боли эти держатся уже съ мѣсяцъ, временами усиливаясь. Мѣсячныя съ 16 лѣтъ, по 3—4 дня, черезъ 4 недѣли, безъ болей; послѣдній разъ были 2½ мѣс. назадъ (въ послѣднихъ числахъ іюня 1902 г.). Замужемъ 14 лѣтъ. Беременна была 1 разъ, 13 лѣтъ назадъ. Родила въ срокъ; послѣ родовъ температура нѣкоторое время была повышенная, а выдѣленія съ запахомъ, вообще въ теченіи послѣдующихъ 3-хъ лѣтъ Е. С. чувствовала себя не вполнѣ хорошо, вслѣдствіе чего въ 1892 г. въ акушерско-гинекологической клиникѣ В.-Медицинской Академіи ей было сдѣлано выскабливаніе слизистой оболочки матки. Въ настоящее время, кромѣ вышеуказаннаго, страдаетъ запорами и частыми позывами на мочу.—Средняго роста, правильно развита и сложена, нѣсколько малокровна. При общемъ изслѣдованіи рѣзкихъ отклоненій отъ нормы не найдено. Матка нѣсколько больше нормы; тѣло ея въ переднемъ сводѣ, нѣсколько смѣщено въ лѣвую сторону; шейка цилиндрическая; наружный зѣвъ едва пропускаетъ ногтевую фалангу указательнаго пальца. Съ правой стороны въ области придатковъ имѣется упругая опухоль, выполняющая всю крестцовую впадину; тамъ-же опредѣляются перетяжки, какъ слѣды воспалительныхъ явленій. Выдѣленія изъ влагалища сукровичныя. Опредѣлена: лопнувшая правосторонняя трубная беременность.

2/X 1902 г.: Чревосѣченіе (проф. *А. И. Лебедевъ*). Въ полости живота масса кровянистыхъ сгустковъ. Матка нѣсколько больше нормы. Съ правой стороны труба срощена со стѣнкой таза. Опухоль и представляла собой утолщенную трубу, маточный конецъ которой былъ нормаленъ, брюшной расширенъ, просвѣтъ-же наполненъ обильными сгустками крови; на брюшномъ концѣ бахромокъ не видно, вслѣдствіе сращеній. Труба и кистовидно-перерожденный яичникъ были удалены; на широкую и яичниковую связку наложена двойная лигатура. Брюшная рана зашита въ 2 слоя: брюшина и апонейрозъ формоловымъ кэтгутомъ, а кожа серфинами *Mischel*'я. Послѣоперационный періодъ гладкій. Е. С. выписалась изъ клиники на 22-ой день послѣ операціи.

Исторія вторичной беременности такая.

18/IV 1904 г. Е. С. поступила въ гинекологическое отдѣленіе Николаевскаго госпиталя и сообщила, что уже 3-ій мѣсяцъ у нея нѣтъ мѣсячныхъ и что 28/III, внезапно почувствовавъ себя дурно, она лишилась сознанія и вслѣдствіе общей слабости и появившагося кровянистаго выдѣленія изъ рукава слегла въ постель; въ послѣдующіе дни выдѣленія стали грязновато-красныя, «съ какими-то пленками»; черезъ нѣсколько дней силы нѣсколько возстановились, но больная, помня о перенесенномъ уже заболѣваніи, обратилась въ госпиталь.

При поступленіи опредѣлялись рѣзкая болѣзненность по всему животу и судорожныя боли. На 2-ой день—приступъ головокруженія, рвота желчью, рѣзкая блѣдность, временами боли принимали характеръ коликъ. При изслѣдованіи найдена плотная, неподвижная, чувствительная къ давленію опухоль, занимавшая лѣвую ½ живота и не доходившая до пупка на 2 пальца.

Груди нѣсколько увеличены; изъ нихъ выдавливается молозиво; околососковый вѣнчикъ рѣзко окрашенъ. Слизистая оболочка входа свѣтло-фіолетовая. Матка отклонена вправо и впередъ, а нижняя часть опухоли лежитъ кпереди и влѣво. Выдѣленіе изъ рукава грязноватое. При изслѣдованіи больной ч. пр. *Д. Д. Поповымъ* въ Максимиліановской лѣчебницѣ за 2 дня до поступленія ея въ госпиталь опухоль слѣва найдена была съ куриное яйцо; она была нѣсколько подвижна и болѣзненна. Опредѣлены: внѣматочная трубная беременность съ лѣвой стороны; haematocele.

21/IV: Чревосѣченіе (ч. пр. *Д. Д. Поповъ*) подъ гедоналъ-хло-

какого намека на начинающуюся эвентрацію у нихъ не замѣчается. Что-же касается фельдшера, то со времени сдѣланной ему мною операціи прошло всего лишь нѣсколько недѣль. Конечно, и въ остальныхъ случаяхъ срокъ наблюденія еще очень не великъ, но тѣмъ не менѣе достигнутые результаты, а также вышеуказанныя преимущества съ технической стороны, невольно склоняютъ меня въ пользу дальнѣйшаго примѣненія подобнаго оперативнаго способа, обѣщающаго много выгодъ больному.

CLXXVII. Изъ госпитальной глазной клиники проф. Л. Г. Беллярминова въ В.-Медицинской Академіи.

Случай гуммы соединительной оболочки.

Н. А. Филиппова.

Сифилитическій процессъ, столь часто поражающій различные отдѣлы глаза, очень рѣдко захватываетъ соединительную оболочку его. Такъ, *Alexander* [1]), наблюдавшій 1385 случаевъ сифилиса глаза, только въ 1 видѣлъ пораженіе конъюнктивы, а изъ 118 случаевъ сифилиса вѣкъ, собранныхъ имъ въ литературѣ, лишь въ 37 процессъ гнѣздился на соединительной оболочкѣ. Заболѣваніе можетъ при этомъ возникнуть въ первичномъ, вторичномъ и чрезвычайно рѣдко въ третичномъ періодѣ сифилиса. На 37 случаевъ, приводимыхъ *Alexandr*'омъ, только въ 10 наблюдалось гуммозное заболѣваніе конъюнктивы. За время съ 1891 г. по 1901 г. въ «*Nagel*'евскомъ Ежегодникѣ» приведено около 25 случаевъ сифилиса соединительной оболочки, и изъ нихъ только 4 въ гуммозномъ періодѣ (2 случая *Caudron*'а, 1 *Hansell*'я и 1 *Boyard*'а). *Boyard* [2]), въ своей диссертаціи о гуммахъ конъюнктивы, разбираетъ всѣ случаи, описанные въ литературѣ по 1896 г. Выводы, къ которымъ онъ пришелъ на основаніи этого разбора, слѣдующіе: Гуммы соединительной оболочки наблюдались только при пріобрѣтенномъ сифилисѣ; обыкновенно въ среднемъ возрастѣ; самый ранній срокъ ихъ появленія по зараженіи—8 мѣс., самый поздній—10 л. Наичаще гуммы помѣщаются на соединительной оболочкѣ глазного яблока (17 случаевъ) и очень рѣдко на соединительной оболочкѣ вѣкъ (5 случаевъ). Гуммы соединительной оболочки вѣка встрѣчаются въ острой и хронической формахъ. Клиническая картина ихъ вкратцѣ слѣдующая: въ самомъ началѣ (въ періодѣ высыпи) заболѣванія на конъюнктивѣ замѣчается нѣсколько незначительныхъ, похожихъ на chalazion, образованій, разнообразной величины (отъ горошины до орѣха), приподнимающихъ надъ собою слегка гиперэмированную конъюнктиву. Потомъ гуммы размягчаются и изъязвляются; язвы получаются круглыя, съ крутыми краями, изрытымъ, неровнымъ дномъ, покрытымъ грязнымъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ легко снимающимся налетомъ; иногда язвы сливаются вмѣстѣ. Соединительная оболочка между язвами гиперэмирована, отечна, иногда съ кровоизліяніями. Потомъ язвы очищаются, выполняются грануляціями и оставляютъ послѣ себя блѣдные, фиброзные, довольно растяжимые рубцы. При гуммахъ соединительной оболочки глазного яблока на переполненной кровью съ синеватымъ оттѣнкомъ конъюнктивѣ появляются обыкновенно небольшія, но иногда достигающія величины горошины или орѣха, чрезвычайно похожія на фликтены, образованія, круглой или яйцевидной формы, съ гладкой выпуклой поверхностью. Опухоли эти въ началѣ твердыя, потомъ размягчаются и изъязвляются; иногда онѣ движутся вмѣстѣ съ передвигаемой конъюнктивой, иногда нѣтъ. Что касается отличительнаго распознаванія, то здѣсь слѣдуетъ имѣть въ виду слѣдующее: вторичныя проявленія сифилиса, язвенный блефаритъ, chalazion, шанкръ, эпителіому, фликтенулезный конъюнктивитъ. Изъязвленія при язвенномъ блефаритѣ располагаются поверхностно, въ кожѣ, а не въ соединительной оболочкѣ, на свободномъ рѣсничномъ краю вѣка. Отъ chalazion'а гумму иногда можно отличить только на основаніи теченія болѣзни и сопутствующихъ общихъ явленій.

Неоднократно обсуждался вопросъ, гдѣ находится исходный пунктъ, начало развитія гуммъ—въ соединительной оболочкѣ, или въ подлежащихъ частяхъ? Въ настоящее время большинство авторовъ полагаютъ исходный пунктъ гуммъ соединительной оболочки вѣка въ хрящѣ, а гуммы соединительной оболочки глазного яблока въ склерѣ или въ подконъюнктивальной ткани и только въ 2-хъ случаяхъ можно было предположить начало образованія гуммы въ самой конъюнктивѣ.

Въ виду рѣдкости гуммознаго заболѣванія конъюнктивы и нѣкоторыхъ встрѣтившихся особенностей, я рѣшился описать случай гуммы соединительной оболочки вѣка, наблюдавшійся въ декабрѣ 1903 г. въ глазной клиникѣ проф. *Л. Г. Беллярминова.*

М., 26 л., явилась въ клинику 19/XII 1903 г. съ жалобой на красноту, опухоль и болѣзненность лѣваго верхняго вѣка. Анамнестическія данныя слѣдующія. Въ концѣ марта 1903 г. на верхнемъ вѣкѣ лѣваго глаза появилась синеватокрасная, твердая и болѣзненная при ощупываніи опухоль, которая постепенно увеличивалась въ размѣрѣ. Въ маѣ на верхней части вѣка образовалась продолговатая язва, почти во весь поперечникъ вѣка. Язва эта сильно гноилась, не болѣла и зажила черезъ 2 мѣсяца, оставивъ послѣ себя неглубокій рубчикъ и незначительное утолщеніе и гиперэмію рѣсничнаго края. Недѣли 3 назадъ верхнее вѣко опять опухло и затвердѣло, а глазъ сталъ гноиться. Другой глазъ всегда былъ здоровъ.—Въ декабрѣ 1902 г. больная замѣтила на груди, спинѣ, рукахъ и лицѣ сыпь въ формѣ круглыхъ красныхъ пятнышекъ и, по назначенію врача, лѣчилась втираніями ртути (9 втираній) и іодистымъ каліемъ. Сыпь то исчезла, то появлялась вновь вплоть до конца іюля 1903 г., когда больная, рядомъ съ прежней сыпью, замѣтила новую, въ формѣ круглыхъ, выдающихся надъ поверхностью, плотныхъ бляшекъ, шелушившихся съ поверхности. Послѣ вторичнаго курса ртутнаго лѣченія (9 межмышечныхъ впрыскиваній ртути) сыпь исчезла. Раньше, по увѣренію больной, у нея никогда никакихъ сыпей не было. Отецъ ея, 54 л., здоровъ. Мать постоянно страдаетъ сыпью, въ формѣ угрей на лицѣ и на спинѣ, и пьетъ, по назначенію врача, іодистый калій. Братья (7 и 12 л.) золотушные: одинъ глухъ на одно ухо, у другого—постоянная течь изъ уха. Сестры (2) въ общемъ здоровы; одна замужемъ, имѣетъ здороваго ребенка, года 4 назадъ страдала ревматизмомъ въ острой формѣ. 2 другіе брата умерли отъ оспы въ возрастѣ 5 л. и 1 г. Больная съ дѣтства страдаетъ сильными головными болями. 9 лѣтъ назадъ она вышла замужъ. Мужъ ея—очень здоровый человѣкъ, въ прошломъ году перенесъ холеру. 1-ая и 2-ая беременность кончились выкидышемъ, безъ особой причины, на 3-мъ мѣсяцѣ. Остальныя (4) беременности кончились въ срокъ, и дѣти, по словамъ больной, здоровы. Во время беременности больная постоянно страдала сильными истерическими припадками съ потерей сознанія. Жила она все время или въ Японіи, или во Владивостокѣ и въ Петербургъ пріѣхала съ нарочитой цѣлью лѣчиться отъ сыпи.

Верхнее вѣко лѣваго глаза опущено, отечно въ верхней части; ближе къ рѣсничному краю и почти на всемъ его протяженіи оно сильно утолщено и гиперэмировано, съ синевато-красным оттѣнкомъ. Утолщеніе вѣка особенно рѣзко выражено въ наружномъ участкѣ, гдѣ глазная щель закрыта и утолщенный рѣсничный край верхняго вѣка находитъ на рѣсничный край нижняго. Глазная щель открыта только во внутренней своей части въ формѣ узкаго 3-угольника, обнаруживающаго часть склеры, роговой оболочки и край зрачка. Рѣсницы вездѣ сохранены и въ наружной части склеены у своего основанія слизистогнойнымъ отдѣляемымъ. На кожѣ вѣка, соотвѣтственно верхнему глазничному краю замѣчается поверхностный, узкій рубчикъ почти во весь поперечникъ вѣка. При ощупываніи вѣко почти по всему протяженію рѣсничнаго края, соотвѣтственно утолщенію, сильно уплотнено, упругo, особенно въ наружномъ участкѣ, и очень болѣзненно. Уплотненіе нерѣзко ограничено и на 7 млм. выше рѣсничнаго края переходитъ въ отечную ткань вѣка. Вѣко, несмотря на неоднократныя попытки, не выворачивается, и только при сильномъ оттягиваніи кожи его къ костному краю глазницы, удается осмотрѣть нѣкоторую часть конъюнктивы tarsi: въ наружномъ участкѣ ея, начиная отъ мѣста перехода межреваго пространства въ конъюнктиву и параллельно ему, замѣчается продолговатоовальная язва съ грязнымъ, нѣсколько возвышеннымъ надъ поверхностью, плоскимъ дномъ, съ плотными, рѣзко ограниченными, чуть возвышенными краями и сильно уплотненнымъ основаніемъ. Плоское дно язвы вогнуто въ вертикальномъ направленіи соотвѣтственно выпуклости глазного яблока. Вверхъ язва простирается на 7 млм., а въ длину имѣетъ 12 млм., отстоя на 4 млм. отъ наружнаго и на 7 отъ внутренняго края вѣка. Отдѣляемое язвы скудно и дов. легко снимается съ поверхности. При ощупываніи язва сильно болѣзненна. Кромѣ того, у внутренняго края ея и нѣсколько выше его на конъюнктивѣ tarsi замѣчаются 2 бляшки, съ горошину, полусферической, сплющенной съ поверхности формы, покрытыя гиперэмированной гладкой конъюнктивой. Надъ верхнимъ краемъ язвы въ наружномъ его участкѣ, не доступномъ для осязанія, замѣчается еще такая-же, нѣсколько большей величины, бляшка. Нижнее вѣко, кромѣ незначительной гиперэміи рѣсничнаго края и конъюнктивы, ничего ненормальнаго не представляетъ. На лбу и щекахъ, а также на передней, боковой части груди, на спинѣ и на рукахъ сильно пигментированныя, съ фестончатыми краями, мѣ-

стами атрофичныя, мѣстами рубцовоперерожденныя, вдавленныя вглубь пятна, признанныя сифилидологомъ за результатъ бугорковой высыпи. Больной было выяснено, что болѣзнь глаза у нея есть проявленіе общаго сифилитическаго заболѣванія; мѣстно назначены кокаинъ и 10%-ная ксероформная мазь, а для общаго лѣченія—втиранія ртути. Больная еще 1 разъ приходила въ клинику и затѣмъ больше уже не являлась.

Такимъ образомъ описываемый случай интересенъ, во 1-хъ, въ томъ отношеніи, что гуммозная язва такъ была похожа на ulcus induratum, что сперва, при поверхностномъ осмотрѣ, и была принята за первичную язву, и только тщательный анамнезъ и общее изслѣдованіе совмѣстно съ сифилидологомъ заставили усомниться въ начальномъ распознаванія. Въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ, гдѣ даже гуммы кожи вѣка имѣли всѣ характерные признаки ulcus induratum, и распознаваніе, какъ, напр., въ 1 случаѣ *Alexandr*'а, было поставлено только на основаніи анамнеза и общаго изслѣдованія. *Bock* [3]) и *Gruder* [4]) предлагаютъ даже нѣкоторые отличительные признаки для сифилитическихъ язвъ вѣка, а именно: *Bock* указываетъ, что гуммы чаще встрѣчаются на верхнемъ вѣкѣ, а первичныя язвы—наоборотъ; по *Gruder*'у, шанкръ чаще располагается во внутреннемъ, а гумма въ наружномъ углу глазной щели; далѣе, при шанкрѣ вѣка отдѣленіе очень обильно, при гуммѣ—скудно. Все это—признаки довольно шаткіе, но они показываютъ, какъ трудно подчасъ отличить первичную язву отъ третичной уже на вѣкѣ; если-же припомнить гистологическое строеніе конъюнктивы, тѣсно спаянной съ хрящемъ, можетъ быть, даже послужившимъ исходнымъ пунктомъ гуммы, то измѣненіе формы гуммозной язвы до степени необычайнаго сходства съ первичной станетъ вполнѣ допустимымъ. 2-ая заслуживающая вниманія особенность даннаго случая—это присутствіе въ окружности язвы 3-хъ типичныхъ бугорковъ, представлявшихъ болѣе раннюю ступень гуммознаго процесса.

Источники. 1. *Alexander*. Syphilis und Auge. 1889 г.—2. *Boyard*. Gommes syphilitiques de la conjonctive. Парижская диссертація. 1896 г.—3. *Bock*. Wiener medicinische Wochenschrift, 1898 г., № 30.—4. *Gruder*. Тамъ-же, 1898 г., № 36.

CLXXVIII. Изъ гинекологическаго отдѣленія ч. пр. Д. Д. Попова въ Петербургскомъ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ.

Къ вопросу о повторной трубной беременности.

(Клиническое и анатомическое изслѣдованіе).

А. И. Орлова.

Ученіе о внѣматочной беременности за послѣднія 16—17 лѣтъ значительно развилось и имѣетъ уже обширную литературу, чему значительно способствовали какъ интересъ самаго патологическаго состоянія, такъ и усовершенствованіе распознаванія и главнымъ образомъ оперативнаго лѣченія. Случаи повторной беременности, описывавшіеся прежде какъ исключительно рѣдкіе, стали попадаться гораздо чаще. Въ сообщенномъ въ началѣ этого года ч. пр. *И. М. Львовымъ* [1]) довольно подробномъ отчетѣ о 104 случаяхъ внѣматочной беременности я встрѣтилъ описаніе 1 повторнаго случая автора и указаніе на 2 такихъ-же случая въ русской литературѣ [*І. Н. Туманова* [2]) и *Д. Д. Сандберг-Дебеле* [3])]. Такъ какъ въ дѣйствительности русскимъ врачамъ, не говоря уже объ иностранныхъ, принадлежитъ много больше наблюденій, то я, не ставя себѣ прямой задачей перечисленіе всѣхъ описанныхъ повторныхъ случаевъ, постараюсь лишь указать на болѣе интересные, а интересующимся подробной литературой могу указать на цѣлый рядъ справочныхъ сочиненій, напр. *Frommels* Jahresbericht (напр. за 1902 г.), «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaecologie» и т. п.

Весьма интересный случай описанъ *Stahl*'емъ [4]): у больной наступила повторная беременность въ той-же самой трубѣ, изъ которой при первой беременности было удалено яйцо изъ брюшного конца, а черезъ 1½ года была удалена и вся труба. Почти такіе-же случаи сообщаетъ *Martin* [5]) въ своей диссертаціи о повторной внѣматочной беременности, говоря о наблюденіяхъ *Morfit*'а—беременность развилась въ остаткахъ трубы, частью удаленной при первой операціи и *Taylor*'а, въ которомъ на беременной трубѣ были найдены рубцы отъ прежняго разрыва. Въ 1900 г. *Varnier* [6]) описалъ 69 такихъ случаевъ изъ литературы и 1 свой; имъ-же вмѣстѣ съ *Sens*'омъ [7]) въ «Annale de gynécologie» сообщено о 65 случаяхъ. *Schauta* [8]) оперировалъ больную по поводу разрыва лѣвой беременной трубы, а при первой трубной беременности (правой) у нея произошелъ выкидышъ, лѣченный по сохраняющему способу. *Glitsch* [9]) въ статьѣ о причинахъ внѣматочной беременности изъ 47 случаевъ говоритъ о 2 повторныхъ. Наконецъ, *Frankenthal* [10]) приводитъ 6 такихъ случаевъ.

Изъ русскихъ авторовъ упомяну о *С. Н. Агафоновѣ* [11]), *Ф. А. Выховскомъ* [12]), *А. А. Драницынѣ* [13]), *Л. К. Лингенѣ* [14]), ч. пр. *Н. К. Неловѣ* [15]), проф. *Д. О. Оттѣ* [16]), *А. Н. Боряковскомъ* [17]), *Н. И. Стравинскомъ* [18]), *М. А. Штраухѣ* [19]).

Приводимый ниже наблюдавшійся мною случай, интересенъ въ виду рѣдкости вообще подобныхъ состояній, какъ въ клиническомъ, такъ и въ особенности въ патолого-анатомическомъ отношеніи.

Е. И. С., 31 г., жена крестьянина, поступила въ гинекологическое отдѣленіе Николаевскаго клиническаго военнаго госпиталя 10/IX 1902 г. съ жалобами на боли въ животѣ, въ области задняго прохода и въ поясницѣ и на ломоту въ обоихъ бокахъ. Боли эти держатся уже съ мѣсяцъ, временами усиливаясь. Мѣсячныя съ 16 лѣтъ, по 3—4 дня, черезъ 4 недѣли, безъ болей; послѣдній разъ были 2½ мѣс. назадъ (въ послѣднихъ числахъ іюня 1902 г.). Замужемъ 14 лѣтъ. Беременна была 1 разъ, 13 лѣтъ назадъ. Родила въ срокъ; послѣ родовъ температура нѣкоторое время была повышенная, а выдѣленія съ запахомъ, вообще въ теченіи послѣдующихъ 3-хъ лѣтъ Е. С. чувствовала себя не вполнѣ хорошо, вслѣдствіе чего въ 1892 г. въ акушерско-гинекологической клиникѣ В.-Медицинской Академіи ей было сдѣлано выскабливаніе слизистой оболочки матки. Въ настоящее время, кромѣ вышеуказаннаго, страдаетъ запорами и частыми позывами на мочу.—Средняго роста, правильно развита и сложена, нѣсколько малокровна. При общемъ изслѣдованіи рѣзкихъ отклоненій отъ нормы не найдено. Матка нѣсколько больше нормы; тѣло ея въ переднемъ сводѣ, нѣсколько смѣщено въ лѣвую сторону; шейка цилиндрическая; наружный зѣвъ едва пропускаетъ ногтевую фалангу указательнаго пальца. Съ правой стороны въ области придатковъ имѣется упругая опухоль, выполняющая всю крестцовую впадину; тамъ-же опредѣляются перетяжки, какъ слѣды воспалительныхъ явленій. Выдѣленія изъ влагалища сукровичныя. Опредѣлена: лопнувшая правосторонняя трубная беременность.

2/X 1902 г.: Чревосѣченіе (проф. *А. И. Лебедевъ*). Въ полости живота масса кровянистыхъ сгустковъ. Матка нѣсколько больше нормы. Съ правой стороны труба срощена со стѣнкой таза. Опухоль и представляла собой утолщенную трубу, маточный конецъ которой былъ нормаленъ, брюшной расширенъ, просвѣтъ-же наполненъ обильными сгустками крови; на брюшномъ концѣ бахромокъ не видно, вслѣдствіе срощеній. Труба и кистовидно-перерожденный яичникъ были удалены; на широкую и яичниковую связку наложена двойная лигатура. Брюшная рана зашита въ 2 слоя: брюшина и апонейрозъ формоловымъ кэтгутомъ, а кожа серфинами *Mischel*'я. Послѣоперацiонный періодъ гладкій. Е. С. выписалась изъ клиники на 22-ой день послѣ операціи.

Исторія вторичной беременности такая.

18/IV 1904 г. Е. С. поступила въ гинекологическое отдѣленіе Николаевскаго госпиталя и сообщила, что уже 3-ій мѣсяцъ у нея нѣтъ мѣсячныхъ и что 28/III, внезапно почувствовавъ себя дурно, она лишилась сознанія и вслѣдствіе общей слабости и появившагося кровянистаго выдѣленія изъ рукава слегла въ постель; въ послѣдующіе дни выдѣленія стали грязновато-красныя, «съ какими-то пленками»; черезъ нѣсколько дней силы нѣсколько возстановились, но больная, помня о перенесенномъ уже заболѣваніи, обратилась въ госпиталь.

При поступленіи опредѣлялись рѣзкая болѣзненность по всему животу и судорожныя боли. На 2-ой день—приступъ головокруженія, рвота желчью, рѣзкая блѣдность, временами боли принимали характеръ коликъ. При изслѣдованіи найдена плотная, неподвижная, чувствительная къ давленію опухоль, занимавшая лѣвую ½ живота и не доходившая до пупка на 2 пальца.

Груди нѣсколько увеличены; изъ нихъ выдавливается молозиво; околососковый вѣнчикъ рѣзко окрашенъ. Слизистая оболочка входа свѣтло-фіолетовая. Матка отклонена вправо и впередъ, а нижняя часть опухоли лежитъ кпереди и влѣво. Выдѣленіе изъ рукава грязноватое. При изслѣдованіи больной ч. пр. *Д. Д. Поповымъ* въ Максимиліановской лѣчебницѣ за 2 дня до поступленія ея въ госпиталь опухоль слѣва найдена была съ куриное яйцо; она была нѣсколько подвижна и болѣзненна. Опредѣлены: внѣматочная трубная беременность съ лѣвой стороны; haematocele.

21/IV: Чревосѣченіе (ч. пр. *Д. Д. Поповъ*) подъ гедоналъ-хло-

роформнымъ усыпленіемъ (гедонала 3 грм., хлороформа 43 грм.; продолжительность усыпленія 1 ч. 35 мин.). Разрѣзъ по старому рубцу. Въ полости живота много старыхъ и свѣжихъ кровяныхъ сгустковъ и жидкой крови; все это удалено стерилизованными марлевыми компрессами и вычерпано рукой. Возлѣ культи на мѣстѣ удаленной правой трубы съ яичникомъ очень незначительное количество ложныхъ перепонокъ. Изсѣчена лѣвая беременная труба (между 2-мя зажимами, наложенными на маточную часть трубы и воронково-тазовую связку). Культя обшита кэтгутовой (по *Koch*'у) нитью. На брюшную рану наложено 6 шелковыхъ швовъ (черезъ кожу, апонейрозъ и брюшину), на брюшину—непрерывный кэтгутовый шовъ и по затягиваніи шелковыхъ швовъ въ промежуткахъ на кожу 5 серфиновъ *Michel*'я. Затѣмъ черезъ влагалище (задняя кольпотомія) проведенъ выводникъ изъ ксероформной марли, при чемъ на нижній край влагалищнаго разрѣза наложена временная шелковая лигатура, чтобы удобнѣе было раскрывать рану при перемѣнѣ тампона-выводника. На брюшную рану—обычная давящая повязка. На 10-й день сняты шелковые швы (серфины на 6-й). На 17-ый день оперированная встала, а на 23-й она выписалась въ вполнѣ хорошемъ состояніи. За это время нѣсколько разъ мѣнялся марлевый выводникъ. Температура была все время нормальная.

Описаніе препарата. Продольный размѣръ удаленной трубы 7, толщина ея 4, высота 4,5 стм. Наружное отверстіе въ области бахромокъ расширено—діаметръ его 1,2 стм.; на нижней и боковой частяхъ окружности бахромки ясно замѣтны, на верхней сглажены. Изъ просвѣта брюшного конца выпячивается содержимое трубы; ширина маточнаго конца 0,5 стм. Передняя стѣнка трубы значительно выпячена сравнительно съ задней, что особенно замѣтно, отступя на 3 стм. отъ брюшного конца; діаметръ выпячиванія 3, 5 стм., при чемъ въ нижней его части замѣчается звѣздообразное отверстіе, 0,3—0,4 діаметромъ,—мѣсто разрыва трубы. Въ области передней и въ особенности задней поверхностей, равнымъ образомъ около брюшного конца трубы видны ложныя перепонки. Яичникъ длиною 3, толщиною 2,5, высотою 2,3 стм.; внутренній его полюсъ значительно вздутъ; mesovarium длиною въ 1,8, толщиною въ 1,3 стм. Лишь незначительная часть яичника составляетъ его hylus, на которомъ видны тонкія брюшинныя перемычки. На разрѣзанномъ препаратѣ видна начинающаяся на 1,5 стм. отъ внутренняго края разрѣза, амніотическая полость, утолщенная сверху внизъ: длина ея 1,8, ширина 1 стм.; полость эта со всѣхъ сторонъ сдавлена кровянымъ сгусткомъ, выполняющимъ просвѣтъ трубы, растянутой до 3 стм. въ поперечникѣ и 5,5 стм. въ длину. Губчатая масса помѣщается во внутренней части, вскрытой полости; по окружности-же—плотная масса сгустковъ крови; толщина стѣнки 1—3 млм. Отверстіе разрыва трубы непосредственно переходитъ въ губчатую массу.

Въ амніотической полости найдена головка плода съ ясно различаемыми жаберными дугами и глазными пузырями; длина уцѣлѣвшей головки 5, ширина 4 и толщина около 2 млм. Яичникъ на разрѣзѣ представляетъ одну большую, круглую полость, 2 стм. въ діаметрѣ, выполненную кашицеобразной массой. Наружная стѣнка этой полости, въ 1 млм. толщиной, утолщается по направленію къ hylus'у, гдѣ она имѣетъ въ толщину уже 2 млм. У наружнаго полюса яичника, ближе къ hylus, замѣтно веретенообразное тѣло, съ загнутыми внутрь концами, центръ котораго темный—corpus luteum verum съ кровоизліяніемъ.

Микроскопическое изслѣдованіе препарата. Техника приготовленія препаратовъ вкратцѣ была слѣдующая: уплотненіе свѣжихъ препаратовъ въ спирту различной крѣпости до безводнаго включительно, заливка въ парафинъ; срѣзы дѣлались микротомомъ *Schanise*. Окраска по *van Gieson*'у. Длина нерасширеннаго конца трубы 1,5 стм.; онъ покрытъ брюшиной съ ея характернымъ эндотеліемъ. Наружный и внутренній слои стѣнки трубы въ этомъ участкѣ ясно различаются другъ отъ друга; равнымъ образомъ хорошо окрашены и упругія волокна, по количеству и характеру распространенія не отличающіяся отъ тѣхъ, что встрѣчаются здѣсь при нормѣ. Въ наружномъ слоѣ волокна соединительной ткани, какъ и мышечныя, значительно отстоятъ другъ отъ друга, что указываетъ на отечное состояніе этого слоя. Во внутреннемъ мышечномъ слоѣ сосуды почти исключительно малаго калибра; напротивъ, наружный слой содержитъ въ значительномъ количествѣ и преимущественно сосуды большаго калибра, сильно растянутые и сплошь наполненные кровяными шариками.

Въ первыхъ срѣзахъ, ближайшихъ къ маточному концу, въ слизистой оболочкѣ слѣдующія измѣненія: колбовидныя утолщенія на концахъ складокъ и срощенія нѣкоторыхъ изъ нихъ съ образованіемъ замкнутыхъ полостей съ частичнымъ слущиваніемъ эпителія и потерей рѣсничекъ; мѣстами гнѣздныя и мелкоклѣточковыя инфильтраціи и развитіе болѣе плотной соединительной ткани. Въ срѣзахъ, относящихся къ участку трубы, лежащему смежно съ плоднымъ мѣшкомъ, рѣзко выраженныя измѣненія слизистой оболочки: здѣсь на ней гораздо меньше складокъ; различаются 2 короткихъ, сильно утолщенныхъ складки, лишенныя характерныхъ древовидныхъ развѣтвленій; пристѣночныя складки въ атрофическомъ состояніи, въ видѣ простыхъ возвышеній. Основа складокъ состоитъ изъ плотной соединительной ткани, мѣстами представляющей гнѣздную или разлитую мелкоклѣточковую инфильтрацію; эпителія на складкахъ почти нѣтъ. Одна изъ большихъ складокъ, будучи срощена своей верхушкой съ противоположной стѣнкой трубы, дѣлитъ просвѣтъ ея на 2 отдѣла; оставшійся свободнымъ проходимый конецъ трубы колеблется по размѣрамъ 40—175 μ. Въ основѣ мѣстами различаются по нѣсколько децидуальныхъ клѣтокъ съ равномѣрно окрашенной протоплазмой и большими слабо окрашенными ядрами, величина которыхъ колеблется отъ 18—27 μ. Стѣнка плоднаго мѣшка, какъ и стѣнка нерасширеннаго отдѣла трубы, состоитъ изъ гипертрофированныхъ и гиперплазированныхъ мышечныхъ волоконъ, между которыми замѣтны отдѣльныя волокна и пучки упругой ткани, при чемъ по преимуществу встрѣчаются волокна вытянутыя и имѣющія концентрическое направленіе. Въ стѣнкѣ уже нельзя отличить продольнаго и кругового слоя. Въ истонченномъ участкѣ стѣнки мѣшка, лежащемъ около мѣста разрыва, мышечныхъ волоконъ почти совсѣмъ нѣтъ; мѣстами попадаются лишь отдѣльныя упругія волокна; здѣсь стѣнка почти исключительно состоитъ изъ соединительнотканныхъ волоконъ, расположенныхъ параллельно окружности мѣшка. Ядра клѣтокъ соединительнотканныхъ волоконъ слабо окрашены и попадаются въ в. ограниченномъ количествѣ; истонченная стѣнка имѣетъ характеръ стекловиднаго перерожденія. Во внутреннемъ слоѣ кровеносные сосуды малаго калибра, а въ наружномъ—почти исключительно крупные, сильно растянутые и сплошь переполненные кровью. Одинъ изъ очень крупныхъ сосудовъ (вена) лежитъ непосредственно у мѣста разрыва стѣнки плоднаго мѣшка; стѣнки его спавшіяся, а въ просвѣтѣ—немного кровяныхъ шариковъ. На цѣломъ рядѣ срѣзовъ можно прослѣдить, что просвѣтъ этого сосуда, со стороны внутренней его стѣнки, открывается непосредственно въ просвѣтъ плоднаго мѣшка около мѣста разрыва и что къ нему прилегаетъ внутритрубное кровоизліяніе. Стѣнка кровеноснаго сосуда почти сплошь проникнута *Langhans*'овскими клѣтками, одѣвающими и прилежащія плодныя ворсинки. Рядомъ, среди кровяныхъ элементовъ, 2—3 ворсинки, на которыхъ покрывающія ихъ *Langhans*'овскія клѣтки и часть синцитія хорошо сохранились; около области самаго разрыва также видны 4—5 ворсинокъ среди кровяныхъ массъ, но уже безъ всякой связи съ внутренней поверхностью стѣнки плоднаго мѣшка. Мѣстами на внутренней поверхности плоднаго мѣшка различаются возвышенія—остатки складокъ слизистой оболочки трубы, лишенные эпителія, къ которымъ непосредственно прилегаютъ кровяныя массы, выполняющіе растянутую трубу; среди нихъ заложены плодныя ворсинки; нѣкоторыя изъ нихъ представляютъ непосредственный переходъ къ стѣнкѣ плоднаго мѣшка, и одѣвающія ихъ *Langhans*'овскія клѣтки или только непосредственно соприкасаются съ внутренней поверхностью мѣшка, или-же внѣдряются въ толщу стѣнки и лежатъ среди мышечныхъ волоконъ стѣнки, иногда попадаясь въ самыхъ поверхностныхъ слояхъ. Въ стѣнкѣ мѣшка встрѣчаются и отдѣльныя группы *Langhans*'овскихъ клѣтокъ, не связанныхъ съ ворсинками. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ стѣнка мѣшка не особенно истончена, на внутренней ея поверхности различаются характерныя клѣтки, напоминающія величиной и формой ядра, равномѣрной его окраской и мутноватоблѣдной окраской протоплазмы децидуальныя клѣтки. Онѣ лежатъ обычно непосредственно на мышечномъ слоѣ, иногда-же встрѣчаются среди кровяной массы въ формѣ отдѣльныхъ клѣтокъ или гнѣздами, будучи оторваны отъ внутренней стѣнки мѣшка. Тамъ, гдѣ находятся децидуальныя клѣтки, къ нимъ непосредственно прилегаютъ ворсинки, и *Langhans*'овскія клѣтки проростаютъ черезъ ихъ слой къ подлежащей мышечной стѣнкѣ. Среди кровоизліянія на цѣломъ рядѣ срѣзовъ удалось прослѣдить участокъ ворсистой оболочки, принадлежавшей полости, замыкавшей остатки плода. Отъ наружной оболочки хріона, состоящей изъ зародышевой ткани, по направленію къ мѣсту разрыва плоднаго мѣшка идетъ рядъ перерѣзанныхъ въ различныхъ направленіяхъ ворсинокъ, заключенныхъ среди кровяныхъ шариковъ. Бо́льшая часть ихъ хорошо сохранилась и состоитъ изъ зародышевыхъ клѣтокъ, т. е. клѣтокъ съ длинными отростками и большими, яйцевидными, сильно окрашивающимися ядрами; клѣтки эти лежатъ среди однороднаго основного вещества; число ихъ незначительно. Среди этой ткани различаются узкіе и широкіе капилляры, стѣнки которыхъ состоятъ изъ одного ряда эндотеліальныхъ клѣтокъ; нерѣдко сосуды лежатъ у самой окружности ворсинокъ въ непосредственномъ соприкосновеніи съ эпителіемъ, покрывающимъ ворсинки и состоящимъ изъ *Langhans*'овскихъ или синцитіальныхъ клѣтокъ. Иногда попадаются ворсинки съ слабо окрашенными составными элементами, т. е. въ стадіи обратныхъ измѣненій. Внутренній слой, покрывающій ворсинки или слой *Langhans*'овскихъ клѣтокъ, состоитъ изъ большихъ кубическихъ или цилиндрическихъ, нерѣдко многоугольныхъ или даже веретенообразныхъ клѣтокъ; онъ не всегда вполнѣ одѣваетъ ворсинки: иной разъ онъ прерывается, и тогда къ зародышевой ткани ворсинки прилежитъ непосредственно наружный слой клѣтокъ, т. е. синцитій; послѣдній состоитъ изъ различной величины протоплазматическихъ массъ, то болѣе, то менѣе ясно обособившихся въ гигантскія клѣтки съ сильно окрашенными ядрами, лежащими близко другъ къ другу, отчего участокъ протоплазмы и представляется многоядернымъ.

Въ итогѣ получается слѣдующая картина патолого-анатомическихъ измѣненій въ маточномъ нерасширенномъ концѣ трубы и въ самомъ плодномъ мѣшкѣ. Мышечныя волокна стѣнки трубы въ отдѣлѣ, смежномъ съ плоднымъ мѣшкомъ, и въ самомъ мѣшкѣ гипертрофированы и гиперплазированы, а также раздвинуты другъ отъ друга вслѣдствіе сывороточнаго пропитыванія. Слизистая оболочка въ состояніи хроническаго воспаленія, на что указываютъ слущиваніе эпителія и отсутствіе рѣсничекъ, мѣстами мелкоклѣточковая инфильтрація, колбообразное вздутіе концевъ складокъ, иногда срощеніе ихъ между собою и развитіе въ

нихъ плотной соединительной ткани, рѣзкое утолщеніе складокъ съ потерею характерныхъ древовидныхъ развѣтвленій и атрофія нѣкоторыхъ изъ нихъ, значительное съуженіе просвѣта трубы. Въ слизистой оболочкѣ маточнаго конца трубы, превращеннаго въ плодный мѣшокъ, находятся децидуальныя клѣтки. Стѣнки плоднаго мѣшка въ области, смежной съ мѣстомъ разрыва, истончены и дегенеративно измѣнены (стекловидное перерожденіе). Просвѣтъ вены на внутренней поверхности плоднаго мѣшка открытъ, что̀ и вызвало кровоизліяніе въ полость вслѣдствіе проростанія стѣнки сосуда *Langhans*'овскими клѣтками. Плодныя ворсинки прикрѣплены къ внутренней поверхности стѣнки плоднаго мѣшка при помощи разросшихся *Langhans*'овскихъ клѣтокъ, скопленія которыхъ замѣчены и въ толщѣ самой стѣнки мѣшка. Ворсинки, лежащія около мѣста разрыва, не имѣютъ непосредственной связи со стѣнкой и, будучи окружены кровяной массой, какъ-бы отдавлены сюда, при чемъ нѣкоторыя изъ нихъ находятся въ стадіи обратныхъ измѣненій. Плодныя ворсинки, сохранившія связь съ ворсистой оболочкой, сохранились особенно хорошо, и на нихъ отчетливо различаются покрывающій ихъ внутренній слой *Langhans*'овскихъ клѣтокъ (иногда прерывающійся) и наружный синцитіальный слой.

Останавливаясь на выясненіи этіологіи трубной беременности въ описанномъ случаѣ на основаніи данныхъ гистологическаго изслѣдованія, нужно признать, что протекшій воспалительный процессъ вызвалъ значительныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ (слущиваніе эпителія, потерю рѣсничекъ его, утолщеніе складокъ и т. п.), обусловивъ въ тоже время съуженіе просвѣта трубы (размѣры, какъ указано выше, колебались въ предѣлахъ 40—175μ. При средней нормальной величинѣ зрѣлаго яйца по *Nagel*'ю [20]) приблизительно въ 200μ., не считая эпителія, едва-ли можно допустить, чтобы яйцо могло пройти черезъ съуженный просвѣтъ перешейковой части трубы. Прохожденію яйца могли препятствовать и другія указанныя послѣдствія воспалительнаго состоянія трубы, вызванныя гонорреей и послѣродовыми заболѣваніями, какъ то отмѣчено *Dührsen*'омъ [21]), *Kreisch*'омъ [22]) и др.

Schauta [23]) самой частой причиной трубной беременности считаетъ гонорреи съ ея послѣдствіями, поскольку они выражаются въ воспалительныхъ измѣненіяхъ трубы, что̀ подтверждаютъ *Glitsch*, *Hahn* [24]), *Weil* [25]), *Wyder* [26]) и др. Надо при этомъ замѣтить, что первымъ ея послѣдствіемъ бываетъ катарральное воспаленіе слизистой оболочки съ слущиваніемъ эпителія и потерей рѣсничекъ; въ дальнѣйшемъ въ слизистой оболочкѣ развиваются болѣе стойкія измѣненія: ея соединительнотканное перерожденіе, сращеніе складокъ, уменьшеніе просвѣта трубы (какъ было и въ описываемомъ мною случаѣ); въ тоже время наступаютъ явленія тазового перитонита съ образованіемъ ложныхъ перепонокъ вокругъ трубы, искривляющихъ и фиксирующихъ самую трубу, затрудняя свободную ея подвижность [*Fritsch* [27])]. Изъ 46 случаевъ, въ которыхъ *Schauta* дѣлалъ операцію при трубной беременности, въ 32 онъ нашелъ тазовобрюшинныя сращенія и рѣзко выраженныя указанія на хроническій сальпингитъ, что̀ дало ему поводъ въ 23 случаяхъ вмѣстѣ съ беременной трубой удалить и хронически воспаленную другую трубу; въ остальныхъ 9 случаяхъ также были указанія на зараженіе перелоемъ.

Основываясь на данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, можно возстановить рядъ явленій, протекшихъ въ плодномъ мѣшкѣ.

Беременность въ трубѣ вызвала гипертрофію и гиперплазію мышечныхъ волоконъ ея стѣнки и мѣстами децидуальныя превращенія слизистой ея оболочки [*Füth* [28]), *Mandl* [29]) и др.]. Послѣдовательный ростъ яйца постепенно растянулъ стѣнки трубы, при чемъ онѣ истончились въ отдѣльныхъ участкахъ (около мѣста разрыва) до значительной степени, и здѣсь мышечныхъ волоконъ уже не встрѣчалось, а упругія попадались въ крайне скудномъ количествѣ; истонченная стѣнка почти исключительно состоитъ изъ плотной соединительной ткани и носитъ слѣды стекловиднаго перерожденія. Такое перерожденіе и истонченіе стѣнки, вѣроятнѣе всего, явилось слѣдствіемъ воспалительнаго процесса трубы, на что указываетъ наличность ложныхъ перепонокъ. Въ этомъ-то истонченномъ мѣстѣ и произошелъ разрывъ плоднаго мѣшка вслѣдствіе быстро возникшаго усиленнаго растяженія его подъ вліяніемъ кровоизліянія. Причиною послѣдняго было проростаніе стѣнки мѣшка *Langhans*' овскими клѣтками и открытіе просвѣта большой вены въ полость мѣшка. Присутствіе среди кровоизліянія, у самаго мѣста разрыва, ворсинокъ объясняется механическимъ ихъ выдавливаніемъ въ отверстіе разрыва излившейся кровью, и является такимъ образомъ не причиной, а слѣдствіемъ разрыва, такъ какъ нигдѣ нельзя было доказать вблизи разрыва внѣдренія ворсинокъ въ стѣнку плоднаго мѣшка, какъ на это указываетъ, напр., *Aschow* [30]), *Werth* [31]), *Prochownick* [32]), *Füth* и др.

Что касается описываемаго случая, то, не исключая возможности существованія скрыто протекшей гонорреи, (въ анамнезѣ на это нѣтъ указаній), я все-же склоненъ думать, что ближайшей причиной трубной беременности было здѣсь послѣродовое заболѣваніе (*Orthmann*, *Д. О. Отмъ* и др).

Обращаясь къ распознаванію трубной беременности, слѣдуетъ раздѣлить въ моемъ случаѣ состояніе больной на 2 періода: до и послѣ разрыва трубы, когда уже имѣлось кровоизліяніе въ брюшную полость. Надо отмѣтить, что особенно характерными являются жалобы больной въ 1-мъ періодѣ на судорожныя боли слѣва внизу живота, что̀ могло обусловливаться растяженіемъ существовавшихъ сращеній и сокращеніями стѣнки трубы, какъ это наблюдалъ *Schauta*, хотя послѣднее обстоятельство и отрицается многими авторами. Сокращенія стѣнокъ трубы въ связи съ ея расширеніемъ вслѣдствіе роста яйца, кромѣ того, могутъ вызывать кровоизліяніе въ ея полость и опорожненіе крови черезъ матку или брюшной конецъ трубы (*Fritsch*), что было и въ описываемомъ мною случаѣ (кровянистыя выдѣленія изъ рукава).

При наступившимъ уже кровотеченіи въ брюшную полость развились характерные его припадки: общая блѣдность, частый, слабый пульсъ и холодный потъ при потерѣ сознанія; при отсутствіи наружнаго кровотеченія, все это говорило за внутрибрюшное кровоизліяніе. Къ вышеописаннымъ припадкамъ присоединились рвота, временами отрыжка и острыя рвущія боли слѣва внизу живота, при чемъ стѣнка вздутаго живота была крайне чувствительна даже при слабомъ къ ней прикосновеніи.

Особенности вышеописаннаго случая слѣдующія: 1) весьма рѣзкія коликообразныя боли, вызывавшіяся, вѣроятнѣе всего, присутствіемъ въ брюшной полости свободной крови, на что указывалъ и *Döderlein;* боли эти тотчасъ-же исчезли, какъ только брюшная полость освобождена была отъ крови; 2) при объективномъ изслѣдованіи, какъ я уже упоминалъ, около матки слѣва опредѣлялась опухоль не равномѣрной плотности: мѣстами мягкая, мѣстами плотная, безъ рѣзкихъ границъ, что̀ при сопоставленіи данныхъ разспроса съ данными изслѣдованія указывало на происшедшія кровоизліянія.

Что касается причинъ, вызывающихъ кровоизліянія, то чаще онѣ заключаются въ происхожденіи или выкидыша, или разрыва трубы; по *Döderlein*'у отношеніе частоты разрывовъ трубы къ частотѣ трубнаго выкидыша выражается 1:10, а по *Fehling*'у—1:8.

Говорить объ отличительномъ распознаваніи болѣзни въ вышеописанномъ случаѣ отъ hydrosalpinx'а или кисты яичника послѣ вышесказаннаго я нахожу излишнимъ.

Лѣченіе въ этомъ случаѣ, конечно, только и могло быть оперативное, какъ имѣвшее жизненныя показанія.

20/IX текущаго года, т. е. черезъ 5 мѣс. послѣ операціи, Е. С., вернувшись изъ деревни, была снова осмотрѣна мной, при чемъ найдены нормальное положеніе матки и отсутствіе всякой чувствительности при изслѣдованіи; брюшной рубецъ былъ въ отличномъ состояніи. Съ 19/IX у С. появились мѣсячныя, сопровождавшіяся тянущими болями въ поясницѣ; кромѣ того, изрѣдка бываетъ ощущеніе жара по всему животу, замираніе сердца, отсутствіе позыва на ѣду, головокруженіе — припадки, сопутствующіе преждевременному наступленію климактерическаго періода. Общій видъ С. вполнѣ хорошій.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ принести душевную благодарность ч. пр. *Д. Д. Попову* за его руководство при гистологическомъ изслѣдованіи даннаго случая и за разрѣшеніе описать это наблюденіе; искренно благодарю также за дружескую помощь и *Ф. Н. Тавилдарова.*

Литература. 1. Ч. пр. *И. М. Львовъ.* «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1904 г., февраль, стр. 232.—2. *І. Н. Тумановъ.* «Протоколы засѣданій Кавказскаго медицинскаго Общества», 16/II, 1900 г.—3. *Д. Д. Сандбергъ-Дебеле.* «Врачъ», 1901 г.,

№ 9, стр. 265.—4. *Stahl.* Repeted pregnancy in the same tuba. «American Journal of Obstetrics», 1901 г., октябрь.—5. *Martin.* De la récidive de la grossesse extrautérine. Парижская диссертація.—6. *Varnier.* «Comptes rendus de la société d'obstétrique», 1900 г., октябрь. — 7. *Varnier* et *Sens.* Sur la récidive de la grossesse éctopique. «Annales de gynécologie», LV, стр. 169.— 8. *Schauta.* Tubarabort und Ruptur. «Centralblatt f. Gynäkologie», 1901 г., № 43.—9. *Glitsch.* Zur Aetiologie der Tubenschwangersch. «Archiv f. Gynäkologie», LX. — 10. *Frankenthal.* Extra uterine pregnancy occuring twice in the same patien etc. «The American Gynaecological and Obstetrical Journal», 1896 г., т. IX, стр. 297. — 11. *С. Н. Агафоновъ.* «Сборникъ работъ, посвященный проф. *К. Ѳ. Славянскому*, 1894, т. I, стр. 355.—12. *Ф. А. Выховскій.* Случай двукратной трубной беременности у одной и той-же женщины. «Czasopismo lekarskie», 1902 г., августъ. — 13. *А. А. Дранцицынъ.* Докладъ въ акушерско-гинекологическомъ Обществѣ въ Петербургѣ, 25/xi, 1893 г. — 14. *Л. К. Лингенъ.* Тоже, 3/x 1902 г. — 15. Ч. пр. *Н. К. Неелов.* Тоже, въ Кіевѣ, 27/i 1903 г. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 24, стр. 914. — 16. Проф. *Д. О. Отмъ.* Матеріалы къ ученію о внѣматочной беременности, «Врачъ», 1893 г., №№ 1—17. — 17. *А. Н. Боряковскій.* «Протоколы засѣданій акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ», 1892 г., вып. 9 и 10. — 18. *Н. И. Стравинскій.* «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», т. II, стр. 205.— 19. *М. А. Штраухъ.* «Врачъ», 1898 г., №№ 17 и 18.—20. *Nagel.* Die weiblichen Geschlechtsorgane. Handbuch der Anatomie des Menschen. Herausg. von v. *Bardeleben.* — 21. *Dührssen.* Ueber operative Behandl., insbesondere die vaginale Cöliotomie bei Tubarschwangerschaft, nebst Bemerkungen zur Aetiologie und Beschreibung eines Tubenpolypen. «Archiv f. Gynaekologie», 1897 г., т. 54.—22. *Kreisch.* Beitrag zur Anatomie und Patologie der Tubargravidität. «Monatsschrift f. Geburtshülfe, u. Gynaekologie, т. 9.—23. *Schauta.* Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, 1895 г.—24. *Hahn.* Zur Frage der Häufigkeit und Aetiologie der Tubargravidität. «Münchener med. Wochenschrift, 1903 г., стр. 248.—25. *Weil.* Ueber wiederholte Eileiterschwangerschaft. «Prager med. Wochenschrift», 1899 г., стр. 1, 15, 27, 38, 63.—26. *Wyder.* Beiträge zur Lehre von der Extrauterin-Schwangerschaft и пр. «Archiv f. Gynäkologie, т. 28.—27. *Fritsch.* Bericht ueber die gynäkol. Oper. des Jahrganges 1891—1892. Berlin, 1893 г.—28. *Füth.* Ueber die Einbettung des Eies in der Tube. «Archiv f. Gynäkologie», т. 63. — 29. *Mandl.* Klinische u. anatomische Beiträge zur Frage des completen Tubaraborts. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. 11.—30. *Aschow.* Die Beziehungen der tubaren Placenta zum Tubenabort und zur Tubenruptur. Тамъ-же, т. 60. — 31. *Werth.* Beitrage zur Anatomie und operative Behandlung der Extrauterinschw. Stuttgart, 1887 г.— 32. *Prochcwnick.* Zur Mechanik des Tubenabortes. «Archiv f. Gynäkologie», т. 49.

CLXXIX. Параллельное лѣченіе трахомы растворомъ сулемы въ глицеринѣ и 1%-ми водными растворами ляписа и ихтаргана.

В. Ѳ. Горталова [1]) (Ковель, Волынской губ.).

Трахома, удачно отождествляемая проф. *Л. Л. Гирманомъ* съ народнымъ бѣдствіемъ, составляетъ одно изъ самыхъ больныхъ мѣстъ санитарнаго состоянія нашей арміи. «Если принять во вниманіе, пишетъ *М. И. Рейхъ* [2]), что въ разсчетъ 16,8‰ заболѣваній болѣзнями глазъ не вошли амбуляторные и пользованные въ общихъ и глазныхъ околодкахъ безъ отданія объ этомъ приказа по части, что амбуляторно пользуется не рѣдко до 6—7—8 разъ болѣе, нежели въ лѣчебныхъ заведеніяхъ, что въ частяхъ войскъ % трахоматозныхъ въ строю достигаетъ 10, 15, 20, и даже изрѣдка 30—36, что изъ всѣхъ прибывшихъ въ лѣчебныя заведенія глазныхъ больныхъ въ 1898 г. 31% составляли больные трахомою и трахоматознымъ конъюнктивитомъ, что въ 4-хъ военныхъ округахъ изъ 1047 уволенныхъ, какъ неспособныхъ по болѣзнямъ глазъ, около 50% уволены по послѣдствіямъ трахомы, то станетъ весьма понятнымъ, что такія серьезныя числа, какъ приведенныя, не могутъ не служить для военно-медицинской администраціи непрестаннымъ поводомъ къ заботамъ, а временами и къ тревогѣ». Безъ сомнѣнія, уже сама казарменная жизнь, тѣсное общеніе людей между собою, постоянное пребываніе и занятія зимой въ тѣхъ-же самыхъ помѣщеніяхъ, гдѣ спятъ, составляютъ благопріятныя условія для распространенія болѣзни. Если къ этому прибавить еще ежегодный приливъ свѣжей трахомы, приносимой новобранцами, и недостаточность обособленія глазныхъ больныхъ вообще, то нечего удивляться, что иногда въ нѣкоторыхъ полкахъ вспыхиваютъ цѣлыя эпидеміи трахомы. Лѣтомъ 1901 г. такой жертвой сталъ Ковельскій пѣхотный полкъ. Всѣ больные нижніе чины тотчасъ-же были выведены окружнымъ окулистомъ въ особый глазной лагерь, освобождены отъ всѣхъ занятій, и лѣченіе ихъ было поручено мнѣ. Зимой большинство глазныхъ больныхъ были размѣщены въ особыхъ добавочныхъ помѣщеніяхъ при ротахъ, а частью въ глазной командѣ и глазномъ околодкѣ. Весною 1902 г., когда полкъ выступилъ въ лагерь подъ Брестъ-Литовскъ, 350 нижнихъ чиновъ, больныхъ трахомой, были оставлены въ Ковелѣ въ особомъ глазномъ лагерѣ за городомъ въ очень хорошей въ санитарно-гигіеническомъ отношеніи мѣстности. Воспользовавшись такимъ богатымъ матеріаломъ, я еще съ осени 1901 г. сталъ проводить параллельное лѣченіе трахомнаго пораженія слизистой оболочки вѣкъ растворомъ сулемы въ глицеринѣ (0,06:30,0) и 1%-ми водными растворами ляписа и ихтаргана. Этимъ я имѣлъ въ виду, провѣрить, съ одной стороны, взгляды защитниковъ и противниковъ лѣченія трахомы сулемой въ глицеринѣ, съ другой — заявленія д-ровъ *Ebersan*'а и *M. Falt*'а, съ которыми я познакомился по передачѣ изъ «В.-Медицинскаго Журнала» (1901 г., августъ) въ «Вѣстникѣ офталмологіи».

Привожу краткія исторіи болѣзни своихъ больныхъ.

1. Н. З., 24 л., рядовой, на службѣ съ 1899 г., боленъ около 3 мѣс. 11/ix: Значительное пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ. Зеренъ очень мало, въ особенности на слизистой оболочкѣ нижнихъ вѣкъ. Обильное отдѣленіе. Лѣченіе: смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 7/x: Зерна разсасываются. Лѣченіе тоже. 29/xi: Зерна выдавлены. Примочка изъ 2%-го раствора кокаина. 1/xii: Смазываніе ихтарганомъ продолжается. 9/ii: Слизистая оболочка нижнихъ вѣкъ гладкая. На верхней переходной складкѣ незначительные сосочки. Выписанъ выздоровѣвшимъ.

2. Г. С., 25 л., рядовой, на службѣ съ 1899 г., боленъ около 5 мѣс. 14/xii: Многочисленныя зерна на слизистой оболочкѣ верхняго и нижняго вѣка. Переполненіе кровью слизистой оболочки вѣкъ и незначительное наполненіе соединительной оболочки глазного яблока съ воспаленіемъ соединительно-оболочечнаго кольца. Отдѣленіе гнойно-слизистое. Смазываніе 1½%-мъ растворомъ ихтаргана. 16/xii: Переполненіе кровью глаза проходитъ. Отдѣленіе незначительное. 18/xii: Зеренъ много. Отдѣленія нѣтъ. Больной заявляетъ, что глаза перестали гноиться. Послѣ смазыванія боль продолжается около ½ часа. 12/i: Верхнія вѣки здоровы; на нижнихъ отдѣльныя зерна выдавлены. Примочка съ кокаиномъ. 28/i: Выписанъ здоровымъ.

3. Т. К., 23 л., рядовой, на службѣ съ 1899 г., боленъ около года. 11/ix: Пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ; набухлость нижнихъ. Масса зеренъ на верхнихъ и нижнихъ вѣкахъ. Значительное слизисто-гнойное отдѣленіе. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 12/ix: Отдѣленія меньше. 17/xi: Слизистая оболочка нижнихъ вѣкъ становится гладкой, верхнихъ — бархатистая. 1/i: Незначительная набухлость слизистой оболочки верхнихъ вѣкъ и буроватое ихъ окрашиваніе. Примѣненіе ихтаргана прекращено. Днемъ—цинкъ, на ночь—желтая мазь. 23/i: Окрашиванія нѣтъ. Мелкіе сосочки на переходной складкѣ верхнихъ вѣкъ. Выписанъ выздоровѣвшимъ.

4. Ф. А., 22 л., новобранецъ 1902 г. 15/xi: Пышныя зерна на слизистой оболочкѣ нижняго вѣка праваго глаза; незначительная набухлость; на верхнемъ вѣкѣ единичныя зерна, безъ всякой набухлости. Единичныя зерна на слизистой оболочкѣ лѣваго глаза. Смазываніе ихтарганомъ. 24/xii: Верхнія вѣки здоровы. Въ правомъ глазѣ незначительная набухлость и зерна, которыя частью выдавлены. 21/i: Выписанъ выздоровѣвшимъ.

5. Д. М., 22 л., новобранецъ. 7/xii: Много зеренъ на слизистой оболочкѣ верхнихъ и нижнихъ вѣкъ. Пропитываніе подслизистой ткани и набухлость слизистой оболочки нижнихъ вѣкъ. Переполненіе глазного яблока кровью. Сосудистое воспаленіе роговицы въ верхнемъ сегментѣ праваго и лѣваго глаза. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 9/xii: Сосудистое воспаленіе уменьшается. 14/xii: Наполненіе глазного яблока едва замѣтно. Состояніе слизистой оболочки безъ измѣненій; раздраженія никакаго. 17/xii: Масса зеренъ на слизистой оболочкѣ верхнихъ вѣкъ. Въ верхнемъ сегментѣ роговицы того и другого глаза замѣтны сосуды, переходящіе съ соединительной оболочки глазного яблока. Помутнѣніе едва замѣтно. 24/xii: Отдѣльные сосуды, переходящіе съ соединительной оболочки глазного яблока праваго глаза на роговицу. Дов. сильное пропитываніе подслизистой ткани. Зерна хорошо разсасываются. 3/i: Сосудистое воспаленіе роговицы прошло. Пропитываніе подслизистой ткани и набухлость незначительныя. Зеренъ мало. Смазываніе 1½%-мъ растворомъ ихтаргана. 19/i: Вышелъ изъ-подъ наблюденія по независѣвшимъ отъ меня обстоятельствамъ.

6. Е. М., 22 л., рядовой, на службѣ съ 1901 г. 11/ix: Пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ. Масса зеренъ на слизистой оболочкѣ нижнихъ вѣкъ. Отдѣленіе и наполненіе сое-

---

[1]) Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

[2]) «В.-Медицинскій Журналъ», 1901 г., апрѣль.

динительной оболочки глазного яблока незначительныя. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 17/IX: Сильное раздраженіе лѣваго глаза; обильное отдѣленіе. Холодныя примочки съ кокаиномъ. 20/IX: Въ виду сильнаго раздраженія переведенъ въ лѣчебное заведеніе.

7. И. Б., рядовой, на службѣ съ 1899 г. 11/IX: Пропитываніе подслизистой ткани рѣзко выражено на нижнихъ вѣкахъ. Многочисленныя зерна на слизистой оболочкѣ нижнихъ и верхнихъ вѣкъ; набухлость послѣднихъ. Переполненіе кровью глазного яблока и обильное отдѣленіе. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 7/X: Наполненіе кровью глазного яблока съ незначительнымъ сосудистымъ воспаленіемъ верхняго края роговицы лѣваго глаза. Небольшая свѣтобоязнь и слезотеченіе. Слизистая оболочка нѣсколько рыхла. Зерна замѣтно разсосались. Пропитываніе подслизистой ткани значительное. Ихтарганъ отмѣненъ. Примочка; на ночь—желтая мазь. 19/X: Воспалительныя явленія всѣ прошли. Снова смазыванія ихтарганомъ. 12/XI: Единичныя зерна. Набухлость слизистой оболочки. Небольшое отдѣленіе и и пропитываніе подслизистой ткани. Незначительное воспаленіе соединительно-оболочечнаго кольца. 13/III: Незначительное отдѣленіе и наполненіе кровью глазного яблока. Незначительное воспаленіе соединительно-оболочечнаго кольца. Рыхлость слизистой оболочки и незначительное пропитываніе подслизистой ткани. Отдѣльныхъ зеренъ нѣтъ. Лѣченіе продолжалось.

8. Ф. В. 22 л., рядовой, на службѣ съ 1901 г. 11/IX: Пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ и нижнихъ вѣкъ. Набухлость и многочисленныя складки слизистой оболочки, валиками надвигающіяся на глазное яблоко. Зерна плохо видны вслѣдствіе набухлости. Отдѣленія мало. Наполненіе кровью глазного яблока. Ежедневное смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 14/XII: Слизистая оболочка свободна отъ зеренъ. Пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ значительное, нижнихъ — ничтожное. Набухлость слизистой оболочки. Отдѣленіе небольшое. Смазываніе 1½%-мъ растворомъ ихтаргана. 22/II: Незначительное наполненіе кровью глазного яблока и темное окрашиваніе слизистой оболочки отъ серебра. Лѣченіе ихтарганомъ отмѣнено. Смазыванія черезъ день мѣднымъ купоросомъ. 13/III: Пропитываніе подслизистой ткани на переходной складкѣ верхнихъ вѣкъ; на слизистой оболочкѣ послѣднихъ выраженныя зерна. Наполненіе кровью глазного яблока небольшое. Отдѣленія нѣтъ. Слизистая оболочка нормальнаго цвѣта. Лѣченіе ихтарганомъ возобновлено и продолжается.

9. В. К., 22 л., рядовой, на службѣ съ 1901 г., боленъ 6-ой мѣсяцъ. 11/IX: Пропитываніе подслизистой ткани обоихъ вѣкъ. Набухлость слизистой оболочки; многочисленныя складки послѣдней. Масса зеренъ. Переполненіе кровью глазного яблока. Значительное отдѣленіе. 14/XII: Единичныя зерна. Незначительная набухлость слизистой оболочки; мѣстами послѣдняя гладка. Отдѣленія нѣтъ. 22/I: Начато смазываніе 1½%-мъ растворомъ ихтаргана. 12/II: Рыхлость слизистой оболочки увеличивается. Ихтарганъ отмѣненъ. Смазываніе 4%-мъ растворомъ таннина. 1/III: Набухлость незначительная; рыхлости тканей нѣтъ. Снова смазываніе 1½%-мъ растворомъ ихтаргана. 13/III: Зерна хорошо разсосались. Отдѣленія нѣтъ. Небольшое пропитываніе переходной складки верхняго и нижняго вѣка. Лѣченіе ихтарганомъ продолжается.

10. С. П., 22 л., рядовой, на службѣ съ 1901 г. 11/IX: Очень незначительное пропитываніе подслизистой ткани нижнихъ вѣкъ; сильная набухлость послѣднихъ. Много зеренъ на слизистой оболочкѣ верхнихъ и нижнихъ вѣкъ. Отдѣленіе и наполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока незначительны. 14/XII: Верхнія вѣки почти свободны отъ зеренъ; нижнія нѣсколько набухли и пропитаны. 22/II: Слизисто-гнойное отдѣленіе и темно-бурое окрашиваніе слизистой оболочки. Ихтарганъ отмѣненъ. Смазываніе мѣднымъ купоросомъ черезъ день. 13/III: Незначительное пропитываніе подслизистой ткани. Во внутреннемъ углу верхняго вѣка праваго и лѣваго глаза нѣсколько зеренъ, которыя и выдавлены. Наполненія кровью глазного яблока нѣтъ. Дальнѣйшее лѣченіе ихтарганомъ.

11. Г. Ч., 21 г., новобранецъ, на службѣ съ 1902 г. 15/XI: Пышныя зерна на слизистой оболочкѣ нижняго и верхняго вѣка праваго глаза. Незначительное отдѣленіе на слизистой оболочкѣ лѣваго глаза. Отдѣльныя зерна. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 21/I: Единичныя зерна выдавлены. Примочка съ кокаиномъ. 27/I: Выписанъ.

12. В. С., 22 л., рядовой, боленъ около 6 мѣс. 8/XII: Масса зеренъ на слизистой оболочкѣ обоихъ глазъ. Переполненіе кровью соединительной оболочки лѣваго глазного яблока; набухлость слизистой оболочки и значительное гнойное отдѣленіе того-же глаза; свѣтобоязнь; слезотеченіе. Раздраженіе праваго глаза незначительно. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 13/III: Незначительная набухлость слизистой оболочки нижнихъ вѣкъ и единичныя на ней зерна. Слизистая оболочка верхнихъ вѣкъ здорова. Переведенъ въ другую войсковую часть.

13. Т. Ш., 23 л., рядовой, боленъ около 2 мѣс. 3/I: Пропитываніе подслизистой ткани лѣваго глаза. Рубцы и зерна на слизистой оболочкѣ того-же глаза. Сосудистое воспаленіе верхняго края роговицы лѣваго глаза. Зерна частью выдавлены. Примочка. 4/I: Раздраженіе меньше. Черезъ день смазыванія 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 15/I: Воспаленіе роговицы прошло. 13/III: Пропитываніе подслизистой ткани совсѣмъ прошло. Рубцы замѣтно разсосались. Набухлость выражена слабо. Зеренъ и отдѣленія нѣтъ. Лѣченіе продолжается.

14. И. П., 23 л., рядовой, на службѣ съ 1900 г., боленъ около 2 мѣс. 18/XII: Разлитое пропитываніе подслизистой ткани нижнихъ и верхнихъ вѣкъ. Масса зеренъ на сильно набухшей слизистой оболочкѣ. Обильное гнойное отдѣленіе. Переполненіе кровью глазного яблока; свѣтобоязнь; слезотеченіе. Смазываніе 1½%-мъ растворомъ ихтаргана. 12/I: Явленія раздраженія уменьшаются. Зерна, которыя частью и выдавлены. Примочка съ кокаиномъ (2%). 13/III: Пропитываніе подслизистой ткани прошло. Слизистая оболочка нижнихъ вѣкъ набухла немного. Небольшое наполненіе кровью соединительной оболочки праваго глазного яблока, лѣваго еще меньшее. Небольшое воспаленіе соединительно-оболочечнаго кольца праваго глаза. Зерна находятся главнымъ образомъ на слизистой оболочкѣ верхнихъ вѣкъ. Лѣченіе продолжается.

15. Ф. А., 22 л., рядовой, на службѣ съ 1902 г. 15/XI: Много крупныхъ зеренъ на слизистой оболочкѣ нижняго вѣка праваго глаза. На верхнемъ вѣкѣ этого-же глаза и на слизистой оболочкѣ лѣваго единичныя зерна. Ежедневное смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 24/XII: Верхнія вѣки здоровы; на нижнихъ зерна. Смазываніе ихтарганомъ черезъ день. 12/I: Единичныя зерна на нижнихъ вѣкахъ, которыя и выдавлены. 21/I: Выписанъ.

16. Ч., 23 л., рядовой, на службѣ съ 1889 г., боленъ около 6 мѣс. 11/IX: Пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ и нижнихъ вѣкъ; набухлость слизистой оболочки нижнихъ. Многочисленныя складки и сидящія между ними зерна. Гнойно-слизистое отдѣленіе. Переполненіе кровью глазного яблока соединительной оболочки. Смазываніе сулемой въ глицеринѣ. 12/IX: Рѣзкая краснота слизистой оболочки. Раздраженія нѣтъ. Отдѣленіе незначительное. Цинкъ въ капляхъ (0,06 : 30,0). 13/IX: Тоже. Цинкъ. 14/IX: Смазываніе сулемой. 7/X: Незначительное пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ. Слизистая оболочка становится глаже. Зерна сидятъ группами. Отдѣленія очень мало. Незначительное наполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. 8 и 9: Цинкъ. 10: Капли 1%-го раствора ихтаргана. 11/X: Смазываніе сулемой и т. д. 12/XI: Жалуется на свѣтобоязнь и слезотеченіе. Въ центрѣ роговицы лѣваго глаза поверхностная язвочка. Единичныя зерна. Переполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. Отдѣленія мало. Лѣченіе: мазь съ іодоформомъ и атропиномъ, 2 раза въ день. Лѣченіе сулемой отмѣнено. 17/XI: Незначительное пятнышко на роговицѣ. Ртутная желтая мазь. 24/XI: Роговица здорова. Дальнѣйшее лѣченіе проведено съ 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 14/XII: Набухлости не замѣтно. Значительная краснота слизистой оболочки обоихъ вѣкъ. Переполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. 3/I: Раздраженіе и набухлость увеличиваются; въ виду этого ихтарганъ на время отмѣненъ. Смазываніе 4%-мъ растворомъ таннина. 10/I: Явленія раздраженія стихли. Переведенъ въ лазаретъ изъ-за флегмоны на ногѣ.

17. И. К., 24 л., рядовой, на службѣ съ 1899 г., боленъ около года. 11/IX: Пропитываніе подслизистой ткани обоихъ глазъ. При выворачиваніи верхняго вѣка образуется двойная складка слизистой оболочки. Набухлость и складки слизистой оболочки нижнихъ вѣкъ значительны; на вершинахъ этихъ складокъ и между ними рядами расположены трахомныя зерна. Обильное отдѣленіе. Смазываніе сулемой. 12/IX: Глаза, въ особенности лѣвый, не такъ гноятся. Неловкость и треніе въ глазахъ меньше. Цинкъ. 13/IX: 1%-ный растворъ ихтаргана. 14/IX: Смазываніе и т. д. 7/X: Пропитываніе подслизистой ткани еще замѣтно. Зеренъ много. Набухлость слизистой оболочки нижнихъ вѣкъ уменьшилась. Отдѣленія очень мало. Смазываніе. 23/I: Въ виду того, что группы зеренъ на верхнихъ вѣкахъ болѣе не разсасываются и лѣченіе сулемой начинаетъ раздражать глазъ, сдѣлано выдавливаніе зеренъ. 24/I: Раздраженія нѣтъ. Набухлость верхнихъ вѣкъ еще болѣе уменьшилась. 3/II: Слизистая оболочка нижнихъ вѣкъ становится гладкой; на верхнихъ незначительная набухлость и отдѣльныя зерна. Лѣченіе продолжается. 17/II: Нижнія вѣки лишь немного красноваты; на верхнихъ сосочки. Выписанъ.

18. І. М., 24 л., боленъ 5 мѣс. 11/IX: Рѣзко выраженный трахомный процессъ въ обоихъ глазахъ; зерна, отдѣленіе, набухлость, складки, переполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. Смазываніе сулемой. 12/IX: Послѣ смазыванія минутъ 10 ощущалъ жженіе. Цинкъ. 13/IX: Капли 1%-го раствора ихтаргана. 14/IX: Смазываніе сулемой и т. д. 6/XI: Раздраженіе и переполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. Лѣченіе сулемой прекращено. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 3/II: Слизистая оболочка вѣкъ становится гладкой. 13/II: Выписанъ.

19. З. Л., 22 л., рядовой, на службѣ съ 1901 г., боленъ около 3 мѣс. 11/IX: На слизистой оболочкѣ праваго глаза многочисленныя зерна. Пропитываніе подслизистой ткани. Набухлость слизистой оболочки. Въ лѣвомъ глазѣ явленія катарра. Смазываніе праваго глаза сулемой; въ лѣвый глазъ цинкъ. 3/XI: Единичныя зерна на верхней переходной складкѣ праваго глаза, которыя и выдавлены; лѣвый глазъ здоровъ. 10/XI: Выписанъ.

20. Е. М., 22 л., рядовой, на службѣ съ 1901 г., боленъ 3 мѣс. 11/IX: Пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ; многочисленныя зерна на нижнихъ. Переполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. Отдѣленія мало. Смазываніе сулемой. 16/IX: Сильное раздраженіе; свѣтобоязнь; слезотеченіе. Сулема отмѣнена. Примочка съ кокаиномъ. 20/IX: Раздраженіе еще есть. Переведенъ въ лѣчебное заведеніе.

21. И. М., 23 л., рядовой, на службѣ съ 1900 г., боленъ около 4 мѣс. 11/IX: Рѣзко выраженный трахомный процессъ на обоихъ глазахъ съ набухлостью слизистой оболочки, рыхлостью ея многочисленными зернами, незначительнымъ наполненіемъ кровью соединительной оболочки глазного яблока и небольшимъ отдѣленіемъ. Смазываніе сулемой. 12/IX: Цинкъ. 13/IX: Капли 1%-го

раствора ихтаргана. 14/IX: Смазываніе сулемой и т. д. 7/X: Набухлость слизистой оболочки значительная. Переходная складка отечна. Многочисленныя зерна. Гнойное отдѣленіе и наполненіе кровью глазного яблока небольшія. Лѣченіе продолжается. 12/XI: Обильное гнойное отдѣленіе. Большая набухлость слизистой оболочки. Многочисленныя зерна. Незначительное наполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. Въ виду безразличнаго дѣйствія сулемы въ дальнѣйшемъ примѣнялся 1%-ный растворъ ихтаргана. 17/XI: Отдѣленія нѣтъ. Набухлость, особенно лѣваго глаза, гораздо меньше. 14/XII: Слизистая оболочка нижнихъ вѣкъ мѣстами становится гладкой. Зерна верхнихъ вѣкъ выдавлены. Примочка съ кокаиномъ. Въ дальнѣйшемъ ихтарганъ сталъ раздражать и усиливать набухлость, вслѣдствіе чего 3/II начато смазываніе 4%-мъ растворомъ таннина. 21/II: Набухлость небольшая. Раздраженіе прошло. Снова примѣняется ихтарганъ. 13/III: Отдѣльныя зерна. Набухлость очень незначительная. Отдѣленія нѣтъ. Примѣненіе ихтаргана продолжается.

22. Л. Ш., 23 л., рядовой, на службѣ съ 1900 г., боленъ около года. 12/IX: Пропитываніе подслизистой ткани обоихъ вѣкъ. Многочисленныя зерна, въ особенности на верхней переходной складкѣ. Отдѣленіе обильное. Небольшое слезотеченіе. Смазываніе сулемой. 13/IX: Раздраженія нѣтъ. Цинкъ. 14/IX: Тоже. Капли 1%-го раствора ихтаргана и т. д. 12/XI: Набухлости нѣтъ, отдѣленія тоже; зеренъ немного. 29/XI: Правый глазъ здоровъ. Въ лѣвомъ единичныя зерна, которыя частью и выдавлены. 30/XI: Выписанъ.

23. Ѳ. Ч., 23 л., рядовой, на службѣ съ 1899 г., боленъ около 5 мѣс. 11/IX: Пропитываніе подслизистой ткани обоихъ вѣкъ. Верхнія складки при выворачиваніи выпадаютъ. Слизистая оболочка сплошь усѣяна зернами. Набухлость дов. большая. Отдѣленія мало. Переполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. Смазываніе сулемой. 12/IX: Отдѣленія меньше. Чувствуетъ облегченіе. Цинкъ. 13/IX: Капли 1%-го раствора ихтаргана и т. д. 7/X: Воспаленіе соединительно-оболочечнаго кольца. Пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ меньше. Отдѣленіе слизисто-гнойное. Смазываніе сулемой продолжается. 4/XI: Послѣ смазыванія сулемой слезотеченіе, переполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока, обильныя отдѣленія и набухлость. Сулема отмѣнена. Смазываніе ихтарганомъ. 4/XII: Отдѣленія мало. Пропитываніе подслизистой ткани замѣтно уменьшилось. Набухлость есть. Зеренъ много. 12/I: Перемѣнъ почти нѣтъ. Зерна выдавлены. 26/I: Набухлость и отдѣленіе незначительныя. Зеренъ мало. Пропитываніе подслизистой ткани. Опять начато смазываніе сулемой. Черезъ нѣсколько дней снова сильное раздраженіе глазъ. Сулема совсѣмъ оставлена. Успокаивающее лѣченіе. 23/II: Незначительное пропитываніе подслизистой ткани. Набухлость слизистой оболочки. Незначительное отдѣленіе. Смазываніе ихтарганомъ продолжается.

24. В. П., 21 г., новобранецъ. 12/XI: Небольшое пропитываніе подслизистой ткани лѣваго глаза. Переполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. Масса пышныхъ зеренъ. Обильное слизисто-гнойное отдѣленіе. Зерна выдавлены. Примочка съ кокаиномъ. 13/XI: Чувствуетъ большое облегченіе. Набухлость почти прошла. 14/XI: Дальнѣйшее лѣченіе сулемой. 14/XII: Выписанъ.

25. К. Л., 25 л., рядовой, на службѣ съ 1900 г., боленъ около 2 лѣтъ. 13/IX: Крупныя зерна на слизистой оболочкѣ нижнихъ вѣкъ. Наполненіе кровью глазного яблока. Набухлость слизистой оболочки и отдѣленіе незначительныя. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 15/IX: Смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 28/X: Зерна частью выдавлены. Набухлость слизистой оболочки 3/I: Рыхлость слизистой оболочки; значительное кровенаполненіе ея. 2/II: Явленія тѣже. Ляписъ на время оставленъ. Смазываніе 4%-мъ растворомъ таннина. 24/II: Кровенаполненіе и рыхлость слизистой оболочки прошли. Снова смазываніе ляписомъ. 13/III: Верхнія вѣки бархатистыя. Небольшая набухлость нижнихъ. Зеренъ нѣтъ. Лѣченіе продолжается.

26. Д. Ш., 25 л., рядовой, на службѣ съ 1900 г., боленъ около 3 мѣс. 13/IX: На слизистой оболочкѣ нижнихъ вѣкъ масса зеренъ. Пропитываніе подслизистой ткани верхняго вѣка. Незначительное отдѣленіе и наполненіе кровью глазного яблока. Зерна частью выдавлены. 14/IX: Незначительное раздраженіе. Холодныя примочки съ кокаиномъ. 15/IX: Раздраженіе прошло. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 17/XII: Набухлости нѣтъ. Пропитываніе ляписомъ слизистой оболочки и потемнѣніе ея, вслѣдствіе чего дальнѣйшее лѣченіе ляписомъ прекращено. Смазываніе мѣднымъ купоросомъ черезъ день. 23/I: Единичныя мелкія зерна. Слизистая оболочка гладкая, нѣсколько сѣроватая. Выписанъ.

27. В. Ж., 23 л., рядовой, на службѣ съ 1901 г., боленъ около 4 мѣс. 12/IX: Пропитываніе подслизистой ткани нижняго и верхняго вѣка праваго глаза. Много зеренъ. Незначительное отдѣленіе. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 13/IX: Цинкъ. 15/IX: Зерна частью выдавлены. Примочка съ кокаиномъ. 16/IX: Цинкъ. 10/XI: Пропитываніе прошло. Отдѣльныя зерна и очень незначительная набухлость. Наблюденіе прервано по независящимъ обстоятельствамъ.

28. П. С., 22 л., рядовой, на службѣ съ 1901 г., боленъ около 8 мѣс. 12/IX: Многочисленныя зерна на слизистой оболочкѣ обоихъ глазъ. Набухлость слизистой оболочки и пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ. Отдѣленіе небольшое. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 13/IX: Раздраженія нѣтъ. Цинкъ. 12/XI: Единичныя зерна. Набухлость и пропитываніе незначительныя. Смазываніе продолжается. 15/IX: Внезапное сильное раздраженіе. Значительная набухлость. Налитіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. Отправленъ въ лѣчебное заведеніе.

29. И. К., рядовой 1901 г. 12/IX: Незначительное пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ. На слизистой оболочкѣ нижнихъ и верхнихъ вѣкъ рядами сидящія зерна. Наполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока. Дов. обильное отдѣленіе. Рыхлость слизистой оболочки. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 13/IX: Цинковыя капли. 14/IX: Сильное раздраженіе и обильное отдѣленіе. Ляписъ временно отмѣненъ. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ихтаргана. 21/IX: Раздраженіе прошло. Ихтарганъ отмѣненъ. Вновь смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 4/XII: Незначительное отдѣленіе. Немного зеренъ, преимущественно на слизистой оболочкѣ нижнихъ вѣкъ. Слизистая оболочка верхнихъ вѣкъ дов. гладка. 3/I: Зерна частью выдавлены. Примочка съ кокаиномъ. 5/I: Смазыванія 1%-мъ растворомъ ляписа продолжаются. 29/I: Снова раздраженіе. Ляписъ временно отмѣненъ. Смазываніе 1%-мъ растворомъ таннина. 17/IX: Явленія раздраженія прошли. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 23/II: Снова раздраженіе. Ляписъ оставленъ. Смазываніе 4%-мъ растворомъ таннина. Лѣченіе продолжается.

30. П. С., 23 л., рядовой, на службѣ съ 1900 г., боленъ 5 мѣсяцъ. 12/IX: На верхней переходной складкѣ праваго глаза крупныя зерна. На слизистой оболочкѣ нижнихъ вѣкъ, сильно набухлой и легко кровоточивой, многочисленныя зерна. На верхнемъ вѣкѣ лѣваго глаза слѣды хроническаго катарра. Отдѣленіе небольшое. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 13/IX: Цинкъ и т. д. 7/X: Зерна на верхнемъ вѣкѣ хорошо разсосались. Слизистая оболочка нижнихъ вѣкъ становится глаже. Отдѣленія немного. 29/XI: Слизистая оболочка верхнихъ вѣкъ здорова; на нижней слѣды хроническаго катарра. Выписанъ.

31. М. Р., 26 л., рядовой, на службѣ съ 1899 г., боленъ около 10 мѣс. 12/XI: На слизистой оболочкѣ нижнихъ вѣкъ складки. Значительное пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ вѣкъ;

Сравнительная таблица результатовъ лѣченія въ болѣе или менѣе одинаковыхъ случаяхъ трахомнаго пораженія соединительной оболочки вѣкъ ихтарганомъ, ляписомъ и сулемой въ глицеринѣ.

Имена, фамиліи, лѣта и срокъ службы больныхъ.	Явленія до лѣченія.	Чѣмъ лѣчился?	Сколько времени?	Результаты.
А. П., 23 л., на службѣ съ 1901 г.	Пропитываніе подслизистой ткани верхнихъ и нижнихъ вѣкъ. Значительная набухлость слизистой оболочки. Многочисленныя зерна. Гнойное отдѣленіе. Наполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока.	1%-мъ растворомъ ихтаргана.	7 мѣсяцевъ.	Отдѣльныя зерна. Пропитываніе подслизистой ткани только на верхней переходной складкѣ. Отдѣленіе незначительное.
С. С., 23 л., съ 1901 г.		Тоже.	Тоже.	Отдѣленія мало, слизистаго характера. Слизистая оболочка гладка.
М. Ч., 23 л., съ 1901 г.		Растворомъ сулемы въ глицеринѣ (gtj—ʒj).	Тоже.	Отдѣльныя зерна на нижнихъ вѣкахъ; на верхнихъ только сосочки. Набухлость слизистой оболочки и пропитываніе подслизистой ткани вѣкъ незначительное.
П. Е., 23 л., съ 1901 г.		Тоже.	Тоже.	Пропитываніе подслизистой ткани и набухлость слизистой оболочки незначительны. На верхнихъ вѣкахъ сосочки; на нижнихъ зерна. Отдѣленія нѣтъ.
Б. М., 24 л., съ 1900 г.		1%-мъ растворомъ ляписа.	Тоже.	Окрашиваніе слизистой оболочки въ темный цвѣтъ. Многочисленныя зерна на слизистой оболочкѣ верхнихъ вѣкъ. Отдѣленіе, набухлость слизистой оболочки и пропитываніе подслизистой ткани значительныя.
И. С., 26 л., съ 1899 г.		Тоже.	Тоже.	Отдѣльныя зерна. Набухлость слизистой оболочки и наполненіе кровью соединительной оболочки глазного яблока незначительны. На верхнихъ вѣкахъ сосочки.

Изъ этихъ параллельныхъ случаевъ видно, что лучшіе результаты получаются при лѣченіи ихтарганомъ.

15 случаевъ трахомы, въ которыхъ примѣнено было лѣченіе 1%-мъ растворомъ ихтаргана, можно раздѣлить на слѣдующія группы:

		Выздоровленіе.	Улучшеніе.	Ухудшеніе.	Продолжительность лѣченія.
Воспалительная трахома (пропитываніе подслизистой ткани, набухлость слизистой оболочки, отдѣленіе).	10	3	6	1	У выздоровѣвшихъ: 1½, 4½ и 5 мѣс. въ 2-хъ первыхъ случаяхъ примѣнялось частичное выдавливаніе зеренъ.
Воспалительная трахома, осложненная сосудистымъ воспаленіемъ роговицы.	2	2 (отъ pannus'a).	2 (въ состояніи слизистой оболочки вѣкъ).	—	Pannus'a—1½ и 3½ недѣли.
Зернистая трахома безъ воспалительныхъ явленій или съ легкими воспалительными явленіями.	3	3	—	—	2 и 2½ мѣс. Въ 2-хъ случаяхъ примѣнялось частичное выдавливаніе зеренъ.

Изъ этой таблицы видно, что наибольшій успѣхъ въ лѣченіи ихтарганомъ выпалъ на долю зернистой трахомы и сосудистаго воспаленія роговицы. Лѣченіе воспалительной трахомы ихтарганомъ можно отнести къ числу удачныхъ; ухудшеніе наблюдалось только въ 1 случаѣ.

9 случаевъ трахомы, въ которыхъ примѣнено было лѣченіе растворомъ сулемы въ глицеринѣ, можно раздѣлить на слѣдующія группы:

		Выздоровленіе.	Улучшеніе.	Ухудшеніе.	Продолжительность лѣченія у выздоровѣвшихъ.
Воспалительная трахома.	8	2	1	5	2 и 5 мѣс. Обоимъ сдѣлано частичное выдавливаніе.
Зернистая трахома.	1	1	—	—	1 мѣс. Въ началѣ лѣченія сдѣлано частичное выдавливаніе.

Въ 5 случаяхъ ухудшенія послѣ лѣченія сулемой больные стали пользоваться 1%-мъ растворомъ ихтаргана, что дало слѣдующій результатъ:

	Выздоровленіе.	Улучшеніе.	Ухудшеніе.	Безъ результатовъ.	
5	1	2	1	1	Выздоровленіе послѣдовало въ 3 мѣс.

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть, что послѣ нѣкотораго улучшенія при лѣченіи ихтарганомъ наступило, какъ видно изъ вышеприведенныхъ исторій болѣзни, нѣкоторое обостреніе процесса. Въ такихъ случаяхъ я пользовался 4%-мъ растворомъ таннина, послѣ чего опять продолжалъ лѣченіе ихтарганомъ.

7 случаевъ, въ которыхъ примѣнено было лѣченіе 1%-мъ растворомъ ляписа, можно также раздѣлить на 2 группы:

		Выздоровленіе.	Улучшеніе.	Ухудшеніе.
Воспалительная трахома	6	—	5	1
Зернистая трахома съ незначительными воспалительными явленіями .	1	—	1	—

на переходной складкѣ послѣднихъ тоже многочисленныя зерна. Отдѣленіе небольшое. Смазываніе 1%-мъ растворомъ ляписа. 13/IX: Цинкъ и т. д. 12/XI: Зерна на слизистой оболочкѣ верхнихъ вѣкъ хорошо разсасываются; на нижнихъ многочисленныя зерна. Складки слизистой оболочки. Набухлость дов. большая. 3/I: Зерна на слизистой оболочкѣ нижнихъ вѣкъ частью выдавлены. Примочка съ коканномъ. 13/III: Значительныя складки и небольшая набухлость слизистой оболочки нижнихъ вѣкъ. Сосочки на слизистой оболочкѣ верхнихъ вѣкъ. Единичныя зерна. Лѣченіе продолжается.

Уже при бѣгломъ взглядѣ на результаты параллельнаго лѣченія видно, что преимущество выпадаетъ на долю ихтаргана какъ по числу выздоровѣвшихъ больныхъ, такъ и по числу улучшеній. Ихтарганомъ можно пользоваться очень долгое время, не вызывая ни раздраженія слизистой оболочки, ни аргироза; между тѣмъ какъ лѣченіе воспалительной трахомы ляписомъ, а въ особенности сулемой въ рѣдкихъ случаяхъ удавалось довести до конца. Изъ 8 случаевъ, въ которыхъ примѣнено было лѣченіе сулемой, въ 5 получилось такое раздраженіе слизистой оболочки, что дальнѣйшее лѣченіе въ нихъ было проведено уже съ ихтарганомъ и возвращаться къ сулемѣ я болѣе не рѣшался. Хотя ляписъ и не давалъ такого сильнаго раздраженія, но изъ 6 случаевъ только въ 1 удалось достигнуть благопріятнаго результата, не оставляя совершенно ляписа. Въ другихъ уже вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки или пропитыванія послѣдней ляписомъ приходилось переходить на болѣе легкія средства и уже послѣ этого снова возвращаться къ ляпису. Лѣченіе воспалительной трахомы требовало вдвое больше времени, чѣмъ зернистой, среднее время лѣченія которой можно считать 2 мѣсяца. Здѣсь необходимо упомянуть, что, какъ только стихали явленія раздраженія, я пользовался частичнымъ выдавливаніемъ зеренъ, что оказывало крайне благопріятное вліяніе на теченіе болѣзни. Въ 2 случаяхъ воспалительной трахомы, осложнившейся сосудистымъ воспаленіемъ роговицы, я примѣнилъ 1%-ный растворъ ихтаргана и могъ оцѣнить его хорошія стороны. Полное выздоровленіе отъ pannus'a въ одномъ случаѣ послѣдовало на 10—11-ый день, въ другомъ—въ концѣ 4-ой недѣли. Состояніе слизистой оболочки значительно улучшилось. Дѣйствіе 1½-%-го раствора ихтаргана гораздо энергичнѣе, но въ тоже время, при длительномъ употребленіи, влечетъ за собой разрыхленіе слизистой оболочки; а 2%-ный растворъ ихтаргана я примѣнилъ лишь въ 1 случаѣ хронической трахомы въ видѣ капель, но, такъ какъ при этомъ получилось сильное раздраженіе, то отъ дальнѣйшихъ попытокъ его примѣненія я воздержался.

На основаніи всего вышеизложеннаго я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ.

1. Ихтарганъ даетъ гораздо большій % улучшеній и выздоровленій, чѣмъ сулема и ляписъ.

2. При длительномъ употребленіи ихтарганъ рѣже вызываетъ раздраженіе, аргирозъ и другія нежелательныя явленія.

3. Благодаря совмѣстному дѣйствію серебра и ихтіола, ихтарганъ благотворно вліяетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ одинъ ляписъ или сулема производятъ только одно раздраженіе.

4. Частичное выдавливаніе зеренъ ослабляетъ силу трахомнаго процесса, ускоряетъ разсасываніе зеренъ и тѣмъ значительно сокращаетъ время лѣченія.

5. Выдавливаніе слѣдуетъ производить въ то время, когда явленія воспаленія и раздраженія достаточно стихнутъ.

Въ запущенныхъ случаяхъ воспалительной трахомы всего вѣрнѣе дѣйствуетъ смѣшанное лѣченіе съ ихтарганомъ, т. е. послѣ длительнаго лѣченія ихтарганомъ слѣдуетъ временно перейти на мѣдный купоросъ или таннинъ, или на другія средства, чтобы затѣмъ снова вернуться къ ихтаргану.

7. Сосудистое воспаленіе роговицы (pannus) хорошо протекаетъ подъ смазываніемъ 1%-наго раствора ихтаргана.

8. Воспалительная трахома требуетъ для лѣченія при-

ная продолжительность лѣченія послѣдней при частичномъ выдавливаніи—около 2-хъ мѣсяцевъ.

9. Ихтарганъ представляетъ хорошее вспомогательное средство при лѣченіи трахомы и ея осложненій, но не больше.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Изъ Berlin'a.

Перепроизводство въ области медицинской журналистики въ Германіи. Открытіе Академіи практической медицины въ Koeln'ѣ. Отрицательное отношеніе врачей Hamburg'a и Frankfurt'a a/M. къ вопросу объ устройствѣ Академій въ этихъ городахъ. Чествованіе проф. Salkowsk'aго.

Слѣдить за нѣмецкой періодической медицинской литературой съ каждымъ годомъ становится все труднѣе и труднѣе вслѣдствіе непомѣрнаго роста числа журналовъ; даже врачъ-спеціалистъ, располагающій нѣкоторымъ досугомъ для чтенія, не въ состояніи прочитать всего того, что пишется по его спеціальности въ повременной литературѣ, такъ какъ даже самой мелкой отрасли медицины посвящено нѣсколько повременныхъ изданій; по списку журналовъ за 1903 г. медицинскихъ періодическихъ изданій на нѣмецкомъ языкѣ выходило *230*. Въ 1904 г. ихъ отмѣчено уже *240*! За 1 годъ слѣд., прибавилось 10 журналовъ! Соотвѣтствуетъ-ли этотъ необычайный ростъ потребностямъ жизни? Неужели развитіе медицинской науки идетъ такими гигантскими шагами, что 230 журналовъ не могутъ вмѣстить плодовъ научнаго труда и неизбѣжно необходимо открыть для избытка научныхъ трудовъ страницы еще 10 журналовъ? Всякій, кому приходится много читать нѣмецкіе медицинскіе журналы за послѣдніе годы, не только не ощущалъ въ нихъ избытка новаго научно-цѣннаго матеріала, но очень часто чувствовалъ, что его не хватаетъ во многихъ какъ мало распространенныхъ, такъ и въ большихъ изданіяхъ. Не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что въ нѣмецкой періодической печати въ настоящее время имѣется крупное перепроизводство и что это явленіе вредно отзывается какъ на научной, такъ на практической жизни врачей. Не смотря, однако, на то, что это зло чувствовалось и сознавалось большинствомъ врачей, въ медицинской печати этотъ вопросъ всегда обходился молчаніемъ, и только теперь д-ръ *Hans Kohn* рѣшился заговорить объ этомъ въ «Deutsche medicinische Wochenschrift». Поводомъ для этого, вѣроятно, послужило объявленіе о выходѣ въ свѣтъ новаго большого еженедѣльнаго медицинскаго журнала въ Berlin'ѣ.

Чтобы понять, почему въ Германіи медицинскіе журналы теперь ростутъ, какъ грибы, между тѣмъ какъ Россіи почти ежегодно сходитъ со сцены то или другое заслужившее себѣ уваженіе повременное изданіе, нужно знать, какъ въ настоящее время возникаетъ здѣсь въ большинствѣ случаевъ такой журналъ и чѣмъ и при какихъ условіяхъ онъ поддерживаетъ свое существованіе? Нужно замѣтить, что замѣтки о прекращеніи выхода въ свѣтъ медицинскихъ журналовъ здѣсь приходится читать крайне рѣдко. Помощникомъ новаго изданія въ послѣднее время почти всегда является книгопродавецъ—издатель; рѣшившись основать—разумѣется, изъ коммерческихъ соображеній—медицинскій журналъ, онъ обращается къ болѣе или менѣе извѣстному, а иногда и къ совсѣмъ—неизвѣстному врачу съ предложеніемъ взять на себя редакцію новаго журнала. Отъ такой чести ни одинъ врачъ, какъ-бы занятъ онъ ни былъ, не отказывается. Новоиспеченный редакторъ прежде всего заботится о томъ, чтобы придать своему изданію солидный видъ, и обращается къ нѣсколькимъ знаменитымъ профессорамъ съ просьбой дать свои имена для помѣщенія ихъ въ заголовкѣ журнала въ качествѣ соредакторовъ или постоянныхъ сотрудниковъ. Знаменитости большею частью соглашаются на это, такъ какъ это ихъ ни къ чему не обязываетъ и нисколько не затрудняетъ. Болѣе труднымъ дѣломъ является для новаго редактора найти достаточно литературнаго матеріала. Но тутъ выручаетъ его развившаяся въ послѣднее время среди нѣмецкихъ врачей до крайности «страсть печататься». Стоитъ только написать нѣсколько дюжинъ писемъ къ болѣе или менѣе извѣстнымъ и неизвѣстнымъ врачамъ съ просьбой прислать статью на заданную тему, и можно быть увѣреннымъ, что большинство изъ нихъ откликнется на этотъ вызовъ. Что редакторы новыхъ журналовъ, въ самомъ дѣлѣ, бываютъ иногда вынуждены прямо охотиться за авторами, знаетъ всякій, кто хоть одинъ разъ напечаталъ какую-либо оригинальную статью въ нѣмецкомъ журналѣ: онъ, навѣрное, черезъ нѣсколько дней получитъ письмо отъ какого-нибудь новаго редактора съ просьбой прислать какой-либо трудъ изъ подъ его «высокочтимаго» пера. Эта погоня за статьями и возможность легко помѣстить ихъ развращающимъ образомъ дѣйствуетъ на молодыхъ авторовъ, которые сплошь и рядомъ находятъ возможнымъ помѣщать самыя небольшія малоцѣнныя работы сразу въ нѣсколькихъ журналахъ и вездѣ въ видѣ оригинальныхъ статей: въ одномъ журналѣ работа печатается въ видѣ предварительнаго сообщенія, въ другомъ—очень подробно, въ третьемъ—въ видѣ извлеченія изъ доклада о томъ-же предметѣ въ ученомъ Обществѣ, а въ четвертомъ—подъ другимъ заглавіемъ и съ другой точки зрѣнія. Это стремленіе видѣть какъ можно чаще свое имя въ печати ведетъ къ обнародованію незаконченныхъ работъ, недостаточно провѣренныхъ наблюденій и, безъ сомнѣнія, вредно отзывается на всемъ развитіи медицинской науки, загромождая литературу ненужнымъ балластомъ. Къ сожалѣнію, слѣдуетъ признать, что, не малая доля вины при этомъ падаетъ на профессоровъ, стоящихъ во главѣ клиническихъ и научныхъ учрежденій. Большинство изъ нихъ считаетъ для себя очень важнымъ, чтобы изъ завѣдываемаго ими института выходило какъ можно больше научныхъ работъ, и поэтому всѣ младшіе и старшіе врачи этихъ учрежденій усиленно поощряются къ печатанію своихъ произведеній какъ можно чаще; на качество при этомъ обращается мало вниманія. Даже въ Berlin'ѣ имѣются университетскія учрежденія, руководимыя выдающимися профессорами, откуда ежегодно выходитъ большое количество печатныхъ работъ, достоинство коихъ далеко не всегда стоитъ на высотѣ строгихъ научныхъ требованій. Особенно непріятно дѣйствуетъ на читателя непомѣрная длина самыхъ незначительныхъ по содержанію статей. Авторы сильно разводятъ свои статьи литературными справками, слишкомъ усердно занимаются критикой чужихъ работъ, а то, что они сами имѣютъ сказать, умѣщается въ нѣсколькихъ строкахъ, статья-же, между тѣмъ, занимаетъ много печатныхъ столбцовъ. Тяжела участь современнаго референта, которому по обязанности приходится прочитывать цѣлый рядъ медицинскихъ журналовъ; очень часто ему приходится по прочтеніи длинной статьи недоумѣвать, зачѣмъ она была написана и напечатана и отъ души сожалѣть о безплодно потерянномъ времени. Вернусь, однако, къ новому журналу. Редакторъ его, конечно, не получитъ новыхъ дѣйствительно цѣнныхъ работъ; о матеріалѣ, которымъ онъ наполнитъ свой журналъ, можно будетъ лишь сказать, что то, что въ немъ хорошо, не ново, а что ново, то нехорошо; онъ, конечно, не можетъ при этихъ условіяхъ привлечь много подписчиковъ, да, если-бы достоинства его журнала и были даже значительно выше, и тогда нельзя разсчитывать, чтобы всѣ 240 изданій нашли для себя достаточное число подписчиковъ. Чѣмъ-же обезпечивается существованіе такого журнала? Единственнымъ надежнымъ источникомъ дохода для него являются объявленія, и издатели поэтому пускаютъ въ ходъ всѣ свои коммерческія уловки для того, чтобы этотъ отдѣлъ журнала развился какъ можно пышнѣе. И это имъ большею частью удается, но, къ сожалѣнію, въ ущербъ редакціонной части. Дѣло въ томъ, что главными поставщиками объявленій являются фабрики фармацевтическихъ препаратовъ, для которыхъ реклама—главное средство для увеличенія сбыта своихъ издѣлій. Давая объявленія въ новый или мало распространенный журналъ, владѣлецъ фабрики довольно недвусмысленно намекаетъ, что желалъ-бы видѣть въ журналѣ похвальную статью о томъ или другомъ изъ своихъ препара-

товъ. Подобныя статьи сочиняются за деньги особыми спеціалистами этого дѣла, и редакторъ, скрѣпя сердце, помѣщаетъ ихъ въ своемъ журналѣ. Разумѣется, научныя достоинства этихъ статей дѣлаютъ мало чести именамъ профессоровъ, помѣщенныхъ на заголовкѣ журнала. Зависимость редакціоннаго отдѣла журнала отъ объявленій сказывается еще и въ томъ, что редакторъ не можетъ помѣщать рѣзкихъ критическихъ статей о новыхъ препаратахъ, рекламы которыхъ помѣщены въ отдѣлѣ объявленій! Даже въ самыхъ крупныхъ и очень распространенныхъ еженедѣльникахъ такія рѣзкія осужденія фабричныхъ издѣлій попадаются крайне рѣдко. Вслѣдствіе такого порядка вещей становится понятнымъ, почему о новыхъ препаратахъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ ихъ появленія въ свѣтъ уже имѣется обширная похвальная литература, которая и доставляется безплатно всѣмъ врачамъ. Понятнымъ также становится непомѣрный количественный ростъ медицинской журналистики, развивающейся совершенно независимо отъ развитія медицинской науки и отъ требованій врачебной практики. Наоборотъ, практическій врачъ, несомнѣнно, страдаетъ отъ необыкновеннаго обилія повременныхъ изданій, изъ которыхъ каждое, взятое въ отдѣльности, не въ состояніи удовлетворить его потребностямъ; а много заразъ онъ одолѣть не въ состояніи. Часто ему приходится поэтому довольствоваться чтеніемъ реферирующихъ журналовъ, которыхъ также въ послѣднее время развилось не мало. Къ сожалѣнію, рефераты большею частью составляются въ нихъ слишкомъ кратко и неполно, и чтеніе ихъ не даетъ вѣрнаго представленія объ оригиналѣ. Вообще усвоеніе литературы по однимъ лишь рефератамъ даетъ такое-же неосновательное и поверхностное знакомство съ предметомъ, какъ изученіе какой-либо науки по плохо составленному краткому конспекту.

Такое ненормальное состояніе нѣмецкой медицинской журналистики, по мнѣнію д-ра *Hans*'а *Cohn*'а, можетъ быть въ значительной мѣрѣ упорядочено вліяніемъ свыше, т. е. со стороны академическихъ преподавателей: профессора должны позаботиться о томъ, чтобы ихъ ученики и ассистенты поменьше писали и печатались; они должны выпускать въ свѣтъ лишь зрѣлыя и законченныя работы; профессора не должны такъ щедро давать разрѣшеніе пользоваться ихъ именами и содѣйствовать тому, чтобы ихъ ассистенты ради матеріальныхъ выгодъ устраивались редакторами новыхъ журналовъ. Честь быть редакторомъ журнала хотя и велика, но отъ нея слѣдуетъ отказаться въ тѣхъ случаяхъ, когда есть основаніе думать, что новый журналъ не соотвѣтствуетъ потребностямъ научной и практической жизни. По моему, для упорядоченія медицинской журналистики, прежде всего необходимо поставить редакторовъ въ совершенно независимое положеніе отъ издателей. Юридически такая независимость, якобы, существуетъ, но на дѣлѣ ея нѣтъ, а безъ этой независимости журналъ не можетъ держаться на должной высотѣ.

Помимо перепроизводства въ области медицинской печати, нѣмецкіе врачи опасаются въ настоящее время другого рода перепроизводства, а именно чрезмѣрнаго увеличенія числа профессоровъ вслѣдствіе возникновенія новаго типа высшихъ учебныхъ заведеній, т. наз. «Академій практической медицины». 10-го октября въ Koeln'ѣ уже торжественно была открыта 1-ая Германская Академія практической медицины, и это обстоятельство побудило врачей Frankfurt'а a/M. и Hamburg'а выразить публично свое отрицательное отношеніе къ этому новому виду высшихъ учебныхъ заведеній. Прежде, чѣмъ коснуться мотивовъ такого критическаго отношенія, посмотримъ, что представляетъ изъ себя Koeln'ская Академія. Мысль объ основаніи учебныхъ заведеній, которыя давали-бы возможность только-что кончившимъ врачамъ отбывать требуемый съ нихъ по новому уставу годъ практики, появилась сейчасъ-же вслѣдъ за обнародованіемъ этого устава. Устраивать при университетахъ для этой цѣли особыя клиники было-бы слишкомъ дорого, да и не вполнѣ отвѣчало-бы цѣли. Естественно было использовать въ этихъ видахъ больничныя учрежденія крупныхъ не-университетскихъ городскихъ центровъ, приспособивъ ихъ для учебныхъ занятій. Кромѣ того, оказалось желательнымъ воспользоваться обширнымъ матеріаломъ этихъ больницъ для устройства курсовъ для врачей и низшаго медицинскаго персонала. Такимъ образомъ новыя Академіи являются городскими Университетами, назначенными исключительно для прохожденія практическаго года и для дальнѣйшаго усовершенствованія врачей какъ въ медицинѣ вообще, такъ и въ той или другой спеціальности въ частности. Студенты въ Академіи не принимаются. Городъ Koeln явился первымъ мѣстомъ, гдѣ была основана Академія, потому что городское Управленіе этого города въ прошломъ еще году ассигновало 4000000 мар. на расширеніе больницъ, и этимъ обстоятельствомъ рѣшено было воспользоваться, чтобы устроить все соотвѣтственно потребностямъ проэктированнаго учебнаго заведенія. По опубликованному теперь уставу Koeln'ской Академіи, она, будучи городскимъ учрежденіемъ, находится подъ вѣдѣніемъ министра народнаго просвѣщенія. Правленіе Академіи (Kuratorium), завѣдующее его дѣлами, составляется изъ городского головы, 2-хъ членовъ Министерства, 4-хъ городскихъ выборныхъ, 2-хъ профессоровъ Академіи, 1 представителя отъ центральнаго Комитета по устройству курсовъ для врачей и 1 врача, выбираемаго городскимъ Управленіемъ. Академія находится въ тѣсной связи съ близь лежащимъ Bonn'скимъ Университетомъ, такъ что нѣкоторые профессора Университета одновременно будутъ состоять и преподавателями Академіи. Остальные профессора назначаются изъ числа заслуженныхъ врачей, занимающихъ должности старшихъ врачей въ причисленныхъ къ Академіи больницахъ. Кромѣ ординарныхъ профессоровъ, имѣются еще чч. преподаватели. И тѣ, и другіе избираются Правленіемъ Академіи, но должны быть утверждены министромъ и королемъ (чч. преподаватели только министромъ). Кромѣ Правленія, имѣется еще академическій Совѣтъ, состоящій только изъ профессоровъ и вѣдающій чисто учебные вопросы. Во главѣ Академіи и Совѣта стоитъ т. наз. «завѣдующій» профессоръ.

Учебный планъ Академіи въ краткихъ чертахъ слѣдующій: 1) *Занятія практикантовъ*, отбывающихъ годъ практики. Каждый практикантъ 4 мѣсяца работаетъ въ терапевтическомъ отдѣленіи, 4-же мѣсяца въ хирургическомъ, а послѣднюю $^1/_3$ года, по выбору, въ одномъ изъ остальныхъ отдѣленій. Повсюду онъ получаетъ въ свое вѣдѣніе не менѣе 15 больныхъ, лѣченіемъ и наблюденіемъ которыхъ онъ занимается за отвѣтственностью ассистента. Практиканту дается при этомъ возможность изучать всѣ способы изслѣдованія и лѣченія, такъ какъ для этой цѣли устраиваются особые курсы. Кромѣ того, имѣется въ виду назначить особые часы для чтенія и бесѣдъ, на которыхъ будутъ разбираться избранныя главы изъ медицины. Особое вниманіе будетъ обращено на ознакомленіе молодыхъ врачей съ санитарнымъ законодательствомъ и общественной медициной. 2) *Усовершенствованіе врачей* составляетъ 2-ую задачу практической Академіи, и въ выполненіи ея принимаетъ участіе также центральный Комитетъ по устройству курсовъ для врачей. Для этой цѣли будутъ устраиваться особые курсы. Курсы эти существовали еще до открытія Академіи, такъ что въ этомъ отношеніи едвали будетъ сдѣлано что-нибудь новое. Для изученія спеціальности и полученія права называться спеціалистомъ придется въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ занимать мѣсто ассистента въ соотвѣтствующемъ отдѣленіи Академіи. Допускаться на эти мѣста ассистентовъ молодые врачи будутъ только послѣ отбытія практическаго года и по мѣрѣ освобожденія вакансій.

Академіи имѣютъ въ виду также заниматься и научными работами. Koeln'ская Академія располагаетъ 6-ью большими больницами и городской гигіэнической и бактеріологической лабораторіей. Преподавательскій персоналъ состоитъ изъ 10 профессоровъ, 11 чч. преподавателей и 9 врачей, которымъ поручено преподаваніе спеціальныхъ отраслей медицины. Во главѣ Академіи состоитъ проф. *Bardenheuer*.

Подобныя-же Академіи предположено открыть въ Düsseldorf'ѣ, Frankfurt'ѣ a/M. и Hamburg'ѣ. Объ устройствѣ городского медицинскаго факультета въ Frankfurt'ѣ говорилось и писалось много еще задолго до того, какъ рѣшено

было устроить Академію въ Koeln'ѣ; но не смотря на это, дѣло еще и теперь далеко до осуществленія. Оно тормазится противодѣйствіемъ мѣстныхъ врачей. Мѣстное врачебное Общество недавно посвятило 2 засѣданія подрядъ этому вопросу и въ результатѣ высказалось (144 голосами противъ 4) противъ необходимости устраивать Академію. Мотивировано такое рѣшеніе тѣмъ, что Академіи являются не подходящимъ учрежденіемъ для прохожденія практическаго года, что превращеніе городскихъ больницъ въ учебныя учрежденія произойдетъ въ ущербъ больнымъ; устраивать-же Академіи только для усовершенствованія врачей не стоитъ, такъ какъ курсы и безъ того ведутся во Frankfurt'ѣ въ достаточномъ количествѣ: деньги, которыя городъ намѣренъ потратить на Академію, лучше употребить на устройство новой больницы.

Въ этой мотивировкѣ Frankfurt'скихъ врачей, однако, чувствуется что-то недосказанное, что имѣетъ большее значеніе, чѣмъ вышеприведенное. Hamburg'скіе врачи оказались болѣе откровенными и въ своемъ протестѣ противъ группы врачей, подавшихъ въ мѣстный Сенатъ ходатайство объ открытіи медицинской Академіи, прямо заявили, что объ Академіяхъ хлопочутъ только тѣ изъ врачей, которые разсчитываютъ получить титулъ профессора или ч. преподавателя Академіи; противъ такой погони за титуломъ они считаютъ необходимымъ бороться, такъ какъ, помимо того, что явленіе это само по себѣ не симпатично, оно создаетъ несправедливое неравенство между практическими врачами. Профессорскій титулъ при открытіи Академіи достанется главнымъ образомъ врачамъ городскихъ больницъ, между тѣмъ какъ врачи, имѣющіе такое-же право на это званіе, но не состоящіе на городской службѣ, почувствуютъ себя обойденными.

Изъ сказаннаго, я думаю, не трудно заключить, что до открытія еще новыхъ Академій практической медицины пройдетъ нѣсколько лѣтъ, такъ какъ желательно будетъ убѣдиться, насколько Koeln'ская Академія оправдаетъ возлагаемыя на нее надежды.

11-го октября въ Berlin'ѣ чествовали заслуженнаго ученаго и труженика науки профессора патологической и физіологической химіи *Salkowsk*'аго по поводу 60-го дня его рожденія. Проф. *Salkowsky* вотъ уже 32 года состоитъ преподавателемъ химіи въ Berlin'скомъ Университетѣ; не смотря на то, что въ нѣмецкихъ университетахъ нѣтъ особой каѳедры для физіологической химіи, не смотря на то, что лабораторія получаетъ поэтому небольшія средства и представляетъ только часть патологическаго Института, проф. *Salkowsky* съумѣлъ поставить ее на такой высотѣ, что она служила и служитъ центромъ, куда съѣзжаются учиться и работать со-всѣхъ концовъ міра. Онъ продолжалъ оставаться въ этой тѣсной лабораторіи, не смотря на то, что ему предлагали штатныя каѳедры (фармакологіи) въ Rostock'ѣ, Bern'ѣ, Insbruck'ѣ и т. п. Изъ его лабораторіи, помимо большого числа работъ его учениковъ, вышло болѣе 200 очень важныхъ его собственныхъ изслѣдованій по различнымъ отдѣламъ физіологической химіи. Главное достоинство работъ проф. *Salkowsk*'аго заключается въ томъ, что, не смотря на то, что по содержанію онѣ часто имѣютъ теоретическій характеръ, онѣ все-же никогда не удалялись отъ практической медицины и всегда имѣли тѣсную связь съ ней. Изъ работъ проф. *Salkowsk*'аго особенно важны: изслѣдованія о гніеніи бѣлковъ, открытіе пентозуріи, цѣлый рядъ работъ объ окисленіи сахара въ организмѣ; очень важны его работы по изслѣдованію бродилъ, по самопереваривaнію, разсасыванію омертвѣвшихъ тканевыхъ элементовъ и т. д. Въ молодости проф. *Salkowsky* былъ ассистентомъ проф. *Leyden*'а въ Koenigsberg'ѣ и усердно работалъ въ клиникѣ; впослѣдствіи онъ поэтому принялъ дѣятельное участіе въ выработкѣ химическихъ способовъ изслѣдованія для клиническихъ цѣлей. Имъ, вмѣстѣ съ *Leube*, составленъ большой учебникъ анализа мочи. Другое составленное имъ практическое руководство для работы по физіологической химіи служитъ въ настоящее время настольной книгой для всѣхъ, желающихъ работать практически въ лабораторіи по медицинской химіи. Оно переведено на нѣсколько иностранныхъ языковъ. Въ теченіи 30 лѣтъ проф. *Salkowsky* работалъ бокъ о бокъ съ покойнымъ *Virchow*'омъ и своими химическими изслѣдованіями не мало содѣйствовалъ и помогалъ знаменитому патологу. Лабораторія проф. *Salkowsk*'аго до сихъ поръ является центромъ, куда направляется все, что представляетъ особый интересъ для химическаго изслѣдованія изъ области клинической медицины; въ ней, не смотря на ея тѣсноту, всегда работаетъ много молодыхъ врачей и ученыхъ, которые въ талантливомъ и симпатичномъ профессорѣ всегда встрѣчаютъ привѣтливое и внимательное отношеніе и интересъ къ ихъ работѣ. Проф. *Salkowsk*'ому посвященъ № 41 «Berliner klinische Wochenschrift«, состоящій изъ работъ его учениковъ и почитателей.

А. Коварскій.

Berlin. 7/20 октября 1904 г.

Объ основахъ изоляціи заразныхъ больныхъ въ больницахъ (проведеніе принциповъ изоляціи въ «Hôpital Pasteur» въ Paris'жѣ, въ «Дѣтской больницѣ» въ Berlin'ѣ, въ «Заразной» въ Stockholm'ѣ, въ «Острозаразной клиникѣ» и въ «Барачной въ память С. П. Боткина больницѣ» въ Петербургѣ [1]).

Задача всякой больницы вообще—способствовать возстановленію нарушеннаго здоровья больныхъ, поставивъ ихъ въ наилучшую для этой цѣли обстановку. Задача больницы для заразныхъ больныхъ еще 2-ая: помѣстивъ въ ней больного, избавить общество отъ распространенія заразы. Едва-ли въ XX вѣкѣ можно сомнѣваться, что эти задачи должны идти параллельно. Принимая заразнаго больного, больница должна всѣми доступными, соотвѣтствующими современнымъ занятіямъ способами обезпечить его отъ полученія какой-либо другой заразной болѣзни. Если больница этого не выполняетъ, то она не можетъ избавить и общество отъ заразы, такъ какъ нѣкоторые больные выйдутъ изъ нея въ зачаточномъ періодѣ какой-нибудь болѣзни. Каковы эти требованія для безопасности больного въ больницѣ и какъ они могутъ быть выполнены—и составляетъ предметъ моего сообщенія.

Старый взглядъ видитъ выполненіе этой задачи въ безусловной изоляціи по типу строгаго карантина. Новый взглядъ, систематически проводимый *Granchet* въ «Hôpital des enfants malades» въ новомъ «Hôpital *Pasteur*» въ Парижѣ состоитъ въ томъ, что разныхъ больныхъ можно изолировать въ одномъ и томъ-же помѣщеніи, примѣняя къ нимъ антисептику, подобно хирургической.

Въ основѣ 1-го взгляда лежитъ мрачное убѣжденіе, что воздухъ, окружающій больныхъ, заразителенъ и человѣкъ, соприкасавшійся съ нимъ, воспринимаетъ заразу и опасенъ для остальныхъ людей. Поэтому такой человѣкъ долженъ быть отрѣзанъ отъ остального міра. Практически этотъ взглядъ предполагается осуществимымъ тѣмъ, что для каждой формы заразныхъ болѣзней будетъ выстроено отдѣльное изолированное помѣщеніе. Персоналъ этого помѣщенія долженъ быть отрѣзанъ отъ всего міра. Онъ признается какъ-бы неизбѣжно обреченнымъ на заразу. Такой взглядъ у легковѣрныхъ вселяетъ ужасъ къ заразнымъ больнымъ и къ тѣмъ, кто съ ними соприкасался. Если держаться этого взгляда, то нельзя понять, какъ можно выписать больного безъ заразы и въ тоже время считать заразнымъ персоналъ?

Въ основѣ 2-го взгляда лежитъ свѣтлое убѣжденіе, что есть полная возможность избѣгнуть заразы, имѣя дѣло съ заразнымъ больнымъ, и обезпечить больного отъ другихъ заразныхъ болѣзней.

Приверженцы этого взгляда не считаютъ нужнымъ отрѣзывать ухаживающій персоналъ отъ всего міра и привязывать его къ больнымъ какой-либо одной формой. Напротивъ, такъ какъ можно обезпечить и себя, и больного отъ заразы, то одинъ и тотъ-же человѣкъ можетъ сопри-

[1]) Сообщено въ Обществѣ больничныхъ врачей въ Петербургѣ 15/IV 1904 г.

касаться съ больными разными формами заразныхъ болѣзней, слѣд. и со здоровыми людьми.

Этотъ второй взглядъ проводитъ въ госпитальную практику съ 1889 г. проф. *Grancher*. Онъ доказалъ, что устройство изолированныхъ помѣщеній въ «Hôpital des enfants malades» для коревыхъ и дифтерійныхъ не повліяло на число внутреннихъ зараженій въ больницѣ этими болѣзнями, и выдвинулъ на первый планъ требованіе медицинской антисептики, подобно тому, какъ это примѣняется въ хирургической и акушерской дѣятельности. Эти требованія *Grancher* въ 1889 г. выразилъ такъ: 1) Устранить по возможности загрязненіе воздуха (*Grancher* доказалъ, что воздухъ является переносчикомъ заразы только посредственно, поскольку въ него попадаетъ отъ больного заразный матеріалъ). 2. Избѣгнуть или уменьшить опасное прикосновеніе. 3. Обеззаразить всѣ подозрительные предметы. Для практическаго осуществленія этихъ положеній *Grancher* прежде всего потребовалъ увеличенія больничнаго персонала и улучшенія состава его. Въ своемъ трудѣ «10-лѣтняя статистика противогнилостнаго отдѣленія» *Grancher* доказалъ, что при соблюденіи этихъ правилъ можно изолировать больного въ общей палатѣ, отдѣляя его отъ соприкосновенія съ другими больными рѣшетчатою ширмой. Подходящій къ такому больному врачъ или сидѣлка надѣваетъ халатъ и колпакъ; уходя, они обмываютъ руки обеззараживающимъ растворомъ. Всѣ предметы, бывшіе съ соприкосновеніи съ такимъ больнымъ, стерилизуются. О результатѣ своего опыта *Grancher* выразился такъ: гдѣ сидѣлка антисептична, тамъ и дверь ненужна; гдѣ она не антисептична, тамъ и дверь не воспрепятствуетъ заразѣ. Съ антисептикой изоляція больного, даже несовершенная, даетъ блестящій результатъ; безъ нея изоляція, даже въ совершенно отдѣльныхъ комнатахъ, не избавитъ отъ зараженія. Такимъ образомъ изоляція за отдѣльными стѣнами отходитъ на второй планъ.

Примѣняя свой способъ, *Grancher* могъ избѣгнуть въ общей палатѣ всѣхъ зараженій, кромѣ кори и вѣтренной оспы. Это обстоятельство онъ объясняетъ заразительностью названныхъ болѣзней до распознаванія ихъ. Зараженія корью уменьшились втрое (съ 3% до 1%) со времени примѣненія антисептической изоляціи, какъ по сравненію съ предыдущимъ періодомъ, такъ и по сравненію съ другими залами, гдѣ такой изоляціи не примѣнялось.

Въ основу постройки «Hôpital *Pasteur*» *Roux* положилъ слѣдующія требованія: 1. Изоляція — наивозможно совершенная. 2. Легко выполнимое обмываніе комнатъ водой и обеззараживаніе ихъ. 3. Наибольшій комфортъ, но безъ роскоши. 4. Ограничиться необходимой мебелью.

«Hôpital *Pasteur*» состоитъ изъ 2-хъ 2-этажныхъ каменныхъ павильоновъ—для заразныхъ больныхъ и амбуляторнаго павильона. Работалъ пока только одинъ павильонъ. Въ немъ 24 отдѣльныхъ комнаты по 1 кровати въ каждой, 2 общихъ зала для выздоравливающихъ по 12 кроватей и 5 комнатъ съ 2 кроватями для дѣтей съ матерями. Полы и нижняя часть стѣнъ—керамиковыя, верхняя часть внутренней стѣны—стеклянная. Комнаты выходятъ на террасу стеклянными дверями, что позволяетъ посѣтителямъ видѣть больныхъ, не входя къ нимъ. Между комнатами широкій центральный корридоръ. Объемъ комнаты 39 к. м.; мебель ея: кровать, столъ, стулъ и умывальникъ.

Дѣйствуетъ госпиталь по слѣдующему порядку: Больные, желающіе поступить въ него, приходятъ въ амбуляторный павильонъ. Незаразные больные идутъ въ ожидальную, а больной, у котораго предполагается заразное заболѣваніе, отводится сестрой милосердія въ отдѣльную комнату, гдѣ его сейчасъ-же осматриваетъ дежурный врачъ. Если больной окажется, дѣйствительно, заразнымъ, то сестра проводитъ его въ павильонъ въ пріемную комнату. Въ эту комнату входитъ сестра павильона, и обѣ сестры, надѣвъ халаты, раздѣваютъ больного. Платье его складывается въ металлическій сосудъ съ крышкой. На больного надѣваютъ госпитальную рубашку и кладутъ его на передвижную кровать. Сестра, вымывъ руки, собираетъ затѣмъ свѣдѣнія о больномъ и даетъ нужныя указанія доставившимъ больного роднымъ. Если доставленный больной оспенный, то роднымъ прививается оспа, и они, вымывъ руки сулемой, уходятъ другимъ ходомъ (чтобы не встрѣтиться съ новымъ больнымъ). Тогда входитъ служитель и, надѣвъ снятый амбуляторной сестрой халатъ, отводитъ больного въ назначенную ему комнату, гдѣ все уже обеззаражено и готово для пріема больного. Какъ комната въ амбуляторномъ павильонѣ, такъ и пріемная заразнаго павильона послѣ каждаго больного обеззараживаются 1:50 *Javel*'евой воды. Часто больные направляются прямо въ павильонъ. Когда больной помѣщенъ въ своей комнатѣ, ему дѣлается ванна; потомъ приходитъ врачъ, изслѣдуетъ его, прививаетъ ему оспу, а, если ребенокъ моложе 3 л., то ему дѣлается предохранительное впрыскиваніе противудифтерійной сыворотки.

Первое время своего пребыванія въ госпиталѣ больной остается изолированнымъ. Все, что уносится изъ комнатъ, обеззараживается; что приносится, должно быть, по возможности, стерильно. Въ этихъ словахъ заключается идеалъ антисептическаго ухода за заразнымъ больнымъ. И этотъ идеалъ считается достижимымъ. Врачъ, изслѣдующій больного, или сестра милосердія, ухаживающая за нимъ, входя въ комнату, надѣваютъ халатъ, колпакъ или косынку и резиновыя калоши; уходя, моютъ лицо и руки обеззараживающимъ растворомъ. Полъ въ комнатѣ и панели обмываются 2 раза въ день обеззараживающимъ растворомъ. Если у больного имѣется шелушеніе, напр., послѣ скарлатины или оспы, то подъ кровать ему кладутъ смоченную обеззараживающимъ растворомъ простыню, смѣняемую черезъ нѣсколько часовъ.

Когда больной поправляется, его переводятъ въ залъ для выздоравливающихъ, гдѣ мебель также только самая необходимая. Покидаетъ госпиталь больной черезъ особую комнату, гдѣ его переодѣваютъ.

Понятно, что выполнить эти требованія можно только при особомъ персоналѣ. Въ «Hôpital *Pasteur*» все, касающееся ухода за больными, дѣлаютъ сестры; служителя выполняютъ только грубую работу по уборкѣ и обеззараживанію помѣщеній. На 3 павильона госпиталя имѣется 45 сестеръ милосердія. За годъ до открытія госпиталя директоръ и старшій врачъ его *Martin* читалъ сестрамъ подготовительный курсъ; кромѣ того, сестры каждую недѣлю собираются для выслушиванія лекцій, пополняющихъ ихъ знанія. На павильонъ назначается 12 сестеръ, несущихъ по очереди разныя обязанности по уходу за больными. Въ вѣдѣніи 1 сестры находятся 6 изолированныхъ больныхъ или 12 выздоравливающихъ. Ночью дежурятъ 2 или 3 сестры, смотря по надобности.

Сначала предполагалось назначить каждый этажъ павильона для одной формы болѣзни, но практика заставила помѣщать больныхъ безъ всякой группировки.

Посѣтители допускались къ больнымъ только въ исключительныхъ случаяхъ, при чемъ они принимали тѣже мѣры предосторожности, что и врачъ. Обыкновенно посѣтители могли видѣть больныхъ черезъ стеклянную дверь на террасу.

За все время съ 1/x 1900 г. по 1/x 1902 г. было 1480 больныхъ (134 чел. при больныхъ) съ различными заразными болѣзнями; между ними было 522 больныхъ тяжкой оспой.

На вопросъ, сколько было внутреннихъ зараженій при этой системѣ, можно отвѣтить слѣдующее. Одной больной, принятой за оспенную, не была сдѣлана прививка оспы; у нея оказалась скарлатина, а черезъ 2 недѣли она заболѣла оспой. Были 2 случая зараженія рожей.

Каждаго больного при выпискѣ д-ръ *Martin* снабжаетъ открытымъ письмомъ, съ просьбой сообщить ему въ 2-недѣльный срокъ о послѣдовавшемъ заболѣваніи. Онъ получилъ 3 заявленія о заболѣваніи оспой, при чемъ больной имѣлъ соприкосновеніе съ оспеннымъ больнымъ передъ поступленіемъ въ госпиталь и зараженіе его могло произойти такимъ путемъ.

Нельзя не признать, что результаты съ точки зрѣнія изоляціи получились прекрасные, и д-ръ *Martin* думаетъ, что устраивать по такому типу госпитали въ небольшихъ городахъ заставитъ необходимость; въ большихъ-же госпиталяхъ онъ допускаетъ общіе павильоны для однородныхъ больныхъ. Онъ высказывается однако противъ общихъ залъ даже для выздоравливающихъ и совѣтуетъ пользоваться для этой цѣли отдѣльными комнатами съ 2—3 кроватями.

По старому взгляду устроена и дѣйствуетъ Berlin'ская дѣтская больница «Das Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinder Krankenhaus». Въ докладѣ по поводу 10-лѣтія больницы въ 1900 г. ея директоръ проф. *Baginsky* говорилъ, что она еще не превзойдена по своему устройству.

Въ ней разсчитано 8 кв. м. на кровать при 4,5 м. высоты помѣщенія. Имѣются 4 павильона съ особымъ персоналомъ: для дифтерійныхъ, скарлатинныхъ, коревыхъ и коклюшныхъ. Кромѣ того, имѣется отдѣленіе для сомнительныхъ или неподходящихъ въ другія отдѣленія—карантинное отдѣленіе на 6 кроватей также съ отдѣльнымъ врачемъ и персоналомъ. Отъ персонала каждаго павильона требуется, чтобы онъ не соприкасался съ персоналомъ другихъ павильоновъ. Но, какъ я узналъ при посѣщеніи больницы въ 1900 г., это оставалось мертвой буквой.

Павильоны имѣютъ центральный широкій корридоръ съ большими окнами по концамъ; по обѣ стороны его расположены отдѣльныя комнаты для больныхъ.

Въ поликлиникѣ при входѣ врачъ сортируетъ больныхъ на незаразныхъ и заразныхъ. Для осмотра послѣднихъ, соотвѣтственно 4-мъ павильонамъ, имѣются 4 комнаты съ отдѣльнымъ ассистентомъ въ каждой.

Больница такимъ образомъ задается цѣлью групповой изоляціи, а не личной. Антисептическое веденіе больныхъ отходитъ на второй планъ.

Насколько больница защищаетъ отъ внутреннихъ зараженій, видно изъ того, что проф. *Baginsky* считаетъ отдѣльные случаи зараженія неизбѣжными и заботится лишь о томъ, чтобы не было внутреннихъ эпидемій. Въ своей

статьѣ объ изолированіи больныхъ со смѣшанными заразными болѣзнями, гдѣ онъ указываетъ, что больныхъ со смѣшанными со скарлатиной заразными формами нужно класть въ скарлатинное, а со смѣшанными съ корью въ коревое отдѣленіе, проф. *Baginsky* говоритъ: «благодаря этой организаціи, мы были пощажены отъ большихъ эпидемій»; отъ меньшихъ, слѣд., пощажены не были. И это понятно, такъ какъ въ скарлатинномъ отдѣленіи были и коклюшные, и дифтерійные, а въ коревомъ—имѣвшіе смѣшанныя со всѣми остальными формы. Слѣд., безусловность изоляціи является фикціей, а, такъ какъ на антисептичность персонала обращается меньше вниманія, то малыя вспышки внутреннихъ зараженій и остаются неизбѣжными.

И такъ, изоляція больныхъ съ персоналомъ доходитъ до того, что каждую форму болѣзни смотритъ отдѣльный врачъ. Но на сомнительныхъ больныхъ и на больныхъ со смѣшанными заразными болѣзнями принципъ изоляціи и не распространяется. Онъ былъ-бы выполненъ въ томъ случаѣ, если-бы было столько-же отдѣльныхъ зданій съ особымъ персоналомъ, сколько можетъ быть заразныхъ болѣзней съ ихъ сочетаніями. Нелѣпость стремиться къ этому—очевидна. Нарушается принципъ изоляціи и для врачей, какъ сортирующихъ больныхъ, такъ и для главнаго, обходящаго всѣ павильоны. Если они могутъ избавиться отъ переноса заразы, то непонятно, почему этого не могутъ достигнуть другіе—врачи и не врачи [1]).

Stockholm'ская больница для заразныхъ больныхъ «Stockholms epidemisjukhus» построена въ 1893 г. и открыла свои двери въ сентябрѣ этого года. Едва-ли нужно прибавлять, что всѣ усовершенствованія госпитальной техники примѣнены были при ея постройкѣ. Къ 1900 г. вслѣдствіе увеличенія числа больныхъ было выстроено въ ней еще 2 павильона, приблизительно того-же типа, какъ и основные, но съ тѣми улучшеніями, на которыя указалъ опытъ [2]).

Въ настоящее время больница эта имѣетъ 8 каменныхъ павильоновъ разной величины, изъ коихъ 4—2-этажные. Въ общихъ палатахъ на больного приходится при максимальномъ заполненіи около 26 к. м., при разстояніи кроватей въ 0,8 м. За больными ухаживаютъ сестры милосердія и ихъ помощницы, прошедшія спеціальный курсъ. Помѣщаются онѣ всѣ въ административномъ зданіи. Имѣются приспособленія, чтобы больничный персоналъ во время работы не соприкасался какъ между собою, такъ и съ лицами администраціи. Для сообщеній служитъ телефонъ, соединяющій 18 пунктовъ больницы и имѣющій собственную центральную станцію. Имѣется 3 провода городского телефона, и въ опредѣленные часы, 2 раза въ день (9—10 утр. и 6—7 веч.) родственники могутъ непосредственно обратиться съ запросомъ въ то отдѣленіе, гдѣ лежитъ ихъ больной.

Врачи и сестры милосердія возвращаются изъ павильоновъ въ административное зданіе, проходя черезъ пристройку, состоящую изъ 3-хъ параллельныхъ комнатъ, раздѣленныхъ стѣной на 2 половины, одну—для врачей, другую—для сестеръ. Въ 1-й комнатѣ тѣ и другія снимаютъ рабочую одежду, во 2-й моются и прополаскиваютъ ротъ, въ 3-й одѣваются въ свое платье. Послѣдняя комната соединяется съ административнымъ зданіемъ.

Отдѣленіе для сомнительныхъ больныхъ состоитъ изъ 12 отдѣльныхъ комнатъ, расположенныхъ полукругомъ. Въ каждой комнатѣ свой выходъ для больныхъ и отдѣльный клозетъ.

Работа этого отдѣленія похожа на таковую въ «Hôpital *Pasteur*». Персоналъ входитъ въ комнату больного черезъ внутреннюю дверь изъ центральнаго корридора. Дверь эта всегда заперта, и ключъ отъ нея у сестры милосердія. Между палатой и корридоромъ есть маленькая комната, въ которой висятъ халаты для врача и сестры. Имѣется только 1 ванная комната. По выясненіи заболѣванія больной помѣщается въ соотвѣтственный павильонъ, а его палата обеззараживается. Если больной не заразный, то онъ выводится и палата только обмывается.

Во всѣхъ павильонахъ, кромѣ изоляторнаго, имѣются посѣтительскія комнаты, раздѣленныя на 2 части желѣзной перегородкой со стеклянной дверью, за которую больные не переходятъ. Разговариваютъ черезъ дверь. Къ тяжелымъ больнымъ посѣтители допускаются съ обычными предосторожностями переодѣванія и обмыванія передъ уходомъ.

Больные направляются въ больницу обыкновенно съ распознаваніемъ врача и помѣщаются сразу въ соотвѣтственный павильонъ. Въ случаяхъ неувѣреннаго распознаванія (со знакомъ ?) или совсѣмъ безъ него больные помѣщаются въ отдѣленіе для сомнительныхъ—«обсерваціонное».

[1]) Изъ имѣвшагося у меня отчета этой больницы за 1899 г. видно слѣдующее число внутреннихъ зараженій: на 366 дифтерійныхъ 35, на 243 скарлатинныхъ 13 и на 71 коклюшныхъ 10. На 908 больныхъ внутренняго отдѣленія 25. Смѣшанныхъ зараженій было 18.

[2]) Новый 2-этажный павильонъ на 75 кроватей можетъ быть раздѣленъ на 3 совершенно обособленныхъ помѣщенія; кромѣ того, въ немъ имѣется 8 отдѣльныхъ комнатъ для 1—3 больныхъ.

Изъ этого видно, что Stockholm'ская больница не ищетъ спасенія въ безусловномъ изолированіи персонала: онъ изолированъ, пока работаетъ; вымытый и переодѣтый, онъ отнюдь не считается опаснымъ для общества. Больница стремится устроить больше отдѣльныхъ комнатъ въ ущербъ большимъ заламъ. Антисептика и антисептическая изоляція играютъ въ ней важную роль.

Изъ отчетовъ этой больницы за 1895—1901 гг. можно видѣть очень малый % смертности въ ней: онъ колеблется между 3,75 и 4,91, безъ вычетовъ умершихъ въ первыя сутки, число которыхъ достигаетъ 16—20% общаго числа умершихъ.

Приведу нѣкоторыя подробности, характерныя для работы этого госпиталя.

Въ отчетѣ за 1894 г. со смертностью въ 14,4% (до примѣненія противудифтерійной сыворотки) приведено 2 внутреннихъ эпидеміи: кори среди дифтерійныхъ—заболѣли 25 чел. и вѣтренной оспы среди скарлатинныхъ—заболѣли 20 чел. 5 скарлатинныхъ получили крупъ, 2 дифтерійныхъ краснуху. Въ общемъ на 1547 больныхъ 52 случая зараженія.

Въ отчетѣ за 1895 г. читаемъ: Въ 333 случаяхъ у больныхъ, положенныхъ въ дифтерійное отдѣленіе, бактеріологическое изслѣдованіе показало отсутствіе дифтерійныхъ палочекъ. Больные выписаны, и никто изъ нихъ не вернулся въ больницу съ дифтеріей; нельзя было также прослѣдить и зараженія ими родныхъ или сожителей. Въ случаѣ заболѣванія они должны-бы были попасть въ эту больницу. У всѣхъ скарлатинныхъ дѣлалось бактеріологическое изслѣдованіе, и тѣ, у кого находили дифтерійныя палочки, помѣщались въ отдѣльный павильонъ. За этотъ годъ съ 1428 больными отмѣчено среди дифтерійныхъ 8 случаевъ зараженія скарлатиной и нѣсколько зараженій вѣтренной оспой (точнаго числа не указано).

Въ отчетѣ за 1896 г. (больныхъ было 1319) упоминается, что нѣкоторые дифтерійные и скарлатинные больные при поступленіи болѣли еще корью, коклюшемъ или вѣтренной оспой, почему и требовали изолированія; при этомъ, однако, не удавалось избѣгнуть зараженія этими болѣзнями другихъ больныхъ. 316 больныхъ, присланныхъ въ дифтерійный павильонъ, оказались послѣ бактеріологическаго изслѣдованія не дифтерійными и выписаны съ тѣмъ-же успѣшнымъ результатомъ, какъ и въ 1895 г. О случаяхъ заболѣванія дифтерійныхъ скарлатиной авторъ отчетовъ *Hellström* говоритъ, что онъ допускаетъ въ этихъ случаяхъ зараженіе отъ больныхъ, имѣвшихъ нераспознанную форму скарлатины, и отрицаетъ всякую возможность объясненія такихъ зараженій недостатками въ организаціи или оплошностью персонала. Онъ доказываетъ свою мысль 3-мя случаями возникновенія скарлатины среди дифтерійныхъ въ 1896 г.: во всѣхъ этихъ случаяхъ можно было убѣдиться, что источникомъ зараженія былъ больной, у котораго скарлатина не была во время распознана.

Въ 1897 г. съ удовольствіемъ отмѣчается объ 1 только случаѣ заболѣванія скарлатиной среди дифтерійныхъ.

Въ слѣдующіе годы (1898 и 1899) число больныхъ увеличивается до 2000, при чемъ главный контингентъ ихъ составляютъ дифтерійные. Отмѣчается значительное заболѣваніе персонала дифтеріей, объясненное болѣе тѣснымъ размѣщеніемъ больныхъ, а о внутреннихъ зараженіяхъ, къ сожалѣнію, въ отчетѣ ничего не говорится; между тѣмъ, если заболѣваетъ персоналъ отъ скученности больныхъ, то увеличивается опасность зараженія и для этихъ послѣднихъ, напр., для недифтерійныхъ въ дифтерійномъ павильонѣ или отъ случайно занесенной скарлатины. Авторъ отчетовъ постоянно указываетъ на обсерваціонное отдѣленіе, какъ на предохранитель отъ внутреннихъ зараженій, и считаетъ нужнымъ расширить его или выстроить еще новое.

Г. Олейниковъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Патологическая анатомія. 826. Д-ръ *Schridde* (Marburg) при вскрытіи $1^1/_4$-годовой дѣвочки совсѣмъ не нашелъ у нея *червеобразнаго отростка*. По отдѣленіи на всемъ протяженіи тонкихъ кишекъ тотчасъ бросалась въ глаза особая форма и уклонявшееся отъ обыкновеннаго положеніе слѣпой кишки: она была длиннѣе нормальнаго и своимъ нижнимъ концемъ смотрѣла вправо, образовавъ съ восходящей толстой кишкой тупой открытый вправо уголъ; на всемъ своемъ протяженіи она была совершенно подвижна, между тѣмъ какъ восходящая кишка при своемъ началѣ была прикрѣплена; на наружной сторонѣ слѣпой кишки было 6 бороздокъ (haustra); на внутренней выше бороздки—впаденіе тонкой кишки; промежутокъ между слѣпой и тонкой кишками занимала складка брюшины (mesocoecum). Въ послѣднее 100-лѣтіе едва-ли

можно насчитать $^1/_2$-дюжины сообщеній объ отсутствіи червеобразнаго отростка, такъ что наблюденіе автора заслуживаетъ полнаго вниманія (*Virchow*'s Archiv, т. 177, тетр. 1). *А. Н. Д.*

Физіологія и общая патологія. 827. По ученію *Ehrlich*'а *дифтерійный ядъ* состоитъ изъ 2-хъ составныхъ частей: *токсина* и *токсона*. Оба эти ядовитыя вещества представляютъ изъ себя продуктъ жизнедѣятельности дифтерійной палочки; отличаются они другъ отъ друга какъ по своему дѣйствію на животный организмъ, такъ и по отношенію къ антитоксину. Въ то время какъ токсинъ послѣ короткаго, продолжающагося всего небольшое число часовъ, зачаточнаго періода, обусловливаетъ острое смертельное отравленіе, которое при подкожномъ введеніи яда начинается съ мѣстнаго воспаленія съ послѣдовательнымъ нерѣдко омертвѣніемъ кожи, дифтерійный токсонъ обнаруживаетъ свое дѣйствіе лишь черезъ нѣсколько недѣль, при чемъ дѣйствіе это ограничивается главнымъ образомъ нервной системой, обнаруживаясь въ видѣ характерныхъ дифтерійныхъ параличей. Что касается отношенія къ антитоксину, то токсинъ обладаетъ гораздо большимъ сродствомъ къ нему, чѣмъ токсонъ, такъ что при прибавленіи къ дифтерійному яду антитоксина прежде всего осредняется весь токсинъ, а затѣмъ уже слѣдуетъ гораздо медленнѣе совершающееся соединеніе токсона съ антитоксиномъ. Если къ смѣси токсина съ токсономъ, т. е. къ дифтерійному бульону, прибавить столько антитоксина, сколько нужно для связыванія токсина и впрыснуть смѣсь животному, то у послѣдняго остраго отравленія дифтерійнымъ ядомъ не наступитъ, а лишь черезъ нѣсколько недѣль появятся параличи, какъ результатъ дѣйствія дифтерійнаго токсона. По теоріи боковыхъ цѣпей *Ehrlich*'а токсинъ и токсонъ имѣютъ одинаковую гаптофорную, но различныя токсофорныя группы (гаптофорной, по ученію *Ehrlich*'а, называется та группа частицы яда, которая вступаетъ въ соединеніе съ антитоксиномъ, токсофорной—та, которая вызываетъ ядовитое дѣйствіе). Вышеприведенное ученіе о составѣ дифтерійнаго яда было оспариваемо цѣлымъ рядомъ авторовъ. Въ послѣднее время выступилъ противъ него шведскій химикъ *Arrhenius* и д-ръ *Madsen*, которые запоздалое дѣйствіе дифтерійнаго яда объясняютъ не присутствіемъ токсона, а диссоціаціей соединенія токсинъ-антитоксина, изъ котораго опять освобождается токсинъ. Хотя *Ehrlich* и опровергъ ихъ доводы и доказательства, но все-же существованіе токсона точно не было имъ доказано, такъ какъ ему не удалось разъединить обѣ составныя части дифтерійнаго яда. Этого добился послѣдователь *Ehrlich*'а д-ръ *R. P. van Calcar* (Amsterdam) путемъ весьма остроумно видоизмѣненнаго діализа. Описанію своего *способа отдѣленія токсина отъ токсона* этотъ авторъ предпосылаетъ слѣдующее теоретическое соображеніе: процессъ діализа по современнымъ нашимъ воззрѣніямъ можно разсматривать, какъ фильтрацію частицъ вещества. Результатъ его зависитъ отъ 2-хъ условій: 1) отъ объема частицъ и 2) отъ размѣровъ поръ животной перепонки. Коллоиды потому не проходятъ черезъ животныя перепонки, что частицы ихъ чрезвычайно велики по сравненію съ размѣрами поръ; кристаллоиды проходятъ черезъ перепонки благодаря тому, что частицы ихъ гораздо меньше. Если путемъ растяженія увеличить размѣры поръ перепонки, то можно добиться того, что и коллоиды будутъ диффундировать черезъ нее; мало того, можно достигнуть, что путемъ діализа удастся отдѣлить другъ отъ друга 2 коллоидальныхъ тѣла, объемъ частицъ которыхъ различенъ. Такими тѣлами и являются токсинъ и токсонъ. Въ особо устроенномъ авторомъ приборѣ—главная часть прибора состоитъ изъ широкой стеклянной трубки, нижнее отверстіе которой затянуто перепонкой, а верхняя часть соединена съ баллономъ для нагнетанія воздуха—помѣщается дифтерійный бульонъ, предварительно освобожденный путемъ обыкновеннаго діализа отъ солей. Накачиваніемъ воздуха производится постепенное и медленное растяженіе перепонки до тѣхъ поръ, пока черезъ нее не начнетъ проходить токсинъ (что узнается черезъ впрыскиваніе діализата животнымъ); черезъ нѣсколько дней производится вторичное изслѣдованіе; изслѣдованія повторяются до тѣхъ поръ, пока не окажется, что токсинъ больше черезъ перепонку не проходитъ. Если теперь впрыснуть животному жидкость, оставшуюся по ту сторону перепонки (не прошедшую черезъ нее), то оказывается, что тамъ остался одинъ лишь токсонъ, такъ какъ морскія свинки, которымъ впрыснута была эта жидкость, не обнаружили непосредственно никакихъ явленій отравленія, а лишь черезъ нѣсколько недѣль у нихъ выступило типичное дѣйствіе токсона. Этотъ опытъ такимъ образомъ не только подтверждаетъ ученіе *Ehrlich*'а, что дифтерійный ядъ состоитъ изъ 2-хъ различныхъ составныхъ частей, но и показываетъ, что объемъ частицы токсина меньше объема частицы токсона (Berliner klinische Wochenschrift, № 39).

Внутреннія болѣзни. 828. Извѣстный зоологъ *Looss* изъ Каира (Египетъ) первый обратилъ вниманіе на то, что *заражеціе кривоголовкой 12-перстной кишки* (Ankylostomum duodenale) происходитъ не только черезъ пищеварительный каналъ, но, по всей вѣроятности, и черезъ кожу. Такъ какъ этотъ взглядъ *Loos*'а былъ встрѣченъ недовѣріемъ со стороны цѣлаго ряда изслѣдователей, то д-ръ *Fritz Schaudinn*, по порученію Berlin'скаго санитарнаго вѣдомства, взялся провѣрить его экспериментальнымъ путемъ.

Свои опыты онъ дѣлалъ надъ обезьянами изъ рода Inuus (Inuus sinicus). Личинки, употреблявшіяся для прививокъ, получены были слѣдующимъ образомъ: испражненія, содержавшія большое количество яицъ кривоголовки, смѣшивались съ животнымъ углемъ въ густое тѣсто и ставились въ термостатъ при 27° Ц. Лачинки по выходѣ отдѣлялись отъ загрязненій по предложенному *Looss*'омъ способу фильтрованія. Путемъ центрифугированія онѣ собирались затѣмъ въ общую массу. Мѣстомъ для прививокъ служила спина въ области между лопатками; ножницами здѣсь выстригалась круглая площадка, съ талеръ, и на нее изъ пипетки наносилось 5—6 капель воды, въ которой взвѣшены были собранные послѣ центрифугированія личинки. Жидкость затѣмъ осторожно при помощи рукоятки скальпеля распредѣлялась по поверхности. Во все время производства опыта обезьяну держали связанной. Когда жидкость совершенно высыхала, выстриженное мѣсто и окружность его хорошо обмывались безводнымъ алкоголемъ, и животное освобождалось и помѣщалось въ клѣтку. Передъ началомъ опытовъ испражненія обезьянъ, разумѣется, повторно были изслѣдованы на содержаніе яицъ чужеядныхъ, при чемъ результатъ былъ отрицательный. Всего сдѣлано было 2 опыта, и въ обоихъ получился несомнѣнный положительный результатъ. Одно изъ животныхъ пало черезъ 12 дней послѣ зараженія, и найденные въ его кишечникѣ черви какъ разъ соотвѣтствовали ступени развитія 12-дневныхъ чужеядныхъ. 2-е животное, которому были сдѣланы 3 прививки, было убито черезъ 18 дней. При вскрытіи этого животнаго также оказалось, что всѣ 3 прививки принялись, и поэтому можно было ясно прослѣдить, какъ личинки проникаютъ черезъ разные слои кожи и черезъ стѣнки тонкихъ кишекъ. Въ тѣлѣ обезьяны личинки достигаютъ, однако, только извѣстной ступени развитія и затѣмъ погибаютъ.

На послѣднемъ Съѣздѣ зоологовъ въ Bern'ѣ (14—20 августа) проф. *Looss* на цѣломъ рядѣ препаратовъ показалъ путь, по которому личинки передвигаются изъ кожи въ кишечникъ: онѣ проникаютъ въ вены кожи, далѣе черезъ правое сердце въ легочные капилляры, попадаютъ въ легочные пузырьки и черезъ бронхи, дыхательное горло, гортань, пищеводъ и желудокъ въ кишечникъ. Часть личинокъ проникаетъ изъ кожи сначала въ лимфатическіе сосуды, а изъ послѣднихъ въ концѣ концовъ все-же попадаютъ въ вены, если только по дорогѣ ихъ не задержитъ какая-нибудь лимфатическая железа. Авторъ въ послѣднее время при повторномъ изслѣдованіи своихъ препаратовъ могъ вполнѣ подтвердить данныя *Looss*'а (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 37). *А. Коварскій.*

829. Д-ръ *Rutherford* совѣтуетъ употреблять *прованское масло при лѣченіи* затяжныхъ формъ *дизентеріи*. Больные автора, пользованные этимъ веществомъ, до примѣненія его лѣчились безуспѣшно въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Авторъ, оставивъ безъ перемѣны образъ жизни и діэту больныхъ, замѣнялъ только прежде употреблявшіяся лѣкарства прованскимъ масломъ, назначая его первые 5 дней по 30 к. стм., 3 раза въ день, удваивая затѣмъ количество и доводя впослѣдствіи величину разового пріема до 90 к. стм. Масло вначалѣ дается въ $^1/_2$ стакана теплаго молока, но скоро больные обыкновенно пьютъ масло въ чистомъ видѣ безъ неудовольствія. Основаніемъ назначенія такого лѣченія д-ру *R.* послужило наблюденіе, что внутренніе пріемы прованскаго масла вызываютъ обиль-

ное отдѣленіе жидкой желчи, послѣдняя-же въ силу извѣстныхъ физіологическихъ свойствъ вліяетъ благотворно на болѣзненный процессъ въ кишечникѣ. Результатомъ принятія внутрь масла въ указанномъ количествѣ является несомнѣнное увеличеніе количества желчи въ испражненіяхъ, уменьшеніе числа послѣднихъ и улучшеніе характера ихъ, постепенное исчезновеніе признаковъ сильнаго броженія и гніенія кишечнаго содержимаго, затѣмъ улучшеніе общаго состоянія больного, прибыль въ вѣсѣ и, наконецъ, полное выздоровленіе (American Medicine, 12 марта). *Л. Старокадомскій.*

830. На основаніи 79 наблюденій д-ръ *Schiller* разбираетъ *значеніе вздутія кишекъ*, появляющагося *въ теченіи фибринознаго воспаленія легкихъ*. Небольшое вздутіе зачастую наблюдается у больныхъ пнеймоніей, особенно при пораженіи нижнихъ долей легкихъ, и вызывается недостаточнымъ механическимъ дѣйствіемъ грудобрюшной преграды на кишечникъ, значительное-же вздутіе встрѣчается при воспаленіи легкихъ рѣдко и находится въ зависимости или отъ воспаленія брюшины, или отъ остраго гнилостнаго воспаленія кишекъ, вызваннаго тѣми-же возбудителями, что и пнеймонія, или, наконецъ, отъ токсическаго пареза кишекъ. Сильное вздутіе въ теченіи пнеймоніи является однимъ изъ самыхъ дурныхъ признаковъ въ смыслѣ предсказанія. Изъ 14 окончившихся смертью случаевъ автора въ 5 наблюдалось значительное вздутіе кишечника, въ 3—ясно замѣтное, у 6 больныхъ вздутія не было, но изъ числа послѣднихъ 2 умерли уже на 3-ій день болѣзни. На остальные 65 наблюденій приходится отмѣтить въ 7 очень тяжелыхъ случаяхъ замѣтное и въ 11—слабое вздутіе (American Medicine, 20 августа). *Л. С.*

831. Д-ръ *Chavigny*, въ статьѣ—«*Сердцебіенія въ арміи*» указываетъ, что сердцебіенія рѣдко наблюдаются у сердечныхъ больныхъ и что у страдающихъ сердцебіеніями слѣдуетъ тщательно изслѣдовать легкія и пищеварительные органы. Изъ 100 молодыхъ солдатъ, жалующихся на сердцебіенія, у 80, навѣрное, можно найти страданія легкихъ или плейры и опредѣлить наличность бугорчатковыхъ палочекъ; страданія эти могли оставаться незамѣченными и протекать скрыто. Сердцебіенія у солдатъ поэтому можно считать, какъ 1-ый признакъ бугорчатки легкихъ, при хорошемъ общемъ состояніи. Не менѣе частыми причинами сердцебіеній бываютъ болѣзни пищеварительныхъ органовъ: расширеніе желудка, хроническіе аппендициты, ленточная глиста и т. д., а также нейрастенія. Лѣченіе такихъ сердцебіеній должно быть причинное; полезны бромистые препараты, уменьшающіе общую нервную раздражительность и психическое воздѣйствіе на больного (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 августа). *И. Вирскій.*

Хирургическія болѣзни. 832. Интересный случай *разрыва мочевого пузыря во время производства Bottini'евской операціи* описываетъ ассистентъ проф. *Israël'*я д-ръ *Paul Rosenstein*. Случай этотъ имѣетъ особое значеніе потому, что онъ подалъ поводъ къ экспериментальнымъ изслѣдованіямъ, которыя и выяснили причину разрыва и обнаружили новую опасность, всегда грозящую непріятными осложненіями, при производствѣ операціи по *Bottini*.

Для производства операціи въ пузырь введено было 200 к. стм. воздуха. Сначала раскаленными инструментами прожженъ былъ желобъ въ 3,5 стм. длины вдоль средней доли предстательной железы; затѣмъ прижиганіе сдѣлано было вправо на 2,5 стм.; когда-же инструментъ былъ введенъ приблизительно на 1 стм. съ лѣвой стороны, то внезапно раздался трескъ на подобіе взрыва, при чемъ покровы живота надъ областью пузыря сводообразно приподнялись и быстро затѣмъ опять спались. При изслѣдованіи области пузыря оказалось, что послѣдній прощупать стало уже нельзя, но зато ясно можно было найти большой пузырь воздуха въ области около печени. Въ пузырь введенъ былъ катетеръ, наружный конецъ котораго опущенъ былъ въ воду; такъ какъ выдѣленія газа не произошло, то было очевидно, что произошелъ разрывъ пузыря, и присутствовавшій при операціи проф. *Israël* сейчасъ-же сдѣлалъ чревосѣченіе и зашилъ разрывъ, происшедшій въ области праваго *Douglas*'ова пространства. Въ отверстіе, образовавшееся отъ разрыва, свободно входилъ палецъ. Больной скончался черезъ 11 дней послѣ операціи отъ воспаленія легкихъ (вѣроятно, переносная бронхо-пнеймонія).

Въ виду того, что случаевъ разрыва пузыря во время производства операціи по *Bottini* до сихъ поръ въ литературѣ описано не было, и принимая во вниманіе, что несчастный случай здѣсь не могъ произойти вслѣдствіе несовершенства техники, такъ какъ операцію производилъ спеціалистъ этого дѣла д-ръ *Freudenberg*, то авторъ рѣшилъ путемъ опытовъ выяснить, что служило причиной разрыва пузыря въ этомъ случаѣ. Прежде всего онъ нашелъ, что одно нагрѣваніе воздуха въ пузырѣ, обусловленное присутствіемъ раскаленнаго инструмента, никоимъ образомъ не можетъ вызвать настолько увеличеннаго давленія въ пузырѣ, чтобы отъ этого послѣдній могъ лопнуть. Но если раскаленный инструментъ приходитъ въ соприкосновеніе съ влажной тканью, то быстро развивается столько водяныхъ паровъ, что внутрипузырное давленіе сильно повышается; пузырь можетъ при этомъ лопнуть.

Подтверждается это слѣдующимъ опытомъ: въ стеклянный пузырь, снабженный 2-мя горлышками, вводятъ черезъ одно горлышко инструментъ *Bottini*, а другое соединяютъ съ манометромъ. Если инструментъ раскалить до бѣла, то получается очень незначительное повышеніе давленія (не больше $^1/_{15}$ атмосферы); если-же раскаленнымъ рѣжущимъ концемъ инструмента прикоснуться къ помѣщенному внутри пузыря куску сырой говядины, то получается такое сильное повышеніе давленія (до 2-хъ атмосферъ), что или лопается пузырь, или замыкающая его пробка съ трескомъ выбрасывается на далекое разстояніе.

Объясняется это явленіе слѣдующимъ образомъ: когда раскаленное до бѣла (1000° Ц.) лезвіе инструмента врѣзывается во влажную ткань, то жидкость около ножа находится въ сфероидальномъ состояніи, т. е. цѣлый рядъ капелекъ быстро движутся надъ поверхностью ножа, отдѣляемыя отъ него и поддерживаемыя собственными парами; когда-же ножъ вслѣдствіе прикосновенія съ болѣе холодной железой остываетъ до степени краснаго каленія, то эти капельки приходятъ съ нимъ въ соприкосновеніе и быстро превращаются въ паръ. Такъ какъ каждая капелька, превратившись въ паръ, занимаетъ въ 1720 разъ большій объемъ, то получается быстрое и сильное повышеніе давленія. Если разрыва пузыря при операціи *Bottini* до сихъ поръ не наблюдалось, то это можно объяснить лишь тѣмъ, что обыкновенно внутрипузырное давленіе ослабляется тѣмъ, что часть воздуха или паровъ выходитъ наружу черезъ желобъ или каналъ въ инструментѣ. Въ описанномъ случаѣ, по видимому, сообщеніе съ наружнымъ воздухомъ было закрыто застрявшимъ въ инструментѣ кусочкомъ ткани. Авторъ, кромѣ того, путемъ опытовъ убѣдился, что даже при ненарушенномъ сообщеніи съ наружнымъ воздухомъ рѣзкое и быстрое повышеніе давленія ведетъ къ разрыву пузыря. Опыты на трупахъ показали, что человѣческій здоровый пузырь даже при условіи медленнаго повышенія давленія выдерживаетъ не болѣе 0,4 атмосферы повышеннаго давленія, между тѣмъ какъ растянутый пузырь простатика не выдерживаетъ повышенія давленія даже въ 0,1—0,2 атмосферы. Все это несомнѣнно говоритъ за то, что въ операціи *Bottini* кроется еще новая опасность, устранить которую пока мы еще не умѣемъ. Авторъ поэтому полагаетъ, что при лѣченіи гипертрофіи предстательной железы лучше прибѣгать къ простатэктоміи; въ подтвержденіе этого онъ сообщаетъ удачный случай этой операціи (по *Fuller*'у) (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 36). *А. Коварскій.*

833. Д-ръ *Brodnitz* сообщаетъ результаты *лѣченія грыжъ впрыскиваніями алкоголя*. Способъ этотъ, какъ извѣстно, заключается въ томъ, что въ окружность грыжевого отверстія впрыскивается алкоголь, чѣмъ достигается сначала припуханіе, а затѣмъ и стягиваніе и полное закрытіе грыжевого отверстія. Авторъ впрыскивалъ взрослымъ 3—5, а дѣтямъ 0,5—1 грм. безводнаго алкоголя. Впрыскиванія производились черезъ 1—2 дня (смотря по силѣ реакціи) въ окружность пахового канала, при чемъ во избѣжаніе пораненія сѣменного канатика въ паховой каналъ вдвигался палецъ (вмѣстѣ съ кожей). Такъ какъ впрыскиванія эти болѣзненны, то передъ введеніемъ спирта вводятъ 1 грм. 2%-го раствора кокаина, послѣ чего, не вынимая иглы, впрыскиваютъ алкоголь. Послѣ первыхъ 3—4 впрыскиваній у дѣтей (у взрослыхъ послѣ 8—10) получается равномѣрное припуханіе и утолщеніе ткани, окружающей грыжевое отверстіе, благодаря чему послѣднее сильно уменьшается; оно больше уже не пропускаетъ пальца, а при кашлѣ содержимое грыжи не выступаетъ

наружу. Если въ это время прекратить впрыскиванія, то скоро наступаетъ возвратъ. Для достиженія полнаго успѣха необходимо сдѣлать не менѣе 15—20 впрыскиваній и добиться того, чтобы, вмѣсто припухлости ткани, появилось рубцевое затвердѣніе. Авторъ пользовалъ этимъ способомъ всего 69 больныхъ (приходящихъ)—25 дѣтей и 44 взрослыхъ; у дѣтей во всѣхъ случаяхъ (въ 16 изъ нихъ послѣ лѣченія прошло уже болѣе $^1/_2$-года) получился успѣшный результатъ. У взрослыхъ (изъ нихъ у 29 прошло болѣе 6 мѣсяцевъ послѣ лѣченія) получился возвратъ въ 4 случаяхъ у такихъ больныхъ, грыжевое отверстіе которыхъ было велико (пропускало 1—2 пальца). На основаніи своихъ наблюденій авторъ совѣтуетъ примѣнять лѣченіе впрыскиваніями алкоголя: 1) у дѣтей; 2) у людей, предрасположенныхъ къ грыжамъ, которымъ поэтому необходимо носить бандажъ; 3) у больныхъ съ неудерживаемыми при помощи бандажа грыжами, у которыхъ коренная операція почему-либо противопоказана. Въ этихъ случаяхъ впрыскиваніями спирта достигается, по меньшей мѣрѣ, уменьшеніе грыжевого отверстія, такъ что при помощи легкаго бандажа становится возможнымъ удержать содержимое грыжи; 4) у больныхъ, боящихся ножа и предпочитающихъ длительное и не коренное лѣченіе впрыскиваніями хирургическому вмѣшательству (Münchener medicinische Wochenschrift, № 41). *А. Коварскій.*

Глазныя болѣзни. 834. Д-ръ *Шиле* совѣтуетъ *іодъ in statu nascendi противъ свинцовыхъ отложеній въ роговой оболочкѣ.* Приложивъ къ изъязвленному мѣсту роговицы ватную кисточку, смоченную въ 3—5%-мъ растворѣ іодистаго калія, а затѣмъ на тоже мѣсто другую кисточку съ 3—5%-мъ растворомъ іодистой кислоты, можно замѣтить, какъ подъ вліяніемъ іода, образующагося при этомъ, все дно язвы, равно какъ и тѣ участки роговицы по окружности язвы, которые пропитаны воспалительнымъ выпотомъ, окрашиваются въ разные цвѣта отъ желтаго до коричневаго. Если, стало быть, на днѣ язвы имѣются свинцовыя отложенія, т. е. бѣлковыя и другія нерастворимыя соединенія свинца (сѣрнистыя, фосфористыя или углекислыя), то іодъ, приходя въ соприкосновеніе съ этими солями, могъ бы ихъ превратить въ растворимое соединеніе, іодистый свинецъ, и такимъ образомъ уничтожить помутнѣніе роговицы. Только углекислый свинецъ не поддается дѣйствію іода; но на глазу такое соединеніе свинца можетъ образоваться лишь подъ продолжительнымъ вліяніемъ углекислоты воздуха. И дѣйствительно, въ 2-хъ случаяхъ свѣжихъ отложеній свинца отъ прикладываній свинцовой примочки къ глазу съ изъязвленной роговицей автору удалось указаннымъ путемъ достичь въ теченіи недѣли полнаго исчезновенія бѣлой мутности. Возможно-ли будетъ получить такой-же результатъ и при старыхъ бѣльмахъ съ свинцовымъ отложеніемъ, остается неизвѣстнымъ; во всякомъ случаѣ поверхность такого бѣльма пришлось бы предварительно освѣжить острой ложечкой (Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 19 мая). *Кацъ.*

835. Д-ръ *Abadie* разбираетъ вопросъ о *лѣченіи бугорчатки радужной оболочки.* Отличить бугорчатковое пораженіе радужной оболочки отъ сифилитическаго въ начальной ступени возможно въ большинствѣ случаевъ лишь путемъ лѣченія—когда ртутныя впрыскиванія не приносятъ пользы. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзнь уже нетрудно узнать по ея наклонности постепенно распространяться на весь передній отдѣлъ глазного яблока. Въ такихъ случаяхъ—когда бугорчатка уже захватила весь передній отдѣлъ глазного яблока, когда радужная оболочка, роговица и передняя камера образуютъ одну сплошную массу, желтоватую, сосудистую, когда зрѣніе окончательно потеряно и глазъ обезображенъ,—лишь въ такихъ случаяхъ авторъ признаетъ единственнымъ средствомъ лѣченія вылущеніе глаза. Въ случаяхъ же болѣе раннихъ д-ръ *Abadie*, въ противоположность большинству другихъ авторовъ, стоящихъ за вылущеніе, настоятельно совѣтуетъ лѣкарственное лѣченіе, а именно: ежедневныя втиранія въ тѣло жидкой мази изъ рыбьяго жира и гуаякола (15 чч. на 120 рыбьяго жира, при 5 чч. настойки изъ лимонной мелиссы), внутренніе пріемы іодистыхъ соединеній, особенно іодогенола, и усиленное питаніе мяснымъ сокомъ. Приводя изъ своей практики довольно далеко зашедшіе случаи, гдѣ отъ такого лѣченія получилось исцѣленіе съ возстановленіемъ значительнаго зрѣнія, авторъ предлагаетъ испытать это лѣченіе и при *бугорчаткѣ легкихъ*, въ начальныхъ ступеняхъ этой болѣзни (Archives d'ophtalmologie, мартъ).

836. Въ лабораторіи Парижской глазной клиники, подъ руководствомъ проф. *Lapersonne*'а, д-ръ *Mettey* производилъ опыты съ *электрическимъ пораженіемъ глазъ*, поставивъ себѣ задачей опредѣленіе тѣхъ измѣненій, которыя ведутъ къ окончательному разстройству зрѣнія въ нѣкоторыхъ случаяхъ электрической офтальміи (обыкновенно разстройства зрѣнія, наступающія при ослѣпленіи глазъ электричествомъ, какъ извѣстно, бываютъ преходящаго свойства). Подвергая глаза кроликовъ и собакъ повторному дѣйствію вольтовой дуги съ разстоянія 30 стм. впродолженіи 10—15 мин., авторъ, прежде всего, убѣдился, что глазнымъ зеркаломъ послѣ подобнаго опыта нельзя обнаружить ни кровенаполненія глазного дна, ни помутнѣнія средъ (лишь 1 разъ, когда кроликъ былъ помѣщенъ на разстояніи 25 стм. отъ вольтовой дуги, гдѣ сильно давали себя чувствовать тепловые лучи, наступило слущиваніе роговичнаго эпителія, осложнившееся затѣмъ пропитываніемъ этой оболочки). Столь-же отрицательные результаты получены были авторомъ и при микроскопическомъ изслѣдованіи передняго отдѣла глазъ, какъ и сѣтчатки: какъ способомъ *Nissl*'я, такъ и изслѣдованіемъ по *Bethe* не удалось обнаружить ни въ палочкахъ и колбочкахъ, ни въ узловыхъ клѣточкахъ сѣтчатки какихъ-либо измѣненій отъ продолжительнаго дѣйствія вольтовой дуги. Болѣзненныхъ измѣненій не оказалось и въ пигментномъ эпителіи, и лишь въ зрительномъ нервѣ найдены были, на протяженіи нѣсколькихъ млм. отъ входа въ глазное яблоко, міелиновые шары различной величины, располагавшіеся вдоль нейроглійныхъ перекладинъ. Изъ этихъ измѣненій въ проводящемъ отдѣлѣ свѣтоощущающаго прибора авторъ заключаетъ о наличности измѣненій и въ воспринимающемъ отдѣлѣ этого прибора—сѣтчаткѣ, отсутствіе-же ихъ на микроскопическихъ препаратахъ онъ объясняетъ недостаточной точностью способа изслѣдованія. Что касается стараго вопроса о томъ, химическіе-ли лучи электрическаго свѣта обусловливаютъ эти измѣненія, или просто свѣтовые, то, хотя красное стекло, помѣщенное между вольтовой дугой и глазомъ животнаго, и предотвращало означенныя измѣненія, но, такъ какъ на ряду съ химическими стекло задерживало и свѣтовые лучи, то авторъ оставляетъ этотъ вопросъ открытымъ. Исходя-же изъ давнишнихъ наблюденій *Reynauld*, согласно которымъ химическіе лучи поглощаются роговицей, въ особенности-же хрусталикомъ, д-ръ *Mettey* скорѣе склоненъ допустить, что указанныя измѣненія вызываются свѣтовыми лучами, а не химическими (Archives d'ophtalmologie, апрѣль). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 837. Д-ръ *Krömer* сообщаетъ о *предохранительныхъ мѣрахъ*, примѣняющихся въ Giessen'ской клиникѣ *у беременныхъ противъ послѣродовыхъ заболѣваній.* Въ этой клиникѣ беременныя и родильницы многократно изслѣдуются учащимися; тѣмъ не менѣе % заболѣваемости за послѣдній годъ составляетъ всего 15,6 (на 440 случаевъ), только у 4,31% больныхъ температура была выше 39° и только у 1,13% заболѣванія были серьезны. Числа эти не превышаютъ данныхъ другихъ авторовъ (*Stricher*'а, *Küstner*'а). Во время беременности лишь у $^4/_5$ всѣхъ беременныхъ наблюдаются нормальныя влагалищныя выдѣленія, у 22% выдѣленія влагалища патологическія. Во всѣхъ этихъ патологическихъ случаяхъ примѣняются влагалищныя спринцеванія изъ раствора сулемы 1:2000, въ случаяхъ перелойнаго зараженія спринцеванія $^1/_2$%-мъ растворомъ лизола, при неудачѣ—сулемовыя спринцеванія; слизистая оболочка влагалища быстро приспособляется къ сулемѣ. Экзема наружныхъ половыхъ органовъ также не оставляется безъ лѣченія (салициловая присыпка, цинковое тѣсто). Всѣ беременныя подлежатъ продолжительному надзору, по 2 раза въ недѣлю; обращается вниманіе на мочу, отеки, четковидныя расширенія венъ, на различныя боли; особенно тщательно изслѣдуются половые органы и даже небольшіе чирьи и расчесы подвергаются лѣченію. Пово-

хранительныя мѣры простираются и на внѣродовые источники лихорадочныхъ заболѣваній (одежда, пища, уходъ за кожей). Грудныя железы ежедневно обмываются холодной водой съ мыломъ, а соски вытягиваются. Авторъ останавливается также на описаніи всей организаціи ухода за роженицами—родильницами въ послѣродовомъ періодѣ, обставленной в. цѣлесообразно (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäekologie, т. XX, тетр. 2). *А. Г—ръ.*

838. Изучая *патологическую анатомію послѣдоваго полипа*, д-ра *Curtis* и *Oui* пришли къ заключенію, что строеніе этихъ полиповъ, называемыхъ еще доброкачественными децидуомами, гораздо сложнѣе, чѣмъ это предполагалось до сихъ поръ. Простой послѣдовый полипъ получается изъ соединенія всѣхъ тканей зародышевыхъ и материнскихъ, содержащихся въ нормальномъ послѣдѣ: хоріальныя ворсинки различныхъ размѣровъ, слой *Langhans*'а и синцитій, съ одной стороны, ткани отпадающей оболочки, съ другой, остановившіяся въ ступени ея неполной инволюціи. Эти ткани, представляя собой настоящую чужеродную прививку, получаютъ питаніе черезъ спеціальную сосудистую систему, остатокъ межворсинчатыхъ пространствъ. Послѣдовый полипъ живетъ, организуется и обладаетъ способностью роста, какъ настоящее новообразованіе. Питаніе его и ростъ происходятъ на счетъ кровообращенія матери; это послѣднее продолжается въ нѣкоторой части межворсинчатыхъ пространствъ, не совсѣмъ закрывшихся и оставшихся въ сообщеніи съ сосудами слизистой оболочки матки. Соединеніе венъ и артерій матери съ лакунами полипа прослѣжено и доказано гистологически. Слой *Langhans*'а и синцитій продолжаютъ свое существованіе въ полипѣ и въ в. незначительной степени проростаютъ здѣсь. Однако, это проростаніе никогда не доходитъ до разрушенія сосудовъ и проникания въ маточную ткань. Полипъ развивается на поверхности слизистой оболочки матки, но не вглубь ея тканей, какъ это утверждаетъ *Michaelis*. Способъ опредѣленія послѣдоваго полипа не находится въ связи съ присутствіемъ и отсутствіемъ сосудовъ въ хоріальныхъ ворсинкахъ, какъ думаютъ *Hartmann* и *Toupet*. Его отличительная характеристика заключается, по мнѣнію авторовъ, въ его строеніи, описанномъ имъ въ слѣдующихъ общихъ чертахъ: одновременное присутствіе фибрина, хоріальныхъ ворсинокъ на пути къ соединительнотканной организаціи и болѣе или менѣе обильнаго количества остатковъ послѣдоваго эпителія, слоя *Langhans*'а и синцитія. Особенно важно присутствіе послѣдняго, такъ какъ синцитій не можетъ существовать безъ кровообращенія и опухоль не въ состояніи развиваться безъ сосудовъ. Стало быть, послѣдовый полипъ, какъ опухоль, опредѣляется наличностью синцитія. На основаніи сказаннаго авторы задаются вопросомъ, не можетъ-ли послѣдовый полипъ при извѣстныхъ обстоятельствахъ и подъ вліяніемъ причинъ, пока еще не выясненныхъ, оказаться источникомъ злокачественнаго новообразованія (Annales de gynécologie et d'obstétrique, іюль). *А. Г—ръ.*

Дѣтскія болѣзни. 839. Проф. *M. Stooss* на основаніи 5 наблюдавшихся имъ случаевъ *болѣзни Barlow*'а (цынга у маленькихъ дѣтей) приходитъ къ заключенію, что болѣзнь эта не стоитъ ни въ какой связи съ рахитомъ, а представляетъ первичное своеобразное заболѣваніе костнаго мозга, которое вторично, вслѣдствіе недостаточной дѣятельности его, ведетъ къ кровоточивости и малокровію. Патологоанатомическія измѣненія, отдѣльные припадки болѣзни и общая картина ея говорятъ за принадлежность болѣзни *Barlow*'а къ цынгѣ. Къ цынготнымъ явленіямъ ведутъ, по видимому, очень различные недостатки въ способѣ питанія. Такъ какъ болѣзнь *Barlow*'а обнаруживается у дѣтей, вскармливаемыхъ искусственно, то проф. *Stooss* думаетъ, что кипяченіе разрушаетъ бродила молока, при чемъ измѣняются лимоннокислыя соли, а всасываніе и удерживаніе извести нарушается. Но однихъ этихъ измѣненій недостаточно, такъ какъ тысячи дѣтей вскармливаются кипяченымъ, обезпложеннымъ молокомъ безъ какихъ-либо проявленій болѣзни. Очевидно, для развитія послѣдней требуется, чтобы питаніе въ какомъ-либо направленіи сдѣлалось недостаточнымъ качественно, необходимъ недочетъ въ совершенно опредѣленномъ, пока еще не извѣстномъ направленіи, иначе было-бы опять совершенно непонятно, почему между многими умершими отъ хроническаго энтерита дѣтьми нѣтъ цынготныхъ. Сочетаніе обезпложиванія молока съ качественно недостаточной подъ вліяніемъ опредѣленнаго корма коровъ или испорченной пищей дѣйствуетъ вреднѣе, чѣмъ простое кипяченіе. Повторное кипяченіе, по видимому, еще болѣе увеличиваетъ вредное вліяніе такого молока. Какъ при цынгѣ, такъ и при болѣзни *Barlow*'а, улучшеніе питанія ведетъ къ устраненію болѣзненныхъ явленій. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь развивалась подъ вліяніемъ искусственныхъ препаратовъ или обезпложеннаго молока, сырое молоко съ мяснымъ сокомъ, съ картофельнымъ пюре, какъ-бы по волшебству устраняло болѣзнь. Какъ и при цынгѣ не нужно забывать о лимонномъ соке (Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte, 1903). *А. Н. Д.*

Болѣзни носа, горла и уха. 840. Подъ названіемъ *субъективной какосміи* описываются болѣзненныя состоянія, при коихъ ощущается дурной запахъ, причины котораго находятся внутри организма, а не внѣ его. Эти причины могутъ быть 2-хъ родовъ: или имѣются патологическія измѣненія въ самомъ центрѣ обонянія и заболѣваніе обонятельнаго нерва, или пахучія вещества происходятъ отъ гніенія или разложенія отдѣляемаго полости носа или окололежащихъ полостей, разложенія посторонняго тѣла, случайно попавшаго въ одну изъ этихъ полостей, гніенія кости и т. п. Д-ръ *J. A. Killian* (Worms) описываетъ 2 случая т. наз. субъективной какосміи, въ которыхъ дурной запахъ происходилъ отъ разложенія отдѣляемаго, скопившагося въ носоглоточномъ пространствѣ, а именно въ *Rosenmüller*'овой ямѣ, въ глубинѣ которой образовался небольшой карманъ. При помощи зеркала въ обоихъ случаяхъ ничего обнаружить не удалось, и только съ помощью введеннаго зонда, обмотаннаго ватой удалось устранить вонючую пробку. По своимъ свойствамъ пробки эти вполнѣ уподобляются пробкамъ миндалевидныхъ железъ. Эти случаи учатъ, что при наличности субъективнаго дурного запаха слѣдуетъ всегда обыскивать при помощи зонда *Rosenmüller*'овы ямы. Само собой разумѣется, что съ удаленіемъ причины исчезаетъ и какосмія. Авторъ думаетъ, что само вышеприведенное обозначеніе болѣзни вѣрно лишь для тѣхъ случаевъ, когда причина дурного запаха неизвѣстна или кроется въ заболѣваніи нервной системы (Münchener medicinische Wochenschrift, № 39). *А. Коварскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 841. Д-ръ *Войцѣховскій* сообщаетъ *результаты лѣченія сифилиса гермофениломъ*. Послѣдній авторъ примѣнилъ у 48 больныхъ въ Варшавской больницѣ св. Лазаря и у 12 изъ частной практики. 5%-ные растворы гермофенила впрыскивались черезъ день, 7,5%-ные—черезъ 2 дня и 9,25%-ные—черезъ 3 дня. Изъ 60 больныхъ у 53 теченіе сифилиса было правильное. Розеола проходила между 9—16 днями послѣ 3—5 впрыскиваній 5%-наго раствора гермофенила, а папулы—между 18—27 днями послѣ 5—8 впрыскиваній 9,25%-наго раствора гермофенила. Въ большинствѣ случаевъ гермофенилъ оказалъ благопріятное дѣйствіе, въ 7—слабое. Хуже всего поддавался лѣченію этимъ средствомъ папулезный сифилисъ. Гермофенилъ, примѣняемый въ видѣ впрыскиваній, оказался благопріятнѣе всѣхъ другихъ средствъ. Ни въ одномъ случаѣ авторъ не наблюдалъ отравленія ртутью. Въ виду слабой мѣстной реакціи, даже въ крѣпкихъ растворахъ, гермофенилъ имѣетъ преимущество предъ другими препаратами Hg, но по своей силѣ дѣйствія онъ уступаетъ желтой окиси ртути, салициловой ртути и сулемѣ. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что гермофенилъ показанъ почти исключительно при лѣченіи слабыхъ проявленій сифилиса (Kronika lekarska, 15 сентября и 1 октября). *С. Островскій.*

842. *Wildbolz* (Bern) сообщаетъ весьма интересный *случай образованія въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ сгустковъ изъ фосфорнокислыхъ и углекислыхъ солей.*

Больная, 57 л., заболѣла 6—7 лѣтъ назадъ внезапнымъ воспаленіемъ кожи съ послѣдующимъ образованіемъ уплотненій и язвъ. Мать больной страдала обезображивающимъ артритомъ. Въ настоящее время у больной кожа рукъ припухла и красна; пальцы не сгибаются и утолщены. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны

язвочки съ желтыми сгустками, а въ другихъ мѣстахъ просвѣчиваютъ желтыя зернышки; подобныя-же образованія прощупываются кое-гдѣ и въ подкожной ткани. Въ области лѣваго локтя и выше его 2 узла такого-же свойства. Большіе пальцы ногъ также слегка припухли. Въ мочѣ небольшая муть, исчезающая отъ уксусной кислоты, а при центрифугированіи получается осадокъ изъ аморфныхъ массъ. При изслѣдованіи сгустковъ проф. *Helfter*'омъ оказалось, что они состоятъ изъ фосфорнокислыхъ и углекислыхъ солей и изъ небольшого количества органическаго вещества; мочекислыхъ солей не найдено. Черезъ годъ у больной были удалены узлы (въ 3 стм. длины и 1,5 ширины) изъ кожи и подкожной клѣтчатки въ области праваго локтя, также состоявшіе главнымъ образомъ изъ углекислыхъ и фосфорнокислыхъ солей (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXX, тетр. 3). *М. Членовъ.*

843. *Fabry*, на основаніи своего случая *pemphigus foliaceus* и литературныхъ данныхъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. 1. Картина pemphigus foliaceus настолько характерна, что его надо считать за особый болѣзненный типъ. 2. Предсказаніе въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ по меньшей мѣрѣ сомнительно, ибо специфическаго средства противъ болѣзни нѣтъ, а произвольное исцѣленіе наблюдается лишь въ легкихъ случаяхъ. 3. Pemphigus foliaceus можетъ быть начальнымъ стадіемъ pemphigus vegetans и слѣд. переходить въ него. 4. Наиболѣе существенный признакъ болѣзни—это не образованіе пузырей, а сильно развитая гранулема собственно кожи съ вторичнымъ паракератозомъ и вторичными застойными явленіями въ сосудистой и железистой системѣ (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXX, тетр. 2). *М. Членовъ.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXXII. Протоколъ XXV-го очередного засѣданія Общества больничныхъ врачей въ Петербургѣ. 15-го апрѣля 1904 г.

Прочтенъ и утвержденъ протоколъ предъидущаго засѣданія.

Г. П. Олейниковъ. Объ основахъ изоляціи больныхъ въ больницахъ (проведеніе принциповъ изоляціи въ «Hôpital Pasteur»—въ Paris'жѣ, въ «Дѣтской больницѣ» въ Berlin'ѣ, въ «Заразной» въ Stockholm'ѣ, въ «Острозаразной клиникѣ» и въ «Барачной въ память С. П. Боткина больницѣ» въ Петербургѣ) (см. выше, стр. 1444).

Б. А. Георгіевскій обратилъ вниманіе на не совсѣмъ ясное выраженіе докладчика, что въ Барачной больницѣ въ баракахъ, устроенныхъ на 14 чел., помѣщается до 30; по его мнѣнію, это выраженіе можетъ быть понято въ томъ смыслѣ, что такое переполненіе—явленіе частое; на самомъ-же дѣлѣ это, хотя и бываетъ, но въ очень исключительныхъ случаяхъ; обычно-же въ баракѣ бываетъ 20—22 больныхъ. Д-ръ *Г.* не можетъ согласиться съ обозначеніемъ скарлатины, появляющейся при другой болѣзни, «зараженіемъ сопутствующимъ», а не «полученнымъ въ больницѣ», если она проявляется до 5-го дня пребыванія больного въ больницѣ; по его многолѣтнимъ наблюденіямъ за появленіемъ скарлатины при дифтеріи, наиболѣе часто она появлялась отъ 3-го до 5-го дня, а послѣ 5-го—значительно рѣже.

Д. А. Соколовъ высказалъ сожалѣніе, что докладчикъ не сообщилъ, какого изъ 2-хъ взглядовъ на дѣло изоляціи онъ придерживается самъ. Докладчикъ находитъ, что система *Grancher* имѣетъ за себя много данныхъ, напр., въ отношеніи коклюша; но, вѣдь, коклюшъ и самъ по себѣ не страшенъ, а, главное, в. важно знать, на какомъ разстояніи содержались коклюшные. Что суть не только въ соприкосновеніи, доказывается хотя-бы примѣромъ Воспитательнаго дома, гдѣ больные вѣтренной оспой совсѣмъ не изолируются и тѣмъ не менѣе заболѣваютъ не всѣ; очевидно, здѣсь большую роль должна играть и степень невосприимчивости того или другого лица въ данный моментъ. При другихъ заболѣваніяхъ, напр., при кори, съ воздухомъ приходится считаться больше. Въ отчетѣ за 25 лѣтъ дѣятельности больницы пр. Петра Ольденбургскаго д-ръ *К. А. Раухфусъ* говоритъ, что онъ замѣтилъ передачу коревой заразы по этажамъ и поэтому сталъ размѣщать больныхъ въ отдѣльныхъ павильонахъ. Въ дѣтской Елизаветинской больницѣ, гдѣ коревое отдѣленіе находится внизу, корь передавалась въ верхніе этажи, не смотря на изоляцію ухаживающаго персонала; выяснилось, что передача шла по воздухоносному каналу, чрезъ который верхнее хирургическое отдѣленіе сообщалось съ нижнимъ коревымъ. Эти примѣры показываютъ, что зараженіе корью передается черезъ воздухъ, и это не покажется страннымъ, если вспомнить, что коревые чихаютъ, кашляютъ и т. п. Поэтому проф. *С.* лично не боялся-бы помѣстить вмѣстѣ коклюшнаго и дифтерійнаго, но никогда-бы не рѣшился держать вмѣстѣ коревого и дифтерійнаго. Да и самъ *Grancher* считается съ личной невосприимчивостью, состояніемъ больного до поступленія въ больницу, руководясь въ этомъ отношеніи анамнезомъ; однако, на послѣдній полагаться трудно. Поэтому независимо отъ того, какихъ-бы взглядовъ на изоляцію мы ни держались, практически приходится считаться только съ асептикой.

Докладчикъ указалъ, что смотритъ на дѣло именно такъ, но подчеркнулъ, что дисциплинировать въ этомъ отношеніи нашъ ухаживающій персоналъ очень трудно въ виду крайне низкой культурности его.

С. М. Малиновскій (съ Командорскихъ острововъ) сообщилъ, что во время эпидеміи кори въ 1900 г. на Сѣверѣ Приморской области все туземное населеніе, состоящее изъ инородцевъ, переболѣло корью, хотя, проживая на далекомъ разстояніи другъ отъ друга и занимаясь охотой, туземцы очень рѣдко (не болѣе 1—2 разъ въ годъ) сообщаются между собою. По словамъ старожиловъ, корь не наблюдалась тамъ около 30 лѣтъ. Эпидемія была занесена однимъ купцомъ изъ Владивостока, который привезъ на пароходѣ сына со свѣжей корью. Разъѣзжая по селеніямъ Камчатки, купецъ и былъ передатчикомъ заразы, и почти все населеніе (коряки, алеуты, камчадалы, тунгусы и якуты) переболѣли корью, при чемъ нѣкоторые роды совершенно вымерли. Этотъ печальный опытъ знакомства съ болѣзнью бѣлыхъ создалъ на нѣкоторое время у туземнаго населенія невосприимчивость къ кори. Основываясь на этомъ наблюденіи, д-ръ *М.* думаетъ, что воздухомъ корь не переносится.

Д. А. Соколовъ возразилъ, что приведенный д-ромъ *Малиновскимъ* примѣръ не доказываетъ отсутствія переноса коревой заразы черезъ воздухъ, а иллюстрируетъ только возможность переноса заразы третьимъ лицомъ. Послѣднее, конечно, очень важно для врачей, которые могутъ въ частной практикѣ сами переносить заразу.

А. Д. Зотовъ спросилъ, дѣйствительно-ли прослѣжено, что третье лицо, въ данномъ случаѣ купецъ, самъ оставаясь здоровымъ, переносилъ заразу изъ дома въ домъ?

С. М. Малиновскій подтвердилъ сообщенный имъ фактъ.

А. Н. Латухинъ призналъ интересными цифры внутреннихъ зараженій въ Барачной больницѣ и думаетъ, что, когда широкіе круги населенія узнаютъ, насколько крупны эти цифры, то, пожалуй, откажутся посылать своихъ дѣтей въ больницу.

Б. А. Георгіевскій указалъ, что больница безсильна что-нибудь сдѣлать противъ этого зла, такъ какъ вынуждена принимать заразныхъ больныхъ, сколько-бы ихъ ни приходило.

А. Н. Рубель не видитъ въ этомъ оправданія для больницы, не оправдываетъ и врачей. По его мнѣнію, послѣдніе виновны въ томъ, что замалчиваютъ такіе вопіющіе факты въ то время, какъ о нихъ нужно громко и повсюду говорить. Всѣ наши больницы страдаютъ отъ переполненія, но предпринимаютъ-ли что-нибудь противъ этого больничные врачи? Къ сожалѣнію, нѣтъ. Между тѣмъ нравственный долгъ главнаго врача, разъ число больныхъ дошло до извѣстной maximal'ной нормы, прекратить дальнѣйшій пріемъ вновь прибывающихъ. Тогда больничная Коммиссія или городская Управа volens nolens должна будетъ озаботиться немедленнымъ пріисканіемъ другихъ помѣщеній. Анализируя глубже печальные факты громадной внутренней заражаемости, нельзя не обратить вниманія на одну изъ причинъ, играющую здѣсь видную роль; эта причина—неудовлетворительность всей врачебно-санитарной организаціи Петербурга вообще и въ частности обособленность больничной помощи отъ прочихъ санитарныхъ учрежденій города, т. е. искусственное дѣленіе на больничную и санитарную Коммиссіи. При бюрократическомъ строѣ обѣихъ Коммиссій сношенія ихъ, конечно, не обходятся безъ обычной канцелярской проволочки времени; многое, что извѣстно санитарнымъ врачамъ, ускользаетъ отъ вниманія больничныхъ, и наоборотъ; дѣлиться своими наблюденіями за отсутствіемъ общаго коллегіальнаго органа ни тѣмъ, ни другимъ не приходится. Изъ-за этого постоянныя нареканія больничныхъ врачей на санитарныхъ, и наоборотъ. Напр., санитарный врачъ направляетъ въ больницу больного съ легкой заразной болѣзнью, положимъ, съ корью; руководится онъ тѣмъ соображеніемъ, что въ той обстановкѣ, при которой живетъ больной (напр., въ скученной угловой квартирѣ), оставаться ему невозможно. Больничный врачъ, зная, что въ моментъ присылки больного больница переполнена тяжелыми заразными больными, сѣтуетъ на санитарнаго за несвоевременную присылку больного. Но, вѣдь, санитарный врачъ не знаетъ о переполненіи больницы въ данный моментъ, а больничный врачъ не можетъ знать, въ какой обстановкѣ живетъ данный больной и что для него хуже: оставаться ли дома или же идти, хотя бы даже въ переполненную больницу?—Только постоянное товарищеское общеніе санитарныхъ и больничныхъ врачей могло-бы положить конецъ такимъ недоразумѣніямъ. Мало того, тогда больничные врачи скоро убѣдились бы, что число внутреннихъ зараженій далеко не ограничивается тѣми случаями, которые приводятся въ ихъ отчетахъ. Санитарнымъ врачамъ приходится нерѣдко наблюдать, какъ больной, выписанный изъ больницы по излѣченіи одной заразной формы, чрезъ нѣсколько дней заболѣваетъ другой, болѣе тяжелой; иногда бываетъ даже, что онъ продѣлываетъ потомъ еще и третью. Д-ръ *Р.* привелъ бывшій въ его практикѣ еще въ 1900 г. случай, о которомъ и теперь онъ не можетъ вспомнить безъ содраганія: у содержателя мелочной лавки (по Захарьевской ул. въ

д. № 25) заболѣлъ сынъ корью; въ виду непосредственнаго сообщенія квартиры съ мелочной лавкой мальчика нельзя было оставить дома и пришлось направить въ Барачную больницу; тоже пришлось продѣлать и съ 3-мя послѣдовательно заболѣвшими его братьями и сестрами. И что-же въ результатѣ? Изъ 4-хъ дѣтей вернулся домой только 1; 3 остальныхъ умерли, кто отъ скарлатины, кто отъ дифтеріи, присоединившихся уже въ больницѣ. Послѣ этого глубоко-трагическаго случая, бывшаго еще въ первые годы его дѣятельности въ роли санитарнаго врача, д-ръ *Р.* навсегда отказался совѣтовать отправлять коревыхъ больныхъ въ больницу.

Ф. Ф. Гольцингеръ подчеркнулъ, что не только санитарный, но и всякій практикующій врачъ въ Петербургѣ находится въ такомъ-же затруднительномъ положеніи и не рѣшается подвергать своихъ заразныхъ больныхъ риску новаго зараженія въ больницѣ. Въ подтвержденіе своихъ словъ онъ привелъ печальный случай съ коревымъ больнымъ, поступившимъ въ больницу Маріи Магдалины. Смертность отъ кори въ этой послѣдней составляетъ 20%.

А. Э. Бари, какъ бывшій ординаторъ больницы Маріи Магдалины, нарисовалъ грустную картину содержанія коревыхъ въ больницѣ и подтвердилъ, что смертность ихъ громадна.

А. Н. Рубель въ подтвержденіе своей мысли о замалчиваніи врачами этихъ грустныхъ фактовъ подчеркнулъ, что больница Маріи Магдалины не печатаетъ своихъ отчетовъ.

Б. Н. Воиновъ указалъ, что и въ прочихъ, негородскихъ, больницахъ дѣло обстоитъ не лучше.

Д. А. Соколовъ привелъ цифры смертности отъ кори въ Елизаветинской больницѣ: изъ 400 больныхъ тамъ умираетъ въ среднемъ 25—30 чел., т. е., около 8%.

А. А. Кадьянъ, резюмируя пренія, высказался въ томъ смыслѣ, что вопросъ о преимуществѣ той или другой системы изоляціи въ настоящее время рѣшенъ быть не можетъ; все зависитъ отъ мѣстныхъ условій: при извѣстныхъ условіяхъ лучше одна система, при иныхъ—другая. Что-же касается системы изоляціи въ нашихъ городскихъ больницахъ, то—независимо отъ всякихъ теоретическихъ взглядовъ на изоляцію—необходимо признать, что она никуда не годится.

Назначенный на то же засѣданіе докладъ *А. Э. Бари—Благотворительныя Общества при лѣчебныхъ учрежденіяхъ г. Петербурга*—за позднимъ временемъ отложенъ до слѣдующаго засѣданія.

Предсѣдатель *А. Кадьянъ*.
Секретарь *А. Рубель*.

CXXIII. *Протоколъ Совѣщанія врачей Маріинской больницы въ Петербургѣ по научному отдѣлу 17-го января 1904 г.* [1]).

Предсѣдательствовалъ директоръ больницы *А. М. Айкановъ*. Присутствовали: главноуправляющій Собственной Е. И. В. Канцеляріи по учрежденіямъ Императрицы Маріи ген.-ад. гр. Протасовъ-Бахметьевъ, медицинскій инспекторъ Вѣдомства И. Маріи *Е. В. Павловъ*, врачи больницы и нѣсколько гостей.

Читанъ и утвержденъ протоколъ Совѣщанія 29-го ноября 1903 г.

Е. Е. Фоссъ. Къ ученію объ истерической лихорадкѣ. На основаніи изученія 2-хъ случаевъ, наблюдавшихся въ нервномъ отдѣленіи больницы, и литературы вопроса докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Лихорадка, какъ и иныя разстройства сосудодвигательной системы, можетъ быть первичнымъ припадкомъ истеріи. 2. Она обычно встрѣчается въ тяжелыхъ случаяхъ нейроза и сопровождается припадками судорогъ. 3. Повышеніе температуры нельзя объяснить усиленной мышечной дѣятельностью во время припадковъ. 4. Сосудодвигательный діатезъ и его проявленія (лихорадка, отеки, полиурія, сыпи) указываютъ на корковое или надкорковое мѣстоположеніе процесса при истеріи, въ пользу чего и говоритъ совпаденіе лихорадки съ судорожными приступами. 5. Распознаваніе истерической лихорадки слѣдуетъ ставить, исключая наличность не всякой органической болѣзни вообще, но всякой органической болѣзни, которая можетъ вызывать повышеніе температуры (по передачѣ докладчика).

Я. В. Рыбалкинъ замѣтилъ, что истерія еще со временъ *Charcot* называется grande simulance, т. е. что она можетъ походить не только на заболѣванія нервной системы, но и на цѣлый рядъ заболѣваній другихъ органовъ, такъ что трудно допустить, чтобы теплорегулирующіе центры, заложенные въ головномъ мозгу, не подвергались при этомъ функціональнымъ разстройствамъ. Болѣе часто однако при истеріи бываетъ т. наз. ложная лихорадка или кажущееся лихорадочное состояніе, сопровождающееся въ извѣстное время ощущеніемъ зноба или жара, разбитости, учащеніемъ пульса и дыханія безъ объективнаго повышенія температуры. Истерическая лихорадка бываетъ въ формѣ лихорадочныхъ приступовъ—пароксизмальная или въ формѣ болѣе продолжительной. Что касается пароксизмовъ, то они или предшествуютъ истерическимъ судорожнымъ припадкамъ, или сопровождаютъ ихъ, или замѣняютъ ихъ. Подъемъ температуры бываетъ настолько значительный, что напр., въ случаѣ проф. *И. П. Мержеевскаго* она доходила до 41°. Распознать истерическую лихорадку пароксизмальную, сопровождающуюся судорожными приступами, легко; но въ случаяхъ постояннаго и неопредѣленнаго типа распознаваніе представляетъ значительныя затрудненія. Кромѣ признаковъ, перечисленныхъ докладчикомъ, необходимы еще продолжительное наблюденіе, исключеніе органическихъ заболѣваній, наличность истерическихъ стигматовъ или предшествующіе приступы, отсутствіе опредѣленнаго типа,—исчезанія или лишь незначительныя потери вѣса, не смотря на высокія температуры. Далѣе, послѣ истерическихъ пароксизмовъ моча бываетъ съ низкимъ уд. вѣсомъ; въ случаѣ проф. *И. П. Мержеевскаго* было $^4/_5$ мочевины, $^1/_5$ фосфатовъ. Что-же касается менингитическихъ и тифоидныхъ теченій, то они не представляютъ трудностей для распознаванія. У одной изъ больныхъ докладчика съ пароксизмальной лихорадкой, находящейся еще и теперь въ нервномъ отдѣленіи больницы, весьма интересно то, что лихорадочное состояніе легко вызывается душевнымъ волненіемъ, и лишь затѣмъ наступаетъ судорожный приступъ, при чемъ за весь пароксизмъ температура остается повышенной около 4-хъ часовъ. Кромѣ того, своеобразно у этой больной то, что температура прямой кишки держится всегда во время лихорадочнаго приступа приблизительно на 1° ниже температуры подъ мышкой. Такое несоотвѣтствіе, слѣд., можетъ также служить признакомъ для распознаванія истерической лихорадки.

Ѳ. К. Гейслеръ, указавъ, что въ наблюденіи докладчика есть важный пробѣлъ для рѣшенія вопроса о наличности истерической лихорадки—это отсутствіе данныхъ со стороны мочи, замѣтилъ, что скептиковъ, отрицающихъ истерическую лихорадку, можно раздѣлить на 2 группы: 1) никогда не видѣвшихъ ея и 2) имѣвшихъ дѣло съ ложно поставленнымъ распознаваніемъ. Особенно интересны случаи, когда не подозрѣвали истерической подкладки повышенной температуры при ея наличности. Такъ, нѣсколько лѣтъ назадъ былъ описанъ случай, о которомъ докладчикъ не упомянулъ, гдѣ вслѣдствіе предполагавшагося нарыва въ брюшной полости была произведена операція, но ничего не нашли. Больной, однако, въ утѣшеніе заявили, что гнойникъ найденъ и вскрытъ, послѣ чего лихорадка немедленно исчезла (случай *Dippe*). Далѣе д-ръ *Г.* привелъ случай изъ собственной практики. Его пригласили къ 21—22-лѣтней дѣвушкѣ-пѣвицѣ, у которой послѣ легкаго ларингита подъ вліяніемъ душевнаго волненія вдругъ появилась сильная лихорадка до 39°—40° безъ какихъ-бы то ни было измѣненій со стороны внутреннихъ органовъ и при отсутствіи признаковъ гриппа. Пульсъ былъ слегка ускоренъ. Подробное изслѣдованіе мочи не дало никакихъ отклоненій отъ нормы. Больная была изъ нейропатической семьи. Послѣ нѣсколькихъ тепловатыхъ ваннъ, при одновременномъ назначеніи брома внутрь, лихорадка такъ-же быстро исчезла, какъ и появилась, не оставивъ послѣ себя никакой слабости. Что касается причины повышенія температуры въ этихъ случаяхъ, то нужно думать, что оно—сосудодвигательнаго характера, ибо анализъ мочи не даетъ никакихъ указаній на повышенный обмѣнъ веществъ. Поэтому и необходимо при рѣшеніи вопроса объ истерической лихорадкѣ производить въ соотвѣтствующихъ случаяхъ опредѣленіе обмѣна веществъ, главнымъ образомъ азота, не довольствуясь, какъ это дѣлалось до сихъ поръ, однимъ опредѣленіемъ мочевины.

В. А. Кнохъ замѣтилъ, что докладчикъ при описаніи явленій упустилъ изъ вида еще одно обстоятельство—это притворство. 2 года назадъ д-ръ *К.* былъ приглашенъ къ одной больной, 3 мѣсяца передъ тѣмъ лѣчившейся отъ хроническаго оофорита или периметрита, при чемъ всѣ явленія такового исчезли, кромѣ лихорадки, достигавшей 39°—39°,8. Температуру измѣряла фельдшерица. Состояніе внутреннихъ органовъ не представляло никакихъ отклоненій отъ нормы, между тѣмъ температура въ 39°,4 держалась около 2-хъ недѣль, а къ приходу д-ра *К.* достигла 42°,1. Это обстоятельство и дало поводъ заподозрѣть притворство. Больную положили въ больницу, и всѣ явленія, а также и повышенія температуры, исчезли.

Н. И. Кусковъ, въ отдѣленіи котораго лежала только-что упомянутая больная, наблюдалъ еще одинъ такой-же случай, гдѣ измѣренія температуры чрезъ 2 часа обнаружили притворство.

Докладчикъ возразилъ, что случаи притворства въ его сообщеніи исключаются, такъ какъ онъ говорилъ объ истерической лихорадкѣ, а не объ искусственномъ повышеніи больными своей температуры.

В. А. Кнохъ замѣтилъ, что въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ провѣрять распознаваніе гипнозомъ: послѣ излѣченія лихорадки, нужно попробовать опять внушить ее. Во всякомъ случаѣ должны быть изучены всѣ возможные пріемы, употребляемые больными для искусственнаго вызыванія лихорадки.

Н. И. Кусковъ указалъ, что одинъ изъ обычныхъ пріемовъ—это натираніе термометра, примѣняемое истеричными больными при измѣреніи температуры даже тогда, когда имъ держатъ руки.

В. А. Кнохъ прибавилъ, что въ его случаѣ температура измѣрялась фельдшерицей и все-таки наблюдалось повышеніе.

Проф. *Е. В. Павловъ* привелъ случай изъ своей практики. У истероэпилептички, поступившей въ Александровскую Общину по поводу аппендицита, температура давала значительныя повышенія, при чемъ въ то время, какъ подъ одной подмышкой она достигала 45°, подъ другой была нормальной. Больной была сдѣлана операція, но ни въ слѣпой кишкѣ, ни въ придаткѣ отклоненій отъ нормы не было найдено. Послѣ операціи всѣ припадки исчезли.

А. Л. Маршандъ добавилъ, что у больной были, кромѣ того, кровавая рвота и икота, которыя тоже исчезли послѣ операціи.

[1]) Протоколъ этотъ по нашему недосмотру не попалъ въ печать своевременно (см. выше, № 17, стр. 633 и № 27, стр. 973). Просимъ глубокоуважаемое Общество великодушно извинить намъ эту вину. *Ред.*

П. П. Ламсаковъ замѣтилъ, что благопріятные результаты операцій установлены давно. Въ его диссертаціи о бугорчатковыхъ перитонитахъ приведена одна французская работа, въ которой сообщенъ случай, гдѣ больныхъ обманывали — говорили, напр., что имъ дѣлали чревосѣченіе, проводя лишь легкій надрѣзъ кожи, послѣ чего болѣзненныя явленія исчезали.

А. И. Соловьевъ замѣтилъ, что въ случаяхъ докладчика температура повышалась послѣ судорожныхъ приступовъ, которые и объясняютъ повышеніе. Пароксизмальная лихорадка, вѣроятно, есть результатъ повышенныхъ сокращеній. *Bouchard* дѣлалъ опыты надъ людьми, при чемъ послѣ усиленной работы температура повышалась до 38°,6, что, очевидно, зависѣло отъ мышечныхъ сокращеній. 1-ый случай не подходитъ подъ обычное понятіе о лихорадкѣ по характеру температурной кривой. Простое душевное волненіе можетъ повышать температуру; такъ, въ одномъ случаѣ у капризничавшаго мальчика температура достигала 41°.

Н. И. Кусковъ замѣтилъ, что разъ истерическая лихорадка установлена и признается всѣми, то интересно-бы выяснить, имѣются-ли опредѣленные ея типы?

Предсѣдатель спросилъ докладчика, были-ли случаи истерической лихорадки со вскрытіемъ?

Докладчикъ отвѣтилъ отрицательно.

Предсѣдатель припомнилъ случаи изъ Обуховской больницы, гдѣ больная съ истерической лихорадкой послѣ смерти были вскрыта, при чемъ найдены были измѣненія со стороны внутреннихъ органовъ.

Докладчикъ замѣтилъ, что это случай *Б. М. Кальмейера*; въ этомъ случаѣ найденъ былъ сифилисъ мозга, а въ другомъ такомъ-же бугорчатка.

С. П. Шукиновъ спросилъ, чѣмъ можно объяснить разницу температуры въ случаѣ *Lombroso*, приводимомъ докладчикомъ— во рту и въ прямой кишкѣ было 38°, а подъ мышкой 45°? По мнѣнію д-ра *Ш.*, это всего легче объяснить тѣмъ, что при измѣреніи температуры во рту и въ прямой кишкѣ искусственное ея повышеніе (resp. притворство) исключается, а подъ мышкой оно вполнѣ возможно, поэтому во всѣхъ случаяхъ съ истерической лихорадкой температуру безусловно слѣдуетъ измѣрять въ прямой кишкѣ, чтобы поставить вопросъ внѣ сомнѣнія. То обстоятельство, что бывали случаи, въ которыхъ температура подъ одной подмышкой давала 45°, а подъ другой была нормальной, еще болѣе наводитъ на сомнѣніе. Можетъ быть, подъ одной подмышкой больная можетъ производить необходимыя дѣйствія для повышенія температуры, а подъ другой нѣтъ.

Докладчикъ возразилъ, что притворство какъ въ доложенныхъ, такъ и въ описанныхъ въ литературѣ случаяхъ исключается; что послѣдніе случаи были строго обоснованы, за это говорятъ имена авторовъ и то, что больныя были показаны въ ученыхъ Обществахъ.

Ѳ. К. Гейслеръ привелъ случай изъ частной практики, гдѣ температура достигала 43°—45° какъ подъ мышкой, такъ и въ прямой кишкѣ.

Н. И. Кунчикъ, наблюдавшій туже больную, добавилъ, что такая температура, державшаяся нѣсколько мѣсяцевъ, замѣтнаго вліянія на общее состояніе больной не оказывала.

П. І. Козловскій. Случай скопленія молочновидной жидкости въ полости лѣвой плейры (см. № 41, стр. 1373).

Н. И. Кусковъ спросилъ, почему докладчикъ объясняетъ водянку живота результатомъ просачиванія жидкости изъ плейры, а не самостоятельнымъ скопленіемъ?

Докладчикъ отвѣтилъ, что, не отрицая возможности самостоятельнаго скопленія жидкости, онъ, согласно мнѣнію другихъ авторовъ, предполагаетъ возможность просачиванія, такъ какъ устьица грудобрюшной преграды всегда бываютъ открыты.

Н. И. Кусковъ: Большое-ли было скопленіе жидкости?

Докладчикъ: Незначительное.

Предсѣдатель: Больной выписался съ водянкой живота или безъ нея?

Докладчикъ: Съ водянкой.

Ѳ. К. Гейслеръ замѣтилъ, что употребляемыя докладчикомъ обозначенія «hydrops adiposus» и «hydrops chylosus» неправильны, такъ какъ въ первомъ случаѣ жидкость бываетъ обычно воспалительнаго происхожденія и потому называть ее словомъ «hydrops» нельзя.

Докладчикъ возразилъ, что примѣняемая имъ терминологія употребляется и другими авторами.

Ѳ. К. Гейслеръ добавилъ, что въ случаѣ докладчика надо думать о сочетаніи съ плейритомъ, на что указываетъ и цитологическая картина. Бугорчатка здѣсь исключается. Бываютъ хилезными и плейриты. Имѣется-ли подобное сочетаніе въ случаѣ докладчика, рѣшить трудно. Затѣмъ д-ръ *Г.* спросилъ, опредѣлялъ-ли докладчикъ число и виды бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Докладчикъ отвѣтилъ, что нѣтъ.

В. М. Ивановъ замѣтилъ, что, когда ему пришлось дѣлать больному проколъ (2 раза), то оба раза игла упиралась во что-то упругое, какъ будто было наслоеніе, почему онъ и думаетъ здѣсь о плейритѣ.

Докладчикъ отвѣтилъ, что онъ также дѣлалъ проколъ больному и препятствія для иглы не находилъ.

Предсѣдатель спросилъ, центрифугировалъ-ли докладчикъ жидкость?

Докладчикъ отвѣтилъ, что центрифугировалъ, но ничего, кромѣ приведеннаго въ докладѣ, не нашелъ.

Предсѣдатель *Ар. Айкановъ*.
Секретарь *С. Шукиновъ*.

CXXIV. 3-ье научное Совѣщаніе при поликлиникѣ дѣтскихъ болѣзней въ Харьковскомъ Университетѣ 6-го марта.

И. А. Баранниковъ сообщилъ случай *излѣченія перемежающейся 3-дневной лихорадки* у дѣвочки, 7 л., жидкой вытяжкой подсолнечника безъ примѣненія какихъ-либо другихъ средствъ.

Н. Н. Филиповъ спросилъ, видѣлъ-ли докладчикъ больного ребенка спустя нѣкоторое время послѣ выписки его изъ больницы?

Докладчикъ: Изслѣдовалась кровь 6 разъ, и въ послѣдніе 3 раза чужеядныхъ въ ней уже не оказалось. Послѣ выписки больная больше не показывалась. Что касается повторнаго изслѣдованія, то указанія на него имѣются въ моей диссертаціи, гдѣ приведена работа д-ра *Dagnino* (изъ клиники проф. *Maragliano*), находившаго чужеядныхъ болотной лихорадки въ селезеночной крови у людей спустя 8 мѣс.—8 лѣтъ по выздоровленіи ихъ отъ болѣзни, при чемъ 1) за указанное время у нихъ не было никакихъ приступовъ лихорадки и 2) въ периферической крови чужеядныхъ не было.

Н. Н. Филиповъ: Въ какой мѣстности живетъ больная? Если въ лихорадочной и при плохихъ гигіеническихъ условіяхъ, то достаточно перемѣны таковыхъ для прекращенія болѣзненнаго процесса,

Докладчикъ: Случаи самоизлѣченія отъ болотной лихорадки извѣстны не только при перемѣнѣ обстановки, но и безъ нея. Могу указать на случай, описанный въ моей диссертаціи, въ которомъ, какъ видно, изъ кривой, пріемы средства даже въ 4,0, по 3 раза въ день, оставались безъ вліянія: чужеядныя изъ крови не исчезали и температура не падала.

К. Н. Георгіевскій: Изъ сообщенія нельзя придти къ выводу объ исключительномъ вліяніи подсолнечника на выздоровленіе отъ болотной лихорадки. За послѣднее можетъ говорить только исчезаніе плазмодій изъ крови у больной. Что собственно разумѣете Вы подъ именемъ злокачественной 3-дневной лихорадки? Извѣстна, вѣдь, особая тропическая лихорадка, при которой находятся $^1/_2$-лунія.

Докладчикъ: Я склоняюсь къ мнѣнію объ исключительномъ вліяніи подсолнечника на томъ основаніи, что 1) кромѣ этого средства, больная ничего другого не получала; 2) что чужеядныя исчезли у нея изъ крови путемъ постепенной гибели, обнаруживая такія деструктивныя измѣненія, какихъ не описано въ нихъ ни при самоизлѣченіи, ни при лѣченіи хининомъ. Въ работѣ *Ziemann*'а отчетливо изображены формы чужеядныхъ 3-дневной злокачественной лихорадки; кромѣ него, многіе (*Mannaberg* и др.) описываютъ чужеядныхъ этой клинической формы болотной лихорадки. $^1/_2$-лунія могутъ быть и у больныхъ внѣ тропиковъ.

М. И. Свѣтухинъ, признавая въ данномъ случаѣ болотную лихорадку на основаніи наличности чужеядныхъ ея въ крови, считаетъ возможной и совмѣстность какой-либо другой заразной болѣзни, напр., брюшнаго тифа.

Докладчикъ признаетъ несомнѣнной другую заразную форму— рахитъ, что видно изъ исторіи болѣзни; тифъ-же онъ исключаетъ, ибо реакція *Widal*'я дала отрицательные результаты, спирохэтъ *Obermayer*'а тоже въ крови не было.

Н. Н. Филиповъ полагаетъ, что здѣсь болотное зараженіе было не сильное; но чему оно уступило, изъ доклада не видно.

Докладчикъ: Само собою понятно, что безъ изслѣдованія селезеночной крови, спустя долгое время послѣ выздоровленія, нельзя говорить объ излѣченіи болотной лихорадки не только подсолнечникомъ, но и хининомъ.

П. В. Воробьевъ. Неправильные сосуды (vasa aberrantia) печени (съ предъявленіемъ препаратовъ).

К. Н. Георгіевскій: Дѣлались-ли срѣзы печени на мѣстахъ этихъ сосудовъ и не есть-ли это результатъ регрессивнаго процесса въ печени?

Докладчикъ: На срѣзахъ острый край печени оказался состоявшимъ изъ соединительной ткани, въ которой лежали неправильные сосуды, а печеночная паренхима отстояла на 0,5 стм. отъ края.

Въ отвѣтъ на замѣчаніе *К. Н. Георгіевскаго* и проф. *И. В. Троицкаго*, какого происхожденія эти образованія—біологическаго, патологическаго или эмбріональнаго, докладчикъ отвѣтилъ, что можетъ—быть и то, и другое, и третье. Крайне желательны дальнѣйшія наблюденія.

А. Ордынскій.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Отчетъ о дѣятельности Общества скорой медицинской помощи въ Варшавѣ за 1903 годъ.

Среди существующихъ уже Обществъ для подачи первой медицинской помощи Варшавское Общество, безспорно, занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ. Не смотря на недавнее еще существованіе (съ 1897 г.) Варшавское Общество пріобрѣло большую популярность не только среди мѣстнаго населенія, но и внѣ его. Доказательствомъ этому служитъ вышедшій отчетъ за 1903 г.

Всѣ города, въ которыхъ устраиваются станціи скорой медицинской помощи, обращаются къ Обществу за помощью съ указаніями. Въ отчетномъ году Общество состояло изъ 836 членовъ. Принимали участіе въ подачѣ помощи 17 врачей. Врачи дежурятъ съ 9 час. утра до 1 час. ночи по 3 чел., а съ 1 часа ночи до 9 утра по 2. Число вызововъ съ каждымъ годомъ увеличивается. Въ отчетномъ году было 9838 требованій (въ 1902 г. 9021), въ среднемъ въ день по 26,7 требованій. На вечернія и ночныя требованія приходилось 2950. Наименьшее число приглашеній приходится на фабрики (77), что замѣчается каждый годъ. По этому поводу отчетъ замѣчаетъ, что существуютъ какія-то спеціальныя причины, которыя вынуждаютъ фабрики все меньше и меньше обращаться за помощью къ Обществу. Нельзя предположить, чтобы число несчастныхъ случаевъ на фабрикахъ постепенно уменьшалось, тѣмъ болѣе что фабричные рабочіе очень часто обращаются къ Обществу. Нужно предположить, что фабрики просто избѣгаютъ оглашенія своихъ несчастныхъ случаевъ. Наибольшее число вызововъ было со стороны частныхъ лицъ—77,5% и полиціи—19,1%. Отказано въ помощи въ 982 сл. Подана помощь мужчинамъ въ 63,7%, женщинамъ въ 21,4% и дѣтямъ въ 14,8%; такое отношеніе между полами остается за всѣ года почти безъ измѣненія. По занятіямъ наибольшее число обращавшихся за помощью приходится на рабочихъ и ремесленниковъ—58,7%, на лицъ свободныхъ профессій—24,4% и на поденьщиковъ—15,3%. Что касается возраста, то наибольшій % (62,6) далъ возрастъ отъ 15 до 40 л. Не останавливаясь на распредѣленіи помощи по участкамъ, вѣроисповѣданій обращавшихся и т. п., скажу, въ какихъ случаяхъ ее оказывали. Maximum приходится на хирургическія заболѣванія—74,8%, на внутреннія болѣзни приходится 21,7%, а на роды и выкидыши всего 0,5%. Изъ хирургическихъ заболѣваній съ каждымъ годомъ замѣчается увеличеніе рѣзаныхъ и колотыхъ ранъ, причиняемыхъ главнымъ образомъ ножами, на что Общество и обращаетъ особое вниманіе. Скорость выѣзда для подачи помощи колебалась отъ 1,2 мин. до 1,8 мин., самой подачи—отъ 8,3 мин. до 12,6 мин. Кромѣ помощи на станціи Общества и на мѣстѣ случая, Общество устраивало временные посты во время торжественныхъ шествій и гуляній; ихъ было 40. Въ заключеніе слѣдуетъ отмѣтить, что Общество все ростетъ и дѣятельность его становится все болѣе и болѣе необходимой и популярной. Печатаемые Обществомъ отчеты (на польскомъ и русскомъ языкахъ), могутъ служить образцомъ такихъ отчетовъ для другихъ Обществъ; въ нихъ находится много интересныхъ свѣдѣній.

Д. Никольскій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXVIII. М. Г.! Не откажите въ помѣщеніи слѣдующихъ строкъ.

Общество Царскосельскихъ врачей въ первомъ, послѣ лѣтняго перерыва занятій, засѣданіи 6-го октября, ознакомившись съ печальнымъ случаемъ, происшедшимъ съ врачемъ *Н. П. Забусовымъ*, единогласно постановило: выразить свое негодованіе по поводу насилія, учиненнаго ген. Ковалевымъ надъ врачемъ *Забусовымъ*, — насилія тѣмъ болѣе гнуснаго, что врачъ *Забусовъ* былъ заманенъ на квартиру ген. Ковалева подъ предлогомъ оказанія помощи тяжело-больному.

Предсѣдатель *Данчичъ*.
Секретарь *И. Вишневскій*.

Царское Село. 14 октября 1904 г.

CXIX. М. Г.! Въ отвѣтъ на письмо д-ра *Н. С. Купревича*, помѣщенное въ № 40 «Русскаго Врача», могу дать слѣдующее разъясненіе.

За 8 лѣтъ моей ординатуры на станціи *Pasteur*'а при больницѣ имени Императора Александра III въ Москвѣ мнѣ ни разу не приходилось наблюдать не только нарывовъ съ печальными осложненіями, но и вообще какихъ-либо возбуждающихъ опасенія реакцій на мѣстахъ уколовъ для впрыскиванія эмульсій. Такъ продолжалось до начала іюля 1904 г., когда вдругъ на мѣстахъ уколовъ начали появляться затвердѣнія, въ большинствѣ случаевъ переходившія въ нагноенія. При соблюденіи правилъ хирургіи нарывы эти были вскрываемы и быстро получалось заживленіе; въ 4-хъ случаяхъ, однако, наблюдались нарывы съ бурнымъ теченіемъ, потребовавшимъ серьезнаго хирургическаго вмѣшательства. Было много случаевъ, въ которыхъ мѣстныя явленія подъ вліяніемъ влажнаго тепла, смазыванія іодной настойкой и т. д. улучшались и временно не требовали хирургическаго вмѣшательства. Случаевъ со смертельнымъ исходомъ не было. Такое положеніе продолжалось до конца августа, когда эта эпидемія затихла, и новыхъ заболѣваній съ того времени уже не наблюдалось. Какъ приготовленіе прививочнаго матеріала, такъ и способы прививокъ все время не уклонялись отъ обычныхъ принятыхъ способовъ, заимствованныхъ со станціи *Pasteur*'а въ Парижѣ.

Тотчасъ-же были приняты мѣры къ выясненію причинъ такого печальнаго осложненія. Состоялось нѣсколько врачебныхъ Совѣщаній, но строго опредѣленной причины даннаго обстоятельства выяснить не удалось. Указывалось на то, что возможно было загрязненіе матеріала вслѣдствіе бывшаго въ это время ремонта; было предположеніе, что могла быть какая-либо эпизоотія у подвергавшихся перевивкамъ кроликовъ, наконецъ, возможенъ былъ и переносъ съ больного на больного, но каждая изъ этихъ причинъ въ отдѣльности и всѣ вмѣстѣ не могли, все-таки, выяснить того множества уклоненій, которыя наблюдались клинически [1]). Какъ я уже сказалъ, эпидемія прекратилась, и съ этихъ поръ снова ни разу не было не только какихъ-либо признаковъ мѣстныхъ реакцій, но даже субъективныхъ жалобъ на болѣзненность отъ впрыскиваній.

Ординаторъ больницы *К. Бари*.

Москва. 13 октября 1904 г.

CXX. М. Г.! Въ № 41 «Русскаго Врача» въ отдѣлѣ «Хроника и мелкія извѣстія» подъ № 2038 сообщается объ инцидентѣ на курсахъ сестеръ милосердія при Кіевской Маріинской Общинѣ Краснаго Креста. По поводу этой замѣтки нахожу нужнымъ сообщить слѣдующее:

1. Никакихъ недоразумѣній между мной и проф. *П. И. Морозовымъ не было.*

2. Никакого кризиса курсы *не* переживаютъ. Открытіе ихъ нѣсколько запоздало по 2-мъ причинамъ: 1-ая—трауръ (? *Ред.*) по только-что скончавшейся попечительницѣ Е. Н. Сухомлиновой и 2-ая—противодѣйствіе мнѣ какъ со стороны проф. *Морозова*, такъ и нѣкоторыхъ другихъ профессоровъ въ дѣлѣ организаціи курсовъ.

3. Какая уважительная причина—вредить Красному Кресту въ переживаемое нами время—это, конечно, *должно* быть выяснено въ печати.

4. Курсы начинаются въ понедѣльникъ 18-го октября [2]).

Ч. пр. *Н. Неёловъ*.

Кіевъ. 15/x 1904 г.

CXXI. М. Г.! Мы, врачи Сибирской желѣзной дороги, прочитавъ на страницахъ «Русскаго Врача» (№№ 18, 20, 21), извѣстіе о возмутительнѣйшемъ предательскомъ насиліи надъ старшимъ врачемъ Средне-Азіатской ж. дороги *Н. П. Забусовымъ*, во время исполненія имъ врачебнаго долга, глубоко возмущенные гнуснымъ поступкомъ ген. Ковалева, выражаемъ свое искреннее сочувствіе товарищу по поводу постигшаго его 14-го марта с. г. несчастія и съ нетерпѣніемъ будемъ ждать извѣстія о должномъ возмездіи виновнику *дикаго* поступка г. Ковалеву и нравственномъ удовлетвореніи до глубины души оскорбленнаго товарища *Забусова*, а въ лицѣ послѣдняго и всѣхъ русскихъ врачей.

В. Сосуновъ, И. Михайловскій, В. Ф. Оржешко, Р. И. Никаноровъ, Зегржда, А. Нечаевъ, Фармаковскій, П. Разумовскій, Еф. Колпакчи, А. Пальмовъ, Н. Синельниковъ, Н. Булло, В. Нечаевъ, А. Морковитинъ, Петропавловскій, И. Вульпе, Мышкинъ, В. Добромысловъ, Ангилейко, И. Валединскій, А. Лепорскій, Н. Алексѣевъ, Ишерскій, Ю. Маріенгофъ, В. Поповъ, Ив. Абдринъ, Е. Игнатьевъ, М. Бѣляковъ, А. Чистяковъ, Ф. Берниковъ, Г. Концевичъ, Л. Лохвицкій, С. Мурзаевъ, В. Лебединскій, К. Камоpхинъ, Кузьмицкій, А. Ротбергъ, Е. Родіоновъ.

Сибирская желѣзная дорога. 10-го іюля 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2106. Въ Одесскомъ Университетѣ *свободны каѳедры: оперативной хирургіи и топографической анатоміи и акушерства и женскихъ болѣзней.* Крайнимъ срокомъ для подачи въ Министерство народнаго просвѣщенія заявленій отъ желающихъ занять эти каѳедры назначено *1-ое декабря 1904 г.*

2107. *М. В. Богдановъ-Березовскій* и *Л. В. Соболевъ* по прочтеніи 2-хъ пробныхъ лекцій удостоены Конференціей В.-Медицинской Академіи званія *чч. преподавателей*: 1-й—по каѳедрѣ горловыхъ, носовыхъ и ушныхъ болѣзней, а 2-й—по каѳедрѣ патологической анатоміи («Биржевыя Вѣдомости», 18 октября).

2108. Серпуховское Земство учреждаетъ на медицинскомъ факультетѣ Московскаго Университета *стипендію имени Антона Павловича Чехова* въ размѣрѣ 300 р. для студентовъ изъ Серпуховскаго уѣзда и города Серпухова («Русскія Вѣдомости», 17 октября).

2109. «The Journal of the American Medical Association» (1 октября) съ видимымъ сочувствіемъ перепечатываетъ извѣстіе о томъ, что наша В.-Медицинская Академія постановила помѣстить въ залѣ Конференціи *портретъ* своего почетнаго члена *А. Н. Куропаткина*, въ благодарность за сдѣланное имъ для этого учрежденія.—Всѣмъ извѣстно, что А. Н. Куропаткину много обя-

[1]) Отчего-же въ это время не была совсѣмъ прекращена высылка прививочнаго матеріала? *Ред.*

[2]) Изъ того, что писалъ по этому поводу проф. *П. И. Морозовъ* «Кіевлянину» (см. № 42, стр. 1425), читатели могутъ видѣть, что, не смотря на категоричность заявленія автора письма, «кризисъ» Курсы переживали. Отъ души радуемся, если нынѣ онъ благополучно разрѣшился. Вопросъ о «недоразумѣніяхъ» его ipso остается открытымъ. Вполнѣ признаемъ безусловную необходимость печатнаго выясненія «уважительныхъ» и неуважительныхъ причинъ—«вредить Красному Кресту въ переживаемое нами время», чтобы всѣ могли знать, откуда-же онѣ, дѣйствительно, исходятъ и какія должны быть приняты мѣры къ пресѣченію ихъ въ самомъ-же началѣ. *Ред.*

зана не только Академія, но и весь корпусъ военныхъ врачей, интересы котораго имѣли въ немъ постояннаго заступника.

2110. Е. М. Терещенко пожертвовала *15000 р.* на устройство ортопедическаго Института при Одесскомъ Университетѣ («Кіевское Слово», 8 октября).

2111. Д-ръ *П. Н. Булатовъ назначенъ помощникомъ главнаго врачебнаго инспектора* Министерства внутреннихъ дѣлъ («Правительственный Вѣстникъ», 13 октября).

2112. *Главнымъ хирургомъ 2-ой Манчжурской арміи* назначается *П. Т. Склифосовскій* («Практическій Врачъ», 16 октября).

2113. Въ послѣднихъ бояхъ съ Японцами *раненъ* старшій врачъ 285-го пѣхотнаго Мценскаго полка *А. И. Викторовичъ* и *контуженъ* старшій врачъ 122-го пѣхотнаго Тамбовскаго полка *М. І. Левицкій* («Биржевыя Вѣдомости», 13 и 17 октября).

2114. *Изъ доклада исполнительной Коммиссіи Краснаго Креста* общему Собранію 29-го августа видно, что къ этому времени въ дѣйствующей арміи и въ тылу ея было развернуто 148 лазаретовъ и отрядовъ на 21075 кроватей; находились въ пути 10 отрядовъ на 800 кроватей и готовились къ отправленію 2 лазарета на 200 кроватей и 5 отрядовъ на 25 кроватей. Изъ общаго числа 166 было выдвижныхъ лазаретовъ 95 на 19950 кроватей, этапныхъ лазаретовъ 28 на 1725 кроватей, летучихъ отрядовъ 29 на 725 кроватей, 2 бактеріологическихъ станціи и 12 отрядовъ обеззараживателей. Персонала отправлено съ отрядами и въ качествѣ резерва всего 5108, въ томъ числѣ главноуполномоченныхъ и уполномоченныхъ 96, врачей 455, студентовъ-медиковъ 96, фармацевтовъ, ветеринаровъ и фельдшеровъ 168, сестеръ милосердія 1962 и 2240 санитаровъ. Въ эти итоги не вошли еще данныя о нѣсколькихъ земскихъ отрядахъ.

2115. Отбыли на Дальній Востокъ: 4-го октября изъ Одессы *44-ый полевой госпиталь* въ составѣ 5 врачей и 100 санитаровъ («Одесскія Новости», 5 октября); 11-го октября изъ Калуги 7-ой вспомогательный *санитарный поѣздъ* («Русскія Вѣдомости», 13 октября); 16-го октября изъ Петербурга *отрядъ сестеръ милосердія* Георгіевской Общины Краснаго Креста въ составѣ 25 сестеръ и 7 санитаровъ («Новое Время», 17 октября).

2116. Центральное справочное бюро о военно-плѣнныхъ получило телеграфное извѣщеніе отъ Токійскаго бюро о томъ, что 10-го октября *освобождены изъ плѣна* и отправлены изъ Японіи д-ръ *Швецовъ* и 33 лица медицинскаго и санитарнаго персонала («Биржевыя Вѣдомости», 14 октября).

2117. Въ Пироговскомъ Музеѣ, какъ сообщаетъ «Новое Время» (13 октября), будутъ читаться *популярныя лекціи по практической хирургіи и уходу за ранеными и больными.*

2118. Подмосковныя желѣзныя дороги устраиваютъ около Москвы *больницу для воиновъ, раненыхъ и заболѣвшихъ на Дальнемъ Востокѣ.*—На средства служащихъ на Либаво-Роменской жел. дорогѣ снаряженъ *лазаретъ на 25 кроватей* для эвакуируемыхъ больныхъ («Новое Время», 13 и 17 октября).—Въ больницѣ Петербургскаго почтамта на средства служащихъ устроены *4 кровати* для эвакуируемыхъ съ Дальняго Востока раненыхъ нижнихъ чиновъ («Правительственный Вѣстникъ», 12 октября).

2119. При Благовѣщенскомъ домѣ трудолюбія въ Петербургѣ вновь открыты 6-недѣльные *курсы для сестеръ милосердія и сидѣлокъ.* Кромѣ обычныхъ предметовъ, слушательницы будутъ ознакомлены на нихъ съ пріемами водолѣченія и ухода за душевными больными («Новое Время», 13 октября).

2120. Въ Петербургѣ основалось частное Общество по устройству *отрядовъ братьевъ милосердія*, назначеніе которыхъ—обходить послѣ боя поле сраженія, чтобы отыскивать между тѣлами умершихъ тяжело раненыхъ, которыхъ еще можно спасти. Занятія для желающихъ поступить въ эти отряды уже начались (въ актовомъ залѣ гимназіи г. Гуревича).

2121. Редакція «Вѣстника Манчжурской Арміи», какъ передаетъ «Правительственный Вѣстникъ» (14 октября), обратилась въ В.-Медицинскую Академію съ запросомъ *о способахъ оздоровленія человѣка при отравленіи лиддитными газами* для освѣдомленія съ ними работающихъ на театрѣ военныхъ дѣйствій врачей. Академія сообщила, что специфическаго противоядія для оздоровленія человѣка, отравленнаго лиддитными газами, не установлено, а совѣтуются въ этихъ случаяхъ всѣ пріемы, примѣняемые при отравленіяхъ вообще, а именно: вдыханіе кислорода, искусственное дыханіе и пр. Что касается оздоровленія среды, насыщенной лиддитными газами, то оно возможно, по мнѣнію Академіи, лишь при посредствѣ провѣтриванія.

2122. «Новости» (15 октября), со словъ проф. *О. В. Петерсена*, передаютъ, что германское Общество Краснаго Креста предлагаетъ отправить въ Иркутскъ *лазаретъ на 100 кроватей* съ полнымъ снаряженіемъ и персоналомъ и содержать его на свой счетъ. Если-бы въ Иркутскѣ не нашлось подходящихъ помѣщеній, германскій Красный Крестъ предлагаетъ потребное для устройства лазарета количество бараковъ. Кромѣ этого, германское Общество Краснаго Креста выражаетъ готовность принять на себя сооруженіе санитарнаго поѣзда на 25 вагоновъ. Германскимъ Краснымъ Крестомъ возбуждено также ходатайство о предоставленіи льготнаго проѣзда по германскимъ желѣзнымъ дорогамъ раненымъ русскимъ офицерамъ, слѣдующимъ заграницу въ лѣчебныя заведенія.

2123. Въ Wiesbaden'ѣ 14/27-го октября открыта *санаторія—пріютъ для раненыхъ русскихъ офицеровъ* («Новое Время», 19 октября).

2124. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 19) рисуютъ слѣдующую неприглядную *картину эвакуаціи заразныхъ больныхъ и раненыхъ съ театра войны.* «Санитарныхъ вагоновъ обыкновенно не хватаетъ для всего количества больныхъ, и потому къ поѣзду прицѣпляются т. наз. «теплушки»: это—самые обыкновенные товарные вагоны, не снабженные для пріема больныхъ даже подстилкой, такъ что тяжело больного или насквозь прострѣленнаго солдата везутъ на голыхъ доскахъ въ теченіи нѣсколькихъ сутокъ. Никакихъ, самыхъ даже примитивныхъ, приспособленій для больныхъ въ этихъ вагонахъ не существуетъ; вѣдь, совсѣмъ-бы, казалось, несложнымъ было завести, напр., хоть лѣсенки, по которымъ больной, который въ силахъ передвигаться, могъ-бы самъ выходить изъ вагона на остановкахъ, а также необходимыя для тяжело больныхъ переносныя приспособленія, являющіяся въ этихъ вагонахъ прямо-таки рѣдкостью. Если при этомъ вспомнить, что изъ числа больныхъ громадное большинство—дизентерики, то получится довольно яркая картина того, что должны перенести въ пути эти несчастные и въ какомъ видѣ вынимаютъ ихъ изъ этихъ, ставшихъ знаменитыми «теплушекъ» черезъ нѣсколько дней пути, по прибытіи на мѣсто назначенія. Вмѣстѣ съ тѣмъ несомнѣнно, что, хотя нѣкоторое, удобство и покой могли-бы быть доставлены этимъ страдальцамъ буквально за гроши, которые, конечно, не могли-бы чрезмѣрно обременить военное вѣдомство съ его неограниченнымъ кредитомъ; небольшой доли вниманія и участія къ страданіямъ больныхъ было-бы достаточно, чтобы избавить ихъ отъ никому ненужныхъ и легко устранимыхъ мученій. При посадкѣ раненыхъ въ вагоны царитъ полнѣйшій хаосъ: больные не дѣлятся по категоріямъ, по которымъ наиболѣе тяжелые больные были-бы обезпечены въ пути болѣе покойными мѣстами, бо́льшими удобствами,—въ лучшія и худшія помѣщенія больные попадаютъ совершенно случайно, и вотъ тяжело раненый, трудно больной валяется на голыхъ доскахъ, тогда какъ сравнительно легко раненый товарищъ тутъ-же рядомъ, въ томъ-же поѣздѣ, пользуется комфортомъ роскошнаго санитарнаго вагона».

2125. Противочумная Коммиссія объявляетъ, что *въ Закаспійской области* съ 4 по 11 октября наблюдались 3 случая новыхъ заболѣваній *холерой*; изъ нихъ 1 въ Мервѣ, 1 на станціи Кизиль-Арватъ и 1 въ аулѣ около Серахса. *Въ Баку* число заболѣваній за недѣлю съ 5 по 12 октября понизилось до 26 противъ 60 за предыдущую недѣлю, а число смертныхъ отъ холеры случаевъ до 19 противъ 24. *Въ Саратовѣ* съ 4 по 12 октября холерныхъ заболѣваній не было. *Въ Астрахани* и ея окрестностяхъ съ 5 по 13 октября заболѣли холерою 15, умерли 6. Изъ нихъ 7 заболѣли въ самой Астрахани и 8 въ окрестностяхъ—на рейдѣ, въ Атаманской станицѣ, въ Архіерейскомъ поселкѣ и на Форпостѣ. *Въ Самарской губерніи* число пораженныхъ холерою селеній нѣсколько возросло, число-же заболѣваній не превысило цифры заболѣваемости за предыдущую недѣлю. Заболѣванія наблюдались въ Николаевскомъ, Самарскомъ, Бузулукскомъ и Новоузенскомъ уѣздахъ, при чемъ наибольшее число случаевъ обнаружено въ Николаевскомъ уѣздѣ, гдѣ заболѣли 48 и умерли 7 чел., а число пораженныхъ селеній составило 8, тогда какъ въ остальныхъ уѣздахъ число это не превышаетъ 2. Всего съ 4 по 11 октября въ губерніи заболѣли холерою 65, умерли 14 чел. Въ самой Самарѣ съ 4 по 11 октября заболѣли 3, умеръ 1.

2126. На р. Окѣ у с. Карповки, близь Нижняго-Новгорода, открытъ *холерный пловучій госпиталь.* Другой такой-же будетъ устроенъ у с. Павлова. Оба разсчитаны на 20 коекъ («Правительственный Вѣстникъ, 13 октября).

2127. Такъ какъ *X Пироговскій Съѣздъ* будетъ созванъ въ Москвѣ, то Правленіе Пироговскаго Общества, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (12 октября), рѣшило не избирать особаго организаціоннаго Комитета, а вести работы по устройству Съѣзда составомъ Правленія. Членскій взносъ установленъ въ 10 р. Въ виду того, что на предыдущихъ Съѣздахъ обнаружены неудобства для занятій, вытекающія изъ чрезмѣрнаго дробленія отдѣловъ, при чемъ нѣкоторые отдѣлы были перегружены работой и стѣснены временемъ, а въ другихъ испытывался недостатокъ въ докладахъ, признано желательнымъ на X Съѣздѣ имѣть распредѣленіе отдѣловъ менѣе дробное.

2128. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 19), приведя извѣстную печальную исторію съ *постановленіями послѣдняго Пироговскаго Съѣзда*, которыя было запрещено читать на общемъ Собраніи и по поводу которыхъ было даже назначено особое разслѣдованіе, указываютъ, что, сопоставляя текстъ напечатанныхъ теперь почти во всѣхъ врачебныхъ органахъ постановленій Съѣзда и приводимые факты, «можно сдѣлать себѣ ясное представленіе, кто вторгался въ несвойственную ему область и совершенно безъ всякаго повода, кто придавалъ особенную окраску Съѣзду, которой онъ, на самомъ дѣлѣ, не имѣлъ, и кому обязанъ IX Пироговскій Съѣздъ, что онъ закончился не совсѣмъ спокойно и нормально. Достоинство представителей науки—членовъ Съѣзда, возлагало на нихъ обязанность отстоять компетенцію Съѣзда отъ всякихъ стороннихъ посягательствъ, и, къ счастью, послѣднее достигнуто, хотя нѣкоторые представители и не оказались на высотѣ своего положенія. Нужно надѣяться, что ошибки, допущенныя по отношенію IX Съѣзда, болѣе не повторятся».

2129. Правленіе Пироговскаго Общества одобрило составленное *Д. Н. Жбанковымъ обращеніе къ министру внутреннихъ дѣлъ* относительно разрѣшенія Обществу устройства врачебно-продовольственной помощи населенію въ мѣстностяхъ, постигнутыхъ неурожаемъ («Русскія Вѣдомости», 12 октября).

2130. На 1-мъ засѣданіи новаго медицинскаго Общества при Одесскомъ Университетѣ избраны въ составъ бюро: предсѣдателемъ проф. *Б. Ф. Верчо*, товарищами его профф. *С. В. Ле-*

вашевъ и *К. М. Сапѣжко*, секретарями ч. пр. *С. П. Косминъ* и *И. С. Назаровъ*.

2131. Правленіе Общества врачей гг. Ростова на Дону и Нахичевани, *вмѣсто вѣнка на гробъ умершаго* 8-го октября своего почетнаго члена *И. Э. Аладжалова, отослало 25 р. въ фондъ имени С. П. Боткина* на устройство дома призрѣнія для престарѣлыхъ неимущихъ врачей и ихъ семействъ («Донская Рѣчь», 10 октября).

2132. Совѣтъ бактеріологическаго Института Московскаго Университета постановилъ собирать и печатать *свѣдѣнія о русскихъ бактеріологическихъ лабораторіяхъ* въ своихъ отчетахъ или въ «Бактеріологическихъ Извѣстіяхъ», къ изданію которыхъ предположено приступить въ теченіи будущаго 1905-го года. Постановленіе это стоитъ въ связи съ высказаннымъ послѣднимъ Пироговскимъ Съѣздомъ пожеланіемъ объ установленіи болѣе тѣснаго и дѣятельнаго научнаго общенія между отдѣльными бактеріологическими институтами и лабораторіями. Завѣдующій Московскимъ бактеріологическимъ Институтомъ *Г. Н. Габричевскій* проситъ поэтому всѣ правительственные, общественные и частные бактеріологическіе институты, лабораторіи и станціи доставлять ежегодно не позднѣе 15-го января по адрессу,— Москва, Страстной бульваръ, бактеріологическій Институтъ— слѣдующія свѣдѣнія: 1. Какимъ прикладнымъ наукамъ (медицинѣ, ветеринаріи, химіи, агрономіи) служатъ бактеріологическія лабораторіи, при какихъ учрежденіяхъ, каѳедрахъ и т. д. состоятъ и каковъ составъ научнаго персонала. 2. Подробный списокъ работъ и сообщеній, напечатанныхъ въ заграничныхъ и русскихъ изданіяхъ. Заявленіе о согласіи на обмѣнъ изданій. 3. Списокъ имѣющихся разводокъ (ихъ цѣны и условія обмѣна), а также списокъ препаратовъ, музейныхъ предметовъ и т. д. 4. Данныя относительно работъ по приготовленію вакцинъ и сыворотокъ, ихъ силы и стоимости; данныя по статистикѣ и техникѣ лѣченія бѣшенства. 5. Техническія свѣдѣнія по борьбѣ съ заразными болѣзнями (обеззараживающія средства, приборы). 6. Время, распредѣленіе и программы курсовъ бактеріологіи, условія работы и число мѣстъ. Собранныя свѣдѣнія полностью или, по крайней мѣрѣ, въ существенныхъ выдержкахъ, будутъ печататься на средства бактеріологическаго Института и безплатно разсылаться лабораторіямъ, принимающимъ участіе въ доставленіи свѣдѣній, а также различнымъ другимъ учрежденіямъ, для которыхъ подобнаго рода свѣдѣнія могутъ представлять научный или практическій интересъ.

2133. По словамъ «Новаго Времени» (14 октября), А. Ф. Кони на запросъ д-ра *Пучкова*—разъяснить право больничныхъ врачей вскрывать трупы умершихъ отвѣтилъ, что религіозно-нравственная сторона *не допускаетъ вскрытія умершихъ безъ согласія родственниковъ при отсутствіи указаній на преступленіе.*

2134. Московская Дума, поручивъ городской Управѣ принять мѣры къ надлежащему содержанію могилы *Ѳ. П. Гааза* (см. № 42, стр. 1425), въ тоже время, согласно предложенію гг. Геннерта и Тихомирова, предложила Управѣ поручить Коммиссіи о пользахъ и нуждахъ общественныхъ разработать отдѣльно вопросъ объ *увѣковѣченіи памяти Ѳ. П.* («Русскія Вѣдомости», 13 октября).

2135. Закрывшійся 9-го октября въ Одессѣ *XV Съѣздъ врачей Херсонской губ. сдѣлалъ рядъ постановленій*, касающихся правильной постановки не только городской и земской медицины, но и вообще всего врачебнаго дѣла. Приводимъ нѣкоторыя изъ этихъ постановленій, въ виду ихъ выдающагося общественнаго значенія, полностью: «Признавая, что *распространеніе въ народѣ* всѣхъ вообще *знаній*, въ томъ числѣ и *медико-гигіеническихъ*, является однимъ изъ краеугольныхъ камней народнаго просвѣщенія и здравоохраненія, Съѣздъ полагаетъ, что дальнѣйшее развитіе этого дѣла рѣшительно невозможно при существующихъ условіяхъ. Настоятельно необходимо, чтобы ограничительныя постановленія, стѣсняющія свободу распространенія въ народѣ какъ печатнаго, такъ и устнаго слова, были отмѣнены и чтобы всѣ просвѣтительныя начинанія мѣстныхъ союзовъ осуществлялись явочнымъ порядкомъ, а право административнаго вмѣшательства въ ихъ жизнь было ограничено лишь привлеченіемъ къ суду въ случаяхъ какихъ-нибудь явныхъ правонарушеній. Правильная и цѣлесообразная борьба съ дѣтской смертностью, алкоголизмомъ, бугорчаткой, сифилисомъ и другими народными болѣзнями, представляющими въ Россіи общественное бѣдствіе огромной важности, возможна только при условіяхъ, обезпечивающихъ широкое распространеніе свѣдѣній объ истинныхъ причинахъ ихъ развитія и способахъ борьбы съ ними. Для этого необходимы: полная свобода личности, слова, печати и собраній. *Вопросъ объ обезпеченіи рабочихъ врачебной помощью* можетъ быть правильно разрѣшенъ въ Россіи только путемъ передачи фабричной и горнозаводской медицины земскимъ и городскимъ общественнымъ учрежденіямъ, при условіи переложенія натуральной повинности владѣльцевъ промышленныхъ заведеній на денежную и съ возложеніемъ выполненія этой повинности на органы земскаго и городского самоуправленій. Успѣшная борьба съ заболѣваемостью и охрана рабочихъ вообще возможны только при условіяхъ широкаго общественнаго контроля надъ условіями производства, въ которомъ рабочіе участвовали-бы въ качествѣ полноправныхъ членовъ, а также путемъ упорядоченія фабричнаго законодательства, при участіи въ выработкѣ законопроэктовъ представителей отъ рабочихъ, нормированія рабочаго дня до 8 час. и допущенія рабочихъ организацій и союзовъ». Въ частности *по отношенію къ гор. Одессѣ* Съѣздомъ принятъ рядъ положеній, въ которыхъ отмѣчается необходимость скорѣйшаго изданія городскимъ общественнымъ Управленіемъ обязательныхъ постановленій о санитарныхъ условіяхъ производства на фабрикахъ и заводахъ, а рядомъ съ этимъ необходимость произвести обслѣдованіе состоянія промышленныхъ учрежденій въ городѣ. Далѣе, Съѣздъ придаетъ значеніе первостепенной важности устройству дешевыхъ и здоровыхъ квартиръ для бѣднаго населенія. Съѣздъ признаетъ невозможнымъ дальнѣйшее существованіе въ Одессѣ заразныхъ отдѣленій при городской больницѣ въ нынѣшнемъ ихъ видѣ, не излѣчивающихъ поступающихъ туда больныхъ, а заражающихъ ихъ новыми заразными болѣзнями. Городскому Управленію необходимо озаботиться скорѣйшею постройкой особой дѣтской больницы и раціональнаго лѣчебнаго учрежденія для заразныхъ больныхъ. Въ видахъ правильнаго обсужденія врачебно-санитарныхъ мѣропріятій крайне желательно учрежденіе при городскомъ Управленіи коллегіальнаго органа, въ родѣ врачебно-санитарнаго Совѣта, въ составъ котораго также входили-бы и санитарные, и больничные врачи, и врачи для бѣдныхъ. Съѣздомъ отмѣчена необходимость учрежденія въ Одессѣ института школьныхъ врачей. Наконецъ, по вопросу о *предоставленіи земскимъ врачамъ возможности посѣщенія университетскихъ клиникъ и лабораторій* Съѣздъ постановилъ: «Признать крайне желательнымъ въ интересахъ научнаго прогресса общественной медицины, возможно широкій доступъ для занятій въ лабораторіи и клиники медицинскихъ факультетовъ врачей, состоящихъ на общественной службѣ. Просить губернскую Управу войти съ представленіемъ въ Херсонское губернское земское Собраніе о возбужденіи надлежащаго ходатайства о допущеніи земскихъ врачей во время ихъ научныхъ командировокъ къ занятіямъ въ лабораторіяхъ и клиникахъ медицинскихъ факультетовъ вообще и о допущеніи земскихъ врачей Херсонской губ. въ лабораторіи и клиники медицинскаго факультета Одесскаго Университета въ частности. Просить профессоровъ этого Университета о благопріятномъ заключеніи и о поддержкѣ этого ходатайства. Просить профессоровъ не отказать войти въ обсужденіе вопроса объ организаціи при Одесскомъ Университетѣ повторительныхъ курсовъ для врачей». Закрытію Съѣзда предшествовала прекрасная рѣчь предсѣдателя, д-ра *П. Н. Діатроптова*, изъ которой приводимъ слѣдующія слова, мѣтко характеризующія современное положеніе земской медицины и общественную роль земскаго врача: «Живя и работая среди населенія, болѣя его нуждами, общественные врачи не могутъ не чувствовать чрезвычайно живо значенія въ проведеніи санитарныхъ мѣропріятій культуры и экономики населенія, не могутъ не указывать на существующіе недостатки въ этомъ отношеніи, не могутъ, наконецъ, не требовать, чтобы зданіе народнаго здравоохраненія строилось на крѣпкомъ фундаментѣ общественнаго развитія самого населенія. Строеніе этого зданія требуетъ огромной интенсивной работы, работы, свободной отъ всякихъ путъ, понижающихъ качество работы и тормазящихъ ея прогрессивное развитіе; къ ней необходимо привлекать возможно большее число сознательныхъ, идейныхъ работниковъ. Работа земскаго врача всегда трудная, нерѣдко незамѣтная, часто неправильно понимаемая и оцѣниваемая, особенно въ своей просвѣтительной части, въ общемъ все-таки находитъ себѣ сочувствіе и пониманіе со стороны земскихъ учрежденій. Въ представителяхъ земства врачи привыкли находить отклики на представляемыя ими нужды того дѣла, которому они служатъ. Въ отзывчивости земскихъ дѣятелей, въ совмѣстной работѣ ихъ съ врачами по намѣченному сообща плану и заключается причина привязанности врачей къ земству, вѣры ихъ въ общественное дѣло, осуществляемое земскими учрежденіями. Не колеблятъ этой вѣры черные для земства дни: при общественномъ характерѣ работы идеалъ санитарнаго благополучія населенія не кажется врачамъ недостижимымъ; онъ побуждаетъ врачей къ продолженію работы, къ напряженію нужной для этого энергіи».

2136. Заимствуемъ изъ «Харьковскаго Листка» (8—10 октября) приведенныя тамъ *положенія нѣкоторыхъ докладовъ, представленныхъ VIII Съѣзду земскихъ врачей Харьковской губ. П. А. Граціановъ—О сельскихъ повивальныхъ бабкахъ.* «1) Многолѣтній опытъ показалъ, что возникшій 40 лѣтъ назадъ институтъ сельскихъ повивальныхъ бабокъ не оправдалъ возлагавшихся на него надеждъ; 2) что въ видахъ обезпеченія женщинъ сельскаго населенія раціональной акушерской помощью необходимо привлекать на земскую службу интеллигентныхъ, хорошо подготовленныхъ акушерокъ, вполнѣ способныхъ бороться съ установившимися въ дѣлѣ родовспоможенія предразсудками; 3) признать существованіе особыхъ для сельскаго населенія повивальныхъ бабокъ несоотвѣтствующимъ требованію науки; 4) ходатайствовать предъ губернскимъ земскимъ Собраніемъ о скорѣйшемъ преобразованіи Харьковской земской повивальной школы во всѣхъ отношеніяхъ; 5) внести отъ имени Съѣзда особый докладъ на предстоящій X Пироговскій Съѣздъ о недостаткахъ подготовки повивальныхъ бабокъ вообще и о желательныхъ ея измѣненіяхъ». *С. Н. Игумновъ—По вопросу о борьбѣ съ эпидеміями.* «Планомѣрное изученіе положенія населенія со всѣхъ сторонъ, имѣющихъ санитарное значеніе, правильная постановка текущей статистики должны быть первымъ шагомъ въ этомъ дѣлѣ. Затѣмъ необходимо предоставить населенію доброкачественную медицинскую помощь въ видѣ правильной и широко развитой врачебной организаціи. Въ видѣ помощи—палліативной для борьбы съ эпидеміями, но существенной для отдѣльныхъ больныхъ—необходима организація губернскимъ земствомъ эпидемическихъ отрядовъ для временнаго усиленія

постоянной медицинской организаціи въ уѣздахъ въ наиболѣе нуждающихся въ томъ мѣстахъ». *Онъ-же—О составѣ губернскаго врачебнаго Совѣта.* Докладчикъ предложилъ на разрѣшеніе Съѣзда слѣдующіе вопросы: 1) «Есть-ли губернскій врачебный Совѣтъ органъ для домашняго обихода губернскаго земства, или-же это регулирующій центръ, въ которомъ сходятся представители интересовъ различныхъ учрежденій и согласуютъ свою дѣятельность? 2) Если врачебный Совѣтъ будетъ признанъ регулирующимъ центромъ, то не слѣдуетъ-ли расширить его составъ, введя представительство отъ уѣздовъ? 3) Если слѣдуетъ, то каково должно быть это представительство: только-ли отъ уѣздныхъ санитарныхъ Совѣтовъ, или отъ нихъ и отъ уѣздныхъ Управъ»? Существующее названіе Совѣта—«врачебный», по мнѣнію докладчика, не соотвѣтствуетъ назначенію; болѣе отвѣчало-бы сущности дѣла названіе «губернскій санитарный Совѣтъ».

2137. *VIII Съѣздъ врачей Харьковской губ. послалъ министру внутреннихъ дѣлъ телеграмму* слѣдующаго содержанія: «Губернскій Съѣздъ врачей и представителей земствъ Харьковской губерніи, собравшійся впервые послѣ раздавшагося въ Россіи призыва общественныхъ учрежденій къ работѣ на началахъ полнаго довѣрія со стороны правительства, горячо привѣтствуетъ Ваше сіятельство, видя въ провозглашенныхъ Вами началахъ единственный залогъ внутренняго преуспѣянія Россіи». Текстъ этой телеграммы почему-то не разрѣшено было Московской цензурой 8-го октября напечатать въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ», а между тѣмъ 6-го октября онъ полностью былъ напечатанъ въ «Южномъ Краѣ» («Русскія Вѣдомости«, 13 октября).

2138. Приводимъ нѣкоторыя данныя *изъ отчета о командировкѣ для научнаго усовершенствованія въ Москву* д-ра *Б. Я. Дорфа* («Сборникъ свѣдѣній о ходѣ важнѣйшихъ заразныхъ болѣзней въ Курской губ.», ч. 2). Авторъ занимался главнымъ образомъ глазными болѣзнями въ глазной больницѣ на Тверской ул. и хирургіей—въ Ново-Екатерининской больницѣ. «Амбуляторный и госпитальный, а также и оперативный матеріалъ глазной больницы громадный: 100 кроватей для стаціонарныхъ больныхъ и около 40000 амбуляторныхъ посѣщеній въ годъ. При такомъ обширномъ матеріалѣ занимающихся пріѣзжихъ врачей—3—5 чел. Отъ времени до времени по вечерамъ, подъ руководствомъ одного изъ ординаторовъ, любезно согласившагося совершенно безвозмездно взять на себя руководство, *Н. Н. Дислера*, мы занимались операціями на свиныхъ глазахъ». Подборъ оперативнаго матеріала въ Ново-Екатерининской больницѣ авторъ считаетъ безусловно интереснымъ. «Изъ отрицательныхъ сторонъ занятій по хирургіи въ Ново-Екатерининской больницѣ слѣдуетъ отмѣтить, во-1-хъ, то, что оперируютъ сразу на 2—3-хъ столахъ, а, во-2-хъ, что часто оперируютъ подъ руководствомъ ординаторовъ студенты. Впрочемъ, 1-ое обстоятельство, уменьшая количество операцій, которое приходится видѣть каждому, въ то-же время даетъ возможность лучше наблюдать за ходомъ операціи, такъ какъ всѣ занимающіеся разбиваются на нѣсколько группъ. 2-ое обстоятельство при всѣхъ своихъ недостаткахъ имѣетъ и положительную сторону: завѣдующій данной операціей ординаторъ послѣдовательно объясняетъ каждый моментъ операціи». Топографической анатоміей и оперативной хирургіей авторъ занимался у прозектора *А. В. Старкова*, который, «затрачивая не мало труда на описываемыя занятія, велъ ихъ совершенно безвозмездно. Занятія шли слѣдующимъ образомъ: руководитель прекрасно описывалъ топографію извѣстной области и производство намѣченныхъ для занятій операцій. Затѣмъ онъ демострировалъ относящіеся къ данному вопросу препараты, какъ консервированные, такъ и свѣжіе, спеціально имъ приготовленные. Наконецъ всѣ занимавшіеся подъ руководствомъ д-ра *Старкова* производили описанныя послѣднимъ операціи. Труповъ бывало всегда достаточное количество». Авторъ пытался еще заниматься акушерствомъ въ Московскомъ родовспомогательномъ Заведеніи. Названное учрежденіе обладаетъ богатѣйшимъ матеріаломъ (до 10000 родовъ въ годъ). Къ несчастью, обстановка и общій порядокъ не располагаютъ къ занятіямъ въ немъ. Не говоря уже о всемъ прочемъ, самая возможность проникнуть въ описываемое учрежденіе обставлена такими формальностями, что земскому врачу, пріѣзжающему для занятій, представляется слишкомъ труднымъ устроиться тамъ. Требуется обязательное личное представленіе директору непремѣнно съ документальнымъ удостовѣреніемъ врачебнаго званія. Наконецъ, очереди приходится ожидать такъ долго, что авторъ, напр., представившись въ началѣ отпуска, получилъ разрѣшеніе на занятія только въ самомъ концѣ его.

2139. Въ засѣданіи Макарьевскаго врачебнаго Совѣта былъ недавно возбужденъ вопросъ, не слѣдуетъ-ли требовать, чтобы командируемые для научнаго усовершенствованія врачи представляли *отчеты о командировкахъ* по опредѣленной программѣ, а также удостовѣренія учрежденій или преподавателей, подъ руководствомъ которыхъ они занимались, въ успѣшныхъ занятіяхъ. Предложеніе это вызвало многочисленныя возраженія, при чемъ было указано, что представленіе удостовѣреній является лишней, ничего не доказывающей формальностью, къ тому же обременительной. Совѣтъ постановилъ представленіе отчета о научныхъ командировкахъ не регламентировать никакими формальностями, предоставивъ форму отчета личному усмотрѣнію командируемыхъ врачей («Свѣдѣнія медико-санитарнаго бюро Нижегородскаго губернскаго земства», № 9).

2140. Особая *Коммиссія по преобразованію надзора за проституціей въ Одессѣ* единогласно постановила: 1) признать существующій нынѣ въ г. Одессѣ надзоръ за проституціей не удовлетворяющимъ цѣли; 2) признать невозможнымъ по мѣстнымъ условіямъ и въ силу общаго характера дѣятельности общественныхъ и земскихъ учрежденій въ сферѣ охраненія народнаго здравія принятіе для г. Одессы какого-либо изъ 2-хъ способовъ, предложенныхъ министерскимъ Положеніемъ по надзору за проституціей въ Имперіи, и 3) признать цѣлесообразнымъ передать дѣло по надзору за проституціей *всецѣло и нераздѣльно* въ вѣдѣніе городского общественнаго Управленія, предоставивъ ему-же выработать и самый способъ такого надзора («Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи г. Одессы», № 17). Выработанное Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ новое положеніе о проституціи, какъ мы уже приводили (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 50, стр. 1810), предусматриваетъ двоякаго рода организацію: 1) учрежденіе надзора, при коемъ и полицейская и санитарная часть находятся въ вѣдѣніи полиціи, и 2) учрежденіе надзора, при коемъ полицейская часть остается въ вѣдѣніи полиціи, а завѣдываніе санитарной частью возлагается на мѣстныя общественныя установленія.

2141. По словамъ «Харьковскаго Листка» (9 октября), въ Ахтырскомъ земствѣ, въ цѣляхъ развитія раціональной акушерской помощи населенію, признано желательнымъ, помимо общихъ культурныхъ мѣръ, организовать помощь *земскихъ сидѣлокъ-повитухъ*; такія сидѣлки замѣняли-бы на время родовъ родильницу въ роли хозяйки. Затѣмъ признано безусловно необходимымъ замѣнить всѣхъ акушерокъ фельдшерицами-акушерками и устроить родильныя отдѣленія при врачебномъ участкѣ.

2142. Братья А. и В. Бахрушины *пожертвовали 15000 р.* на улучшеніе всей постановки дѣла въ родильномъ пріютѣ при Бахрушинской больницѣ въ Москвѣ («Правительственный Вѣстникъ», 16 октября).

2143. Медицинское земское Собраніе, Костромской губ., постановило *выстроить еще участковую больницу и особое глазное отдѣленіе и увеличить число родовспомогательныхъ пунктовъ* («Новое Время», 15 октября).

2144. Въ Омскѣ открывается *госпиталь на 55 кроватей* на средства Краснаго Креста («Русскія Вѣдомости», 17 октября).

2145. 10-го октября въ Новочеркасскѣ открыта *больница для иногородныхъ* («Донская Рѣчь», 13 октября).

2146. Одесскимъ врачебнымъ инспекторомъ получено, какъ сообщаетъ «Одесскій Листокъ» (15 октября), увѣдомленіе объ *отмѣнѣ внѣшкольной подготовки для лицъ, желающихъ изучать массажъ, врачебно-гигіеническую и педагогическую гимнастику.* Согласно новому распоряженію, изученіе и практическія занятія по массажу должны производиться въ больницахъ или на спеціально учрежденныхъ курсахъ массажа.

2147. Въ виду все увеличивающагося *обмѣленія Куяльницкаго лимана*, значительно затрудняющаго купанье въ немъ, Одесская городская Дума, выслушавъ докладъ особой Коммиссіи, пришла къ единогласному рѣшенію *о впускѣ морской воды въ лиманъ* путемъ прорытія снабженнаго шлюзами канала.

2148. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (13 октября) напечатано, между прочимъ, слѣдующее: «Намъ сообщаютъ, что на Высшихъ Женскихъ Курсахъ многія изъ слушательницъ не имѣютъ средствъ для взноса платы за слушаніе лекцій и, если не придетъ на помощь частная благотворительность, *онѣ должны будутъ покинуть курсы.* Всего требуется для взноса платы за недостаточныхъ слушательницъ 4800 р. Пожертвованія могутъ быть направляемы для передачи въ Общество доставленія средствъ Высшимъ Женскимъ Курсамъ въ канцелярію Курсовъ (Мерзляковскій пер., д. бывшій Гиршъ). Послѣдній срокъ для взноса платы истекаетъ 1-го ноября».—Жертвователи на такое дѣло, безъ сомнѣнія, найдутся и среди врачей.

2149. Въ «Бессарабцѣ» (10 октября) помѣщена корреспонденція изъ м. Каушанъ, Бендерскаго уѣзда, въ которой указывается на *очень плохое исполненіе* своихъ обязанностей врачемъ мѣстной земской больницы д-ромъ *Редеромъ.* — Желательно услышать отъ товарища опроверженіе этого слуха.

2150. «The British Medical Journal» (15 октября) разсказываетъ, что въ Москвѣ недавно умеръ въ крайней бѣдности, на 51-мъ году жизни, врачъ *Василій Ярыжкинъ* (Vassili Jaruishkin), будто-бы подававшій великія надежды и жестоко пострадавшій отъ цензуры. 23 года тому назадъ онъ написалъ трудъ по физіологіи, блещущій открытіями; трудъ этотъ переданъ былъ въ 1883 г. цензору, а разрѣшеніе печатать его застало автора, черезъ 21 годъ, уже въ гробу.—Не введена-ли почтенная газета въ заблужденіе? Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. такого врача не значится.

2151. Англійскіе журналы, напр. «The British Medical Journal» (15 октября), полны подробностями о *визитѣ партіи французскихъ врачей въ London* и о блестящемъ пріемѣ ихъ тамъ.

2152. По свѣдѣніямъ изъ Tsingtau, *въ Портъ-Артурѣ лежитъ 15000 больныхъ и раненыхъ;* тамъ-же появилась, будто-бы, холера («American Medicine», 1 октября).

2153. *Чума въ Перу.* Въ Lima за недѣлю по 6 августа заболѣли чумою 11 чел. и умерли 5; 12 больныхъ выписаны поправившимися, 28 остаются на лѣченіи. Въ Callao заболѣваній нѣтъ. 2 случая чумы и 1 случай смерти отъ нея обнаружены въ Salaverry, 4 и 2 въ Payta («American Medicine», 1 октября).

2154. Д-ръ *W. J. Dixon* спрашиваетъ въ «The British Medical Journal» (1 октября), почему въ медицинскихъ школахъ не читаютъ особаго *курса врачебной этики?*—Намъ кажется, что безъ спеціальнаго курса можно и обойтись; пожалуй, еще и лучше, если правила этики будутъ внушаться попутно всѣми вообще преподавателями на ихъ лекціяхъ, будучи подкрѣпляемы личными примѣрами,—какъ то дѣлывалъ у насъ незабвенный **Вячеславъ Авксентьевичъ Манассеинъ.**

2155. Происшествія послѣднихъ дней на Дальнемъ Востокѣ значительно понизили тонъ военныхъ замѣтокъ въ «The Lancet'ѣ», непрестанно трубившемъ о нашихъ и только нашихъ невзгодахъ. Послѣдняя замѣтка, въ № отъ 8 октября, устанавливаетъ лишь отсутствіе перемѣнъ и около Мукдена и въ Портъ-Артурѣ, а также *хорошее санитарное состояніе нашей арміи;* напротивъ, указывается на распространеніе бери-бери въ японскихъ войскахъ. Что касается потерь со времени боевъ при Ялу и Цзиньжоу, то ихъ за эти 5 мѣсяцевъ газета оцѣниваетъ, со словъ «Standard'a», *въ 125000 всего на обѣихъ сторонахъ* (убитые, раненые, пропавшіе и больные)—впрочемъ, не считая Артурскихъ.

2156. *Стоимость трупа* для медицинскихъ упражненій колеблется заграницей въ широкихъ предѣлахъ. Въ Парижѣ цѣнъ постоянныхъ нѣтъ, все зависитъ отъ случая. Въ London'ѣ студентъ можетъ добыть трупъ за 130 фр., въ Cambridge'ѣ приходится платить самое меньшее 270 фр., наконецъ въ Oxford'ѣ цѣна доходитъ до 660 фр., зато въ Dublin'ѣ она стоитъ весьма низко—всего 52 фр. («La Presse médicale», 15 октября).

2157. «Gazette médicale de Paris» (15 октября) передаетъ грустный фактъ *покушенія на жизнь врача* въ лѣчебницѣ для умалишенныхъ (asile clinique) Sainte-Anne. На завѣдующаго мужскимъ отдѣленіемъ лѣчебницы д-ра *Vallon*'a напалъ въ концѣ визитаціи помѣшанный G., 51 г., одержимый бредомъ преслѣдованія, и нанесъ ему острымъ кухоннымъ ножемъ въ заднюю часть шеи рану въ 8 стм. глубины. Раненый не потерялъ сознанія, но у него развился параличъ правыхъ конечностей. Теперь состояніе его улучшается.

2158. Недавно *умеръ жертвою х-лучей* помощникъ Edison'a *Clarence Dally*, послѣ 7 лѣтъ страданій. Постоянная работа съ флуоресцирующими веществами вызвала у него сначала онѣмѣніе и боли въ кистяхъ рукъ, затѣмъ развитіе язвъ на правой кисти. Въ февралѣ 1902 г. у больного взято было съ голеней болѣе 150 кусочковъ кожи для пересадки на руки, но безъ пользы. Въ августѣ у него была отнята лѣвая рука и потомъ правый мизинецъ. Въ іюнѣ 1903 г. на правой рукѣ были отняты еще 3 пальца, наконецъ вся она. Не смотря на это, омертвѣніе перешло на туловище, и несчастный скончался въ ужасныхъ страданіяхъ. Самъ Edison тоже страдалъ отъ опытовъ съ х-лучами, но всё-таки уберегъ себя, усиливъ предосторожности («Gazette médicale de Paris», 15 октября).

2159. *Сифилисъ въ Японіи.* Въ іюньской книжкѣ журнала «The Philistine» утверждается, какъ передаетъ «American Medicine» (октябрь), что сифилисъ совершенно неизвѣстенъ въ Японіи. Въ утвержденіи этомъ, однако, нѣтъ ни тѣни правды. По справкамъ «American Medicine», въ Географической патологіи *A. Davidson*'a (New-York'ское изданіе 1892 г.) сказано наоборотъ, что сифилисъ крайне распространенъ по всей Японіи, такъ что цѣлыхъ 6,48% общей смертности падаетъ на него. О томъ-же свидѣтельствуютъ и всѣ путешественники. При этомъ оказывается, что болѣзнь вовсе не занесена съ Запада въ XVI только вѣкѣ, какъ думаютъ нѣкоторые, а встрѣчалась въ странѣ съ незапамятныхъ временъ: по свидѣтельству японца *Buntaro Adachi* въ «Archiv für Dermatologie und Syphilis» (1903 г., т. 44, стр. 11—14), въ археологическомъ музеѣ города Tokyo имѣются кости съ явными признаками сифилиса, добытыя вмѣстѣ съ предметами каменнаго вѣка на раскопкахъ въ провинціи Shimoosa.

2160. Въ Испаніи недавно сдѣлано обязательнымъ *обеззараживаніе комнатъ*, гдѣ умеръ кто-либо. «El Siglo medico» опасается однако, не остался-бы и этотъ указъ мертвой буквой, подобно многимъ предшествовавшимъ въ томъ-же родѣ («The Journal of the American Medical Association», 1 октября).

2161. Berlin'ская фирма Maether и К°, жаждая сбыта для своего новоизобрѣтеннаго кофе («Profe's Kaffee»), разослала врачамъ *циркуляръ* съ беззастѣнчивымъ предложеніемъ назначать этотъ кофе подъ условіемъ уплаты имъ за это разницы между розничными цѣнами и оптовою. Къ циркуляру приложенъ, конечно, цѣлый рядъ удостовѣреній отъ «авторитетовъ», въ каковомъ рангѣ фигурируетъ 1 начальникъ станціи, 1 желѣзнодорожный писецъ и т. д. и—*2 врача:* д-ръ *Heinrich Oppenheimer*, врачъ-спеціалистъ по желудочно-кишечнымъ болѣзнямъ въ Würzburg'ѣ, и д-ръ *A. Wittig* изъ Danzig'a; «признательность» выражена также отъ ряда врачей изъ Pollnow, Katern, Essenheim и т. д. ««Чего стоятъ эти «отзывы» и «признательности»», говоритъ сообщающій исторію «Aerztliches Vereinsblatt» (№ 532, октябрь I), «и что они вносятъ тяжкій уронъ чести и достоинству врачебнаго сословія, мы уже не разъ говорили. И теперь мы опять предостерегаемъ отъ выдачи такихъ свидѣтельствъ, служащихъ исключительно цѣлямъ наживы, цѣлямъ торговой рекламы...»

216.. «Gazette médicale de Paris» (22 октября) передаетъ любопытныя подробности о *дѣлѣ Crocker-Doyen*'a, сосредоточивающемъ на себѣ вниманіе врачебныхъ сферъ Парижа. Весьма интересно, напр., письмо д-ра *L. E. Gros* въ «Le Journal», наблюдавшаго г-жу Crocker послѣ *Doyen*'a. По *Gros*, вся исторія произошла слѣдующимъ образомъ. Г-жа Crocker, жена американскаго богача, страдала ракомъ. Послѣ коренной операціи наступилъ возвратъ. Тогда къ больной приглашенъ былъ д-ръ *A. Frip*, одинъ изъ врачей англійскаго короля. Онъ сдѣлалъ больной, въ Cannes, оваріотомію, но безъ успѣха. Послѣ этого мужъ больной, прослышавъ о яко-бы цѣлебной сывороткѣ *Doyen*'a, обратился къ послѣднему. *Doyen* отвѣтилъ ему категорически: «Моя сыворотка излѣчиваетъ ракъ». Началось лѣченіе. Одно за другимъ сдѣланы были 10 впрыскиваній, очень болѣзненныхъ. Послѣ каждаго состояніе больной ухудшалось, но *Doyen* увѣрялъ, что въ концѣ концевъ дѣло пойдетъ хорошо. Вслѣдъ за 10-мъ впрыскиваніемъ Crocker «спросилъ счетъ», и счетъ поданъ былъ ему—въ 100000 франковъ. Эта сумма и для богача показалась слишкомъ большою, такъ что онъ сначала колебался. Тѣмъ временемъ *Doyen* заявилъ, что, если деньги не будутъ немедленно уплачены, лѣченіе прекратится. Кончилось дѣло уплатою, но со взятіемъ съ *D.* росписки, что онъ не будетъ требовать больше денегъ. Послѣ уплаты было произведено еще 2 впрыскиванія, но состояніе больной все ухудшалось, и лѣченіе пришлось прекратить. Тогда-то и былъ приглашенъ д-ръ *Gros*. На рукахъ его больная оставалась 6 недѣль, въ теченіи которыхъ поокрѣпши, была увезена въ Америку, гдѣ и умерла черезъ 6 дней по пріѣздѣ.—Возникшее отсюда дѣло распадается на 2 части: съ одной стороны, Crocker требуетъ обратно свои деньги, а съ другой—лучшіе представители сословія французскихъ врачей ставятъ на видъ *Doyen*'y завѣдомую фальшивость его увѣренія, будто его сыворотка излѣчиваетъ болѣзнь неизлѣчимую. Отсюда ожесточенная полемика, ведущаяся, къ сожалѣнію, въ общей печати. Прижатый со всѣхъ сторонъ *Doyen*, какъ передаетъ газета, не стѣсняется въ своихъ нападкахъ на противниковъ, каковыми являются главнымъ образомъ профф. *Poirier*, *Pozzi* и *Sébileau;* не стѣсняется онъ, по видимому, и явно лживыми обвиненіями, упрекая, напр., проф. *Pozzi* въ фальсификаціи его-же заявленій. Оправдываться ему приходится, между прочимъ, противъ того обвиненія, что сыворотка его—средство тайное; но здѣсь онъ не находитъ ничего лучшаго, какъ ссылаться на прежніе примѣры: на туберкулинъ *Koch*'a и на разныя противораковыя сыворотки, въ томъ числѣ и на сыворотку д-ра *Влаева* (относительно послѣдней онъ-же справедливо укоряетъ Парижское Société de chirurgie, что оно допустило у себя сообщенія объ этомъ секретномъ средствѣ).—Въ общемъ, дѣло выходитъ весьма грязное, и дѣянія *Doyen*'a оцѣниваются, по видимому, всѣми Парижскими профессорами — надо отдать имъ честь—вполнѣ по достоинству, безъ фальшивыхъ увертокъ и замалчиваній. На судѣ фигурируетъ, напр., удостовѣреніе факультетскаго декана проф. *Debove*'a (вмѣстѣ съ д-рами *Roulier* и *Gros*), признающее ракъ болѣзнью неизлѣчимою при настоящемъ состояніи науки, т. е. въ вѣжливой формѣ, клеймящее *Doyen*'a лжецомъ ради наживы за его вышеприведенное заявленіе. Но всего лучше охарактеризовалъ исторію проф. *Cornil*, презрительно бросивъ о ней интервьюверу газеты «Presse» слова: «tout cela c'est une question de boutique»—все это дѣло лавочническое, торгашеское.—Что-то скажутъ на эту оцѣнку наши «прогрессисты», открыто проповѣдующіе превращеніе врача въ торговца?

2163. Газетѣ «Daily Telegraph» сообщаютъ изъ Шанхая *отъ* 29 сентября, что въ японскихъ войскахъ, особенно среди осаждающихъ Портъ-Артуръ, ужасныя опустошенія (terribles ravages) производитъ *бери-бери;* отъ этой болѣзни гибнетъ гораздо больше людей, чѣмъ въ сраженіяхъ («American Medicine», 8 октября).

2164. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 22 октября). Въ Индіи за недѣли по 10, 17 и 24 сентября умерли отъ чумы 11791, 10671 и 11866 чел., при чемъ 57, 58 и 78 случаевъ смерти далъ городъ Bombay, 6518, 5995 и 6916 Bombay'скій округъ, 500, 934 и 302 Bengal, 874, 943 и 628 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 102, 125 и 113 Punjab, 345, 715 и 480 центральныя провинціи и Berar, 397, 997 и 488 Hyderabad State, 736, 365 и 537 Madras'скій округъ. Южная Африка: въ Port-Elizabeth'ѣ за тѣ-же 3 недѣли вновь заболѣли чумою 2,3 и 0, умерли отъ нея 1, 0 и 0, оставались на лѣченіи съ 24 сентября 5. На островѣ св. Маврикія за недѣли по 29 сентября, 6 и 13 октября заболѣли 14, 29 и 45 чел., умерли 9, 27 и 36. Newcastle-on-Tyne: 20 сентября свезенъ на берегъ больной чумою матросъ съ парохода Bishopgate, пришедшаго черезъ Hamburg изъ Аргентины.

2165. *Умерли:* 1) Около Мукдена отъ брюшного тифа отозванный изъ Казани на театръ военныхъ дѣйствій *Наумъ Григорьевичъ Берманъ* [«Волжскій Листокъ», 10 октября [1])].—2) Въ Казани *Иванъ Наумовичъ Козловъ* («Биржевыя Вѣдомости», 12 октября), родившійся въ 1865 г., а званіе врача получившій въ 1890 г.—3) Въ Отвоцкѣ (близъ Варшавы) *Владиславъ Юльевичъ Валевскій* («Kronika lekarska», 15 октября), родившійся въ 1863 г., а званіе врача получившій въ 1899 г.—4) Въ Варшавѣ *Іосифъ Фаддѣевичъ Монкевичъ* (тамъ-же), родившійся въ 1831 г., а званіе врача получившій въ 1854 г.—5) 13 октября въ Москвѣ внезапно проф. Московскаго Университета *Карлъ Ѳедоровичъ Клейнъ* («Русскія Вѣдомости», 16 октября), родившійся въ 1854 г., а званіе врача получившій въ 1876 г.—6) Въ Lyon'ѣ профессоръ по каѳедрѣ кожныхъ болѣзней и сифилиса *Gailleton*, съ 1879 г. по 1900 г. бывшій меромъ этого города. Когда, 24 іюня 1894 г., покойный президентъ республики Carnot получилъ смертельный ударъ кинжаломъ, проф. *Gailleton* былъ съ нимъ и подалъ ему первую помощь. Скончался *G.* въ возрастѣ 75 лѣтъ («Le Progrès médical», 15 октября).

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Французскіе.

Archives d'ophtalmologie. 1904, январь.

1. **A. Cantonnet.** *Essai de traitement du glaucome par les substances osmotiques.* 2. **G. Ricchi.** *Recherches anatomo-pathologiques sur les effets de l'introduction d'iodoforme dans la chambre antérieure.* 3. **Opin.** *Note sur quelques points de technique relatifs à l'examen du nerf optique par la méthode de Marchi.* 4. **R. Onfray.** *Ophtalmie métastatique compliquant un cancer de l'oesophage.*

Февраль.

1. **W. Nicati.** *Amaurose et amblyopie unilatérales, épreuves de simulation.* 2. **Van Duyse.** *Etiologie générale des malformations oculaires.* 3. **H. Coppez.** *Un cas de carcinome métastatique des deux choroïdes.* 4. **G. Sourdille.** *Les tumeurs névrogliques adultes du nerf optique et de la rétine.*

Мартъ.

1. **Ch. Abadie.** *De l'iritis tuberculeuse et de son traitement.* 2. **V. De Britto.** *Notes ophtalmologiques.* Казуистика. 3. **Opin et Rochon-Duvigneaud.** *Lésions comparées de la rétine et des autres organes chez les malades atteints de rétinite brightique.* 4. **H. Le Roux.** *Un cas d'énophtalmie traumatique.*

Апрѣль.

1. **A. Cantonnet.** *Variations de volume de l'oeil sain ou glaucomateux sous l'influence des modifications de la concentration moléculaire du sang.* 2. **H. Wolff.** *De la théorie skiascopique et de mon skiascopophtalmomètre électrique.* 3. **A. Cange et Bentami.** *Sur le traitement du trichiasis total.* 4. **E. Mettey.** *Recherches expérimentales sur le phototraumatisme oculaire par la lumière électrique.* Опыты на собакахъ и кроликахъ.

Май.

1. **E. Landolt.** *Les interventions chirurgicales dans les troubles de l'appareil moteur des yeux.* 2. **Van Duyse.** *Exophtalmie pulsatile par fibrosarcome muqueux pseudo-cystique d'origine ethmoïdale.* Случай. 3. **Dupuy-Dutemps.** *Forme glaucemateuse de la tuberculose choroïdienne.*

Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Январь.

1. **A. Combe.** *Syndrome de Benedict inférieur.* Случай. 2. **B. Auché.** *Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale diplo pneumococcique de l'enfance.* Случай. 3. **Roux.** *Un cas d'infection digestive hyperthermique à type de maladie de Barlow chez un enfant au sein.*

Февраль.

1. **R. Labbé et Demarque.** *L'impétigo et l'ecthyma à bacilles diphtériques.* 2. **A. Couvelaire.** *Dégénérescence kystique congénitale du poumon.* 3. **M. Patel.** *Malformations congénitales de l'ouraque.*

Мартъ.

1. **L. Guinon.** *De l'abus du lait en thérapeutique infantile.* 2. **P. Nobécourt et G. Vitry.** *Influence de l'ingestion du chlorure de sodium sur le poids des nourrissons.* 3. **Fontoynont.** *Prolapsus total du rectum avec hydrocèle chez un enfant malgache de 12 mois.*

Апрѣль.

1. **L. Babonneix.** *Paralysies diphtériques et névrite ascendante.* 2. **P. Nau.** *Les hernies diaphragmatiques congénitales.* 3. **Fontoynont.** *Disjonction ancienne de la suture coronale. Epilepsie jacksonienne. Trépanation.* Случай.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Англійскіе.

The Lancet. 5 марта.

1. **A. Keith.** *The evolution and action of certain muscular structures of the heart* (сердца). Лекція 2-ая. 2. **T. C. English.** *On the aftereffects of headinjuriies.* О послѣдствіяхъ поврежденій головы. Лекція 3-ья. 3. **J. W. Stephens.** *The antimalarial operations at Mian Mir (Punjab).* 4. **W. H. B. Stoddart.** *Motor symptoms of mania and melancholia.* 5. **C. S. Wallace and P. W. G. Sargent.** *Four cases of tetanus treated by injections of antitoxin into the spinal theca.* 6. **H. C. Bastian.** *The anatomical characters of the so-called Filaria perstans and on the mode of infection thereby.* 7. **E. Cautley.** *Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus.* 8. **J. T. C. Nash.** *Red light in the treatment of small-pox.* Красный цвѣтъ при оспѣ. 9. **J. W. H. Eyre.** *On the distributin of bacillus coli in nature.* 10. **T. W. Parry.** *A case of paroxysmal labyrinthine vertigo associated with special ocular symptoms and alleviated by seton.* 11. **A. Whitfield.** *A contribution towards the etiology of alopecia areata.*

12 марта.

1. **W. W. Cheyne.** *The treatment of cancer of the breast* (грудной железы) *by operation.* Клиническая лекція. 2. **A. Keith.** *The evolution and action of certain muscular structures of the heart.* Лекція 3-ья. 3. **R. H. Russell.** *The congenital origin of hernia.* 4. **T. H. Openshaw.** *The ambulatory treatment of fractures of the lower extremity by Hoefftake's modified Hessing's plint case appliance.* 5. **R. E. Lauder.** *An inquiry into the source of scarlatinal infectio and its bearing upon hospital treatment.* 6. **R. H. Elliot.** *Abstract of a contribution to the study of the octicn of indian cobra poison.* 7. **A. H. Burgess.** *The treatment of incontinence of faeces by the submucous injection of paraffin.* 8. **J. Burnet.** *The therapeutics of the ichthyol compounds: with special reference to ichthaform and ichthargan.* 9. **J. W. Duncan.** *A case of metritis and cellulitis in the puerperium treated with antistreptococcic serum.*

19 марта.

1. **A. W. Mayo Robson.** *The pathology and surgery of certain diseases of the pancreas.* Лекція 1-я. 2. **P. J. Cammidge.** *The chemistry of the urine in diseases of the pancreas.* 3. **W. Russell.** *Acute appendicitis: its diagnosis and the indications for operation.* 4. **W. Hale White.** *The early diagnosis of acute intestinal obstruction.* 5. **J. F. Jennings.** *A case of eclampsia treated by the administration of chloroform.*

26 марта.

1. **A. W. Mayo Robson.** 2-ая лекція о болѣзняхъ поджелудочной железы. 2. **A. Marmorek.** *On treatment with antituberculous serum.* 3. **R. A. Bickersteth.** *Intravesical separation of the urines coming from the two ureters as an aid to diagnosis in surgical diseases of the kidneus* (почекъ). 4. **F. Warner.** *Training of the feeble-minded* (слабоумныхъ). 5. **A. W. Jones and J. B. Christopherson.** *Two cases of hypertrophied breasts in the male (gynaecomastia).* 6. **J. Edwards and M. H. Smith.** *A case of acute yellow atrophy of the liver.* Случай острой желтой атрофіи печени у мужчины 47 лѣтъ; мозговыя явленія присоединились къ желтухѣ на 9-й день. 7. **I. Macdonald and W. A. Mackay.** *A case of hysterectomy for cancer of the uterus, coexisting with pregnancy.* 8. **W. Broadbent.** *Hyperchlorhydria.* Случай. 9. **A. Brown.** *A case of a large uterine fibromyoma removed from a patient post mortem.* Трупъ женщины, 54 л., опухоль вѣсомъ въ 70 ф. при окружности въ 57½ д. и поперечникѣ въ 17 д.

2 апрѣля.

1. **J. Bark.** *Some laryngological, rhinological, and otological experiences.* 2. **A. W. Mayo Robson.** *The pathology and surgery of certain diseases of the pacreas.* Лекція 3-ья. 3. **G. Lamb.** 2-ое сообщеніе о преципитинѣ яда кобры. 4. **A. E. Wright and J. N. Kilner.** *On a necw method of testing the blood and the urine, with special referene to the determination of the excretory officiencg of the kidney.* 5. **F. P. Weber.** *Remarks on the relations of pulmonary tuberculosis to other diseases.* 6. **R. C. Lucas.** *Two cases of «corset cancer»...* 7. **J. B. Sutton.** *A topographical and clinical study of fibroids of the neck of the uterus (cervix fibroids).* 8. **J. D. Malcolm.** *A case of sloughing of the central past of a uterine fibro-myoma shortly after delivery.*

9 апрѣля.

1. **L. B. Rawling.** *Fractures of the skull.* Клиническія лекціи о переломахъ черепа. Лекція 1-ая. 2. **A. Latham.** *On the use of Dr. Marmorek's antituberculous serum.* На основаніи 5 случаевъ заключаетъ, что сыворотка стоитъ дальнѣйшихъ наблюденій. 3. **A. Turner.** *The mental condition in epilepsy in relation to prognosis.* 4. **W. Gordon.** *The cardiac dulness in cases of cancer.* Подмѣтилъ, что сердечная тупость при ракѣ желудка уменьшается или совсѣмъ исчезаетъ (въ лежачемъ положеніи) и при отсутствіи признаковъ эмфиземы. Приводитъ 11 случаевъ. 5. **F. A. Southam.** *A case of removal of a polypoid growth from the base of the skull after a preliminary excision of the upper jaw.* 6. **W. S. Darby.** *A case of carcinoma probably originating in retained testis.* 7. **E. H. Colbeck.** *Dilatation of the heart.* 8. **J. D. Grant.** *Intralaryngeal growths treated by means of the gulvano-cautery.* 9. **V. H. W. Wingrave.** *A non-toxic preparation of iodine.* Предлагаетъ для дѣтей нераздражающій препарата іода: 2,5 іода, 4,0 дубильной кислоты, 38 к. стм. 90° спирта и сиропа q. s. до 75 к. стм. (растворивъ іодъ въ спиртѣ, прибавить таннинъ съ 30 к. стм. сиропа и подогрѣвать растворъ при температурѣ тотчасъ ниже точки кипѣнія до исчезновенія крахмальной реакціи на свободный іодъ,— около 20 мин.,—затѣмъ охладить и прилить остатокъ сиропа). Драхма раствора содержитъ 2 грана іода. Давать по ½—2 драхмы въ водѣ или винѣ.

16 апрѣля.

1. **J. H. Parsons.** *The neurology of vision.* Клиническія лекціи. Лекція 1-ая. 2. **L. B. Rawling.** *Fractures of the skull.* Лекціи о переломахъ черепа. Лекція 2-ая. 3. **T. K. Monro and A. N. Mc Gregor.** *A chronic neurosis characterized by frequent paralysms of pain, swelling, and haemorrhage in various parts of the body;death from acute pulmonary tuberculosis.* Случай. 4. **C. W. Buckley.** *Brachial neuritis.* 5. **J. Hutchinson.** *Intracranial resection of the second division of the fifth nerve for epileptiform neuralgia.* 6. **R. C. Bruce, K. F. Lund and P. P. Whitcombe.** *Notes on a case of myelopathic albumosuria.* 7. **H. G. Plimmer.** *On the treatment of cancer with radium bromide.* 8. **W. M. Willouchby.** *The site of referred pain in visceral disease from an embryological standpoint.* 9. **H. Bayon.** *On so-called intra-uterine cretinism.*

23 апрѣля.

1. **L. B. Rawling.** (Продолженіе. Лекція 3-ья). 2. **J. H. Par.**

sons. (Продолженіе. Лекція 2-ая). 3. **Reincke.** *The epidemiology of enteric fever and cholera in Hamburg.* 4. **D. Newman.** *Three cases of reno-renal reflex pain...* 5. **Bottentuit.** *On some forms of pseudo-appendicitis (entero-typhlo-colitis, intestinal lithiasis).* 6. **L. H. Mc Gavin.** *A new form of removeable deep suture for the prevention of stitch sinuses.* Новый шовъ. 7. **H. Wolseley-Lewis.** *The mental state in myxoedema.* 8. **H. B. Robinson.** *A case of ulcerative colitis...* 9. **F. J. Smith.** *A case of aneurysm of the aorta rupturinoj into the pulmonary artery associated with fibrosis of one lung.* 10. **J. G. Sharp.** *The treatment of hypertrophic pharingitis and laryngitis by the emonations from thorium nitrate.*

30 апрѣля.

1. **G. Oliver.** *Recent studies on the tissue-lymph circulation.* Лекція 1-ая. 2. **D. L. Roberts.** *Medical ethics.* (Извлеченіе изъ рѣчи). 3. **S. Snell.** *Eyestrain as a cause of headache and other neuroses.* Утомленіе глазъ, какъ причина головной боли и др. нейрозовъ. 4. **De Langenhagen.** *The treatment of muco-membranous colitis.* 5. **B. G. A. Moynihan.** *On the removal of the gallbladder in operations for gall-stones.* Объ удаленіи желчнаго пузыря при операціяхъ желчныхъ камней. 6. **A. W. Fuller.** *Note on the causes of cough in children.* О причинахъ кашля у дѣтей. 7. **C. S. Wallace** and **H. J. Marriage.** *A case of attempted division of the eighth nerve within the skull for the relief of tinnitus.* Случай. 8. **E. S. Yonge.** *A new method of demonstrating the laryngeal image and intralaryngeal operations.*

The Journal of the American Medical Association. 6 февраля.

1. **W. H. Wilder.** *The influence of resection of the cervical sympathetic ganglia in glaucoma.* 2. **M. Morgenstern.** *Some histologic facts that contradict the generally accepted odontoblast theory.* 3. **C. Ramus.** *Diabetes and obscure physiology.* 4. **J. Inglis.** *Radium and radiant energy.* 5. **A. T. Hadley.** *The conflicting claims of general education and professional eduction.*

13 февраля.

1. **M. L. Harris.** *The influence of trauma in the production of movable kidney.* Траума и подвижная почка. 2. **W. Sinkler.** *The neurous phenomena associated with movable kidney.* 3. **A. P. Ohlmacher.** *A consideration of the neuroses of status lymphaticus.* 4. **H. E. Belden.** *Methods of controlling hemorrhage of the olar cavity.* Объ остановкѣ кровотеченій изъ ротовой полости. 5. **W. H. Wilder.** (Окончаніе статьи объ изсѣченіи шейныхъ сочувственныхъ узловъ при глаукомѣ). 6. **C. J. Finlai.** *New aspects of yellow fever etiology.* 7. **W. Baumgarten.** *The present status of the uric acid question.* Современное состояніе вопроса о мочевой кислотѣ. 8. **D. C. Peyton.** *Tubercular joints and their treatment.* 9. **W. Scheppegrell.** *Diphtheria of the nose.* 10. **E. H. Nichols.** *Acute, subacute and chronic infections osteomyelitis; its pathology and treatment.* Монографія.

20 февраля.

1. **H. L. E. Johnson.** *The early signs of pregnancy.* О раннихъ признакахъ беременности. 2. **A. E. Sterne.** *Neurasthenia and its treatment by actinic rays.* 3. **S. Bell.** *Some toxemias in relation to the production of nervous and mental diseases.* 4. **L. Stricker.** *The ocular complications of Bright's disease.* 5. **D. E. Caush.** *The development of hard tissue in the pulp of human teeth* (зубовъ). 6. **M. J. Lichty.** *Splenic anemia; report aud demonstration of a case.* Женщина, 32 л., кровь содержала въ среднемъ за 9 мѣсяцевъ изслѣдованія по 3678000 красныхъ тѣлецъ и 32?0 бѣлыхъ (1900—5000). Затронута отчасти и литература. 7. **A. B. Hale.** *Squint.* О косоглазіи. 8. **L. F. Bishop.** *A clinical note on obscure cases of septic fever.*

27 февраля.

1. **H. Tuholske.** *The classification and diagnostic guides of intestinal obstruction.* 2. **H. M. Sherman.** *Report on two of the children operated on by Lorenz.* 3. **H. O. Marcy.** *Table wines.* О столовыхъ винахъ. 4. **G. F. Suker.** *The decapsulation of the kidney...* 5. **F. Allport.** *Some remarks concerning the ocular and aural requirements of railroad employes.* 6. **L. E. Schmidt.** *The blue light treatment in diseases of the skin.* 7. **J. H. Barbat.** *Strangulased femoral hernia containing appendix.* 2 случая.

5 марта.

1. **H. G. Wetherill.** *Chronic adhesive sclerosing peritonitis or plastic peritoneal sclerosis.* 2. **J. D. Morgan.** *A study of gout* (подагра). 3. **J. M. Cooper.** *A study of a case of green urine, resulting from the administration of methylene blue in a proprietary remedy.* 4. **J. W. Trask.** *A report of ten cases of pneumothorax occurring in pulmonary tuberculosis.* 5. **C. M. Robertson.** *Headache* (головныя боли) *from non-suppurative inflammation of the accessory sinuses of the nose.* 6. **B. C. Hirst.** *The plastic surgery in the University Maternity for the year 1903.*

12 марта.

1. **J. H. Musser** and **W. W. Keen.** *Perforating gastric ulcer; posterior gastro-enterostomy; Fowler's position.* Случай. 2. **D. E. Salmon.** *Bovide and human tuberculosis.* 3. **J. M. Swan.** *The condition of the blood in patients suffering from pulmonary tuberculosis.* Опредѣлялъ число кровяныхъ тѣлецъ, характеръ бѣлыхъ, іодную реакцію ихъ и гэмоглобинъ въ 25 случаяхъ легочной чахотки и въ 1 случаѣ бронхіэктазіи. Главные выводы: составъ крови при легочной чахоткѣ не постояненъ, но въ большинствѣ случаевъ 1-ая ступень болѣзни сопровождается небольшимъ увеличеніемъ числа красныхъ тѣлецъ и гэмоглобина, 2-ая — многоядернымъ лейкоцитозомъ, а 3-ья — уменьшеніемъ числа красныхъ тѣлецъ, умѣреннымъ многоядернымъ лейкоцитозомъ и большимъ содержаніемъ гэмоглобина; отсутствіе эозинофиловъ—неблагопріятный признакъ для предсказанія. 4. **D. D. Lewis.** *The present conception of the perirenal fascia and its role in fixation of the kidney.* 5. **L. Sexson.** *The value of an injury.*

19 марта.

1. **W. G. Thompson.** *The treatment of lobar pneumonia.* 2. **G. G. Davis.** *Tumors involving the cauda equina.* Саркома у больного, 17 л.; операція. 3. **W. S. Gottheil.** *Recent advances in actinotherapy.* 4. **F. C. Kinsey.** *Examination of the blood of pneumonia patients for pneumococci.* 5. **M. L. Harris.** *The use of silver foil to prevent adhesions in brain surgery.* 6. **J. B. Murphy.** *A method of dispensing with rubber glove and the adhesive rubber dam.* 7. **C. A. Stillwagen.** *Simultaneous extra-uterine and intra-uterine pregnancy.* 8. **F. T. Stewart.** *Volvulus of the omentum.* 1 собственный случай и 8 изъ литературы.

26 марта.

1. **F. B. Turck.** *The dietetis of atonic dilatation of the stomach.* 2. **A. C. Croftan.** *The mathematics of the diabetic diet.* 3. **L. F. Bishop.** *The relation of nature's provision for heart stimulation and control to the use of cardiac drugs in acute disease.* 4. **C. Van Zwalenburg.** *Osbtruction and consequent distention the cause of appendicitis.* Опыты на собакахъ. 6. **E. J. Brown.** *Leukemia. Report of a case symptomatically cured by the x-ray.* 6. **O. W. Steinwand.** *A case of pseudoleukemia successfully treated with x-rays.*

2 апрѣля.

1. **E. E. Montgomery** and **P. B. Bland.** *The use of ethyl chlorid as a general anesthetic in gynecology.* 2. **A. C. Brush.** *The etiology of tabes dorsalis.* 3. **C. Riely.** *A study of the anatomy, pathology, and etiology of scaliosis also presentinge the scoliotone, an apparatus for elongating and lessening the rotation of the spine in lateral curvature.* 4. **J. Mc Colgan** and **J. M. Cooper.** *A study of gonococcus metastasis.* Случай. 5. **L. Frank.** *Treatment of typhoid perforation.* 6. **V. H. Hulen.** *A simple, accurate and rapid method of localising foreign bodies in the orbit.* 7. **H. L. E. Johnson.** *Strictures of the female urethra.* 8. **N. Senn.** *Tahiti from a medical tandpoint.* 9. **W. O. Nance.** *The influence of dental dicease on the etiology of certain ocular disturbances.* 10. **H. M. Hallock.** *Tenia nana.* 2 случая.

9 апрѣля.

1. **V. C. Vaughan.** *Some toxicogenic germs found in drinking water.* 2. **D. I. Wolfstein.** *A case of atrophy of hand muscles with localised sensory desturbances, possible early syringomyelia.* 3. **D. S. Fairchild.** *Accidental perforations of the uterus.* 4. **J. H. Long.** *The chemistri of the medical school.* 5. **J. L. Adams.** *Tropical cutaneous myiasis in man.* 6. **W. W. Grant.** *Carcinoma of the lung; pancreatic cyst.* 7. **N. Senn.** (Окончаніе). 8. **H. H. Germain.** *Laryngectomi for cancer.*

16 апрѣля.

1. **A. H. Ferguson.** *Surgical treatment of nephritis* (*Bright's disease*). 2. **C. W. Oviatt.** *The correction of retrodisplacements of the uterus.* 3. **L. J. Hammond.** *The surgical relation of the vermiform appendix to perforation in typhoid fever.* 4. **M. Wheeler.** *The action of mineral acid on cellular substance of typhoid fever.* 5. **M. F. Leach.** *The chemistry of bacillus coli communis.* 6. **M. I. Knapp.** *Insufficientia pylori.* 7. **O. Everts.** *Therapeutics of insanity.* 8. **J. Ridlon.** *The ultimate results of the bloodless replacements of congenitally dislocated hips.* 9. **W. J. Robinson.** *The composition of some so called synthetics and «ethical» nostrums.*

23 апрѣля.

1. **C. H. Mayo.** *The surgical treatment of goiter* (зоба). 2. **J. C. Webster.** *More local and less general anesthesia in gynecologic operations.* 3. **J. Ridlon.** (Окончаніе статьи о вправленіи врожденныхъ вывиховъ бедра). 4. **W. T. G. Morton.** *The first use of et her as an anesthetic.* 5. **D. R. Mac Intyre.** *The intracellular toxin of bacillus pyocyaneus.* 6. **M. V. Clift.** *The effect of putrefactive bodies on the chemical tests for morphin.* 7. **V. C. Vaughan, J. F. Munson** and **F. R. Spencer.** *The extraction of a toxin from liver cells.* 8. **D. J. Davis.** *A method of microscopic observation by means of lateral illumination.* 9. **P. Bartholow.** *The dangers of potassic chlorate.*

30 апрѣля.

1. **J. B. Deaver.** *Cesarian section for placenta previa.* 2. **J. M. Banister.** *Surgical observations in the Philippines.* 3. **R. W. Hastings.** *A clinical study of the bacillus dysenteriae in Boston and vicinity.* 4. **E. S. Talbot.** *The Panama canal and oral hygiene.* 5. **W. G. Doern.** *Rentine method of detecting and differentiating reducing agents found in the urine.* 6. **R. Dewey.** *A case of circular insanity...* (Не окончена). 7. **A. D. Mackenzie.** *A case of parasitic hemoptysis or infection with the distoma Westermanii.* 8. **J. E. Davis.** *Illegitimacy an economic problem.* 9. **W. W. Keen.** *Enormous mixed tumor of the parotid region.* Случай операціи.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CLXXX. О перикардитѣ и другихъ объективныхъ измѣненіяхъ въ сердцѣ послѣ приступовъ грудной жабы *).

В. М. Кернига.

Въ литературѣ весьма мало упоминается о тѣхъ измѣненіяхъ въ сердцѣ, которыя, будучи доступны клиническому опредѣленію, довольно часто наблюдаются въ ближайшіе дни по окончаніи припадка грудной жабы. Между тѣмъ измѣненія эти имѣютъ большое значеніе, не только указывая на характеръ приступа, но и выясняя до нѣкоторой степени нерѣдко наступающую послѣ него внезапную смерть. Они обыкновенно побуждаютъ врача послѣ каждаго мало-мальски серьезнаго стенокардическаго припадка удерживать больного въ безусловномъ физическомъ покоѣ въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени (дни и недѣли); если-бы этого правила придерживались строже, то, быть можетъ, можно-бы было, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ, предупредить неожиданную смерть.

Въ современныхъ руководствахъ [1]) мы вовсе не найдемъ ближайшихъ указаній на состояніе больного въ теченіи тѣхъ дней и недѣль, что непосредственно слѣдуютъ за припадкомъ грудной жабы **).

Въ 1892 г. въ своемъ докладѣ въ Обществѣ Петербургскихъ врачей о лѣченіи грудной жабы я [2]), между прочимъ, упоминалъ о явленіяхъ перикардита, наступающихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ ближайшіе дни послѣ ея приступа. Я отмѣчалъ тогда, что «за такое происхожденіе приступа (тромботическіе и эмболическіе процессы въ вѣнечныхъ артеріяхъ) говоритъ также и клиническій опытъ, такъ какъ, по моимъ наблюденіямъ, въ ближайшіе дни послѣ приступа въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаютъ перикардитическія явленія, которыя могутъ быть объяснены тѣмъ, что гнѣздо размягченія достигаетъ сердечной сорочки».

Если оставить въ сторонѣ тѣ случаи грудной жабы, въ которыхъ послѣ приступа въ сердцѣ не наблюдается никакихъ объективныхъ измѣненій по сравненію съ прежнимъ его состояніемъ, то остальные случаи, гдѣ послѣ него наступаютъ замѣтныя измѣненія, можно подраздѣлить на 3 категоріи. Прежде чѣмъ описывать, однако, эти послѣднія, я долженъ сказать, что, если со стороны сердца и присоединяются опредѣлимыя измѣненія, то имъ предшествуютъ почти всегда тяжелые, и во всякомъ случаѣ не легкіе, припадки грудной жабы, при чемъ тяжесть припадка заключается либо въ силѣ, либо въ продолжительности боли. Припадокъ, какъ извѣстно, можетъ тянуться цѣлыми часами. Отдѣльные приступы молніеносной, рѣжущей, давящей боли—какъ-бы ни опредѣлять это тяжелое ощущеніе—продолжаются, какъ описываетъ *Huchard* (стр. 13), всего отъ нѣсколькихъ секундъ до нѣсколькихъ минутъ. Въ тяжелыхъ приступахъ боль эта, однако, постоянно возобновляется, и въ т. наз. свободныхъ промежуткахъ больной все-же не совсѣмъ перестаетъ чувствовать ее. Весь приступъ продолжается такимъ образомъ нѣсколько, иногда много часовъ или даже цѣлый день, представляя тогда то состояніе, которое *Huchard* называетъ «état de mal angineux» съ его «accès imbriqués ou subintrants». *Krehl* (стр. 152) также описываетъ эти продолжительные приступы, какъ «повторное появленіе приступовъ короткихъ. Между ними больной не находится въ нормальномъ состояніи: онъ чувствуетъ сильное давленіе въ груди вмѣстѣ съ нѣкоторой болью и тоской въ теченіи многихъ часовъ; время отъ времени это чувство давленія возрастаетъ до тяжелаго ощущенія настоящаго припадка».

Возвращаюсь къ подраздѣленію. 1-ую категорію составляютъ тѣ случаи, въ которыхъ послѣ припадка наблюдается легкое лихорадочное состояніе, связанное съ доступными опредѣленію измѣненіями величины сердца по сравненію съ величиной его до припадка. Если можно исключить другую причину лихорадки, то эти повышенія температуры вполнѣ можно поставить въ связь съ процессами міомалятическими resp. міокардитическими въ сердцѣ, какъ это было, напр., въ слѣдующемъ случаѣ.

У больной, не смотря на то, что послѣ припадка она оставалась въ постели, можно было опредѣлить незначительное увеличеніе сердца въ поперечникѣ и легкую лихорадку—37°,2, одинъ разъ 37°,8,—явленія, исчезнувшія послѣ нѣсколькихъ дней полнаго покоя. Припадокъ состоялъ въ сильныхъ боляхъ внизу грудины, продолжавшихся около $^1/_4$ часа, въ потерѣ пульса на нѣсколько моментовъ, съ намекомъ на обморочное состояніе. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ появился 2-ой приступъ болей умѣренной силы. Въ ближайшіе дни температура была 37°,2—37°,3—37°,5 при пульсѣ 84, 90, 96. Сердце при 2-мъ приступѣ имѣло поперечникъ большій, чѣмъ до него. Подлихорадочному состоянію нельзя было найти никакой другой причины.

Ко 2-ой группѣ принадлежатъ тѣ случаи, въ которыхъ послѣ приступа при незначительной лихорадкѣ или и вовсе безъ нея можно опредѣлить вполнѣ ясныя измѣненія со стороны сердца, появляющіяся на глазахъ наблюдателя и выражающіяся въ расширеніи того или другого сердечнаго отдѣла. Вмѣстѣ съ д-ромъ *А. А. Наукомъ* я имѣлъ возможность наблюдать слѣдующій случай.

У больного, 44 л., очень крѣпкаго и полнаго, много работавшаго, безъ сифилиса и алкоголизма въ анамнезѣ, но съ рѣзкимъ склерозомъ лучевыхъ артерій, лѣтомъ 1903 г., ночью случился дов. сильный приступъ болей внизу грудины, продолжавшійся нѣсколько часовъ. Больной, однако, этому припадку не придалъ особаго значенія. 8/xi 1903 г. послѣ обѣда, въ 4 часа дня, онъ снова почувствовалъ очень сильную боль внизу грудины, отдававшую и въ спину. Руки и ноги были холодныя; холодный потъ; сильное стѣсненіе въ груди (тоска); пульсъ 72—76, временами аритмичный. Въ 9 час. веч. впрыснутъ морфій, что пришлось повторить и утромъ.

9/xi: День частью провелъ во снѣ. Боли, однако, постоянно возобновлялись, отдаваясь въ лѣвую руку. Пульсъ 72, 76; температура не выше 36°5.

10/xi: Утр. 37°,4; пульсъ 96; веч. 37°,7; пульсъ 112. Боли все еще держатся въ передней части груди вверху, а также въ лѣвомъ плечѣ. Толчекъ сердца не ощутимъ. Вправо притупленіе сердца на уровнѣ 5-го ребра заходитъ на 1—$1^1/_2$ поперечника пальца за правый край грудины; на высотѣ 2-го ребра оно на мѣстѣ прикрѣпленія 2-го праваго ребра къ грудинѣ; влѣво притупленіе начинается уже со 2-го лѣваго ребра и во 2-мъ лѣвомъ межреберьи идетъ отъ лѣваго края грудины кнаружи на $2^1/_2$ поперечника пальца. *Этого притупленія во 2-мъ лѣвомъ межреберьѣ непосредственно послѣ приступа не было.* На 6-мъ ребрѣ сердечное притупленіе заходитъ за лѣвую сосковую линію на $1^1/_2$ пальца и оканчивается въ 6-мъ межреберьѣ. Здѣсь, на 6-мъ ребрѣ и въ 6-мъ межреберьѣ, тоны сердца почти не слышны; кверху они слышны дов. хорошо, во 2-мъ же лѣвомъ межреберьѣ тоны даже дов. громки. На высотѣ 3-го и 4-го лѣваго ребра при 1-мъ тонѣ сомнительный шумокъ. Больной жалуется только на колющую боль въ области 2-го лѣваго межреберья, близь грудины, увеличивающуюся при вдохѣ и ощущаемую имъ очень глубоко. При ощупываніи я нашелъ, что передняя лѣвая верхняя часть груди при вдохѣ немного отстаетъ отъ правой. Плейритическаго тренія нѣтъ. Ничтожный сухой кашель и поверхностное ускоренное дыханіе—до 40. Въ легкихъ чистое, нѣсколько ослабленное везикулярное дыханіе: больной боится дѣлать глубокіе вдохи. Сзади снизу близь позвоночника съ обѣихъ сторонъ притупленіе тона и рѣзко ослабленное дыханіе, при сохраненномъ голосовомъ дрожаніи—очевидно, гипостазы. Печень заходитъ за край реберъ на 1—2 поперечника пальца. Чтобы не безпокоить больного, селезенку я не изслѣдовалъ. Моча, обильная еще наканунѣ, въ этотъ день была скудная, уд. в. 1025, содержала 2,3‰ бѣлка; въ осадкѣ, собранномъ посредствомъ центрифуги, найдены зернистые и стекловидные цилиндры. Очевидно, мы имѣли застойную мочу. Уже на слѣдующій день она содержала всего 0,9‰ бѣлка, а чрезъ нѣсколько дней при обильномъ суточномъ количествѣ въ ней были только слѣды бѣлка. Лѣченіе состояло въ безусловномъ покоѣ въ постели, прикладываніи льда на область сердца и внутреннемъ употребленіи наперстянки и камфоры.

11/xi: 36°,8—37°,2; пульсъ 98—100. Боли въ области 2-го лѣваго межреберья гораздо слабѣе, едва ощутимы. Притупленіе тона распространяется кнаружи немного меньше, чѣмъ вчера; также менѣе, чѣмъ вчера, оно заходитъ въ обѣ стороны на высотѣ 5-го ребра. Тоны сердца сильнѣе, громче; слабый систолическій шумокъ на 3-мъ и 4-мъ лѣвомъ ребрѣ уже не слышенъ. Дов. частый кашель со слизистой мокротой.

12/xi: 36°,4—37°,2; пульсъ 88—98.

13/xi: 36°,8—37°,4; пульсъ 90—94. Въ оба эти дня болей въ области сердца не было вовсе, но зато появились боли сзади слѣва въ области лопатки. Притупленіе тона на груди справа сзади снизу почти совсѣмъ исчезло, но слѣва сзади снизу стало болѣе рѣзкимъ; теперь въ области его не было голосового дрожанія, а дыханіе было явно ослаблено, такъ что нужно было допустить образованіе небольшого плейритическаго выпота слѣва. Лѣвая граница сердечнаго притупленія, въ области верхушки, какъ и правая граница, менѣе заходили кнаружи; зато притуп-

*) Сообщено въ Обществѣ нѣмецкихъ врачей въ Петербургѣ 15/xii 1903 г.

**) Такія указанія имѣются лишь въ исторіяхъ болѣзней, помѣщенныхъ въ ниже приводимой работѣ *I. И. Павинскаго*, а также у *Huchard*'а—въ нѣкоторыхъ исторіяхъ болѣзней, но не въ общемъ текстѣ, за исключеніемъ одного мѣста, на которое будетъ указано ниже.

леніе тона во 2-мъ и 3-мъ межреберьяхъ слѣва у грудины и кнаружи отъ нея было выражено *вполнѣ рѣзко;* тоны въ области притупленія были громки при отсутствіи всякой пульсаціи, но въ области нижней части сердечнаго притупленія, въ 5-мъ межреберьѣ, они были чрезвычайно слабы.

14/XI: 36°,9—37°; пульсъ 78—90.

15/XI: 36°,9—38°; пульсъ 78—80.

16/XI: 36°,8—36°,9; пульсъ 74—78. Лихорадка совсѣмъ прошла и болѣе уже не возобновлялась. Съ этого времени температура, пока больной оставался въ постели, ни разу не достигала 37°. Данныя со стороны сердца были слѣдующія: верхушка сердца въ 5-мъ межреберьѣ на 1/2 поперечника пальца кнаружи, вправо около 1/2 поперечника пальца заходитъ за правый край грудины. Замѣтное и неизмѣняющееся въ сидячемъ положеніи больного притупленіе слѣва отъ грудины во 2-мъ и 3-мъ межреберьяхъ по прежнему. Казалось очень страннымъ, что тоны сердца въ 5-мъ межреберьѣ были весьма глухи, почти не выслушивались. Впечатлѣніе получалось такое, какъ будто лѣвый желудочекъ—мѣсто міомалятическаго гнѣзда—работаетъ слабо, между тѣмъ какъ лѣвое предсердіе чрезмѣрно растянуто. Притупленіе справа снизу сзади исчезло. Слѣва сзади снизу верхняя граница притупленія опустилась. Грудное дрожаніе не опредѣлялось. Осталось невыясненнымъ, что служило прямымъ поводомъ для временного повышенія температуры 15/XI.

Больной, какъ было сказано, не лихорадилъ. Я видѣлъ его еще разъ 22/XI. Онъ оставался еще все время въ постели. Ясное притупленіе во 2-мъ и 3-мъ лѣвыхъ межреберьяхъ исчезло совсѣмъ въ теченіи времени отъ 17/XI до 19/XI. Тоны сердца въ 5-мъ межреберьѣ были гораздо яснѣе, чѣмъ прежде. Перикардіальнаго шума тренія и теперь, когда уже исчезло притупленіе во 2-мъ и 3-мъ межреберьяхъ, не было, какъ и при появленіи его. Въ концѣ концовъ больной совершенно поправился; осталось лишь ничтожное увеличеніе сердца влѣво.

Я описалъ нѣсколько подробнѣе этотъ случай потому, что, наблюдая больного, я, дѣйствительно, пришелъ къ убѣжденію, что ясное притупленіе во 2-мъ лѣвомъ межреберьѣ у грудины должно было зависѣть отъ расширенія лѣваго предсердія. Здѣсь прослушивались громкіе тоны сердца, между тѣмъ какъ въ 5-мъ лѣвомъ межреберьѣ они были чрезвычайно слабы. Притупленіе исчезало несоотвѣтственно уменьшенію притупленія сердца на высотѣ 5-го ребра. Ни разу не опредѣлялся перикардіальный шумъ тренія, и, если въ этомъ случаѣ нельзя вполнѣ исключить перикардита, то въ виду ясно выраженной громкости тоновъ на мѣстѣ притупленія я все-же не могу не признать здѣсь и одновременнаго расширенія лѣваго предсердія. Я долженъ указать при этомъ на то, что подобное расширеніе лѣваго предсердія соотвѣтствуетъ тѣмъ экспериментальнымъ даннымъ о закупоркѣ вѣнечныхъ артерій, которыя въ свое время сообщилъ *Samuelsen* [3]). Отмѣчу, кромѣ того, что это притупленіе во 2-мъ лѣвомъ межреберьѣ непосредственно у лѣваго края грудины и значеніе его, какъ признака расширенія лѣваго предсердія при съуженіи отверстія 2-створчатой заслонки, мнѣ хорошо извѣстно съ тѣхъ поръ, какъ покойный *С. П. Боткинъ* обратилъ на него вниманіе въ своихъ «Лекціяхъ», изданныхъ проф. *В. Н. Сиротининымъ* [4]). На основаніи долгаго опыта я могу подтвердить, что ограниченное притупленіе во 2-мъ межреберьѣ непосредственно у лѣваго края грудины составляетъ одинъ изъ самыхъ постоянныхъ признаковъ указаннаго съуженія.

Къ 3-ей группѣ принадлежатъ случаи, въ которыхъ послѣ стенокардическаго приступа появляется острый перикардитъ. Въ настоящее время я имѣю 5 такихъ случаевъ.

1. Больной пожилого возраста, часто обращавшійся ко мнѣ по поводу стенокардическихъ приступовъ, захворалъ чрезъ нѣсколько дней послѣ тяжелаго припадка грудной жабы яснымъ перикардитомъ съ лихорадкой, шумомъ тренія и образованіемъ выпота. Я лѣчилъ его вмѣстѣ съ покойнымъ д-ромъ *О. В. Мейеромъ*. Мало по малу состояніе больного улучшилось, но все-же выздоровленія не наступило, и больной погибъ черезъ годъ при явленіяхъ водянки.

2. Врачъ, 47 л., 21/XII 1902 г. послѣ физическаго переутомленія почувствовалъ сильную боль въ области грудины, вполнѣ характерную для припадка грудной жабы. Д-ръ *А. Ф. Эккертъ*, много разъ до того имѣвшій случай изслѣдовать больного, въ первые-же дни послѣ этого приступа болей опредѣлилъ распространеніе сердечнаго притупленія вправо, чего не было раньше, а равно и ослабленіе тоновъ сердца сравнительно съ прежними. Пульсъ былъ 92, временами 104—112. Не смотря на то, что больной оставался въ постели, при чемъ на область сердца ему клали пузырь со льдомъ, боли продолжались, хотя и болѣе слабыя; на 3—4-ый день появилась лихорадка съ температурой 37°,8 и 38°. Въ такомъ положеніи я и видѣлъ больного вмѣстѣ съ *А. Ф. Эккертомъ*, и мы убѣдились въ наличности легкаго перикардита. Больной оставался въ постели 10 дней и поправился совершенно. Границы сердца дошли почти до нормы; тоны-же оставались глухими еще долгое время. Въ настоящее время больной безпрепятственно продолжаетъ свои занятія.

3. Случай этотъ любезно сообщенъ мнѣ д-ромъ *А. М. Пендинымъ*. Дѣло идетъ объ извѣстномъ историкѣ и писателѣ, 56 л., много уже лѣтъ ведшимъ сидячій образъ жизни и страстномъ курильщикѣ гаванскихъ сигаръ. Однажды послѣ обѣда онъ захворалъ очень сильнымъ приступомъ грудной жабы, продолжавшимся съ 8 час. веч. до 2 час. ночи. Это былъ 1-ый припадокъ. *А. М. Пендинъ*, изслѣдовавшій больного за 2 недѣли до того по поводу гриппа, нашелъ у него непосредственно послѣ припадка тѣ-же явленія, что были и при первомъ изслѣдованіи, а именно—умѣренный склерозъ артерій и нѣсколько увеличенное сердце. На 3-ій или 4-ый день послѣ приступа появилась лихорадка съ увеличеніемъ сердечнаго притупленія и глухими тонами. Лихорадка держалась 12 дней, имѣла послабляющій характеръ, maximum было 38°,5. На 5-ый или 6-ой день перикардита появился шумъ тренія при одновременномъ уменьшеніи сердечнаго притупленія. Въ постели больной пролежалъ 3 недѣли. 2 дня спустя послѣ того, какъ онъ всталъ, онъ внезапно скончался. За 3—4 дня до смерти замѣчены были систолическій шумъ на верхушкѣ сердца и вторичное ослабленіе сердечныхъ тоновъ.

4. Больной, 68 л., купецъ, уже разъ обращавшійся ко мнѣ по поводу выраженныхъ стенокардическихъ явленій, въ октябрѣ 1902 г. захворалъ тяжелымъ приступомъ грудной жабы, продолжавшимся слишкомъ 24 часа. Съ 3-го дня послѣ приступа появились послабляющая лихорадка и перикардитъ съ выпотомъ и шумомъ тренія, которые были опредѣлены мною вмѣстѣ съ д-ромъ *А. М. Пендинымъ* и сыномъ больного, врачемъ. Послабляющая лихорадка—утр. 37°,3 до 37°,5; веч. 37°,6 до 38°,2, одинъ разъ 38°,9—продолжалась 2 1/2 недѣли. Больной впослѣдствіи совершенно поправился, живъ до сихъ поръ и представляетъ характерную картину артеріосклероза съ увеличеніемъ сердца. Лѣто 1903 г. (и 1904 г.) онъ провелъ въ Nauheim'ѣ съ очень хорошимъ результатомъ.

5. Больная эта была подъ наблюденіемъ д-ра *Г. А. Альбануса* въ женской Обуховской больницѣ. У нея также былъ перикардитъ, наступившій послѣ стенокардическаго приступа. Къ сожалѣнію, скорбнаго листа исторіи ея болѣзни я найти не могъ. Больная выписалась изъ больницы съ исчезнувшими уже явленіями перикардита.

Не смотря на то, что только-что описанный перикардитъ послѣ приступовъ грудной жабы клинически, по видимому, извѣстенъ мало, анатомически онъ установленъ уже давно.

Такъ, *Leyden* [5]) въ извѣстной его работѣ въ 1884 г. приводитъ данныя вскрытія 1-го своего больного такого рода, у котораго найденъ былъ свѣжій перикардитъ съ мутнымъ выпотомъ при существованіи міомалятическаго гнѣзда. Въ числѣ 185 случаевъ грудной жабы, выдѣленныхъ *Huchard*'омъ изъ литературы подъ названіемъ pièces justificatives, (кн. 2, стр. 523 и слѣд.), въ которыхъ во всѣхъ произведено было вскрытіе, при чемъ приведены клиническія и анатомическія данныя, имѣется 7 случаевъ свѣжаго перикардита, 11 хроническаго и, между прочими, 14 случаевъ разрыва сердца. Изъ этихъ цифръ можно судить о рѣдкости перикардита послѣ приступовъ грудной жабы.

Къ описаннымъ 3-мъ группамъ случаевъ измѣненій въ сердцѣ, появляющихся послѣ приступовъ грудной жабы и доступныхъ опредѣленію, я могъ-бы прибавить еще 4-ую, гдѣ послѣ единственнаго и даже, какъ я недавно убѣдился въ томъ изъ наблюдавшагося мною съ д-ромъ *Г. А. Альбанусомъ* случая, послѣ цѣлаго ряда стенокардическихъ приступовъ со стороны сердца при физическомъ изслѣдованіи его не удается опредѣлить никакихъ отклоненій; однако, измѣненія, претерпѣваемыя въ этихъ случаяхъ сердечной мышцей, обнаруживаются путемъ функціональныхъ разстройствъ—уменьшеніемъ количества мочи, появленіемъ отековъ. Случаи эти не составляютъ предмета настоящей моей статьи и относятся частью къ тѣмъ, которые я выдѣлилъ въ самомъ началѣ, частью-же представляютъ переходъ къ тѣмъ случаямъ, которые, не оставляя никакого сомнѣнія въ своемъ характерѣ, проходятъ, однако, какъ будто безъ всякихъ послѣдствій.

Приводимыя мною наблюденія, мнѣ кажется, должны побуждать насъ къ тому, чтобы послѣ каждаго сколько-нибудь тяжелаго припадка грудной жабы мы наблюдали такого больного въ теченіи долгаго времени; они указываютъ также на необходимость выдерживать такихъ больныхъ въ безусловномъ покоѣ въ теченіи многихъ дней и недѣль. Это послѣднее обстоятельство и составляетъ то основаніе терапіи, котораго я держусь уже много лѣтъ. Я убѣжденъ, что безусловнымъ покоемъ въ ближайшее послѣ припадка

время можно иногда предупредить случаи скоропостижной смерти, къ сожалѣнію, всѣмъ намъ такъ хорошо извѣстные.

Лишь черезъ нѣкоторое время послѣ моего доклада мнѣ указали на работу д-ра *І. И. Павинскаго* [6]) (изъ Варшавы) «О вліяніи сухого перикардита на появленіе стенокардіи и сердечной астмы». Уже одно заглавіе этой работы даетъ поводъ предполагать, что это—такіе-же случаи, какъ и приводимые мною или подобные имъ и что дѣло идетъ лишь о различномъ ихъ толкованіи. Изъ моего сообщенія ясно само собою, что я исхожу изъ той точки зрѣнія, что грудная жаба «истинная» почти безъ исключенія *) обусловливается склерозомъ вѣнечныхъ артерій, съуженіемъ и закупоркой, resp. тромбозомъ и эмболіей ихъ,—воззрѣніе, которое въ настоящее время нужно считать общепринятымъ, и что такимъ образомъ склерозъ вѣнечныхъ артерій въ нѣкоторыхъ случаяхъ приводитъ къ перикардиту путемъ образованія міомалятическихъ гнѣздъ или инфарктовъ въ міокардіи, или путемъ тѣхъ измѣненій мелкихъ сосудовъ, при которыхъ они дѣлаются проницаемыми для бактерій. Случаи мои еще болѣе должны-бы были подкрѣпить такой взглядъ.

Изъ обзора случаевъ д-ра *І. И. Павинскаго*, видно, что его случаи подъ №№ I, II, III, V, VI, VII, IX, а также приводимые имъ случаи *Bramwel*'я и *Biegansk*'аго, вполнѣ соотвѣтствуютъ описаннымъ мною. Во всѣхъ этихъ случаяхъ стенокардическій припадокъ появлялся прежде, чѣмъ былъ установленъ перикардитъ; при подробномъ и точномъ описаніи случаевъ не можетъ быть сомнѣнія въ тождественности или полномъ сходствѣ ихъ съ моими.

Не говоря уже о томъ, что въ настоящее время вообще признается весьма сомнительной возможность первичнаго перикардита «a frigore», по поводу мнѣнія д-ра *І. И. Павинскаго*, что сухой перикардитъ въ его случаяхъ былъ причиной стенокардическихъ приступовъ, тоже напрашиваются нѣкоторые вопросы: почему въ наиболѣе извѣстныхъ формахъ перикардита—при остромъ суставномъ ревматизмѣ, при бугорчаткѣ, при пнеймоніи и плеврите, истинный стенокардическій приступъ является по меньшей мѣрѣ большою рѣдкостью? Почему перикардитъ не опредѣлялся ни во время самаго стенокардическаго припадка, ни непосредственно послѣ него, а лишь нѣкоторое время спустя, самое раннее чрезъ 24 часа? Почему приступъ—по крайней мѣрѣ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ—не повторился позже, именно въ то время, когда (сухой) перикардитъ уже былъ на лицо? Почему, наконецъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ, напр., въ моихъ сл. 1 и 4, у д-ра *Павинскаго* въ сл. VI, цѣлый рядъ стенокардическихъ приступовъ у одного и того-же больного появлялся безъ перикардита и лишь одинъ изъ позднѣйшихъ приступовъ осложнился перикардитомъ? Очевидно мое мнѣніе, вынесенное изъ непосредственныхъ наблюденій надъ развитіемъ перикардита *вслѣдъ за приступомъ стенокардіи*, соотвѣтствуетъ вполнѣ обоснованному въ настоящее время ученію о съуженіи или закупоркѣ просвѣта вѣнечныхъ артерій и о послѣдствіяхъ ихъ. Съ другой стороны, эти случаи перикардита послѣ грудной жабы могутъ служить подтвержденіемъ того взгляда, что при грудной жабѣ наиболѣе существеннымъ обстоятельствомъ является закупорка вѣнечныхъ артерій съ ея послѣдствіями—образованіемъ въ отдѣльныхъ случаяхъ міомалятическихъ гнѣздъ, инфарктовъ, приницаемостью и нарушеніемъ питанія мельчайшихъ сосудовъ, что и выясняетъ происхожденіе перикардита. Въ этомъ отношеніи не безъинтересно, что въ непосредственное дополненіе къ моему докладу 15/XII 1903 г. д-ръ *Г. Е. Вестфаленъ* [8]) напомнилъ о пристѣночномъ эндокардитѣ (Wandendocarditis) послѣ міомалятическихъ гнѣздъ, какъ послѣдствіи стенокардическихъ припадковъ и дальнѣйшихъ послѣдствіяхъ его. *І. И. Павинскій*, чтобы объяснить появленіе припадковъ грудной жабы при начинающемся перикардитѣ, возвращается къ теоріи нейрита сердечнаго сплетенія. *Huchard* въ своей «Discussion pathogénique» (гл. XVII, т. II, стр. 97) весьма подробно разобралъ эту теорію и отрицаетъ ее вполнѣ. На стр. 128 и онъ говоритъ объ отдѣльныхъ случаяхъ грудной жабы и перикардита и спрашиваетъ, не появились-ли эти перикардиты «dans le cours d'une sclérose cardiaque»? На стр. 129 онъ упоминаетъ объ одномъ собственномъ случаѣ, гдѣ были найдены склерозъ вѣнечныхъ артерій, сухой перикардитъ и межуточный нефритъ. Больной за нѣсколько дней до смерти страдалъ стенокардическими припадками и умеръ внезапно. Не смотря на то, что перикардитъ былъ сухой, чему *І. И. Павинскій* придаетъ особое значеніе, не было найдено ни слѣда нейрита сердечнаго сплетенія. *Huchard* упоминаетъ и о случаяхъ д-ра *Павинскаго* и говоритъ, что нейритъ въ нихъ анатомически не былъ доказанъ. На Съѣздѣ терапевтовъ въ 1891 г. *A. Fraenkel* [9]) въ томъ-же смыслѣ, какъ и *Huchard*, отвергъ теорію происхожденія стенокардическаго припадка вслѣдствіе нейрита сердечнаго сплетенія.

Въ заключеніе я прибавилъ-бы, что всѣми этими данными я вовсе не отрицаю того, что острый перикардитъ вообще вызываетъ и можетъ вызывать боли въ груди. Боли эти, однако, не имѣютъ характера приступовъ истинной стенокардіи. Достаточно извѣстно, что очень тяжелые случаи выпотного перикардита, имѣвшіе свой, хотя-бы и короткій, сухой періодъ, могутъ протекать безъ всякихъ болей, что подтверждается тѣми не слишкомъ уже рѣдко попадающимися случаями, гдѣ на вскрытіи при бугорчаткѣ, плеритѣ или пнеймоніи обнаруживается тяжелый перикардитъ, существованіе котораго вовсе и не подозрѣвалось.

*) Подобныя исключенія можно найти у *Romberg*'а [7]). Мнѣ думается, что я не ошибаюсь, предполагая, что *Romberg* говоритъ здѣсь о свѣжемъ перикардитѣ, какъ причинѣ грудной жабы безъ склероза вѣнечныхъ артерій, именно на основаніи случаевъ д-ра *Павинскаго*, котораго онъ приводитъ въ литературномъ перечнѣ

Источники. 1. *Eichhorst, Liebermeister, Strümpell, Krehl* (*Nothnagel*'s Handbuch XV, 1[5]); *Romberg* (*Ebstein* und *Schwalbe*'s Handbuch I) также у *Huchard*'а (Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte, 3-ье изд., Paris, 1899—1903 г., т. II.—2. *В. М. Кернигъ*. Протоколъ засѣданія 31/III 1892 г. въ St. Petersburger medic. Wochenschrift, 1892, № 18, стр. 177.—3. *Samuelsen*. «Zeitschrift für klinische Medicin», II, стр. 12. — 4. Лекціи *С. П. Боткина*, изданныя проф. *В. Н. Сиротининымъ*. «Еженедѣльная Клиническая Газета», 1885 г., V. — 5. *Leyden*. «Zeitschrift für klinische Medicin, т. VII, стр. 459 и 539.—6. *І. И. Павинскій*. «Deutsches Archiv für klinische Medicin», 1897 г. т. LVIII, стр. 565.—7. *Romberg*. Handbuch der pract. Medicin», *Ebstein* и *Schwalbe*, т. I, стр. 682.—*Г. Е. Вестфаленъ*. Протоколъ засѣданія Общества нѣмецкихъ врачей въ Петербургѣ 15/XII 1903 г. «St.-Petersburger med. Wochenschrift», 1904 г., № 30, стр. 326.—9. *A. Fraenkel*. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, 1891 г.

CLXXXI. Къ ученію о задержѣ плоднаго яйца въ полости матки.

Ч. пр. **А. А. Ануфріева** (Одесса).

Къ числу вопросовъ, нерѣшенныхъ до послѣдняго времени въ акушерствѣ, относится и вопросъ о причинахъ задержки на продолжительное время въ полости матки умершаго плода. Если плодъ умеръ ранѣе 28 недѣль и изгнаніе его не совершилось, то такое состояніе называется по *Mc Clintoc*'у (1863 г.) «missed abortion», несовершившійся (неудавшійся) выкидышъ (avortement manqué французовъ, abortus interruptus по *Schäffer*'у); если позже, то по *Oldham*'у (1847 г.) «missed labour», несовершившіеся роды (travail manqué французовъ, verhaltene Geburt по *Bumm*'у). Такъ какъ въ литературѣ извѣстны случаи, въ которыхъ послѣ смерти плода и затихшей родовой дѣятельности матки вновь появлялись потуги и плодъ изгонялся, то *Kleinwächter* измѣнилъ нѣсколько взглядъ на вышеприведенныя опредѣленія задержки плода. Подъ «missed abortion», по его мнѣнію, слѣдуетъ понимать задержку умершаго плода раньше нормальнаго конца беременности—задержку, перешедшую за время нормальной продолжительности послѣдней, а подъ «missed labour»—задержку плода, умершаго около нормальнаго конца беременности безъ того, чтобы раньше было какое-либо механическое препятствіе для его изгнанія. Но изслѣдованія *C. Ruge* показали, что мертвые плоды изгоняются въ среднемъ черезъ 2 недѣли послѣ смерти (наибольшій срокъ задержки 4 недѣли); нельзя не согласиться

поэтому съ д-ромъ *Булатовымъ* [1]), что, если задержка переходитъ эти предѣлы и продолжается 2—3 мѣсяца и болѣе, то всѣ такіе случаи нужно выдѣлить уже въ особую группу. По этому вопросу накопилась уже обширная литература, однако и до сихъ поръ не только причина этой аномаліи, но даже и терапія ея не стоятъ на твердой научной почвѣ. Одно время *E. Müller* (1878 г.) всѣ такіе случаи относилъ къ внѣматочной беременности, но дальнѣйшія изслѣдованія показали ошибочность его взгляда. Воспалительныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ матки и въ отпадающей оболочкѣ, на которыя впервые обратилъ вниманіе покойный *К. Ѳ. Славянскій* [2]), какъ на причину missed abortion, при послѣдующихъ изысканіяхъ были найдены во многихъ случаяхъ обыкновеннаго выкидыша. Доказанный *Merttens*'омъ [3]) дальнѣйшій ростъ придатковъ яйца и отпадающей оболочки послѣ смерти плода не можетъ также служить этіологическимъ условіемъ задержки послѣдняго въ маткѣ, такъ какъ находимые при этомъ процессы разрушенія тканей (гэморрагіи, тромбозы, гнѣзда омертвѣнія), указываютъ на невполнѣ прочную связь между оболочками плода и стѣнкой матки. Измѣненія нервно-мышечнаго прибора матки, хотя окончательно и не доказаны *Hegar*'омъ, *Sinclair*'омъ, *Славянскимъ* и др., видѣвшими въ нихъ причину безразличнаго отношенія матки къ ея содержимому, все-же несомнѣнно заслуживаютъ особаго вниманія, о чемъ еще рѣчь будетъ ниже. Ссылаясь на изслѣдованія проф. *А. В. Репрева*, *Curatulo*, *Landau*, *Hegar*'а, проф. *И. И. Федорова* надъ дѣйствіемъ яичниковаго вещества, *И. Л. Кунцъ* [5]) (изъ клиники проф. *И. И. Федорова*) находитъ возможнымъ видѣть причину этой аномаліи во временномъ разстройствѣ яичниковыхъ отправленій въ общемъ смыслѣ. *Bumm* въ своемъ руководствѣ пишетъ: «о причинахъ наступившей успѣшной родовой дѣятельности ничего обстоятельно не извѣстно; пока предполагаютъ, что виною этого—недостаточная возбудимость матки вслѣдствіе аномаліи периферическихъ или центральныхъ нервныхъ приборовъ или мышцы ея». Нужно однако замѣтить, что рѣзкое нарушеніе проводимости между маткою и центральной нервной системой встрѣчается въ рѣдкихъ случаяхъ, въ случаѣ, напр., *Madge* [6]) у одной параличной плодъ оставался въ маткѣ 7 мѣс.

Не задаваясь цѣлью рѣшать этотъ спорный вопросъ въ окончательной формѣ, тѣмъ болѣе, что намъ до сихъ поръ еще неизвѣстна основная причина наступленія родовыхъ потугъ вообще, равно и не подвергая подробному разбору имѣющуюся литературу о missed abortion, я рѣшаюсь сообщить случай изъ больничной своей дѣятельности въ Москвѣ, во 1-хъ, ради увеличенія казуистическаго матеріала, во 2-хъ, изъ желанія остановить вниманіе товарищей на нѣкоторыхъ микроскопическихъ данныхъ, добытыхъ послѣдними работами, въ связи съ этой неправильностью и, въ 3-хъ, чтобы коснуться лѣченія при задержкѣ плоднаго яйца въ полости матки. Случай этотъ слѣдующій.

А. Т., 45 л., крестьянка Московской губ., фабричная, поступила въ городскую Сокольническую больницу, 18/XII 1902 г. съ жалобами на кровотеченіе изъ матки, продолжавшееся 8 недѣль. Передъ этимъ у нея была 3-мѣсячная задержка кровей. Первыя мѣсячныя на 14-мъ году, типъ ихъ затѣмъ установился—черезъ 4 нед. по 7 дней, въ умѣренномъ количествѣ, безъ болей. Замужъ вышла на 20-мъ году. Характеръ мѣсячныхъ остался прежній. Беременна была 14 разъ. Всѣ беременности окончились срочными родами. Дѣти рождались живыми. Послѣдніе роды были около 3-хъ лѣтъ назадъ. Послѣ родовъ не болѣла. Изъ болѣзней дѣтства перенесла вѣтряную оспу. Другихъ болѣзней не было. На сифилисъ нѣтъ никакихъ указаній. Родители умерли, отецъ—отъ какого-то припадка, мать—отъ горячки.

Удовлетворительнаго сложенія и слабаго питанія. Кожа на лицѣ и видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты. Сосудисто-нервныя явленія: кожа на лицѣ и груди скоро краснѣетъ. Ясно выраженнаго дермографизма нѣтъ. Сухожильные рефлексы не повышены. Звукъ надъ легкими не измѣненъ. Дыханіе везикулярное, за исключеніемъ области надъ лѣвой ключицей, гдѣ оно слегка жестковато. Хриповъ нѣтъ. Границы сердца нормальны; тоны глуховаты; толчекъ между 5-мъ и 6-мъ ребрами, умѣренно разлитой. Стѣнки живота дряблы. Печень и селезенка не увеличены. 37°. Наружные половые органы развиты правильно. Входъ во влагалище расширенъ и умѣренно покраснѣвшій; стѣнки влагалища гладкія. Влагалищная часть матки цилиндрическая, съ разрывами влѣво. Наружный зѣвъ пропускаетъ палецъ; внутренній закрытъ. Матка увеличена, соотвѣтствуетъ по величинѣ 3-мѣсячной беременности, тѣстовата, безболѣзненна, наклонена и изогнута впередъ. Придатки безъ измѣненій. Умѣренныя кровянистыя выдѣленія изъ матки. Назначены: жидкая вытяжка Viburni prunifolii, по 25 кап., 3 раза въ день и постельное содержаніе. 20/XII крови стало выдѣляться меньше, 21/XII она была едва замѣтна, а къ 25/XII перестала выдѣляться совсѣмъ. Температура все время была нормальная. Матка въ томъ-же состояніи. Зная, что плодъ былъ здѣсь мертвый (кровотеченіе, величина матки) и руководясь изслѣдованіями проф. *Truzzi* объ уробилинуріи у беременныхъ, если наступаетъ смерть плода, я 2 раза изслѣдовалъ мочу по способу флуоресценціи съ хлористо-аммоніакальнымъ цинкомъ, но оба раза получилъ отрицательный результатъ. Впрочемъ, этимъ изслѣдованіямъ я не придавалъ особаго значенія, такъ какъ беременность была ранняя.

Съ 25/XII по 2/I 1903 г. кровотеченія изъ матки болѣе не появлялось; никакихъ схватокъ не замѣчалось; мертвый плодъ resp. яйцо оставался покойно лежать въ плодовмѣстилищѣ. Больную можно было выписать изъ больницы въ такомъ состояніи, придерживаясь выжидательнаго способа лѣченія. Но я не могъ считать такую женщину работоспособной и потому рѣшилъ опорожнить ей матку отъ содержимаго. Съ этой цѣлью 2/I 1903 г., безъ наркоза, было произведено расширеніе матки и предварительное обслѣдованіе ея полости. При этомъ оказалось: плодного пузыря сейчасъ около внутренняго зѣва не опредѣлялось; онъ прощупывался высоко около дна матки и передней ея поверхности. Послѣ прокола плоднаго пузыря излилось не болѣе 2—3 столовыхъ ложекъ околоплодной жидкости. Яйцо извлечено было частью ложечкой, частью корнцангомъ, послѣ чего матка была выскоблена и полость ея промыта 2%-мъ растворомъ карболовой кислоты. Ледъ на животъ; внутрь эрготинъ.

Въ послѣопераціонномъ періодѣ температура все время была нормальной. 10/I: Матка хорошо сократилась, наклонена и изогнута впередъ, безболѣзненна. Больной данъ совѣтъ остаться еще нѣсколько дней въ больницѣ, но она отказалась и 11/I выписалась въ вполнѣ хорошемъ состояніи.

Макроскопически препаратъ представляетъ собою оболочки яйца, сильно утолщенныя, мѣстами съ гладкой поверхностью, особенно тамъ, гдѣ просвѣчиваетъ одна только водная оболочка. Плодъ, длиною въ 4 стм. съ небольшимъ, соотвѣтствуетъ болѣе 2-мѣсячной беременности; все же яйцо по величинѣ равняется приблизительно 3 мѣсяцамъ развитія. По видимому, яйцо продолжало развиваться и послѣ смерти плода. Микроскопическое изслѣдованіе оболочекъ, въ которомъ принималъ участіе и ч. пр. *А. Г. Мамуровскій*, за что и считаю долгомъ принести ему здѣсь благодарность, дало слѣдующіе результаты. Ворсинки кожистой оболочки оказываются фибрознопереродженными и покрытыми уплощеннымъ эпителіемъ. Сосуды въ нихъ запустѣли. Мѣстами между ворсинками и истинной отпадающей оболочкой мелкоклѣточковая инфильтрація. Ворсинки, какъ бы футляромъ, окружены децидуальными клѣтками. Сильное развитіе соединительной ткани въ стромѣ отпадающей оболочки. Въ болѣе глубокихъ слояхъ послѣдней видны остатки железъ и измѣненные сосуды. Въ артеріяхъ стѣнки утолщены, просвѣтъ ихъ сильно съуженъ вслѣдствіе разростанія внутренней оболочки (запустѣвающій эндоартеріитъ). Попадающіяся на препаратѣ вены расширены и наполнены кровью.

Какія-же главныя, такъ сказать, грубыя измѣненія имѣются на препаратѣ? Запустѣніе ворсинокъ ворсистой оболочки, съуженіе просвѣта артерій и расширеніе венъ, мелкоклѣточковая инфильтрація и сильное развитіе соединительной ткани въ отпадающей оболочкѣ, т. е. тоже, что встрѣчается почти при каждомъ выкидышѣ—хроническій децидуальный эндометритъ и запустѣвающій эндоартеріитъ. Процессъ въ артеріяхъ очень похожъ на сифилитическій, описанный еще въ 1873 г. *Fränkel*'емъ [7]) такъ: «An einigen Zottenquerschnitten sah man die Gefässe obliterirt, ihre Wandungen verdickt, das Gefässrohr von den wucherenden Zellen dicht umschlossen und circulär comprimirt». Запустѣніе сосудовъ ворсинъ *Merttens* объясняетъ, какъ посмертное явленіе вслѣдствіе задержки ихъ роста; на свѣжихъ выкинутыхъ яйцахъ разростанія элементовъ внутренней оболочки не наблюдается. Смерть-же плода, по его мнѣнію, зависитъ отъ начинающагося съуженія сосудовъ, питающихъ плодное яйцо. *Merttens* въ своихъ случаяхъ находилъ микроскопическую картину, сходную съ сифилитической, хотя въ анамнезѣ у его больныхъ, какъ и у моей, сифилиса не было. *V. Franqué* подвергъ критикѣ изслѣдованія *Merttens*'а. Онъ думаетъ, что запустѣніе сосудовъ въ ворсинахъ можетъ наступать передъ и послѣ смерти плода, первое даже чаще; при этомъ ему удалось наблюдать явленія амніотита и хоріита. Разрощенія элементовъ отпадающей оболочки могутъ происходить также передъ и послѣ смерти плода. Процессы въ плодныхъ сосудахъ послѣда могутъ начинаться во время жизни плода и обусловливать дурное его развитіе и смерть. Если по какой-либо причинѣ плодъ умираетъ и задерживается въ маткѣ 8—14 дней, то находятъ развитіе элементовъ внутренней и наружной оболочекъ, соединительно-тканныя

измѣненія въ средней оболочкѣ, частичное или полное закрытіе просвѣта сосудовъ и мелко-клѣточковую инфильтрацію водной и ворсистой оболочекъ. Полное запустѣніе сосудовъ ворсинъ, по его взгляду, встрѣчается въ послѣдахъ, задержавшихся въ маткѣ мѣсяцъ и болѣе. Слѣд., запустѣніе происходитъ постепенно, какъ при жизни, такъ и послѣ смерти плода. Такого-же мнѣнія держится и *Lithauer*. Д-ръ *Булатовъ* наблюдалъ въ болѣе старыхъ яйцахъ при выкидышахъ (на 4-мъ и 5-мъ мѣсяцахъ) ясно выраженное запустѣніе большей части капилляровъ ворсинъ и болѣе тонкихъ сосудовъ ворсистой оболочки, которое однакоже не всегда вело къ полному запустѣнію ихъ просвѣта; сосуды болѣе крупнаго калибра въ ткани ворсистой оболочки оказывались или совершенно нормальными, или омертвѣвшими, а просвѣты ихъ были выполнены распадомъ кровяныхъ тѣлецъ. На болѣе молодыхъ яйцахъ (2—3 мѣс.) онъ не наблюдалъ запустѣнія сосудовъ, а видѣлъ много ворсинъ, въ которыхъ не было видно никакихъ слѣдовъ сосудовъ. Онъ объясняетъ это тѣмъ, что нѣжные сосуды ворсинъ здѣсь просто спались съ прекращеніемъ плоднаго кровообращенія и замѣтить ихъ среди стромы, при еще слабомъ вообще развитіи ихъ стѣнокъ, совершенно невозможно (стр. 36). Что касается соединительнотканныхъ измѣненій въ стромѣ ворсинъ, то *Max Graefe* только въ первыя недѣли задержки находилъ эту строму неизмѣненной, въ дальнѣйшемъ-же въ ней происходило разростаніе соединительной ткани. Слѣд., превращеніе стромы ворсинъ совершается послѣ смерти плода. Картины эти сходны также съ сифилитическими, однако у *Graefe* изъ 7 случаевъ только въ 1 можно было доказать сифилисъ у отца. Эпителій ворсинъ то сохраняется, то погибаетъ. На нѣкоторыхъ ворсинахъ замѣтна гиперплязія синцитія или клѣточнаго слоя *Langhans*'а. Въ отпадающей оболочкѣ наблюдаются разростаніе клѣточныхъ элементовъ, мелкоклѣточковая инфильтрація, гиперплязія железъ, гэморрагическія гнѣзда—процессы, указывающіе на воспалительный характеръ заболѣванія (хроническій децидуальный эндометритъ). Кромѣ того, какъ въ отпадающей оболочкѣ, такъ и въ стѣнкахъ капилляровъ ворсистой и въ межворсинчатыхъ пространствахъ находили отложенія извести и кровяные сгустки. Послѣдніе состояли то изъ сохранившихся кровяныхъ тѣлецъ, то изъ распавшихся, то изъ фибрина и кровяного пигмента (гэматосидерина).

Такимъ образомъ среди анатомо-патологическихъ измѣненій въ задержавшемся плодномъ яйцѣ обращали на себя вниманіе 2 признака: запустѣніе сосудовъ ворсистой оболочки и соединительно-тканное перерожденіе самихъ ворсинъ. Теперь возникаетъ вопросъ, какія-же измѣненія нужно отнести къ прижизненнымъ и какія къ посмертнымъ? *Lithauer*, *Merttens*, *v. Franqué*, *Булатовъ* и др. изслѣдовали яйца послѣ того, какъ они уже вышли изъ матки, хотя и въ разные сроки задержки съ предварительными измѣненіями въ оболочкахъ, вызвавшими смерть плода.

Желая выяснить вопросъ только о посмертныхъ измѣненіяхъ, *Г. Э. Бонштедтъ* [8]) изъ клиники проф. *А. И. Лебедева* произвелъ экспериментальныя изслѣдованія на кроличикахъ, собакахъ и кошкахъ во 2-ой половинѣ или къ концу беременности у этихъ животныхъ. До него производили подобныя-же изслѣдованія на животныхъ только въ болѣе раннихъ ступеняхъ беременности (на 10 й день) *Strahl* и *Henneberg* [9]).

Я не буду описывать методики, которой держался д-ръ *Бонштедтъ*; скажу лишь, что плоды убивались въ маткѣ, и затѣмъ черезъ извѣстное время задержки изслѣдовались послѣды; слѣд., здѣсь рѣчь могла идти только о посмертныхъ измѣненіяхъ. Всего произведено 54 опыта. У кроличихъ послѣды изслѣдовались на 1-ый, 2-ой, 4-ой и 8-ой день послѣ операціи, 3 раза на 3-й и 2 раза на 6-ой. Наиболѣе выраженныя данныя въ послѣдахъ получены у кроличихъ, а именно: 1) накопленіе крови; 2) кровяные сгустки; 3) вторичная атрофія эктодермальнаго плазмодія въ зависимости отъ кровяныхъ сгустковъ; железистоподобныя измѣненія въ строеніи послѣдовыхъ долекъ и 4) скопленіе и богатство ядеръ въ мезодермальной соединительной ткани. «Результаты моихъ изслѣдованій», говоритъ авторъ, «показываютъ, что самыя замѣтныя измѣненія въ строеніи послѣда послѣ смерти плода представляютъ кровяные сгустки, которые дезорганизуютъ ткань и ведутъ къ атрофіи ихъ. Въ этихъ сгусткахъ, вначалѣ свѣжихъ, происходятъ измѣненія крови, разрушеніе кровяныхъ тѣлецъ, коагуляція плазмы и мѣстами отложеніе фибрина. Только вторично атрофируются клѣточные элементы въ окружности сгустковъ, тогда какъ въ остальныхъ мѣстахъ эти элементы долго держатся неизмѣненными. Въ дальнѣйшемъ теченіи задержки у кроличихъ развивается разрощеніе мезодермальной соединительной ткани». Далѣе д-ръ *Бонштедтъ* пишетъ: «чего-либо подобнаго разрощенію элементовъ внутренней оболочки я никогда не находилъ въ изслѣдованномъ матеріалѣ, также и закупорки плодныхъ сосудовъ. Хотя послѣдніе и были безкровны, однако просвѣтъ ихъ всегда оставался свободенъ. Явленіи разрощенія соединительной ткани въ стромѣ ворсинокъ, т. е. въ мезодермальной соединительной ткани, на которыя всюду указывалось, я не встрѣтилъ у кошекъ; напротивъ, въ послѣдахъ кроличихъ они были найдены. Моими изслѣдованіями доказывается, что соединительнотканныя разрощенія въ стромѣ ворсинъ, безъ сомнѣнія, могутъ начинаться только послѣ смерти плода».

Д-ръ *Бонштедтъ* обращаетъ при этомъ вниманіе на то, что, во 1-хъ, послѣды животныхъ и людей разнятся одни отъ другихъ, и, во 2-хъ, что онъ изслѣдовалъ животныхъ въ сравнительно раннихъ ступеняхъ патологическихъ явленій, развившихся послѣ непродолжительной задержки мертваго плода, тогда какъ человѣческіе послѣды изслѣдовались послѣ бо́льшаго срока задержки. Конечно, также разнятся и условія, при которыхъ происходитъ искусственное и естественное умираніе плода. Тамъ, гдѣ существуетъ хроническое заболѣваніе отпадающей оболочки вообще и сывороточной въ частности со всѣми присущими этому процессу измѣненіями, происходитъ постепенное разобщеніе кровообращенія между плоднымъ яйцомъ и материнской кровью. Сосуды ворсистой оболочки вначалѣ съуживаются, потомъ запустѣваютъ, и, наконецъ, зародышевая ткань ворсинъ постепенно переходитъ въ болѣе стойкую соединительную. Несомнѣнно, что эти процессы начинаются во время жизни плода и продолжаются и послѣ его смерти, такъ какъ плодное яйцо не теряетъ совершенно связи со стѣнками плодовмѣстилища, какъ мѣстомъ живой природы. На основаніи микроскопическихъ изслѣдованій многихъ авторовъ едва-ли можно сомнѣваться въ томъ, что полное запустѣніе сосудовъ и перерожденіе ворсинъ—явленія посмертныя. Но почему-же въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ, не смотря на сравнительно тѣсное соединеніе плодныхъ оболочекъ съ воспаленной отпадающей, яйцо въ концѣ концовъ извергается и лишь изрѣдка задерживается въ полости матки? Большинство авторовъ откровенно отвѣчаетъ на этотъ вопросъ: «мы этого не знаемъ». Въ одной изъ послѣднихъ работъ *Hagmann* [10]), собравшій всѣ случаи missed labour изъ литературы и добавившій къ нимъ свой, за вѣроятную причину наступленія родовъ вообще приводитъ слѣдующее: 1) запустѣваніе сосудовъ отпадающей оболочки и малокровіе ея, вслѣдствіе чего происходитъ возростающее раздраженіе ея, захватывающее отраженнымъ путемъ и мышечную ткань (хотя, къ слову сказать, *v. Herff* никакихъ нервовъ въ отпадающей оболочкѣ не нашелъ); 2) при раздраженіи нижняго отрѣзка матки испытываютъ раздраженіе и узлы, лежащіе въ верхней части шейки, результатомъ чего являются маточныя сокращенія; 3) уменьшеніе сопротивленія въ маткѣ вслѣдствіе раскрытія шейки, уменьшеніе маточной полости и совмѣстное сближеніе мышечныхъ волоконъ; 4) уменьшеніе содержимаго и полости матки вслѣдствіе отхода околоплодныхъ водъ; 5) количественное и качественное измѣненіе крови въ пазухахъ послѣда вслѣдствіе тромбоза. Если, по его мнѣнію, нѣтъ одного или нѣсколькихъ этихъ условій, то сокращенія матки могутъ прекратиться. Разбирая нѣкоторые случаи, *Hagmann* ссылается на *Kissman*'а, который предполагалъ причину задержки потугъ въ образованіи рубцовъ послѣ операціи около зѣва матки и въ самомъ нижнемъ сегментѣ ея съ измѣненіемъ нервныхъ и мышечныхъ элементовъ. По мнѣнію *Hagmann*'а, въ такихъ случаяхъ можетъ развиваться мѣстная атонія иннерваціи. Этотъ взглядъ уже не новъ; его высказывалъ и *Schröder*. Правда, большинство съ задержкой мертваго плода были многородящія, у которыхъ могли наступить измѣненія въ строеніи всѣхъ тканей матки, но были и первородящія. Когда я познакомился съ работами *Theilhaber*'а, *Meyer*'а и *Lorentz*'а [11]) о хроническомъ метритѣ, онѣ навели и меня на тѣ-же размышленія, которыя занимали *К. Ѳ. Славянскаго*, *Hegar*'а, *Sinclair*'а, *Goth*'а и др.

Theilhaber, изслѣдуя микроскопически здоровыя и больныя матки въ разныхъ возрастахъ, пришелъ къ заключенію, что въ

возрастѣ дѣтскомъ мышечная ткань сравнительно съ соединительной замѣтно уменьшена, а между 20 и 30 годами, напротивъ, преобладаетъ ткань мышечная, соединительная-же отходитъ на 2-ой планъ. Въ концѣ климактерія мышечная ткань быстро уменьшается, и мезометрій снова пріобрѣтаетъ дѣтскій resp. старческій характеръ. Далѣе, вышеупомянутые авторы находили различныя отступленія отъ этого типа при заболѣваніяхъ матки. Я не буду говорить о приводимыхъ ими причинахъ гипертрофическаго процесса, остановлюсь лишь на причинахъ атрофическаго. Этотъ послѣдній наблюдался у чахоточныхъ, послѣ долго продолжавшагося тифа, при хроническихъ гонорройныхъ заболѣваніяхъ придатковъ; кромѣ того, у женщинъ, которыя много рожали или перешли 40-лѣтній возрастъ, при этомъ во многихъ случаяхъ въ маткѣ замѣчалось утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ. Въ то время, какъ *Reinicke*, *Холмогоровъ*, *Kahlden* главную причину кровотеченій въ климактерическомъ возрастѣ относили къ атероматозу сосудовъ, *Theilhaber* считаетъ, что сосудистыя измѣненія гораздо меньше относятся къ атероматозу, чѣмъ къ физіологическому съуженію и запустѣвающему артериту. Главная причина кровотеченій лежитъ, по его мнѣнію, не въ измѣненіи сосудистыхъ стѣнокъ, а въ мышцахъ. Утолщеніе средней и наружной оболочекъ часто можно обнаружить въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ не было кровотеченія; въ другихъ же случаяхъ гдѣ наступали кровотеченія, напротивъ, не было измѣненій въ сосудахъ. Процессъ въ сосудахъ аналогиченъ, по мнѣнію *Lorentz*'а, таковому-же при закупоркѣ *Botall*'ова протока. Незначительныя явленія въ эндометріи въ видѣ расширенія железъ и отека вышеприведенные авторы разсматриваютъ, какъ явленія вторичныя. Нѣкоторыя матки были увеличены до размѣровъ беременной матки на 3-мъ мѣсяцѣ, между тѣмъ слизистая оболочка ихъ никакихъ значительныхъ измѣненій не представляла: она была толщиной до 3—5 млм. Соединительная ткань въ изслѣдованныхъ маткахъ при метритахъ была причиной массоваго увеличенія паренхимы органа. Мышечная ткань отходила на 2-ой планъ; отношеніе ея къ соединительной выражалось въ случаѣ по *Lorentz*'у 40:60. Соединительная ткань неравномѣрно входила многочисленными и сильно выраженными отростками въ мышечную, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ настолько обильно, что отъ мышечной оставались лишь слѣды. Въ другихъ мѣстахъ соединительная и мышечная ткань были выражены одинаково сильно. Вслѣдствіе такого значительнаго развитія соединительной ткани появлялась недостаточная сократительность органа, результатомъ чего были венная гиперэмія матки, кровотеченія и отекъ слизистой оболочки. Обильныя мѣсячныя у дѣвушекъ, у которыхъ нѣтъ никакихъ органическихъ болѣзней, авторы объясняютъ недостаточнымъ развитіемъ мышцы матки ко времени зрѣлости. При блѣдной немочи *Theilhaber* видѣлъ также перерожденіе матки. Такое-же преобладаніе соединительной ткани надъ мышечной наблюдается, какъ было сказано, у многородящихъ и у женщинъ, перешедшихъ 40-лѣтній возрастъ (увяданіе органа), т. е. здѣсь благородныя ткани замѣняются, по *И. И. Мечникову*, неблагородными (макрофагами), чѣмъ, по его мнѣнію, и объясняется вообще старость. При этихъ условіяхъ сократительная способность матки въ высокой степени ослабляется. Хотя прямыхъ изслѣдованій у нѣмецкихъ авторовъ надъ состояніемъ нервныхъ путей въ маткѣ при метритахъ и не было, но нужно съ большой вѣроятностью полагать, что, разъ измѣнены мышечная ткань и сосуды, то въ измѣненія вовлечены и нервы. Чрезмѣрное развитіе межмышечной соединительной ткани, несомнѣнно, вліяетъ сдавливающимъ образомъ на нервныя окончанія.

Кромѣ того, дѣло здѣсь, поскольку оно касается ослабленной сократительности органа, не ограничивается одними только нервами. На основаніи своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій д-ръ *Курдиновскій* [12]) пришелъ къ выводу, что матка въ сократительной дѣятельности, по видимому, мало зависитъ отъ центральныхъ нервныхъ вліяній, а здѣсь выдвигается роль мѣстной иннерваціи. Изученіе физіологіи матки показываетъ связь съ физіологіей гладкомышечной ткани вообще; гладкомышечная-же ткань, несомнѣнно, обладаетъ самостоятельнымъ аутоматическимъ (независимо отъ нервныхъ вліяній и всякихъ раздраженій) сокращеніемъ и значительной возбудимостью къ термическимъ и механическимъ раздраженіямъ. Вліяніе измѣненной мышечной ткани и ослабленной мѣстной иннерваціи на дѣятельность органа понятно отсюда само собой. Подобные-же процессы наблюдаются и въ другихъ полыхъ органахъ съ гладкими мышцами и выводнымъ отверстіемъ, напр., въ кишечномъ каналѣ и мочевомъ пузырѣ. При хроническихъ процессахъ въ кишечникѣ, особенно въ старческомъ возрастѣ, съ измѣненіемъ стѣнокъ развивается атонія и наклонность къ запорамъ, а при хроническихъ циститахъ и простатитахъ—растяженіе или соединительно-тканное перерожденіе жома мочевого пузыря, отчего моча или вполнѣ задерживается, или выдѣляется лишь каплями, мочевой-же пузырь остается наполненнымъ (ischuria s. incontinentia paradoxa).

Такимъ образомъ, если въ перерожденной маткѣ развивается беременность, то въ силу упомянутыхъ выше измѣненій въ ткани отпадающей оболочки жизнь плода прекращается, и послѣдній или изгоняется, или задерживается въ полости матки, судя по тому, какое количество мышечныхъ волоконъ и нервовъ осталось неизмѣненнымъ настолько, чтобы оно могло проявить еще извѣстную физіологическую работу resp. изгнать плодное яйцо. Если образовалась полная атонія органа, то содержимое его задерживается. Конечно, рѣчь здѣсь не идетъ о разнаго рода механическихъ препятствіяхъ. Чаще всего несовершившійся выкидышъ наблюдается у многобеременныхъ старше 25 л. Такъ, по статистикѣ д-ра *Булатова* на 101 случай было только 12 первобеременныхъ, т. е., 11,1%; повторнобеременныхъ-же было 89, т. е., 89,9%; тоже и относительно возраста: на 98 случаевъ беременныхъ моложе 25 л. было 14, т. е., 14,3%, старше—84, т. е., 85,7%; на возрастъ отъ 33 до 47 л. пришлось 55 случаевъ. Отсюда ясно, что missed abortion находится въ извѣстной связи съ предшествующими беременностями и родами въ болѣе пожиломъ возрастѣ. Чѣмъ-же объяснить эту связь, какъ не измѣненіями въ самомъ строеніи органа дѣторожденія—вѣроятно, метритами въ атрофической формѣ? На долю молодыхъ первобеременныхъ могутъ быть отнесены случаи съ врожденной гипоплязіей мышечной ткани матки. Но почему-же рѣдко происходитъ задержка плода и при наличности метритовъ? Съ одной стороны, потому, во 1-хъ, что рѣдко соединительная ткань рѣзко преобладаетъ надъ мышечной (у *Lorentz*'а на 9 случаевъ только въ 1 ея было больше, въ остальныхъ столько-же или даже меньше, чѣмъ мышечной); во 2-хъ, потому, что раннее увяданіе органа resp. исчерпываніе физіологической его роли встрѣчается вообще не часто: силы природы въ борьбѣ за существованіе тканей громадны; припомнимъ, напр., хотя-бы резервныя силы сердца (проф. *А. А. Кулябко*). Очень рѣдкіе случаи препаратовъ всей матки послѣ missed abortion не позволяютъ пока подтвердить наглядно этой гипотезы. Тѣ, у кого на рукахъ болѣе обширный матеріалъ, могутъ представить цѣнные факты, подтверждающіе или опровергающіе эти предположенія. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ задержалось плодное яйцо и водная жидкость начала уже всасываться, какъ это было и въ моемъ случаѣ, теряется и раздраженіе нижнимъ полюсомъ яйца окружности внутренняго зѣва и нижняго маточнаго сегмента.

Скажу еще нѣсколько словъ о лѣченіи при missed abortion. Большинство авторовъ—того мнѣнія, что, если нѣтъ кровотеченія и гнилостнаго разложенія яйца, то слѣдуетъ придерживаться выжидательнаго способа, т. е., ждать, пока яйцо само не выйдетъ изъ матки. *Ribemont-Dessaignes* и *Lepage* [13]) въ своемъ обширномъ руководствѣ по акушерству пишутъ по этому поводу слѣдующее: «Lorsqu'on constate la mort du foetus pendant la grossesse, il faut attendre son expulsion spontanée, et se bien garder de faire naître les contraction utérines par un moyen quelqonque. On se contente de rendre le vagin aseptique à l'aide d'injections vaginales tièdes faites deux ou trois fois par vingt-quatre heures». Я думаю, что этотъ взглядъ служитъ отголоскомъ до-противогнилостной эпохи, когда всякія дѣйствія въ полости матки были связаны съ опасностью для жизни. Въ самомъ дѣлѣ, дозволительно-ли въ настоящее время предоставлять женщинѣ ходить съ умершимъ плоднымъ яйцомъ, т. е., съ своего рода инороднымъ тѣломъ въ маткѣ, когда мы знакомы, съ одной стороны, съ злокачественной хоріоэпителіомой, заносами, новыми теоріями о разнесеніи ворсинъ и его послѣдствіями по *Veit*'у и синцитіальнымъ отравленіемъ *Behm*'а, а съ другой—съ тѣми недомоганіями, которыя вызываетъ мертвый плодъ, вѣроятно, путемъ всасыванія цитотоксиновъ. Изъ собранныхъ д-ромъ *Булатовымъ* 132 случаевъ задержки плода въ маткѣ въ 20, т. е., въ 15,15%, наступило гнилостное разложеніе плода, при чемъ въ 8 дѣло кончилось смертью (стр. 57). Мнѣ кажется своевременнымъ поставить такое положеніе относительно лѣченія при несовершившемся выкидышѣ: разъ доказано, что плодъ мертвъ и дальнѣйшее его развитіе пріостановилось, слѣдуетъ послѣ 4—6-недѣльнаго выжиданія, смотря по случаю, приступать къ активному вмѣшательству. Положеніе это особенно примѣнимо къ женщинамъ рабочаго класса, у которыхъ выжидательный способъ можетъ сопровождаться еще болѣе неблагопріятными послѣдствіями, чѣмъ у женщинъ матеріально обезпеченныхъ. То же относится и къ missed labour. Что касается оперативнаго способа удаленія плоднаго яйца изъ полости матки, то, помимо того, что въ подобныхъ случаяхъ трудно вызвать подготовительными пріемами энер-

гичныя сокращенія матки, я думаю, что впродолженіи первыхъ 3-хъ мѣсяцевъ беременности вообще слѣдуетъ производить выкидышъ ex tempore (расширеніе расширителями *Hegar*'а или другими, удаленіе плоднаго яйца пальцемъ, корнцангомъ и ложечкой). Въ нѣмецкихъ руководствахъ до сихъ поръ совѣтуютъ вызывать выкидышъ и подготовлять открытіе матки ламинаріями, расширителями *Hegar*'а, марлей, разрывомъ плоднаго пузыря (съ 3-го мѣсяца, по *Bumm*'у); затѣмъ, когда матка раскроется достаточно, удалять плодное яйцо естественнымъ или искусственнымъ путемъ. Этотъ способъ въ теченіи первыхъ 3 хъ мѣсяцевъ и излишенъ и небезопасенъ.

Въ текущемъ году я уступилъ, противъ своего убѣжденія, желанію одного товарища и мужа больной—тоже врача—произвести у нея искусственный выкидышъ въ виду верхушечнаго процесса (съ согласія терапевта) въ концѣ 3-го мѣсяца беременности медленнымъ способомъ (изъ боязни кровотеченія), т. е., постепеннымъ расширеніемъ матки расширителями *Hegar*'а и введеніемъ марли. На 3-й день, въ виду повышенія температуры, сдѣлано было со всѣми асептическими предосторожностями удаленіе плоднаго яйца пальцемъ и ложечкой, и, не смотря на это, больная погибла отъ гнилокровія, между тѣмъ какъ раньше, производя выкидыши въ силу извѣстныхъ показаній на томъже мѣсяцѣ беременности ex tempore, я не имѣлъ случаевъ не только ясно выраженнаго гнилокровія, но даже и повышенія температуры отъ всасыванія. Такое-же гладкое теченіе было и въ случаѣ missed abortion.

Смѣшное введеніе марли въ шейку за внутренній зѣвъ для расширенія матки, какъ подготовительный способъ, по *Hofmeier*'у, надо считать пріемомъ далеко небезопаснымъ во многихъ отношеніяхъ. Опасность особенно увеличивается, если при этомъ способѣ вдругъ повышается температура, такъ какъ тутъ имѣются въ наличности всѣ благопріятныя условія для развитія гнилостныхъ и гноеродныхъ микроорганизмовъ.

Источники: 1. *Булатовъ*. О задержкѣ мертваго плода въ полости матки. Диссертація изъ клиники проф. *А. М. Макѣева* въ Москвѣ, 1901 г., стр. 9.—2. *К. Ѳ. Славянскій*. On endometritis decidualis chronica as a cause of abortion. «Edinburgh Medical Journal», 1873 г.—3. *Merttens*. «Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie», т. 30, стр. 90. — 4. *Schäffer*. «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie», т. XIII. — 5. *И. Л. Кунигъ*. «Врачъ», 1897 г., № 24, стр. 681. — 6. *Madge*. «British Medical Journal», 1871 г.—7. *Fraenkel*. Ueber Placentarsyphilis. Breslau. 1873 г.—8. *Г. Э. Бонштедтъ*. Zur Frage über die Veränderungen der Nachgeburt nach dem Tode der Frucht. «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie». дополнительная тетр., 1903 г., т. XVII—9. *Strahl* u. *Henneberg*. Ueber Rückbildungserscheinungen am graviden Säugetieruterus. «Anatomischer Anzeiger», 1902, т. 20, стр. 28 и т. 21, стр. 644. — 10. *Hagmann*. Ueber abnorm lange Retention abgestorbener Früchte im Uterus—Missed labour. «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie», дополнит. тетр., 1903 г., т. XVII.—11. *Theilhaber*, *Meyer* u. *Lorentz*. «Archiv für Gynaekologie», 1903 г., т. 17, тетр. 2. — 12. *Курдиновскій*. Физіологическіе и фармакологическіе опыты на изолированной маткѣ. Петербургская диссертація, 1903 г.—*Онъ же*. Der Geburtsact, am isolirten Uterus beobachtet. «Archiv für Gynaekologie». т. 73, тетр. 2, 1904 г. — 13. *Ribemont-Dessaignes* et *Lepage*. Précis d'obstétrique.

CLXXXII. Скручиваніе прямой кишки, какъ способъ лѣченія ея выпаденія.

Ч. пр. Р. Р. Вредена.

(Сообщено на 4-мъ Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ).

Въ 1895 г. въ «Хирургической Лѣтописи» я описалъ случай выпаденія прямой кишки, для оперативнаго лѣченія котораго я впервые и съ полнымъ успѣхомъ примѣнилъ скручиваніе. За цѣлесообразность примѣненія такого способа лѣченія, мнѣ казалось, говорили, съ одной стороны, результаты, достигнутые *Gersuny* при подобномъ-же лѣченіи выпаденія мочеиспускательнаго канала у женщинъ, съ другой—анатомическія данныя, объясняющія механизмъ выпаденія прямой кишки. Нижній конецъ послѣдней прочно подвѣшенъ, какъ извѣстно, на мышцѣ, поднимающей задній проходъ, выше мѣста прикрѣпленія которой прямая кишка лишь болѣе или менѣе рыхло соединена съ окружающими частями. Заднепроходное отверстіе въ тоже время представляетъ плотное мышечное кольцо, которое въ моментъ испражненія надвигается подъемникомъ задняго прохода на встрѣчу прямой кишкѣ, оттѣсняемой брюшнымъ прессомъ и каловыми массами книзу. Отсюда понятно, что при наибольшемъ растяженіи наружнаго жома до величины поперечника расширенія прямой кишки и сильномъ потуживаніи всегда имѣются необходимыя условія для выворота или провѣшиванія крайне подвижныхъ стѣнокъ прямой кишки чрезъ узкій и острый край кольца растянутаго жома.

Эти соображенія и побудили меня предложить слѣдующій коренной способъ оперативнаго лѣченія выпаденія прямой кишки, при примѣненіи котораго одновременно и съуживается заднепроходное отверстіе и прочно закрѣпляется расположенная надъ нимъ кишечная стѣнка.

Операція производится слѣдующимъ образомъ. Заднепроходное отверстіе обводится круговымъ разрѣзомъ, приблизительно на 1 стм. отступя отъ пигментированнаго края кожи. Кожный вѣнчикъ отсепаровывается по направленію къ кишечной стѣнкѣ до обнаженія наружнаго жома, послѣ чего прямая кишка вмѣстѣ съ послѣднимъ высвобождается тупымъ путемъ изъ окружающей ее рыхлой клѣтчатки вмѣстѣ съ воронкой подъемника зада до верхней границы послѣдняго сзади и до верхней границы предстательной железы спереди. Отдѣленіе это удается очень легко и не сопровождается большимъ кровотеченіемъ, если строго придерживаться кишечной стѣнки и нижней поверхности подъемника зада. У женщинъ отдѣленіе передней стѣнки кишки гораздо труднѣе и доводится лишь до уровня верхней границы шейки матки. Освобожденная въ означенныхъ предѣлахъ прямая кишка захватывается по спайкѣ спереди и сзади за кожный вѣнчикъ *Mikeux*'евскими или *Kocher*'овскими щипцами, выпавшая часть заправляется, и затѣмъ прямая кишка поворачивается вокругъ своей оси отъ 180° до 270° съ такимъ разсчетомъ, чтобы наружное отверстіе задняго прохода съ трудомъ пропускало конецъ указательнаго пальца. При такомъ поворотѣ волокна подъемника зада спирально охватываютъ кишечную стѣнку по всей ея окружности и въ такомъ положеніи кишка укрѣпляется за кожный вѣнчикъ къ промежности нѣсколькими глубокими и многими поверхностными швами. Операція производится подъ общимъ наркозомъ послѣ предварительной тщательной очистки кишечника и съ послѣдующей задержкой испражненій пріемами опія въ теченіи недѣли. По истеченіи этого срока дается слабительное и удаляются поверхностные швы, глубокіе-же швы предпочтительно удалять на 9-ый или 10-ый день.

По такому способу я сдѣлалъ операцію до настоящаго времени 6 больнымъ—5 мужчинамъ и 1 женщинѣ. Первые 2 больныхъ оперированы мною въ Кіевѣ; ихъ я не могъ прослѣдить долѣе 2—3 мѣсяцевъ, при чемъ никакого намека на возвратъ не замѣчалось, хотя до операціи кишка выпадала на 7—8 стм. Изъ остальныхъ 1 оперированъ въ концѣ 1897 г., 1 въ февралѣ 1899 г, 1 въ мартѣ 1900 г. и 1 въ октябрѣ 1903 г.; всѣ они до сихъ поръ свободны отъ возврата. Давность заболѣванія въ приведенныхъ случаяхъ колебалась между 5 мѣс. и 7 годами, а длина выпадавшей части прямой кишки между 6 и 8 стм.

Принимая во вниманіе благопріятные результаты, достигнутые мною, я, не смотря на крайне ограниченное число случаевъ и кратковременность наблюденія (отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 3 лѣтъ), позволяю себѣ сообщить о нихъ въ надеждѣ, что предложенная мною rectotorsio, быть можетъ, заслужитъ вниманіе товарищей по простотѣ техники и основной идеѣ.

CLXXXIII. Изъ госпитальной терапевтической клиники проф. В. Н. Сиротинина въ В.-Медицинской Академіи.

2 случая первичнаго рака легкихъ.

К. З. Вилланена.

Первичный ракъ легкихъ—болѣзнь сравнительно рѣдкая. *Reinhard* на 8716 вскрытій нашелъ 547 случаевъ рака вообще, изъ которыхъ въ 5 случаяхъ былъ первичный ракъ легкаго, а въ 74 вторичный. По *Passler*'у, *Fuchs*'у и др. число найденныхъ первичныхъ раковъ легкаго со-

ставляетъ 0,17—0,65% общаго числа вскрытій, 1,6% общаго числа злокачественныхъ новообразованій и 1,83% общаго числа раковъ вообще. Этіологія этой болѣзни, какъ и вообще раковыхъ заболѣваній, до сихъ поръ неизвѣстна. Изъ предрасполагающихъ причинъ многіе указываютъ на трауму (*Löwenthal, Eichhorst, Dieulafoy*). Чаще первичнымъ ракомъ легкаго заболѣваютъ лица старше 40 лѣтъ, хотя *Grünwald* считаетъ его не очень рѣдкимъ и въ болѣе молодомъ возрастѣ. Мужчины, по видимому, болѣе предрасположены къ первичному раку легкихъ, чѣмъ женщины. Правое легкое по однимъ авторамъ (*Reinhard, Fuchs*) поражается чаще лѣваго, по другимъ (*Шоръ*)—этой разницы отмѣтить нельзя.

По общему типу строенія въ легкихъ встрѣчаются: мозговикъ (чаще всего), скирръ, альвеолярный и просто эпителіальный раки. Поражать легкое они могутъ 1) въ видѣ одной большей или меньшей опухоли, занимающей всю или большую часть доли (долевой ракъ *Dieulafoy*), 2) въ видѣ многочисленныхъ, отдѣльныхъ узловъ (просовидная форма), 3) въ видѣ сплошного раковаго пропитыванія и 4) въ видѣ сочетанія предыдущихъ формъ. Располагаться эти опухоли могутъ или ближе къ корню легкихъ, поражая большіе и средніе бронхи, или вдали отъ корня въ собственно-легочной паренхимѣ.

По гистологическому строенію элементовъ раковыхъ опухолей ихъ принято раздѣлять на цилиндроклѣточковый, плоскоклѣточковый, многогранный и истинный плоскоклѣточковый съ ороговѣніемъ (*Шоръ*). Гистологическое строеніе рака находится въ извѣстной зависимости отъ того или другого его происхожденія. Въ настоящее время всѣ авторы согласны въ томъ, что родоначальниками раковыхъ новообразованій могутъ быть только эпителіи и ихъ разновидности. Въ этомъ смыслѣ слѣдуетъ различать въ легкихъ покровный эпителій бронховъ, эпителій слизистыхъ железъ въ нихъ, альвеолярный эпителій, эндотелій лимфатическихъ сосудовъ и различные эпителіи, какъ продукты измѣненія нормальныхъ при различныхъ физіологическихъ и патологическихъ условіяхъ (метаплязія, Rückbildung, Pigmentdurchbruch и т. д.) (*Ribbert, K. Wolf, Domeny, Pässler, Шоръ*). Относительно того, изъ какого именно эпителія получается та или другая разновидность рака, до сихъ поръ не пришли къ окончательному соглашенію. Вопросъ этотъ могъ-бы быть рѣшенъ только тогда, если-бы во всѣхъ случаяхъ найдены были мѣста перехода нормальнаго эпителія въ патологическій. Такихъ открытій, однако, почти не было; поэтому всѣ авторы для доказательства въ своихъ случаяхъ гистогенеза новообразованія принимали во вниманіе другія соображенія. Чтобы доказать происхожденіе опухоли изъ покровнаго эпителія, указывали на преимущественное расположеніе рака въ слизистой оболочкѣ бронха, на отсутствіе разростаній въ легочныхъ альвеолахъ и слизистыхъ железахъ, на цилиндрическую форму клѣтокъ новообразованія. О происхожденіи раковъ изъ слизистыхъ железъ бронховъ судили по отсутствію разростаній въ другихъ мѣстахъ или руководились измѣненіями железистыхъ клѣтокъ, замѣщеніемъ ихъ клѣтками новообразованія и альвеолярнымъ строеніемъ рака. Форму клѣтокъ послѣдняго описывали, какъ цилиндрическую, плоскую и многогранную. Еще болѣе трудно распознаваніе происхожденія рака изъ легочныхъ ячеекъ. Нѣкоторые (*Pässler*) даже отрицаютъ вовсе такую возможность. По формѣ клѣтокъ описывали различныя гистологическія разновидности, хотя иные авторы плоско-клѣточковому раку придаютъ въ этомъ смыслѣ преимущественное значеніе. При обсужденіи этого рода происхожденія обыкновенно придерживались тѣхъ-же соображеній, какія указаны были выше, а именно: отсутствіе разростаній въ покровномъ эпителіи и эпителіи слизистыхъ железъ, сходство клѣтокъ опухоли съ клѣтками альвеолярнаго эпителія, а также принимали во вниманіе имѣвшуюся пролиферацію послѣдняго и измѣненіе его изъ плоскаго однослойнаго въ дву- или многослойный съ кубическими и даже цилиндрическими клѣтками, вмѣсто нормальнаго плоскаго.

Изъ первичнаго очага ракъ легкихъ можетъ распространяться по лимфатическимъ сосудамъ или по предсуществующимъ полостямъ (просвѣтъ бронховъ). *Birch-Hirschfeld* и *Stilling* указываютъ на большое значеніе бронхіальныхъ путей въ дѣлѣ распространенія рака, а *Eichhorst* въ своемъ учебникѣ говоритъ, что новообразованіе изъ мѣста своего начальнаго развитія проникаетъ далѣе «по стѣнкѣ бронховъ, по надбронхіальной ткани или, наконецъ, вдоль наружной оболочки сосудовъ». На другіе органы ракъ легкихъ распространяется или per continuitatem, или путемъ переносовъ, вовлекая ихъ въ страданіе и усложняя картину болѣзни. По частотѣ встрѣчающихся переносовъ другіе органы можно поставить въ слѣдующемъ нисходящемъ порядкѣ: бронхіальныя железы (въ 99%), печень, плейра, околосердечная сумка, почки, сердце, надпочечники, селезенка, позвоночникъ, головной мозгъ, щитовидная железа, твердая мозговая оболочка, грудобрюшная преграда, забрюшинныя и брыжеечныя железы. Въ остальныхъ органахъ переносы очень рѣдки.

Симптоматологія. Припадки и клиническія явленія при первичномъ ракѣ легкаго такъ разнообразны и измѣнчивы, что весьма трудно дать общую схему этого заболѣванія. Разнообразіе припадковъ зависитъ отъ величины опухоли, характера ея, мѣстоположенія, степени пораженія легочной ткани, различныхъ осложненій и т. д. Изъ обычныхъ жалобъ больныхъ я остановлюсь только на значеніи кашля, одышки и болей въ груди, какъ на болѣе постоянныхъ явленіяхъ при ракѣ легкихъ.

Кашель—сухой или съ мокротой—бываетъ при этой болѣзни большею частью. Степень силы его различна; наиболѣе характернымъ считаютъ мучительный, иногда судорожный, коклюшеобразный кашель. Онъ можетъ зависѣть отъ одновременнаго раздраженія плейры (*Passon*) или отъ раздраженія нервовъ слизистой оболочки гортани и бронховъ (*Handford* и др.). Одышка сама по себѣ не представляетъ чего-либо характернаго, такъ какъ можетъ быть и при разныхъ другихъ заболѣваніяхъ. Нѣкоторые описываютъ въ случаяхъ рака легкаго особую, сильную, непрерывную или въ видѣ астматическихъ приступовъ, пароксизмальную одышку, сопровождающуюся иногда стерторознымъ (coruage французскихъ авторовъ) дыханіемъ, что можетъ зависѣть отъ сдавленія бронховъ и дыхательнаго горла, прижатія блуждающаго нерва, n. phrenici и т. д.

Въ пораженной сторонѣ большею частью бываютъ боли, но ихъ можетъ и не быть. Онѣ могутъ зависѣть отъ одновременнаго пораженія плейры или межреберныхъ нервовъ. Боль иногда распространяется въ область плечевыхъ, шейныхъ, межреберныхъ нервовъ, вызывая даже т. наз. herpes zoster. *Pässler* и *Fraenkel* считаютъ, наоборотъ, боли весьма рѣдкими при ракѣ легкихъ, а большее значеніе придаютъ особому чувству давленія, стѣсненія (Spannungsgefühl).

Изъ общихъ объективныхъ данныхъ, наблюдаемыхъ у больныхъ ракомъ легкаго, укажу на встрѣчающееся иногда худосочіе, на темноватую окраску кожи, синюху, выпячиваніе или втягиваніе пораженной стороны груди, явленія сдавленія глубокихъ венныхъ стволовъ: расширеніе поверхностныхъ венъ, отеки соотвѣтственной части тѣла, увеличеніе подкожныхъ лимфатическихъ железъ. Всѣ эти признаки, хотя и не постоянны, но во многихъ случаяхъ могутъ имѣть патогностическое значеніе.

Типичное раковое худосочіе съ темноватой окраской кожи или безъ нея бываетъ далеко не всегда. Часто больной погибаетъ раньше, чѣмъ она успѣетъ развиться. Въ другихъ случаяхъ худосочіе развивается рано, когда не имѣется еще никакихъ другихъ признаковъ пораженія легкихъ или другихъ какихъ-либо органовъ. Въ такихъ случаяхъ даже при малѣйшихъ объективныхъ данныхъ со стороны легкихъ нужно отнестись къ нимъ весьма серьезно.

Синюха имѣетъ значеніе при другихъ припадкахъ, такъ какъ сама по себѣ на специфическое страданіе легкихъ указывать не можетъ.

Явленія сдавленія глубокихъ венныхъ стволовъ (чаще верхней полой) могутъ имѣть патогностическое значеніе, указывая на глубокія пораженія въ грудной полости. Выражаются эти явленія отечностью кожи на пораженной сторонѣ гру-

ди набуханіемъ, даже образованіемъ новыхъ венныхъ сѣтей подъ кожей для установленія окольнаго кровообращенія, что бываетъ и при другихъ болѣзняхъ (при опухоляхъ въ средостѣніи, тромбозѣ нижней полой или воротной венъ, циррозѣ печени). Какъ при опухоляхъ въ средостѣніи и здѣсь отеки и поверхностныя вены впослѣдствіи могутъ вполнѣ или отчасти вернуться къ нормѣ, если часть работы или всю ее примутъ, вмѣсто верхней полой вены—vv. azygos, hemiazygos и др., лежащія въ глубинѣ. Наличность увеличенныхъ, весьма плотныхъ лимфатическихъ железъ подъ кожей на шеѣ, надъ и подъ ключицей, въ подмышковой впадинѣ, въ боковой части груди также составляетъ важный признакъ для новообразованія въ грудной полости. Чаще онѣ бываютъ при ракѣ легкихъ и плейры, хотя, по *Pässler*'у, отсутствіе ихъ не исключаетъ возможности существованія легочнаго рака.

Переносныя опухоли въ подкожной клѣтчаткѣ или въ поверхностныхъ мышцахъ скелета имѣютъ большее значеніе для распознаванія, но онѣ встрѣчаются крайне рѣдко (*Handford*, *Japha*, *Pässler*). Выпячиваніе пораженной части груди при другихъ признакахъ можетъ указывать на опухоль въ легкомъ. При осложненіи со стороны плейры въ видѣ сухого плейрита вслѣдствіе сморщиванія ея можетъ появиться также выпячиваніе или западеніе соотвѣтственной стороны. Это «rétrécissement thoracique» по *Fraenkel*'ю можетъ даже имѣть нѣкоторое патогностическое значеніе.

Объективныя данныя со стороны легкихъ въ видѣ притупленія, бронхіальнаго дыханія, бронхофоніи, ослабленія или усиленія дыхательныхъ шумовъ и голосового дрожанія, хриповъ различнаго характера и т. п. имѣютъ значеніе, какъ признаки анатомическихъ измѣненій въ легочной ткани, и служатъ важными припадками для опредѣленія мѣста страданія. Ничего типичнаго, однако, въ смыслѣ характера заболѣванія они не даютъ, являясь признаками общими для бронхитовъ, различныхъ уплотненій легкихъ, пнеймоній, бугорчатки и т. д. Наиболѣе характерны встрѣчающаяся иногда значительная обширность тупого звука, неправильныя, подчасъ причудливыя очертанія тупости, особая «каменистая» твердость или сопротивленіе, ощущаемое при выстукиваніи (*Eichhorst*). *Curschmann* указываетъ еще на болѣе отчетливую передачу сердечныхъ тоновъ на спину черезъ плотную опухоль. Дыхательный шумъ въ области новообразованія иногда замѣняется стридулезными шумами или стенотическимъ дыханіемъ при съуженіи и полною потерею шума при закрытіи просвѣта бронха. Если припомнить, что при наличности рака въ легкихъ возможны различные другіе воспалительные процессы, а также деструктивныя явленія какъ въ легочной ткани, такъ и въ узлахъ новообразованія, то будетъ понятно, какъ можетъ быть разнообразна клиническая картина болѣзни.

Глубокосидящіе раки легкихъ вызываютъ по *Pässler*'у въ пораженномъ органѣ цѣлый рядъ состояній, клиническія явленія которыхъ смѣшиваются съ припадками, свойственными цѣлому ряду болѣзненныхъ явленій, начиная отъ самыхъ легкихъ воспалительныхъ процессовъ и кончая тяжелыми деструктивными пораженіями. Такіе раки большею частью даютъ признаки бугорчатки, пнеймоніи и т. д Опухоль-же, ростущая недалеко отъ воротъ легкаго у большихъ бронховъ, можетъ вызвать въ клинической картинѣ сходство съ опухолями средостѣнія. Изъ всѣхъ объективныхъ данныхъ наибольшее значеніе можно придать выдѣляемой мокротѣ только тогда, когда она содержитъ клѣтки новообразованія. Вообще-же она можетъ быть слизистая, слизисто-гнойная, гнойная, можетъ содержать примѣсь крови или не содержать ея. Въ такомъ видѣ она, конечно, ничего типичнаго не представляетъ. Количество мокроты бываетъ различное. Микроскопически, смотря по характеру и степени пораженія легочной ткани, въ ней можно найти жирно-перерожденный альвеолярный эпителій, эпителій бронховъ и полости рта, гнойные элементы, красныя и бѣлыя тѣльца крови, кристаллы гематоидина, аморфный кровяной или легочный пигментъ, упругія волокна, различные микроорганизмы. Многіе авторы описываютъ при ракѣ легкихъ особую мокроту въ видѣ «малиноваго желе»; однако по наблюденіямъ другихъ такая мокрота при ракѣ легкихъ встрѣчается сравнительно рѣдко и, кромѣ того, можетъ быть при бугорчаткѣ и другихъ болѣзняхъ легкихъ. Въ отличіе отъ мокроты при бугорчаткѣ мокрота при ракѣ легкихъ не комковатая, но вязкая, слизистая, плотно прилипаетъ къ стѣнкамъ сосуда, подобно мокротѣ пнеймонической. Только присутствіе специфическихъ раковыхъ элементовъ въ мокротѣ, какъ это описано въ случаяхъ *Ribbert*'а, *Claisse*'а, *Gravitz*'а и др., можетъ имѣть безусловное распознавательное значеніе. Однако, это бываетъ рѣдко, да и сами элементы въ мокротѣ могутъ быть такъ измѣнены, что ихъ подчасъ трудно признать таковыми. Бывающія иногда при ракѣ легкихъ кровохарканія или даже гэморрагіи не могутъ имѣть какого-либо значенія и зависятъ отъ пораженія стѣнокъ легочныхъ сосудовъ.

Изъ различныхъ явленій пораженія сосѣднихъ органовъ упомяну о пораженіи лимфатическихъ бронхіальныхъ железъ, о затрудненіи глотанія отъ сдавливанія пищевода, нейральгическихъ боляхъ, судорогахъ, парезахъ отъ давленія на плечевое сплетеніе, дисфоніи, охриплости, судорогахъ голосовой щели отъ сдавленія или пораженія возвратнаго нерва. Изъ другихъ осложненій наибольшее значеніе имѣетъ плейритъ, имѣющій при ракѣ легкихъ большею частью гэморрагическій характеръ. Наличность гэморрагическаго плейрита, по мнѣнію *Hermann*'а и др., говоритъ за ракъ, такъ какъ при этомъ чаще всего на листкахъ плейры образуются легко кровоточащія наслоенія. Плейритъ бываетъ обыкновенно односторонній, выпотной или сухой. Количество жидкости въ разныхъ случаяхъ различно; въ ней содержатся красныя кровяныя тѣльца, иногда эндотеліальные элементы въ различныхъ стадіяхъ набуханія и перерожденія, бѣлые шарики, фибринъ, кристаллы гематоидина и т. д. Наличность въ плейритическомъ выпотѣ раковыхъ элементовъ имѣетъ такое-же значеніе, какъ и въ мокротѣ, если форма ихъ еще доступна распознаванію, не смотря на имѣющіяся измѣненія (*Pässler*, *Hampeln*, *Fraenkel*, *Голубининъ* и др.). Если послѣ выпусканія гэморрагическаго выпота боли, одышка и кашель не облегчаются, то, принимая въ соображеніе другія данныя, можно подозрѣвать ракъ въ легкомъ (*Dieulafoy*, *Strümpell* и др.). Сухой плейритъ можетъ повести къ упомянутому выше «rétrécissement thoracique».

Изъ вышесказаннаго ясно, какія трудности можетъ представить при первичномъ ракѣ легкаго распознаваніе. При постановкѣ послѣдняго надо принимать во вниманіе совокупность всѣхъ имѣющихся признаковъ. При отличительномъ распознаваніи необходимо исключить первичное заболѣваніе сосѣднихъ органовъ (плейры) и вообще существованіе какихъ-либо другихъ опухолевидныхъ заболѣваній въ грудной полости (опухоли средостѣнія, анейризма аорты). Установивъ страданіе легкихъ, приходится далѣе исключать различныя болѣзни самихъ легкихъ: весьма рѣдкія доброкачественныя опухоли и саркому, бугорчатку, омертвѣніе, эхинококкъ, лучистый грибокъ и т. д. Послѣ этихъ общихъ соображеній, указывающихъ на трудность распознаванія даже въ чистыхъ случаяхъ рака легкаго понятно, что въ случаяхъ, осложненныхъ другими заболѣваніями, можно встрѣтиться съ еще бо̀льшими затрудненіями. Изъ нижеописываемыхъ 2-хъ случаевъ въ одномъ распознаванія сдѣлано не было, другой-же былъ распознанъ.

1. М. Н., 46 л., рабочій съ порохового завода, токарь по металлу, поступилъ въ клинику 29/XI съ жалобами на одышку, сердцебіенія и отеки ногъ, державшіеся съ временными, иногда значительными, улучшеніями въ теченіи 10 лѣтъ.

Общее значительное исхуданіе. Расширеніе шейныхъ венъ и узловатость ихъ. Значительные отеки ногъ. Жидкость въ полости живота, въ незначительномъ количествѣ. Пульсъ неправильный, аритмичный, неровный, малаго наполненія съ перебоями; число сосчитываемыхъ ударовъ 70—80 въ минуту при 110 сердечныхъ сокращеніяхъ. Размѣры сердечнаго заглушенія увеличены (верхняя граница сердечной тупости съ 3-го ребра, правая—по правой грудинной линіи, лѣвая на 1½ пальца кнаружи отъ соска). При выслушиваніи у верхушки пресистолическій шумъ, громкій 1-ый тонъ, сопровождающійся шумкомъ, и 2-ой чистый тонъ. Дѣятельность сердца безпорядочная. Грудная клѣтка расширялась при дыханіи незначительно, при чемъ лѣвая сто-

ставляетъ 0,17—0,65% общаго числа вскрытій, 1,6% общаго числа злокачественныхъ новообразованій и 1,83% общаго числа раковъ вообще. Этіологія этой болѣзни, какъ и вообще раковыхъ заболѣваній, до сихъ поръ неизвѣстна. Изъ предрасполагающихъ причинъ многіе указываютъ на трауму (*Löwenthal, Eichhorst, Dieulafoy*). Чаще первичнымъ ракомъ легкаго заболѣваютъ лица старше 40 лѣтъ, хотя *Grünwald* считаетъ его не очень рѣдкимъ и въ болѣе молодомъ возрастѣ. Мужчины, по видимому, болѣе предрасположены къ первичному раку легкихъ, чѣмъ женщины. Правое легкое по однимъ авторамъ (*Reinhard, Fuchs*) поражается чаще лѣваго, по другимъ (*Шоръ*)—этой разницы отмѣтить нельзя.

По общему типу строенія въ легкихъ встрѣчаются: мозговикъ (чаще всего), скирръ, альвеолярный и просто эпителіальный раки. Поражать легкое они могутъ 1) въ видѣ одной большей или меньшей опухоли, занимающей всю или большую часть доли (долевой ракъ *Dieulafoy*), 2) въ видѣ многочисленныхъ, отдѣльныхъ узловъ (просовидная форма), 3) въ видѣ сплошного раковаго пропитыванія и 4) въ видѣ сочетанія предыдущихъ формъ. Располагаться эти опухоли могутъ или ближе къ корню легкихъ, поражая большіе и средніе бронхи, или вдали отъ корня въ собственно-легочной паренхимѣ.

По гистологическому строенію элементовъ раковыхъ опухолей ихъ принято раздѣлять на цилиндроклѣточковый, плоскоклѣточковый, многогранный и истинный плоскоклѣточковый съ ороговѣніемъ (*Шоръ*). Гистологическое строеніе рака находится въ извѣстной зависимости отъ того или другого его происхожденія. Въ настоящее время всѣ авторы согласны въ томъ, что родоначальниками раковыхъ новообразованій могутъ быть только эпителіи и ихъ разновидности. Въ этомъ смыслѣ слѣдуетъ различать въ легкихъ покровный эпителій бронховъ, эпителій слизистыхъ железъ въ нихъ, альвеолярный эпителій, эндотелій лимфатическихъ сосудовъ и различные эпителіи, какъ продукты измѣненія нормальныхъ при различныхъ физіологическихъ и патологическихъ условіяхъ (метаплязія, Rückbildung, Pigmentdurchbruch и т. д.) (*Ribbert, K. Wolf, Domeny, Pässler, Шоръ*). Относительно того, изъ какого именно эпителія получается та или другая разновидность рака, до сихъ поръ не пришли къ окончательному соглашенію. Вопросъ этотъ могъ-бы быть рѣшенъ только тогда, если-бы во всѣхъ случаяхъ найдены были мѣста перехода нормальнаго эпителія въ патологическій. Такихъ открытій, однако, почти не было; поэтому всѣ авторы для доказательства въ своихъ случаяхъ гистогенеза новообразованія принимали во вниманіе другія соображенія. Чтобы доказать происхожденіе опухоли изъ покровнаго эпителія, указывали на преимущественное расположеніе рака въ слизистой оболочкѣ бронха, на отсутствіе разростаній въ легочныхъ альвеолахъ и слизистыхъ железахъ, на цилиндрическую форму клѣтокъ новообразованія. О происхожденіи раковъ изъ слизистыхъ железъ бронховъ судили по отсутствію разростаній въ другихъ мѣстахъ или руководились измѣненіями железистыхъ клѣтокъ, замѣщеніемъ ихъ клѣтками новообразованія и альвеолярнымъ строеніемъ рака. Форму клѣтокъ послѣдняго описывали, какъ цилиндрическую, плоскую и многогранную. Еще болѣе трудно распознаваніе происхожденія рака изъ легочныхъ ячеекъ. Нѣкоторые (*Pässler*) даже отрицаютъ вовсе такую возможность. По формѣ клѣтокъ описывали различныя гистологическія разновидности, хотя иные авторы плоско-клѣточковому раку придаютъ въ этомъ смыслѣ преимущественное значеніе. При обсужденіи этого рода происхожденія обыкновенно придерживались тѣхъ-же соображеній, какія указаны были выше, а именно: отсутствіе разростаній въ покровномъ эпителіи и эпителіи слизистыхъ железъ, сходство клѣтокъ опухоли съ клѣтками альвеолярнаго эпителія, а также принимали во вниманіе имѣвшуюся пролиферацію послѣдняго и измѣненіе его изъ плоскаго однослойнаго въ дву- или многослойный съ кубическими и даже цилиндрическими клѣтками, вмѣсто нормальнаго плоскаго.

Изъ первичнаго очага ракъ легкихъ можетъ распространяться по лимфатическимъ сосудамъ или по предсуществующимъ полостямъ (просвѣтъ бронховъ). *Birch-Hirschfeld* и *Stilling* указываютъ на большое значеніе бронхіальныхъ путей въ дѣлѣ распространенія рака, а *Eichhorst* въ своемъ учебникѣ говоритъ, что новообразованіе изъ мѣста своего начальнаго развитія проникаетъ далѣе «по стѣнкѣ бронховъ, по надбронхіальной ткани или, наконецъ, вдоль наружной оболочки сосудовъ». На другіе органы ракъ легкихъ распространяется или per continuitatem, или путемъ переносовъ, вовлекая ихъ въ страданіе и усложняя картину болѣзни. По частотѣ встрѣчающихся переносовъ другіе органы можно поставить въ слѣдующемъ нисходящемъ порядкѣ: бронхіальныя железы (въ 99%), печень, плейра, околосердечная сумка, почки, сердце, надпочечники, селезенка, позвоночникъ, головной мозгъ, щитовидная железа, твердая мозговая оболочка, грудобрюшная преграда, забрюшинныя и брыжеечныя железы. Въ остальныхъ органахъ переносы очень рѣдки.

Симптоматологія. Припадки и клиническія явленія при первичномъ ракѣ легкаго такъ разнообразны и измѣнчивы, что весьма трудно дать общую схему этого заболѣванія. Разнообразіе припадковъ зависитъ отъ величины опухоли, характера ея, мѣстоположенія, степени пораженія легочной ткани, различныхъ осложненій и т. д. Изъ обычныхъ жалобъ больныхъ я остановлюсь только на значеніи кашля, одышки и болей въ груди, какъ на болѣе постоянныхъ явленіяхъ при ракѣ легкихъ.

Кашель—сухой или съ мокротой—бываетъ при этой болѣзни большею частью. Степень силы его различна; наиболѣе характернымъ считаютъ мучительный, иногда судорожный, коклюшеобразный кашель. Онъ можетъ зависѣть отъ одновременнаго раздраженія плейры (*Passon*) или отъ раздраженія нервовъ слизистой оболочки гортани и бронховъ (*Handford* и др.). Одышка сама по себѣ не представляетъ чего-либо характернаго, такъ какъ можетъ быть и при разныхъ другихъ заболѣваніяхъ. Нѣкоторые описываютъ въ случаяхъ рака легкаго особую, сильную, непрерывную или въ видѣ астматическихъ приступовъ, пароксизмальную одышку, сопровождающуюся иногда стерторознымъ (coruage французскихъ авторовъ) дыханіемъ, что можетъ зависѣть отъ сдавленія бронховъ и дыхательнаго горла, прижатія блуждающаго нерва, n. phrenici и т. д.

Въ пораженной сторонѣ большею частью бываютъ боли, но ихъ можетъ и не быть. Онѣ могутъ зависѣть отъ одновременнаго пораженія плейры или межреберныхъ нервовъ. Боль иногда распространяется въ область плечевыхъ, шейныхъ, межреберныхъ нервовъ, вызывая даже т. наз. herpes zoster. *Pässler* и *Fraenkel* считаютъ, наоборотъ, боли весьма рѣдкими при ракѣ легкихъ, а большее значеніе придаютъ особому чувству давленія, стѣсненія (Spannungsgefühl).

Изъ общихъ объективныхъ данныхъ, наблюдаемыхъ у больныхъ ракомъ легкаго, укажу на встрѣчающееся иногда худосочіе, на темноватую окраску кожи, синюху, выпячиваніе или втягиваніе пораженной стороны груди, явленія сдавленія глубокихъ венныхъ стволовъ: расширеніе поверхностныхъ венъ, отеки соотвѣтственной части тѣла, увеличеніе подкожныхъ лимфатическихъ железъ. Всѣ эти признаки, хотя и не постоянны, но во многихъ случаяхъ могутъ имѣть патогностическое значеніе.

Типичное раковое худосочіе съ темноватой окраской кожи или безъ нея бываетъ далеко не всегда. Часто больной погибаетъ раньше, чѣмъ она успѣетъ развиться. Въ другихъ случаяхъ худосочіе развивается рано, когда не имѣется еще никакихъ другихъ признаковъ пораженія легкихъ или другихъ какихъ-либо органовъ. Въ такихъ случаяхъ даже при малѣйшихъ объективныхъ данныхъ со стороны легкихъ нужно отнестись къ нимъ весьма серьезно.

Синюха имѣетъ значеніе при другихъ припадкахъ, такъ какъ сама по себѣ на специфическое страданіе легкихъ указывать не можетъ.

Явленія сдавленія глубокихъ венныхъ стволовъ (чаще верхней полой) могутъ имѣть патогностическое значеніе, указывая на глубокія пораженія въ грудной полости. Выражаются эти явленія отечностью кожи на пораженной сторонѣ гр

ди набуханіемъ, даже образованіемъ новыхъ венныхъ сѣтей подъ кожей для установленія окольнаго кровообращенія, что бываетъ и при другихъ болѣзняхъ (при опухоляхъ въ средостѣніи, тромбозѣ нижней полой или воротной венъ, циррозѣ печени). Какъ при опухоляхъ въ средостѣніи и здѣсь отеки и поверхностныя вены впослѣдствіи могутъ вполнѣ или отчасти вернуться къ нормѣ, если часть работы или всю ее примутъ, вмѣсто верхней полой вены—vv. azygos, hemiazygos и др., лежащія въ глубинѣ. Наличность увеличенныхъ, весьма плотныхъ лимфатическихъ железъ подъ кожей на шеѣ, надъ и подъ ключицей, въ подмышковой впадинѣ, въ боковой части груди также составляетъ важный признакъ для новообразованія въ грудной полости. Чаще онѣ бываютъ при ракѣ легкихъ и плейры, хотя, по *Pässler*'у, отсутствіе ихъ не исключаетъ возможности существованія легочнаго рака.

Переносныя опухоли въ подкожной клѣтчаткѣ или въ поверхностныхъ мышцахъ скелета имѣютъ большее значеніе для распознаванія, но онѣ встрѣчаются крайне рѣдко (*Handford*, *Japha*, *Pässler*). Выпячиваніе пораженной части груди при другихъ признакахъ можетъ указывать на опухоль въ легкомъ. При осложненіи со стороны плейры въ видѣ сухого плейрита вслѣдствіе сморщиванія ея можетъ появиться также выпячиваніе или западеніе соотвѣтственной стороны. Это «rétrécissement thoracique» по *Fraenkel*'ю можетъ даже имѣть нѣкоторое патогностическое значеніе.

Объективныя данныя со стороны легкихъ въ видѣ притупленія, бронхіальнаго дыханія, бронхофоніи, ослабленія или усиленія дыхательныхъ шумовъ и голосового дрожанія, хриповъ различнаго характера и т. п. имѣютъ значеніе, какъ признаки анатомическихъ измѣненій въ легочной ткани, и служатъ важными припадками для опредѣленія мѣста страданія. Ничего типичнаго, однако, въ смыслѣ характера заболѣванія они не даютъ, являясь признаками общими для бронхитовъ, различныхъ уплотненій легкихъ, пнеймоній, бугорчатки и т. д. Наиболѣе характерны встрѣчающаяся иногда значительная обширность тупого звука, неправильныя, подчасъ причудливыя очертанія тупости, особая «каменистая» твердость или сопротивленіе, ощущаемое при выстукиваніи (*Eichhorst*). *Curschmann* указываетъ еще на болѣе отчетливую передачу сердечныхъ тоновъ на спину черезъ плотную опухоль. Дыхательный шумъ въ области новообразованія иногда замѣняется стридулезными шумами или стенотическимъ дыханіемъ при съуженіи и полною потерею шума при закрытіи просвѣта бронха. Если припомнить, что при наличности рака въ легкихъ возможны различные другіе воспалительные процессы, а также деструктивныя явленія какъ въ легочной ткани, такъ и въ узлахъ новообразованія, то будетъ понятно, какъ можетъ быть разнообразна клиническая картина болѣзни.

Глубокосидящіе раки легкихъ вызываютъ по *Pässler*'у въ пораженномъ органѣ цѣлый рядъ состояній, клиническія явленія которыхъ смѣшиваются съ припадками, свойственными цѣлому ряду болѣзненныхъ явленій, начиная отъ самыхъ легкихъ воспалительныхъ процессовъ и кончая тяжелыми деструктивными пораженіями. Такіе раки большею частью даютъ признаки бугорчатки, пнеймоніи и т. д Опухоль-же, ростущая недалеко отъ воротъ легкаго у большихъ бронховъ, можетъ вызвать въ клинической картинѣ сходство съ опухолями средостѣнія. Изъ всѣхъ объективныхъ данныхъ наибольшее значеніе можно придать выдѣляемой мокротѣ только тогда, когда она содержитъ клѣтки новообразованія. Вообще-же она можетъ быть слизистая, слизисто-гнойная, гнойная, можетъ содержать примѣсь крови или не содержать ея. Въ такомъ видѣ она, конечно, ничего типичнаго не представляетъ. Количество мокроты бываетъ различное. Микроскопически, смотря по характеру и степени пораженія легочной ткани, въ ней можно найти жирно-перерожденный альвеолярный эпителій, эпителій бронховъ и полости рта, гнойные элементы, красныя и бѣлыя тѣльца крови, кристаллы гематоидина, аморфный кровяной или легочный пигментъ, упругія волокна, различные микроорганизмы. Многіе авторы описываютъ при ракѣ легкихъ особую мокроту въ видѣ «малиноваго желе»; однако по наблюденіямъ другихъ такая мокрота при ракѣ легкихъ встрѣчается сравнительно рѣдко и, кромѣ того, можетъ быть при бугорчаткѣ и другихъ болѣзняхъ легкихъ. Въ отличіе отъ мокроты при бугорчаткѣ мокрота при ракѣ легкихъ не комковатая, но вязкая, слизистая, плотно прилипаетъ къ стѣнкамъ сосуда, подобно мокротѣ пнеймонической. Только присутствіе специфическихъ раковыхъ элементовъ въ мокротѣ, какъ это описано въ случаяхъ *Ribbert*'а, *Claisse*'а, *Gravitz*'а и др., можетъ имѣть безусловное распознавательное значеніе. Однако, это бываетъ рѣдко, да и сами элементы въ мокротѣ могутъ быть такъ измѣнены, что ихъ подчасъ трудно признать таковыми. Бывающія иногда при ракѣ легкихъ кровохарканія или даже гэморрагіи не могутъ имѣть какого-либо значенія и зависятъ отъ пораженія стѣнокъ легочныхъ сосудовъ.

Изъ различныхъ явленій пораженія сосѣднихъ органовъ упомяну о пораженіи лимфатическихъ бронхіальныхъ железъ, о затрудненіи глотанія отъ сдавливанія пищевода, нейральгическихъ боляхъ, судорогахъ, парезахъ отъ давленія на плечевое сплетеніе, дисфоніи, охриплости, судорогахъ голосовой щели отъ сдавленія или пораженія возвратнаго нерва. Изъ другихъ осложненій наибольшее значеніе имѣетъ плейритъ, имѣющій при ракѣ легкихъ большею частью гэморрагическій характеръ. Наличность гэморрагическаго плейрита, по мнѣнію *Hermann*'а и др., говоритъ за ракъ, такъ какъ при этомъ чаще всего на листкахъ плейры образуются легко кровоточащія наслоенія. Плейритъ бываетъ обыкновенно односторонній, выпотной или сухой. Количество жидкости въ разныхъ случаяхъ различно; въ ней содержатся красныя кровяныя тѣльца, иногда эндотеліальные элементы въ различныхъ стадіяхъ набуханія и перерожденія, бѣлые шарики, фибринъ, кристаллы гематоидина и т. д. Наличность въ плейритическомъ выпотѣ раковыхъ элементовъ имѣетъ такое-же значеніе, какъ и въ мокротѣ, если форма ихъ еще доступна распознаванію, не смотря на имѣющіяся измѣненія (*Pässler*, *Hampeln*, *Fraenkel*, *Голубининъ* и др.). Если послѣ выпусканія гэморрагическаго выпота боли, одышка и кашель не облегчаются, то, принимая въ соображеніе другія данныя, можно подозрѣвать ракъ въ легкомъ (*Dieulafoy*, *Strümpell* и др.). Сухой плейритъ можетъ повести къ упомянутому выше «rétrécissement thoracique».

Изъ вышесказаннаго ясно, какія трудности можетъ представить при первичномъ ракѣ легкаго распознаваніе. При постановкѣ послѣдняго надо принимать во вниманіе совокупность всѣхъ имѣющихся признаковъ. При отличительномъ распознаваніи необходимо исключить первичное заболѣваніе сосѣднихъ органовъ (плейры) и вообще существованіе какихъ-либо другихъ опухолевидныхъ заболѣваній въ грудной полости (опухоли средостѣнія, анейризма аорты). Установивъ страданіе легкихъ, приходится далѣе исключать различныя болѣзни самихъ легкихъ: весьма рѣдкія доброкачественныя опухоли и саркому, бугорчатку, омертвѣніе, эхинококкъ, лучистый грибокъ и т. д. Послѣ этихъ общихъ соображеній, указывающихъ на трудность распознаванія даже въ чистыхъ случаяхъ рака легкаго понятно, что въ случаяхъ, осложненныхъ другими заболѣваніями, можно встрѣтиться съ еще бо̀льшими затрудненіями. Изъ нижеописываемыхъ 2-хъ случаевъ въ одномъ распознаванія сдѣлано не было, другой-же былъ распознанъ.

1. М. Н., 46 л., рабочій съ порохового завода, токарь по металлу, поступилъ въ клинику 29/XI съ жалобами на одышку, сердцебіенія и отеки ногъ, державшіеся съ временными, иногда значительными, улучшеніями въ теченіи 10 лѣтъ.

Общее значительное исхуданіе. Расширеніе шейныхъ венъ и узловатость ихъ. Значительные отеки ногъ. Жидкость въ полости живота, въ незначительномъ количествѣ. Пульсъ неправильный, аритмичный, неровный, малаго наполненія съ перебоями; число сосчитываемыхъ ударовъ 70—80 въ минуту при 110 сердечныхъ сокращеніяхъ. Размѣры сердечнаго заглушенія увеличены (верхняя граница сердечной тупости съ 3-го ребра, правая—по правой грудинной линіи, лѣвая на 1½ пальца кнаружи отъ соска). При выслушиваніи у верхушки пресистолическій шумъ, громкій 1-ый тонъ, сопровождающійся шумкомъ, и 2-ой чистый тонъ. Дѣятельность сердца безпорядочная. Грудная клѣтка расширялась при дыханіи незначительно, при чемъ лѣвая сто-

рона нѣсколько отставала отъ правой, подвижность легочныхъ краевъ очень ограничена; въ правой сторонѣ груди временами выслушивались шумы тренія плейры. Печень значительно увеличена (выступала изъ-подъ края реберъ на 3 пальца), дов. плотная, гладкая, болѣзненная при ощупываніи. Со стороны другихъ органовъ отмѣтить измѣненій не удавалось.

За 3 недѣли пребыванія больного въ клиникѣ разстройства уравновѣшенія сердечной дѣятельности почти совершенно исчезли; она стала правильной, размѣры сердца значительно сократились (лѣвая граница—по сосковой линіи, правая—на $^1/_2$ пальца вправо отъ лѣвой грудинной, верхняя — съ 3-го межреберья), пресистолическій шумъ слышенъ былъ рѣдко. Больной сталъ чувствовать себя вполнѣ удовлетворительно, но съ 18/хп началъ жаловаться на появленіе болевыхъ ощущеній въ груди. Боли онъ чувствовалъ за грудиной нѣсколько влѣво; онѣ имѣли колющій характеръ и были постоянны; при дыханіи не усиливались. 28/хп появились общее недомоганіе, насморкъ, кашель, небольшой ознобъ; температура повысилась до 37°,8, т. е. больной захворалъ легкой формой гриппа. Это продолжалось 5 дней, значительно ухудшивъ состояніе больного и ослабивъ дѣятельность его сердца. Боли въ груди рѣзко усилились и стали отдавать въ спину къ позвоночнику. Въ легкихъ, особенно слѣва, появилось жесткое дыханіе съ выдохомъ и въ небольшомъ количествѣ субкрепитирующіе влажные хрипы въ нижней части нижней доли лѣваго легкаго. Съ этого времени силы больного стали быстро падать, температура постепенно повышалась, боли въ груди, сохраняя острый, колющій характеръ, рѣзко усилились, не давали больному покоя ни днемъ, ни ночью, не смотря на примѣненіе различныхъ противунейралгическихъ средствъ, и только временно успокаивались отъ подкожнаго впрыскиванія морфія. Одновременно съ повышеніемъ температуры (около 6/I) число хриповъ въ лѣвомъ легкомъ постепенно увеличивалось, при чемъ съ 7/I они отмѣчались уже въ области угла лопатки, оставаясь все остальное время постоянными и измѣняясь только въ количествѣ. Дыхательный шумъ въ лѣвомъ легкомъ постепенно принялъ неопредѣленный характеръ. При продолжавшемся кашлѣ появилась слизистая мокрота. Въ дальнѣйшемъ надъ нижней долей лѣваго легкаго появилось притупленіе, дыханіе приняло бронхіальный характеръ, и съ 23/I въ мокротѣ, выдѣлявшейся въ это время въ большемъ количествѣ, появилась примѣсь крови, окрасившей ее въ желтовато-красный цвѣтъ. При все возроставшемъ истощеніи, упадкѣ сердечной дѣятельности и одышкѣ больной 25/I умеръ. Вѣсъ съ исчезновеніемъ отековъ упалъ съ 58200 до 53500, затѣмъ, не смотря на возрастаніе отековъ до прежнихъ размѣровъ, уменьшился еще на 1300 грм.

На основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія и клиническаго теченія болѣзни у больного были распознаны: съуженіе лѣваго венаго устья, недостаточность 2-створчатой заслонки, сухой плейритъ, острая катаральная пневмонія. На вскрытіи, кромѣ измѣненій со стороны сердца, найденъ первичный ракъ лѣваго легкаго въ видѣ мелкихъ, бѣловатыхъ узелковъ, отъ просяного зерна до горошины, пронизывавшихъ ткань нижней доли лѣваго легкаго. Въ остальныхъ частяхъ ткань легкаго измѣненій не представляла и была проходима для воздуха. Переносовъ на измѣненной хроническимъ слипчивымъ воспаленіемъ плейрѣ не было, какъ и въ остальныхъ органахъ, кромѣ лимфатическихъ, прилежащихъ къ лѣвому легкому, железъ, которыя были пронизаны узелками новообразованія и увеличены въ размѣрѣ до голубинаго яйца. Въ виду найденныхъ на вскрытіи измѣненій анатомическое распознаваніе было такое: хроническій эндокардитъ, съуженіе лѣваго венаго устья, недостаточность 2-створчатой заслонки, двусторонній хроническій слипчивый плейритъ, первичный ракъ лѣваго легкаго, раковые переносы въ лѣвыхъ околобронхіальныхъ лимфатическихъ железахъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи узловъ новообразованія въ легкомъ въ ихъ центральной части найдена сѣть изъ дов. толстыхъ соединительнотканныхъ перекладинъ, сохранившихъ въ общемъ альвеолярное строеніе легкаго; промежутки сѣти заполнены прилегающими другъ къ другу безъ всякаго промежуточнаго вещества в. крупными, плоскими раковыми клѣтками разнообразной формы, съ большимъ количествомъ хорошо окрашивающейся диффузными красками протоплазмы и большимъ ядромъ. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ 2 ядра. Послѣднія хорошо воспринимаютъ ядерныя краски, представляясь пузырнообразнымъ съ сѣтевиднымъ или зернистымъ строеніемъ, и содержатъ иногда по нѣсколько ядрышекъ. Въ периферическихъ частяхъ узловъ, на границѣ съ нормальною легочною тканью, упомянутыя раковыя клѣтки заполняютъ околобронхіальныя и околососудистыя лимфатическія пространства, а также отдѣльныя бронхіоли и альвеолы. Въ остальномъ ткань легкаго представлялась нѣсколько инфильтрированною мелкими элементами; въ альвеолахъ эпителій частью лежитъ въ просвѣтѣ ихъ, претерпѣвъ деструктивныя измѣненія, частью-же неразличимъ совершенно; въ нѣкоторыхъ альвеолахъ онъ, прилегая къ стѣнкѣ, увеличенъ въ размѣрѣ и принялъ кубическую форму, не отличаясь въ остальномъ отъ клѣтокъ новообразованія. Покровный эпителій бронховъ и слизистыхъ железъ измѣненій не представляетъ. Мельчайшіе бронхи на разрѣзѣ большею частью заполнены клѣтками новообразованія; въ нѣкоторыхъ изъ нихъ цилиндрическій эпителій, прилегающій къ стѣнкѣ, сдѣлался дву- и многослойнымъ, при чемъ клѣтки постепенно теряютъ свою цилиндрическую форму, становясь болѣе плоскими и заполняя просвѣты бронхъ. Въ виду преобладанія въ узлахъ новообразованія клѣточныхъ элементовъ надъ соединительно-тканною стромой мы имѣли въ данномъ случаѣ мозговидный ракъ, распространявшійся по лимфатическимъ путямъ, а по типу клѣтокъ—плоскоклѣточковый (carcinoma medullare planocellulare), исходившій, вѣроятнѣе всего, изъ эпителія мельчайшихъ бронховъ или альвеолъ. Переносы въ лѣвыхъ околобронхіальныхъ железахъ были построены по тому-же типу и содержали тѣже элементы.

2. А. М., 53 л., носильщикъ съ желѣзной дороги, поступилъ въ клинику 27/I съ жалобами на общую слабость, отсутствіе позыва на ѣду, исхуданіе, одышку при ходьбѣ, сильную, мучительную жажду, заставлявшую выпивать въ теченіи сутокъ громадное количество жидкости, и увеличенное выдѣленіе мочи съ промежутками въ 15—20 мин. Болѣзнь началась около 6 мѣс. назадъ, когда, безъ видимой причины, появились жажда и увеличеніе количества мочи, достигшія въ короткое время громадныхъ размѣровъ. Другіе болѣзненные припадки развились приблизительно за это-же время; впрочемъ, больной указывалъ, что худѣть и слабѣть онъ началъ раньше появленія жажды, но не придавалъ этому особаго значенія. Время появленія одышки точно отмѣтить не могъ. Изъ перенесенныхъ заболѣваній указывалъ на золотуху въ дѣтствѣ, рейматическія боли въ суставахъ временами и почечуй, развившійся за послѣдніе годы при наклонности къ дов. сильнымъ запорамъ; сифилисъ и другія венерическія заболѣванія отрицалъ, также и пристрастіе къ алкоголю. Условія жизни были удовлетворительныя; былъ женатъ, имѣлъ здоровыхъ дѣтей, изъ которыхъ никто не умеръ. Выкидышей у жены не было. Относительно наслѣдственности никакихъ указаній дать не могъ.

Рѣзкое исхуданіе; сухая, темновато-землистосѣраго цвѣта кожа; слегка желтушно окрашенныя склеры. Рѣзко выраженный склерозъ периферическихъ артерій. Въ сердцѣ нѣсколько глухіе тоны съ удареніемъ на 2-мъ тонѣ аорты и легочной артеріи. Границы сердца нормальны. На правой сторонѣ груди притупленіе звука спереди надъ и подъ правой ключицей до средины 3-го ребра и надъ и подъ лопаточной остью сзади. Надъ мѣстомъ притупленія бронхіальное дыханіе и усиленное грудное дрожаніе. Верхушки легкихъ не запавшія. Животъ слегка вздутъ, болѣзненъ при давленіи въ области праваго подреберья. Печень значительно увеличена, выступаетъ изъ-подъ края реберъ на 2 пальца, плотная, бугристая, болѣзненная. Другіе органы особыхъ измѣненій не представляли.

Во время пребыванія въ клиникѣ больной сталъ жаловаться еще на небольшой кашель съ выдѣленіемъ слизистой, вязкой мокроты въ небольшомъ количествѣ. Кашель, какъ и одышка, появлялись приступами. Въ мокротѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи найдены слизь, гнойные элементы въ небольшомъ количествѣ и эпителій полости рта; бугорчатковыхъ палочекъ при повторномъ изслѣдованіи не найдено. Около 6/II, т. е. черезъ $1^1/_2$ недѣли послѣ поступленія, надъ правой верхушкой въ глубинѣ стали выслушиваться стенотическіе дыхательные шумы. Въ дальнѣйшемъ со стороны легкихъ ничего новаго не прибавилось. Болей въ груди больной не ощущалъ. Жидкости выпивалъ онъ до 20 бутылокъ; количество выдѣляемой мочи держалось около 7—8 литровъ въ сутки; моча была совершенно безцвѣтная, какъ вода, съ небольшимъ желтоватымъ оттѣнкомъ, уд. в. 1001; патологическихъ частей и форменныхъ элементовъ въ ней не было. Изслѣдованіе функціональной способности почекъ метиленовою синькой не указало на страданіе ихъ. Въ желудочномъ содержимомъ послѣ пробнаго завтрака было найдено рѣзкое уменьшеніе общей кислотности, полное отсутствіе свободной соляной кислоты и присутствіе небольшого количества молочной кислоты. Пульсъ все время былъ ровный, хорошаго наполненія, 70—80 въ минуту; дыханіе также ровное, но нѣсколько учащенное: 25—30 въ минуту. За время пребыванія въ клиникѣ, т. е. въ теченіи $2^1/_2$ недѣль, вѣсъ упалъ съ 53000 до 48900 грм. 13/II, заваривая утромъ чай, больной вдругъ почувствовалъ себя дурно и упалъ; подошедшая дежурная сестра нашла его уже безъ признаковъ жизни.

У больного было распознано несахарное мочеизнуреніе; кромѣ того, имѣвшіяся измѣненія въ печени были признаны раковыми; но, такъ какъ первичный ракъ печени — болѣзнь сравнительно рѣдкая, то, въ виду отсутствія въ желудочномъ содержимомъ свободной соляной кислоты и присутствія молочной, было предположено, что здѣсь имѣется скрытно протекающій ракъ стѣнки желудка, давшій переносы въ печени. Явленія со стороны праваго легкаго указывали на ограниченное, гнѣздное уплотнѣніе ткани и съуженіе большого бронха. Такъ какъ никакія другія болѣзни легкихъ по своимъ признакамъ не подходили строго къ этому заболѣванію, то былъ распознанъ ракъ легкаго, при чемъ вопросъ о первичномъ или вторичномъ его происхожденіи оставленъ былъ открытымъ. Такимъ образомъ при сопоставленіи всѣхъ данныхъ наблюденія и изслѣдованія больного поставлено слѣдующее клиническое распознаваніе: несахарное мочеизнуреніе, ракъ желудка (?) и печени, ракъ праваго легкаго.

На вскрытіи предположеніе о ракѣ легкаго подтвердилось, при чемъ оказалось, что ракъ легкаго въ этомъ случаѣ былъ первичный, давшій переносы въ околобронхіальныя, загрудинныя, отчасти въ подключичныя лимфатическія железы, въ печень (въ видѣ очень большихъ узловъ), почки, правую надпочечную железу (въ мозговомъ слоѣ узелъ съ лѣсной орѣхъ) и въ лимфатическія железы, расположенныя въ печеночныхъ воротахъ, въ печеночно-12-перстной связкѣ и около головки поджелудочной железы. Само новообразованіе въ правомъ легкомъ представлялось въ видѣ плотной, бѣловатой, дававшей мало сока на разрѣзѣ, неправильной формы опухоли, величиной болѣе грецкаго орѣха, расположенной вокругъ бронха, представляющаго 1-е развѣтвленіе праваго бронха. Слизистая оболочка послѣдняго въ этомъ мѣстѣ неровная, утолщенная. Въ окружающей ткани легкаго замѣчались болѣе мелкіе узелки новообразованія. Со стороны другихъ орга-

новъ, кромѣ хроническаго слипчиваго плейрита и артеріосклероза, ничего особаго не найдено. Причины несахарнаго мочеизнуренія и внезапной смерти остались на вскрытіи невыясненными.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли на мѣстѣ главнаго пораженія органа найдено полное измѣненіе строенія всѣхъ частей ткани бронха и легкаго. Слизистая оболочка и подслизистая ткань бронха совершенно потеряли свой нормальный видъ: эпителіальнаго покрова нѣтъ; замѣтно новообразованіе толстыхъ, плотныхъ тяжей соединительнотканныхъ пучковъ, ростущихъ въ просвѣтъ бронха, дѣлая поверхность его неровною, а также въ глубь ткани до хряща. Соединительнотканные пучки образуютъ различной величины полости и пространства, заполненныя клѣтками новообразованія. Послѣднія проникаютъ даже между отдѣльными волокнами, какъ-бы пронизывая всю ткань. Это лучше замѣтно въ периферической части опухоли, гдѣ пучки волоконъ не такъ толсты и менѣе плотны—болѣе молодые. Остатки слизистыхъ железъ также можно найти только въ периферическихъ частяхъ, при чемъ железы оказываются большею частью измѣненными въ томъ смыслѣ, что просвѣтъ ихъ заполненъ клѣтками новообразованія; отличить нормальный эпителій отъ патологическаго въ этихъ мѣстахъ не удается. Нѣкоторыя слизистыя железы на разрѣзѣ оказываются неизмѣненными, эпителій ихъ нормальный. Разростанія эпителія слизистой оболочки и железъ найти не удалось. Клѣтки рака проростаютъ также подлежащій хрящъ въ видѣ мелкихъ скопленій въ отдѣльныхъ мѣстахъ его. Такого же рода измѣненія претерпѣла прилегающая легочная ткань, совершенно потерявшая свое нормальное строеніе. Въ периферическихъ и болѣе отдаленныхъ частяхъ легкаго имѣются явленія хроническаго межуточнаго воспаленія съ утолщеніемъ межальвеолярныхъ перегородокъ, инфильтраціей мелкими элементами, слущиваніемъ альвеолярнаго эпителія и отложеніемъ чернаго пигмента въ ткани. Раковыя клѣтки заполняютъ здѣсь перибронхіальныя околососудистыя лимфатическія пространства, что указываетъ на пути разростанія рака въ легкомъ. Альвеолярный эпителій только мѣстами представляетъ деструктивныя измѣненія. Сами клѣтки новообразованія весьма малой величины съ дов. большимъ ядромъ и очень небольшимъ количествомъ протоплазмы, облегающей ядро въ видѣ тонкаго ободка. Клѣтки большею частью неправильной или кругловатой формы и имѣютъ нѣкоторое сходство съ саркоматозными. Отсутствіе промежуточнаго вещества между клѣтками, отношеніе ихъ къ подлежащей соединительной ткани, а также характеръ разростанія говорятъ за раковое происхожденіе ихъ. По типу строенія опухоль эту нельзя считать ни скирромъ, ни мозговикомъ; это—просто эпителіальный, мелкоклѣточковый ракъ, по характеру элементовъ ближе всего подходящій къ плоскоклѣточковымъ ракамъ (carcinoma parvicellulare, planocellulare). Переносы въ органахъ были такого же строенія. Имѣла-ли эта опухоль началомъ развитія покровный эпителій или эпителій слизистыхъ железъ, установить я не могъ.

Какъ было сказано, въ сл. 1 ракъ легкаго не былъ распознанъ. Изъ вышеприведеннаго описанія болѣзни понятно, что распознать ракъ легкаго въ этомъ случаѣ было почти невозможно. Явленія со стороны легкаго впервые обнаружились и развились только во время пребыванія больного въ клиникѣ, куда онъ поступилъ съ порокомъ сердца въ періодѣ разстройства уравновѣшенія; подъ вліяніемъ лѣченія сердечная дѣятельность почти совершенно оправилась, но 28/хп больной захворалъ легкою формою гриппа, что дало толчекъ къ новому разстройству сердечной дѣятельности, и послѣ этого впервые появились легочные припадки, которые въ дальнѣйшемъ стали наростать при одновременномъ постепенномъ подъемѣ температуры и сперва сосредоточивались въ нижней части нижней доли лѣваго легкаго, а затѣмъ распространились кверху до уровня угла лопатки. Такое теченіе вмѣстѣ съ появившимися объективными признаками заставили предположить, что больной захворалъ катарральной пнеймоніей. Этому, казалось, ничто не противорѣчило. Только описанныя уже боли въ груди, не поддававшіяся противунейральгическимъ средствамъ и не сходныя съ болями плейритическими, оставались недоступными объясненію и до крайности затрудняли врачебную помощь больному въ его весьма тяжкомъ состояніи. Многіе авторы при описаніи своихъ случаевъ рака легкаго указывали на боли, считая ихъ или нейральгическими, или плейритическими (при одновременномъ плейритѣ). Такое объясненіе происхожденія болей для моего случая не подходило, почему сущность ихъ и осталась не выясненною. Эти болевыя ощущенія представляли важный признакъ въ картинѣ болѣзни и усиливались по мѣрѣ наростанія легочныхъ припадковъ.

2-ой мой случай первичнаго рака легкаго протекалъ совершенно иначе. Кашель и одышка въ этомъ случаѣ имѣли болѣе пароксизмальный характеръ, появляясь временами въ видѣ не очень сильныхъ приступовъ. Мокрота, какъ и въ сл. 1, ничего характернаго не представляла. Одышка въ этомъ случаѣ могла зависѣть, въ виду отсутствія разстройствъ со стороны другихъ органовъ, исключительно отъ болѣзни легкаго. Объективныя измѣненія въ легкомъ были здѣсь съ самаго начала и указывали, оставаясь все послѣдующее время стойкими, на уплотнѣніе на ограниченномъ мѣстѣ легочной ткани и небольшое съуженіе крупнаго бронха. Распознаваніе было поставлено при жизни не на основаніи какихъ-либо типичныхъ признаковъ для рака легкаго, а только путемъ исключенія другихъ возможныхъ легочныхъ заболѣваній, имѣя въ виду измѣненія въ печени. Болевыхъ ощущеній въ груди у этого больного совершенно не было, хотя на вскрытіи также былъ найденъ слипчивый хроническій плейритъ.

Больной этотъ представлялъ еще интересъ въ томъ отношеніи, что у него имѣлась другая, также невыясненная до сего времени и сравнительно рѣдко встрѣчающаяся, болѣзненная форма, а именно несахарное мочеизнуреніе. Жажда, большое количество мочи съ уд. в. 1001, безъ патологическихъ составныхъ частей въ ней, при нормальныхъ отправленіяхъ почекъ говорили за существованіе этой болѣзни. Возможность поліуріи многіе (*Cl Bernard*, *Kahler* и др.) ставили въ зависимость отъ пораженія различныхъ отдѣловъ центральной нервной системы. Можетъ-ли мочеизнуреніе зависѣть отъ пораженія какихъ-либо паренхиматозныхъ органовъ (печень, почки и др.), это до сихъ поръ еще не установлено. Имѣются, между прочимъ, указанія на возможность появленія поліуріи при полномъ пораженіи надпочечниковъ и параличѣ вслѣдствіе этого почечныхъ сосудовъ (*Подвысоцкій*). Все это остается, однако, только предположеніемъ. Не вдаваясь въ подробное разсмотрѣніе возможныхъ причинъ поліуріи въ своемъ случаѣ, указываю лишь на фактъ, представлявшій большой клиническій интересъ. Укажу еще, что раковая болѣзнь развилась у моего больного, вѣроятно, раньше появленія несахарнаго мочеизнуренія. Назначеніе опія оказывало отличное дѣйствіе въ смыслѣ уменьшенія жажды и паденія количества мочи съ 7—8 литровъ до 3—$3^1/_2$; стоило отмѣнить опій, какъ всѣ явленія возрастали до прежнихъ размѣровъ.

Кромѣ того, осталась невыясненной внезапная смерть больного. Такъ какъ блуждающій нервъ не былъ изслѣдованъ на всемъ протяженіи, а другія данныя вскрытія ничего въ этомъ отношеніи не доказали, то, опять-таки лишь отмѣчая этотъ фактъ, какъ заслуживающій вниманія, не нахожу возможнымъ вступать въ подробный его разборъ.

Изъ вышеизложеннаго видно, что въ сл. 1 нераспознаннаго рака легкаго всѣ признаки были сходны съ острымъ пораженіемъ этого органа въ видѣ катарральной пнеймоніи; анатомически болѣзнь выразилась множественными просовидными раковыми узелками, исходившими изъ бронхіолей или альвеолъ. Въ сл. 2 ракъ бронха и легкаго протекалъ съ припадками хроническаго уплотненія ткани, въ видѣ ограниченной опухоли, что и подтвердилось на вскрытіи.

Изъ припадковъ общихъ тому и другому больному укажу на кашель, одышку и худосочіе, которое въ обоихъ случаяхъ было выражено рѣзко. Одышку только у 2-го больного можно было поставить въ исключительную связь съ болѣзнью легкаго.

Болей въ груди, рѣзко выраженныхъ въ сл. 1, въ сл. 2 не было вовсе.

Литература: *Шоръ*. Петербургская диссертація, 1903 г.—*Doemeny*. «Zeitschrift für Heilkunde», 1902 г. стр. 407.—*Hermann*. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», т. 63.—*Hampeln*. «Zeitschrift f. klin. Medicin», т. 32. *Pässler*. «*Virchow*'s Archiv», т. 14c, стр. 191.—*Passow*. Berlin'ская диссертація 1893 г.—*Ribbert*. «Deutsche med. Wochenschrift». 1896.—*A. Fränkel*. Тамъже 1891; «Berliner klin. Wochenschrift»; 1892 г.—*Александровъ*. «Труды факультетской терапевтической клиники», Москва, 1904 г. Въ указанныхъ работахъ собрана вся литература вопроса.

CLXXXIV. Изъ гинекологическаго отдѣленія ч. пр. Д. Д. Попова въ Петербургскомъ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ.

Къ вопросу о пересадкѣ мочеточниковъ съ изсѣченіемъ пузыря при полномъ удаленіи раковоперерожденной матки путемъ чревосѣченія (операція Wertheim'a).

Ф. Н. Тавилдарова.

Хирургія мочеточниковъ, долгое время считавшихся хирургами своего рода noli me tangere, стала развиваться лишь за послѣднее 10-лѣтіе. Тѣмъ не менѣе по этому вопросу имѣется уже дов. большая литература. Достаточно заглянуть въ любое изъ справочныхъ періодическихъ изданій, чтобы убѣдиться, что сообщенія объ оперативномъ лѣченіи того или другого заболѣванія мочеточниковъ далеко не составляютъ рѣдкости. Большинство сообщеній касается хирургіи мочеточниковъ у женщинъ, что объясняется тѣмъ, что гинекологу гораздо чаще, чѣмъ хирургу, приходится сталкиваться съ этимъ органомъ въ виду анатомическаго положенія его вблизи женскихъ половыхъ органовъ, заболѣванія которыхъ, какъ извѣстно, даютъ поводъ къ оперативному вмѣшательству несравненно чаще, чѣмъ половые органы мужчинъ. За послѣднее 5-лѣтіе тутъ играетъ еще большую роль все большее и большее распространеніе среди гинекологовъ стремленія къ возможно болѣе коренному вмѣшательству при различныхъ видахъ рака матки. Необходимость оперировать при этомъ заболѣваніи возможно дальше въ здоровыхъ тканяхъ заставляетъ оператора во многихъ случаяхъ изсѣкать часть мочеточника, пораженнаго новообразованіемъ или-же такъ плотно обросшаго раковыми массами, что освобожденіе его изъ нихъ въ цѣлости не представляется возможнымъ безъ того, чтобы не оставить на немъ частицы опухоли, которая въ будущемъ можетъ послужить очагомъ для дальнѣйшаго развитія новообразованія. Кромѣ этихъ сознательныхъ пораненій мочеточника, приходится встрѣчаться еще, едва-ли даже не чаще, съ неумышленными нарушеніями его цѣлости, обусловленными либо положеніемъ его въ ненормальномъ мѣстѣ вслѣдствіе смѣщенія его разросшейся опухолью, либо присутствіемъ обильныхъ сращеній въ тазу, либо, наконецъ, необходимостью какъ можно быстрѣе справиться съ кровотеченіемъ, при чемъ мочеточникъ захватывается въ лигатуру или зажимъ вмѣстѣ съ сосудомъ и перерѣзается.

Столь близкое участіе, принимаемое мочеточниками въ различныхъ заболѣваніяхъ женскихъ половыхъ органовъ и необходимость считаться съ ними во время операцій по поводу этихъ заболѣваній, само собою разумѣется, должны были направить на нихъ вниманіе хирурговъ, и остается лишь удивляться тому, что хирургія мочеточниковъ начала разрабатываться только въ самое недавнее время. Объясненіемъ этому отчасти могутъ служить наблюдавшіеся случаи омертвѣнія мочеточника, освобожденнаго на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи изъ своего ложа, что ведетъ къ образованію всякаго рода свищей его, лѣченіе которыхъ часто представляло почти непреодолимыя трудности. Еще совсѣмъ недавно мочевые свищи, заживленія которыхъ нельзя было достигнуть путемъ влагалищной пластики или кольпоклейзомъ, устранялись посредствомъ вылущенія почки, что можно дѣлать лишь при условіи полной нормальности отправленій другой почки, а, такъ какъ этого условія часто не оказывалось, то больная подвергалась почти неминуемой опасности погибнуть отъ мочекровія. Понятно, что прежде, чѣмъ приступить къ нефрэктоміи, врачи пытались устранить мочеточниковый свищъ всѣми извѣстными имъ способами, чѣмъ и объясняется многочисленность предложенныхъ пластическихъ влагалищныхъ операцій, какъ операціи *Simon*'a, *Landau-Bandl*'я, *Schede* [1]), *Dührssen*'a, *Bumm*'a, *Mackenrodt*'a [2]) и др. Но неудовлетворительность результатовъ пластическихъ операцій, съ одной стороны, ограниченность показаній къ производству и относительная опасность нефрэктоміи съ другой, побудили искать новыхъ способовъ хирургическаго вмѣшательства, которые, устраняя тяжелое состояніе, вызываемое свищемъ мочеточника, не лишали-бы больныхъ здороваго органа и не грозили-бы такой опасностью ихъ жизни. Такимъ образомъ было сначала испытано на животныхъ [*Bardenheuer*, *Novaro*, *Reed* [3]), *И. С. Калабинъ* [4]) и др.], а потомъ и произведено на человѣкѣ (*Simon*, *Küster*) всажденіе поврежденнаго въ своей цѣлости мочеточника въ разные отдѣлы толстой кишки. Всѣ эти опыты (за исключеніемъ опытовъ *Novaro* на собакахъ) оканчивались, однако, печально: и животныя, и люди заболѣвали піелонефритомъ, который и приводилъ ихъ къ смерти или, въ лучшемъ случаѣ, обусловливалъ необходимость послѣдовательнаго вылущенія соотвѣтствующей почки. Только со времени *Maydl*'я [5]), предложившаго переносить въ прямую кишку вмѣстѣ съ мочеточниками и часть *Lieutaud*'іева 3-угольника съ устьемъ ихъ, результаты стали получаться болѣе благопріятные. Къ сожалѣнію, способъ *Maydl*'я не пригоденъ для случаевъ пораненія мочеточника на его протяженіи, и кругъ его примѣненія ограничивается лишь случаями нѣкоторыхъ заболѣваній пузыря, преимущественно эктопіей послѣдняго [*Maydl*, *Mathes* [6]) (*Eiselberg*), *Petersen* [7]) и др.]. Для всажденія въ кишку пораненнаго мочеточника *Krynski* [8]), а потомъ *Vignoni* предложили, на основаніи опытовъ на животныхъ, свои способы съ образованіемъ косого канала; за ними всаждать мочеточникъ въ нисходящую ободочную кишку пробовали *Chaput* [9]), *Boari* [10]) и др.; послѣдній предложилъ для этой цѣли особую металлическую пуговку, напоминающую собой пуговку *Murphy*. Въ Россіи проф. *М. С. Субботинъ* [11]) съ успѣхомъ произвелъ у 14-лѣтняго мальчика всажденіе мочеточника съ частью пузыря въ отдѣлъ прямой кишки, обособленный отъ остальной ея полости. Но все-же всажденіе мочеточника въ кишку представляло слишкомъ много вѣроятія получить зараженіе и давало слишкомъ мало надежды на успѣшное послѣоперацiонное теченіе и потому не нашло себѣ широкаго примѣненія. Интересующихся подробностями, касающимися хода развитія и методики операціи пересажденія мочеточниковъ въ прямую кишку, можно отослать къ диссертаціи *А. П. Яхонтова* [12]), въ которой весьма подробно изложено какъ прошедшее, такъ и настоящее положеніе этого вопроса.

Еще меньше оправдалось испытанное *Gluck*'омъ и *Zeller*'омъ на собакахъ и впервые произведенное на человѣкѣ *Le Dentu*, а за нимъ *Pozzi* и *Tauffler*'омъ всажденіе мочеточника въ брюшную стѣнку.

Совершенно въ исключительныхъ случаяхъ производилось нѣсколько разъ всажденіе мочеточниковъ во влагалище [случаи *Pawlik*'a, *Chavasse* и *Kosinsk*'aго [13])].

Большаго распространенія, благодаря правильности принципа, положеннаго въ его основу, достигъ способъ, испытанный впервые въ 1887 г. *Pozzi* на собакахъ и съ тѣхъ поръ уже примѣнявшійся съ успѣхомъ сначала американскими [*Mac Monagle* [14]), *Robson* [15]), *Winslow* [16])], а потомъ и европейскими врачами. Это—непосредственное сшиваніе концовъ перерѣзаннаго мочеточника. Способъ этотъ имѣетъ свою обширную литературу, интересующихся которой можно отослать къ работамъ *Stroeckel*'я [17]) и [18]), *Bovee* [19]), *Weinreb*'a [20]) и др. Недостатки этого оперативнаго способа заключаются въ легкости образованія рубцоваго съуженія на мѣстѣ шва, чѣмъ и объясняется рядъ предложенныхъ видоизмѣненій въ способѣ соединенія 2-хъ отрѣзковъ.

Въ отдѣльныхъ случаяхъ примѣнялась простая перевязка обоихъ концовъ перерѣзаннаго мочеточника, что ведетъ, при здоровомъ состояніи соотвѣтствующей почки, къ асептическому запустѣванію ея. Такой пріемъ былъ впервые испытанъ съ успѣхомъ *Bastianelli* [21]), а за нимъ еще 3 раза *Futh*'омъ [22]), *Landau* [23]) и проф. *Н. Н. Феноменовымъ* [24]). Ясно, что пріемъ этотъ по сути однозначущъ съ вылущеніемъ почки, и поэтому понятна рѣдкая его примѣняемость. Я, по крайней мѣрѣ, не могъ найти въ литературѣ сообщеній о его примѣненіи, кромѣ упомянутыхъ 4-хъ случаевъ.

Наконецъ, за послѣднее время сталъ распространяться способъ, который, по видимому, является избраннымъ при лѣченіи всякихъ недостачъ въ мочеточникѣ, будь—то свѣ-

жія пораненія его, старые-ли свищи, или врожденное ненормальное устье. Это—образованіе новаго устья мочеточника съ мочевымъ пузыремъ путемъ чревосѣченія, операція, обозначаемая большинствомъ авторовъ именемъ «uretero-cysto-neostomia». Заслуга первоначальной точной экспериментальной разработки этого операціоннаго способа на животныхъ, безспорно, принадлежитъ итальянскимъ авторамъ (*Poggi*, *Pavli* и *Busaccahi* и др.). Что касается производства этой операціи на человѣкѣ, то принято думать, что впервые она была произведена въ 1893 г. единовременно и независимо другъ отъ друга 2-мя хирургами—французскимъ *Bazy* [25]) и итальянскимъ *Novaro* [26]). Но, по видимому, она была сдѣлана уже гораздо раньше, а именно въ 1877 г. *Tauffer*'омъ [27]), который, удаляя межсвязочную кисту, случайно перерѣзалъ мочеточникъ и вшилъ почечный конецъ его въ мочевой пузырь. Въ то время, когда хирургія мочевыхъ путей была лишь въ зачаткѣ развитія, сообщеніе *Tauffer*'а прошло незамѣченнымъ; но тѣмъ не менѣе, я думаю, справедливость требуетъ возстановленія его въ авторскихъ правахъ и признанія за нимъ чести быть отцомъ способа, пользующагося въ настоящее время почти повсемѣстно славою наилучшаго. Весьма вѣроятно, что затянувшееся вслѣдствіе различныхъ осложненій (образованіе сначала брюшностѣночнаго, а потомъ кишечно-мочеточниково-брюшностѣночнаго свища) послѣоперацiонное теченіе заставило современниковъ *Tauffer*'а смотрѣть на его пріемъ скорѣй, какъ на оперативный фокусъ, лишь случайно не приведшій къ еще болѣе печальнымъ послѣдствіямъ, чѣмъ на такой способъ, который, дѣйствительно, можетъ дать стойкое излѣченіе при мочеточниковыхъ пораненіяхъ и свищахъ.

Переходя къ описанію операцій *Bazy* и *Novaro*, мы встрѣчаемся съ 2-мя различными способами, изъ которыхъ впослѣдствіи выработались 2 главныхъ типа операціи всажденія мочеточниковъ въ пузырь. Между тѣмъ какъ *Bazy* оперировалъ чисто внутрибрюшинно, *Novaro* помѣстилъ мѣсто всажденія мочеточника въ пузырь внѣбрюшинно. Они оба имѣли дѣло съ мочеточниковыми свищами. *Bazy* поступилъ такимъ образомъ, что по вскрытіи брюшины, не высвобождая мочеточника изъ его ложа, наложилъ на него, на уровнѣ, возможно болѣе близкомъ къ мочевому пузырю, боковой щелевидный разрѣзъ; противъ этого разрѣза онъ сдѣлалъ другой такой-же разрѣзъ въ стѣнкѣ пузыря и сшилъ по окружности края обоихъ отверстій. *Novaro*-же, вскрывъ брюшную полость, отсепаровалъ мочеточникъ какъ можно глубже по направленію къ пузырю, перерѣзалъ его внизу въ поперечномъ направленіи и вшилъ въ отверстіе, сдѣланное въ задней стѣнкѣ пузыря выше мѣста нормальнаго вхожденія въ него мочеточника. Затѣмъ онъ отслоилъ пристѣночный листокъ брюшины отъ нижняго угла раны и натянулъ его надъ отпрепарованною частью мочеточника и мѣстомъ всажденія его въ пузырь такъ, что эти части оказались лежащими внѣбрюшинно. *Bazy* сдѣлалъ эту операцію въ 1 случаѣ, *Novaro* въ 2; во всѣхъ наступило полное выздоровленіе.

Въ 1894 г. *Dührssen* [28]) предложилъ для излѣченія мочеточниковыхъ свищей свой способъ, названный имъ «laparo-uretero-cystostomia», очень схожій въ общемъ со способомъ *Bazy*.

Въ 1894 г. уже встрѣчается сообщеніе, касающееся преднамѣреннаго изсѣченія и всажденія въ пузырь мочеточника при брюшномъ удаленіи пораженной ракомъ матки. Такой случай описанъ *Penrose*'омъ [29]), который имѣлъ дѣло съ маткой, пораженной ракомъ, пропитавшимъ лѣвую широкую связку. *Penrose* изсѣкъ обросшій раковыми массами кусокъ мочеточника длиною въ 3 стм., перерѣзанный конецъ вшилъ 2-мя швами въ расщепъ пузырнаго дна и мѣсто всажденія сверху обшилъ брюшиною. Мѣсто всажденія не было дренировано, и разрѣзъ брюшной стѣнки зашитъ былъ наглухо. Катетеръ à demeure въ теченіи 3-хъ дней. Гладкое выздоровленіе.

Въ 1895 г. *Kelly* [30]) произвелъ удачную операцію по внутрибрюшинному способу при мочеточниково-влагалищномъ свищѣ, образовавшемся послѣ влагалищнаго удаленія матки. Особенность этого случая та, что тутъ впервые примѣнено было для сближенія мочеточника, высвобожденнаго изъ своего ложа и перерѣзаннаго надъ мѣстомъ свища, и пузыря отдѣленіе послѣдняго отъ горизонтальныхъ вѣтвей лонныхъ костей съ обѣихъ сторонъ и оттѣсненіе его кзади, и кверху, чѣмъ и было выиграно около 3 стм. мѣста, а это позволило свободно ввести нижній конецъ мочеточника въ разрѣзъ пузырной стѣнки, захвативъ его тонкими щипцами, введенными въ пузырь черезъ мочеиспускательный каналъ. Во избѣжаніе возможнаго съуженія мочеточника въ мѣстѣ всажденія нижній конецъ его былъ расщепленъ на протяженіи около 4 млм. Прикрѣпленіе мочеточника къ пузырю было достигнуто наложеніемъ 6 тонкихъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, проведенныхъ черезъ стѣнки пузыря и мочеточника, минуя слизистые слои ихъ.

Veit [31]) при пораненіи мочеточника во время чревосѣченія поступилъ такъ: захватилъ мочеточникъ и вывелъ его черезъ нижній конецъ брюшиннаго разрѣза, послѣ чего зашилъ этотъ разрѣзъ наглухо; стѣнку мочеточника пришилъ въ нижнемъ концѣ брюшного разрѣза между пристѣночнымъ листкомъ брюшины и фасціей; продолжилъ кожный разрѣзъ до лона и сдѣлалъ въ передней стѣнкѣ пузыря отверстіе, въ которое и вшилъ кэтгутомъ косо обрѣзанный нижній конецъ мочеточника; сверху зашилъ фасціи, мышцы и кожу за исключеніемъ небольшого отверстія, черезъ которое вывелъ концы швовъ, удерживавшихъ мочеточникъ.

Перечислять въ отдѣльности всѣ случаи uretero cystoneostomi'и, произведенной по поводу свищей мочеточниковъ или ихъ пораненій (намѣренныхъ и случайныхъ) во время тѣхъ или другихъ гинекологическихъ операцій заняло-бы слишкомъ много времени и вывело-бы меня далеко за предѣлы журнальной статьи, тѣмъ болѣе, что почти каждый операторъ вносилъ въ технику операціи свои, хотя-бы и незначительныя, измѣненія [см. казуистику въ статьяхъ *Pernice*'а [32]) и *Bovee* [19])]. Поэтому я ограничусь лишь описаніемъ способовъ, считающихся въ настоящее время типическими для 3-хъ главныхъ видоизмѣненій этой операціи: чисто внутрибрюшиннаго, смѣшаннаго и чисто внѣбрюшиннаго.

Типомъ чисто внутрибрюшиннаго способа можетъ служить описанная операція *Kelly* и операція *Krause* [33]), произведенная имъ по поводу мочеточниково-влагалищнаго свища въ 1895 г. Онъ отыскалъ мочеточникъ на мѣстѣ дѣленія общей подвздошной артеріи, отпрепаровалъ его книзу отъ патологическихъ сращеній на протяженіи 5 стм., оставляя на немъ какъ можно болѣе окружающей соединительной ткани, чтобы не нарушить его питанія, и перерѣзалъ его надъ мѣстомъ свищевого отверстія. Нижній пузырно-влагалищный отрѣзокъ былъ тщательно обшитъ и погруженъ въ брюшную полость. Черезъ стѣнки нижняго конца почечнаго отрѣзка мочеточника, расщепленнаго по бокамъ на протяженіи $^3/_4$ стм., проведены, минуя слизистую оболочку, 2 шелковыя лигатуры, концы которыхъ захвачены тонкими щипцами, введенными въ пузырь черезъ мочеиспускательный протокъ, и вытянуты наружу, гдѣ и были закрѣплены въ окружности наружнаго отверстія протока. Лигатуры эти должны были устранить выскальзываніе мочеточника изъ пузырнаго разрѣза подъ вліяніемъ натяженія. Кромѣ того, мочеточникъ былъ укрѣпленъ въ окружности отверстія въ пузырѣ 4-мя узловатыми кэтгутовыми швами, а поверхъ нихъ еще такимъ-же непрерывнымъ швомъ. Мѣсто всажденія не было обшито брюшиною ни въ случаѣ *Kelly*, ни въ случаѣ *Krause*, такъ что мотеточникъ представлялъ изъ себя шнурокъ, свободно лежавшій въ брюшной полости.

Образецъ смѣшаннаго способа мы имѣемъ въ операціи *Witzel*'я [34]), такъ какъ вышеупомянутые случаи *Novaro* и *Penrose*'а слишкомъ мало типичны для того, чтобы дать точное представленіе о сути этого видоизмѣненія uretero-cysto-neostomi'и. Самъ *Witzel* называетъ свой способъ внѣбрюшиннымъ, но считать его таковымъ едва-ли возможно, такъ какъ отыскиваніе мочеточника было произведено тутъ, какъ и въ случаѣ *Krause*, на мѣстѣ дѣленія общей подвздошной артеріи по вскрытіи полости брюшины. Найдя тутъ мочеточникъ, *Witzel* разрѣзалъ надъ нимъ брюшину и напрягъ его по-

средствомъ потягиванія, чтобы обрисовать дальнѣйшій путь его подъ брюшиною книзу, обнажилъ его на уровнѣ средины высоты широкой маточной связки и перерѣзалъ его здѣсь между 2-хъ лигатуръ. Нижній отрѣзокъ былъ обшитъ и опущенъ въ брюшную полость, а верхній выведенъ черезъ верхнее окошко въ брюшинѣ и затѣмъ опять вытянутъ внизъ посредствомъ длинныхъ щипцовъ, введенныхъ внѣбрюшинно со стороны области пузыря выше безымянной линіи черезъ подвздошную ямку. Оба разрѣза задняго листка брюшины и брюшина въ области разрѣза брюшныхъ стѣнокъ были затѣмъ зашиты, и мочеточникъ всажденъ въ пузырь внѣбрюшинно слѣдующимъ образомъ: прежде всего пузырь былъ притянутъ кверху къ соотвѣтствующей подвздошной ямкѣ и прикрѣпленъ здѣсь; затѣмъ конецъ почечнаго отрѣзка мочеточника былъ косо обрѣзанъ, и наложено отверстіе въ пузырной стѣнкѣ надъ выпятившимъ ее въ заранѣе опредѣленномъ мѣстѣ катетеромъ, введеннымъ въ полость пузыря черезъ мочеиспускательный каналъ. Шовъ былъ наложенъ 3-ярусный: сначала соединены круговымъ швомъ (кэтгутъ) слизистыя оболочки пузыря и мочеточника, затѣмъ стѣнка мочеточника прикрѣплена къ таковой пузыря и, наконецъ, стѣнка пузыря была приподнята по бокамъ мочеточника въ 2 продольныя складки, верхушки которыхъ были сшиты такимъ образомъ, что мочеточникъ оказался лежащимъ въ косомъ каналѣ длиною въ 4 стм. Къ мѣсту всажденія проведенъ былъ черезъ особое отверстіе въ брюшной стѣнкѣ стеклянный дренажъ, въ пузырь—катетеръ à demeure, который и оставался in situ 4 дня. Полное гладкое выздоровленіе, провѣренное цистоскопическимъ изслѣдованіемъ.

Наконецъ, типомъ операціи, протекающей отъ начала до конца чисто внѣбрюшинно, является операція *Mackenrodt*'а [35]). По законченности, цѣлесообразности и обдуманности она заслуживаетъ того, чтобы признать ее идеальной операціей всажденія мочеточника въ пузырь, но примѣнима лишь для лѣченія мочеточниковыхъ свищей и теряетъ весь свой смыслъ при производствѣ пересадки мочеточника по поводу пораненія его при чревосѣченіи, когда полость брюшины все равно уже вскрыта. Поэтому и самъ *Mackenrodt* ограничиваетъ показанія къ ней именно только свищами мочеточниковъ, при пораненіи-же ихъ во время чревосѣченій совѣтуетъ пользоваться способомъ *Witzel*'я.

Я не буду здѣсь подробно описывать операцію *Mackenrodt*'а, какъ не имѣющую прямого отношенія къ сообщаемому ниже случаю, упомяну лишь, что разрѣзъ брюшной стѣнки, по *Mackenrodt*'у, проводится у наружнаго края прямой мышцы, параллельно ему, и опишу способъ соединенія мочеточника съ пузыремъ. Черезъ нижній конецъ мочеточника проводятся съ 2-хъ сторонъ 2 шелковыя лигатуры, и свободные концы каждой изъ нихъ завязываются въ узелъ. Брюшина пузыря отсепаровывается и сдвигается въ стороны съ мѣста, въ которомъ желательно произвести всажденіе мочеточника. Стѣнка пузыря выпячивается въ избранной точкѣ посредствомъ зонда, выведеннаго черезъ мочевой каналъ, и въ ней дѣлается отверстіе необходимыхъ для введенія мочеточника размѣровъ. Концы упомянутыхъ шелковыхъ лигатуръ привязываются къ зонду и выводятся черезъ мочеиспускательный каналъ наружу, гдѣ и захватываются зажимомъ. Втянутый такимъ образомъ въ пузырь приблизительно на 0,5 стм. мочеточникъ пришивается къ окружности разрѣза пузырной стѣнки узловатыми шелковыми швами; затѣмъ пузырная стѣнка натягивается на мочеточникъ кверху на 1—1,5 стм. и здѣсь вновь прикрѣпляется такими-же швами; такимъ образомъ она муфтообразно охватываетъ конецъ мочеточника. Дренажъ (резиновый); въ пузырь—катетеръ à demeure.

Таковы 3 главные типа операціи всажденія мочеточника въ пузырь. Нельзя сказать, который изъ нихъ заслуживаетъ предпочтенія, такъ какъ дѣло зависитъ отъ особенностей каждаго случая. Операція *Mackenrodt*'а, какъ уже было сказано, по видимому, наилучшая при мочеточниковыхъ свищахъ, такъ какъ при ней не вскрывается брюшина, что, съ одной стороны, устраняетъ опасность заражения, которую, не смотря на высокое положеніе современной асептики, все-же въ большей или меньшей степени представляетъ каждая полостная операція, а съ другой—позволяетъ избѣжать возможности имѣть дѣло съ срощеніями, которыя обыкновенно въ изобиліи встрѣчаются въ случаяхъ старыхъ мочеточниковыхъ свищей. Но есть авторы, придерживающіеся и другого мнѣнія. Такъ, *Fritsch* [(*Stroeckel* [17])] оперируетъ всегда по смѣшанному способу; *Krönig* [36])—то по смѣшанному, то по чисто внутрибрюшинному, при чемъ результаты операцій при обоихъ способахъ одинаково успѣшны. Нѣкоторые авторы [*Lichtenauer* [37])] совѣтуютъ даже всегда производить пересадку внутрибрюшинно въ виду того, что способность брюшины къ быстрому образованію спаекъ позволяетъ, яко-бы, скорѣе надѣяться на болѣе быстрое и совершенное срощеніе пересажденнаго мочеточника съ пузыремъ.

Кромѣ вопроса о помѣщеніи мѣста всажденія, рѣшеніе котораго зависитъ въ извѣстной степени отъ личныхъ взглядовъ оператора, въ операціи пересадки мочеточниковъ есть и другіе пункты, выясненіе которыхъ представляется дѣломъ первостепенной важности. На первое мѣсто выступаетъ тутъ опасеніе нарушить питаніе и получить послѣдовательное омертвѣніе отсепарованнаго на большемъ или меньшемъ протяженіи изъ своего ложа мочеточника. Возможность такого осложненія въ прежнее время обращала на себя большое вниманіе операторовъ. Такъ, опасеніе получить омертвѣніе побудило *Bazy* совершенно не высвобождать мочеточника; *Krause*, чтобы избѣгнуть омертвѣнія, оставлялъ на мочеточникѣ какъ можно больше окружающей его соединительной ткани и т. д. Но болѣе подробное изученіе кровеносныхъ сосудовъ этого органа, а также опыты на животныхъ выяснили, что боязнь эта, по меньшей мѣрѣ, преувеличена. Достаточно указать на опыты *Monari* [38]), чтобы получить какъ разъ противоположное впечатлѣніе, а именно, что обнаженіе мочеточника едва-ли не менѣе всего значитъ въ дѣлѣ нарушенія его питанія. Прежде всего *Monari* указалъ на то, что обнаженіе мочеточника отъ его брюшиннаго покрова, чего такъ боялся *Bazy*, уже потому не можетъ вредно отзываться на его кровоснабженіи, что питающіе мочеточникъ сосуды всѣ проходятъ не въ брюшинномъ его покровѣ, а вокругъ мышечной ткани. Далѣе опытами на собакахъ *Monari* показалъ, что и высвобожденный на значительномъ протяженіи (до 12—13 стм.) изъ своего соединительнотканнаго влагалища мочеточникъ не подвергается омертвѣнію, если только оставить его въ соприкосновеніи (не въ связи) съ его ложемъ и прикрыть брюшиной; мочеточникъ-же, вполнѣ обособленный отъ окружающихъ его тканей (напр., посредствомъ обертыванія его стерильной марлей), неминуемо омертвѣваетъ, даже будучи отпрепарованъ и на небольшомъ сравнительно протяженіи (6 стм.). Мнѣніе *Monari* нашло подтвержденіе и при операціяхъ на людяхъ; для примѣра можно привести случай *Gottschalk*'а [39]), гдѣ мочеточникъ, отсепарованный на протяженіи 10—12 стм. (отъ мѣста перекреста съ большими сосудами до влагалищнаго свода), а затѣмъ прикрытый складкой брюшины, не потерпѣлъ нарушенія въ питаніи. Въ случаѣ *Freund*'а [*Funke* [40])] мочеточникъ безъ вредныхъ послѣдствій былъ отсепарованъ на протяженіи 10 стм.

Въ послѣднее время появилась статья *Feitel*'я [41]), достойная упоминанія потому, что она является результатомъ изслѣдованій, предпринятыхъ, по предложенію *Wertheim*'а, съ нарочитою цѣлью выяснить наиболѣе цѣлесообразнымъ способомъ высвобожденія мочеточниковъ при коренной операціи рака матки. Изслѣдованія эти, произведенныя на дѣтскихъ трупахъ, позволили *Feitel*'ю подробно изучить артеріальные сосуды мочеточника, при чемъ оказалось, что средняя $^1/_3$ его снабжается кровью изъ очень постоянной артеріи, берущей свое начало либо непосредственно изъ аорты (2 раза), либо изъ подчревной артеріи (a. hypogastrica), либо, наконецъ изъ общей подвздошной артеріи (послѣднее рѣже); исходя изъ внутренняго края одного изъ этихъ сосудовъ, артерія эта направляется по его поверхности къ внутреннему-же краю мочеточника. Вслѣдствіе постояннаго присутствія этой артеріи *Feitel* предлагаетъ именно ей и присвоить назва-

ніе *мочеточниковой артеріи*. Нижняя $^1/_3$ мочеточника питается вѣтвями маточной и пузырной артерій. Маточная вѣтвь была найдена въ 7 случаяхъ 13 разъ, пузырная—11. Первая отходитъ отъ маточной артеріи въ мѣстѣ перекреста ея съ мочеточникомъ и направляется вмѣстѣ съ нимъ внизъ, всегда съ наружной стороны его. Вѣтви верхней пузырной артеріи, рѣдко достигающія макроскопической величины, отходятъ отъ главнаго ствола снаружи отъ мочеточника и входятъ въ него подъ острымъ угломъ. На основаніи этихъ изслѣдованій *Feitel* предлагаетъ придерживаться при высвобожденіи мочеточниковъ слѣдующихъ правилъ: 1) избѣгать по возможности высвобожденія мочеточниковъ и сосудовъ тупымъ путемъ, 2) тщательно отпрепаровывать сосуды, питающіе мочеточникъ (мочеточниковую артерію, мочеточниковую вѣтвь маточной артеріи); 3) при расщепленіи брюшины надъ мочеточникомъ придерживаться въ верхней $^1/_2$ тазовой его части наружной стороны его, въ нижней-же—внутренней такъ, чтобы разрѣзъ перекрещивалъ мочеточникъ по срединѣ тазовой его части.

Чтобы избѣжать омертвѣнія конца мочеточника въ мѣстѣ наложенія на стѣнку его лигатуръ, указано на необходимость, елико возможно, ограничить количество этихъ лигатуръ, нарушающихъ, конечно, въ большей или меньшей степени правильность кровообращенія въ мѣстѣ всажденія. Это указаніе было сдѣлано еще *Peterson*'омъ [42]) на основаніи его опытовъ съ пересадкою мочеточниковъ въ прямую кишку. Въ настоящее время на этомъ особенно настаиваетъ *Stroeckel* [18]).

2-ое важное условіе успѣха операціи это—то, чтобы не было напряженія мочеточника. По свидѣтельству большинства авторовъ, какъ *Kelly* [30]), *Stroeckel* [17]) и [18]), *Fritsch* [43]), *Wertheim* [44—45]), *Krönig* [36]) и др., если мочеточникъ бываетъ натянутъ, постоянно либо выскальзываетъ всажденный конецъ его изъ разрѣза въ пузырный стѣнкѣ, либо конецъ этотъ частично омертвѣваетъ, что̀ ведетъ къ образованію свищей, мочевыхъ затековъ и т. п. Насколько я могъ прослѣдить, въ литературѣ имѣется лишь 1 случай покойнаго проф. *А. Г. Подреза* [46]), въ которомъ полное заживленіе было достигнуто при значительномъ натяженіи мочеточника. Для избѣжанія его, обыкновенно употребляется пріемъ, впервые примѣненный, по видимому, *Kelly* [30]), а возведенный въ принципъ *Witzel*'емъ [34]) и состоящій въ отдѣленіи пузыря отъ его соединенія съ лонными костями, перемѣщеніи дна его выше и кзади и пришиваніи къ брюшинѣ, соотвѣтствующей подвздошной ямкѣ. Кромѣ того, предлагается еще укрѣплять мочеточникъ шелковыми лигатурами, проведенными черезъ конецъ его, выведенными чрезъ мочеиспускательный каналъ и укрѣпленными у наружнаго отверстія послѣдняго [*Krause* [33])] или прикрѣпленными посредствомъ полоски липкаго пластыря на внутренней поверхности бедра [*Stroeckel* [17])]. Такія лигатуры не даютъ концу мочеточника выскользнуть изъ мѣста всажденія и, кромѣ того, значительно ослабляютъ степень влеченія, производимаго имъ на швы, прикрѣпляющіе его къ пузырю. Но, съ другой стороны, этимъ лигатурамъ свойствененъ тотъ недостатокъ, что онѣ, какъ инородное тѣло, раздражаютъ пузырь и тѣмъ еще болѣе усиливаютъ и безъ того часто наблюдающійся послѣопераціонный катарръ его. Ограниченіе числа укрѣпляющихъ швовъ имѣетъ еще то преимущество, что оно уменьшаетъ вѣроятность образованія въ мѣстѣ всажденія рубцоваго съуженія мочеточника. Возможность этого осложненія уже давно обращала на себя вниманіе операторовъ и, чтобы избѣжать его, было предложено расщеплять нижній конецъ мочеточника въ длину на $^1/_2$—$^3/_4$ стм. и соединять его съ пузыремъ, нѣсколько развернувъ образовавшіеся лоскуты. Принципъ этого пріема былъ разработанъ при опытахъ производства на животныхъ мочеточниковъ—мочеточниковаго соустія *van-Hook*'омъ [47]), а самый пріемъ неоднократно съ успѣхомъ примѣнялся на людяхъ при пересадкѣ мочеточника въ пузырь [*Kelly* [48]), *Smith* [49]), *Krönig* [36]), *Lichtenauer* [37]) и др.].

Неоднократно возбуждавшійся вопросъ о возможности обратнаго тока мочи въ пересаженный мочеточникъ при наполненномъ пузырѣ, что̀ и побудило *Krause* ввести въ полость пузыря значительный кусокъ мочеточника, который долженъ былъ при переполненіи пузыря мочею прижиматься ею къ стѣнкѣ пузыря и тѣмъ самымъ препятствовать мочѣ вступать обратно въ мочеточникъ, а *Witzel*'я образовать свой «косой каналъ», не рѣшенъ еще окончательно и по настоящее время. Но, по видимому, особенно опасаться этого нечего, такъ какъ слизистая оболочка мочеточника, очень рѣдко соединяющаяся съ подлежащимъ слоемъ, образуетъ частичное опущеніе и выпячиваніе въ полость пузыря, такъ что при переполненіи послѣдняго сдавливается мочею и закрываетъ просвѣтъ мочеточника.

На основаніи этого краткаго очерка литературы можно болѣе или менѣе опредѣлить, какое положеніе занимаетъ въ ней разбираемый мною вопросъ, какія требованія предъявляются къ техникѣ операціи для обезпеченія ей успѣха и какіе преимущества и недостатки представляютъ различные пріемы въ производствѣ того или другого ея акта.

(Окончаніе слѣдуетъ).

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Объ основахъ изоляціи заразныхъ больныхъ въ больницахъ (проведеніе принциповъ изоляціи въ «Hôpital Pasteur» въ Paris'жѣ, въ «Дѣтской больницѣ» въ Berlin'ѣ, въ «Заразной» въ Stockholm'ѣ, въ «Острозаразной клиникѣ» и въ «Барачной въ память С. П. Боткина больницѣ» въ Петербургѣ).

(Окончаніе. См. № 43, стр. 1444).

Перейду къ системѣ изоляціи заразныхъ больныхъ, принятой въ Петербургѣ въ «Остро-заразной клиникѣ» при В.-Медицинской Академіи и въ «Городской барачной больницѣ въ память *С. П. Боткина*».

Заразная клиника открыта въ 1897 г. въ январѣ; строилась она съ сентября 1894 г. до конца 1896 г. Для выработки ея плана Конференціей Академіи была избрана особая Коммисія, подъ предсѣдательствомъ начальника Академіи, изъ нѣсколькихъ профессоровъ, военнаго инженера и главнаго врача клиническаго военнаго госпиталя. Вотъ данныя и соображенія, положенныя въ основаніе устройства клиники.

«Проэктируемая для остро-заразныхъ болѣзней клиника назначается для ознакомленія съ этими болѣзнями студентовъ практически, дополнительно къ практиковавшемуся въ Академіи теоретическому изученію ихъ. Мѣсто для клиники выбрано на углу Сампсоніевскаго пр. и Ломанскаго пер.

Имѣя въ виду непосредственный доступъ къ заразнымъ больнымъ многочисленнаго учебнаго персонала, придается особенно важное значеніе принятію постоянныхъ мѣръ къ предупрежденію перенесенія заразы какъ изъ клиники въ городъ, такъ и въ ней самой отъ больныхъ одною заразною болѣзнью къ больнымъ, пораженнымъ другой болѣзнью. Это обстоятельство заставляетъ снабдить клинику достаточнымъ количествомъ цѣлесообразно устроенныхъ помѣщеній соотвѣтствующаго назначенія.

Клиника должна удовлетворять слѣдующимъ условіямъ: 1. Въ ней должны быть помѣщены больные: а) дифтеріей, б) оспой, в) скарлатиной и г) корью. 2. Больные каждой изъ этихъ болѣзней по 12 чел. должны быть строго отдѣляемы одни отъ другихъ, а потому для нихъ необходимо имѣть 4 отдѣльныхъ постройки; для больныхъ-же сомнительныхъ долженъ быть устроенъ особый 5-й павильонъ на 4 кровати. 3. Каждая изъ 4 построекъ должна быть приспособлена для 12 больныхъ (8 солдатъ и 4 офицеровъ), размѣщенныхъ въ 2-хъ большихъ палатахъ при полномъ обособленіи фельдшеровъ, прислуги, ваннъ, платья и бѣлья. 4. Постройки должны быть прямолинейными безъ выступовъ, затрудняющихъ омываніе стѣнъ воздухомъ, и должны быть хорошо защищены отъ почвенныхъ испареній. 5. При постройкѣ павильоновъ для каждой въ отдѣльности изъ 4-хъ болѣзненныхъ формъ (кори, скарлатины, дифтеріи и оспы) необходимо имѣть въ виду устройство слѣдующихъ помѣщеній: 2 общія большія палаты на 8 и 4 кровати при 6—7 к. саж. на больного; 1 или 2 малыя обособленныя палаты по 1 кровати для умирающихъ, тяжелыхъ больныхъ и нечистоплотныхъ; 1 комната для показыванія больныхъ студентамъ (до 25 чел.); 1 комната для дежурной сестры; 1 комната для дежурнаго служителя; 1 буфетная; 1 бѣлевая; 1 маленькая комната или чуланъ вблизи ватерклозета для временного помѣщенія грязнаго бѣлья въ цинковыхъ ящикахъ или мѣшкахъ; 1 комната—лабораторія для занятія врачей и студентовъ (15 кв. саж.); 1 комната для профессора; 3 комнаты для обесса-

раживанія врачебнаго персонала, студентовъ и врачебной прислуги; 1 комната для фельдшера и 1 большая комната для 3-хъ служителей съ особымъ клозетомъ и умывальникомъ. При размѣщеніи перечисленныхъ комнатъ необходимо принять условіемъ, что учебно-вспомогательныя, административныя и хозяйственныя комнаты должны быть обособлены отъ помѣщенія для больныхъ. 6. Съ цѣлью болѣе совершенной изоляціи въ каждое отдѣленіе назначается своя прислуга, которая должна быть въ обособленномъ помѣщеніи, хотя бы въ однихъ зданіяхъ съ больными, но не непосредственно при палатахъ, при которыхъ полагаются помѣщенія только для дежурства. 7. Въ павильонѣ для сомнительныхъ больныхъ необходимы 3 или 4 палаты для 4-хъ больныхъ, клозетъ, ванна, буфетъ, бѣлевая и комната для дежурствъ, пріемный покой (3 комнаты: для ожиданія, переодѣванія и осмотра больныхъ и клозетъ), лабораторія, кабинетъ профессора, уборная съ ванной и клозетомъ, квартиры для 3 служителей и 1 фельдшера, при нихъ клозетъ съ умывальникомъ. Кромѣ больничныхъ павильоновъ, необходимо еще для клиники построить: а) зданіе для кухни на 52 больныхъ и при ней кладовую, помѣщеніе для вахтера, кухонной прислуги и дворниковъ; въ томъ-же зданіи устроить 2 малыя квартиры для постояннаго врача при клиникѣ и для сестеръ милосердія; б) отдѣльное зданіе для покойницкой съ комнатами для храненія труповъ, вскрытія ихъ и уборной и в) зданіе для обеззараживанія стоковъ и бѣлья съ отдѣльными комнатами для грязнаго и обеззараженнаго бѣлья, помѣщеніемъ для сторожа и кладовую. 9. Полы во всѣхъ больничныхъ помѣщеніяхъ и клиническихъ для учебнаго персонала должны быть каменные, безъ какихъ-либо скрытыхъ въ ихъ толщѣ пустотъ. Въ палатахъ полы должны быть снабжены стоками для обмыванія ихъ. Стѣны и потолки должны быть окрашены масляною краской. Необходимо устройство обильнаго искусственнаго провѣтриванія. 10. Всѣ стоки съ половъ, изъ ваннъ, клозетовъ и сточныхъ раковинъ отъ 5 павильоновъ, трупной и обеззараживающей комнаты признается безусловно необходимымъ обеззараживать предъ впускомъ ихъ въ городскія сточныя трубы. Наиболѣе надежнымъ признанъ способъ кипяченія стоковъ паромъ, какъ это дѣлается въ городской барачной въ память *С. П. Боткина* больницѣ. 11. Мѣсто, занимаемое зданіями, должно быть дренажировано и поднято по возможности не ниже уровня улицы и дворовъ сосѣднихъ къ ней зданій, а также культивировано съ разведеніемъ сада участками около каждаго изъ больничныхъ павильоновъ.

Въ этихъ соображеніяхъ предписанъ и способъ посѣщенія больныхъ студентами, а именно: студенты будутъ посѣщать павильоны группами отъ 15 до 20 чел. при непремѣнномъ условіи выхода ихъ отъ больныхъ не иначе, какъ послѣ тщательнаго омовенія непосредственно передъ выходомъ изъ отдѣленій. «Только этимъ путемъ, въ противоположность устройства для клиники одной общей обеззараживающей комнаты, имѣется въ виду дѣйствительно предупредить занесеніе заразы изъ одного отдѣленія въ другое».

Въ оффиціальномъ описаніи остро-заразной клиники, появившемся къ открытію ея, относительно общаго плана клиники сказано слѣдующее: «Первый вопросъ предупредить разнесеніе заразы обязательными посѣтителями клиники: врачами, студентами—представлялось возможнымъ рѣшить въ 2-хъ комбинаціяхъ. 1-я состояла въ слѣдующемъ: устроить въ клиникѣ одно центральное зданіе съ общими для студентовъ аудиторіей, вестибюлемъ съ пріемными, лабораторіей и обеззараживающей комнатой, расположенною при выходѣ изъ центральнаго зданія наружу; больничныя-же помѣщенія для разнаго рода больныхъ предполагалось соединить съ центральнымъ зданіемъ теплыми коридорами. Такое устройство клиники, имѣя за собой многія практическія удобства, являлось-бы вмѣстѣ съ тѣмъ и очень экономичнымъ, но оно не устраняло бы сообщенія между больными разнаго вида болѣзнями, слѣд., не устраняло-бы и разнесенія заразы въ районѣ клиники». Поэтому остановились на 2-мъ проэктѣ, а именно: постройкѣ отдѣльныхъ несообщающихся павильоновъ съ особымъ помѣщеніемъ въ каждомъ для обеззараживанія студентовъ и больничнаго персонала.

Какъ видно изъ этихъ соображеній, въ основу постройки клиники положена безусловная изоляція для больныхъ и ухаживающаго персонала, кромѣ врачей и студентовъ. Коммиссія не усматривала противорѣчія въ томъ, что за врачами и студентами признавалась возможность не разносить заразу, а за остальнымъ персоналомъ она не признавалась. Предусмотрѣно помѣщеніе больныхъ сомнительныхъ и совершенно не предусмотрѣно помѣщеніе больныхъ несомнѣнныхъ, имѣющихъ одну изъ вышеназванныхъ 4-хъ болѣзней+другая, хотя-бы одна изъ этихъ 4-хъ. Не предусмотрѣно также, что для знакомства съ остро-заразными болѣзнями нельзя ограничиваться этими 4-мя формами. Посмотримъ, какъ осуществлены эти требованія въ окончательномъ видѣ.

Клиника состоитъ изъ 5 2-этажныхъ больничныхъ зданій, изъ которыхъ 4 одинаковыя. Для больныхъ назначены верхніе этажи. Планъ зданій таковъ: съ одной стороны вдоль зданія идетъ широкій, со множествомъ оконъ, корридоръ, оканчивающійся въ 4-хъ зданіяхъ большими палатами въ 16 кв. саж. Въ этотъ корридоръ выходятъ всѣ остальныя комнаты, составляющія зданіе. Для больныхъ, кромѣ большихъ палатъ, были назначены еще 2 комнаты для 2 и для 1 больного. Въ зданіи для сомнительныхъ больныхъ большихъ палатъ нѣтъ, а только малыя 2 комнаты въ немъ предназначались для пріема больныхъ.

Оригинальность устройства клиники составляли 3 обеззараживающія комнаты для врачебнаго персонала и посѣтителей больныхъ, расположенныя въ нижнихъ этажахъ 4-хъ павильоновъ, изъ нихъ 2 назначены для пальто и сюртуковъ, а 3-ья большая—собственно обеззараживающая; въ ней за перегородкой помѣщаются ванна, душъ и умывальникъ. Предполагалось, что всѣ, посѣщающіе больныхъ, снимутъ верхнее платье, надѣнутъ халатъ и поднимутся къ больнымъ. Возвращаясь, снимутъ халатъ, зайдутъ за перегородку и примутъ или ванну или душъ, послѣ чего уже надѣнутъ свое верхнее платье. Я не считаю нужнымъ входить въ критику этого пріема. Достаточно сказать, что за 7 лѣтъ существованія клиники никто этой процедуры не продѣлывалъ и обеззараживающая для посѣтителей своей важной роли не выполняла.

Персоналъ клиники состоитъ изъ профессора, ассистента, 2 фельдшеровъ, 4 сестеръ милосердія, 14 сидѣлокъ и 21 солдата. Непригодность солдатъ для ухода за заразными больными преимущественно дѣтьми, настолько очевидна, что они къ нимъ и не допускались.

Изоляцію персонала пришлось нарушить, помѣстивъ всѣхъ сидѣлокъ въ одно помѣщеніе, а солдатъ въ другое.

При жалованьи сидѣлкамъ въ 8 р. на своей пищѣ ихъ нельзя было выбирать; приходилось брать тѣхъ, кто предлагалъ свой трудъ. Сидѣлки мѣстомъ не дорожили, и первые годы смѣнялось около $^1/_3$ ихъ—часть по своей волѣ, а нѣкоторымъ приходилось отказывать изъ-за недоброкачественности. Просьба увеличить жалованье сидѣлкамъ до 13 р. не была уважена. Съ 1901 г. сидѣлки получаютъ 7 р. жалованья и пищу. При этихъ условіяхъ онѣ дорожатъ мѣстомъ, но почти всѣ въ свободный день (дежурство черезъ сутки) занимаются стиркой бѣлья для пополненія своего бюджета.

Пріучить персоналъ, не дорожащій своимъ мѣстомъ, къ строгому выполненію предписаній, было невозможно. Едва-ли нужно прибавлять, что почти всѣ сидѣлки—неграмотныя. На лѣто нѣсколько сидѣлокъ получаютъ разсчетъ, а въ прошломъ году на 2 лѣтнихъ мѣсяца отказано 9 сидѣлкамъ.

Сестры милосердія—изъ Георгіевской Общины, безъ спеціальной подготовки и часто смѣняются.

Съ самаго-же начала дѣйствія клиники выяснилось, что она не можетъ ограничиться пріемомъ больныхъ только 4-мя вышеуказанными формами, не прибѣгая къ постояннымъ переводамъ больныхъ въ другія больницы; а прибѣгать къ этому значитъ причинять непріятность больнымъ и ихъ родственникамъ и отучить населеніе отъ клиники. Поэтому въ 1-ый же годъ число болѣзненныхъ формъ, съ которыми поступали больные въ клинику, доходило до 15. Въ теченіи первыхъ 3-хъ лѣтъ клиника выработала приспособленія къ своимъ неблагопріятнымъ условіямъ и теперь выполняетъ свое назначеніе слѣдующимъ образомъ.

Больные принимаются отъ 10 до 3 час. (оффиціально отъ 12 до 2). Пріемной служитъ комната во 2-мъ павильонѣ, гдѣ помѣщается врачебная лабораторія. Комната эта съ отдѣльнымъ входомъ; въ ней находятся 3 садовыя скамьи, окрашенныя бѣлой масляной краской, расположенныя далеко одна отъ другой, чтобы избѣжать соприкосновенія, если-бы одновременно пришли до 3 больныхъ съ провожатыми. Больные въ пріемной обыкновенно осматриваются тотчасъ-же кѣмъ-либо изъ работающихъ въ лабораторіи врачей. Отъ больныхъ съ налетомъ въ зѣвѣ тутъ-же дѣлается посѣвъ и мазокъ, который, если нужно, тотчасъ-же микроскопируютъ. Врачъ опредѣляетъ болѣзнь и направляетъ больного въ соотвѣтственный павильонъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ дѣло рѣшаетъ ассистентъ или профессоръ, если находятся въ клиникѣ. Рядомъ съ пріемной находится комната, въ которой фельдшеръ собираетъ свѣдѣнія о больномъ, не соприкасаясь съ нимъ.

Больного доставляетъ (на рукахъ или въ креслѣ) въ соотвѣтственный павильонъ служитель, одѣтый въ халатъ. Вернувшись въ пріемную, служитель снимаетъ халатъ и обмываетъ руки сулемой. Послѣ 3 час. полъ и скамейки въ пріемной обмываютъ сулемой. Больному въ павильонѣ тотчасъ дѣлается ванна, и онъ надѣваетъ больничное бѣлье, а его одежда кладется въ мѣшокъ, смоченный въ сулемѣ, и поступаетъ въ обеззараживающую комнату. Выписывающійся больной переодѣвается въ свой костюмъ также въ ванной.

Больной поступаетъ въ общую палату, если распознаваніе болѣзни его несомнѣнно; въ противномъ случаѣ его помѣщаютъ въ отдѣльную, при чемъ съ нимъ поступаютъ, какъ съ изолируемымъ, т. е. и сестра, и сидѣлки, подходя къ нему, надѣваютъ халатъ, висящій у двери комнаты, и, покидая больного, обмываютъ руки сулемой (лицо въ тѣхъ случаяхъ, если больной кашлялъ или касался). Сестрамъ предписывается каждаго новаго больного класть подальше отъ остальныхъ до ближайшаго посѣщенія врача. Помѣщенія для сомнительныхъ больныхъ въ кли-

къ нѣтъ, и больной можетъ быть изолированъ только въ тѣхъ-же павильонахъ.

Назначеніе 5 павильоновъ клиники такое: 1-й—для оспенныхъ; 2-й для заразныхъ больныхъ, мало заразитольныхъ, какъ тифозные, больные съ фибринознымъ воспаленіемъ легкихъ и др.; въ 3-мъ павильонѣ южная ½—для дифтерійныхъ и страдающихъ пленчатыми жабами, сѣверная — для больныхъ вѣтренной оспой (наичаще, чтобъ показать ихъ студентамъ) или свинкой, или коклюшемъ; хотя между этими половинами и имѣется дверь въ корридорѣ, но она почти никогда не закрывается; для ухода за этими больными имѣется или отдѣльная сидѣлка, или, если больныхъ мало, таже, которая ухаживаетъ и за дифтерійными; въ такомъ случаѣ уходъ поручается опытной надежной сидѣлкѣ, прослужившей въ клиникѣ нѣсколько лѣтъ; сестра милосердія 1; въ 4-мъ павильонѣ—скарлатинные; въ 5-мъ—коревые, больные рожей и послѣдніе 2 года краснухой. Больные съ сочетаніемъ болѣзни со скарлатиной изолируется въ 4-мъ павильонѣ, съ корью въ 5-мъ. Полы въ палатахъ утромъ и вечеромъ обтираются сулемой; сухое подметаніе ихъ не допускается. Наблюдаетъ за всѣмъ сестра.

Ночное дежурство возлагается на сестру или фельдшера. Они надѣваютъ въ каждомъ баракѣ халатъ, сверхъ постояннаго. Тоже дѣлаютъ и врачи, обходя клинику. Студенты-же, группой въ 20 чел., обходятъ всѣ павильоны въ одномъ и томъ-же халатѣ.

Посѣтители должны выполнять слѣдующія правила: 1. Посѣщать больныхъ разрѣшается по воскресеньямъ и четвергамъ съ 2 до 6 час. дня. Въ остальные дни можно посѣщать больныхъ только съ разрѣшенія ассистента клиники. 2. Посѣщающіе больныхъ должны, идя въ палаты, надѣвать халатъ. 3. Оставаться въ палатахъ можно не болѣе 15 мин. 4. Къ каждому больному допускается не больше 2-хъ посѣтителей. 5. Воспрещается цѣловать больныхъ, брать ихъ на руки и садиться къ нимъ на кровать. 6. Прикасавшіеся къ больнымъ должны передъ уходомъ вымыть руки растворомъ сулемы. 7. Дѣти не допускаются.

Такимъ образомъ устройство и функція клиники далеки отъ идеала изоляціи; вся вѣра и надежда возлагается на антисептику и широкое размѣщеніе больныхъ.

За 7 лѣтъ движеніе больныхъ въ клиникѣ было слѣдующее:

Названіе болѣзней.	Прибыло больныхъ.	Умерло.	Не прожили въ клиникѣ 24 час.
дифтерія	626	99	22
скарлатина	455	59	4
корь	345	15	—
оспа	95	11	1
» вѣтренная	48	—	—
свинка	51	—	—
коклюшъ	7	1	—
рожа	255	26	—
прочія болѣзни	462	13	—
	2344	224	27

При больныхъ дѣтяхъ находилось 103 матери.

На 2344 больныхъ было 25 случаевъ внутреннихъ зараженій, распредѣлявшихся такъ: дифтерійныхъ, получившихъ скарлатину 3, вѣтренную оспу 1; коревыхъ, получившихъ скарлатину 3, дифтерію 2; скарлатинныхъ, получившихъ дифтерію 7, корь 4, свинку 1, оспу 1; рожистыхъ, получившихъ оспу 1; вѣтренной оспой, получившій корь 1; тифозный, получившій скарлатину 1.

Какъ видно изъ этихъ данныхъ, не было зараженія больныхъ дифтеріей и пленчатыми жабами, вѣтренной оспой, свинкой, коклюшемъ или обратно, т. е. можно было помѣщать въ одномъ баракѣ больныхъ 3-мя формами, не заражая ихъ одного отъ другого. Въ единственномъ случаѣ было зараженіе сосѣда по кровати, у котораго появилась вѣтренно-оспенная сыпь на 4-й день пребыванія въ клиникѣ въ то время, когда другихъ больныхъ вѣтренной оспой не было. Въ одномъ случаѣ можно говорить о внутренней эпидеміи, когда 5 скарлатинныхъ были изъ-за ремонта переведены въ дифтерійный баракъ и получили дифтерію, хотя дифтерійныхъ больныхъ въ немъ тогда не было.

Случаевъ смѣшанныхъ заболѣваній, гдѣ 2-я болѣзнь распознавалась не всегда сразу, было 15. Скарлатина признавалась сопутствующей болѣзнью, если опредѣлена до 5-го дня; корь—до 9-го; дифтерія—до 2-го; свинка, вѣтренная и натуральная оспа—до 10-го. Случаи эти распредѣлялись такъ: дифтерія и корь 1, дифтерія и скарлатина 4, дифтерія и вѣтренная оспа 2, вѣтренная оспа и краснуха 1, корь и скарлатина 3, скарлатина и корь 1, скарлатина и дифтерія 1, скарлатина и вѣтренная оспа 1, коклюшъ и свинка 1. Больныхъ съ 3-мя формами не наблюдалось.

Большинство случаевъ внутреннихъ зараженій возникали отъ сосѣда съ нераспознанной 2-й болѣзнью, или отъ больного съ ошибочнымъ распознаваніемъ. Въ остальныхъ случаяхъ причина крылась въ ошибкахъ противъ асептики ухаживающаго персонала; въ 2-хъ случаяхъ зараженія оспой была, несомнѣнно, виновата сестра милосердія, ухаживавшая за больными въ томъ-же халатѣ, въ которомъ она являлась и къ оспеннымъ. Извѣстны 3 случая зараженія у выбывшихъ больныхъ; у 2 изъ нихъ была оспа, переданная персоналомъ клиники, а у 1, перенесшаго дифтерію—вѣтренная оспа; оказалось, что послѣднему больному сестра милосердія поручала измѣрять температуру у больныхъ съ вѣтренной оспой.

Такимъ образомъ и въ «Заразной клиникѣ» получилось убѣжденіе въ полной примѣнимости противогнилостнаго способа и въ ненадежности изоляціи въ особыхъ зданіяхъ при плохомъ персоналѣ. Полученное число зараженій (около 1%) при столь плохо поставленномъ низшемъ персоналѣ можно считать вполнѣ удовлетворительнымъ.

«Барачная больница», назначенная исключительно для заразныхъ больныхъ, состоитъ изъ 24 отдѣльныхъ деревянныхъ зданій-бараковъ, изъ которыхъ 3—двойные съ свободной залой посрединѣ и 1—«изоляторный» изъ 16 комнатъ съ боковымъ корридоромъ и центральнымъ заломъ. Въ описаніи больницы говорится: «Въ каждомъ баракѣ перваго типа (т. е. маломъ) главную часть составляетъ помѣщеніе для больныхъ на 12 чел., въ которомъ въ исключительныхъ случаяхъ помѣщается до 14 чел.». При такомъ размѣщеніи на больного приходится по 6,48 к. саж. воздуха. Разстояніе между кроватями болѣе 2 арш. Каждая комната въ «изоляторномъ» баракѣ въ 6 к. саж. Внутреннія стѣны бараковъ окрашены масляной краской и, слѣд., легко доступны обмыванію и обеззараживанію.

Такимъ образомъ, состоя изъ отдѣльныхъ домиковъ, «Барачная больница» пригодна для изоляціи.

Персоналъ больницы не имѣетъ изолированнаго помѣщенія.

Относительно противогнилостныхъ мѣръ, примѣняемыхъ въ больницѣ, можно сказать, что персоналъ оберегаетъ себя, надѣвая халаты, но не оберегаетъ больныхъ, такъ какъ тотъ-же халатъ остается на дежурномъ и на сестрѣ, работающей при больныхъ со смѣшанными заразными болѣзнями.

Больные принимаются въ пріемномъ покоѣ, ожидальная комната котораго мала и бываетъ заполнена больными и ихъ провожатыми. Принятый больной направляется или въ соотвѣтственный болѣзни баракъ, или, въ случаѣ сомнѣнія, въ сортировочный, по устройству ничѣмъ не отличающійся отъ остальныхъ, но рѣзко отличающійся назначеніемъ, такъ какъ въ немъ помѣщаются больные разными формами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной направляется сразу въ баракъ «изоляторный».

Правила для посѣтителей почти тѣже, что и въ «Остро-заразной клиникѣ».

Въ отчетахъ «Барачной больницы» съ 1893 г. по 1900 г., составленныхъ главнымъ врачемъ *С. В. Посадскимъ*, при обзорѣ главныхъ группъ заболѣваній приводится и таблица осложненій. Между осложненіями, свойственными болѣзни, помѣщены болѣзни самостоятельныя; такъ, напр., въ числѣ осложненій тифа—оспа, въ числѣ осложненій дифтеріи—скарлатина, корь и т. п. Ясно, что здѣсь дѣло идетъ, съ одной стороны, о совмѣстныхъ заболѣваніяхъ, съ другой—о зараженіи въ больницѣ, о т. наз. внутреннихъ зараженіяхъ и преимущественно о нихъ. Собравъ осложненія основныхъ болѣзней тифомъ, оспой натуральной, вѣтренной, скарлатиной, дифтеріей, корью, коклюшемъ и фибринозной пнеймоніей, я получилъ слѣдующія соотношенія:

Въ 1893 г. на 4061 больныхъ (съ 555 дѣтьми до 10 л. въ томъ числѣ) 42 осложненія (1 %); въ 1894 г. на 4029 (съ 1161 дѣтьми до 10 л.) 63 (1,3%); въ 1895 г. на 4560 (съ 1152 дѣтьми до 10 л.) 75 (1,6%); въ 1896 г. на 5490 (съ 1319 дѣтьми до 10 л.) 74 (1,3%); въ 1897 г. на 5883 (съ 2989 дѣтьми до 10 л.) 221 (3,7%); въ 1898 г. на 4569 (съ 2083 дѣтьми до 10 л.) 135 (3%); въ 1899 г. на 5171 (съ 2300 дѣтьми до 10 л.) 214 (4,1%); въ 1900 г. на 5300 (съ 2834 дѣтьми до 10 л.) 564 (10,6%). Въ частности для скарлатины 26%, для кори 69%. Осложненій 2-мя болѣзнями 38. Эритемъ тоже 38.

И такъ, осложненія заразными болѣзнями въ «Барачной больницѣ», представляя небольшую величину въ 1893 г. и въ 2 слѣдующіе года, быстро увеличиваются, достигнувъ въ 1900 г. огромнаго числа 10,6%. Какія-же причины этого наростанія? Главная—это тѣсное размѣщеніе больныхъ и увеличеніе числа дѣтей въ общемъ составѣ. Въ баракѣ, гдѣ предполагалось въ исключительныхъ случаяхъ класть до 14 больныхъ, за послѣдніе годы помѣщалось до 30. Опасность зараженія отъ сосѣда страшно возросла, и всѣ остальныя возможности отошли на задній планъ.

По поводу внутреннихъ зараженій въ «Барачной больницѣ» въ отчетѣ за 1893 г. говорится слѣдующее: «Значительное число заболѣваній заразными болѣзнями низшаго персонала—сидѣлокъ и служителей объясняется какъ постояннымъ соприкосновеніемъ ихъ съ больными, такъ отчасти и неудовлетворительностью ихъ помѣщеній; всѣ сидѣлки, работающія въ различныхъ по составу больныхъ баракахъ, а равно и служителя живутъ въ общихъ помѣщеніяхъ. При такихъ условіяхъ всѣ зараженія весьма естественны и неизбѣжны. Несомнѣнно, что въ будущемъ прислуга, съ расширеніемъ помѣщенія для нея, будетъ раздѣлена, смотря по тому, гдѣ она работаетъ. Этимъ-же обстоятельствомъ отчасти

объясняется и т. наз. внутреннія зараженія больныхъ, т. е. зараженія въ больницѣ. Въ текущемъ году для устраненія внутреннихъ зараженій больныхъ въ больницѣ устроенъ по мысли *Н. И. Соколова* и въ концѣ года открытъ изоляціонный баракъ, но пока нѣтъ еще данныхъ для сужденія объ его пригодности и пользѣ. Тѣмъ не менѣе и теперь уже съ увѣренностью можно сказать, что при помѣщеніи всей прислуги въ одной казармѣ, даже и полная изоляція больныхъ существенной пользы въ этомъ отношеніи принести не можетъ».

Въ отчетѣ за слѣдующій годъ читаемъ: «Относительно внутреннихъ зараженій больныхъ, т. е. зараженій ихъ въ больницѣ, въ этомъ году приходится сказать тоже, что говорилось и прежде, не смотря на устройство въ больницѣ т. наз. изоляціоннаго барака. Опытъ болѣе чѣмъ года показалъ, что баракъ этотъ для цѣлей изоляціи больныхъ, къ сожалѣнію, служить не можетъ. Имѣя общій корридоръ, соединяющій всѣ комнаты больныхъ, а также и другія помѣщенія, баракъ этотъ скорѣе можетъ служить разсадникомъ различныхъ сочетанныхъ формъ болѣзней, мѣстомъ больничныхъ зараженій, чѣмъ изоляторомъ при различныхъ заболѣваніяхъ, такъ какъ въ немъ нѣтъ даже и не строгаго раздѣленія больныхъ другъ отъ друга».

Но, кромѣ этого разсадника, въ «Барачной больницѣ» есть еще 2. Это—т. наз. сортировочные бараки, о которыхъ отчеты не упоминаютъ. Въ 20-мъ вѣкѣ въ Петербургѣ признаютъ возможнымъ класть больныхъ съ различными формами невыясненныхъ заразныхъ болѣзней, сдвигая по 2 кровати рядомъ! Признаютъ возможнымъ въ баракѣ, разсчитанномъ на 12 больныхъ одной формой, положить до 30 больныхъ нѣсколькими формами и послѣ такой изоляціи сортировать ихъ по спеціальнымъ баракамъ, а потомъ обеззараживать бараки, выводя зараженныхъ!

Значеніе изоляторнаго и сортировочныхъ бараковъ для внутреннихъ зараженій видно изъ слѣдующаго обстоятельства. Въ 1900 г. коревые больные въ «Барачной больницѣ» принимались только тѣ,—говорится въ отчетѣ,—которые по тяжести заболѣванія не могли быть направлены въ больницу Маріи Магдалины. Такихъ больныхъ поступало отъ 3 до 8 въ мѣсяцъ и помѣщались они въ сортировочныхъ или въ изоляторномъ баракѣ. Всего было 39 больныхъ, изъ коихъ 27 имѣли осложненіемъ заразныя болѣзни или 69% заразились въ больницѣ.

Насколько «Барачная больница» привыкла къ внутреннимъ зараженіямъ, можно видѣть изъ статьи д-ра *Б. Н. Войнова*—«Дифтерія и дифтерійныя бациллы при скарлатинѣ». Приведя примѣръ дифтерійной эпидеміи среди скарлатинныхъ больныхъ, онъ спрашиваетъ: «Неужели заболѣваніе 1—2, даже 3 чел. при появленіи дифтеріи въ баракѣ, въ которомъ находится 25—30 чел., да еще при условіи значительной скученности, можно считать большимъ %?».

Я не думаю, чтобы нужно было отыскивать еще причины внутреннихъ зараженій въ «Барачной больницѣ». Отчеты этой больницы даютъ прекрасный примѣръ, чего можно добиться примѣненіемъ разумныхъ мѣръ антисептики и соотвѣтствія больничнаго персонала съ числомъ больныхъ.

За 1893, 1894 и 1895 гг., когда въ больницѣ лежали холерные больные, ни въ таблицѣ холерныхъ нѣтъ осложненій заразными болѣзнями, ни въ другихъ таблицахъ осложненія холерой. Чѣмъ же это было достигнуто? Не изоляціей санитарнаго персонала, а фактическимъ примѣненіемъ мѣръ, выработанныхъ на Совѣщаніи врачей больницы. Мѣры-же эти состояли, во 1-хъ, въ строгомъ обеззараживаніи всего того, что исходило отъ больного, и всѣхъ тѣхъ лицъ, которыя соприкасались съ нимъ, и, во 2-хъ, въ увеличеніи персонала по уходу за больными, а именно: 1) въ пріемномъ покоѣ, вмѣсто 2 фельдшеровъ, было 4; 2) въ баракахъ при полномъ составѣ больныхъ нормальное число сестеръ милосердія 32 увеличено до 42. Число прислуги увеличено было вдвое. Усиленъ былъ и врачебный персоналъ, и всему персоналу увеличено содержаніе.

Прошла холера, и въ отчетѣ за 1896 г. читаемъ: «Согласно штатамъ городскихъ больницъ, утвержденныхъ Думою 21/XII 1894 г. и введеннымъ въ больницахъ по постановленію больничной Коммиссіи съ 1/I 1896 г., въ «Барачной больницѣ» число штатныхъ врачей съ 1/I 1896 г. уменьшено: вмѣсто 2 младшихъ ординаторовъ и 8 ассистентовъ, по штату оставлено всего только 8 младшихъ врачей, изъ коихъ 4—по ходатайству Совѣта главныхъ врачей и по постановленію больничной Коммиссіи—назначаются исправляющими должность младшихъ врачей на срокъ до 4-хъ лѣтъ. «Съ 1/I 1896 г. уменьшено также и штатное число сестеръ милосердія (вмѣсто 32 оставлено 28).

Съ уменьшеніемъ числа врачей и сестеръ милосердія въ «Барачной больницѣ» уменьшено по новому штату и содержаніе какъ тѣмъ, такъ и другимъ. А между тѣмъ число больныхъ все наростало, и наростало и увеличилось число дѣтей; другими словами—работы вовсе не уменьшилось.

Такимъ образомъ изъ отчетовъ «Барачной больницы» можно усмотрѣть, что широкое размѣщеніе больныхъ, преимущественно взрослыхъ, и при отсутствіи строгой изоляціи даетъ небольшой % внутреннихъ зараженій, между тѣмъ какъ тѣсное размѣщеніе больныхъ съ преобладаніемъ дѣтей даетъ % этихъ зараженій громадный.

Въ заключеніе позволяю себѣ выставить слѣдующія положенія.

1. Въ настоящее время идеальной изоляціей является личная (индивидуальная) изоляція больного въ отдѣльныхъ комнатахъ, хотя-бы въ одномъ зданіи для всѣхъ заразныхъ больныхъ.

2. Проведеніе такой изоляціи возможно при хорошо подготовленномъ и хорошо обставленномъ больничномъ персоналѣ (сестры милосердія, фельдшера, сидѣлки).

3. Изоляція группами въ отдѣльномъ зданіи для больныхъ одной формой не обезпечиваетъ отъ зараженій въ виду заразительности болѣзней до распознаванія ихъ (въ т. наз. зачаточномъ періодѣ).

4. Тѣсное размѣщеніе больныхъ въ такомъ случаѣ, увеличивая опасность зараженія, дѣлаетъ изоляцію сомнительной.

5. Больные съ невыясненными формами должны быть подвергнуты личной изоляціи.

6. Строгая изоляція больничнаго персонала невыполнима, да и ненужна, такъ какъ онъ можетъ обезпечить себя отъ зараженія и отъ разнесенія заразы, если не обремененъ чрезмѣрной работой и имѣетъ возможность выполнять необходимыя мѣры предосторожности.

7. Данныя о внутреннихъ зараженіяхъ въ больницѣ больше, чѣмъ % смертности, могутъ характеризовать успѣшность дѣятельности заразной больницы, а потому желательна строгая запись всѣхъ случаевъ внутреннихъ зараженій и сообщеніе о нихъ въ отчетахъ.

Г. Олейниковъ.

---

76 Съѣздъ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Бреславлѣ (18–27/IX 1904 г.).

Бреславль, въ 3-ій разъ уже пріютившій у себя нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей, туристу даетъ мало достопримѣчательнаго; для врача-же онъ, напротивъ, не можетъ не представлять большого интереса не столько своими медицинскими учрежденіями, сколько представителями медицинской науки, работающими въ нихъ. Довольно назвать имена *Ponfick*'а (проф. патологической анатоміи), *Filehne* (проф. фармакологіи), *Flügge* (проф. гигіены), *Strümpell*'я (проф. терапевтической клиники), *Mikulicz*'а (проф. хирургіи), *Neisser*'а (проф. кожныхъ болѣзней и сифилиса), *Czerny* (проф. дѣтскихъ болѣзней) и *Küstner*'а (проф. акушерства и женскихъ болѣзней), чтобы показать, сколько поучительнаго находятъ врачи въ клиникахъ Бреславля.

Клиники сгруппированы на окраинѣ города, вблизи зоологическаго сада, въ 3-угольникѣ, образуемомъ 3-мя перекрещивающимися улицами. Красныя зданія клиникъ готическаго стиля построены около 1890 года. Не смотря на то, что они еще сравнительно новы и по внѣшнему виду роскошны, внутреннее ихъ устройство оставляетъ желать многаго. Особеннаго вниманія заслуживаютъ въ нихъ при ихъ осмотрѣ анатомическая коллекція для учебныхъ цѣлей въ анатомическомъ Институтѣ, коллекція атласовъ и муляжей въ клиникѣ кожныхъ болѣзней и коллекція бактеріальныхъ разводокъ въ гигіеническомъ Институтѣ.

Изъ городскихъ больницъ упомяну еще о «больницѣ всѣхъ святыхъ», основанной въ 1526 г. и представляющей одну изъ самыхъ большихъ больницъ Германіи. Больница эта находится почти въ серединѣ города; состоитъ она изъ 5 павильоновъ, въ которыхъ размѣщены слѣдующія 5 отдѣленій: внутреннее на 372 кровати, хирургическое на 188, женское на 48, кожныхъ болѣзней на 100 и отдѣленіе для болѣзней уха, носа и горла на 43.

Изъ выслушанныхъ на Съѣздѣ докладовъ ограничусь указаніемъ лишь на самые выдающіеся, представляющіе къ тому-же интересъ для врачей. На общемъ засѣданіи проф. *Roux* (Halle) прочелъ докладъ о «механикѣ развитія, новой отрасли біологической науки», проф. *Rhumbler* (Göttingen) о «механикѣ и жизни клѣтки». По *Rhumbler*'у многое изъ жизни клѣтки (протоплазмы) можно объяснить физическими законами, многое химическими, но тѣмъ не менѣе много остается еще и данныхъ для того, чтобы признать въ протоплазмѣ психическія качества. Одно общее засѣданіе обѣихъ группъ—врачей и естествоиспытателей—посвящено было вопросу о преподаваніи въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ естественныхъ и математическихъ наукъ. Проф. *Merkel* (Göttingen) въ докладѣ «Пожеланія относительно біологическаго обученія» требовалъ, чтобы въ школѣ ученикъ научился наблюдать и пріобрѣлъ свѣдѣнія о важнѣйшихъ отправленіяхъ человѣческаго тѣла, при чемъ книги должны быть второстепенными, а природа главнымъ средствомъ для обученія. Докладчикъ стоитъ за то, чтобы въ высшихъ классахъ среднихъ учебныхъ заведеній ученикамъ сообщались свѣдѣнія о роли половыхъ органовъ и чтобы это обученіе велось врачами. Проф. *Leubuscher* (Meinin-

gen) представилъ «Разсужденія относительно школьной гигіены». Школа, по его наблюденіямъ, даетъ главнымъ образомъ 3 заболѣванія: близорукость, разстройства кровообращенія (неправильная дѣятельность сердца и сосудодвигателей) и общія нервныя разстройства (головная боль, нервное утомленіе). Вопреки педагогамъ, онъ утверждаетъ, что существуетъ переутомленіе учениковъ. Онъ также стоитъ за то, чтобы школьный врачъ давалъ ученикамъ при выходѣ ихъ изъ школы нужныя свѣдѣнія относительно половой жизни и половыхъ заболѣваніяхъ.

Общее засѣданіе медицинской группы посвящено было вопросу «о бѣлыхъ кровяныхъ тѣльцахъ». Проф. *Grawitz* (Scharlottenburg) въ докладѣ: «Бѣлыя кровяныя тѣльца и ихъ клиническое значеніе» указывалъ, что дѣленіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ на лимфоциты, нейтрофилы и эозинофилы не прочно, ибо способы окрашиванія въ химическомъ отношеніи непостоянны. Изъ костнаго мозга происходятъ и лимфоциты, какъ изъ лимфатической системы происходятъ и зернистыя клѣтки. Разныя бѣлыя кровяныя тѣльца ничто иное, какъ разныя ступени развитія ихъ. Бѣлыя тѣльца вырабатываютъ соки, защищающіе отъ внѣдренія бактерій, выполняютъ фагоцитозъ по *И. И. Мечникову*, совершаютъ резорбціонную и ассимилирующую работу, наконецъ, образуютъ бродила—озонизирующее и свертывающее. Сильный лейкоцитозъ наблюдается во время родовъ. При нагноеніяхъ число нейтрофиловъ бываетъ увеличено. Лейкоцитозъ при нагноеніяхъ—явленіе непостоянное. По *Federmann*'у перитонитъ въ связи съ лейкоцитозомъ даетъ хорошее предсказаніе. При тифѣ въ большинствѣ случаевъ число бѣлыхъ тѣлецъ бываетъ уменьшено, при воспаленіи-же легкихъ увеличено. При бѣлокровіи число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ сильно увеличено и обликъ ихъ ненормаленъ. Проф. *Askanazy* (Königsberg) сообщилъ «о происхожденіи и судьбѣ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ». Проф. *Ehrlich* (Frankfurt a/M.)—«о настоящемъ положеніи науки о эозинофильныхъ клѣткахъ». Разныя клѣтки крови, по *Ehrlich*'у, содержатъ специфическія зерна. Между мiэлогеннымъ и лимфатическимъ бѣлокровіемъ—существенная разница. Эозинофильныя клѣтки находятся въ большомъ количествѣ при трихинозѣ, чужеядныхъ, и въ началѣ тифа, а также при многихъ кожныхъ болѣзняхъ. При ложномъ бѣлокровіи можно вызвать бѣлокровіе настоящее, если впрыснуть подъ кожу растворъ пилокарпина. Главное—строго различать разныя формы бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Въ отдѣлѣ по внутренней медицинѣ *Petruschky*, *Freymuth* и *Welcker* сообщили о лѣченіи бугорчатки легкихъ пріемами туберкулина внутрь. Выводъ изъ этихъ докладовъ и преній по нимъ проф. *Strümpell* сдѣлалъ такой: туберкулинъ еще не сданъ въ архивъ и заслуживаетъ дальнѣйшихъ наблюденій и изслѣдованій. *Schneider* (Görbersdorf) указалъ на то, что при бугорчаткѣ легкихъ учащенный пульсъ даетъ плохое предсказаніе, тогда какъ пульсъ спокойный, при прочихъ равныхъ условіяхъ, хорошее. *Wasserman* (Meran) описалъ новый способъ гимнастики легкихъ, заключающійся въ томъ, что больной вдыханіе дѣлаетъ черезъ узкое отверстіе; при этомъ въ грудной полости отрицательное давленіе увеличивается, и легкія получаютъ больше крови; выгода этого способа по сравненію съ другими та, что сами легкія при этомъ не расширяются, вслѣдствіе чего устраняется опасность кровотеченія. *Steubeck* (Stockholm) указалъ на то, что токи высокаго напряженія *Tesla* оказываютъ благотворное дѣйствіе на клиническіе припадки легочной бугорчатки.

Въ хирургическомъ отдѣлѣ проф. *Mikulicz* показалъ нѣсколькихъ больныхъ, у которыхъ онъ удалилъ предстательную железу со стороны прямой кишки.

Въ отдѣлѣ по дѣтскимъ болѣзнямъ засѣданіе подъ предсѣдательствомъ *К. А. Рауxфуса* (Петербургъ) посвящено было вопросу о коровьемъ молокѣ для дѣтей. Проф. *Schlossmann* (Dresden) указалъ на недостаточность охлажденія молока въ водѣ, а пробовалъ дѣлать это на льду. Лучшее молоко получается отъ коровъ, пасущихся свободно. Консервы молока онъ призналъ совсѣмъ непригодными. *Behring* утверждалъ, будто кипяченое молоко само по себѣ вредно. Совѣтъ *Behring*'а прибавлять къ молоку формальдегидъ слѣдуетъ отвергнуть, ибо средство это вредно для ребенка. Ч. пр. *Seiffert* (Leipzig) совѣтовалъ бросить кипяченіе и пастеризацію молока и избѣгать всякихъ искусственныхъ дѣйствій надъ нимъ. Проф. *Czerny* утверждалъ, что кипяченое молоко вполнѣ отвѣчаетъ предъявляемымъ къ нему потребностямъ. *Heubner* (Berlin) думаетъ, что немыслимо поголовно употреблять молоко сырое. По мнѣнію проф. *Neisser*'а (Frankfurt a/M.) не доказано, чтобы кипяченіе молока измѣняло его составъ; онъ полагаетъ, что вопросъ о снабженіи дѣтей хорошимъ молокомъ самымъ правильнымъ образомъ разрѣшенъ на югѣ Франціи и Италіи, гдѣ коровъ гонятъ по городу и доятъ у самого потребителя молока. *К. А. Рауxфусъ* сообщилъ о «притупленіи звука около позвоночника на здоровой сторонѣ груди при плейритическихъ выпотахъ». Д-ръ *Grossmann* (Berlin) говорилъ о «психотерапіи въ дѣтской практикѣ» и стоялъ за гипнозъ. Д-ръ *Thiemisch*, наоборотъ, предостерегалъ отъ употребленія гипноза въ дѣтскомъ возрастѣ. Не лишне упомянуть, что и въ отдѣлѣ по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ раздавались голоса противъ гипноза.

Большой интересъ представили засѣданія отдѣла по гинекологіи и акушерству. Оно и понятно, если имѣть въ виду, что въ работѣ отдѣла принимали участіе такія научныя силы, какъ *Winkel*, *Freund*, *Veil*, *Martin Küstner*, *Wertheim*, *Mackenrodt*, *Döderlein*, *Hofmeier* и др. 1-ое засѣданіе посвящено было вопросу объ удаленіи раковой матки. *W. A. Freund* показалъ больную, у которой онъ въ іюнѣ 1878 г. произвелъ 1-ую удачную операцію полнаго удаленія раковой матки. На эту-же тему сообщали проф. *Döderlein* (Tübingen) и ч. пр. *Mackenrodt* (Berlin). Изъ преній выяснилось, что въ общемъ почти всѣ отдаютъ предпочтеніе брюшному способу операціи съ удаленіемъ железъ, при чемъ подчеркивалось, однако, то, что и въ стремленіи удалять ткани нужно поставить извѣстную границу и не идти въ своихъ требованіяхъ до безконечности. *Döderlein* говорилъ: прежде всего надо нащупать лимфатическія железки и, если онѣ окажутся измѣненными, главное—твердыми, то удалить ихъ и лишь послѣ этого браться за матку. *Hofmeier* замѣтилъ, что и 5 лѣтъ наблюденія за оперированными *Winter*'омъ—произвольный срокъ; что изъ статистики надо изъять случаи раковаго пораженія тѣла матки; что поборники брюшного пути раньше заявляли, что они могутъ удалить все, теперь-же оказывается, что отыскиваніе лимфатическихъ железъ уже ни къ чему не ведетъ, если онѣ поражены ракомъ. Проф. *Veil* утверждалъ, что главная опасность не въ техникѣ операціи, а въ самомъ новообразованіи и въ способахъ приготовленія къ операціи: въ ракѣ могутъ гнѣздиться и стрептококки, которые и уносятъ больныхъ послѣ операціи. Проф. *Martin* указалъ, что для наблюденій прошло еще слишкомъ мало времени: для этого коротка цѣлая жизнь одного наблюдателя.—Онъ-же въ отдѣльномъ докладѣ хвалилъ спинномозговое обезболиваніе помощью адреналина-кокаина при родахъ. Въ томъ-же отдѣлѣ сдѣлалъ докладъ д-ръ *Ненадовичъ* (Franzensbad) «Къ бальнеотерапіи женскихъ болѣзней»; д-ръ *Нейгебауеръ* (Варшава) показалъ 2-хъ гермафродитовъ; проф. *Küstner* сообщилъ о пользѣ примѣненія при операціяхъ резиновыхъ перчатокъ.

Въ связи со Съѣздомъ была устроена богатая выставка медицинскихъ приборовъ и препаратовъ и чрезвычайно интересная выставка «Нѣмецкаго Общества борьбы противъ знахарства». Въ Германіи, какъ извѣстно, знахарство закономъ не воспрещено, а потому и приняло здѣсь огромные размѣры. Названное Общество и имѣло въ виду показать своей выставкой, какъ сильно распространилось знахарство въ Германіи именно со времени упраздненія закона противъ него и какими средствами пользуются знахари въ своемъ дѣлѣ. 1-ое отдѣленіе выставки показывало, какими способами знахари «ловятъ» публику. Конечно, прежде всего это—реклама въ газетахъ; въ такой почтенной газетѣ, какъ «Berliner Lokalanzeiger», за 3 мѣсяца помѣщено было около 200 объявленій знахарей. Во 2-мъ отдѣленіи выставки указывалось, какъ «обрабатывается» публика въ дальнѣйшемъ. Послѣ объявленій слѣдуютъ «научныя» брошюры. Листки съ подробнымъ опросомъ больныхъ должны зародить вѣру, что знахарь очень добросовѣстно изучаетъ состояніе здоровья своего кліента. Но, увы, оказывается, что всѣ эти листки какъ только поступаютъ къ знахарямъ, такъ прямо и бросаются ими въ мусорную корзину. Какъ иначе объяснить, что противъ рака и противъ бугорчатки легкихъ 2-мъ лицамъ изъ института «Spirospero» назначалось одно и тоже средство? Заведеніе «Spirospero» держитъ 14 писарей-приказчиковъ для корреспенденціи. Въ 3-мъ отдѣленіи собрана была коллекція знахарскихъ лѣкарствъ и указывался составъ ихъ тайныхъ средствъ. Оказывается, что многія изъ этихъ лѣкарствъ безразличны, но очень дороги, а многія прямо опасны для здоровья. 4-ое, 5-ое и 6-ое отдѣленія знакомили съ извѣстными «неядовитыми», и «неоперативными» способами лѣченія, какъ Baunscheidt'изм, электрогомеопатія, осциляція, «лѣчебная система будущности», лѣчебный магнетизмъ, витализмъ, лѣченіе неядовитыми растеніями, молитвой и т. п. 7-ое отдѣленіе представляло статистику, изъ которой видно, что въ извѣстныхъ округахъ Германіи число знахарей превышаетъ число врачей, при чемъ большинство знахарей имѣетъ небезупречную прошлость и подвергались за разныя преступленія судебной карѣ. 8-ое отдѣленіе содержало книги и бумаги, касающіяся правового положенія знахарей; 9-ое—приказы и предостереженія властей противъ знахарей, а также популярныя сочиненія врачей. 10-ое отдѣленіе знакомило съ т. наз. магическими средствами дикихъ народовъ. До крайности становилось стыдно, когда приходилось убѣждаться во-очію, что въ «культурной» Германіи такъ многіе въ дѣлѣ лѣченія не ушли отъ міровоззрѣнія этихъ дикарей, отгоняющихъ болѣзни молитвами и заклинаніями и размахивающихъ при этомъ надъ головой больного человѣческимъ черепомъ или ударяющихъ въ барабанъ.

Л. Ненадовичъ.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Патологическая анатомія. 844. Д-ръ *S. Iellinek* (Вѣна) сообщаетъ интересный *случай множественной міэломы.*

45-лѣтній слесарный подмастерье изъ здороваго семейства годъ назадъ внезапно заболѣлъ: появились частые, неправильные ознобы съ неопредѣленными болями въ груди и въ крестцѣ. Боли все усиливались, и стало трудно ходить: въ ногахъ появились молніеобразныя боли; позывъ на ѣду и сонъ ухудшились, и 1/XII 1902 г. больной поступилъ въ больницу. На основаніи двигательной недостаточности, пониженія рефлексовъ и ланцетовидныхъ болей предполагали сначала спинную сухотку; но все болѣе и болѣе выступающіе признаки пораженія костной системы заставили усомниться въ правильности этого распознаванія. Измѣненія и поврежденія костей были слѣдующія: больной въ постели получилъ переломы обѣихъ бедренныхъ костей; концы переломовъ были крайне болѣзненны, болѣзненность всего костнаго

скелета вообще; грудная кость была вогнута, S-образно изогнута, мягка; ключицы укорочены, бугристы; ребра частью образовали углы, частью были изогнуты, расположены ассиметрично; однажды, при выслушиваніи вслѣдствіе надавливанія стетоскопомъ произошелъ переломъ 4-го лѣваго ребра; не смотря на величайшую осторожность, при перемѣнѣ бѣлья сломалась правая плечевая кость въ нижней $^1/_3$. При внимательномъ осмотрѣ и ощупываніи оказалось, что костная система была поражена глубокимъ и распространеннымъ разрушительнымъ процессомъ. Въ области лѣваго лобнаго бугра было круглое твердое и неровное углубленіе съ зубчатыми краями, въ 2 коп. величиной; біенія не было; кожа надъ углубленіемъ была подвижна; подобныя-же меньшія и большія блюдечно-образныя углубленія разсѣяны были по всей черепной крышкѣ; нигдѣ не было утолщеній, инфильтратовъ окружающихъ мягкихъ частей; такія-же углубленія были на ключицахъ. При измѣреніи найдено укороченіе, иногда значительное, многихъ костей, въ особенности нижнихъ конечностей, которыя были какъ-бы закручены и совершенно неподвижны; прикосновеніе къ нимъ даже одѣяла вызывало боли; на лѣвой голени подъ нормальной кожей было порядочное углубленіе. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ, крови, мочи и испражненій дали вполнѣ отрицательный результатъ. Путемъ исключенія и принимая во вниманіе гнѣздообразный характеръ пораженія преимущественно костей съ лимфоиднымъ костнымъ мозгомъ, авторъ предположилъ первичную множественную міэлому. Изслѣдованіе съ помощью *Roentgen*'овскихъ лучей обнаружило въ скелетѣ много круглыхъ пятенъ, болѣе свѣтлыхъ, чѣмъ окружающія ихъ костныя тѣни; пятна эти указывали на отсутствіе костной ткани и разрѣженіе ея. 22/VI больной, который былъ мученикомъ въ буквальномъ смыслѣ этого слова и жилъ только подъ морфіемъ и др. снотворными, умеръ. Вскрытіе подтвердило прижизненное распознаваніе: найдена множественная міэлогенная саркома костей. Разрушеніе костной системы было значительное: почти ни одна кость не осталась пощаженной. Многія части скелета исчезли и замѣщены были новообразованіемъ, другія были измѣнены до неузнаваемости. Черепная крышка была пронизана круглыми или яйцевидными, желтоватаго и красноватаго цвѣта гнѣздами, заложенными въ кости на подобіе моллюсковъ въ раковинѣ; видъ и плотность гнѣздъ была желатинообразная; нигдѣ нельзя было обнаружить органической связи между опухолью и костями. Послѣ вымачиванія черепъ представлялъ такой видъ, какъ будто онъ былъ прострѣленъ многочисленными пулями. Остальныя кости представляли такія-же измѣненія различной величины. Новообразованіе, не смотря на свою обширность, всюду ограничивалось костной системой, не захватывая мягкихъ частей. Лимфатическіе сосуды и внутренніе органы были совершенно свободны отъ новообразованія. При микроскопическомъ изслѣдованіи новообразованіе вполнѣ соотвѣтствовало типу множественной міэломы (*Virchow*'s Archiv, т. 177, тетр. 1). *А. Н. Д.*

Физіологія и общая патологія. 845. Д-ръ *W. Zangenmeister* (Berlin) сдѣлалъ цѣлый рядъ опредѣленій *точки замерзанія пропотовъ и выпотовъ* и замѣтилъ, что въ большинствѣ случаевъ она близко подходитъ къ точкѣ замерзанія крови. Отклоненія представляютъ лишь выпоты, содержащіе очень много форменныхъ элементовъ, какъ, напр., гнойные и выпоты при бугорчатковыхъ страданіяхъ. *Retkowski*, изучавшій тотъ-же вопросъ и также замѣтившій, что жидкости, содержащія большія количества гнойныхъ клѣтокъ, имѣютъ болѣе низкую точку замерзанія, объясняетъ это явленіе распадомъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Авторъ находитъ это объясненіе неправильнымъ, такъ какъ при сохраненіи обезпложеннаго гноя, не смотря на сильный распадъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, пониженія точки замерзанія не наблюдается. Причина увеличенія частичной концентраціи въ гнойныхъ выпотахъ заключается въ жизнедѣятельности бактерій, которыя разлагаютъ болѣе сложныя вещества питательной среды и такимъ образомъ увеличиваютъ число частицъ въ жидкости, въ которой онѣ размножаются. Авторъ сдѣлалъ цѣлый рядъ опредѣленій точки замерзанія жидкихъ питательныхъ средъ до и послѣ роста на нихъ бактерій и всегда наблюдалъ ясно выраженное пониженіе точки замерзанія подъ вліяніемъ жизнедѣятельности микроорганизмовъ. Изучены были въ этомъ отношеніи: кишечная палочка, грозде-и цѣпекокки. Такъ какъ въ бугорчатковыхъ пропотахъ наблюдается не пониженіе, а незначительное повышеніе точки замерзанія, то нужно предполагать, что бугорчатковая палочка дѣйствуетъ на питательную среду, понижая ея частичную концентрацію. Опытовъ въ этомъ направленіи авторомъ сдѣлано не было. И клиническія наблюденія подтверждаютъ, что на пониженіе точки замерзанія гнойныхъ выпотовъ вліяютъ главнымъ образомъ бактеріи. Такъ, въ одномъ случаѣ густой гной изъ бугорчатковаго спондилитическаго нарыва, совершенно не содержащій, какъ показало изслѣдованіе, бактерій, имѣлъ точку замерзанія, близкую къ точкѣ замерзанія крови. Тоже самое наблюдалось и въ другомъ случаѣ, гдѣ гной взятъ былъ изъ натечнаго нарыва и также не содержалъ микроорганизмовъ. Во всѣхъ-же случаяхъ, гдѣ при изслѣдованіи найдены были бактеріи, точка замерзанія была значительно ниже точки замерзанія крови (Münchener medicinische Wochenschrift, № 41). *А. Коварскій.*

Физіологическая химія. 846. Д-ръ *Albert Neumann* (изъ физіологическаго Института въ Berlin'ѣ) *видоизмѣнилъ орциновую пробу на пентозы* такъ, что при помощи этой реакціи можно не только отличать разные виды пентозъ, но также опредѣлять и другіе виды сахара. Реакція по *Neumann*'у производится такъ: въ широкую пробирку наливаютъ 10 капель испытуемой жидкости, 5 к. см. покупной (99%) ледяной уксусной кислоты и нѣсколько капель крѣпкаго (5%) спиртнаго раствора орцина. Взболтавъ смѣсь, ее нагрѣваютъ до кипѣнія; пробирку затѣмъ помѣщаютъ въ держалку и изъ бутылки, снабженной капельницей, прибавляютъ по каплямъ крѣпкой сѣрной кислоты, при чемъ послѣ прибавленія каждыхъ 5 капель (а впослѣдствіи каждыхъ 10) смѣсь взбалтываютъ. Прибавленіе кислоты по каплямъ и взбалтываніе безусловно необходимы, такъ какъ иначе жидкость будетъ выброшена изъ пробирки. Сѣрную кислоту прибавляютъ до тѣхъ поръ, пока не получится ясно выраженная окраска жидкости; больше 50 капель во всякомъ случаѣ прибавлять не слѣдуетъ и въ общемъ слѣдуетъ избѣгать прибавки избытка кислоты. Когда получилась ясно выраженная окраска, жидкости даютъ остыть, а затѣмъ ее изслѣдуютъ спектроскопически. Различные виды сахаровъ содержатся при этой реакціи слѣдующимъ образомъ: 1) арабиноза (пентоза) даетъ фіолетово-красное окрашиваніе, а при спектроскопическомъ изслѣдованіи линію поглощенія въ желтой части спектра (вправо отъ линіи D); 2) ксилоза (пентоза) даетъ синее окрашиваніе жидкости, а въ спектроскопѣ 2 линіи: одну въ оранжевой части (вправо отъ C), а другую въ желтой; послѣдняя совпадаетъ съ линіей арабинозы, только слабѣе выражена, 3) гликуроновая кислота даетъ зеленовато-синее окрашиваніе жидкости и полосу поглощенія въ красной части спектра влѣво отъ C; 4) виноградный сахаръ (декстроза) даетъ коричнево-красное окрашиваніе жидкости и полосу въ зеленой части спектра; наконецъ 5) плодовый сахаръ даетъ желто-коричневое окрашиваніе жидкости, полосу въ красной части спектра и затемнѣніе его, начиная съ зеленаго цвѣта (Berliner klinische Wochenschrift, № 41). *А. Коварскій.*

Фармакологія. 847. Д-ръ *Stroux* (Andernach) изучалъ дѣйствіе новаго снотворнаго препарата *нейронала* (Neuronal), предложеннаго Bonn'скимъ профессоромъ *Schultze* и представляющаго по своему химическому строенію бромдіэтилацетамидъ. Это—сѣрый кристаллическій порошокъ, имѣющій ментолоподобный вкусъ; онъ почти нерастворимъ въ водѣ, легко растворяется въ спиртѣ, эѳирѣ, бензолѣ, маслѣ и т. п. Назначается онъ въ случаяхъ легкой безсонницы въ количествахъ отъ 0,5 до 1,0 грм., въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ по 1,5—2,0 грм. Самымъ важнымъ достоинствомъ новаго препарата является его ничтожная ядовитость и отсутствіе какихъ-либо непріятныхъ послѣдствій при продолжительномъ его употребленіи. Дѣйствіе его обнаруживается уже черезъ $^1/_2$ часа послѣ пріема, при чемъ сонъ ничѣмъ не отличается отъ нормальнаго. Средство оказалось дѣйствительнымъ при самыхъ сильныхъ состояніяхъ возбужденія, у больныхъ съ періодической маніей, старческимъ слабоуміемъ, dementia praecox и т. п.; въ этихъ случаяхъ пріемомъ въ 2,0 достигался сонъ въ теченіи 5—6 часовъ. Сравненіе дѣйствія нейронала съ тріоналомъ, сульфоналомъ и вероналомъ показало, что новый препаратъ не уступаетъ имъ въ своей снотворной силѣ и выгодно отличается отъ нихъ своей неядовитостью. Изъ 40 случаевъ примѣненія нейронала (при чемъ производились и систематическія клиническія наблюденія) только 3 раза наблюдалось учащеніе пульса подъ вліяніемъ средства; но эта неправильность постепенно исчезла, не смотря на то, что средство продолжали давать. Особенно благопріятнымъ оказалось дѣйствіе

нейронала при падучей. Какъ и при всѣхъ снотворныхъ средствахъ, и при нейроналѣ сказываются личныя особенности больныхъ въ силѣ его дѣйствія, и въ одномъ случаѣ автора (легкая безсонница) нейроналъ не оказалъ никакого дѣйствія въ то время, какъ дормiолъ вызвалъ крѣпкій сонъ (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 41). *А. К.*

848. Д-ръ *Loeb* (Berlin) изучалъ дѣйствіе новаго препарата *пиренола* (Pyrenol), представляющаго химическое соединеніе салициловой, бензойной кислоты и тимола, и нашелъ, что средство это, не обусловливая никакихъ побочныхъ неблагопріятныхъ явленій, оказывается полезнымъ при остромъ и хроническомъ бронхитѣ, бронхіальной астмѣ, гриппѣ, фибринозномъ воспаленіи легкихъ и свѣжей бронхо-пнеймоніи. Назначается пиренолъ или въ видѣ раствора изъ 8,0—10,0 на 200 воды, черезъ 2 часа, по столовой ложкѣ, или въ видѣ лепешекъ по 0,5, черезъ 2 часа по лепешкѣ. Дѣтямъ даютъ раствора изъ 4,0—6,0 на 180 + 20 малиноваго сиропа, черезъ 2 часа по чайной ложкѣ (Berliner klinische Wochenschrift, № 41). *А. К.*

Внутреннія болѣзни. 849. *Paul Sainton* и *R. Voisin* сдѣлали обзоръ дов. многочисленныхъ данныхъ, скопившихся въ литературѣ по вопросу о *способахъ наблюденія, природѣ, происхожденіи и распознавательномъ значеніи признака В. М. Кернига.* Признакъ этотъ, согласно тому описанію, какое первоначально далъ ему *В. М. Кернигъ* («Врачъ», 1884 г., № 27), заключается въ томъ, что у больныхъ, страдающихъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ, при подниманіи и особенно при усаживаніи ихъ на постели появляется судорожное сокращеніе мышцъ, сгибающихъ колѣнный суставъ, а иногда также и сгибателей локтя. Такимъ образомъ признакъ *В. М. Кернига* наблюдается собственно какъ на верхнихъ, такъ и на нижнихъ конечностяхъ, но въ первомъ случаѣ онъ не отличается постоянствомъ и вообще не имѣетъ такого значенія, какъ въ послѣднемъ. Обнаружить судорожное сокращеніе мышцъ, сгибающихъ колѣно, можно различными способами, а именно: если при лежачемъ положеніи больного давленіемъ на его бедра помѣшать сгибанію его колѣнъ, то больной, при наличности признака *В. М. Кернига*, не будетъ въ состояніи сѣсть; съ другой стороны, если больной сидитъ на постели, то ноги его, согнутыя вслѣдствіе судороги сгибателей колѣннаго сустава, не могутъ быть выпрямлены и уложены горизонтально на постели. Въ тѣхъ случаяхъ, когда судорожное сокращеніе мышцъ спины и затылка не позволяетъ больному сидѣть, можно, оставляя его въ лежачемъ положеніи, пригибать его бедра къ тазу, при чемъ по силѣ, съ какой приходится надавливать на колѣни, чтобы удержать ноги въ вытянутомъ положеніи, можно судить о степени имѣющагося судорожнаго сокращенія мышцъ, сгибающихъ колѣнные суставы. Величина сгибанія колѣнъ при признакѣ *В. М. Кернига* колеблется отъ прямого угла (рѣдко) до 120—135°. Первоначально признаку *В. М. Кернига* приписывалось патогномоническое значеніе при распознаваніи воспаленія мозговыхъ оболочекъ. Послѣдующія наблюденія показали, однако, что признакъ этотъ нельзя считать постояннымъ, хотя онъ и встрѣчается очень часто, а именно—болѣе, чѣмъ въ $^3/_4$ всѣхъ менингитовъ бактеріальнаго происхожденія. Что касается того, не составляетъ-ли признакъ *В. М. Кернига* преимущественную принадлежность одной какой-нибудь разновидности менингита, то имѣющіяся на этотъ счетъ данныя заставляютъ предполагать, что онъ чаще всего наблюдается именно при спинномозговомъ менингитѣ. Между усиленіемъ или ослабленіемъ проявленій менингита и степенью выраженности признака *В. М. Кернига* существуетъ извѣстный параллелизмъ. Заслуживаетъ вниманія также то, что появленіе признака *В. М. Кернига* совпадаетъ обыкновенно съ исчезновеніемъ колѣнныхъ рефлексовъ. Наблюдаемый на ряду съ другими признаками менингита (головная боль, рвота, параличи, сведенія) признакъ *В. М. Кернига*, безспорно, имѣетъ важное значеніе при распознаваніи названнаго заболѣванія. Но еще большее значеніе пріобрѣтаетъ онъ при скрыто протекающихъ и легкихъ формахъ менингита, при которыхъ наличность его позволяетъ «напасть на слѣдъ» заболѣванія мозговыхъ оболочекъ и побуждаетъ произвести изслѣдованіе спинномозговой жидкости. Кромѣ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, признакъ *В. М. Кернига* встрѣчается при кровоизліяніяхъ въ мозговыя оболочки, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ отсутствуютъ явленія, указывающія на заразный характеръ болѣзни. При другихъ заразныхъ болѣзняхъ признакъ *В. М. Кернига* встрѣчается рѣдко, преимущественно при тѣхъ формахъ тифа и воспаленія легкихъ, гдѣ имѣются явленія раздраженія мозговыхъ оболочекъ. Изъ отравленій описываемый признакъ наблюдался почти при одномъ лишь мочекровіи. Наконецъ, онъ встрѣчается при нѣкоторыхъ болѣзняхъ нервной системы, но относящіяся сюда наблюденія еще слишкомъ разрознены и недостаточны, чтобы можно было точно указать здѣсь его распознавательное значеніе. Во взглядахъ на причину признака *В. М. Кернига* различные авторы расходятся между собою. Одни видятъ ее въ ненормально повышенномъ давленіи спинномозговой жидкости, другіе—въ раздраженіи мозговыхъ оболочекъ и самого мозга, наконецъ, третьи смотрятъ на него, какъ на рефлексъ, вызванный болью (Gazette des hôpitaux, № 97). *И. Назаровъ.*

850. Ч. пр. *Feer* (Basel) описываетъ *измѣненія на ногтяхъ*, наблюдавшіяся имъ *послѣ скарлатины* и *кори*. Черезъ 4 или 5 недѣль послѣ начала скарлатины, т. е. къ тому времени, когда шелушеніе бываетъ закончено, у корня ногтя, на его поверхности появляется поперечное желобообразное углубленіе, рѣже соотвѣтствующій узкій валикъ. Авторъ обозначаетъ это измѣненіе названіемъ скарлатинной линіи. Линія эта по мѣрѣ роста ногтя подвигается впередъ, и, такъ какъ ростъ ногтя обыкновенно продолжается около 5 или 6 мѣс., то и линію эту можно наблюдать большею частью еще въ теченіи 5 мѣсяцевъ послѣ исчезновенія всѣхъ признаковъ скарлатины и такимъ образомъ во многихъ случаяхъ заднимъ числомъ распознать перенесенную болѣзнь. Яснѣе всего скарлатинная линія бываетъ выражена на ногтѣ большого пальца руки; здѣсь поэтому прежде всего ее и слѣдуетъ искать, и, чѣмъ лучше развитъ ноготь, тѣмъ яснѣе она выступаетъ; поэтому она лучше всего видна у взрослыхъ. Кромѣ того, на нее имѣетъ вліяніе характеръ бывшей сыпи. Рѣзко выраженныя сыпи оставляютъ послѣ себя болѣе ясно выраженныя линіи. Авторъ разсматриваетъ это измѣненіе ногтей, какъ явленіе, аналогичное шелушенію; оно, по его мнѣнію, заключается въ томъ, что одновременно съ заболѣваніемъ всего покровнаго слоя кожи соотвѣтствующее разстройство распространяется и на эпителіальный зародышевый слой корня ногтя, вслѣдствіе чего равномѣрное развитіе ногтя въ это время прерывается; такимъ образомъ получается поперечный желобокъ или валикъ, который становится виднымъ лишь послѣ періода шелушенія. Направленіе этого валика какъ разъ соотвѣтствуетъ нормальной линіи роста ногтя и представляетъ дугу, обращенную выпуклостью къ свободному краю ногтя. При кори описанное измѣненіе ногтя наблюдается гораздо рѣже, чѣмъ при скарлатинѣ; кромѣ того, оно бываетъ слабѣе выражено. Авторъ считаетъ этотъ признакъ весьма важнымъ для распознаванія перенесенной скарлатины въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится имѣть дѣло съ послѣдствіями и осложненіями этой болѣзни, при чемъ врачъ не имѣлъ возможности видѣть больного во время болѣзни. При кори это имѣетъ меньше значенія, такъ какъ распознаваніе ея заднимъ числомъ, на основаніи разсказовъ окружающихъ, гораздо легче въ виду болѣе типичнаго ея теченія. По положенію линіи на ногтѣ можно также опредѣлить довольно точно, сколько мѣсяцевъ прошло послѣ болѣзни (Münchener medicinische Wochenschrift, № 40). *А. Коварскій.*

851. Д-ра *Lubowski* и *Steinberg* (Breslau) въ *2-хъ случаяхъ воспаленія уха, вызваннаго чудесной палочкой* (b. proteus), при чемъ въ 1 случаѣ одновременно было зараженіе гроздекоккомъ и цѣпочечнымъ коккомъ, обнаружили, что *сыворотка крови этихъ больныхъ склеивала брюшнотифозную палочку при разведеніи 1:80.* Оба больные умерли, и при вскрытіи одного изъ нихъ никакихъ признаковъ брюшного тифа не найдено. При впрыскиваніи разводокъ чудесной палочки и гроздекокка кроликамъ и морскимъ свинкамъ удалось вызвать, хотя и не у всѣхъ, значительное повышеніе способности сыворотки къ склеива-

нію брюшнотифозной палочки. Съ разводками цѣпочечныхъ кокковъ, холерныхъ запятыхъ и b. fluorescens liquefaciens подобнаго результата достигнуть не удалось. Такимъ образомъ на основаніи этихъ изслѣдованій выясняется, что возможность значительнаго склеиванія брюшнотифозной палочки не ограничивается только группою тифозно-кишечной палочки, но можетъ быть и при зараженіи чудесной палочкой гроздекоккомъ; съ другой стороны, для опредѣленія брюшного тифа съ помощью реакціи *Gruber-Widal*'я, границы разведенія должны быть значительно повышены (болѣе 1:600), чтобы исключить возможность склеиванія при другихъ заразныхъ болѣзняхъ; вслѣдствіе этого во многихъ случаяхъ настоящаго брюшного тифа придется отказаться отъ серодіагностики, такъ какъ въ этихъ случаяхъ въ первыя недѣли болѣзни, и иногда и дольше, наблюдаются только низкія цифры способности къ склеиванію (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 79, тетр. 5 и 6). *А. Н. Дмитріевъ.*

Хирургическія болѣзни. 852. Проф. *Tavel* (Bern), чтобы избѣжать на операціонныхъ ранахъ кровяныхъ свертковъ, мѣшающихъ быстрому заживленію раны и способствующихъ зараженію ея, началъ примѣнять орошеніе раны *растворомъ обезпложенной желятины.* Кровотеченія изъ раны послѣ орошенія ея такимъ растворомъ не бываетъ, или-же оно совершенно ничтожное. Необходимое условіе при употребленіи желятины — это производство посѣвовъ и опыты на животныхъ, чтобы получить такимъ путемъ убѣжденіе въ отсутствіи въ желятинѣ споръ столбняка (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1903 г., 15 іюня). *А. Н. Д.*

853. Проф. *Southam* (Manchester) сообщаетъ о 120 произведенныхъ имъ операціяхъ *удаленія мочепузырныхъ камней.* Изъ 120 больныхъ 8 были женщины; у 7 изъ нихъ камни удалены черезъ расширенный мочеиспускательный каналъ, у 8-ой—путемъ влагалищнаго камнесѣченія. Изъ 112 лицъ мужского пола 49 подверглись камнедробленію, 17—боковому и 46—надлобковому сѣченію. Новое образованіе камня послѣ операціи наблюдалось у 7 больныхъ, всѣ они имѣли болѣе 50 л. отъ роду. По возрастамъ оперированные распредѣлялись такъ: до 10 лѣтъ 29, изъ нихъ 6—3-лѣтніе; 47—между 10 и 50 годами; 17 между 50—60; 18 между 60—70; 9 между 70—80. Общая смертность была 10%. 1 смертный случай относится къ операціи камнедробленія (смерть на 2-ой день отъ мочекровія; больной былъ подагрикъ); остальные 11 приходятся на оперированныхъ высокимъ камнесѣченіемъ. Для послѣдней операціи такимъ образомъ получается высокій % смертности—24%. Смерть или наступала вслѣдствіе внезапнаго упадка сердечной дѣятельности, или-же, какъ обнаруживалось на вскрытіи, существовала болѣзнь почекъ, и смерть наступала при явленіяхъ прекращенія мочеотдѣленія и припадкахъ мочекровія (British Medical Journal, 21 мая). *Л. Старокадомскій.*

854. Д-ръ *Fromme* и *Gawronsky* (Halle) изслѣдовали вопросъ объ *обезпложиваніи резиновыхъ перчатокъ*, употребляемыхъ при хирургическихъ операціяхъ. На основаніи цѣлаго ряда бактеріологическихъ изслѣдованій они пришли къ заключенію, что механическимъ путемъ, т. е. мытьемъ горячей водой и мыломъ нельзя обезплодить поверхность перчатокъ; удается это лишь тогда, если за мытьемъ горячей водой и мыломъ въ теченіи 4-хъ минутъ слѣдуетъ мытье растворомъ сулемы (1:1000) въ теченіи 2-хъ минутъ. Перчатки, однако, должны быть совершенно цѣлы, и на нихъ нигдѣ не должно быть складокъ или морщинъ. На основаніи результатовъ своихъ изслѣдованій авторы совѣтуютъ врачамъ-практикамъ не возить съ собой обезпложенныхъ перчатокъ, а обезпложивать ихъ передъ самой операціей вышеприведеннымъ путемъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 40). *А. Коварскій.*

755. Д-ръ *Euler-Rolle* на основаніи 15 наблюденій считаетъ *новое противовоспалительное средство гетралинъ* (Hetralin) очень пригоднымъ въ случаяхъ воспаленія мочевого пузыря различнаго происхожденія.

Гетралинъ по химическому составу есть диоксибензолгексаметилентетраминъ и, представляя такимъ образомъ сочетаніе формальдегида съ феноломъ, обладаетъ значительной бактеріеубивающей способностью. Гетралинъ растворяется въ 4 частяхъ горячей и въ 14 холодной воды, легко въ спиртѣ, имѣетъ видъ снѣжнобѣлыхъ игольчатыхъ кристалловъ; величина пріема его 1,5—3,0 въ сутки въ 3 пріема.

Въ случаяхъ автора, относящихся къ воспаленію пузыря при гипертрофіи предстательной железы, послѣ перелойнаго воспаленія мочеиспускательнаго канала, послѣ катетеризаціи и при щелочномъ броженіи мочи въ пузырѣ—наступало очень быстро значительное улучшеніе, а затѣмъ и совершенное исчезновеніе болѣзненныхъ припадковъ. Благопріятный отзывъ о гетралинѣ даетъ также д-ръ *Helfer*, примѣнявшій его при воспаленіи пузыря у тифозныхъ и въ 6 случаяхъ мочекислаго худосочія. Авторъ полагаетъ, что гетралинъ заслуживаетъ серьезнаго испытанія при послѣдней болѣзни, такъ какъ у 4 изъ 6 больныхъ быстро наступило рѣзкое улучшеніе. Моча тифозныхъ больныхъ, содержавшая громадныя количества тифозныхъ палочекъ, при лѣченіи гетралиномъ становилась спустя 4—14 дней совершенно обезпложенной (Medicinische Blätter, 30 іюня). *Л. Старокадомскій.*

856. Д-ръ *Julien наблюдалъ случай* очень рѣдкаго и мало изслѣдованнаго заболѣванія—*макроглоссіи.*

2-лѣтній, правильно развитой ребенокъ имѣетъ большой и толстый, торчащій на нѣсколько стм. изо рта языкъ, покрытый на верхней поверхности изъязвленіями. Больной можетъ глотать только жидкую и полужидкую пищу; рѣчь сильно затруднена. Температура тѣла за недѣлю наблюденія колебалась между 36°,8—39° Ц.; другихъ болѣзненныхъ припадковъ не наблюдалось. Ребенокъ—3-й въ семьѣ, сынъ здоровыхъ родителей. Уже тотчасъ по рожденіи было замѣчено, что языкъ его несоразмѣрно толстъ; однако, кормленіе грудью шло болѣе или менѣе правильно. Послѣ 3 мѣсяцевъ языкъ увеличился нѣсколько, но еще не выдавался изъ полости рта. На 10-мъ мѣсяцѣ появились первые зубы; тогда-же ребенокъ болѣлъ неопредѣленною формою накожной сыпи, распространенной на головѣ, рукахъ и туловищѣ; съ этого-же времени языкъ увеличился до того, что не помѣщался уже въ ротовой полости. При поступленіи больного было замѣчено періодическое—черезъ 2—3 дня—нѣкоторое уменьшеніе языка, смѣнявшееся снова его набуханіемъ; обильное слюнотеченіе. Подъ вліяніемъ ртутныхъ втираній и іодистаго калія на короткое время языкъ уменьшился, но вскорѣ достигъ прежней величины. Подъ хлороформомъ удалена выдававшаяся часть языка; сосуды перевязаны; наложенъ рядъ кетгутовыхъ швовъ. На другой день 40°,2, въ теченіи слѣдующихъ 3-хъ дней—около 38°,5. Швы прорѣзались на 2-ой и 3-ій дни. Конецъ культи увеличился и былъ твердъ на ощупь. Ребенокъ взятъ изъ лѣчебнаго заведенія на 5-й день послѣ операціи и дома умеръ черезъ 9 дней. Изслѣдованіе удаленнаго куска языка еще не закончено (L'Echo médical, 29 мая). *Л. Старокадомскій.*

857. Д-ръ *Gellé* изслѣдовалъ въ 2-хъ случаяхъ *макроглоссіи* удаленныя части языка; въ одномъ изъ нихъ больной наблюдался д-ромъ *Julien*'омъ. Оба раза найдены сходныя измѣненія. Сосочки языка значительно увеличены въ длину и толщину; слизистая оболочка утолщена, главнымъ образомъ на счетъ колоссальнаго развитія эпителіальнаго покрова; средняя часть языка имѣетъ бѣловатый цвѣтъ и пронизана большимъ количествомъ полостей различной величины, что придаетъ языку ячеистый видъ на разрѣзѣ; стѣнки ячеекъ покрыты эндотеліемъ, отчасти отслоившимся; среди обильнаго количества волокнистой ткани встрѣчаются упругія волокна и разъединенные пучки мышечныхъ волоконъ, сохранившихъ частью свою поперечную исчерченность, частью-же принявшихъ однородный видъ; въ толщѣ языка встрѣчается большое количество мелкихъ лимфатическихъ узелковъ. Авторъ полагаетъ, что въ обоихъ случаяхъ дѣло идетъ о лимфоидныхъ опухоляхъ (L'Echo médical, 16 октября). *Л. Старокадомскій.*

Физіотерапія. 858. Старшій врачъ *Finsen*'овскаго Института въ Kjöbenhavn'ѣ д-ръ *Forchhammer* сообщаетъ результаты опытовъ *лѣченія волчанки свѣтомъ послѣ т. наз. сенсибилизаціи по Dreyer'у.* Сущность этого способа, какъ извѣстно, заключается въ томъ, что въ кожу или подъ кожу пораженнаго участка впрыскивается растворъ флуоресцирующаго вещества (1‰-ый растворъ эритрозина), а черезъ 4—8 час. послѣ впрыскиванія это-же мѣсто подвергается дѣйствію свѣта по *Finsen*'у въ теченіи 15—20 мин. Растворъ эритрозина дѣлаетъ болѣе глубоко лежащія части ткани чувствительными къ глубоко проникающимъ желтымъ и желто-зеленымъ лучамъ спектра, является такимъ образомъ сенсибилизаторомъ, благодаря чему получается болѣе сильное дѣйствіе вглубь, чѣмъ при примѣненіи одного только *Finsen*'овскаго свѣта. Лѣченію по

этому способу подвергнуто было 23 больныхъ, при чемъ примѣнено было 350 свѣтовыхъ сеансовъ. Во всѣхъ случаяхъ лѣченіе оказалось очень болѣзненнымъ, при чемъ боли становились по временамъ невыносимыми; сильнѣе всего онѣ бывали во время самаго дѣйствія свѣта. Воспалительная реакція при этомъ способѣ лѣченія бываетъ выражена крайне рѣзко и напоминаетъ флегмону. Нерѣдко получается даже центральное омертвѣніе, проникающее до кожи собственно (corium) и оставляющее послѣ себя глубокіе рубцы. Что касается лѣчебнаго дѣйствія новаго способа, то онъ далеко не соотвѣтствуетъ сильной реакціи, вызываемой имъ, и въ этомъ отношеніи обыкновенное лѣченіе по *Finsen*'у стоитъ несравненно выше. Цѣлый рядъ сравнительныхъ опытовъ показалъ, что при всѣхъ формахъ какъ поверхностной, такъ и проникающей вглубь волчанки, способъ *Dreyer*'а даетъ гораздо худшіе результаты; мало того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ сенсибилизаціи получились еще непріятныя послѣдствія: въ то время какъ при обычномъ способѣ лѣченія свѣтомъ реакція черезъ 8—14 дней проходитъ, послѣ сенсибилизаціи она держится гораздо дольше и въ 1 случаѣ продолжалось нѣсколько мѣсяцевъ, при чемъ повторно выступали рожеподобныя эритемы. Въ другомъ случаѣ отъ лѣченія сенсибилизаціей получилось ухудшеніе страданія. Авторъ дѣлалъ попытки улучшить результаты тѣмъ, что уменьшалъ крѣпость раствора эритрозина и ослаблялъ силу свѣта, но и тутъ получились совершенно отрицательные результаты. Такіе же не ободряющіе результаты получены въ клиникѣ проф. *Neisser*'а въ Breslau и у *Lassar*'а въ Berlin'ѣ (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 38). *К.*

859. Д-ръ *Kothe* (изъ больницы проф. *Bier*'а въ Bonn'ѣ) изучалъ вліяніе *сенсибилизаторовъ* (фотодинамическихъ веществъ) *на дѣйствіе Roentgen'овскихъ лучей* и пришелъ къ заключенію, что и здѣсь они также, какъ и при солнечномъ и *Finsen*'овскомъ свѣтѣ, значительно усиливаютъ дѣйствіе. Впрыскивая $1^0/_0$-ый и $1^0/_{00}$-ый растворъ эозина въ бородавки и подвергая затѣмъ послѣднія дѣйствію *Roentgen*'овскихъ лучей въ теченіи 10 — 15 мин., онъ получалъ гораздо болѣе сильную реакцію, чѣмъ отъ дѣйствія однихъ только *Roentgen*'овскихъ лучей при тѣхъ-же условіяхъ. Опытъ на животномъ далъ вполнѣ аналогичный результатъ: въ одно ухо кролика былъ впрыснутъ растворъ эозина, а затѣмъ оба уха подвергнуты дѣйствію х-лучей; въ то время какъ на одномъ (не подвергнутомъ дѣйствіи эозина) ухѣ воспалительная реакція была ничтожна и скоро прошла, на другомъ получилась очень значительная реакція, въ результатѣ которой выпали всѣ волосы и ухо лишилось на всей поверхности рогового слоя кожи. Авторъ думаетъ, что при помощи фотодинамическихъ веществъ удастся значительно сократить продолжительность примѣненія *Roentgen*'овскихъ лучей (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 38). *А. Ковирскій.*

Глазныя болѣзни. 860. Д-ръ *Caudron* сообщилъ Парижскому Обществу глазныхъ врачей *случай повторнаго нейроретинита послѣ удаленія яичниковъ.*

У 30-лѣтней женщины была вылущена матка вмѣстѣ съ придатками, а 2 года спустя у нея оказалось двустороннее воспаленіе зрительнаго нерва съ картиной застойнаго соска. Съ тѣхъ поръ приступы нейрита повторялись періодически, въ промежуткахъ-же между ними наступало улучшеніе въ кровообращеніи сѣтчатокъ. За отсутствіемъ какихъ-либо другихъ причинъ авторъ и приводитъ это воспаленіе зрительныхъ нервовъ въ связь съ прекращеніемъ мѣсячныхъ (По отчету д-ра *Fage*'а въ Archives d'opthalmologie, апрѣль). *Р. Кацъ.*

861. Приводя случай *бугорчатки сосудистой оболочки съ глаукомными явленіями* (у 6-лѣтней дѣвочки), д-ръ *Dupuy-Detemps* указываетъ и на другіе случаи изъ литературы, гдѣ имѣлось такое-же сочетаніе. Между тѣмъ въ руководствахъ въ числѣ отличительныхъ признаковъ бугорчатковой опухоли отъ истиннаго внутриглазного новообразованія—гліомы, саркомы и пр.—приводится и тотъ, будто-бы при бугорчаткѣ не повышается внутриглазное давленіе, а, наоборотъ, часто бываетъ пониженнымъ. Отмѣчая неправильность этого заявленія, авторъ утверждаетъ, что съ увѣренностью отличить бугорчатковую опухоль сосудистой оболочки отъ истиннаго новообразованія можно лишь въ начальной ступени этой болѣзни, когда преломляющія среды глаза еще прозрачны: края опухоли оказываются не рѣзко ограниченными, какъ при саркомѣ или гліомѣ, а окруженными бѣловатымъ поясомъ пропитанной оболочки и мелкими бугорками. Въ позднѣйшей-же ступени, когда изслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ становится невозможнымъ, приходится руководиться косвенными указаніями, а именно: возрастомъ больного (6—20 лѣтъ), слишкомъ позднимъ для гліомы и слишкомъ раннимъ для саркомы, болѣе быстрымъ теченіемъ болѣзни (растяженіе и выпячиваніе бѣлочной оболочки наступаютъ уже черезъ нѣсколько недѣль послѣ повышенія внутриглазного давленія) и общимъ состояніемъ больного (наличностью очаговъ бугорчатки въ другихъ органахъ). Кромѣ того, въ пользу бугорчатковаго свойства опухоли говоритъ раннее осложненіе воспаленіемъ радужной оболочки, хотя-бы и простымъ, безъ явныхъ бугорковъ. Наконецъ, въ крайнемъ случаѣ остается привить морской свинкѣ водянистую влагу отъ пораженнаго глаза, хотя разсчитывать на положительный результатъ отъ такой прививки можно скорѣе лишь въ болѣе поздней ступени болѣзни. Что-же касается впрыскиванія туберкулина для распознаванія болѣзни, то, ссылаясь на случай *Bongartz*'а, гдѣ 3-кратное впрыскиваніе туберкулина осталось безъ реакціи, а между тѣмъ имѣлась типическая бугорчатка съ клѣточками-великанами и *Koch*'овскими палочками, авторъ высказывается противъ этого средства, къ тому-же и далеко небезопаснаго (Archives d'ophthalmologie, май). *Р. К.*

862. На Собраніи врачей въ Nürnberg'ѣ д-ръ *Giulini* сообщилъ *случай атрофіи зрительнаго нерва послѣ нагноенія глазничной клѣтчатки отъ костоѣды зуба.*

У 13-лѣтняго мальчика заболѣлъ на лѣвой сторонѣ верхній 2-й большой коренной зубъ. Черезъ день къ жестокимъ зубнымъ болямъ присоединилась припухлость лѣвой $^1/_2$ лица, при чемъ вѣки опухли настолько, что нельзя было открыть глазъ. Спустя нѣсколько дней у внутренняго угла вѣкъ лѣваго глаза развился нарывъ, по вскрытіи котораго опухоль уменьшилась, но не особенно; лишь послѣ удаленія каріознаго зуба наступило улучшеніе. На 7-й недѣлѣ болѣзни изслѣдованіе показало еще нѣкоторую припухлость щеки и отечность вѣкъ, позволявшихъ все-же видѣть глазъ, а надъ внутреннимъ угломъ вѣкъ виднѣлся свищъ, изъ котораго выдѣлялся жидкій гной и черезъ который можно было проникнуть зондомъ глубоко въ глазницу, при чемъ обнаруживались шероховатая кость и прободеніе внутренней стѣнки глазницы. Зрѣніе на лѣвомъ глазу было совершенно утеряно; глазнымъ зеркаломъ можно было видѣть полное побѣлѣніе соска зрительнаго нерва.

По поводу этого случая д-ръ *Port* указалъ на существующее еще до сихъ поръ повѣрье, будто при флюсѣ нельзя вырывать больного зуба. По мнѣнію д-ра *Port*'а, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вслѣдъ за извлеченіемъ зуба развивается обширное нагноеніе, даже съ послѣдовательнымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ и со смертельнымъ исходомъ, всѣ эти осложненія отнюдь не являются слѣдствіемъ операціи, а развиваются въ силу дальнѣйшаго распространенія болѣзни, не смотря на извлеченіе зуба, и наступили-бы въ такой-же мѣрѣ и безъ этой операціи. Наоборотъ, существуетъ немало случаевъ, гдѣ имѣвшіяся уже осложненія на глазу совершенно исчезали послѣ удаленія зуба [1]) (Münchener medicinische Wochenschrift, № 26; Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 21 іюля). *Р. Кацъ.*

863. Д-ръ *Terson* сообщилъ Парижскому офталмологическому Обществу *случай возстановленія зрѣнія отъ впрыскиванія кровяной сыворотки послѣ большой потери крови.*

Случилось это съ одной женщиной при ручномъ удаленіи прирощеннаго послѣда: отъ обильнаго кровотеченія больная впала въ обморочное состояніе, а когда она пришла въ себя, то оказалось, что она потеряла зрѣніе до простого лишь свѣтоощущенія. Тотчасъ-же впрыснуто было 400 к. стм. искусственной кровяной сыворотки, и на слѣдующій день нормальное зрѣніе возстановилось (По передачѣ въ Archiv f. Augenheilkunde, XLIX, 4). *Р. Кацъ.*

864. Во время *тяжелой эпидеміи оспы* въ Cleveland'ѣ д-ръ *Baker* наблюдалъ 23 случая серьезныхъ *осложненій*

---

[1]) Ср. случай атрофіи зрительнаго нерва, наступившей послѣ извлеченія зуба, но зависѣвшей отъ наслѣдственно-сифилитическаго воспаленія глазничной надкостницы, описанный мною въ статьѣ—О дѣтской рѣчи, какъ признакѣ наслѣдственнаго сифилиса, «Врачъ», 1900, № 37. *Реф.*

со стороны глазъ. 8 глазъ были вылущены или атрофировались, 6 больныхъ остались слѣпыми на 1 глазъ, у 3 сохранилось меньше 0,1 нормальнаго зрѣнія, и лишь у 5 осталось больше 0,1. У 2 больныхъ получился свищъ въ роговой оболочкѣ. Пораженіе глазъ заключалось въ изъязвленіи роговицы, осложнявшемся иридоциклитомъ или панофтальмитомъ. Цѣпекокки найдены были въ каждомъ случаѣ. Попадалась и подмѣсь гроздекокковъ. Заболѣваніе глазъ обыкновенно наступало послѣ 12-го дня болѣзни (The Journal of the American Medical Association, 12 сентября 1903; Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 4). *Кацъ.*

865. Подобно д-ру *Praun*'у (см. выше, стр. 1111, № 640), и д-ръ *Wolffberg* получилъ быстрое *обезцвѣчиваніе отъ перекиси водорода при посинѣніи роговицы и соединительной оболочки.*

Счищая съ пера засохшія на немъ гектографскія чернила, конторщица получила кусочекъ этой массы въ правый глазъ, вслѣдъ зачѣмъ соединительная оболочка яблока и переходная ея складка, равно какъ и часть роговицы окрасились въ сильный фіолетовый цвѣтъ и рѣсничные сосуды переполнились кровью. Отъ вкапыванія 3%-ной перекиси водорода глазъ обезцвѣтился въ тотъ-же день (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 5 мая). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 866. Проф. *Martin* (Greifswald) примѣнялъ *спинномозговое обезболиваніе при помощи кокаина и адреналина при родахъ.* Чтобы получить правильное представленіе о дѣйствіи этого способа, авторъ пользовался имъ пока только при веденіи родовъ у здоровыхъ женщинъ. Впрыскивалось каждый разъ: 1 к. стм. раствора адреналина (0,5 на 1000), а черезъ 5 мин. 0,8 до 2,0 грм. кокаина. При впрыскиваніи жидкостей въ спинномозговой каналъ соблюдались всѣ предписанія, установленныя *Bier*'омъ и его школой. Изъ 30 случаевъ, при которыхъ былъ примѣненъ этотъ способъ, только въ 5 анэстезія была недостаточной и распространялась не выше паховой области, въ большинствѣ-же случаевъ она распространялась достаточно высоко. Что касается продолжительности обезболиванія, то 9 разъ оно продолжалось не болѣе $^1/_2$ часа, и въ остальныхъ случаяхъ отъ 1 до 4 часовъ. Серьезныхъ неблагопріятныхъ послѣдствій автору наблюдать не пришлось. У многихъ была лишь тошнота, въ единичныхъ случаяхъ—рвота; послѣдняя наблюдалась у тѣхъ роженицъ, которыя и во время беременности страдали отъ нея. Для предотвращенія тошноты и рвоты авторъ примѣнялъ предложенное *Tuffier* подкожное впрыскиваніе натро-салициловаго коффеина (0,1 грм.) черезъ нѣсколько минутъ послѣ введенія жидкостей въ спинно-мозговую полость. Дѣйствіе этого послѣдняго средства было, однако, выражено неясно. Всѣ роды протекли вполнѣ благополучно; въ нѣсколькихъ случаяхъ вслѣдствіе неправильныхъ положеній ребенка или ненормальностей таза пришлось дѣлать операціи; при выполненіи послѣднихъ (2 раза поворотъ, нѣсколько разъ щипцы) роженицы ни разу не ощущали никакой боли. Что касается дѣйствія спинномозгового обезболиванія на самые роды, то оно выражается въ нѣкоторомъ замедленіи и ослабленіи схватокъ и особенно въ недостаточномъ участіи брюшного пресса, что̀ ясно замѣтно у первороженицъ и проявляется удлинненіемъ періода прорѣзыванія головки. Однако, это незначительное задержаніе родового акта не играетъ большой роли въ сравненіи съ достигаемымъ полнымъ обезболиваніемъ схватокъ во 2-мъ періодѣ родовъ. На послѣродовое обратное развитіе матки и отдѣленіе молока спинномозговое обезболиваніе не оказываетъ никакого вліянія. На основаніи своихъ наблюденій проф. *Martin* находитъ возможнымъ примѣнять этотъ способъ обезболиванія и при патологическихъ родахъ. Для обычной практики хлороформный наркозъ, конечно, гораздо проще, и вышеописанный способъ обезболиванія найдетъ себѣ примѣненіе лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда хлороформное усыпленіе противупоказано (Münchener medicinische Wochenschrift, № 41). *А. Коварскій.*

867. Д-ръ *Santi* на основаніи собственныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно заболѣваній *желтаго тѣла.* Ткань желтаго тѣла и внѣ періода беременности способна въ извѣстной степени гипертрофироваться подъ вліяніемъ раздраженія яичника. Какъ мелкокистозное перерожденіе фолликула отличается отъ настоящихъ кистъ его, такъ и кистозное перерожденіе желтаго тѣла различается отъ его кистъ. Въ этомъ отношеніи между фолликулами и желтымъ тѣломъ имѣется полное соотвѣтствіе и сходство. Сообразно расположенію различныхъ слоевъ наблюдаются 4 типа кистъ желтаго тѣла. Лютеиновый слой этихъ образованій претерпѣваетъ тѣ же степени перерожденія, что и лютеиновая ткань нормальнаго желтаго тѣла (фиброзно-стекловидное перерожденіе); вслѣдствіе различныхъ обстоятельствъ кисты эти въ отдѣльныхъ своихъ сегментахъ представляютъ различное строеніе. Въ тканяхъ желтаго тѣла могутъ происходить вторичныя кровотеченія, влекущія иногда за собой нѣкоторыя измѣненія ткани; случаются они такъ-же часто или даже чаще, чѣмъ въ фолликулахъ. Большая часть образованій, описанныхъ, какъ гэматомы желтаго тѣла, особенно образованія бо̀льшихъ размѣровъ, выстланныя внутри эпителіемъ, ничто иное, какъ кисты, содержимое которыхъ уже вторично сдѣлалось кровянистымъ. Гнойниковъ въ желтомъ тѣлѣ наблюдается немного, при чемъ бо̀льшая часть образованій, выдаваемыхъ за такіе гнойники, суть только кисты, подвергшіяся впослѣдствіи нагноенію. Встрѣчаются также и новообразованія злокачественныя и доброкачественныя. Доброкачественныя — это фибромы, происходящія, по всей вѣроятности, путемъ соединительно-тканнаго превращенія гэматомъ желтаго тѣла. Злокачественныя новообразованія вслѣдствіе соединительно-тканнаго строенія желтаго тѣла принадлежатъ къ саркомамъ. Всѣ упомянутыя измѣненія наблюдаются въ желтомъ тѣлѣ одинаково при беременности и при обыкновенныхъ мѣсячныхъ. Но въ настоящее время нельзя еще утверждать, существуетъ-ли связь и какая между анатомическими и функціональными измѣненіями желтаго тѣла (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, т. XX, тетр. 2). *А. Г—ръ.*

868. Д-ръ *Helme* въ 1 случаѣ крайне тяжелой формы *послѣродовыхъ судорогъ* удалилъ проколомъ $1^1/_2$ драхмы спинномозговой жидкости, послѣ чего больная, казавшаяся безнадежной, быстро стала поправляться. Авторъ полагаетъ, что причину родовыхъ судорогъ можно усматривать въ повышенномъ внутричерепномъ давленіи, на которое указываютъ и припадки болѣзни. Что въ случаѣ автора внутричерепное давленіе было повышено, подтверждается тѣмъ, что спинно-мозговая жидкость вытекала не каплями, а струей. Считая мало обоснованнымъ, при незнаніи истинной причины родовыхъ судорогъ, введеніе въ организмъ различныхъ лѣкарственныхъ веществъ, авторъ предлагаетъ испытывать употребленный имъ пріемъ (British Medical Journal, 14 мая). *Л. Старокадомскій.*

Дѣтскія болѣзни. 869. *Запахъ кала грудныхъ дѣтей,* по *Selter*'у, обусловливается прежде всего родомъ пищи, а затѣмъ измѣненіями, происходящими въ пищевыхъ путяхъ. Запахъ этотъ разнится въ зависимости отъ того, кормится ли ребенокъ молокомъ матери или животнымъ, правильны-ли у него отправленія кишекъ или нѣтъ. Нормальныя испражненія при кормленіи грудью обладаютъ пріятнымъ, кисловатымъ, ароматическимъ запахомъ, что̀ зависитъ отъ содержанія въ калѣ жировой и молочной кислотъ, тогда какъ бѣлковыя вещества, благодаря быстрому опорожненію кишекъ, не подвергаются гніенію. Въ патологическихъ случаяхъ калъ пріобрѣтаетъ острый, кислый запахъ въ зависимости отъ содержанія въ немъ жира и жировыхъ кислотъ; при водянистыхъ испражненіяхъ запахъ становится крайне непріятнымъ вслѣдствіе гніенія бѣлковыхъ тѣлъ. При запорахъ у ребенка, вскармливаемаго грудью, испражненія могутъ имѣть слабый каловой запахъ, обусловливаемый гніеніемъ кишечнаго отдѣляемаго, такъ какъ бѣлокъ материнскаго молока при этихъ условіяхъ всасывается полностью. При значительномъ недокармливаніи испражненія пріобрѣтаютъ приторный слегка вонючій запахъ. При вскармливаніи коровьимъ молокомъ испражненія дѣтей имѣютъ каловый запахъ, оттѣнки котораго различны: отъ пріятнаго, ароматическаго до болѣе или менѣе зловоннаго. Разстройства въ перевариваніи бѣлка, жира и сахара соотвѣтственнымъ образомъ измѣняютъ запахъ такихъ испражненій въ 1-мъ случаѣ—

вслѣдствіе преобладанія производныхъ гніенія бѣлка, во 2-мъ—вслѣдствіе присутствія жира и жировыхъ кислотъ, въ 3-мъ—вслѣдствіе присутствія молочной, уксусной кислотъ и т. д. При искусственномъ вскармливаніи (мукой, сахаромъ) нормальныя испражненія при хорошей всасываемости въ кишкахъ либо не обладаютъ никакимъ запахомъ, либо имѣютъ слабый приторный. Буде пищевареніе недостаточно, развивается броженіе, и въ испражненіяхъ появляются уксусная, молочная кислота и соотвѣтственный запахъ. При значительномъ содержаніи слизи въ калѣ запахъ приторный и напоминаетъ мокрое сѣно (Münchener medicinische Wochenschrift, № 36). *С. О.*

870. Д-ръ *K. Habicht* описываетъ *интересный по теченію и исходу случай брюшного тифа.*

Въ Краковскую дѣтскую клинику проф. *Jakubowsk*'аго 6/V 1904 г. принятъ мальчикъ, 9 л., въ состояніи сильнаго упадка силъ. 2/V мальчикъ вернулся изъ школы съ жалобами на головныя боли, тошноту и боли въ животѣ; вскорѣ появилась упорная рвота. По разсказамъ матери, больной вмѣстѣ со всей семьей ѣлъ сушеную и копченую рыбу.—Хорошо развитъ и упитанъ. 36°. Сонливость, апатія. Покровы рѣзко блѣдны. Губы синюшны. Языкъ немного обложенъ, дрожитъ. Пульсъ едва ощутимъ. Звуки сердца чисты, глухи; п. 48. Животъ не вздутъ, при ощупываніи болѣзненъ, въ особенности въ области печени, твердый, толстый край которой выступаетъ на 3—4 пальца ниже реберной дуги. Селезенка при постукиваніи увеличена; изъ-за сильной болѣзненности края ея прощупать нельзя. Больного сильно мучитъ рвота. При явленіяхъ нароставшей слабости на слѣдующій день онъ умеръ. На судебно-медицинскомъ вскрытіи оказалось: незначительное полнокровіе мозга, расширеніе обѣихъ половинъ сердца, наполненныхъ посмертными сгустками; мышца сердца дряблая и ломкая, сѣро-желтая. Селезенка увеличена, полнокровна. Печень сильно увеличена; паренхима ея мѣстами желтоватаго цвѣта. Почки безъ измѣненій. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ полнокровна; на мѣстѣ *Peyer*'овыхъ бляшекъ—нѣсколько кругловатыхъ съ подрытыми краями и гладкимъ дномъ язвъ. Соотвѣтственныя брыжеечныя железы увеличены.

Такимъ образомъ вскрытіе показало, что у больного былъ брюшной тифъ, о которомъ по клиническимъ признакамъ и думать было нельзя. Смерть больного послѣдовала отъ перерожденія сердечной мышцы (Przegląd lekarski, 22 октября). *С. Островскій.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXXV. Протоколъ XXVI очереднаго засѣданія Общества больничныхъ врачей въ Петербургѣ 11-го мая 1904 года.

А. А. Кадьянъ заявилъ, что за отъѣздомъ секретаря Общества *А. Н. Рубеля* протоколъ предыдущаго засѣданія не можетъ быть прочитанъ въ настоящемъ засѣданіи и будетъ представленъ въ одномъ изъ слѣдующихъ.

А. Э. Бари. О благотворительныхъ Обществахъ при лѣчебныхъ учрежденіяхъ г. Петербурга. Въ прежнее время призрѣніе больныхъ и бѣдныхъ было дѣломъ добровольнымъ, чисто благотворительнымъ. Въ настоящее время это входитъ въ кругъ обязанностей государства и общества, несущихъ эту повинность взамѣнъ получаемыхъ отъ населенія налоговъ. Кромѣ того, и въ санитарныхъ цѣляхъ, затрогивающихъ интересы всѣхъ, государство и общество не должны допускать, чтобы призрѣніе больныхъ и бѣдныхъ носило спорадическій, случайный характеръ. Тѣмъ не менѣе и при такихъ условіяхъ нельзя совершенно обойтись безъ благотворительности. Участь выписывающихся изъ больницъ неимущихъ и обездоленныхъ больныхъ подчасъ бываетъ очень тяжела; имъ необходима неотложная и разнообразная помощь деньгами, одеждой, заработкомъ и пр. Въ этой помощи нуждаются и рабочіе, прибывшіе въ столицу на лѣтнія работы, заболѣвшіе лѣтомъ и не имѣющіе средствъ выѣхать на родину осенью, послѣ выздоровленія, и вообще труженики, живущіе заработкомъ изо-дня въ день и проведшіе въ больницѣ цѣлый рядъ рабочихъ дней. Далѣе, сюда слѣдуетъ отнести вообще всѣхъ выздоравливающихъ, но еще окончательно не поправившихся, слѣд., не имѣющихъ еще силъ приступить къ работѣ, семьи, осиротѣвшія послѣ смерти какого либо больного, проститутокъ, желающихъ вернуться къ труду, и пр. Наконецъ, въ благотворительной помощи нуждаются и больные, еще не вышедшіе изъ больницъ: имъ нужны книги, развлеченія и все прочее, чего больница дать не въ силахъ; а также и больничные служащіе, которымъ, въ интересахъ тѣхъ же больныхъ, можно было-бы присуждать преміи и т. п. Вотъ въ общихъ чертахъ тѣ цѣли, къ которымъ должна стремиться благотворительность, принаровленная къ нуждамъ лѣчебныхъ учрежденій. 1-ое благотворительное Общество для намѣченныхъ цѣлей было основано въ началѣ прошлаго столѣтія при Голицынской больницѣ въ Москвѣ. Затѣмъ основались такія же Общества при Обуховской и при другихъ больницахъ Петербурга. Цѣли этихъ Обществъ въ главныхъ чертахъ не выходятъ за предѣлы, указанные выше. Управленіе Обществъ или непосредственно связано съ администраціей больницъ, или совершенно независимо отъ послѣдней. Докладчикъ сочувствуетъ отношеніямъ послѣдняго рода. Средства Обществъ составляются изъ разныхъ случайныхъ поступленій, напр., пожертвованій, сборовъ съ благотворительныхъ спектаклей и т. п. изъ кружечнаго сбора и изъ членскихъ взносовъ. Высота членскаго взноса не вліяетъ на число членовъ, ибо пониженіе размѣровъ взноса, предпринятое нѣкоторыми Обществами, не повлекло за собой замѣтнаго увеличенія числа членовъ; наоборотъ не смотря на высокій членскій взносъ, напр. въ благотворительномъ Обществѣ при больницѣ св. Маріи Магдалины, число членовъ тамъ безпрерывно ростетъ. Расходы Обществъ вообще не соотвѣтствуютъ размѣрамъ капиталовъ. Нѣкоторыя Общества очень богаты, и дѣятельность ихъ недостаточно широка; въ другихъ, наоборотъ, наблюдаются хроническіе дефициты. Не всѣ Общества издаютъ подробные и систематическіе отчеты о своей дѣятельности. Вообще въ организацію этихъ Обществъ и въ ихъ дѣятельность крайне желательно внести многія улучшенія. Прежде всего желательно, чтобы городское самоуправленіе пришло къ нимъ на помощь, взявъ на себя нѣкоторыя статьи ихъ расходовъ и отнеся ихъ на бюджеты больницъ. Къ числу таковыхъ принадлежатъ расходы по снабженію больныхъ ортопедическими снарядами и прочими лѣчебными принадлежностями, расходы по перевозкѣ больныхъ и пр. Желательно также, чтобы Общества работали не вразбродъ, а совмѣстно, такъ какъ, очевидно, объектъ ихъ работъ—населеніе одного и того-же города. Въ виду возможности нѣкоторыхъ злоупотребленій при пользованіи пособіями отъ этихъ Обществъ было-бы вполнѣ цѣлесообразнымъ ввести въ это дѣло правильную регистрацію и установить соотвѣтствующій контроль.

Ф. Ф. Гольцингеръ указалъ на одинъ видъ помощи, который, хотя существуетъ лишь въ зародышѣ при одномъ благотворительномъ Обществѣ при Петропавловской больницѣ, но обѣщаетъ при правильной организаціи многое, тѣмъ болѣе, что это сравнительно легко осуществимо и главное не требуетъ очень большихъ расходовъ. Этотъ видъ помощи заключается въ отправкѣ больныхъ изъ больницъ на воды. Благотворительное Общество при Петропавловской больницѣ 2 года (въ 1902 и 1903 гг.) отправляло, одинъ разъ 3-хъ, въ другой разъ 2-хъ больныхъ въ Старую Руссу. Расходы оказались крайне умѣренными: содержаніе и лѣченіе 3-хъ больныхъ въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ обошлось съ проѣздомъ 100 р. Если бы этотъ видъ помощи примѣнялся на болѣе широкихъ началахъ, а, можетъ быть, и при участіи городского самоуправленія, то результаты были-бы крайне отрадными по уменьшенію числа нѣкоторыхъ хрониковъ, залеживающихся иногда по годамъ въ больницахъ, безсильныхъ въ борьбѣ съ ихъ недугомъ. Что касается вопроса объ объединеніи дѣятельности благотворительныхъ Обществъ, то, конечно, слѣдуетъ присоединиться къ пожеланію этого объединенія. При этомъ условіи цѣлый рядъ видовъ помощи могъ-бы быть проведенъ болѣе систематично и, вѣроятно, дешевле, если-бы отдѣльныя Общества раздѣлили между собой помощь по отдѣльнымъ ея видамъ. Одновременно каждое Общество могло-бы вполнѣ сохранить свои характерныя мѣстныя особенности, вызванныя нуждами больницъ того или другого типа. Организацію такого объединенія можно себѣ представить въ видѣ Союза благотворительныхъ Обществъ.

Ю. Г. Малисъ указалъ на одну очень важную задачу благотворительныхъ Обществъ—устройство пріютовъ для выздоравливающихъ. Конечно, отдѣльныя Общества, въ виду малыхъ средствъ, не могутъ въ достаточной мѣрѣ удовлетворять этой потребности. Если всѣ благотворительныя Общества объединятся, то тогда дѣло попеченія о выздоравливающихъ могло-бы быть поставлено достаточно широко.

М. И. Ростовцевъ: Я согласенъ съ докладчикомъ, что статья расходовъ благотворительныхъ Обществъ на ортопедическіе снаряды, дѣйствительно, должна быть снята съ бюджета Обществъ. Городское самоуправленіе, отказываясь снабжать больныхъ протезами, дѣлаетъ плохую экономію, ибо при малыхъ ассигновкахъ благотворительныхъ Обществъ на протезы больницы принуждены задерживать больныхъ, изъ-за невозможности снабжать ихъ протезами, нѣсколькими мѣсяцами и даже годами, и такимъ образомъ городъ несетъ расходовъ въ нѣсколько разъ больше, чѣмъ стоилъ бы протезъ. Затѣмъ, въ дѣятельности благотворительныхъ Обществъ отсутствуетъ одинъ видъ благотворенія, это—просвѣтительная дѣятельность: въ больницахъ всегда лежитъ много больныхъ мальчиковъ и дѣвочекъ часто по нѣскольку мѣсяцевъ. Иногда эти дѣти научаются грамотѣ въ больницѣ, но это—случаи спорадическіе; желательно было-бы, чтобы благотворительныя Общества систематически занялись этимъ дѣломъ.

Докладчикъ заявилъ, что и ему лѣтъ 6 назадъ пришлось отправлять на курортъ 4-хъ больныхъ, при чемъ результаты получились хорошіе, а расходы не превысили 120 р. Въ нѣкоторыхъ больницахъ благотворительныя Общества удѣляютъ часть суммъ на книги для больныхъ, на чтенія съ туманными картинами. Расходы эти не предусмотрѣны уставами этихъ Обществъ.

Л. С. Гинзбургъ: Благотворительныя Общества при больницахъ частью дѣлаютъ то, что должно быть задачей учрежденій,

въ вѣдѣніи которыхъ больницы находятся. Объединяя дѣятельность этихъ Обществъ, слѣдуетъ стремиться къ тому, чтобы это объединеніе не уничтожило самостоятельности отдѣльныхъ Обществъ и ихъ самодѣятельности.

Докладчикъ: Я имѣлъ въ виду не объединеніе и соединеніе Обществъ, а взаимодѣйствіе въ ихъ работѣ.

Н. М. Какушкинъ: Благотворительность вообще и въ частности благотворительныя Общества при больницахъ есть проявленіе нашего безсилія въ дѣлѣ предупрежденія общественныхъ нуждъ и въ борьбѣ съ ними. Поэтому вполнѣ естественно спросить: нужно-ли существованіе этихъ Обществъ? Слѣдуетъ стремиться къ тому, чтобы дѣятельность этихъ Обществъ была совершенно вытѣснена соотвѣтственнымъ измѣненіемъ условій городской жизни и расширеніемъ правъ городского самоуправленія.

Н. Н. Веселовзоровъ: Существованіе благотворительныхъ Обществъ при больницахъ указываетъ въ концѣ концовъ на несовершенство организаціи благотворенія. Функціи благотворительныхъ Обществъ должны раздѣлиться между больничными учрежденіями и организаціей общаго благотворенія. Первымъ принадлежитъ забота о помощи неизлѣчимымъ; забота-же о выздоравливающихъ должна всецѣло принадлежать общей благотворительности.

А. А. Кадьянъ сообщилъ нѣкоторыя свѣдѣнія о благотворительномъ Обществѣ при Обуховской больницѣ. Оно владѣетъ порядочнымъ капиталомъ и недвижимой собственностью, всего до ½-милліона рублей. Однако свободныхъ средствъ у Общества немного. Съ недавно завѣщаннаго этому Обществу большого капитала оно до смерти вдовы жертвователя ничего не получаетъ, а послѣ смерти %% должны пойти на содержаніе особаго пріюта.

Докладчикъ обратилъ вниманіе на роль ординаторовъ и администраціи больницъ въ дѣятельности больничныхъ благотворительныхъ Обществъ. По его мнѣнію, Правленіе этихъ Обществъ должно составляться изъ лицъ выборныхъ.

Г. И. Дембо высказался за то, чтобы главный врачъ больницы непремѣнно былъ членомъ Совѣта благотворительнаго Общества.

Н. М. Какушкинъ: Разъ безъ благотворительныхъ Обществъ пока обойтись нельзя, слѣдуетъ позаботиться о болѣе совершенной организаціи ихъ состава и дѣятельности. Общества эти должны быть свободны отъ бюрократическихъ началъ; поэтому участіе главнаго врача въ дѣятельности благотворительнаго Общества, въ качествѣ обязательнаго предсѣдателя, есть явленіе крайне нежелательное.

А. А. Кадьянъ, резюмируя пренія, высказалъ, что тѣ цѣли, которыя преслѣдуются въ настоящее время благотворительными Обществами, современемъ составятъ предметъ заботъ города и государства. Но при существующихъ условіяхъ эти Общества—полезныя учрежденія, которымъ Общество больничныхъ врачей вполнѣ сочувствуетъ. Они должны быть вполнѣ самостоятельны и независимы отъ больничной администраціи. Общество больничныхъ врачей выражаетъ сожалѣніе по поводу существованія такихъ благотворительныхъ Обществъ, гдѣ предсѣдателемъ обязательно является директоръ лѣчебнаго учрежденія. Весьма важенъ вопросъ объ объединеніи въ дѣятельности благотворительныхъ Обществъ. Объединеніе это крайне желательно, и примѣры разъединенія въ этомъ дѣлѣ, какъ это наблюдается въ благотворительномъ Обществѣ женской Обуховской больницы, очень прискорбны.

А. Э. Бари заявилъ Обществу, что въ настоящее время въ Петербургской городской Думѣ поднятъ вопросъ *о пересмотрѣ существующаго больнично-санитарнаго строя въ столицѣ* и для этой цѣли уже выбрана Коммиссія. Въ качествѣ члена Коммиссіи, *А. Э. Бари* обращается къ Обществу съ просьбой оказать свое компетентное содѣйствіе работѣ этой Коммиссіи.

Послѣ обмѣна мнѣній, Общество постановило: принять предложеніе *А. Э. Бари* и избрать Коммиссію, которой поручить разсмотрѣніе современнаго врачебно-санитарнаго строя Петербурга и обсужденіе тѣхъ вопросовъ, которые будутъ разрабатываться въ Коммиссіи, избранной Думой. Въ составъ Коммиссіи вошли: *А. Э. Бари, Л. С. Гинзбургъ, Ф. Ф. Гольцингеръ, Г. И. Дембо, А. А. Кадьянъ* и *Н. М. Какушкинъ*.

Г. И. Дембо обратился къ Обществу съ предложеніемъ принять участіе въ разработкѣ вопроса *о помощи врачамъ, командированнымъ на Дальній Востокъ, по случаю войны, и ихъ семьямъ*. Вопросъ этотъ уже былъ разсмотрѣнъ Кіевскимъ медицинскимъ Обществомъ и русскимъ Обществомъ охраненія народнаго здравія, при чемъ этими Обществами постановлено образовать фондъ для соотвѣтствующей цѣли.

Послѣ обмѣна мнѣній Общество постановило: обратиться въ Петербургское врачебное Общество взаимной помощи съ предложеніемъ разсмотрѣть вопросъ объ организаціи помощи врачамъ, отправленнымъ на Дальній Востокъ, и ихъ семьямъ.

Предсѣдатель *А. Кадьянъ*.
За секретаря *Н. Какушкинъ*.

CXXVI. *Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ.*

(Засѣданіе 28-го апрѣля).

Т. П. Краснобаевъ показалъ мальчика, 10 л., которому онъ за 2 мѣсяца передъ тѣмъ сдѣлалъ трепанацію черепа по поводу большого нарыва въ правой височной долѣ мозга умного происхожденія. На мѣстѣ операціи подъ молодымъ рубцомъ глазомъ замѣтно біеніе мозга. Больной поступилъ въ хирургическое отдѣленіе Морозовской, дѣтской больницы въ очень тяжеломъ угнетенномъ состояніи, съ сильными головными болями, ригидностью затылочныхъ мышцъ, неправильнымъ пульсомъ, замедленнымъ дыханіемъ, вполнѣ яснымъ сознаніемъ и нормальной температурой, при чемъ всѣ эти явленія наблюдались уже въ теченіи недѣли. 2 года была гнойная течь изъ праваго уха. Изслѣдованіе уха обнаружило обширное разрушеніе барабанной перепонки. За 2 дня пребыванія въ больницѣ до операціи присоединилась спячка и была рвота. Распознаваніе колебалось между бугорчатковымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ и нарывомъ въ мозгу. Изслѣдованіе добытой посредствомъ поясничнаго прокола спинно-мозговой жидкости говорило противъ бугорчатковаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ. Изслѣдованіе глазного дна дало расширенныя вены и мутные соски на обоихъ глазахъ. При операціи найденъ большой нарывъ съ вонючимъ гноемъ. Дренажъ. Гладкое выздоровленіе.

Н. В. Яблоковъ: Мнѣ пришлось видѣть слѣдующій случай въ частной практикѣ. Ребенокъ (жившій заграницей) случайно получилъ разсѣченную рану на лбу, которую закрыли липкимъ пластыремъ. Вскорѣ онъ заболѣлъ скарлатиной, осложнившейся воспаленіемъ почекъ. Появились судорожныя явленія, признанныя слѣдствіемъ мочекровія. Я видѣлъ больного уже въ Москвѣ, все еще съ повязкой на лбу; ребенокъ былъ безъ сознанія; у него были параличъ правой руки и косоглазіе. На лбу я нашелъ глубокую гноившуюся рану и указалъ на возможность пораженія мозга изъ этой ранки. Въ клиникѣ ему сдѣлали трепанацію и нашли мозговой нарывъ. Къ сожалѣнію, онъ оказался не единственнымъ, и ребенокъ вскорѣ погибъ. На вскрытіи найденъ нарывъ и въ другомъ полушаріи. Такимъ образомъ совпаденіе ушиба и острой болѣзни ввело врачей въ заблужденіе.

Докладчикъ: Мой случай интересенъ въ томъ отношеніи, что доказываетъ, какъ внимательно нужно относиться къ страданіямъ ушей у дѣтей. Недавно я широко вскрылъ черепъ въ случаѣ, гдѣ распознаваніе колебалось между нарывомъ въ мозгу и пораженіемъ пещеристой пазухи (trombo-phlebitis sinus cavernosi). Было сдѣлано много пробныхъ проколовъ, но съ отрицательнымъ результатомъ. При вскрытіи мы нашли нарывъ въ пазухѣ, величиной съ горошину, воспаленіе мозга и гнойное пропитываніе пирамидъ височныхъ костей.

А. Э. Гиппіусъ: Считаете-ли Вы нужнымъ назначить больному металлическую пластинку для защиты мозга?

Докладчикъ: Я увѣренъ, что сама природа современемъ закроетъ отверстіе. Въ одномъ случаѣ нарыва мозжечка я сдѣлалъ попытку закрыть отверстіе въ черепѣ пластической операціей, но неудачно, а впослѣдствіи убѣдился, что оно закрылось само почти вполнѣ. И здѣсь черезъ болѣе или менѣе продолжительное время отверстіе закроется новообразованной костью.

Н. В. Яблоковъ: Въ одномъ случаѣ, какъ послѣдствіе костоѣды, я видѣлъ отверстіе въ черепѣ величиной съ серебряный рубль. Въ настоящее время оно закрылось, а только кончикъ мизинца ощупываетъ незначительное уступчивое мѣсто. Ребенку было 2—3 года, онъ часто падалъ, и потому изъ предосторожности онъ въ теченіи 2-хъ лѣтъ носилъ затылочный защититель.

Н. Н. Вильямъ показалъ мальчика, 2½ л., поступившаго въ Морозовскую дѣтскую больницу по поводу *пареза лѣвой ½ туловища*. Родился здоровымъ; прежде перенесъ корь. Въ декабрѣ 1903 г. 2 недѣли сильно лихорадилъ, послѣ чего родители замѣтили, что ребенокъ плохо владѣетъ лѣвыми рукой и ногой, пересталъ ходить и говорить, сдѣлался вялымъ и скучнымъ. Вскорѣ появилось трясеніе въ лѣвой рукѣ и искривленіе рта. Кромѣ того, въ лѣвой рукѣ постоянныя, довольно медленныя вращательныя движенія (въ лучезапястномъ суставѣ); наблюдаются еще какія-то медленныя движенія въ пальцахъ, усиливающіяся при попыткѣ захватить какой-нибудь предметъ. Ригидность въ мышцахъ лѣвой руки и ноги. По мнѣнію докладчика, все это развилось на почвѣ очаговаго пораженія головнаго мозга (encephalitis), вызваннаго неизвѣстнымъ острымъ заболѣваніемъ, быть можетъ, напр., гриппомъ, какъ это было въ случаяхъ *Pfuhl*'я и *Pfeiffer*'а,—имъ удалось доказать присутствіе въ подобныхъ гнѣздахъ палочекъ гриппа. За время пребыванія въ больницѣ въ состояніи ребенка произошло очень значительное улучшеніе; мальчикъ сдѣлался веселѣе, начинаетъ ходить, дѣлаетъ попытки говорить, атетоидныя движенія значительно слабѣе.

А. А. Кисель: Крайне интересна этіологія въ подобныхъ случаяхъ, встрѣчающихся не особенно рѣдко. Всѣ попытки отвлекать какое-нибудь предшествующее заразное страданіе, хотя бы гриппъ, остаются тщетными. Мнѣ кажется, что здѣсь дѣйствуетъ еще какое-то неопредѣленное заразное начало, отличающееся той особенностью, что оно поражаетъ исключительно мозгъ, вызываетъ только энцефалитъ.

А. Э. Гиппіусъ: За послѣднее время я наблюдалъ больную, которая перенесла тяжелый брюшной тифъ; послѣ паденія температуры у нея развился энцефалитъ, выразившійся гемиплегіей и косоглазіемъ. Теперь у нея остались только парезы.

Т. П. Краснобаевъ: Въ іюлѣ и августѣ прошлаго года въ Морозовской дѣтской больницѣ поразительно часто встрѣчались случаи остраго передняго поліоміэлита, а рядомъ съ ними и случаи энцефалита, при чемъ иногда у больного наблюдалось сочетаніе этихъ 2-хъ пораженій. Всего такихъ случаевъ было около 10. Это невольно наводитъ на мысль о томъ, что причина этихъ 2-хъ страданій—одна и таже и что они представляютъ самостоятельную заразную болѣзнь.

В. А. Колли показалъ недавно пріобрѣтенный Морозовской больницей интубаторъ Froin. Инструментъ отличается отсутствіемъ мандрена, широкимъ просвѣтомъ и нѣсколько измѣненной формой трубочекъ. Небольшое число (7—8) случаевъ при-

мѣненія не позволяетъ еще высказаться окончательно о качествѣ инструмента. Можно отмѣтить только, что техника интубаціи не труднѣе, чѣмъ при прежнихъ инструментахъ, а крупное преимущество заключается въ томъ, что, какъ только конецъ трубочки пройдетъ за голосовыя связки, больной уже дышетъ черезъ нее и, слѣд., послѣ этого можно уже продолжать работу, не спѣша. Это особенно важно при обученіи интубаціи молодыхъ ассистентовъ. Наконецъ, и цѣна инструмента не высока, около 45 р.

Г. Н. Сперанскій: Въ дѣтской клиникѣ мы убѣдились, что интубація при помощи инструмента *Froin* удается легко, но экстубировать больного крючкомъ не удалось и пришлось для удаленія трубки прибѣгнуть къ прежнему экстубатору.

А. А. Поліевктовъ: Инструментъ *Froin*'а я испытывалъ на трупахъ и убѣдился, что интубировать имъ легко, но экстубація не удается и на трупахъ. Начинающему, безспорно, интубировать имъ легче, такъ какъ больной во время интубаціи продолжаетъ дышать. Къ невыгодѣ этихъ трубокъ нужно отнести то, что удаленіе ихъ по способу *Bayeux* не удается.

Н. И. Герасимовъ: Я думаю, что инструментъ *Froin*'а уступаетъ *Collin*'овскому, потому что при первомъ гораздо легче сдѣлать ложный ходъ и вообще для введенія его приходится дѣлать больше насилія; невозможность-же дышать при введеніи инструмента *Collin*'а продолжается всего какой-нибудь одинъ моментъ.

В. А. Колли: Я не согласенъ съ тѣмъ, что трубкой *Froin*'а, будто бы, легче сдѣлать ложный ходъ, чѣмъ трубкой, снабженной мандреномъ. Такъ какъ трубка *Collin*'а на всемъ своемъ протяженіи имѣетъ одинъ и тотъ-же діаметръ, то, пока не удалишь вполнѣ мандрена, больной не можетъ дышать, и не разъ случается, что, если нѣсколько замѣшкаться съ его удаленіемъ, наступающая асфиксія заставляетъ быстро вытащить трубку.

Г. Д. Воскресенскій: Въ верхнемъ концѣ трубки *Froin*'а просвѣтъ уже, чѣмъ въ нижнемъ; мнѣ кажется, вслѣдствіе этой особенности можетъ случиться, что пленка не проскользнетъ наружу, а закупоритъ трубку. Опасеніе сдѣлать ложный ходъ едва-ли основательно. Что-же касается того, что при трубкѣ *Froin*'а ребенокъ все время дышетъ, то, разумѣется, это представляетъ существенную выгоду.

Докладчикъ: Едва-ли можно опасаться закупорки трубки пленкой; въ старыхъ трубкахъ каналъ уже, а пленки тѣмъ не менѣе выходятъ.

Т. П. Краснобаевъ: Опытъ и у насъ, и въ дѣтской клиникѣ показалъ, что трубки *Froin*'а вводятся легко и удобно. Обстоятельство, что больной дышетъ во время введенія трубки, очень важно; врачу не приходится спѣшить и, слѣд., меньше поводовъ сдѣлать ложный ходъ. Вообще трубка *Froin*'а, вѣроятно, найдетъ распространеніе.

Г. М. Беркенгеймъ. Къ этіологіи дѣтскихъ нефритовъ. Въ больницѣ св. Ольги наблюдалось 64 случая нефрита, что вмѣстѣ съ 53 случаями нефритовъ, найденныхъ только при вскрытіи, составляетъ около 3% общаго числа наблюдавшихся больныхъ. По полу больные распредѣлялись такъ: 60% мальчиковъ и 40% дѣвочекъ; по возрасту 20% до 5 л., 50% — отъ 5 до 10 л. и 30% — дѣти болѣе 10 л. Теченіе болѣзни въ 80% было болѣе или менѣе благопріятное. Смертныхъ случаевъ всего было 11. Со стороны наслѣдственности имѣются слѣдующія указанія: алкоголизмъ родителей—въ 20 случаяхъ, бугорчатка въ семьѣ—въ 12, ревматизмъ—въ 5, болѣзнь почекъ—въ 1. Болѣе всего обращаетъ на себя вниманіе частота нефритовъ при пнеймоніяхъ у дѣтей. Въ больницѣ св. Ольги такихъ случаевъ было 16 (11 у мальчиковъ, 5 у дѣвочекъ). Среди другихъ наиболѣе интересенъ слѣдующій случай. Н. Б., 12 л., поступилъ на 10-ый день болѣзни, съ кашлемъ, общими отеками и слабостью. Пнеймоническое гнѣздо сзади справа; моча—кофейнаго цвѣта съ бѣлкомъ, кровью и зернистыми цилиндрами. Въ мокротѣ — диплококки; въ троекратныхъ посѣвахъ крови на агарѣ—диплококки. Выписанъ изъ больницы въ безнадежномъ состояніи. Въ общемъ такіе нефриты текутъ очень тяжело, хотя встрѣчаются и случаи выздоровленія и перехода въ хроническое состояніе. Наблюдалось нѣсколько (9) случаевъ нефритовъ при тифѣ, при чемъ нѣкоторые случаи текли, какъ острый гэморрагическій нефритъ, а брюшной тифъ обнаруженъ только на вскрытіи, или наоборотъ. Въ 4-хъ случаяхъ этіологической причиной нефрита былъ гриппъ, при чемъ 1 случай кончился смертью и на вскрытіи найденъ былъ гэморрагическій паренхиматозный нефритъ. Въ 6 случаяхъ появленію нефрита предшествовала дизентерія и въ 3—вообще продолжительные поносы. Нѣсколько случаевъ нефритовъ (3) наблюдалось и послѣ кори и, наконецъ, единичные случаи наблюдались послѣ рожи, коклюша, паротита и *Pfeiffer*'овой болѣзни во время больничной ея эпидеміи. Затѣмъ слѣдуетъ отмѣтить совмѣстное теченіе гэморрагическаго нефрита съ кожными сыпями, наблюдавшіеся въ 6 случаяхъ, и вообще частое осложненіе нефритами различныхъ нагноительныхъ процессовъ (въ больницѣ св. Ольги въ 12 случаяхъ). Въ 10 случаяхъ никакой предшествовавшей болѣзни отмѣтить не удалось, и имѣются основанія признавать такіе случаи за самостоятельные нефриты заразнаго происхожденія. Всѣ они характеризуются острымъ началомъ, высокой температурой, бурными явленіями со стороны почекъ, быстрымъ теченіемъ и большой частью исходомъ въ выздоровленіе. Среди 16 случаевъ хроническаго нефрита, наблюдавшихся въ больницѣ св. Ольги, обращаетъ на себя вниманіе частое указаніе на бугорчатку въ анамнезѣ у родителей и на вскрытіяхъ въ смертельныхъ случаяхъ. Слѣдующее мѣсто по частотѣ въ происхожденіи такихъ нефритовъ занимаетъ скарлатина, при чемъ явленія нефрита или держатся все время послѣ скарлатины или исчезаютъ съ тѣмъ, чтобы появиться вновь при какой-либо другой случайной заразной болѣзни. Единичные случаи хроническаго нефрита наблюдались при кори, при pemphigus contagiosus и, наконецъ, при сифилисѣ, которому въ литературѣ приписывается большое значеніе для возникновенія нефрита.

Н. Н. Алексѣевъ: Вопросъ, затронутый докладчикомъ, представляетъ большой интересъ. Причину воспаленія почекъ прежде искали въ скарлатинѣ, но теперь все болѣе и болѣе приходится убѣждаться, что и при другихъ заразныхъ болѣзняхъ очень нерѣдко развивается воспаленіе почекъ, а нѣкоторые случаи его представляютъ, несомнѣнно, самостоятельное, первичное заболѣваніе.

А. А. Соколовъ: Въ терапевтическомъ отдѣленіи больницы св. Владиміра на очень значительномъ числѣ ежегодно наблюдаемыхъ больныхъ съ фибринознымъ воспаленіемъ легкихъ я имѣлъ возможность убѣдиться, что воспаленіе почекъ при этой болѣзни встрѣчается очень часто. Обыкновенно больной уже поступаетъ въ больницу съ пораженіемъ почекъ, при чемъ послѣднее бываетъ въ очень различной степени. Иногда онъ выражается только небольшой альбуминуріей, почти безъ форменныхъ элементовъ и безъ отековъ; всѣ эти явленія исчезаютъ черезъ нѣсколько дней, не нарушая правильнаго теченія воспаленія легкаго, хотя иной разъ и продолжаются еще короткое время и послѣ кризиса. Противоположность этимъ случаямъ составляютъ такіе, при которыхъ явленія воспаленія почекъ выражены очень рѣзко— мало мочи, много бѣлка, цилиндровъ, масса крови, значительные отеки—и которые могутъ затягиваться на много недѣль послѣ окончанія фибринознаго воспаленія легкихъ. Интересно, что въ такихъ случаяхъ при бактеріологическомъ изслѣдованіи мочи я иногда находилъ въ ней во множествѣ и въ чистомъ видѣ пнеймококкъ *Fraenkel*'я.

А. А. Кисель: Взгляды на происхожденіе нефритовъ у дѣтей въ послѣднее время очень рѣзко измѣнились. Теперь мы убѣдились, что воспаленіе почекъ не только является слѣдствіемъ самыхъ разнообразныхъ заболѣваній, но и встрѣчается нерѣдко какъ совершенно самостоятельная болѣзнь. Несомнѣнно, кромѣ того, что оно встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ думаютъ, и вообще вопросъ о воспаленіи почекъ у дѣтей представляетъ еще широкое поле для изслѣдованія.

А. Э. Гиппіусъ: При тщательныхъ и постоянныхъ изслѣдованіяхъ мочи приходишь къ убѣжденію, что нѣтъ заразнаго заболѣванія и самоотравленія, которыя-бы при случаѣ не могли дать воспаленія почекъ.

Г. Д. Воскресенскій: Къ перечисленнымъ докладчикомъ различнымъ заболѣваніямъ, которыя могутъ вызывать воспаленіе почекъ, нужно прибавить еще группу болѣзней, нерѣдко ведущихъ къ почечнымъ осложненіямъ, а именно различныя жабы, особенно цѣпочнококковая. Послѣдняя, быть можетъ, и служитъ причиной того, что воспаленіе почекъ такъ часто наблюдается при скарлатинѣ.

Докладчикъ: Связь жабъ съ воспаленіемъ почекъ прочно установлена, и въ литературѣ по этому вопросу накопился дов. большой матеріалъ. *Moizard*, напр. собралъ 40 случаевъ воспаленія почекъ такого происхожденія, одинъ изъ учениковъ *Comby*—20.

А. Э. Гиппіусъ. При какихъ температурахъ слѣдуетъ пастеризовать молоко? Цѣль пастеризаціи — обеззараживать молоко, возможно менѣе измѣняя химическія и біологическія его свойства. Такъ какъ многочисленными анализами твердо установлено, что химизмъ молока начинаетъ мѣняться при 65° Ц., то для пастеризаціи нужно прибѣгать къ болѣе низкимъ температурамъ. Нижній предѣлъ ихъ опредѣляется температурой умерщвленія болѣзнетворныхъ бактерій и отношеніемъ біологическихъ свойствъ молока къ воздѣйствію на него жара. Что касается заразительности молока, то всѣ произведенныя въ этомъ направленіи изслѣдованія привели къ результату, что она вполнѣ устраняется разогрѣваніемъ молока до 60—65° Ц. въ теченіи 1 часа. Единственнымъ исключеніемъ является здѣсь работа *W. Rullmann*'а объ умерщвленіи палочекъ бугорчатки въ нагрѣтомъ молокѣ. Опытами-же *Smith*'а, *Hesse*, *Dunbar*'а, *Kobrak*'а и докладчика твердо установлено, что палочки эти погибаютъ въ молокѣ при 60° Ц. черезъ 20—30 мин., если не давать образоваться пленкѣ. Стало быть, молоко вполнѣ обеззараживается пастеризаціей отъ 60—65° Ц., продолжающейся отъ ½ до 1 часа. При какихъ-же температурахъ удается сохранить біологическія свойства молока? Для рѣшенія этого вопроса докладчикъ предпринялъ рядъ опытовъ, касающихся отношенія къ повышенной температурѣ: 1) молочной сыворотки, 2) бактеріоцидіи молока, 3) разныхъ бродилъ женскаго и коровьяго молока, какъ-то: оксидазы, амилазы, бродила, расщепляющаго салолъ, липазы и протеолитическихъ бродилъ молока. Результаты: 1. Молочная сыворотка преципитируетъ молоко какъ сырое, такъ и кипяченное, и даже стерилизованное въ аутоклавѣ, все равно, добыта-ли она при посредствѣ впрыскиванія подвергающихся опыту животнымъ молока сырого, или кипяченнаго, или даже стерилизованнаго въ аутоклавѣ (12 опытовъ съ кроликами). 2. Бактерицидная сила молока яснѣе всего выражена въ молокѣ сыромъ, но сохраняется, хотя и нѣсколько ослабленная, и въ молокѣ пастеризованномъ ½ часа при 65°, и даже замѣтна еще въ молокѣ, пастеризованномъ 2 мин. при 85°. Въ кипяченномъ молокѣ она уже погасла (10 опытовъ съ разводками кишечной палочки и b. prodigiosus). 3. Оксидаза весьма дѣйствительна въ сыромъ коровьемъ молокѣ и одинаково активная въ молокѣ пастеризованномъ 2, 4, 6, 8 и 12 час. при 60°. При нагрѣваніи молока до 80° она разрушается безвозвратно (около 20 опытовъ по способу *Arnold*'а и по *Storch*'у). 4. Дѣйствіе амилазы женскаго молока ослабляется

пастеризаціей при 60°, остается еще замѣтнымъ и въ кипяченномъ молокѣ, а окончательно пропадаетъ при пастеризаціи по *Soxhlet*'у (4 опыта по способу *Béchamp*). 5. Содержащееся въ женскомъ молокѣ бродило, расщепляющее салолъ на салициловую и карболовую кислоты, ослабляется пастеризаціей при 60°, при 65° проявляется очень слабо, и разрушается при 66° (10 опытовъ). 6. Липаза вполнѣ активная при пастеризаціи въ 60°, разрушается же при 65° (8 опытовъ по собственному способу). 7. Протеолитическія бродила коровьяго молока, дѣйствующія какъ при слабо кислой, такъ и при слабо щелочной реакціи, остаются дѣйствительными при пастеризаціи въ 60, 65 и 85°, начинаютъ ослабѣвать при нагрѣваніи молока до 90° и окончательно перестаютъ дѣйствовать въ кипяченномъ молокѣ (6 опытовъ по видоизмѣненному докладчикомъ способу *Fermi*). Такимъ образомъ является выводъ, что предложенный докладчикомъ способъ пастеризаціи молока продолжительнымъ (въ теченіи 1 часа) воздѣйствіемъ на него температуры отъ 60—65° Ц. удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ не только со стороны химіи и бактеріологіи, но и съ біологической стороны.

А. Кисель.

CXXVII. *Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 30-го сентября).

Н. Д. Стражеско. Къ физіологіи кишекъ (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

Проф. *С. С. Салазкинъ*: Въ Вашемъ докладѣ весьма интересно указаніе на то, что въ жидкости, получаемой изъ свища въ концѣ тонкихъ кишекъ не содержится веществъ, дающихъ біуретовую реакцію, если предварительно удалить бѣлокъ, свертывающійся отъ нагрѣванія. Такимъ образомъ подкрѣпляется предположеніе, что въ кишечномъ каналѣ бѣлки пищи подвергаются распаду и всасываются въ видѣ продуктовъ послѣдняго. *Abderhalden* и *Rono* недавно сообщили о своихъ опытахъ, въ которыхъ они однѣмъ мышамъ давали чистый казеинъ, а другимъ различнымъ образомъ полученные продукты гидролитическаго расщепленія его. При этомъ и тѣмъ и другимъ животнымъ примѣшивались къ пищѣ сахаръ и сода. Какъ при питаніи цѣльнымъ казеиномъ, такъ и при кормленіи веществами, подвергнутыми поджелудочному перевариванію и не дающими біуретовой реакціи, продолжительность жизни подвергавшихся опытамъ животныхъ была одинаковая. Смерть являлась результатомъ минеральнаго голоданія, и, слѣд., гидролитическіе продукты казеина оказались въ смыслѣ пищи равнозначущими неизмѣненному казеину. Кромѣ того, Вы отмѣчаете въ докладѣ, что жидкость изъ кишечнаго свища всегда была нейтральной или слабо щелочной реакціи. Слѣд., нельзя болѣе основывать отсутствіе гніенія въ тонкихъ кишкахъ на, яко-бы, кислой реакціи ихъ содержимаго, а приходится искать какого-либо другого объясненія. Говоря объ отсутствіи въ жидкости, вытекавшей изъ свища, органическихъ кислотъ, Вы имѣете въ виду свободныя органическія кислоты, а не соли этихъ кислотъ, которыя, конечно, тамъ находятся?

Докладчикъ: Я говорилъ только о свободныхъ органическихъ кислотахъ.

Проф. *С. С. Салазкинъ*: Затѣмъ Вы отмѣчаете, что насыщенные растворы лактозы усиливаютъ отдѣленіе кишечнаго сока. Вопросъ, есть-ли отдѣляемая жидкость—кишечный сокъ, или пропотъ? Въ заключеніе укажу, что Ваша работа, потребовавшая массу труда, увеличиваетъ число изслѣдованій, вышедшихъ въ послѣднее время изъ лабораторіи проф. *И. П. Павлова*, въ которыхъ изучается общій эффектъ работы всего пищеварительнаго прибора. Работы эти представляютъ громадный интересъ и для физіологіи, и для патологіи пищеваренія.

Проф. *И. П. Павловъ*: Я хочу обратить вниманіе на яркость фактовъ, отмѣчающихъ разницу въ чувствительности слизистыхъ оболочекъ пищеварительнаго канала. 2 свища находятся въ разстояніи одинъ отъ другого приблизительно на 10 стм. Между тѣмъ какъ слизистая оболочка тонкой кишки (одинъ свищъ) чрезвычайно чувствительна, слизистая оболочка толстой кишки (другой свищъ) чувствительна весьма мало. Это еще разъ подтверждаетъ специфичность функціи слизистой оболочки въ различныхъ частяхъ ея. Я долженъ, однако, сказать, что функція толстой кишки пока ускользаетъ отъ насъ; невѣроятно, чтобы она не имѣла своей особенной дѣятельности. Строеніе органа есть отраженіе его функціи, а между тѣмъ имѣется весьма много особенностей въ строеніи слѣпой кишки. Все дѣло заключается въ томъ, что мы еще не умѣемъ приступиться къ изученію ея.

В. Л. Якимовъ. Нѣсколько словъ о трипанозомахъ и трипанозоматозѣ (съ предъявленіемъ препаратовъ). Трипанозомы особенно стали привлекать вниманіе изслѣдователей съ того времени, когда въ 1903 г. *Aldo Castellani* доказалъ, что это чужеядное служитъ возбудителемъ «сонной болѣзни». Впервые трипанозома была найдена въ 1840 г. *Valentin*'омъ въ крови форели, и съ тѣхъ поръ различные виды этого микроорганизма многократно были находимы изслѣдователями во многихъ странахъ, какъ у холоднокровныхъ, такъ и у теплокровныхъ животныхъ. У людей-же онѣ были обнаружены въ 1902 г. д-ромъ *Dutton*'омъ въ крови лицъ, страдавшихъ «Гамбійской лихорадкой». Всѣ извѣстныя до сихъ поръ трипанозомозы (Surra, Nagana, Mal de Caderas, Daurine и «сонная болѣзнь») имѣютъ весьма много сходнаго въ клинической картинѣ. На первомъ мѣстѣ здѣсь стоитъ наростающее малокровіе, доходящее у экспериментальныхъ животныхъ по опытамъ докладчика до потери 19%—40% красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, затѣмъ жажда, худоба и т. д. Но есть и разница въ болѣзненныхъ проявленіяхъ, что указываетъ на специфичность трипанозомъ различныхъ болѣзней; такъ, при «Nagan'ѣ» и «Surr'ѣ» развиваются отеки, при «Mal de Caderas» и случной болѣзни—парезы и параличи, при «сонной болѣзни»—апатія и летаргія. Особенно большую сенсацію произвело открытіе *Castellani* трипанозомы, какъ возбудителя «сонной болѣзни»—страданія, давно извѣстнаго въ Угандѣ и другихъ областяхъ центральной Африки, а также встрѣчающагося въ Индіи, Японіи, на Суматрѣ и Явѣ. Причину ея возникновенія одни считали тожественной съ beri-beri; другіе принимали болѣзнь за ankylostomiasis, третьи приписывали ее Anguillula intestinalis, также пнеймококку *Fraenkel*'я или особому стрептококку, пока наконецъ, *Castellani*, не нашелъ въ мозговой жидкости лицъ, страдающихъ сонной болѣзнью, трипанозомъ. Что касается патологоанатомической стороны, то экспериментально при трипанозомозѣ всегда замѣчается увеличеніе въ 1½—2 и болѣе раза селезенки. Также весьма рѣзкія измѣненія наблюдаются въ печени, выражающіяся въ разрушеніи паренхимы органа; въ почкахъ всегда находятъ нефритъ и т. д. Переносчиками заразы служатъ обыкновенно насѣкомыя; такъ, напр., «сонную болѣзнь» передаетъ муха «це-це». Въ заключеніе докладчикъ показалъ: 1) живые и окрашенные препараты трипанозомъ *Lewisi*'а, *Brucei* и *Elmassiani*; 2) рисунки и свѣтописные снимки съ нормальныхъ трипанозомъ, развитія ихъ и аггломенацій; 3) увеличенныя селезенки животныхъ (собакъ, кошекъ и лисицы), погибшихъ отъ экспериментальныхъ «Nagan'ы» и «Mal de Caderas».

А. Држевецкій.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Сборникъ работъ по невропатологіи и психіатріи, посвященный профессору И. А. Сикорскому его учениками по случаю 35-лѣтія его врачебно-научной дѣятельности.—Кіевъ. 1904 г.

Установившійся за послѣднее время среди русскихъ врачей обычай чествовать юбилеи своихъ учителей путемъ изданія «Сборниковъ» спеціальныхъ работъ, посвящаемыхъ чествуемымъ лицамъ, заслуживаетъ особаго вниманія по своей идеѣ и по своему научному значенію. Такой способъ чествованія юбилеевъ научныхъ дѣятелей представляется наиболѣе цѣлесообразнымъ и особенно симпатичнымъ по своей формѣ; самому-же юбиляру подобный характеръ чествованія долженъ быть болѣе всего пріятенъ. Вмѣстѣ съ этимъ такая форма чествованія уже сама по себѣ опредѣляетъ заслуги юбиляра, являясь характеристикой его научно-педагогической дѣятельности.

Въ посвященномъ проф. *И. А. Сикорскому* «Сборникѣ» приняли участіе 12 его учениковъ, помѣстившихъ 14 работъ. Въ числѣ авторовъ этихъ работъ находятся 2 чч.-преподавателя и 1 профессоръ. Вошедшія въ «Сборникъ» статьи носятъ слѣдующія заглавія: 1) Ч. пр. *В. В. Воробьевъ. Главнѣйшія данныя анатомо-антропологическаго изслѣдованія наружнаго уха душевно больныхъ великоруссовъ.*—2) Проф. *М. Н. Лапинскій. О дегенераціи и регенераціи периферическихъ нервовъ.*—3) Д-ръ *И. К. Хмѣлевскій. Патологическій элементъ въ личности и творчествѣ Фридриха Ницше.*—4) Ч. пр. *В. В. Селецкій. Судебно-психіатрическія наблюденія.*—5) Д-ръ *С. И. Флейшманъ. Къ вопросу о стереогностическомъ воспріятіи.*—6) Д-ръ *А. С. Кульженко. Къ симптоматологіи спинной сухотки.*—7) Д-ръ *А. В. Владимірскій. Изъ психологіи начинающаго психіатра.*—8) Д-ръ *В. И. Рудневъ. Случай истерическихъ судорогъ.*—9) Д-ръ *Л. Н. Войтоловскій. Роль чувства въ коллективной психологіи.*—10) Проф. *М. Н. Лапинскій. По поводу психозовъ послѣ операцій на глазу.*—11) Д-ръ *А. К. Микульскій. Существенное условіе правильной организаціи земской психіатріи.*—12) Д-ръ *С. И. Флейшманъ. Случай изолированнаго пораженія musculi infraspinati.*—13) Д-ръ *А. Г. Черняховскій. Случай двусторонняго периферическаго паралича n. facialis.*—14) Д-ръ *Я. Б. Шницеръ. Къ вопросу о симптоматологіи паралича m. cucullaris.*

Очень изящно изданный «Сборникъ» представляетъ собою объемистую книгу въ 472 стр. Къ «Сборнику» приложенъ художественно исполненный портретъ юбиляра.

Отмѣтивъ появленіе настоящаго «Сборника», посвященнаго проф. *И. А. Сикорскому*, пользуюсь случаемъ выразить почтенному юбиляру чувства высокаго уваженія по поводу исполнившагося юбилея его полезной 35-лѣтней врачебно-научной дѣятельности.

Б. Воротынскій.

А. Колычевъ. Рабочіе на пріискахъ Сибири. Томская горная область. Петербургъ 1904. Ц. 1 р. 20 к.

Работа на золотыхъ промыслахъ вообще и въ Сибири въ особенности— одна изъ тяжелыхъ и опасныхъ для здоровья рабочихъ. Не смотря на это, у насъ такъ мало еще сдѣлано и дѣлается администраціей и золотопромышленниками въ отношеніи какъ улучшенія санитарныхъ условій работъ на пріискахъ, такъ и положенія рабочихъ—помѣщенія, питанія, продолжительности

рабочаго времени, обезпеченія медицинской помощью, обезпеченія на случай потери трудоспособности, старости, удовлетворенія умственныхъ потребностей и т. д. нагляднымъ доказательствомъ этому можетъ служить вышеуказанная книжка г. Колычева. Хотя книжка эта и не представляетъ чего-нибудь новаго—она содержитъ главнымъ образомъ перепечатки изъ прежнихъ статей автора, помѣщенныхъ въ различныхъ изданіяхъ—и не претендуетъ на всестороннее освѣщеніе разбираемаго имъ вопроса, тѣмъ не менѣе представляетъ интересъ, въ особенности для лицъ, мало знакомыхъ или вовсе не знакомыхъ съ положеніемъ рабочихъ на пріискахъ (и такихъ не мало, думаю, найдется и между врачами). Хотя авторъ касается положенія рабочихъ на пріискахъ одной только Томской области, но его данныя съ такимъ же правомъ могутъ быть перенесены и на другія горныя Сибирскія области. Нѣкоторыя изъ главъ составлены слабѣе и недостаточно освѣщаютъ вопросъ (продовольствіе рабочихъ, разсчетъ ихъ), другія даютъ полную картину положенія рабочихъ, въ особенности тѣ, гдѣ авторъ касается дѣятельности Съѣздовъ золотопромышленниковъ, хотя-бы, напр., относительно врачебной помощи; по словамъ автора Съѣзды балансируютъ между 2-мя стульями, стараясь поймать 2-хъ зайцевъ: съ одной стороны, успокоить горное начальство, иногда все же напоминающее о необходимости организовать врачебную помощь, а съ другой—насколько возможно, избѣжать расходовъ на медицину. Въ не менѣе плачевномъ положеніи находится вопросъ объ обезпеченіи нетрудоспособныхъ рабочихъ, и здѣсь Съѣзды оказались не на высотѣ своихъ задачъ. Да иначе и быть не могло, разъ постановленія Съѣздовъ необязательны. Нельзя не согласиться съ тѣми выводами, къ которымъ приходитъ авторъ на основаніи своихъ данныхъ: необходимо ввести на пріискахъ 8-часовой рабочій день, уменьшить размѣръ уроковъ, улучшить жилищныя условія, удешевить пищевые продукты, ввести безплатное лѣченіе больныхъ, установить обязательность праздничнаго отдыха во все время года, прекратить выдачу винныхъ порцій и виноторговлю, обезпечить пострадавшихъ при несчастныхъ случаяхъ инвалидовъ трудъ, равно и членовъ ихъ семействъ, устроить школы, библіотеки, читальни и усилить горный надзоръ—я-бы прибавилъ и санитарный, въ настоящее время совершенно отсутствующій.

Книжка написана хорошо и «съ огонькомъ», читается легко. Цѣна ея нѣсколько высока—1 р. 20 к. за 166 стр. малаго формата.—Небезполезно ознакомиться съ нею врачамъ особенно фабрично-заводскимъ. *Д. Никольскій.*

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXXII. М. Г.! Покорнѣйше просимъ не отказать въ напечатаніи нижеслѣдующаго:

Общество Тульскихъ врачей въ засѣданіи 17-го октября сего года постановило выразить чрезъ посредство «Русскаго Врача» свое глубокое негодованіе по поводу возмутительнаго поступка съ товарищемъ *Николаемъ Петровичемъ Забусовымъ*, который, въ XX вѣкѣ, при исполненіи обязанностей врача сдѣлался жертвой самой дикой расправы.

Предсѣдатель Общества Тульскихъ врачей *Ю. Цейтлинъ.*
Секретарь *И. Стржельбицкій.*
Тула, 22-го октября 1904 г.

CXXIII. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки.

Общество русскихъ врачей въ г. Ригѣ, освѣдомившись въ засѣданіи 11-го октября сего года о возмутительномъ оскорбленіи ген.-майоромъ Ковалевымъ д-ра *Н. П. Забусова*, приглашеннаго для подачи медицинской помощи, выражаетъ свое искреннее сочувствіе пострадавшему товарищу и глубокое негодованіе по поводу гнуснаго насилія со стороны человѣка, занимающаго высокое общественное положеніе.

Предсѣдатель Общества *А. Цвиневъ.*
Секретарь *І. Воскресенскій.*
Рига, 11-го октября 1904 г.

CXXIV. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки.

Иваново-Вознесенское медицинское Общество въ первомъ очередномъ своемъ засѣданіи послѣ лѣтнихъ каникулъ, 20-го октября, выслушавъ сообщеніе о возмутительномъ поступкѣ ген. Ковалева съ врачемъ *Николаемъ Петровичемъ Забусовымъ*, пригласившаго къ себѣ *Н. П. Забусова* въ качествѣ врача и подвергшаго его затѣмъ гнусному насилію, единогласно постановило выразить свое сочувствіе *Николаю Петровичу Забусову* и высказать путемъ печати свое негодованіе по адрессу ген. Ковалева.

Секретарь *С. Дороговъ.*
Иваново-Вознесенскъ. 24-го октября 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2166. Проф. *И. А. Сикорскій* избранъ *почетнымъ членомъ* Общества нормальной и патологической психологіи въ Петербургѣ («Кіевское Слово», 22 октября).

2167. Проф. *Н. К. Лысенковъ*, избранный медицинскимъ факультетомъ въ Одессѣ на каѳедру госпитальной хирургической клиники, возбудилъ ходатайство о переводѣ его обратно на каѳедру оперативной хирургіи, которую онъ занималъ ранѣе. Такимъ образомъ *свободной* оказывается теперь въ Одессѣ *каѳедра госпитальной хирургіи.*

2168. Конференція В.-Медицинской Академіи, въ виду послѣдовавшаго уравненія женщинъ-врачей въ правахъ съ врачами-мужчинами, признала возможнымъ, какъ сообщаетъ «Новое Время» (20 октября), *допускать* на будущее время *женщинъ-врачей къ соисканію степени доктора медицины на общемъ основаніи.*—Съ принципіальной точки зрѣнія это, разумѣется, вполнѣ послѣдовательно и совершенно справедливо, но не поразили, наконецъ, совсѣмъ прекратить эту выдачу дипломовъ на степень доктора медицины вообще, какъ не соотвѣтствующую истинному положенію дѣла, и уже не поддерживать въ обществѣ авторитетомъ ученаго учрежденія одно изъ очень большихъ и практически далеко не маловажныхъ заблужденій?

2169. 22-го октября въ В.-Медицинской Академіи защищалъ диссертацію *Н. Д. Стражеско* на тему—*«Къ физіологіи кишекъ»* (Биржевыя Вѣдомости», 22 октября).

2170. Студенты-медики 5-го курса Московскаго Университета, *вмѣсто вѣнка* на могилу покойнаго проф. *К. Ѳ. Клейна*, внесли собранныя ими деньги на учрежденіе въ Москвѣ *фонда народнаго образованія* («Русскія Вѣдомости», 19 октября)—разумнѣйшая и симпатичнѣйшая форма чествованія памяти учителя, достойная ума и сердца его и его учениковъ.

2171. Студенты-медики 5-го курса Казанскаго Университета, желая посильно почтить память недавно умершаго проф. *К. М. Леонтьева*, постановили собрать *сумму въ основаніе фонда для стипендіи*, которая будетъ назначаться наиболѣе нуждающимся студентамъ Университета безъ различія національностей и факультета («Волжскій Листокъ», 12 октября).

2172. «Сибирская Жизнь» (12 октября) сообщаетъ, что изъ Томскаго Университета *исключены 84 студента* за невзносъ платы за право слушанія лекцій.

2173. По словамъ «Кіевской Газеты» (9 октября), предсѣдатель Уфимской губернской земской Управы обратился по телеграфу къ ректору Кіевскаго Университета съ просьбой оповѣстить студентовъ-медиковъ 5-го курса о томъ, что Управа приглашаетъ желающихъ изъ нихъ для исполненія обязанностей санитарныхъ врачей *для борьбы съ ожидаемой эпидеміей холеры.* Земство предлагаетъ студентамъ 125 р. въ мѣсяцъ жалованья, считая со дня выѣзда, и проѣздъ во 2-мъ классѣ въ оба конца. Заявленія приглашаютъ присылать по телеграфу.

2174. Проф. *Н. А. Щеголевъ* избранъ *старшимъ врачемъ* хирургической лѣчебницы при Касперовской Общинѣ Краснаго Креста въ Одессѣ.

2175. Отбыли на Дальній Востокъ: 18-го октября изъ Петербурга *2-ой санитарный отрядъ* кн. Щербатовыхъ на 200 кроватей въ составѣ 3 врачей, 19 сестеръ милосердія и 24 санитаровъ («Русскія Вѣдомости», 21 октября); 19-го, 20-го и 22-го октября изъ Харькова *3 военно-санитарныхъ поѣзда*, на 200 кроватей каждый и каждый съ 1 врачемъ, 5 сестрами милосердія, 5 фельдшерами и 33 санитарами; 21-го октября изъ Кременчуга *5 госпиталей*; 25-го октября изъ Казани *8-ой вспомогательный санитарный поѣздъ* («Новое Время», 20, 22 и 26 октября).

2176. Въ помѣщенныхъ въ «St. Petersburger med. Wochenschrift» (№ 38) выдержкахъ изъ частнаго *письма съ театра войны* проф. *В. Г. Цёге ф. Мантейфеля* авторъ, между прочимъ, подтверждаетъ общепризнанное уже «гуманное» дѣйствіе японской пули. Оболочка пуль, особенно на концѣ, настолько толста, что пули остаются цѣлыми, даже отскакивая рикошетомъ отъ каменныхъ и металлическихъ предметовъ; понятно поэтому, что пули эти въ общемъ причиняютъ весьма незначительныя поврежденія тканей: нерѣдко офицеры съ прострѣленной грудью, шеей, ногой и т. п. продолжаютъ командовать, пока въ нихъ не попадетъ новая пуля. На полѣ сраженія остаются исключительно пораженные нѣсколькими пулями, затѣмъ съ пораненіями аорты, легочной артеріи и сердца и съ нѣкоторыми ранами черепа. У тяжело-раненыхъ въ большинствѣ случаевъ наблюдается также нѣсколько поврежденій. Въ общемъ, по наблюденіямъ автора, сквозныя раны черепа во всевозможныхъ направленіяхъ по бо́льшей части кончались выздоровленіемъ; раны эти всегда давали ограниченныя или болѣе распространенныя явленія выпаденія мозговыхъ отправленій, при чемъ явленія эти обыкновенно весьма быстро проходили—въ 3—4 дня. Остававшіеся по истеченіи этого времени припадки проходили уже весьма медленно или оставались стаціонарными. Разнообразныя разстройства рѣчи, аграфія, центральные параличи лицевого нерва въ большинствѣ случаевъ давали полное выздоровленіе. Раны черезъ основаніе черепа не вызывали никакихъ мозговыхъ явленій, кромѣ потери сознанія въ началѣ. Раны брюшной полости вели къ воспаленію брюшины—по большей части только при слишкомъ ранней эвакуаціи,—что, къ сожалѣнію, бывало нерѣдко,—особенно на военныхъ двуколкахъ безъ мягкой подстилки. Переноска на обыкновенныхъ носилкахъ безопаснѣе, но и тутъ авторъ наблюдалъ появленіе перитонита, вопреки благопріятному первоначальному теченію раны. Больные съ ограниченнымъ перитонитомъ нерѣдко выздоравливали; разлитой перитонитъ всегда велъ къ смерти, но число такихъ больныхъ въ общемъ невелико. Раны легкихъ вызывали поразительно незначительныя разстройства; нерѣдко раненые съ прострѣленной грудью послѣ заклейки входного и выходного отвер-

стія пластыремъ уходили пѣшкомъ съ перевязочнаго пункта, чему авторъ, конечно, противился, но нерѣдко безуспѣшно. Кромѣ пластырной повязки и покоя, въ большинствѣ случаевъ не требовалось никакого другого лѣченія. Изъ 5 бывшихъ подъ наблюденіемъ автора больныхъ съ огнестрѣльной раною сердца ни у одного не потребовалось оперативнаго вмѣшательства. Всѣ поправились безъ операціи. Авторъ отмѣчаетъ интересныя особенности мѣста раненій въ сраженіяхъ при Вафангоу, Дашичао и Хайченѣ: при Вафангоу войска сражались въ горахъ и подъ хорошимъ прикрытіемъ, почему преобладающее число раненій было въ голову; при Дашичао преобладали раны вдоль черезъ грудную клѣтку, въ верхнія и нижнія конечности; вслѣдствіе плохого прикрытія и почти полнаго отсутствія возвышенностей на мѣстѣ сраженія, пули попадали и проникали вдоль тѣла лежащихъ солдатъ. У кавалеристовъ преобладаютъ раны ногъ. Авторъ отмѣчаетъ также большое число траумати-ческихъ аневризмъ вслѣдствіе частичныхъ поврежденій сосудистыхъ стѣнокъ.

2177. Михайловское и Данковское земскія Собранія, Рязанской губ., постановили отвести въ своихъ больницахъ *безплатно по 10 коекъ больнымъ и раненымъ воинамъ*.—21-го октября въ Вышнемъ-Волочкѣ, Тверской губ., освящена *здравница* для 55 раненыхъ и больныхъ воиновъ Петербургскаго округа путей сообщенія.—Въ Рязани при Общинѣ Краснаго Креста открытъ *эвакуаціонный лазаретъ* на 20 кроватей («Биржевыя Вѣдомости», 20, 22 и 24 октября).—Г. Пельцеръ предоставилъ въ распоряженіе Ялтинскаго Комитета Краснаго Креста *помѣщеніе на 60 кроватей для нижнихъ чиновъ* и пожертвовалъ на приспособленіе его подъ лазаретъ 3000 р. («Новое Время», 21 октября).

2178. 25-го октября при Бахрушинской больницѣ въ Москвѣ открываются *безплатные курсы для сестеръ милосердія*. На курсы будутъ приниматься всѣ желающія («Русскія Вѣдомости», 23 октября).

2179. Въ Петербургѣ, по словамъ «Новаго Времени» (24 октября), составляется Кружокъ лицъ, желающихъ оказывать *денежное пособіе членамъ семействъ и ближайшимъ родственникамъ сестеръ милосердія*, оставшимся вслѣдствіе ихъ отъѣзда на Дальній Востокъ безъ матеріальной поддержки. Одна изъ учредительницъ Кружка—Е. Н. Лебедева (Фурштадтская, 31).

2180. Въ Москвѣ устроена *фильтровая станція-вагонъ*, которая и будетъ перевозиться за дѣйствующей арміей по всѣмъ путямъ («Новое Время», 21 октября).

2181. Приводимъ выдержки изъ помѣщеннаго въ «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостяхъ» (№ 20) *письма одного товарища съ театра военныхъ дѣйствій*. «Хлѣбъ—самая важная для солдатъ статья питанія. Были дни, когда хлѣба не получали совсѣмъ или, вмѣсто $2^1/_2$ ф., получали по $^3/_4$ ф. на человѣка. Хлѣбъ этотъ, везенный издалека и при оранжерейной температурѣ, доставлялся къ намъ въ совершенно невозможномъ видѣ: плѣсень всѣхъ цвѣтовъ и родовъ. Но голодъ бралъ свое. Лошадь моя отказывалась его ѣсть. Люди ѣли. Въ результатѣ пришлось вскорѣ-же отправить до 900 чел. въ госпиталь. Заболѣвали остро-желудочнымъ катарромъ, лихорадкой малярійнаго характера, но особенно анэміей и слабосиліемъ. Встрѣчался брюшной тифъ и много дизентерій. За послѣднюю мнѣ, однако, досталось. На вопросъ большого начальства о причинахъ заболѣваемости я откровенно все изложилъ по своему разумѣнію; все это было выслушано спокойно, но, когда я упомянулъ о 30 дизентерикахъ, картина измѣнилась. «Это преступленіе, говорить о дизентеріи, когда ея въ арміи нѣтъ и не должно быть», послышалось отъ начальства, и съ тѣхъ поръ въ діагнозахъ можно было видѣть пестрѣющія отмѣтки «col. ac.» и только. Въ другой разъ генералъ въ сопровожденіи старшаго врача осматривалъ слабыхъ. Я стою тутъ-же съ образчикомъ солдатскаго хлѣба, розданнаго вопреки распоряженію врача. Хлѣбъ этотъ покрытъ былъ слоемъ бархатистой, чудной плѣсени. Казалось-бы, причина желудочно-кишечныхъ заболѣваній на лицо; но генералъ, не обращая вниманія на этотъ corpus delicti, строго вопрошаетъ: «Носятъ-ли солдаты набрюшники?» «Нѣтъ, не носятъ, ваше пр—ство!» «А есть-ли у нихъ набрюшники?»—вопросъ. «Всѣ побросали ихъ»—отвѣтъ. Начинается разносъ, которымъ выясняется, что корень всѣхъ заболѣваній лежитъ въ томъ, что солдаты не носятъ набрюшниковъ».

2182. Высочайше утвержденная Коммиссія о борьбѣ съ холерой и чумой объявляетъ, что въ *Закаспійской области* было 10 случаевъ *холеры* въ Серанскомъ приставствѣ, при чемъ 8 больныхъ умерли. Въ остальныхъ мѣстностяхъ области новыхъ заболѣваній не было. *Въ Баку* съ 12-го по 19-ое октября заболѣли холерой 14, умерли 7. Кромѣ того, холерныя заболѣванія явились въ Балаханахъ, гдѣ за тотъ-же промежутокъ времени заболѣли 7 чел. и умерли 5, и въ селеніи Юрдживанъ Шемахинскаго уѣзда, гдѣ заболѣли и умерли 6. Кромѣ Бакинской губ., на Кавказѣ обнаружены единичные случаи въ *Эриванской губ.*; изъ нихъ 1—въ самой Эривани, 1—въ Нахичеванскомъ уѣздѣ и 3—въ Шаруно-Даралагезскомъ. *Въ Саратовѣ* съ 4-го по 19-е октября наблюдался 1 случай холеры 18-го октября. Въ предѣлахъ губерніи заболѣванія появились: въ Увекѣ близъ Саратова, гдѣ заболѣли 4, въ Панцырѣ Камышинскаго уѣзда, гдѣ обнаружено 5 случаевъ, и въ Хвалынскѣ, гдѣ заболѣлъ 1, прибывшій изъ Самарской губ. *Въ Астрахани* и ея окрестностяхъ съ 13-го по 18-е октября заболѣли 5, умерли 2; въ с. Чаганѣ Астраханскаго уѣзда за тотъ-же промежутокъ времени заболѣли 7 и умерли 4. *Въ Самарской губ.* число заболѣваній съ 11-го по 15-е октября, по сравненію съ предыдущей недѣлей, нѣсколько возросло, при чемъ наибольшее число заболѣваній, какъ и на предшествующей недѣлѣ, было въ Николаевскомъ уѣздѣ. За означенный промежутокъ времени въ губерніи заболѣли холерой 75 чел., изъ нихъ 63 въ селеніяхъ Николаевскаго уѣзда; остальные случаи наблюдались въ Новоузенскомъ и Самарскомъ уѣздахъ. Съ 15-го по 19-е октября новыхъ заболѣваній въ губерніи не обнаружено. *Въ Самарѣ* заболѣваній не было съ 11-го октября.

2183. Въ Московскомъ губернскомъ санитарномъ Совѣтѣ 18-го октября разсматривался, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (21 октября), вопросъ о *мѣропріятіяхъ противъ холеры* въ случаѣ появленія ея въ губерніи. Совѣтъ постановилъ просить Управу ходатайствовать предъ губернскимъ земскимъ Собраніемъ объ ассигнованіи средствъ на усиленіе эпидемическихъ отрядовъ и на необходимыя предварительныя мѣропріятія съ тѣмъ, что въ случаѣ появленія холеры будетъ произведена подробная разработка необходимыхъ противъ ея распространенія мѣръ и для ассигнованія потребныхъ на это крупныхъ средствъ будетъ созвано экстренное губернское земское Собраніе. Совѣтъ обратилъ также вниманіе на то, что правила Высочайше утвержденной Коммиссіи о борьбѣ съ холерой и чумой представляются во многихъ частяхъ *несоотвѣтствующими потребностямъ и условіямъ работы въ земскихъ губерніяхъ*, въ виду чего санитарнымъ Совѣтомъ образована Коммиссія для подробнаго разсмотрѣнія этихъ правилъ.

2184. 18-го октября *въ Кіевѣ* состоялось, какъ сообщаетъ «Кіевская Газета» (20 октября), 1-ое засѣданіе *городской санитарной исполнительной Коммиссіи*, образованной съ цѣлью принятія санитарныхъ мѣръ къ оздоровленію города въ виду появленія холерной эпидеміи въ предѣлахъ Европейской Россіи. Коммиссія признала безотлагательно необходимымъ приступить къ осмотру усадебъ и торгово-промышленныхъ заведеній въ городѣ въ тѣхъ видахъ, чтобы побудить владѣльцевъ ихъ устранить обнаруженные при осмотрѣ санитарные недочеты и упущенія. Производство осмотра усадебъ въ санитарномъ отношеніи рѣшено возложить на организуемые съ этой цѣлью особые санитарные отряды въ составѣ городскихъ санитарныхъ врачей, гласныхъ—участковыхъ попечителей и чиновъ полиціи. Въ помощь къ наличнымъ 4-мъ городскимъ санитарнымъ врачамъ Коммиссія постановила пригласить еще 4-хъ врачей на 1 мѣсяцъ, съ окладомъ жалованья въ 150 р., и раздѣлить между ними весь городъ на 8 санитарныхъ участковъ. Санитарнымъ врачамъ предоставляется право требовать въ нужныхъ случаяхъ производства обеззараживанія торговыхъ и другихъ помѣщеній и, въ случаѣ неисполненія этого требованія, производить обеззараживаніе самимъ за счетъ владѣльцевъ.

2185. Глубокоуважаемый *И. А. Дмитріевъ*, секретарь организаціоннаго Комитета IX Пироговскаго Съѣзда, проситъ насъ напечатать слѣдующее: «Организаціонный Комитетъ IX Пироговскаго Съѣзда врачей доводитъ до свѣдѣнія, что отпечатанъ *1-ый томъ «Трудовъ Съѣзда»*, содержащій въ себѣ протоколы засѣданій первыхъ 8 отдѣловъ (группы біологическая и патологическая). Члены Съѣзда, живущіе въ Петербургѣ, могутъ получать этотъ томъ у секретаря Комитета *И. А. Дмитріева* (Кабинетская, 18, Петербургская губернская земская Управа) ежедневно въ будни отъ 1 до 3 час. Иногороднимъ членамъ «Труды Съѣзда» будутъ разсылаться *наложеннымъ платежемъ за пересылку*, почему этотъ томъ для удешевленія стоимости пересылки будетъ имъ разсылаться одновременно съ печатающимися слѣдующими томами, но, въ случаѣ желанія членовъ, можетъ быть высланъ и въ настоящее время по полученіи о томъ письма на имя секретаря Съѣзда; во избѣжаніе задержекъ и лишнихъ расходовъ члены Съѣзда приглашаются сообщить секретарю о перемѣнѣ адресса. Докладчики, недоставившіе пока докладовъ, приглашаются доставить таковые или указать, гдѣ и когда статья напечатана, редактору «Трудовъ Съѣзда» *П. Н. Булатову* (Невскій, 102) для напечатанія въ протоколахъ соотвѣтствующихъ отдѣловъ или въ послѣднемъ томѣ, но *не позже 1-го января 1905 г.*; присланное послѣ этого срока не будетъ напечатано въ «Трудахъ Съѣзда».

2186. Организаторами *ветеринарнаго отдѣла X Пироговскаго Съѣзда* Правленіемъ Пироговскаго Общества избраны: *С. Н. Павлушковъ* и *Г. Г. Вилянцъ* («Русскія Вѣдомости», 20 октября).

2187. Въ составъ Правленія *Общества русскихъ хирурговъ въ Москвѣ* на предстоящій годъ избраны: предсѣдателемъ ч. пр. *Ф. А. Рейнъ*, товарищемъ его *И. П. Алексинскій*, секретарями *В. П. Страховъ* и *А. А. Фейденгольдъ*, редакторомъ «Трудовъ» *С. П. Галицкій*, казначеемъ *Я. М. Аскнази*, библіотекаремъ *Ф. Ф. Юргинъ* и членами ревизіонной Коммиссіи *Ф. И. Березкинъ*, *Д. Е. Гороховъ* и *А. А. Вагановъ* («Русскія Вѣдомости», 19 октября).

2188. Въ «Восточномъ Обозрѣніи» (8 октября) приведены нѣкоторыя свѣдѣнія о *дѣятельности Общества врачей Енисейской губ. въ 1903 г.* Общество закончило 18-ый годъ своего существованія. Въ настоящее время оно завѣдуетъ 2-мя амбуляторіями, хирургическимъ баракомъ и женской фельдшерской школой и имѣетъ свою аптеку. Въ отчетномъ году Общество состояло изъ 65 членовъ (27 городскихъ), но засѣданія посѣщались въ среднемъ лишь 10—11 членами. Отчетъ подчеркиваетъ безразличное отношеніе къ занятіямъ Общества многихъ дѣйствительныхъ членовъ и выражаетъ справедливое пожеланіе, «чтобы числящіеся на бумагѣ члены установили то или иное, но опредѣленное отношеніе къ Обществу». На годовомъ и 4-хъ очередныхъ засѣданіяхъ членами Общества сдѣлано 11 докладовъ и сообщеній. Административныя засѣданія были посвящены по преимуществу обсуж-

денію вопросовъ, связанныхъ съ веденіемъ учрежденій, находящихся въ завѣдываніи Общества, при чемъ наибольшее вниманіе было посвящено вопросу о преподаваніи въ фельдшерской школѣ. По предложенію *В. М. Крутовскаго*, Общество постановило устраивать регулярныя, черезъ 2 недѣли, Собранія членовъ для научныхъ бесѣдъ и съ цѣлью объединенія товарищей.

2189. *С. А. Никоновъ*, завѣдывавшій городской больницей въ Севастополѣ, *возвращенъ изъ административной ссылки* и отправляется съ однимъ изъ земскихъ врачебно-санитарныхъ отрядовъ на Дальній Востокъ. *С. А.* былъ сосланъ въ Архангельскъ на 5 лѣтъ за участіе въ коллективномъ протестѣ противъ назначенія, безъ вѣдома врачей, новаго смотрителя въ больницу (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 49, стр. 1769, № 50, стр. 1806 и № 52, стр. 1860).

2190. *По поводу пробудившихся въ Обществѣ* вслѣдствіе назначенія новаго министра внутреннихъ дѣлъ *надеждъ* «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 20) говорятъ: «Мы въ Сибири не избалованы «весной» и тепломъ, которыхъ у насъ почти не было. Сибирь не знаетъ того лучшаго, чѣмъ возродилась Россія—Сибирь не знала земства. Сибирская печать всегда отмѣчала прямо или косвенно этотъ пробѣлъ, а за послѣднее время уже 2 генералъ-губернатора—А. Д. Горемыкинъ и гр. П. И. Кутайсовъ отмѣтили крайнюю необходимость для Сибири въ земскихъ учрежденіяхъ. Въ томъ-же смыслѣ высказались почти всѣ уѣздные и губернскіе Комитеты, собранные въ 1902 г. Однако, общій ходъ дѣлъ и ясное отношеніе къ земству бывшаго министра Плеве не заставляли обманываться на счетъ того, что долго еще не увидать Сибири своего земства или, если и возможно было разсчитывать получить что-нибудь подобное, то въ видѣ суррогата земства по примѣру юго-западнаго края. Въ настоящее время надежды сибиряковъ должны возродиться, и благожелательное къ земскимъ учрежденіямъ отношеніе кн. П. Д. Святополкъ-Мирскаго даетъ право ожидать, что, наконецъ, Сибирь будетъ признана достигшей того момента гражданскаго развитія, когда обойтись безъ введенія земскихъ учрежденій невозможно. Мы тѣмъ болѣе должны радоваться подобному обороту дѣла, что медицинская часть страдаетъ въ Сибири болѣе, чѣмъ что-либо другое. Мы неоднократно приводили примѣры бюрократической постановки врачебнаго дѣла въ Сибири и старались показать, что только съ передачей его въ вѣдѣніе земскихъ учрежденій оно у насъ, въ Сибири, разовьется въ такое-же пышное учрежденіе, какъ это имѣло мѣсто въ Россіи. Живое дѣло врачебной помощи не выноситъ мертвящаго холода бюрократизма и только прозябаетъ или гибнетъ, и, наоборотъ, оно прекрасно разцвѣтаетъ при первыхъ-же «весеннихъ» лучахъ общественно-земской организаціи».

2191. Московскій губенскій санитарный Совѣтъ назначилъ день открытія *16-го губернскаго Съѣзда представителей врачебно-санитарныхъ организацій Московскаго земства по вопросамъ школьной гигіены и санитаріи* на 22-ое февраля 1905 г., а *17-й очередной Съѣздъ земскихъ врачей* Московской губ. рѣшилъ созвать въ 1-ой половинѣ 1906 г. При этомъ постановлено просить губернскую Управу позаботиться о томъ, чтобы разрѣшены были публичныя засѣданія обоихъ Съѣздовъ, чтобы къ участію въ нихъ допущены были делегаты и отъ сосѣднихъ губерній и чтобы на 16-ый Съѣздъ допущены были и учителя, участіе которыхъ въ работахъ по вопросамъ школьной гигіены Совѣтъ признаетъ безусловно необходимымъ («Русскія Вѣдомости», 21 октября).

2192. Въ «Сибирскомъ Вѣстникѣ» (14 октября) помѣщена *очень теплая замѣтка* по адрессу д-ра *Д. Д. Калинникова*, участковаго врача въ с. Тунки, Иркутскаго уѣзда, получившаго другое назначеніе.

2193. Дума г. Николаева отпустила семьѣ безвременно умершей *М. К. Петерсъ* (см. выше, № 37, стр. 1265) $^1/_2$-годовой окладъ жалованья покойной—*450 р.* («Южное Обозрѣніе», 16 октября).

2194. «Новости» (18 октября) передаютъ, что Съѣздъ врачей въ Харьковѣ постановилъ просить губернское земское Собраніе возбудить ходатайство о созывѣ въ будущемъ году въ Харьковѣ *областнаго Съѣзда представителей земскихъ учрежденій по санитарной части.*

2195. Изъ изданнаго Управленіемъ желѣзныхъ дорогъ *«Отчета о врачебно-санитарномъ состояніи эксплоатируемыхъ желѣзныхъ дорогъ за 1902 г.»* (Петербургъ, 1904, 233 стр. in quarto) видно, что по числу заболѣвшихъ служащихъ 1-ое мѣсто въ отчетномъ году занимали болѣзни органовъ пищеваренія, которыми заболѣли 43% всего состава служащихъ на желѣзныхъ дорогахъ (628000 чел.) и изъ нихъ наибольшій % больныхъ дали телеграфисты, жандармы и персоналъ поѣздной службы. 2-ое мѣсто по числу заболѣваній служащихъ принадлежитъ перемежающейся лихорадкѣ и болотному худосочію (29,9%), при чемъ и тутъ отдѣльныя службы фигурируютъ въ томъ-же порядкѣ: службы телеграфа, жандармская, поѣздная. 3-ье мѣсто по числу больныхъ занимаетъ группа траумати-ческихъ поврежденій, каковыхъ въ теченіи года было 25,64% относительно всего личнаго состава служащихъ, при чемъ въ этой группѣ выдавались по числу больныхъ служащіе въ мастерскихъ и поѣздная прислуга. Далѣе слѣдуютъ болѣзни органовъ дыханія, которыя дали 25,45% больныхъ изъ состава служащихъ, при чемъ наибольшій % въ этой группѣ былъ среди телеграфистовъ, жандармовъ и поѣздной прислуги. Затѣмъ слѣдуютъ общія заразныя болѣзни (20%), болѣзни кожи (19%), болѣзни костной и мышечной системъ (16,7%), нервныя болѣзни (9,8%) и т. д. По числу умершихъ служащихъ, которыхъ въ теченіи года было 0,37% ихъ личнаго состава, 1-ое мѣсто принадлежитъ общимъ заразнымъ болѣзнямъ, отъ которыхъ умерли 0,15% личнаго состава, при чемъ $^1/_3$ смертныхъ случаевъ падаетъ на легочную бугорчатку (0,07%); изъ отдѣльныхъ-же службъ наибольшій % умершихъ въ этой группѣ дали: врачебная, телеграфа, жандармская, управленій дорогъ и станціонная. 2-ое мѣсто по числу умершихъ занимаютъ траумати-ческія поврежденія, отъ которыхъ умерли 0,05%; здѣсь наибольшій % падаетъ на службы поѣздную, станціонную и ремонта пути. Затѣмъ слѣдуютъ болѣзни органовъ дыханія и пищеваренія, отъ которыхъ умерли по 0,03% состава служащихъ, болѣзни кровеносной системы (0,02%), болѣзни нервной системы (0,01%) и т. д. По числу служащихъ, уволенныхъ въ неспособные, которое въ общемъ въ теченіи года достигло 0,61% всего состава служащихъ, 1-ое мѣсто занимаютъ траумати-ческія поврежденія, на которыя падаютъ 0,12% уволенныхъ; изъ нихъ наибольшій % приходится на поѣздную службу, станціонную и мастерскихъ. 2-ое мѣсто принадлежитъ общимъ заразнымъ болѣзнямъ, по послѣдствіямъ которыхъ и главнымъ образомъ по причинѣ легочной бугорчатки (0,05%) уволены 0,07% состава служащихъ, при томъ преимущественно изъ состава служащихъ въ Управленіяхъ дорогъ и телеграфистовъ. Затѣмъ слѣдуютъ нервныя болѣзни, по причинѣ которыхъ уволены 0,06%, при чемъ наибольшій % уволенныхъ падаетъ на служащихъ въ Управленіяхъ дорогъ и по врачебной части. Далѣе идутъ болѣзни органа зрѣнія (0,05%), болѣзни органовъ дыханія (0,04%), болѣзни кровеносной системы (0,03) и т. д. Общій расходъ по врачебно-санитарной части желѣзныхъ дорогъ въ отчетномъ году составилъ 4.607464 р.; число желѣзнодорожныхъ врачей въ 1902 г. было 642, фельдшеровъ—1439, акушерокъ—302; число пріемныхъ покоевъ—694; число кроватей въ желѣзнодорожныхъ больницахъ—2234. Несчастныхъ случаевъ съ людьми на желѣзныхъ дорогахъ въ теченіи отчетнаго года было 43201, при чемъ убиты 1611, получили тяжелыя поврежденія 3367 и легкія поврежденія 38223.

2196. Николаевское уѣздное земское Собраніе, Вологодской губ., постановило *замѣнить* существующіе самостоятельные *фельдшерскіе пункты врачебными* съ небольшими больничками («Русскія Вѣдомости», 25 октября).

2197. Врачи Одесской городской глазной больницы подали попечителю Одесскаго учебнаго округа докладную записку, въ которой указывали на вредныя послѣдствія, проистекающія отъ посѣщенія городскихъ школъ учениками, больными трахомой. Попечитель передалъ эту записку проф. *С. С. Головину* съ просьбой образовать Коммиссію для обсужденія этого вопроса при участіи школьныхъ врачей и врачей глазной больницы. Коммиссія пришла къ заключенію о безусловной необходимости производить *періодическіе поголовные осмотры глазъ учениковъ врачемъ-окулистомъ* не менѣе 1 раза въ $^1/_2$-годіе. Такъ какъ приглашеніе окулистовъ можетъ оказаться для народныхъ школъ затруднительнымъ, то Коммиссія признала желательнымъ устройство «школьныхъ глазныхъ амбуляторій». Амбуляторіи должны содержаться за счетъ города и устраиваются въ разныхъ частяхъ его.

2198. Братья недавно умершаго С. К. Зубалова жертвуютъ г. Тифлису *100000 р. на устройство дѣтской больницы* («Новое Обозрѣніе», 15 октября).

2199. 17-го октября въ Нахичевани при городской больницѣ открытъ *дѣтскій павильонъ* на 30 коекъ, сооруженный на средства г. Попова («Правительственный Вѣстникъ», 24 октября).

2200. «Россійское телеграфное агентство» разослало общимъ газетамъ (отъ 21 октября) слѣдующую телеграмму: «Въ Бобруйскѣ эпидемически *свирѣпствуетъ скарлатина*. Смертныхъ случаевъ, особенно среди дѣтей, масса».

2201. По поводу *грустной исторіи въ Кіевской Маріинской Общинѣ Краснаго Креста* (см. № 41, стр. 1394, № 42, стр. 1425 и № 43, стр. 1454) можемъ еще добавить слѣдующее. 6-го октября, какъ намъ сообщаютъ, профессорами-медиками Кіевскаго Университета обсуждалось заявленіе проф. *К. Г. Тритшеля* (завѣдывавшаго амбуляторіей Краснаго Креста), «насколько является удобнымъ, послѣ извѣстнаго инцидента съ преподавательскимъ персоналомъ въ Маріинской Общинѣ, участіе кого-либо изъ профессоровъ медицинскаго факультета въ учрежденіяхъ мѣстнаго отдѣленія Краснаго Креста». Постановленіе единогласно принято такое: «Послѣ крайне неделикатнаго отношенія къ профессорамъ-преподавателямъ Общины дальнѣйшее участіе профессоровъ въ учрежденіяхъ Краснаго Креста является при настоящихъ условіяхъ неудобнымъ». Бывшія слушательницы Курсовъ поднесли проф. *П. И. Морозову* весьма прочувствованный адрессъ, въ которомъ выражаютъ благодарность ему и всѣмъ преподавателямъ за многолѣтнюю полезную дѣятельность и глубокое сожалѣніе объ ихъ уходѣ.

2202. Медынское земское Собраніе, Калужской губ., по предложенію гласнаго г. Гончарова, единогласно постановило возбудить ходатайство передъ губернскимъ Земствомъ объ изданіи обязательныхъ правилъ о *санитарномъ надзорѣ на фабрикахъ и заводахъ* («Русскія Вѣдомости», 21 октября).

2203. По словамъ «Новостей» (21 октября), Варшавское гигіеническое Общество устраиваетъ въ 1905 г. (съ 2 по 15 января) *выставку домашняго хозяйства*, на которой будутъ слѣдующіе отдѣлы: гигіена въ общемъ хозяйствѣ дома, гигіена квартиры, кухни, кладовой и т. п.

2204. Московскій губернскій санитарный Совѣтъ постановилъ *ходатайствовать объ отмѣнѣ аптечной привилегіи*. — Въ добрый часъ! Заимствуемъ изъ «Русскихъ Вѣдомостей» (21 ок-

тября), сообщившихъ это извѣстіе, нѣкоторыя подробности доклада *Б. Н. Салтыкова — По поводу проэкта новаго аптекарскаго устава* —, побудившаго Совѣтъ придти къ такому постановленію. Въ теченіи уже 2-хъ вѣковъ искусственно поддерживается система аптечныхъ привилегій, совершенно ненужная и противорѣчащая всѣмъ условіямъ современной жизни. Объ отмѣнѣ этихъ привилегій ходатайствовали неоднократно фармацевтическія Общества. Россійское фармацевтическое Общество въ Москвѣ возбудило ходатайство, чтобы проэктъ новаго аптекарскаго устава, составленный Коммиссіей подъ предсѣдательствомъ бывшаго товарища министра Зиновьева, былъ ранѣе представленія въ государственный Совѣтъ переданъ на разсмотрѣніе земскихъ и городскихъ общественныхъ Учрежденій, а также врачебныхъ и фармацевтическихъ Обществъ. Ходатайство это увѣнчалось успѣхомъ, и ближайшимъ земскимъ Собраніямъ предстоитъ разсмотрѣть и высказаться по поводу этого законопроэкта. Вообще новый проэктъ нельзя признать удовлетворительнымъ съ точки зрѣнія приложенія его къ задачамъ общественной медицины по слѣдующимъ основаніямъ: 1) вмѣсто разрѣшенія общественнымъ учрежденіямъ отпускать лѣкарства населенію за плату или безплатно, въ зависимости отъ мѣстныхъ условій и бюджета, онъ предоставляетъ имъ пользоваться привилегіей, т. е., системой, всегда встрѣчавшей въ земской средѣ отрицательное отношеніе и протестъ; 2) онъ стѣсняетъ права земства въ производствѣ безплатной помощи населенію выдачей лѣкарствъ, ставя земства въ необходимость устраивать аптеки со сложнымъ оборудованіемъ вольныхъ аптекъ (§ 3-ій) и подчиняя таковыя стѣснительному административному надзору; 3) онъ лишаетъ земство права распорядиться своею собственностью (оно не можетъ ни продать, ни заложить, ни отдать аптеку въ аренду, что особенно стѣснительно при передачѣ аптеки другому земству или городу), и ставитъ его такимъ образомъ въ неравныя условія съ частными лицами. Проэктъ новаго устава предусматриваетъ въ исключительныхъ случаяхъ также и право врачей на продажу лѣкарствъ, что можетъ повести къ весьма нежелательному увеличенію числа врачей, торгующихъ лѣкарствами. Предлагаемый новымъ проэктомъ для приближенія лѣкарственной помощи къ населенію путь развитія сѣти мелкихъ аптекарскихъ магазиновъ является нежелательнымъ; лучшимъ разрѣшеніемъ этого вопроса было-бы повсемѣстное учрежденіе достаточнаго числа аптекъ, которыя, имѣя однообразное и раціональное устройство и состоя подъ постояннымъ и фактическимъ контролемъ, могли-бы обслуживать населеніе съ наибольшей для него пользой. Докладчикъ указалъ также на нежелательность проэктируемаго въ новомъ уставѣ усиленія правъ врачебной администраціи подвергать завѣдующихъ аптеками—какъ фармацевтовъ, такъ, очевидно, и врачей—и лицъ аптечнаго персонала къ взысканіямъ въ административномъ порядкѣ: право карать должно во всѣхъ случаяхъ принадлежать исключительно суду. Для дальнѣйшей разработки вопроса о § 3-мъ проэкта Совѣтъ избралъ Коммиссію, въ составъ которой, кромѣ докладчика, вошли нѣсколько членовъ Совѣта, а также представителей Россійскаго фармацевтическаго Общества и Общества Московскихъ аптекарей.

2205. Д-ра *Пальмирскій* и *Карловскій* сообщаютъ *результаты предохранительныхъ противъ водобоязни прививокъ за 1903 г.*, произведенныхъ въ Варшавскомъ бактеріологическомъ Институтѣ. Въ отчетномъ году въ Институтъ обращались 1511 чел., изъ коихъ 221 не подлежали лѣченію, такъ какъ были укушены либо здоровыми животными, а, если и бѣшеными, то не до крови, т. е., безъ поврежденія накожицы, а буде и до крови, то безъ разрыва платья; 43 прекратили лѣченіе добровольно; кромѣ того, 17 не вошли въ статистику, такъ какъ пробы на кроликахъ не обнаружили у укусившихъ ихъ животныхъ водобоязни. Такимъ образомъ въ статистику авторовъ вошли 1230 чел., о которыхъ и собраны свѣдѣнія въ текущемъ году. Мужчинъ было 822, женщинъ—408. По возрасту больные распредѣлялись такъ: 1 года было 7 чел., 2 л.—17, 3 л.—23, 4 л.—42, 5 л.—42, 6 л.—52, 7 л.—68, 8 л.—54, 9 л.—52, 10 л.—60, 11 л.—39, 12 л.—52, 13 л.—29, 14 л.—35, 15 л.—38, отъ 15 до 25 л.—237, отъ 25 до 35 л.—164, отъ 35 до 45 л.—123, отъ 45 до 55 л.—51, отъ 55 до 65 л.—35 и старше 65 л.—20. На 1-ой недѣлѣ по укушеніи лѣчились 1087 чел., на 2-ой—108, на 3-ей—15, на 4-ой—15 и позже 4-ой недѣли—5. Укушенныхъ собаками было 1186, кошками—28, лошадьми—4, коровами—4, свиньями—4, волками—3 и человѣкомъ—1. По мѣсяцамъ больные распредѣлялись такъ: въ январѣ лѣчились 70, въ февралѣ—99, въ мартѣ—102, въ апрѣлѣ—130, въ маѣ—110, въ іюнѣ—117, въ іюлѣ—133, въ августѣ — 114, въ сентябрѣ — 124, въ октябрѣ — 87, въ ноябрѣ—72 и въ декабрѣ—72. Изъ всего числа больныхъ умерли 3 (0,24%). Лѣченіе велось по усиленному способу, при чемъ въ началѣ прививки дѣлались 8-дневными мозгами, а въ концѣ—3-дневными («Medycyna», 5 ноября).

2206. «Русскія Вѣдомости» (20 октября) сообщаютъ, что *дѣло о*—пріобрѣвшемъ себѣ столь печальную извѣстность—*бывшемъ начальникѣ Закаспійской казачьей бригады ген. Ковалевѣ* будетъ слушаться въ особомъ Присутствіи Кавказскаго в.-окружного Суда въ ноябрѣ.

2207. Въ «Крымскомъ Курьерѣ», по словамъ «Кіевской Газеты» (16 октября), напечатано письмо студента Н. П. *о неблаговидномъ образѣ дѣйствій въ отношеніи къ нему Кіевскаго врача Гурина.* Не найдетъ-ли нужнымъ Кіевское Отдѣленіе врачебнаго Общества взаимной помощи затребовать отъ г. *Гурина* разъясненій какъ по поводу письма Н. П., такъ и по поводу пресловутой его брошюры «Скорый и дешевый способъ лѣченія легочной чахотки», чтобы и общество, и врачи могли установить ту или иную точку зрѣнія на нравственный его обликъ?

2208. На Общемъ Собраніи закрывшагося 20-го октября въ Парижѣ французскаго Съѣзда хирурговъ выработаны слѣдующія основанія для дѣятельности *Коммиссіи*, долженствующей заняться *провѣркой т. наз. противораковой сыворотки Doyen'а*. Коммиссія должна изучить бактеріологически эту сыворотку и черезъ каждые 3 мѣсяца подвергать клиническому изслѣдованію больныхъ, которыхъ будутъ лѣчить этой сывороткой. 1-ая часть работъ поручена *Pasteur*'овскому Институту, 2-ая Парижскому хирургическому Обществу. Отчетъ этой Коммиссіи долженъ быть представленъ на слѣдующемъ Съѣздѣ хирурговъ.

2209. Въ Даніи за подписью многихъ профессоровъ и министровъ выпущено воззваніе, приглашающее населеніе принять участіе въ національной подпискѣ на сборъ пожертвованій для сооруженія *памятника Niels Finsen*'у и для образованія капитала, на % съ котораго можно было-бы основать гуманитарное и научное учрежденіе его имени.

2210. 13-го ноября (н. ст.) въ Lyon'ѣ будетъ торжественно открытъ *памятникъ* извѣстному хирургу *Ollier* (La Presse médicale, 22 октября).

2211. 14-го октября въ Прагѣ торжественно отпразднованъ *70-лѣтній юбилей* извѣстнаго дерматолога проф. *Ph. Pick*'а.

2212. 28—30 го октября (н. ст.) въ Нормандскомъ приморскомъ городѣ Fecamp состоялся *1-ый Международный Съѣздъ «Общества капли молока»*. Программными вопросами были: 1) *болѣзнь Barlow*'а, 2) *гастро-энтеритъ въ связи съ обезпложеннымъ молокомъ* и 3) *законодательство относительно охраны молока.*

2213. По свѣдѣніямъ «The Medical Age» (10 октября), однимъ австрійскимъ офицеромъ, будто бы, изобрѣтена *боевая граната*, которая при разрывѣ даетъ не куски металла, а *ослѣпляющіе газы* въ количествѣ на 2000 чел. каждая, дѣйствующіе лишь временно.

2214. Въ Австріи, по недавно обнародованной статистикѣ, на 100 *умирающихъ врачей* 44 гибнутъ отъ болѣзней сердца, 20 отъ болѣзней нервной системы и 7 отъ бугорчатки («The Medical Age», 10 октября).

2215. Д-ръ *A. Johannessen* сообщаетъ въ газетѣ «Janus» поучительныя данныя касательно *дѣтской смертности въ Норвегіи.* Смертность эта оказывается меньше, чѣмъ гдѣ бы то ни было, равняясь всего 95 на 1000. Въ городахъ она выше (130), чѣмъ въ деревнѣ (86), среди мальчиковъ выше, чѣмъ среди дѣвочекъ (106 и 89), для внѣбрачныхъ дѣтей выше, чѣмъ для т. наз. законныхъ (150 и 93); въ сѣверныхъ округахъ, за полярнымъ кругомъ, она возрастаетъ до 150. Особенность дѣтской смертности въ Норвегіи и главная причина ея незначительности—отсутствіе обычнаго для другихъ странъ лѣтняго подъема вслѣдствіе поносовъ («The Medical Age», 10 октября).

2216. *Статистика отравленій въ Англіи.* Всѣ наблюдавшіяся въ Англіи отравленія въ 1903 г. распредѣляются, по примѣненнымъ ядамъ, такъ: карболовая кислота — 22 случайныхъ отравленія и 140 самоубійствъ, препараты опія — 70 и 56, щавелевая кислота—9 и 64, соляная кислота—14 и 43, хлороформъ—48 и 0, синильная кислота—4 и 31, синеродистый калій—1 и 19, аммiакъ—12 и 10, стрихнинъ и рвотный орѣхъ—8 и 11, мышьякъ—8 и 6, фосфоръ—2 и 8, сульфоналъ—3 и 0. Въ таблицѣ этой совершенно отсутствуетъ лизолъ, отравленія которымъ, напр., въ Германіи особенно часты («Deutsche Medizinal-Zeitung», 20 октября).

2217. 30 октября н. ст. въ Tübingen'ской медицинской клиникѣ состоялось открытіе *бюста покойнаго проф. Liebermeister*'а («Deutsche medicinische Wochenschrift», 20 октября).

2218. Въ «Deutsche medicinische Wochenschrift» (20 октября) сообщаютъ изъ Budapest'а, что послѣдній Съѣздъ венгерскихъ врачей постановилъ просить парламентъ о такомъ-же *огосударственіи* (Verstaatlichung) *санитарной дѣятельности*, какъ это сдѣлано съ ветеринарной.

2219. *Умерли*: 1) Въ м. Резинѣ, Оргѣевскаго уѣзда, Бессарабской губ., земскій врачъ *Кипріанъ Францевичъ Ярошевичъ* («Бессарабецъ», 20 октября), родившійся въ 1848 г., а званіе врача получившій въ 1875 г.—2) 19-го октября въ Новочеркасскѣ *Анатолій Михайловичъ Калининъ* («Донская Рѣчь», 21 октября), родившійся въ 1872 г., а званіе врача получившій въ 1897 г.—3) Въ Новгородской губерніи *Болеславъ Игнатьевичъ Полонскій* («Биржевыя Вѣдомости», 24 октября), родившійся въ 1847 г., а званіе врача получившій въ 1872 г.—4) Въ Варшавѣ *Александръ Штокманъ* [1] («Gazeta lekarska», 29 октября).—5) Въ Петербургѣ прозекторъ по каѳедрѣ судебной медицины въ В.-Медицинской Академіи *Алексѣй Михайловичъ Давыдовъ*. «Въ лицѣ *А. М.* В.-Медицинская Академія потеряла толковаго и даровитаго преподавателя и прекраснаго человѣка» («Новое Время», 23 октября). Покойный родился въ 1851 г., а званіе врача получилъ въ 1877 г.—6) 19-го октября, въ Прагѣ, на 73-мъ году жизни, бывшій проф. медицинской химіи *Huppert*.—7) 20-го октября, въ Парижѣ, на 70-мъ году жизни, извѣстный хирургъ *P. Tillaux*.

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Англійскіе.

Annals of Surgery. Январь—Апрѣль.

1. **Moynihan.** *On removal of the prostate.* 12 случаевъ удаленія увеличенной предстательной железы; 11—выздоровленій, 1—смерть. 2. **Ashhurst.** *Intestinal perforation in typhoid fever.* Объ оперативномъ лѣченіи тифознаго прободенія кишекъ. Обстоятельный литературно-клиническій очеркъ. 3. **Wood.** *The mixed tumors of the salivary glands.* 59 случаевъ смѣшанныхъ опухолей слюнныхъ железъ. 4. **Rome.** *Excision of tuberculous mass from liver.* Случай успѣшнаго иссѣченія бугорчатковой опухоли печени. 5. **Eastman.** *Treatment by direct dilatation of cicatricial oesophageal stricture.* О лѣченіи рубцевыхъ съуженій пищевода непосредственнымъ бужированіемъ. Описаніе методики. 6. **Halstead.** *Diverticula of the oesophagus.* Описаніе случая. 7. **Schvyzer.** *On bronchoscopy.* Случай удаленія инороднаго тѣла изъ праваго бронха помощью бронхоскопа. 8. **Haubold.** *Operative removal of a tumor of the liver.* Случай успѣшнаго иссѣченія гуммозной опухоли печени. 9. **Winslow.** *The aponeuroses the supporting structures of the abdominal wall.* Описаніе техники шва брюшныхъ покрововъ. 10. **Elliot.** *Fibrinous vesical concretions.* Въ мочевомъ пузырѣ найдены 2 фибриновыхъ сростка съ ядромъ изъ фосфорнокислой извести. 11. **Hotchkiss.** *Partial enterocele.* 6 случаевъ ущемленныхъ грыжъ кишечной стѣнки (*Richter*'а). 12. **Stone.** *Perforation of the urinary bladder by an appendiceal abscess.* Случай прободенія мочевого пузыря перитифлитическимъ гнойникомъ. 13. **Mayo.** *Radical operations for the cure of cancer of the pyloric end of the stomach.* Описаніе техники иссѣченія рака выходной части желудка. 14. **Mac Laren.** *Contribution to the surgery of perforating gastric ulcer.* 3 случая прободающихъ язвъ желудка съ 2 выздоровленіями послѣ операціи. 15. **Sheldon.** *Cirrhosis of the stomach.* Описаніе случая цирроза желудочной стѣнки, излѣченнаго наложеніемъ желудочно-кишечнаго соустія. Приведена литература. 16. **Harris.** *On the treatment of penetrating wounds of the abdomen.* 16 случаевъ оперативнаго лѣченія проникающихъ ранъ живота съ 3 смертельными исходами. 17. **Freeman.** *Unilateral haematuria from chronic nephritis.* Случай почечнаго кровотеченія, излѣченнаго оперативно (декапсуляціей). 18. **Hall.** *Primary carcinoma of the bulbous urethra.* О первичномъ ракѣ пещеристой части мочеиспускательнаго канала. Литературно-статистическій очеркъ. 19. **Moore.** *Complications and sequels of prostatectomy.* Объ осложненіяхъ при удаленіи предстательной железы. Клиническая лекція. 20. **Lydston.** *A case of enormous prostatic calculus.* Случай камня въ предстательной железѣ съ образованіемъ нарыва и пузырно-прямокишечнаго свища, который былъ закрытъ пластической операціей. 21. **Balloch.** *Fibroma of the tunica vaginalis.* Описаніе случая и изложеніе литературы. 22. **Beck.** *On costal and thoracic resection for pyothorax.* О множественномъ иссѣченіи реберъ при застарѣломъ pyothorax'ѣ. Клиническій очеркъ. 23. **Murray.** *The treatment of pulsating exophtalmos.* Случай бьющагося пучеглазія, излѣченнаго перевязкою общей сонной артеріи. 24. **Beach.** *Traumatic asphyxia.* Къ 6 случаямъ изъ литературы присоединяетъ собственное наблюденіе множественныхъ кровоизліяній на лицѣ вслѣдствіе траумы грудной клѣтки. 15. **Mixter.** *Operation in spinal cord injuries.* 2 случая иссѣченія дужекъ по поводу перелома позвоночника. Въ одномъ случаѣ наступила смерть отъ воспаленія почекъ, въ другомъ—значительное и прочное улучшеніе. 26. **Rogers.** *On the present status of the operation of gastroenterostomy.* На основаніи 5 случаевъ хвалитъ способъ *Czerny-Petersen*'а. 27. **Cunningham.** *Gastric dilatation and tetany.* Случай тетаніи на почвѣ расширенія желудка, излѣченной наложеніемъ желудочно-кишечнаго соустія. 28. **Park.** *Spontaneous gangrene of the hollow viscera.* 2 случая омертвѣнія кишекъ вслѣдствіе закупорки брыжеечныхъ сосудовъ. 29. **Mellisch.** *Chronic empyema of the gall bladder.* Случай затяжного гнойнаго воспаленія желчнаго пузыря. Операція. Выздоровленіе. 30. **Gallaudet.** *Traumatic pyeloparanephric cyst.* Случай травматическаго гнойнаго воспаленія лоханки и околопочечной клѣтчатки.

Нѣмецкіе

Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere. Іюль. Т. CIII. Тетр. 11 и 12.

1. **R. Magnus.** *Versuche am überlebenden Dünndarm von Säugetieren.* 3-е и 4-е сообщеніе. Экспериментальное изслѣдованіе надъ вырѣзанной изъ организма кишкой. Проводимость раздраженія, ритмичность сокращенія и скрытый періодъ его. 2. **Franz Müller.** *Ueber die «Ferricyanid-Methode» zur Bestimmung des Sauerstoffs im Blut ohne Blutgaspumpe.* Способъ опредѣленія кислорода въ крови безъ газоваго насоса. 3. **B. Reinbold.** *Ueber die Molisch-Udránszky'sche a-Naphtol-Schwefelsäure-Reaction.* Экспериментальное изслѣдованіе. 4. **W. Gmelin.** *Zur Magensaftsekretion neugeborener Hunde.* Начало выдѣленія соляной кислоты, по опытамъ автора, приходится не на 23-й, а на 21-й день. 5. **Peter Bergell** und **Ferdinand Blumenthal.** *Ueber den Einfluss des Pankreas auf den Eiweissabbau.* О бѣлковомъ пищеваренія поджелудочной железы. 6. **A. Lohmann.** *Erwiederung auf die Ausführungen von F. Philips: «Le Dicrotisme artériel est-il d'origine périphérique?* Полемическая замѣтка.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Іюль. Т. LI. Тетр. 4 и 6.

1. **Julius Baer.** *Untersuchungen über Acidose.* Опыты на собакахъ. 2. **Casimir von Rzentkowski.** *Untersuchungen über das Schicksal von Salzlösungen im menschlichen Magen.* Судьба растворовъ солей въ желудкѣ человѣка. Экспериментальное изслѣдованіе. 3. **B. Mostinsky.** *Die Formgesetzte der Veratrinkurve des Froschmuskels.* Вліяніе вератрина на лягушечью мышцу. 4. **Friedrich Krüger.** *Leukocyten und Blutgerinnung.* Роль бѣлыхъ тѣлецъ крови въ свертыванія ея. Опыты съ кровью различныхъ животныхъ. 5. **Julius Pohl.** *Ueber eine Alkylsynthese nach Thioharnstoffaufnahme.* Краткая замѣтка. 6. **W. Engels.** *Die Bedeutung der Gewebe als Wasserdepots.* Экспериментально-химическій анализъ. 7. **Ernst Schmidt.** *Ueber das Isokreatinin.* Краткая замѣтка. 8. **П. Я. Борисовъ.** *Ueber die Bedeutung der Bitterstoffe für die Verdauung.* Переводъ статьи, напечатанной въ «Русскомъ Врачѣ» въ 1903 г. 9. **Ernst Pribram.** *Zur Lehre von den physiologischen Wirkungen carbocyclischer Säuren.* Химическій анализъ. 10. **Walther Straub** *Ueber den Chemismus der Wirkung belichteter Eosinlösung auf oxydable Substanzen.* Вліяніе освѣщенныхъ растворовъ гематоксилина на окисляемыя вещества. 11. **Hermann Fühner.** *Ueber das Verhalten des Akridins im Organismus des Kaninchens.* Химическій анализъ. 12. **S. Salaghi.** *Ueber den Einfluss der Herzbigeminie auf die Blutcirculation.* 13. **A. Läwen.** *Quantitative Untersuchungen über die Gefässwirkung von Suprarenin.* 14. **M. Matthes.** *Ueber die Herkunft der autolytischen Fermente.*

Archiv für Verdauungs-Krankheiten. Іюнь. Т. X. Тетр. 3.

1. **Oscar Simon.** *Ueber das Vorkommen und den Nachweiss gelöster Eiweisskörper in den Fäces.* Способъ обнаруженія растворенныхъ бѣлковыхъ тѣлъ въ испражненіяхъ. 2. **А. Бѣлоголовый.** *Ueber Neigung zu Iodismus und über die Iod-Stärke-Reaktion des Mageninhaltes bei Hyperaciditäit.* 19 клиническихъ наблюденій. 3. **Carl Lorentzen.** *Untersuchungen über Schleim im Stuhl.* Распознавательное значеніе слизи въ испражненіяхъ. 4. **W. Robin.** *Ueber das Verhalten des Pepsins bei verschiedenen Magenkrankheiten.* О колебаніи количества пепсина въ желудочномъ сокѣ при различныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ. 5. **Otto Schloss.** *Weitere Erfahrungen über Nachweiss und Vorkommen von «occulten Magenblutungen», speziell bei Achylie und Gastritis anacida. Prüfung des Heilwerts von Wismut bei Ulcus ventric. mittelst der Proben auf «occulte Blutungen».* Способъ распознаванія скрытыхъ желудочныхъ кровотеченій. 6. **F. Schilling.** *Die pathogene Bedeutung der Schimmelpilze.* Значеніе плѣсени въ происхожденіи нѣкоторыхъ заболѣваній.

Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Т. XXXVI. Тетр. 2.

1. **N. Tiberti.** *Ueber die Sekretionserscheinungen in den Nebennieren der Amphibien.* Подмѣтилъ цѣлый рядъ морфологическихъ явленій въ клѣткахъ надпочечниковъ подъ вліяніемъ веществъ, вліяющихъ на выдѣленіе железъ. 2. **Johannes Witte.** *Ueber Tuberkulose der Mitralklappe und der Aorta.* 2 случая. 3. **H. Torhorst.** *Die histologischen Veränderungen bei der Sklerose der Pulmonalarterie.* Гистологическія измѣненія при склерозѣ легочной артеріи въ 2-хъ случаяхъ. 4. **Ernst Schwalbe.** *Der Epignathus und seine Genese.* По поводу 2-хъ случаевъ. 5. **G. Fichera.** *Ueber die Verteilung des Glykogens in verschiedenen Arten experimenteller Glykosurie.* Опыты на собакахъ. Вызывалась различными способами гликозурія и изслѣдовались микроскопически органы. 6. **Georg Jochmann** und **Moltrecht.** *Ueber seltenere Erkrankungsformen der Bronchien nach Masern und Keuchhusten. (Fibrinbildung in der Bronchialwand, multiple Bronchiectasieen).* Изслѣдованіе 3-хъ случаевъ. 7. **Carl Hart.** *Ein neuer Fall von Osteomalacie mit multiplen Riesenzellensarkomen und Cystenbildung.* Случай. 8. **Vittorio Porcile.** *Untersuchungen über die Herkunft der Plasmazellen in der Leber.* Опыты на кроликахъ, подвергнутыхъ дѣйствію терпинола. 9. **N. Tiberti.** *Mikroskopische Untersuchungen über die Sekretion des Pankreas bei entmilzten Tieren.* Опыты на собакахъ съ послѣдующимъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ поджелудочной железы.

Centralblatt für die gesammte Therapie. Августъ.

1. **Kappesser.** *Etwas vom Argentum oxydatum.* Критическій очеркъ и 2 случая. 2. **Richard Leo Grünfeld.** *Die funktionelle Nierendiagnostik.* Литературно-критическій обзоръ вопроса.

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Іюнь. № 12. Т. XV.

1. **Edwin Beer.** *Ueber die Entstehung der Gallensteine.* Предварительное сообщеніе. 2. **D. Veszprémi.** *Ein Fall von kongenitaler Tuberkulose.* Описаніе случая.

Іюль. № 14. Т. XV.

1. **Anna Pölzl.** *Ein Fall von Plattenepithel-Carcinom einer Dermoidcyste des Ovariums.* Рѣдкій случай плоскоклѣточнаго ра-

ка дермоидной кисты яичника. 2. Л. В. Соболевъ. *Zur Morphologie der inneren Sekretion einiger Drüsen.* Къ вопросу о внутренней секреціи сѣмянныхъ железъ. 3. **Fritz Lebram.** *Das Schicksal von Haaren bei der Bildung von Hautnarben.* Судьба волосъ въ рубцахъ, по опытамъ автора, двоякая: или волосъ выпадаетъ, или возрождается.

Centralblatt für Gynäkologie. Май. № 21.

1. **P. Zweifel.** *Ueber die Verhütung der Fieberfälle im Wochenbett.* Способы предупрежденія лихорадочныхъ заболѣваній у родильницъ. 2. **Menge.** *Intraperitoneale Ligamentverkürzung mit ausschliesslicher Verwendung von Catgut als Fixationsmaterial.* Способъ внутрибрюшного укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ. 3. **K. Vogel.** *Physostigmin nach Laparotomien.* Краткая замѣтка по поводу 1 случая.

Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Іюнь. № 11.

1. **Otto Veraguth.** *Ueber eine Hirnschussverletzung.* Случай огнестрѣльнаго раненія черепного мозга. 2. **Heinrich Nägeli.** *Ueber einen Fall von vorgetäuschter Perityphlitis.* Описаніе случая.

№ 12.

1. **Herm. Müller.** *Zur Lehre von den angeborenen Herzkrankheiten.* 9 случаевъ врожденныхъ сердечныхъ заболѣваній. 2. **A. Carini.** *Die pathogenen Trypanosomen des Menschen und der Tiere.* Литературно-критическій обзоръ.

Іюль. № 13.

1. **Gelpke.** *Ausscheidung von Chloroform durch den Brechakt.* О выдѣленіи хлороформа рвотными массами. 2. **Herm. Müller.** *Zur Lehre von den angeborenen Herzkrankheiten.* Къ вопросу о врожденныхъ болѣзняхъ сердца. (Окончаніе).

№ 14.

1. **W. Silberschmidt.** *Die Identifizierung der Tuberkelbacillen bei Mensch und Tier.* Критическій очеркъ. 2. **E. Döbeli.** *Ein Beitrag zur Kenntniss der primären Peritonitis im Säuglingsalter.* 3 случая съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ.

Августъ. № 15.

1. **Gelpke.** *Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis.* Литературно-критическій очеркъ вопроса. 2. **Heinrich Naegeli.** *Beiträge zur Pathologie des Scharlachs.* По поводу 3-хъ случаевъ.

Dermatologische Zeitschrift. Іюнь. Т. XI.

1. **Alfred Iungmann und Isidor Pollitzer.** *Ueber Pagets Disease.* Подробное клиническое и микроскопическое изслѣдованіе случая. 2. **O. Lassar.** *Zur Radiotherapie (Demonstration von Patienten und Projektionen).* Рядъ случаевъ, показывающихъ хорошее вліяніе радія на теченіе различныхъ язвенныхъ процессовъ.

Іюль.

1. **A. Buschke.** *Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum.* Типичный случай. 2. **Voss.** *Ueber Hg. Paraffin-Embolien.* 15 случаевъ эмболій. 3. **Rudolf Polland.** *Ein Fall von Lupus erythematosus mit Erythema induratum.* 4. **L. Einis.** *Ueber einen Fall von Erythema nodosum mit ungewöhnlichem Verlauf und atypischer Lokalisation.* Описаніе случая. 5. **Karl Gerson.** *Alkoholseifen.* По опытамъ автора, алкогольныя мыла имѣютъ всѣ преимущества алкоголя, не имѣя его недостатковъ. 6. **J. Sadger.** *Die Wasserbehandlung der Gonorrhoe und des Ulcus molle.* Литературно-критическій обзоръ вопроса.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Т. XXXVI. Тетр. 3.

1. **Kühn.** *Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen.* О борьбѣ съ половыми болѣзнями, какъ съ народнымъ бѣдствіемъ. 2. **Oscar Schwartz.** *Der Schulunterricht in der allgemeinen Naturkunde als Grundlage zur Erlernung sachkundiger Gesundheits-und Krankenpflege.* Критическая замѣтка. 3. **Albert Deutsch.** *Die neueren Erfahrungen über die Entstehung von Abdominaltyphus in der Armee und in der Civilbevölkerung sowohl infolge von Verunreinigung von Trinkwasser, als infolge von Ansteckung vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus.* Обзоръ литературы вопроса въ связи съ бактеріологіей пищи. 4. **Julian Marcuse.** *Die Wohnung in ihrer Beziehung zur Tuberkulose.* Вліяніе жилищъ на развитіе бугорчатки. 5. **Prölls.** *Die Milchversorgung unserer Grossstädte unter Anlehnung an die Hamburger Milchausstellung 1903.* Отрицательныя стороны снабженія большихъ городовъ молокомъ. 6. **W. Hanauer.** *Gesundheitsstörungen durch Geräusche und ihre sanitätspolizeiliche Behandlung.* Критическій очеркъ съ описаніемъ 2-хъ случаевъ. 7. **R. von Mouillard.** *Ueber Caissonkrankheiten und Caissoneinrichtungen.* О заболѣваніяхъ работающихъ въ кессонахъ въ связи съ устройствомъ послѣднихъ.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. LXXI.

1. **Madelung.** *Ueber intraperitoneale Digitalkompression von Beckenblutgefässen.* 2. **Dreist.** *Ueber Ligatur und Kompression der Arteria iliaca communis.* Madelung приводитъ случай сдавленія общей подвздошной артеріи рукою, введенною въ брюшную полость, съ цѣлью остановки кровотеченія при удаленіи расширенія наружной подвздошной артеріи. *Dreist*, говоря о томъ же случаѣ, приводитъ литературу вопроса. 3. **Leonhardt.** *Experimente und Studien zur Hirndruckfrage.* Объ измѣненіяхъ, наступающихъ у животныхъ отъ сдавленія мозга. 4. **Köpke.** *Ueber den Hallux valgus.* Объ оперативномъ лѣченіи Hallux valgus. Описаніе 23 случаевъ. 5. **Grunert.** *Ueber das Aneurysma der Arteria hepatica.* Описаніе случая и изложеніе литературы. 6. **Martina.** *Die Behandlung der Hypospadie nach der Beckschen Methode.* Описаніе 4 случаевъ. 7. **Klapp.** *Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Wirkung der Nebennierenpräparate.* О вліяніи впрыскиваній адреналина на всасываніе вводимаго подъ кожу раствора молочнаго сахара. Всасываніе въ значительной степени замедляется. 8. **Bayer.** *Ueber Spiralbrüche an der oberen Extremität.* О спиральныхъ переломахъ костей руки. Небольшой клиническій очеркъ. 9. **Vogel.** *Zur Pathologie und Therapie der Luxatio coxae congenitae.* О врожденномъ вывихѣ въ тазобедренномъ суставѣ. Клиническій очеркъ съ описаніемъ 38 случаевъ. 10. **Damianos.** *Beiträge zur operativen Behandlung der Tuberkulose des Ellbogengelenkes.* Отчетъ о 77 случаяхъ операціи по поводу бугорчатки локтевого сустава. 11. **Küster.** *Eine eigenartige bindegewebige Neubildung der Hohlhand.* Случай воспалительной соединительно-тканной опухоли ладони съ клѣточками-великанами, содержавшими пигментъ и жировыя зернышки. 12. **Neck.** *Ueber operativ behandelte Fälle von Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle.* Къ собственному наблюденію (прободеніе камнесодержащаго желчнаго пузыря въ брюшную полость) присоединяетъ 10 изъ литературы. 13. **Faltin.** *Kasuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie des Volvulus des Coecum.* 5 случаевъ заворота слѣпой кишки. 14. **Marcuse.** *Ueber die Bedeutung des Etappenverbandes in der Behandlung der seitlichen Rückgratsverkrümmungen.* О лѣченіи искривленій позвоночника этапными повязками. 15. **Lederhose.** *Ueber die Regeneration der unterbundenen Saphena.* Въ 2 случаяхъ наблюдалъ возстановленіе проходимости v. saphenae послѣ ея перевязки. 16. **Mosetig-Moorhof.** *Erfahrungen mit der Iodoformknochenplombe.* О лѣченіи костныхъ полостей іодоформною пломбой. 195 случаевъ. 17. **Arregger.** *Beitrag zur Kenntniss der centralen Luxation des Oberschenkels im Hüftgelenk.* Одинъ собственный случай центральнаго вывиха бедра и 22 случая изъ литературы. 18. **Dietel.** *Die Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Deckung der Tibiasägefläche mit der Achillessehne.* О прикрытіи костной культи Ахилловымъ сухожиліемъ при усѣченіяхъ голени. 19. **Zeller.** *Zur Extirpation der Beckengeschwülste.* Описаніе случая и подробное изложеніе литературы о тазовыхъ опухоляхъ. 20. **Martina.** *Extirpation eines Beckenmelanomes.* Описаніе случая удаленія меланомы таза. 21. **Hartmann.** *Ueber einige ösophagoskopische Fälle.* Поясняетъ нѣсколькими примѣрами значеніе эзофагоскопіи. 22. **Wilms.** *Centrale Luxation des Schenkelkopfes.* 4 случая вывиха головки бедренной кости въ полость таза.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Іюль. T. XXVI. Тетр. 4—6.

1. **H. Klieo.** *Ueber Inkoordination der Augenbewegungen nach einer oberflächlichen Gehirnläsion.* Описаніе случая. 2. **Fritz Tedesko.** *Ueber Knochenatrophie bei Syringomyelie.* 5 случаевъ съ радіографическими снимками пораженныхъ областей. 3. **T. Aoyama.** *Ueber einen Fall von Poliomyelitis anterior chronica mit Sektionsbefund.* Описаніе случая. 4. **Hans Schmaus.** *Die Anwendung des Entzündungsbegriffes auf die Myelitis.* Критическій очеркъ. 5. **R. Friedlaender.** *Die Hautreflexe an den unteren Extremitäten unter normalen und pathologischen Verhältnissen.* Критическій обзоръ вопроса о кожныхъ рефлексахъ. 6. **A. Schott.** *Ein Fall von traumatisch entstandener Hämatomyelie.* Подробное описаніе случая. 7. **Michael Lapinsky.** *Ueber die Lokalisationen motorischer Funktionen im Rückenmark.* Литературно-критическій обзоръ.

Die Therapie der Gegenwart. Августъ.

1. **G. Klemperer.** *Die Behandlung der Nierenstein-Krankheit.* Лѣкарственное лѣченіе почечныхъ болѣзней. 2. **Max Jerusalem.** *Einiges über lokale Wärmebehandlung.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе надъ примѣненіемъ мѣстнаго согрѣванія. 3. **Heinrich Wolf.** *Die mechanische Behandlung des Emphysems.* Оцѣнка механическаго способа лѣченія эмфиземы. 4. **P. Kleist.** *Ueber die physiologische Wirkung des Veronals.* Фармакологическія свойства веронала. Опыты на лягушкахъ, кроликахъ и собакахъ. 5. **H. Engels.** *Styracol, eine Verbindung von Zimtsäure und Guajacol, als inneres Desinficiens und Antidiarrhoicum.* 17 случаевъ клиническаго примѣненія стиракола. 6. **H. Finkelstein.** *Zusammenfassende Uebersicht. Sammelreferate über neuere Erfahrungen in der Säuglingsernährung.* Рефератъ новѣйшихъ работъ по вскармливанію грудныхъ дѣтей.

Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie. Май. T. XVI. Тетр. 6.

1. **E. Winterstein.** *Ueber einige Bestandteile des Emmentaler Käses.* Химическій анализъ. 2. **Georg Landsberg.** *Ueber den Alkoholgehalt tierischer Organe.* Содержаніе алкоголя въ органахъ животныхъ. 3. **Emil Zdarek.** *Untersuchung der Eier von Acanthias vulgaris Risso.* 4. **Emil Abderhalden, Peter Bergell und Theodor Dorpinghaus.** *Die «Kohlehydratgruppe» des Serumglobulins, des Serumalbumins und des Eieralbumins.* Углеводородная группа сывороточныхъ бѣлковъ. 5. **Harry W. Bresler.** *Ueber die Bestimmung der Nucleinbasen im Safte von Beta vulgaris.* 6. **K. A. H. Mörner.** *Einige Worte über das «β-Hämin».* Критическая замѣтка. 7. **G. Giemsa.** *Ueber den Schmelzpunkt des Glukuronsäuresemikarlazons.* Полемическая замѣтка. 8. **Heinrich Rosin.** *Bemerkung zur Mitteilung von Rudolf Adler und Oskar Adler: «Ueber eine Reaktion im Harn bei der Behandlung mit Resorcin».* Полемическая замѣтка.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. Іюль. Т. XX. Тетр. 1.

1. **Florenzo d'Erchia.** *Beitrag zum Studium des schwangeren und kreissenden Uterus.* 2. **M. Graefe.** *Zur Frage der Aetiologie der Hyperemesis gravidarum.* Въ обоихъ случаяхъ автора рвота была прекращена средствами, дѣйствіе коихъ могло быть объяснено внушеніемъ. 3. **Stefan von Zaborszky.** *Hyperemesis gravidarum.* Описаніе 3-хъ случаевъ. 4. **K. Baisch.** *Hyperemesis und Ptyalismus in der Gravidität.* Этіологія, лѣченіе и предсказаніе заболѣванія. 5. **B. Kroenig.** *Sublamin als Hände-Desinfiziens.* Статья полемическаго содержанія. 6. **E. Santi.** *Die Pathologie des Corpus luteum.* Патолого-гистологическія измѣненія въ желтомъ тѣлѣ яичника. (Не окончена).

Skandinavisches Archiv für Physiologie. T. XVI. Тетр. 1 и 2.

1. **H. P. T. Oerum.** *Studien über die elementären Endorgane für die Farbenempfindung.* Экспериментальное изслѣдованіе къ теоріи цвѣтоощущенія. 2. **Chr. Bohr** und **Wilh. Maar.** *Ueber den Einfluss der Ozoneinathmung auf die Function der Lunge.* Опыты на черепахахъ. Вліяніе вдыхаемаго озона на отправленія легкаго. 3. **Carl Tigerstedt.** *Ein Beitrag zur Kenntniss des Phosphorstoffwechsels beim erwachsenen Menschen.* Экспериментальное изслѣдованіе фосфорнаго обмѣна у взрослаго человѣка. 4. **Tora Rosenberg.** *Prüfung des Sondén-Tigerstedt'schen Respirationsapparates.* Результаты испытанія прибора *Sondén-Tigerstedt'a.* 5. **J. E. Johansson.** *Die chemische Wärmeregulation beim Menschen.* Опыты надъ распредѣленіемъ тепла у людей. 6. **G. Renvall.** *Zur Kenntniss des Phosphor,-Calcium-und Magnesiumumsatzes bei erwachsenen Menschen.* Опыты къ вопросу объ обмѣнѣ фосфора, кальція и магнія у взрослаго человѣка.

Тетр. 3 и 4.

1. **A. F. Hellstein.** *Ueber den Einfluss von Alcohol, Zucker und Thee auf die Leistungsfähigkeit des Muskels.* Опыты надъ вліяніемъ алкоголя, сахара и чая на способность мышцъ къ проведенію возбужденія. 2. **S. Fenger.** *Beiträge zur Kenntniss des Stoffwechsels im Greisenalter.* Обмѣнъ веществъ въ преклонномъ возрастѣ. 3. **Ernst Levin.** *Bacteriologische Darmuntersuchungen.* На основаніи 480 изслѣдованій у 53 видовъ животныхъ оказалось, что у нетравоядныхъ въ кишечникѣ нѣтъ вовсе бактерій изъ вида кишечной палочки. Изъ травоядныхъ же кишечная палочка найдена у 75% всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ. 4. **I. E. Johansson, I. Billström** und **C. Heijl.** *Die Kohlensäureabgabe bei Zufuhr verschiedener Zuckerarten.* Обмѣнъ углекислоты при питаніи различными видами сахара.

Tuberculosis. Іюнь. T. III. № 6.

1. **A. Kayserling.** *Fortschritte und Erfahrungen der Tuberkulosebekämpfung 1902.* Годовой отчетъ. 2. **Lentz.** *La cure d'air des dispensaires du Hainaut (Belgique) et les résultats.* Результаты лѣченія на открытомъ воздухѣ. 3. **Bang.** *Combat contre la tuberculose bovine en Danemark.* Статистическія данныя.

Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. Августъ. T. CLXXVII. Тетр. 2.

1. **Josef Schaffer.** *Die oberen cardialen Oesophagusdrüsen und ihre Entstehung.* Къ вопросу о метаплазіи эпителія, покрывающаго пищеводъ. 2. **Carl Hart.** *Beiträge zur Pathologie des Gefässsystems.* Объ измѣненіяхъ кровеносныхъ сосудовъ при сифилисѣ и язвенномъ эндокардитѣ. 3. **G. Marchetti.** *Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der Nebennieren.* Краткій перечень патологическихъ процессовъ, встрѣчающихся въ надпочечникахъ. 4. **Ernst Sehrt.** *Zur Kenntniss der fetthaltigen Pigmente.* Пигментъ не только сердечнаго эпителія или эпителія сѣмянныхъ пузырьковъ, а также узловыхъ клѣтокъ, но и всякій другой, по автору, представляетъ смѣсь съ животнымъ веществомъ. 5. **M. Löhlein.** *Ueber Peritonitis bei eitriger Lymphangioitis des Ductus thoracicus.* 2 случая перитонита при гнойномъ пораженіи грудного протока. 6. **Karl Zieler.** *Ueber die unter dem Namen, Paget's disease of the nipple' bekannte Hautkrankheit und ihre Beziehungen zum Karzinom.* Соотношеніе между болѣзнью *Paget'a* и ракомъ. Этіологія и клиническая картина. 7. **J. P. L. Hulst.** *Beitrag zur Kenntniss der Fibrosarkomatose des Nervensystems.* 2 случая. 8. **Franz Keibel.** *Bemerkung zu dem Aufsatz von H. Schridde «Ueber Magenschleimhautinseln usw. im obersten Oesophagusabschnitt».* Полемическая замѣтка.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. T. LII. Тетр. 2.

1. **Hammerschlag.** *Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre von Chorionepitheliom.* Описаніе 5 случаевъ съ протоколами вскрытій и рисунками препаратовъ. 2. **W. Liepmann.** *Ueber Fibildung in Carcinomen des Ovariums.* На основаніи своихъ микроскопическихъ изслѣдованій считаетъ клѣтки, похожія на яйцевыя въ новообразованіяхъ яичника, продуктомъ обратнаго превращенія. 3. **F. Kleinhaus.** *Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genitaltractes.* Микроскопическое изслѣдованіе въ 2-хъ случаяхъ. 4. **Fritz Prüssmann.** *Zur secundären Bauchhöhlenschwangerschaft.* Случай вторичной внѣматочной беременности. 5. **Desiderius v. Velits.** *Ueber histologische Indicien des Chorioepithelioma «benignum».* Литературно-критическій очеркъ по поводу 1 случая.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Іюль. T. XLVII. Тетр. 3.

1. **A. Pfuhl.** *Noch einmal der Spiritusverband.* По автору, алкогольная повязка является простѣйшимъ, лучшимъ и наиболѣе дешевымъ перевязочнымъ матеріаломъ. 2. **Rudolf Langer.** *Untersuchungen über einen mit Knötchenbildung einhergehenden Process in der Leber des Kalbes und dessen Erreger.* Экспериментальное изслѣдованіе. 3. **Gilbert.** *Ueber Actinomyces thermophilus und andere Aktinomyceten.* Описаніе нѣсколькихъ видовъ лучистаго грибка. 4. **Jakuschewitsch.** *Ueber Hämolysine bei entmilzten Thieren.* Изслѣдованіе гэмолитическихъ свойствъ у животныхъ съ вырѣзанной селезенкой. 5. **A. Wassermann** und **R. Ostertag.** *Ueber polyvalente (multipartiale) Sera mit besonderer Berücksichtigung der Immunität gegenüber den Erregern der Schweineseuche.* Критическій очеркъ. 6. **O. Bruck.** *Experimentelle Beiträge zur Immunität gegenüber Schweineseuche.* Вирулентность микроба свиной сухотки при выращиваніи подлежитъ рѣзкимъ колебаніямъ. При аутолизѣ этихъ микробовъ не образуется растворимыхъ въ водѣ ядовъ. 7. **Krautstrunk.** *Zur Frage der Gleichheit oder Verschiedenheit der Schweineseuchestämme.* Бактеріологическіе опыты. 8. **Breidert.** *Versuche mit Lepticidin (Landsberg) gegen Schweineseuche.* Результаты отрицательные. 9. **Joseph Langer.** *Ueber Streptotrichosis oesophagi bei einem 13-jähr. Knaben.* Описаніе случая съ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ. 10. **H. Berger.** *Grösse der Schulkinder und der Schulbänke.* Статистическое изслѣдованіе. 11. **Moritz Silberstein.** *Ueber einige ätiologisch unsichere, nicht malarische, tropische Fieberformen.* Рядъ случаевъ.

Zeitschrift für Thiermedicin T. VIII. Тетр. 5.

1. **Horst Käppel.** *Die embolischen Verstopfungen der grösseren Lungenarterienäste beim Pferde und ihre Einwirkung auf den Gebrauchswerth.* 2. **H. Dexler.** *Ein neuer Operationstisch.* 3. **Franz Hutyra.** *Beitrag zur Frage der Tilgung der Rindertuberculose.* 4. **A. Theiler.** *Die Piroplasmosis des Maulthieres und des Esels.*

Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik. Іюль. T. XX. Тетр. 4.

1. **S. R. Cajal.** *Ueber einige Methoden der Silberimprägnirung zur Untersuchung der Neurofibrillen, der Achsencylinder und der Endverzweigungen.* Новые способы импрегнаціи нервной ткани серебромъ. 2. **P. Mayer.** *Notiz über Hämatein und Hämalaun.* Отличіе гэматена отъ гэмалаума. 3. **Emile André.** *Concrétions dans le vert de méthyle acétique.* Краткая замѣтка. 4. **Konrad Helly.** *Eine Modification der Zenker'schen Fixirungsflüssigkeit.* Видоизмѣненіе жидкости *Zenker'a.* 5. **P. Culmann.** *Monoculares, bildaufrichtendes Prismen-Mikroskop.* Описаніе и рисунокъ инструмента. 6. **S. Gelblum.** *Le mouvement lent du tube de microscope.* Усовершенствованія въ механической части микроскопа. 7. **Ernst Küster.** *Entomologisches Arbeits-Mikroskop von Brüder Ortner u C°.* Микроскопъ съ отворачивающимся столикомъ.

Августъ. T. XXI. Тетр. 1.

1. **Karl Weigert.** *Eine kleine Verbesserung der Hämatoxylin van Gieson-Methode.* Улучшеніе состоитъ въ окрашиваніи препаратовъ гэматоксилиномъ съ протравливаніемъ ихъ растворомъ желѣза. 2. **Oskar Schultze.** *Ueber Stückfärbung mit Chromhämatoxylin.* Методика окрашиванія препаратовъ in toto. 3. **Cl. Regaud.** *Le collodionnage des cellules.* Способъ пропитыванія коллодіемъ изолированныхъ элементовъ. 4. **W. Pavlow.** *Einige Bemerkungen über die Hämatoxylinfärbung der Nervenfasern des Centralnervensystems.* Методика окрашиванія нервныхъ волоконъ. 5. **Julius Bartel.** *Zur Technik der Gliafärbung.* Способъ окраски нейрогліи. 6. **R. von Lendenfeld.** *Ueber die Herstellung von Nadelpräparaten von Kieselschwämmen.* 7. **C. O. Harz.** *Iodparaffinöl, ein neues Mikroreagens und Einbettungsmedium.* Новая среда для пропитыванія препаратовъ. 8. **Luigi Sanzo.** *Tre nuovi metodi per fissare e ritrovare al microscopie un punto qualinque di un preparato.* Способы отысканія въ микроскопическомъ препаратѣ даннаго мѣста.

Французскіе.

Annales des maladies des organes génito-urinaires. Іюль. № 13. Годъ 22.

1. **F. P. Guiard.** *Les calculs phosphatiques de la vessie.* Распознаваніе камней можетъ быть облегчено изслѣдованіемъ больного въ положеніи съ поднятымъ тазомъ. 2. **Louis Garovi.** *De la chirurgie urétérale dans le traitement de la fistule urétéro-vaginale.* Клиническая лекція. 3. **Pierre Bakaleinik.** *Dilatateur hydraulique modifié pour faire pénétrer la chaleur et le froid secs dans l'urèthre.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Іюль. № 14.

1. **Albert Hogge.** *Recherches sur les muscles du périnée et du diaphragme pelvien, sur les glandes dites de Cowper et sur le développement de ces organes.* Анатомія промежности. 2. **L Pinatelle** et **E. Duroux.** *Sur quelques cas de kystes spermatiques de l'epididyme.* 3 случая сѣмянныхъ кистъ.

Annales de l'Institut Pasteur. № 6.

1. **Безрѣдка.** *Le serum antistreptococcique et son mode d'action.* Критическій обзоръ вопроса о противоцѣпекокковой сывороткѣ и ея свойствахъ. 2. **Безрѣдка** и **Dopter.** *Contribution à l'étude du rôle des streptocoques au cours de la scarlatine.* Ни въ одной изъ пробъ кровяной сыворотки, взятой отъ больныхъ скарлатиной, авторамъ не удалось найти фиксатора ни по отношенію къ стрептококкамъ, выдѣленнымъ изъ сердца умершихъ отъ скарлатины или изъ горла тѣхъ-же больныхъ, у которыхъ бралась кровь. 3. **P. Maze.** *Sur l'isolement de la zymase dans les tissus animaux et végétaux.* По изслѣдованіямъ автора, зи-

ка дермоидной кисты яичника. 2. Л. В. Соболевъ. *Zur Morphologie der inneren Sekretion einiger Drüsen.* Къ вопросу о внутренней секреціи сѣмянныхъ железъ. 3. **Fritz Lebram.** *Das Schicksal von Haaren bei der Bildung von Hautnarben.* Судьба волосъ въ рубцахъ, по опытамъ автора, двоякая: или волосъ выпадаетъ, или возрождается.

Centralblatt für Gynäkologie. Май. № 21.

1. **P. Zweifel.** *Ueber die Verhütung der Fieberfälle im Wochenbett.* Способы предупрежденія лихорадочныхъ заболѣваній у родильницъ. 2. **Menge.** *Intraperitoneale Ligamentverkürzung mit ausschliesslicher Verwendung von Catgut als Fixationsmaterial.* Способъ внутрибрюшного укороченія круглыхъ маточныхъ связокъ. 3. **K. Vogel.** *Physostigmin nach Laparotomien.* Краткая замѣтка по поводу 1 случая.

Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte. Іюнь. № 11.

1. **Otto Veraguth.** *Ueber eine Hirnschussverletzung.* Случай огнестрѣльнаго раненія черепного мозга. 2. **Heinrich Nägeli.** *Ueber einen Fall von vorgetäuschter Perityphlitis.* Описаніе случая.

№ 12.

1. **Herm. Müller.** *Zur Lehre von den angeborenen Herzkrankheiten.* 9 случаевъ врожденныхъ сердечныхъ заболѣваній. 2. **A. Carini.** *Die pathogenen Trypanosomen des Menschen und der Tiere.* Литературно-критическій обзоръ.

Іюль. № 13.

1. **Gelpke.** *Ausscheidung von Chloroform durch den Brechakt.* О выдѣленіи хлороформа рвотными массами. 2. **Herm. Müller.** *Zur Lehre von den angeborenen Herzkrankheiten.* Къ вопросу о врожденныхъ болѣзняхъ сердца. (Окончаніе).

№ 14.

1. **W. Silberschmidt.** *Die Identifizierung der Tuberkelbacillen bei Mensch und Tier.* Критическій очеркъ. 2. **E. Döbeli.** *Ein Beitrag zur Kenntniss der primären Peritonitis im Säuglingsalter.* 3 случая съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ.

Августъ. № 15.

1. **Gelpke.** *Zur Frage der chirurgischen Behandlung der chronischen Nephritis.* Литературно-критическій очеркъ вопроса. 2. **Heinrich Naegeli.** *Beiträge zur Pathologie des Scharlachs.* По поводу 3-хъ случаевъ.

Dermatologische Zeitschrift. Іюнь. Т. XI.

1. **Alfred Iungmann** und **Isidor Pollitzer.** *Ueber Pagets Disease.* Подробное клиническое и микроскопическое изслѣдованіе случая. 2. **O. Lassar.** *Zur Radiotherapie (Demonstration von Patienten und Projektionen).* Рядъ случаевъ, показывающихъ хорошее вліяніе радія на теченіе различныхъ язвенныхъ процессовъ.

Іюль.

1. **A. Buschke.** *Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum.* Типичный случай. 2. **Voss.** *Ueber Hg. Paraffin-Embolien.* 15 случаевъ эмболій. 3. **Rudolf Polland.** *Ein Fall von Lupus erythematosus mit Erythema induratum.* 4. **L. Einis.** *Ueber einen Fall von Erythema nodosum mit ungewöhnlichem Verlauf und atypischer Lokalisation.* Описаніе случая. 5. **Karl Gerson.** *Alkoholseifen.* По опытамъ автора, алкогольныя мыла имѣютъ всѣ преимущества алкоголя, не имѣя его недостатковъ. 6. **J. Sadger.** *Die Wasserbehandlung der Gonorrhoe und des Ulcus molle.* Литературно-критическій обзоръ вопроса.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Т. XXXVI. Тетр. 3.

1. **Kühn.** *Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen.* О борьбѣ съ половыми болѣзнями, какъ съ народнымъ бѣдствіемъ. 2. **Oscar Schwartz.** *Der Schulunterricht in der allgemeinen Naturkunde als Grundlage zur Erlernung sachkundiger Gesundheits-und Krankenpflege.* Критическая замѣтка. 3. **Albert Deutsch.** *Die neueren Erfahrungen über die Entstehung von Abdominaltyphus in der Armee und in der Civilbevölkerung sowohl infolge von Verunreinigung von Trinkwasser, als infolge von Ansteckung vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus.* Обзоръ литературы вопроса въ связи съ бактеріологіей пищи. 4. **Julian Marcuse.** *Die Wohnung in ihrer Beziehung zur Tuberkulose.* Вліяніе жилищъ на развитіе бугорчатки. 5. **Prölls.** *Die Milchversorgung unserer Grossstädte unter Anlehnung an die Hamburger Milchausstellung 1903.* Отрицательныя стороны снабженія большихъ городовъ молокомъ. 6. **W. Hanauer.** *Gesundheitsstörungen durch Geräusche und ihre sanitätspolizeiliche Behandlung.* Критическій очеркъ съ описаніемъ 2-хъ случаевъ. 7. **R. von Mouillard.** *Ueber Caissonkrankheiten und Caissoneinrichtungen.* О заболѣваніяхъ работающихъ въ кессонахъ въ связи съ устройствомъ послѣднихъ.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Т. LXXI.

1. **Madelung.** *Ueber intraperitoneale Digitalkompression von Beckenblutgefässen.* 2. **Dreist.** *Ueber Ligatur und Kompression der Arteria iliaca communis. Madelung* приводитъ случай сдавленія общей подвздошной артеріи рукою, введенною въ брюшную полость, съ цѣлью остановки кровотеченія при удаленіи расширенія наружной подвздошной артеріи. *Dreist*, говоря о томъ-же случаѣ, приводитъ литературу вопроса. 3. **Leonhardt.** *Experimente und Studien zur Hirndruckfrage.* Объ измѣненіяхъ, наступающихъ у животныхъ отъ сдавленія мозга. 4. **Köpke.** *Ueber den Hallux valgus.* Объ оперативномъ лѣченіи Hallux valgus. Описаніе 23 случаевъ. 5. **Grunert.** *Ueber das Aneurysma der Arteria hepatica.* Описаніе случая и изложеніе литературы. 6. **Martina.** *Die Behandlung der Hypospadie nach der Beckschen Methode.* Описаніе 4 случаевъ. 7. **Klapp.** *Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Wirkung der Nebennierenpräparate.* О вліяніи впрыскиваній адреналина на всасываніе вводимаго подъ кожу раствора молочнаго сахара. Всасываніе въ значительной степени замедляется. 8. **Bayer.** *Ueber Spiralbrüche an der oberen Extremität.* О спиральныхъ переломахъ костей руки. Небольшой клиническій очеркъ. 9. **Vogel.** *Zur Pathologie und Therapie der Luxatio coxae congenitae.* О врожденномъ вывихѣ въ тазобедренномъ суставѣ. Клиническій очеркъ съ описаніемъ 38 случаевъ. 10. **Damianos.** *Beiträge zur operativen Behandlung der Tuberkulose des Ellbogengelenkes.* Отчетъ о 77 случаяхъ операціи по поводу бугорчатки локтевого сустава. 11. **Küster.** *Eine eigenartige bindegewebige Neubildung der Hohlhand.* Случай воспалительной соединительно-тканной опухоли ладони съ клѣточками-великанами, содержавшими пигментъ и жировыя зернышки. 12. **Neck.** *Ueber operativ behandelte Fälle von Perforation der steinhaltigen Gallenblase in die freie Bauchhöhle.* Къ собственному наблюденію (прободеніе камнесодержащаго желчнаго пузыря въ брюшную полость) присоединяетъ 10 изъ литературы. 13. **Faltin.** *Kasuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie des Volvulus des Coecum.* 5 случаевъ заворота слѣпой кишки. 14. **Marcuse.** *Ueber die Bedeutung des Etappenverbandes in der Behandlung der seitlichen Rückgratsverkrümmungen.* О лѣченіи искривленій позвоночника этапными повязками. 15. **Ledderhose.** *Ueber die Regeneration der unterbundenen Saphena.* Въ 2 случаяхъ наблюдалъ возстановленіе проходимости v. saphenae послѣ ея перевязки. 16. **Mosetig-Moorhof.** *Erfahrungen mit der Iodoformknochenplombe.* О лѣченіи костныхъ полостей іодоформною пломбой. 195 случаевъ. 17. **Arregger.** *Beitrag zur Kenntniss der centralen Luxation des Oberschenkels im Hüftgelenk.* Одинъ собственный случай центральнаго вывиха бедра и 22 случая изъ литературы. 18. **Dietel.** *Die Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe durch Deckung der Tibiasägefläche mit der Achillessehne.* О прикрытіи костной культи Ахилловымъ сухожиліемъ при усѣченіяхъ голени. 19. **Zeller.** *Zur Extirpation der Beckengeschwülste.* Описаніе случая и подробное изложеніе литературы о тазовыхъ опухоляхъ. 20. **Martina.** *Extirpation eines Beckenmelanomes.* Описаніе случая удаленія меланомы таза. 21. **Hartmann.** *Ueber einige ösophagoskopische Fälle.* Поясняетъ нѣсколькими примѣрами значеніе эзофагоскопіи. 22. **Wilms.** *Centrale Luxation des Schenkelkopfes.* 4 случая вывиха головки бедренной кости въ полость таза.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Іюль. Т. XXVI. Тетр. 4—6.

1. **H. Klieo.** *Ueber Inkoordination der Augenbewegungen nach einer oberflächlichen Gehirnläsion.* Описаніе случая. 2. **Fritz Tedesko.** *Ueber Knochenatrophie bei Syringomyelie.* 5 случаевъ съ радіографическими снимками пораженныхъ областей. 3. **T. Aoyama.** *Ueber einen Fall von Poliomyelitis anterior chronica mit Sektionsbefund.* Описаніе случая. 4. **Hans Schmaus.** *Die Anwendung des Entzündungsbegriffes auf die Myelitis.* Критическій очеркъ. 5. **R. Friedlaender.** *Die Hautreflexe an den unteren Extremitäten unter normalen und pathologischen Verhältnissen.* Критическій обзоръ вопроса о кожныхъ рефлексахъ. 6. **A. Schott.** *Ein Fall von traumatisch entstandener Hämatomyelie.* Подробное описаніе случая. 7. **Michael Lapinsky.** *Ueber die Lokalisationen motorischer Funktionen im Rückenmark.* Литературно-критическій обзоръ.

Die Therapie der Gegenwart. Августъ.

1. **G. Klemperer.** *Die Behandlung der Nierenstein-Krankheit.* Лѣкарственное лѣченіе почечныхъ болѣзней. 2. **Max Jerusalem.** *Einiges über lokale Wärmebehandlung.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе надъ примѣненіемъ мѣстнаго согрѣванія. 3. **Heinrich Wolf.** *Die mechanische Behandlung des Emphysems.* Оцѣнка механическаго способа лѣченія эмфиземы. 4. **P. Kleist.** *Ueber die physiologische Wirkung des Veronals.* Фармакологическія свойства веронала. Опыты на лягушкахъ, кроликахъ и собакахъ. 5. **H. Engels.** *Styracol, eine Verbindung von Zimtsäure und Guajacol, als inneres Desinficiens und Antidiarrhoicum.* 17 случаевъ клиническаго примѣненія стиракола. 6. **H. Finkelstein.** *Zusammenfassende Uebersicht. Sammelreferate über neuere Erfahrungen in der Säuglingsernährung.* Рефератъ новѣйшихъ работъ по вскармливанію грудныхъ дѣтей.

Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie. Май. Т. XVI. Тетр. 6.

1. **E. Winterstein.** *Ueber einige Bestandteile des Emmentaler Käses.* Химическій анализъ. 2. **Georg Landsberg.** *Ueber den Alkoholgehalt tierischer Organe.* Содержаніе алкоголя въ органахъ животныхъ. 3. **Emil Zdarek.** *Untersuchung der Eier von Acanthias vulgaris Risso.* 4. **Emil Abderhalden, Peter Bergell** und **Theodor Dorpinghaus.** *Die «Kohlehydratgruppe» des Serumglobulins, des Serumalbumins und des Eieralbumins.* Углеводородная группа сывороточныхъ бѣлковъ. 5. **Harry W. Bresler.** *Ueber die Bestimmung der Nucleinbasen im Safte von Beta vulgaris.* 6. **K. A. H. Mörner.** *Einige Worte über das «β-Hämin».* Критическая замѣтка. 7. **G. Giemsa.** *Ueber den Schmelzpunkt des Glukuronsäureseminkarlazons.* Полемическая замѣтка. 8. **Heinrich Rosin.** *Bemerkung zur Mitteilung von Rudolf Adler und Oskar Adler: «Ueber eine Reaktion im Harn bei der Behandlung mit Resorcin».* Полемическая замѣтка.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. Іюль. Т. XX. Тетр. 1.

1. **Florenzo d'Erchia.** *Beitrag zum Studium des schwangeren und kreissenden Uterus.* 2. **M. Graefe.** *Zur Frage der Aetiologie der Hyperemesis gravidarum.* Въ обоихъ случаяхъ автора рвота была прекращена средствами, дѣйствіе коихъ могло быть объяснено внушеніемъ. 3. **Stefan von Zaborszky.** *Hyperemesis gravidarum.* Описаніе 3-хъ случаевъ. 4. **K. Baisch.** *Hyperemesis und Ptyalismus in der Gravidität.* Этіологія, лѣченіе и предсказаніе заболѣванія. 5. **B. Kroenig.** *Sublamin als Hände-Desinfiziens.* Статья полемическаго содержанія. 6. **E. Santi.** *Die Pathologie des Corpus luteum.* Патолого-гистологическія измѣненія въ желтомъ тѣлѣ яичника. (Не окончена).

Skandinavisches Archiv für Physiologie. Т. XVI. Тетр. 1 и 2.

1. **H. P. T. Oerum.** *Studien über die elementären Endorgane für die Farbenempfindung.* Экспериментальное изслѣдованіе къ теоріи цвѣтоощущенія. 2. **Chr. Bohr** und **Wilh. Maar.** *Ueber den Einfluss der Ozoneinathmung auf die Function der Lunge.* Опыты на черепахахъ. Вліяніе вдыхаемаго озона на отправленія легкаго. 3. **Carl Tigerstedt.** *Ein Beitrag zur Kenntniss des Phosphorstoffwechsels beim erwachsenen Menschen.* Экспериментальное изслѣдованіе фосфорнаго обмѣна у взрослаго человѣка. 4. **Tora Rosenberg.** *Prüfung des Sondén-Tigerstedt'schen Respirationsapparates.* Результаты испытанія прибора *Sondén-Tigerstedt'a.* 5. **J. E. Johansson.** *Die chemische Wärmeregulation beim Menschen.* Опыты надъ распредѣленіемъ тепла у людей. 6. **G. Renvall.** *Zur Kenntniss des Phosphor,-Calcium-und Magnesiumumsatzes bei erwachsenen Menschen.* Опыты къ вопросу объ обмѣнѣ фосфора, кальція и магнія у взрослаго человѣка.

Тетр. 3 и 4.

1. **A. F. Hellstein.** *Ueber den Einfluss von Alcohol, Zucker und Thee auf die Leistungsfähigkeit des Muskels.* Опыты надъ вліяніемъ алкоголя, сахара и чая на способность мышцъ къ проведенію возбужденія. 2. **S. Fenger.** *Beiträge zur Kenntniss des Stoffwechsels im Greisenalter.* Обмѣнъ веществъ въ преклонномъ возрастѣ. 3. **Ernst Levin.** *Bacteriologische Darmuntersuchungen.* На основаніи 480 изслѣдованій у 53 видовъ животныхъ оказалось, что у нетравоядныхъ въ кишечникѣ нѣтъ вовсе бактерій изъ вида кишечной палочки. Изъ травоядныхъ же кишечная палочка найдена у 75% всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ. 4. **I. E. Johansson, I. Billström** und **C. Heijl.** *Die Kohlensäureabgabe bei Zufuhr verschiedener Zuckerarten.* Обмѣнъ углекислоты при питаніи различными видами сахара.

Tuberculosis. Іюнь. Т. III. № 6.

1. **A. Kayserling.** *Fortschritte und Erfahrungen der Tuberkulosebekämpfung 1902.* Годовой отчетъ. 2. **Lentz.** *La cure d'air des dispensaires du Hainaut (Belgique) et les résultats.* Результаты лѣченія на открытомъ воздухѣ. 3. **Bang.** *Combat contre la tuberculose bovine en Danemark.* Статистическія данныя.

Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. Августъ. Т. CLXXVII. Тетр. 2.

1. **Josef Schaffer.** *Die oberen cardialen Oesophagusdrüsen und ihre Entstehung.* Къ вопросу о метаплазіи эпителія, покрывающаго пищеводъ. 2. **Carl Hart.** *Beiträge zur Pathologie des Gefässsystems.* Объ измѣненіяхъ кровеносныхъ сосудовъ при сифилисѣ и язвенномъ эндокардитѣ. 3. **G. Marchetti.** *Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der Nebennieren.* Краткій перечень патологическихъ процессовъ, встрѣчающихся въ надпочечникахъ. 4. **Ernst Sehrt.** *Zur Kenntniss der fetthaltigen Pigmente.* Пигментъ не только сердечнаго эпителія или эпителія сѣмянныхъ пузырьковъ, а также узловыхъ клѣтокъ, но и всякій другой, по автору, представляетъ смѣсь съ животнымъ веществомъ. 5. **M. Löhlein.** *Ueber Peritonitis bei eitriger Lymphangioitis des Ductus thoracicus.* 2 случая перитонита при гнойномъ пораженіи грудного протока. 6. **Karl Zieler.** *Ueber die unter dem Namen, Paget's disease of the nipple' bekannte Hautkrankheit und ihre Beziehungen zum Karzinom.* Соотношеніе между болѣзнью *Paget'a* и ракомъ. Этіологія и клиническая картина. 7. **J. P. L. Hulst.** *Beitrag zur Kenntniss der Fibrosarkomatose des Nervensystems.* 2 случая. 8. **Franz Keibel.** *Bemerkung zu dem Aufsatz von H. Schridde «Ueber Magenschleimhautinseln usw. im obersten Oesophagusabschnitt».* Полемическая замѣтка.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. Т. LII. Тетр. 2.

1. **Hammerschlag.** *Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre von Chorionepitheliom.* Описаніе 5 случаевъ съ протоколами вскрытій и рисунками препаратовъ. 2. **W. Liepmann.** *Ueber Fibildung in Carcinomen des Ovariums.* На основаніи своихъ микроскопическихъ изслѣдованій считаетъ клѣтки, похожія на яйцевыя въ новообразованіяхъ яичника, продуктомъ обратнаго превращенія. 3. **F. Kleinhaus.** *Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genitaltractes.* Микроскопическое изслѣдованіе въ 2-хъ случаяхъ. 4. **Fritz Prüssmann.** *Zur secundären Bauchhöhlenschwangerschaft.* Случай вторичной внѣматочной беременности. 5. **Desiderius v. Velits.** *Ueber histologische Indicien des Chorioepithelioma «benignum».* Литературно-критическій очеркъ по поводу 1 случая.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Іюль. Т. XLVII. Тетр. 3.

1. **A. Pfuhl.** *Noch einmal der Spiritusverband.* По автору, алкогольная повязка является простѣйшимъ, лучшимъ и наиболѣе дешевымъ перевязочнымъ матеріаломъ. 2. **Rudolf Langer.** *Untersuchungen über einen mit Knötchenbildung einhergehenden Process in der Leber des Kalbes und dessen Erreger.* Экспериментальное изслѣдованіе. 3. **Gilbert.** *Ueber Actinomyces thermophilus und andere Aktinomyceten.* Описаніе нѣсколькихъ видовъ лучистаго грибка. 4. **Jakuschewitsch.** *Ueber Hämolysine bei entmilzten Thieren.* Изслѣдованіе гемолитическихъ свойствъ у животныхъ съ вырѣзанной селезенкой. 5. **A. Wassermann** und **R. Ostertag.** *Ueber polyvalente (multipartiale) Sera mit besonderer Berücksichtigung der Immunität gegenüber den Erregern der Schweineseuche.* Критическій очеркъ. 6. **C. Bruck.** *Experimentelle Beiträge zur Immunität gegenüber Schweineseuche.* Вирулентность микроба свиной сухотки при выращиваніи подлежитъ рѣзкимъ колебаніямъ. При аутолизѣ этихъ микробовъ не образуется растворимыхъ въ водѣ ядовъ. 7. **Krautstrunk.** *Zur Frage der Gleichheit oder Verschiedenheit der Schweineseuchestämme.* Бактеріологическіе опыты. 8. **Breidert.** *Versuche mit Lepticidin (Landsberg) gegen Schweineseuche.* Результаты отрицательные. 9. **Joseph Langer.** *Ueber Streptotrichosis oesophagi bei einem 13-jähr. Knaben.* Описаніе случая съ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ. 10. **H. Berger.** *Grösse der Schulkinder und der Schulbänke.* Статистическое изслѣдованіе. 11. **Moritz Silberstein.** *Ueber einige ätiologisch unsichere, nicht malarische, tropische Fieberformen.* Рядъ случаевъ.

Zeitschrift für Thiermedicin Т. VIII. Тетр. 5.

1. **Horst Käppel.** *Die embolischen Verstopfungen der grösseren Lungenarterienäste beim Pferde und ihre Einwirkung auf den Gebrauchswerth.* 2. **H. Dexler.** *Ein neuer Operationstisch.* 3. **Franz Hutyra.** *Beitrag zur Frage der Tilgung der Rindertuberculose.* 4. **A. Theiler.** *Die Piroplasmosis des Maulthieres und des Esels.*

Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik. Іюль. Т. XX. Тетр. 4.

1. **S. R. Cajal.** *Ueber einige Methoden der Silberimprägnirung zur Untersuchung der Neurofibrillen, der Achsencylinder und der Endverzweigungen.* Новые способы импрегнаціи нервной ткани серебромъ. 2. **P. Mayer.** *Notiz über Hämatein und Hämalaum.* Отличіе гематена отъ гемалаума. 3. **Emile André.** *Concrétions dans le vert de méthyle acétique.* Краткая замѣтка. 4. **Konrad Helly.** *Eine Modification der Zenker'schen Fixirungsflüssigkeit.* Видоизмѣненіе жидкости *Zenker'a.* 5. **P. Culmann.** *Monoculares, bildaufrichtendes Prismen-Mikroskop.* Описаніе и рисунокъ инструмента. 6. **S. Gelblum.** *Le mouvement lent du tube de microscope.* Усовершенствованія въ механической части микроскопа. 7. **Ernst Küster.** *Entomologisches Arbeits-Mikroskop von Brüder Ortner u C°.* Микроскопъ съ отворачивающимся столикомъ.

Августъ. Т. XXI. Тетр. 1.

1. **Karl Weigert.** *Eine kleine Verbesserung der Hämatoxylin van Gieson-Methode.* Улучшеніе состоитъ въ окрашиваніи препаратовъ гематоксилиномъ съ протравливаніемъ ихъ растворомъ желѣза. 2. **Oskar Schultze.** *Ueber Stückfärbung mit Chromhämatoxylin.* Методика окрашиванія препаратовъ in toto. 3. **Cl. Regaud.** *Le collodionnage des cellules.* Способъ пропитыванія коллодіемъ изолированныхъ элементовъ. 4. **W. Pavlow.** *Einige Bemerkungen über die Hämatoxylinfärbung der Nervenfasern des Centralnervensystems.* Методика окрашиванія нервныхъ волоконъ. 5. **Julius Bartel.** *Zur Technik der Gliafärbung.* Способъ окраски нейроглія. 6. **R. von Lendenfeld.** *Ueber die Herstellung von Nadelpräparaten von Kieselschwämmen.* 7. **C. O. Harz.** *Iodparaffinöl, ein neues Mikroreagens und Einbettungsmedium.* Новая среда для пропитыванія препаратовъ. 8. **Luigi Sanzo.** *Tre nuovi metodi per fissare e ritrovare al microscopie un punto qualinque di un preparato.* Способы отысканія въ микроскопическомъ препаратѣ даннаго мѣста.

Французскіе.

Annales des maladies des organes génito-urinaires. Іюль. № 13. Годъ 22.

1. **F. P. Guiard.** *Les calculs phosphatiques de la vessie.* Распознаваніе камней можетъ быть облегчено изслѣдованіемъ больного въ положеніи съ поднятымъ тазомъ. 2. **Louis Garovi.** *De la chirurgie urétérale dans le traitement de la fistule urétérovaginale.* Клиническая лекція. 3. **Pierre Bakaleinik.** *Dilatateur hydraulique modifié pour faire pénétrer la chaleur et le froid secs dans l'urèthre.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Іюль. № 14.

1. **Albert Hogge.** *Recherches sur les muscles du périnée et du diaphragme pelvien, sur les glandes dites de Cowper et sur le développement de ces organes.* Анатомія промежности. 2. **L. Pinatelle** et **E. Duroux.** *Sur quelques cas de kystes spermatiques de l'epididyme.* 3 случая сѣмянныхъ кистъ.

Annales de l'Institut Pasteur. № 6.

1. **Безрѣдка.** *Le serum antistreptococcique et son mode d'action.* Критическій обзоръ вопроса о противоцѣпекокковой сывороткѣ и ея свойствахъ. 2. **Безрѣдка и Dopter.** *Contribution à l'étude du rôle des streptocoques au cours de la scarlatine.* Ни въ одной изъ пробъ кровяной сыворотки, взятой отъ больныхъ скарлатиной, авторамъ не удалось найти фиксатора ни по отношенію къ стрептококкамъ, выдѣленнымъ изъ сердца умершихъ отъ скарлатины или изъ горла тѣхъ-же больныхъ, у которыхъ бралась кровь. 3. **P. Mazé.** *Sur l'isolement de la zymase dans les tissus animaux et végétaux.* По изслѣдованіямъ автора, зи-

маза содержится и въ растительныхъ, и въ животныхъ клѣткахъ. 4. **P. Mazé** et **A. Perrier**. *Sur le rôle des mikrobes dans la fermentation alcoolique que M. Stoklasa attribuc à la zymase isolée des tissus vegetaux ou animaux.* Подтверждаютъ наблюденія *Stoklasa*. 5. **U. Gayon** et **E. Dubourg**. *Sur la fermentation mannitique.* Критическая замѣтка. 6. **F. Noc**. *Sur quelques propriétés physiologiques des différents venins de serpents.* По изслѣдованіямъ автора, въ ядѣ змѣй содержатся гемолизины, коагулины, протеолизины и нейротоксины. 7. **Raymond Petit**. *Action du sérum de cheval chouffé infecté dans le péritoine. Son utilisation en chirurgie abdominale.* Впрыскиваніе въ брюшную полость морскихъ свинокъ нагрѣтой лошадиной сыворотки производитъ наплывъ многоядерныхъ шариковъ и энергичный фагоцитозъ по отношенію къ болѣзнетворнымъ микробамъ. 8. **I. Viala**. *Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1903.* Годовой отчетъ о прививкахъ противъ бѣшенства.

Annales de gynécologie et d'obstétrique. Іюль. Т. I.

1. **Curtis** et **Oui**. *Anatomie pathologique du polype placentaire.* 2 случая съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 2. **Samuel Gache**. *La fécondité de la femme dans 63 pays.* Статистическій очеркъ.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Іюль. Т. I.

1. **G. Mesureur**. *Le rôle social de l'assistance publique.* Докладъ въ Обществѣ больничныхъ врачей въ Парижѣ. 2. **Ernest Mosny**. *Hospitalisation des tuberculeux.* Критическій обзоръ вопроса. 4. **Perrin de la Touche**. *Recherches sur l'identité d'un cheveu.* Нѣсколько судебно-медицинскихъ изслѣдованій. 4. **Léon Garnier** et **Pierre Parisot**. *Intoxication massive par l'oxyde de carbone des gaz de hauts fourneaux.* Протоколы вскрытія и результатъ изслѣдованія крови погибшихъ. 5. **Courtois-Suffit**. *La coccydynie, accident du travail.* Описаніе случая. 6. **J. G. Ward**. *L'hygiène en Nouvelle-Zélande.* Статистическій этюдъ. 7. **P. Brouardel** et **Thoinot**. *L'Institut médico-légale de l'Université de Paris.* Программа преподаванія.

Annales de médecine vétérinaire. Іюнь.

1. **J. B. Dessart** et **G. Hébrant**. *Considérations médico-légales à propos de l'arrêté royal du 18 avril 1904.* 2. **Liénaux**. *Diagnostic erroné de tuberculose chez une vache, lymphadénites infectieuses banales avec signes respiratoires et utérins concomitants.*

Іюль.

1. **Meuleman**. *La myotomie caudale par procédé sous-cutané.* 2. **Gratia**. *Du syndrome «fièvre vitulaire» en dehors du part, considéré dans ses rapports avec la fièvre vitulaire commune, survenant après le vêlage.*

Августъ.

1. **Hendrickx** et **Zwaenepoel**. *Quelques considérations sur les ostéo-sarcomes du maxillaire supérieur chez le cheval.* 2. **Hebrant**. *Ataxie locomotrice chez un chien. Syndrome cérébelleux. Syndrome de Millard Gübler. Mouvement de manège.* 4. **Liénaux** et **Zwaenepoel**. *Sur le rôle de la garniture du fer.* 4. **G. van Alleynnes**. *L'arrêté royal du 18 avril 1904 au point de vue juridique.*

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. Іюль. № 145. Г. 12.

1. **Robert Kienböck**. *Rapport sur l'état actuel de la radiothérapie.* Докладъ въ Обществѣ Вѣнскихъ врачей. Критическій очеркъ. 2. **H. Marquès**. *Traitement des bourdonnements d'oreille par l'effluve de haute fréquence.* 8 случаевъ съ благопріятнымъ исходомъ. 3. **A. Béclère**. *Guérison par la radiothérapie d'un sarcome du maxillaire supérieur récidivé après deux interventions chirurgicales.* Описаніе случая.

№ 146.

1. **J. Lorat**. *Rapport sur les bains hydro-électriques.* Способы примѣненія и показанія. 2. **Stéphane Leduc**. *Traitement des névralgies par l'ion quinine.* Случай успѣшнаго лѣченія невральгій хиннымъ іономъ.

Archives de neurologie. Іюль. Т. XVIII. № 103.

1. **Paul Sollier** et **François Boissier**. *Médiumnité délirante.* Описаніе случая. 2. **G. Paul-Boncour**. *Sur les modifications craniennes consécutives aux atrophies cérébrales unilatérales.* Описаніе случаевъ и рисунки.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Deutsche Aerzte-Zeitung. Май. Тетр. 10.

1. **Karl Grube**. *Ueber den Einfluss der Diät auf die Eiweissausscheidung und Harnabsonderung bei den chronischen Nierenentzündungen.* Діэтетическое лѣченіе хроническихъ нефритовъ и вліяніе этого лѣченія на выдѣленіе бѣлка и мочи. 2. **J. Arnold Goldmann**. *Beiträge zur internen Behandlung der Cholelithiasis.* О внутреннемъ лѣченіи желчныхъ камней. 3. **Georg Rosenfeld**. *Die Praxis der Entfettungskur.* (Окончаніе).

Іюнь. Тетр. 11.

1. **Paul C. Franze**. *Eine neue kombinierte physikalische Behandlungsmethode von Herzkrankheiten.* Краткая замѣтка къ вопросу о физическихъ способахъ лѣченія сердечныхъ заболѣваній. 2. **Julian Marcuse**. *Die praktischen wichtigsten Ergebnisse der Verhandlungen des Kongresses deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel, vom 20—26 September 1903.* (Продолженіе). 3. **Hugo Goldman**. *Die Behandlung gewerblicher Hautaffektionen mit Anthrasol und Anthrasolseifen.* Прописываетъ средство въ видѣ 10% ной мази съ вазелиномъ или ланолиномъ, а также въ видѣ мыла. 4. **A. Rahn**. *Das Glocken-Okklusiv-Pessar.* Описаніе и рисунокъ. 5. **Aufrecht**. *Untersuchungen neuerer Arzneimittel.* Терапевтическія свойства холелизина.

Тетр. 12.

1. **Franz Dorn**. *Beitrag zur Phosphorbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Wirkung des Protylin-Roche bei Rachitis und Skrofulose.* Опыты на животныхъ. 2. **Hermann Brüning**. *Zur Behandlung der Kopf-und Gesichtsekzeme kleiner Kinder.* Примѣняетъ при лѣченіи дѣтей приспособленія, препятствующія имъ расчесывать больныя части. 3. **C. Focke**. *Ueber den praktischen Wert unserer Digitalis-Tinktur.* Практическое значеніе настойки наперстянки. (Продолженіе).

Іюль. Тетр. 13.

1. **Julius Lazarus** *Der Bronchialkatarrh bei Herzkranken.* Клиническая лекція. 2. **C. Focke**. *Ueber den praktischen Wert unserer Digitalis-Tinktur.* Обращаетъ вниманіе на непостоянство состава препарата. 3. **Julian Marcuse**. *Die praktisch wichtigsten Ergebnisse der Verhandlung des Kongresses deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel, vom 20—26 September 1903.* Отчетъ о Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей. 4. **Ludwig Hirsch**. *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолженіе).

Тетр. 14.

1. **Kolaczek**. *Zur Erysipeltherapie.* Лѣченіе, по автору, заключается въ примѣненіи смазываній карболовымъ растворомъ и прикрытіи пораженнаго мѣста. 2. **Julius Lazarus**. *Der Bronchialkatarrh bei Herzkranken.* Теченіе бронхіальныхъ катарровъ при сердечныхъ заболѣваніяхъ. 3. **H. Higier**. *Die Grundlagen der Organotherapie und der antoxischen Heilmethoden bei den alten Griechen.* Очеркъ изъ исторіи медицины.

Августъ. Тетр. 15.

1. **M. Benaroya**. *Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Sanatogens.* 2. **Maurus Fisch**. *Der Blutdruck als Maas der Herzfunktion.* По мнѣнію автора, кровяное давленіе можетъ быть разсматриваемо, какъ показатель сердечной дѣятельности. 3. **Ludwig Hirsch**. *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолженіе).

ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

Французскіе.

Gazette des hôpitaux. 16, 18 и 20 февраля.

1. **G. Rivière**. *Un cas d'abcès pelvien d'origine appendiculaire traité par la laparotomie rectale.* 2. **L. Delherm**. *Traitement par l'électricité de la constipation habituelle et de la colite mucomembraneuse.* 3. **D. du Séjour**. *Section chirurgicale complète du nerf radial...* 4. **R. Leriche**. *De l'achondroplasie chez l'adulte...* Обзоръ. (Не оконченъ).

23, 25 и 27 февраля.

1. **Coville**. *Ankylose de l'épaule traitée par l'interposition musculaire.* Случай. 2. **A. Ricard**. *Sur un cas d'extraction d'un corps étranger des bronches.* Тоже. 3. **Leriche**. (Окончаніе обзора).

1, 3 и 5 марта.

1. **A. Poncet**. *Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires.* Лекція. 2. **Pinatelle** et **Rivière**. *Un cas d'intoxication par le sérum antitétanique.* 3. **F. Lévy**. *Étiologie et traitement des suppurations du sinus maxillaire.* Обзоръ.

8, 10 и 12 марта.

1. **G. Variot**. *Deux soeurs atteintes de péritonite à gonocoque consécutive à une vulvite.* Лекція. 2. **Courtois-Suffit** et **Trastour**. *Entérococcie à forme de fièvre intermittente.* Случай. 3. **Bonnette**. *Les urinoirs à l'huile.* 4. **Campos-Hugueney**. *Etude critique d'un projet de revision de la Convention de Genève.*

15, 17 и 19 марта.

1. **E. M. de Montyel**. *Du passage à l'acte dans l'obsession impulsive au suicide.* 5 наблюденій. 2. **A. Beauvy**. *Le sevrage.* Обзоръ.

22, 24 и 26 марта.

1. **Hudelo** et **Dehérain**. *Septicémie fébrile à forme de fièvre intermittente (entérococcie).* Случай. 2. **Mauclaire**. *Infections multiples métaappendiculaires.* Случай. 3. **F. Mathieu**. *Fausse appendicalgie par tubercule sous-cutané douloureux.* Тоже. 4. **M. Patel** et **C. Viannay**. *Les interventions dirigées sur le sympathique pelvien.* Обзоръ.

29 и 31 марта.

1. **Baumel**. *Sur un cas de pseudo-tuberculose pulmonaire, fonction de syphilis héréditaire tardive.* Клиническая лекція. 2. **J. Triollet**. *Nouveau dispositif pour steriliser le catgut à l'autoclave.* 3. **F. de Lapersonne**. *Thrombo-phlébite orbitoméningée.* Клиническая лекція. 4. **Leredde**. *Le traitement du cancer de la peau par les rayons x.*

Редакторы | Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CLXXXV. О сифилисѣ сердца *).

Проф. Ѳ. И. Романова (Томскъ).

Выдающійся клиницистъ покойный проф. *Г. А. Захарьинъ* [1]) въ одной изъ своихъ лекцій о сифилисѣ сердца сказалъ слѣдующее: «.... изученіе современныхъ руководствъ скорѣе заставитъ забыть о существованіи сифилиса сердца, чѣмъ остановить на немъ должное вниманіе, оставляетъ такое впечатлѣніе, что сифилисъ сердца есть случайная находка при вскрытіяхъ—скорѣе достояніе патологической анатоміи, чѣмъ клиники; во всякомъ случаѣ, изученіе этихъ руководствъ не даетъ понятія о значительной практической важности названнаго страданія». Основаніемъ столь низкой оцѣнки роли сифилиса въ этіологіи сердечныхъ заболѣваній служило то обстоятельство, что характерныя для сифилиса патолого-анатомическія измѣненія—гуммы,—дѣйствительно, наблюдаются въ сердцѣ чрезвычайно рѣдко и клинически обыкновенно не распознаются; но это основаніе теряло свое значеніе по мѣрѣ того, какъ многочисленныя изслѣдованія все больше и больше доказывали, что сифилитическій ядъ, помимо гуммъ, можетъ вызывать въ сердечныхъ сосудахъ, эпикардіи, міокардіи, эндокардіи и аутоматическихъ нервныхъ узлахъ сердца еще и такія измѣненія, которыя ни макроскопически, ни гистологически не отличаются сколько-нибудь рѣзко отъ измѣненій, вызываемыхъ другими причинами. Хотя установленіе сифилитической природы измѣненій послѣдняго рода крайне затруднительно и потому дѣйствительная частота ихъ пока не можетъ быть точно опредѣлена, однако въ послѣднее время ясно обнаруживается стремленіе многихъ авторовъ приписывать сифилису сердца все большее и большее значеніе. Проф. *Krehl* [2]), напр., положительно сомнѣвается въ томъ, чтобы сифилисъ сердца, дѣйствительно, былъ такъ рѣдокъ, какъ это показываютъ нѣкоторыя статистическія данныя. Проф. *Runeberg* [3]) старается доказать, что сифилитическій болѣзненный процессъ въ центральномъ органѣ кровообращенія гнѣздится очень часто; такъ, по его мнѣнію, склерозъ вѣнечныхъ артерій сердца съ припадками грудной жабы, безъ гипертрофіи сердца и безъ признаковъ распространеннаго артеріосклероза, у лицъ моложе 50 л. въ 8 и даже, быть можетъ, въ 9 случаяхъ изъ 10 вызывается гуммознымъ артеріитомъ вѣнечныхъ артерій сердца. При такомъ поворотѣ во взглядѣ врачей на роль сифилиса при заболѣваніяхъ сердца—поворотѣ, окончательно еще не установившемся,—сообщеніе новыхъ наблюденій по этому предмету является вполнѣ умѣстнымъ. Описанію своихъ случаевъ я предпошлю краткое разсмотрѣніе слѣдующихъ вопросовъ: Часто-ли сердце поражается сифилисомъ? На какихъ составныхъ частяхъ сердца и въ какихъ патолого-анатомическихъ формахъ наблюдаются эти пораженія? Какими особенностями характеризуется клиническая картина сифилиса сердца?

О частотѣ сифилитическихъ пораженій сердца можно судить отчасти по числу описанныхъ въ литературѣ случаевъ этого страданія, отчасти по даннымъ патолого-анатомической статистики сифилиса внутреннихъ органовъ. Различные авторы приводятъ неодинаковое, но вообще небольшое число извѣстныхъ въ литературѣ несомнѣнныхъ случаевъ сифилиса сердца: *Lang* [4]) (до 1889 г.) — 44; *Mauriac* [5]) (1889 г.)—не болѣе 25—30; *Mracek* [6]) (1893 г.) — болѣе 100, но изъ нихъ несомнѣнными случаями сифилиса сердца онъ считаетъ только 61; *Sidney Phillips* [7]) (по 1895 г.) — 24 и къ нимъ прибавляетъ 1 свой случай; *Stolper* [8]) (1896 г.)—59 (изъ которыхъ 7 повторяются дважды) и, сверхъ того, описываетъ 6 собственныхъ наблюденій. Словомъ, сифилитическое пораженіе сердца, если о частотѣ его судить по числу описанныхъ въ литературѣ случаевъ, представляется, по видимому, явленіемъ очень рѣдкимъ. Статистическія данныя, которыя могутъ служить основаніемъ для рѣшенія вопроса о частотѣ сифилиса сердца, можно найти, между прочимъ, въ работахъ проф. *О. В. Петерсена*, *Chiari* и *Stolper*'а. *О. В. Петерсенъ* [9]) въ своей работѣ рѣшаетъ 2 вопроса: 1) «Какъ часто при вскрытіяхъ находятъ сифилисъ внутреннихъ органовъ?» и 2) «Какіе внутренніе органы чаще всего поражаются сифилисомъ»? На 1-ый вопросъ онъ, на основаніи собственныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ, отвѣчаетъ такъ: «Если считать всѣ случаи (пріобрѣтенный и наслѣдственный), то въ 2,3%; если-же исключить наслѣдственный, то въ 1,8%». Рѣшеніе 2-го вопроса основывается на 88 наблюденіяхъ, изъ которыхъ 52 принадлежатъ самому автору. На 88 случаевъ сифилиса вообще сифилитическимъ процессомъ были поражены: кожа—35 разъ, гортань—7, дыхательное горло—2, легкія—11 сердце—10, печень—79, селезенка—33, почки—34, кишки—7, кости—26, мозгъ—9, поджелудочная железа—1, брызжеечныя железы—4, яички—4. Въ частности относительно пораженія сердца въ таблицѣ автора находятся слѣдующія отмѣтки: «гуммы»—4 раза, «рубцы» — 3, «амилоидъ» — 2 и «міокардитъ?» — 1. На 52 случая, принадлежащихъ самому автору, сердце было поражено 3 раза: 2 раза отмѣченъ «амилоидъ» и 1 — «гумма верхушки сердца». *Chiari* [10]) съ 1883 по 1890 г. наблюдалъ 145 случаевъ наслѣдственнаго и 98—пріобрѣтеннаго сифилиса, при чемъ для распознаванія пользовался только патолого-анатомическими данными; на 145 случаевъ наслѣдственнаго сифилиса только однажды встрѣтился гуммозный міокардитъ, а на 98 случаевъ пріобрѣтеннаго пораженія органовъ кровообращенія отмѣчено 2 раза: 1 — гуммозный міокардитъ и 1 — запустѣвающій эндоартеріитъ. *Stolper* [8]) съ 1/III 1892 г. по 1/V 1895 г. на 2995 вскрытій нашелъ 25 случаевъ наслѣдственнаго и 61 пріобрѣтеннаго сифилиса, при чемъ распознаваніе ставилось только по патолого-анатомическимъ находкамъ несомнѣнно сифилитической природы. На 61 случай пріобрѣтеннаго сифилиса пораженіе органовъ кровообращенія отмѣчено авторомъ 20 разъ (міокардитъ гуммозный—2, фиброзный—12 и измѣненіе сосудовъ—6), нервной системы—12 (головного мозга съ его оболочками—7 и спинного мозга—5), печени — 28 (гепатитъ межуточный—22 и гуммозный—6) и т. д. По *Stolper*'у, слѣд., органы кровообращенія поражаются сифилисомъ даже чаще, чѣмъ головной и спинной мозгъ, взятые вмѣстѣ. Проф. *О. В. Петерсенъ* для своихъ случаевъ и *Chiari* не говорятъ о фиброзномъ міокардитѣ, сифилитическая природа котораго устанавливается трудно; у *Stolper*'а-же это страданіе отмѣчено 12 разъ; этимъ главнымъ образомъ и объясняется рѣзкая разница между названными авторами въ оцѣнкѣ частоты сифилитическаго пораженія органовъ кровообращенія. Хотя по столь разнорѣчивымъ даннымъ правильно оцѣнить частоту сифилиса сердца невозможно, но было-бы вредной во всѣхъ отношеніяхъ ошибкой на основаніи ихъ считать сифилитическое пораженіе сердца явленіемъ рѣдкимъ и потому не имѣющимъ сколько-нибудь важнаго практическаго значенія.

Перейду теперь къ разсмотрѣнію вопроса, какія составныя части сердца могутъ поражаться сифилитическимъ ядомъ и въ какихъ анатомическихъ формахъ выражается это пораженіе?

Говоря о сифилисѣ сердца, слѣдуетъ прежде всего упомянуть о сифилитическомъ аортитѣ, такъ какъ послѣдній, располагаясь въ начальной части аорты, можетъ, во 1-хъ, втянуть въ страданіе аортальныя заслонки, а, во 2-хъ, повести къ сильному съуженію и даже полному закрытію выходныхъ отверстій вѣнечныхъ артерій сердца. Макроскопически легко узнаваемый гуммозный аортитъ, по общему признанію,—явленіе чрезвычайно рѣдкое, и до недавняго времени считали сифилисъ лишь однимъ изъ главныхъ этіологическихъ условій обыкновеннаго артеріосклероза (хроническій обезображивающій эндоартеріитъ); но затѣмъ, главнымъ образомъ, проф. *Heller* и его ученики стали утверждать, что вызываемый сифилитическимъ ядомъ аортитъ какъ макроскопически, такъ и микроскопически отличается отъ обыкновеннаго артеріосклероза. По проф. *Heller*'у [11]), у сифилитиковъ много лѣтъ спустя послѣ зараженія въ аортѣ можно найти характерныя измѣненія: «Микроскопически подобное состояніе аорты характери-

*) Сообщено въ медицинскомъ отдѣлѣ Общества естествоиспытателей и врачей при Томскомъ Университетѣ 2/X 1904 г.

маза содержится и въ растительныхъ, и въ животныхъ клѣткахъ. 4. **P. Mazé** et **A. Perrier**. *Sur le rôle des mikrobes dans la fermentation alcoolique que M. Stoklasa attribuc à la zymase isolée des tissus vegetaux ou animaux.* Подтверждаютъ наблюденія *Stoklasa*. 5. **U. Gayon** et **E. Dubourg**. *Sur la fermentation mannitique.* Критическая замѣтка. 6. **F. Noc**. *Sur quelques propriétés physiologiques des différents venins de serpents.* По изслѣдованіямъ автора, въ ядѣ змѣй содержатся гемолизины, коагулины, протеолизины и нейротоксины. 7. **Raymond Petit**. *Action du sérum de cheval chouffé infecté dans le péritoine. Son utilisation en chirurgie abdominale.* Впрыскиваніе въ брюшную полость морскихъ свинокъ нагрѣтой лошадиной сыворотки производитъ наплывъ многоядерныхъ шариковъ и энергичный фагоцитозъ по отношенію къ болѣзнетворнымъ микробамъ. 8. **I. Viala**. *Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1903.* Годовой отчетъ о прививкахъ противъ бѣшенства.

Annales de gynécologie et d'obstétrique. Іюль. Т. I.

1. **Curtis** et **Oui**. *Anatomie pathologique du polype placentaire.* 2 случая съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 2. **Samuel Gache**. *La fécondité de la femme dans 63 pays.* Статистическій очеркъ.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Іюль. Т. I.

1. **G. Mesureur**. *Le rôle social de l'assistance publique.* Докладъ въ Обществѣ больничныхъ врачей въ Парижѣ. 2. **Ernest Mosny**. *Hospitalisation des tuberculeux.* Критическій обзоръ вопроса. 4. **Perrin de la Touche**. *Recherches sur l'identité d'un cheveu.* Нѣсколько судебно-медицинскихъ изслѣдованій. 4. **Léon Garnier** et **Pierre Parisot**. *Intoxication massive par l'oxyde de carbone des gaz de hauts fourneaux.* Протоколы вскрытія и результатъ изслѣдованія крови погибшихъ. 5. **Courtois-Suffit**. *La coccydynie, accident du travail.* Описаніе случая. 6. **J. G. Ward**. *L'hygiène en Nouvelle-Zélande.* Статистическій этюдъ. 7. **P. Brouardel** et **Thoinot**. *L'Institut médico-légale de l'Université de Paris.* Программа преподаванія.

Annales de médecine vétérinaire. Іюнь.

1. **J. B. Dessart** et **G. Hébrant**. *Considérations médico-légales à propos de l'arrêté royal du 18 avril 1904.* 2. **Liénaux**. *Diagnostic erroné de tuberculose chez une vache, lymphadénites infectieuses banales avec signes respiratoires et utérins concomitants.*

Іюль.

1. **Meuleman**. *La myotomie caudale par procédé sous-cutané.* 2. **Gratia**. *Du syndrome «fièvre vitulaire» en dehors du part, considéré dans ses rapports avec la fièvre vitulaire commune, survenant après le vêlage.*

Августъ.

1. **Hendrickx** et **Zwaenepoel**. *Quelques considérations sur les ostéo-sarcomes du maxillaire supérieur chez le cheval.* 2. **Hebrant**. *Ataxie locomotrice chez un chien. Syndrome cérébelleux. Syndrome de Millard Gübler. Mouvement de manège.* 4. **Liénaux** et **Zwaenepoel**. *Sur le rôle de la garniture du fer.* 4. **G. van Alleynnes**. *L'arrêté royal du 18 avril 1904 au point de vue juridique.*

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. Іюль. № 145. Г. 12.

1. **Robert Kienböck**. *Rapport sur l'état actuel de la radiothérapie.* Докладъ въ Обществѣ Вѣнскихъ врачей. Критическій очеркъ. 2. **H. Marquès**. *Traitement des bourdonnements d'oreille par l'effluve de haute fréquence.* 8 случаевъ съ благопріятнымъ исходомъ. 3. **A. Béclère**. *Guérison par la radiothérapie d'un sarcome du maxillaire supérieur récidivé après deux interventions chirurgicales.* Описаніе случая.

№ 146.

1. **J. Lorat**. *Rapport sur les bains hydro-électriques.* Способы примѣненія и показанія. 2. **Stéphane Leduc**. *Traitement des névralgies par l'ion quinine.* Случай успѣшнаго лѣченія невральгій хиннымъ іономъ.

Archives de neurologie. Іюль. Т. XVIII. № 103.

1. **Paul Sollier** et **François Boissier**. *Médiumnité délirante.* Описаніе случая. 2. **G. Paul-Boncour**. *Sur les modifications craniennes consécutives aux atrophies cérébrales unilatérales.* Описаніе случаевъ и рисунки.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Deutsche Aerzte-Zeitung. Май. Тетр. 10.

1. **Karl Grube**. *Ueber den Einfluss der Diät auf die Eiweissausscheidung und Harnabsonderung bei den chronischen Nierenentzürdungen.* Діэтетическое лѣченіе хроническихъ нефритовъ и вліяніе этого лѣченія на выдѣленіе бѣлка и мочи. 2. **J. Arnold Goldmann**. *Beiträge zur internen Behandlung der Cholelithiasis.* О внутреннемъ лѣченіи желчныхъ камней. 3. **Georg Rosenfeld**. *Die Praxis der Entfettungskur.* (Окончаніе).

Іюнь. Тетр. 11.

1. **Paul C. Franze**. *Eine neue kombinierte physikalische Behandlungsmethode von Herzkrankheiten.* Краткая замѣтка къ вопросу о физическихъ способахъ лѣченія сердечныхъ заболѣваній. 2. **Julian Marcuse**. *Die praktischen wichtigsten Ergebnisse der Verhandlungen des Kongresses deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel, vom 20—26 September 1903.* (Продолженіе). 3. **Hugo Goldman**. *Die Behandlung gewerblicher Hautaffektionen mit Anthrasol und Anthrasolseifen.* Прописываетъ средство въ видѣ 10% ной мази съ вазелиномъ или ланолиномъ, а также въ видѣ мыла. 4. **A. Rahn**. *Das Glocken-Okklusiv-Pessar.* Описаніе и рисунокъ. 5. **Aufrecht**. *Untersuchungen neuerer Arzneimittel.* Терапевтическія свойства холелизина.

Тетр. 12.

1. **Franz Dorn**. *Beitrag zur Phosphorbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Wirkung des Protylin-Roche bei Rachitis und Skrofulose.* Опыты на животныхъ. 2. **Hermann Brüning**. *Zur Behandlung der Kopf-und Gesichtsekzeme kleiner Kinder.* Примѣняетъ при лѣченіи дѣтей приспособленія, препятствующія имъ расчесывать больныя части. 3. **C. Focke**. *Ueber den praktischen Wert unserer Digitalis-Tinktur.* Практическое значеніе настойки наперстянки. (Продолженіе).

Іюль. Тетр. 13.

1. **Julius Lazarus** *Der Bronchialkatarrh bei Herzkranken.* Клиническая лекція. 2. **C. Focke**. *Ueber den praktischen Wert unserer Digitalis-Tinktur.* Обращаетъ вниманіе на непостоянство состава препарата. 3. **Julian Marcuse**. *Die praktisch wichtigsten Ergebnisse der Verhandlung des Kongresses deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel, vom 20—26 September 1903.* Отчетъ о Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей. 4. **Ludwig Hirsch**. *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолженіе).

Тетр. 14.

1. **Kolaczek**. *Zur Erysipeltherapie.* Лѣченіе, по автору, заключается въ примѣненіи смазываній карболовымъ растворомъ и прикрытія пораженнаго мѣста. 2. **Julius Lazarus**. *Der Bronchialkatarrh bei Herzkranken.* Теченіе бронхіальныхъ катарровъ при сердечныхъ заболѣваніяхъ. 3. **H. Higier**. *Die Grundlagen der Organotherapie und der antoxischen Heilmethoden bei den alten Griechen.* Очеркъ изъ исторіи медицины.

Августъ. Тетр. 15.

1. **M. Benaroya**. *Beitrag zur therapeutischen Anwendung des Sanatogens.* 2. **Maurus Fisch**. *Der Blutdruck als Maas der Herzfunktion.* По мнѣнію автора, кровяное давленіе можетъ быть разсматриваемо, какъ показатель сердечной дѣятельности. 3. **Ludwig Hirsch**. *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолженіе).

ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ

Французскіе.

Gazette des hôpitaux. 16, 18 и 20 февраля.

1. **G. Rivière**. *Un cas d'abcès pelvien d'origine appendi traité par la laparotomie rectale.* 2. **L. Delherm**. *Traitem l'électricité de la constipation habituelle et de la colite membraneuse.* 3. **D. du Séjour**. *Section chirurgicale comp nerf radial...* 4. **R. Leriche**. *De l'achondroplasie chez* Обзоръ. (Не оконченъ).

23, 25 и 27 февраля.

1. **Coville**. *Ankylose de l'épaule traitée par l'int musculaire.* Случай. 2. **A. Ricard**. *Sur un cas d'extra corps étranger des bronches.* Тоже. 3. **Leriche**. обзора).

1, 3 и 5 марта.

1. **A. Poncet**. *Trismus ou constriction actinom mâchoires.* Лекція. 2. **Pinatelle** et **Rivière**. *Un ca tion par le sérum antitétanique.* 3. **F. Lévy**. *Étiol ment des suppurations du sinus maxillaire.* Обзоръ.

8, 10 и 12 марта.

1. **G. Variot**. *Deux soeurs atteintes de péritoni consécutive à une vulvite.* Лекція. 2. **Courtois S tour**. *Entérococcie à forme de fièvre intermitt* **Bonnette**. *Les urinoirs à l'huile.* 4. **Campos-** *de critique d'un projet de revision de la Conve*

15, 17 и 19 марта.

1. **E. M. de Montyel**. *Du passage à l'acte impulsive au suicide.* 5 наблюденій. 2. A Обзоръ.

22, 24 и 26 марта.

1. **Hudelo** et **Dehérain**. *Se intermittente (entérococcie).* Случ *multiples métaappendiculaires. appendicalgie par tubercule so* **Patel** et **C. Viannay**. *Les thique pelvien.* Обзоръ.

29 и 31 марта.

1. **Baumel**. *Sur un fonction de syphilis hér* 2. **J. Triollet**. *Nouve l'autoclave.* 3. **F. de** *ningée.* Клиническая *cer de la peau par le*

мы міокардита (*Stolper*); но дать вѣр-
нфилитическаго фибрознаго міокар-
ремя едва-ли возможно.
ется сифилисомъ обыкновенно вто-
женіемъ міокардія (*Lang*, *Neumann*,
ный-же, самостоятельный сифилити-
по однимъ авторамъ (проф. *Rune-*
ставъ собою чрезвычайную рѣдкость,
nn)—и вовсе не наблюдается. Пери-
ммозный (*Orth*, *Lancereaux*) и фиброз-
ѣчается чаще перваго.
эндокардиты обыкновенно присоеди-
ненію другихъ составныхъ частей сердца;
остоятельный сифилитическій эндокар-
Mracek, *М. Я. Брейтманъ* [20]) и др.]
другіе (проф. *Krehl*, *Neumann*, проф.
сомнѣваются въ его существованіи, и
ang, *Stolper*, *С. І. Шварцъ* [21]) и др.]
сть его. Отличаютъ фиброзный и гум-
Чаще поражается пристѣночный эн-
ніе-же заслонокъ, а стало быть, и при-
пороковъ сердца въ зависимости отъ
проф. *М. Н. Никифорова* [22]) и [23]),
тельно рѣдкіе случаи». Пораженіе
къ позднему періоду сифилиса, су-
ардита во вторичномъ періодѣ сифи-
не доказано (*М. Я. Брейтманъ*);
да бородавчатаго эндокардита не

омъ можетъ поражаться нервный
іемъ въ страданіи этого прибора, по
ются такіе случаи, когда рѣзкое на-
тельности наступаетъ при отсутствіи
ихъ измѣненій въ міокардіи и, на-
раженный міокардитъ не сопровож-
и никакими функціональными раз-
анатомическія измѣненія аутома-
ловъ сердца при сифилисѣ пріобрѣ-
Браславскій [24]), а при сифилисѣ
трудного возраста—*Н. Ф. Виногра-*
ходили въ узлахъ, между прочимъ,
соединительной ткани, пораженіе
и стекловидное перерожденіе ихъ)
ненія въ нервныхъ клѣткахъ.
и различныхъ составныхъ частей
позднему періоду сифилиса (по
рдца наблюдается чаще черезъ
ненія, но бываютъ, конечно, и ис-
ая основа разстройствъ сердечной
мыхъ во вторичномъ періодѣ сифи-
которые авторы (*Mracek*, *Runeberg*
ту основу слѣдуетъ искать въ по-
ртерій сердца.
о себѣ сказать еще нѣсколько словъ о
ѣ сифилиса сердца. Сифилисомъ серд-
ются чаще женщинъ (*Mauriac*, *М. Я.*
«Возрастъ больныхъ сифилисомъ серд-
І. Брейтманъ, «обыкновенно цвѣтущій,
всего 28—37 л.». Продолжительность бо-
, отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 18 лѣтъ.
томическая форма сифилитическихъ пора-
и ихъ мѣсто разнообразны, то и клиническая
илиса сердца не можетъ быть одинаковой для
евъ, и потому авторы (*Sidney Phillips*, *М. Я.*
и др.) стараются начертать эту картину въ
ти отъ мѣстоположенія болѣзненнаго процесса и
анатомической формы; такъ, они говорятъ отдѣль-
нической картинѣ: 1) при гуммахъ лѣваго желу-
(тутъ важны, между прочимъ, грудная жаба, по-
ное учащеніе пульса и пр.); 2) при гу[illegible] праваго
лудочка (здѣсь большое значеніе прип[illegible]одыш-
кѣ, безъ признаковъ болѣзни легкихъ и [illegible] от-
сутствіи малокровія); 3) при разлитомъ [illegible]ре-
рожденіи міокардія и т. д. *М. Я. Брейт*[illegible]дѣ-
ломъ рядѣ своихъ работъ удѣлившій мно[illegible]о-
вленію клинической картины сифилис[illegible]ду

, ос-
ческаго
и клиниче-
ческое проис-

зуется слѣдующими по ходу питающихъ сосудовъ большими или меньшими, содержащими гигантскія клѣтки разрощеніями, вслѣдствіе которыхъ средняя оболочка на большемъ или меньшемъ протяженіи оказывается уничтоженной; молодыя, богатыя клѣтками разрощенія превращаются затѣмъ въ сморщивающуюся, бѣдную клѣтками соединительную ткань; некрозъ и запустѣніе питающихъ сосудовъ—послѣднее въ особенности въ наружной оболочкѣ—не рѣдки. Наружная оболочка вслѣдствіе подобныхъ разрощеній можетъ быть болѣе или менѣе утолщена, плотна и сморщена. Внутренняя оболочка заболѣваетъ въ большей или меньшей степени большею частью вторично. Макроскопически рѣдкая чистая форма сифилитическаго аортита характеризуется болѣе или менѣе многочисленными, маленькими, истонченными мѣстами стѣнки съ ямкообразными углубленіями, края которыхъ морщинами втягиваются въ ямку; большею частью эта форма сопровождается болѣе или менѣе значительными утолщеніями внутренней оболочки съ наклонностью къ сморщиванію». *Chiari* [12]) въ своей работѣ, появившейся въ 1904 г., на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ изслѣдованій приходитъ къ тому заключенію, что на трупахъ сифилитиковъ, дѣйствительно, часто (болѣе, чѣмъ въ $^1/_2$ случаевъ) наблюдается своеобразное пораженіе аорты—аортитъ В,—которое отличается отъ обыкновеннаго артеріосклероза—аортита А. Отличія аортита В отъ аортита А состоятъ въ слѣдующемъ: утолщенія внутренней оболочки, отступающія, впрочемъ, на задній планъ по сравненію съ пораженіемъ средней и наружной оболочекъ, мало наклонны къ регрессивнымъ измѣненіямъ; на внутренней поверхности аорты образуются бороздки и мелкія углубленія; болѣзненный процессъ гнѣздится въ восходящей части аорты, при чемъ въ пораженіи могутъ участвовать и заслонки аорты, дуга послѣдней и низходящая часть грудной аорты, брюшная-же аорта захватывается рѣдко; при микроскопическомъ изслѣдованіи наиболѣе измѣненной представляется средняя оболочка: въ ней видны гнѣзда, состоящія то изъ круглыхъ клѣтокъ, то изъ грануляціонной ткани, то, наконецъ, изъ волокнистой соединительной ткани, снабженныя сосудами, содержащія въ себѣ иногда гигантскія клѣтки и изрѣдка некротическіе островки (почему нѣкоторые авторы и смотрятъ на эти гнѣзда, какъ на просовидныя гуммы) и превращающіяся позже въ рубцовую ткань; въ наружной оболочкѣ встрѣчается то свѣжее воспаленіе—гнѣзда круглыхъ клѣтокъ и грануляціонной ткани около vasa vasorum, то старое—гнѣзда новообразованной плотной соединительной ткани, а на vasa vasorum часто виденъ пролиферирующій эндоартеріитъ; внутренняя оболочка представляетъ различную картину: то она не измѣнена, то содержитъ утолщенія съ малой наклонностью къ регрессивнымъ измѣненіямъ, то, наконецъ, поражена такъ, какъ и при обыкновенномъ артеріосклерозѣ; въ послѣднемъ случаѣ дѣло имѣется съ сочетаніемъ аортита В съ аортитомъ А. Это своеобразное измѣненіе аорты, отличающееся отъ обыкновеннаго артеріосклероза преимущественнымъ пораженіемъ средней оболочки, *Chiari* называетъ «продуктивнымъ мезаортитомъ» (mesaortitis productiva) и полагаетъ, что этіологически оно связано скорѣе всего съ сифилисомъ, но категорически пока не утверждаетъ того, чтобы эта форма аортита не могла быть вызвана никакими другими причинами, помимо сифилитическаго яда. Хотя аортитъ В близокъ къ настоящему гуммозному аортиту, однако для своихъ наблюденій *Chiari* не рѣшается примѣнить обозначеніе «гуммозный аортитъ», такъ какъ ни въ одномъ случаѣ онъ не видѣлъ въ воспалительныхъ гнѣздахъ стѣнки аорты ясно выраженнаго творожистаго перерожденія.

Ученіе о сифилитическомъ аортитѣ окончательно еще не установилось, и потому взгляды авторовъ на это страданіе сильно расходятся. *Schrötter* [13]) считаетъ мнѣніе авторовъ о сифилитическомъ аортитѣ не вполнѣ обоснованнымъ. По *Mracek*'у, сифилитическій аортитъ во многихъ описанныхъ случаяхъ не доказанъ; *Ribbert* находитъ признаки для сифилитическаго аортита, какъ особой самостоятельной формы пораженія, недостаточными. По *Neumann*'у [14]) же, многіе случаи сифилитическаго аортита, несомнѣнно, ускользаютъ отъ наблюденія, такъ какъ возникновеніе его приписывается другимъ причинамъ, и *Runeberg* склеро-гуммозный аортитъ съ его послѣдствіями—порокомъ заслонокъ аорты и анейризмами ея—считаетъ страданіемъ частымъ и важнымъ; по его мнѣнію, большинство случаевъ подостраго и хроническаго аортита у лицъ моложе 50—55 л. сводится на гуммозный процессъ въ стѣнкѣ аорты. Сифилитическій аортитъ, вызывая сильное съуженіе и даже полное закрытіе выходныхъ отверстій вѣнечныхъ артерій сердца, часто является причиной внезапной смерти; такіе случаи описаны въ диссертаціи *А. Д. Волошина* [15]) (одного изъ первыхъ русскихъ авторовъ, обратившихъ вниманіе на сифилитическій аортитъ), въ работѣ *Stolper*'а и др. Нужно думать, что спорный вопросъ о чрезвычайно важной роли сифилиса при возникновеніи анейризмъ аорты будетъ выясняться по мѣрѣ развитія ученія о сифилитическомъ аортитѣ.

Сифилитическое пораженіе вѣнечныхъ артерій сердца то сочетается съ фибрознымъ или гуммознымъ міокардитомъ, то развивается первично и самостоятельно; въ послѣднемъ случаѣ оно можетъ вести къ міомаляціи съ послѣдовательнымъ развитіемъ соединительнотканныхъ пятенъ въ міокардіи. Артеріи вообще поражаются сифилисомъ либо въ формѣ гуммознаго, либо въ формѣ фибрознаго артеріита *(Neumann)*. Гуммозный артеріитъ, легко распознаваемый, какъ страданіе сифилитическое, встрѣчается рѣдко и чаще наблюдается на крупныхъ артеріяхъ, изъ мелкихъ-же онъ наиболѣе извѣстенъ на артеріяхъ головного мозга *(Baumgarten)*. Фиброзный артеріитъ выражается слѣдующимъ образомъ: артерія на большемъ или меньшемъ протяженіи бываетъ утолщена, сѣро-бѣлаго цвѣта; просвѣтъ ея съуженъ, а иногда и вполнѣ закрытъ; подъ микроскопомъ внутренняя оболочка сосуда представляетъ сильное фиброзно-клѣточное утолщеніе съ большимъ количествомъ веретенообразныхъ клѣтокъ; средняя—сначала инфильтрирована круглыми клѣтками, а позже истончена и фиброзно перерождена; такая-же инфильтрація съ послѣдующимъ фибрознымъ уплотненіемъ видна и въ наружной оболочкѣ *(Neumann, Schrötter)*. Сифилитическая природа такого артеріита устанавливается съ большимъ трудомъ. Помимо анамнеза и данныхъ вскрытія, несомнѣнно говорящихъ въ пользу сифилиса, отличительными признаками сифилитическаго фибрознаго артеріита по сравненію съ обыкновеннымъ артеріосклерозомъ, по мнѣнію авторовъ, являются слѣдующіе: наклонность новообразованной ткани къ соединительно-тканной организаціи, а не къ жировому перерожденію или омѣлотворенію, сильное съуженіе просвѣта сосуда, доходящее до полнаго закрытія его, и мѣстоположеніе болѣзненнаго процесса въ опредѣленной сосудистой области и въ послѣдней снова лишь на ограниченныхъ участкахъ, внѣ которыхъ стѣнки сосуда представляются нормальными *(Schrötter)*. Такъ какъ въ гистологической картинѣ этой формы пораженія артерій несомнѣнныхъ признаковъ сифилитическаго процесса не содержится, то правильная оцѣнка частоты сифилитическаго заболѣванія вѣнечныхъ артерій сердца пока не возможна, и мнѣнія авторовъ по этому вопросу тоже сильно расходятся. Проф. *О. В. Петерсенъ* о сифилитическомъ фиброзномъ артеріитѣ вѣнечныхъ артерій сердца вовсе не упоминаетъ. *Stolper* на 86 трупахъ сифилитиковъ самостоятельный, несомнѣнно сифилитическій, т. наз. запустѣвающій эндоартеріитъ названныхъ артерій наблюдалъ 2 раза и изъ литературы приводитъ только 6 случаевъ этого страданія. По *М. Я. Бреймману* [16]), сифилитическій артеріитъ вѣнечныхъ артерій сердца по своей частотѣ долженъ быть поставленъ на первомъ мѣстѣ послѣ мозгового эндоартеріита. *Runeberg* склеро-гуммозный артеріитъ вѣнечныхъ артерій сердца съ его послѣдствіями—міомаляціей и соединительно-тканными пятнами въ міокардіи—считаетъ наиболѣе частымъ страданіемъ въ ряду сифилитическихъ пораженій сердца вообще. Заболѣваніе вѣнечныхъ артерій сердца наблюдалось обыкновенно въ позднемъ періодѣ сифилиса; но проф. *Т. П. Павловъ* [17]) имѣлъ возможность на трупахъ 2-хъ женщинъ, въ возрастѣ 20 л. и 21 г., изслѣдовать состояніе этихъ артерій въ сравнительно раннемъ періодѣ сифилиса и нашелъ при этомъ слѣдующее: вну-

тренняя оболочка ихъ была неравномѣрно утолщена; утолщенія состояли изъ фиброзной ткани и были богаты круглыми и веретенообразными клѣтками; средняя оболочка на мѣстахъ утолщеній внутренней была истончена и во внутренней своей части фиброзно перерождена; въ утолщенной наружной оболочкѣ были видны скопленія круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ, по преимуществу около vasa vasorum.

Наиболѣе важнымъ и частымъ проявленіемъ сифилиса на центральномъ органѣ кровообращенія представляется пораженіе міокардія. Отличаютъ 2 формы сифилитическаго міокардита—гуммозный (myocarditis gummosa) и фиброзный (myocarditis fibrosa). Сифилитическая природа перваго распознается легко; гуммы міокардія, по *Stolper*'у, можно, пожалуй, смѣшать съ бугорчаткою и лучисто-грибковымъ пораженіемъ, но бактеріологическое изслѣдованіе легко устраняетъ подобную ошибку. Гуммы чаще наблюдаются въ лѣвомъ желудочкѣ и на основаніи сердца, имѣютъ разную величину, достигая чаще голубинаго и рѣдко куринаго яйца и больше, представляются обыкновенно плотными и сухими (*Neumann*). Мелкія гуммы могутъ всосаться, и тогда на ихъ мѣстѣ остаются рубцы. Анейризмы и разрывы сердца на мѣстѣ всосавшихся гуммъ, по *Stolper*'у, мало вѣроятны; *М. Я. Брейтманъ*-же положительно утверждаетъ, что частичная анейризма сердца никогда не бываетъ слѣдствіемъ размягченія и всасыванія гуммы. Одновременно съ гуммами нерѣдко наблюдается специфическій фиброзный міокардитъ, располагающійся въ сосѣдствѣ гуммъ, или-же на другихъ мѣстахъ міокардія. Хотя въ ряду описанныхъ въ литературѣ случаевъ сифилиса сердца гуммозный міокардитъ по своей частотѣ и стоитъ на первомъ мѣстѣ, тѣмъ не менѣе гуммы міокардія—явленіе очень рѣдкое [проф. *Н. М. Любимовъ* [18]) и др.)]. Много чаще гуммознаго развивается сифилитическій фиброзный міокардитъ (*Stolper*, проф. *Runeberg* и др.), характеризующійся появленіемъ въ міокардіи соединительно-тканныхъ пятенъ разныхъ формы и величины. Въ одномъ ряду случаевъ пятна эти развиваются вторично на мѣстѣ гнѣздъ міомаляціи, вызванной первичнымъ сифилитическимъ пораженіемъ вѣнечныхъ артерій сердца (проф. *Krehl*, *Mracek*, проф. *Runeberg* и др.); въ другомъ являются результатомъ настоящаго продуктивнаго воспаленія въ міокардіи [*Neumann*, *Schwalbe* [19]), *Stolper* и др.]. Послѣднее начинается круглоклѣточковой инфильтраціей вокругъ мелкихъ артерій, распространяющейся потомъ на околососудистую и межмышечную соединительную ткань; чрезъ это мышечныя волокна сердца сдавливаются, атрофируются, погибаютъ, и на ихъ мѣстѣ въ концѣ концовъ возникаютъ соединительно-тканныя пятна (*Neumann*). Правда, и при настоящемъ продуктивномъ міокардитѣ артерійки въ пораженномъ участкѣ міокардія бываютъ измѣнены: внутренняя оболочка ихъ утолщается, а наружная инфильтрируется круглыми клѣтками; но здѣсь артеріитъ и міокардитъ не относятся другъ къ другу, какъ причина къ слѣдствію, а являются равномѣрными послѣдствіями одной общей причины—результатомъ вліянія сифилитическаго яда (*Stolper*). «Заболѣваніе вѣнечныхъ артерій и міокарда», говоритъ *М. Я. Брейтманъ*, «тѣсно связаны другъ съ другомъ, при чемъ отчасти міокардитъ является слѣдствіемъ заболѣванія вѣнечныхъ сосудовъ, а отчасти оба страданія обусловливаются непосредственно дѣйствіемъ сифилитическаго яда». При большомъ числѣ соединительно-тканныхъ пятенъ въ міокардіи развивается гипертрофія сердца; на мѣстѣ крупныхъ пятенъ иногда образуется хроническая частичная анейризма сердца; артеріальное устье (conus arteriosus), становясь мѣстомъ развитія такихъ пятенъ, можетъ подвергаться съуженію (*Neumann*). Научно установить сифилитическую природу фибрознаго міокардита во многихъ случаяхъ чрезвычайно трудно, такъ какъ ни макро-, ни микроскопически онъ не отличается сколько-нибудь рѣзко отъ такого-же міокардита, вызваннаго другими причинами (*Mauriac*, *Stolper* и др.). Во всякомъ случаѣ, основываясь на результатахъ вскрытія и гистологическаго изслѣдованія, а равно и на анамнестическихъ и клиническихъ данныхъ, можно установить сифилитическое происхожденіе и этой формы міокардита (*Stolper*); но дать вѣрную оцѣнку частоты сифилитическаго фибрознаго міокардита въ настоящее время едва-ли возможно.

Перикардій поражается сифилисомъ обыкновенно вторично, вслѣдъ за пораженіемъ міокардія (*Lang*, *Neumann*, *Stolper* и др,); первичный-же, самостоятельный сифилитическій перикардитъ по однимъ авторамъ (проф. *Runeberg* и др.) представляетъ собою чрезвычайную рѣдкость, а по другимъ (*Neumann*)—и вовсе не наблюдается. Перикардитъ бываетъ гуммозный (*Orth*, *Lancereaux*) и фиброзный; послѣдній встрѣчается чаще перваго.

Сифилитическіе эндокардиты обыкновенно присоединяются къ пораженію другихъ составныхъ частей сердца; первичный-же, самостоятельный сифилитическій эндокардитъ одни авторы [*Mracek*, *М. Я. Брейтманъ* [20]) и др.] вовсе отрицаютъ, другіе (проф. *Krehl*, *Neumann*, проф. *Runeberg* и др.)—сомнѣваются въ его существованіи, и только немногіе [*Lang*, *Stolper*, *С. І. Шварцъ* [21]) и др.] допускаютъ возможность его. Отличаютъ фиброзный и гуммозный эндокардитъ. Чаще поражается пристѣночный эндокардій; «пораженія-же заслонокъ, а стало быть, и признаки органическихъ пороковъ сердца въ зависимости отъ сифилиса, по словамъ проф. *М. Н. Никифорова* [22]) и [23]), составляютъ исключительно рѣдкіе случаи». Пораженіе эндокардія относится къ позднему періоду сифилиса, существованіе-же эндокардита во вторичномъ періодѣ сифилиса пока совершенно не доказано (*М. Я. Брейтманъ*); сифилитическая природа бородавчатаго эндокардита не установлена (*Stolper*).

Наконецъ, сифилисомъ можетъ поражаться нервный приборъ сердца. Участіемъ въ страданіи этого прибора, по *Lang*'у, легко объясняются такіе случаи, когда рѣзкое нарушеніе сердечной дѣятельности наступаетъ при отсутствіи замѣтныхъ анатомическихъ измѣненій въ міокардіи и, наоборотъ, когда ясно выраженный міокардитъ не сопровождается при жизни почти никакими функціональными разстройствами. Патолого-анатомическія измѣненія аутоматическихъ нервныхъ узловъ сердца при сифилисѣ пріобрѣтенномъ изучалъ *Л. И. Браславскій* [24]), а при сифилисѣ врожденномъ у дѣтей грудного возраста—*Н. Ф. Виноградовъ* [25]). Эти авторы находили въ узлахъ, между прочимъ, увеличеніе количества соединительной ткани, пораженіе сосудовъ (восковидное и стекловидное перерожденіе ихъ) и дегенеративныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ.

Описанныя измѣненія различныхъ составныхъ частей сердца относятся къ позднему періоду сифилиса (по *Krehl*'ю, сифилисъ сердца наблюдается чаще черезъ 6—10 лѣтъ послѣ зараженія, но бываютъ, конечно, и исключенія); анатомическая основа разстройствъ сердечной дѣятельности, наблюдаемыхъ во вторичномъ періодѣ сифилиса, не изучена; но нѣкоторые авторы (*Mracek*, *Runeberg* и др.) полагаютъ, что эту основу слѣдуетъ искать въ пораженіи вѣнечныхъ артерій сердца.

Наконецъ, позволю себѣ сказать еще нѣсколько словъ о клинической картинѣ сифилиса сердца. Сифилисомъ сердца мужчины поражаются чаще женщинъ (*Mauriac*, *М. Я. Брейтманъ* и др.). «Возрастъ больныхъ сифилисомъ сердца» говоритъ *М. Я. Брейтманъ*, «обыкновенно цвѣтущій, 20—40 л., чаще всего 28—37 л.». Продолжительность болѣзни, по *Lang*'у, отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до 18 лѣтъ. Такъ какъ анатомическая форма сифилитическихъ пораженій сердца и ихъ мѣсто разнообразны, то и клиническая картина сифилиса сердца не можетъ быть одинаковой для всѣхъ случаевъ, и потому авторы (*Sidney Phillips*, *М. Я. Брейтманъ* и др.) стараются начертать эту картину въ зависимости отъ мѣстоположенія болѣзненнаго процесса и отъ его анатомической формы; такъ, они говорятъ отдѣльно о клинической картинѣ: 1) при гуммахъ лѣваго желудочка (тутъ важны, между прочимъ, грудная жаба, постоянное учащеніе пульса и пр.); 2) при гуммахъ праваго желудочка (здѣсь большое значеніе приписывается одышкѣ, безъ признаковъ болѣзни легкихъ и сердца и при отсутствіи малокровія); 3) при разлитомъ фиброзномъ перерожденіи міокардія и т. д. *М. Я. Брейтманъ* [26]), въ цѣломъ рядѣ своихъ работъ удѣлившій много мѣста установленію клинической картины сифилиса сердца, между

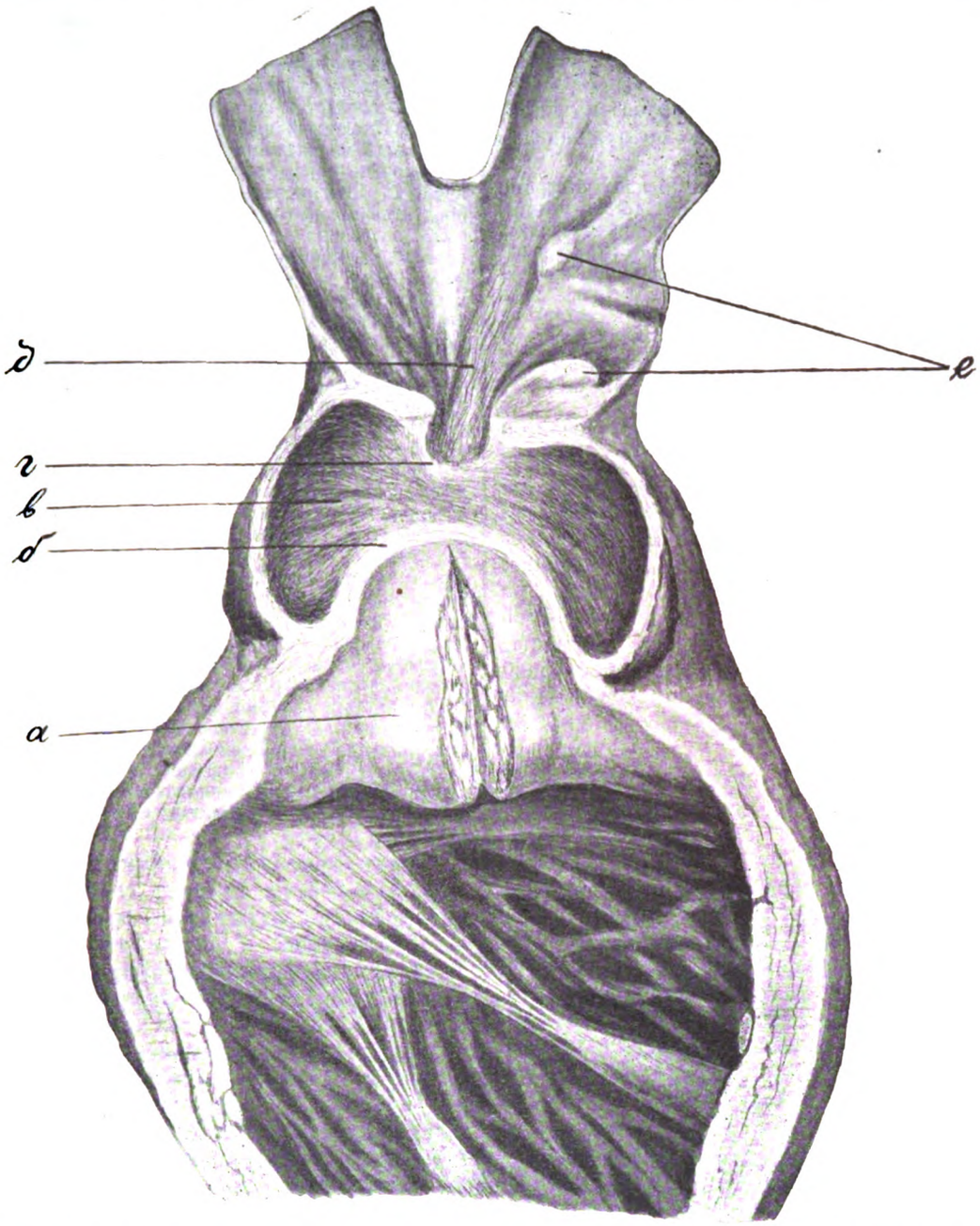
прочимъ, обратилъ вниманіе на сифилитическое пораженіе перегородки желудочковъ; этимъ пораженіемъ, по его мнѣнію, нарушается правильное сочетаніе сокращеній обѣихъ половинъ сердечной мышцы, и потому наступаютъ разстройство и ослабленіе дѣятельности сердца и даже параличъ послѣдняго. При сифилисѣ сердца иногда наблюдается постепенное развитіе явленій недостаточности этого органа (*Mauriac*); но часто «больной внезапно умираетъ безъ того, чтобы у него можно было подозрѣвать какое-либо сердечное заболѣваніе» (*М. Я. Брейтманъ*); «при сифилисѣ сердца» говоритъ *М. Я. Брейтманъ*, «нерѣдко бываетъ, что первое непродолжительное недомоганіе есть уже начало конца, предсмертный симптомъ». По однимъ авторамъ въ $^1/_3$, а по другимъ—даже въ $^1/_2$ всѣхъ случаевъ сифилиса сердца смерть наступала внезапно. Въ одной изъ своихъ работъ *М. Я. Брейтманъ* [27]) разбираетъ вопросъ «о внезапной смерти при сифилисѣ сердца и ея значеніи съ точки зрѣнія судебной медицины». Прижизненное распознаваніе сифилиса сердца трудно. По *В. В. Мироновичу* [28]) «сифилисъ сердца намъ приходится распознавать только лишь ex juvantibus et nocentibus и убѣждаться въ правильности распознаванія только на основаніи благопріятныхъ результатовъ отъ специфическаго лѣченія»; но *М. Я. Брейтманъ* [29]) горячо оспариваетъ взглядъ *В. В. Мироновича* и старается доказать, что сифилисъ сердца можно распознать при жизни и возможно даже опредѣлить мѣстоположеніе болѣзненнаго процесса въ томъ или другомъ отдѣлѣ сердца. «Если, дѣйствительно», говоритъ *М. Я. Брейтманъ*, «для сифилиса сердца нѣтъ патогномоническихъ, специфическихъ признаковъ (а для многихъ-ли болѣзней такіе признаки существуютъ?), то извѣстное сочетаніе этихъ признаковъ, способъ ихъ появленія и т. д. представляются довольно характерными, своеобразными, присущими по преимуществу сифилитическимъ заболѣваніямъ сердца». При раннемъ распознаваніи и своевременномъ назначеніи специфическаго лѣченія возможно выздоровленіе (*Mracek*). *М. Я. Брейтманъ* говоритъ: «нѣтъ другой такой болѣзни сердца, при которой заблаговременно назначенное лѣченіе принесло-бы больному бо́льшую пользу, какъ при сифилисѣ сердца: здѣсь почти единственный случай въ болѣзняхъ сердца, гдѣ мы можемъ назначить причинное лѣченіе».

Перейду къ описанію своихъ случаевъ.

1. И. М., 31 г., торговецъ, поступилъ въ факультетскую терапевтическую клинику 4/IX 1900 г. съ явленіями разстройства сердечной дѣятельности. При выслушиваніи сердца обнаруженъ 1-ый сильный дующій шумъ на верхушкѣ сердца, на грудинѣ, на аортѣ и—всего слабѣе—на легочной артеріи. Сердце увеличено вправо и влѣво. Печень увеличена. Носовая перегородка прободена. Клиническое распознаваніе—недостаточность 2-створчатой заслонки и сифилисъ въ третичномъ періодѣ. Лѣченіе — сердечными средствами и противосифилитическое, но то и другое больной переносилъ въ общемъ плохо. Послѣ кратковременнаго улучшенія (уменьшеніе подкожныхъ отековъ, исчезаніе брюшной водянки) наступило снова ухудшеніе, и больной умеръ 2/XI 1900 г. Изъ протокола вскрытія, произведеннаго мною 3/XI, я приведу лишь наиболѣе существенное. Значительная желтуха; небольшой отекъ подкожной клѣтчатки, рѣзче выраженный на ногахъ. Въ брюшной полости около 200 к. стм. сывороточной жидкости. Правое легкое повсемѣстно срощено, лѣвое—свободно. Въ полости лѣвой плейры около 1 литра прозрачной сывороточной жидкости. Въ сильно растянутой околосердечной сумкѣ значительное количество такой-же жидкости. Длина сердца 13, ширина—13,5 стм., вѣсъ 522 грм. Правое предсердіе и правый желудочекъ сильно расширены; толщина стѣнки послѣдняго—7 мм. Правое предсердіево - желудочковое отверстіе свободно пропускаетъ 3 пальца; 3-створчатая заслонка по краю чуть замѣтно утолщена. Венное отверстіе (conus arteriosus pulmonalis) сильно съужено, такъ какъ въ немъ помѣщается плоская, слегка бугристая, фиброзно-плотная опухоль, имѣющая видъ крупной бляшки, выдающейся въ просвѣтъ праваго желудочка. Размѣры этой бляшки: сверху внизъ 3,5, справа налѣво 7,5 стм.; занимаетъ она почти всю окружность, за исключеніемъ лишь небольшого, шириной въ 2,5 стм., участка, расположеннаго на передней стѣнкѣ вблизи перегородки желудочковъ. Внизу бляшка оканчивается крутымъ, слегка нависшимъ краемъ, возвышающимся надъ поверхностью неизмѣненнаго эндокардія на 1 стм. Уже съ поверхности бляшка имѣетъ частью сѣровато-бѣлесоватый цвѣтъ фиброзной ткани, частью-же бѣлесовато-желтоватый цвѣтъ творожистыхъ массъ; на разрѣзѣ она фиброзной плотности и пронизана творожистыми гнѣздами разной величины; большее изъ этихъ гнѣздъ, достигающее 1 стм. въ поперечникѣ, въ центрѣ размягчено, остальныя-же—плотны и сухи. Творожистыя гнѣзда содержатся главнымъ образомъ въ нижнемъ отдѣлѣ бляшки, верхняя-же часть послѣдней почти сплошь состоитъ изъ фиброзной ткани. Въ нижнемъ отдѣлѣ бляшка погружена лишь во внутренній слой міокардія, въ верхнемъ-же—вся толща стѣнки праваго желудочка превращена въ фиброзную ткань. Вверху, въ области выхода легочной артеріи, бляшка непосредственно переходитъ въ круговой, фиброзно-плотный, сильно выдающійся надъ поверхностью валикъ, имѣющій видъ фибрознаго кольца. Своимъ положеніемъ валикъ этотъ соотвѣтствуетъ, по видимому, мѣсту выхода легочной артеріи, но не носитъ на себѣ слѣдовъ своего происхожденія изъ болѣзненно измѣненныхъ заслонокъ ея. Окружность отверстія, ограниченнаго валикомъ и пропускающаго чрезъ себя только мизинецъ, равняется 4,5 стм. Это—1-ое съуженіе. Выше его находится мѣшковидное расширеніе, по величинѣ немного превышающее голубиное яйцо и снабженное фиброзно-плотной и толстой (до 2—3 мм.) стѣнкой. Выходъ изъ этого расширенія въ легочную артерію представляетъ форму щели, имѣющей 7 мм. въ длину и 3 мм. въ ширину, и не пропускаетъ чрезъ себя даже кончика мизинца. Это 2-ое съуженіе ограничено дов. толстымъ фибрознымъ валикомъ, на которомъ также не замѣтно слѣдовъ происхожденія его изъ измѣненныхъ заслонокъ легочной артеріи. За 2-мъ съуженіемъ просвѣтъ легочной артеріи сразу достигаетъ нормальныхъ размѣровъ. На внутренней поверхности легочной артеріи видны слабо выраженный рубчикъ и 2 узелка. Рубчикъ, въ видѣ неширокой полоски, начинается отъ 2-го съуженія и поднимается вверхъ на протяженіи 2,5 стм. Узелки, съ горошину каждый, полушаровидно возвышаются надъ поверхностью, плотны на ощупь, творожисты по виду; одинъ изъ нихъ сидитъ слѣва непосредственно надъ 2-мъ съуженіемъ, а другой—на 1 стм. выше перваго; представляясь съ поверхности отдѣльно сидящими, узелки эти, однако, связаны другъ съ другомъ при посредствѣ плотнаго тяжика, прощупываемаго въ толщѣ стѣнки легочной артеріи. Нижній узелокъ, какъ видно на разрѣзѣ, состоитъ главнымъ образомъ изъ плотной творожистой массы, пронизываетъ всю толщу стѣнки легочной артеріи и большею своею частью заложенъ въ наружной оболочкѣ послѣдней. Помимо указанныхъ измѣненій, стѣнки легочной артеріи выше 2-го съуженія представляютъ нормальный видъ. Полости лѣваго предсердія и лѣваго желудочка уменьшены; толщина стѣнки послѣдняго—7 мм. 2-створчатая заслонка и заслонки аорты не измѣнены; на внутренней оболочкѣ послѣдней 3 небольшихъ артеріосклеротическихъ бляшки. Выходныя отверстія вѣнечныхъ артерій сердца не съужены. Въ міокардіи, вдали отъ описаннаго болѣзненнаго гнѣзда, соединительно-тканныхъ пятенъ не замѣтно. Правое легкое полнокровно, сильно отечно, съ пониженнымъ содержаніемъ воздуха; лѣвое — въ спавшемся состояніи, красно-буроватаго цвѣта. Размѣры мускатной и слегка уплотненной печени 20×14,5×6,5 стм. Селезенка полнокровна, уплотнена; размѣры ея 10,5×6×2,5 стм. Почки полнокровны и слегка уплотнены; корковый слой ихъ съ легкимъ желтоватымъ оттѣнкомъ. Слизистая оболочка желудка и кишекъ полнокровна. На мазкахъ изъ творожистыхъ массъ вышеописанной опухоли сердца ни гноеродныхъ кокковъ, ни бугорчатковыхъ палочекъ, ни какихъ-либо другихъ микроорганизмовъ не найдено.

Опухоль въ правомъ желудочкѣ сердца и узелки въ легочной артеріи уже по одному только макроскопическому ихъ виду были признаны за гуммы, и микроскопъ вполнѣ подтвердилъ это распознаваніе.

Данныя микроскопическаго изслѣдованія. 1. Гумма праваго желудочка сердца, въ нижнемъ ея отдѣлѣ, большею своею частью выстоитъ надъ внутренней поверхностью желудочка въ видѣ грибовидной опухоли и меньшею—погружается въ міокардій; снизу вверхъ, на протяженіи приблизительно 1 мм., граница между этими 2-мя частями обозначена тонкимъ, идущимъ параллельно внутренней поверхности желудочка, волокнистымъ прожилкомъ, а дальше вверхъ обѣ части сливаются въ одно нераздѣльное цѣлое. Пристѣночный эндокардій въ сосѣдствѣ гуммы постепенно утолщается вслѣдствіе скопленія въ немъ круглыхъ и отчасти веретенообразныхъ клѣточекъ и, подойдя къ самой гуммѣ, сливается съ послѣдней. Выдающаяся въ просвѣтъ желудочка часть гуммы состоитъ частью изъ творожистыхъ гнѣздъ, частью изъ хорошо сохранившейся ткани. Творожистыя гнѣзда, разной величины и очертанія, часто сливаются другъ съ другомъ, въ значительномъ количествѣ содержатъ въ себѣ продукты распада ядеръ и мѣстами представляютъ слѣды волокнистости и клѣточнаго строенія. Уцѣлѣвшія части гуммы то имѣютъ волокнисто-клѣточное строеніе, то состоятъ изъ однихъ лишь круглыхъ элементовъ, среди которыхъ содержатся и многоядерные бѣлые кровяные шарики. Творожистыя гнѣзда находятся и въ той части гуммы, которая заложена въ толщѣ міокардія. Съ периферическихъ частей гуммы цуги и гнѣзда круглыхъ клѣтокъ проникаютъ въ сосѣдній міокардій, вслѣдствіе чего мышечныя волокна постепенно раздвигаются, сдавливаются и атрофируются. Артеріи въ области гуммы и въ ея сосѣдствѣ рѣзко измѣнены: внутренняя оболочка ихъ представляетъ рѣзкое фиброзно-клѣточное утолщеніе, ведущее къ сильному съуженію и даже полному закрытію просвѣта сосуда; средняя — фиброзно перерождена и часто мало замѣтна; наружная—то густо инфильтрирована круглыми клѣточками, то уже фиброзно уплотнена. Чаще встрѣчается и рѣзко бросается въ глаза именно эта періартеріальная круглоклѣточковая инфильтрація, которую можно прослѣдить въ міокардіи даже на значительномъ разстояніи отъ самой гуммы. Не только въ ближайшемъ, но и въ болѣе отдаленномъ сосѣдствѣ гуммы количество межмышечной соединительной ткани замѣтно увеличено. Кое-гдѣ въ поверхностномъ фиброзно-плотномъ слоѣ



Правый желудочекъ сердца съ легочной артеріей. а — Гумма праваго желудочка, разрѣзанная сверху внизъ. б — 1-ое съуженіе. в—Расширеніе. г—2-ое съуженіе. д—Рубчикъ. е—Гуммозные узелки легочной артеріи.

гуммы, обращенномъ къ просвѣту желудочка, встрѣтились небольшія гнѣзда известковыхъ отложеній. По мѣрѣ приближенія къ выходу легочной артеріи гумма все глубже погружается въ толщу міокардія, и послѣдній, наконецъ, исчезаетъ совершенно. На этомъ мѣстѣ и эпикардій почти сплошь инфильтрированъ круглыми одноядерными клѣтками, а въ полнокровномъ подэпикардіальномъ жирѣ видна сильная круглоклѣточковая инфильтрація вокругъ мелкихъ артерій съ утолщенной внутренней оболочкой.—2. Стѣнка расширенія, находящагося въ области выхода легочной артеріи, состоитъ изъ старой соединительной ткани, межклѣточное вещество которой представляется въ видѣ широкихъ одноядерныхъ полосъ; между набухшими волокнами въ небольшомъ количествѣ видны длинныя веретенообразныя ядра; сосудовъ мало; кое-гдѣ замѣтны скопленія лимфоидныхъ элементовъ, расположенныя по ходу соединительно-тканныхъ волоконъ. — 3. Изъ 2-хъ гуммозныхъ узелковъ легочной артеріи микроскопическому изслѣдованію былъ подвергнутъ только нижній. На большинствѣ срѣзовъ онъ состоитъ изъ 2-хъ частей: одна—залегаетъ въ наружной оболочкѣ сосуда, другая—полушаровидно выдается въ просвѣтъ его, а границей между ними служитъ волокнистый прожилокъ, представляющій собою остатокъ средней оболочки и отчасти, быть можетъ, внутренней; на другихъ-же срѣзахъ граница эта исчезаетъ, и обѣ части сливаются въ одно нераздѣльное гнѣздо. Бо́льшая часть узла состоитъ изъ творожистыхъ гнѣздъ, расположенныхъ главнымъ образомъ въ центрѣ его. Въ области этой гуммы и ея ближайшемъ сосѣдствѣ на артеріальныхъ вѣточкахъ наблюдается рѣзко выраженный, вызывающій запустѣніе сосуда эндартеріитъ.—4. Внутренняя оболочка вѣнечныхъ артерій сердца вдали отъ гуммознаго узла мѣстами слегка утолщена.

Такимъ образомъ данныя вскрытія и микроскопическаго изслѣдованія согласно и несомнѣнно говорятъ за то, что въ этомъ случаѣ рѣчь идетъ о сифилисѣ сердца. Мы имѣемъ передъ собой крупную гумму праваго желудочка сердца, развившуюся въ области артеріальнаго конуса, гуммозные узлы и сильное рубцовое съуженіе легочной артеріи. Рубцовое обезображиваніе въ области выхода легочной артеріи и въ начальной части ея столь велико, что трудно даже указать то мѣсто, которое точно соотвѣтствовало-бы заслонкамъ легочной артеріи. Хотя давность и распространенность болѣзненнаго процесса не позволяютъ съ точностью указать начальное мѣсто его развитія, тѣмъ не менѣе вся патолого-анатомическая картина заставляетъ насъ считать такимъ мѣстомъ стѣнку праваго желудочка сердца въ ближайшемъ сосѣдствѣ ея съ мѣстомъ выхода легочной артеріи. Начавшись отсюда, болѣзненный процессъ, съ одной стороны, спустился внизъ по стѣнкѣ праваго желудочка, а съ другой — поднялся вверхъ по легочной артеріи.

Описанный случай представляется рѣдкимъ во многихъ отношеніяхъ. Во 1-хъ, сифилисъ здѣсь привелъ къ рѣзко выраженному органическому пороку сердца, а «признаки органическихъ пороковъ сердца въ зависимости отъ сифилиса, по словамъ проф. *М. Н. Никифорова*, составляютъ исключительно рѣдкіе случаи». Во 2-хъ, тутъ имѣется сильнѣйшее съуженіе легочной артеріи, порокъ же этотъ не частъ вообще, а въ частности крайне рѣдко пріобрѣтенное съуженіе легочной артеріи: по *А. Ф. Држевецкому* [30]), всего описано въ литературѣ до 1902 г. случаевъ врожденнаго съуженія легочной артеріи 340, а пріобрѣ-

теннаго—только 60. Въ 3-хъ, случаевъ сифилитическаго пораженія легочной артеріи приводится въ литературѣ менѣе десятка [*Schwalbe*, *Neumann*, проф. *К. Э. Вагнеръ* и *Г. И. Квятковскій* [31]), проф. *А. Н. Каземъ-Бекъ* [32])]. Случай сифилитическаго пораженія сердца и легочной артеріи, наиболѣе подходящій къ моему, описалъ *Schwalbe*.

Сердце женщины, 53 л., вѣсило 520 грм.; венное отверстіе (conus arteriosus pulmonalis) было съужено вслѣдствіе гуммознаго міокардита и эндокардита; на легочной артеріи находились рубчики, гуммы и значительное съуженіе; на передней заслонкѣ легочной артеріи сидѣлъ узелокъ, съ просяное зерно, правая же была совершенно уничтожена, и на ея мѣстѣ имѣлось лишь бѣлесоватое утолщеніе внутренней оболочки. Самъ авторъ не могъ распознать истиннаго характера пораженія сердца; но покойный *Virchow*, которому было предъявлено это сердце, уже по одной только макроскопической картинѣ призналъ тутъ сифилитическій процессъ.

Хотя *Schwalbe* и доказываетъ, что гуммы легочной артеріи развиваются изъ средняго слоя ея, а не изъ наружной или внутренней оболочки, но для моего случая первое мѣсто развитія гуммы слѣдуетъ искать, скорѣе всего, въ наружной оболочкѣ. *Schwalbe* въ своемъ случаѣ обращаетъ вниманіе на отсутствіе бугорчатки легкихъ при наличности съуженія легочной артеріи,—и въ моемъ случаѣ, при сильнѣйшемъ съуженіи легочной артеріи, легкія не были поражены бугорчаткой. *Schwalbe*, наконецъ, замѣчаетъ, что полное разрушеніе сифилитическимъ процессомъ одной изъ заслонокъ легочной артеріи дѣлаетъ его случай единственнымъ въ литературѣ; въ моемъ-же случаѣ всѣ заслонки этого сосуда были измѣнены до неузнаваемости: все въ области выхода легочной артеріи и въ начальной части ея превращено было въ старую рубцовую ткань.

Въ недавнее время проф. *К. Э. Вагнеръ* и *Г. И. Квятковскій* описали крайне рѣдкій случай распространеннаго сифилитическаго пораженія сердца и легочной артеріи: послѣдняя была широка, до 12 стм. въ окружности; стѣнки ея утолщены, мѣстами до 6—7 млм.; внутренняя поверхность была неровная, покрыта желтоватыми и сѣроватыми бляшками; на разрѣзѣ въ толщѣ артеріальной стѣнки видны мелкія желтоватыя прослойки; но «въ заслонкахъ артеріи, кромѣ незначительнаго утолщенія, другихъ измѣненій нѣтъ». Чрезвычайная рѣдкость этого случая состоитъ въ громадномъ расширеніи легочной артеріи, пораженной сифилисомъ.

Проф. *А. Н. Каземъ-Бекъ* описалъ случай, въ которомъ, послѣ тщательнаго клиническаго наблюденія, была распознана недостаточность 2-створчатой заслонки, а на вскрытіи было найдено съуженіе легочной артеріи сифилитическаго происхожденія. Мой случай также еще разъ доказываетъ чрезвычайную трудность отличительнаго распознаванія между недостаточностью 2-створчатой заслонки и съуженіемъ легочной артеріи.

2. Женщина, около 30 л., по видимому, вполнѣ здоровая, умерла внезапно. На судебно-медицинскомъ вскрытіи, произведенномъ проф. *М. Ѳ. Поповымъ*, было найдено, между прочимъ, слѣдующее. Кости черепа толсты и полнокровны. Длина сердца 12,5 и ширина—12 стм.; толщина стѣнки лѣваго желудочка 1,7 и праваго—0,8 стм.; въ правыхъ полостяхъ сердца значительное количество темно-красной жидкой крови, въ лѣвыхъ—крови меньше; много околосердечнаго жира; эпикардій мѣстами молочно помутненъ; сердечная мышца красновато-сѣраго цвѣта, плотная, мѣстами, особенно въ перегородкѣ желудочковъ и на задней стѣнкѣ вблизи верхушки, пронизана соединительно-тканными пятнами; сосочковыя мышцы и мышечныя перекладины сильно утолщены и отчасти фиброзно-перерождены; полости сердца расширены; заслонки нормальны; въ вѣнечныхъ артеріяхъ сердца кое-гдѣ замѣтны атероматозныя бляшки. Селезенка увеличена, уплотнена; сумка ея утолщена. Увеличенная печень полнокровна; дольки ея замѣтны ясно.

Отъ этого сердца я, съ позволенія проф. *М. Ѳ. Попова*, изслѣдовалъ подъ микроскопомъ около 10 кусочковъ, взятыхъ изъ макроскопически измѣненныхъ мѣстъ. На каждомъ кусочкѣ въ міокардіи встрѣчались соединительно-тканныя гнѣзда и замѣчалось увеличеніе количества межмышечной соединительной ткани. Соединительно-тканныя гнѣзда, имѣющія неправильную форму и разную величину, залегаютъ въ толщѣ міокардія, но доходятъ часто до эндокардія и рѣдко до эпикардія; они состоятъ изъ старой волокнистой соединительной ткани съ небольшимъ количествомъ веретенообразныхъ ядеръ и содержатъ въ себѣ мѣстами небольшія группы жировыхъ клѣтокъ, расположенныя возлѣ капилляровъ и мелкихъ артерій. Мышечныхъ волоконъ въ этихъ гнѣздахъ чаще совсѣмъ нѣтъ, рѣже они встрѣчаются въ ничтожномъ количествѣ и въ болѣе или менѣе рѣзко измѣненномъ видѣ. Съ периферіи фиброзныхъ гнѣздъ соединительно-тканные отпрыски проникаютъ въ сосѣдній міокардій. Какъ въ ближайшемъ сосѣдствѣ гнѣздъ, такъ и вдали отъ нихъ количество межмышечной соединительной ткани увеличено. Помимо старой, вполнѣ сформированной соединительной ткани, почти на каждомъ срѣзѣ, главнымъ образомъ въ сосѣдствѣ фиброзныхъ пятенъ, встрѣчаются гнѣздышки круглоклѣточковой инфильтраціи, расположенныя по преимуществу возлѣ мелкихъ артерій; эти гнѣздышки, правда, мелки и по числу очень рѣдки. Въ одномъ изъ кусочковъ, со слабо измѣненнымъ міокардіемъ, встрѣтилось небольшое гнѣздо свѣжаго продуктивнаго міокардита: оно имѣло неправильное очертаніе, было построено изъ молодой соединительной ткани, богатой круглыми и веретенообразными клѣтками, довольно обильно было снабжено кровью, содержало глыбки желтаго пигмента и заключало въ себѣ только ничтожное количество сдавленныхъ и атрофированныхъ мышечныхъ волоконъ. Въ области соединительно-тканныхъ пятенъ міокардія и въ ихъ ближайшемъ сосѣдствѣ всѣ артеріальныя вѣточки рѣзко измѣнены: наружная оболочка ихъ фиброзно утолщена и слита съ окружающей старой соединительной тканью; средняя вслѣдствіе фибрознаго перерожденія то вовсе не замѣтна, то сильно истончена, то, наконецъ, видна только въ части окружности сосуда; внутренняя сильно утолщена, представляетъ фиброзно-клѣточное строеніе и богата веретенообразными ядрами; вслѣдствіе сильнаго разростанія внутренней оболочки всѣ измѣненныя артеріи въ своемъ просвѣтѣ сильно съужены, а многія изъ нихъ даже вполнѣ закрыты. Въ томъ-же смыслѣ, но въ меньшей степени, измѣнены и нѣкоторыя артеріальныя вѣточки въ частяхъ міокардія, содержащихъ увеличенное количество межмышечной соединительной ткани и лежащихъ вдали отъ фиброзныхъ пятенъ. Этотъ т. наз. запустѣвающій эндоартеріитъ рѣзко бросается въ глаза и представляетъ собою характерную особенность даннаго случая. Вся гистологическая картина заставляетъ насъ думать, что въ этомъ случаѣ артеріитъ и міокардитъ не относятся другъ къ другу, какъ причина къ слѣдствію, а являются равномѣрными послѣдствіями одной общей причины. Развитіе соединительной ткани въ міокардіи шло, по видимому, по ходу мелкихъ артерій и капилляровъ, такъ какъ именно возлѣ этихъ-то сосудовъ и наблюдается наибольшее богатство круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ.

Такимъ образомъ по даннымъ вскрытія и гистологическаго изслѣдованія, въ этомъ случаѣ рѣчь идетъ о рѣзко выраженномъ продуктивномъ міокардитѣ, развившемся у молодой женщины и вызвавшемъ внезапную ея смерть. Чѣмъ-же вызванъ этотъ міокардитъ? Молодой возрастъ умершей, отсутствіе склероза въ аортѣ и въ ея крупныхъ вѣтвяхъ и, главное, рѣзко выраженный запустѣвающій эндоартеріитъ вѣточекъ вѣнечныхъ артерій сердца даютъ основаніе признать сифилитическую природу этого страданія; но отсутствіе несомнѣнныхъ гистологическихъ доказательствъ въ пользу этого происхожденія болѣзненнаго процесса, отсутствіе явныхъ сифилитическихъ измѣненій въ другихъ органахъ и невозможность, за отсутствіемъ анамнестическихъ данныхъ, исключить здѣсь всѣ другія этіологическія условія фибрознаго міокардита заставляютъ быть осторожнымъ съ этимъ распознаваніемъ и даютъ основаніе считать его лишь наиболѣе вѣроятнымъ для даннаго случая.

Въ 1-мъ изъ описанныхъ мною случаевъ, благодаря присутствію гуммъ, сифилисъ сердца не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію, а во 2-мъ—установленіе сифилитической природы пораженія сердца, въ силу отсутствія вполнѣ характерныхъ для сифилиса патологоанатомическихъ измѣненій, сопряжено съ большими затрудненіями. Случаи послѣдняго рода, по мнѣнію многихъ авторовъ, много чаще случаевъ перваго рода. Проф. *Runeberg* выражаетъ желаніе, чтобы врачи навсегда оставили мысль о крайней рѣдкости сифилиса сердца и при разборѣ этіологическихъ условій сердечныхъ заболѣваній никогда не забывали и о сифилисѣ, о которомъ они постоянно помнятъ, имѣя дѣло со страданіями центральной нервной системы.

Литература. 1. Проф. *Г. А. Захарьинъ*. «Клиническія лекціи». Изд. 3. Вып. I. 1893 г.—2. Проф. *L. Krehl*. Die Erkrankungen des Herzmuskels und die nervösen Herzkrankheiten. «Specielle Pathologie und Therapie *Nothnagel's*», т. XV. Wien, 1901 г.—3. Проф. *J. W. Runeberg*. Die syphilitischen Herzaffektionen. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1903 г., №№ 1 и 2.—4. *T. Lang*. Die Syphilis des Herzens. Wien. 1889 г. По передачѣ въ «Медицинскомъ Обозрѣніи», т. XXXIII.—5. *Mauriac*. Syphilis du coeur. Тамъ-же, т. XXXI.—6. *Franz Mracek*. Die Syphilis des Herzens. Тамъ-же, т. XLII.—7. *Sidney Phillips*. Прив. по «Врачу», 1897 г., № 13.—8. *P. Stolper*. Beiträge zur Syphilis visceralis. «Bibliotheca medica», отд. C, тетр. 6, Cassel, 1896 г.—9. *О. В. Петерсенъ*. Опытъ патолого-анатомической статистики сифилиса внутреннихъ органовъ. «Врачъ», 1887 г., № 32.—10. *Chiari*. Прив. по *Stolper'у*.—11. Проф. *Арнольдъ Геллеръ*. Сифилисъ аорты, какъ причина аневризмъ. «В.-Меди-

цинскій Журналъ», 1900 г.—12. *Chiari.* Ueber die syphilitischen Aortenerkrankungen. «Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gesellschaft». Jena, 1904 г.—13. *Schrötter.* Erkrankungen der Gefässe. «Specielle Pathologie und Therapie *Nothnagel's*», т. XV, ч. III, 1-ая полов. Wien, 1899 г.—14. *Neumann.* Syphilis. Тамъ-же, т. XXIII. Wien, 1896 г. — 15. *А. Д. Волошинъ.* Къ вопросу о сифилитическомъ пораженіи сосудистой системы. Петербургская диссертація, 1894 г.—16. *М. Я. Брейтманъ.* О сифилитическихъ заболѣваніяхъ сердца. «Современная Медицина и Гигіена», 1901 г. — 17. Проф. *Т. П. Павловъ.* Матеріалы къ патологіи сифилиса. «Больничная Газета Боткина», 1897.—18. Проф. *Н. М. Любимовъ.* «Врачъ», 1894 г., № 51, стр. 1411.—19. *Schwalbe.* Zur Pathologie der Pulmonalarterienklappen. «*Virchow's* Archiv», т. 119.—20. *М. Я. Брейтманъ.* О сифилитическомъ эндокардитѣ. «Врачъ», 1901 г.—21. *С. І. Шварцъ.* Сифилитическій порокъ сердца и его излѣчимость. «Медицинское Обозрѣніе», 1901 г., т. LV.—22. Проф. *М. Н. Никифоровъ.* Случай стеноза аорты сифилитическаго происхожденія. «Врачъ», 1885 г., № 5. — 23. *Онъ-же.* Сифилисъ 2-створчатой заслонки сердца. «Медицинское Обозрѣніе», 1889 г., т. XXXI.—24. *Л. И. Браславскій.* Патолого-анатомическія измѣненія аутоматическихъ нервныхъ узловъ сердца при сифилисѣ. Петербургская диссертація, 1897 г. По передачѣ въ «Медицинскомъ Обозрѣніи», 1898 г., т. L.—25. *Н. Ф. Виноградовъ.* О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ аутоматическихъ нервныхъ узлахъ сердца при врожденномъ сифилисѣ у дѣтей грудного возраста. «Медицинское Обозрѣніе», 1899 г., т. LII.—26. *М. Я. Брейтманъ.* Къ физіологіи и патологіи перегородки желудочковъ сердца. Сифилисъ перегородки. «Врачъ», 1901 г., № 6.—27. *Онъ-же.* О внезапной смерти при сифилисѣ сердца и ея значеніи съ точки зрѣнія судебной медицины. «Еженедѣльникъ Практической Медицины», 1901 г., № 16.—28. *В. В. Мироновичъ.* Сифилисъ сердца. «Врачебная Газета», 1901 г., №№ 39 и 40.—29. *М. Я. Брейтманъ.* Какъ нужно изучать сифилитическія заболѣванія сердца и можно-ли съ точностью распознавать ихъ? «Врачебная Газета», 1901 г., № 50.—30. *А. Ф. Джевецкій.* Случай съуженія легочной артеріи. «В.-Медицинскій Журналъ», декабрь, 1903 г.—31. Проф. *К. Э. Вагнеръ* и *Г. И. Квятковскій.* Случай сифилиса сердца съ значительнымъ расширеніемъ легочной артеріи. «Русскій Врачъ», 1902 г., № 25.—32. Проф. *А. Н. Каземъ Бекъ.* Случай пріобрѣтеннаго стеноза легочной артеріи. «Медицинское Обозрѣніе», 1899 г., т. LII, стр. 305.

CLXXXVI. О галлюцинаторныхъ навязчивыхъ представленіяхъ и о навязчивыхъ галлюцинаціяхъ.

Ч. пр. С. А. Суханова, ассистента Московской психіатрической клиники.

Вопросъ объ осложненіи навязчивыхъ представленій обманами со стороны различныхъ органовъ чувствъ до сихъ поръ остается еще не вполнѣ разрѣшеннымъ. Послѣ работы *Falret* (1889 г.), который полагалъ, что въ картину обсессій не входятъ галлюцинаціи, появился рядъ работъ другихъ авторовъ, которые держатся совсѣмъ иного мнѣнія. Работа *Falret* послужила толчкомъ къ изслѣдованію въ иномъ направленіи и къ доказательству того, что галлюцинаторныя явленія входятъ въ клиническую картину навязчивыхъ состояній.

Переходя къ краткому историческому очерку по затронутому вопросу, остановлюсь нѣсколько подробнѣе на работѣ *Séglas*, представляющей особый интересъ. *Séglas* различаетъ 2 ряда явленій, входящихъ въ кругъ разсмотрѣнія даннаго вопроса: во 1-хъ, по его мнѣнію, навязчивая мысль можетъ сопровождаться галлюцинаціей; это будетъ, по *Séglas*, «галлюцинаторная обсессія»; во 2-хъ, галлюцинація можетъ быть самостоятельной и носить всѣ признаки, свойственные навязчивымъ психическимъ состояніямъ; здѣсь рѣчь идетъ уже о «навязчивой галлюцинаціи». Свои положенія *Séglas* освѣщаетъ соотвѣтствующими наблюденіями.

Говоря о случаяхъ, гдѣ наблюдаются галлюцинаторныя обсессія, онъ сообщаетъ объ одномъ больномъ, которому иногда представлялось, что онъ, окровавленный, падаетъ изъ окна; при этомъ онъ хорошо понималъ, что это лишь его воображеніе; но онъ видѣлъ самого себя въ такомъ положеніи. Однако *Séglas* добавляетъ, что вмѣстѣ съ приступами такихъ галлюцинаторныхъ обсессій больной сдѣлался раздражительнымъ, угрюмымъ, пугливымъ, подозрительнымъ, и оставался такимъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Мнѣ думается, что въ этомъ случаѣ можно говорить о томъ, что у больного было острое психическое заболѣваніе меланхолическаго характера, и въ теченіи этого психоза наблюдались навязчивыя представленія въ галлюцинаторной формѣ. По моему мнѣнію, такой случай—весьма сложный и представляетъ, можетъ быть, сочетаніе «constitutionis ideo-obsessivae» и остраго меланхолическаго психоза, что бываетъ, по видимому, нерѣдко. Разъ существуетъ прибавочный элементъ, то, конечно, чрезвычайно трудно доказать, что галлюцинаторныя обсессіи входятъ здѣсь въ число припадковъ навязчивыхъ процессовъ, а не въ картину остраго меланхолическаго психоза. 2-ой случай, приводимый *Séglas*, служитъ, мнѣ думается, именно такимъ примѣромъ, гдѣ можно говорить о галлюцинаторныхъ навязчивыхъ представленіяхъ, какъ таковыхъ, служащихъ однимъ изъ припадковъ конституціональныхъ навязчивыхъ процессовъ, безъ осложненія психозомъ другого характера.

Здѣсь рѣчь идетъ о больной, 35 л., у которой весьма рано появились навязчивыя идеи и у которой существовала боязнь заразить оспой, бывшей въ домѣ, гдѣ она жила, кого-либо изъ окружающихъ. Выходя изъ дома, она усиленно себя чистила. Временами ей казалось, что она встрѣтила человѣка съ ведромъ, въ которое могъ попасть ядъ отъ нея. И вотъ иногда она ясно видитъ этого человѣка съ ведромъ, хотя и знаетъ, что ея опасенія неосновательны.

Относительно этого случая я согласенъ съ *Séglas*, что навязчивое представленіе можетъ сопровождаться галлюцинаторнымъ бредомъ и что послѣдній входитъ въ клиническую картину навязчивыхъ психическихъ состояній. Говоря о навязчивыхъ галлюцинаціяхъ, *Séglas* приводитъ прежде всего случай навязчивой обонятельной галлюцинаціи.

Дѣло касается больного, 33 л., недалекаго умомъ, съ приступами непріятныхъ обонятельныхъ ощущеній, заставлявшихъ его бояться того, что такой дурной запахъ исходитъ отъ него. Многія дѣйствія окружающихъ больной и истолковывалъ именно съ этой точки зрѣнія.

Въ другомъ случаѣ у нейропата, 28 л., послѣ ушиба носа *Séglas* отмѣтилъ рѣзко выраженную обонятельную галлюцинацію: больному временами казалось, что онъ испытываетъ запахъ аммiака, весьма рѣзкій, и что запахъ этотъ распространяется вокругъ него на нѣсколько метровъ.

Кромѣ галлюцинаторныхъ навязчивыхъ представленій и навязчивыхъ галлюцинацій, о которыхъ говорилось выше и которыя обусловливаются участіемъ общихъ и воспринимающихъ центровъ, *Séglas* указываетъ на то, что такого рода галлюцинаторныя явленія могутъ зависѣть и отъ раздраженія «центровъ болѣе спеціализированныхъ, различныхъ центровъ рѣчи». Прежде всего онъ останавливается при этомъ на слуховыхъ словесныхъ галлюцинаціяхъ, приводя такой случай.

Больной, 35 л., былъ всегда впечатлительнымъ и робкимъ. Во время нейрастеническихъ явленій онъ однажды отчетливо услышалъ съ лѣвой стороны голоса, воспроизводившіе насмѣшки товарищей, которыя онъ слышалъ въ началѣ заболѣванія. Голоса эти появлялись перемежающимся образомъ, и больной относился къ нимъ критически.

Исторія болѣзни этого больного изложена такъ кратко, что трудно сказать, съ чѣмъ собственно имѣлъ здѣсь дѣло авторъ.

Въ другомъ случаѣ словесныхъ слуховыхъ галлюцинацій навязчиваго характера больной, нейропатъ, дегенерантъ, слышалъ временами, что на улицахъ его окликаютъ, называя по имени, при чемъ онъ самъ сознавалъ, что это ему только такъ кажется.

Какъ примѣръ зрительныхъ словесныхъ галлюцинацій, *Séglas* приводитъ такой случай.

Больная, истеричка, страдаетъ болѣзненными сомнѣніями: она не могла спокойно и безъ волненія опустить сразу письмо въ почтовый ящикъ; не могла убѣдить себя при этомъ, что письмо она опустила, какъ слѣдуетъ, и туда, куда нужно. И вотъ однажды она очень отчетливо увидѣла передъ собою письмо, съ черными краями, на которомъ она прочитала свое имя.

Приведя вкратцѣ 3 случая словесныхъ психомоторныхъ галлюцинацій навязчиваго характера, *Séglas* приходитъ къ заключенію, что этого рода галлюцинаторныя явленія нужно относить къ категоріи ономатоманій, галлюцинаторную форму которыхъ они и представляютъ собою. Въ заключеніе *Séglas* выставляетъ слѣдующія положенія: 1) галлюцинація не должна быть исключена изъ числа припадковъ обсессій; 2) галлюцинація можетъ сопровождать навязчивое представленіе (галлюцинаторная обсессія) или быть первичной (навязчивая галлюцинація); 3) галлюцинаторные образы, о которыхъ идетъ рѣчь, могутъ захватывать общіе воспринимающіе центры, 4) а также центры, имѣющіе отношеніе къ прибору рѣчи; 5) всѣ эти словесныя галлюцинаціи должны относиться къ разряду ономатоманій.

Séglas принадлежитъ руководящая роль въ изслѣдованіи вопроса о галлюцинаторной формѣ навязчивыхъ пред-

ставленій и о навязчивыхъ галлюцинаціяхъ; но нужно замѣтить, что и до него можно найти въ литературѣ отдѣльныя наблюденія, касающіяся галлюцинаторныхъ явленій навязчиваго характера. Доказательствомъ этого можетъ служить, напр., случай *Kelp*'а, относящійся къ 1874 г. *Buccola* въ 1880 г. описалъ случай, сообщенный ему *Tamburini*.

Дѣло касалось студента-юриста, который находился подъ вліяніемъ навязчивой мысли о происхожденіи бумажныхъ денежныхъ знаковъ и у котораго стали появляться передъ глазами зрительные образы этихъ послѣднихъ со всѣми ихъ реальными признаками и во всемъ ихъ разнообразіи.

Tamburini въ 1883 г. указалъ на возможность перехода навязчивой идеи въ галлюцинацію, зависящую отъ распространенія болѣзненнаго возбужденія съ нервныхъ клѣтокъ психическихъ центровъ на корковые чувствующіе центры.

Stefani принадлежитъ слѣдующее наблюденіе.

У одной больной болѣзненное сомнѣніе относительно того, что она, можетъ быть, не хорошо исполнила данную ей работу, сопровождалось появленіемъ въ сознаніи образовъ соотвѣтствующихъ предметовъ, при чемъ образы эти были такъ ярки, какъ будто они существовали въ дѣйствительности. Реакція на эти галлюцинаторные образы была у больной такъ сильна, что она передѣлывала данную работу.

Raymond и *Arnaud* въ одномъ случаѣ, который можно разсматривать, какъ случай психоза навязчивыхъ идей (наблюденіе III), наблюдали у больного различныя навязчивыя влеченія, стремленія и побужденія, развивавшіяся въ зависимости отъ какого-нибудь яркаго и живого представленія, настолько яркаго, что больной какъ-бы объективировался и приближался къ галлюцинаціи. По поводу этого случая *Raymond* и *Arnaud* замѣчаютъ, что у одного и того-же больного могутъ сосуществовать и обсессіи, и галлюцинаціи, и что эти 2 рода психопатическихъ явленій не исключаютъ одно другое.

Catsaras въ своей работѣ по поводу психическихъ признаковъ вырожденія разсматриваетъ въ числѣ такихъ признаковъ сознательныя и навязчивыя галлюцинаціи, которыя, по его мнѣнію, могутъ быть или сложными и сочетанными, или обособленными и относятся къ болѣе тяжелымъ навязчивымъ процессамъ. Нужно, однако, замѣтить, что въ случаяхъ *Catsaras*'а дѣло идетъ о сложномъ психическомъ заболѣваніи, не о простыхъ обсессіяхъ, а о сочетаніи ихъ съ меланхолическимъ психозомъ.

A. Pick въ своей работѣ о связи между навязчивыми представленіями и галлюцинаціями приводитъ такой случай.

Больная, 21 г., была потрясена самоубійствомъ своей подруги, на похоронахъ которой ей пришлось присутствовать. У нея развилось тоскливое состояніе, при чемъ галлюцинаторный образъ ея подруги преслѣдовалъ ее до такой степени, что она видѣла ее.

Какъ по развитію болѣзненныхъ припадковъ, такъ и по внѣшнимъ проявленіямъ случай *Pick*'а производитъ впечатлѣніе, если не истерическаго, то истероиднаго заболѣванія послѣ душевнаго потрясенія, хотя у больной и не было физическихъ признаковъ истеріи.

Laroussinie приводитъ случай конституціональныхъ навязчивыхъ мыслей со слуховыми галлюцинаціями.

Дѣло касается больного съ наслѣдственнымъ вырожденіемъ, у котораго одно время наблюдались слуховыя галлюцинаціи и бредовыя идеи съ мрачнымъ настроеніемъ.

Такъ какъ конституціональный характеръ рѣзко отразился на галлюцинаторныхъ явленіяхъ, то въ данномъ случаѣ авторъ, думается мнѣ, ошибочно видитъ переходъ навязчивыхъ идей въ галлюцинаціи. Здѣсь скорѣе всего можно-бы говорить о томъ, что у больного на почвѣ конституціи навязчивыхъ мыслей развился острый меланхолическій психозъ съ своеобразной окраской.

Pitres и *Régis* согласны съ *Séglas*, что галлюцинаторная обсессія отличается отъ навязчивой галлюцинаціи. Они останавливаются, однако, на разсмотрѣніи только галлюцинаторныхъ обсессій, полагая, что навязчивыя галлюцинаціи относятся къ иной категоріи психопатологическихъ явленій.

Эти авторы приводятъ нѣсколько собственныхъ наблюденій такого рода.

Такъ, напр., нѣкоторые изъ ихъ больныхъ, страдавшихъ навязчивой идеей смерти, видѣли свои собственныя похороны. Одна больная съ явленіями навязчиваго страха совершить убійство видѣла себя вооруженной ножемъ и совершающей преступленіе. У другой больной подъ впечатлѣніемъ гемиплегіи у близкой родственницы было ясное ощущеніе онѣмѣнія, ползанія мурашекъ и тяжести съ той-же стороны. 3-ья больная, страдавшая навязчивыми идеями ревности, подъ вліяніемъ этихъ послѣднихъ видѣла иногда очень ясно, какъ и съ кѣмъ мужъ ея измѣняетъ ей.

Pitres и *Régis* приводятъ еще нѣсколько подобныхъ наблюденій и, основываясь на своихъ случаяхъ, приходятъ къ тому заключенію, что галлюцинаціи при навязчивыхъ представленіяхъ встрѣчаются сравнительно часто. Анализируя психологическій характеръ галлюцинаторныхъ навязчивыхъ представленій, они указываютъ на то, что галлюцинація здѣсь является, такъ сказать, матеріализаціей навязчивой мысли, «трансформаціей эмотивной идеи» въ «экстеріоризированное ощущеніе», такъ что въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло, по ихъ мнѣнію, съ «репрезентативной галлюцинаціей». Далѣе, *Pitres* и *Régis* обращаютъ вниманіе и на то, что въ нѣкоторыхъ—правда, рѣдкихъ—случаяхъ галлюцинаціи у лицъ съ навязчивыми представленіями выражаются въ такой-же формѣ и при психозахъ въ тѣсномъ смыслѣ этого слова; но это будутъ уже случаи осложненные, напр., анксіозной меланхоліей.

Pierre Janet даетъ прекрасный психологическій анализъ галлюцинаторныхъ навязчивыхъ представленій. Онъ различаетъ въ этомъ отношеніи то, что наблюдается у истеричныхъ, отъ того, что существуетъ при навязчивыхъ мысляхъ «психастеническаго типа», полагая, что предположеніе *Falret* остается справедливымъ вообще по отношенію къ этимъ послѣднимъ. Однако, *Pierre Janet* согласенъ съ тѣмъ, что, по крайней мѣрѣ, у извѣстнаго числа больныхъ, страдающихъ навязчивыми идеями «психастеническаго характера», можно установить рядъ явленій, близкихъ къ галлюцинаціямъ; но онъ обращаетъ вниманіе на то, что здѣсь идетъ рѣчь о галлюцинаціяхъ, не вполнѣ выраженныхъ; такъ, напр., при этомъ не бываетъ всѣхъ тѣхъ цвѣтныхъ ощущеній и всѣхъ подробностей, которыя мы различаемъ въ окружающихъ насъ предметахъ; эти галлюцинаторныя явленія не отчетливы и не вполнѣ ясны, и *Pierre Janet* присоединяется къ мнѣнію *Séglas*, что они обыкновенно воспринимаются ихъ носителемъ, какъ нѣчто внѣшнее, и этимъ отличаются отъ обыкновеннаго воспріятія и отъ истинныхъ галлюцинацій, и лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные этого рода испытываютъ ощущеніе чего-то внѣшняго. Далѣе, отличительнымъ признакомъ галлюцинаторныхъ навязчивыхъ представленій *Pierre Janet* считаетъ отношеніе къ нимъ самихъ больныхъ; эти послѣдніе не вѣрятъ въ реальность этихъ образовъ. Такія галлюцинаціи, по его мнѣнію, являются символическими, такъ какъ онѣ возникаютъ не вслѣдствіе полнаго воспроизведенія въ сознаніи образа того или другого предмета, что отличаетъ ихъ отъ яркихъ галлюцинацій истеричныхъ и алкоголиковъ. Подводя итогъ своимъ соображеніямъ по этому поводу, *Pierre Janet* приходитъ къ заключенію, что при навязчивыхъ мысляхъ «психастеническаго характера» наблюдаются лишь явленія, сходныя съ галлюцинаціями, лишь ложныя галлюцинаціи или галлюцинаціи символическія.

Henri Meuriot въ своей монографіи, посвященной спеціально изслѣдованію вопроса о галлюцинаціяхъ при навязчивыхъ мысляхъ, приходитъ къ заключенію, что въ подобныхъ случаяхъ наблюдаются своеобразныя галлюцинаторныя явленія, соотвѣтствующія психическимъ галлюцинаціямъ *Baillarger* или псейдогаллюцинаціямъ *Кандинскаго*, при чемъ въ болѣзненномъ процессѣ могутъ участвовать различные органы чувствъ, чаще-же всего органъ зрѣнія; псейдогаллюцинаціи при навязчивыхъ состояніяхъ отличаются неполнотою, неясностью и неотчетливостью чувственныхъ образовъ, не проецируются во внѣ, носятъ характеръ символическихъ галлюцинацій и не воспринимаются, какъ нѣчто вещественное и реальное.

Arnaud присоединяется къ тому мнѣнію, что при навязчивыхъ состояніяхъ могутъ наблюдаться галлюцинаторныя явленія. Весьма часто отношеніе къ нимъ самого больного такое-же сознательное, какъ и къ навязчивымъ мыслямъ;

въ другихъ-же случаяхъ больной не смотритъ на эти обманы со стороны органовъ чувствъ, какъ на явленіе болѣзненное.

Gimbal описываетъ случаи, гдѣ онъ установилъ существованіе навязчивыхъ слуховыхъ галлюцинацій, развившихся послѣ непріятностей и длившихся нѣсколько мѣсяцевъ.

Больная была нервная, впечатлительная, неуравновѣшенная женщина. Она вѣрила въ реальность слышимыхъ ею голосовъ. Такое-же отношеніе къ нимъ осталось у нея и послѣ того, какъ они исчезли.

Если галлюцинаціи въ данномъ случаѣ и носили какой-либо характеръ навязчивости, то нужно замѣтить, что въ нихъ не было одного изъ важныхъ составныхъ элементовъ навязчивыхъ психическихъ процессовъ — критическаго отношенія больного къ этимъ послѣднимъ,

Loewenfeld въ своей монографіи «О навязчивыхъ психическихъ явленіяхъ» даетъ обстоятельный историческій очеркъ вопроса о навязчивыхъ галлюцинаціяхъ и приводитъ собственныя наблюденія. Онъ полагаетъ, что навязчивыя явленія, имѣющія отношеніе къ галлюцинаціямъ, можно раздѣлить на 4 группы: 1) галлюцинаціи, возникающія подъ вліяніемъ всплывающихъ въ сознаніи навязчивыхъ представленій; 2) галлюцинаціи, вызываемыя представленіями, неимѣющими навязчиваго характера; 3) галлюцинаціи, являющіяся замѣщеніемъ прежнихъ навязчивыхъ представленій, и 4) галлюцинаціи, не находящіяся въ связи ни съ навязчивыми мыслями, ни съ другими представленіями. *Loewenfeld* полагаетъ, что правильнѣе будетъ говорить о первичныхъ или вторичныхъ навязчивыхъ галлюцинаціяхъ, а не пріурочивать терминъ «навязчивыя галлюцинаціи» къ одной только послѣдней группѣ, какъ это дѣлаетъ *Séglas*.

Бросая общій взглядъ на приведенную литературу о навязчивыхъ галлюцинаторныхъ представленіяхъ и отчасти о навязчивыхъ галлюцинаціяхъ, легко убѣдиться въ томъ, что случаи, на которые ссылаются упомянутые выше авторы, нельзя считать однородными и относящимися къ одной категоріи клиническихъ явленій. Мнѣ думается, что среди послѣднихъ слѣдуетъ различать 3 рода психопатологическихъ припадковъ: 1) галлюцинаторныя навязчивыя представленія, обнаруживающіяся при «constitutio ideo-obsessiva», при чистыхъ формахъ ея, не осложненныхъ прибавочнымъ психическимъ заболѣваніемъ; 2) навязчивыя галлюцинаціи, чаще всего, по видимому, наблюдаемыя у истеричныхъ, и 3) рѣзко выраженныя галлюцинаторныя и и иллюзорныя навязчивыя представленія и представленія, развивающіяся въ меланхолическомъ періодѣ остраго психическаго заболѣванія и имѣющія въ своей основѣ рудиментарныя проявленія «constitutionis ideo-obsessivae». Эта, приводимая мною, мысль станетъ яснѣе послѣ болѣе подробнаго анализа каждой изъ этихъ 3-хъ категорій психопатологическихъ синдромовъ.

1. *Галлюцинаторныя навязчивыя представленія при чистыхъ и неосложненныхъ формахъ «constitutionis ideo-obsessivae»*. Лица, страдающія навязчивыми мыслями, отличаются крайнею впечатлительностью и весьма живою фантазіей; они склонны къ мечтательности. Кромѣ того, они представляютъ, по моему мнѣнію, особаго рода нервно-психическую организацію, и ихъ характеръ имѣетъ своеобразныя особенности и можетъ быть названъ тревожно-мнительнымъ. На навязчивыя психическія состоянія у такого рода лицъ можно смотрѣть, какъ на существенный основной признакъ; навязчивые процессы въ подобныхъ случаяхъ составляютъ сущность болѣзни и отличаются по своему психологическому происхожденію отъ припадочныхъ навязчивыхъ состояній, встрѣчающихся при различныхъ душевныхъ болѣзняхъ. Живые образы фантазіи бываютъ здѣсь настолько ярки и отчетливы, что иногда, напр., такое лицо прекрасно видитъ то, что рисуется въ его воображеніи; такъ какъ эти образы фантазіи не подчиняются волевымъ усиліямъ и всплываютъ въ полѣ сознанія противъ желанія даннаго лица, а нерѣдко даже и противорѣчатъ данному состоянію сознанія, то они пріобрѣтаютъ навязчивый характеръ; эта произвольность появленія навязчивыхъ образовъ фантазіи въ полѣ сознанія заставляетъ отличать ихъ до нѣкоторой степени отъ простыхъ образовъ фантазіи. Если при навязчивыхъ состояніяхъ представленія и страхи весьма напряженны, то дѣло доходитъ до того, что навязчивые образы фантазіи пріобрѣтаютъ нѣкоторый чувственный тонъ; при этомъ нужно замѣтить, что въ чистыхъ случаяхъ «constitutionis ideo-obsessivae» галлюцинаторное проявленіе навязчивыхъ представленій отличается отрывочностью, элементарностью чувственной окраски; эта послѣдняя служитъ лишь слабымъ выраженіемъ реальныхъ и объективныхъ воспріятій. Въ такихъ случаяхъ можно говорить скорѣе о зачаточныхъ галлюцинаціяхъ, чѣмъ о выраженныхъ и опредѣленныхъ. Эти зачаточныя галлюцинаціи при навязчивыхъ психическихъ состояніяхъ могутъ касаться различныхъ органовъ чувствъ; онѣ могутъ быть зрительными, слуховыми, обонятельными, словесно-двигательными и т. д. Можно согласиться съ *Pitres* и *Régis*, что онѣ суть результатъ «матеріализаціи навязчивой мысли». Съ другой стороны, нужно признать вѣрнымъ и взглядъ *Pierre Janet*, что въ такихъ случаяхъ наблюдаются явленія лишь близкія къ галлюцинаціямъ. *Pierre Janet* отличаетъ, какъ извѣстно, галлюцинаціи «психастениковъ» отъ галлюцинацій истеричныхъ; то-же, что онъ называетъ «психастеніей», соотвѣтствуетъ, по видимому, той категоріи болѣзненныхъ явленій, которую я обозначаю словомъ «constitutio ideo-obsessiva». Говоря о галлюцинаторныхъ навязчивыхъ мысляхъ, *Séglas* обращаетъ вниманіе на то, что здѣсь мысль или представленіе является первичнымъ, галлюцинаторный-же образъ—вторичнымъ. Дѣйствительно, какъ было уже сказано, галлюцинаторныя явленія при навязчивыхъ состояніяхъ развиваются, какъ непосредственное продолженіе болѣзненно напряженной навязчивой мысли или представленія; такъ обыкновенно бываетъ въ этихъ случаяхъ, хотя и не всегда, какъ увидимъ ниже. Для того, чтобы опредѣленнѣе показать, что я подразумѣваю подъ зачаточными галлюцинаціями при навязчивыхъ психическихъ состояніяхъ, приведу нѣсколько примѣровъ.

Больная, 33 л., изъ наслѣдственно отягощенной семьи, представляетъ картину рѣзко выраженныхъ навязчивыхъ психическихъ состояній. Больной она считаетъ себя съ дѣтства и въ теченіи всей своей жизни замѣчала у себя много разнообразныхъ преувеличенныхъ страховъ. Она давно сдѣлалась чрезмѣрно брезгливой; затѣмъ стала бояться цвѣтныхъ матерій, опасаясь, не окрашены ли онѣ ядовитыми красками. Особенно она боялась стеклянныхъ предметовъ, разбитыхъ стеколъ; ей казалось, что осколки ихъ могутъ причинить вредъ ей или ея близкимъ; видъ стеклянной посуды смущалъ ее; она прислушивалась къ тому, не разбилъ-ли кто въ домѣ стеклянной посуды; иногда она такъ усердно и напряженно слѣдила за этимъ, что ей слышалось, что гдѣ-то разбился стеклянный предметъ. Эти обманы со стороны органа слуха были настолько ярки, что больная сама называетъ ихъ «слуховыми галлюцинаціями».

Случай этотъ относится къ чистымъ и не осложненнымъ случаямъ навязчивыхъ мыслей. Здѣсь мы имѣемъ рѣзко и опредѣленно выраженную нервно-психическую организацію въ формѣ «constitutionis ideo-obsessivae». Больная сознавала, что она нездорова и болѣзненно-мнительна, что тревоги и опасенія ея напрасны, но она не могла справиться съ одолѣвавшими ее навязчивыми состояніями. Наблюденіе это весьма наглядно показываетъ, что здѣсь галлюцинаторныя явленія развивались изъ навязчивыхъ мыслей и представленій и что эти навязчивыя состоянія при извѣстной степени напряженности сопровождались уже чувственнымъ тономъ, рѣзко выраженнымъ. Когда-же больная чувствуетъ себя спокойнѣе, когда вниманіе ея отвлечено чѣмъ-нибудь другимъ, когда страхъ битыхъ стеколъ у нея исчезаетъ, у нея нѣтъ никакихъ галлюцинаторныхъ явленій. Въ этомъ случаѣ, дѣйствительно, галлюцинаторный образъ является «матеріализаціей навязчивой мысли» (*Pitres* и *Régis*) и развивается вторично изъ навязчиваго представленія (*Séglas*); здѣсь будетъ то, что *Séglas* называетъ «галлюцинаторной обсессіей», а не навязчивая галлюцинація. Интересно отмѣтить, что въ приведенномъ наблюденіи, относящемся къ чистымъ и неосложненнымъ формамъ «constitutionis ideo-obsessivae», галлюцинаторные признаки занимаютъ сравнительно второстепенное мѣсто, въ общемъ отрывочны, непродолжительны, однообразны и легко исчезаютъ съ ослабленіемъ напряженности соотвѣтствующихъ навязчивыхъ представленій. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ навязчивыя мысли проте-

каютъ съ большими колебаніями: то онѣ бываютъ выражены слабо и мало безпокоятъ ихъ носителя, то выражены рѣзко, обильны, мучительны; при этомъ нужно имѣть всегда въ виду то обстоятельство, что иногда «constitutio ideo-obsessiva» осложняется прибавочными явленіями, напр., острымъ меланхолическимъ психозомъ. Иной разъ трудно бываетъ рѣшить, имѣется-ли дѣло лишь съ обостреніемъ навязчивыхъ мыслей или-же съ осложненіемъ ихъ другимъ психопатическимъ состояніемъ. Несомнѣнно, что и при обостреніи навязчивыхъ психическихъ процессовъ повышается и усиливается наклонность къ образованію навязчивыхъ представленій съ чувственной окраской. Вотъ, напр., такой случай.

Больной, 64 л., говоритъ, что лѣтъ съ 12 онъ сталъ замѣчать у себя неотвязныя мысли. Онъ всегда былъ мнительнымъ, имѣлъ тревожный характеръ, легко разстраивался изъ-за пустяковъ. До 16 лѣтъ навязчивыя состоянія безпокоили его сильно, потомъ меньше, а затѣмъ снова сильнѣе. Нѣсколько-же мѣсяцевъ назадъ навязчивыя мысли стали тревожить его такъ сильно и такъ удручали своимъ содержаніемъ, что приводили его въ отчаяніе и жизнь стала тяготить его; онъ началъ волноваться и бояться, какъ-бы не сдѣлать чего-либо дурного надъ собой или надъ другими. Больной говоритъ, что словно кто-то нашептываетъ ему на ухо: «сдѣлай то-то, сдѣлай другое». Въ то-же время онъ хорошо сознаетъ всю нелѣпость и болѣзненность своихъ навязчивыхъ мыслей.

Въ только-что приведенномъ случаѣ дѣло имѣется даже не съ галлюцинаціями, а лишь съ навязчивыми мыслями, наклонными трансформироваться въ галлюцинаторный образъ; здѣсь, если угодно, можно говорить о зачаточныхъ или обрывныхъ галлюцинаторныхъ образахъ. Этимъ примѣромъ я хотѣлъ-бы лишь показать, какого рода явленія приходится иногда наблюдать у лицъ, страдающихъ навязчивыми психическими состояніями.

Что касается зрительныхъ навязчивыхъ представленій, выражающихся въ галлюцинаторной формѣ, то мнѣ думается, что въ чистыхъ и неосложненныхъ случаяхъ «constitutionis ideo-obsessivae» истинныхъ зрительныхъ галлюцинацій обыкновенно не бываетъ; чаще всего, судя по разсказамъ больныхъ, въ ихъ сознаніи всплываютъ лишь яркіе образы болѣзненно живой фантазіи; въ нѣкоторыхъ-же случаяхъ можно установить даже и ложныя галлюцинаціи или псейдогаллюцинаціи, носящія навязчивый характеръ. Особенно интереснымъ въ этомъ отношеніи является слѣдующій случай.

У больного, 13 л., одного изъ 2-хъ близнецовъ, изъ болѣзненно отягощенной семьи, за послѣдніе мѣсяцы обнаружились навязчивыя представленія, между прочимъ, хульнаго содержанія, о которыхъ онъ стѣснялся говорить своей матери. Однако, отъ него удалось узнать, что въ его воображеніи рисуется такая навязчивая картина: «голый мужчина показываетъ богу половые органы»; разъ-же ему представился цѣлый рядъ голыхъ мужчинъ. При разспросѣ подтвердилось, что все это рисуется больному мысленно. Далѣе, при изслѣдованіи было обнаружено, что у больного существуютъ, хотя и слабо выраженные признаки болѣзненныхъ сомнѣній и колебаній, т. е. признаки той нервно-психической организаціи, которую я называю «constitutio ideo-obsessiva».

Приведенный случай служитъ примѣромъ ложныхъ зрительныхъ галлюцинацій навязчиваго характера. Дѣйствительно, самъ больной, мальчикъ вполнѣ разумный, указываетъ, что то, что ему представляется, рисуется ему «мысленно», какъ это обыкновенно и бываетъ при псейдогаллюцинаціяхъ зрѣнія. Далѣе, это наблюденіе требуетъ анализа еще вотъ въ какомъ отношеніи. Больной жалуется на то, что его преслѣдуютъ картины извѣстнаго содержанія, такъ что возникаетъ мысль, нѣтъ-ли здѣсь навязчивой псейдогаллюцинаціи, не является-ли послѣдняя первичной по своему происхожденію. Конечно, трудно ожидать отъ больного мальчика такого тонкаго самонаблюденія, чтобы можно было съ положительностью рѣшить, что имѣется въ данномъ случаѣ: галлюцинаторная-ли форма навязчивыхъ представленій, или навязчивая галлюцинація? Обратимъ вниманіе прежде всего на то, что у больного, несомнѣнно, существуютъ навязчивыя представленія хульнаго содержанія; дѣйствительно, представленія религіозныя сочетаются у него насильственнымъ образомъ и по контрасту съ представленіями о половыхъ органахъ; изъ такихъ-то именно сочетаній, думается мнѣ, и образовались тѣ галлюцинаторныя явленія, на которыя онъ жалуется; поэтому, въ этомъ случаѣ они являются вторичными, а не первичными, какъ это бываетъ при навязчивыхъ галлюцинаціяхъ. Самая форма галлюцинаторнаго образа говоритъ здѣсь скорѣе въ пользу высказаннаго предположенія, а именно—о сочетаніи по контрасту; едва-ли такое сочетаніе въ галлюцинаторной формѣ могло-бы возникнуть первично, безъ предшествующаго сочетанія по контрасту навязчивыхъ мыслей и представленій. Галлюцинаторный образъ, преслѣдующій больного, въ данномъ случаѣ имѣетъ лишь сходство съ навязчивой галлюцинаціей, оставаясь по существу и по происхожденію галлюцинаторной формой навязчивыхъ представленій.

Иногда приходится наблюдать при «constitutio ideo-obsessiva» обонятельныя галлюцинаторныя обсессіи. Напр., мнѣ извѣстенъ такой случай.

У одного молодого человѣка, подверженнаго разнообразнымъ навязчивымъ состояніямъ, существовалъ страхъ, что въ то время, когда онъ находится въ обществѣ знакомыхъ, у него могутъ непроизвольно выходить газы изъ задняго прохода. Временами онъ испытывалъ такое ощущеніе, какъ будто газы, дѣйствительно, понемногу выходили; онъ начиналъ волноваться, и ему казалось, что онъ чувствуетъ характерный дурной запахъ, хотя ничего подобнаго не было.

Въ этомъ случаѣ галлюцинаторное явленіе имѣетъ вторичное происхожденіе и развивалось изъ первично возникающаго навязчиваго представленія.

Что касается словесно-двигательныхъ галлюцинаторныхъ навязчивыхъ представленій, то они обыкновенно выражаются въ томъ, что больному, при существованіи, напр., у него хульныхъ мыслей, кажется, что онъ самъ произноситъ бранныя, циничныя и неприличныя слова; онъ испытываетъ такое ощущеніе, какъ будто языкъ его совершаетъ при этомъ едва замѣтныя движенія противъ его воли. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при рѣзко выраженныхъ навязчивыхъ состояніяхъ, особенно въ связи съ навязчивыми страхами, больные испытываютъ какъ-бы ощущеніе движенія въ какой-либо части тѣла, управляемой произвольными мышцами; напр., иногда больные, у которыхъ наблюдается навязчивый страхъ, сопровождающійся навязчивымъ побужденіемъ ударить или убить кого-либо изъ близкихъ родныхъ или друзей, приходятъ въ состояніе такого волненія, что имъ кажется, что ихъ рука готова вотъ-вотъ схватить острый предметъ, и больной при этомъ переживаетъ ощущеніе зачаточныхъ движеній, для него, однако, ясно замѣтныхъ. Въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло, по видимому, съ состояніемъ, подобнымъ тому, какое встрѣчается при упомянутыхъ выше патологическихъ словесныхъ двигательныхъ явленіяхъ; здѣсь, какъ и тамъ, можно говорить о зачаточныхъ галлюцинаціяхъ двигательнаго характера; между тѣми и другими существуетъ полная аналогія во всѣхъ отношеніяхъ, и тѣ, и другія имѣютъ одинаковое происхожденіе, отличаясь другъ отъ друга лишь мѣстоположеніемъ ненормальныхъ ощущеній.

На этомъ я закончу анализъ галлюцинаторныхъ навязчивыхъ представленій. Конечно, возможны еще иныя формы ихъ, подробное перечисленіе которыхъ не входитъ въ планъ этой работы. Еще рѣзче обозначатся и выдѣлятся галлюцинаторныя навязчивыя представленія, вторичныя по происхожденію, въ общемъ отрывочныя, не всегда рѣзко выраженныя, когда мы разсмотримъ то, что я называю, согласно съ *Séglas*, навязчивыми галлюцинаціями, къ анализу которыхъ я и перехожу.

2. *Навязчивыя галлюцинаціи.* При нѣкоторыхъ психопатическихъ состояніяхъ, напр., при истеріи, больные испытываютъ галлюцинаціи, къ которымъ они относятся сознательно и критически и которыя возникаютъ въ сознаніи навязчивымъ образомъ и при томъ первично, не такъ, какъ это бываетъ при «constitutio ideo-obsessiva». Навязчивыя галлюцинаціи, въ противоположность галлюцинаторнымъ навязчивымъ представленіямъ, отличаются яркостью, рельефностью, отчетливостью, стойкостью и обиліемъ подробностей; онѣ ближе по своимъ качествамъ къ реальнымъ воспріятіямъ, чѣмъ галлюцинаторныя навязчивыя представленія, которыя приближаются къ ложнымъ галлюцинаціямъ или совпадаютъ иногда съ ними; онѣ проецируются во-внѣ, а не являются для ихъ носителя лишь только

мысленнымъ образомъ; онѣ воспринимаются, какъ нѣчто внѣшнее, а не какъ нѣчто, не выходящее за предѣлы организма. Чтобы яснѣе выразить свою мысль, позволю себѣ, не прибѣгая къ болѣе подробному описанію навязчивыхъ галлюцинацій, указать на то, что онѣ весьма характерны для истерическихъ состояній, понимаемыхъ въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, и являются выраженіемъ прирожденной нервно-психической организаціи («constitutio hysterica»). Нужно, однако, замѣтить, что навязчивыя галлюцинаціи, къ которымъ больной относится сознательно, могутъ наблюдаться и при другихъ психическихъ ненормальныхъ состояніяхъ, напр., при эпилептическихъ.

Обращаясь къ вышеприведеннымъ литературнымъ даннымъ, увидимъ, что въ работѣ *Séglas*'а нѣтъ опредѣленнаго указанія на то, при какихъ состояніяхъ и при какой нервно-психической организаціи наблюдаются галлюцинаторныя навязчивыя представленія и какая почва необходима для возникновенія навязчивыхъ галлюцинацій? Уже *Pitres* и *Régis* подчеркиваютъ тотъ фактъ, что навязчивыя галлюцинаціи относятся къ иной категоріи психопатологическихъ состояній, при чемъ останавливаются на разсмотрѣніи только галлюцинаторныхъ обсессій. Такого-же взгляда держится и *Pierre Janet*; онъ проводитъ разницу между галлюцинаторными навязчивыми представленіями «психастениковъ» и навязчивыми галлюцинаціями истеричныхъ. Другіе-же авторы, какъ *Gimbal*, приводятъ только случаи навязчивыхъ галлюцинацій, и ихъ наблюденія являются лишь пополненіемъ казуистическаго матеріала, а не разъясненіемъ теоретическихъ вопросовъ, возникающихъ въ связи съ вопросомъ, о которомъ здѣсь идетъ рѣчь. *Loewenfeld* въ своей недавней монографіи о навязчивыхъ явленіяхъ держится того взгляда, что нѣтъ нужды различать навязчивыя галлюцинаціи и галлюцинаторныя обсессіи, и полагаетъ, что тѣ и другія правильнѣе называть вмѣстѣ навязчивыми галлюцинаціями. Онъ стремится, слѣд., уничтожить тѣ различія между этими 2-мя психопатологическими явленіями, которыя мы находимъ у *Pitres-Régis* и *Pierre Janet*, что, думается, будетъ до нѣкоторой степени шагомъ назадъ. Наконецъ, у нѣкоторыхъ авторовъ, напр., у *Laroussinie*, *Catsaras*, приводятся случаи сложные, гдѣ дѣло идетъ о сочетаніи навязчивыхъ явленій съ меланхолическимъ состояніемъ, что и послужитъ мнѣ предметомъ дальнѣйшаго изложенія.

3. *Навязчивыя галлюцинаторныя явленія въ связи съ навязчивыми сочетаніями по контрасту при острыхъ меланхолическихъ состояніяхъ.* Въ одной изъ своихъ прежнихъ работъ я имѣлъ уже случай говорить о навязчивыхъ сочетаніяхъ по контрасту при меланхолическихъ состояніяхъ и подверждалъ свою мысль описаніемъ соотвѣтствующихъ наблюденій. Я полагаю, что «constitutio ideo-obsessiva» подъ вліяніемъ присоединяющихся къ ней острыхъ психическихъ заболѣваній можетъ выражаться весьма рѣзко. Это наблюдается главнымъ образомъ, если не исключительно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется дѣло съ сочетаніемъ конституціи навязчивыхъ мыслей съ острымъ меланхолическимъ состояніемъ. Какъ показываетъ мой личный опытъ, иногда навязчивыя сочетанія, слабо-выраженныя до появленія психоза, обнаруживаются въ весьма рѣзкой формѣ, если носитель данной нервно-психической организаціи заболѣетъ меланхоліей; получается впечатлѣніе, какъ будто подъ вліяніемъ психоза волевыя задержки стали еще слабѣе и навязчивыя состоянія пріобрѣли возможность проявляться съ особой силой. При болѣе глубокихъ степеняхъ меланхолическаго состоянія сочетающихся съ «constitutio ideo-obsessiva», въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдаются весьма обильныя навязчивыя сочетанія по контрасту и своеобразныя галлюцинаторныя явленія, къ которымъ больной относится критически. Такъ какъ здѣсь идетъ рѣчь о сложномъ психическомъ процессѣ, о сочетаніи 2-хъ различныхъ психопатологическихъ состояній, то, думается мнѣ, въ этихъ случаяхъ весьма трудно при анализѣ опредѣлить, съ чѣмъ-же собственно имѣется дѣло, съ навязчивымъ-ли галлюцинаторнымъ представленіемъ, или съ навязчивой галлюцинаціей? Весьма возможно, что здѣсь имѣется дѣло съ галлюцинаторной формой навязчивыхъ мыслей и что подъ вліяніемъ меланхолическаго состоянія облегчается переходъ навязчивыхъ представленій въ ихъ галлюцинаторную форму. Больные этого рода, испытывая душевное страданіе, переживая непріятное и мучительное состояніе, подвергаясь наплыву навязчивыхъ сочетаній, замѣчаютъ у себя рядъ чувственныхъ образовъ, соотвѣтствующихъ ихъ идеотивному процессу. Въ поясненіе своей мысли приведу нѣсколько примѣровъ.

Напр., больной, у котораго наблюдается картина хульныхъ мыслей, ясно чувствуетъ, что языкъ его, вопреки его желанію, произноситъ разную брань, ругательство, циничныя слова противъ всего для него святого и дорогого. Иногда онъ такъ обезпокоенъ и запуганъ этимъ, что старается придерживать чѣмъ-нибудь, напр., зубами, свой языкъ.

Въ одномъ изъ своихъ такихъ случаевъ я часто слышалъ отъ больного жалобу на то, что его одолѣваютъ непріятныя видѣнія; эти послѣднія заключались, напр., въ томъ, что больной, ходя по полу или по землѣ, видѣлъ неясныя очертанія частей тѣла своихъ родныхъ, которыхъ ему приходилось, казалось ему, попирать ногами. Не смотря на то, что онъ зналъ, что это—болѣзнь, онъ чувствовалъ себя такъ, какъ-будто это было на самомъ дѣлѣ. У этого-же больного навязчивыя представленія легко принимали и слуховую галлюцинаторную форму; напр., ему ясно слышалось, что его называютъ бранными и смѣшными словами, что ему даютъ нелѣпые совѣты и пр., при чемъ, считая все это за проявленіе болѣзни, онъ все-же чувствовалъ себя такъ, какъ будто онъ слышалъ подобныя вещи на самомъ дѣлѣ.

Обзоръ вышеприведенной литературы показываетъ, что нѣкоторые изъ авторовъ приводятъ сочетанные случаи, гдѣ можно говорить объ осложненіи навязчивыхъ мыслей рѣзко выраженнымъ меланхолическимъ состояніемъ. Таковы, напр., случаи *Laroussinie* и *Catsaras*. Случаи эти, конечно, не могутъ служить доказательствомъ того, что галлюцинаторныя явленія входятъ въ число припадковъ навязчивыхъ мыслей; для этого нужны случаи неосложненные, не сочетанные.

Литература. 1. *Arnaud, F. L.* Les obsessions en général «Traité de pathologie mentale, publié sous la direction de *G. Ballet*». Paris, 1903 г., стр. 689—690.—2. *Buccola.* Le idee fisse. «Rivista sperimentale di freniatria», 1880 г. Прив. по *Seglas*'у.—3. *Catsaras.* Contribution à l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale. «Annales médico-psychologiques», 1892 г., стр. 442—466.—4. *Falret, Jules.* Obsessions intellectuelles et émotives. Rapport au Congrés international de médecine mentale. Paris, 1889 г.—5. *Gimbal.* Hallucination obsédante. «Revue de psychiatrie», 1904 г., № 1, стр. 26—29.—6. *Jannet, Pierre.* Les obsessions et la psychoasthénie. Paris, 1903 г., стр. 85—95.—7. *Laroussinie.* Hallucination succédant à des obsessions et à des idées fixes. «Archives de neurologie», 1896 г., № 7, стр. 33—37.—8. *Loewenfeld.* Die psychischen Zwangerscheinungen. Wiesbaden, 1904 г., стр. 196—214.—9. *Menriot.* Des hallucinations des obsédés (pseudo-hallucinations). Парижская диссертація, 1903 г.—10. *Pick, A.* Ueber die Beziehungen zwischen Zwangvorstellungen und Hallucinationen. Отд. отт. изъ «Prager medicinische Wochenschrift», 1895 г.—11. *Pitres, A.* et *Régis, E.* Les obsessions et les impulsions. Paris, 1902 г., стр. 133—142.—12. *Raymond* et *Arnaud.* Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements (folie du doute avec délire du toucher). «Annales médico-psychologiques», 1892 г., стр. 86—88 и 204.—13. *Séglas.* De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. Тамъ-же, 1892 г. Засѣданіе «Société médico-psychologique», 30-го ноября, 1891 г.—14. *Онъ-же.* «Leçons cliniques», стр. 107.

Изъ гинекологическаго отдѣленія ч. пр. Д. Д. Попова въ Петербургскомъ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ.

Къ вопросу о пересадкѣ мочеточниковъ съ изсѣченіемъ пузыря при полномъ удаленіи раковоперерожденной матки путемъ чревосѣченія (операція Wertheim'а).

Ф. Н. Тавилдарова.

(*Окончаніе. См. № 44, стр. 1472*).

Перехожу къ описанію своего случая.

Н. В., 48 л., поступила въ гинекологическое отдѣленіе Петербургскаго Николаевскаго военнаго госпиталя 28/IV 1904 г. съ жалобами на сильныя кровотеченія изъ половыхъ органовъ. Первыя мѣсячныя на 16-мъ году; типъ ихъ былъ чрезъ мѣсяцъ, по 10—12 дней; очень обильныя; 4 года назадъ прекратились совсѣмъ. Всегда была совершенно здорова, и лишь съ Рождества 1903 г. начались понемногу кровотеченія, попеременно съ бѣлями. Скоро выдѣленія пріобрѣли непріятный запахъ. Съ февраля 1904 г. появились сильныя боли внизу живота, а черезъ нѣкоторое время и въ области правой почки. Обращалась за совѣтомъ въ Покровскую Общину, откуда и была направлена въ

Николаевскій госпиталь. — При изслѣдованіи 2/v обнаружено полное разрушеніе влагалищной части и кратерообразное отверстіе по направленію канала шейки матки; уплотненіе пузырно-маточной клѣтчатки, больше съ правой стороны. Справа, кромѣ того, раковый процессъ перешелъ на сводъ и разрушилъ верхнюю часть рукавной стѣнки.—За время съ 3/v по 14/v особыхъ перемѣнъ въ состояніи здоровья не наблюдалось: были кровянисто-ихорозныя выдѣленія, боли въ животѣ и въ поясницѣ. Дѣлались горячія (36° Р.) спринцеванія влагалища растворомъ марганцовокислаго кали; черезъ день назначались теплыя ванны. 13/v вечеромъ—слабительное (касторовое масло). 14/v утромъ—промывательное; днемъ сдѣлана мыльная ванна; вечеромъ влагалище спринцевано растворомъ сулемы (1:2000) и затампонировано влажной полоской сулемованной марли; на животъ — компрессъ изъ такой-же марли.

15/v: Операція подъ гедоналъ-хлороформнымъ наркозомъ (*А. И. Орловъ*). Больная взята на край стола, и, когда были сбриты волосы съ наружныхъ половыхъ органовъ, изъ влагалища извлеченъ вложенный наканунѣ марлевый тампонъ и наружныя части и влагалище тщательно вымыты мочалками, при чемъ, вмѣсто мыла, употреблялся мыльный калійный спиртъ, какъ болѣе размягчающій наружный слой покрововъ и позволяющій поэтому надѣяться на болѣе совершенное удаленіе съ него всѣхъ болѣзнетворныхъ зародышей. Затѣмъ наружные половые органы и влагалище протерты ватою, смоченною въ 90° спиртѣ, а потомъ въ 1:1000 растворѣ сулемы. Вслѣдъ за этимъ разросшіяся на влагалищной части матки раковыя массы выскоблены острой ложкой и прижжены приборомъ *Paquelin*'а; влагалище туго затампонировано полоской ксероформной марли. Все это сдѣлано было однимъ изъ помощниковъ въ резиновыхъ перчаткахъ, чтобы онъ имѣлъ возможность въ дальнѣйшемъ, если бы то оказалось нужнымъ, помогать и при операціи. Больная переложена на столъ, и брюшныя стѣнки по снятіи сулемоваго компресса, вымыты мыльнымъ спиртомъ, 90° спиртомъ и 1:1000 растворомъ сулемы. Ей придано *Trendelenburg*'овское положеніе (подъ угломъ въ 35°) и сдѣланъ разрѣзъ передней брюшной стѣнки по бѣлой линіи отъ лобка до пупка. Кишечныя петли отодвинуты большимъ марлевымъ компрессомъ къ грудобрюшной преградѣ, а другими компрессами покрыты края раны. Расширенный до толщины указательнаго пальца правый мочеточникъ отчетливо обозначался въ отдѣлѣ маргинальной кривизны, т. е. тамъ, гдѣ онъ огибалъ большіе сосуды (подвздошные); вмѣстѣ съ тѣмъ оказалось, что онъ лежалъ не соотвѣтственно заднему выпуклому краю яичника и не ограничивалъ яичниковую ямку снизу, какъ это бываетъ обыкновенно, а прилегалъ своей внутренней стѣнкой къ наружно-задней поверхности праваго яичника. Дно матки захвачено крѣпкими щипцами *Museux*, и она оттянута вверхъ и влѣво для болѣе яснаго обозначенія правой воронково-тазовой связки (lig. infundibulo-pelvicum); на связку наложены зажимы, между которыми она и перерѣзана; затѣмъ то-же самое сдѣлано на лѣвой сторонѣ при оттягиваніи матки въ противоположную сторону. Послѣдовательно наложены зажимы на круглыя связки приблизительно на срединѣ ихъ широкосвязочнаго отдѣла (pars lig. lati), между которыми онѣ и перерѣзаны. На периферическіе отрѣзки воронково-тазовой (сѣменная артерія) и круглой связокъ наложены шелковыя лигатуры. Для болѣе яснаго опредѣленія подвижной поперечной складки передняго *Douglas*'ова пространства и раскрытія краевъ разрѣзовъ брюшины, а также для удобства соединенія краевъ разрѣза на передней поверхности матки, на границѣ смѣщаемости брюшины, пузырь, захваченный пулевыми щипцами, оттягивался вверхъ и кпереди, что въ дальнѣйшемъ облегчало отдѣленіе его отъ переднихъ поверхностей матки и рукава. По разрѣзѣ брюшины ножницами справа налѣво въ области переходной складки на передней поверхности матки и разрѣзовъ оставшихся участковъ брюшины съ боковъ (между разрѣзами воронково тазовой и круглой связки) съ обѣихъ сторонъ была открыта клѣтчатка нижняго отдѣла широкой связки. Пузырь тупо отслоенъ отъ передней поверхности матки, что представляло нѣкоторое затрудненіе вслѣдствіе пропитыванія клѣтчатки новообразованіемъ. Отысканные въ клѣтчаткѣ маточные сосуды прослѣжены до подчревной артеріи и, захваченные здѣсь въ зажимы, перерѣзаны, послѣ чего на оба конца наложены лигатуры. Отыскиваніе и тупая отсепаровка ихъ съ правой стороны затруднялись раковой инфильтраціей. Шелковыя лигатуры накладывались обыкновенною тупою иглою въ иглодержателѣ. Затѣмъ отпрепарованы мочеточники тупымъ путемъ при помощи марлевыхъ компрессовъ по фронтальной ихъ кривизнѣ съ отодвиганіемъ задняго листка широкой связки, при чемъ отыскиваніе праваго мочеточника не представляло трудностей въ виду значительнаго его растяженія. Лѣвый мочеточникъ сохранилъ приблизительно нормальную толщину. Затѣмъ пузырь отслоенъ былъ отъ передней стѣнки рукава, а мочеточники отпрепарованы до вступленія ихъ въ стѣнку пузыря. Пузырный конецъ праваго мочеточника уже лежалъ среди раковаго новообразованія, пропитывавшаго правую сторону основанія (*Lieutaudi*'евъ 3-угольникъ) и сосѣднихъ отдѣловъ задней стѣнки пузыря. Правый мочеточникъ былъ перерѣзанъ въ здоровой части, отступя 2 стм. отъ стѣнки пузыря, по наложеніи зажима на пузырный отрѣзокъ; центральный конецъ завернутъ во влажный марлевый компрессъ. Тотчасъ-же было приступлено къ удаленію частью ножницами, частью тупымъ путемъ раковоперерожденнаго участка, занимавшаго часть *Lieutaudi*'ева 3-угольника и распространявшагося по задней стѣнкѣ пузыря. Такимъ образомъ изсѣченъ былъ кусокъ раково-перерожденнаго мышечнаго слоя пузырной стѣнки, діаметромъ въ 4 стм.; слизистая оболочка пузыря, по видимому, не была захвачена, новообразованіемъ кромѣ участка въ области вхожденія въ пузырь праваго мочеточника, который и былъ удаленъ вмѣстѣ съ участкомъ слизистой оболочки, площадью въ 1 × 2 стм. Края раны слизистой оболочки и мышечной стѣнки были соединены глубокими и поверхностными кэтгутовыми швами. Отступя по вертикальной линіи на 3,5 вверхъ отъ бывшаго мѣста впаденія мочеточника, была захвачена верхушка пузыря 2-мя пулевыми щипцами; обнаженная отъ брюшины стѣнка пузыря между ними растянута въ поперечномъ направленіи и въ этомъ-же направленіи послойно вскрыта ножемъ на 1,5 стм. въ длину. Слизистая оболочка верхняго края раны отпрепарована въ глубину на 0,5 стм. Верхняя (передняя) стѣнка центральнаго отрѣзка мочеточника была прошита на 0,5 стм. выше свободнаго конца его шелковою лигатурой, на оба конца которой надѣты были иглы. Концы эти проведены чрезъ слизистую оболочку пузыря, отступя отъ края разрѣза на 0,5 стм., изнутри кнаружи; при помощи ихъ мочеточникъ былъ втянутъ въ просвѣтъ пузыря и укрѣпленъ здѣсь путемъ завязыванія лигатуры надъ слизистой оболочкой. Для укрѣпленія мочеточника съ боковъ и закрытія краевъ пузырной раны наложены кэтгутовыя лигатуры, проходившія черезъ мышечный слой стѣнки пузыря и захватывавшія боковыя стѣнки мочеточника, также минуя слизистую его оболочку; закрытіе раны сверху и снизу (resp. спереди и сзади) и укрѣпленіе мочеточника здѣсь было достигнуто также кэтгутовыми лигатурами, проведенными чрезъ верхній и нижній (resp. передній и задній) края раны и соотвѣтствующія стѣнки мочеточника, не захватывая слизистой его оболочки. Затѣмъ пузырь отдѣленъ отъ болѣе глубокихъ отдѣловъ передней стѣнки рукава приблизительно до нижней его 1/2, гдѣ на ощупь уже не замѣчалось раковаго пропитыванія; до этой-же границы отдѣлена и правая стѣнка рукава частью вмѣстѣ съ окружавшей ее клѣтчаткой, пораженной новообразованіемъ. Съ лѣвой стороны, въ виду меньшаго распространенія пораженія, боковая стѣнка влагалища отсепарована лишь до границы между верхней и средней 1/3 его. Затѣмъ по оттягиваніи матки кпереди были перерѣзаны между зажимами маточно-крестцовыя связки, а также сдѣланъ поперечный разрѣзъ брюшиннаго покрова матки сзади, и послѣдовательно, частью ножницами, частью тупымъ путемъ отдѣлена задняя стѣнка рукава, при чемъ справа ее пришлось отдѣлить нѣсколько глубже. На периферическіе концы маточно крестцовыхъ связокъ наложены лигатуры (шелковыя). При подтягиваніи матки вверхъ и вытягиваніи вмѣстѣ съ тѣмъ отсепарованной рукавной трубки на послѣднюю съ обѣихъ сторонъ наложены были зажимы, изогнутые подъ прямымъ угломъ, и подъ ними влагалище перерѣзано ножницами по всей его окружности, послѣ чего матка съ придатками, верхнимъ отдѣломъ рукава и окружающей отдѣленной клѣтчаткой извлечена черезъ брюшную рану. Оставшійся нижній отрѣзокъ рукава захваченъ по всей окружности 3—4-мя длинными зажимами для удобства послѣдовательнаго обшиванія клѣтчатки, обкалыванія кровоточащихъ сосудовъ и тампонады. Послѣ окончательной остановки кровотеченія и обслѣдованія подчревныхъ железъ, оказавшихся неизмѣненными, все обнаженное отъ брюшины поле операціи, за исключеніемъ верхнихъ боковыхъ отдѣловъ (область воронково-тазовой связки), тщательно дренировано полосками ксероформной марли (4), концы которыхъ выведены въ рукавъ. Края разрѣзовъ брюшины соединены непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ, начиная отъ воронково-тазовой связки, при чемъ культи этихъ послѣднихъ, а также круглыхъ и маточно-крестцовыхъ связокъ, завертывались въ подбрюшинное пространство. При зашиваніи брюшины надъ правымъ, вшитымъ въ пузырь, мочеточникомъ, идущимъ снаружи внутрь и расположеннымъ по горизонтальной плоскости надъ марлевымъ дренажемъ, 2-мя петлями кэтгутоваго шва, соединившаго брюшину, мочеточникъ былъ укрѣпленъ забрюшинно. Такимъ образомъ вся тазовая область была снова покрыта брюшиною, и марлевый дренажъ оставался лежать внѣбрюшинно. Разрѣзъ передней брюшной стѣнки зашитъ узловыми шелковыми швами (7), захватывавшими всю толщу ея, съ наложеніемъ непрерывнаго кэтгутоваго шва на брюшину и апонейрозъ. Между шелковыми швами края кожнаго разрѣза соединены захватками (serres fines) *Michel*'я. Давящая повязка на животъ. Рукавъ затампонированъ ксероформной марлей. Продолжительность операціи 2 1/2 часа,—наркоза 2 ч. 53 мин.; хлороформа израсходовано 60,0 грм. Катетромъ послѣ операціи выпущено немного кровянистой мочи.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко. Первые 3 дня моча была кровянистая; количество ея, въ 1-й день равнявшееся 300 к. стм., къ 5-му уже возросло до 1000; на 7-й день она стала очень мутной; микроскопически въ ней опредѣлено присутствіе гноя, вслѣдствіе чего до 15/vi пузырь ежедневно промывался 2%-мъ растворомъ борной кислоты съ 2‰ ляписа, и до 8/vi моча выпускалась катетромъ. Захватки сняты на 8-й день, шелковые швы—на 13-й; брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ. Съ 26/v—вяжущія влагалищныя спринцеванія. 1/vi больной разрѣшено сидѣть въ постели въ виду ея прекраснаго общаго состоянія. 5/vi влагалищная рана имѣла уже видъ короткаго слѣпого мѣшка, пропускавшаго ногтевую фалангу указательнаго пальца; стѣнки мѣшка гладкія; нигдѣ не опредѣлялось уплотненія; величина мѣшка въ глубину—2—3 стм.; выдѣленія изъ влагалища незначительныя. Разрѣшено встать съ постели. 17/vi произведено цистоскопическое изслѣдованіе при помощи цистоскопа проф. *Д. О. Отта*. При этомъ найдено, что правая 1/2 пузыря представляетъ значительно большее углубленіе, чѣмъ лѣвая; она оттянута кзади; слизистая оболочка ея отечна, гиперемирована, что въ особенности замѣтно въ окру-

ности сосочкообразнаго, колбовиднаго тѣла, выступающаго въ полость пузыря приблизительно на 0,5 стм. (конецъ пересаженнаго мочеточника); отверстіе въ сосочкѣ ясно не различается. Съ лѣвой стороны отверстіе мочеточника имѣетъ видъ поперечной щели. Вслѣдствіе впячиваній слизистой оболочки мочевого пузыря не удается ясно осмотрѣть всей внутренней его поверхности. 24/VI цистоскопическое изслѣдованіе было повторено, при чемъ за 2 часа передъ нимъ больной дано 0,3 грм. метиленовой синьки въ желатиновой сумочкѣ. При изслѣдованіи было видно выдѣленіе окрашенной мочи какъ изъ устья лѣваго мочеточника, откуда она выпрыскивалась черезъ неравномѣрные промежутки времени (10—45 сек.) тоненькой струйкой, такъ и изъ праваго, пересаженнаго, съ тою разницею, что тутъ вытеканіе мочи обнаруживалось лишь потому, что стѣнка пузыря позади и ниже сосочка временами покрывалась волною синеватой жидкости; самого отверстія мочеточника увидѣть здѣсь не удалось, такъ какъ оно, по видимому, обращено кзади.

Во все время пребыванія въ госпиталѣ послѣ операціи больная получала салолъ, по 0,3 грм., 3 раза въ день, такъ какъ катарръ мочевого пузыря не вполнѣ исчезъ ко времени выписки—30/VI. Изслѣдованіе въ день выписки показало, что на мѣстѣ влагалищнаго разрѣза имѣется гранулирующая, слегка кровоточащая при дотрогиваніи ватнымъ тампономъ поверхность. Пропитыванія новообразованіемъ или какого-либо оплотнѣнія нигдѣ не обнаружено. Болевыхъ ощущеній нѣтъ.

Описаніе препарата: Матка удалена съ яичниками, трубами и верхнимъ отдѣломъ рукава. Длина матки по передней стѣнкѣ 7, по задней 6, ширина дна между трубами 3,5 стм. Длина правой трубы 7, лѣвой 6 стм.; онѣ обѣ значительно извиты и покрыты около брюшныхъ концовъ тонкими ложными перепонками. Длина праваго яичника 3,5, высота 2, толщина 0,9 стм. Длина лѣваго яичника 3, высота 1,5, толщина 1 стм. Разстояніе между яичниковой связкой 3,5 стм.; яичниковыя связки отстоятъ книзу отъ трубъ на той и другой сторонѣ на 1,5 стм. По заднему листку брыжейки трубъ замѣтны пузырькообразныя возвышенія, съ просяное и конопляное зерно. Раковый процессъ больше разрушилъ заднюю и правую стѣнки матки, чѣмъ переднюю и, воронкообразно распространившись въ каналъ шейки, перешелъ внутренній зѣвъ; отъ полости матки осталась незанятой процессомъ лишь часть длиною въ 3 стм. Удаленная верхняя $^1/_2$ рукава принадлежитъ правой стѣнкѣ его; слѣва удалена $^1/_3$ стѣнки. Удаленъ участокъ задней стѣнки пузыря и *Lieutaudi*'ева 3-угольника, яйцевиднаго очертанія, съ наибольшимъ діаметромъ въ 4 стм.; вмѣстѣ съ нимъ удаленъ и участокъ слизистой оболочки вмѣстѣ съ сосочками праваго мочеточника, размѣрами 1×2 стм. Длина усѣченнаго куска праваго мочеточника 2 стм.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что правый мочеточникъ сдавленъ новообразованіемъ и что стѣнка его частью гнѣздно пропитана мелкими клѣтками, напоминающими раковыя. Стѣнка пузыря замѣтно поражена новообразованіемъ, при чемъ раковыя клѣтки располагаются преимущественно по направленію лимфатическихъ щелей. Въ околопузырной клѣтчаткѣ клѣтки эти сохранили свою характерную форму и отличаются своей большой величиной, въ толщѣ-же стѣнки пузыря онѣ меньше и округлѣе. Гнѣзда ихъ встрѣчаются у самой слизистой оболочки, но нигдѣ, однако, не проникаютъ въ нее.

Черезъ 3 мѣс. послѣ операціи (въ $^1/_2$ августа) больная пришла показаться изъ-за вновь появившихся кровянистыхъ выдѣленій изъ влагалища. Во влагалищномъ рубцѣ найденъ плотный узелъ съ язвенной, кровоточившей поверхностью. Въ околовлагалищной клѣтчаткѣ—разлитая инфильтрація. Со стороны мочевыхъ органовъ все нормально, но катарръ пузыря все еще не совсѣмъ прошелъ (моча мутноватая). Болей нѣтъ никакихъ. Очевидно, имѣлся возвратъ рака, развившійся, по всей вѣроятности, изъ какого-нибудь незамѣченнаго при операціи островка новообразованія въ околовлагалищной клѣтчаткѣ. Вторичная операція представляла мало надежды на успѣхъ, такъ какъ пропитываніе доходило до самыхъ костей таза и было плотно спаяно съ ними. Поэтому больной было назначено палліативное лѣченіе (спринцеванія $1^1/_2$-хлористымъ желѣзомъ, прижиганія кровоточащей язвы ляписомъ) и предложено ходить въ отдѣленіе на амбуляторный пріемъ. Однако она больше уже не являлась, и дальнѣйшая судьба ея осталась неизвѣстной.

Въ приведенной исторіи болѣзни имѣется нѣсколько пунктовъ, на которыхъ я позволю себѣ остановиться потому, что они могутъ служить подспорьемъ къ выясненію нѣкоторыхъ вопросовъ, касающихся техники операціи. Прежде всего, и на этомъ случаѣ подтверждается мнѣніе *Monari*, что высвобожденіе мочеточника на большомъ протяженіи изъ его ложа не ведетъ неминуемо къ его омертвѣнію, если только онъ оставленъ въ соприкосновеніи съ брюшиной и подлежащей клѣтчаткой. Мочеточникъ въ вышеописанномъ случаѣ былъ отпрепарованъ отъ мѣста перекреста его съ большими тазовыми сосудами вплоть до впаденія въ пузырь, т. е. обнажена была вся тазовая часть его, длиной въ 10—12 стм. Не смотря на это, омертвѣнія мочеточника не послѣдовало, такъ какъ онъ былъ поставленъ въ условія, благопріятныя для поддержанія его питанія. Высвобожденіе въ верхнихъ $^3/_4$ произведено было тупымъ путемъ, чѣмъ и была сохранена маточная артерія *Feitel*'я. Только въ нижней, непосредственно приникавшей къ мочевому пузырю части примѣнены были для отсепаровки ножницы вслѣдствіе чего мочеточниковыя вѣтви верхней пузырной артеріи были перерѣзаны. Но это не могло имѣть большого значенія какъ вслѣдствіе незначительной величины этихъ вѣточекъ, такъ и потому, что нижніе 2 стм. мочеточника, которые преимущественно и питаются ими, были, все равно, изсѣчены. Требованіе *Monari* объ оставленіи высвобожденнаго мочеточника въ соприкосновеніи съ окружающими частями было выполнено тѣмъ, что разрѣзъ брюшины надъ мочеточникомъ былъ тщательно зашитъ, при чемъ въ 2-хъ мѣстахъ брюшина была пристегнута къ стѣнкѣ мочеточника кэтгутовыми швами, чтобы уменьшить степень влеченія его на мѣсто всажденія въ пузырь. Тѣмъ-же швомъ брюшины было достигнуто и внѣбрюшинное положеніе мѣста всажденія. Закрѣпленіе конца мочеточника въ разрѣзѣ стѣнки пузыря было достигнуто наложеніемъ 1 шелковой и 4 кэтгутовыхъ лигатуръ. 1-ая, служившая собственно только для втягиванія мочеточника въ разрѣзъ пузыря, проходила лишь чрезъ слизистый слой послѣдняго и была завязана между нимъ и мышечнымъ слоемъ для того, чтобы въ случаѣ просачиванія мочи черезъ мѣста уколовъ моча не могла проникать до брюшиннаго покрова, а также чтобы въ случаѣ нагноенія во внутреннемъ швѣ выдѣленіе его послѣдовало въ полость пузыря. Кэтгутовыя лигатуры, стягивавшія края разрѣза пузыря къ мочеточнику, проведены были лишь черезъ наружные слои стѣнокъ того и другого и не могли дать поводъ къ просачиванію мочи. Количество швовъ было весьма ограничено, чтобы не нарушать питанія конца мочеточника. Особаго натяженія мочеточника не наблюдалось вслѣдствіе незначительности изсѣченнаго участка его, а потому не было смѣщено вверхъ пузырное дно и не было наложено лигатуръ, укрѣпляющихъ мочеточникъ къ наружнымъ частямъ, какъ это настойчиво совѣтуетъ дѣлать *Stroeckel*. Высказанныя выше соображенія заставляютъ, по мѣрѣ возможности, воздерживаться отъ наложенія подобныхъ лигатуръ. Въ сообщаемомъ мною случаѣ и безъ того развился значительный катарръ мочевого пузыря, который, несомнѣнно, принялъ-бы еще болѣе упорное теченіе, если-бы раздраженіе пузыря поддерживалось въ теченіи первыхъ дней послѣ операціи присутствіемъ въ полости его инороднаго тѣла. По той-же причинѣ не былъ введенъ въ пузырь и постоянный катетеръ, а моча выпускалась катетеромъ періодически, первые 6 дней черезъ каждые 2 часа, а позднѣе (до 8/VI)—черезъ 3—4 часа.

Олигурія, наблюдавшаяся въ описанномъ мною случаѣ въ первые дни послѣ операціи, представляетъ обычное явленіе. По наблюденіямъ *Franz*'а [50]) (изъ клиники проф. *Bumm*'а) она зависитъ отъ отека стѣнокъ мочеточника, доходящимъ до полнаго временного закрытія его просвѣта. Я, съ своей стороны, могу присоединиться къ мнѣнію *Franz*'а на томъ основаніи, что при производствѣ цистоскопіи черезъ $4^1/_2$ недѣли послѣ операціи все еще была замѣтна нѣкоторая отечность внутрипузырнаго отдѣла пересаженнаго мочеточника. Кстати тутъ можно указать на громадную важность цистоскопическаго изслѣдованія послѣ подобной операціи для точнаго опредѣленія ея успѣха. Если вспомнить случаи *Bastianelli*, *Füth*'а, *Landau* и проф. *Н. Н. Феноменова*, приведенные выше, то станетъ очевиднымъ, что гладкое теченіе послѣоперационнаго періода еще не доказываетъ, что просвѣтъ мочеточника остался проходимымъ; при закрытіи просвѣта мочеточника можетъ наступить, какъ это и было въ вышеупомянутыхъ случаяхъ, асептическое запустѣваніе соотвѣтственной почки, при чемъ другая, здоровая, почка принимаетъ на себя и работу первой. Поэтому единственнымъ доказательствомъ ненарушенной проходимости пересаженнаго мочеточника можетъ служить лишь наглядное при помощи цистоскопа наблюденіе, что изъ его пузырнаго отверстія стекаетъ моча.

Что касается техники коренной операціи рака матки черезъ брюшныя стѣнки, то она, какъ это видно изъ приведенной исторіи болѣзни, почти тождественна съ таковой *Wertheim*'а [51]) въ томъ видѣ, въ которомъ онъ дѣлаетъ

ее въ настоящее время. Небольшое отличіе заключается въ способѣ отыскиванія мочеточниковъ. *Wertheim* отыскиваетъ ихъ вверху, въ томъ мѣстѣ, гдѣ мочеточникъ обходитъ (при нормальномъ положеніи яичника) нижній край яичниковой ямки, касаясь выпуклаго свободнаго края яичника, или же, при глубокомъ положеніи яичника, покрывается имъ; отсюда *Wertheim* пробуравливаетъ пальцемъ подъ брюшиною ходъ такимъ образомъ, что верхушка пальца выводится у мѣста вхожденія мочеточника въ пузырь, поднимаетъ на пальцѣ широкую связку со всѣми находящимися въ ней сосудами и перевязываетъ ихъ en masse. Этотъ пріемъ примѣнялся и ч. пр. *Д. Д. Поповымъ* въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ околоматочная клѣтчатка была мало поражена раковымъ пропитываніемъ. Изъ 5 случаевъ рака матки, въ которыхъ онъ дѣлалъ операцію по *Wertheim*'у, такая перевязка en masse сосудовъ маточной широкой связки была произведена 2 раза. При расщепленіи брюшины задняго *Douglas*'ова пространства между маткой и кишкой необходимо особенно тщательно перевязывать крестцево-маточныя связки во избѣжаніе часто наблюдаемаго изъ нихъ кровотеченія.

Передъ началомъ операціи нужно обратить вниманіе на возможно полное удаленіе раковыхъ массъ, разросшихся на шейкѣ матки и въ каналѣ ея. На это настойчиво указываютъ какъ самъ *Wertheim* [52]), такъ и другіе операторы, напр., *Mackenrodt* [53]), *Küstner* [54]), между тѣмъ какъ *Krönig* [55]) совѣтуетъ примѣнять выскабливаніе лишь при капустовидныхъ разрощеніяхъ во влагалищной части, при пораженіи-же шеечнаго канала воздерживаться отъ нея, чтобы не истончать еще болѣе и безъ того уже разъѣденныя раковымъ процессомъ стѣнки и не обусловить этимъ, при вытягиваніи впослѣдствіи матки кверху, разрыва ихъ съ послѣдующимъ попаданіемъ частицъ новообразованія въ брюшную полость. Эти соображенія имѣютъ, конечно, свое основаніе; но то, что далъ опытъ госпитальнаго отдѣленія, производитъ впечатлѣніе, что выскабливаніе все-же слѣдуетъ дѣлать во всѣхъ случаяхъ: изъ 5 больныхъ, оперированныхъ по *Wertheim*'у, умерла 1 (отъ гнилостнаго перитонита), та самая, у которой раковыя массы не были удалены изъ шеечнаго канала изъ тѣхъ-же соображеній, на которыя опирается *Krönig*.

Не могу не указать въ заключеніи на тѣ преимущества, которыя представляетъ коренная операція рака матки путемъ чревосѣченія по сравненію съ влагалищнымъ способомъ. Прежде всего бросается въ глаза значительное повышеніе % подлежащихъ операціи (Operabilitätsprocent). Такъ, напр., у *Wertheim*'а [56]) онъ равенъ 50,0—52,9%, у *Döderlein*'а [57]) 48,4% для рака шейки и 82,3% для рака тѣла матки. *Krönig* достигъ 87%, [*Pankow* [58])], а *Mackenrodt* [59]) даже 90% «оперативности». Конечно, первичная смертность при этомъ способѣ еще очень велика. Но все-же, если сравнить результаты 30 первыхъ операцій *Wertheim*'а [52]) — изъ 30 оперированныхъ умерли 12 (40% смертности)—и слѣдующихъ за ними 90—умерли тоже 12 (13%),—то невольно начинаешь надѣяться, что съ усовершенствованіемъ въ техникѣ будетъ получаться и % смертности, не превышающій такового при влагалищномъ способѣ.

2-мъ плюсомъ въ пользу коренного оперированія черезъ брюшныя стѣнки служитъ повышеніе % длительнаго выздоровленія resp. отсутствія возвратовъ. Такъ, у *Jacobs*'а [60]) на 75 оперированныхъ по нѣсколько видоизмѣненному способу *Wertheim*'а, приходится 28 (37%) длительныхъ выздоровленій. *Mackenrodt* среди своихъ больныхъ имѣетъ 80,9% свободными отъ возврата въ теченіи времени до 4-хъ лѣтъ, при первичной смертности въ 19,7% и при вышеуказанномъ громадномъ % подлежавшихъ операцій. Интересна статистика *Morisani* [62]). Онъ оперировалъ по *Wertheim*'у 14 разъ съ 1 смертнымъ исходомъ. Въ 1 случаѣ возвратъ наступилъ черезъ 8 мѣс.; остальныя оперированныя выздоровѣли, при чемъ лишь за 1 изъ нихъ наблюденіе продолжалось менѣе года (6 мѣс.), у другихъ-же возврата не было долѣе, чѣмъ черезъ годъ, а у 4—долѣе, чѣмъ черезъ 2 года. Вмѣстѣ съ тѣмъ въ 25 случаяхъ, въ которыхъ *Morisani* дѣлалъ операцію черезъ влагалище (ни одного случая смерти), во всѣхъ возвратъ наступилъ черезъ 2—12 мѣс.

Конечно, чтобы достигнуть длительнаго выздоровленія, нужно стараться работать при операціи возможно дальше въ здоровыхъ тканяхъ и тщательно удалять каждый маломальски подозрительный кусочекъ, будь то железа, стѣнка сосуда, мочевого пузыря, или мочеточника. Особенно стѣсняться съ изсѣченіемъ послѣдняго не слѣдуетъ, такъ какъ въ операціи пересадки мочеточниковъ мы имѣемъ хорошее средство для возстановленія цѣлости мочевыхъ путей. Но это еще не значитъ, что и въ легкихъ, незапущенныхъ случаяхъ, когда околоматочная клѣтчатка свободна отъ раковаго пропитыванія, вмѣстѣ съ нею необходимо слѣдуетъ удалять и здоровые мочеточники, какъ это раньше предлагалъ дѣлать *Chalot* [63]), а въ новѣйшее время *Sampson* [64]). Не нужно забывать, что единовременная пересадка обоихъ мочеточниковъ сама по себѣ уже можетъ угрожать непосредственной опасностью мочекровія въ виду возможнаго, хотя и временного, закрытія ихъ просвѣта вслѣдствіе послѣоперационнаго отека ихъ стѣнокъ. Правда, удачные случаи одновременной пересадки обоихъ мочеточниковъ описаны [*Lange* [65]), *Calderini* [66]), *Sampson* [64]) и *Krönig*'омъ [67])], что заставляетъ думать, что закрытіе просвѣта мочеточниковъ бываетъ неполное, но все-же лучше не подвергать больныхъ опасности хотя бы одного мочекровнаго приступа, если есть возможность избѣжать этого.

На основаніи всего вышеизложеннаго позволяю себѣ выставить слѣдующія положенія:

1. Пересадка мочеточниковъ въ пузырь (ureterocystoneostomia) является избраннымъ способомъ операціи при всякаго рода нарушеніи ихъ цѣлости.

2. При пересадкѣ мочеточниковъ нужно тщательно озаботиться о возможно меньшемъ нарушеніи ихъ питанія, для чего необходимо, во 1-хъ, отсепарованный мочеточникъ привести въ непосредственное соприкосновеніе съ его ложемъ чрезъ зашиваніе надъ нимъ разрѣза брюшины, во 2-хъ, — устранить всякое напряженіе его и, въ 3-хъ—по возможности ограничить число швовъ, укрѣпляющихъ его въ пузырной стѣнкѣ.

3. Для точной провѣрки результатовъ пересадки необходимо цистоскопическое изслѣдованіе.

4. При коренной операціи рака матки путемъ чревосѣченія необходимо предварительное тщательное очищеніе влагалища отъ раковыхъ массъ и ихъ распада, что лучше всего достигается путемъ выскабливанія ихъ острой ложкой съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ приборомъ *Paquelin*'а.

5) Въ случаяхъ, когда раковый процессъ захватываетъ околоматочную клѣтчатку лишь въ незначительной степени, можно отыскивать мочеточники по *Wertheim*'у у свободнаго края яичника и производить перевязку сосудовъ широкой маточной связки en masse. Если-же раковое пропитываніе параметрія значительно, то предпочтительнѣе высвобождать мочеточникъ внизу, разрѣзавъ брюшину между пузыремъ и маткой и широко раскрывъ параметрій отсепарованіемъ пузыря отъ передней поверхности матки и влагалищной трубки. При этомъ нужно перевязать маточную артерію отдѣльно и какъ можно ближе къ мѣсту выхода ея изъ подчревной артеріи.

6. Необходимо тщательно перевязывать периферическіе отрѣзки крестцово-маточныхъ связокъ, имѣя въ виду часто наблюдаемое значительное изъ нихъ кровотеченіе.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ для себя долгомъ выразить живѣйшую благодарность глубокоуважаемому *Д. Д. Попову* за любезное предоставленіе имъ мнѣ матеріала для этой работы, а также и за полное вниманія отношеніе его ко мнѣ и за цѣнные совѣты во время ея исполненія.

Литературные источники. 1. *Schede.* Operat. Behandl. von Harnleiterscheidenfisteln. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1881, № 23.—2. *Mackenrodt.* Operat. Behandl. der Harnleiterscheidenfisteln. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XXX и «Centralblatt f. Gynaekologie», 1894.—3. *Reed.* «Annals of Surgery», 1892, сентябрь. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1893, № 15.—4. *Калабинъ*, И. С. Zur Frage über die Implant. der Ureteren. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1899, № 35.—5. *Maydl.* Ueber die Radicaloper. der Ectopia vesicae. «Wiener med. Wochenschrift», 1894, №№ 25—29.—6. *Mathes.* Zur Kasui-

stik der Ureterenimplantat. in d. Darm. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», т. XLV.—7. *Peterson*. St.-Louis cour. of medicine, 1900, май. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 19.—8. *Krynski*. Zur Technik der Ureterenimplant. in d. Darm. «Centralblatt f. Chirurgie», 1896, № 4.—9. *Chaput*. «Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris», т. XIX. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1894, № 14.—10. *Boari*. Manière facile et rapide d'aboucher les uretères dans l'intestin etc.—Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1896, стр. 1.—11. *Субботинъ*, М. С., проф. Образованіе мочевого пузыря и уретры съ жомомъ изъ прямой кишки и т. д. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1901.—12. *Яхонтовъ*, А. П. Къ вопросу о пересадкѣ мочеточниковъ въ прямую кишку. Петербургская диссертація, Кіевъ, 1901.—13. *Pawlik, Chavasse* и *Kossinsky* прив. по *Bovee* (19).—14. *Mac-Monagle*. The Managem. of surgic. injuries to the ureters. «American Journal of the medical Sciences», т. CXVIII, стр. 684.—15. *Robson*. Myoma removed by hysterectomy и пр. «The Lancet», 1896, т. I.—16. *Winslow*. «Annals of Surgery», 1898, январь. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1898.—17. *Stroeckel*. Ureterfisteln u. Ureterverletzungen. Leipzig, 1900.—18. *Онъ-же*. Weitere Erfahrung. über Ureterfist. u. Ureterverletz. «Archiv f. Gynaekologie», т. LXVII, стр. 31.—19. *Bovee*. Ureteral implantations. «Annals of Surgery», 1900, стр. 165.—20. *Weinreb*. Ein Beitrag zur Therapie der Ureterverletz. bei Laparotomie. «Archiv f. Gynaekologie», т. LXV, стр. 161.—21. *Bastianelli*. Riconto di Laparotomia. «Annali di ostetrica e ginecologia», 1896, № 2.—22. *Füth*. Beiträge zur Behandlung der Ureterverletz. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1898, № 28.—23. *Landau*. Nierenausschaltung durch. Harnleiterunterbindung. «Deutsche med. Wochenschrift», 1900, № 47 [см. также *Weinreb* (36)].—24. *Феноменовъ*, Н. Н., проф. Интересный случай пораненія мочеточника при чревосѣченіи. «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1901, стр. 374.—25. *Bazy*. Urétéro-cystonéostomie. «Annales des maladies des organes génito urinaires», 1894, стр. 481.—26. *Novaro*. Transperitoneale Implant. des Ureters in die Harnblase и пр. «Wiener med. Wochenschrift», 1894, стр. 559.—27. *Tauffer*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1877, № 37, стр. 438.—28. *Dührssen*. Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiterfisteln и пр. «Sammlung klin. Vorträge», N. F. № 114, 1894.—29. *Penrose*. Abdom. hysterectomy ureter resected and implanted into the bladder. «New-York Medical Journal», 1894, 21/IV.—30. *Kelly*. Operative Gynecology. London, 1900, т. I. стр. 460.—31. *Veit*, J. Ueber Heilung einer Ureterverletz. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XXXI.—32. *Pernice*. Ueber die Uretero cysto-anastomosis. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1900, т. XII, стр. 300.—33. *Krause*. Intraperiton. Einpflanz. des Ureters in die Harnblase. «Centralblatt f. Chirurgie», 1895, № 9.—34. *Witzel*. Extraperiton. Ureterocystostomie mit Schrägkanalbildung. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1896, № 11.—35. *Mackenrodt*. Die Operat. der Ureterfisteln u. Ureterverletz. Тамъ-же, 1899, № 12.—36. *Krönig*. Beitrag zur Ureterenchirurgie. «Archiv f. Gynaekologie», т. LXXII, стр. 309.—37. *Lichtenauer*. Zur Ureterenchirurgie. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1904, т. XIX, стр. 75.—38. *Monari*. Ueber Ureteranostomose. «Beiträge zur klin. Chirurgie», т. XV.—39. *Gottschalk*. Zur abdomin. Ureterocysto-anastomosis и пр. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1900, т. XII, стр. 317.—40. *Funke*. Beitrag zur abdomin. Totalextirpation. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XXXIX, стр. 485.—41. *Feitel*. Zur arteriellen Gefässversorg. des Ureters и пр. Тамъ же, т. XLVI, стр. 269.—42. *Peterson*. «Medical News», 1900, № 6. Прив. по *А. П. Яхонтову* (12).—43. *Fritsch*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1899, стр. 1255.—44. *Wertheim*. Тамъ-же, стр. 1256.—45. *Онъ-же*. Beitrag zur Ureterenchir. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XI.—46. *Подрезъ*, А. Г., проф. Uretero-cysto-neostomia. «Centralblatt f. Chirurgie», 1898, № 23.—47. *van Hook*. Surgery of ureters. «The Journal of the American Medical Association», 1893, декабрь 16 и 23.—48. *Kelly*. Operative Gynecology. London, 1900, т. I, стр. 466.—49. *Smith*. «Philadelphia Medical Journal», 1901. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1902, № 23.—50. *Franz*. Zur Chir. des Ureters. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. L, стр. 502.—51. *Wertheim*. Ein neuer Beitr. zur Frage der Radicaloper. beim Uteruskrebs. «Archiv f. Gynaekologie», т. LXV, стр. 1.—52. *Онъ-же*. Die chirurg. Behandlung des Uteruskrebses. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1902, т. XVI, доп. тетр., стр. 576.—53. *Mackenrodt*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 41.—54. *Küstner*. Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie. Jena, 1904, стр. 238.—55. *Krönig*. Weitere Erfahrungen sur abdomin. Totalextirp. des carcinomat. Uterus. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1904, т. XIX, стр. 205.—56. *Wertheim*. Прив. по *Krönig*'у (55).—57. *Döderlein*. Abdomin. Totalextirp. des karcinom. Uterus. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1904, № 42.—58. *Pankow*. Тамъ-же.—59. *Mackenrodt*. Прив. по *Küstner*'у (54).—60. *Jacobs*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1902, № 45.—61. *Mackenrodt*. Тамъ-же, 1904, № 42.—62. *Morisani*. Тамъ-же, 1902, № 45.—63. *Chalot*. La transplant. systématique des deux urétères и пр. «Archives de tocol. et de gynécologie», 1896, № 9—12.—64. *Sampson*. The importance of a more radical operat. in carcin. cervicis и пр. «John Hopkins Hosp. Bulletin», 1902, декабрь.—63. *Lange*. «Annals of Surgery», 1899, т. XXX, стр. 573.—66. *Calderini*. «Annali di ostetrica et di ginecologia», 1899, апрѣль. Прив. по *Bovee* (19).—67. *Krönig*. Ueber doppelseit. Uretereinpflanz. in die Blase. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1904, № 11.—Фамиліи авторовъ, встрѣчающіяся въ текстѣ и не помѣщенныя въ перечнѣ литературныхъ источниковъ, приводятся по сочиненію *Stroeckel*'я—Ureterfisteln und Ureterverletzungen (17).

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Письма съ театра военныхъ дѣйствій.

Письмо 1-ое.

Объ эвакуаціи больныхъ и раненыхъ въ настоящую войну *).

Для эвакуаціи больныхъ и раненыхъ изъ дѣйствующей арміи на Дальнемъ Востокѣ примѣняются какъ баржи, такъ и желѣзнодорожные поѣзда. Не имѣя возможности ознакомиться съ дѣятельностью баржъ, я остановлюсь на желѣзнодорожныхъ поѣздахъ. Военно-санитарныхъ поѣздовъ ходитъ въ настоящее время 29 и распредѣлены они слѣдующимъ образомъ: а) отъ Харбина на югъ 14, б) на востокъ и на Байкалъ 6, в) отъ Байкала въ Россію 9. Поѣзда эти передѣланы въ желѣзнодорожныхъ мастерскихъ изъ классныхъ вагоновъ и по своему устройству, приспособленію и снабженію не оставляютъ желать чего-либо лучшаго. Въ сущности они представляютъ изъ себя подвижные госпитали, въ которыхъ больной пользуется полнымъ комфортомъ и постояннымъ досмотромъ со стороны мецицинскаго персонала, коимъ поѣзда снабжены въ достаточной мѣрѣ. Но при значительномъ числѣ эвакуируемыхъ, особенно послѣ сраженій, поѣзда эти, поднимающіе всего отъ 150—250 больныхъ, оказываются недостаточными, и тогда приходится прибѣгать къ помѣщенію больныхъ и раненыхъ въ тѣ-же товарные или воинскіе вагоны, въ которыхъ были доставлены войска и военные грузы къ мѣсту дѣйствій. Такимъ образомъ и возникъ 2-ой родъ санитарныхъ поѣздовъ—временные санитарные поѣзда, т. наз. теплушечные, устраиваемые преимущественно (но не исключительно) изъ воинскихъ «теплушекъ». Послѣднія представляютъ, какъ извѣстно, тѣ-же товарные вагоны, полъ которыхъ покрытъ слоемъ войлока, закрытымъ сверху вторымъ досчатымъ поломъ. Зимою предполагается еще обивать стѣны и потолокъ, а въ срединѣ вагона устанавливается желѣзная печка. Въ нѣкоторыхъ теплушкахъ задвигающіяся двери передѣланы на открывающіяся. По обѣимъ сторонамъ средняго прохода устраиваются изъ досокъ нары, такъ что больные лежатъ въ 2 яруса на полу и на нарахъ. При не тѣсномъ размѣщеніи больныхъ помѣщается свободно 16 чел., (по 4 чел. въ каждой $^1/_2$ яруса), обыкновенно-же 20, но приходилось встрѣчать во время экстренныхъ эвакуацій вагоны и съ значительно бо́льшимъ числомъ больныхъ. Такъ какъ наибольшая масса эвакуируемыхъ совершаютъ свой путь въ этихъ теплушкахъ, то считаю нелишнимъ остановиться подробнѣе и указать на ихъ, къ сожалѣнію, слишкомъ многочисленные слабыя стороны и недостатки.

Прежде всего ѣзда въ нихъ крайне тряска. Рессоры товарнаго вагона разсчитаны на нагрузку въ 750 пуд., а въ нихъ нагружено maximum 100 пуд. (20 чел. по 5 пуд.) и, слѣд., дѣйствіе рессоръ почти сводится къ 0. Входъ и выходъ крайне затруднены, даже для совершенно здороваго человѣка. Лишь въ видѣ исключенія имѣются сходни, самыя примитивныя,—доски съ набитыми ступеньками. Больные сами иногда пристраиваютъ нѣчто въ родѣ подножки или стремянки изъ веревки, проволоки и т. п., чтобы легче влѣзть въ теплушку; имъ-же, сестрамъ и всему персоналу лишь съ трудомъ приходится влѣзать въ несообщающіеся другъ съ другомъ вагоны. Поэтому запись, перекличка, осмотръ, сортировка, кормленіе и раздача лѣкарствъ больнымъ могутъ происходить лишь во время остановокъ, продолжительность и время которыхъ крайне неопредѣленны, равно, какъ въ большей части случаевъ и самая продолжительность пробѣга поѣзда. Такъ какъ очень часто такіе поѣзда не имѣютъ своихъ кухонь (устраиваемыхъ наскоро установкой подвижныхъ поле-

*) Сообщено въ засѣданіи Харбинскаго медицинскаго Общества 18/IX 1904 г.

ее въ настоящее время. Небольшое отличіе заключается въ способѣ отыскиванія мочеточниковъ. *Wertheim* отыскиваетъ ихъ вверху, въ томъ мѣстѣ, гдѣ мочеточникъ обходитъ (при нормальномъ положеніи яичника) нижній край яичниковой ямки, касаясь выпуклаго свободнаго края яичника, или же, при глубокомъ положеніи яичника, покрывается имъ; отсюда *Wertheim* пробуравливаетъ пальцемъ подъ брюшиною ходъ такимъ образомъ, что верхушка пальца выводится у мѣста вхожденія мочеточника въ пузырь, поднимаетъ на пальцѣ широкую связку со всѣми находящимися въ ней сосудами и перевязываетъ ихъ en masse. Этотъ пріемъ примѣнялся и ч. пр. *Д. Д. Поповымъ* въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ околоматочная клѣтчатка была мало поражена раковымъ пропитываніемъ. Изъ 5 случаевъ рака матки, въ которыхъ онъ дѣлалъ операцію по *Wertheim*'у, такая перевязка en masse сосудовъ маточной широкой связки была произведена 2 раза. При расщепленіи брюшины задняго *Douglas*'ова пространства между маткой и кишкой необходимо особенно тщательно перевязывать крестцево-маточныя связки во избѣжаніе часто наблюдаемаго изъ нихъ кровотеченія.

Передъ началомъ операціи нужно обратить вниманіе на возможно полное удаленіе раковыхъ массъ, разросшихся на шейкѣ матки и въ каналѣ ея. На это настойчиво указываютъ какъ самъ *Wertheim* [52]), такъ и другіе операторы, напр., *Mackenrodt* [53]), *Küstner* [54]), между тѣмъ какъ *Krönig* [55]) совѣтуетъ примѣнять выскабливаніе лишь при капустовидныхъ разрощеніяхъ во влагалищной части, при пораженіи-же шеечнаго канала воздерживаться отъ нея, чтобы не истончать еще болѣе и безъ того уже разъѣденныя раковымъ процессомъ стѣнки и не обусловить этимъ, при вытягиваніи впослѣдствіи матки кверху, разрыва ихъ съ послѣдующимъ попаданіемъ частицъ новообразованія въ брюшную полость. Эти соображенія имѣютъ, конечно, свое основаніе; но то, что далъ опытъ госпитальнаго отдѣленія, производитъ впечатлѣніе, что выскабливаніе все-же слѣдуетъ дѣлать во всѣхъ случаяхъ: изъ 5 больныхъ, оперированныхъ по *Wertheim*'у, умерла 1 (отъ гнилостнаго перитонита), та самая, у которой раковыя массы не были удалены изъ шеечнаго канала изъ тѣхъ-же соображеній, на которыя опирается *Krönig*.

Не могу не указать въ заключеніи на тѣ преимущества, которыя представляетъ коренная операція рака матки путемъ чревосѣченія по сравненію съ влагалищнымъ способомъ. Прежде всего бросается въ глаза значительное повышеніе % подлежащихъ операціи (Operabilitätsprocent). Такъ, напр., у *Wertheim*'а [56]) онъ равенъ 50,0—52,9%, у *Döderlein*'а [57]) 48,4% для рака шейки и 82,3% для рака тѣла матки. *Krönig* достигъ 87%, [*Pankow* [58])], а *Mackenrodt* [59]) даже 90% «оперативности». Конечно, первичная смертность при этомъ способѣ еще очень велика. Но все-же, если сравнить результаты 30 первыхъ операцій *Wertheim*'а [52]) — изъ 30 оперированныхъ умерли 12 (40% смертности)—и слѣдующихъ за ними 90—умерли тоже 12 (13%),—то невольно начинаешь надѣяться, что съ усовершенствованіемъ въ техникѣ будетъ получаться и % смертности, не превышающій такового при влагалищномъ способѣ.

2-мъ плюсомъ въ пользу коренного оперированія черезъ брюшныя стѣнки служитъ повышеніе % длительнаго выздоровленія resp. отсутствія возвратовъ. Такъ, у *Jacobs*'а [60]) на 75 оперированныхъ по нѣсколько видоизмѣненному способу *Wertheim*'а, приходится 28 (37%) длительныхъ выздоровленій. *Mackenrodt* среди своихъ больныхъ имѣетъ 80,9% свободными отъ возврата въ теченіи времени до 4-хъ лѣтъ, при первичной смертности въ 19,7% и при вышеуказанномъ громадномъ % подлежавшихъ операцій. Интересна статистика *Morisani* [62]). Онъ оперировалъ по *Wertheim*'у 14 разъ съ 1 смертнымъ исходомъ. Въ 1 случаѣ возвратъ наступилъ черезъ 8 мѣс.; остальныя оперированныя выздоровѣли, при чемъ лишь за 1 изъ нихъ наблюденіе продолжалось менѣе года (6 мѣс.), у другихъ-же возврата не было долѣе, чѣмъ черезъ годъ, а у 4—долѣе, чѣмъ черезъ 2 года. Вмѣстѣ съ тѣмъ въ 25 случаяхъ, въ которыхъ *Morisani* дѣлалъ операцію черезъ влагалище (ни одного случая смерти), во всѣхъ возвратъ наступилъ черезъ 2—12 мѣс.

Конечно, чтобы достигнуть длительнаго выздоровленія, нужно стараться работать при операціи возможно дальше въ здоровыхъ тканяхъ и тщательно удалять каждый маломальски подозрительный кусочекъ, будь то железа, стѣнка сосуда, мочевого пузыря, или мочеточника. Особенно стѣсняться съ изсѣченіемъ послѣдняго не слѣдуетъ, такъ какъ въ операціи пересадки мочеточниковъ мы имѣемъ хорошее средство для возстановленія цѣлости мочевыхъ путей. Но это еще не значитъ, что и въ легкихъ, незапущенныхъ случаяхъ, когда околоматочная клѣтчатка свободна отъ раковаго пропитыванія, вмѣстѣ съ нею необходимо слѣдуетъ удалять и здоровые мочеточники, какъ это раньше предлагалъ дѣлать *Chalot* [63]), а въ новѣйшее время *Sampson* [64]). Не нужно забывать, что единовременная пересадка обоихъ мочеточниковъ сама по себѣ уже можетъ угрожать непосредственной опасностью мочекровія въ виду возможнаго, хотя и временного, закрытія ихъ просвѣта вслѣдствіе послѣопераціоннаго отека ихъ стѣнокъ. Правда, удачные случаи одновременной пересадки обоихъ мочеточниковъ описаны [*Lange* [65]), *Calderini* [66]), *Sampson* [64]) и *Krönig*'омъ [67])], что заставляетъ думать, что закрытіе просвѣта мочеточниковъ бываетъ неполное, но все-же лучше не подвергать больныхъ опасности хотя бы одного мочекровнаго приступа, если есть возможность избѣжать этого.

На основаніи всего вышеизложеннаго позволяю себѣ выставить слѣдующія положенія:

1. Пересадка мочеточниковъ въ пузырь (ureterocystoneostomia) является избраннымъ способомъ операціи при всякаго рода нарушеніи ихъ цѣлости.

2. При пересадкѣ мочеточниковъ нужно тщательно озаботиться о возможно меньшемъ нарушеніи ихъ питанія, для чего необходимо, во 1-хъ, отсепарованный мочеточникъ привести въ непосредственное соприкосновеніе съ его ложемъ чрезъ зашиваніе надъ нимъ разрѣза брюшины, во 2-хъ, — устранить всякое напряженіе его и, въ 3-хъ—по возможности ограничить число швовъ, укрѣпляющихъ его въ пузырной стѣнкѣ.

3. Для точной провѣрки результатовъ пересадки необходимо цистоскопическое изслѣдованіе.

4. При коренной операціи рака матки путемъ чревосѣченія необходимо предварительное тщательное очищеніе влагалища отъ раковыхъ массъ и ихъ распада, что лучше всего достигается путемъ выскабливанія ихъ острой ложкой съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ приборомъ *Paquelin*'а.

5) Въ случаяхъ, когда раковый процессъ захватываетъ околоматочную клѣтчатку лишь въ незначительной степени, можно отыскивать мочеточники по *Wertheim*'у у свободнаго края яичника и производить перевязку сосудовъ широкой маточной связки en masse. Если-же раковое пропитываніе параметрія значительно, то предпочтительнѣе высвобождать мочеточникъ внизу, разрѣзавъ брюшину между пузыремъ и маткой и широко раскрывъ параметрій отсепарованіемъ пузыря отъ передней поверхности матки и влагалищной трубки. При этомъ нужно перевязать маточную артерію отдѣльно и какъ можно ближе къ мѣсту выхода ея изъ подчревной артеріи.

6. Необходимо тщательно перевязывать периферическіе отрѣзки крестцово-маточныхъ связокъ, имѣя въ виду часто наблюдаемое значительное изъ нихъ кровотеченіе.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ для себя долгомъ выразить живѣйшую благодарность глубокоуважаемому *Д. Д. Попову* за любезное предоставленіе имъ мнѣ матеріала для этой работы, а также и за полное вниманія отношеніе его ко мнѣ и за цѣнные совѣты во время ея исполненія.

Литературные источники. 1. *Schede.* Operat. Behandl. von Harnleiterscheidenfisteln. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1881, № 23.—2. *Mackenrodt.* Operat. Behandl. der Harnleiterscheidenfisteln. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XXX и «Centralblatt f. Gynaekologie», 1894.—3. *Reed.* «Annals of Surgery», 1892, сентябрь. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1893, № 15.—4. *Калабинъ*, И. С. Zur Frage über die Implant. der Ureteren. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1899, № 35.—5. *Maydl.* Ueber die Radicaloper. der Ectopia vesicae. «Wiener med. Wochenschrift», 1894, №№ 25—29.—6. *Mathes.* Zur Kasui-

stik der Ureterenimplantat. in d. Darm. «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», т. XLV.—7. *Peterson*. St.-Louis cour. of medicine, 1900, май. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 19.—8. *Krynski*. Zur Technik der Ureterenimplant. in d. Darm. «Centralblatt f. Chirurgie», 1896, № 4.—9. *Chaput*. «Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris», т. XIX. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1894, № 14.—10. *Boari*. Manière facile et rapide d'aboucher les uretères dans l'intestin etc.—Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1896, стр. 1.—11. *Субботинъ*, М. С., проф. Образованіе мочевого пузыря и уретры съ жомомъ изъ прямой кишки и т. д. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1901.—12. *Яхонтовъ*, А. П. Къ вопросу о пересадкѣ мочеточниковъ въ прямую кишку. Петербургская диссертація, Кіевъ, 1901.—13. *Pawlik, Chavasse* и *Kossinsky* прив. по *Bovee* (19).—14. *Mac-Monagle*. The Managem. of surgic. injuries to the ureters. «American Journal of the medical Sciences», т. CXVIII, стр. 684.—15. *Robson*. Myoma removed by hysterectomy и пр. «The Lancet», 1896, т. I.—16. *Winslow*. «Annals of Surgery», 1898, январь. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1898.—17. *Stroeckel*. Ureterfisteln u. Ureterverletzungen. Leipzig, 1900.—18. *Онъ-же*. Weitere Erfahrung. über Ureterfist. u. Ureterverletz. «Archiv f. Gynaekologie», т. LXVII, стр. 31.—19. *Bovee*. Ureteral implantations. «Annals of Surgery», 1900, стр. 165.—20. *Weinreb*. Ein Beitrag zur Therapie der Ureterverletz. bei Laparotomie. «Archiv f. Gynaekologie», т. LXV, стр. 161.—21. *Bastianelli*. Riconto di Laparotomia. «Annali di ostetrica e ginecologia», 1896, № 2.—22. *Füth*. Beiträge zur Behandlung der Ureterverletz. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1898, № 28.—23. *Landau*. Nierenausschaltung durch. Harnleiterunterbindung. «Deutsche med. Wochenschrift», 1900, № 47 [см. также *Weinreb* (36)].—24. *Феноменовъ*, Н. Н., проф. Интересный случай пораненія мочеточника при чревосѣченіи. «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1901, стр. 374.—25. *Bazy*. Urétéro-cystonéostomie. «Annales des maladies des organes génito urinaires», 1894, стр. 481.—26. *Novaro*. Transperitoneale Implant. des Ureters in die Harnblase и пр. «Wiener med. Wochenschrift», 1894, стр. 559.—27. *Tauffer*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1877, № 37, стр. 438.—28. *Dührssen*. Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiterfisteln и пр. «Sammlung klin. Vorträge», N. F. № 114, 1894.—29. *Penrose*. Abdom. hysterectomy ureter resected and implanted into the bladder. «New-York Medical Journal», 1894, 21/iv.—30. *Kelly*. Operative Gynecology. London, 1900, т. I. стр. 460.—31. *Veit*, J. Ueber Heilung einer Ureterverletz. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XXXI.—32. *Pernice*. Ueber die Uretero cysto-anastomosis. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1900, т. XII, стр. 300.—33. *Krause*. Intraperiton. Einpflanz. des Ureters in die Harnblase. «Centralblatt f. Chirurgie», 1895, № 9.—34. *Witzel*. Extraperiton. Ureterocystostomie mit Schrägkanalbildung. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1896, № 11.—35. *Mackenrodt*. Die Operat. der Ureterfisteln u. Ureterverletz. Тамъ-же, 1899, № 12.—36. *Krönig*. Beitrag zur Ureterenchirurgie. «Archiv f. Gynaekologie», т. LXXII, стр. 309.—37. *Lichtenauer*. Zur Ureterenchirurgie. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1904, т. XIX, стр. 75.—38. *Monari*. Ueber Ureteranostomose. «Beiträge zur klin. Chirurgie», т. XV.—39. *Gottschalk*. Zur abdomin. Ureterocysto-anastomosis и пр. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1900, т. XII, стр. 317.—40. *Funke*. Beitrag zur abdomin. Totalextirpation. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XXXIX. стр. 485.—41. *Feitel*. Zur arteriellen Gefässversorg. des Ureters и пр. Тамъ же, т. XLVI, стр. 269.—42. *Peterson*. «Medical News», 1900, № 6. Прив. по *А. П. Яхонтову* (12).—43. *Fritsch*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1899, стр. 1255.—44. *Wertheim*. Тамъ-же, стр. 1256.—45. *Онъ-же*. Beitrag zur Ureterenchir. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XI.—46. *Подрезъ*, А. Г., проф. Uretero-cysto-neostomia. «Centralblatt f. Chirurgie», 1898, № 23.—47. *van Hook*. Surgery of ureters. «The Journal of the American Medical Association», 1893, декабрь 16 и 23.—48. *Kelly*. Operative Gynecology. London, 1900, т. I, стр. 466.—49. *Smith*. «Philadelphia Medical Journal», 1901. По передачѣ въ «Centralblatt f. Gynaekologie», 1902, № 23.—50. *Franz*. Zur Chir. des Ureters. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. L, стр. 502.—51. *Wertheim*. Ein neuer Beitr. zur Frage der Radicaloper. beim Uteruskrebs. «Archiv f. Gynaekologie», т. LXV, стр. 1.—52. *Онъ-же*. Die chirurg. Behandlung des Uteruskrebses. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1902, т. XVI, доп. тетр., стр. 576.—53 *Mackenrodt*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 41.—54. *Küstner*. Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie. Jena, 1904, стр. 238.—55. *Krönig*. Weitere Erfahrungen sur abdomin. Totalextirp. des carcinomat. Uterus. «Monatsschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1904, т. XIX, стр. 205.—56. *Wertheim*. Прив. по *Krönig*'у (55).—57. *Döderlein*. Abdomin. Totalextirp. des karcinom. Uterus. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1904, № 42.—58. *Pankow*. Тамъ-же.—59. *Mackenrodt*. Прив. по *Küstner*'у (54).—60. *Jacobs*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1902, № 45.—61. *Mackenrodt*. Тамъ-же, 1904, № 42.—62. *Morisani*. Тамъ-же, 1902, № 45.—63. *Chalot*. La transplant. systématique des deux urétères и пр. «Archives de tocol. et de gynécologie», 1896, № 9—12.—64. *Sampson*. The importance of a more radical operat. in carcin. cervicis и пр. «John Hopkins Hosp. Bulletin», 1902, декабрь.—63. *Lange*. «Annals of Surgery», 1899, т. XXX, стр. 573.—66. *Calderini*. «Annali di ostetrica et di ginecologia», 1899, апрѣль. Прив. по *Bovee* (19).—67. *Krönig*. Ueber doppelseit. Uretereinpflanz. in die Blase. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1904, № 11.—Фамиліи авторовъ, встрѣчающіяся въ текстѣ и не помѣщенныя въ перечнѣ литературныхъ источниковъ, приводятся по сочиненію *Stroeckel*'я—Ureterfisteln und Ureterverletzungen (17).

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Письма съ театра военныхъ дѣйствій.

Письмо 1-ое.

Объ эвакуаціи больныхъ и раненыхъ въ настоящую войну *).

Для эвакуаціи больныхъ и раненыхъ изъ дѣйствующей арміи на Дальнемъ Востокѣ примѣняются какъ баржи, такъ и желѣзнодорожные поѣзда. Не имѣя возможности ознакомиться съ дѣятельностью баржъ, я остановлюсь на желѣзнодорожныхъ поѣздахъ. Военно-санитарныхъ поѣздовъ ходитъ въ настоящее время 29 и распредѣлены они слѣдующимъ образомъ: а) отъ Харбина на югъ 14, б) на востокъ и на Байкалъ 6, в) отъ Байкала въ Россію 9. Поѣзда эти передѣланы въ желѣзнодорожныхъ мастерскихъ изъ классныхъ вагоновъ и по своему устройству, приспособленію и снабженію не оставляютъ желать чего-либо лучшаго. Въ сущности они представляютъ изъ себя подвижные госпитали, въ которыхъ больной пользуется полнымъ комфортомъ и постояннымъ досмотромъ со стороны мецицинскаго персонала, коимъ поѣзда снабжены въ достаточной мѣрѣ. Но при значительномъ числѣ эвакуируемыхъ, особенно послѣ сраженій, поѣзда эти, поднимающіе всего отъ 150—250 больныхъ, оказываются недостаточными, и тогда приходится прибѣгать къ помѣщенію больныхъ и раненыхъ въ тѣ-же товарные или воинскіе вагоны, въ которыхъ были доставлены войска и военные грузы къ мѣсту дѣйствій. Такимъ образомъ и возникъ 2-ой родъ санитарныхъ поѣздовъ—временные санитарные поѣзда, т. наз. теплушечные, устраиваемые преимущественно (но не исключительно) изъ воинскихъ «теплушекъ». Послѣднія представляютъ, какъ извѣстно, тѣ-же товарные вагоны, полъ которыхъ покрытъ слоемъ войлока, закрытымъ сверху вторымъ досчатымъ поломъ. Зимою предполагается еще обивать стѣны и потолокъ, а въ срединѣ вагона устанавливается желѣзная печка. Въ нѣкоторыхъ теплушкахъ задвигающіяся двери передѣланы на открывающіяся. По обѣимъ сторонамъ средняго прохода устраиваются изъ досокъ нары, такъ что больные лежатъ въ 2 яруса на полу и на нарахъ. При не тѣсномъ размѣщеніи больныхъ помѣщается свободно 16 чел., (по 4 чел. въ каждой $^1/_2$ яруса), обыкновенно-же 20, но приходилось встрѣчать во время экстренныхъ эвакуацій вагоны и съ значительно бо́льшимъ числомъ больныхъ. Такъ какъ наибольшая масса эвакуируемыхъ совершаютъ свой путь въ этихъ теплушкахъ, то считаю нелишнимъ остановиться подробнѣе и указать на ихъ, къ сожалѣнію, слишкомъ многочисленные слабыя стороны и недостатки.

Прежде всего ѣзда въ нихъ крайне тряска. Рессоры товарнаго вагона разсчитаны на нагрузку въ 750 пуд., а въ нихъ нагружено maximum 100 пуд. (20 чел. по 5 пуд.) и, слѣд., дѣйствіе рессоръ почти сводится къ 0. Входъ и выходъ крайне затруднены, даже для совершенно здороваго человѣка. Лишь въ видѣ исключенія имѣются сходни, самыя примитивныя,—доски съ набитыми ступеньками. Больные сами иногда пристраиваютъ нѣчто въ родѣ подножки или стремянки изъ веревки, проволоки и т. п., чтобы легче влѣзть въ теплушку; имъ-же, сестрамъ и всему персоналу лишь съ трудомъ приходится влѣзать въ несообщающіеся другъ съ другомъ вагоны. Поэтому запись, перекличка, осмотръ, сортировка, кормленіе и раздача лѣкарствъ больнымъ могутъ происходить лишь во время остановокъ, продолжительность и время которыхъ крайне неопредѣленны, равно, какъ въ большей части случаевъ и самая продолжительность пробѣга поѣзда. Такъ какъ очень часто такіе поѣзда не имѣютъ своихъ кухонь (устраиваемыхъ наскоро установкой подвижныхъ поле-

*) Сообщено въ засѣданіи Харбинскаго медицинскаго Общества 18/IX 1904 г.

выхъ кухонь въ вагоны), то кормить больныхъ можно лишь въ этапныхъ продовольственныхъ пунктахъ, при чемъ опять возникаетъ множество осложненій и затрудненій. То телеграмма объ изготовленіи пищи не получена во-время, то поѣздъ опоздалъ на 10—12 час. противъ назначеннаго росписаніемъ времени, а въ результатѣ больные голодаютъ *иногда по суткамъ*, питаясь лишь хлѣбомъ (если его можно купить) и чаемъ (если есть на станціяхъ горячая вода, что бываетъ далеко не всегда).

Посмотримъ теперь, какъ размѣщаются больные въ такомъ поѣздѣ?

Если комендантъ поѣзда успѣетъ гдѣ-либо раздобыть тюфяки (сѣнники) и набить ихъ сѣномъ (по 12 ф.), то часть больныхъ (болѣе тяжелые) и помѣщаются на нихъ. Если есть возможность обзавестись китайскими цыновками, то больные ложатся на нихъ, а иногда прямо настилаютъ на полъ сѣна или соломы (скоро сбивающіяся), иногда-же *больные ѣдутъ прямо на голомъ полу*, покрытомъ слоемъ пыли и грязи. Для отправленія естественныхъ нуждъ иногда виситъ снаружи теплушки ведро, которое можно взять внутрь вагона, но больные имъ никогда не пользуются, не желая стѣснять своихъ спутниковъ по вагону, которые спятъ и ѣдятъ тутъ-же, а для исправленія своихъ естественныхъ нуждъ высовываются изъ дверей вагона наружу. Нерѣдко мнѣ приходилось видѣть, какъ слабаго больного съ кровавымъ поносомъ удерживаютъ за руки его товарищи, чтобы онъ не вывалился на пути. Поэтому станціи и разъѣзды, гдѣ происходятъ болѣе продолжительныя остановки поѣздовъ, представляютъ изъ себя настоящія клоаки: все свободное пространство между путями загажено жидкими испражненіями поносныхъ и мочею, какъ это всѣ могли наблюдать въ Харбинѣ и Мукденѣ послѣ Ляоянской эвакуаціи. Зловоніе на станціяхъ невозможное, и обвинять здѣсь желѣзнодорожную службу не приходится, такъ какъ нѣтъ средствъ и рукъ скоро убрать все это. Во время остановокъ поѣздовъ несчастные, ослабленные поносные все-таки стараются слѣзть для отправленія нуждъ на твердую почву, и ихъ потомъ съ трудомъ втаскиваютъ обратно въ вагонъ такіе-же слабые товарищи.

Всѣ больные въ теплушечныхъ поѣздахъ, откуда-бы они ни поступали, изъ лѣчебныхъ-ли заведеній Краснаго Креста, военныхъ, перевязочныхъ пунктовъ или изъ своихъ частей, поступаютъ въ своемъ платьѣ и бѣльѣ и лежатъ такъ, опять за рѣдкими исключеніями, во все время перевозки. Каково это платье,—трудно себѣ представить, не видѣвъ его. Начать съ того, что многіе больные поступаютъ безъ шинелей и мундировъ, оставленныхъ (дѣло было въ лѣтнее время) при обозѣ, а лишь въ гимнастическихъ лѣтнихъ рубахахъ, часто безъ всякаго бѣлья, въ однихъ лохмотьяхъ отъ платья, изорвавшагося въ продолжительномъ походѣ. Сами больные невозможно грязны, а въ поѣздахъ ихъ вымыть негдѣ. Теплушечный (временно-санитарный) поѣздъ не снабженъ ни одеждой, ни одѣялами, ни запасомъ бѣлья, и больные мерзнутъ уже теперь (въ срединѣ сентября) въ холодныя ночи, а что дальше будетъ, при уже выпавшихъ въ Забайкальѣ и въ окрестностяхъ Никольска-Уссурійска снѣгахъ, при Сибирскихъ холодахъ, въ вагонахъ съ широкорастворяющимися дверьми, изъ щелей которыхъ и оконъ будетъ дуть во всю,—легко себѣ представить; неудивительно поэтому, если вскорѣ лѣчебныя заведенія будутъ получать изъ поѣздовъ множество пнеймониковъ.

Лѣчебнаго персонала на такихъ поѣздахъ обыкновенно бываетъ: 2—3 врача, 5—6 сестеръ на 20 вагоновъ и по 1 санитару на 1—2 вагона; но персоналъ этотъ снабженъ очень скудно лѣкарствами и перевязочными средствами и нуждается во всемъ необходимомъ для ухода за больными. Кромѣ того, на врачахъ лежитъ еще обязанность переписать всѣхъ больныхъ, пересортировать ихъ, что опять-таки можно сдѣлать лишь во время остановокъ поѣзда, такъ что о болѣе подробномъ знакомствѣ съ больными не можетъ быть и рѣчи.

Изрѣдка такой поѣздъ снабжается небольшимъ количествомъ бѣлья, одѣялъ, такъ что является возможность переодѣть и укрыть болѣе тяжелыхъ больныхъ; но всегда имѣется недостатокъ въ лѣкарствахъ, въ посудѣ, въ низшемъ персоналѣ и т. п.

Въ виду всего этого естественно является мысль *о полномъ изъятіи изъ употребленія въ дѣло теплушечныхъ поѣздовъ* и о перевозкѣ эвакуируемыхъ въ поѣздахъ изъ классныхъ вагоновъ, хотя-бы и неприспособленныхъ; однако, къ величайшему сожалѣнію, это оказывается неисполнимымъ, какъ въ виду недостатка вагоновъ III и IV классовъ на русскихъ желѣзныхъ дорогахъ, такъ и невозможности, буде таковые вагоны и имѣлись-бы, подвезти ихъ въ достаточномъ количествѣ, въ нужное время, къ данному мѣсту (возлѣ мѣста сраженія), почему и приходится по необходимости пользоваться обратными воинскими вагонами.

Для устраненія вышеперечисленныхъ недостатковъ, выяснившихся изъ преній во временномъ Харбинскомъ Обществѣ (въ засѣданіи 26-го іюня и 3-го іюля 1904 г.) и хорошо сознаваемыхъ и самимъ военнымъ вѣдомствомъ, вѣдомство это принимаетъ слѣдующія мѣры. Если есть время и возможность, то коменданту формируемаго теплушечнаго поѣзда выдаются деньги, подстилка, кое-какая посуда и бѣлье отъ военной эвакуаціонной Коммиссіи. Иногда комендантъ успѣваетъ добыть кое-что и изъ мѣстныхъ учрежденій Краснаго Креста, но все это въ крайне ограниченномъ и недостаточномъ количествѣ. Иногда теплушечный поѣздъ снабжается вагономъ, въ которомъ устанавливаются походныя кухни.

Дальнѣйшимъ и при томъ весьма цѣлесообразнымъ шагомъ къ улучшенію положенія эвакуируемыхъ въ теплушкахъ явилась нынѣ широко примѣняемая мѣра — *присоединеніе теплушекъ къ постояннымъ военно-санитарнымъ поѣздамъ*, что увеличиваетъ вмѣстѣ съ тѣмъ и провозоспособность послѣднихъ, оказавшуюся на дѣлѣ недостаточной. Такимъ образомъ, въ пути эвакуируемые пользуются горячей пищей, продовольствіемъ и медицинскою помощью изъ поѣзда. Затѣмъ при сортировкѣ, во время остановокъ, болѣе тяжелые больные могутъ быть перемѣщены въ вагоны поѣзда, снабжены бѣльемъ изъ поѣзда и т. д. Но все-таки остальнымъ приходится совершать свой переѣздъ лишь въ немного лучшихъ условіяхъ, чѣмъ въ обыкновенныхъ теплушечныхъ поѣздахъ.

Съ своей стороны, и главное управленіе Краснаго Креста, освѣдомленное о недостаткахъ нынѣшней эвакуаціи, назначило особо-уполномоченнаго по эвакуаціи (гр. А. А. Бобринскаго), постановивъ задачей его дѣятельности *улучшеніе условій эвакуаціи* на всемъ пространствѣ отъ Хабаровска къ Байкалу по желѣзнымъ дорогамъ. Эвакуація на баржахъ изъята изъ его вѣдѣнія, равно какъ эвакуація и доставка въ поѣзда по колеснымъ путямъ. Я подчеркиваю слова «улучшеніе условій эвакуаціи», такъ какъ самъ механизмъ ея, назначеніе поѣздовъ, назначеніе больныхъ въ поѣзда, распредѣленіе ихъ изъ поѣздовъ по прежнему остается въ рукахъ и въ завѣдываніи военнаго вѣдомства, и такимъ образомъ дѣятельность особо-уполномоченнаго можетъ распространяться на эвакуируемыхъ лишь во время пребыванія ихъ въ санитарныхъ поѣздахъ, отъ мѣста отправки до мѣста прибытія. «Главною задачей согласно данной исполнительной Коммиссіей Краснаго Креста инструкціи отъ 7/VII 1904 г., является заблаговременное полученіе свѣдѣній объ отправляемыхъ поѣздахъ, съ цѣлью снабженія ихъ всѣмъ необходимымъ», съ каковою цѣлью во всѣ военныя эвакуаціонныя Коммиссіи назначаются уполномоченные по эвакуаціи. Всѣ-же дѣйствія особо-уполномоченнаго по эвакуаціи должны происходить въ соглашеніи съ мѣстными главноуполномоченными [1]). Давъ обязанности по снабженію всѣмъ необходимымъ поѣздовъ, главное Управленіе, на просьбу имѣть отдѣльный складъ, отвѣтило отказомъ, указавъ, что «предоставляется брать изъ складовъ все могущее понадобиться для перевозки больныхъ и раненыхъ (§ 5)»; такимъ образомъ дѣятельность особо-уполномоченнаго по эвакуаціи поставлена въ зависимость отъ пополненія складовъ, у которыхъ и безъ того не хватаетъ всего для удовлетворенія постоянныхъ запросовъ.

[1]) Мѣста пребыванія послѣднихъ находятся: въ Иркутскѣ, Читѣ, Харбинѣ и Хабаровскѣ.

Для улучшенія условій перевозки больныхъ въ теплушечныхъ поѣздахъ исполнительная Коммиссія рѣшила примѣнять (въ засѣданіяхъ 15—17 іюля 1904 г.) т. наз. Hamburg'скую систему снаряженія поѣздовъ, названную такъ по имени Hamburg'скаго Общества Краснаго Креста, предложившаго ее во время Франко-Прусской войны (Отчетъ главнаго управленія Краснаго Креста за 1877—1878 г.г., ч. I, стр. 233, 1886 г.), образецъ которой можно видѣть въ поѣздѣ Московскаго дворянскаго Отряда, устроенномъ еще раньше постановленія исполнительной Коммиссіи (20 іюня 1904 г.).

Къ поѣзду изъ теплушекъ, кромѣ вагоновъ для медицинскаго персонала, прицѣпляется еще пара вагоновъ: вагонъ-кухня и цейхгаузъ. Послѣдній содержитъ все необходимое для снабженія поѣзда изъ теплушекъ и прокормленія эвакуируемыхъ больныхъ. Такая пара вагоновъ (кухня-цейхгаузъ) прикрѣпляется къ любому воинскому или другому поѣзду, съ которымъ и прибываетъ въ назначенное мѣсто въ сопровожденіи нужнаго медицинскаго персонала. Послѣдній, прибывъ на мѣсто и получивъ въ свое распоряженіе теплушечный поѣздъ, приступаетъ къ обеззараживанію его, приспособленію, затѣмъ принимаетъ больныхъ, въ пути кормитъ, лѣчитъ и т. д. Послѣ сдачи больныхъ въ лѣчебное заведеніе весь инвентарь опять укладывается въ цейхгаузъ, который съ кухней и вагономъ для персонала опять прицѣпляется къ идущему впередъ воинскому поѣзду. Такая мѣра, какъ указалъ уже продолжительный опытъ поѣзда дворянскаго Отряда, весьма удобна и легко исполнима. Въ засѣданіи 17-го іюля исполнительной Коммиссіей рѣшено было изготовить до 12 паръ такихъ вагоновъ и высылать еженедѣльно по одной въ распоряженіе особо-уполномоченнаго по эвакуаціи, въ Харбинъ, снабдивъ ихъ на мѣстѣ всѣмъ инвентаремъ. Но, къ сожалѣнію, 1-ая пара только на дняхъ проѣхала черезъ Иркутскъ, а 2-ая выслана лишь 5 сентября. Слѣд., трудно возлагать много надеждъ на ихъ помощь и своевременное прибытіе сюда. Хотя отсутствіе ихъ отчасти и вознаграждается въ настоящее время прицѣпкою теплушекъ къ санитарнымъ поѣздамъ, но послѣдніе все же не имѣютъ средствъ, достаточныхъ для ихъ снаряженія. Поэтому особо-уполномоченнымъ предположено: устраивать вагоны-цейхгаузы, содержащіе все необходимое для снаряженія 10—15 теплушекъ, и передавать такіе вагоны въ распоряженіе санитарныхъ поѣздовъ для снаряженія и оборудованія прицѣпляемыхъ теплушекъ. Имущество и вагонъ остаются въ распоряженіи поѣзда во все время его дѣятельности и пополняются по мѣрѣ надобности.

При перемѣщеніи изъ лѣчебныхъ заведеній въ поѣзда и обратно изъ поѣздовъ въ больницы эвакуируемымъ больнымъ приходится подвергаться массѣ неудобствъ, изъ коихъ самое важное—это продолжительное пребываніе подъ открытымъ небомъ, что при наступающихъ холодахъ вскорѣ станетъ прямо невозможнымъ. Для устраненія этого необходимо устраивать на станціяхъ теплые эвакуаціонные бараки-лазареты, въ которыхъ больные, оставаясь необходимое время, могли-бы быть провѣрены, пересортированы, напоены, накормлены и т. п. Насколько мнѣ извѣстно, постройка такого барака-лазарета на ст. Харбинъ въ настоящее время вопросъ, уже рѣшенный, и здѣсь предполагается устроить бараки на 670 мѣстъ. (Починъ по устройству ихъ и проектъ принадлежитъ временному медицинскому обществу на Дальнемъ Востокѣ [1]), а заботы по осуществленію помощнику главноуполномоченнаго Краснаго Креста А. И. Гучкову). Съ другой стороны, по соглашенію съ главноуполномоченнымъ кн. Щербатовымъ, гр. Бобринскій рѣшилъ построить эвакуаціонные бараки въ Читѣ, Маньчжуріи и, можетъ быть, въ Верхне-Удинскѣ, при чемъ въ Маньчжуріи къ нимъ присоединяется уже существующій продовольственный пунктъ. Не останавливаясь на этомъ, необходимо расширить постройку эвакуаціонныхъ бараковъ и устроить ихъ вездѣ тамъ, гдѣ лѣчебныя заведенія не лежатъ рядомъ съ желѣзнодорожными станціями, соединяя постройку ихъ съ устройствомъ питательныхъ пунктовъ, въ которыхъ могло-бы производиться изготовленіе пищи спеціально для санитарныхъ поѣздовъ, не снабженныхъ собственными кухнями.

Чтобы слѣдить за ходомъ дѣла эвакуаціи и своевременно снабжать поѣзда всѣмъ необходимымъ, назначены уполномоченные по эвакуаціи въ Харбинѣ, Маньчжуріи, Читѣ, Никольскѣ-Уссурійскѣ; затѣмъ будетъ назначенъ уполномоченный при Главной квартирѣ и предположено назначеніе ихъ въ Иркутскъ и на Мысовой. Эти лица, являясь, согласно инструкціи членами эвакуаціонныхъ Коммиссій, находятся въ курсѣ дѣла и, извѣщенные телеграммами о каждомъ приходящемъ и отходящемъ поѣздѣ, могутъ своевременно подавать нужную помощь и снабжать поѣздъ всѣмъ необходимымъ.

Что-же касается медицинскаго персонала для временныхъ эвакуаціонныхъ поѣздовъ, то таковой заимствуется изъ мѣстнаго резерва Краснаго Креста, кромѣ небольшого кадра, всегда состоящаго въ распоряженіи эвакуаціонной организаціи. Низшій медицинскій персоналъ—фельдшеровъ и санитаровъ—обѣщало доставлять военное вѣдомство. Необходимость быстраго снабженія временныхъ санитарныхъ поѣздовъ обусловила, вопреки мнѣнію исполнительной Коммиссіи, необходимость устройства собственныхъ эвакуаціонныхъ отдѣленій въ складахъ на станціяхъ желѣзныхъ дорогъ. Пока такой складъ устроенъ лишь въ Харбинѣ; вещи получаются или изъ мѣстныхъ складовъ Краснаго Креста (преимущественно бѣлье), или-же пріобрѣтаются покупкою. За 20 дней—съ 28 августа по 18 сентября выдано эвакуаціоннымъ отдѣленіемъ Харбинскаго склада въ распоряженіе мѣстной эвакуаціонной Коммиссіи и комендантамъ временно-санитарныхъ поѣздовъ по 1000 штукъ одѣялъ, рубахъ, кальсонъ, чулковъ, полотенецъ; по 800 фуфаекъ, наволочекъ; затѣмъ изготовлены сходни для вагоновъ и выносные стульчаки (по 50 штукъ), посуда, фонари, носилки (70 штукъ) и т. д., всего-же выдано болѣе 8000 предметовъ; заготовлено-же почти вдвое, а также припасено галетъ на 2000 р.

Другой такой-же складъ еще раньше устроенъ на ст. «Маньчжурія». Для снабженія-же теплой одеждой и верхнимъ платьемъ эвакуируемыхъ исполнительная Коммиссія вошла въ соглашеніе съ Интендантствомъ, которое и будетъ отпускать ихъ, о чемъ уже получено увѣдомленіе отъ исполнительной Коммиссіи.

Для продовольствія отдѣльно эвакуируемыхъ больныхъ или слѣдующихъ не въ санитарныхъ поѣздахъ въ Читинскомъ районѣ кн. Щербатовымъ принята слѣдующая система: эвакуируемымъ больнымъ выдаются билеты на обѣды въ военныхъ продовольственныхъ пунктахъ, уплату по которымъ затѣмъ производитъ Красный Крестъ.

Вотъ—тѣ, пока немногочисленныя, мѣры, которыя были предприняты для улучшенія положенія эвакуируемыхъ; но *этихъ мѣръ слишкомъ мало и недостаточно для того, чтобы поставить дѣло эвакуаціи вполнѣ удовлетворительнымъ образомъ.*

Харбинъ. 18-го сентября 1904 г. *Б. С. Козловскій.*

[1]) Вопросъ этотъ разсматривался въ засѣданіи 4-го сентября 1904 г.

Врачи и народное образованіе.

Всѣмъ намъ, обитателямъ великой страны, за послѣдніе мѣсяцы приходится переживать удивительное, небывалое время, испытывать новыя, непривычныя ощущенія. Оглядываясь кругомъ, видишь, какъ русская жизнь, до сихъ поръ скованная запрудами и рогатками, потекла болѣе широкою и бойкою струей. Чувствуется, что духъ русскаго гражданина, спавшій до сихъ поръ, казалось, непробуднымъ сномъ, какъ-бы замурованный семидесятью семью печатями, внезапно пробудился. Повѣяло настоящей, не «суворинской», весной, весной новыхъ всходовъ, тепла и свѣта. Пускай пессимисты смѣются надъ этимъ пробужденіемъ; пусть «довѣріе», произнесенное сверху, не оправдаетъ смѣлыхъ надеждъ, или останется только прекраснымъ, ласкающимъ словомъ. Слово это сказано въ серьезный, даже критическій историческій моментъ, когда возвратъ къ старымъ помочамъ и указкамъ въ высшей степени труденъ и даже опасенъ, когда достаточно даже та-

кого маленькаго стимула, чтобы забитая русская мысль заговорила громко о себѣ. Возжи отпущены; тройка, почуявъ свободу, мотнула головами, вотъ-вотъ рванется впередъ... Снова натянуть возжи, это значитъ дать ей стремительнаго, отчаяннаго ходу. Хочется вѣрить, что тройки неудержать... Исходъ одинъ—весна!

Въ такія минуты, какъ настоящая, на обязанности всякаго мыслящаго члена многолюдной русской семьи—не раздумывать, а дѣлать дѣло, дѣло культурнаго обновленія родной страны. Всякая благотворная идея, какъ бы она ни была миніатюрна и робка, должна быть немедленно использована на благо русскаго народа. Въ этомъ дѣлѣ врачамъ должно принадлежать одно изъ первыхъ мѣстъ, ибо дѣятельность врачебная имѣетъ многое множество точекъ соприкосновенія со всѣми сторонами общественной среды, а послѣдній Пироговскій Съѣздъ воочію показалъ, что безъ общихъ мѣръ обновленія русской жизни, въ смыслѣ освобожденія ея отъ бюрократическихъ путъ, никакія спеціально-врачебныя задачи оздоровленія населенія неразрѣшимы. На первыхъ шагахъ этого святого дѣла «обновленія» должно стоять поднятіе самосознанія русскаго народа, а послѣдняго можно достигнуть лишь широкимъ распространеніемъ просвѣщенія. На народное образованіе, или вѣрнѣе просвѣщеніе, нужны деньги, деньги и деньги. Въ общей печати уже раздался призывъ къ пожертвованіямъ на фондъ народнаго образованія. Намъ, врачамъ, въ виду высказанныхъ соображеній, необходимо коллективно отозваться на этотъ призывъ и внести свою лепту. Настоящимъ письмомъ я обращаюсь ко всѣмъ русскимъ врачебнымъ корпораціямъ и къ отдѣльнымъ труженикамъ на русской врачебной нивѣ съ предложеніемъ основать при правленіи Пироговскаго Общества *врачебный фондъ для народнаго образованія.*

Товарищи! Вспомнимъ завѣты и идеи нашего вдохновителя, имя котораго красуется на нашемъ Обществѣ, и поможемъ великому дѣлу просвѣщенія нашей родины. Презрѣнный металлъ—могучій рычагъ современнаго человѣчества. Безъ него ничего не подѣлаешь! Будемъ копить его, чтобы нанести рѣшительный ударъ невѣжеству и тьмѣ [1]). *Ник. Какушкинъ.*

P. S. Покорнѣйше прошу другія газеты и журналы перепечатать это письмо.

Петербургъ. 28-го октября 1904 г.

Впечатлѣнія съ 5-го Международнаго дерматологическаго Съѣзда въ Berlin'ѣ.

Праздникъ нѣмецкой дерматологіи. Нѣмецкое Общество борьбы съ половыми болѣзнями. Японско-русская война и наука. Организація Създа; ея достоинства и недостатки. Тѣсная связь дерматологіи съ другими спеціальностями. Сравнительная патологія кожныхъ болѣзней.

Состоявшійся съ 12/IX по 17/IX н. ст. въ Berlin'ѣ 5-й Международный дерматологическій Съѣздъ (см. выше, №№ 38, 39 и 40) былъ вмѣстѣ съ тѣмъ и праздникомъ нѣмецкой (германской) дерматологіи.

Какъ извѣстно, дерматологія и сифилидологія выдѣлилась фактически въ отдѣльную спеціальность всего около 40 лѣтъ назадъ почти одновременно въ Вѣнѣ и въ Парижѣ; здѣсь независимо одна отъ другой создались 2 школы, конкуррировавшія и конкуррирующія и по сіе время между собой на научную популярность. Можно смѣло сказать, что почти всѣ, даже еще относительно молодые, современные представители каѳедръ дерматологіи всего міра, равно какъ и наиболѣе выдающіеся въ литературѣ практическіе врачи учились въ той или другой изъ этихъ школъ или въ обѣихъ вмѣстѣ. Такую славу эти 2 школы создали себѣ какъ благодаря тому, что во главѣ ихъ стояли и стоятъ такіе выдающіеся спеціалисты, какъ *Hebra*, *Kaposi*, *Neumann*, *Lang* въ Вѣнѣ, *Ricord*, *Bazin*, *Fournier*, *Leloir*, *Besnier*, *Hallopeau*, *Brocq* въ Парижѣ, такъ и благодаря тому, что въ этихъ городахъ частью въ силу численности населенія, частью-же въ силу бытовыхъ условій имѣется огромный контингентъ кожныхъ и венерическихъ больныхъ. Въ Германіи и въ частности въ Berlin'ѣ дерматологія и сифилидологія выдѣлились въ особую спеціальность позднѣе, но развитіе ихъ пошло быстрыми шагами впередъ, и теперь крупной извѣстностью въ медицинскомъ мірѣ пользуются проф. *Neisser* (въ Breslau) и д-ръ *Unna* (въ Hamburg'ѣ). Тотъ и другой имѣютъ уже многочисленныхъ учениковъ какъ въ самой Германіи, такъ и заграницей. Нѣсколько отсталъ въ этомъ отношеніи Berlin'скій Университетъ, въ чемъ приходится винить прославленнаго въ своемъ родѣ ставленника Bismark'а *Schweninger*'а, занявшаго профессуру по недоразумѣнію. Съ 1902 г., за удаленіемъ *Schweninger*'а, пожелавшаго избрать себѣ еще новую спеціальность—исторію медицины, проф. *Lesser*, неимѣвшій до того въ своемъ распоряженіи клиники кожныхъ болѣзней и вынужденный пользоваться амбуляторнымъ матеріаломъ, поставленъ въ лучшія условія и успѣлъ уже сдѣлать многое. Правда, клиника его помѣщается еще въ старомъ зданіи и плохо оборудована, но теперь строится новая клиника для кожныхъ и венерическихъ болѣзней, которая и закончитъ собою полное и коренное переустройство всѣхъ клиникъ Charité согласно послѣднимъ требованіямъ науки.

Недостатка въ матеріалѣ для изученія кожныхъ и венерическихъ болѣзней въ Berlin'ѣ опасаться тоже нечего, ибо контингентъ этихъ больныхъ и здѣсь не малъ, о чемъ можно судить по тому изобилію интересныхъ и рѣдкихъ больныхъ, которые ежедневно показывались во время Съѣзда.

Впрочемъ, частный починъ, столь присущій нѣмцамъ, за послѣднія 5—6 лѣтъ успѣлъ и въ этомъ отношеніи пополнить пробѣлъ, существовавшій въ Университетѣ и далъ возможность Berlin'скимъ практическимъ врачамъ изучать кожныя болѣзни и сифилисъ у себя дома—въ частной клиникѣ проф. *Lassar*'а и въ поликлиникѣ *Joseph*'а; кромѣ того, по частному-же почину выдѣлилась отъ венерологіи и дерматологіи особая спеціальность—урологія, учиться которой пріѣзжаютъ въ Berlin не только нѣмцы, но и много иностранцевъ.

Все это пожелали показать нѣмецкіе дерматологи на 5-мъ Международномъ Съѣздѣ. Хотя и на предъидущихъ Съѣздахъ доклады нѣмецкихъ дерматологовъ всегда отличались своею разработанностью и обиліемъ; хотя у нѣмцевъ каждые 2 года, теперь уже въ теченіи 20 лѣтъ, въ томъ или иномъ городѣ собирается многолюдный Съѣздъ Общества нѣмецкихъ дерматологовъ; хотя въ Германіи издается наибольшое число и при томъ весьма обстоятельныхъ спеціальныхъ журналовъ, нѣмецкая дерматологія не пользовалась еще большою популярностью среди врачебнаго міра, будучи затемнена популярностью французской и вѣнской школъ поддерживающейся по традиціи. Словомъ, 5-й Международный дерматологическій Съѣздъ являлся въ своемъ родѣ публичнымъ экзаменомъ, который германскіе дерматологи и выдержали съ честью.

Въ виду всего этого, естественно, на организацію Съѣзда была потрачена масса труда и приложено все стараніе, чтобы сдѣлать его наиболѣе интереснымъ. Старанія эти, въ предѣлахъ возможнаго, увѣнчались полнымъ успѣхомъ, и думается, что каждый изъ многочисленныхъ участниковъ Съѣзда увезъ съ собою домой наилучшія воспоминанія объ организаціи, научномъ содержаніи и чисто «русскомъ» радушіи и хлѣбосольствѣ нѣмецкихъ товарищей. Интересно отмѣтить, что городская Дума нашла нужнымъ, не въ примѣръ многимъ другимъ Съѣздамъ, почтить дерматологическій Съѣздъ раутомъ; объясняется это тѣмъ, что представители гор. Berlin'а весьма сочувственно и активно относятся къ пропагандѣ борьбы съ сифилисомъ и венерическими болѣзнями въ Германіи, вылившейся въ формѣ учрежденія «Нѣмецкаго Общества борьбы съ половыми болѣзнями». Общество это, создавшееся всего 2 года

---

[1]) При семъ прилагаю на учрежденіе фонда народнаго образованія въ память *Н. И. Пирогова* 5 р.—*Н. К.*

Деньги эти нами получены. Съ полнѣйшею готовностью принимаемъ на себя пріемъ и пересылку въ Пироговское Общество пожертвованій съ указываемымъ глубокоуважаемымъ товарищемъ *Н. М. Какушкинымъ* назначеніемъ и глубоко вѣримъ, что на его горячій призывъ сочувственно откликнутся *всѣ* русскіе врачи.—*Ред.*

назадъ по образцу нѣсколько болѣе стараго Общества французскаго, скрывшагося подъ замаскированнымъ наименованіемъ «Société Française de prophylaxie sanitaire et morale» (существуетъ 4 года), проявляетъ весьма живую дѣятельность и привлекло въ число многочисленныхъ дѣятельныхъ членовъ выдающихся представителей всевозможныхъ профессій. Нужно думать, что въ такой практичной и высококультурной странѣ, какъ Германія, результаты дѣятельности этого Общества не замедлятъ сказаться, ибо въ основу борьбы положены не узкія полицейско-санитарныя мѣры, а широкое ознакомленіе всѣхъ слоевъ населенія съ половыми болѣзнями и ихъ губительнымъ вліяніемъ на потомство и экономическую жизнь страны. При этомъ главное стараніе приложено къ тому, чтобы никто, а особенно женщины, не боялись открыто называть половыя болѣзни своимъ именемъ. Такимъ путемъ разсчитываютъ воспитать молодое поколѣніе ознакомленнымъ съ половой гигіэной и дать возможность тѣмъ, у кого разумъ можетъ бороться съ половымъ влеченіемъ, избѣгнуть зараженія.

Соглашаясь съ взглядомъ учредителей Общества, что борьба съ половыми болѣзнями составляетъ одну изъ наиболѣе важныхъ культурныхъ работъ текущаго 100-лѣтія, Berlin'ская городская Дума и привѣтствовала въ лицѣ членовъ Международнаго Съѣзда тѣхъ, кто спеціальнымъ изученіемъ половыхъ болѣзней указываетъ способы и средства для этой борьбы; это и было высказано въ рѣчи городского головы какъ на открытіи Съѣзда, такъ и на раутѣ въ Думѣ. Что такого-же мнѣнія придерживаются германскія и прусскія правительственныя сферы, это можно было слышать въ торжественныхъ привѣтствіяхъ Съѣзда делегатами отъ правительства—Unterstaatssekretär'я д-ра *Hopf*'а (отъ имени государства), проф. *Kirchner*'а (отъ лица Пруссіи) и въ застольной рѣчи прусскаго министра финансовъ на раутѣ.

Съ общей точки зрѣнія интересно было прослѣдить, какъ отозвалась на такой маленькой части общечеловѣческой культурной работы, какъ научные труды Международнаго дерматологическаго Съѣзда, японско-русская война. Прежде всего отрадно отмѣтить, что, вопреки опасенію многихъ русскихъ товарищей, какъ бы ни пострадало на Съѣздѣ ихъ національное самолюбіе—опасенію, изъ за котораго нѣкоторые воздержались даже отъ участія въ Съѣздѣ, при чемъ передавались разсказы о соотвѣтственныхъ прецедентахъ на другихъ Международныхъ Съѣздахъ въ періодъ войны,—нѣмецкіе товарищи, да и товарищи другихъ національностей—по крайней мѣрѣ, дерматологи—наглядно показали, что они умѣютъ отдѣлять политику и политическія симпатіи и антипатіи отъ науки и отъ уваженія къ отдѣльнымъ лицамъ безъ различія національности. Можно смѣло утверждать, что ни одинъ изъ представителей воюющихъ народовъ не имѣлъ ни малѣйшихъ основаній испытывать на Съѣздѣ уколы національнаго самолюбія; тѣмъ непонятнѣе было видѣть смятеніе одного изъ русскихъ членовъ Съѣзда, узнавшаго, что, по простой случайности, русскому профессору предстоитъ почетное предсѣдательство во время доклада японскаго дерматолога.

Спеціально по отношенію къ русскимъ могу подчеркнуть—опять-таки, вопреки опасенію нѣкоторыхъ,—что они пользовались по своему неотъемлемому праву полнымъ равенствомъ и уваженіемъ наравнѣ съ другими членами. Всѣ русскіе профессора, какъ и иностранные, прибывшіе на Съѣздъ къ его открытію, были избраны почетными предсѣдателями; полное уваженіе къ русской наукѣ и къ русскимъ университетамъ можно было видѣть въ томъ, что профессоръ дерматологіи русскаго столичнаго университета, въ данномъ случаѣ проф. В.-Медицинской Академіи *Т. П. Павловъ*, присутствовавшій на Съѣздѣ лишь въ качествѣ простого члена, а не делегата, на всѣхъ оффиціальныхъ торжествахъ пользовался (въ алфавитномъ порядкѣ) всѣми прерогативами профессоровъ-дерматологовъ другихъ столичныхъ университетовъ. Японскій столичный Университетъ не получилъ въ данномъ случаѣ выраженія уваженія по той простой причинѣ, что профессоръ Токійскаго университета *Dohi*—кстати сказать, не мало извѣстный своими трудами въ дерматологической литературѣ—не присутствовалъ на Съѣздѣ. Вообще Японія была на этотъ разъ, вопреки обыкновенію, представлена бѣдно какъ по числу записавшихся членовъ (10 чел.), такъ и по числу прибывшихъ на Съѣздъ (5 чел.), изъ коихъ лишь д-ръ *Asahi* сдѣлалъ одинъ докладъ по программному вопросу: «О сифилитическихъ пораженіяхъ прибора кровеобращенія». Объяснить это малое участіе японскихъ дерматологовъ въ трудахъ Съѣзда молодостью дерматологіи въ Японіи едва-ли возможно, ибо и эта спеціальность сдѣлала въ Японіи быстрые успѣхи, о чемъ можно судить по работамъ въ иностранной, главнымъ образомъ въ нѣмецкой, литературѣ, по спеціальному Токійскому журналу, появившемуся въ свѣтъ всего на $1^1/_2$ года позднѣе единственнаго спеціальнаго русскаго журнала (издается 4-ый годъ) и по отчету о 3-мъ спеціальномъ Съѣздѣ въ Токіо «Общества японскихъ дерматологовъ», между тѣмъ какъ въ Россіи о подобныхъ спеціальныхъ Съѣздахъ и учрежденіи Всероссійскаго Общества дерматологовъ, если не ошибаюсь, даже и не поднималось еще вопроса въ печати [1]).

Россія была представлена на Съѣздѣ болѣе полно, чѣмъ Японія, что, по всей вѣроятности, въ большей мѣрѣ объясняется близостью Россіи къ Berlin'у. Записались на Съѣздъ изъ Россіи 34 члена, явились 28. Изъ университетскаго состава въ Съѣздѣ принимали участіе: профф. *И. Ф. Зеленевъ* (Харьковъ), *Т. П. Павловъ* (Петербургъ), *А. И. Поспѣловъ* (Москва), чч. пр. *В. В. Ивановъ* (Петербургъ), *Г. А. Кюзель* (Москва), *П. А. Павловъ* (Москва), *Е. Ф. Фридманъ* (Петербургъ); изъ болѣе извѣстныхъ въ русской литературѣ спеціалистовъ—проф. *О. В. Петерсенъ* (Петербургъ), д-ра *А. И. Грюнфельдъ* (Одесса) и *С. Г. Присманъ* (Либава). Активное участіе русскихъ членовъ Съѣзда выразилось въ слѣдующемъ: 1) проф. *О. В. Петерсенъ* сдѣлалъ а) краткое сообщеніе «О строеніи кожи мамонта» и б) докладъ по программному вопросу: «О нехирургическихъ способахъ лѣченія кожнаго рака» [2]); 2) д-ръ *С. Г. Присманъ* доложилъ «Къ казуистикѣ проказы въ Курляндіи и сосѣднихъ съ нею мѣстностяхъ»; 3) д-ръ *А. А. Цѣновскій* (Одесса) представилъ докладъ: «Къ вопросу объ опредѣленіи ртути» (по недостатку времени докладъ прочитанъ не былъ); 4) д-ръ *В. В. Ивановъ* показалъ изъ клиники проф. *Т. П. Павлова* больного съ рѣдкой формой множественной первичной саркомы кожи, 5) проф. *А. И. Поспѣловъ* показалъ изъ своей клиники на выставкѣ при Съѣздѣ муляжи (восковые слѣпки работы С. П. Фивейскаго) съ нѣсколькихъ рѣдкихъ и типичныхъ пораженій кожи; муляжи эти по своей художественности и вмѣстѣ съ тѣмъ по крайне точной передачѣ картины кожныхъ пораженій, по общему признанію, не оставляли желать ничего лучшаго и во многомъ превосходили выставленные муляжи всѣхъ иностранныхъ муляжистовъ, въ томъ числѣ и муляжи Baretta изъ извѣстнаго Музея въ Hôpital St. Louis въ Парижѣ, считавшіеся до сихъ поръ наилучшими.

Говоря о русскомъ представительствѣ на Съѣздѣ, естественно хотѣлось-бы прежде всего остановить вниманіе на участіи въ Съѣздѣ проф. *И. И. Мечникова*, который былъ приглашенъ организаціоннымъ Комитетомъ сдѣлать докладъ о результатахъ своихъ опытовъ по прививкѣ сифилиса обезьянамъ. Докладъ этотъ, сдѣланный при открытіи

[1]) Менѣе всего, разумѣется, желая противопоставлять на почвѣ науки одну національность другой—каждая изъ нихъ внесла и вноситъ свою долю въ міровую сокровищницу знанія и всѣ вмѣстѣ служатъ одному и тому-же общему дѣлу устраненія или облегченія страданій ближняго,—мы все-же долгомъ считаемъ отмѣтить, что въ Россіи имѣются Всероссійскіе Пироговскіе Съѣзды, подобныхъ которымъ нѣтъ въ другихъ странахъ, и что многіе русскіе врачи, въ томъ числѣ и мы, не сочувствуютъ спеціальнымъ врачебнымъ Съѣздамъ именно потому, чтобы не дать повода умалить общественное значеніе этого чрезвычайно важнаго отечественнаго врачебнаго учрежденія. *Ред.*

[2]) Къ открытію Съѣзда уже вышелъ 1-ый томъ «Трудовъ» 5-го Международнаго дерматологическаго Съѣзда, въ которомъ собранъ матеріалъ о распространеніи проказы и о способахъ борьбы съ нею со времени 1-ой лепрозной Конференціи въ Berlin'ѣ. Матеріалъ этотъ данъ спеціалистами изъ разныхъ государствъ; положеніе этого вопроса въ Россіи разработано проф. *О. В. Петерсеномъ*. *В. П.*

Съѣзда, былъ встрѣченъ присутствовавшими восторженно и служилъ, что называется «гвоздемъ» Съѣзда. Національное чувство гордости, конечно, могло-бы ликовать отъ такого представительства и преклоняться передъ неутомимой энергіей этого лучшаго представителя русскаго таланта и ума, пріѣхавшаго въ Berlin не только съ цѣлью сдѣлать докладъ, но и съ цѣлью «поучиться дерматологіи на Съѣздѣ» (собственныя слова *И. И.*; онъ пробылъ на Съѣздѣ до закрытія и былъ однимъ изъ самыхъ усердныхъ посѣтителей засѣданій); къ сожалѣнію, къ чувству національной гордости примѣшивалось другое,—скорбное національное чувство отъ сомнѣнія, въ правѣ-ли мы, дѣйствительно, въ данномъ случаѣ говорить о русскомъ представительствѣ, если плоды спокойнаго неутомимаго труда русскаго таланта нашли себѣ лучшую почву для культуры во Франціи и были привезены въ Berlin не съ Востока, а съ Запада....

Скажу еще нѣсколько словъ объ организаціи Съѣзда. Сама по себѣ организація была проведена въ общемъ очень умѣло, и во всемъ царилъ полный порядокъ за весьма незначительными упущеніями, легко, впрочемъ, объяснимыми сложностью, спѣшностью и массою работы. Нельзя однако не отмѣтить слѣдующихъ крупныхъ недостатковъ, общихъ организаціямъ всѣхъ Международныхъ Съѣздовъ, которые чувствовались и здѣсь.

1. Чрезмѣрное обиліе заявленныхъ внѣпрограммныхъ докладовъ (108). Въ результатѣ около $^1/_2$ докладовъ, за спѣшностью, совершенно не были прочитаны. Такъ какъ при этомъ доклады читались въ порядкѣ ихъ поступленія въ организаціонный Комитетъ, то нѣкоторые изъ нихъ, отличавшіеся, судя по заглавіямъ, новизной вопроса или нуждавшіеся въ поясненіи путемъ демонстраціи, были принесены въ жертву другимъ, которые съ большею пользою для самихъ докладчиковъ и съ меньшею затратою времени для членовъ Съѣзда могли-бы быть просто напечатаны въ какомъ-нибудь журналѣ или даже въ «Трудахъ» Съѣзда. Больше того, обиліе этихъ докладовъ и простое чтеніе ихъ, безъ обсужденія, расхолаживало вниманіе слушателей и отзывалось на программныхъ вопросахъ, пренія по которымъ велись также съ излишнею торопливостью. Обиліе докладовъ требовало также и черезчуръ напряженной работы въ теченіи 6 дней: къ $8^1/_2$ час. утра нужно было каждый день поспѣть на весьма хорошо организованную демонстрацію больныхъ, вслѣдъ за которой непрерывно слѣдовало засѣданіе, продолжавшееся съ 10 час. утра до $1^1/_2$—2 час. дня, въ 3 часа опять собирались на засѣданіе и работали до $5^1/_2$—6 час. веч., а вечеромъ почти каждый день приходилось бывать на томъ или иномъ торжествѣ, гдѣ въ застольныхъ рѣчахъ опять-таки затрагивались спеціальные вопросы съ общей точки зрѣнія. При этомъ нужно было еще удѣлить время на осмотръ выставки и нѣкоторыхъ учрежденій, относящихся къ спеціальности.

2. Хотя еще недѣли за 2 до открытія Съѣзда членамъ его была разослана программа занятій съ приложеніемъ выводовъ изъ большинства докладовъ, но все-же многіе доклады остались безъ положеній. Между тѣмъ заблаговременная разсылка членамъ Съѣзда докладовъ или аутореферативъ ихъ позволила-бы упростить дѣло и дала-бы возможность просто обсуждать эти доклады безъ чтенія ихъ на засѣданіи; конечно, исключеніе можно было-бы сдѣлать для такихъ докладовъ, которые нуждаются въ поясненіи путемъ предъявленія таблицъ, макро- и микроскопическихъ препаратовъ, тѣневыхъ картинъ и т. п. Въ результатѣ получился-бы большой выигрышъ во времени.

3. Желательно было-бы избѣгать многоязычія на Съѣздахъ, а потому можно было-бы ограничиться наиболѣе извѣстнымъ французскимъ языкомъ, пожалуй, еще нѣмецкимъ (послѣдній извѣстенъ большинству врачей хотя-бы по тому, что большинство лучшихъ справочныхъ медицинскихъ сочиненій издается въ Германіи), и языкомъ той страны, гдѣ происходитъ Съѣздъ. На 5-мъ Съѣздѣ дерматологовъ были допущены еще, по традиціи, англійскій и почему-то итальянскій языки; думается, что доклады, читанные на этихъ языкахъ, остались непонятыми или плохо понятыми большинствомъ членовъ Съѣзда, включая сюда и нѣмцевъ.

Не смотря на указанные недостатки, въ заслугу организаторамъ слѣдуетъ поставить прежде всего крайне интересный выборъ программныхъ вопросовъ. Всѣ до одного изъ этихъ вопросовъ имѣли не узко-спеціальный, а широкій общемедицинскій интересъ, о чемъ можно судить уже по однимъ заглавіямъ: 1) *Состояніе вопроса о распространеніи проказы и борьбы съ нею со времени 1-й лепрозной Конференціи 1897 г.*; 2) *Пораженія кожи при неправильностяхъ обмѣна веществъ*; 3) *Сифилитическія заболѣванія прибора кровообращенія*; 4) *Эпителіомы и ихъ лѣченіе.* Сознавая, что развитіе дерматологіи и сифилидологіи только и можетъ идти рука объ руку съ общимъ развитіемъ медицинской науки и какъ-бы подчеркивая неправильность вкоренившагося взгляда, по которому дерматологія есть наука о заболѣваніяхъ кожи, какъ какого-то обособленнаго органа, мало имѣющаго тѣсной связи съ отправленіями цѣлаго организма, организаторы Съѣзда съумѣли привлечь для обсужденія программныхъ вопросовъ выдающихся представителей другихъ спеціальностей. Такъ, по 2-му программному вопросу докладчикомъ выступилъ такой знатокъ болѣзней обмѣна веществъ, какъ *v. Norden* (Frankfurt a/M.); по 3-му программному вопросу изъ неспеціалистовъ-сифилидологовъ докладывали извѣстные Berlin'скіе патолого-анатомы *v. Hansemann* и *Benda* и терапевтъ *Renvers*; въ обсужденіи вопроса объ эпителіомахъ и ихъ лѣченіи, гдѣ былъ главнымъ образомъ затронутъ злободневный вопросъ объ этіологіи раковыхъ образованій вообще, приняли участіе: хирургъ *v. Bergmann*, бактеріологъ *Borrel* (Парижъ—Институтъ *Pasteur*'а) и патолого-анатомъ *v. Hansemann*. Если теперь прибавить, что на Съѣздѣ было отведено много мѣста обсужденію вопросовъ о рёнтгено-терапіи, физіологическомъ и терапевтическомъ дѣйствіи радія, о свѣтолѣченіи по *Finsen*'у (съ предъявленіемъ больныхъ), о бластомикозѣ, то общемедицинскій интересъ Съѣзда станетъ вполнѣ яснымъ, не говоря уже о томъ, какое вниманіе привлекли къ себѣ доклады *И. И. Мечникова* и *A. Neisser*'а [1]).

Весьма интереснымъ и поучительнымъ дополненіемъ къ докладамъ служила выставка при Съѣздѣ. Помимо большого количества муляжей изъ различныхъ клиникъ, по которымъ можно было знакомиться съ рѣдкими формами кожныхъ болѣзней и со случаями, затруднительными для распознаванія; помимо прекрасно выполненныхъ свѣтописныхъ снимковъ (простыхъ и стереоскопическихъ) и рисунковъ красками; помимо богатаго собранія патолого-анатомическихъ и отчасти гистологическихъ препаратовъ, относящихся къ сифилису внутреннихъ органовъ; помимо разводокъ чужеядныхъ, обусловливающихъ грибковыя пораженія кожи; помимо небольшого, но интересно составленнаго проф. *Lesser*'омъ отдѣла, относящагося къ исторіи дерматологіи; наконецъ, помимо инструментальнаго отдѣла выставки и др. матеріала, относящагося къ спеціальности, — особый интересъ представляло небольшое собраніе макроскопическихъ препаратовъ и микрофотографій, относящихся къ изученію сравнительной патологіи кожи. Этотъ матеріалъ, собранный д-ромъ *Heller*'омъ и служившій нагляднымъ поясненіемъ къ интересному докладу его «О значеніи сравнительной патологіи кожи», думается, имѣетъ тѣмъ большее значеніе, что дерматологи, какъ разъ теперь, поставлены въ необходимость ближе ознакомиться и изучить болѣзни кожи животныхъ—по крайней мѣрѣ, обезьянъ: это одно изъ важныхъ условій болѣе успѣшнаго изученія экспериментальнаго сифилиса животныхъ.

Ч. пр. *В. Ивановъ.*

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Общая патологія. 871. Въ Breslau'ской кожной клиникѣ лежали 2 сестры съ общимъ ichtyosis hystrix, у которыхъ отдѣленіе пота наблюдалось только на лицѣ, остальная-же кожа даже при значительномъ повышеніи

[1]) См. мое письмо въ «Русскомъ Врачѣ», № 38 и 39.

температуры тѣла и среды оставалась совершенно сухой. Въ обыкновенномъ приборѣ съ горячимъ воздухомъ въ очень короткое время температура тѣла повышалась на 2° и болѣе. Горячій чай, салициловокислый натръ вызывали повышеніе температуры до 39°. Зависимость температуры тѣла у этихъ сестеръ отъ температуры воздуха была удивительная: Въ приборѣ съ горячимъ воздухомъ она поднималась у нихъ вдвое скорѣе, чѣмъ у нормальныхъ, при возвращеніи-же наружной температуры къ нормѣ она такъ очень быстро становилась нормальной. Пользуясь свойствомъ этихъ больныхъ повышать, подъ вліяніемъ внѣшнихъ условій какъ угодно температуру тѣла и удерживать ее на не нормальной высотѣ любое время, д-ра *Paul Linser* и *Julius Schmid* произвели *рядъ наблюденій надъ обмѣномъ веществъ при высокой температурѣ тѣла.* Выводы получились слѣдующіе: повышеніе температуры тѣла подъ вліяніемъ внѣшней теплоты, продолжающееся даже много дней, не вызываетъ никакого распаденія бѣлка, если температура тѣла не превышаетъ 39°. Оно наступаетъ, если температура доходитъ до 40° и выше. Поэтому при лихорадочныхъ болѣзняхъ, если температура не достигаетъ этой высоты, распаденіе бѣлка нужно отнести исключительно на результатъ зараженія или отравленія, а не на перегрѣваніе. При искусственномъ повышеніи температуры распаденіе бѣлка ограничивается прибавкой углеводовъ не въ той мѣрѣ, какъ при температурѣ нормальной. Съ повышеніемъ вслѣдствіе сильнаго разогрѣванія выдѣленія азота въ мочѣ, параллельно повышается и выдѣленіе азота пуриновыхъ соединеній, амміака, азота амидовыхъ кислотъ и фосфорной кислоты. Сахара, ацетона, уксусной кислоты и морфологическихъ составныхъ частей въ мочѣ при этомъ не обнаруживается. При умѣренномъ нагрѣваніи (38°), при незначительномъ увеличеніи объема дыханія потребленіе кислорода повышается значительно, почти на 100%, между тѣмъ какъ выдѣленіе угольной кислоты увеличивается относительно мало (до 40%) (Deutsches Archiv f. klinische Medicin, т. 79, тетр. 5 и 6). *А. Н. Дмитріевъ.*

Физіологія и общая патологія. 872. Вопросъ о *вліяніи на организмъ различныхъ бактерійныхъ продуктовъ* при введеніи ихъ per os, не смотря на теоретическій и практическій интересъ и не смотря на то, что ему посвящено уже не мало работъ, далекъ еще отъ окончательнаго разрѣшенія. Въ работѣ д-ра *Чичкина* (изъ лабораторіи проф. *И. И. Мечникова*) приводится цѣлый рядъ интересныхъ данныхъ по этому вопросу. Авторъ вводилъ кроликамъ черезъ ротъ разводки тифозныхъ палочекъ живыя, убитыя нагрѣваніемъ (1 часъ при 60°), фильтраты разводокъ и токсины, приготовленные по способу д-ра *Безрѣдки*, и затѣмъ изучалъ свойства сыворотокъ животныхъ по отношенію къ слѣдующимъ реакціямъ: склеиванію, осажденію, закрѣпляющей способности и къ появленію предохранительныхъ свойствъ. Опыты производились на взрослыхъ и на новорожденныхъ кроликахъ. У первыхъ было найдено появленіе въ сывороткѣ агглютининовъ прежде всего и въ наибольшемъ количествѣ (maximum силы $^1/_{200}$); позже и въ меньшемъ количествѣ появляется специфическій фиксаторъ; изрѣдка только и мало замѣтны преципитины. Предохранительныхъ свойствъ сыворотка также не обнаруживаетъ. Убитыя разводки даютъ менѣе рѣзкіе результаты, фильтраты же разводокъ и токсины—почти никакихъ. У новорожденныхъ кроликовъ введеніе разводокъ черезъ ротъ не отражается на свойствахъ сыворотки, быть можетъ, въ силу того, что у нихъ не происходитъ всасыванія соотвѣтственныхъ продуктовъ, быть можетъ, и въ силу того, что организмъ ихъ еще не способенъ вырабатывать противутѣлъ. Этотъ результатъ не безынтересно сопоставить съ данными *Behring*'а и *Römer*'а объ отношеніи кишечника молодыхъ животныхъ къ бугорчатковой палочкѣ, къ ея продуктамъ и къ антитѣламъ, заключающимся въ молокѣ. Слѣдуетъ еще прибавить, что, видоизмѣняя въ различныхъ направленіяхъ свои опыты (измѣненія пищи, введеніе опія, слабительныхъ, голоданіе и т. д.), авторъ ни разу не наблюдалъ развитія у животныхъ брюшного тифа, что служитъ новымъ подтвержденіемъ прежнихъ опытовъ *Gaffky*, проф. *В. И. Сиротинина* и др. и умаляетъ значеніе противорѣчивыхъ заявленій *Fränkel*'я, *Remlinger*'а, *Chantemesse*'а (Annales de l'Institut *Pasteur*, № 9). *Л. Тарасевичъ.*

873. Д-ръ *А. Ландау* (Варшава) экспериментальнымъ путемъ старался опредѣлить *химическій характеръ т. наз. холэміи.* Такъ какъ промежуточные продукты расщепленія какъ бѣлковъ, такъ жировъ и углеводовъ по большей части—тѣла кислаго характера, то можно-бы считать, что отравленіе желчью есть своего рода кислое самоотравленіе и холэмическая кома обусловливается быстрымъ скопленіемъ кислотъ. Въ Институтѣ физіологіи при сельско-хозяйственной высшей школѣ въ Berlin'ѣ (проф. *N. Zuntz*) авторъ сдѣлалъ рядъ опытовъ съ перевязкой желчнаго протока у кроликовъ съ предварительнымъ и послѣдующимъ опредѣленіемъ содержанія углекислоты крови и щелочности ея (способъ *Zuntz-Löwy*). Кролики послѣ перевязки желчнаго протока погибали обыкновенно черезъ 5—6 дней и только 1 черезъ 7 дней. Слѣды желтухи появлялись на соединительной оболочкѣ глаза уже на 2-й день, а на 3-ій она дѣлалась ясной. Печень на вскрытіи была всегда сильно увеличена, поверхность разрѣза усѣяна многочисленными полостями, соотвѣтствующими сильно расширеннымъ желчнымъ ходамъ, содержащимъ сгущенную желчь. Въ 5 случаяхъ изъ 7 оказалось болѣе или менѣе сильное уменьшеніе содержанія CO_2, при чемъ между силой отравленія желчью и уменьшеніемъ CO_2 не было никогда связи; среднимъ числомъ уменьшеніе=50% приблизительно. Уменьшеніе щелочности крови было невелико, но было тѣмъ больше, чѣмъ дольше продолжалась желтуха. Общій выводъ—тотъ, что желтуха сопровождается ацидозомъ, который, однако, не въ состояніи вызвать смерть: животное умираетъ не отъ недостатка фиксированныхъ щелочей въ крови, но, скорѣе вслѣдствіе отравляющаго дѣйствія продуктовъ обмѣна веществъ, которыя, кромѣ кислаго, обладаютъ еще болѣе сильнымъ токсическимъ свойствомъ (Deutsches Archiv f. klinische Medicin, т. 79, тетр. 5 и 6). *А. Н. Дмитріевъ.*

874. Д-ръ *Arthur Keller* (Bonn) въ опроверженіе опытовъ *Bolle*, который сообщилъ, что ему удалось вызвать болѣзнь *Barlow*'а, кормя морскихъ свинокъ обезпложеннымъ молокомъ (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, т. 6, стр. 354), приводитъ опыты кормленія мышей совершенно обезпложеннымъ молокомъ. Мыши содержались въ стеклянныхъ клѣткахъ на асбестовой ватѣ; одна часть ихъ получала кипяченое молоко, другая тоже молоко, подверженное въ теченіи 2-хъ часовъ дѣйствію пара. Разстройства пищеваренія происходили у тѣхъ и другихъ одинаково, въ особенности въ первые дни кормленія. Часто всѣ животныя одной клѣтки погибали. Заболѣваніе можно было уменьшить, оставляя молоко въ клѣткѣ только на короткое время, во избѣжаніе загрязненія. Однако заболѣванія и смертность были совершенно одинаковы какъ у мышей, питавшихся сырымъ или разъ прокипяченнымъ молокомъ, такъ и у мышей, питавшихся совершенно обезпложеннымъ (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, т. 7, тетр. 2). *А. Н. Д.*

Фармакологія. 875. Проф. *Ogiu* изъ Японіи изучалъ въ фармакологическомъ Институтѣ проф. *Kobert*'а въ Rostock'ѣ свойства *новаго алкалоида изофизостигмина* (Isophysostigmin), добываемаго на ряду съ физостигминомъ (эзериномъ) изъ калабарскихъ бобовъ. По своей химической формулѣ и химическимъ реакціямъ алкалоидъ этотъ схожъ съ физостигминомъ и отличается отъ него лишь слѣдующими свойствами: 1) физостигминъ легко растворимъ въ эѳирѣ, изофизостигминъ-же плохо или совсѣмъ не растворимъ въ немъ; 2) точка плавленія сѣрнокислой соли эзерина 202° Ц., той-же соли изофизостигмина 140—142° Ц.; кромѣ того, они отличаются еще по свойствамъ ихъ двойныхъ солей съ платиной и по ихъ отношенію къ іодной водѣ. Что касается фармакологическихъ свойствъ изофизостигмина, то по дѣйствію его на теплокровныхъ животныхъ онъ стоитъ выше физостигмина. Авторъ изучалъ главнымъ образомъ дѣйствіе этого препарата на отправленія кишечника и его съуживающее зрачекъ дѣйствіе. Оказалось, что изофизостигминъ въ меньшихъ количествахъ, чѣмъ эзеринъ усиливаетъ перистальтику кишечника, и поэтому нужно ожидать, что онъ съ еще большимъ успѣхомъ, чѣмъ физостигминъ, будетъ дѣйствовать при вялости кишечника послѣ гинекологическихъ и хирургическихъ операцій. Что касается съуживающаго зрачекъ дѣйствія препарата, то и тутъ при употребленіи 0,1%-го раствора его достигались

тѣже результаты, что и при эзеринѣ, съ той лишь разницей, что приходилось вводить меньшія количества новаго препарата для достиженія того-же дѣйствія. Кромѣ того, длительность дѣйствія новаго препарата бо́льшая. Съ другой стороны, дѣйствіе изофизостигмина гораздо легче и скорѣе устранялось атропиномъ, чѣмъ дѣйствіе эзерина. На основаніи своихъ опытовъ авторъ думаетъ, что можно безъ всякихъ опасеній приступить къ изученію дѣйствія изофизостигмина на человѣка. Вмѣсто 1,0 млгрм. эзерина слѣдуетъ примѣнять 0,75 млгрм. изофизостигмина; если-бы получилось отравленіе, то въ качествѣ противоядія слѣдуетъ примѣнять сѣрнокислый атропинъ; послѣдній впрыскивается въ количествѣ 1,0 млгрм. подъ кожу, если изофизостигминъ примѣнялся подкожно, или вводится въ видѣ глазныхъ капель, если препаратъ примѣнялся въ глазной практикѣ. Новый препаратъ приготовляется фабрикой Merck'a (Therapie der Gegenwart, октябрь). *А. К.*

876. *Маретинъ*, представляя по своему химическому составу метиловый ацетанилидъ, является обезвреженнымъ антифибриномъ и имѣетъ видъ бѣлыхъ, блестящихъ, безвкусныхъ кристалловъ, очень трудно растворимыхъ въ водѣ. При опытахъ на животныхъ онъ не оказывалъ никакого вліянія на кровообращеніе, дыханіе и питаніе, не вызывая отравленія даже въ количествѣ 1,0; жаропонижающее-же его дѣйствіе проявлялось уже при количествѣ отъ 0,1. Также безразлично было его дѣйствіе въ указанномъ направленіи и при опытахъ на людяхъ, при чемъ выдѣленіе его мочею распознано уже чрезъ $^1/_2$ часа по пріемѣ. *Жаропонижающее* дѣйствіе маретина начиналось почти чрезъ $^3/_4$ часа; сначала температура падала медленно, затѣмъ быстрѣе, и дѣйствіе его держалось 15—24 часа. Маретинъ показуется при лихорадкѣ вслѣдствіе легочной чахотки, брюшного тифа, желудочнаго катарра, гнилокровія, плейрита, эпидемическаго гриппа, болотнаго зараженія и т. д. *I. Barjansky* на основаніи многочисленныхъ наблюденій, изъ коихъ 10—надъ лихорадочными чахоточными, пришелъ къ заключенію, что маретинъ есть вѣрное и длительное жаропонижающее средство. Его даютъ въ порошкѣ по 0,25, въ обѣдъ и ужинъ, и запиваютъ водой. Побочныхъ вредныхъ явленій, за исключеніемъ 1 случая съ преходящими припадками упадка силъ, а равно собирательнаго дѣйствія средства не замѣчено. Пониженіе температуры у лихорадящихъ чахоточныхъ чаще сопровождалось значительнымъ потоотдѣленіемъ (Wiener kl.-th. Wochenschrift, № 26). *Г. А.*

Бактеріологія. 877. Д-ра *Lubowski* и *Steinberg* (Breslau) въ 2-хъ случаяхъ воспаленія средняго уха вслѣдствіе зараженія proteus'омъ (въ 1 случаѣ совмѣстно съ гроздекоккомъ и цѣпекоккомъ) нашли, что *кровяная сыворотка этихъ больныхъ обладала по отношенію къ тифозной палочкѣ* склеивающимъ *дѣйствіемъ* при разведеніи 1:80 (при микроскопическомъ наблюденіи послѣ 2-часоваго дѣйствія сыворотки). Въ 1 случаѣ вскрытіе подтвердило, что ничего похожаго на заболѣваніе брюшнымъ тифомъ не было. Опыты на кроликахъ и морскихъ свинкахъ показали, что впрыскиваніе разводокъ proteus'a и гроздекокковъ можно вызвать, хотя и не у всякаго животнаго, повышеніе склеивающаго дѣйствія сыворотки по отношенію къ тифозной палочкѣ. Съ разводками цѣпекокковъ, холерной запятой и bacillus fluorescens liquefaciens подобнаго результата получить не удалось (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 79, тетр. 5 и 6). *А. Дмитріевъ.*

Внутреннія болѣзни. 878. Д-ръ *Graff* (Graz) сообщаетъ о весьма *рѣдкомъ случаѣ заболѣванія лучистымъ грибкомъ въ верхней долѣ праваго легкаго*, исходившемъ изъ верхушки его. Случай этотъ тѣмъ болѣе интересенъ, что заболѣваніе лучистымъ грибкомъ легкаго—само по себѣ крайне рѣдко, и изъ 17 случаевъ, собранныхъ д-ромъ *Graff*'омъ въ литературѣ съ 1892 г., только въ 4 процессъ происходилъ въ верхней долѣ легкаго, но при этомъ верхушка оказалась неповрежденной. Въ описываемомъ случаѣ не могла быть обнаружена даже припухлость подъ кожей грудной клѣтки, столь характерная для послѣдней ступени заболѣванія легкаго лучистымъ грибкомъ, и поэтому процессъ весьма легко могъ быть принятъ за бугорчатку легкихъ.

Больная, 31 г., въ дѣтствѣ перенесла корь, оспу, краснуху, дифтерію и тифъ. До 1-хъ мѣсячныхъ (въ 16 л.) часто кашляла. 10 лѣтъ назадъ лежала въ клиникѣ, жалуясь на колотье въ боку; въ мокротѣ тогда были найдены *Koch*'овскія палочки и другіе микроорганизмы. При вторичномъ поступленіи въ клинику (2/II 1903 г.) изъ-за болей въ боку найдено слѣдующее: кожа блѣдна; зрачки хорошо отвѣчаютъ на свѣтъ; лѣвая $^1/_2$ лица атрофическая; ни сыпи, ни отека не замѣтно; дрожаніе при кашлѣ слѣва гораздо сильнѣе, чѣмъ справа; сзади и слѣва полная тупость; въ области лѣвыхъ бронховъ трескучій шумъ; надъ верхушкой лѣваго легкаго шумъ при вдыханіи и выдыханіи. На основаніи этихъ признаковъ распознана бугорчатка легкихъ съ воспаленіемъ пристѣночной плейры. 15/II больная умерла. На вскрытіи въ лѣвой части грудной полости найдено до 2 литровъ свѣтлой желтой жидкости, которою легкое было сильно сдавлено снизу. Легкое, особенно вверху, было уплотнено и срощено съ пристѣночной плевой. По удаленіи срощеній обнаружено разрушительное воспаленіе передней части позвоночника. Части реберъ скрѣплены толстымъ слоемъ бѣловатой массы. Въ этой массѣ найдены желтоватыя гнѣзда, съ горошину, состоявшія изъ разсыпавшагося вещества. Между этимъ наростомъ и лѣвой частью позвоночника (отъ 1-го до 7-го грудного позвонка) находилось большое количество отчасти творожистой, отчасти жидкой массы. При микроскопическомъ изслѣдованіи легкаго найдено огромное количество нитей лучистаго грибка.

Авторъ полагаетъ, что случаи смѣшенія заболѣванія лучистымъ грибкомъ съ бугорчаткой бываютъ гораздо чаще, чѣмъ думаютъ, но они не всегда обнаруживаются патологоанатомическимъ вскрытіемъ (Zeitschrift für Heilkunde, т. XXV, тетр. 10). *В. Ц.*

879. Число сообщенныхъ случаевъ *анейризмы аорты несомнѣнно траумaтическаго происхожденія* еще такъ невелико, что каждый случай заслуживаетъ вниманія. *A. Heller* (Kiel) сообщаетъ такой случай:

37-лѣтній рабочій, до того совершенно здоровый, 13/X 1902 г. вмѣстѣ съ другими несъ стальной наугольникъ въ 16 м. длины и около 2 центнеровъ вѣсомъ. Когда они перелѣзали черезъ препятствіе, лежавшее на пути, брусъ всей тяжестью лежалъ на М.; тотчасъ-же онъ почувствовалъ сильныя боли въ груди слѣва и въ спинѣ, но все-таки работалъ еще $2^1/_2$ часа. Вслѣдствіе продолжавшихся болей онъ черезъ день обратился къ врачу, который опредѣлилъ увеличеніе сердечнаго притупленія и болѣзненность спинныхъ мышцъ съ лѣвой стороны. Послѣ покоя и массажа наступило улучшеніе, но черезъ мѣсяцъ работать уже не могъ. При изслѣдованіи на мѣстѣ увеличенія сердечнаго притупленія найденъ систолическій шумъ. Въ февралѣ въ клиникѣ опредѣлена недостаточность аортальныхъ заслонокъ. Смерть 20/IX 1903 г. Вскрытіе: между правымъ сердечнымъ ушкомъ и легочной артеріей направо вверхъ выпячивается опухоль; сильное расширеніе и утолщеніе лѣваго желудочка; жировое перерожденіе сердца; передняя заслонка аорты нормальная; прилегающія другъ къ другу мѣста 2-хъ остальныхъ заслонокъ разошлись на 5 млм., и немного отодвинуты книзу; соотвѣтственныя половинки краевъ закруглены, утолщены; непосредственно въ области обѣихъ заднихъ заслонокъ нижняя $^1/_3$ аорты очень сильно расширяется вправо кверху и кзади, расширеніе, 5 стм. длиной и 3 глубиной, отдѣляется отъ верхней части аорты сразу рѣзкимъ краемъ; въ сродинѣ задней поверхности отъ остраго края висит на узкой, въ 3 млм. длины, ножкѣ полипообразное, плоское тѣло, 0,6 стм. ширины и 1 длины; позади этого тѣла на нѣкоторомъ разстояніи отъ него находится ясно ограниченная ямка, въ которую можно вложить этотъ привѣсокъ; далѣе вправо 2-ое углубленіе съ утонченной стѣнкой; передняя стѣнка аорты не участвуетъ въ образованіи углубленія. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что полипообразное тѣло представляетъ оторвавшійся кусочекъ внутренней оболочки аорты съ частью мышечной; ямка, образовавшаяся послѣ вырыванія кусочка, была выстлана новообразованной внутренней оболочкой. Такимъ образомъ подъ вліяніемъ значительнаго повышенія артеріальнаго давленія вслѣдствіе внезапно увеличившейся тяжести и сильнаго и быстраго сокращенія мышцъ произошло сильное растяженіе и частичный разрывъ начальной части аорты; одновременно съ этимъ оторвались и мѣста прикрѣпленія 2-хъ аортальныхъ заслонокъ. Ближайшимъ слѣдствіемъ этого были обратный токъ крови и расширеніе лѣваго желудочка. 2-ая группа измѣненій: гипертрофія сердца и постепенное развитіе анейризмы произошли въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 79, тетр. 3 и 4). *А. Н. Дмитріевъ.*

880. Исходя изъ наблюденія, что поджелудочная железа, помѣщенная въ растворъ сахара, разлагаетъ сахаръ лишь въ незначительномъ количествѣ, тогда какъ добавленіе къ смѣси гэмоглобина или мышечнаго вещества сильно повышаетъ % разложеннаго сахара, проф. *Croftan* (Chicago) заключаетъ, что *гликолитическое бродило* проявляетъ свое дѣйствіе только въ присутствіи гэмоглобина. Приготовивъ спиртную вытяжку изъ теплыхъ еще поджелудочной железы, мышцъ и крови, взятыхъ въ различныхъ количественныхъ отношеніяхъ, авторъ испытывалъ ея гликолитическую способность. Оказалось, что 5—10 к. стм.

вытяжки, прибавленные къ 100 к. стм. раствора сахара разной крѣпости (отъ 0,2 до 1%), разлагали въ 17 час. при температурѣ крови отъ 20 до 37% заключавшагося въ растворахъ сахара; для предупрежденія броженія вслѣдствіе размноженія низшихъ организмовъ, всякій разъ прибавлялось 2‰ фтористаго натрія. Получивъ упомянутые результаты, проф. *Croftan* примѣнилъ свою вытяжку у 6 больныхъ *сахарнымъ мочеизнуреніемъ*, назначая по 2—3 унціи ея въ сутки. Въ предварительномъ сообщеніи авторъ не приводитъ подробныхъ исторій болѣзни всѣхъ больныхъ, *равно не даетъ и точныхъ указаній приготовленія вытяжки.*

У 1-го больного, 47 л., при поступленіи суточное выдѣленіе сахара равнялось 337 гранамъ. Послѣ недѣли безуглеводной діэты сахара выдѣлялось съ мочею 246,4 грана въ сутки. Назначено 2 унціи вытяжки въ день. Тотчасъ количество сахара уменьшилось до 138 гранъ; за 3 дня пользованія вытяжкой количество сахара колебалось между 138—186,2 грана. На 4-ый день прекращены пріемы вытяжки. За слѣдующій день выдѣлилось 237,0 гранъ сахара, затѣмъ—215,6 гранъ. Назначено 3 унціи вытяжки въ день; сахара выдѣлилось 143,0 грана.

На основаніи своихъ опытовъ авторъ приходитъ къ заключенію, что дѣйствующее начало, разлагающее сахаръ, поступаетъ неизмѣненнымъ изъ пищеварительныхъ органовъ въ кровяной потокъ. Возникаетъ предположеніе о сходствѣ дѣйствія препаратовъ поджелудочной железы при сахарной болѣзни съ дѣйствіемъ препаратовъ щитовидной железы при слизистомъ отекѣ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 7 мая). *Старокадомскій.*

881. Д-ръ *A. Gilardoni* въ Berlin'ской университетской водолѣчебницѣ изслѣдовалъ *вліяніе различныхъ водолѣчебныхъ пріемовъ на выдѣленіе желудочнаго сока* и пришелъ къ заключенію, какъ раньше и *Neumann*, что примѣняемые имъ пріемы (горячіе компрессы на желудокъ 8 часовъ, паровой душъ на область желудка 1/4 часа съ холоднымъ душемъ 2 сек. и т. д.) не оказываютъ никакого вліянія на отдѣленіе желудочнаго сока. Число опытовъ пока очень не велико (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, т. 7, тетр. 12). *А. Н. Д.*

882. На основаніи собственныхъ 3-хъ случаевъ *легочныхъ камней* и литературныхъ данныхъ проф. *R. Stern* (Breslau) даетъ краткій очеркъ этого страданія. По химическому своему составу легочные камни состоятъ изъ углекислой и фосфорнокислой извести и незначительныхъ количествъ магнезіи. Органическій ихъ остовъ обыкновенно не обнаруживаетъ опредѣленнаго гистологическаго строенія. Иногда удается найти въ нихъ бугорчатковыя палочки. Образуются эти камни (рѣчь идетъ только о настоящихъ камняхъ, а не о кускахъ хряща, кости или инородныхъ тѣлахъ, которымъ иногда тоже дается названіе камней) большею частью въ патологическихъ полостяхъ (чаще всего въ пещерахъ при бугорчаткѣ или въ бронхоэктатическихъ полостяхъ), при чемъ остовомъ для нихъ служатъ куски отдѣляемаго, кровяные свертки, частицы ткани или проникшія извнѣ постороннія тѣла. Съ другой стороны, камень можетъ образоваться вслѣдствіе секвестрированія объизвествленной ткани, что наблюдается большею частью при легочной бугорчаткѣ. Какія причины обусловливаютъ обильное отложеніе известковыхъ солей въ ткани, до сихъ поръ остается невыясненнымъ. Что касается патологическаго значенія легочныхъ камней, то оно бываетъ, подобно камнямъ въ другихъ органахъ, весьма различно. Иногда присутствіе камня въ легкихъ не обнаруживается никакими болѣзненными явленіями; за то нерѣдко они вызываютъ очень тяжелыя разстройства и могутъ быть даже причиною смерти. Чаще всего они вызываютъ легочныя кровотеченія, вслѣдствіе механическаго поврежденія слизистой оболочки бронховъ или самой легочной ткани. Они могутъ также служить причиной зараженія или, что бываетъ чаще, способствовать дальнѣйшему распространенію уже имѣющагося зараженія. Камни могутъ также обусловить припадки сильныхъ болей и одышки, сопровождающіеся иногда повышеніемъ температуры (crises broncholitiques, coliques bronchiques). Иногда болѣзнь и при отсутствіи бугорчатковаго зараженія протекаетъ, какъ настоящая чахотка (Pseudophthisis calculosa). Распознаваніе легочныхъ камней—прежде чѣмъ они были выдѣлены—до сихъ поръ считалось невозможнымъ. Единственнымъ пособіемъ для этой цѣли могутъ быть *Roentgen*'овскіе лучи. Въ одномъ изъ случаевъ автора лучи эти и были примѣнены, но безъ положительнаго результата, такъ какъ камушки въ этомъ случаѣ были крайне малыхъ размѣровъ. Опытъ на трупѣ показалъ, что большіе камни можно видѣть на рентгенограммѣ; трудность заключается лишь въ томъ, что камни нельзя съ увѣренностью отличить отъ простыхъ объизвествленій ткани. Такъ какъ въ нѣкоторыхъ изъ описанныхъ въ литературѣ случаяхъ легочные камни послужили причиной смерти, то въ тѣхъ случаяхъ, когда распознаваніе будетъ сдѣлано точно, т. е. мѣстонахожденіе камня будетъ опредѣлено при помощи *Roentgen*'овскаго снимка, есть основаніе рѣшиться на удаленіе камня путемъ операціи (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 34). *А. Коварскій.*

Хирургическія болѣзни. 883. Д-ръ *В. Лапинскій* (Варшава) обращаетъ вниманіе на *лѣченіе пупочныхъ грыжъ у дѣтей впрыскиваніями алкоголя*—способъ, предложенный 30 лѣтъ назадъ *Schwalbe*, а теперь незаслуженно заброшенный. Авторъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ: вправивъ грыжу, вводитъ дов. глубоко въ грыжевыя ворота лѣвый указательный палецъ, которымъ закрывается грыжевое отверстіе, затѣмъ на разстояніи нѣсколькихъ млм. отъ окружности вкалываетъ *Pravaz*'евскій шприцъ, содержащій 60°-ный алкоголь, и, введя иглу по направленію къ грыжевымъ воротамъ, впускаетъ нѣсколько капель жидкости; лѣвый указательный палецъ служитъ одновременно проводникомъ для иглы, а равно и охраняетъ брюшину и брюшную полость. Въ 1 присѣстъ алкоголь впрыскивается въ 3-хъ либо 4-хъ мѣстахъ по окружности опухоли; общее количество жидкости не превышаетъ 1/2 шприца *Pravaz*'а. Впрыскиванія авторъ дѣлаетъ каждую недѣлю; въ промежуткахъ между ними грыжа удерживается вправленной помощью мѣдной монеты, вшитой въ свивальникъ. Иногда уже послѣ 2-го впрыскиванія опухоль начинаетъ уменьшаться, а грыжевое отверстіе съуживается; послѣ 5 или 6 впрыскиваній опухоль обыкновенно исчезаетъ, грыжевыя ворота затягиваются совершенно и иногда на мѣстѣ грыжи образуется ограниченное затвердѣніе, замыкающее отверстіе. Авторъ приводитъ слѣдующія 3 наблюденія.

1. Мальчикъ—3 мѣс. Грыжевыя ворота пропускаютъ конецъ указательнаго пальца; опухоль въ области пупка съ большую сливу. Въ октябрѣ и ноябрѣ 1901 г. было произведено съ недѣльными промежутками 6 впрыскиваній алкоголя; послѣ 2-го впрыскиванія опухоль нѣсколько уменьшилась, а послѣ 5-го—исчезла. Спустя 7 мѣс.—никакихъ слѣдовъ грыжи.

2. Мальчикъ—2 мѣс. Пупочная грыжа съ большой лѣсной орѣхъ; грыжевыя ворота пропускаютъ конецъ мизинца. Послѣ 3-го впрыскиванія опухоль исчезла, а ворота уменьшились. Черезъ 6 мѣс. прощупывалась лишь узкая щель, черезъ которую, однако, кишка не проходила ни во время крика, ни при кашлѣ.

3. Мальчикъ—5 мѣс. Пупочная грыжа съ большой лѣсной орѣхъ; ворота пропускаютъ конецъ мизинца. Въ іюнѣ 1902 г. авторъ сдѣлалъ 4 впрыскиванія, послѣ чего опухоль уменьшилась. Въ текущемъ году авт. изслѣдовалъ ребенка и не нашелъ никакой грыжи.

Относительно закрытія грыжевого отверстія парафиномъ (*Escherich*) авторъ своего опыта не имѣетъ; онъ думаетъ, что впрыскиванія алкоголя, представляя простой способъ лѣченія пупочныхъ грыжъ у дѣтей, заслуживаютъ распространенія (Gazeta lekarska, 5 ноября). *С. О—скій.*

Физіотерапія. 884. Д-ра *Richard Werner* и *Georg Hirschel* сообщаютъ результаты *терапевтическаго дѣйствія лучей радія* при опытахъ *лѣченія ими опухолей* въ хирургической клиникѣ проф. *Czerny* въ Heidelberg'ѣ. Въ распоряженіи авторовъ имѣлись 3 капсюли съ 10 млгрм. бромистаго радія въ каждой. Капсюли эти завертывались въ резиновый кондомъ и прикрѣплялись липкимъ пластыремъ къ той поверхности, которую желательно было подвергнуть дѣйствію лучей. Всего подвергались лѣченію радіемъ 22 больныхъ. У 6 изъ нихъ имѣлись злокачественныя опухоли; ни у одного изъ больныхъ этой группы лѣченіе радіемъ не дало удовлетворительнаго результата, и авторы поэтому не совѣтуютъ лѣчить ракъ радіевыми лучами. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ракъ еще подлежитъ операціи, не стоитъ рисковать превратить его въ не подлежащій таковой, а въ запущенныхъ случаяхъ, какъ показываетъ опытъ, лѣченіе остается вполнѣ безуспѣшнымъ. Наоборотъ,

при лѣченіи радіемъ волчанки и другихъ туберкулидовъ кожи (8 случаевъ) и доброкачественныхъ опухолей (5 ангіомъ, 1 Naevus и 1 келоидъ) авторы получили вполнѣ благопріятные результаты. Въ случаѣ доброкачественныхъ опухолей средство дозировалось такъ, что пораженные участки подвергались дѣйствію лучей въ теченіи 10—30 мин. черезъ день; при лѣченіи-же туберкулидовъ и волчанки въ большинствѣ случаевъ сеансы продолжались по нѣсколько часовъ. Число сеансовъ зависѣло отъ размѣровъ опухоли; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пораженная поверхность была велика, дѣйствію лучей подвергались одновременно 2—3 мѣста. Благодаря такому энергичному способу примѣненія радія, въ большинствѣ случаевъ получались довольно сильныя изъязвленія съ омертвѣніемъ кожи; такъ какъ изъязвленія эти иногда очень болѣзненны, то ихъ необходимо всегда прикрывать безусловно не раздражающей мазью (лучше всего вазелиномъ или ланолиномъ). Заживленіе шло медленно, особенно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ примѣнялись продолжительные сеансы; особенно затягивается дѣло въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поражена бываетъ значительная поверхность, такъ какъ здѣсь, какъ и вообще при обширныхъ язвахъ, затруднено покрытіе язвы розовымъ слоемъ кожи. Чтобы избѣжать такихъ непріятныхъ осложненій слѣдуетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ новообразованіе занимаетъ большую поверхность, примѣнять небольшія дозы лучей (по 20—30 мин.), такъ какъ при такомъ способѣ ихъ примѣненія не получается омертвѣнія кожи; если-же опухоль занимаетъ небольшую поверхность, но распространяется вглубь, то цѣлесообразнѣе пользоваться продолжительными сеансами. Авторы утверждаютъ, что косметическій результатъ лѣченія радіемъ волчанки лучше, чѣмъ при другихъ способахъ. Возвратовъ авторы пока не наблюдали (послѣ окончанія лѣченія прошло всего 6 — 9 мѣс.) (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 42). *А. Коварскій.*

Глазныя болѣзни. 885. Д-ръ *Syms* наблюдалъ *случай возвратнаго паралича глазодвигательнаго нерва при беременности.*

36-лѣтняя женщина, здоровая и крѣпко сложенная, въ свои первыя 3 беременности не испытывала никакихъ разстройствъ зрѣнія, а въ послѣднемъ мѣсяцѣ 4-й беременности ея зрѣніе ухудшилось, и въ глазахъ стало двоиться. Менѣе, чѣмъ черезъ недѣлю послѣ родовъ всѣ эти явленія исчезли, но за 6 недѣль до 5-хъ родовъ снова явилось двоеніе при опущеніи верхняго вѣка, опять прекратившееся вскорѣ послѣ родовъ. За 9 или 10 недѣль до 6-хъ родовъ вновь развился параличъ глазодвигательнаго нерва, при чемъ, какъ показало изслѣдованіе глаза, затронуты были всѣ вѣтви этого нерва. На этотъ разъ болѣзнь оказалась болѣе упорной: послѣ 2 лѣтъ лѣченія наступило лишь частичное возстановленіе подвижности въ области пораженнаго нерва.

Авторъ полагаетъ, что гнѣздилось пораженіе на основаніи мозга, что оно было воспалительнаго свойства и что оно было вызвано ядовитыми веществами, развивающимися въ тѣлѣ во время беременности (Ophthalmic Review, 1903, ноябрь; Archiv für Augenheilkunde, L, 2). *Кацъ.*

886. Д-ръ *Speyer* сообщаетъ *случай перелойнаго воспаленія соединительной оболочки* съ большой язвой роговицы, гдѣ послѣ 2 *впрыскиваній сулемы подъ соединительную оболочку* (по 0,1 грм. раствора 1:2000) наступило быстрое излѣченіе. Подобный-же случай, но безъ осложненія со стороны роговицы, наблюдался и проф. *Dufour*'омъ. Предложенъ былъ этотъ способъ лѣченія д-ромъ *Siklossy* въ 1898 г. (По передачѣ д-ра *Berger* изъ Annales d'oculistique, CXXX, въ Archiv für Augenheilkunde, L, 2). *Р. Кацъ.*

887. Д-ръ *Staerkle* (изъ глазной клиники проф. *Mellinger*'а въ Basel'ѣ) занялся вопросомъ о *предохраненіи глазъ отъ вреднаго вліянія нынѣшнихъ источниковъ освѣщенія.* Усматривая таковое вліяніе въ дѣйствіи химическихъ лучей,—что отнюдь не доказано и во всякомъ случаѣ крайне одностороннее [1])—авторъ съ этой точки зрѣнія изслѣдовалъ керосиновое пламя горѣлки «Матадоръ», газовое пламя Argand'овской горѣлки, электрическую лампочку съ накаливаніемъ, газовый свѣтъ Auer'овской горѣлки и ацетиленовую лампочку, а именно, онъ сравнивалъ длину свѣтописныхъ снимковъ со спектровъ этихъ источниковъ свѣта, уравнивъ послѣдніе въ силѣ. Оказалось, что наиболѣе длинный спектръ даетъ (т. е. наибольшимъ количествомъ химическихъ лучей обладаетъ) ацетиленовое пламя, а наиболѣе короткій — керосиновое; остальные-же источники свѣта распредѣляются въ этомъ отношеніи между керосиновымъ и ацетиленовымъ въ указанномъ только что порядкѣ. Изслѣдуя затѣмъ вліяніе ламповаго стекла на задержку химическихъ лучей, авторъ убѣдился, что, во 1-хъ, значительнаго поглощенія этихъ лучей безъ замѣтнаго ослабленія свѣтовой силы можно достигнуть повышеніемъ толщины стекла до 3—4 млм., а, во 2-хъ, изъ цвѣтныхъ стеколъ въ значительной степени поглощаетъ химическіе лучи красное, а желтое и зеленое почти совершенно задерживаютъ ихъ, но при этомъ красное стекло ослабляетъ свѣтовую силу на 50%, желтое—на 72% и зеленое—на 65% (при электрической лампочкѣ). Синее стекло пропускало очень много химическихъ лучей, поглощая въ тоже время 75% свѣта, а матовое стекло, хотя и поглощало всего лишь 25% свѣта, но пропускало почти столько-же химическихъ лучей, какъ и синее. Довольно благопріятный результатъ дало сѣрожелтое стекло *Fieusal*'я, которое въ значительной степени поглощало химическіе лучи, задерживая въ тоже время лишь 31% свѣта. Этотъ цвѣтъ, на ряду съ краснымъ и зеленымъ, авторъ и предлагаетъ для ламповыхъ стеколъ, совѣтуя вмѣстѣ съ тѣмъ выбирать и наиболѣе толстыя изъ нихъ (Archiv für Augenheilkunde, L, 2, іюнь). *Р. Кацъ.*

888. Д-ръ *Sourdille* приводитъ нѣсколько случаевъ въ пользу того взгляда, что, помимо классической картины сочувственнаго воспаленія глаза въ видѣ иридоциклита или папиллита и помимо сочувственнаго раздраженія въ видѣ субъективныхъ свѣтовыхъ явленій, слезотеченія и преходящей слабости зрѣнія, *пораненіе глаза можетъ вызвать на другомъ предрасположеніе ко всякимъ заболѣваніямъ.*

Въ 1-мъ случаѣ на правомъ глазу стала изъязвляться роговая оболочка послѣ того, какъ въ роговицѣ лѣваго глаза, обожженной нѣсколько недѣль назадъ ѣдкой жидкостью и освободившейся уже отъ поверхностнаго пропитыванія, развились сильныя нейритическія боли. Послѣ 2-хъ впрыскиваній сулемы подъ соединительную оболочку поврежденнаго глаза нейритическія боли исчезли, а вслѣдъ затѣмъ стало поддаваться лѣченію и изъязвленіе роговой оболочки на правомъ глазу.

Во 2-мъ случаѣ, при подобныхъ же боляхъ въ роговой оболочкѣ, пораненной кусочкомъ дерева и покрывшейся пузырями (keratitis bullosa), явилось на другомъ глазу острое воспаленіе радужной оболочки, исчезнувшее лишь послѣ того, какъ подконъюнктивальныя впрыскиванія сулемы уничтожили нейритическія боли въ пораненномъ глазу.

Въ 3-мъ случаѣ, на здоровомъ глазу развилось воспаленіе радужной оболочки, протекшее безъ лѣченія и оставившее послѣ себя почти круговое заднее срощеніе, съ пониженіемъ остроты зрѣнія, въ то время какъ глазъ, подвергшійся нѣсколько мѣсяцевъ назадъ пораненію (прободающая рана роговицы съ легкимъ выпаденіемъ радужной оболочки) и благополучно излѣченный, оставался совершенно спокойнымъ.

Наконецъ, въ 4-мъ случаѣ на правомъ глазу развилось поверхностное точечное воспаленіе роговицы, не поддававшееся лѣченію, а лѣвый глазъ уже 35 лѣтъ представлялъ собою атрофическій комокъ, превратившись въ таковой послѣ прободающей раны. Комокъ этотъ, по желанію больного, былъ вылущенъ, хотя онъ и не былъ ни воспаленъ, ни болѣзненъ, а вслѣдъ за вылущеніемъ атрофическаго глаза сталъ быстро поправляться заболѣвшій глазъ.

Въ заключеніе авторъ ссылается на д-ра *Ayres*'а, сообщившаго въ 1900 г. Американскому Обществу глазныхъ врачей 5 случаевъ, гдѣ заболѣваніе глаза, не имѣвшее характера сочувственнаго воспаленія, исчезало отъ одного лишь вылущенія атрофическаго остатка другого глаза, и отмѣчаетъ важное значеніе подобныхъ случаевъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи (Archives d'ophthalmologie, іюнь). *Р. Кацъ.*

889. Д-ръ *Kipp* сообщаетъ *случай гноетеченія изъ слезнаго мѣшка отъ носового камня.*

У 45 лѣтней женщины, которая уже нѣсколько лѣтъ не могла дышать черезъ лѣвую ноздрю, гноетеченіе (изъ лѣваго мѣшка) продолжалось нѣсколько мѣсяцевъ. При изслѣдованіи носа оказалась каменистая масса, которая и была извлечена, при обильномъ кровотеченіи, черезъ переднее отверстіе носа. Камень этотъ былъ темносѣраго цвѣта и содержалъ въ своей серединѣ остатки растенія. Гноетеченіе изъ слезнаго мѣшка прекрати-

[1]) Предполагаемый вредъ отъ химическихъ лучей электрическаго свѣта, по моему мнѣнію, совершенно стушевывается передъ несомнѣннымъ вредомъ отъ жара, копоти и зловонія керосиннаго и газоваго освѣщеній (см. мою статью—Объ электрическомъ освѣщеніи въ учебныхъ заведеніяхъ, «Русская Школа», сентябрь). *Реф.*

лось въ нѣсколько недѣль безъ возврата (Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 3, съ англ. изданія). *Р. Кацъ.*

890. Д-ръ *Aron* наблюдалъ *2 случая вакциннаго воспаленія глазъ*. Въ обоихъ случаяхъ перенесена была зараза непосредственно съ привитыхъ оспенныхъ пустулъ дѣтей на края вѣкъ взрослыхъ. Въ одномъ случаѣ наступило исцѣленіе въ 8 дней; въ другомъ-же развилось воспаленіе роговой оболочки, оставившее послѣ себя бѣльмо (Klinisches Monatsblatt f. Augenheilkunde, XLI, 2; Archiv f. Augenheilkunde, L, 2). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 891. Д-ръ *Massey* (Philadelphia) пользовалъ въ теченіи послѣднихъ 16 лѣтъ 110 больныхъ *волокнистыми опухолями матки* электричествомъ по способу *Apostoli*. На основаніи своихъ наблюденій онъ приходитъ къ заключенію, что способъ этотъ иногда влечетъ за собою совершенное исчезновеніе опухоли, достигающей даже величины головы взрослаго человѣка, и во всякомъ случаѣ $^3/_4$-мъ больныхъ приноситъ улучшеніе. Особую пользу оказываетъ способъ при межуточныхъ опухоляхъ, сопровождаемыхъ кровотеченіями. Ни въ одномъ случаѣ не было замѣчено ухудшенія подъ вліяніемъ лѣченія, такъ что ни одна больная не рисковала упустить время для производства операціи (The Journal of the American Medical Association, 21 мая). *С.*

892. Проф. *Витт* (Berlin) резюмируетъ свои наблюденія надъ *дѣйствіемъ противоцѣпекокковой сыворотки при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ* слѣдующимъ образомъ. Въ настоящее время нѣтъ еще такой сыворотки, которая обнаруживала-бы свое дѣйствіе на болѣзненно-измѣненныя ткани въ тѣхъ случаяхъ, когда цѣпекокковое зараженіе распространилось дальше входныхъ воротъ его. Околоматочные нарывы, перитонитическіе и плейритическіе воспаленія и выпоты, нагноившіяся венныя пробки, нагноенія суставовъ, эндокардитическія отложенія, гнилостныя воспаленія легкихъ и т. п. процессы нисколько не измѣняютъ своего клиническаго теченія, не смотря на введеніе самыхъ большихъ количествъ противоцѣпекокковой сыворотки. Сыворотка не оказываетъ на уже развившіяся измѣненія никакого вліянія, и бактеріологическое изслѣдованіе обнаруживаетъ присутствіе цѣпекокковъ въ ткани, не смотря на энергичное сывороточное лѣченіе. Опыты на животныхъ позволяютъ, однако, надѣяться, что когда-нибудь удастся получить такія сильно-дѣйствующія сыворотки, которыя дадутъ возможность убивать цѣпекокковъ въ тканяхъ и такимъ образомъ вліять на ходъ анатомическихъ измѣненій. Въ настоящее-же время приходится признать примѣненіе противоцѣпекокковой сыворотки при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ въ тѣхъ случаяхъ, когда уже успѣли образоваться общій перитонитъ или гноекровіе или другія вышеназванныя измѣненія, совершенно безполезнымъ. Напротивъ, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда цѣпекокки не проникли дальше слизистой оболочки матки или, если и проникли, но не успѣли еще вызвать мѣстныхъ измѣненій, противоцѣпекокковая сыворотка оказывается весьма полезной, такъ какъ помогаетъ организму побороть заразное начало. Опыты на животныхъ показываютъ, что степень цѣлебнаго дѣйствія сыворотки въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ времени ея введенія въ организмъ и отъ количества. Поэтому *Витт* совѣтуетъ во врачебной практикѣ примѣнять противоцѣпекокковую сыворотку, главнымъ образомъ какъ предупреждающее средство. Въ виду безвредности сыворотки слѣдуетъ примѣнять ее сейчасъ-же вслѣдъ за тяжелыми родами, послѣ оперативнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, при разложеніи околоплодной жидкости и при лихорадкѣ во время родовъ. Онъ совѣтуетъ впрыскивать по 50 к. стм. и даже больше, 2—3 дня подъ рядъ. Этимъ путемъ, по его мнѣнію, навѣрное удастся во многихъ случаяхъ совершенно предупредить зараженіе, а въ другихъ—значительно ослабить его. Кромѣ крапивницеобразной сыпи авторъ въ большинствѣ случаевъ не видѣлъ никакихъ побочныхъ дѣйствій отъ примѣненія большихъ количествъ сыворотки. Только 2 раза (изъ 67 случаевъ) на мѣстѣ впрыскиванія образовался нарывъ, и это авторъ объясняетъ тѣмъ, что въ сыворотку случайно попали цѣпекокки. Что касается вопроса, какая изъ существующихъ противоцѣпекокковыхъ сыворотокъ наиболѣе дѣйствительна, то, по мнѣнію *Витт*'а, слѣдуетъ отдать предпочтеніе тѣмъ сывороткамъ, при полученіи которыхъ примѣнялись цѣпекокки, вирулентные для человѣка, а не для животныхъ. По личному опыту онъ признаетъ сыворотку *Aronson*'а (приготовляется Schering'омъ въ Berlin'ѣ) наилучшей (Berliner klinische Wochenschrift, № 44). *А. К.*

Дѣтскія болѣзни. 893. Ж.-вр. *М. Билеръ* на матеріалѣ Варшавскаго Воспитательнаго дома изучала *вліяніе подкожныхъ впрыскиваній мышьяка у дѣтей*, который примѣнялся въ видѣ какодиловаго натра (arsycodyl), арренала (neoarsycodyl) и какодиловаго желѣза. На 9 к. стм. перегнанной воды она брала 0,05 упомянутыхъ препаратовъ, растворенныхъ въ 1 к. стм. воды. Жидкость затѣмъ обезпложивалась. У дѣтей до 1 года впрыскиванія начинались съ $^1/_2$ шприца или 0,0025 вещества. Каждый ребенокъ получалъ 4 впрыскиванія въ недѣлю въ теченіи 4 недѣль; каждую недѣлю онъ взвѣшивался при тѣхъ-же условіяхъ. До начала впрыскиваній As каждый ребенокъ находился подъ наблюденіемъ автора въ теченіи 4-хъ недѣль. Показаніемъ для лѣченія какодилатами служилъ рѣзкій упадокъ питанія (вѣсъ лѣченныхъ дѣтей равнялся въ среднемъ 63% нормальнаго вѣса даннаго возраста; наименьшій вѣсъ былъ 46,3% и наибольшій — 75,4% нормальнаго). Изслѣдованіе крови не производилось. Подъ наблюденіемъ автора находились 23 дѣтей, изъ коихъ 14 до 1 года (отъ $2^1/_2$—10 мѣс.), 2 до 2 л. и 7 отъ 2—3 л. Какодиловый натръ былъ примѣненъ въ 9 случаяхъ, изъ коихъ въ 7 отмѣчено болѣе значительное наростаніе вѣса въ сравненіи съ дѣтьми даннаго возраста, находившимися въ нормальныхъ условіяхъ. Въ 1 случаѣ блѣдность исчезла совершенно, и общее состояніе замѣтно улучшилось. Лѣченію арреналомъ были подвергнуты 9 дѣтей, изъ коихъ у 8 наблюдались болѣзненныя осложненія (воспаленіе легкихъ, бронхитъ, насморкъ), такъ что наблюденіе было произведено надъ 1 ребенкомъ; въ теченіи мѣсяца онъ прибавился въ вѣсѣ на 1060 грм. (вмѣсто 725 грм. въ данномъ возрастѣ). Феррокодилъ былъ примѣненъ въ 5 случаяхъ, изъ коихъ въ 2 наблюдалось въ теченіи мѣсяца болѣе рѣзкое наростаніе вѣса, чѣмъ въ нормѣ (до лѣченія вѣсъ постепенно падалъ). Выводы. Всѣ дѣти переносили хорошо впрыскиванія упомянутыхъ препаратовъ, при чемъ ни разу не наблюдалось мѣстныхъ разстройствъ. Благопріятные результаты выразились въ томъ, что изъ 23 дѣтей у 13 отмѣчено рѣзкое наростаніе вѣса. Выдыхаемый дѣтьми воздухъ не имѣлъ, по словамъ кормилицъ, никакого специфическаго запаха. Какодилаты, какъ менѣе ядовитыя соединенія As, заслуживаютъ вниманія особенно въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній (точность дозировки). Упомянутые препараты авторъ примѣнялъ въ видѣ тѣхъ-же подкожныхъ впрыскиваній и у 112 больныхъ изъ частной практики (70 взрослыхъ и 42 дѣтей, въ возрастѣ 5—10 л.), при чемъ больные переносили ихъ хорошо, вѣсъ наросталъ, позывъ на ѣду улучшался (Kronika lekarska, 15 октября и 1 ноября). *С. Островскій.*

894. Проф. *Johann v. Bókay* разсматриваетъ вопросъ о т. наз. *«4-ой болѣзни»* (Fourth disease). Обозначеніе это введено въ 1900 г. англійскимъ врачемъ *Dukes*'омъ, который на основаніи своихъ наблюденій пришелъ къ заключенію, что, кромѣ скарлатины, кори и краснухи, существуетъ еще 4-ая заразная болѣзнь дѣтскаго возраста, которая относится къ скарлатинѣ такъ, какъ краснуха къ кори, т. е., что эта 4-ая болѣзнь въ своей типичной формѣ такъ-же похожа на легкую форму скарлатины, какъ типичная краснуха на легкую форму кори. *Dukes* наблюдалъ цѣлыя эпидеміи этой болѣзни и видѣлъ, что дѣти, разъ перенесшія ее, заболѣвали потомъ скарлатиной и, наоборотъ, перенесшія скарлатину заболѣвали 4-ой болѣзнью. Это заставило его признать въ ней вполнѣ самостоятельное заболѣваніе, независимое отъ скарлатины. Онъ описываетъ ее въ общихъ чертахъ слѣдующимъ образомъ. Предвѣстниковыхъ припадковъ при этой болѣзни въ большинствѣ случаевъ не бываетъ, иногда наблюдается незначительная боль въ горлѣ, а въ тяжелыхъ случаяхъ ознобъ, головная боль, потеря позыва на ѣду, боли въ спинѣ. Зачаточный періодъ длится отъ 9 до 21 дня, такъ что въ этомъ отношеніи имѣется сходство съ краснухой и отличіе отъ скарлатины. Сыпь является первымъ яснымъ признакомъ бо-

лѣзни; она покрываетъ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ все тѣло. Сыпь эта мелкая, довольно густо точечная, едва поднимается надъ уровнемъ кожи, блѣдно-розоваго цвѣта. Высыпь покрываетъ также лице, при чемъ окружность губы и спинка носа въ большинствѣ случаевъ остаются свободными. Слизистая оболочка глотки оказывается красной и припухшей; языкъ слегка обложенъ, но не имѣетъ малинообразнаго вида, какъ при скарлатинѣ. Соединительная оболочка глазъ налита, мясо—краснаго цвѣта, железы на шеѣ опухаютъ, достигаютъ величины горошины, но припухлость ихъ все-же выражена не такъ рѣзко, какъ при краснухѣ. Въ единичныхъ случаяхъ наблюдается также припухлость подмышковыхъ и паховыхъ железъ. Сыпь скоро блѣднѣетъ, и вслѣдъ за исчезновеніемъ ея начинается скоро мелкое шелушеніе, которое въ 1—2 недѣли совершенно заканчивается. Въ исключительныхъ случаяхъ шелушеніе бываетъ рѣзко выражено. Осложненія воспаленіемъ почекъ не наблюдается; иногда лишь наблюдается слабо выраженная и скоро преходящая альбуминурія. Общее состояніе больныхъ въ большинствѣ случаевъ страдаетъ очень незначительно. Въ легкихъ случаяхъ пульсъ едва уклоняется отъ нормы, а въ тяжелыхъ онъ бываетъ учащенъ соотвѣтственно повышенію температуры. Послѣдняя колеблется между 98°,4 и 104° F. (37°—40° Ц.). И безъ того слабо выраженныя явленія общаго зараженія послѣ поблѣднѣнія сыпи совершенно исчезаетъ. Заразительность болѣзни въ началѣ ея не велика, а черезъ 2—3 недѣли опасность зараженія и вовсе исчезаетъ. На 5-ый или 6-ой день болѣзни ребенокъ можетъ уже встать съ постели, а черезъ 2—3 недѣли можно безъ опасенія прекратить изоляцію.—Вслѣдъ за появленіемъ статьи *Duckes*'а въ «The Lancet» въ англійской медицинской литературѣ появилось много сообщеній по этому вопросу, при чемъ одна часть авторовъ согласилась съ *Dukes*'омъ о практической необходимости выдѣлить «4-ую болѣзнь», другая-же признала его наблюденія невѣрными. Проф. *v. Bokay* присоединяется къ первымъ, но обращаетъ вниманіе на то, что «4-ая болѣзнь» гораздо раньше *Dukes*'а «была описана покойнымъ высоко-талантливымъ русскимъ педіатромъ *Ниломъ Ѳедоровичемъ Филатовымъ*» подъ названіемъ «Rubeola scarlatinosa». Онъ наблюдалъ эпидеміи этой болѣзни еще въ 1885 г. и описалъ ее въ своемъ «Учебникѣ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней», вышедшемъ въ 1896 г., при чемъ опредѣленно высказывается за то, что эта болѣзнь отличается отъ скарлатины болѣе легкимъ теченіемъ и особенностями заразнаго начала, что и заставляетъ выдѣлить ее въ особую форму. *Bókay* предлагаетъ поэтому признать существованіе, на ряду съ корью, скарлатиной и краснухой, еще 4-ой заразно-сыпной болѣзни, которую и слѣдуетъ называть *болѣзнью Филатова-Dukes*'а (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 43). *А. Коварскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 895. Проф. *П. И. Ковалевскій* въ заключеніи своей статьи *объ излѣчимости и лѣченіи сифилиса* приводитъ слѣдующія положенія. 1. Сифилисъ нѣкоторыми лицами можетъ быть вовсе не воспринимаемъ. 2. Сифилисъ перваго періода можетъ проходить самъ собою безслѣдно *(Lange)*. 3. Сифилисъ можетъ быть излѣчимъ. 4. Онъ можетъ быть излѣченъ послѣ первичныхъ проявленій; 5) можетъ быть излѣченъ во вторичномъ періодѣ своего существованія и 6) можетъ быть излѣченъ и въ третичномъ періодѣ, — но во всѣхъ случаяхъ, при наличныхъ средствахъ борьбы съ нимъ, въ весьма ограниченномъ числѣ случаевъ. Лѣченіе и излѣченіе сифилитиковъ должно раздѣлить на 2 категоріи: безусловное или коренное, и относительное или припадочное. Авторъ вполнѣ вѣритъ въ излѣченіе сифилиса, но только при энергичномъ и разумномъ лѣченіи его; должно лѣчить не сифилисъ, а сифилитика, почему и лѣченіе во всѣхъ случаяхъ слѣдуетъ сообразовать съ личными особенностями больного. Основныя положенія коренного лѣченія: 1) лѣченіе должно быть ртутное и іодистое—первое весьма энергичное, насколько это безопасно для организма; 2) одновременно требуется примѣненіе средствъ, повышающихъ обмѣнъ веществъ съ цѣлью выведенія продуктовъ обратнаго метаморфоза, а вмѣстѣ съ ними и сифилитическаго яда и ртути, — особенно сѣрныхъ ваннъ (въ Пятигорскѣ), и 3) усиленное кормленіе въ виду усиленныхъ затратъ со стороны организма. При такомъ многократно повторномъ лѣченіи авторъ наблюдалъ случаи, когда сифилисъ не проявлялся 12—15 лѣтъ. Авторъ стоитъ и за предупреждающее лѣченіе; но сифилисъ слѣдуетъ лѣчить не тогда, когда онъ развивается, а тогда, когда его нѣтъ, чтобы онъ не развивался. Припадочное лѣченіе, т. е. лѣченіе отдѣльныхъ формъ сифилиса, по мнѣнію автора, весьма благопріятно; почти во всѣхъ случаяхъ оно даетъ излѣченіе; въ связи съ предупреждающимъ лѣченіемъ его можно провести у сифилитика въ такомъ видѣ, что у послѣдняго не будетъ сифилитическихъ проявленій въ теченіи всей его жизни (Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 4). *А. Гаринъ.*

896. *Thalmann* (Berlin) наблюдалъ у одной больной *ползучую перелойную язву* на наружныхъ половыхъ частяхъ и на основаніи этого случая приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: ползучая перелойная язва можетъ развиваться какъ вслѣдствіе распространенія перелойнаго процесса изъ глубокихъ частей на кожу, такъ и вслѣдствіе прямого проникновенія гонококковъ въ кожу снаружи и характеризуется непрерывнымъ распространеніемъ въ подкожной клѣтчаткѣ съ подрытіемъ и разрушеніемъ краевъ, гнойнымъ отдѣляемымъ, содержащимъ гонококки и общимъ упадкомъ силъ; противоперелойное лѣченіе, согласно этіологіи болѣзни, приводитъ къ вѣрному излѣченію; въ виду этого часть язвъ, описанныхъ до сихъ поръ, какъ ползучія язвы мягкаго шанкра, должна быть совершенно или отчасти отнесена къ перелойнымъ язвамъ, въ виду чего желательны дальнѣйшія наблюденія въ этомъ отношеніи (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXXI, тетр. 1). *М. Членовъ.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXXVIII. Общее Собраніе главной вспомогательной медицинской Кассы, учрежденной Я. А. Чистовичемъ, 21-го октября.

Среди безжизненныхъ и малолюдныхъ общихъ Собраній Петербургской Кассы настоящее засѣданіе представляетъ выдающійся интересъ какъ по числу участниковъ (36) и оживленности преній, такъ и по важности поднятыхъ ими вопросовъ. За долгіе годы своего главенства Петербургскому Комитету, быть можетъ, впервые пришлось услышать отъ цѣлаго Собранія, а не отъ отдѣльныхъ только лицъ, откровенное заявленіе, что вся постановка дѣлъ въ Кассѣ не удовлетворительна и безотлагательно требуетъ серьезныхъ измѣненій. Упорно отрицая очевидный для многихъ ростъ недовольства участниковъ направленіемъ дѣятельности Петербургской Кассы, теперь главный Комитетъ могъ лично убѣдиться въ этомъ грустномъ фактѣ. Цѣлый рядъ товарищей одинъ за другимъ отмѣчали крупные недочеты и, не смотря на пестроту состава Собранія (земскіе, думскіе, фабричные, вольнопрактикующіе, правительственные врачи, 3/4 изъ нихъ мѣстные и около 8—9 пріѣзжихъ изъ провинціи), неизмѣнно встрѣчали дружную его поддержку. Основной мотивъ разнообразныхъ замѣчаній сводился къ тому, что 1) дѣла въ Кассѣ ведутся слишкомъ уже по домашнему и мало доступны гласности; 2) что уставъ Кассы давнымъ давно пережилъ себя, требуетъ коренныхъ измѣненій; 3) что главный Комитетъ не проявляетъ достаточной иниціативы въ этомъ направленіи и какъ бы не считаетъ для себя обязательнымъ согласовать свои дѣйствія съ общественнымъ мнѣніемъ большинства.

Рѣдкое единодушіе Собранія и неоспоримая дѣловитость замѣчаній говорившихъ произвели сильное впечатлѣніе на всѣхъ участниковъ, не исключая, вѣроятно, и Комитета. Для насъ, Петербуржцевъ, особенно неожиданна была активность провинціальныхъ товарищей и продуманная опредѣленность ихъ требованій. Не предаваясь излишнему оптимизму, все-таки, я готовъ считать настоящее общее Собраніе поворотнымъ пунктомъ въ исторіи Кассы. Послѣ долгаго періода упадка и досаднаго уклоненія на несвойственный ей путь жалкой благотворительности, Касса, какъ будто, начинаетъ оживать. Пробудившійся, наконецъ, интересъ среди провинціальныхъ товарищей даетъ твердую увѣренность, что съ приливомъ новыхъ молодыхъ силъ Касса разцвѣтетъ. Что она вернется къ завѣтамъ своего основателя и благородная мечта *Я. А. Чистовича* и его первыхъ сотрудниковъ—объединить обширную корпорацію русскихъ врачей *въ сознательномъ стремленіи* къ товарищеской *самопомощи*,—въ

недалекомъ будущемъ станетъ свершившимся фактомъ на благо и намъ самимъ, и русскому обществу, для котораго мы работаемъ. Хотѣлось-бы думать, что 21-го октября сдѣланъ 1-й шагъ, вскорѣ послѣдуетъ 2-й; отъ сочувствія и энергіи всѣхъ товарищей будетъ зависѣть успѣхъ дальнѣйшихъ усилій.

Извиняюсь предъ товарищами, что на этотъ разъ отчетъ вышелъ слишкомъ длиненъ; но въ виду большой практической важности засѣданія 21-го октября я хотѣлъ дать возможно полный объективный матеріалъ, чтобы товарищи сами могли разобраться въ немъ.

Казначей Кассы, *В. Ф. Штромъ*, прочелъ заключеніе ревизіонной Коммиссіи о цѣлости суммъ и свой отчетъ о приходо-расходномъ балансѣ главной Кассы по октябрь. Секретарь, *М. Г. Бовинъ*, доложилъ Собранію постановленія главнаго Комитета о назначеніи новыхъ пенсій.

Очень продолжительныя пренія вызвало дѣло д-ра *Попова*. Уже страдая глухотой, онъ вступилъ въ Кассу до истеченія $^1/_2$-годія со дня окончанія курса и на правахъ льготнаго участника вскорѣ обратился за пенсіей. Мѣстный Казанскій Комитетъ первоначально отказалъ ему въ виду того, что товарищъ сдѣлался членомъ въ инвалидномъ состояніи (полная потеря слуха); кромѣ того, не смотря на свое затруднительное матеріальное положеніе, отягчилъ его послѣдующей женитьбой. Впослѣдствіи, при вторичномъ обсужденіи дѣла по предложенію главнаго Комитета, Казанскій Комитетъ призналъ возможнымъ назначить д-ру *Попову* 100 р., какъ дополнительные къ его заработку въ 300 р. (корректорство). Главный Комитетъ, согласно § 17а, предложилъ отказать въ пенсіи, но выдать единовременное пособіе въ 100 р. по примѣру прошлаго года. При обсужденіи въ общемъ Собраніи возникли 3 очень важные принципіальные вопросы.

1) Къ какой категоріи нуждающихся отнести д-ра *Попова*? По мнѣнію Комитета, онъ не подходитъ подъ § 17а, такъ какъ не дряхлъ, а неизлѣчимая болѣзнь (полная глухота) лишаетъ его не всей трудоспособности (заработокъ корректора въ 300 р.), а только нѣкоторыхъ видовъ профессіональнаго труда. Слѣд., въ общемъ онъ трудоспособенъ и не имѣетъ правъ на пенсію. По мнѣнію *А. В. Амстердамскаго* къ д-ру *Попову* цѣликомъ относится § 17б [1]). Матеріально товарищъ впалъ въ крайнюю нужду изъ-за своей тяжкой болѣзни, но, по всей вѣроятности, это состояніе *временное*, пока онъ не приспособится къ работѣ другого рода. Однако этотъ временный періодъ можетъ затянуться на 1—2—3 года, такъ какъ по сущности болѣзни не легко будетъ д-ру *Попову* сразу найти выходъ изъ новаго для него положенія. На этотъ переходный срокъ онъ имѣетъ полное юридическое и нравственное право разсчитывать на товарищескую поддержку въ полной мѣрѣ. Такъ какъ заработокъ его случайный и можетъ каждую минуту прекратиться или уменьшиться, а сейчасъ онъ ниже той нормы дохода (400 р.), которую Касса страхуетъ семейному врачу, то на общемъ основаніи слѣдуетъ назначить д-ру *Попову* полную пенсію 400 р., съ зачетомъ въ нее личнаго заработка (теперь 300 р.). Однако здѣсь встрѣтилось слѣдующее чисто формальное затрудненіе въ назначеніи пенсіи. По справедливому замѣчанію *М. Н. Нижегородцева* по литерѣ б § 17 могутъ быть назначаемы лишь единовременныя пособія, а не пенсіи, что видно изъ § 20. Въ виду такого несовершенства устава и несогласованности разныхъ его §§, Собраніе постановило большинствомъ 6 голосовъ согласиться съ предложеніемъ Казанскаго Комитета. Случай съ д-ромъ *Поповымъ* слѣдуетъ имѣть въ виду при переработкѣ устава и включить въ § 20 пропущенную теперь лит. б § 17.

2) Д-ръ *Поповъ* утратилъ (пока) трудоспособность профессіональную, но сохранилъ въ значительной степени способность къ труду другого рода. Поэтому подлежатъ-ли вычету изъ назначенной ему пенсіи 300 р., какъ заработокъ не медицинскій? Послѣ нѣкотораго обмѣна взглядовъ Собраніе согласилось, что, хотя Касса—союзъ профессіональный, но она страхуетъ врачамъ извѣстный уровень дохода, независимо отъ его источниковъ (§ 23); поэтому зачетъ въ пенсію д-ру *Попову* его литературнаго заработка правиленъ.

3) По поводу назначенія пенсіи д-ру *Попову* членъ Комитета проф. *Н. Я. Чистовичъ* обратилъ вниманіе Собранія на убыточность для Кассы отъ вступленія въ нее на правахъ льготныхъ участниковъ лицъ, завѣдомо тяжко больныхъ. Не слѣдуетъ ли на будущее время требовать медицинскаго свидѣтельства отъ льготныхъ, больныхъ вовсе не принимать, а, быть можетъ, и вовсе уничтожить эту льготу? Предсѣдатель Комитета *В. С. Кудринъ* къ этому добавилъ, что по его многолѣтнимъ наблюденіямъ льготными вступаютъ преимущественно чахоточные и впослѣдствіи переходятъ въ разрядъ пенсіонеровъ, что тяжело для Кассы. *А. В. Амстердамскій*, защищая льготу, привелъ слѣдующую справку. Предложеніе о предварительномъ медицинскомъ освидѣтельствованіи всѣхъ вступающихъ въ Кассу вообще, а льготныхъ въ особенности, неоднократно обсуждалось общими Собраніями и даже провинціальными Отдѣленіями, но всякій разъ отклонялось. Касса, какъ учрежденіе взаимопомощи, помимо чисто денежныхъ разсчетовъ, должно руководиться этическими побужденіями. Отказывать въ товарищеской помощи юнымъ коллегамъ, нисколько не виноватымъ въ своемъ случайномъ тяжкомъ несчастьи, было-бы слишкомъ жестоко и едва-ли согласуется съ принципомъ корпоративной взаимопомощи. Что же касается чисто финансовой стороны, то и здѣсь объективныя цифры не подтверждаютъ субъективныхъ взглядовъ предсѣдателя. Не смотря на крайнюю неполноту публикуемыхъ отчетовъ, въ Кассѣ значится изъ общаго числа вступившихъ за послѣднія 12 лѣтъ (1890—1901 гг.) 3097 врачей, 712 льготныхъ (23%), а изъ этихъ послѣднихъ пенсіонеровъ только 21 (3%). Слѣд., чахоточные и тяжко больные, вообще инвалиды, среди льготныхъ—исключеніе; а въ денежномъ отношеніи расходъ на нихъ съ избыткомъ покрывается ихъ здоровыми сокурсниками. Во 2-хъ, льгота для только-что оканчивающихъ resp. связанный съ нею ничтожный рискъ для Кассы имѣлся въ виду еще при выработкѣ первоначальнаго устава 1866 г. и, вѣроятно, тогда-же учтенъ былъ математикомъ *Буняковскимъ*. Эта льгота стара, какъ сама Касса; однако до сихъ поръ въ финансовомъ отношеніи дала Кассѣ не убытокъ, а только плюсъ. Слѣдуетъ уничтожить льготу другую—для пожизненныхъ. Неосмотрительно введенная въ уставъ много позднѣе, постановленіемъ Общаго Собранія 1873 г., безъ достаточно точныхъ разсчетовъ, впослѣдствіи эта льгота, дѣйствительно, легла тяжелымъ бременемъ на бюджетъ Кассы, и съ 1904 г. пожизненные участники даютъ чистый дефицитъ Кассѣ свыше 300 р. ежегодно.

Въ виду чисто финансоваго характера поднятаго вопроса, Собраніе оставило его открытымъ до коренного пересмотра устава.

Послѣ казуистичнаго дѣла д-ра *Попова* всѣ остальныя постановленія Комитета о новыхъ пенсіяхъ были утверждены Собраніемъ безъ всякихъ замѣчаній. Исполненіемъ этой чисто формальной процедуры—утвержденіе Собраніемъ—Комитетъ и предполагалъ закончить настоящее засѣданіе. Вопросъ же о пересмотрѣ устава, такъ живо заинтересовавшій провинціальныхъ товарищей, изъ-за котораго, какъ выяснилось позже, они и явились сюда, не подлежалъ обсужденію, такъ какъ Комитетъ откровенно признался въ полномъ невѣдѣніи о положеніи дѣла по пересмотру устава, порученному $2^1/_2$ года назадъ (24 апрѣля 1902 г.) особой Коммиссіи.

Такое слишкомъ уже безучастное отношеніе Комитета къ столь жгучему для провинціальныхъ товарищей вопросу вызвалъ рядъ заявленій и протестовъ присутствовавшихъ. Уступая почти единогласному и настойчивому ихъ желанію, предсѣдатель разрѣшилъ перейти къ обсужденію этого вопроса.

А. В. Амстердамскій, *В. Г. Лѣсовой*, *Д. Е. Комаровскій*, *И. К. Недешевъ*, *А. Н. Рубель*, *Н. Я. Смѣловъ* и др., поддержанные подавляющимъ большинствомъ присутствовавшихъ, обратили вниманіе главнаго Комитета на то, что въ его дѣятельности, какъ и всей руководимой имъ Кассы, слишкомъ мало гласности. Товарищи не думаютъ, что это дѣлается сознательно; скорѣе всего здѣсь виновата обычная русская халатность, непривычка къ общественной работѣ. Начать съ того, что такой порядокъ утвержденія постановленій Комитета и годового отчета, какой издавна ведется въ общихъ Собраніяхъ, не принятъ ни въ одномъ общественномъ учрежденіи. Нѣтъ никакой физической возможности критически разобраться въ правильности или ошибочности постановленій Комитета о назначеніи той или другой пенсіи, а тѣмъ болѣе сознательно утверждать годовые отчеты съ массой цифръ, на основаніи только *устнаго* доклада секретаря или казначея, не ознакомившись съ нимъ предварительно. Земскія и городскія Управы, всѣ акціонерныя общества, многія благотворительныя учрежденія даже по самымъ мелочнымъ вопросамъ печатаютъ подробные доклады и отчеты, предварительно разсылаютъ ихъ гласнымъ или членамъ и только тогда вносятъ на обсужденіе Думъ, земскихъ Собраній, общихъ Собраній и т. д. Совершенно непонятно, почему главный Комитетъ изъ года въ годъ отступаетъ отъ такого общепринятаго порядка общественнаго контроля. Далѣе, въ интересахъ самой Кассы и ея участниковъ возможно чаще и шире вводить врачей въ курсъ ея дѣятельности. А между тѣмъ годовые отчеты печатаются только въ одномъ «Русскомъ Врачѣ», который выписываютъ далеко не всѣ врачи. Отдѣльные оттиски печатаются, по словамъ секретаря, только въ 1000 экземплярахъ (всего въ кассѣ 2800 членовъ). Неудивительно послѣ этого, что большинство товарищей за многіе годы своего участія не имѣютъ для справокъ ни одного экземпляра годового отчета и не могутъ его добыть при всемъ желаніи. Только фактической безконтрольностью дѣйствій главнаго Комитета и можно объяснить изъ года въ годъ повторяющуюся массу ошибокъ въ годовыхъ отчетахъ, ихъ неполноту, иногда неправильность назначеній и пр., но, что особенно важно,—такое несовершенство формъ денежной отчетности, что по ней не можетъ разобраться въ операціяхъ кассы ни одинъ участникъ, не исключая даже самаго составителя отчета. Спрашивается, для кого и съ какой цѣлью печатаются подобные отчеты? Все это парадоксальные факты, неизмѣнно повторяющіеся каждый годъ, но, къ сожалѣнію, факты.

Далѣе обращено было вниманіе Комитета на цѣлый рядъ болѣе мелкихъ, но въ сущности очень важныхъ упущеній съ его стороны. а) Въ Петербургской кассѣ участвуетъ болѣе 1000 членовъ, изъ нихъ не менѣе 200—300 живутъ въ Петербургѣ и его окрестностяхъ. Что-же дѣлаетъ Комитетъ для привлеченія ихъ къ участію въ общихъ Собраніяхъ? Да почти ровно ничего. Обычнымъ пріемомъ — публикаціей въ наиболѣе распространенныхъ газетахъ о днѣ Собраній—Комитетъ не пользуется. Только изъ любезности редакторовъ въ хроникѣ нѣкоторыхъ медицинскихъ органовъ появляется случайное извѣстіе, да и то запозда-

[1]) § 17. Право на вспомоществованіе изъ Кассы имѣютъ.... слѣдующія лица: а) дряхлые и одержимые неизлѣчимою болѣзнью участники, пришедшіе въ невозможность содержать себя личнымъ трудомъ; б) участники Кассы, впавшіе временно отъ случайныхъ причинъ (тяжкой болѣзни, пожара, покражи и т. п.) въ крайнюю нужду и не имѣющіе возможности выйти изъ нея безъ посторонней помощи.

лое: за 4—3—2 дня до Собранія! б) Именныя повѣстки разсылаются только по Петербургскимъ адрессамъ, да и то, по видимому, не всѣмъ участникамъ. Виновата-ли въ томъ забывчивость секретаря и казначея, не распорядительность Комитета или другія невѣдомыя причины, но факты на лицо: объ этомъ Собраніи, какъ и о предыдущихъ, нѣкоторые Петербургскіе товарищи узнали совершенно случайно, стороной, а не отъ Комитета. в) Наконецъ, пригласительныя повѣстки страдаютъ совершенно неумѣстной лаконичностью: никогда въ нихъ нѣтъ перечня подлежащихъ обсужденію вопросовъ. Между тѣмъ, далеко не безразлично для членовъ: выбирать-ли должностныхъ лицъ, обсуждать проэктъ новаго устава и вопросы дальнѣйшаго благоустройства кассы; или, наоборотъ, пассивно выслушивать сухой перечень постановленій Комитета, въ которыхъ, все равно, сразу не разберешься. Потративъ 2—3 часа на подобное, чисто механическое отбываніе натуральной повинности, иной членъ второй разъ уже не пойдетъ на Собраніе.

Вслѣдствіе всѣхъ этихъ и множества другихъ недочетовъ — несовершенства устава, неудачной постановки общихъ Собраній, недостаточной гласности и отсутствію иниціативы главнаго Комитета, — живое дѣло товарищеской взаимопомощи съ годами выродилось въ какое-то благотворительное учрежденіе съ безжизненнымъ мертвящимъ формализмомъ. Не задѣвая самолюбія отдѣльныхъ личностей, присутствовавшіе очень единодушно, хотя и безъ баллотировки, выразили пожеланіе, чтобы всѣ перечисленныя неправильности и упущенія въ дѣятельности главной Кассы на будущее время Комитетомъ были устранены. Къ нѣкоторымъ положеніямъ Комитетъ безусловно присоединился, но противъ предварительнаго печатанія постановленій Комитета и годовыхъ отчетовъ энергично запротестовали предсѣдатель и секретарь. По ихъ мнѣнію, эта мѣра безцѣльна, трудно осуществима и дорого обойдется, что при скудости кассовыхъ средствъ не безразлично. Съ такими доводами Собраніе не могло согласиться; а ссылка секретаря на скудость средствъ, когда изъ самыхъ отчетовъ видно, что не израсходованный остатокъ достигаетъ ежегодно 18000—20000 р., вызвала крайнее недоумѣніе. Такъ какъ баллотировать этихъ вопросовъ, какъ просили члены, предсѣдатель не счелъ нужнымъ, то остается не выясненнымъ: признаетъ-ли главный Комитетъ нравственно обязательнымъ для себя считаться съ желаніями настоящаго общаго Собранія, или останется при своемъ прежнемъ взглядѣ и порядкахъ, осужденныхъ Собраніемъ.

Вслѣдъ за тѣмъ довольно рѣзкій обмѣнъ мнѣній вызвалъ запросъ: почему до сихъ поръ не отпечатанъ и не розданъ отчетъ по кассѣ за 1903 г. и почему вообще запаздываютъ годовые отчеты? Секретарь сослался на 2 причины. 1) Раньше при *В. А. Манассеинѣ* отчеты печатались даромъ, что давало экономію кассѣ въ 300 р. Секретарю пришлось приложить много усилій, чтобы удержать прежній порядокъ и при новыхъ редакторахъ; а при этомъ условіи нельзя, разумѣется, требовать срочнаго печатанія. Напр., отчетъ за 1903 г. въ рукописи уже готовъ, но еще не набранъ. 2) Многія Отдѣленія очень неаккуратно доставляютъ свои отчеты, съ большими пробѣлами или запозданіемъ; напр., Нижегородская касса прислала его только на дняхъ. Со стороны Собранія на это послѣдовали такія возраженія. Касса располагаетъ достаточными средствами, чтобы неставить аккуратное печатаніе отчетовъ въ зависимость отъ относительно небольшаго расхода на это. Денежный отчетъ—не формальность, а очень важный документъ, и моральное значеніе своевременной разсылки его членамъ во много разъ превышаетъ экономію, достигнутую секретаремъ. Касса обладаетъ такимъ крупнымъ избыткомъ средствъ, что, ради гласности и правильнаго контроля, общее собраніе охотно ассигнуетъ Комитету на печатаніе даже 1500 р. Что-же касается неисправности провинціальныхъ Комитетовъ, то это—очень серьезный вопросъ. За послѣдніе годы Отдѣленія стали особенно неаккуратны. Главный Комитетъ посылаетъ по нѣскольку напоминаній, вступаетъ въ длинную переписку, но зло ростетъ. Не указываетъ-ли это на возрастающую ненормальность взаимныхъ отношеній? Репрессивными мѣрами главный Комитетъ ничего не добьется, а съ просьбами его мало считаются. Очевидно, нужны иные стимулы. По мнѣнію товарищей, причина давно ясна всѣмъ—это полная безправность провинціальныхъ участниковъ. По § 63 вся рѣшающая и распорядительная власть сосредоточена въ рукахъ только Петербургскихъ общихъ Собраній, къ тому-же крайне малолюдныхъ и безжизненныхъ. Со взглядами и желаніями остальныхъ сочленовъ Комитета de jure имѣетъ право не считаться, да такъ оно не рѣдко бывало и въ дѣйствительности. Отсюда неизбѣжная натянутость отношеній. Достаточно вспомнить острые конфликты съ Кишиневской и Оренбургской Кассами, повлекшіе за собой демонстративное самозакрытіе послѣднихъ; протесты Харьковской Кассы; неоднократныя пререканія съ Московской Кассой, наконецъ, послѣднее ея заявленіе 2 года назадъ, что при настоящихъ условіяхъ безправнаго положенія провинціальныхъ товарищей она считаетъ совершенно безполезнымъ участвовать въ пересмотрѣ Устава до тѣхъ поръ, пока кореннымъ образомъ не измѣнится § 63 и связанные съ нимъ (См. печатный Отчетъ Кассы за 1902 г., стр. 4). Инертная Петербургская Касса и ея главный Комитетъ присвоили себѣ и до сихъ поръ упорно удерживаютъ за собой несправедливую, а теперь даже вредную для дѣла и всѣхъ участниковъ, монополію быть выразителемъ желаній болѣе чѣмъ 2500 членовъ. Нѣтъ ничего удивительнаго, что, если дѣйствующій уставъ продержится еще нѣсколько лѣтъ, то провинціальныя Кассы и вовсе перестанутъ давать отчеты главной Кассѣ. Создается, дѣйствительно, невозможное положеніе. Для всѣхъ ясно, что § 63 устава сдѣлался непреодолимымъ тормазомъ къ дальнѣйшему финансовому развитію Кассы и росту ея членовъ; поэтому съ пересмотра Устава и слѣдуетъ начать безотлагательно. Внести соотвѣтствующія измѣненія въ нѣкоторые §§ такъ просто и такъ легко, что это можно было-бы выполнить сейчасъ-же, въ настоящемъ засѣданіи.

Въ защиту Кассы отъ такой безотрадной характеристики ея современнаго положенія секретарь Комитета *М. Г. Бовинъ* привелъ довольно широкую, по его мнѣнію, благотворительную дѣятельность Кассы. Напр., за 1903 г. выдано пособій почти 200 лицамъ на сумму свыше 30000 р., что говоритъ скорѣе за развитіе Кассы, а не за упадокъ ея. На это со стороны *А. В. Амстердамскаго*, *И. К. Недешева* и др. послѣдовало нѣсколько рѣзкое возраженіе, но сочувственно принятое присутствовавшими: наша Касса есть организація товарищеской взаимопомощи, а не Комитетъ по разбору прошеній о нищихъ, которому нужно быть благодарнымъ за все, сколько-бы онъ ни далъ. Выдаются наши же собственныя деньги, а при лучшей постановкѣ дѣла можно было-бы выдать вдвое болѣе.

Закончивъ пренія по общей характеристикѣ неудачнаго хода Кассовыхъ дѣлъ, общее Собраніе обнаружило настойчивое желаніе перейти къ обсужденію наиболѣе устарѣлыхъ §§ Устава. Впрочемъ, попытка эта не удалась вслѣдствіе рѣшительнаго отказа предсѣдателя. По его мнѣнію, настоящее Собраніе по своему случайному составу недостаточно компетентно въ этомъ вопросѣ и не вправѣ отмѣнять или измѣнять рѣшеніе болѣе многочисленнаго главнаго Собранія 1902 г., на которомъ была избрана особая Коммиссія для коренного пересмотра Устава. Сначала подъ предсѣдательствомъ казначея *А. В. Попова*, а впослѣдствіи, за его смертью, подъ предсѣдательствомъ члена Комитета *А. П. Заболотскаго*, Коммиссія эта въ составѣ *А. В. Амстердамскаго*, *В. И. Гребенщикова*, *Г. Г. Епифанова*, *Л. Г. Корчагина* и *Ф. Я. Чистовича* затратила много труда и времени (31 засѣданія), и прежде чѣмъ Коммиссія эта не представитъ результаты своей дѣятельности, предсѣдатель не считаетъ возможнымъ приступать къ пересмотру устава.

Такое умаленіе правъ настоящаго Собранія вызвало рядъ бурныхъ протестовъ. Было указано, что 1) ни предсѣдатель, ни Комитетъ не имѣютъ права ограничивать компетенцію общаго Собранія въ предѣлахъ устава. Не общее Собраніе подчиняется Комитету, а наоборотъ, Комитетъ есть лишь исполнительный органъ Собранія и долженъ подчиняться его рѣшеніямъ. Въ повѣсткахъ нѣтъ перечня очередныхъ дѣлъ, а, слѣд., не можетъ быть и ограниченій. Большинство товарищей явилось сюда въ полной увѣренности, что будетъ, наконецъ, обсуждаться проэктъ новаго устава; слѣдуетъ удовлетворить ихъ законному желанію. 2) Собраніе 26 апрѣля 1902 г., на которое ссылается предсѣдатель, какъ на главное, не обладало какими-либо особыми полномочіями: оно было такое-же очередное, какъ и настоящее, да при томъ менѣе людное: теперь въ Собраніи 36 членовъ, а тогда было только 24. Считаться съ прежними постановленіями, конечно, слѣдуетъ, но лишь на столько, на сколько они не противорѣчатъ измѣнившимся обстоятельствамъ. 3) Работы Коммиссіи окружены какой то тайной, недоступны гласности: за $2^1/_2$ года ея существованія отъ Комитета не было никакого сообщенія, и никто изъ товарищей не знаетъ о дѣятельности ея. Кромѣ того, работы Коммиссіи слишкомъ затянулись, и, кажется, имъ не предвидится конца. Какъ говорили сейчасъ компетентныя лица, Коммиссія, пожалуй и еще черезъ 3 года не справится съ своей задачей. Вопросъ, разбираемый Коммиссіей, правда серьезный, но нельзя же такъ искушать терпѣніе участниковъ Кассы. Нельзя изъ-за Коммиссіи откладывать въ долгій ящикъ и на неопредѣленное время разрѣшеніе насущныхъ нуждъ Кассы. Пусть Коммиссія работаетъ, сколько ей заблагоразсудится; это нисколько не лишаетъ Собраніе права теперь-же приступить къ пересмотру нѣкоторыхъ §§, особенно, тормазящихъ развитіе Кассы, напр. § 63 и 3. Дѣло до такой степени ясное, что его можно выполнить буквально въ $^1/_4$ часа. Наконецъ, изъ статьи *А. В. Амстердамскаго* стало извѣстнымъ (см. «Русскій Врачъ», 1904 г., № 28, стр. 1002), что пересмотръ этихъ §§ Коммиссія уже закончила и даже выработала новую редакцію ихъ именно въ томъ направленіи, какого добиваются провинціальные товарищи. Слѣд., все дѣло сводится не къ техническимъ трудностямъ пересмотра, а лишь къ доброй волѣ и признанію главнымъ Комитетомъ нравственнаго обязательства считаться съ серьезными, обоснованными желаніями большинства. Изъ дальнѣйшихъ преній выяснилось еще одно обстоятельство, невольно обратившее на себя вниманіе общаго Собранія. По словамъ члена Комитета *А. П. Заболотскаго*, Коммиссія, подъ его предсѣдательствомъ, закончила свою работу еще въ апрѣлѣ. Остались не рѣшенными лишь вопросы чисто финансовые въ виду разницы во взглядахъ на нихъ нѣкоторыхъ членовъ. Д-ра *Гребенщиковъ* и *Амстердамскій*, работавшіе надъ однимъ и тѣмъ же матеріаломъ, пришли къ различнымъ выводамъ. Работу свою *В. И. Гребенщиковъ* отпечаталъ еще лѣтомъ 1903 г., и она легко доступна каждому; работа же д-ра *Амстердамскаго* на столько обширна (займетъ до 10 печатныхъ листовъ), что по рукописи ее нельзя удержать въ памяти. Слѣд., теперь вся задержка только за д-ромъ *Амстердамскимъ*. Съ тѣхъ поръ прошло уже 4 мѣсяца, а работы своей онъ не представилъ. По этой причинѣ предсѣдатель Коммиссіи *А. П. Заболотскій* и не считалъ нужнымъ сообщать что либо Комитету о результатахъ работы Коммиссіи, а проэктъ новаго устава, по его словамъ, и до сихъ поръ лежитъ у него безъ движенія на письменномъ столѣ.

На это *А. В. Амстердамскій* заявилъ Собранію приблизи-

тельно слѣдующее: Моя работа окончена была въ ноябрѣ 1903 г. По окончаніи пересмотра всѣхъ остальныхъ §§ Устава, кромѣ нормъ пенсій, въ Коммиссіи приступили къ ея чтенію (на 8 засѣданіяхъ—съ 23 января по 13 апрѣля). Ознакомившись съ содержаніемъ работы, Коммиссія признала себя некомпетентной разрѣшить финансовые вопросы и разсчеты, приведенные въ ней, и постановила передать ихъ всецѣло на усмотрѣніе спеціалистовъ-математиковъ. Для удобства послѣднихъ высказано было пожеланіе имѣть работу напечатанной или, какъ предлагалъ я, въ крайнемъ случаѣ, переписанной на пишущей машинѣ, что дастъ сразу 4 экземпляра. Тогда-же я предупредилъ, что ни того, ни другого я не могу выполнить за свой счетъ, и еще въ февралѣ просилъ предсѣдателя Коммиссіи испросить у Комитета 40—50 р. для переписки. Обсуждалъ-ли Комитетъ эту просьбу, я не знаю, такъ какъ никакого отвѣта до сихъ поръ не получилъ. Въ мартѣ мнѣ было обѣщано отпечатать работу за счетъ кассы въ одномъ изъ лѣтнихъ номеровъ «Вѣстника взаимопомощи», однако и это дѣло почему-то заглохло. Я охотно выполнилъ работу и думаю, что требовать съ меня представленія печатнаго экземпляра, т. е. возлагать на меня еще расходъ въ 300—400 р., было-бы несправедливо. Правда, работа *В. И. Гребенщикова* напечатана давно, но потому, что на это выдана изъ кассы субсидія въ 120 р. Дѣло сводится, такимъ образомъ не къ моей неаккуратности.

По поводу объясненій предсѣдателя Коммиссіи *А. П. Заболотскаго* и члена ея *А. В. Амстердамскаго*, *В. Г. Лѣсовой*, *Д. Е. Комаровскій* и нѣсколько другихъ членовъ обратили вниманіе Собранія на цѣлый рядъ странностей въ ходѣ дѣлъ. Пересмотръ устава законченъ Коммиссіей еще въ январѣ, готовый проэктъ мирно покоится на столѣ у ея предсѣдателя, а Комитетъ ничего о томъ не знаетъ. Предсѣдатель Коммиссіи ждетъ печатной работы д-ра *Амстердамскаго*, хорошо понимая, что при настоящихъ условіяхъ эти ожиданія безнадежны. А въ результатѣ—обсужденіе новаго устава, котораго всѣ мы ждемъ съ такимъ нетерпѣніемъ, затягивается да затягивается и при томъ безъ всякихъ сколько-нибудь основательныхъ причинъ. Очень жаль, что предсѣдатель Комитета, какъ лицо отвѣтственное за правильный ходъ дѣлъ Кассы, своевременно не положилъ конца этимъ неумѣстнымъ проволочкамъ.

Послѣ всѣхъ этихъ разъясненій Собраніе пришло къ выводу, что нѣтъ никакихъ основаній откладывать пересмотръ устава, такъ какъ работа Коммиссіи собственно закончена. Д-ра *Амстердамскій*, *Лѣсовой*, *Комаровскій*, *Недешевъ* и др. предложили выдѣлить 2 стороны въ проэктѣ новаго устава и (а) чисто финансовую (повышеніе нормъ пенсій и увеличеніе членскаго взноса), какъ незаконченную и болѣе сложную, отложить до тѣхъ поръ, пока спеціалисты-математики не дадутъ своего заключенія о работѣ д-ровъ *Гребенщикова* и *Амстердамскаго*, и б) всѣ остальные вопросы—по управленію и пр. подвергнуть обсужденію, если не теперь, то въ ближайшемъ экстренномъ Собраніи. Особенно нуждаются въ немедленномъ измѣненіи §§ 3 и 63 дѣйствующаго устава. § 3 не допускаетъ открытія кассъ въ уѣздныхъ городахъ; между тѣмъ являться на Общія Собранія въ губернскій городъ за 300—400 верстъ очень затруднительно для земскихъ и провинціальныхъ врачей. Поэтому фактическое участіе въ предстоящемъ голосованіи новаго устава примутъ лишь городскіе врачи, всего 300—500 чел., мнѣніе-же остальныхъ 2000 останется неизвѣстнымъ. Въ Петербургской, напр., Кассѣ числится болѣе 1000 членовъ, а вотъ сейчасъ насъ собралось всего только 36! И такъ вездѣ. Предоставленіе права открывать Отдѣленія повсюду, гдѣ наберется не менѣе 5 членовъ, дало-бы возможность точнѣе узнать истинный взглядъ громаднаго большинства. Измѣненіе § 63 дастъ товарищамъ увѣренность, что ихъ мнѣніе будетъ принято въ разсчетъ, что до сихъ поръ не всегда соблюдалось. Вмѣстѣ съ тѣмъ, возлагая на каждаго члена нравственную отвѣтственность за судьбы Кассы, а не ограничивая ея участіе ролью безправнаго консультанта, мы имѣли-бы полное основаніе разсчитывать на бо́льшую вдумчивость и осторожность въ заключеніяхъ.

М. Н. Нижегородцевъ высказался противъ частичнаго пересмотра, опасаясь, какъ-бы не получился Тришкинъ кафтанъ. Лучше поспѣшить съ разработкой финансовой стороны и подвергнуть пересмотру весь уставъ въ цѣломъ. Въ томъ-же духѣ высказался и предсѣдатель Собранія.

Послѣ разъясненія члена Коммиссіи *Ф. Я. Чистовича*, что подобное раздѣленіе вполнѣ возможно и что даже сама Коммиссія именно такъ и поступила, и напоминанія проф. *С. В. Шидловскаго* о § 8 устава, по которому частичный пересмотръ устава допускается по заявленію нѣсколькихъ членовъ (а въ данномъ случаѣ его желаетъ почти все Собраніе), общее Собраніе просило Комитетъ назначить экстренное Собраніе, но не позднѣе 15—20 ноября (чтобъ въ немъ могли принять участіе пріѣхавшіе провинціальные товарищи) спеціально для окончательнаго пересмотра новаго проэкта по тѣмъ §§, которые не заключаютъ въ себѣ нормъ пенсій и размѣра членскаго взноса.

Не смотря на горячее желаніе громаднаго большинства участниковъ обмѣняться взглядами еще по нѣсколькимъ поднятымъ вопросамъ, предсѣдатель объявилъ засѣданіе закрытымъ. Такой исходъ былъ нѣсколько неожиданъ и, само собою разумѣется, встрѣченъ громаднымъ большинствомъ Собранія далеко неблагосклонно. Впрочемъ, до нѣкоторой степени это досадное впечатлѣніе сгладилось, благодаря категоричному обѣщанію членовъ Комитета исполнить желаніе товарищей и созвать экстренное Собраніе до пересмотра устава въ самомъ непродолжительномъ времени.

А. Амстердамскій.

CXXIX—CXXXII. *Изъ Общества охраненія народнаго здравія.*

Отдѣлъ гигіены воспитанія и образованія.

(Засѣданіе 30-го января).

Б. М. Шапировъ. О дѣятельности дѣтскихъ лѣчебныхъ колоній Общества охраненія народнаго здравія въ 1903 г. Колоніи при Обществѣ существуютъ уже 23-ій годъ. Въ 1903 г. прошеніе о зачисленіи въ колоніи Общества было подано 841, изъ нихъ отъ дѣтей изъ городскихъ школъ Петербурга 253. Признаны безусловно нуждающимися въ лѣченіи въ колоніи 763 дѣтей, но изъ этого числа Коммиссія имѣла возможность отправить только 391, остальнымъ 377, за недостаткомъ средствъ, пришлось отказать. Дѣти были распредѣлены въ 5 колоніяхъ: въ Аренсбургской (36), Гапсальской (26), Друскеникской (191), Ревельской (35) и Старорусской (103). Страдали дѣти, главнымъ образомъ, малокровіемъ въ разныхъ степеняхъ развитія, золотушнымъ худосочіемъ, бугорчаткою костей и суставовъ, экземами и т. д. Общіе результаты пребыванія въ колоніяхъ были въ высшей степени благопріятные. Какихъ прекрасныхъ результатовъ можно достигнуть пребываніемъ въ колоніи, показываетъ, напр., слѣдующій случай. К. С. страдалъ бугорчаткою лѣвыхъ тазобедреннаго и колѣннаго суставовъ. 2 послѣднихъ сезона онъ пробылъ въ Старорусской колоніи; въ прошломъ сезонѣ ему было сдѣлано нѣсколько глубокихъ разрѣзовъ для удаленія гнойныхъ и омертвѣвшихъ массъ. Въ нынѣшній сезонъ онъ прибылъ въ колонію съ свищевыми изъязвившимися ходами въ области тазобедреннаго сустава и съ такими сильными болями, что могъ двигаться лишь съ большимъ трудомъ и то на костыляхъ. За лѣто боли въ суставахъ исчезли, язвы зажили, суставы пріобрѣли подвижность, и больной въ концѣ сезона уже свободно ходилъ безъ костылей и даже бѣгалъ, лишь слегка прихрамывая. Содержаніе ребенка въ различныхъ колоніяхъ стоило различно: оно колебалось отъ 33 р. 18 к. (въ Ревельской) до 50 р. 60 к. (въ Аренсбургской).

Собраніе постановило выразить Коммиссіи, завѣдующей дѣтскими лѣчебными колоніями въ лицѣ предсѣдателя ея *Б. М. Шапирова*, искреннюю благодарность за труды.

В. Г. Дементьевъ. О школьныхъ лѣтнихъ колоніяхъ городскихъ начальныхъ училищъ. Докладчикъ познакомилъ Собраніе съ дѣятельностью школьныхъ лѣтнихъ колоній городскихъ начальныхъ училищъ Петербурга въ 1903 г. Всѣхъ колоній было 19, въ которыхъ находились 628 дѣтей. Колоніи эти предназначены были въ сущности для здоровыхъ дѣтей, но истощенныхъ антигигіеническими условіями жизни, перенесенными тяжелыми заразными болѣзнями и т. д. Къ сожалѣнію, въ виду значительнаго числа школьниковъ, нуждающихся въ пребываніи въ лѣчебныхъ колоніяхъ, приходилось въ эти школьныя дачи принимать и больныхъ дѣтей. Между тѣмъ колоніи въ общемъ не приспособлены для такихъ дѣтей. Докладчикъ указалъ на рядъ желательныхъ преобразованій въ устройствѣ этихъ колоній.

Въ преніяхъ приняли участіе и школьные врачи, и представители городского самоуправленія.

Въ виду реорганизаціи этихъ колоній намѣчено соединенное засѣданіе Коммиссіи по дѣтскимъ лѣчебнымъ колоніямъ при Обществѣ охраненія народнаго здравія со школьными врачами и съ членами училищной Коммиссіи.

Г. И. Дембо въ своемъ докладѣ—*Объ организаціи постоянной дѣтской колоніи* обратилъ вниманіе на тяжелое положеніе дѣтей съ т. наз. мѣстною бугорчаткой, золотухой; большая часть ихъ погибаетъ въ ужасныхъ квартирахъ своихъ родителей послѣ долгихъ годовъ страдальческой жизни и послѣ раззоренія семьи на лѣченіе и уходъ; часть, попадающая въ больницы, безъ пользы почти для себя занимаетъ больничныя койки, сокращая и безъ того недостаточное число мѣстъ для остро-заразныхъ больныхъ. Докладчикъ указалъ на необходимость устройства при Обществѣ постоянной лѣчебной колоніи, гдѣ-бы эти дѣти могли оставаться въ теченіи всего года до полнаго излѣченія, которые, какъ показалъ опытъ, при этихъ условіяхъ вполнѣ возможно.

Отдѣлъ сочувственно отнесся къ этому предложенію и постановилъ въ самомъ непродолжительномъ времени сдѣлать попытку въ этомъ направленіи.

(Засѣданіе 8-го марта).

М. Я. Брейтманъ. Что сдѣлано по вопросу о «Каплѣ молока» почтинщиками этого дѣла за границей? Докладчикъ познакомилъ Собраніе съ возникновеніемъ вопроса о раздачѣ неимущимъ матерямъ хорошаго здороваго молока для вскармливанія грудныхъ дѣтей, обрисовалъ устройство выдачи молока въ различныхъ городахъ и привелъ данныя, подтверждающія благотворное вліяніе «Капли молока» на уменьшеніе заболѣванія желудочно-кишечнаго канала и на паденіе % смертности.

Ж.-вр. *Маргуліесъ*, работавшая въ подобнаго рода учрежденіяхъ, сообщила объ организаціи выдачи «Капли молока» въ Парижѣ у проф. *Boudin*'а и *Variot*. Учрежденіе «Капли молока» въ Парижѣ повело къ уменьшенію отправки дѣтей для вскармливанія въ провинцію, гдѣ дѣти большею частью умирали или возвращались крайне слабыми.

Во время преній *Ѳ. И. Піотровскій* обратилъ вниманіе на необходимость тщательной разработки вопроса о стерилизаціи, пастеризаціи и материнизаціи молока. Уничтоженіе питательныхъ элементовъ молока при подобнаго рода процессахъ вызываетъ различнаго рода общія заболѣванія. Многіе врачи предпочитаютъ поэтому давать дѣтямъ чистое естественное молоко,

въ особенности въ виду появившихся указаній о вліяніи стерилизованнаго молока на увеличеніе смертности отъ бугорчатки.

Ч. пр. *В. О. Губертъ. Какое вліяніе оказываетъ страхъ на тѣлесную и духовную сторону организма учащихся?* Подробно разобравъ внѣшніе признаки страха и вліяніе его на физическую сторону организма, докладчикъ отмѣтилъ, что подобное сильное и болѣзненное измѣненіе во всемъ организмѣ не можетъ не оставлять послѣ себя извѣстныхъ послѣдствій въ дальнѣйшей жизни; дѣйствительно, подъ вліяніемъ страха лишаются чувства, дара слова, теряютъ позывъ на ѣду, получаютъ параличи и т. п. Совершенно правильно указываетъ д-ръ *Ланге*, что изъ всѣхъ душевныхъ движеній страхъ чаще всего вызываетъ особыя болѣзненныя состоянія, которыя или остаются вовсе неизлѣчимыми или требуютъ продолжительнаго лѣченія. Не остается, конечно, безъ вліянія и психическая жизнь организма подъ дѣйствіемъ страха. Не смотря на это, страхъ широко господствуетъ и въ низшей, и въ средней и въ высшей школѣ, какъ способъ воспитанія, хотя выдающіеся педагоги давно уже высказались противъ него. Результаты получаются самые печальные. Самъ по себѣ страхъ, независимо отъ реактивныхъ попытокъ отдѣлаться отъ него, положительно подавляетъ душевную силу. Это ясно видно на дѣтяхъ, воспитателемъ которыхъ былъ только постоянный страхъ. Вліяніе страха на учениковъ замѣтно по замѣшательству въ отвѣтахъ, по измѣненію тембра голоса, по блѣдности лица, судорожному движенію рукъ и т. д. Нерѣдко преподаватели не только не стараются противодѣйствовать этимъ проявленіямъ страха, но, видя замѣшательство ученика, начинаютъ раздражаться, повышаютъ голосъ, кричатъ и такимъ образомъ по своему собственному невѣжеству уничтожаютъ всякій разумный отвѣтъ. Это вліяніе страха очень рѣзко сказывается передъ экзаменами, когда нерѣдко прибѣгаютъ къ брому, водкѣ и т. д. для заглушенія страха.

Г. В. Смирновъ указалъ, что сильный страхъ является обыкновенно у нѣкоторыхъ дѣтей въ силу личныхъ ихъ особенностей; при полномъ отсутствіи страха, по его мнѣнію, у дѣтей можетъ развиться распущенность.

Докладчикъ согласился съ тѣмъ, что бываютъ дѣти съ нейропатическими свойствами, у которыхъ чувство страха появляется очень рѣзко, но, внѣ всякаго сомнѣнія, дѣтей можно воспитывать такъ, чтобы окружающая ихъ обстановка не внушала имъ чувство страха. По отношенію къ нейропатическимъ дѣтямъ на помощь педагогу можетъ придти школьный врачъ, который долженъ знать личныя особенности каждаго ученика.

Д. А. Дриль обратилъ вниманіе на то, что устрашеніе, запугиваніе играютъ огромную роль въ дошкольномъ воспитаніи и даютъ печальные результаты.

Г. И. Дембо отмѣтилъ, что въ современной школѣ мало считаются съ личными особенностями дѣтей; именно по отношенію къ дѣтямъ нервнымъ слѣдуетъ избѣгать воздѣйствія страхомъ, лишающимъ ихъ всякаго самообладанія. Авторитетомъ у дѣтей пользуются воспитатели справедливые, входящіе въ психологію ребенка, а не строгіе.

Е. А. Чебышева-Дмитріева отмѣтила, что дѣти, воспитанныя дома подъ вліяніемъ страха, обыкновенно въ школѣ учатся плохо. Прочитанъ докладъ ж.-вр. *А. И. Эккертъ - Дѣтскіе сады въ Швейцаріи.* Въ докладѣ обрисована постановка этого дѣла въ Швейцаріи. Дѣтскіе сады служатъ прекраснымъ способомъ дошкольнаго воспитанія, воспитываютъ въ дѣтяхъ любовь къ природѣ и наглядно знакомятъ ихъ съ явленіями окружающаго міра.

(Засѣданіе 16-го марта).

С. А. Острогорскій. 1. *О положеніи школьнаго врача въ различныхъ учебныхъ заведеніяхъ Петербурга?* 2. *О преподаваніи гигіены въ различныхъ учебныхъ заведеніяхъ Петербурга.* Оба сообщенія составлены на основаніи работъ Коммиссіи, подготовлявшей докладъ къ Международному Съѣзду по школьной гигіенѣ въ Nürnberg'ѣ. Цѣль 1-ой работы выяснить современное положеніе школьнаго врача въ различныхъ учебныхъ заведеніяхъ Петербурга. Коммиссія собрала матеріалы относительно положенія врачей въ учрежденіяхъ Вѣдомствъ Императрицы Маріи, военнаго, министерства народнаго просвѣщенія (гимназіяхъ и 4-классныхъ городскихъ училищахъ) духовнаго и Петербургскаго общественнаго самоуправленія. Полученныя данныя показали, что врачебно-санитарный надзоръ во многихъ учебныхъ заведеніяхъ нуждается въ значительномъ обновленіи; положеніе школьнаго врача и значеніе его въ нормальномъ теченіи школьной жизни далеко не удовлетворительны.

Въ преніяхъ приняли участіе *А. Д. Сухорскій, А. Г. Трахтенбергъ, М. И. Рейхъ, А. М. Добрадинъ, М. Я. Брейтманъ, У. Д. Смирновъ, В. О. Губертъ. У. Д. Смирновъ* (бывшій директоръ кадетскаго корпуса), между прочимъ, указалъ на крайнюю затруднительность дать для Съѣзда общее резюме всего доклада и предложилъ представить отвѣты по всѣмъ вѣдомствамъ на слѣдующіе вопросы: 1) %-ное отношеніе врачей къ числу учащихся, подлежащихъ ихъ санитарному надзору; 2) количество времени, удѣляемаго врачемъ на школу; 3) характеръ и широта компетенціи школьнаго врача; 4) денежное вознагражденіе школьнаго врача; 5) отношеніе врачей къ остальному персоналу школы; 6) общія средства школы и тотъ %, который отдѣляется на санитарную часть, на лазаретъ, лѣкарство и т. д.; 7) способы комплектованія и порядокъ назначенія школьныхъ врачей; 8) средства, служащія для совершенства самихъ врачей; 9) отношеніе между врачами и педагогами одного и того-же или различнаго рода учебныхъ заведеній.

Предложеніе это было принято Отдѣломъ.

Въ виду того, что *С. А. Острогорскій*, по независѣвшимъ отъ него обстоятельствамъ, не могъ быть на Съѣздѣ, представителемъ отдѣла на Съѣздѣ былъ избранъ врачъ Александровскаго Института *И. А. Климовъ.*

Коммиссія по вопросу объ алкоголизмѣ.

(Засѣданіе 20-го октября).

Предсѣдатель *М. Н. Нижегородцевъ*, открывая засѣданіе, предложилъ почтить память скончавшихся членовъ Коммиссіи: *Буцке, А. Ф. Поваринскаго, Невзорова, Р. Р. Микулова.*

С. С. Ступинъ (Москва). *Къ вопросу о смертности отъ алкоголизма въ большихъ городахъ.* Положенія: 1. Душевое потребленіе алкоголя въ Петербургѣ и въ Москвѣ очень не многимъ меньше потребленія въ другихъ европейскихъ большихъ городахъ. 2. Смертность отъ алкоголизма особенно высока въ Петербургѣ, вдвое меньше въ Москвѣ, а въ Парижѣ вдвое меньше, чѣмъ въ Москвѣ. Смертность отъ алкоголизма въ общемъ соотвѣтствуетъ количеству душевого потребленія добываемыхъ перегонкою напитковъ. 3. Повышенная смертность отъ алкоголизма въ русскихъ городахъ обусловливается главнымъ образомъ высокой смертностью отъ алкоголизма въ молодыхъ годахъ (15—40 л.). Maximum смертности приходится во всѣхъ городахъ на возрастъ въ 40—60 л. 4. Смертность женщинъ отъ алкоголизма въ русскихъ городахъ лишь въ 3—5 разъ меньше смертности мужчинъ. 5. Смертность отъ цирроза печени выше всего въ Парижѣ и соотвѣтствуетъ, по видимому, общему количеству потребленія алкоголя во всѣхъ спиртныхъ напиткахъ. 6. Смертность отъ бугорчатки легкихъ выше всего въ Парижѣ, въ Петербургѣ и въ Москвѣ, и, вѣроятно, въ числѣ прочихъ причинъ зависитъ и отъ степени алкоголизаціи населенія. 7. Болѣе 30% населенія Петербурга живетъ въ участкахъ съ высокой смертностью отъ алкоголизма и только около 15% его находится въ такихъ-же благопріятныхъ условіяхъ смертности отъ алкоголизма, какъ въ Berlin'ѣ (всѣ 100%). 8. Въ Москвѣ нѣтъ участковъ съ такой высокой смертностью отъ алкоголизма, какъ въ Петербургѣ, и около 50% всего населенія живетъ въ Москвѣ въ такихъ-же условіяхъ смертности отъ алкоголизма, какъ въ Berlin'ѣ. 9. Желательно введеніе въ русскихъ городахъ точной статистики смертности отъ алкоголизма съ указаніемъ его, какъ непосредственной причины смерти (отдѣльно опьяненіе, бѣлая горячка, хроническій алкоголизмъ), такъ и въ качествѣ болѣе отдаленной причины (болѣзни, образовавшіяся на почвѣ алкоголизма, и случайныя страданія, приведшія къ смерти вслѣдствіе алкоголизма). Статистическія данныя обнимаютъ главнымъ образомъ періодъ времени отъ 1892 до 1901 г., т. е. въ Россіи преимущественно до реформы продажи питей.

Въ преніяхъ по поводу этого доклада приняли участіе *А. Я. Данилевскій, Н. И. Григорьевъ, А. А. Липскій, В. И. Шарый, П. Я. Розенбахъ, М. Я. Фалькъ, А. Л. Мендельсонъ, Ѳ. И. Піотровскій, Н. В. Петровъ, М. Н. Нижегородцевъ.*

Ч. пр. *А. А. Липскій*, отмѣтивъ, что множество смертныхъ случаевъ отъ алкоголизма отходитъ въ другія группы, указалъ, что медицинскій Совѣтъ, къ сожалѣнію, исключилъ алкоголизмъ въ краткой общей номенклатурѣ причинъ смерти; тамъ есть только отравленіе алкоголемъ. При такихъ условіяхъ статистика смертности отъ алкоголизма крайне не точна.

В. И. Шарый также отмѣтилъ неточность существующихъ цифръ, которыя поэтому не даютъ возможности сдѣлать опредѣленные выводы. Да и само понятіе «алкоголизмъ» неопредѣленное, не дающее единообразнаго взгляда.

Н. И. Григорьевъ на основаніи своихъ изслѣдованій высказался въ томъ смыслѣ, что существующія данныя о смертности отъ алкоголизма относятся преимущественно къ низшему классу; въ другихъ классахъ случаи смерти отъ алкоголизма относятъ въ другія рубрики.

Ч. пр. *П. Я. Розенбахъ* обратилъ вниманіе на то, что, изучая смертность отъ различныхъ болѣзней въ связи съ алкоголизмомъ, необходимо считаться съ качествомъ алкоголя, съ той формой, въ которой онъ вводится—пиво, вино, водка.

А. Л. Мендельсонъ считаетъ, что имѣющіяся данныя далеко ниже дѣйствительныхъ; алкоголизмъ, какъ причина смерти, отмѣчается преимущественно въ случаяхъ опоя или обостренія хроническаго алкоголизма; во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ причиной смерти отмѣчается сопутствующая болѣзнь. Точныя данныя могутъ получиться только въ томъ случаѣ, если въ карточку будетъ включенъ спеціальный вопросъ объ алкоголизмѣ.

Въ этомъ-же смыслѣ высказался и *Ѳ. И. Піотровскій*, указавшій, что все то количество спирта, которое выпиваетъ въ Петербургѣ интеллигентный классъ въ видѣ вина, не попадаетъ въ статистику.

Проф. *Н. В. Петровъ* замѣтилъ, что вообще нѣтъ никакой возможности опредѣлить хроническій алкоголизмъ, какъ причину смерти. Въ Обуховской больницѣ алкоголизмъ, какъ причину смерти, ставятъ только тогда, когда другихъ болѣзней не отмѣчено.

М. Н. Нижегородцевъ, указавъ, что всѣ возраженія относятся къ существующему положенію статистики, выразилъ отъ имени Коммиссіи благодарность докладчику за его труды по разработкѣ имѣющагося матеріала.

А. Л. Мендельсонъ. Помощь населенію въ случаяхъ острыхъ отравленія алкоголемъ. Петербургскіе пріюты для вытрезвленія пьяныхъ. При отравленіи или самоотравленіи человѣка тѣмъ или инымъ опаснымъ для жизни веществомъ пострадавшему оказываютъ участливое содѣйствіе всѣ окружающіе, при-

зываютъ врача, бережно перевозятъ отравившагося въ больницу; здѣсь принимаютъ всѣ выработанныя наукою мѣры для обезвреживанія яда и удаленія его изъ организма, заботятся о поднятіи силъ больного и т. д. Что-же предпринимается, напр., въ Петербургѣ въ случаяхъ остраго отравленія алкоголемъ? Надо замѣтить, что забота распространяется только на лицъ, находящихся въ сильныхъ степеняхъ отравленія алкоголемъ, называемыхъ на административно-полицейскомъ языкѣ «безчувственно-пьяными» или «безобразно-пьяными». Такія лица доставляются полиціей или въ т. наз. безпокойное отдѣленіе при Обуховской больницѣ, если, по заключенію дворника или городового, жизни пьяныхъ угрожаетъ опасность, или въ огромномъ большинствѣ случаевъ въ камеры при полицейскихъ частяхъ. Безпокойное отдѣленіе Обуховской больницы (по площади и объему воздуха) разсчитано на 22 кровати, но въ дѣйствительности здѣсь не бываетъ менѣе 40 больныхъ, а нерѣдко составъ больныхъ доходитъ до 75. Естественнымъ образомъ кроватями переполняются корридоры и всѣ углы. Безпокойные больные лежатъ связанными въ смирительныя рубахи; на ногахъ у нихъ одѣты обшитые кожею кандалы; концы рукавовъ и кандалы привязаны къ перекладинамъ кровати. Число ежедневныхъ поступленій колеблется между 6 и 26; наибольшее число больныхъ доставляется отъ вторника до субботы; въ эти дни обнаруживаются результаты пьянства, усиленно происходящаго въ предшествующіе дни (субботу, воскресенье, понедѣльникъ). Больные, проявляющіе признаки душевнаго заболѣванія, отправляются партіями разъ въ недѣлю въ больницу св. Николая Чудотворца; такихъ случаевъ бываетъ около 100 въ годъ. Продолжительность пребыванія больного въ безпокойномъ отдѣленіи колеблется отъ 1 до 3 дней. При наступленіи малѣйшаго улучшенія больного выписываютъ, чтобы дать мѣсто другимъ. Въ 1900 г. въ безпокойное отдѣленіе Обуховской больницы приняты были 2910 чел., выписаны 2852, умерли 45; въ 1901 г. приняты 3080, выписаны 3034, умерли 48; въ 1902 г. приняты 3681, выписаны 3607, умерли 6[illegible]. Женское безпокойное отдѣленіе той-же Обуховской больницы состоитъ изъ 1 палаты съ 7 кроватями; нерѣдко приходится сюда прибавлять 8-ую кровать, и тогда уже не остается свободнаго мѣста для передвиженія по палатѣ. Вотъ въ какомъ положеніи находятся въ Петербургѣ больничная помощь для лицъ, страдающихъ тяжкими послѣдствіями остраго алкогольнаго отравленія. Такимъ образомъ Обуховская больница является для острыхъ алкоголиковъ въ сущности только пріютомъ для вытрезвленія, находящимся подъ врачебнымъ наблюденіемъ, чего нѣтъ, конечно, въ полицейскихъ камерахъ для вытрезвленія. Тамъ картина представляетъ нѣчто ужасное. Докладчикъ осмотрѣлъ всѣ эти камеры: вездѣ—одно и то-же. Доставляемые пьяные раздѣваются; на нихъ остается только исподнее бѣлье. Камера, разсчитанная на 10 чел. заключаетъ въ себѣ 40—50 чел. Дверь въ камеру запирается наглухо; пьяные тутъ-же мочатся, загрязняютъ себя и полъ рвотными изверженіями и т. д. Провѣтриванія никакого нѣтъ; во всѣхъ камерахъ воздухъ напитанъ запахомъ перегара, мочи, пота, рвотныхъ массъ и пр., такъ что свѣжему человѣку тамъ трудно дышать. Пьяные сидятъ на деревянномъ настилѣ и асфальтовомъ полу, иногда въ лужахъ мочи и даже одинъ надъ другимъ. И число лицъ, подвергаемыхъ вытрезвленію подобнымъ способомъ, очень велико. Такъ, напр. въ Спасской части подвергаются вытрезвленію при полиціи около 10000 чел. въ годъ, что, по даннымъ переписи 1900 г., составляетъ около 11% всего населенія этой части, въ Московской части — 14000 (около 9% жителей этой части), въ Казанской—3000 (5% мѣстнаго населенія), въ Литейной 4000 (около 4% населенія); словомъ, въ 5 центральныхъ частяхъ Петербурга съ населеніемъ въ 560000 число лицъ, доставленныхъ въ полицейскіе дома въ состояніи остраго отравленія, въ теченіи года равно 3459[illegible], т. е., изъ каждыхъ 16 жителей этой населеннѣйшей части города 1 обязательно попадаетъ ежегодно въ камеру для вытрезвленія. Въ прошломъ году въ одномъ изъ засѣданій Коммиссіи *Н. И. Григорьевъ* сообщилъ объ убѣжищѣ для алкоголиковъ, открытомъ въ Ярославлѣ въ 1902 г. Въ это убѣжище принимаются пьяные, подбираемые на улицахъ: здѣсь они поступаютъ въ руки врача, который, кромѣ медицинской помощи, старается оказать на нихъ и нравственное воздѣйствіе. Подобные пріюты, по мнѣнію докладчика, должны быть устроены и въ Петербургѣ совмѣстными усиліями городского Управленія и Попечительства о народной трезвости. Общій расходъ, по вычисленію докладчика, выразится въ суммѣ 120000 р. ежегодно.

Собраніе вполнѣ присоединилось къ мнѣнію докладчика, признало существующее положеніе дѣлъ крайне ненормальнымъ и постановило черезъ Совѣтъ Общества охраненія народнаго здравія довести объ этомъ до свѣдѣнія городского головы, главнаго медицинскаго инспектора и ознакомить съ положеніемъ дѣла общество черезъ печать. Докладчику *А. Л. Мендельсону* была выражена благодарность за его докладъ. *Г. Дембо.*

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Проф. В. М. Бехтеревъ. Основы ученія о функціяхъ мозга. Выпускъ II. Петербургъ. 1904 г.

1-ый выпускъ «Основъ ученія о функціяхъ мозга» вышелъ изъ печати въ концѣ минувшаго года, и тогда-же появленіе въ свѣтъ 1-ой книги этого широко задуманнаго изданія было отмѣчено мною въ «Русскомъ Врачѣ» (1903 г., № 43, стр. 1527). Сейчасъ передо мной лежитъ 2-ой выпускъ «Основъ»—этого капитальнаго труда проф. *В. М. Бехтерева* по физіологіи центральной нервной системы.

Въ 1-мъ выпускѣ «Основъ» были разсмотрѣны рефлекторныя отправленія спинного и продолговатаго мозга въ сферѣ мышцъ *внѣшнихъ* органовъ тѣла. Выпускъ 2-ой посвящается изученію центровъ спинного и продолговатаго мозга, завѣдующихъ сокращеніями мышцъ *внутреннихъ* органовъ. Въ этомъ отношеніи спинной и продолговатый мозгъ играютъ очень важную роль, такъ какъ на всемъ ихъ протяженіи расположены отражающіе центры, управляющіе движеніемъ нашихъ внутреннихъ органовъ и ихъ отправленіями. Сюда относятся такіе важные центры, какъ центръ дыханія, центры сердцебіенія, сосудодвигательные центры, центры движенія желудка и кишекъ и др. Здѣсь авторъ весьма подробно останавливается на выясненіи механизма этихъ движеній и на мѣстоположеніи самихъ центровъ. Далѣе, слѣдуя естественному порядку топографическаго раздѣленія центральной нервной системы на отдѣлы, авторъ разсматриваетъ нижележащіе спинномозговые центры и, между прочимъ, удѣляетъ немало мѣста изученію центровъ половыхъ органовъ, выясненію значенія нервной системы въ актѣ родовъ и въ развитіи мѣсячныхъ и опредѣленію вліянія той-же нервной системы на актъ зачатія и развитія плода. Я обращаю вниманіе на эти отдѣлы труда автора потому, что разбираемымъ въ нихъ вопросамъ обыкновенно мало отводится мѣста въ руководствахъ по общей физіологіи.

Какой солидный трудъ представятъ собою «Основы ученія о функціяхъ мозга», можно заключить изъ того, что разсмотрѣніе только отправленій спинного и продолговатаго мозга заняло уже 560 страницъ. Впереди остаются еще такіе важные отдѣлы центральной нервной системы, какъ мозжечекъ, средній мозгъ, большія мозговыя полушарія съ ихъ узлами. Изложеніе ученія объ отправленіяхъ названныхъ отдѣловъ головного мозга пріобрѣтаетъ особое значеніе въ виду того, что самъ авторъ много работалъ въ этой области. Поэтому съ большимъ интересомъ будемъ ждать выхода слѣдующихъ выпусковъ, которые, надо полагать, не замедлятъ появиться, такъ какъ всѣмъ извѣстно, какой удивительной трудоспособностью обладаетъ авторъ и съ какой выдающейся энергіей онъ работаетъ. *Б. Воротынскій.*

Prof. L. Baumel. Précis des maladies des enfants. Paris. F. R. de Rudeval. 1904.

Разбираемая книга состоитъ изъ 3-хъ главныхъ отдѣловъ: введенія, 1-ой части, въ которой описаны общія болѣзни дѣтей и 2-ой части, посвященной описанію мѣстныхъ болѣзней. Въ введеніи сжато и толково изложены физіологія, патологія, гигіена и терапія болѣзней дѣтскаго возраста. Въ отдѣлѣ общихъ болѣзней разсматриваются болѣзни обмѣна веществъ и заразныя. 2-ой отдѣлъ раздѣленъ на 8 главъ, въ которыхъ разбираются: кожныя болѣзни, болѣзни органовъ чувствъ, пищевыхъ путей, дыхательнаго прибора, сердца, печени, мочеполового прибора и нервной системы. Изложеніе всюду краткое, хорошимъ языкомъ безъ излишнихъ подробностей, въ большинствѣ съ указаніемъ на новѣйшую литературу (кстати сказать, почти исключительно французскую; лишь кое-гдѣ встрѣчаются ссылки на нѣмецкихъ авторовъ). Есть многіе недочеты, изъ коихъ для примѣра укажу на слѣдующіе. О болѣзни *Barlow*'а авторъ упоминаетъ лишь вкратцѣ, при чемъ, въ противоположность *Heubner*'у и *Neumann*'у, отождествляетъ ее съ кровоточивымъ рахитомъ; предсказаніе при ней, по автору, безусловно тяжкое, что, опять-таки, идетъ въ разрѣзъ съ утвержденіями вышеупомянутыхъ авторовъ, имѣвшихъ дѣло со многими случаями этой болѣзни. Въ главѣ объ оспѣ авторъ говоритъ довольно пространно о лѣченіи этой болѣзни, но ему, очевидно, остался неизвѣстнымъ способъ усиленной вакцинаціи по ч. пр. *В. О. Губерту.* Взглядъ автора на прорѣзываніе зубовъ (ему посвящена цѣлая глава), какъ причину разныхъ заболѣваній у дѣтей, въ настоящее время является устарѣлымъ и очень шатко обоснованнымъ.

Въ общемъ книга не лишена интереса какъ по изложенію, такъ и по обработкѣ матеріала, но все-же она по полнотѣ клинической картины значительно уступаетъ руководствамъ по дѣтскимъ болѣзнямъ нѣмецкихъ профессоровъ, а также и покойнаго проф. *Н. Ф. Филатова.* Внѣшность изданія приличная.

С. Островскій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXXV. М. Г.! Не откажите дать мѣсто нижеслѣдующему письму.

Въ послѣднихъ числахъ сентября этого года мы, нижеподписавшіеся, 8 врачей врачебно-продовольственнаго отряда Харьковскаго губернскаго Земства на театрѣ военныхъ дѣйствій въ Манчжуріи одновременно оставили службу въ этомъ отрядѣ. Всего въ Харьковскій отрядъ при его сформированіи приглашено было 12 врачей; изъ нихъ 1 13-го сентября умеръ отъ брюшного тифа, 1 выбылъ до распущенія отряда по случаю раненія, полученнаго подъ Ляояномъ, 2 остались на службѣ въ отрядѣ Харьковскаго Земства. Массовой уходъ земскихъ работниковъ не разъ уже являлся единственнымъ возможнымъ средствомъ при отстаиваніи ими своихъ законныхъ интересовъ отъ

въ особенности въ виду появившихся указаній о вліяніи стерилизованнаго молока на увеличеніе смертности отъ бугорчатки.

Ч. пр. *В. О. Губертъ. Какое вліяніе оказываетъ страхъ на тѣлесную и духовную сторону организма учащихся?* Подробно разобравъ внѣшніе признаки страха и вліяніе его на физическую сторону организма, докладчикъ отмѣтилъ, что подобное сильное и болѣзненное измѣненіе во всемъ организмѣ не можетъ не оставлять послѣ себя извѣстныхъ послѣдствій въ дальнѣйшей жизни; дѣйствительно, подъ вліяніемъ страха лишаются чувства, дара слова, теряютъ позывъ на ѣду, получаютъ параличи и т. п. Совершенно правильно указываетъ д-ръ *Ланге*, что изъ всѣхъ душевныхъ движеній страхъ чаще всего вызываетъ особыя болѣзненныя состоянія, которыя или остаются вовсе неизлѣчимыми или требуютъ продолжительнаго лѣченія. Не остается, конечно, безъ вліянія и психическая жизнь организма подъ дѣйствіемъ страха. Не смотря на это, страхъ широко господствуетъ и въ низшей, и въ средней и въ высшей школѣ, какъ способъ воспитанія, хотя выдающіеся педагоги давно уже высказались противъ него. Результаты получаются самые печальные. Самъ по себѣ страхъ, независимо отъ реактивныхъ попытокъ отдѣлаться отъ него, положительно подавляетъ душевную силу. Это ясно видно на дѣтяхъ, воспитателемъ которыхъ былъ только постоянный страхъ. Вліяніе страха на учениковъ замѣтно по замѣшательству въ отвѣтахъ, по измѣненію тембра голоса, по блѣдности лица, судорожному движенію рукъ и т. д. Нерѣдко преподаватели не только не стараются противодѣйствовать этимъ проявленіямъ страха, но, видя замѣшательство ученика, начинаютъ раздражаться, повышаютъ голосъ, кричатъ и такимъ образомъ по своему собственному невѣжеству уничтожаютъ всякій разумный отвѣтъ. Это вліяніе страха очень рѣзко сказывается передъ экзаменами, когда нерѣдко прибѣгаютъ къ брому, водкѣ и т. д. для заглушенія страха.

Г. В. Смирновъ указалъ, что сильный страхъ является обыкновенно у нѣкоторыхъ дѣтей въ силу личныхъ ихъ особенностей; при полномъ отсутствіи страха, по его мнѣнію, у дѣтей можетъ развиться распущенность.

Докладчикъ согласился съ тѣмъ, что бываютъ дѣти съ нейропатическими свойствами, у которыхъ чувство страха появляется очень рѣзко, но, внѣ всякаго сомнѣнія, дѣтей можно воспитывать такъ, чтобы окружающая ихъ обстановка не внушала имъ чувство страха. По отношенію къ нейропатическимъ дѣтямъ на помощь педагогу можетъ придти школьный врачъ, который долженъ знать личныя особенности каждаго ученика.

Д. А. Дриль обратилъ вниманіе на то, что устрашеніе, запугиваніе играютъ огромную роль въ дошкольномъ воспитаніи и даютъ печальные результаты.

Г. И. Дембо отмѣтилъ, что въ современной школѣ мало считаются съ личными особенностями дѣтей; именно по отношенію къ дѣтямъ нервнымъ слѣдуетъ избѣгать воздѣйствія страхомъ, лишающимъ ихъ всякаго самообладанія. Авторитетомъ у дѣтей пользуются воспитатели справедливые, входящіе въ психологію ребенка, а не строгіе.

Е. А. Чебышева-Дмитріева отмѣтила, что дѣти, воспитанныя дома подъ вліяніемъ страха, обыкновенно въ школѣ учатся плохо. Прочитанъ докладъ ж.-вр. *А. И. Эккертъ - Дѣтскіе сады въ Швейцаріи.* Въ докладѣ обрисована постановка этого дѣла въ Швейцаріи. Дѣтскіе сады служатъ прекраснымъ способомъ дошкольнаго воспитанія, воспитываютъ въ дѣтяхъ любовь къ природѣ и наглядно знакомятъ ихъ съ явленіями окружающаго міра.

(Засѣданіе 16-го марта).

С. А. Острогорскій. 1. *О положеніи школьнаго врача въ различныхъ учебныхъ заведеніяхъ Петербурга?* 2. *О преподаваніи гигіены въ различныхъ учебныхъ заведеніяхъ Петербурга.* Оба сообщенія составлены на основаніи работъ Коммиссіи, подготовлявшей докладъ къ Международному Съѣзду по школьной гигіенѣ въ Nürnberg'ѣ. Цѣль 1-ой работы выяснить современное положеніе школьнаго врача въ различныхъ учебныхъ заведеніяхъ Петербурга. Коммиссія собрала матеріалы относительно положенія врачей въ учрежденіяхъ Вѣдомствъ Императрицы Маріи, военнаго, министерства народнаго просвѣщенія (гимназіяхъ и 4-классныхъ городскихъ училищахъ) духовнаго и Петербургскаго общественнаго самоуправленія. Полученныя данныя показали, что врачебно-санитарный надзоръ во многихъ учебныхъ заведеніяхъ нуждается въ значительномъ обновленіи; положеніе школьнаго врача и значеніе его въ нормальномъ теченіи школьной жизни далеко не удовлетворительны.

Въ преніяхъ приняли участіе *А. Д. Сухорскій, А. Г. Трахтенбергъ, М. И. Рейхъ, А. М. Добрадинъ, М. Я. Брейтманъ, У. Д. Смирновъ, В. О. Губертъ. У. Д. Смирновъ* (бывшій директоръ кадетскаго корпуса), между прочимъ, указалъ на крайнюю затруднительность дать для Съѣзда общее резюме всего доклада и предложилъ представить отвѣты по всѣмъ вѣдомствамъ на слѣдующіе вопросы: 1) %-ное отношеніе врачей къ числу учащихся, подлежащихъ ихъ санитарному надзору; 2) количество времени, удѣляемаго врачемъ на школу; 3) характеръ и широта компетенціи школьнаго врача; 4) денежное вознагражденіе школьнаго врача; 5) отношеніе врачей къ остальному персоналу школы; 6) общія средства школы и тотъ %, который отдѣляется на санитарную часть, на лазаретъ, лѣкарство и т. д.; 7) способы комплектованія и порядокъ назначенія школьныхъ врачей; 8) средства, служащія для совершенства самихъ врачей; 9) отношеніе между врачами и педагогами одного и того-же или различнаго рода учебныхъ заведеній.

Предложеніе это было принято Отдѣломъ.

Въ виду того, что *С. А. Острогорскій*, по независѣвшимъ отъ него обстоятельствамъ, не могъ быть на Съѣздѣ, представителемъ отдѣла на Съѣздѣ былъ избранъ врачъ Александровскаго Института *И. А. Климовъ.*

Коммиссія по вопросу объ алкоголизмѣ.

(Засѣданіе 20-го октября).

Предсѣдатель *М. Н. Нижегородцевъ*, открывая засѣданіе, предложилъ почтить память скончавшихся членовъ Коммиссіи: *Буцке, А. Ф. Поваринскаго, Невзорова, Р. Р. Микулова.*

С. С. Ступинъ (Москва). *Къ вопросу о смертности отъ алкоголизма въ большихъ городахъ.* Положенія: 1. Душевое потребленіе алкоголя въ Петербургѣ и въ Москвѣ очень не многимъ меньше потребленія въ другихъ европейскихъ большихъ городахъ. 2. Смертность отъ алкоголизма особенно высока въ Петербургѣ, вдвое меньше въ Москвѣ, а въ Парижѣ вдвое меньше, чѣмъ въ Москвѣ. Смертность отъ алкоголизма въ общемъ соотвѣтствуетъ количеству душевого потребленія добываемыхъ перегонкою напитковъ. 3. Повышенная смертность отъ алкоголизма въ русскихъ городахъ обусловливается главнымъ образомъ высокой смертностью отъ алкоголизма въ молодыхъ годахъ (15—40 л.). Maximum смертности приходится во всѣхъ городахъ на возрастъ въ 40—60 л. 4. Смертность женщинъ отъ алкоголизма въ русскихъ городахъ лишь въ 3—5 разъ меньше смертности мужчинъ. 5. Смертность отъ цирроза печени выше всего въ Парижѣ и соотвѣтствуетъ, по видимому, общему количеству потребленія алкоголя во всѣхъ спиртныхъ напиткахъ. 6. Смертность отъ бугорчатки легкихъ выше всего въ Парижѣ, въ Петербургѣ и въ Москвѣ, и, вѣроятно, въ числѣ прочихъ причинъ зависитъ и отъ степени алкоголизаціи населенія. 7. Болѣе 30% населенія Петербурга живетъ въ участкахъ съ высокой смертностью отъ алкоголизма и только около 15% его находится въ такихъ-же благопріятныхъ условіяхъ смертности отъ алкоголизма, какъ въ Berlin'ѣ (всѣ 100%). 8. Въ Москвѣ нѣтъ участковъ съ такой высокой смертностью отъ алкоголизма, какъ въ Петербургѣ, и около 50% всего населенія живетъ въ Москвѣ въ такихъ-же условіяхъ смертности отъ алкоголизма, какъ въ Berlin'ѣ. 9. Желательно введеніе въ русскихъ городахъ точной статистики смертности отъ алкоголизма съ указаніемъ его, какъ непосредственной причины смерти (отдѣльно опьяненіе, бѣлая горячка, хроническій алкоголизмъ), такъ и въ качествѣ болѣе отдаленной причины (болѣзни, образовавшіяся на почвѣ алкоголизма, и случайныя страданія, приведшія къ смерти вслѣдствіе алкоголизма). Статистическія данныя обнимаютъ главнымъ образомъ періодъ времени отъ 1892 до 1901 г., т. е. въ Россіи преимущественно до реформы продажи питей.

Въ преніяхъ по поводу этого доклада приняли участіе *А. Я. Данилевскій, Н. И. Григорьевъ, А. А. Липскій, В. И. Шарый, П. Я. Розенбахъ, М. Я. Фалькъ, А. Л. Мендельсонъ, Ѳ. И. Піотровскій, Н. В. Петровъ, М. Н. Нижегородцевъ.*

Ч. пр. *А. А. Липскій*, отмѣтивъ, что множество смертныхъ случаевъ отъ алкоголизма отходитъ въ другія группы, указалъ, что медицинскій Совѣтъ, къ сожалѣнію, исключилъ алкоголизмъ въ краткой общей номенклатурѣ причинъ смерти; тамъ есть только отравленіе алкоголемъ. При такихъ условіяхъ статистика смертности отъ алкоголизма крайне не точна.

В. И. Шарый также отмѣтилъ неточность существующихъ цифръ, которыя поэтому не даютъ возможности сдѣлать опредѣленные выводы. Да и само понятіе «алкоголизмъ» неопредѣленное, не дающее единообразнаго взгляда.

Н. И. Григорьевъ на основаніи своихъ изслѣдованій высказался въ томъ смыслѣ, что существующія данныя о смертности отъ алкоголизма относятся преимущественно къ низшему классу; въ другихъ классахъ случаи смерти отъ алкоголизма относятъ въ другія рубрики.

Ч. пр. *П. Я. Розенбахъ* обратилъ вниманіе на то, что, изучая смертность отъ различныхъ болѣзней въ связи съ алкоголизмомъ, необходимо считаться съ качествомъ алкоголя, съ той формой, въ которой онъ вводится—пиво, вино, водка.

А. Л. Мендельсонъ считаетъ, что имѣющіяся данныя далеко ниже дѣйствительныхъ; алкоголизмъ, какъ причина смерти, отмѣчается преимущественно въ случаяхъ опоя или обостренія хроническаго алкоголизма; во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ причиной смерти отмѣчается сопутствующая болѣзнь. Точныя данныя могутъ получиться только въ томъ случаѣ, если въ карточку будетъ включенъ спеціальный вопросъ объ алкоголизмѣ.

Въ этомъ-же смыслѣ высказался и *Ѳ. И. Піотровскій*, указавшій, что все то количество спирта, которое выпиваетъ въ Петербургѣ интеллигентный классъ въ видѣ вина, не попадаетъ въ статистику.

Проф. *Н. В. Петровъ* замѣтилъ, что вообще нѣтъ никакой возможности опредѣлить хроническій алкоголизмъ, какъ причину смерти. Въ Обуховской больницѣ алкоголизмъ, какъ причину смерти, ставятъ только тогда, когда другихъ болѣзней не отмѣчено.

М. Н. Нижегородцевъ, указавъ, что всѣ возраженія относятся къ существующему положенію статистики, выразилъ отъ имени Коммиссіи благодарность докладчику за его труды по разработкѣ имѣющагося матеріала.

А. Л. Мендельсонъ. Помощь населенію въ случаяхъ острыхъ отравленія алкоголемъ. Петербургскіе пріюты для вытрезвленія пьяныхъ. При отравленіи или самоотравленіи человѣка тѣмъ или инымъ опаснымъ для жизни веществомъ пострадавшему оказываютъ участливое содѣйствіе всѣ окружающіе, при-

зываютъ врача, бережно перевозятъ отравившагося въ больницу; здѣсь принимаютъ всѣ выработанныя наукою мѣры для обезвреживанія яда и удаленія его изъ организма, заботятся о поднятіи силъ больного и т. д. Что-же предпринимается, напр., въ Петербургѣ въ случаяхъ остраго отравленія алкоголемъ? Надо замѣтить, что забота распространяется только на лицъ, находящихся въ сильныхъ степеняхъ отравленія алкоголемъ, называемыхъ на административно-полицейскомъ языкѣ «безчувственно-пьяными» или «безобразно-пьяными». Такія лица доставляются полиціей или въ т. наз. безпокойное отдѣленіе при Обуховской больницѣ, если, по заключенію дворника или городового, жизни пьяныхъ угрожаетъ опасность, или въ огромномъ большинствѣ случаевъ въ камеры при полицейскихъ частяхъ. Безпокойное отдѣленіе Обуховской больницы (по площади и объему воздуха) разсчитано на 22 кровати, но въ дѣйствительности здѣсь не бываетъ менѣе 40 больныхъ, а нерѣдко составъ больныхъ доходитъ до 75. Естественнымъ образомъ кроватями переполняются корридоры и всѣ углы. Безпокойные больные лежатъ связанными въ смирительныя рубахи; на ногахъ у нихъ одѣты обшитые кожею кандалы; концы рукавовъ и кандалы привязаны къ перекладинамъ кровати. Число ежедневныхъ поступленій колеблется между 6 и 26; наибольшее число больныхъ доставляется отъ вторника до субботы; въ эти дни обнаруживаются результаты пьянства, усиленно происходящаго въ предшествующіе дни (субботу, воскресенье, понедѣльникъ). Больные, проявляющіе признаки душевнаго заболѣванія, отправляются партіями разъ въ недѣлю въ больницу св. Николая Чудотворца; такихъ случаевъ бываетъ около 100 въ годъ. Продолжительность пребыванія больного въ безпокойномъ отдѣленіи колеблется отъ 1 до 3 дней. При наступленіи малѣйшаго улучшенія больного выписываютъ, чтобы дать мѣсто другимъ. Въ 1900 г. въ безпокойное отдѣленіе Обуховской больницы приняты были 2910 чел., выписаны 2852, умерли 45; въ 1901 г. приняты 3080, выписаны 3034, умерли 48; въ 1902 г. приняты 3681, выписаны 3607, умерли 64. Женское безпокойное отдѣленіе той-же Обуховской больницы состоитъ изъ 1 палаты съ 7 кроватями; нерѣдко приходится сюда прибавлять 8-ую кровать, и тогда уже не остается свободнаго мѣста для передвиженія по палатѣ. Вотъ въ какомъ положеніи находится въ Петербургѣ больничная помощь для лицъ, страдающихъ тяжкими послѣдствіями остраго алкогольнаго отравленія. Такимъ образомъ Обуховская больница является для острыхъ алкоголиковъ въ сущности только пріютомъ для вытрезвленія, находящимся подъ врачебнымъ наблюденіемъ, чего нѣтъ, конечно, въ полицейскихъ камерахъ для вытрезвленія. Тамъ картина представляетъ нѣчто ужасное. Докладчикъ осмотрѣлъ всѣ эти камеры: вездѣ—одно и то-же. Доставляемые пьяные раздѣваются; на нихъ остается только исподнее бѣлье. Камера, разсчитанная на 10 чел. заключаетъ въ себѣ 40—50 чел. Дверь въ камеру запирается наглухо; пьяные тутъ-же мочатся, загрязняютъ себя и полъ рвотными изверженіями и т. д. Провѣтриванія никакого нѣтъ; во всѣхъ камерахъ воздухъ напитанъ запахомъ перегара, мочи, пота, рвотныхъ массъ и пр., такъ что свѣжему человѣку тамъ трудно дышать. Пьяные сидятъ на деревянномъ настилѣ и асфальтовомъ полу, иногда въ лужахъ мочи и даже одинъ надъ другимъ. И число лицъ, подвергаемыхъ вытрезвленію подобнымъ способомъ, очень велико. Такъ, напр. въ Спасской части подвергаются вытрезвленію при полиціи около 10000 чел. въ годъ, что, по даннымъ переписи 1900 г., составляетъ около 11% всего населенія этой части, въ Московской части — 14000 (около 9% жителей этой части), въ Казанской—3000 (5% мѣстнаго населенія), въ Литейной 4000 (около 4% населенія); словомъ, въ 5 центральныхъ частяхъ Петербурга съ населеніемъ въ 560000 число лицъ, доставленныхъ въ полицейскіе дома въ состояніи остраго отравленія, въ теченіи года равно 34593, т. е., изъ каждыхъ 16 жителей этой населеннѣйшей части города 1 обязательно попадаетъ ежегодно въ камеру для вытрезвленія. Въ прошломъ году въ одномъ изъ засѣданій Коммиссіи *Н. И. Григорьевъ* сообщилъ объ убѣжищѣ для алкоголиковъ, открытомъ въ Ярославлѣ въ 1902 г. Въ это убѣжище принимаются пьяные, подбираемые на улицахъ: здѣсь они поступаютъ въ руки врача, который, кромѣ медицинской помощи, старается оказать на нихъ и нравственное воздѣйствіе. Подобные пріюты, по мнѣнію докладчика, должны быть устроены и въ Петербургѣ совмѣстными усиліями городского Управленія и Попечительства о народной трезвости. Общій расходъ, по вычисленію докладчика, выразится въ суммѣ 120000 р. ежегодно.

Собраніе вполнѣ присоединилось къ мнѣнію докладчика, признало существующее положеніе дѣлъ крайне ненормальнымъ и постановило черезъ Совѣтъ Общества охраненія народнаго здравія довести объ этомъ до свѣдѣнія городского головы, главнаго медицинскаго инспектора и ознакомить съ положеніемъ дѣла общество черезъ печать. Докладчику *А. Л. Мендельсону* была выражена благодарность за его докладъ. *Г. Дембо.*

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Проф. В. М. Бехтеревъ. Основы ученія о функціяхъ мозга. Выпускъ II. Петербургъ. 1904 г.

1-ый выпускъ «Основъ ученія о функціяхъ мозга» вышелъ изъ печати въ концѣ минувшаго года, и тогда-же появленіе въ свѣтъ 1-ой книги этого широко задуманнаго изданія было отмѣчено мною въ «Русскомъ Врачѣ» (1903 г., № 43, стр. 1527). Сейчасъ передо мной лежитъ 2-ой выпускъ «Основъ»—этого капитальнаго труда проф. *В. М. Бехтерева* по физіологіи центральной нервной системы.

Въ 1-мъ выпускѣ «Основъ» были разсмотрѣны рефлекторныя отправленія спинного и продолговатаго мозга въ сферѣ мышцъ *внѣшнихъ* органовъ тѣла. Выпускъ 2-ой посвящается изученію центровъ спинного и продолговатаго мозга, завѣдующихъ сокращеніями мышцъ *внутреннихъ* органовъ. Въ этомъ отношеніи спинной и продолговатый мозгъ играютъ очень важную роль, такъ какъ на всемъ ихъ протяженіи расположены отражающіе центры, управляющіе движеніемъ нашихъ внутреннихъ органовъ и ихъ отправленіями. Сюда относятся такіе важные центры, какъ центръ дыханія, центры сердцебіенія, сосудодвигательные центры, центры движенія желудка и кишекъ и др. Здѣсь авторъ весьма подробно останавливается на выясненіи механизма этихъ движеній и на мѣстоположеніи самихъ центровъ. Далѣе, слѣдуя естественному порядку топографическаго раздѣленія центральной нервной системы на отдѣлы, авторъ разсматриваетъ нижележащіе спинномозговые центры и, между прочимъ, удѣляетъ немало мѣста изученію центровъ половыхъ органовъ, выясненію значенія нервной системы въ актѣ родовъ и въ развитіи мѣсячныхъ и опредѣленію вліянія той-же нервной системы на актъ зачатія и развитія плода. Я обращаю вниманіе на эти отдѣлы труда автора потому, что разбираемымъ въ нихъ вопросамъ обыкновенно мало отводится мѣста въ руководствахъ по общей физіологіи.

Какой солидный трудъ представятъ собою «Основы ученія о функціяхъ мозга», можно заключить изъ того, что разсмотрѣніе только отправленій спинного и продолговатаго мозга заняло уже 560 страницъ. Впереди остаются еще такіе важные отдѣлы центральной нервной системы, какъ мозжечекъ, средній мозгъ, большія мозговыя полушарія съ ихъ узлами. Изложеніе ученія объ отправленіяхъ названныхъ отдѣловъ головного мозга пріобрѣтаетъ особое значеніе въ виду того, что самъ авторъ много работалъ въ этой области. Поэтому съ большимъ интересомъ будемъ ждать выхода слѣдующихъ выпусковъ, которые, надо полагать, не замедлятъ появиться, такъ какъ всѣмъ извѣстно, какой удивительной трудоспособностью обладаетъ авторъ и съ какой выдающейся энергіей онъ работаетъ. *Б. Воротынскій.*

Prof. L. Baumel. Précis des maladies des enfants. Paris. F. R. de Rudeval. 1904.

Разбираемая книга состоитъ изъ 3-хъ главныхъ отдѣловъ: введенія, 1-ой части, въ которой описаны общія болѣзни дѣтей и 2-ой части, посвященной описанію мѣстныхъ болѣзней. Въ введеніи сжато и толково изложены физіологія, патологія, гигіэна и терапія болѣзней дѣтскаго возраста. Въ отдѣлѣ общихъ болѣзней разсматриваются болѣзни обмѣна веществъ и заразныя. 2-ой отдѣлъ раздѣленъ на 8 главъ, въ которыхъ разбираются: кожныя болѣзни, болѣзни органовъ чувствъ, пищевыхъ путей, дыхательнаго прибора, сердца, печени, мочеполового прибора и нервной системы. Изложеніе всюду краткое, хорошимъ языкомъ безъ излишнихъ подробностей, въ большинствѣ съ указаніемъ на новѣйшую литературу (кстати сказать, почти исключительно французскую; лишь кое-гдѣ встрѣчаются ссылки на нѣмецкихъ авторовъ). Есть многіе недочеты, изъ коихъ для примѣра укажу на слѣдующіе. О болѣзни *Barlow*'а авторъ упоминаетъ лишь вкратцѣ, при чемъ, въ противоположность *Heubner*'у и *Neumann*'у, отождествляетъ ее съ кровоточивымъ рахитомъ; предсказаніе при ней, по автору, безусловно тяжкое, что, опять-таки, идетъ въ разрѣзъ съ утвержденіями вышеупомянутыхъ авторовъ, имѣвшихъ дѣло со многими случаями этой болѣзни. Въ главѣ объ оспѣ авторъ говоритъ довольно пространно о лѣченіи этой болѣзни, но ему, очевидно, остался неизвѣстнымъ способъ усиленной вакцинаціи по ч. пр. *В. О. Губерту.* Взглядъ автора на прорѣзываніе зубовъ (ему посвящена цѣлая глава), какъ причину разныхъ заболѣваній у дѣтей, въ настоящее время является устарѣлымъ и очень шатко обоснованнымъ.

Въ общемъ книга не лишена интереса какъ по изложенію, такъ и по обработкѣ матеріала, но все-же она по полнотѣ клинической картины значительно уступаетъ руководствамъ по дѣтскимъ болѣзнямъ нѣмецкихъ профессоровъ, а также и покойнаго проф. *Н. Ф. Филатова.* Внѣшность изданія приличная.

С. Островскій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXXV. М. Г.! Не откажите дать мѣсто нижеслѣдующему письму.

Въ послѣднихъ числахъ сентября этого года мы, нижеподписавшіеся, 8 врачей врачебно-продовольственнаго отряда Харьковскаго губернскаго Земства на театрѣ военныхъ дѣйствій въ Манчжуріи одновременно оставили службу въ этомъ отрядѣ. Всего въ Харьковскій отрядъ при его сформированіи приглашено было 12 врачей; изъ нихъ 1 13-го сентября умеръ отъ брюшного тифа, 1 выбылъ до распущенія отряда по случаю раненія, полученнаго подъ Ляояномъ, 2 остались на службѣ въ отрядѣ Харьковскаго Земства. Массовой уходъ земскихъ работниковъ не разъ уже являлся единственнымъ возможнымъ средствомъ при отстаиваніи ими своихъ законныхъ интересовъ отъ

притязаній своеобразно понимающихъ свои задачи земскихъ дѣятелей. И на этотъ разъ, во избѣжаніе ложнаго толкованія происшедшаго недоразумѣнія между нами—врачами и уполномоченнымъ Харьковскаго губернскаго Земства г. Ковалевскимъ, мы считаемъ необходимымъ огласить настоящій случай въ печати, тѣмъ болѣе, что онъ произошелъ при такихъ исключительныхъ условіяхъ, какъ война.

Извиняясь за нѣсколько большой объемъ письма, позволяемъ себѣ въ интересахъ истины начать изложеніе съ момента организаціи отряда.

Съ началомъ Русско-Японской войны Харьковское губернское Земство сдѣлало слѣдующія ассигновки: на военныя нужды 1000000 р., на врачебно-продовольственные пункты 250000 р. и на пособіе семьямъ убитыхъ и раненыхъ 250000 р. Для начала организаціи врачебно-продовольственныхъ пунктовъ Управа пригласила 2-хъ врачей, которые, совмѣстно съ гласнымъ губернскаго Земства, будущимъ уполномоченнымъ г. Ковалевскимъ, и составили бюро, приступившее къ формированію отряда на началахъ вполнѣ коллегіальныхъ. Врачи приглашали другихъ товарищей, при чемъ вопросы о кандидатахъ рѣшались большинствомъ голосовъ; вновь приглашенный вступалъ въ коллегію полноправнымъ членомъ и самъ становился избирателемъ слѣдующаго товарища. Уполномоченный всегда присоединялся къ мнѣнію большинства; такъ, напр., когда коллегія нашла неудобнымъ принять врача, которому уполномоченный уже далъ слово, онъ, не смотря на то, что это ему было крайне непріятно, согласился съ мнѣніемъ большинства; такой-же случай былъ и наканунѣ отъѣзда при выборѣ другого врача.

Такимъ образомъ, у всѣхъ составилось убѣжденіе, что и на будущее время будетъ царить принципъ коллегіальности, такъ строго проведенный при организаціи отряда. На этомъ-же основаніи никто изъ насъ не позаботился о составленіи точнаго письменнаго условія съ Управой, которое-бы регулировало нашу дѣятельность на театрѣ военныхъ дѣйствій, и всѣ охотно подписали составленное Управой крайне одностороннее обязательство. Послѣднее вызывало нѣкоторыя сомнѣнія, но установившіяся отношенія съ уполномоченнымъ вполнѣ ихъ разсѣивали и дѣлали неумѣстными какія-либо объясненія по этому поводу.

Нѣкоторые факты во время путешествія къ театру военныхъ дѣйствій вполнѣ поддерживали составившееся убѣжденіе. Не было назначено старшаго врача, а веденіе дѣлъ поручено было коллегіи врачей; комендантъ поѣзда, назначенія котораго требовала администрація дороги, былъ выбранъ нами изъ своей среды. Слѣдующій фактъ былъ новымъ доказательствомъ признанія за этой коллегіей права на существованіе.—Рѣшено было удалить за явно предосудительные поступки одного изъ фельдшеровъ отряда, и г. Ковалевскій, случайно бывшій съ нами на поѣздѣ, хотя и считалъ улики недостаточными, согласился съ большинствомъ, и фельдшеръ былъ удаленъ. Послѣ этого мы сочли себя вправѣ найти замѣстителя уволенному фельдшеру. На его мѣсто одинъ изъ товарищей предложилъ въ Иркутскѣ хорошаго своего знакомаго—студента Томскаго Университета 5-го курса, который соглашался ѣхать съ отрядами за фельдшера. Большинствомъ голосовъ вопросъ о пріемѣ студента былъ рѣшенъ въ положительномъ смыслѣ, и уполномоченному была послана телеграмма съ просьбой утвердить выборъ врачей. Отвѣта по неизвѣстнымъ причинамъ не получалось. Никто не сомнѣвался, что выборъ будетъ утвержденъ, и студентъ доѣхалъ съ отрядомъ до мѣста назначенія—до Ляояна. Но въ Ляоянѣ отношенія уполномоченнаго къ намъ рѣзко измѣнились. Онъ отказался принять выбраннаго нами студента. Основываясь на случайномъ заявленіи одного изъ товарищей, что въ случаѣ непринятія студента возможенъ уходъ со службы многихъ изъ насъ, уполномоченный предположилъ, что врачи думаютъ оказывать на него давленіе. Всѣ наши старанія разубѣдить въ послѣднемъ г. Ковалевскаго оказались тщетными, и, не смотря на наши просьбы вывести насъ изъ крайне неловкаго положенія, такъ какъ, основываясь на прежнихъ фактахъ коллегіальнаго рѣшенія вопросовъ, мы провезли человѣка нѣсколько тысячъ верстъ, послѣдовалъ отказъ, съ заявленіемъ, что онъ, уполномоченный, считаетъ вопросъ поконченнымъ. На просьбу сообщить, намѣренъ-ли онъ и въ дальнѣйшемъ руководиться исключительно своими желаніями и не считаться съ мнѣніемъ врачей, послѣдовалъ отвѣтъ: «Да». Крайне удивленные такимъ отношеніемъ уполномоченнаго, мы ясно поняли, что въ дальнѣйшемъ, конечно, ни о какой коллегіальности не можетъ быть рѣчи. Ожидавшійся въ недалекомъ будущемъ бой съ массой раненыхъ, крайне затруднительное матеріальное положеніе заставили насъ забыть о происшедшей непріятности, и съ середины іюня отрядъ началъ свою дѣятельность.

Какова была продуктивность этой работы, говорятъ цифры отчетовъ главноуполномоченнаго и уполномоченнаго, благодарности, изъявляемыя отрядамъ военнымъ начальствомъ.

До 17-го августа отрядъ, состоявшій изъ 6 врачебно-продовольственныхъ пунктовъ, работалъ въ Ляоянѣ, Ампинѣ и Холангоу и Сполиндзахъ; 19-го августа съ началомъ Ляоянскаго боя всѣ отряды были стянуты въ Ляоянъ, гдѣ образованъ былъ общій перевязочный пунктъ. 19-го августа во время бомбардировки Ляояна японцами, при которой были ранены врачъ и сестра отряда, отрядъ выбылъ въ Харбинъ и открылъ временный госпиталь на 300 кроватей. Послѣ нѣсколькихъ дней работы въ Харбинѣ, уполномоченный пригласилъ насъ, врачей, и заявилъ, что этапная служба отрядовъ прекращается, что будетъ устроенъ постоянный госпиталь, для котораго имѣющагося персонала слишкомъ много, и что онъ распускаетъ отрядъ и будетъ организовать новый на совершенно другихъ началахъ:—имъ будетъ назначенъ старшій врачъ, который подберетъ себѣ еще 4—5 товарищей, а эти послѣдніе составятъ персоналъ фельдшеръ и сестеръ. При этомъ уполномоченный подчеркивалъ обязательность назначенія новаго состава врачей, а не выборъ его изъ своей среды состоящими на службѣ. Оставшемуся персоналу будутъ предоставлены мѣста въ Красномъ Крестѣ, а желающимъ оставить совершенно службу будутъ выданы суточныя и билетъ на обратный проѣздъ въ Россію. До закрытія временнаго госпиталя въ Харбинѣ уполномоченный просилъ персоналъ остаться, на что, конечно, получилъ полное согласіе со стороны всего персонала. Въ теченіи этого періода г. Ковалевскимъ было предложено нѣкоторымъ изъ насъ занять мѣсто старшаго врача, но, такъ какъ имъ самимъ былъ указанъ составъ входящихъ въ отрядъ врачей, то предложеніе его не было принято. Заявленіе-же врачей предоставить имъ организовать отрядъ, хотя бы и въ уменьшенномъ составѣ, было отвергнуто г. Ковалевскимъ. Находя такое отношеніе уполномоченнаго Земства совершенно несовмѣстимымъ съ принципами, на какихъ покоится организація земской медицины, мы не сочли себя вправѣ продолжать службу подъ начальствомъ г. Ковалевскаго [1]).

М. Костенко, Н. Поповъ, Р. Поповъ, Н. Максимовичъ, Г. Тромбицкій, Е. Флеровъ, М. Зайцевъ, М. Бурлаковъ.

Харбинъ.

CXXVI. М. Г.! Д-ръ *А. Н. Рубель* въ XXV очередномъ засѣданіи «Общества больничныхъ врачей С.-Петербурга», 15-го апрѣля сего года, между прочимъ, привелъ случай, бывшій, будто бы, въ его практикѣ еще въ 1900 г., «о которомъ и теперь онъ не можетъ вспомнить безъ содраганія: у содержателя мелочной лавки (по Захарьевской ул., въ д. № 25) заболѣлъ сынъ корью; въ виду непосредственнаго сообщенія квартиры съ мелочной лавкой, мальчика нельзя было оставить дома и пришлось направить въ Барачную больницу; тоже самое пришлось сдѣлать и съ 3-мя послѣдовательно заболѣвшими его братьями и сестрами. И что-же въ результатѣ? Изъ 4-хъ дѣтей домой вернулся только 1; 3 остальныхъ умерли, кто отъ скарлатины, кто отъ дифтеріи, присоединившихся уже въ больницѣ». «Послѣ этого глубоко-трагическаго случая, добавляетъ д-ръ *Рубель*, бывшаго еще въ первые годы его дѣятельности въ роли санитарнаго врача, онъ навсегда отказался совѣтовать отправлять коревыхъ больныхъ въ больницу» («Русскій Врачъ», 1904, № 43, стр. 1451—1452).

Считаю необходимымъ чрезъ посредство «Русскаго же Врача» довести до свѣдѣнія гг. членовъ упомянутаго Общества и читателей «Русскаго Врача», что случай, неосторожно приведенный д-ромъ *А. Н. Рубелемъ*, въ Барачной въ память *С. П. Боткина* больницѣ мѣста не имѣлъ. Въ 1900 г. изъ проживавшихъ въ домѣ № 25 по Захарьевской ул. въ Барачную больницу поступили *только 2 больныхъ, и оба они выздоровѣли:* Павелъ Жегаловъ (№ 5949), 10 л., переведенный въ Барачную больницу 5-го октября съ распознаваніемъ скарлатины, на 14-й день болѣзни, а 6-го ноября выписанный здоровымъ, и его сестра Александра Жегалова (№ 6378), 8 л., прибывшая въ Барачную больницу 24-го октября съ распознаваніемъ пленчатой дифтеріи, на 3-й день болѣзни, и 4-го ноября выписанная также здоровою. Другихъ больныхъ изъ помянутаго выше дома въ Барачной больницѣ не было.

С. Посадскій, главный врачъ Барачной въ память *С. П. Боткина* больницы.

Петербургъ. 29-го октября 1904 г.

CXXVII. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки. Общество врачей спеціалистовъ въ Петербургѣ, собравшись въ первое послѣ лѣтнихъ каникулъ общее Собраніе 12-го октября с. г., постановило выразить чувство глубокаго негодованія по поводу факта безпримѣрно гнуснаго насилія ген. Ковалева, подвергшаго истязанію д-ра *Забусова*—истязанію, тѣмъ болѣе отвратительному и заслуживающему строжайшаго осужденія, что оно совершено было подъ прикрытіемъ обманнаго призыва врача къ исполненію его гуманнѣйшаго долга.

Предсѣдатель Общества *Г. Свіяжениновъ*. Члены Распорядительнаго Комитета *Д. Парышевъ, В. Калашниковъ, П. Милаевскій, П. Зворыкинъ, І. Земацкій*. Секретарь *А. Рутковскій*.

CXXVIII. М. Г.! Прошу Васъ не отказать помѣстить слѣдующую поправку.

Въ № 43 «Русскаго Врача» за этотъ годъ помѣщенъ «Протоколъ XXV очереднаго засѣданія Общества больничныхъ врачей», не совсѣмъ вѣрно передающій нѣкоторыя возраженія на докладъ д-ра *Г. П. Олейникова*. Именно, мое замѣчаніе, что въ прочихъ, негородскихъ больницахъ дѣло обстоитъ не лучше, относилось не къ % смертности отъ кори, какъ сказано въ «Протоколѣ», а къ % внутреннихъ вараженій, который для Барачной больницы = 10%, не смотря на то, что негородскія больницы нахо-

[1]) Общеземская организація частной врачебной помощи на войнѣ достигла блестящихъ результатовъ, безъ сомнѣнія, главнымъ образомъ потому, что въ основѣ ея, какъ и вообще въ земствѣ, положенъ принципъ коллегіальности. Почему-же не держаться этого принципа и въ отдѣльныхъ отрядахъ? Пора-же, наконецъ, понять, что общественное дѣло нужно и дѣлать сообща.—*Ред.*

дятся въ гораздо лучшихъ условіяхъ, такъ какъ могутъ не принимать больше опредѣленнаго числа больныхъ и всегда могутъ прекратить пріемъ въ случаѣ появленія заразы; городскія-же больницы не имѣютъ права отказывать заразнымъ больнымъ, сколько-бы ихъ ни поступало. Равнымъ образомъ 8%, вычисленные проф. *Д. А. Соколовымъ* для Елизаветинской дѣтской больницы, относятся не къ % смертности отъ кори, а къ % внутреннихъ зараженій и, слѣд., вполнѣ подтверждаютъ мое замѣчаніе. *Б. Войновъ.*

Петербургъ. 31/x 1904 г.

CXXIX. М. Г.! Не откажите въ напечатаніи слѣдующихъ строкъ.

Участники Съѣзда желѣзнодорожныхъ врачей, состоявшагося 27-го октября с. г. на ст. Пенза Сызрано-Вяземской ж. дороги, возмущенные грубѣйшимъ насиліемъ, которое учинилъ ген. Ковалевъ надъ д-ромъ *Н. П. Забусовымъ*, обманно приглашеннымъ для исполненія врачебнаго долга, выражаютъ товарищу свое искреннее соболѣзнованіе и высказываютъ хотя бы слабое утѣшеніе въ неминуемомъ возмездіи кары законы.

В. Земблиновъ, Н. Храниловъ, Ю. Цейтлинъ, Б. Зубаровскій, А. Идельсонъ, Н. Рудницкій, В. Грауэртъ, А. Васильевъ, П. Сыромятниковъ, Н. Мясниковъ, П. Умновъ.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2220. На *каѳедру госпитальной хирургической клиники въ Одессѣ*, вмѣсто отказавшагося отъ нея проф. *Н. К. Лысенкова*, *избранъ* проф. *Н. А. Щегоревъ*, занимавшій до сихъ поръ каѳедру хирургической патологіи.

2221. На каѳедру оперативной хирургіи и топографической анатоміи въ Харьковскомъ Университетѣ медицинскимъ факультетомъ *избранъ* ч. пр. того-же Университета *Ю. Р. Пенскій* («Харьковскій Листокъ», 26 октября).

2222. Въ силу доложеннаго въ засѣданіи Конференціи В.-Медицинской Академіи 22-го мая 1904 г. отчета Коммиссіи о чтеніи лекцій чч. преподавателями Конференція постановила считать чч. преподавателей *М. И. Афанасьева, А. М. Левина, Д. О. Отта* и *С. С. Салазкина*, не выполнившихъ обязательныхъ для сохраненія званія ч. преподавателя лекцій, *выбывшими изъ состава чч. преподавателей Академіи* («Извѣстія В.-Медицинской Академіи», октябрь).

2223. Въ 1903—1904 уч. году въ В.-Медицинской Академіи къ *испытаніямъ на степень доктора медицины* допущены были 171 врачъ, изъ коихъ 62 служили въ военномъ и морскомъ вѣдомствахъ, а 60 въ гражданскомъ. Въ числѣ экзаменовавшихся былъ 1 врачъ 49 лѣтъ. Изъ 62 военныхъ врачей выдержали испытаніе удовлетворительно 44, получили по 1 неудовлетворительной отмѣткѣ 9, не выдержали испытанія по 2 и болѣе предметамъ 3. Изъ 60 гражданскихъ врачей всѣ предметы выдержали удовлетворительно 32, получили по 1 неудовлетворительной отмѣткѣ 16, не выдержали испытанія по 2 и болѣе предметамъ 9. Наибольшее число неудовлетворительныхъ отмѣтокъ приходится на акушерство и женскія болѣзни—11, на судебную медицину—9, общую терапію—9, фармакологію—7. По офталмологіи было 5 неудовлетворительныхъ отмѣтокъ, по общей хирургіи 4, общей патологіи 3, гигіэнѣ 1, частной патологіи и терапіи 1. По физіологіи и дѣтскимъ болѣзнямъ ни одной неудовлетворительной отмѣтки не было («Извѣстія В.-Медицинской Академіи», октябрь).

2224. По словамъ общихъ Петербургскихъ газетъ (отъ 27 октября), вслѣдствіе значительной неполноты комплекта военныхъ врачей въ военныхъ округахъ и усиленной потребности въ нихъ по причинѣ военныхъ дѣйствій обычнаго *прикомандированія военныхъ врачей* къ В.-Медицинской Академіи съ цѣлью усовершенствованія вообще и для изученія спеціально военной хирургіи въ этомъ году *не будетъ*.

2225. Въ виду отвлеченія большого числа врачей на театръ военныхъ дѣйствій и возникшей по случаю появленія холеры потребности значительно усилить врачебный персоналъ въ губерніяхъ и областяхъ, признаваемыхъ заразными и угрожаемыми по этой болѣзни, министръ внутреннихъ дѣлъ возбудилъ ходатайство объ *ускореніи предстоящаго выпуска врачей* путемъ перенесенія выпускныхъ экзаменовъ на весну съ окончаніемъ ихъ къ апрѣлю. Вслѣдствіе этого и на основаніи предложенія управляющаго министерствомъ народнаго просвѣщенія товарища министра предложено деканамъ медицинскихъ факультетовъ принять надлежащія мѣры къ окончанію чтенія лекцій съ такимъ разсчетомъ, чтобы возможно было произвести окончательныя испытанія за время съ первой 1/2 февраля до начала апрѣля («Русскія Вѣдомости», 31 октября).

2226. Медицинскій факультетъ Московскаго Университета, разсмотрѣвъ переданные ему попечителемъ округа доклады относительно открытія *Высшихъ Женскихъ Медицинскихъ Курсовъ въ Москвѣ*, постановилъ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (27 октября), отнестись съ полнымъ сочувствіемъ къ устройству этихъ Курсовъ, на основаніяхъ, выработанныхъ проф. *И. Ф. Огневымъ*, а именно: 1) преподаваніе на Курсахъ должно вестись примѣнительно къ тому, какъ оно ведется на медицинскихъ факультетахъ университетовъ и въ Петербургскомъ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ, и 2) Медицинскіе Курсы открываются въ Москвѣ, какъ отдѣленіе Высшихъ Женскихъ Курсовъ.

2227. Отбыли на Дальній Востокъ: 26-го октября изъ Кіева *6 сестеръ милосердія*, какъ дополнительный составъ въ санитарный отрядъ, отправленный на средства служащихъ на Юго-Западныхъ желѣзныхъ дорогахъ («Новое Время», 27 октября); 27-го октября изъ Петербурга *санитарный отрядъ* для военно-санитарнаго поѣзда въ составѣ 1 врача, 2 студентовъ, 5 сестеръ милосердія и 7 санитаровъ («Русскія Вѣдомости», 30 октября).

2228. 10-го октября, согласно оффиціальнымъ даннымъ, *освобождены изъ плѣна* въ Японіи врачи: *К. Г. Швецовъ, Н. П. Солуха, С. А. Поповичъ* и *П. Г. Рышковъ*.

2229. Правленіе Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи, какъ любезно сообщилъ намъ глубокоуважаемый секретарь его, д-ръ *А. В. Рутковскій*, обсудивъ въ засѣданіи 16-го октября вопросъ объ *обезпеченіи пострадавшихъ на войнѣ врачей и ихъ семействъ*, постановило: 1) Возбудить согласно предложенію Каменецъ-Подольскаго и другихъ, присоединившихся къ нему отдѣленій Общества, ходатайство передъ главнымъ Управленіемъ Россійскаго Общества Краснаго Креста о страхованіи отправляемаго на войну медицинскаго персонала. 2) Возбудить ходатайство о распространеніи пункта XV Высочайшаго манифеста 11 августа 1904 г. на погибшихъ на войнѣ врачей. 3) Для обсужденія вообще способовъ помощи пострадавшимъ на войнѣ врачамъ и ихъ семьямъ образовать Коммиссію, пригласивъ принять въ ней участіе всѣ медицинскія Общества Петербурга. 1-ое засѣданіе Коммиссіи назначено на субботу 20-го ноября.

2230. Въ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ въ Петербургѣ приготовлено помѣщеніе *для 250* и въ В.-Медицинской Академіи *для 150 раненыхъ*.—Одесское уѣздное земское Собраніе постановило принять на лѣченіе въ земскую грязелѣчебницу на Хаджибейскомъ лиманѣ *10 раненыхъ офицеровъ*.—17-го октября въ Хабаровскѣ открытъ *лазаретъ на 40 кроватей* для раненыхъ воиновъ, устроенный мѣстнымъ дамскимъ Кружкомъ.—Въ Орлѣ на средства мѣстнаго духовенства открывается *врачебный пріютъ* для раненыхъ и больныхъ воиновъ *на 25 кроватей*.—Въ с. Чуговкѣ, Полтавской губ., на дачѣ, принадлежащей Петербургской духовной Академіи, устраивается *лазаретъ на 5 кроватей*.—Въ Омскѣ открытъ *лазаретъ* имени г-жи Соколовой-Бородиной *на 27 кроватей*.—Въ Тамбовѣ открытъ *лазаретъ на 50 кроватей* на средства Краснаго Креста («Новое Время» 27—31 октября).

2231. По словамъ «Правительственнаго Вѣстника» (29 октября), на *Совѣщаніи исполнительной Коммиссіи по размѣщенію раненыхъ и больныхъ воиновъ*, эвакуируемыхъ въ Петербургскій округъ, выработаны слѣдующія мѣры: 1) для ознакомленія съ дѣятельностью Коммиссіи будетъ печататься «Вѣстникъ» размѣщенія раненыхъ; 2) намѣченъ рядъ под-Коммиссій: лѣчебная, врачебно-медицинская, аптекарская, квартирная и пр. Партіи раненыхъ и больныхъ воиновъ съ вокзала Николаевской желѣзной дороги будутъ направляться сначала въ Николаевскій военный госпиталь, въ которомъ останутся въ теченіи сутокъ для отдыха и для разбора въ медицинскомъ отношеніи по характеру ранъ или болѣзней. Для перевозки прибывшихъ много частныхъ лицъ предоставили свои экипажи; санитарныя кареты будутъ высылаться отъ Общества подачи скорой помощи въ Петербургѣ. По 22-го октября получено заявленій о 2000 кроватей у частныхъ лицъ и домашнихъ лазаретахъ, приготовляемыхъ для пользованія раненыхъ. Лазареты устраиваются на 10 или 15 кроватей. Заботы по доставленію лѣкарствъ и перевязочнаго матеріала приняло на себя Петербургское фармацевтическое Общество, по взаимному соглашенію аптекарей, изъявившихъ готовность безплатно отпускать лѣкарства. За послѣднее время увеличивается подача заявленій объ устройствѣ домашнихъ лазаретовъ.

2232. Петербургская губернская земская Управа временно, до разрѣшенія вопроса губернскимъ земскимъ Собраніемъ, постановила *сохранить за призванными на военную службу земскими врачами* занимаемыя ими въ губернскомъ Земствѣ *должности и жалованье*, при чемъ женатые имѣютъ право на полученіе жалованья въ полномъ размѣрѣ, а холостые въ размѣрѣ половинномъ («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», октябрь).

2233. *Изъ земскихъ врачей Саратовской губ.* до 1/2 сентября *взяты на войну 31*. Число это распредѣлено по уѣздамъ весьма неравномѣрно: тогда какъ въ Кузнецкомъ и Хвалынскомъ уѣздахъ не взяли ни одного врача, въ Петровскомъ и Сердобскомъ по 1, въ Вольскомъ 2 и т. д., въ Саратовскомъ взяты 5, а въ Балашовскомъ 10 или почти 63% всего состава. Такое опустошеніе, конечно, чрезвычайно тяжело отзовется на населеніи, тѣмъ болѣе, что пригласить замѣстителей, при томъ временныхъ, при общемъ недостаткѣ во врачахъ, очень нелегко. Въ сентябрѣ въ Балашовскомъ уѣздѣ не было врачей въ 7 участкахъ. Во всѣхъ уѣздахъ, по постановленію пока уѣздныхъ Управъ, а въ Балашовскомъ уѣздѣ по постановленію экстреннаго земскаго Собранія, за взятыми на службу врачами сохранены ихъ мѣста и полное или частичное, въ зависимости отъ семейнаго положенія и продолжительности службы, жалованье. Исключеніе представляетъ Сердобскій уѣздъ, гдѣ Управа не только не сохранила за призваннымъ на службу однимъ врачемъ содержанія, но и пригласила на его мѣсто постояннаго врача («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», № 9).

2234. Весьма оживленныя пренія вызвалъ вопросъ *о присоединеніи къ общеземской организаціи* по оказанію помощи больнымъ и раненымъ на театрѣ военныхъ дѣйствій на экстрен-

номъ Саратовскомъ губернскомъ земскомъ Собраніи. Меньшинство находило, что не дѣло Земства тратить мѣстныя средства на общегосударственную потребность—на помощь раненымъ на самомъ театрѣ войны, въ то время когда организованный съ помощью Земства мѣстный отрядъ Краснаго Креста нуждается въ притокѣ пожертвованій. Цѣлесообразнѣе было-бы именно этому отряду предоставить ту сумму, которую предположено по докладу Управы ассигновать на присоединеніе къ общеземской организаціи. Большинство, наоборотъ, высказалось за присоединеніе, не признавая мѣстнаго отряда Краснаго Креста за отрядъ земскій. Собраніе постановило присоединиться къ общеземской организаціи, ассигновавъ на это 15000 р. («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.,» № 9).

2235. 24-го октября въ Поневѣжѣ, Ковенской губ., состоялись *теплые проводы* д-ра *Ш. Я. Мера*, уѣзжавшаго на Дальній Востокъ. Городъ поднесъ ему полисъ, по которому, въ случаѣ его смерти, семейство его получитъ 3000 р. («Сѣверо-Западное Слово», 30 октября).

2236. Намъ сообщаютъ, что 16-го октября жители посада Верховажья, Вологодской губ., очень тепло *чествовали и провожали* призваннаго въ дѣйствующую армію д-ра *Н. Н. Сардановскаго*.

2237. Д-ръ *В. С. Пурицъ* (изъ San-Remo) проситъ насъ довести до свѣдѣнія товарищей, что онъ беретъ на себя *безвозмездное лѣченіе тѣхъ раненыхъ и больныхъ* съ Дальняго Востока, которые будутъ проводить зиму на Riviere'ѣ и что онъ предлагаетъ этимъ лицамъ свои услуги по пріисканію помѣщенія и пр. Адрессъ д-ра *Пурица*: San-Remo (Italie), Via Vittorio Emanuele, 10.

2238. Управленіе австрійскаго Общества Краснаго Креста постановило пожертвовать въ пользу русскаго и японскаго Обществъ *100000 кронъ*, частью матеріаломъ, частью деньгами («Новое Время», 31 октября).

2239. Весьма грустное впечатлѣніе производитъ докладъ Воронежскаго санитарнаго врача *К. Г. Славскаго* Воронежскому уѣздному санитарному Совѣту *объ осмотрѣ квартиръ призванныхъ изъ запаса нижнихъ чиновъ*, расположенныхъ въ одной изъ слободъ Воронежа. «Квартиры неудовлетворительны и заняты солдатами въ большемъ числѣ, чѣмъ онѣ должны-бы вмѣщать. Въ нѣсколькихъ дворахъ для солдатъ отведены сараи съ землянымъ поломъ (по видимому, вычищенные хлѣва) и рядомъ съ невычищенными хлѣвами, въ другомъ мѣстѣ—чердакъ и на чердакѣ небольшой кругъ, обложенный кафелями (у хозяина дома кафельный заводъ). Нѣкоторыя помѣщенія въ домахъ страдаютъ тѣмъ, что постояльцевъ набито столько, сколько ихъ можетъ помѣщаться для ночлега въ повалку». «Самое грустное впечатлѣніе получилось отъ того обстоятельства, что солдаты совершенно не имѣютъ ни одѣялъ, ни шинелей, ни другой какой-либо одежды, которой-бы можно было укрыться въ холодныя, дождливыя сырыя ночи. Солдаты шли изъ дома въ разсчетѣ на скорый походъ къ Дальнему Востоку, своей одежды не захватили, а изъ военной обмундировки получили пока однѣ фуражки и вотъ, по выраженію одного солдата, они на фуражкахъ спятъ и фуражками одѣваются» («Врачебно-санитарная хроника Воронежской губ.», № 8).

2240. Высочайше утвержденная Коммиссія по борьбѣ съ чумою и холерой объявляетъ, что въ *Закаспійской области холерныя заболѣванія* продолжаютъ наблюдаться только въ Серахскомъ приставствѣ, гдѣ съ 18 по 25 октября обнаружено 4 случая холеры. Въ Баку съ 19 по 26 октября заболѣли холерою 6, умерли 2 чел. Въ предѣлахъ Бакинской губ. случаи холеры обнаружены на нефтяныхъ промыслахъ въ Балаханахъ около Баку, гдѣ съ 19 по 26 октября заболѣли 5, умерли 3 чел. Кромѣ Бакинской губ., на Кавказѣ продолжали наблюдаться холерныя заболѣванія *въ Эриванской губ.*, главнымъ образомъ среди рабочихъ строящейся Джульфинской желѣзной дороги. Съ начала октября по 25 того-же мѣсяца въ губерніи заболѣли: въ Нахичеванскомъ уѣздѣ 39, умерли 23, исключительно рабочіе; въ Шаруро-Даралагезскомъ уѣздѣ по 25 октября заболѣли (рабочихъ и жителей) 93, умерли 38. Кромѣ того, 25 октября обнаруженъ 1 холерный больной на прибывшемъ въ Тифлисъ изъ Эривани поѣздѣ желѣзной дороги. *Въ Астрахани* и ея окрестностяхъ съ 18 по 21 октября заболѣли 3 чел. Всего съ появленія холеры въ Астрахани заболѣли 32, изъ коихъ умерли 23. Съ 21 по 27 октября новыхъ заболѣваній въ Астрахани не было. *Въ Саратовѣ* съ 19 по 26 октября обнаружено 2 случая холеры; умерли 3 чел. Въ предѣлахъ Саратовской губ. за тотъ же промежутокъ времени наблюдалось 8 случаевъ холеры въ Царицынѣ съ 6 смертельными исходами. Въ Увекѣ около Саратова и въ Камышинскомъ уѣздѣ, гдѣ раньше были единичные случаи, новыхъ заболѣваній съ 18 октября не было. *Въ Самарѣ* случаевъ холеры не наблюдалось съ 11 октября. Въ губерніи число заболѣваній въ рѣзкой степени уменьшилось: съ 19 по 26 октября обнаружено всего 26 случаевъ холеры—противъ 75 за предъидущую недѣлю. Почти всѣ случаи, какъ и на предшествующихъ недѣляхъ, наблюдались въ селеніяхъ Николаевскаго уѣзда, въ которыхъ заболѣли 25 чел., и лишь 1—въ Новоузенскомъ уѣздѣ. Кромѣ того, 20 октября въ прибывшей изъ Самары въ Уфу партіи арестантовъ обнаруженъ 1 холерный больной, который на слѣдующій-же день умеръ.

2241. Саратовское экстренное губернское земское Собраніе утвердило выработанный санитарнымъ Совѣтомъ *планъ предупредительныхъ и предохранительныхъ по холерѣ мѣропріятій*. Общая смѣта на эти мѣропріятія—55672 р. Помимо этого, земское Собраніе ассигновало 50000 р. кредитомъ въ распоряженіе Управы на борьбу съ холерой, если она появится. Всю эту сумму постановлено просить у правительства на такихъ основаніяхъ: 1) 16000 р. на береговые врачебные пункты, какъ неправильно возложенные на земство, просить возвратить земству; 2) 68500 р. въ формѣ безвозвратнаго пособія и 3) 20500 р. въ видѣ возвратной безпроцентной ссуды. Соотвѣтствующія ходатайства уже возбуждены. 1-ый вопросъ—о 16000 р.—еще до разсмотрѣнія ходатайства, по видимому, разрѣшается въ благопріятномъ для земства смыслѣ, и выстроенные на земскія средства пріемные покои уже осматривались чинами Управленія водныхъ путей съ цѣлью принятія ихъ изъ земства въ вѣдѣніе министерства путей сообщенія («Врачебно санитарная хроника Саратовской губ.», № 9).

2242. Въ виду возможнаго появленія холеры въ предѣлахъ Тамбовской губ. мѣстная губернская земская Управа, придавая первенствующее значеніе въ борьбѣ съ эпидемическими болѣзнями сознательному и разумному отношенію къ нимъ населенія, возбудила *ходатайство о разрѣшеніи врачамъ, безъ особыхъ формальностей, чтеній и бесѣдъ* въ селеніяхъ о заразныхъ болѣзняхъ вообще и *о холерѣ* въ частности («Санитарный Обзоръ Тамбовской губ», № 8).

2243. 21-го октября въ Кіевѣ тепло *чествовали проф. И. А. Сикорскаго* по поводу исполнившагося 35-лѣтія его врачебно-научной дѣятельности. На торжествѣ прочитанъ былъ цѣлый рядъ адрессовъ отъ различныхъ врачебныхъ Обществъ и учрежденій.

2244. Волчанское, Харьковской губ., земское Собраніе въ ознаменованіе *25-лѣтняго служенія Волчанскому земству М. К. Попова* (см. выше, № 41, стр. 1393) постановило: назвать мѣстную больницу его именемъ, повѣсить портретъ его въ хирургическомъ баракѣ, ассигновать 500 р. Коммиссіи по распространенію гигіэническихъ знаній въ народѣ при Пироговскомъ Обществѣ, 100 р. — Пироговскому Обществу, издать его сочиненія и ходатайствовать о награжденіи его степенью доктора медицины honoris causa («Русскія Вѣдомости», 28 октября).

2245. «Русскія Вѣдомости» (28 октября) сообщаютъ, что слѣдующія лица изъявили уже согласіе взять на себя завѣдываніе Отдѣлами на *X Пироговскомъ Съѣздѣ*: *С. Н. Ложечниковъ* и *А. А. Крюковъ*—по глазнымъ болѣзнямъ, *А. Г. Петровскій*, *А. А. Чертовъ*, *И. В. Поповъ* и *П. И. Куркинъ*—общественной медицины, *С. Н. Павлушковъ* и *Г. Г. Виленцъ*—ветеринаріи, *А. И. Скибневскій*—фабричной медицины, *В. Е. Игнатовъ*—гигіены, *Н. И. Побѣдинскій*—акушерства, *Г. Н. Габричевскій*—бактеріологіи и *Д. Н. Жбанковъ*—врачебнаго быта.

2246. 5-ый *Международный акушерско-гинекологическій Съѣздъ*, по словамъ «Новаго Времени» (1 ноября), соберется *въ августѣ 1905 г. въ Петербургѣ*.

2247. *Главнымъ врачемъ Московскаго военнаго госпиталя* назначается *Н. И. Якимовъ*, завѣдующій отдѣленіемъ душевныхъ болѣзней при Петербургскомъ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ («Русскія Вѣдомости», 28 октября).

2248. Саратовское санитарное Общество, на засѣданіи котораго 23-го октября присутствовали до 400 чел., послало, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (30 октября), министру внутреннихъ дѣлъ кн. Святополкъ-Мирскому слѣдующую *привѣтственную телеграмму*: «Общее собраніе санитарнаго Общества—одной изъ старѣйшихъ общественныхъ организацій города Саратова—въ виду высказаннаго Вашимъ сіятельствомъ довѣрія къ общественнымъ силамъ шлетъ Вамъ искренній привѣтъ и пожеланіе выполнить въ союзѣ со всей мыслящей и трудовой Россіей мирно громадный общенаціональный трудъ государственнаго устроенія нашего отечества на началахъ свободы личности, слова, совѣсти. Долголѣтній опытъ культурной работы въ областяхъ общественнаго здравія и народнаго просвѣщенія убѣдилъ санитарное Общество въ полной невозможности плодотворно развивать свою дѣятельность при современномъ общественно-политическомъ режимѣ, при которомъ всѣ его начинанія, касавшіяся самыхъ насущныхъ вопросовъ культурной жизни, встрѣчали непреодолимыя препятствія. Все это дѣлаетъ для Общества очевиднымъ необходимость того, чтобы возвѣщенное Вашимъ сіятельствомъ довѣріе къ творческимъ силамъ страны нашло себѣ выраженіе въ прочныхъ формахъ участія представительства всего русскаго народа въ законодательствѣ и управленіи».—По поводу выслушаннаго въ томъ-же засѣданіи доклада д-ра *Э. Я. Катунскаго о главныхъ причинахъ санитарнаго неблагополучія Саратова*, въ которомъ докладчикъ, признавая, согласно заключенію Пироговскаго Съѣзда, основной причиной санитарнаго неустройства нашихъ городовъ несовершенство городского самоуправленія, предлагалъ Обществу сдѣлать все отъ него зависящее для устраненія этой коренной причины, Общество постановило представить, куда слѣдуетъ, подробно мотивированное ходатайство: 1) о предоставленіи квартиронанимателямъ избирательныхъ правъ для участія въ городскихъ выборахъ и 2) о пониженіи для выборовъ въ гласные Думы имущественнаго ценза.

2249. «Русскія Вѣдомости» (28 октября) сообщаютъ *характерный образчикъ бюрократическихъ поползновеній на опеку надъ земствомъ*, которымъ, по видимому, не такъ-то еще скоро придетъ желанный конецъ. Херсонскій губернаторъ обратился къ мѣстнымъ земскимъ Управамъ, губернской и уѣздныхъ, съ требованіемъ заблаговременно давать знать губернскому врачебному инспектору о назначаемыхъ Совѣщаніяхъ врачебныхъ органовъ при Управахъ, дабы онъ могъ участвовать въ ихъ занятіяхъ. Губернская Управа, совершенно основательно, отвѣтила, что по

этому вопросу она будетъ всецѣло руководиться инструкціей, изданной для санитарнаго Совѣта губернскимъ земскимъ Собраніемъ 16-го октября 1900 г., пунктъ 3-ій которой предоставляетъ Управѣ приглашать къ участію въ засѣданіяхъ Совѣта лицъ по своему усмотрѣнію.

2250. Для занятія многихъ *врачебно-административныхъ должностей*, въ томъ числѣ и должности губернскаго врачебнаго инспектора, у насъ и по сіе время, неизвѣстно для чего, требуется степень доктора медицины. По этому поводу «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 19) говорятъ: «Званіе доктора медицины есть по смыслу научное званіе, а дѣятельность по врачебному отдѣленію носитъ характеръ скорѣе административный, канцелярскій и практическій; науки тутъ мало, или даже скорѣе ея совсѣмъ нѣтъ. Поэтому всякій практическій врачъ, особенно долго исполнявшій обязанности судебнаго врача, администратора большой больницы и даже вообще много послужившій, можетъ быть много полезнѣе того кандидата, который, если и написалъ когда-то какую-то ученую работу, которую, знаетъ, можетъ быть, только кабинетъ, пріютившій къ себѣ на время этого ученаго, но который практически совершенно не подготовленъ къ административной дѣятельности. Насъ всегда удивляло это смѣшеніе науки съ практикой. Нужно-бы разъ навсегда покончить вопросъ со званіемъ доктора медицины. Если это званіе ученое, то пусть оно и играетъ роль при прохожденіи ученой карьеры и пріобрѣтеніи ученаго званія. Но зачѣмъ путать это званіе со служебной чиновничьей карьерой? Послѣднее приводитъ къ тому, что врачи стремятся получить званіе доктора медицины не ради науки, а только ради того, чтобы получить скорѣе и легче теплое мѣстечко. Какую же цѣну имѣетъ послѣ всего этого званіе доктора медицины?»

2251. № 66 издаваемаго Кавказскимъ медицинскимъ Обществомъ «*Медицинскаго Сборника*» содержитъ: *В. М. Арируни—Краткое популярное сочиненіе о холерѣ; А. И. Хатисова—Вопросы общественнаго здравоохраненія на выставкѣ германскихъ городовъ въ Dresden'ѣ; Л. Е. Цвибака—Отчетъ о дѣятельности летучаго глазного отряда въ Терской области въ 1902—3 годахъ; А. Г. Передѣльскаго — Городъ Георгіевскъ, Терской области (медико топографическое описаніе); Н. Д. Хатисова—Санитарно-врачебный очеркъ дѣятельности Комитета по оказанію помощи Шемахинцамъ, пострадавшимъ отъ землетрясенія 31 января 1902 г.*

2252. Съ крайне тяжелымъ чувствомъ прочитали мы въ «Новостяхъ Дня» (29 октября) замѣтку, подъ заглавіемъ «Кстати», въ которой сообщается, что въ «одной изъ Московскихъ «городскихъ больницъ», гдѣ старшимъ врачемъ состоитъ «д-ръ *Б.*», на курсахъ для сестеръ милосердія «д-ръ *Щ.*», читая о венерическихъ болѣзняхъ, придерживается пріемовъ, оскорбляющихъ нравственное чувство юныхъ слушательницъ и недостойныхъ науки и серьезнаго отношенія къ ней. Какъ ни прозрачно намекаетъ газета на мѣсто дѣйствія и дѣйствующихъ лицъ, все-же намеки эти могутъ быть понятны лишь немногимъ, знакомымъ съ личнымъ составомъ служащихъ въ Московскихъ городскихъ больницахъ врачей; для большинства-же читающей публики они такъ и останутся общими огульными намеками очень некрасиваго свойства. Выступая съ такимъ тяжкимъ обвиненіемъ, уважающая себя газета *нравственно обязана*, безъ всякихъ обиняковъ, прямо *назвать имена обвиняемыхъ ею лицъ*, чтобы, во 1-хъ, снять тяжелое пятно подозрѣнія съ цѣлаго ряда весьма почтенныхъ Московскихъ больничныхъ врачей, фамиліи которыхъ начинаются съ указанныхъ выше начальныхъ буквъ, а, во 2-хъ, дать возможность обвиняемымъ выступить на защиту своего добраго имени, какъ того требуетъ честь ихъ и честь всего врачебнаго сословія.

2253. «Сибирской Жизни» (20 октября) сообщаютъ изъ с. Бородулихинскаго, Змѣиногорскаго уѣзда о *полной медицинской безпомощности* мѣстнаго населенія.

2254. «Биржевымъ Вѣдомостямъ» (27 октября) пишутъ изъ с. Кириллова, Тамбовской губ., что болѣе 6 мѣсяцевъ въ Кирилловскомъ округѣ *совершенно не было врача*. Теперь прибылъ временный врачъ для борьбы съ тифозной эпидеміей.

2255. *Къ больничной статистикѣ лѣченія дифтеріи сывороткой.* Д-ръ *Сявцилло* сообщаетъ, что за послѣдніе 3 года въ заразномъ отдѣленіи Тамбовской губернской больницы лѣчились сывороткой 263 дифтерійныхъ больныхъ, у которыхъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ распознаваніе устанавливалось бактеріологически:

	въ 1901 г.	въ 1902 г.	въ 1903 г.	всего
лѣчились	102	58	103	263
умерли.	4	3	10	17
%	3,9	5,2	9,7	6,46

За все время д-ръ *С.* наблюдалъ только 1 случай смерти отъ впрыскиванія: у годовалаго ребенка была жаба; по подозрѣнію на дифтерію и съ предохранительною цѣлью ему было сдѣлано впрыскиваніе сыворотки въ бедро; спустя 2 недѣли на этомъ мѣстѣ появилось омертвѣніе, отъ котораго ребенокъ, не смотря на операцію, и погибъ («Санитарный Обзоръ Тамбовской губ.», № 8).

2256. Въ Обществѣ Московскихъ фабричныхъ врачей д-ръ *И. Д. Астраханъ* сообщилъ *О положеніи фабричной медицины въ г. Москвѣ въ 1903 г.* Приводимъ по «Русскому Слову» (24 октября) сущность этого интереснаго доклада, характеризующаго постановку врачебнаго дѣла въ центрѣ русской промышленности. «Докладчикъ указываетъ на многіе недочеты по этому вопросу, встрѣчающіеся на Московскихъ фабрикахъ. Такъ, на нѣкоторыхъ фабрикахъ нѣтъ врачей; на значительномъ числѣ фабрикъ врачи мало посѣщаютъ амбуляторіи; 27 фабрикъ не имѣютъ фельдшеровъ; на большомъ числѣ фабрикъ фельдшера не живутъ; ³/₄ всего числа амбуляторій не имѣютъ достаточнаго числа больничной прислуги; на 2-хъ фабрикахъ рабочіе совершенно не имѣютъ медицинской помощи, а на 2-хъ нѣтъ амбуляторій». «Отрицательныя стороны Московской фабричной медицины объясняются, по мнѣнію докладчика, слабостью надзора и скудостью обязательныхъ постановленій».

2257. Послѣднее очередное *Александрійское уѣздное земское Собраніе*, между прочимъ, *постановило:* 1) въ виду военнаго времени не разрѣшать научныхъ командировокъ врачамъ, а за призванными на войну врачами сохранять мѣста, временно замѣщая ихъ желающими; 2) установить свободный отъ пріема больныхъ день въ недѣлю. На содержаніе медицинской части въ 1905 г. Собраніемъ ассигновано 181732 р., болѣе 1904 г. на 29437 р. («Врачебная Хроника Херсонской губ.» № 16).

2258. «Биржевыя Вѣдомости» (27 октября) передаютъ, что Болховское, Орловской губ., земское Собраніе постановило черезъ каждыя 5 лѣтъ *прибавлять содержаніе* медицинскому и ветеринарному персоналу и разрѣшило кредитъ въ 2500 р. на *содержаніе 20 раненыхъ воиновъ* въ теченіи 6 мѣсяцевъ.

2259. Мы слышали, что нѣсколько земскихъ врачей южныхъ губерній возбуждаютъ—вполнѣ справедливое—ходатайство объ изданіи *народной медицинской газеты на малороссійскомъ языкѣ*. Въ Россіи, какъ извѣстно, болѣе 10.000000 населенія говорятъ по малороссійски; едва-ли поэтому можетъ быть сомнѣніе въ томъ, что ходатайство это должно подлежать удовлетворенію, хотя-бы для того понадобилось отмѣнить законъ 30-го мая 1876 г., допускающій печатаніе на малороссійскомъ языкѣ только произведеній беллетристики и историческихъ документовъ; по этому же закону до настоящаго времени воспрещалось изданіе на малороссійскомъ языкѣ общедоступныхъ брошюръ по медицинѣ и гигіэнѣ.

2260. Для нуждъ Терской области учреждаются, какъ передаетъ «Новое Обозрѣніе» (21 октября), *3 новыхъ больницы*—въ станицахъ Горячеводской, Михайловской и Новогладковской.

2261. Въ Кіевѣ Обществомъ по устройству лѣчебницъ для хронически больныхъ дѣтей открыта *лѣчебница на 44 кровати* («Новое Время», 1 ноября).

2262. «Сибирскій Вѣстникъ» (17 октября), со словъ «Южнаго Края», передаетъ, что среди врачей Сумскаго уѣзда, Харьковской губ., возникла мысль образовать въ населенныхъ пунктахъ *санитарныя Попечительства*, задача которыхъ—распространеніе въ народѣ гигіэническихъ знаній. Въ попечители, между прочимъ, намѣчены представители изъ населенія. Всѣ попечители будутъ періодически собираться на Совѣщанія при уѣздной земской Управѣ.—Не встрѣтилось-бы только, чего-добраго, какого-нибудь «непредвидѣннаго» препятствія со стороны опекающихъ населеніе властей...

2263. На 1-мъ Съѣздѣ фельдшеровъ Суджанскаго уѣзда фельдшерица Метелева въ своемъ докладѣ «*о самостоятельномъ фельдшеризмѣ*» приходитъ къ заключенію, «что по естественной эволюціи медицинскаго дѣла самостоятельный фельдшеризмъ въ концѣ концовъ долженъ быть совершенно уничтоженъ; фельдшера останутся только помощниками врачей, но помощниками сознательными, интеллигентными. Въ настоящее время замѣчается въ средѣ вспомогательнаго персонала пробужденіе личности, стремленіе къ умственному и нравственному совершенствованію, а также къ объединенію, чего, конечно, нельзя не привѣтствовать, какъ явленія, обѣщающаго поднять званіе фельдшера въ глазахъ общества и сослужить хорошую службу дѣлу медицинской помощи населенію». Совершенно въ другомъ духѣ былъ составленъ докладъ по тому-же вопросу фельдшера Скрынникова. Какъ наилучшій способъ устранить ненормальности въ дѣлѣ оказанія медицинской помощи населенію и поднять самочувствіе и духъ фельдшеровъ, авторъ предлагаетъ предоставить имъ самостоятельную дѣятельность, подчинивъ только контролю врача; участки врачей раздробить на фельдшерскіе; обязать фельдшеровъ возможно чаще объѣзжать деревни по очереди, оказывая всѣмъ нуждающимся помощь, а серьезно больныхъ направляя къ врачу; сдѣлать отвѣтственными за эпидеміи, неоказаніе помощи больному; обязать самостоятельной мѣсячной отчетностью; предоставить право словесной защиты и письменныхъ объясненій. Вызванный докладомъ вопросъ о желательности самостоятельнаго фельдшеризма возбудилъ на Съѣздѣ оживленныя пренія. Нѣкоторые изъ старыхъ фельдшеровъ, работавшихъ раньше самостоятельно, находили его, при недостаточности врачебной помощи, допустимымъ, но *большинство признало его для уѣзда съ далеко двинувшейся впередъ организаціей анахронизмомъ* («Сборникъ свѣдѣній о ходѣ заразныхъ болѣзней въ Курской губ.», г. 6).

2264. «Новостямъ» (30 октября) пишутъ изъ Богородицка, Тульской губ., что тамъ *сгорѣла земская больница*. 1 изъ вынесенныхъ больныхъ умеръ, будто бы, отъ испуга.

2265. Въ «Извѣстіяхъ В.-Медицинской Академіи» (октябрь) напечатано слѣдующее письмо, за подписью М. П., о крайне *запущенномъ состояніи могилы* покойнаго *П. Я. Мультановскаго*: «Тяжелое и грустное впечатлѣніе производитъ оставленная безъ всякаго надзора могила, на Академическомъ Богословскомъ кладбищѣ, знаменитаго хирурга *П. Я. Мультановскаго*. Песчаный холмъ съ ветхимъ деревяннымъ крестомъ надъ его могилою приходитъ къ разрушенію, а также и окружающая могилу деревянная рѣшетка».—Этихъ строкъ, надѣемся, будетъ достаточно, чтобы товарищамъ и почитателямъ покойнаго принять надлежащія мѣры.

2266. Съ легкой руки «Прикаспійскаго Края», въ общихъ газетахъ широко распространилась вѣсть о смерти въ Ростовѣ на Дону *«босяка-врача»* Алейникова (фамилію его однѣ газеты называли полностью, другія лишь начальною буквой), спустившагося на «дно» отъ погубившаго столько русскихъ талантливыхъ людей порока. Мы уже указывали (см. выше, № 42, стр. 1426), что такого врача въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значилось; посмотрѣли затѣмъ это оффиціальное изданіе и еще за нѣсколько лѣтъ, все съ тѣмъ-же результатомъ. Не введена-ли была газета, впервые сообщившая этотъ слухъ, въ заблужденіе относительно дѣйствительнаго общественнаго положенія покойнаго?

2267. Французскимъ правительствомъ командированы *на Дальній Востокъ* военные врачи *Follenfant* въ русскую армію и *Malignon* въ японскую («Gazette des hôpitaux civils et militaires», 27 октября).

2268. Д-ръ *Saquet* напоминаетъ въ «Le Concours médical» (29 октября) *о языкѣ «Эсперанто»*, какъ наиболѣе, по видимому, пригодномъ для принятія его за международный. Какъ извѣстно, языкъ этотъ изобрѣтенъ около 17 лѣтъ назадъ Варшавскимъ врачемъ *Заменгофомъ*. Отличается онъ крайней простотой. Слова образуются на 80% изъ латинскихъ корней, при помощи около 3-хъ десятковъ приставокъ. Ни исключеній, ни родовъ нѣтъ. Спряженіе одно, съ 12 формами. Всѣ существительныя оканчиваются на *o*, прилагательныя на *a*, нарѣчія на *e*. На этомъ языкѣ во Франціи издаются, по свѣдѣніямъ д-ра *S.*, 2 журнала («L'Espérantiste» и «Revue internacia»), а въ ноябрѣ начнетъ выходить и журналъ медицинскій—«Medicina internacia Revuo». Всякій человѣкъ средней интеллигентности можетъ вполнѣ ознакомиться съ нимъ, по *S.*, въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ.

2269. По поводу дѣла Crocker-*Doyen*'а «American Medicine» (15 октября) сообщаетъ, со словъ «New-York Times», что такого-же характера дѣло возникло недавно въ Pittsburg'ѣ—*о вымогательствѣ «выдающимся спеціалистомъ» 4000 долларовъ за операцію*. Фамилія этого спеціалиста, къ сожалѣнію, не названа.

2270. Во избѣжаніе *распространенія пнеймоніи*, принимающей за послѣдніе годы характеръ все болѣе и болѣе грозный, д-ръ *E. F. Wells* изъ Chicago совѣтуетъ обратить серьезное вниманіе на обеззараживаніе мокроты больныхъ, рта и носа ихъ и занимаемыхъ ими помѣщеній («American Medicine», 22 октября).

2271. Въ передовой замѣткѣ подъ заглавіемъ «Урокъ съ Востока» (A lesson from the Orient) газета «Medical News» (22 октября) восхваляетъ, со словъ New-York'скаго врача *L. L. Seaman*'а, *постановку военно-санитарнаго дѣла въ Японіи*. По мнѣнію д-ра *S.*, раздѣляемому газетою, «друзья» американцевъ (our Japanese friends) уже потому могутъ бороться противъ Россіи съ надеждою на успѣхъ, что у нихъ не теряется, какъ у русскихъ, приблизительно 4 чел. отъ болѣзней на 1 убитаго въ бояхъ.

2272. «The British Medical Journal» (29 октября) передаетъ, со словъ «Medical Record'а», что *возрастаніе преступленій* въ негритянскомъ населеніи Cincinnati приписывается *усиленному потребленію* неграми *кокаина*, котораго продается имъ ежемѣсячно около 250 унцій.

2273. *«Соперникъ Doyen'а»*. Такъ озаглавлена замѣтка въ «Journal de médecine de Paris» (30 октября), сообщающая, что 10-ою исправительною камерою въ Парижѣ недавно присужденъ къ штрафу въ 200 фр. нѣкто г. Casan, 80-лѣтній старикъ, за незаконное врачеваніе. Casan обвинялся въ распространеніи рекламъ, обѣщающихъ вѣрное излѣченіе рака особой мазью. Оправдывался онъ тѣмъ, что пользовалъ, будто-бы, лишь лицъ, признанныхъ врачами за больныхъ неизлѣчимо, и при томъ даромъ,—но оправдывался тщетно: «On sait», иронизируетъ газета, «que si *Doyen* guerit le cancer, ce n'est pas gratuitement».

2274. По поводу Съѣзда бальнеологовъ въ Abbazi'и группа врачей возъимѣла мысль воздвигнуть въ этомъ городѣ *памятникъ Billroth'у*, заслугамъ котораго курортъ обязанъ своимъ развитіемъ («Wiener medizinische Presse», 30 октября).

2275. Въ Парижѣ, какъ мы уже сообщали (см. № 44, стр. 1492), умеръ профессоръ хирургической клиники Charité и президентъ Académie de médecine *Tillaux*. Родившись въ Aulnay-sur-Odon (департаментъ Calvados) 8 декабря 1834 г., *Paul-Jules Tillaux* изучалъ медицину въ Парижѣ. Въ 1857 г. онъ сдѣлался интерномъ, въ 1861 г. прозекторомъ, а въ 1866 г. доцентомъ (agrégé); съ 1868 г. онъ преподавалъ анатомію въ amphithéâtre de Clamort, затѣмъ много лѣтъ работалъ въ качествѣ хирурга въ больницахъ Beaujon и Hôtel-Dieu, а въ 1890 г. былъ призванъ на каѳедру въ Charité. Помимо цѣлаго ряда научныхъ трудовъ, покойный извѣстенъ какъ авторъ 2-хъ солидныхъ руководствъ—по топографической анатоміи и клинической хирургіи.

2276. Придерживаясь своего обыкновенія, «The Lancet» (29 октября) продолжаетъ изливать свой злобный *ядъ по адрессу Россіи*, на этотъ разъ по поводу происшествія въ Сѣверномъ морѣ. Нѣтъ нужды упоминать, что происшествіе это объясняется только тѣмъ, что русскіе командиры «страдаютъ нервами» и «потеряли головы». Зато о побѣдахъ японцевъ рѣчи теперь уже нѣтъ, а вспоминается лишь бой при Шахэ, гдѣ наши потеряли, будто-бы, отъ 45000 до 60000 чел., тогда какъ японцы всего 15879 (какая точность!). Газета покушается даже на комплименты русскимъ, выставляя на видъ ничтожность числа сдающихся въ плѣнъ японцамъ и противополагая это поведенію англичанъ въ войнѣ съ бурами; это свидѣтельствуетъ, на взглядъ и ея, о «храбрости, отвагѣ и дисциплинѣ войскъ ген. Куропаткина».

2277. Вечеромъ 25-го октября въ Hull'скую Royal Infirmary доставлена, какъ сообщаетъ «The British Medical Journal» (29 октября), *1-ая партія раненыхъ съ парохода «Crane»*, потопленнаго русскою эскадрою 22-го октября. Партія эта состоитъ изъ 3-хъ человѣкъ—2-го механика A. Rea и матросовъ W. Smith'а и A. Almond'а. Rea имѣетъ рваную рану на груди, во 2-мъ правомъ межреберьѣ, безъ поврежденія костей; изъ раны извлеченъ осколокъ снаряда. У Smith'а найдена поверхностная рана подъ правой лопаткой, также съ кускомъ снаряда и также безъ поврежденія костей. Almond получилъ обширную рваную рану на лѣвомъ предплечьѣ, въ глубинѣ которой обнаруженъ х-лучами осколокъ (собираются извлечь). Трое другихъ раненыхъ ожидаются въ больницу 28-го октября. У одного изъ нихъ оторвана правая кисть и сильно поранено плечо на той-же сторонѣ (предусматривается усѣченіе). у другого имѣются раны на затылкѣ и у третьяго пораненіе бедра. Первые трое раненыхъ, по телеграммѣ отъ 27-го октября, поправляются; у Almond'а извлеченъ мѣдный осколокъ 1½ дюйма длины. Та-же газета приводитъ итоги вскрытія 2-хъ убитыхъ на «Crane», капитана W. Smith'а и боцмана W. Leggott'а. У Smith'а оказалась сорванной лѣвая ½ лица и раздроблены кости черепа на этой сторонѣ, а мозгъ выпалъ; разбито также твердое нёбо, основаніе черепа и верхняя челюсть справа вверху. Что же касается второго убитаго, то у него была сорвана вся верхняя часть головы, выше бровей и также выпалъ мозгъ, а, кромѣ того, найдены мелкія пораненія на лѣвомъ плечѣ.—Назначенная Международная Коммиссія, конечно, выяснитъ, кто собственно виновенъ въ этомъ грустномъ происшествіи, общее-же сожалѣніе къ жертвамъ его подразумѣвается само собою. Поэтому нельзя не отдать должнаго высокой тактичности «Journal'а», передающаго приведенныя грустныя подробности безъ одного слова комментарій, въ противоположность выходкамъ «Lancet'а».

2278. На 9-мъ Съѣздѣ *«Союза нѣмецкихъ врачей-воздержниковъ»* были приняты, какъ передаютъ общія Berlin'скія газеты, слѣдующія резолюціи: 1. Члены Союза рѣшительно протестуютъ противъ поведенія тѣхъ врачей, которые находятъ нужнымъ при помощи недоказанныхъ положеній и извращенія стремленій и цѣлей Союза оказывать поддержку приверженнымъ къ алкоголю капиталистическимъ кругамъ и журналамъ и тѣмъ способствуютъ антисоціальнымъ цѣлямъ, направленнымъ на алкоголизированіе народа. Изъ-за такого злоупотребленія научными данными задерживается и замедляется безусловно необходимая борьба съ алкоголизмомъ. 2. Члены Союза объявляютъ, что то обстоятельство, что во многихъ больницахъ, назначенныхъ для нервныхъ и душевно-больныхъ, и въ лѣчебныхъ учрежденіяхъ, гдѣ помѣщается подростающее поколѣніе, алкоголь преподносится, какъ вкусовое средство, рѣшительно нельзя согласовать съ требованіями современной науки и общественной гигіены.

2279. Въ числѣ курсовъ для врачей въ Berlin'ѣ имѣется, между прочимъ, курсъ *кулинарнаго искусства*, который дается съ октября по январь г-жей Dora Martin въ Pestalozzi-Frebelhaus. Чтобы дать возможность практическимъ врачамъ воспользоваться этимъ курсомъ, онъ ведется по вечерамъ.

2280. *Berlin'скій высшій врачебный Судъ чести*, по словамъ общихъ газетъ, постановилъ, что «продажа и передача другому врачу своей практики за матеріальное вознагражденіе противно чести врачебнаго сословія, такъ какъ профессія врача прежде всего вполнѣ свободна». Это постановленіе было сдѣлано по обвиненію одного врача въ томъ, что онъ продалъ свою практику за 14000 мар. Другое постановленіе того-же Суда касается вопроса, имѣетъ-ли право врачъ практиковать одновременно въ 2-хъ мѣстахъ? Высшій Судъ чести рѣшилъ, что въ принципѣ такой образъ дѣйствій противенъ сословной чести; онъ допустимъ лишь временно при переѣздѣ изъ одной мѣстности въ другую.

2281. *Berlin'ское Общество для борьбы со смертностью грудныхъ дѣтей* сообщаетъ слѣдующія данныя. Въ 1900 г. въ Berlin'ѣ умерли 11762 грудныхъ дѣтей, изъ коихъ 4743 страдали болѣзнями желудка и кишекъ, въ 1901 г.—11325, изъ нихъ 4782—отъ желудочно-кишечныхъ болѣзней. Въ 1904 г., лѣто котораго было особенно жарко, общее число умершихъ грудныхъ дѣтей за первые 9 мѣсяцевъ на 1500 меньше, чѣмъ въ соотвѣтствующіе мѣсяцы 1901 и 1900 гг., а число дѣтей, умершихъ отъ желудочно кишечныхъ заболѣваній, на 1000 меньше. 1902 и 1903 гг. не могутъ быть сравниваемы съ нынѣшнимъ годомъ, такъ какъ лѣто въ эти годы было прохладное. Такое пониженіе дѣтской смертности Общество ставитъ въ связь съ своей дѣятельностью по улучшенію качества дѣтскаго молока. 48 ветеринарныхъ врачей Berlin'а приняли на себя добровольно надзоръ за 170 городскими молочными хозяйствами и строго слѣдятъ за тѣмъ, чтобы молоко сейчасъ-же послѣ доенія охлаждалось. Общество, кромѣ того, роздало 60000 листковъ съ наставленіями для матерей. Общество надѣется добиться гораздо лучшихъ результатовъ, если средства его увеличатся.

2282. *Умерли:* 1) Земскій врачъ Богодуховскаго уѣзда *М. Ѳ. Сластинъ* [1]) *отъ тифа*, которымъ заразился отъ больныхъ («Харьковскій Листокъ», 24 октября).—2) 30-го октября, въ Петербургѣ, врачъ Петербургской полиціи *Лаврентій Ивановичъ Григорьевъ* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 31 октября), родившійся въ 1844 г., а званіе врача получившій въ 1876 г.

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины, іюль.

1. **А. В. Григорьевъ.** *О консервированіи органовъ для судебно-медицинскаго изслѣдованія.* Предлагаетъ замѣнить алкоголь формалиномъ. 2. **Е. С. Варшавскій.** *Къ вопросу о распознаваніи смерти отъ утопленія при помощи кріоскопіи.* (Окончаніе). 3. **А. Крикливый.** *Проказа въ Карачаѣ въ Кубанской области.* Статистическій очеркъ.

Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, май.

1. **А. В. Тихоновичъ.** *О пораженіи верхнихъ дыхательныхъ путей при проказѣ.* Патолого-анатомическое и микроскопическое изслѣдованіе. 2. **Я. Н. Соколовъ.** *Случай Pityriasis rubra Hebrae въ началѣ своего развитія.* 3. **С. Л. Богровъ.** *Ринофима и ея лѣченіе.* 4. **П. И. Фроловъ.** *Къ зубнымъ дистрофіямъ при syphilis hereditaria. Щучьи зубы.* 5. **В. Д. Италинскій.** *Случай галопирующаго сифилиса.* 6. **И. А. Миропольскій.** *Случай галопирующаго сифилиса.* 7. **И. П. Дедюринъ.** *Къ вопросу о лѣченіи Ung. argenti colloidal. Crédé венерическихъ бубоновъ.* (Продолженіе). 8. **B. Motz и J. Bartrina.** *Къ ученію о гнойникахъ промежности и разлитыхъ флегмонахъ уретральнаго происхожденія.* (Окончаніе). 9. **А. А. Цѣновскій.** *Эмпиризмъ въ лѣченіи сифилиса.* Критическій обзоръ. (Не окончена).

Сербскіе.

Медицинска Бесѣда, іюнь.

1. **Н. С. Кирчевъ.** *Народната медицина.* 2. **Ив. С. Тодаровъ.** *Запичането у дѣцата и неговојолѣкуване.* 3. **Т. Г. Корнигъ.** *Хигиена на цѣломудрието.* 4. **К. Комбасевъ.** *Мода и кирсетъ.* 5. **Лассаръ.** *Хигиена и болести на кожата.* 6. **Ветлесенъ.** *Нерви и чувства.* 7. **И. А. Сикорски.** *Съсласуване прѣподаването и възпитанието съ естествени ходъ на умственато развитие.* 8. **Шене.** *Маясѣлъ (хеморой).*

Іюль.

1. **П. Боновъ.** *Лѣтнитѣ ученишки ваканцлонни колонни.* 2. **П. Папукчиевъ.** *Пионеритѣ на научната медицина.* 3. **Хр. Момчиловъ.** *Що трѣбва да знае майката при отглеждане дѣца въ първата възрастъ.* 4. **И. Л. Любеновъ.** *Каква чистота се наѝ по крчми и кафенета у насъ.*

Нѣмецкіе.

Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere, август, т. CIV, тетр. 1 и 2.

1. **Wáclav Plavec.** *Ueber die chemische Bindung und Wirkung des resorbierten Phosphors im Körper.* Опыты на морскихъ свинкахъ. 2. **M. Uhlik.** *Ueber den Heteromorphismus des Pferdsblut-Hämoglobins.* Полиморфизмъ кристалловъ гэмоглобина, добытыхъ изъ лошадиной крови. 3. **E. A. Knauer.** *Kann der Dünndarm stearinsauren Kalk resorbieren?* Опыты на кроликахъ. 4. **Jul. A. Grober.** *Ueber die Wirkung gewisser Antiseptika (Toluol etc.) auf das Pepsin.* Противогнилостныя вещества, изучавшіяся авторомъ, вліяли вредно на разведенныя бродила и въ частности на пепсинъ.

Августъ, т. CIV, тетр. 3 и 4.

1. **Leo Liebermann.** *Beiträge zur Kenntniss der Fermentwirkungen.* Катализъ перекиси водорода подъ вліяніемъ коллоидныхъ растворовъ платины. 2. **Онъ-же.** *Beiträge zur Kenntniss der Fermentwirkungen.* Условія, вліяющія на катализъ перекиси водорода посредствомъ коллоидной платины. 3. **Онъ-же.** *Beiträge zur Kenntniss der Fermentwirkungen.* Катализъ перекиси водорода подъ вліяніемъ бродила изъ солода. 4. **Онъ же.** *Beiträge zur Kenntniss der Fermentwirkungen.* Катализъ перекиси водорода подъ вліяніемъ вытяжки изъ животныхъ тканей. 5. **Онъ-же.** *Beiträge zur Kenntniss der Fermentwirkungen.* О реакціи съ гуаяковой настойкой. 6. **Онъ-же.** *Beiträge zur Kenntniss der Fermentwirkungen.* Катализъ перекиси водорода подъ вліяніемъ вытяжки изъ растительныхъ тканей. 7. **Онъ же.** *Beiträge zur Kenntniss der Fermentwirkungen.* О гуаяковой реакціи крови. 8. **A. Bexhert.** *Beitrag zur Frage der Hämaglutinine.* Вліяніе бычачьей кровяной сыворотки на кровяныя тѣльца свиньи.

Тетр. 5 и 6.

1. **F. Schenck.** *Ueber intermittierende Netzhautreizung.* Экспериментальное изслѣдованіе раздражимости сальника. 2. **G. Swirski.** *Ueber die Beeinflussung des Vaguscentrums durch das Coffein.* Вліяніе коффеина на центры блуждающихъ нервовъ. Опыты на кроликахъ. 3. **Jos. Trautwein.** *Ueber den Zusammenhang der secundären Pulswellen mit dem Herzstoss und den beiden Herztönen.* О взаимной связи между вторичной пульсовой волной, сердечнымъ толчкомъ и обоими тонами сердца. 4. **L. Heine.** *Zur Frage der binokularen Tiefenwahrnehmung auf Grund von Doppelbildern.* Краткая замѣтка. 5. **Basil Mostinsky.** *Quantitative Untersuchungen über den Kali-Demarkationsstrom und dessen Beeinflussung durch Colloïde.* Экспериментальное изслѣдованіе.

Archiv für Hygiene, т. LV, тетр. 1.

1. **Emil Bürgi.** *Der Nutzwert des Fleischextractes.* Питательная цѣнность мясной вытяжки. 2. **Max Rubner.** *Ueber das Verhalten der Extractivstoffe des Fleisches im Tierkörper.* Анализъ химическаго состава органовъ животныхъ при голоданіи и въ нормальномъ состояніи. 3. **N. P. Schierbeck.** *Die chemische Zusammensetzung des Kotes bei verschiedener Nahrung.* Химическій анализъ кала при различныхъ способахъ питанія.

Blätter für klinische Hydrotherapie und verwandte Heilmethoden, г. XIII, іюнь.

1. **Gustav Gaertner.** *Das Ruderbad.* Терапевтическое значеніе купанья, сопровождаемаго движеніями конечностей. 2. **Béni Buxbaum.** *Soziale und ökonomische Bedeutung der physikalischen Heilmethoden.* Общій очеркъ.

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie, августъ, т. XV, № 15.

1. **Friedrich Schlagenhaufer.** *Ueber ein namentlich in der Haut sich ausbreitendes mucocellulares Neugebilde (à la Krukenbergscher Tumor).* Микроскопическое изслѣдованіе въ 1 случаѣ кожнаго новообразованія со слизистымъ характеромъ клѣтокъ. 2. **Otto von Fürt.** *Physiologische und chemische Untersuchungen über melanotische Pigmente.* Связный рефератъ.

Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten, августъ, т. XXXVI, № 5.

1. **A. Rodet, Lagriffoul et Aly Wahby.** *La toxine soluble du bacille d'Eberth.* Токсины *Eberth*'овскихъ палочекъ находятся какъ въ тѣлахъ микробовъ, такъ и внѣ ихъ. 2. **Aladár Aujeszky.** *Eine pestähnliche Rattenseuche, verursacht von einem Kapselbacillus der Friedländer-Gruppe.* Описаніе еще одного вида микробовъ, которые могутъ дать поводъ къ ошибочному распознаванію чумы. 3. **Svante Arrhenius et Thorvald Madsen.** *Toxines et antitoxines. Le poison diphtérique.* Экспериментальное изслѣдованіе. 4. **Nikolaus Jancsó.** *Zur Frage der Infektion der Anopheles claviger mit Malariaparasiten bei niederer Temperatur.* Опыты зараженія комаровъ чужеядными болотной лихорадки. 5. **F. J. Bosc.** *Les maladies bryocytiques (maladies à protozoaires).* Микроскопическія изслѣдованія. 6. **Adolf Lutz und Alfonso Splendore.** *Ueber Pebrine und verwandte Mikrosporidien.* Экспериментальное энтомологическое изслѣдованіе. 7. **Georg Lichtenheld.** *Ueber die Fertilität und Sterilität der Echinokokken bei Rind, Schwein, Schaf und Pferd.* (Продолженіе). 8. **R. Kraus und J. Joachim.** *Ueber Beziehungen der präzipitinogenen Substanz zur agglutinogenen der Bakterien.* Рядъ опытовъ по вопросу о сущности невоспріимчивости. 9. **Max Neisser.** *Kritische Bemerkungen zur Arrheniusschen Agglutinin-Verteilungsformel.* Критическая замѣтка. 10. **Edmund Weil.** *Ueber den Einfluss der Temperatur auf die spezifische und nicht spezifische Agglutination.* Экспериментальное изслѣдованіе вліянія колебаній температуры на специфическое склеиваніе. 12. **Gino de Rossi.** *Ueber die Agglutinationsfrage und insbesondere die Beteiligung der Geisseln der Bakterien.* Роль рѣсничекъ въ процессѣ склеиванія микробовъ. 13. **Robert Scheller.** *Experimentelle Beiträge zur Theorie der Agglutination. II. Die Agglutinine der Typhusimmunsera und ihre Beziehungen zur agglutinogenen Typhusbacillenleibessubstanz.* Опыты на кроликахъ. 14. **Silvio Sartirana.** *Ein neuer Beitrag zur Kenntniss der cytotoxischen Sera.* Пытался получить специфическую противонадпочечниковую сыворотку. 15. **Yvo Pirenne.** *Sur les alexines et les substances microbicides du sérum normal.* На основаніи своихъ опытовъ утверждаетъ, что бактеріеубивающее вещество кровяной сыворотки крысъ нельзя отождествлять съ алексинами. 16. **J. Görbing.** *Einige Versuche über die Desinfektionswirkung des Saprol.* Обезвараживающія свойства сапрола. 17. **R. Stern.** *Berichtigung zu der Arbeit von Lipschütz in Bd. XXXV. № 6 dieser Zeitschrift.* Полемическая замѣтка. 18. **B. Lipschütz.** *Ueber einen einfachen Gonokokkennährboden.* Новый упрощенный способъ выращиванія гонококковъ. 19. **Breuw.** *Vereinfachtes anaërobes Plattenverfahren.* Описаніе способа и рисунокъ. 20. **Ferdinand Kern.** *Eine Verbesserung des Reichelschen Bakterienfilters.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn-und Sexual-Organe, августъ, т. XV, тетр. 7.

1. **A. Gassmann.** *Beiträge zur Kenntniss der Gonorrhoe des Mannes, insbesondere der Prostatitis und Epididymitis.* Критическій обзоръ вопроса и исторіи болѣзней.

Centralblatt für die gesammte Therapie, сентябрь.

1. **Béni Buxbaum.** *Soziale und ökonomische Bedeutung der physikalischen Heilmethoden.* Общій обзоръ вопроса. 2. **Jenö Unterberg.** *Von der Wirkung äusserlich anwendbarer Salizylpräparate.* Химическія основанія дѣйствія салициловыхъ препаратовъ.

Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, августъ. г. XXXIV, № 16.

1. **G. Rheiner.** *Die Bedeutung der Albuminurie im Kindesalter.* Критическій обзоръ вопроса. (Не окончена).

Die Therapie der Gegenwart. Сентябрь.

1. **F. Frankenhäuser.** *Die Luftfeuchtigkeit als Wärmefak*

tor. Значеніе влажности воздуха, какъ теплового агента для терапіи. 2. **Karl Bornstein.** *Ueber Entfettungskuren.* Критическій очеркъ. 3. **Peter Bergell** und **Fritz Levy.** *Ueber den Einfluss des Curare bei Tetanus.* Экспериментальное изслѣдованіе и описаніе нѣсколькихъ клиническихъ случаевъ. 4. **A. Braunstein.** *Ueber die Wirkung der Radiumemanation auf bösartige Tumoren.* По наблюденіямъ автора, эманація радія не вызываетъ тѣхъ болѣзненныхъ явленій, какія вызываетъ самъ радій. Эманацію радія можно примѣнять для лѣченія тѣхъ опухолей, которыя не доступны непосредственному вліянію лучей. 5. **A. Sachs.** *Zur Behandlung des Plattfusses.* Лѣчитъ плоскую стопу гимнастическими упражненіями.

Dermatologische Zeitschrift, августъ.

1. **P. Thimm.** *Vasenol, eine neue Arzneimittelgrundlage für Salben, Pasten und Injektionsflüssigkeiten.* Лѣчебныя свойства вазенола. 2. **Neuberger.** *Ein Fall von Onychomycosis trichophytina.* Описаніе случая. 3. **O. Lassar.** *Ueber eine Weiterimpfung vom syphilitisch infizierten Schimpansen.* Дальнѣйшіе опыты надъ прививкой сифилиса обезьянѣ. 4. **Georg Pernet.** *Verlängerte Inkubation bei Blennorrhoe.* Краткое описаніе случая.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, августъ, т. LXXXI, тетр. 1 и 2.

1. **F. Moritz.** *Methodisches und Technisches zur Orthodiagraphie.* Способы проэкціи внутреннихъ органовъ на поверхность тѣла. 2. **H. Lüdke.** *Agglutination bei Autoinfektionen mit besonderer Berücksichtigung des Ikterus.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе связи между склеиваніемъ и самозараженіемъ. 3. **A. Bittorf.** *Zur Symptomatologie der Aortensklerose.* Обзоръ припадковъ, обнаруживаемыхъ при склерозѣ аорты. 4. **Ludwig Lindemann.** *Zur Kenntniss des Bence-Joneischen Eiweisskörpers.* Краткая замѣтка. 5. **G. Hoppe-Seyler.** *Ueber chronische Veränderungen des Pankreas bei Arteriosklerose und ihre Beziehung zum Diabetes mellitus.* Вводитъ новую форму патологоанатомическихъ измѣненій въ поджелудочной железѣ, а именно «pancreatitis interstitialis angiosclerotica». 6. **E. Schmoll.** *Ueber die chemische Zusammensetzung von tuberkulösem Käse.* Химическій анализъ. 7. **Arthur Nicolaier.** *Ueber Urotropin, Methylenzitronensäure und methylenzitronensaures Urotropin [Helmitol (Bayer), Neuurotropin (Schering)].* Экспериментальное изслѣдованіе.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, августъ, т. XX, тетр. 2.

1. **E. Santi.** *Die Pathologie des Corpus luteum.* (Окончаніе). 2. **Anton Hengge.** *Zum Mechanismus und zur Behandlung frischer Scheiden-Damm-Verletzungen.* Разрывы промежности; механизмъ происхожденія ихъ и лѣченіе. 3. **Kroemer.** *Die Prophylaxe der Wochenbetts-Morbidität in der Schwangerschaft.* Статистическія данныя къ профилактикѣ смертности послѣ родовъ. 4. **W. Zangmeister.** *Ueber Blasensteine.* Описаніе 11 случаевъ съ свѣтописными снимками съ камней. 5. **Hermann W. Freud.** *Die Veränderungen des Nasen-Rachenraums bei Schwangeren Gebärenden und Wöchnerinnen.* Частота заболѣваній носоглоточнаго пространства у беременныхъ, роженицъ и родильницъ. 6. **Erwin Liek.** *Beitrag zur Statistik des inoperablen Uteruscarcinoms.* Статистическія данныя о неоперируемомъ ракѣ матки. 7. **H. Füth.** *Berichtigung und Bemerkung zur Arbeit Schäffers über weitere Beiträge zur Händedesinfektion.* Статья полемическаго характера. 8. **Engels.** *Einige Bemerkungen zu den Arbeiten «Weitere Beiträge zur Händedesinfektion».* Полемическая замѣтка.

Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin, августъ, CCLXXXIII, тетр. 8.

1. **Karl Grube.** *Ueber Diabetes mellitus.* Обзоръ литературы вопроса за 1902 и 1903 гг.

Therapeutische Monatshefte, августъ.

1. **Aufrecht.** *Nephroptose und Enteroptose.* Клиническая лекція съ описаніемъ 1 случая. 2. **A. Jaquet.** *Die wirksamen Bestandteile des Extractum Filicis maris und ihre therapeutische Verwendung.* Опыты на лягушкахъ и кроликахъ, а также испытаніе препарата на людяхъ. 3. **H. J. Bing** und **V. Ellermann.** *Ueber Diphtheriestatistik.* Статистическій очеркъ. 4. **Volland.** *Die Behandlung der trockenen und verstopften Nase.* Краткая замѣтка о лѣченіи болѣзней носа. 5. **A. Hecht.** *Zur Behandlung Herzkranker.* Къ вопросу о лѣченіи сердечныхъ болѣзней. 6. **Ide.** *Die klimatische Ueberreizung an der See und ihre Vermeidung.* Терапевтическое значеніе морского воздуха. 7. **A. Schuftan.** *Ueber die interne Medication bei Gonorrhoe und deren Folgeerscheinungen mit besonderer Berücksichtigung des trockenen Extractum Pichi-Pichi.* Въ 16 случаяхъ испробовалъ вытяжку «Pichi-Pichi». 8. **Martin Freund.** *Zur Kenntniss des Stypticins.* Показанія къ употребленію. 9. **Oscar Liebreich.** *Ueber Ausscheidung der Borsäure beim Menschen durch Schweiss.* Опыты на студентахъ. 10. **A. Langgard.** *Eucaïnum lacticum.* Терапевтическія свойства и дозировка. 11. **Katz.** *Die Anwendung des Eucaïnum lacticum in der Oto-Rhino-Chirurgie.*

Tuberculosis, іюль, т. III, № 7.

1. **B. T. Zwar-Melbourne.** *The crusade against Tuberculosis in the various Australian States.* Борьба съ бугорчаткой въ различныхъ областяхъ Австраліи. 2. **S. A. Knopf.** *A National Association for the study and prevention of tuberculosis in America.* Общество для изученія и предохраненія отъ бугорчатки въ Америкѣ. 3. **A. Kayserling.** *Fortschritte und Erfahrungen der Tuberkulosebekämpfung.* Добровольное заявленіе о бугорчаткѣ въ Англіи.

Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin, сентябрь, т. CLXXVII, тетр. 3.

1. **O. Lubarsch.** *Ueber Knochenbildung in Lymphknoten und Gaumenmandeln.* Появленіе костныхъ островковъ въ лимфатическихъ узлахъ можно приписать омѣлотворенію бугорковъ. 2. **A. Rückert.** *Ueber Knochen-und Knorpelbefunde in den Tonsillen.* Присутствіе хрящей въ миндалинѣ объясняетъ остатками въ ней ростковъ глоточныхъ хрящей 3. **E. Neumann.** *Nochmals die Pigmentfrage.* Критическій обзоръ вопроса объ образованіи пигмента въ организмѣ. 4. **A. J. Abrikossoff.** *Anatomische Befunde in einem Falle von Myxoedem.* Описаніе случая. 5. **F. Bleichroeder.** *Ueber Lebercirrhose und Blutkrankheiten.* Связь между циррозами печени и заболѣваніями крови. 6. **Wilhelm Streltzner.** *Ein Fall von pseudorachitischer hämorrhagischer Skeletterkrankung bei einem jungen Hunde.* Описаніе случая. 7. **Tollens.** *Ueber die Folgen der Markkegelobliteration der Kaninchenniere.* Экспериментальное изслѣдованіе на животныхъ. 8. **Paul Prym.** *Ueber die Veränderungen der arteriellen Gefässe bei interstitieller Nephritis.* Микроскопическое изслѣдованіе въ 2-хъ случаяхъ съ вскрытіемъ. 9. **Fahr.** *Zur Frage der Aortitis syphilitica.* Обзоръ случаевъ. 10. **J. Biland.** *Ueber die fibrinösen Gerinnungen an der placentaren Fläche des Chorion.* Микроскопическое изслѣдованіе 14 послѣдовъ. 11. **Ernst Schwalbe.** *Intraabdominelle Hernie der Bursa omentalis bei geschlossenem Foramen Winslowii.* Описаніе случая внутрибрюшинной грыжи. 12. **Johannes Ipsen.** *Menschentuberkulose vom Aussehen der Rinderperlsucht.* Случай просовидной бугорчатки.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, іюль, т. VIII, тетр. 4.

1. **Georg Keferstein.** *Ueber den Einfluss grosser Flüssigkeitsmengen auf das Herz.* На основаніи своихъ наблюденій высказывается, что «пивное сердце» можетъ развиваться подъ вліяніемъ злоупотребленія жидкостями вообще. 2. **Siegmund Auerbach.** *Zur hydriatischen Behandlung der funktionellen Neurosen.* Краткая замѣтка. 3. **Martin Siegfried.** *Weitere Erfahrungen über die therapeutische Verwertbarkeit der Dreiradgymnastik.* Опыты на людяхъ. Изучалось вліяніе мышечныхъ упражненій на сердечныя заболѣванія. 4. **Karl Colombo.** *Die moderne Massagetherapie und ihre physiologische Begründung.* Лѣчебное значеніе мѣстъ. (Продолженіе).

Августъ, т. VIII, тетр. 5.

1. **H. Jacobäus** und **H. P. T. Orum.** *Ueber Hämatin-Albumin.* Химическій анализъ и результаты терапевтическаго примѣненія. 2. **Lenné.** *Die Fetternährung des Diabetikers und ihr Einfluss auf die Azidose.* Изслѣдованіе обмѣна веществъ у больныхъ сахарной болѣзнью при питаніи жиромъ. 3. **Ludwig v. Aldor.** *Beiträge zur Pathologie und Therapie der Sekretionsstörungen des Magens, mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik.* Критическій обзоръ вопроса. 4. **Georg Hager.** *Traggerüst für die oberen Extremitäten.* Описаніе прибора и рисунки.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LII, тетр. 3.

1. **Carl Schmidlechner.** *Uebergang der Toxine von der Mutter auf die Frucht.* Опыты на кроликахъ и морскихъ свинкахъ къ выясненію вопроса о переходѣ токсиновъ отъ матери къ плоду. 2. **Rudolf Jolly.** *Ueber acutes Oedem der Portio vaginalis in der Schwangerschaft.* Острый отекъ влагалищной части матки во время беременности; причины его происхожденія. 3. **Max Henkel.** *Beitrag zur conservativen Myomchirurgie.* Разборъ показаній къ сохраняющему оперативному лѣченію міомъ матки. 4. **Emil Pollak.** *Die Scheidencysten in ihrer Beziehung zum Gärtner'schen Gange.* Кисты влагалища въ связи съ вопросомъ о *Gärtner*'овскомъ протокѣ. 5. **Emil Kraus.** *Die Tuberculose des graviden und puerperalen Uterus.* По поводу 2-хъ случаевъ. 6. **Paul Bosse.** *Ueber interstitielle Gravidität.* Случай. 7. **Georg Burckhard.** *Ist eine innere und äussere Ueberwanderung des Eies möglich?* Критическая замѣтка. 8. **Erich Opitz.** *Beitrag zur Mechanik des Tubenverschlusses.* Оперативные способы закрытія просвѣта *Fallopi*'евыхъ трубъ. 9. **Emil Kraus.** *Ueber den suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner.* Критическая замѣтка.

Zeitschrift für klinische Medicin, т. LIV, тетр. 1 и 2.

1. **H. Senator.** *Ueber lymphadenoide und aplastische Veränderung des Knochenmarkes.* Микроскопическія измѣненія въ костномъ мозгу при злокачественномъ малокровіи. Описаніе случая. 2. **H. Senator** und **P. F. Richter.** *Ueber den Stoffzerfall bei Hypertermien, mit besonderer Berücksichtigung des Glykogens.* Опыты на кроликахъ; изучался обмѣнъ веществъ при перегрѣваніи. 3. **Fr. Sinnhuber.** *Ueber die Beziehungen der Thymus zum Kalkstoffwechsel.* Экспериментальное изслѣдованіе на собакахъ. 4. **Scheele** und **Herxheimer.** *Ueber einen bemerkenswerthen Fall von multiplem Myelom (sogenannter Kahler'scher Krankheit).* Описаніе случая и микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ кости. 5. **Ferdinand Winkler.** *Ueber die Einwirkung thermischer Hautreize auf die Herzarbeit und auf die Athmung.* Экспериментальное изслѣдованіе вліянія тепловыхъ раздраженій кожи на дыханіе и работу сердца. 6. **Otto Niedner** und **Gh. Mamlock.** *Die Frage der Cytodiagnose.* Критическій обзоръ вопроса и собственныя наблюденія. 7. **C. Hödlmoser.** *Ueber acute mycotische Endarteriitis der Aorta und Pulmonalarterie mit consecutiver Bildung eines mycotischen Aneurys-*

mas zwischen beiden Gefässen. Случай. 8. **E. Aron.** *Zur Mechanik der Expectoration.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе. 9. **C. S. Engel.** *Ueber einen Versuch mit Hülfe des Blutserum eines Anämischen einen therapeutisch verwendbaren specifischen Antikörper herzustellen.* Случай съ положительными результатами. 10. **Walther Straub.** *Erwiderung.* Полемическая замѣтка. 11. **A. Vossius.** *Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn Dr B. Markwald; «Ueber seltene Complication der Ruhr».* Тоже.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, іюнь, т. VI, тетр. 1.

1. **J. O. Cobb.** *The sources and methods of infection in pulmonary tuberculosis.* Источники и способы зараженія легочной бугорчатки. 2. **O. Malm.** *Die jetzige Bekämpfung der Haustiertuberkulose.* Критическій обзоръ вопроса о современной борьбѣ съ бугорчаткой домашнихъ животныхъ. 3. **Gebser.** *Ueber Luftdruckveränderungen und Lungenblutungen.* Вліяніе атмосфернаго давленія на кровотеченія изъ легкихъ. (Полемическая замѣтка).

Іюль, т. VI, тетр. 2.

1. **Julian Marcuse.** *Erholungs-und Genesungsheime.* Статистическій очеркъ. 2. **S. A. Knopf.** *A visit to the American Tuberculosis Exposition at Baltimore, Maryland.* Впечатлѣнія отъ посѣщенія выставки по бугорчаткѣ. 3. **L. Fiedler.** *Une institution modèle d'hygiène sociale: «L'Oeuvre et Villepinte».* Критическій очеркъ. 4. **Chr. Saugman.** *Zur Frage der Bedeutung der Tröpfcheninfektion für die Verbreitung der Tuberkulose.* Значеніе распыливанія для зараженія бугорчаткой. 5. **W. Polański.** *Physische Charakteristik der Tuberkulösen, besonders der Lungentuberkulösen.* Физическое изслѣдованіе больныхъ легочной бугорчаткой.

Англійскіе.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, февраль, т. XV, № 155.

1. **C. N. B. Camac.** *Historic outline of cardiac pathology and clinical aspects of chronic myocarditis.* Историческій очеркъ по патологіи сердца и клиническіе признаки хроническаго міокардита. 2. **John A. Sampson.** *The efficiency of the periureteral arterial plexus, and the importance of its preservation in the more radical operations for carcinoma cervicis uteri.* Значеніе околомочеточниковаго артеріальнаго сплетенія и необходимость его сохраненія при коренныхъ операціяхъ рака матки. 3. **Sylvan Rosenheim.** *Two cases of leukokeratosis buccalis; comparison with the histological changes in a case of tylosis palmae et plantae.* 2 случая лейкокератоза щекъ. 4. **Kennon Dunham.** *The effects x-rays upon lower animal life and the tube best suited to their destruction.* 5. **Leonard K. Hirshberg.** *An anopheles mosquito which does not transmit malaria.*

Апрѣль.

1. **George Dock.** *Vaccine and vaccination.* Оспенная лимфа и прививки ея. 2. **Adelbert Watts Lee.** *Concerning the sinus frontales in man with observations upon them in some other mammalian skulls.* Строеніе лобныхъ пазухъ въ черепѣ у млекопитающихъ. 3. **T. W. Hastings.** *A modified Nocht's stain.* Видоизмѣненная красящая смѣсь *Nocht'a.* 4. **John A. Sampson.** *Complications aricing from freeing the ureters in the more radical operations for carcinoma cervicis uteri, with special reference to post-operative ureteral necrosis.* О поврежденіяхъ мочеточниковъ при коренныхъ операціяхъ рака матки. 5. **Stephen H. Watts.** *The silver bolt as a means of fixing ununited fractures of certain long bones.* О примѣненіи серебряныхъ болтовъ для соединенія отломковъ костей. 6. **C. F. Burnam.** *Exhibition of four appendices vermiformes showing unusual pathological conditions (from the service of dr. Kelly).* 4 случая аппендицита.

Medical Record a Weekly Journal of Medicine and Surgery, апрѣль, т. LXV, № 17.

1. **J. Ramsay Hunt.** *Acute infectious osteomyelitis of the spine and acute suppurative perimeningitis.* Острый заразный остеоміелитъ позвонка и острый гнойный пахименингитъ. 2. **Frederic Griffith.** *Observations upon the protective value of the inspection of public women ascarried out in Paris.* Предохраняющее значеніе надзора за публичными женщинами въ Парижѣ. 3. **Louis Fischer.** *Some points on the diagnosis and drug treatment of pneumonia in infants and young children.* Къ вопросу о распознаваніи и лѣченіи пнеймоніи у дѣтей. 4. **George L. Brodhead.** *Prophylaxis of puerperal sepsis.* Предохраненіе послѣродовыхъ заболѣваній. 5. **H. W. Lincoln.** *Preliminary notes on transillumination of the stomach with fluorescein.* Изслѣдованіе желудка съ помощью флуоресцеина. 6. **Leonard W. Ely.** *Supplementary note on a case of typhoid spine.*

Іюнь, т. LXV, № 24.

1. **William J. Mayo.** *The association of surgical lesions in the upper abdomen.* Объ осложненныхъ раненіяхъ въ верхней части живота. 2. **George Dock.** *Prognosis; its theory and practice.* 3. **Hermann M. Biggs.** *Preventive medicine: its achievements, scope, and possibilities.* Предохранительная медицина; ея значеніе. 4. **Louis Barkan.** *Exercise in relation to diabetes.* Значеніе физическихъ упражненій при сахарномъ мочеизнуреніи.

Brooklyn Medical Journal, мартъ, т. XVIII, № 3.

1. **William H. Ross.** *A study of the climate of long island.* Медико-санитарное описаніе. 2. **James P. Warbasse.** *The leeve. Injury as an alleged cause of certain nervous diseases.* Къ вопросу объ этіологіи нѣкоторыхъ нервныхъ заболѣваній. 4. **B. C. Collins.** *Granular lids.* Зернистыя воспаленія конъюнктивы. 5. **William Schroeder.** *Bradley parker.* Біографическая замѣтка.

Апрѣль, № 4.

1. **Henry G. Webster.** *Some observations on disease of the thyroid, with an analysis of 24 cases.* Нѣсколько наблюденій надъ заболѣваніемъ щитовидной железы. 2. **H. Beeckman Delatour.** *Surgery of the kidney.* Хирургія почекъ. 3. **William C. Braislin.** *Microtia: with an account of two cases accuring in members of the same family.* 2 случая микротіи. 4. **L. Grant Baldwin.** *A brief report of a year's hospital (private) work.* 5. **William V. Pascual.** *Paratyphoid fever.*

Pacific Medical Journal, февраль, т. XLVII, № 2, мартъ, № 3.

1. **William Lee Howard.** *Some medico-legal facts in the practice of hypnotism.* Нѣсколько судебно медицинскихъ фактовъ въ практикѣ гипнотизма. 2. **Walter Lindley.** *Los angeles medically considered.* Медико-санитарное описаніе. 3. **R. W. Shufeldt.** *The plague of lust.* 4. **Онъ-же.** *Libertinism and marriage.* 5. **Archibaid Church.** *An improvement in iron medication.* 6. **H. A. Klussman.** *The use of the cystoscope.* Употребленіе цистоскопа. 7. **H. D'Arcy Power.** *The duration of life after fatal injuries.* Продолжительность жизни послѣ несчастныхъ случаевъ. 8. **Winslow Anderson.** *Observations on neurasthenia.* Наблюденія надъ нейрастеніей.

The Edinburgh Medical Journal, мартъ, т. XV, № 3.

1. **Rutherford Morison.** *Hernia.* 2. **W. Arbuthnot Lane.** *On the treatment of cleft palate.* Лѣченіе расщепленнаго неба. 3. **Ralph Stockman.** *The causes pathology, and treatment of chronic rheumatism.* 4. **Alexander Morison.** *The neural factor in heart disease.* 5. **Sir John Batty Tuke** and **Charles R. A. Howden.** *The relations of the insanities to criminal responsibility and civil capacity.*

The Journal of Hygiene, апрѣль, т. IV, № 2.

1 **F. J. A. Dalton** and **J. W. H. Eyre.** *On the resistance of the micrococcus melitensis to moist heat.* Сопротивляемость micrococcus melitensis перегрѣванію. 2. **A. C. Houston.** *The bacteriological examination of oysters and estuarial waters.* Бактеріологическія изслѣдованія устрицъ и морской воды. 3. **George H. F. Nuttall** and **O. Inchley.** *An improved method of measuring the amount of precipitum in connection with tests with precipitating antisera.* Усовершенствованный способъ измѣренія осадка въ пробиркахъ при изученіи преципитиновъ. 4. **T. H. C. Stevenson.** *A method of estimating future populations* Способъ счисленія будущаго населенія. 5. **Thomas Bowhill** and **C. A. Le Doux.** *A contribution to the study of piroplasmosis canis-malignant jaundice of the dog (hutcheon).* Къ вопросу о пироплазмовѣ въ собачьей крови. 6. **G. S. Graham-Smith.** *A study of the virulence of the diphtheria bacilli isolated from 113 persons, and of 11 species of diphtheria like organisms together with the measures taken tocheck an outbreak of diphtheria at Cambridge 1903.* Къ вопросу о ядовитости дифтерійныхъ микробовъ, выдѣленныхъ отъ 103 больныхъ.

Іюль, т. IV, № 3.

1. **G. F. Mc Cleary.** *The infants milk depot: its history and function.* Учрежденія для храненія и раздачи молока для дѣтей; исторія ихъ возникновенія и образъ дѣйствія. 2. **R. Ashleigh Glegg.** *Hay fever; recent investigations on its cause, prevention and treatment.* Сѣнная лихорадка, происхожденіе, предохраненіе и лѣченіе. 3. **J. Lorrain Smith.** *An investigation into the conditions affecting the occurrence of typhoid fever in Belfast.* Изслѣдованіе хода тифозной эпидеміи въ Belfast'ѣ. 4. **W. B. Leishman.** *A method of producing chromalin staining in sections.*

The Journal of Menthal Pathology, т. V, № 1.

1. **С. А. Сухановъ.** *On the intracellular network of golgi of the nervous elements of the spinal cord in the adult superior vertebrate.* Внутриклѣточная сѣть, обнаруживается въ нервныхъ клѣткахъ съ помощью способа *Golgi.* 2. **Louise G. Robinovitch.** *Suicidal and homicidal acts. Their clinical aspects and medico-legal significance.* Убійство и самоубійство съ точки зрѣнія клинической и судебно-медицинской.

№ 2—3.

1. **С. А. Сухановъ.** *Differential diagnosis in cases of ideo-obsersional constitutions.* Отличительное распознаваніе. 2. **Paul Farez.** *Suggestion during narcosis produced by some halogenous derivatives of ethane and methane (ethyl-methylic suggestion).* Внушеніе во время наркоза, произведеннаго дериватами метана и этила. 3. **Manheimer-Gommes.** *The abnormal children in Italy.* О ненормальныхъ дѣтяхъ въ Италіи. 4. **Louise G. Robinowitch.** *Suicidal and somicidal acts. Their clinical aspects and medico-legal significance.* (Продолженіе).

The St.-Paul Medical Journal, т. VI, № 3.

1. **L. F. Schaumanss.** *Ananalysis of thirty cases of appendicitis.* 4 случая аппендицита. 2. **Arthur Sweeney.** *Epileptic automatism.* 3. **John Carpenter Schapps.** *Some orthopedic suggestions to the general practitioner; chronic osteitis, its diagnosis and treatment.* Хроническій остеитъ, его распознаваніе и лѣченіе. 4. **H. E. Stroud.** *Pulmonary tuberculous with special reference to «the ofen air treatment».* Легочная бугорчатка. Лѣченіе холодомъ. 5. **H. Longstreet Taylor.** *The tuberculosis question in*

The Journal of Physiology, іюнь, т. XXXI, № 3 и 4.

1. **Janet E. Lane-Claypon and S. B. Schryver.** *Some researches on the autolytic degradation of tissues.* Объ аутолитическомъ распаденіи тканей. 2. **Artgur R. Cushny.** *On the secretion of acid by the kidney.* О выдѣленіи кислотъ почками. 3. **L. J. J. Muskens.** *Studien on the maintenance of the equilibrium of motion and its disturbances so-called «forced movements».* О сохраненіи равновѣсія при движеніи и о насильственныхъ тѣлодвиженіяхъ. 4. **James Henderson.** *On the relationship of the thymus to the sexual organs.* Объ отношеніи зобной железы къ половымъ органамъ. 5. **Lucian A. E. de Zilwa.** *On the composition of pancreatic juice.* Составъ сока поджелудочной железы. 6. **R. S. Woodworth and C. S. Sherrington.** *A pseudaffective reflex and its spinal path.* О псейдоаффекторныхъ рефлексахъ и ихъ путяхъ въ спинномъ мозгу. 8. **J. N. Langley.** *On the question of commissural fibres between nervecells having the same function and situated in the same sympathetic ganglion, and on the function of post-ganglionic nerve flexures.* О сочувственномъ сплетеніи и его узлахъ. 8. **W. Page May.** *The innervation of the sphincters and musculature of the stomach.* Объ иннерваціи мышцъ рта. 9. **T. R. Elliott and E. Barclay-Smith.** *Antiperistalsis and other muscular activities of the colon.* Антиперистальтическія движенія въ толстыхъ кишкахъ.

Transactions of the Chicago pathological Society, февраль, т. VI, № 3.

1. **Maximilian Herzog.** *Placentation in a uterus duplex bicornus gravis menses 1—2.* Объ образованіи дѣтскаго мѣста въ двурогой маткѣ съ 2-мѣсячной беременностью. 2. **Gustav F. Ruediger.** *A study of the bactericidal action of human and rabbit's serum on typhoid bacilli.* Бактерієубивающее дѣйствіе человѣческой и кроличьей кровяной сыворотки на тифозныя палочки. 3. **Norman E. Williamson.** *On the nature of the hemolysin found in filtered typhoid cultures.* Свойства гемолизиновъ, обнаруженныхъ въ фильтратѣ тифозной разводки. 4. **C. H. Neilson.** *Double congenital stenosis of alimentary canal.* Двойное врожденное съуженіе пищеварительнаго канала. 5. **Joseph Louis Baer.** *Epidemic gonorrheal vulvo-vaginits in young girls.* Эпидемическій гонорройный вульво-вагинитъ у молодыхъ дѣвочекъ. 6. **Edward C. Rosenow.** *Further studies in pneumonia (abstract).* 4-ый очеркъ о пнеймоніи.

Мартъ, № 4.

1. **Joseph C. Ohlmacher.** *The relation of the islands of Langerhans to diseases of the liver.* Объ измѣненіяхъ островоъ *Langerhans*'а при заболѣваніяхъ печени. 2. **D. J. Davis.** *A method of microscopic observation by means of lateral illumination.* Способъ микроскопическаго изслѣдованія при боковомъ освѣщеніи. 3. **Alfred C. Croftan.** *Exhibition of a renal calculus of unusual size and shape.* Удаленіе почечнаго камня. 4. **A. M. Stober.** *The agglutination of paratyphoid bacilli by various immune sera.* О склеиваніи паратифозныхъ палочекъ. 5. **George Rubin.** *The influence of alcohol, ether and chloroform on natural immunity in its relation to leucocytosis and phagocytosis.* Вліяніе алкоголя, эѳира и хлороформа на естественную невосприимчивость въ связи съ лейкоцитозомъ и фагоцитозомъ.

Французскіе.

Archives de médecine et de pharmacie militaires, Іюль, т. XLIV, № 7.

1. **Martin.** *Épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison de Brest.* Отчетъ о ходѣ тифозной эпидеміи. 2. **Viguier.** *Épidémie d'ictère infectieux bénin et contribution à l'étude du syndrome solaire hépato-pancréatique.* Этіологія и заразительность заболѣванія. (Окончаніе). 3. **Villedary.** *Un cas de rhumatisme cérébrale avec chorée aiguë, traité par les bains mixtes et la ponction lombaire.—Guérison.* Описаніе случая. 4. **Géraud.** *Pyélonéphrite calculeuse suppurée chez un malarien.—Néphrectomie.—Guérison.* Подробная исторія болѣзни.

Bulletin de L'Institut Pasteur, іюль, т. II, № 13.

1. **Svante Arrhenius.** *La chimie physique dans ses rapports avec la sérothérapie.* Литературно-критическій обзоръ вопроса о связи физической химіи съ сывороточнымъ лѣченіемъ.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris, декабрь, 1903, т. V, № 10.

1. **André Riche** et **Georges Halphen.** *Contribution à l'étude des teintures histologiques à l'acide carminique et au carmin.* О свойствахъ кармина, какъ гистологической краскѣ.

La Loire médicale, февраль—мартъ, г. 23, № 2 и 3.

1. **L Martel.** *Traitement de l'ongle incarné par de simples pansements.* Описаніе способа сохраняющаго лѣченія внѣдрившагося ногтя. 2. **Martel** et **Ninot.** *Fistule congénitale du dos du nez et kyste dermoïde médian inclus dans les os propres du nez.* По поводу 1 случая.

La Médication martiale, мартъ, т. XVIII, № 3.

1. **Faivre.** *Alliance de la clinique et du laboratoire.* Рѣчь. 2. **Albert Robin** et **Maurice Binet.** *Les échanges respiratoires dans les états antagonistes de la tuberculose.* Критическій разборъ. 3. **A. Guépin.** *Des inconvénients et des dangers du sublimé corrosif dans les voies urinaires.* 3 случая.

Май, № 5.

1. **Antonin Poncet** et **Léon Bérard.** *A propos du diagnostic clinique de l'actinomycose humaine.* 2. **H. Vaquez** et **Ch. Aubertin.** *L'anémie pernicieuse d'après les conceptions actuelles.* Критическій обзоръ. 2. **Gallois.** *La cystostomie d'urgence.* Показаніе къ операціи. 4. **E. Adenot** et **Cadet.** *Sur un symptome exceptionnel et non encore signalé des fistules oesophago-trachéales.* Случай.

Іюнь, № 6.

1. **Follet.** *La tuberculose pulmonaire «en vase clos».* Описаніе случая. 2. **Pierre Diareau.** *Sur un cas de scarlatine apyrétique.*

Іюль, № 7.

1. **Louis Rénon.** *Les péricardites toxiques.* Клиническая лекція. 2. **Conor.** *Phénomènes de sclérose en plaques, consécutifs à une fièvre typhoïde survenue chez un sujet à système nerveux prédisposé.* По поводу 1 случая описываются признаки разсѣяннаго склероза. 3. **Ch. Vidal.** *La lutte contre la tuberculose.* Критическій очеркъ.

Revue de chirurgie, іюль, № 7, г. 24.

1. **V. Cornil** et **P. Coudray.** *Évolution anatomique des fractures mobilisées dans le but ds provoquer des pseudarthroses. Rôle des muscles dans la consolidation des fractures et dans les pseudarthroses.* Процессъ образованія ложнаго сустава при подвижности отломковъ кости. 2. **O. Lanz** et **E. Tavel.** *Bactériologie de l'appendicite.* Рядъ клиническихъ наблюденій съ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ содержимаго червеобразнаго отростка. 3. **É. Quénu.** *Des ostéomes de l'intestin.* 1 случай костной опухоли въ кишкѣ у человѣка и 2 случая—у лошадей. 4. **F. Gross** et **G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* О прободающихъ язвахъ желудка. (Продолженіе). 5. **Ch. Julliard.** *De la valeur clinique de la courbe leucocytaire dans les maladies chirurgicales et en particulier dans l'appendicite.* Критическій обзоръ вопроса. 6. **Mally** et **L. Richon.** *Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consécutives aux traumatismes articulaires.* Объ измѣненіяхъ трофическихъ центровъ въ спинномъ мозгу послѣ поврежденій конечностей. 7. **E. Villard** et **L. Pinatelle.** *De la perforation des ulcères de la petite courbure.* Статистическія данныя.

Revue de médecine, іюль, № 7, г. 24.

1. **G. Carrière** et **Ch. Dancourt.** *Étude sur les variations de la tension artérielle dans la fièvre typhoïde chez l'enfant.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе. (Не окончена). 2. **M. Garnier** et **G. Sabaréanu.** *Des variations de poids au cours de la variole.* Въ періодѣ лихорадки замѣчается наростаніе вѣса, которое объясняется активнымъ задержаніемъ воды въ тканяхъ. 3. **Sean Heitz.** *Pachyméningite hémorragique compliquée d'hemorragies intrapulmonaires chez un alcoolique, porteur d'une cirrhose latente.* Описаніе случая и патолого-анатомическое изслѣдованіе. 4. **Bouchard.** *Perte du sens musculaire aux doigts des deux mains avec integrité de la sensibilité des muscles de la main et de l'avant-bras.* Потеря мышечнаго чувства въ пальцахъ обѣихъ рукъ. (Окончаніе). 5. **C. Boucarut.** *Observation de tremblement hystérique.* Клиническая картина истерическаго дрожанія.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, іюнь, № 12, г. 71.

1. **P. Debove.** *Rhumatisme blennorragique. Prophylaxie des maladies vénériennes.* Авторъ совѣтуетъ половое воздержаніе, какъ средство, предохраняющее противъ венерическихъ заболѣваній. 2. **Baumel.** *Prolégomènes de médecine infantile.* Уходъ за дѣтьми грудного возраста.

№ 14.

1. **P. Bouloumié** et **J. Chevalier.** *Les médicaments cardiovasculaires.* Классификація сердечныхъ средствъ.

Августъ, № 15.

1. **Lucas-Championnière.** *Causes et prophylaxie de l'appendicite.* Клиническая лекція. 2. **Jumon.** *La déchloruration, ses applications thérapeutiques.* Показанія къ примѣненію хлоридовъ.

Revue d'hygiène et de police sanitaire, іюль, т. XXVI, № 7.

1. **Pottevin.** *Statistique démographique et médicale de la ville du Havre pour la période 1890—1899.* 2. **L. Vincent.** *Le Maroc au point de vue de la climatologie et de la géographie médicale.* Медико-санитарный очеркъ.

Revue médicale de la Suisse Romande, іюль, № 7, г. 24.

1. **Ermanno Chilesotti.** *Les carcinomes calcifiés de la peau (épithéliomes calcifiés). Étude sur un carcinome de la peau, primitif, multiple, calcifié.* Объизвестившіеся кожные раки. (Продолженіе). 2. **R. de Seigneux.** *La dilatation instrumentale du sol et de l'orifice utérin pendant la grossesse et le travail.* Описаніе способа и рисунки приборовъ. 3. **R. Odier** et **A. Herzen.** *Dégénérescence et régénération des terminaisons motrices des nerfs coupés.* У взрослыхъ животныхъ возрожденіе двигательныхъ окончаній послѣ перерѣзки нервовъ происходитъ при участіи мышцы. 4. **Frédéric Seiler** et **W. de Stoutz.** *La diphtérie est-elle transmissible par l'eau?—Étude des transformations subies par le bacille de Loeffler après un séjour plus au moins long dans l'eau.* По опытамъ автора, дифтерійныя палочки живутъ въ водѣ болѣе 4-хъ мѣс. и сохраняютъ вредоносность хотя и нѣсколько пониженную.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CLXXXVII. О двигательныхъ центрахъ шейнаго утолщенія у человѣка [по поводу случая усѣченія *)].

Проф. Л. В. Блуменау и д-ра Е. А. Нильсена.

Ученіе объ отдѣльныхъ двигательныхъ центрахъ въ переднихъ рогахъ спинного мозга, какъ одно изъ новѣйшихъ пріобрѣтеній нейрологіи, привлекаетъ теперь общее вниманіе и еще очень недавно обсуждалось въ числѣ программныхъ вопросовъ на Съѣздѣ французскихъ психіатровъ и нейропатологовъ въ г. Pau. Выслушавъ докладъ одного изъ творцовъ этого ученія—*Sano*, проф. *Grasset* подчеркнулъ въ немъ 2 вывода: 1) что всѣ предложенныя до сихъ поръ теоріи слишкомъ исключительны, и цѣнны лишь *факты*, на которыхъ каждая изъ нихъ строится, и 2) что распредѣленіе центровъ въ спинномъ мозгу *человѣка* пока еще недостаточно выяснено [1]).

Съ этими выводами, дѣйствительно, нельзя не согласиться. Прежде всего нужны факты и особенно—клиническіе. Со времени введенія способа, основаннаго на хроматиновой реакціи, появился цѣлый рядъ изслѣдованій на животныхъ, изслѣдованій, среди которыхъ первое мѣсто занимаютъ работы Bukarest'ской школы; но клиническихъ наблюденій далеко не такъ много, и почти всѣ они относятся къ поясничному утолщенію (наблюденія *Sano*, *Flatau*, van *Gehuchten*'а и его учениковъ, *Bruce*'а, *Switalsk*'аго и др.); относительно шейнаго утолщенія клиническихъ данныхъ пока еще совсѣмъ мало.

Нѣсколько старыхъ случаевъ усѣченія, изслѣдованныхъ по способу атрофіи, едва-ли могутъ идти здѣсь въ счетъ. Какъ ненадеженъ способъ атрофіи въ примѣненіи къ клѣточнымъ группамъ спинного мозга (развитіе которыхъ и при нормальныхъ условіяхъ не представляетъ той симметріи, какая предполагается при сравненіи больной стороны со здоровою), показываетъ недавнее наблюденіе *Rosenberg*'а [2]). Изслѣдовавъ случай стараго (30-лѣтняго) усѣченія предплечья, авторъ нашелъ атрофію одной лишь передне-наружной группы клѣтокъ, что совершенно не вяжется ни съ нашимъ наблюденіемъ, ни съ другими новѣйшими данными.

Собственно случаевъ усѣченія верхней конечности съ изслѣдованіемъ спинного мозга по *Nissl*'ю мы не нашли въ литературѣ. Но въ ней имѣются слѣдующія наблюденія. Во 1-хъ, *Parhon* и *Goldstein* и еще раньше *Parhon* и *Savu* **) изслѣдовали по *Nissl*'евскому способу шейное утолщеніе больныхъ, умершихъ отъ рака, которымъ незадолго предъ тѣмъ были вырѣзаны грудныя мышцы (въ 1-мъ случаѣ обѣ, во 2-мъ—только большая грудная). Во 2-хъ, тѣмъ-же *Parhon*'у и *Goldstein*'у [4]) удалось позднѣе изслѣдовать 4-ый, 5-ый, 6-ой и 7-ой шейные сегменты въ случаѣ, въ которомъ раковое новообразованіе, исходившее изъ подкрыльцевой области, разрушило все плечевое сплетеніе. Наконецъ, сходный съ послѣднимъ случай (захватъ почти всего плечевого сплетенія раковымъ новообразованіемъ надключичной области) былъ еще раньше обслѣдованъ и описанъ *Jacobsohn*'омъ [5]). Всѣ эти наблюденія заслуживаютъ полнаго вниманія, и сравненіе ихъ съ нашимъ случаемъ представляетъ особый интересъ.

Наше наблюденіе относится къ рядовому, которому вслѣдствіе бугорчатки плечевой кости было произведено (въ Варшавскомъ Уяздовскомъ госпиталѣ) усѣченіе лѣвой верхней конечности *въ верхней* $^1/_3$ *плеча*. Спустя 4 мѣсяца послѣ операціи больной умеръ отъ чахотки легкихъ. Мы изслѣдовали *Nissl*'евскимъ способомъ шейный и верхній грудной отдѣлы спинного мозга и нашли измѣненія въ 4-хъ нижнихъ шейныхъ и въ 1-мъ грудномъ сегментахъ. На этихъ уровняхъ лѣвый передній рогъ оказался нѣсколько атрофированнымъ, особенно въ задне-наружной своей части, и здѣсь въ нѣкоторыхъ клѣточныхъ группахъ былъ найденъ рѣзкій хроматолизъ. Такъ какъ послѣдній ограничивался опредѣленными группами и не наблюдался въ другихъ клѣткахъ спинного мозга, то мы считаемъ себя въ правѣ поставить эти группы въ связь съ перерѣзанной при усѣченіи частью плечевого сплетенія. Въ этомъ убѣждаетъ насъ и сравненіе нашего случая какъ съ упомянутыми клиническими наблюденіями, такъ и съ данными опытовъ *Marinesco* [6]), M. и M-me *Parhon* [7]), de *Neef*'а [8]) и др.

Въ послѣднемъ изъ приведенныхъ выше случаевъ *Parhon*'а и *Goldstein*'а—который, по мнѣнію самихъ авторовъ, можетъ считаться равносильнымъ перерѣзкѣ всего плечевого сплетенія, — хроматолизу подверглись, начиная съ верхней части 4-го шейнаго сегмента, всѣ группы передняго рога, кромѣ передне-внутренней *). Въ наблюденіи *Jacobsohn*'а на уровнѣ 4-го сегмента была измѣнена только задне-наружная группа (нѣсколько измѣненныхъ клѣтокъ встрѣчалось и въ 3-мъ сегментѣ); ниже, до 1-го грудного сегмента включительно, хроматолизъ наблюдался также во всѣхъ наружныхъ группахъ. Въ нашемъ случаѣ верхнія вѣтви плечевого сплетенія, обслуживающія лопаточно-плечевой поясъ, не были перерѣзаны, и, соотвѣтственно этому, измѣненія въ спинномъ мозгу менѣе обширны. Въ 4-мъ шейномъ сегментѣ (рис. 1) ихъ вовсе не замѣчается **).

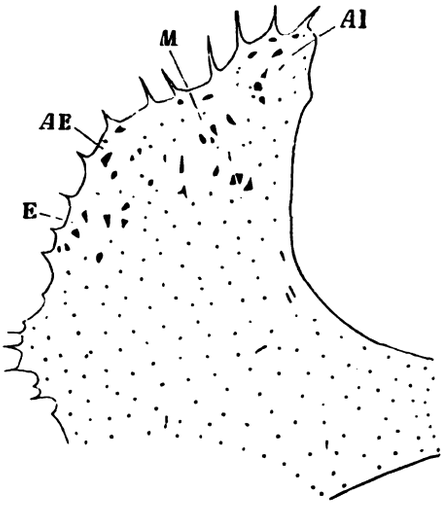


Рис. 1. Лѣвый передній рогъ 4-го шейнаго сегмента. AI — передне внутренняя группа (мышцы позвоночника), M — средняя (грудобрюшная преграда), AE — передне-наружная (лѣстничныя мышцы? подниматель угла лопатки?), E—наружная группа (мышцы лопатки) *Измѣненій нѣтъ.*

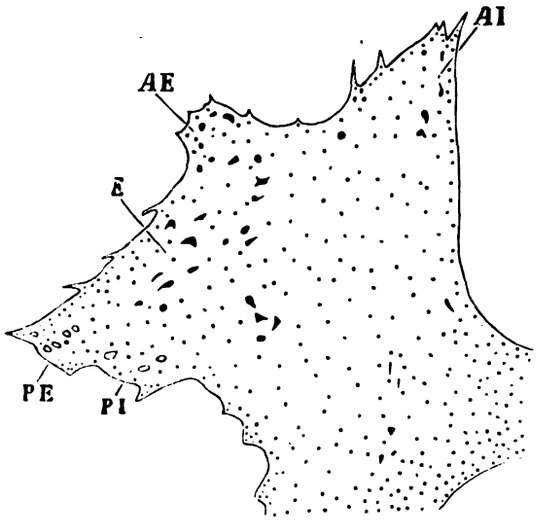


Рис. 2. 5-й шейный сегментъ. AI, AE, E—какъ на рис. 1. PE и PI — наружный и внутренній отдѣлы задней группы (первый для внутренней плечевой, второй — для 2-главой мышцы); оба отдѣла *измѣнены* (клѣтки ихъ нарисованы кружками).

*) Сообщено въ Обществѣ психіатровъ 2/x 1904 г.

**) Объ этихъ случаяхъ, обнародованныхъ на румынскомъ языкѣ, упоминается въ другой работѣ *Parhon*'а и *Goldstein*'а [3]).

*) Нижній конецъ шейнаго утолщенія, къ сожалѣнію, не могъ быть изслѣдованъ авторами.

**) Сравнивая наблюденіе *Parhon*'а и *Goldstein*'а съ нашимъ, необходимо имѣть въ виду, что, судя по рисункамъ, ихъ счетъ сегментовъ разнится (отстаетъ) отъ нашего почти на цѣлый сегментъ. Во избѣжаніе всякихъ недоразумѣній мы прилагаемъ къ своей работѣ рисунки, снятые прямо со срѣзовъ помощью рисовальнаго прибора. Физіологическое назначеніе отдѣльныхъ группъ указывается (въ скобкахъ) на основаніи упомянутыхъ выше изслѣдованій (*Marinesco* и др.).

Только въ верхней части 5-го сегмента появляется 1 или, чаще, 2 небольшихъ клѣточныхъ группы, представляющихъ характерныя измѣненія (отсутствіе глыбокъ хроматина, смѣщеніе ядра къ окружности, убыль отростковъ, сферическая форма тѣла). Эти группы расположены у задненаружнаго угла рога (рис. 2) и соотвѣтствуютъ указанному *Marinesco* центру для мышцъ передней стороны плеча (brachii) или для *кожно-мышечнаго нерва*.

Г. и г-жа *Parhon* въ опытахъ на собакахъ нашли, что наружная изъ этихъ группъ (или наружный отдѣлъ задней группы) связана съ внутренней плечевой, а внутренняя—съ 2-главой мышцей. Разсматривая свои срѣзы, мы убѣдились, что внутренняя группа не измѣнена вся цѣликомъ, но содержитъ, преимущественно во внутренней своей части, нормальныя клѣтки, которыя на нѣкоторыхъ срѣзахъ обособляются даже въ отдѣльную небольшую группу. Если принять въ соображеніе, что вѣтвь кожно-мышечнаго нерва, предназначенная для клювовидно-плечевой мышцы, отходитъ выше линіи усѣченія, и что сама названная мышца, благодаря болѣе высокому положенію, значительной своей частью осталась въ культѣ, то становится вѣроятнымъ соотношеніе неизмѣненныхъ клѣтокъ съ этою мышцей.

нѣтъ измѣненій въ сосѣдней наружной (или «промежуточной») группѣ (Е), которая, по опытамъ *Marinesco* и его учениковъ, связана въ 5-мъ сегментѣ съ лопаточными (надостной и подостной) мышцами, а въ 6-мъ сегментѣ — съ дельтовидной. Не измѣнена также и расположенная кнутри отъ предыдущей центральная группа (С на рис. 3), которую названные изслѣдователи ставятъ въ связь съ большою грудною мышцей. Отсутствіемъ хроматолиза въ этихъ группахъ нашъ случай отличается отъ наблюденій *Parhon*'а и *Goldstein*'а, и это обстоятельство съ убѣдительностью перекрестныхъ опытовъ доказываетъ, что и у человѣка значеніе группы именно таково, какъ приведено выше.

Въ верхней части 7-го сегмента (рис. 4) измѣнена также лишь задне-наружная группа, принадлежащая здѣсь, судя по опытамъ *Marinesco*, главнымъ образомъ 3-главой мышцѣ плеча. Нѣсколько ниже (рис. 5) кзади и кнутри отъ этой группы появляется другая, состоящая изъ 2-хъ или болѣе небольшихъ отдѣловъ и связанная, по тѣмъ-же опытамъ, съ мышцами задней стороны предплечья. Клѣтки ея также подверглись хроматолизу.

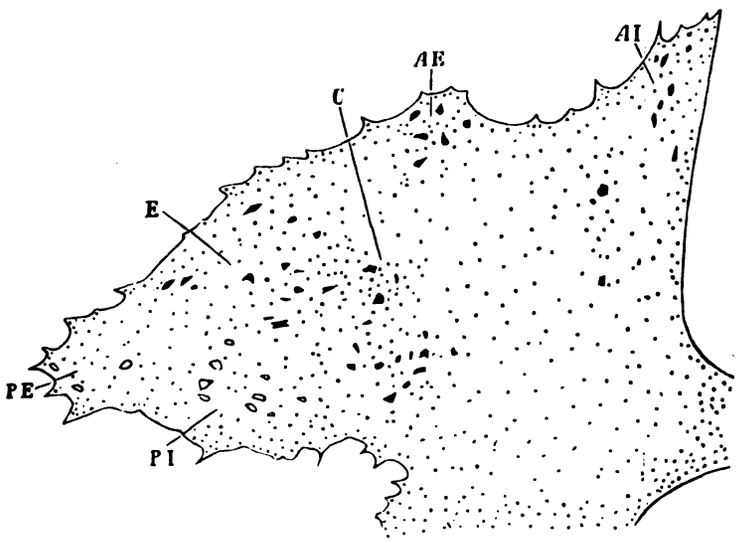


Рис. 3. 6 ой шейный сегментъ. AI, AE, PE и PI — какъ раньше; С—центральная группа (большая грудная мышца), Е—принадлежитъ здѣсь главнымъ образомъ дельтовидной мышцѣ. *Измѣнены PE и PI.*

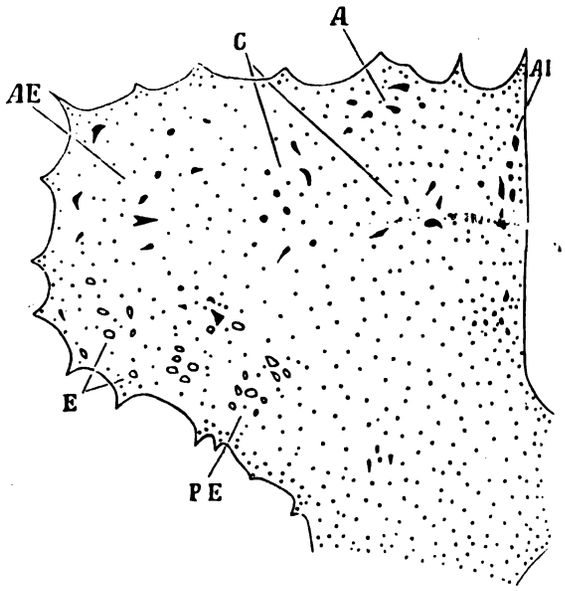


Рис. 5. Нѣсколько болѣе низкій уровень 7-го сегмента. Е — наружная группа (3-главая мышца), PE—задне-наружная группа (мышцы задней стороны предплечья). Обѣ группы *измѣнены.* Остальное—какъ на рис. 4.

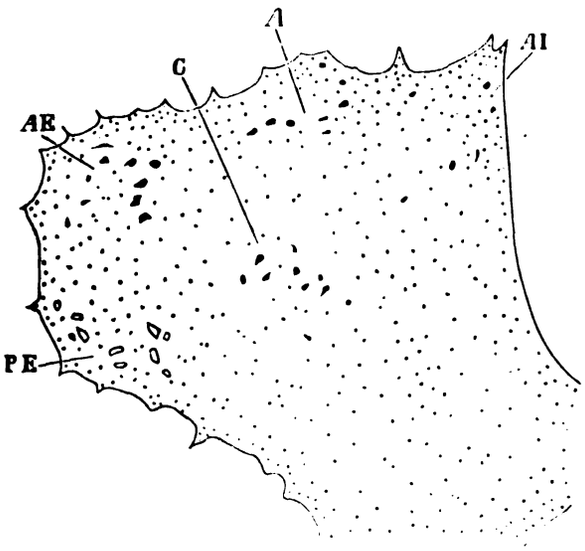


Рис. 4. 7-ой шейный сегментъ. AI—какъ раньше, AE—передне-наружная группа (широкая мышца спины), A—передняя группа (большая зубчатая мышца), C—центральная (малая грудная мышца?), PE—задненаружная группа (3-главая мышца). Послѣдняя группа въ *хроматолизѣ.*

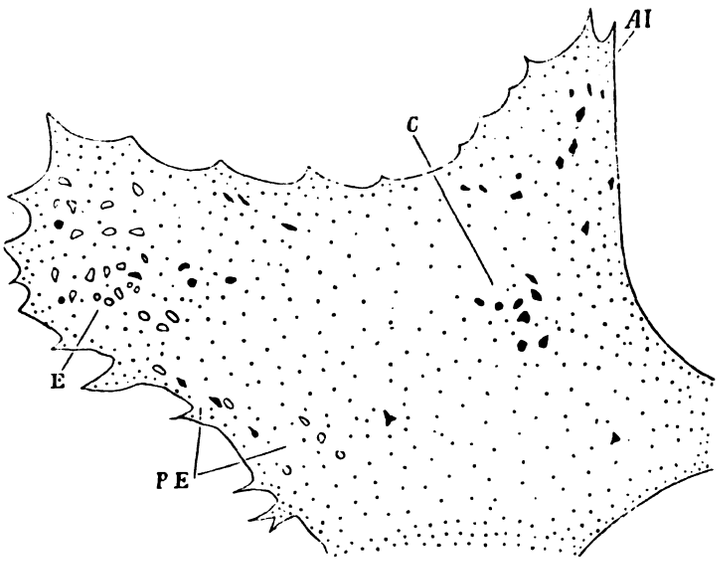


Рис. 6. Верхняя часть 8-го сегмента. AI — передне внутренняя группа, C—нижній конецъ центральной группы, E—наружная группа (мышцы передней стороны предплечья; самыя переднія изъ клѣтокъ принадлежатъ, вѣроятно, еще заднимъ мышцамъ предплечья), PE — задне-наружная группа (мышцы ручной кисти). *Измѣнены E и PE.*

Въ 6-мъ шейномъ сегментѣ (рис. 3) измѣненныя группы (PE и PJ) нѣсколько увеличиваются въ размѣрахъ. Обращаемъ вниманіе на то, что ни здѣсь, ни въ 5-мъ сегментѣ

Въ 8-мъ шейномъ сегментѣ измѣненная область достигаетъ наибольшихъ размѣровъ. Вся наружная часть рога

занята измѣненными клѣтками, которыя образуютъ 2 большихъ группы, при чемъ въ каждой изъ послѣднихъ различаются еще меньшія, болѣе или менѣе обособленныя подгруппы. Въ верхней части сегмента (рис. 6) передняя наружная группа (E) значительно превосходитъ заднюю (PE), но на болѣе низкихъ уровняхъ (рис. 7) она стано-

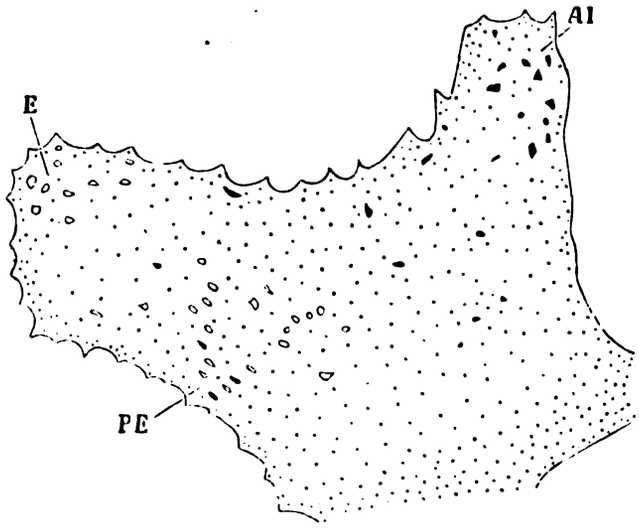


Рис. 7. Нижняя часть 8-го шейнаго сегмента. Обозначенія тѣже, что на рис. 6.

вится меньше, тогда какъ задняя, наоборотъ, увеличивается. Это обстоятельство, равно какъ сопоставленіе съ данными опытовъ, заставляетъ признать въ 1-ой группѣ центръ *переднихъ мышцъ предплечья*, а во 2-ой—центръ *ручной кисти*.

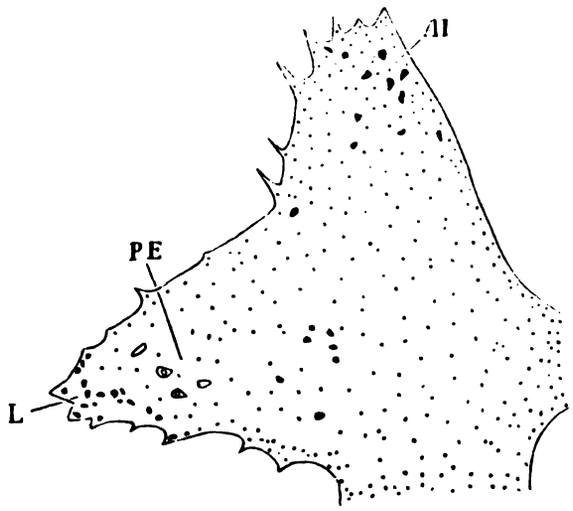


Рис. 8. Нижняя часть 1-го грудного сегмента. AI — передне-внутренняя, PE—задне-наружная группа (мышцы кисти), L — мелкоклѣточная группа бокового рога, которую *Jacobsohn*, на основаніи своего случая склоненъ признать зрачковымъ центромъ. *Измѣнены только клѣтки PE.*

Этотъ послѣдній центръ существуетъ и на всемъ протяженіи 1-го грудного сегмента. На нижнемъ концѣ этого сегмента (рис. 8) онъ состоитъ лишь изъ нѣсколькихъ (измѣненныхъ) клѣтокъ. Еще ниже, на верхнемъ уровнѣ 2-го грудного сегмента, эта группа исчезаетъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ прекращаются всякія измѣненія въ лѣвомъ переднемъ рогѣ.

Считаемъ нужнымъ прибавить, что на многихъ срѣзахъ изъ нижней части шейнаго утолщенія намъ попадались отдѣльныя измѣненныя клѣтки и въ наружныхъ группахъ *праваго* рога. Объясняется-ли это частичнымъ перекрестомъ корешковыхъ волоконъ, или чѣмъ нибудь другимъ, рѣшить мы не можемъ.

Въ общемъ, нашъ случай показываетъ, что центры для верхней конечности, взятые въ цѣломъ, расположены въ шейномъ утолщеніи человѣка такъ-же, какъ было найдено у животныхъ упомянутыми выше изслѣдователями.

Литература. 1. Отчетъ о Съѣздѣ французскихъ психіатровъ 1902 г. — 2. *Rosenberg*. «Neurologisches Centralblatt», 1902, стр. 742.— 3. *Parhon* u. *Goldstein*. Тамъ-же, 1901, стр. 988. — 4. *Онъ-же*. «Journal de neurologie», 1901, стр. 690. — 4. *Jacobsohn*. «Zeitschrift für klin. Medicin», т. 37 (1899), стр. 228.—6. *Marinesco*. «Revue neurologique», 1901, стр. 578 и «Semaine médicale», 1904, № 29. — 7. M. et m-me *Parhon*. «Journal de neurologie», 1903, стр. 263.—8. de *Neef*. Le Névraxe, т. II, стр. 71.

CLXXXVIII. Изъ клинической лабораторіи проф. В. Н. Сиротинина въ В.-Медицинской Академіи.

О значеніи диметиламидобензалдегидовой реакціи (предложенной Ehrlich'омъ) и объ отношеніи ея къ другимъ цвѣтнымъ реакціямъ мочи.

К. З. Вилланена.

Въ 1901 г. *Ehrlich* сообщилъ о новой цвѣтной реакціи мочи, состоящей въ томъ, что отъ прибавленія къ ней солянокислаго раствора диметиламидобензалдегида получается красное окрашиваніе. Онъ указалъ при этомъ, что рѣзкая реакція бываетъ только въ патологическихъ случаяхъ, но что слѣды ея можетъ давать всякая нормальная моча. Усиленіе реакціи *Ehrlich* нашелъ при тифѣ, чахоткѣ легкихъ, кишечныхъ разстройствахъ и поставилъ полученіе ея въ зависимость отъ присутствія въ мочѣ неизвѣстнаго еще продукта обмѣна. *Pröscher*, занявшійся по предложенію *Ehrlich*'а подробною разработкою вопроса о сущности указанной реакціи, нашелъ усиленіе послѣдней въ тѣхъ-же патологическихъ случаяхъ. Химическій ходъ реакціи онъ считалъ аналогичнымъ слѣдующему уравненію: $C_6H_4\left\langle\begin{matrix}N(CH_3)_2\\CHO\end{matrix}\right. + H_2x = C_6H_4\left\langle\begin{matrix}N(CH_3)_2\\CHx\end{matrix}\right. + H_2O$, предполагая, что здѣсь алдегидовая группа реактива вступаетъ въ соединеніе съ метиловой или амидогруппой «неизвѣстнаго» вещества. Не имѣя возможности выдѣлить это вещество, *Pröscher* для установленія химической природы его поступилъ иначе, а именно онъ извлекъ въ чистомъ видѣ получаемое красное вещество изъ мочи и анализировалъ послѣднее, получивъ для него формулу $C_{16}H_{24}O_6N_2$; вычитая отсюда $C_9H_{11}N$ (диметиламидобензалдегидъ), онъ нашелъ для «неизвѣстнаго» вещества формулу $C_7H_{15}O_6N_1$ близкую къ глюкозамину, и отличающуюся отъ послѣдняго количественнымъ содержаніемъ группъ COH_2. Въ болѣе поздней своей работѣ *Pröscher*, согласно мнѣнію *Fr. Müller*'а, предположилъ, что дающее алдегидовую реакцію вещество есть моно-или діацетилглюкозаминъ. Онъ показалъ еще, что ни одно изъ извѣстныхъ веществъ мочи не даетъ алдегидовой реакціи, и опровергъ мнѣніе *Pappenheim*'а, полагавшаго, что уробилинъ даетъ ее. Химическое строеніе уробилина ($C_{32}H_{40}N_4O_7$) несходно съ выведенною *Pröscher*'омъ формулою для «неизвѣстнаго» вещества; чистый уробилинъ не даетъ упомянутой реакціи; растворимость того и другого въ хлороформѣ различны; «неизвѣстное» вещество лучше всего растворяется въ амиловомъ алкоголѣ, уробилинъ—въ хлороформѣ; спектры ихъ разны.

Clemens, желая установить болѣзни, при которыхъ наиболѣе рѣзко получается изучаемая реакція, изслѣдовалъ ее въ 300 случаяхъ. Весьма сильное окрашиваніе мочи отъ прибавленія реактива онъ получалъ въ случаяхъ усиленнаго распада бѣлковыхъ тѣлъ организма и при пораженіяхъ пищеварительнаго пути, когда въ кишечникѣ происходитъ всасываніе ненормальныхъ продуктовъ обмѣна. Сильную реакцію онъ получилъ въ 19% изслѣдованныхъ имъ случаевъ, при чемъ какого-либо постоянства въ полученіи ея при однѣхъ и тѣхъ-же болѣзненныхъ формахъ онъ не нашелъ. Степень реакціи въ этихъ случаяхъ подвергалась различнымъ колебаніямъ отъ неизвѣстныхъ причинъ: реакція была рѣзко выражена при разнообразныхъ болѣзняхъ, начиная отъ самыхъ легкихъ и кончая продолжительными и весьма тяжелыми формами. Какой-либо закономѣрности онъ не нашелъ. На основаніи своихъ изслѣдованій *Clemens* пришелъ къ выводу о непригодности реакціи для цѣлей распознаванія и прогноза

значеніе общепатологическое, какъ указывающей на существованіе страданія въ организмѣ, подобно рѣзкой индикановой реакціи. Онъ не находилъ ея вовсе или находилъ лишь въ видѣ слѣдовъ въ мочѣ здоровыхъ людей. При сопоставленіи съ діазореакціей и реакціей на индиканъ онъ не нашелъ между ними взаимной связи. *Engel*, наоборотъ, видѣлъ частое совпаденіе алдегидовой реакціи съ діазореакціей, при чемъ замѣтилъ, что моча, рѣзко окрашивавшаяся отъ прибавленія реактива *Ehrlich*'а, была всегда довольно высокаго уд. вѣса (1028—1032).

Kozicskowsky, произведшій изслѣдованія въ 1000 случаевъ, пришелъ приблизительно къ одинаковымъ съ *Clemens*'омъ выводамъ относительно распознавательнаго значенія реакціи. На основаніи собственныхъ изслѣдованій и опытовъ на животныхъ онъ приводитъ слѣдующія заключенія: патологически усиленная реакція наблюдается только при тяжелыхъ болѣзненныхъ формахъ; считать ее за специфическую для какой-либо опредѣленной болѣзни или группъ ихъ такъ-же мало возможно, какъ говорить, что она присуща всѣмъ тяжелымъ заболѣваніямъ. Онъ призналъ за ней то клиническое значеніе, что она во многихъ случаяхъ указываетъ на происшедшія измѣненія въ состояніи больного, усиливаясь или ослабѣвая параллельно съ ухудшеніемъ и улучшеніемъ болѣзненнаго процесса. Онъ считаетъ вообще патологическое усиленіе реакціи важнымъ признакомъ отравленія организма токсическими или инфекціонно-токсическими началами. Что повышеніе температуры не вызываетъ появленія реакціи, ему показали также опыты на животныхъ съ искусственно вызваннымъ повышеніемъ температуры. Взаимоотношенія съ реакціей на индиканъ и уд. вѣсомъ мочи *Kozicskowsky* не нашелъ.

Цѣль работъ упомянутыхъ авторовъ состояла, съ одной стороны, въ установленіи химизма реакціи, съ другой—ея специфичности и распознавательнаго значенія. Придя къ выводу, что реакція эта не имѣетъ распознавательнаго значенія, хотя при извѣстной степени рѣзкости и можетъ указывать на патологическое состояніе организма, главнымъ образомъ въ смыслѣ его отравленія или самоотравленія, всѣ изслѣдователи согласны въ томъ, что реакція съ алдегидомъ представляетъ физіологическій пока интересъ, указывая на выдѣленіе еще неизвѣстнаго азотистаго продукта обмѣна, при чемъ колебанія въ количествѣ его указываютъ на колебанія въ общемъ обмѣнѣ въ зависимости отъ болѣзненной причины.

Заинтересовавшись этой реакціей и не найдя въ русской литературѣ работъ по данному вопросу, я рѣшилъ прослѣдить ее на имѣвшемся клиническомъ матеріалѣ. При этомъ главною задачею для себя я поставилъ установить болѣе точно отношеніе алдегидовой реакціи къ другимъ цвѣтнымъ реакціямъ мочи. Если-бы удалось получить постоянное совпаденіе съ другою какою-нибудь качественною реакціей, то это могло-бы нѣсколько освѣтить вопросъ о сущности разбираемой реакціи. Для этой цѣли я бралъ свѣжевыпущенную мочу, опредѣлялъ ея уд. вѣсъ и продѣлывалъ реакціи на бѣлокъ, сахаръ, желчные пигменты, уробилинъ, индиканъ, уророзеинъ или уроэритринъ и на красящія вещества индола и скатола по *Rosenbach*'у. Такихъ изслѣдованій я сдѣлалъ болѣе, чѣмъ въ 150 случаевъ. Въ большинствѣ случаевъ моча изслѣдовалась повторно.

Реакція *Ehrlich*'а продѣлывалась слѣдующимъ общепринятымъ способомъ: къ небольшому количеству мочи въ пробиркѣ я прибавлялъ 5—10 капель 2%-го раствора диметиламидобензалдегида въ равныхъ частяхъ воды и неразведенной соляной кислоты. За патологическую реакцію считалось только вполнѣ ясно выраженное, ярко-красное окрашиваніе. Согласно съ другими изслѣдователями мнѣ пришлось убѣдиться, что прокипяченная моча реагировала гораздо быстрѣе и сильнѣе.

При моихъ изслѣдованіяхъ положительная реакція получилась въ 42% случаевъ, при чемъ особенно рѣзко она была выражена въ 35 случаяхъ, что составило 23,3% общаго числа.

Рѣзкую реакцію я получалъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ тяжелаго тифа, на высотѣ заболѣванія, при бугорчаткѣ легкихъ въ послѣдней ступени болѣзни, сопровождавшейся гектической лихорадкой при сильномъ исхуданіи и рѣзко выраженною діазореакціей, при острыхъ гриппозныхъ пнеймоніяхъ, плейропнеймоніяхъ, при выпотныхъ плейритахъ съ одновременной лихорадкой, независимо отъ этіологіи болѣзни, въ 1 случаѣ хроническаго морфинизма. Изъ другихъ заболѣваній сильная реакція была въ нѣкоторыхъ случаяхъ анейризмы аорты, при общемъ артеріосклерозѣ, при порокахъ сердца въ періодахъ наибольшаго разстройства уравновѣшенія сердечной дѣятельности, при циррозахъ печени съ тяжелымъ теченіемъ болѣзни, при острыхъ и подострыхъ желудочно-кишечныхъ разстройствахъ, у раковыхъ больныхъ, независимо отъ мѣстоположенія опухоли, при быстромъ, нароставшемъ исхуданіи. Не столь рѣзкая, но все-же очень замѣтная, реакція получалась при тѣхъ-же клиническихъ формахъ, но у менѣе слабыхъ больныхъ. При повторномъ изслѣдованіи мочи у однихъ и тѣхъ-же больныхъ замѣчались дов. значительныя колебанія въ рѣзкости реакціи безъ видимыхъ перемѣнъ въ состояніи ихъ; въ другихъ случаяхъ она оставалась постоянною; въ третьихъ колебанія эти шли параллельно съ ухудшеніемъ и улучшеніемъ болѣзни. Выздоравливающіе больные и здоровые на видъ люди давали всегда или отрицательную реакцію, или слѣды ея. Это замѣчалось при многочисленныхъ повторныхъ изслѣдованіяхъ. Колебанія въ рѣзкости можно было видѣть и въ этихъ случаяхъ, при чемъ усиленіе реакціи у здоровыхъ нерѣдко совпадало съ физическою или умственною усталостью. Интересно, что моча больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ (если у нихъ не было осложненія бугорчаткой или др.), а также нефритиковъ никогда не давала положительной, рѣзкой реакціи. Въ этомъ отношеніи имѣются сходныя указанія и въ литературѣ (*Clemens*, *Kozicskowsky*). Полученные мною результаты съ очевидностью показываютъ, что алдегидовая реакція не является специфическою для какихъ-либо опредѣленныхъ болѣзней, но можетъ быть при любыхъ страданіяхъ, кромѣ многихъ случаевъ нефритовъ и сахарнаго мочеизнуренія. Поэтому разгруппировать болѣзни по степени полученія реакціи невозможно. Мнѣ пришлось убѣдиться еще, что присутствіе этой реакціи всегда указываетъ на патологическое состояніе организма, тогда какъ отрицательный результатъ не говоритъ противъ имѣющагося страданія, подчасъ весьма нелегкаго. Въ послѣднихъ случаяхъ, правда, временами реакція бывала ясно выражена.

Что касается связи алдегидовой реакціи съ другими цвѣтными реакціями мочи, то въ этомъ отношеніи я получилъ слѣдующія цифровыя данныя: на 63 случая положительной алдегидовой реакціи наблюдались положительныя—діазореакція въ 11 случаяхъ (17,4%), индикановая въ 28 (44,4%), уробилиновая въ 16 (25,3%), уророзеиновая въ 5 (7,9%), реакція *Rosenbach*'а въ 3 (4,7%), на желчные пигменты въ 3 (4,7%); на 87 случаевъ отрицательной алдегидовой реакціи другія цвѣтныя реакціи были на лицо—діазореакція въ 5 случаяхъ (5,7%), индикановая въ 22 (25,2%), уробилиновая (въ видѣ слѣдовъ) въ 10 (11,4%), уророзеиновая въ 4 (4,5%), реакція *Rosenbach*'а въ 3 (2,2%), на желчные пигменты въ 1 (1,1%).

Эти данныя показываютъ, что прямой связи между разбираемой реакціей и другими цвѣтными реакціями мочи не имѣется. Діазореакція не всегда бываетъ одновременно съ алдегидовой и, наоборотъ, она можетъ быть рѣзко выраженной при полномъ отсутствіи окрашиванія мочи отъ прибавленія диметиламидобензалдегида. Тоже можно сказать и о всѣхъ другихъ цвѣтныхъ реакціяхъ мочи и, въ частности, объ индиканѣ. Послѣднее мнѣ кажется въ высшей степени интереснымъ, такъ какъ индолъ кала, производнымъ котораго является въ организмѣ индиканъ мочи, даетъ въ малѣйшихъ количествахъ весьма сильную красную окраску съ *Ehrlich*'овскимъ реактивомъ; на этомъ даже основанъ способъ количественнаго опредѣленія индола въ калѣ (*Schmidt*, *Baumstark* и др.). Какъ видно изъ приведенныхъ цифровыхъ данныхъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда алдегидовая реакція была выражена рѣзко, замѣчалось сравнительно большее выдѣленіе и другихъ веществъ, въ каждой мочѣ разныхъ, дающихъ цвѣтныя реакціи. Это не

зависитъ отъ взаимоотношенія между ними, а является общимъ слѣдствіемъ болѣзненнаго состоянія организма, при чемъ мочей выводятся въ большемъ количествѣ вещества, дающія цвѣтныя реакціи. Какъ усиленное выдѣленіе индикана и появленіе уробилина въ мочѣ говорятъ за страданіе организма, такъ и алдегидовая реакція указываетъ на патологическое состояніе его. Въ моихъ случаяхъ съ положительною реакціей уд. вѣсъ мочи колебался отъ 1012 до 1026, что говоритъ противъ мнѣнія *Engel*'я о полученіи реакціи только въ мочѣ съ высокимъ уд. вѣсомъ. Полученіе алдегидовой реакціи также не зависитъ отъ цвѣта мочи.

Въ виду сказаннаго и на основаніи литературныхъ данныхъ я могъ придти къ слѣдующимъ выводамъ относительно значенія диметиламидобензалдегидовой реакціи. Распознавательнаго значенія для установленія формы болѣзни она не имѣетъ; въ этомъ смыслѣ діазореакція по отношенію къ тифу и бугорчаткѣ легкихъ является весьма важною. Будучи положительной, алдегидовая реакція можетъ указывать на патологическое состояніе организма, не появляясь вовсе, или только въ видѣ слѣдовъ, въ мочѣ нормальной. Она можетъ не получаться въ мочѣ завѣдомо больныхъ людей; поэтому только присутствіе ея имѣетъ извѣстное патогностическое значеніе. Во многихъ случаяхъ, но не всегда, замѣчается параллелизмъ между рѣзкостью реакціи и колебаніями въ состояніи больного; значенія для предсказанія реакція эта не имѣетъ. Прямой связи съ другими цвѣтными реакціями мочи она тоже не имѣетъ, но при положительной алдегидовой реакціи моча содержитъ большею частью увеличенное количество и другихъ красящихъ веществъ. Съ уд. вѣсомъ мочи и цвѣтомъ ея она также не находится въ связи. Алдегидовая реакція, не будучи сходною съ другими, есть реакція sui generis.

Литература: 1. *Ehrlich*. «Die medicinische Woche», 1901, 15 апрѣля. — 2. *Pröscher*. «Zeitschrift f. physiologische Chemie», 1901, т. XXXI.—3. *Онъ же*. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1903, № 49.—4. *Clemens*. «Deutsches Archiv f. klinische Medicin», 1901, т. LXXI.—5. *Kosiczkowsky*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1902, № 44.—6. *Pappenheim*. Прив. по *Pröscher*.—*Fr. Müller*. «Zeitschrift f. Biologie», 1902, стр. 564 (прив. по *Pröscher*).—*Engel*. Прив. по *Clemens*'у.—*A. Schmidt* и *Baumstark*. «Münchener medicinische Wochenschrift», 1903, № 17.

CLXXXIX. Изъ клиники діагностики и общей терапіи проф. М. В. Яновскаго въ В.-Медицинской Академіи.

Сравнительныя наблюденія надъ теплообмѣномъ у людей въ прѣсныхъ и 15—20% соленыхъ ваннахъ.

А. Ф. Джевецкаго.

Не смотря на то, что соленыя ванны уже давно служатъ однимъ изъ лѣчебныхъ средствъ при многихъ заболѣваніяхъ, назначеніе и примѣненіе ихъ до сихъ поръ почти исключительно опирается на эмпирическія данныя. Только со средины прошлаго 100-лѣтія встрѣчаются первыя попытки научнаго ихъ изученія и одновременно желанія выяснить разницу между ними и обыкновенными прѣсными ваннами. Среди различныхъ вопросовъ, возникающихъ при этомъ, весьма интереснымъ является—сравнить теплообмѣнъ человѣческаго тѣла при примѣненіи прѣсныхъ, съ одной стороны, и соленыхъ ваннъ, съ другой. Вліяніе ванны на организмъ можетъ обнаружиться какъ во время самой ванны, такъ и въ послѣдующій періодъ. Настоящая работа и представляетъ попытку сравнить теплообмѣнъ у людей въ ваннахъ (т. е. во время самой ванны) прѣсныхъ и соленыхъ высокаго насыщенія. Въ литературѣ прямо отвѣчающихъ на этотъ вопросъ работъ нѣтъ. Только д-ромъ *П. А. Веретой* [13]) произведены подобныя-же наблюденія надъ ваннами слабаго насыщенія, а именно 4% и 6% изъ морской соли. Всѣ-же остальныя работы касаются или вліянія прѣсныхъ и соленыхъ ваннъ на послѣдующій (послѣ ванны) обмѣнъ и преимущественно азотообмѣнъ, или измѣненія температуры тѣла во время ваннъ. 1-го ряда работъ я не буду касаться вовсе, какъ не имѣющихъ непосредственнаго отношенія къ моей задачѣ, и отсылаю интересующихся къ диссертаціямъ д-ровъ *А. С. Балтузевича* [10]), *А. И. Крыжановскаго* [17]) и *П. А. Вереты*, гдѣ эти работы подробно разобраны.

Относительно измѣненія температуры тѣла во время прѣсныхъ и соленыхъ ваннъ имѣется достаточно изслѣдованій и въ русской, и въ иностранной литературахъ, но мнѣнія по этому вопросу далеко не одинаковы. Одни авторы хотя и приписываютъ главное вліяніе на измѣненіе температуры тѣла температурѣ ванны, но и насыщенію солевыхъ растворовъ отводятъ извѣстную роль [*Kaster* [1]), *Jehmann* [2]), *И. И. Макавѣевъ* [3]), *О. О. Мочутковскій* [4]), *Коссовскій* [5])], а другіе [*М. Рабиновичъ* [6]), *А. І. Кондыревъ* [7]), *Я. С. Кремянскій* [8]), *Э. Ф. Важевскій* [9]), *А. С. Балтузевичъ* [10]), *Leichtenstern* [11])], или совсѣмъ не находили никакой разницы между такими ваннами, или столь незначительную, что считаютъ возможнымъ совершенно отрицать специфическое вліяніе соленыхъ ваннъ на температуру тѣла. Я упоминаю лишь вскользь объ этихъ работахъ, такъ какъ измѣненія въ температурѣ тѣла во время ванны далеко не всегда отвѣчаютъ дѣйствительному состоянію теплообмѣна. Дѣло въ томъ, что термометръ указываетъ лишь на конечный результатъ взаимоотношенія въ данномъ организмѣ между теплопроизводствомъ и теплоотдачей. Температура тѣла можетъ не измѣниться, не смотря на значительное усиленіе теплопроизводства, если только одновременно и въ такой-же степени возрастетъ теплоотдача. Такъ какъ теплоотдача и теплопроизводство идутъ далеко не всегда строго параллельно и между ними можетъ быть множество различныхъ сочетаній, то становится понятнымъ, что для того, чтобы судить о теплообмѣнѣ, однихъ термометрическихъ данныхъ недостаточно. Опредѣленіе теплообмѣна возможно только путемъ прямой калориметріи въ спеціально приспособленномъ для этого приборѣ. Въ 1901 г. въ клиникѣ проф. *М. В. Яновскаго* д-ромъ *В. Н. Песковымъ* [12]) была устроена подобная ванна-калориметръ, что дало возможность произвести рядъ изслѣдованій теплообмѣна между водою ванны и человѣческимъ тѣломъ. Относительно соленыхъ ваннъ имѣется работа д-ра *П. А. Вереты*, который сравнивалъ теплообмѣнъ въ прѣсныхъ и соленыхъ 4% и 6% ваннахъ холодныхъ и теплыхъ. Наблюденію подвергались здоровые люди, находившіеся приблизительно въ одинаковыхъ условіяхъ жизни и пищевого довольствія. Обыкновенно соленая ванна сравнивалась съ 2-мя прѣсными, сдѣланными одна за день, а другая на слѣдующій день послѣ соленой. Въ конечномъ выводѣ авторъ признаетъ, что «существенная роль въ теплообмѣнѣ между человѣческимъ тѣломъ и водяной ванной принадлежитъ температурѣ ванны, а не прибавленію къ ней соли. Разница въ теплопроизводствѣ въ прѣсныхъ и соленыхъ ваннахъ настолько незначительна, при прочихъ равныхъ условіяхъ, что опредѣленнаго заключенія сдѣлать нельзя». Что касается холодныхъ ваннъ, то оказалось, что 4% и 6% соленыя ванны при одинаковой температурѣ и продолжительности отнимаютъ у тѣла не больше тепла, чѣмъ прѣсныя. Отмѣчая, затѣмъ, что въ теплоусиливающихъ прѣсныхъ ваннахъ теплоотдача ванны человѣку больше на 6,15%, чѣмъ въ соленыхъ, равно какъ и разогрѣваніе тѣла въ первыхъ больше на 0,2273 калорій, авторъ считаетъ эти величины незначительными и объясняетъ меньшей теплоемкостью и большей теплопроводностью солевыхъ растворовъ. Общій выводъ автора тотъ, что существенная роль въ теплообмѣнѣ между человѣческимъ тѣломъ и водяной ванной принадлежитъ температурѣ ванны, а не прибавленной къ ней соли (4 и 6%), значеніе которой крайне ничтожно и легко можетъ быть уравновѣшено измѣненіемъ температуры ванны въ ту или другую сторону. Не явилась-ли, однако, столь нерѣзкая разница между теплообмѣномъ въ прѣсныхъ и соленыхъ ваннахъ слѣдствіемъ слишкомъ небольшого насыщенія соли, и не получатся-ли другіе результаты, если ванна будетъ содержать большій % соли? Мною и были предприняты опыты именно въ этомъ направленіи. Я примѣнялъ ванны 20% и 15% изъ морской соли индифферентныя, теплыя и горячія.

Свои опыты я велъ съ вышеупомянутой ванной-калориметромъ

д-ра *В. Н. Пескова*, устройство которой въ краткихъ чертахъ таково. Калориметръ представляетъ изъ себя мѣдную, имѣющую форму саркофага, ванну, внутри вылуженную оловомъ. Она имѣетъ въ длину 165 стм., и вмѣщаетъ около 220 литровъ воды. Снаружи ванна обложена 3-мя слоями хорошо высушеннаго войлока, поверхъ котораго еще наложена толстая парусина, промазанная непромокаемымъ составомъ. Всѣ эти облегающіе слои изъ дурнопроводящихъ тепло матеріаловъ имѣютъ толщину около 2 стм. Для предохраненія отъ промоканія снаружи, парусиновая оболочка выкрашена эмалевой краской. Ко дну ванны прикрѣплены 2 продольныхъ деревянныхъ полоза; на этихъ полозьяхъ и стоитъ калориметръ, не касаясь другими мѣстами своего дна деревяннаго стола, на которомъ поставлена вся ванна. Этими приспособленіями достигнуто то, что потеря тепла изъ ванны проведеніемъ чрезъ стѣнки ея сведена почти къ нулю, а остываніе (resp. нагрѣваніе) содержимаго ея идетъ только съ поверхности. На ножномъ, нѣсколько съуженномъ, концѣ ванны, прикрытомъ толстой деревянной доской, находится насосъ и электродвигатель. Движеніе послѣдняго (1300 оборотовъ въ минуту) передается безконечнымъ ремнемъ насосу, снабженному мѣшалкой, дѣлающей 1500 оборотовъ въ минуту. Присасывающая трубка насоса начинается у дна ванны въ ножномъ ея концѣ полымъ цилиндромъ съ дырочками. Послѣ смѣшенія вода идетъ по трубкѣ, проложенной по серединѣ внутренней поверхности ванны, огибающей всю головную часть ея и оканчивающейся глухимъ концомъ, на 1 аршинъ не доходя до ножного конца. Эта трубка продырявлена 3 мя рядами отверстій: верхнихъ, направленныхъ кверху подъ угломъ съ горизонтальной плоскостью въ 45°, нижнихъ, открывающихся внизъ подъ такимъ-же угломъ, и горизонтальныхъ, расположенныхъ по внутренней сторонѣ трубки, т. е. открывающихся въ середину ванны. Приведенный въ движеніе двигатель смѣшиваетъ воду на столько быстро и хорошо, что чрезъ 3—5 мин. не удается уже уловить разницы температуры въ самыхъ разнообразныхъ слояхъ и мѣстахъ ванны, даже термометромъ, дѣленнымъ на $^1/_{50}$ Ц., которымъ можно отсчитывать 0,005° Ц. Этому много способствуетъ форма ванны (саркофагъ), гдѣ всѣ углы закруглены. Такимъ образомъ получается водяной калориметръ съ прекрасно достигаемой повсюду одинаковой температурой, при чемъ остываніе его идетъ чрезвычайно равномѣрно и всегда одинаково. Такъ, при температурѣ воды въ 40—39° теплопотеря равна въ 5-минутный промежутокъ 0,19°—0,18°, отъ 39° до 38°—0,18°—0,17°, отъ 38° до 37°—0,17—0,15°, отъ 35° до 34°—0,11°—0,10°. Эти данныя были вполнѣ подтверждены и послѣдующими наблюдателями [*Н. М. Яновичъ* [14]), *П. А. Верета* [13]), *В. В. Шиманскій* [15]), *В. Ф. Миропольскій* [16])].

Для равномѣрности остыванія требуется постоянство температуры окружающаго ванну воздуха. Комната, въ которой находится описываемый калориметръ, весьма удобна для поддерживанія опредѣленной температуры въ ней, такъ какъ одна дверь изъ нея ведетъ въ корридоръ, а другая въ помѣщеніе римско-ирландской бани. Отворяя 1-ую дверь, можно понижать температуру комнаты, а, открывая 2-ую, повышать ее. Влажность воздуха не остается безъ вліянія на быстроту остыванія воды въ ваннѣ, но вышеупомянутые изслѣдователи при своихъ работахъ нашли, что колебанія ея между 25—50% по гигрометру Сосюра, что и бываетъ въ данномъ помѣщеніи, не оказываетъ замѣтнаго вліянія на скорость остыванія калориметра.

Во всѣхъ нижеслѣдующихъ наблюденіяхъ производились измѣреніе температуры ванны, ванной комнаты и тѣла изслѣдуемаго. Кромѣ того, опредѣлялись мышечная сила, пульсъ, дыханіе и вѣсъ тѣла.

Температура воздуха въ комнатѣ измѣрялась 2-мя термометрами, дѣленными на $^1/_5$ Ц. Одинъ изъ нихъ былъ подвѣшенъ у стѣнки ванны сбоку, а другой—надъ ванной на высотѣ около 70 стм. Ртутные резервуары ихъ были защищены отъ вліянія дыханія при отсчетѣ температуры бумажными колпачками. Вычисленіемъ средней величины изъ показаній обоихъ термометровъ опредѣлялась температура комнаты.

Для измѣренія температуры ванны въ ней былъ также подвѣшенъ въ ножной ея части термометръ съ дѣленіями на $^1/_{20}$° Ц. Во избѣжаніе ошибки отъ параллакса онъ былъ прикрѣпленъ къ зеркальной пластинкѣ, и такимъ образомъ можно было всегда при наблюденіи имѣть глазъ на уровнѣ ртутнаго столбика.

Температура тѣла измѣрялась у испытуемыхъ въ прямой кишкѣ и подъ-мышкой. Оба термометра—не максимальные, дѣленные на $^1/_{20}$° Ц. Подъ-мышкой термометръ держался не менѣе 20 мин., или онъ сначала нагрѣвался въ горячей водѣ до 39°—41° и тогда было вполнѣ достаточно 10 мин. для точнаго отсчета. Для прямой кишки имѣлся особый термометръ, изготовленный по модели д-ровъ *Яновича* и *Вереты*. Термометръ этотъ изогнутъ въ кишечномъ концѣ подъ угломъ въ 75°. Скала его такой длины, что при введеніи въ прямую кишку человѣка, находящагося въ ваннѣ, дѣленія его выше 35° находятся внѣ воды. Ради удобства отсчета скала укрѣплена въ сагиттальной плоскости, т. е. къ лицу изслѣдующаго. Отсчетъ температуръ комнаты, ванны и тѣла производились съ помощью лупы, что даетъ возможность на указанныхъ термометрахъ для воды и тѣла отсчитывать сотыя и даже тысячныя доли градуса.

Каждый опытъ распадался на 3 періода. Въ 1-мъ (предварительномъ) и 3-мъ (послѣдующемъ), продолжительностью въ 20 мин. каждый, опредѣлялась величина остыванія содержимаго ванны безъ человѣка. Самое наблюденіе теплообмѣна происходило во 2-мъ, среднемъ, періодѣ, продолжительностью также въ 20 мин., когда въ калориметръ помѣщался человѣкъ. Производство наблюденій шло такимъ образомъ. Ванна наполнялась водой или солевымъ растворомъ до черты на внутренней ея стѣнкѣ, соотвѣтствовавшей уровню въ 147 литровъ. Температура ванны бралась нѣсколько выше, чѣмъ было потребно для опыта. Не менѣе чѣмъ за 5 мин. до начала наблюденія приводился въ движеніе электродвигатель, и начиналось смѣшеніе содержимаго ванны, безпрерывно продолжавшееся въ теченіи всего опыта. Зная заранѣе (см. выше), на сколько остынетъ ванна за предварительный періодъ, первый отсчетъ температуры начинали такъ, чтобы къ началу 2-го періода температура ванны была какъ разъ такая, какая требовалась для опыта. Одновременно съ этимъ испытуемый раздѣвался до нага, взвѣшивался на вѣсахъ, опредѣлялась его мышечная сила рукъ, затѣмъ ему ставились термометры подъ мышку и въ прямую кишку, при чемъ онъ закрывался простыней. Пульсъ и дыханіе сосчитывались за 2—3 мин. до погруженія въ ванну. Въ самомъ концѣ 1-го періода опыта отсчитывалась температура тѣла и ванны, и испытуемый немедленно садился въ калориметръ. Въ теченіи средняго періода производились тѣ-же отсчеты температуры тѣла, ванны и воздуха. За 2—3 мин. до выхода испытуемаго изъ ванны у него сосчитывался пульсъ въ височной артеріи. Послѣ отмѣтки температуры тѣла и ванны въ моментъ окончанія средняго періода, испытуемый выходилъ изъ ванны, не вынимая термометровъ, и обсушивался простыней. Послѣдній, повѣрочный періодъ равнялся по продолжительности 1-му и сопровождался тѣми-же изслѣдованіями. Въ теченіи всего опыта отсчеты производились каждыя 5 мин. по секундомѣру. По окончаніи 3-го періода испытуемый тщательно вытирался простыней, взвѣшивался на вѣсахъ, и у него опредѣлялась снова мышечная сила рукъ.

Такимъ образомъ, что касается теплообмѣна, то каждый опытъ далъ 4 цифры: величину остыванія ванны за 1-ый періодъ, величину охлажденія за 3-ій, т. е. за время, когда въ ваннѣ не было испытуемаго, затѣмъ величину охлажденія за 2-й періодъ съ испытуемымъ и, наконецъ, разницу въ его подмышковой и прямокишечной температурахъ за ванный періодъ. Съ помощью этихъ цифръ можно вычислить по способу *Liebermeister*'а величину теплоотдачи и теплопроизводства. Я долженъ здѣсь оговориться, что опредѣлялся теплообмѣнъ всего тѣла, кромѣ головы и шеи.

Что касается теплоотдачи или тепловоспріятія, то отсчеты при индиферентныхъ и теплыхъ, а также при горячихъ ваннахъ могутъ быть 2-хъ родовъ. 1) Изъ средней величины остыванія за 1-ый и 3-ій періоды вычитается величина остыванія за 2-й періодъ, и полученная разница умножается на величину теплоемкости всей ванны, вычисленную по нижеприводимой формулѣ. Результатъ укажетъ на число отданныхъ тѣломъ килокалорій, т. е. на теплоотдачу человѣка. 2) Изъ величины остыванія ванны за 2-й періодъ вычитается среднее остываніе за 1-ый и 3-ій періодъ работы, и полученная разница умножается на вышеуказанную величину. Тогда получится величина теплоотдачи ванны человѣку также въ килокалоріяхъ.

Если разницу между должнымъ остываніемъ за 2-й періодъ и найденнымъ изъ опыта обозначить At^0, теплоемкость 1 L воды или солевого раствора — C., количество литровъ въ ваннѣ — m, водяной эквивалентъ ванны — Q, а искомую теплоотдачу или тепловоспріятіе — x, то получимъ формулу $x = At^0 . (m. C + Q)$. Такъ какъ ванна въ моихъ опытахъ всегда содержала 147 литровъ воды или солевого раствора, а водяной эквивалентъ ея равенъ 3 килокалоріямъ, теплоемкость-же воды равна 1, то для прѣсныхъ ваннъ формула эта упрощается слѣдующемъ образомъ: $x = At^0 (147.1 + 3) = At. 150$. При употребленіи-же солевого раствора требуется знать теплоемкость, 1 L его. Послѣднюю я опредѣлялъ для 15% и 20% растворовъ морской соли въ физическомъ кабинетѣ В.-Медицинской Академіи *). Я не пользовался обыкновеннымъ способомъ опредѣленія теплоемкости помощью смѣшенія изслѣдуемой жид-

*) За любезное разрѣшеніе пользоваться приборами и за совѣты приношу искреннюю благодарность проф. *С. Я. Терешину* и его ассистенту *Н. А. Орлову*.

кости съ водою, чтобы обезпечить результаты опытовъ отъ возможныхъ температурныхъ нарушеній при измѣненіи крѣпости смѣшиваемыхъ солевыхъ растворовъ. Имѣя кусокъ металла (желѣза) съ извѣстной удѣльной теплотой, можно тѣмъ-же калориметромъ для смѣшенія легко опредѣлить удѣльную теплоту прямо солевого раствора, пользуясь слѣдующей формулой $Q'C'(t'-t^0)+P.0{,}094(t'-t^0)=q'c(T-t')$, отсюда $C'=\frac{q'c(T-t')-P.0{,}094(t'-t^0)}{(t'-t^0)Q'}$. Въ данной формулѣ C' — искомая удѣльная теплота солевого раствора, Q' — вѣсъ взятаго количества этого раствора, P — вѣсъ калориметра (латуннаго), удѣльная теплота которой 0,094. Кусокъ металла, вѣсъ котораго q', а удѣльная теплота c, нагрѣвается въ парахъ кипящей воды и такимъ образомъ принимаетъ температуру (T) кипѣнія воды при данномъ атмосферномъ давленіи. Нагрѣтый металлъ опускается въ калориметръ съ солевымъ растворомъ, температура котораго t^0, и отдаетъ ему тепло, благодаря чему растворъ нагрѣвается до t' градусовъ. Такимъ способомъ изъ ряда опытовъ было найдено, что средняя величина удѣльной теплоты 15% раствора равна 0,8528, а для 20%=0,7965.

Чтобы по удѣльной теплотѣ килограмма солевого раствора опредѣлить теплоемкость литра его, должно уд. теплоту умножить на уд. вѣсъ даннаго вещества. Уд. вѣсъ 15% раствора = 1,098, а 20% 1,135, т. е. теплоемкость 1-го раствора 0,94, а 2-го 0,90.

Теперь становится возможнымъ опредѣлять теплопотери и тепловоспріятіе человѣка въ соленыхъ ваннахъ. Вышеупомянутая для этого формула принимаетъ тогда слѣдующій видъ: для ваннъ 15%—$At(147.0{,}94+3)$, а для 20%—$At(147.0{,}90+3)$ *).

Всего я сдѣлалъ 66 наблюденій—при прѣсныхъ ваннахъ 41, а при соленыхъ 25. Каждая ванна съ солью дѣлалась между 2-мя прѣсными, одинаковой съ нею температуры. Наблюденію были подвергнуты 6 чел.: 1 лабораторный служитель и 5 лежавшихъ въ клиникѣ больныхъ. Послѣдними я пользовался по преимуществу, такъ какъ у нихъ легче можно было достигнуть единства пищевого довольствія и исключить вліяніе на теплообмѣнъ мышечныхъ напряженій, болѣзненныя-же явленія у нихъ были вообще незначительны и въ теченіи опытовъ теплообмѣнъ ихъ ничѣмъ не нарушался замѣтно. Результаты наблюденій, что касается калориметрической стороны, приведены въ нижеслѣдующихъ таблицахъ (см. табл. 1, 2 и 3).

Какъ видно изъ таблицъ, какой-либо отчетливой разницы во вліяніи на теплообмѣнъ между прѣсными и 15% и 20% солеными ваннами подмѣтить не удается. У одного и того-же лица иногда наблюдается бо́льшая теплоотдача или тепловоспріятіе во время прѣсной ванны, иногда—во время соленой. Равнымъ образомъ нельзя сказать, чтобы была замѣтна разница въ повышеніи при теплыхъ или пониженіи при холодныхъ ваннахъ температуры тѣла въ прямой кишкѣ или подъ мышкой въ зависимости отъ качества ванны. Попутно, какъ я выше упоминалъ, я изслѣдовалъ мышечную силу руки до и послѣ ваннъ, а также сосчитывалъ пульсъ до ванны, во время ея и послѣ и дыханіе передъ ванной и послѣ нея. И въ этихъ отношеніяхъ не оказалось никакой замѣтной разницы между ваннами солеными и прѣсными.

Опрашивая подвергавшихся опытамъ лицъ, я ни разу не получилъ какого-либо указанія на раздраженіе кожи, пощипыванія или покалыванія при соленыхъ ваннахъ. Желая выяснить, можетъ-ли человѣкъ ощутить разницу въ физическихъ свойствахъ ваннъ въ отношеніи теплоемкости и теплопроводности, я отмѣчалъ ощущенія подвергавшихся опытамъ лицъ, когда они садились въ ванну, нѣсколько разъ во время ванны и послѣ нея. Изъ этихъ данныхъ выяснилось лишь одно, что каждая послѣдующая ванна одинаковой температуры съ предыдущей казалась испытуемому менѣе теплой, т. е. обнаруживалось привыканіе, но никакого отличія между прѣсными и солеными ваннами никто изъ нихъ отмѣтить не могъ.

Такимъ образомъ на основаніи работы д-ра *Вереты* и

Табл. 1.

Индифферентныя прѣсныя и соленыя ванны 20%.

Начальная буква фамиліи.	Мѣсяцъ и число.	Качество ванны.	Среднее остываніе ванны въ 1'.	2-й ванный періодъ (20')				Температура тѣла подъ мышкой			Температура въ прямой кишкѣ.			Теплоотдача.		Вѣсъ тѣла.
				Температура ванны въ началѣ.	Температура ванны въ концѣ.	Видимое остываніе ванны.	Нагрѣваніе ванны отъ человѣка.	до ванны.	послѣ ванны.	прибыль или убыль.	до ванны.	послѣ ванны.	прибыль или убыль.	вся.	на кило вѣса.	
К.	27/IX	прѣсная	0,021	34,05	33,74	0,31	0,11	36,38	36,55	+0,17	37,17	36,75	—0,42	16,5	0,276	59,8
	28/IX	соленая	0,0182	34.115	33,92	0,195	0,17	36,50	?	?	37,14	36,79	—0,35	23,001	0,380	60,5
	29/IX	прѣсная	0,0234	34,00	33,705	0,295	0,1725	36,53	?	—	37,21	36,80	—0,41	25,875	0,428	60.5
	30/IX	соленая	0,020	34,97	34,66	0,31	0,09	36,48	?	—	37,27	36,91	—0,36	12,177	0,202	60,3
	1/X	прѣсная	0,0245	34,87	34,45	0,42	0,07	36.20	36,30	+0,10	37,31	36,95	—0,36	10,50	0,176	59,6
	2/X	соленая	0,0210	35,15	34,77	0,38	0,04	36,67	36,94	+0,27	37,49	36,97	—0,52	5,422	0,090	60,1
	3/X	прѣсная	0,0245	35,15	34,74	0,41	0,08	36,40	36,71	+0,31	37,36	37,19	—0,17	12,00	0,199	60,3
З.	27/IX	прѣсная	0,0217	34,26	34,05	0,21	0,224	36,53	?	—	37,30	37,15	—0,15	33,6	0,505	66,5
	28/IX	соленая	0,01875	34,34	34,17	0,17	0,205	37,06	?	—	37,69	37,12	—0,57	27,74	0,417	66,5
	1/X	прѣсная	0,02425	35,00	34,66	0,34	0,145	37,21	36,66	—0,55	37,72	37,13	—0,59	21,75	0,324	66,7
	2/X	соленая	0,0211	35,075	34,75	0,325	0,097	36,97	36,55	—0,42	37,47	36,93	—0,54	13,12	0,192	67,2
	3/X	прѣсная	0,0234	35,00	34,61	0,39	0,078	37,04	36,61	—0,43	37,60	37,02	—0,58	11,7	0,174	67,1
К.	1/X	прѣсная	0,0238	34,95	34,575	0,375	0,1025	37,11	37,10	—0,01	37,55	37,02	—0,53	15,375	0,258	59,7
	2/X	соленая	0,020	35,02	34,67	0,35	0,05	36,72	36,70	—0,02	37,36	36,87	—0,49	6,765	0,113	59,8
	3/X	прѣсная	0,0226	34,87	34,46	0,41	0,042	36,94	36,60	—0,34	37,33	36,76	—0,57	6,3	0,148	60,1

Прѣсныя и 15% соленыя.

К.	24/X	прѣсная	0,0225	35,01	34,57	0,44	0,01	36,45	36,37	—0,08	36,89	36,70	—0,19	1,5	0,0206	72,7
	25/X	соленая	0,0205	35,02	34,70	0,32	0,09	36,58	?	—	37,10	36,76	—0,34	12,706	0,176	72,2
	26/X	прѣсная	0,0248	35,00	34,60	0,40	0,096	36,69	36,80	+0,11	37,16	36,88	—0,28	14,46	0,2020	71,5
	27/X	тоже	0,0225	35,045	34,69	0,355	0,095	36,92	36,90	—0,02	37,40	37,02	—0,38	14,25	0,1987	71,7
	28/X	соленая	0,01937	35,02	34,70	0,32	0,067	36,67	36,60	—0,07	37,10	36,80	—0,30	9,459	0,1308	72,3
	29/X	прѣсная	0,0242	34,97	34,545	0,425	0,059	36,15	36,50	+0,35	36,77	36,50	—0,27	8,85	0,1215	72,8
П.	29/X	прѣсная	0,022	35,02	34,60	0,42	0,02	36,74	36,46	—0,28	37,05	36,75	—0,30	3,00	0,049	60,7
	30/X	соленая	0,0193	35,05	34,63	0,42	0,034	36,60	36,43	—0,17	36,85	36,60	—0,25	4,70	0,077	60,5
	31/X	прѣсная	0,0235	35,00	34,51	0,49	0,02	36,81	36,55	—0,26	37,08	36,76	—0,32	3,0	0,0496	60,4

*) Мои опредѣленія не сходятся съ опредѣленіями д-ра *Вереты* вслѣдствіе допущенной имъ ариѳметической ошибки при выводѣ формулъ.

Табл. 2.

Теплыя прѣсныя и 15% соленыя ванны.

Начальная буква фамиліи.	Мѣсяцъ и число.	Качество ванны.	Среднее остываніе ванны въ 1'.	2-й ванный періодъ (20')				Температура тѣла подъ мышкой.			Температура въ прямой кишкѣ.			Тепловоспріятіе.		Вѣсъ тѣла.		
				Температура ванны въ началѣ.	Температура ванны въ концѣ.	Видимое остываніе ванны.	Остываніе ванны отъ человѣка.	до ванны.	послѣ ванны.	прибыль.	до ванны.	послѣ ванны.	прибыль или убыль.	все.	на кило вѣса.	до ванны.	послѣ ванны.	средній.
К.	4/х	прѣсная	0,0275	37,67	36,95	0,72	0,17	36,58	37,39	+0,81	37.30	37,44	+0,14	25,5	0,423	60,5	60.2	60,35
	5 х	соленая	0,027	37,65	36,855	0,795	0,255	36,30	37,03	+0,73	37,19	37,18	—0,01	36,00	0.599	60,2	60,1	60,15
	6/х	прѣсная	0,027	37,60	36,945	0,655	0,115	36,67	37,39	+0,72	37,60	37,61	+0,01	17,25	0.286	60,3	60,28	60,29
	9/х	тоже	0,0293	37,58	36 86	0,72	0,134	36,40	37,14	+0,74	37,46	37,36	—0,10	20,1	0 332	60,55	60,5	60,53
	10,х	соленая	0,0287	37.58	36,85	0,73	0,158	36,50	37,10	+0,60	37,30	37,30	0,0	22,306	0,370	60,3	60,2	60,25
	11/х	прѣсная	0,0287	37,59	36,88	0,71	0,138	36,40	37,10	+0,70	37,39	37,41	+0,02	20,7	0,344	60,2	60,2	60,2
	12/х	соленая	0,0268	37,61	36,885	0,73	0,194	36,58	36,95	+0,37	37,01	37,11	+0 10	27,39	0,451	60,7	60,7	60,7
	13,х	прѣсная	0,0292	37,575	36,865	0,71	0,128	36,15	37,17	+1,02	37,48	37,50	+0,02	19,2	0,318	60,4	60,4	60,4
К.	4/х	прѣсная	0,028	37,51	36,82	0,69	0,13	36,89	37,04	+0,15	37,18	37,16	—0.02	19,5	0,322	60,5	60,5	60,5
	5/х	соленая	0,0274	37,50	36.83	0,67	0,122	36,67	37,10	+0,43	37,17	37,21	+0,04	17,22	0,287	60,0	60,0	60,0
	6 х	прѣсная	0,0263	37,54	36,88	0,66	0,134	36,82	37,03	+0,21	37,23	37,17	—0,06	20,1	0,333	60,4	60,3	60,35
	15/х	тоже	0,0263	37,54	36,91	0,63	0,104	36,80	37,10	+0,30	37,14	37,20	+0,06	15,6	0,259	60,2	60,2	60,2
	16/х	соленая	0,0243	37,59	36,96	0,63	0,144	36,45	37,00	+0,55	37,02	37,12	+0,10	20,33	0,340	59,8	59,8	59,8
	17/х	прѣсная	0,0298	37,50	36,80	0,70	0,104	36,75	37,05	+0,30	37,14	37,15	+0,01	15,6	0,261	59,7	59,7	59,7
П.	9/х	прѣсная	0,0283	37,52	36,78	0,74	0,174	36,45	36,95	+0,50	36,85	37,02	+0,17	26,1	0,428	66,0	61,0	61,0
	10/х	соленая	0,0280	37,53	36,84	0,69	0,13	36,48	37,06	+0,58	37,10	37,11	+0,01	18,34	0,301	60,9	60,9	60,9
	11/х	прѣсная	0,0287	37,53	36,82	0,71	0,138	36,41	36,90	+0,49	36,92	36,97	+0,05	20,7	0,339	61,1	61,1	61,1
	12/х	соленая	0,0267	37,55	36,85	0,70	0,168	36,50	36,90	+0,40	36,92	36,94	+0,02	23,72	0,389	61,0	61,0	61,0
	13/х	прѣсная	0,0285	37,51	36,71	0,80	0,23	36,45	36,70	+0,25	36,72	36,77	+0,05	34,5	0,562	61,4	61,3	61,35
	15 х	тоже	0,0263	37,54	36,86	0,68	0,154	36,86	37,00	+0,14	37,21	37,18	—0,03	23,10	0,382	60,5	60,5	60,5
	16 х	соленая	0,0240	37,59	36,87	0,715	0,235	36,50	36,75	+0,25	36,86	36,88	+0,02	33,18	0,545	60,9	60,9	60,9
	17/х	прѣсная	0,0297	37,505	36,78	0,725	0,133	36,62	36,82	+0,20	36,97	36,96	—0,01	19,95	0,327	61,0	61,0	61,0
С.	22/х	прѣсная	0,0307	37,47	36,85	0,62	0,08	37,15	37,20	+0,05	37,46	37,49	+0,03	12,0	0,183	65,7	65,4	65,55
	23/х	соленая	0,0297	37,47	36,85	0,62	0,08	37,05	37,22	+0,17	37,58	37,55	—0,03	11,29	0,173	65,5	65,1	65,3
	24/х	прѣсная	0,0297	37,47	36,80	0,67	0,07	36,85	37,13	+0,28	37,50	37,45	—0,05	10,5	0,161	65 3	64,9	65,1
	25/х	соленая	0,0266	37,475	36,90	0,575	0,045	37,09	37,19	+0,10	37,35	37,40	+0,05	6,35	0,097	65,9	65,6	65,75
	26/х	прѣсная	0,0305	37,47	36,805	0,665	0,055	36,95	37,14	+0,19	37,42	37,42	0	8,25	0,110	66,0	65,7	65,85

Табл. 3.

Горячія прѣсныя и 15% соленыя ванны.

К.	20/х	прѣсная	0,0353	39,89	38,85	1,04	0,334	37,00	38,40	+1,40	37,37	38,35	+0,98	50,1	0,9832	60,5	59,9	60,2
	21/х	соленая	0,035	39,88	38,70	1,18	0,48	36,76	38,23	+1,47	37,00	37,98	+0,98	67,77	1,133	60,0	59,6	59,8
	22/х	прѣсная	0,04	39,90	38,73	1,17	0,37	36,89	38,20	+1,31	37,18	38,13	+0,95	55,5	0,917	60,8	60,2	60,5
П.	20/х	прѣсная	0,0357	39,92	38,84	1,08	0,368	36,58	38,00	+1,42	37,02	37,67	+0,65	55,2	0,903	61,2	60,9	61,15
	21/х	соленая	0,0342	39,93	38,72	1,21	0,526	36,45	37,68	+1,23	36,77	37,43	+0,66	74,26	1,228	60,6	60,3	60,45
	22/х	прѣсная	0,0397	39,93	38,75	1,18	0,388	36,52	37,92	+1,40	37,10	37,62	+0,52	58,2	0,961	60,5	60,2	60,35
	23/х	соленая	0,0353	39,98	38,85	1,13	0,424	36,53	37,88	+1,35	37,10	37,60	+0,50	59,86	0,990	60,6	60,3	60,45
	24 х	прѣсная	0,037	39,95	38,75	1,20	0,46	36,62	37,85	+1,23	36,89	37,55	+0,66	69,0	1,133	61,0	60,8	60,9
	25/х	соленая	0,0339	39,98	38,84	1,14	0,463	36,72	38,00	+1,28	37,05	37,74	+0,69	65,37	1,066	61,5	61,2	61,35
	26,х	прѣсная	0,037	39,985	38,8	1,185	0,445	36,56	37,95	+1,39	37,00	37,55	+0,55	66,75	1,087	61,4	61,2	61,3
С.	27/х	прѣсная	0,035	40,0	38,75	1,25	0,55	37,09	38,45	+1,36	37,56	38,32	+0,76	82,5	1,276	64,9	64,4	64,65
	28/х	соленая	0,0333	40,02	38,92	1,10	0,434	37,02	38,49	+1,47	37,52	38,18	+0,66	61,27	0,933	66,0	65,3	65,65
	29/х	прѣсная	0,0347	40,015	38,85	1,165	0,472	37,03	38,40	+1,37	37,44	38,06	+0,62	70,8	1,088	65,3	64,9	65,1
	30/х	соленая	0,0328	40,025	38,91	1,115	0,458	37,10	38,55	+1,45	37,67	38,30	+0,63	64,66	0,995	65,3	64,7	65,0
	31/х	прѣсная	0,0383	39,99	38,80	1,19	0,424	37,16	38,42	+1,26	37,73	38,09	+0,36	63,6	0,977	65,4	64,8	65,1

моихъ наблюденій должно признать, что между прѣсными и солеными ваннами въ отношеніи теплообмѣна въ нихъ никакой существенной разницы подмѣтить не удается. Равнымъ образомъ изъ моихъ опытовъ слѣдуетъ, что при такихъ ваннахъ нѣтъ замѣтной разницы ни въ субъективныхъ ощущеніяхъ у принимающихъ ихъ, ни во вліяніи ихъ на пульсъ, дыханіе и мышечную силу послѣднихъ.

Литература. 1. *Kaster.* Die Wirkungsweise der Haller Jodsoole. «Wiener med. Presse», 1874. — 2. *Lehmann.* Bäder- und Brunnenlehre. Bonn, 1877. Прив. по диссертаціи д-ра *Веретъ.*— 3. *Макавѣевъ.* Матеріалы къ изученію дѣйствія различныхъ минеральныхъ водъ въ Старой Руссѣ на температуру тѣла, пульсъ и дыханіе. Диссертація, 1881.—4. *Мочутковскій.* Матеріалы къ изученію врачебной стороны Одесскихъ лимановъ. «Труды Одесскаго Бальнеологическаго Общества», вып. II, III. — 5. *Коссовскій.* Къ физіологіи и терапіи соленыхъ ваннъ. «Медицинскій Вѣстникъ», 1884.—6. *Рабиновичъ.* Матеріалы къ ученію о соленыхъ ваннахъ у горячечныхъ. Диссертація, 1885.—7. *Кондыревъ.* Славянскія минеральныя воды и грязи. Диссертація, 1891.— 8. *Кремянскій.* Прив. по диссертаціи д-ра *Веретъ.*—9. *Важевскій.* «Труды Харьковскаго медицинскаго Общества», 1893 г., вып. 1.—10. *Балтузевичъ.* Диссертація, 1898 г. — 11. *Leichtenstern.* Общая терапія *Ziemssen*'а, т. II, ч. 2, 1884 г. — 12. *Песковъ.* Къ методикѣ опредѣленія теплообмѣна между человѣческимъ организмомъ и водяной ванной. Диссертація, 1902.—13. *Верета.* Сравнительныя наблюденія надъ теплообмѣномъ въ прѣсныхъ и соленыхъ ваннахъ. Диссертація, 1903.—14. *Яновичъ.* О теплообмѣнѣ между гидроэлектрическими монополярными ваннами и тѣломъ человѣка. Диссертація, 1903.—15. *Шиманскій.* О тренирующемъ дѣйствіи электростатическихъ душей. Диссертація, 1903.—16. *Миропольскій.* Къ вопросу о тренирующемъ дѣйствіи горячихъ ваннъ на теплообмѣнъ. Диссертація, 1904.— 17. *Крыжановскій.* Сравнительныя наблюденія надъ теплообмѣномъ послѣ соленыхъ и прѣсныхъ ваннъ. Диссертація, 1903 г

СХС. Изъ бактеріологической лабораторіи Харбинскаго сводного № 1 госпиталя.

Къ вопросу о кровавомъ поносѣ въ Манджуріи.

Б. В. Г. Коренчевскаго.

Литература по данному вопросу, насколько мнѣ извѣстно, не богата. Я долженъ оговориться, что, не имѣя подъ рукой многихъ медицинскихъ журналовъ за послѣдніе годы, я, конечно, могъ многое и пропустить. Изъ имѣющихся работъ по этому вопросу прежде всего останавливаетъ вниманіе крайне интересная работа д-ра *Віолина* [1]). На основаніи годовыхъ отчетовъ по войскамъ Квантунской области и сводному Портъ-Артурскому госпиталю за 1899, 1900 и 1901 гг. авторъ знакомитъ главнымъ образомъ съ многими весьма важными эпидеміологическими данными. Такъ, онъ устанавливаетъ, что острыя желудочно кишечныя заболѣванія шли болѣе или менѣе рука объ руку съ заболѣваемостью дизентеріей, при чемъ первыхъ иногда было больше, чѣмъ вторыхъ. (Распознаваніе дизентеріи ставилось только клинически). Онъ приводитъ слѣдующія цифровыя данныя, подтверждающія его положеніе (стр. 1395): дизентериковъ было въ 1899 г. 386, въ 1900 г. 807, въ 1901 г. 1340, больныхъ острымъ гастро-энтеритомъ въ 1899 г. 490, въ 1900 г. 859, въ 1901 г. 421. По мѣсяцамъ какъ острыя желудочно-кишечныя заболѣванія, такъ и дизентерія даютъ обычно minimum въ февралѣ, maximum—въ сентябрѣ. Обычно съ конца іюня и начала іюля и далѣе до сентября вспышки этихъ заболѣваній держатся на высокихъ цифрахъ. Вотъ, напр., данныя за 1899 г. (стр. 1396):

Мѣсяца:	январь	февраль	мартъ	апрѣль	май	іюнь	іюль	августъ	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
дизентерія	16	10	7	2	5	9	46	110	91	50	19	21
острыя желудочно-кишечныя заболѣванія . . .	28	12	23	7	13	32	117	68	45	68	43	27

% смертности, по д-ру *Віолину* и др.—дов. высокій; такъ въ 1899 г. онъ былъ 19,94, въ 1900 г. 13,67, въ 1901 г. 7,23. Оставляя въ сторонѣ много другихъ интересныхъ данныхъ изъ работы д-ра *Віолина*, упомяну только о слѣдующихъ крайне важныхъ его выводахъ. Прежде всего онъ указываетъ на возможность дизентеріи во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, которые прежде разсматривались, какъ случаи обыкновенныхъ желудочно-кишечныхъ заболѣваній. Такъ, онъ приводитъ «случай, гдѣ, къ удивленію всѣхъ, на вскрытіи была найдена типичная дизентерія, между тѣмъ какъ при жизни въ характерѣ испражненій не было ничего, что побуждало-бы къ постановкѣ подобнаго распознаванія». Вышеприведенныя цифровыя данныя говорятъ за тоже.

Изъ этіологическихъ условій авторъ признаетъ крайне важными: 1) высокую температуру и жары, сопутствуемые обильными дождями и наводненіями, 2) влажную и гнилую почву и 3) вліяніе питьевой воды. На основаніи собственныхъ наблюденій, которыя полностью будутъ напечатаны впослѣдствіи, я могу безусловно согласиться со всѣми положеніями д-ра *Віолина* относительно этіологіи дизентерійныхъ эпидемій.

Другая работа принадлежитъ д-ру *Сонину* [2]). Въ ней авторъ касается главнымъ образомъ значенія промывательныхъ при дизентеріи. Изъ этой работы я приведу слѣдующую интересную таблицу (стр. 2753) (см. ниже).

«Изъ приведенной таблицы», пишетъ д-ръ *Сонинъ*, «видно, что за 4 года на дизентерію въ среднемъ падаетъ болѣе 15% общей заболѣваемости и почти 48% общей смертности, т. е., говоря другими словами, смертность отъ дизентеріи почти равна смертности отъ всѣхъ остальныхъ болѣзней, вмѣстѣ взятыхъ»,

Д-ръ *Мазаевъ* [3]) также сообщаетъ нѣкоторыя данныя по вопросу о лѣченіи дизентеріи, совѣтуя примѣнять при ней салолъ. Д-ръ *Харитоновъ* [4]) указываетъ въ своей работѣ на марганцевокислое кали, какъ на универсальное средство при дизентеріи.

Года.	Средній списочный составъ Квантунскихъ войскъ.	Всего заболѣли.	Заболѣли дизентеріей.	Умерли отъ болѣзней.	Умерли отъ дизентеріи.	На 1000 чел. списочнаго состава	
						заболѣли дизентеріей.	умерли отъ дизентеріи.
1898	9841	2115	212	110	46	21,5	4,7
1899	11908	3605	386	170	77	32,4	6,5
1900	13693	7125	892	266	122	65,2	8,9
1901	13791	5831	1340	170	97	97,2	7,0

Д-ръ *Топальскій* [5]), отмѣчая, какъ и другіе авторы, громадную важность дизентерійныхъ эпидемій, особенно подчеркиваетъ наклонность дизентеріи на Дальнемъ Востокѣ переходить въ хроническую форму и легко давать возвратъ. На эту-же особенность указываютъ и прочіе авторы.

2.

Перехожу къ своимъ изслѣдованіямъ. Не имѣя пока возможности напечатать полностью своихъ изслѣдованій относительно дизентеріи, ограничусь сообщеніемъ лишь нѣкоторыхъ данныхъ.

Самое важное это—то, что многія изъ разстройствъ кишечника, которыя обычно протекаютъ здѣсь подъ невиннымъ названіемъ простыхъ колитовъ, болотно-лихорадочныхъ поносовъ, Манджурской лихорадки и пр., оказались при бактеріологическомъ изслѣдованіи различно проявляющимися формами дизентеріи. Имѣя въ виду, что дизентерійная палочка *Shiga-Kruse* за послѣднее время громаднымъ большинствомъ авторовъ признается несомнѣннымъ возбудителемъ кроваваго поноса, я, находя ее во всѣхъ изслѣдованныхъ мною подозрительныхъ случаяхъ, считалъ таковые за дизентерійныя заболѣванія. Д-ръ *Кизерицкій*, нѣсколько ранѣе меня занимавшійся изслѣдованіями мѣстной дизентеріи, также всегда находилъ при ней палочки *Shiga-Kruse*.

Распознавалась эта палочка на основаніи слѣдующихъ данныхъ и слѣдующимъ образомъ: комочекъ слизи изъ испражненій промывался въ обезпложенномъ 0,8%-мъ растворѣ поваренной соли; промытый слизистый комочекъ размазывался затѣмъ шпателемъ *Conradi-Drigalsk*'аго или платиновымъ крючкомъ по поверхности обыкновеннаго мясо-пептоннаго агара въ чашечкахъ *Petri*; болѣе мелкія и прозрачныя колоніи, подозрительныя на колоніи дизентерійныхъ палочекъ, пересѣивались на косой агаръ и отсюда уже на всѣ другія среды, служащія для распознаванія и для реакціи на склеиваніе. Впослѣдствіи, получивъ возможность приготовлять среду *Drigalsk*'аго-*Conradi*, я всегда посѣвъ испражненій дѣлалъ на ней и могу горячо ее одобрить. Изъ всѣхъ способовъ, предложенныхъ авторами, особенно удобнымъ оказался слѣдующій: часть подозрительной синей колоніи со среды *Drigalsk*'аго *Conradi* бралась платиновой иглой и микроскопически изслѣдовалась на реакцію склеиванія въ разведеніи 1:125 противодизентерійной сыворотки. При положительномъ результатѣ остальная часть колоніи пересѣивалась уколомъ на сахарный агаръ. Если на слѣдующій день выросшая разводка не образовывала газа, то производились пересѣвы на остальныя среды, служащія для распознаванія. Этотъ способъ позволяетъ значительно сберегать и время, и питательныя среды, что при массовыхъ изслѣдованіяхъ крайне важно. Реакцію склеиванія я производилъ всегда при помощи противодизентерійной сыворотки ч. пр. *Г. Н. Габричевскаго*, склеивающая сила которой колебалась отъ 650—800, въ зависимости отъ серіи сыворотки. Реакція считалась положительной и вполнѣ доказательной для меня, если уже въ разведеніи 1:500 скучиваніе наступало черезъ часъ при обычной комнатной температурѣ. Реакція склеиванія производилась частью микроскопически, частью макроскопически въ пробиркахъ, почти всегда рядомъ съ повѣрочными опытами. Изъ служащихъ для распознаванія средъ я примѣнялъ слѣдующія:

1. Среду *Drigalsk*'аго } на нихъ дизентерійныя палочки ростутъ въ видѣ небольшихъ, полупрозрачныхъ синихъ колоній.
2. » *Drigalsky Conradi* }
3. » *Petruschy*, къ которой я всегда добавлялъ 1% пептона. Въ такомъ видоизмѣненіи она, по моимъ наблюденіямъ, лучше переноситъ стерилизацію, бываетъ удивительно прозрачна и служитъ прекрасной питательной средой. Дизентерійныя палочки ее только краснятъ, не свертываютъ.
4. Молоко. Дизентерійными палочками не свертывается.
5. Среды *Barsiekow*'а, № 1 съ виноградным сахаромъ и № 2 съ молочнымъ сахаромъ.—Ихъ дизентерійныя палочки слегка краснятъ, но не свертываютъ и газа въ нихъ не образуютъ.

6. Картофель. Мало замѣтный налетъ.
7. 1%-ный сахарный агаръ. Дизентерійныя палочки газа въ немъ не образуютъ.
8. На желатиновой пластинкѣ; спустя 48—60 час. на нихъ образуются колоніи въ видѣ виноградного листа.
9. Бульонъ. Незначительное помутнѣніе, обыкновенно безъ образованія осадка.

По *Gram*'у дизентерійная палочка не окрашивается; неподвижна.

Этими данными я ограничивался для распознавательныхъ цѣлей и бактерію, обладавшую всѣми вышеупомянутыми свойствами, считалъ за несомнѣнную дизентерійную палочку *Shiga-Kruse*. Впослѣдствіи я провѣрилъ всѣ свои разводки на образованіе индола, при чемъ въ 8-дневныхъ бульонныхъ разводкахъ я его не наблюдалъ.

3.

Бактеріологически я изслѣдовалъ около 65 случаевъ, при чемъ во всѣхъ нихъ, за исключеніемъ 8, были найдены палочки *Shiga-Kruse*, характеризуемыя вышеупомянутыми свойствами. Эту палочку мнѣ удавалось выдѣлить не только изъ характерныхъ слизистыхъ и слизисто-кровянистыхъ испражненій, но и во многихъ случаяхъ изъ испражненій, уже пріобрѣвшихъ или съ самаго начала носившихъ отчасти фекальный характеръ. Въ 5 случаяхъ результатъ изслѣдованія былъ отрицательный. Въ 3 тяжелыхъ случаяхъ кроваваго поноса были найдены въ большомъ количествѣ амебы (*Леша* ?). Палочки *Shiga-Kruse*, не смотря на тщательные и повторные поиски, въ этихъ случаяхъ обнаружить мнѣ не удалось. Экспериментально, на животныхъ, выясненія болѣзнетворнаго значенія найденныхъ въ испражненіяхъ амебъ, такъ-же какъ и выдѣленныхъ дизентерійныхъ палочекъ, пока произведено не было. Произведенныя бактеріологическія изслѣдованія съ положительнымъ результатомъ по днямъ отъ начала заболѣванія располагались слѣдующимъ образомъ (нѣкоторые случаи въ теченіи заболѣванія изслѣдованы повторно): на 1-ый день заболѣванія 4, на 3-ій 6, на 4-ый 6, на 5-ый 10, на 8-ой 17, на 8-ой 5, на 12-ый 1, на 14-ый 4 и на 20-ый 4. Кромѣ того, изъ испражненій одного хроническаго дизентерика, спустя $^3/_4$ года отъ начала заболѣванія, была также выдѣлена дизентерійная палочка.

4.

Клинически въ Манджуріи принято подраздѣлять дизентерію на 4 разновидности. Нѣкоторымъ изъ нихъ врачи даютъ иногда особыя названія, упомянутыя выше. Каждую разновидность я опишу 1—2 краткими исторіями болѣзни, наиболѣе типичными для даннаго случая. Начну съ этой формы, которая чаще всего встрѣчается въ началѣ эпидемій и протекаетъ обыкновенно подъ невиннымъ названіемъ простого колита или гастро-энтерита. По видимому, эпидемія дизентеріи обычно начинается здѣсь именно такими случаями.

1. 18/vii 1904 г.: П. М., 26 л., крѣпкаго сложенія и хорошаго питанія. Заболѣлъ 3 дня назадъ поносомъ, жаромъ и болями въ животѣ. На низъ было до 40 разъ въ сутки; испражненія крайне незначительны по количеству, содержали только слизь, безъ макроскопически видимой крови. Болѣзненность по ходу толстой кишки. Теперь на низъ разъ 15 въ сутки; испражненія слизистыя, безъ крови. 37°. Назначено: 0,5 каломеля; черезъ 15 мин. 20,0 касторового масла; согрѣвающій компрессъ на животъ.—19/vii: Обильно прослабило. 37°,3—37°,4.—20/vii: На низъ 2 раза, жидко, съ преобладающими фекальными массами и примѣсью слизи. 36°,7—37°,4.—21/vii: На низъ 1 разъ; испражненія средней плотности; слизь въ нихъ въ видѣ маленькихъ комочковъ. Боли въ животѣ умѣренныя. 36°,6—36°,9. — 23/vii: На низъ 1 разъ; испражненія средней плотности. Боли въ животѣ не прекращаются. Съ 24/vii по 4/viii у больного испражненія снова стали жидковатыми, иногда жидкими, съ большей примѣсью слизи. Слабило все время раза 2—4. Боли въ животѣ были умѣренныя. Больной получалъ азотнокислой окиси висмута и салола по 0,3, 3 порошка въ день; кромѣ того, 2 раза ему было дано сѣрнокислаго натра по 10,0.— 8/viii: Поправился.

Иногда дизентерія въ формѣ такого простого колита затягивалась на 1—$1^1/_2$ мѣс.; питаніе больного при этомъ дов. рѣзко падало: онъ худѣлъ, дѣлался малокровнымъ, иногда очень сильно. Въ 1 случаѣ я выдѣлилъ у такого больного дизентерійную палочку на 20-ый день болѣзни, когда испражненія были уже фекально-слизистыя. Въ нѣсколькихъ случаяхъ я наблюдалъ дизентерію въ формѣ еще болѣе невинныхъ, быстро, въ 1 недѣлю, излѣчивающихся колитовъ. Какъ примѣръ, приведу слѣдующую исторію болѣзни.

2. 26/v: И. К., 26 л., крѣпкаго сложенія. Заболѣлъ сегодня утромъ. На низъ 10 разъ, жидко; испражненія слизистыя, въ скудномъ количествѣ. Боли въ животѣ умѣренныя. Печень и селезенка не прощупываются. При давленіи рѣзкая болѣзненность по ходу толстыхъ кишекъ. 36°,7. Назначено: каломеля 0,5; черезъ 15 мин. послѣ него 20,0 касторового масла; согрѣвающій компрессъ на животъ.—27/v: Хорошо прослабило. 36°,4—36°,6. Назначено: азотнокислой окиси висмута и салола по 0,3, 5 порошковъ въ день. 28/v: Боли въ животѣ замѣтно успокоились. На низъ 2 раза, жидко: испражненія со слизистыми комочками. 36°,5—36°,6.—29/v: На низъ 3 раза; испражненія средней плотности. Болей въ животѣ нѣтъ. 36°,3—36°,7. Лѣченіе тоже.—30/v: На низъ 2 раза; испражненія средней плотности.—1/vi: На низъ 1 разъ, нормально.

2-ая форма дизентеріи—съ типичнымъ кровавымъ поносомъ, то болѣе, то менѣе тяжелая, кончающаяся въ нѣкоторыхъ случаяхъ смертью; разновидность эта часто переходитъ въ хроническую, даетъ возвраты. Нужно замѣтить, что эта типичная дизентерія, обычно въ августѣ и сентябрѣ, часто носитъ злокачественный характеръ и необыкновенно быстро, въ нѣсколько дней, производитъ сильныя патолого-анатомическія измѣненія въ кишечникѣ. Мнѣ случалось вскрывать дизентериковъ, умершихъ на 7-ой день. Вся толстая кишка и слѣпая были поражены сильнѣйшей дифтеріей. Нижняя часть подвздошной кишки обыкновенно тоже вовлекалась въ процессъ; только здѣсь рѣже встрѣчалась дифтерія; обычно былъ сильный воспалительный процессъ и многочисленныя язвы на слизистой оболочкѣ. Это именно тѣ случаи дизентеріи, передъ которой терапія до сихъ поръ была совершенно безсильна и которая давала вышеупомянутые 7—20% смертности. Здѣсь я не могу не отмѣтить той формы кроваваго поноса, который иногда не считается здѣсь за дизентерію въ виду легкости припадковъ: кровь обычно показывается въ испражненіяхъ въ видѣ тоненькихъ жилокъ и точекъ среди слизи только 1—2 дня, затѣмъ исчезаетъ, такъ-же какъ и слизь. Какъ примѣръ, приведу слѣдующую исторію болѣзни.

3. 18/vi: К. Т., 32 л., заболѣлъ вчера поносомъ со слизью и кровью въ видѣ небольшихъ точекъ и прожилокъ. На низъ было разъ 20. Сегодня въ испражненіяхъ одна только слизь, чуть розоваго цвѣта. Печень и селезенка не прощупываются. Животъ по ходу толстой кишки болѣзненъ. 37°,1—36°,5. Назначено: каломеля 0,5; черезъ 15 мин. послѣ него 20,0 касторового масла; согрѣвающій компрессъ на животъ.—19/vi: 37°,2—39°,5. На низъ 6 разъ, жидко; испражненія слизистыя, безъ крови. Назначено: салола по 0.5, 5 разъ въ день.—20/vi: 37°,7—37°,4. Лѣченіе тоже.—21/vi: 36°,8—36°,8. Боли въ животѣ замѣтно успокоились. На низъ 5 разъ; испражненія фекальнаго характера, съ небольшой примѣсью слизи. Лѣченіе тоже.—22/vi: 36°,1—36°,2. На низъ 3 раза, жидковато.—23/vi: На низъ 2 раза; испражненія средней плотности. Болей въ животѣ нѣтъ. Лѣченіе тоже.—24/vi—26/vi: На низъ нормально. Небольшая слабость.

3-ья форма дизентеріи, часто относимая здѣсь къ поносамъ на болотно-лихорадочной почвѣ, выражается то слизистыми, то кровянисто-слизистыми поносами; характеръ температурной кривой только нѣсколько напоминаетъ кривую при болотной лихорадкѣ. Селезенка иногда прощупывается, часто-же—нѣтъ, какъ это обыкновенно бываетъ при дизентеріи. Я тщательно искалъ въ такихъ случаяхъ плазмодіевъ болотной лихорадки, но не находилъ ихъ. Изъ испражненій-же легко выдѣлялась дизентерійная палочка. Нѣкоторые изъ врачей увѣряютъ, что эта форма легко поддается лѣченію хининомъ. Просмотрѣвъ исторіи болѣзни, гдѣ велось такое лѣченіе, я долженъ прежде всего сказать, что ни въ одномъ случаѣ оно не было исключительнымъ, а затѣмъ видѣть характерный обрывъ болѣзни хининомъ никогда не удавалось. Болѣзнь, какъ и всегда, или легко поддавалась лѣченію или, въ случаяхъ тяжелыхъ, затягивалась надолго Какъ примѣръ, приведу слѣдующія температурныя данныя.

4. 20/vii. С. С., заболѣлъ 13/vii кровянисто-слизистымъ поносомъ. Въ госпиталь поступилъ 20/vii. Селезенка не прощупывается; при постукиваніи границы ея въ предѣлахъ нормы. На низъ до 30 разъ, съ кровью и слизью. 36°,8—38°,3. 21/vii: 37°—38°,2. 22/vii: 36°,6—38°,3. 23/vii: 36°,7—38°,5. 24/vii: 36°,6—37°,5. 25/vii: 37°,6—37°,2.

5. 24/vii: Т. А., заболѣлъ 3 дня назадъ кровавымъ поносомъ. Теперь на низъ до 40 разъ въ сутки, слизью и кровью. Печень и селезенка въ предѣлахъ нормы. Веч. 39°,7. 25/vii: 37°,5—39°,2. 26/vii: 37°—36°,8. 27/vii: 37°—39°,3. 28/vii: 36°,5—37°,3. Затѣмъ температура стала нормальной.

6. 17/vii. П. М., боленъ уже болѣе 2-хъ недѣль кровавымъ по

носомъ. Селезенка въ предѣлахъ нормы. На низъ почти каждый часъ, кровью и слизью. 37°,2—38°,7. 18/VII: 37°—39°,2. 19/VII: 36°,3—37°. 20/VII: 35°,8—38°,9. 21/VII: 36°,5—37°,3.

7. В. М., заболѣлъ дней 8 назадъ кровавымъ поносомъ. Селезенка прощупывается на 1 палецъ, мягкая и болѣзненная. На низъ почти каждый часъ, слизью и кровью. 18/VII: 36°,7—39°,6. 19/VII: 37°—39°,4. 20/VII: 36°,9—38°,5. 21/VII: 38°—38°,2. Далѣе температура нормальна.

Здѣсь-же, говоря о температурѣ, упомяну объ одномъ случаѣ легкой дизентеріи, протекшей при пониженной температурѣ:

8. 28/VII: Г. М., заболѣлъ недѣлю назадъ поносомъ со слизью, но безъ крови. Крѣпкаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. Слизистыя оболочки окрашены нормально. Пульсъ 80, средняго наполненія и напряженія. Органы груди какихъ-либо замѣтныхъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Животъ болѣзненъ по ходу толстыхъ кишекъ. Въ настоящее время на низъ 4 раза; испражненія слизистыя, съ небольшой примѣсью каловыхъ массъ, безъ крови. Веч. 37°. 29/VII: 35°,9—36°,1. На низъ 2 раза, жидко. 30/VII: 36°—36°,1. 31/VII: 35°8—37°,2. На низъ 2 раза; испражненія средней плотности. 1/VIII: 35°,6—36°,3. На низъ 2 раза; испражненія средней плотности. 2/VIII: 36°,3—36°,7. На низъ нормально.

4-ая форма—хроническая дизентерія. Здѣсь она протекаетъ обычно со всѣми своими ужасными явленіями, тянется иногда годы и очень трудно, а иногда и совсѣмъ не поддается лѣкарственному лѣченію. Приведу одинъ случай дизентеріи, тянувшійся $^3/_4$ года, интересный тѣмъ, что изъ испражненій, въ которыхъ уже совсѣмъ не было крови, видимой макроскопически, удалось—правда, при повторныхъ изслѣдованіяхъ—выдѣлить палочку *Shiga*.

9. П. Л.—27 л. Жалуется на запоры, часто смѣняющіеся поносами, иногда съ кровью, чаще-же безъ нея, на боли въ нижней части живота и на потерю позыва на ѣду. Питаніе подорвано: блѣдность наружныхъ покрововъ и слизистыхъ оболочекъ, худоба, слабость, легко наступающія головокруженія; п. 87, слабоватый. Въ органахъ груди какихъ-либо отклоненій отъ нормы нѣтъ. Животъ плоскій, рѣзко болѣзненъ по ходу толстыхъ кишекъ, главнымъ образомъ S-образной. Селезенка и печень въ предѣлахъ нормы. Испражненія жидкія; цвѣта гороховаго супа; среди каловыхъ массъ много объемистыхъ рыхлыхъ комковъ слизи. Послѣдніе подъ микроскопомъ представляютъ: остатки пищевыхъ веществъ, во множествѣ—гнойныя и сильно перерожденныя эпителіальныя клѣтки кишечной слизистой оболочки, въ небольшомъ числѣ—красныя кровяныя тѣльца. Больной пролежалъ въ госпиталѣ около $1^1/_2$ мѣс., при чемъ существенныхъ перемѣнъ въ его здоровьѣ не произошло.

5.

Совершенно отдѣльно отъ бациллярной формы дизентеріи стоитъ амебная. Всего въ Харбинскомъ сводномъ № 1 госпиталѣ мнѣ приходилось наблюдать 3 такихъ случая. Въ виду интереса этого рода заболѣванія приведу краткія исторіи болѣзни и описанія найденныхъ амебъ у всѣхъ 3-хъ больныхъ. Надо замѣтить, что въ ихъ испражненіяхъ повторно искалась дизентерійная палочка и изслѣдовалась кровь на дизентерійное склеиваніе, но всегда съ отрицательнымъ результатомъ.

10. А. С., 24 л., рядовой пограничной стражи, заболѣлъ 7 мѣс. назадъ кровавымъ поносомъ; испражнялся въ день безсчетное число разъ. Почти все время лежалъ въ госпиталяхъ, при чемъ улучшенія здоровья чередовались съ внезапными обостреніями болѣзни, главнымъ образомъ какъ слѣдствіемъ погрѣшности въ діэтѣ. До болѣзни всегда пилъ сырую воду. Заболѣлъ на югѣ Манчжуріи. Прибылъ въ госпиталь при явленіяхъ крайней слабости и истощенія: при попыткахъ двигаться падалъ въ обморокъ; п. 130, очень слабый. Сильнѣйшія боли въ животѣ. На низъ почти каждый часъ, иногда чаще. Легкія—нормальны. Тоны сердца нѣсколько глуховаты и слабы, но чисты. Животъ вздутъ очень сильно. Печень не выходитъ изъ предѣловъ нормы. Селезенка увеличена на 1 палецъ, при давленіи рѣзко болѣзненна. Постоянныя боли въ животѣ очень рѣзко усиливаются при давленіи на область толстыхъ кишекъ, главнымъ образомъ по ходу низходящей ободочной и S-образной. Температура за время пребыванія больного въ госпиталѣ выше 37°,8 ни разу не поднималась, обыкновенно-же колебалась между 36°,8 и 37°,2. Испражненія незначительныя по количеству состояли изъ крови, слизи и отчасти примѣси гноя. Подъ микроскопомъ въ нихъ найдены: перерожденный кишечный эпителій, гнойныя тѣльца, красные кровяные шарики и такое количество амебъ, что комочекъ слизи подъ микроскопомъ представлялъ изъ себя двигавшуюся массу, состоявшую изъ сотенъ амебъ; бактеріи. Амебы были отъ 7—15 μ діаметромъ (ув. 3 ок. + $^1/_{12}$ погружная сист. Zeiss'a). Онѣ выпускали сразу нѣсколько псейдоподій. Движенія послѣднихъ были очень энергичны и оживленны. Протоплазма рѣзко раздѣлялась на однородную гіалоплазму и зернистую эндоплазму. Въ эндоплазмѣ находилось 4—8 пищеварительныхъ пустотъ, набитыхъ бактеріями и отчасти содержавшихъ распадавшіеся красные кровяные шарики. Форма ядра, плохо различаемая, была овальная. Амебы, не будучи выдѣлены въ чистомъ видѣ, очень хорошо росли въ гематогенномъ бульонѣ приблизительно въ теченіи мѣсяца (безъ перевивокъ), при чемъ сохраняли всѣ свои характерныя особенности.

11. П. К., 26 л., военный чиновникъ, заболѣлъ кровавымъ поносомъ 31/VIII; число испражненій безъ счета. 4/IX: Питаніе сильно подорвано. Рѣзкая слабость. Очень сильная болѣзненность живота по ходу толстой кишки. На низъ слизью и кровью, 8—14 разъ въ сутки. Температура за время пребыванія въ госпиталѣ все время колебалась между 37°,5 и 38°,8. 7/IX: Явленія перитонита—икота, рвота; п. 100, очень слабый. Бредъ, жестокія боли въ животѣ. 37°,—38°,5.—8/IX: 38°,1—38°,5.—П. 110, нитевидный. Въ остальномъ состояніе тоже. На низъ не было.—9/IX: 38°,—38°,5. На низъ 14 разъ, кровью и слизью. Икота и рвота замѣтно усиливаются. Слабость быстро наростаетъ.—10/IX: Смерть при тѣхъ-же явленіяхъ. Вскрыть тѣло было нельзя.

Испражненія подъ микроскопомъ содержали: перерожденный кишечный эпителій, гнойныя клѣтки, красные кровяные шарики, бактеріи и амебы въ большомъ количествѣ, совершенно того-же вида и характера, какъ и въ предыдущемъ случаѣ.

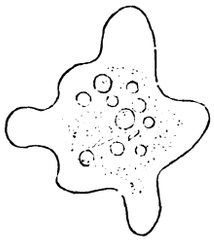


Рис. 1. Амеба, найденная въ испражненіяхъ (см. сл. 10 и 11).

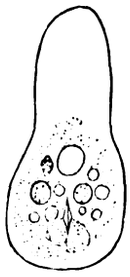


Рис. 2. Амеба, найденная въ испражненіяхъ (см. сл. 12).

12. Д. С., 30 л., офицеръ, заболѣлъ кровавымъ поносомъ въ іюнѣ на южныхъ позиціяхъ; число испражненій безъ счету. Съ 11/VII значительное ухудшеніе. Все время лежалъ въ госпиталяхъ. Къ намъ переведенъ 3/VIII. 4/VIII: Блѣденъ. Подкожный жирный слой развитъ удовлетворительно. Слабость. П. 80, слабоватый. Въ органахъ груди какихъ-либо отклоненій отъ нормы нѣтъ. Печень и селезенка не прощупываются. Животъ рѣзко болѣзненъ по ходу толстыхъ кишекъ. Тенезмы. На низъ за сутки разъ до 20, кровью и слизью, иногда съ примѣсью гноя. За все время пребыванія больного въ госпиталѣ, не смотря на разнообразное лѣченіе, характеръ испражненій его не мѣняется; число ихъ колебалось отъ 6 до 17 разъ въ сутки. Температура большею частію была нормальной, иногда, поднимаясь дня на 4, колебалась между 37 съ десятыми утромъ и 38°,3 вечеромъ; выше этой цифры она не поднималась ни разу. Испражненія подъ микроскопомъ содержали: перерожденный кишечный эпителій, гнойныя клѣтки, красные кровяные шарики, бактеріи, въ умѣренномъ количествѣ—cercomonas intestinalis, въ большомъ количествѣ—амебы. Размѣръ амебъ въ кругломъ состояніи 10—15 μ., въ вытянутомъ—около 20—25 μ. въ длину и 9—13 μ. въ ширину. Изъ прилагаемаго рис. 2 видно, что амебы, полученныя въ этомъ случаѣ, нѣсколько отличаются по виду отъ амебъ, полученныхъ въ предыдущихъ случаяхъ (см. рис. 1). Амеба первыхъ случаевъ сразу выпускаетъ нѣсколько псейдоподій; обыкновенная ея форма—звѣздчатая. Амеба послѣдняго случая выпускаетъ только 1 широкую ложную ножку, въ которую при движеніи постепенно переливается вся остальная протоплазма. Обычный видъ ея—удлиненный, нѣсколько напоминающій удлиненную грушу. Гіалоплазма рѣзко отличается отъ зернистой эндоплазмы и находится главнымъ образомъ въ псейдоподіи. Эндоплазма содержитъ пищеварительныя пустоты, обломки красныхъ кровяныхъ шариковъ и яйцевидное, плохо различаемое, ядро.

6.

Имѣя въ виду главнымъ образомъ то, что существуютъ, по крайней мѣрѣ, 2 формы дизентеріи—амебная и бациллярная, интересно было прослѣдить тѣ способы, съ помощью которыхъ можно было-бы скоро и точно распознавать дизентеріи. До сихъ поръ предложено 2 пріема: 1) выдѣленіе изъ испражненій дизентерійной палочки и 2) склеиваніе сывороткой крови больного дизентерійныхъ палочекъ. Безусловно, 1-ый способъ—надежный, но онъ требуетъ отъ практическаго врача навыка въ бактеріологической техникѣ и 2 дня времени для весьма вѣроятнаго распознаванія и minimum 5 дней для совершенно точнаго; къ тому-же выдѣленіе дизентерійной палочки изъ испражненій, носящихъ уже отчасти каловой характеръ, удается съ трудомъ, а часто и совсѣмъ не удается. Другой распознавательный пріемъ склеиваніе—болѣе простъ. Всѣ авторы сходятся въ данномъ случаѣ въ одномъ мнѣніи:

Табл. № 1.

№№.	Начальная буква фамиліи больного.	Число и мѣсяцъ.	Сколько дней отъ начала болѣзни.	Примѣчанія.	Реакція склеиванія.
1	С.	4/IX	—	Амебная форма дизентеріи. Испражненія—слизь и кровь.	отрицательная
2	Т.	7/IX	—	Тоже. Испражненія—слизь, кровь, каловыя массы.	тоже
3	К.	—	—	Тоже.	тоже
4	С.	7/IX	3	Тяжелая дизентерія. Испражненія—слизь и кровь.	тоже
	»	13/IX	9	Тоже.	1:30
	»	16/IX	12	Тоже. Каловыя жидкія испражненія, слизь и кровь.	1:40
5	Ж.	7/IX	35	Тоже. Испражненія каловыя, полуоформленныя со слизью и кровью.	1:500
6	Г.	7/IX	23	Тоже.	1:200
7	З.	7/IX	35	Очень тяжелая дизентерія. Испражненія—гной, слизь, кровь, каловыя массы.	1:300
8	П.	7/IX	7	Тоже. Испражнялся подъ себя, кровью и слизью.	1:120
9	С.	13/IX	8	Тяжелая дизентерія. На низъ 10 разъ; испражненія слизистыя. Не поправившись отъ брюшного тифа, на 39-ый день заболѣлъ дизентеріей. Реакція *Widal'я*—1:250.	1:160
10	Д.	13/IX	9	Поправившись отъ тяжелаго брюшного тифа, заболѣлъ (на 7-ой нед.) дизентеріей. Испражненія—слизь и кровь. Реакція *Widal'я*—1:150. Получилъ 60 к. стм.—противодизентерійной сыворотки.	1:200
11	П.	13/IX	30	Болѣлъ дизентеріей 2 недѣли; еще не совсѣмъ поправившись, заболѣлъ 2 недѣли назадъ брюшнымъ тифомъ. Силы—вполнѣ удовлетворительны. Реакція *Widal'я*—1:350.	1:50
12	П.	13/IX	43	Не выздоровѣвъ отъ дизентеріи, заболѣлъ брюшнымъ тифомъ, на 4-ой недѣли реакція *Widal'я*—1:60. На низъ 4 раза, жидко, безъ крови и слизи.	1:160
13	С.	13/IX	21	Выздоравливаетъ послѣ очень тяжелой дизентеріи.	1:120
14	У.	13/IX	21	Тоже. Испражненія каловыя со слизью.	1:160
15	М.	13/IX	24	Тоже. Испражненія каловыя со слизью и примѣсью крови.	1:160
16	П.	13/IX	14	Тяжелая дизентерія. На низъ 16 разъ, жидко; испражненія каловыя съ кровью и слизью.	1:50
17	Б.	13/IX	8	Тоже. На низъ 4 раза; испражненія такія-же.	1:60
18	С.	16/IX	6	Тоже. На низъ 16 разъ, слизью и кровью.	1:40
19	Б.	15/IX	14	Одновременно переноситъ брюшной тифъ и дизентерію. Реакція *Widal'я* 1:250 (30-ый день болѣзни). Умирающій.	1:80
20	М.	15/IX	?	Умирающій. Явленія перитонита.	1:200
21	В.	15/IX	40	Умирающій.	1:40
22	Ш.	16/IX	10	Тяжелая дизентерія На низъ 35 разъ, слизью и кровью.	1:40
23	К.	19/IX	7	Умирающій.	1:80
24	Ш.	20/IX	19	Испражненія оформленныя, нормальныя. Легкая дизентерія.	отрицательная
25	С.	14/IX	4	Тяжелая дизентерія. На низъ разъ 40, слизью и кровью.	тоже
		16/IX	6	Тоже. На низъ разъ 30, въ испражненіяхъ слизь, кровь и примѣсь кала.	1:30
26	Г.	20/IX	3	Крайне истощенный послѣ очень тяжелаго брюшного тифа (9-ая нед.) Заболѣлъ очень тяжелой дизентеріей. Реакція *Widal'я* 1:100.	отрицательная
27	М.	24/IX	17	Умирающій.	1:70
28	Е	24/IX	14	Тоже.	1:50
29	М.	24/IX	10	Тоже.	отрицательная
30	Ж.		3	На 5-ой недѣлѣ брюшнаго тифа, который переносилъ хорошо, заболѣлъ тяжелой дизентеріей. Испражнялся подъ себя кровью и слизью нѣсколько разъ въ часъ. Реакція *Widal'я*—1:300.	1:80
31	Д.	26/IX	64	Выздоровѣлъ послѣ тяжелой дизентеріи.	отрицательная
32	М.	26/IX	62	Послѣ тяжелой дизентеріи. На низъ 3 раза, жидко, безъ крови и слизи.	1:80
33	Х.	26/IX	36	Тоже. На низъ 2 раза, также.	1:60
34	К.	26/IX	18	Выздоравливавшій послѣ легкой дизентеріи.	отрицательная
35	К.	26/IX	30	Послѣ тяжелой дизентеріи. На низъ нормально.	1:40
36	Р.	26/IX	60	Тоже. На низъ 3 раза жидко, со слизью.	1:80
37	Е.	26/IX	22	Тоже. На низъ 6 разъ; испражненія каловыя, жидкія, со слизью и кровью.	1:60
38	А.	26/IX	30	Тоже. На низъ 3 раза; испражненія каловыя жидкія, со слизью.	1:30
39	С.	26/IX	30	Послѣ легкой, но затянувшейся дизентеріи. На низъ 4 раза, жидко.	1:40
40	Т.	26/IX	62	Около 40 дней, какъ выздоровѣлъ послѣ легкой дизентеріи.	1:30
41	Г.	26/IX	30	Затянувшаяся легкая форма дизентеріи. На низъ 3 раза, жидко, безъ слизи и крови.	1:80
42	П.	26/IX	93	Послѣ тяжелой дизентеріи. На низъ 5 разъ, безъ крови и слизи.	1:100
43	К.	26/IX	10	Тяжелая дизентерія. Испражненія каловыя, жидкія, съ кровью и слизью.	1:40
44	П.	26/IX	80	Затянувшаяся тяжелая дизентерія. Испражненія со слизью и кровью, 6 разъ.	1:100
45	А.	26/IX	40	Послѣ тяжелой дизентеріи. На низъ 2 раза, средней плотности, безъ крови и слизи.	1:100
46	К.	26/IX	80	40 дней послѣ выздоровленія отъ легкой формы дизентеріи.	отрицательная
47	В.	26/IX	4	Тяжелая дизентерія.	тоже
48	С.	26/IX	90	Затянувшаяся тяжелая дизентерія. На низъ 6 разъ; испражненія каловыя со слизью и кровью.	1:30
49	М.	26/IX	10	Средней тяжести дизентерія. На низъ 6 разъ, безъ слизи и крови, жидко.	1:60
50	М.	26/IX	3	Тяжелая дизентерія. На низъ 50 разъ, слизью и кровью.	отрицательная
51	К.	28/IX	3	Тоже.	тоже

Shiga, *Kruse*, *Flexner*, *Strong*, *Musgrow*, *Schmiedecke*, *Phuhl*, *Waillard* и. *Dopter*, *Розенталь* [6])—всѣ утверждаютъ, что склеиваніе безусловно является точнымъ и надежнымъ способомъ для постановки распознаванія бациллярной дизентеріи. Однако здѣсь тоже есть «но». Прежде всего, агглютинины въ крови больного появляются обыкновенно со 2-ой недѣли отъ начала заболѣванія. Затѣмъ, часто въ очень тяжелыхъ случаяхъ реакція склеиванія или бываетъ выражена слабо, или ея и совсѣмъ не получается. Та степень разведенія, которую авторы признаютъ достаточной для постановки распознаванія дизентеріи, обыкновенно опредѣляется какъ 1:20—50. Поэтому, подводя итоги изслѣдованіямъ своимъ и предыдущихъ авторовъ относительно склеиванія, д-ръ *Розенталь* говоритъ,

«что положительный результатъ пробы при разведеніи большемъ, чѣмъ 1:30, показываетъ, что данный человѣкъ страдаетъ дизентеріей или перенесъ ее уже». Далѣе «отрицательный результатъ пробы не исключаетъ еще дизентеріи». Мною была произведена реакція склеиванія у 51 больного (см. табл. 1). Кромѣ того, дѣлая реакцію *Widal*'я для постановки распознаванія брюшного тифа, я приблизительно въ 26 случаяхъ продѣлывалъ и реакцію дизентерійнаго склеиванія въ разведеніи 1:30 и никогда не получалъ положительнаго результата. Болѣе слабая степень разведенія была мало интересна въ виду отсутствія ея практическаго значенія и поэтому не изслѣдовалась. Результаты произведенныхъ изслѣдованій, какъ видно изъ прилагаемой таблицы, оказались слѣдующіе:

1. Во всѣхъ 4 случаяхъ амебной дизентеріи реакція склеиванія была отрицательная (см. сл. 1, 2, 3 и сл. 10 (А. С.), не помѣщенный въ таблицѣ).

2. Въ началѣ 1-ой недѣли тяжелой дизентеріи (сл. 4, 26, 47, 50, 51) и въ случаяхъ легкой дизентеріи (сл. 24, 31, 46) реакція склеиванія была отрицательная.

3. У умиравшихъ больныхъ реакція склеиванія была или отрицательная (сл. 29), или положительная (сл. 10, 19, 20, 21, 23, 27, 28).

4) Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ сила пробы выражалась весьма различно, колеблясь отъ 1:30 до 1:500.

5. Помощью реакціи склеиванія можно очень точно и быстро распознать 2 одновременно или разновременно протекшія заболѣванія (брюшной тифъ и дизентерія—сл. 9, 10, 11, 12, 19, 26, 30). Послѣдній выводъ особенно ярко подчеркиваетъ значеніе даннаго распознавательнаго пріема.

6. На основаніи всего вышеизложеннаго, а также выводовъ предыдущихъ авторовъ, можно заключить: наиболѣе удобно ставить распознаваніе дизентеріи при посредствѣ реакціи склеиванія, начиная съ разведенія 1:30; въ случаѣ-же, если она окажется отрицательной, слѣдуетъ прибѣгнуть къ выдѣленію дизентерійной палочки изъ испражненій больного.

(Окончаніе слѣдуетъ).

CXCI. Къ вопросу о лѣченіи разрывовъ матки (5 случаевъ разрыва матки во время родовъ).

С. А. Никонова.

Въ числѣ программныхъ вопросовъ 1-го Съѣзда Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ былъ намѣченъ вопросъ: «Предсказаніе и лѣченіе разрывовъ матки». Ко времени Съѣзда въ моемъ распоряженіи было 2 такихъ случая моихъ и 1 изъ Севастопольской же больницы *Н. И. Потапова*. Обстоятельства помѣшали мнѣ обработать эти случаи своевременно, чтобы выступить съ докладомъ о нихъ на Съѣздѣ; теперь я располагаю еще 2-мя случаями этой операціи, произведенной мною недавно въ Архангельской больницѣ Приказа общественнаго призрѣнія.

5 случаевъ такого сравнительно рѣдкаго поврежденія, какъ разрывъ матки во время родовъ, представляютъ уже достаточный матеріалъ, чтобы описать его, и позволяютъ даже сдѣлать кое-какія общія замѣчанія. Это и даетъ мнѣ основаніе предложить вниманію товарищей нижеслѣдующія строки. Начну съ исторіи болѣзней больныхъ, подвергая ихъ попутно критическому разбору.

1. Т. М., 39 л., поступила въ родильное отдѣленіе Севастопольской городской больницы 18/XII 1902 г. Беременна 11-ый разъ. Живыхъ дѣтей родила 7; 3 раза былъ выкидышъ. Роды протекали благополучно и скоро; всегда разрѣшалась дома. Послѣдніе роды—2 года назадъ. Первыя мѣсячныя на 16-мъ году, затѣмъ всегда приходили правильно, черезъ 4 недѣли, и длились по 7 дней. Послѣдній разъ они были въ мартѣ 1902 г. (доношенный ребенокъ). Въ теченіи беременности все время была здорова. Родовыя боли начались 17/XII въ 11 час. дня. До вечера 18/XII была на попеченіи простой бабки; въ это время появилось кровотеченіе. Тогда была приглашена акушерка, которая и посовѣтовала отправить больную въ больницу. При поступленіи, около 11 час. веч. 18/XII, изслѣдована дежурной акушеркой, которая опредѣлила 2-ое черепное положеніе; сердцебіеніе справа внизу, ясное; шейка сглажена, зѣвъ открытъ на 4 пальца. Кровотеченія нѣтъ; только слѣды крови на наружныхъ половыхъ органахъ; схватки очень слабыя. Ванна. Дежурный врачъ, не найдя ничего угрожавшаго, рѣшилъ выждать до утра. Около часа ночи схватки совершенно прекратились; больная заснула и дов. спокойно провела ночь, но нѣсколько разъ просыпалась. 19/XII около 9½ час. утра, при первомъ осмотрѣ больной, я опредѣлилъ разрывъ матки съ выхожденіемъ плода въ брюшную полость. Части плода прощупывались прямо подъ покровами; сердцебіенія не было слышно. Пульсъ больной былъ отличнаго наполненія, около 80 въ минуту; 36°,8; болей, можно сказать, никакихъ не было; лишь при ощупываніи была легкая болѣзненность.

Сдѣланы приготовленія къ чревосѣченію и тщательно обеззаражено влагалище; приготовлены и акушерскіе инструменты. Тогда я приступилъ къ изслѣдованію чрезъ влагалище и нашелъ слѣдующее: очевидную головную водянку плода — огромная головка съ широкими родничками и бороздами, вмѣсто обычныхъ швовъ, стояла надъ входомъ въ тазъ. Стрѣловидная борозда въ поперечномъ размѣрѣ. Вся головка отодвинута нѣсколько вправо. При осторожномъ поднятіи головки пальцемъ изъ половыхъ органовъ вытекаетъ большое количество крови. Больная захлороформирована, и при помощи базіотриба [1]) въ 8 мин. извлеченъ плодъ pes vias naturales. При прободеніи головки вытекло много (приблизительно около литра или немного менѣе) водяночной жидкости. Введенной послѣ этого во влагалище рукой опредѣленъ большой разрывъ съ правой стороны матки, начинавшійся отъ самого зѣва. Послѣ извлеченія плода—значительное кровотеченіе. Немедленно приступлено къ чревосѣченію. Разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка до лобка. По вскрытіи брюшины въ брюшной полости найдено умѣренное количество сгустковъ и жидкой крови, много первороднаго кала и смазки. Больной придано *Trendelenburg*'овское положеніе. Разрывъ матки оказался боковой, продольный, съ правой стороны; начинался онъ отъ наружнаго зѣва и шелъ почти до ½ высоты матки; круглая связка обнажена на большомъ протяженіи; правая широкая связка разорвана и размоложена; въ ранѣ болтаются, но не кровоточатъ, 2 конца разорванной пополамъ маточной артеріи. Кровотеченіе лишь паренхиматозное и вообще умѣренное. Разрывъ брюшины шелъ кверху, кзади и вправо дов. высоко, выше безымянной линіи; вскрытая такимъ образомъ клѣтчатка была густо пропитана кровью. Въ виду обширности пораженія я рѣшилъ удалить матку, что и удалось довольно легко. Правая маточная артерія была перевязана. Пузырь отсепарованъ отъ матки. На лѣвую широкую связку наложено 4 этажныхъ лигатуры. Затѣмъ матка отрѣзана отъ задняго свода. Проведенъ тампонъ во влагалище черезъ брюшину, при чемъ послѣднія его части положены къ клѣтчаткѣ, обнаженной справа; сверху надъ тампономъ брюшина сшита, и рана съ этой стороны закрыта наглухо. Промываніе брюшной полости солевымъ растворомъ и швы на брюшную рану. Вся операція длилась около часа.

20/XII: Больная чувствуетъ себя удовлетворительно. Температура нормальная; пульсъ къ вечеру 100.—21/XII: Съ утра пульсъ 120 при нормальной температурѣ. Ночь провела плохо. Безпокойство. На боли не жалуется. Рвоты не было. Мочи достаточно, выводится катетромъ. Перемѣненъ тампонъ; онъ былъ совершенно чистъ, безъ запаха и лишь слегка окрашенъ кровянистой жидкостью. Къ вечеру сердечная дѣятельность продолжала падать. Ни рвоты, ни болей нѣтъ; животъ вздутъ; газы не отходили. Температура не поднималась выше 36°,8.

28/XII: Въ 4 час. утра больная скончалась, не смотря на принятыя для поднятія сердечной ея дѣятельности мѣры (впрыскиваніе камфоры, кофеина, вливаніе солевого раствора). Вскрытія сдѣлать было нельзя.

Случай этотъ былъ для меня очень поучителенъ и до нѣкоторой степени опредѣлилъ мой образъ дѣйствій на будующее время. Очевидно, во 1-хъ, что я имѣлъ дѣло съ разрывомъ произвольнымъ. У многоражавшей женщины роды тянулись на этотъ разъ болѣе 30 час., прежде чѣмъ появились первые признаки начинающагося разрыва (первое кровотеченіе вечеромъ 18/XII). Во 2-хъ, разрывъ здѣсь происходилъ медленно и постепенно; въ разрѣзъ съ тѣмъ, что наблюдается обычно, у больной не произошло внезапной остановки родовыхъ болей съ появленіемъ новой, острой и непрерывной боли во всемъ животѣ, словомъ — не было того рѣзко-опредѣленнаго момента, съ котораго можно считать разрывъ совершившимся. Разрывъ начался дома и продолжалъ совершаться уже въ больницѣ. Къ сожалѣнію, этимъ явленіямъ не было придано должнаго значенія. Возможно, что и по выхожденіи плода въ брюшную полость, за исключеніемъ головки, охваченной нижнимъ сегментомъ матки, сокращенія этого послѣдняго, слабыя и

[1]) Вообще при необходимости прободенія я употребляю съ 1900 г. исключительно базіотрибъ *Tarnier*, который считаю однимъ изъ самыхъ совершенныхъ инструментовъ этого рода, не смотря на его кажущуюся сложность и громоздкость. Съ базіотрибомъ мнѣ не случалось работать болѣе 20 мин., начиная съ момента введенія инструмента, до полнаго извлеченія плода; на разу онъ не сорвался (этого и не можетъ случиться), между тѣмъ какъ, напр., съ общеупотребительнымъ краніокластомъ *Braun*'а при той же техникѣ мнѣ приходилось въ трудныхъ случаяхъ возиться по 1½ часа и болѣе, инструментъ нерѣдко срывался и т. д.

вялыя, продолжались до тѣхъ поръ, пока не изсякла сократительная способность этого отдѣла матки или пока нижній сегментъ не былъ, такъ сказать, сдернутъ съ головки, такъ что она оказалась уже свободно лежавшей рядомъ съ маткой. Словомъ, по крайней мѣрѣ, въ теченіи 4—5 час. послѣ начала разрыва еще продолжались, правда, слабыя, но все-же явственныя маточныя сокращенія съ болями. Далѣе необходимо отмѣтить отсутствіе реакціи со стороны брюшины (не было болей, рвоты), до такой степени полное, что больная съ огромнымъ разрывомъ матки и съ плодомъ въ брюшной полости могла спокойно проспать почти цѣлую ночь. Въ такомъ, съ виду отличномъ, состояніи я нашелъ ее и утромъ 19/XII. Замѣчательно также сравнительно ничтожное кровотеченіе при такой траумѣ, какъ полный разрывъ маточной артеріи. Объяснить это, очевидно, можно лишь тѣмъ, что большая водяночная головка крѣпко затампонировала разорванныя части.

Если принять во вниманіе всѣ особенности этого случая, то станетъ понятнымъ, почему введены были въ заблужденіе относительно серьезности положенія видѣвшіе больную акушерка и врачъ; потерять ее было тѣмъ болѣе тяжело, что во время сдѣланнымъ прободеніемъ головки ее можно было-бы спасти.

Ребенка я рѣшилъ извлечь per vias naturales, потому что не зналъ, не находится-ли головка еще въ нижнемъ сегментѣ матки; вообще этотъ способъ извлеченія въ данномъ случаѣ напрашивался самъ собой. По видимому, головка была уже вся внѣ матки, но даже для проведенія ея только черезъ брюшную рану могло-бы встрѣтиться препятствіе въ ея объемѣ.

Въ послѣднемъ моментѣ операціи я сдѣлалъ ошибку, которая, можетъ быть, способствовала неудачному исходу и которой я избѣжалъ въ слѣдующемъ случаѣ. Мнѣ не слѣдовало зашивать наглухо брюшину со стороны влагалища. Лучше было оставить здѣсь широкое отверстіе и дренировать черезъ него брюшную полость. Нельзя было упускать изъ вида, что больная болѣе сутокъ была на попеченіи бабки, которая и могла занести ей заразное начало. Причина смерти остается сомнительной. Возможно, конечно, думать о шокѣ, но съ момента операціи до смерти прошло почти 3 сутокъ—срокъ для шока слишкомъ большой. Къ тому-же первые сутки послѣ операціи больная чувствовала себя сносно и лишь на 2-ой день состояніе ея стало быстро ухудшаться. Кровотеченія безусловно не было. Вѣроятнѣе всего, произошло быстрое зараженіе брюшной полости, брюшинное гнилокровіе, если можно такъ выразиться, безъ рѣзкихъ явленій воспаленія брюшины; извѣстно, впрочемъ, что и перитониты могутъ протекать безъ рвоты и при нормальной температурѣ.

2. П. К., 30 л., доставлена въ больницу въ 2 часа ночи на 25/III 1903 г. Имѣла 3-хъ дѣтей; всѣ роды были благополучные и скорые. Ребенокъ оказался anencephalus; плечиковъ акушерка провести не могла и послала за докторомъ. Послѣдній тоже пытался извлечь плечики, но безуспѣшно. Въ это время схватки были почти безпрерывныя и очень сильныя. Пока врачъ ходилъ домой за инструментами, схватки прекратились совершенно. Къ этому времени прошло *всего 4½ часа* отъ начала родовъ. Вернувшись, товарищъ засталъ у больной другого врача, и они могли лишь установить разрывъ матки съ кровотеченіемъ и выхожденіемъ плода въ брюшную полость. Теперь удалось дов. легко извлечь ребенка per vias naturales. Затѣмъ больную немедленно отвезли въ больницу.

Осунувшійся видъ; очень блѣдная; пульсъ 104—108, малый. Животъ вздутъ, очень болѣзненъ. По дорогѣ въ больницу нѣсколько разъ вырвало; рвота повторилась и въ больницѣ. Матка хорошо сократилась, тверда; спереди надъ лобкомъ прощупывается тѣстообразная припухлость, выше переходящая въ матку. Въ лѣвомъ подреберьѣ притупленіе. Кровотеченіе изъ половыхъ органовъ умѣренное.

Черезъ ½ часа по доставленіи—чревосѣченіе (подъ хлороформнымъ наркозомъ). Разрѣзъ по бѣлой линіи. Въ брюшной полости найдено много сгустковъ и жидкой крови. Обнаружено полное отдѣленіе, отрывъ матки отъ передняго свода, при чемъ разрывъ шелъ въ стороны, особенно вправо, почти черезъ всю широкую связку. Ткани размозжены, инфильтрированы. Матка держалась собственно на заднихъ связкахъ и на части лѣвой широкой связки. Въ виду обширности отрыва и плохого вида пораненныхъ тканей матку рѣшено удалить, что и удалось выполнить в. легко. На широкія связки наложены послѣдовательно этажныя лигатуры изъ шелка; слизистая оболочка влагалища и брюшины сшиты матрасными швами. Обильное промываніе брюшной полости теплымъ физіологическимъ растворомъ и тампонада малаго таза съ выводомъ тампона во влагалище. Брюшная рана закрыта 2-ряснымъ швомъ: обвивнымъ изъ оленьей жилы сшита брюшина и фасція и узловатымъ шелковымъ—кожа. Немедленно послѣ операціи влито 1000 к. стм. физіологическаго раствора подъ кожу бедеръ.

26/III: Самочувствіе хорошее; температура нормальная; пульсъ 100, недурного наполненія. Рвоты не было ни разу. Изъ влагалища сочится много сывороточно-кровянистой жидкости. Мочи умѣренное количество, выпущена катетеромъ.—27/III: Пульсъ 80; веч. 37°,3—высшая цифра за весь послѣоперационный періодъ. Отходятъ газы; съ удовольствіемъ пьетъ чай, бульонъ. — 29/III: Перемѣненъ тампонъ; онъ былъ чистъ, безъ запаха. — 30/III — 31/III: Продолжаетъ гладко поправляться. Послѣ пріема касторового масла хорошо прослабило.—1/IV: Сняты кожные швы, первое натяженіе.—7/IV: Сняты матрасные швы, обкалывавшіе слизистую оболочку влагалища. — 20/IV: Окрѣпла вполнѣ и выписана здоровой.

Въ этомъ случаѣ нужно допустить, что разрывъ или, вѣрнѣе, отрывъ матки отъ передняго свода съ послѣдующимъ разрывомъ широкихъ связокъ былъ произведенъ искусственно во время попытки вывести плечики плода. За такое предположеніе говоритъ сравнительно короткое время (4½ часа), протекшее отъ начала родовъ до момента разрыва у женщины молодой, здоровой, до того не болѣвшей и благополучно и скоро родившей 3-хъ дѣтей. Слѣдуетъ обратить также вниманіе и на другую ошибку, допущенную при подачѣ первой помощи: по моему мнѣнію, разъ уже рѣшено было отправить больную въ больницу, не слѣдовало извлекать дома ребенка; я убѣжденъ, что больная сохранила-бы гораздо больше крови, если-бы извлеченія этого сдѣлано не было; плотно вколотившіеся въ малый тазъ плечики отлично тампонировали-бы кровоточащее мѣсто. Слѣдующая больная, какъ будетъ видно ниже, погибла именно вслѣдствіе такой-же ошибки. Я не думаю, разумѣется, этимъ бросить упрекъ подававшимъ помощь врачамъ. Когда на практикѣ въ 1-й разъ встрѣчаешься съ такими случаями, сразу не легко опознаться въ нихъ и опредѣлить послѣдовательность оперативныхъ пріемовъ, тѣмъ болѣе, что въ общераспространенныхъ учебникахъ очень мало говорится объ этого рода поврежденіяхъ, да и вообще еще не выработано для нихъ вполнѣ точнаго и опредѣленнаго лѣченія, что показали, между прочимъ, и пренія на гинекологическомъ Съѣздѣ. Тѣмъ болѣе, по моему мнѣнію, слѣдуетъ подчеркнуть эту ошибку, что на практикѣ она можетъ произойти очень легко: первое, что приходитъ въ голову при такихъ условіяхъ, это—извлечь плодъ.

Послѣоперационный періодъ въ этомъ случаѣ характеризовался замѣчательно ровнымъ спокойнымъ теченіемъ, и больная гладко поправилась, если не считать послѣдствій остраго малокровія, которыя сказывались на ней еще нѣсколько мѣсяцевъ по выпискѣ изъ больницы.

3. Х. Ш., 38 л., рожавшая уже 7 разъ благополучно, поступила въ лѣчебницу Общества врачей съ частыми схватками, въ полномъ разгарѣ 8-го родового акта [1]). Акушерка опредѣлила поперечное положеніе плода и немедленно послала за врачемъ. Прежде, чѣмъ онъ успѣлъ прибыть, у роженицы послѣ 3—4 энергичныхъ схватокъ вдругъ появились острая боль во всемъ животѣ и кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, а схватки совершенно прекратились. Прибывшій черезъ нѣсколько минутъ врачъ могъ только установить разрывъ матки (около 5 час. веч.). Онъ нашелъ плодъ въ поперечномъ положеніи и легко извлекъ его путемъ поворота на ножку (около 6 час. веч.). Появилось обильное кровотеченіе. Не смотря на всѣ старанія, больную удалось привезти въ городскую больницу только въ 9-мъ часу веч. 26/VI 1903 г. Здѣсь ее изслѣдовалъ и оперировалъ д-ръ *Н. И. Потаповъ*, которому я и приношу искреннюю благодарность за разрѣшеніе воспользоваться его случаемъ для моей работы.

Больная доставлена въ состояніи остраго малокровія, почти безъ пульса (въ лучевой артеріи онъ не прощупывался). Немедленно влито 1000 к. стм. солевого раствора подъ кожу; впрыснуты эѳиръ, кофеинъ. Черезъ ½ часа—чревосѣченіе подъ хлороформомъ. Разрѣзъ по бѣлой линіи. Въ брюшной полости много сгустковъ и жидкой крови. По очищеніи полости больной придано *Trendelenburg*'овское положеніе. Обнаруженъ косой разрывъ внѣшняго сегмента матки, шедшій отъ внутренняго зѣва черезъ лѣвую широкую связку кзади и кверху. Связка сильно размозжена. Въ виду обширности поврежденія матка удалена. Справа наложены этажныя лигатуры; слѣва нижняя часть связки перевязана такимъ-же образомъ, верхняя обровнена на мѣстѣ разрыва ножницами, на сосуды наложено нѣсколько лигатуръ, и листки брюшины сшиты. Матрацные швы для соединенія слизистой оболочки влагалища и брюшины. Брюшная полость обильно промыта солевымъ растворомъ; малый тазъ затампонированъ стерилизованнымъ марлевымъ бинтомъ, введеннымъ во влагали-

[1]) Къ сожалѣнію, болѣе подробныхъ свѣдѣній о прошлыхъ и настоящихъ родахъ собрано не было.

ще. Брюшная полость закрыта 2-яруснымъ швомъ. Не смотря на всѣ принятыя мѣры, больная скончалась въ 11 час. 50 мин. вечера, проживъ около часа послѣ операціи.

Можно сказать съ полной увѣренностью, что больная погибла отъ остраго малокровія. Оперативная помощь была подана скоро, черезъ 4—4½ час. послѣ разрыва; операція была сдѣлана быстро, занявъ менѣе 1½ час. времени. Все заставляетъ думать, что больная могла-бы поправиться, какъ и предыдущая; но ее погубила та же ошибка: извлеченіе плода прежде, чѣмъ сдѣланы приготовленія къ немедленному чревосѣченію. Разрывъ былъ въ этомъ случаѣ произвольный. Молодая малоопытная акушерка въ лѣчебницѣ ограничилась лишь самымъ осторожнымъ введеніемъ пальца во влагалище, и черезъ ¼ часа въ ея присутствіи произошелъ разрывъ.

4. А. К., 30 л., крестьянка, доставлена въ Архангельскую больницу Приказа общественнаго призрѣнія въ 7 час. веч. 29/vi 1904 г. изъ деревни верстъ за 8. Беременна 2-й разъ. Ростъ 155 стм.; размѣры таза: между вертелами 30, между гребешками 20, между остями 23, конъюгата наружная 17, діагональная 10 стм. Ясные слѣды рахита. Мѣсячныя съ 18 лѣтъ, по 4—5 дней, правильно. Первые роды прошли въ этой-же больницѣ 2 года назадъ; тогда пришлось сдѣлать краніоклазію, послѣ чего получилось послѣродовое заболѣваніе,—болѣла недѣли 2. На этотъ разъ деревенскія бабки убѣдили больную рожать дома, увѣривъ, что роды будутъ благополучные. Послѣ почти 2-хъ сутокъ родовыхъ болей больная почувствовала сразу очень острую боль во всемъ животѣ; при этомъ схватки совершенно прекратились, и изъ половыхъ органовъ появилось дов. обильное кровотеченіе (3 час. утра 29/vi). Скоро появилась рвота. Приглашенная сельская акушерка посовѣтовала немедленно везти роженицу въ больницу.

29/vi 8½ час. веч.: Осунувшееся лицо; безпокойство; одышка. Частая рвота зеленой жидкостью. Пульсъ около 130—140, малый; 38°. Наружные половые органы сильно отечны и покрыты ссадинами и налетами. Части плода прощупываются прямо подъ брюшными покровами; сердцебіенія его не слышно. Надъ лобкомъ большая твердая масса, принятая за сократившуюся матку, а впослѣдствіи оказавшаяся головкой.

Въ 11½ час. веч. (черезъ 20 час. послѣ разрыва) чревосѣченіе. Передъ самой операціей послѣ тщательнаго обеззараживанія половыхъ органовъ сдѣлано изслѣдованіе, подтвердившее распознаваніе разрыва матки. Головка лежитъ кпереди, малымъ сегментомъ въ тазу; при осторожномъ поднятіи ея выливается много крови. Размѣры и характеръ разрыва не опредѣлены. Больная захлороформирована. Разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка до лобка. По вскрытіи брюшной полости вылилось много жидкой, черной крови. Ребенокъ и послѣдъ извлечены изъ брюшной полости. *Trendelenburg*'овское положеніе. Найденъ поперечный разрывъ передней стѣнки нижняго сегмента (шейки) матки, надъ зѣвомъ. Запузырная клѣтчатка широко вскрыта и сильно кровоточитъ. Правая широкая связка разорвана почти во всю толщу и разрывъ брюшины продолжается здѣсь далеко кзади и кверху, черезъ безымянную линію почти до брыжейки слѣпой кишки. Лѣвая связка также повреждена, хотя въ гораздо меньшей степени,—только передняя и нижняя ея части. По удаленіи плода кровь стала быстро заливать операціонное поле, не давая возможности разобраться въ анатомическихъ отношеніяхъ. Тогда на широкія связки положено по 2 этажныхъ лигатуры; остальная часть связокъ временно захвачена пинцетами *Richelot*. Затѣмъ приступлено къ обкалыванію запузырной клѣтчатки, здѣсь наложено 6 матрасныхъ швовъ, стягивавшихъ слизистую оболочку шейки съ брюшиной, покрывающей пузырь. Кровотеченіе прекратилось. На широкія связки положено еще по 2 лигатуры; матка отсѣчена и брюшина задняго *Douglas*'ова пространства сшита 3-мя матрасными швами съ слизистой оболочкой задней части шейки. Такимъ образомъ въ результатѣ сдѣлано надвлагалищное усѣченіе матки (нетипичная операція *Porro*). Широкое промываніе брюшной полости физіологическимъ растворомъ соли; тампонада шейки съ выводомъ тампона во влагалище. Брюшная полость закрыта наглухо 2-яруснымъ швомъ: шелкъ на брюшину и фасцію (обвивной шовъ) и «цапки» (griffes) на кожу.

30/vi: Положеніе больной плохое. Пульсъ 120, малый; 37°; частая рвота; животъ вздутъ. Впрыснуто 0,01 морфія. Къ вечеру животъ сильно вздулся; 38°,5. Катетромъ выведено съ ½ чашки мочи. Впрыснуты камфора и эѳиръ; солевой растворъ подъ кожу бедеръ (1000 к. стм.).—1/vii: Явленія тѣ-же. Газы не отходили, животъ вздулся чрезмѣрно; очень частая рвота. 37°,6; пульсъ 140, нитевидный. Мочи опять очень мало, съ ¼ чашки за сутки. Тампонъ вынутъ; онъ былъ безъ запаха и пропитанъ чистой сывороточно-кровянистой жидкостью. In extremis сдѣлано промываніе желудка; прямая кишка пальцемъ очищена отъ наполнявшаго ее кала; поставлены 2 промывательныхъ, безъ результата. Въ 2 час. дня скончалась. Вскрытія не было.

Въ этомъ случаѣ трудно установить, былъ-ли разрывъ произвольный или произведенъ искусственно бабками, усердно хлопотавшими около больной. Первое можно допустить въ виду того, что роды при энергичныхъ схваткахъ тянулись очень долго (2 сутокъ), при невозможности окончиться естественно изъ-за узости таза; слѣд., произвольный разрывъ вполнѣ возможенъ. Съ другой стороны, больная не хотѣла объяснить, что именно дѣлали съ нею бабки, но по грязнымъ ссадинамъ на наружныхъ органахъ можно заключить, что онѣ вмѣшивались дов. энергично. На этотъ разъ больная попала на операціонный столъ поздно, черезъ 20 час. послѣ разрыва, съ признаками уже начинавшагося зараженія (налеты на ссадинахъ, повышенная температура). Поэтому необходимо было оставить широкій дренажъ брюшной полости (черезъ оставшуюся культю матки). Я не удалилъ всей матки потому, что это удлинило-бы время операціи и безъ нужды осложнило-бы её. Для меня стало затѣмъ яснымъ, что, обкалывая запузырную клѣтчатку, я захватилъ въ швы одинъ изъ мочеточниковъ (правый, гдѣ разрывъ былъ глубже и кровотеченіе больше). Моча послѣ операціи выдѣлялась, но въ недостаточномъ количествѣ. Другая почка не успѣла развить уравновѣшивающей дѣятельности; возможно, что былъ нѣсколько прижатъ (хотя и не захваченъ въ шовъ) и другой мочеточникъ. Въ послѣоперационномъ теченіи быстро развивался гнилостный перитонитъ съ явленіями паралича кишечника.

5. Е. Б., 24 л., беременна въ 3-й разъ, имѣла 2 ое срочныхъ родовъ—первые 3 года назадъ въ Архангельской-же больницѣ, вторые 2 года назадъ дома. Оба раза роды и послѣродовой періодъ протекали нормально; вставала на 3-ій—4-ый день. Мѣсячныя съ 18 лѣтъ, правильно, черезъ 25 дней, по 7 дней; послѣдній разъ были въ декабрѣ 1903 г. Ростъ 158, разстояніе между вертелами 31, между гребешками 27, между остями 24, коньюгата наружная 20, діагональная 13 стм. Предъидущіе роды были скорые. На этотъ разъ родовыя боли продолжались около 2-хъ сутокъ, пока въ 4 час. утра 31/viii 1904 г. не прекратились сразу. Въ это-же время появились острая боль во всемъ животѣ и дов. обильное кровотеченіе. Больная была привезена изъ деревни (за 20 в.) въ больницу только въ 11½ час. ночи. Во время переѣзда были опять небольшое кровотеченіе и сильная боль въ животѣ отъ толчковъ. Рвоты ни разу не было.

Войдя въ родильную, я засталъ больную сидѣвшей на кровати со спущенными ногами: лежать она рѣшительно отказывалась. Сильная одышка—до 50 дых. въ минуту; пульсъ около 120, дов. полный; 38°2. Уложивъ больную, можно было опредѣлить непосредственно подъ брюшными покровами части плода, лежавшаго въ поперечномъ положеніи; головка его—въ лѣвомъ подреберьи. Сократившаяся матка прощупывалась надъ лобкомъ, нѣсколько сдвинута вправо; дно пальца на 1½ выше пупка. На наружныхъ половыхъ органахъ большія ссадины, уже покрытыя грязнымъ сѣрымъ налетомъ (результатъ работы бабокъ). Изслѣдованіе чрезъ влагалище не сдѣлано, чтобы не заразить рукъ и не занести заразнаго начала глубже.

Послѣ тщательнаго туалета наружныхъ половыхъ органовъ (промываніе, обильное смазываніе ссадинъ іодной настойкой), сдѣланнаго акушеркой, — чревосѣченіе подъ хлороформнымъ наркозомъ. Разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка до лобка. По вскрытіи брюшины за ножку извлеченъ ребенокъ и за нимъ послѣдъ, издававшій непріятный запахъ. Въ брюшной полости — умѣренное количество жидкой крови и немного сгустковъ. Разрывъ оказался на задней поверхности матки въ нижнемъ сегментѣ, поперечный, какъ разъ въ заднемъ *Douglas*'овомъ пространствѣ, надъ крестцово-маточными связками; края разрыва дов. ровные, широкія связки почти не тронуты. По наложеніи 6 швовъ, не захватывавшихъ слизистой оболочки матки, черезъ брюшину и мышечный слой, края разрыва освѣжены и выровнены; затѣмъ швы стянуты. Сверхъ этого брюшина стянута обвивнымъ швомъ на подобіе *Lembert*'овскаго. Разрывъ одной только брюшины шелъ еще въ перпендикулярномъ направленіи къ первому, черезъ *Douglas*'ово пространство кзади и кверху, почти какъ разъ по средней линіи; онъ зашитъ небольшимъ дополнительнымъ обвивнымъ швомъ. Правая широкая связка оказалась совершенно цѣлой; лѣвая въ основаніи была надорвана, и въ ней обнажена была большая артерія (маточная), которая и перерѣзана между 2-мя лигатурами. Брюшная полость 4 раза промыта большимъ количествомъ теплаго (38° Ц.) физіологическаго раствора соли; часть послѣдней порціи оставлена. Непрерывный шовъ на брюшину и фасцію; узловатый на кожу (всюду шелкъ). Тампонада влагалища стерилизованной марлей.

1/ix: За весь день рвоты ни разу не было. Самочувствіе хорошее. Пульсъ 112, недурного наполненія. Животъ къ вечеру сильно вздутъ; дыханіе учащенное, тяжелое; частый кашель (у больной былъ бронхитъ съ обильными хрипами). На боли не жаловалась. Въ 10 час. и 12 час. ночи впрыснуто подъ кожу по 0,002 сѣрнокислаго атропина. Немедленно послѣ 2-го впрыскиванія стали отходить газы въ большомъ количествѣ. Еще во время операціи въ толстой кишкѣ ощупывалось много твердаго кала (промывательное передъ операціей не подѣйствовало). Передъ впрыскиваніемъ атропина были испробованы безъ результата: клизма обыкновенная, потомъ изъ глицерина, наконецъ введеніе резиновой трубки въ кишку. 37°,2. — 2/ix: Къ утру самочувствіе хорошее, пульсъ лучше (96—100). Рвоты нѣтъ; животъ опалъ, мягкій, безболѣзненъ при ощупываніи. Днемъ 3 раза обильно прослабило, сначала твердыми массами, потомъ жидко. Мочится сама, обильно и часто. Температура, бывшая до сихъ поръ нормальной, къ вечеру поднялась до 38°,6. Перемѣненъ

тампонъ, оказавшійся обильно смоченнымъ гнойнымъ отдѣляемымъ, съ умѣреннымъ запахомъ. Влагалище промыто; ссадины опять смазаны іодной настойкой, введенъ тампонъ съ іодоформомъ. Во время этого замѣчено, что шейка матки стоитъ очень высоко; употребляя самыя большія влагалищныя ложки, я могъ обнажить только маленькій край шейки, по видимому, задній. Больная повернута на бокъ въ виду кашля. Къ ночи впрыснуто 0,01 морфія.—3/IX: Еще нѣсколько разъ прослабило. Пульсъ 100—112. Животъ опять кажется вздутымъ. Мочится обильно, подъ себя. Перемѣненъ тампонъ—сильный запахъ. Веч. 39°,6. — 4/IX: Утр. вздутый животъ; безпокойство, боли. При перемѣнѣ тампона пальцемъ опредѣлена въ переднемъ сводѣ большая зыбившаяся опухоль, оказавшаяся растянутымъ мочевымъ пузыремъ. Катетеромъ выпущено 1½—2 литра мочи. Животъ сразу опалъ; боли исчезли. Матка теперь оказалась на 2½ пальца ниже пупка, она плотно прилегала къ передней брюшной стѣнкѣ. Въ виду подозрѣнія на стрептококковое зараженіе полости матки, впрыснуто подъ кожу 20 к. стм. поливалентной противострептококковой сыворотки Московскаго бактеріологическаго Института. Дано 30,0 касторового масла. Къ вечеру еще нѣсколько разъ прослабило. Моча опять выпущена катетеромъ. Пульсъ 98-100; 36°,9.—5/IX: Самочувствіе лучше. Появился позывъ на ѣду. Тампонъ съ сильнымъ запахомъ, обильно пропитанъ гноемъ.—6/IX: Повязка (подъ коллодіемъ) слегка пропиталась. По снятіи изъ верхняго и нижняго угловъ брюшной раны стала сочиться гнойная жидкость съ гнилостнымъ запахомъ. Углы эти расшиты; клѣтчатка оказалась сѣраго цвѣта, сильно пахнувшей. Смазываніе іодомъ; тампонъ съ іодоформомъ. Отдѣленія изъ влагалища совершенно ихорозныя. 7/IX: Видъ раны гораздо лучше; видны здоровыя розовыя грануляціи. Опять іодоформъ; компрессъ изъ 2%-го содоваго раствора. Отдѣленій изъ влагалища меньше; запахъ тоже уменьшается. Шейка также высоко; по видимому, матка передней поверхностью срослась съ брюшной стѣнкой; дно ея на 3 пальца ниже пупка. — 8/IX—10/IX: Состояніе больной улучшается. Отдѣленіе изъ влагалища безъ запаха, въ небольшомъ количествѣ; тампонада оставлена и замѣнена спринцеваніями,—2 раза въ день. Брюшная рана заживаетъ, при чемъ средняя ея часть зажила первымъ натяженіемъ. Температура нормальная. — 11/IX—15/IX: Тоже. Мочу приходится постоянно выводить катетеромъ.—16/IX: Утр. 37°,8. Появилась боль въ лѣвой голени, которая значительно отекла (phlebitis). Вены бедра, по видимому, не затронуты: ни боли, ни отека. Покой и согрѣвающій компрессъ; смазываніе сѣрой ртутной мазью. Отекъ голени исчезъ, но появилась отечность бедра. — 18/IX: Веч. послѣ озноба 39°,6. — 19/IX: 36°,9—39°,2. Отекъ бедра увеличился; на внутренней поверхности колѣна краснота и опухоль соотвѣтственно большой подкожной венѣ (v. saphena int.). Втираніе сѣрой ртутной мазью 12,0. 20/IX — 22/IX: Понемногу становится лучше. Отекъ ноги уменьшается; болей нѣтъ. Веч. 22/IX 37°,8.—23/IX: 36°,8—36°,9. — 24/IX—27/IX: Быстро поправляется. Разрѣшено садиться. Мочится сама. Отекъ ноги совершенно исчезъ. Температура нормальная.—1/X: Изъ брюшной ранки вышла шелковинка, которой была сшита брюшина. При двуручномъ изслѣдованіи матка найдена приблизительно нормальной величины; шейка достигалась свободно, хотя и стояла высоко; дно и передняя поверхность матки плотно срощены съ брюшной стѣнкой; дно пальца на 2½ выше лобка; своды всюду чисты; никакой болѣзненности. Снаружи на животѣ видно слѣдующее: вся нижняя часть покрыта поперечными бороздами, расходящимися въ стороны отъ рубца; рубецъ очень короткій; пупокъ расположенъ ниже своего обычнаго мѣста; словомъ, всѣ покровы нижней ½ живота стянуты внизъ, а кожа сморщилась. Очевидно, это произошло вслѣдствіе сокращенія и опущенія матки, крѣпко приросшей въ то время, когда верхняя ея граница была выше пупка. Разрѣшено ходить.—2/X—6/X: Въ мочѣ немного гноя; дѣлаются промыванія пузыря растворомъ борной кислоты и 1%-мъ растворомъ протаргола.—8/X: Вполнѣ здорова; лишь немного не зажили углы брюшной раны.—12/X: Выписана.

Въ этой исторіи болѣзни я долженъ отмѣтить нѣсколько интересныхъ особенностей. О вѣроятной причинѣ разрыва можно судить здѣсь опять лишь гадательно. У молодой, здоровой женщины съ нормальнымъ тазомъ, уже рожавшей нормально, такой причиной могла быть только какая-нибудь неправильность въ положеніи плода, напр., поперечное его положеніе. Ребенокъ былъ, правда, большой (въ 4350 грм. вѣсомъ), но головка его была не такая большая (прямой размѣръ 11, поперечный большой 9, малый 8 стм.), чтобы она могла служить причиной дистоціи. Къ тому-же на ней не было ни малѣйшихъ слѣдовъ родовой опухоли, образованіе которой нужно признать неизбѣжнымъ, если-бы роды тянулись 2-ое сутокъ при предлежащей головкѣ. Съ другой стороны, больная положительно утверждала, что бабки помогали ей только давленіемъ на животъ, не прибѣгая къ внутреннимъ дѣйствіямъ. Давленіе, однако, было энергичное, такъ какъ на животѣ оказались ссадины и небольшіе кровоподтеки; возможно, что и оно способствовало разрыву. За вѣроятность поперечнаго положенія говоритъ отчасти и то, что послѣ разрыва ребенокъ лежалъ поперекъ брюшной полости.

Изъ 5 случаевъ разрыва матки, прошедшихъ черезъ мои руки, это былъ 1-ый, гдѣ оказалось возможнымъ зашить матку. Разрывъ былъ сравнительно небольшой (стм. 8—9) и съ ровными краями, при чемъ лишь лѣвая широкая связка была немного повреждена въ основаніи. Но я все-таки колебался нѣсколько мгновеній, думая, не лучше-ли удалить матку, чтобы создать широкій дренажъ для завѣдомо зараженной брюшной полости. На этотъ разъ обильное промываніе солевымъ растворомъ, по видимому, оказалось дѣйствительнымъ, такъ какъ, не смотря на грязные налеты и повышеніе температуры передъ операціей, не смотря на запахъ, уже имѣвшійся въ послѣдѣ, у больной въ послѣоперационномъ періодѣ не было признаковъ перитонита. Операція проведена при горизонтальномъ положеніи больной.

Отмѣчу еще примѣненное мною впрыскиваніе атропина. Впрыскиваніе атропина въ большихъ дозахъ примѣнялось, какъ извѣстно, уже не разъ при различнаго рода кишечной непроходимости; мнѣ тоже пришлось однажды примѣнить съ успѣхомъ этотъ способъ лѣченія. Очевидно, что наибольшаго успѣха отъ атропина можно ждать именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ непроходимость—только кажущаяся и гдѣ она зависитъ отъ пареза или паралича кишечной стѣнки. Такой именно она и была у моей больной. Вообще, такъ часто наблюдаемое вздутіе кишечника послѣ чревосѣченій должно быть объясняемо въ огромномъ большинствѣ случаевъ именно парезомъ кишечныхъ стѣнокъ, причина котораго вполнѣ понятна. Съ другой стороны, меня не остановила въ примѣненіи этого средства мысль о возможности начала воспаленія брюшины; я не видѣлъ въ этой возможности противопоказанія къ употребленію атропина. Въ литературѣ мнѣ попадались работы, въ которыхъ экспериментально и логически доказывалось, что усиленная перистальтика кишекъ въ значительной степени увеличиваетъ всасываніе, а, стало-быть, и самозащиту брюшины, тогда какъ парезъ кишечника, напротивъ, ухудшаетъ для нея условія борьбы. Въ одномъ изъ послѣднихъ №№ «Архива общей патологіи и экспериментальной медицины» *) была помѣщена статья о вліяніи морфія на фагоцитозъ и на самозащиту организма, въ которой доказывалось, что морфій понижаетъ энергію клѣточекъ и уменьшаетъ фагоцитозъ, ухудшая тѣмъ условія борьбы. Авторъ подкрѣплялъ свой выводъ многочисленными опытами на животныхъ. Многіе гинекологи за послѣднее время совѣтуютъ давать оперированнымъ слабительное, какъ можно раньше. Я давно уже избѣгаю, насколько возможно, морфія и опія послѣ чревосѣченій, чтобы не задерживать перистальтики; слабительныя даю на 3-й день послѣ операціи. На этотъ разъ еще во время операціи было установлено присутствіе въ толстыхъ кишкахъ большого количества твердыхъ каловыхъ массъ; тонкія кишки были также сильно вздуты. Когда къ этому присоединился послѣоперационный парезъ кишечника, получилась дов. грозная картина непроходимости при колоссальномъ вздутіи живота. Я предвидѣлъ, что, если не удастся какимъ-бы то ни было путемъ вывести у больной газы, такое вздутіе не кончится добромъ. Когда испробованныя обычныя средства не принесли никакой пользы, я прибѣгъ къ атропину и получилъ быстрый и благотворный результатъ. Конечно, на основаніи единственнаго случая никакихъ выводовъ дѣлать нельзя, но эффектъ получился такъ быстро и такой очевидной причинной зависимости отъ впрыскиванія, что я позволяю себѣ высказать пожеланіе, чтобы этотъ способъ былъ испробованъ въ подходящихъ случаяхъ. Дозы тутъ нужны повышенныя, въ родѣ тѣхъ, которыя предлагались при истинной непроходимости, — до 0,005. Я впрыснулъ 2 раза, по 0,002, на разстояніи 2-хъ часовъ. Побочнаго дѣйствія отъ атропина почти не было, если не считать умѣреннаго расширенія зрачковъ и жалобъ на сухость въ горлѣ въ теченіи нѣсколькихъ часовъ.

Заслуживаетъ также вниманія крайне высокое стояніе матки послѣ операціи: шейки нельзя было достать пальцемъ, и едва лишь небольшой край ея удавалось от-

*) Къ сожалѣнію, я сейчасъ совершенно не имѣю подъ руками нужныхъ источниковъ, чтобы подкрѣпить свои ссылки точными указаніями.

крыть самыми большими влагалищными ложками (нижняя 13, верхняя 11 стм. длины). Я объясняю такое высокое стояніе матки тѣмъ, что при наложеніи швовъ на крайнія точки разрыва въ лигатурѣ были захвачены значительныя части широкихъ связокъ, особенно слѣва, гдѣ связка была надорвана; вслѣдствіе этого получилось утолщеніе и укороченіе связокъ, которыя и приподняли матку кверху. Далѣе къ этому присоединилось очевидное сращеніе передней поверхности матки съ брюшной стѣнкой. Въ связь съ высокимъ стояніемъ матки приходится поставить отсутствіе произвольнаго мочеиспусканія. Очевидно, вмѣстѣ съ маткой былъ оттянутъ кверху и мочевой пузырь; вѣроятно, былъ нѣсколько натянутъ и мочевой каналъ. Въ результатѣ больная совершенно не могла мочиться самостоятельно до тѣхъ поръ, пока не начала садиться и вставать (на 26-ой день послѣ операціи). Первые дни у нея отдѣлялось дов. много мочи, большей частью подъ себя, что и ввело меня въ заблужденіе относительно дѣятельности пузыря. Когда, черезъ 4 сутокъ послѣ операціи, больной былъ вставленъ катетеръ, то оказалось, что пузырь былъ страшно растянутъ (опредѣлить это раньше мѣшала повязка на животѣ); мочилась-же больная par regorgement, т. е. выпуская лишь избыточныя порціи мочи противъ того количества, которое могъ держать растянутый ad maximum пузырь. Конечно, такое переполненіе пузыря, въ свою очередь, способствовало удержанію матки въ ненормально высокомъ положеніи.

Наконецъ, отмѣчу, такъ сказать, парадоксальный ходъ и распространеніе зараженія у этой больной. Получивъ зараженную больную черезъ 20 час. послѣ разрыва матки, я почти не надѣялся на успѣхъ операціи. Къ удивленію, со стороны брюшины не развилось никакихъ явленій воспаленія; не наблюдалось даже и замѣтной реакціи въ видѣ болей, рвоты и т. д. Между тѣмъ изъ влагалища въ теченіи 8—10 дней послѣ операціи вытекалъ настоящій ихоръ; брюшная рана, въ свою очередь, представила явленія гнилостнаго нагноенія. Матка опять-таки, по видимому, не была заражена въ сколько-нибудь значительной степени; за это говоритъ какъ отсутствіе продолжительной лихорадки (всего дня 2—3, если не считать лихорадки, зависѣвшей отъ флебита), такъ и быстрое сокращеніе матки. О степени этого сокращенія приходилось судить по поперечному размѣру матки, который быстро уменьшался, между тѣмъ какъ дно ея, вслѣдствіе сращенія съ брюшной стѣнкой, продолжало стоять высоко до самой выписки больной изъ больницы. Ихорозныя отдѣленія происходили, очевидно, изъ распада на самомъ мѣстѣ разрыва.

Сдѣланному на 4-ый день впрыскиванію противострептококковой сыворотки я не придаю особаго значенія, хотя послѣ этого температура сразу упала на 36°, 9 и больше не поднималась до 15-го дня, когда обнаружились явленія флебита на голени и на бедрѣ. У меня было, правда, нѣсколько случаевъ завѣдомаго зараженія стрептококкомъ, провѣренныхъ бактеріологически, гдѣ впрыскиваніе поливалентной сыворотки дѣйствовало почти чудеснымъ образомъ (2 случая родильной горячки, 1 — флегмоны шеи и груди, 1 — флегмоны грудной железы), но въ этихъ случаяхъ впрыскиваніе дѣлалось гораздо раньше, и впрыснутое количество доходило до 100—140 к. стм. въ нѣсколько пріемовъ. Въ послѣднемъ случаѣ нельзя было посѣять разводокъ, ни даже произвести бактеріологическаго изслѣдованія; впрыскиваніе я сдѣлалъ на всякій случай, увѣренный, что вреда сыворотка во всякомъ разѣ не принесетъ, а у меня было 2 флакона ея. Вѣроятно, паденіе температуры просто случайно совпало съ впрыскиваніемъ; по крайней мѣрѣ, нагноеніе съ дурнымъ запахомъ длилось еще нѣсколько дней; не помѣшало впрыскиваніе и развитію флебита, исходной точкой котораго нужно признать зараженіе венъ широкой связки въ области разрыва.

Если придерживаться дѣленія, установленнаго *Н. З. Ивановымъ* въ его докладѣ на 1-мъ гинекологическомъ Съѣздѣ (см. выше, № 14, стр. 515), то 4 изъ моихъ случаевъ войдутъ въ установленныя имъ группы. Сл. 4 относится къ 1-ой группѣ его: это—передній поперечный разрывъ истонченнаго нижняго сегмента матки ниже внутренняго зѣва. Д-ръ *Ивановъ* считаетъ эти разрывы произвольными, что вѣроятно и для моего случая. Сл. 1 и 3 (*Н. И. Потапова*) относятся ко 2-ой группѣ: разрывы продольные, боковые, идущіе отъ зѣва кверху черезъ ту или другую широкую связку. Вопреки высказанному д-ромъ *Ивановымъ* утвержденію, что разрывы эти большей частью бываютъ неполными, въ обоихъ этихъ случаяхъ они были полные. Я не могу также вполнѣ согласиться и съ другимъ его положеніемъ, а именно, что эти разрывы почти всѣ— насильственнаго происхожденія. Какъ видно изъ исторій болѣзни, въ обоихъ описываемыхъ мною случаяхъ продольные разрывы приходится признать, по всей вѣроятности, произвольными. Сл. 5 относится къ 3-й группѣ; это—задній разрывъ шейки, проникающій въ *Douglas*'ово пространство, вѣроятно, произвольный. 2-ой изъ моихъ случаевъ представляетъ полный отрывъ матки отъ передняго свода съ разрывомъ обѣихъ широкихъ связокъ. На основаніи полученныхъ мною свѣдѣній можно утверждать почти съ увѣренностью, что на этотъ разъ разрывъ (или отрывъ) былъ искусственный. О такомъ поврежденіи упоминается въ работѣ *Lepage* и *Ribemont-Dessaigne* (Précis d'obstétrique), при чемъ авторы считаютъ, что только «une intervention intempestive» можетъ произвести его: «si c'est la main introduite dans l'utérus qui entraîne trop violemment en haut cet organe, la solution de continuité se produit au niveau de l'insertion du vagin sur l'utérus» (стр. 958).

Такимъ образомъ изъ 5 описанныхъ мною случаевъ лишь въ 1 приходится почти съ полной увѣренностью принять трауму матки искусственной; 3 случая представляютъ несомнѣнно произвольные разрывы и 1 (сл. 4)—сомнителенъ, хотя больше вѣроятія, что и здѣсь разрывъ произошелъ произвольно.

Причины въ 4-хъ случаяхъ произвольнаго разрыва были слѣдующія: въ 1—узкій тазъ, въ 1—водянка предлежащей головки, въ 1—поперечное положеніе плода; во всѣхъ этихъ случаяхъ, слѣд., роды безусловно не могли кончиться произвольно; въ 4-мъ случаѣ, весьма вѣроятно, было также поперечное положеніе; другую причину разрыва допустить трудно.

Положеніе плода въ брюшной полости послѣ разрыва было продольное съ головкой внизу въ сл. 1, 2 и 4; въ сл. 3 и 5 оно было поперечное.

Что касается распознаванія, то во всѣхъ моихъ случаяхъ (во всѣхъ разрывы были полные) оно не представляло ни малѣйшаго затрудненія и установливалось послѣ простаго ощупыванія живота больной. Анамнезъ и побочные признаки (кровотеченіе, отсутствіе схватокъ, явленія раздраженія брюшины и пр.) дѣлали его несомнѣннымъ даже и безъ внутренняго изслѣдованія. Напротивъ, я сказалъ-бы, что внутреннее изслѣдованіе даетъ въ этихъ случаяхъ, пока ребенокъ не извлеченъ, гораздо менѣе точныя указанія, чѣмъ другіе пріемы изслѣдованія, и я думаю, что нерѣдко можно даже отказаться отъ него, какъ я это и сдѣлалъ въ своемъ сл. 5, гдѣ я опасался заразить глубокіе отдѣлы полового прибора, проводя пальцы черезъ грязное, покрытое сѣрыми налетами влагалище. Меня поэтому нѣсколько удивляетъ, что въ 4 изъ 5 своихъ случаевъ *П. И. Стояновъ* установилъ разрывъ случайно, послѣ поворота и т. п., когда, введя руку въ матку, онъ, «къ удивленію», не находилъ въ ней послѣда, а рука проникала въ брюшную полость.

Предсказаніе при разрывахъ матки, понятно, будетъ зависѣть отъ обстановки, при которой протекали роды, отъ своевременной подачи цѣлесообразной оперативной помощи, отъ отсутствія «interventions intempestives»... Изъ 5 моихъ больныхъ выздоровѣли 2 и умерли 3. Если-бы не были сдѣланы несвоевременный поворотъ и извлеченіе въ сл. 3, то, в. возможно, получилось-бы обратное отношеніе: 3 случая выздоровленія и 2 смерти. Для тѣхъ условій, въ которыхъ попадали больныя, особенно 2 послѣднія, на операціонный столъ, это отношеніе приходится признать дов. благопріятнымъ.

Относительно лѣченія разрывовъ матки я склоняюсь въ общемъ въ сторону взглядовъ *Н. З. Иванова* и проф. *В. В. Строгонова*, высказанныхъ имъ во время преній. Мнѣ

кажется, о сохраняющемъ неоперативномъ лѣченіи рѣчь можетъ идти лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ. Я поставилъ-бы необходимыми условіями, при которыхъ позволительно испытать тампонаду или зашиваніе матки чрезъ влагалище, въ родѣ того, что съ успѣхомъ сдѣлалъ въ своемъ случаѣ д-ръ *М. Славчевъ*, 1) недавнее происхожденіе разрыва и 2) увѣренность въ асептикѣ обстановки, при которой протекали роды. Конечно, если разрывъ произошелъ въ клиникѣ или въ хорошо обставленномъ родильномъ пріютѣ, если больная не прошла черезъ руки бабокъ или сомнительныхъ неизвѣстныхъ акушерокъ, если разрывъ не слишкомъ великъ и мало кровоточитъ, то отчего и не попробовать зашить или затампонировать его черезъ влагалище? Но, конечно, такіе случаи всегда будутъ исключительными, во 1-хъ, потому, что въ спеціальномъ учрежденіи не допустятъ, чтобы дѣло дошло до разрыва матки, а съумѣютъ предотвратить его во-время поданной раціональной помощью; во 2-хъ, разрывы эти, какъ показываетъ опытъ, въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ бываютъ огромные и сильно кровоточащіе, такъ сказать, вопіющіе о широкомъ и нерѣдко коренномъ оперативномъ лѣченіи.

Пытаясь вести разрывы матки сохраняющимъ способомъ въ тѣхъ условіяхъ, въ какихъ больныя обычно попадаютъ въ наши руки, т. е. по прошествіи многихъ часовъ, а иногда и сутокъ съ момента разрыва, послѣ того, какъ надъ больной хозяйничала грязная бабка, можно рисковать потерять больную отъ кровотеченія или гнилокровія. Приводимые д-ромъ *Ивановымъ* случаи убѣдительно доказываютъ это положеніе. Тѣмъ удивительнѣе было прочесть заключеніе доклада д-ра *Стоянова*, склоняющагося въ пользу сохраняющаго способа, не смотря на то, что онъ потерялъ при этомъ всѣхъ своихъ 5 больныхъ. Конечно, если операцію дѣлать нельзя изъ-за отсутствія инструментовъ, подходящей обстановки, помощника, приходится ограничиваться извлеченіемъ плода и тампонадой. Но, очевидно, что это только—pis aller, что только печальная необходимость можетъ заставить рѣшиться на выжиданіе. За этими исключеніями, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ полнаго разрыва показуется операція, а именно—чревосѣченіе. Въ этомъ отношеніи я вполнѣ согласенъ съ *Н. З. Ивановымъ* и проф. *В. В. Строгановымъ*. Относительно способа извлеченія плода я также вполнѣ присоединяюсь къ мнѣнію проф. *Строганова*. Если плодъ находится въ маткѣ, «то, какъ общее правило, должна быть сдѣлана попытка извлечь его per vias naturales». Это относится, очевидно, больше всего къ неполнымъ разрывамъ, съ которыми въ дальнѣйшемъ придется поступать, смотря по обстоятельствамъ (тампонада, зашиваніе, удаленіе мѣшка чрезъ влагалище или путемъ чревосѣченія). Я прибавилъ-бы сюда еще одно показаніе, а именно—головную водянку плода, когда извлеченіе его черезъ влагалище представляетъ извѣстныя удобства. Во всякомъ случаѣ, при водянкѣ предлежащей головки слѣдуетъ, по крайней мѣрѣ, сдѣлать прободеніе, выпустить воду и уменьшить такимъ образомъ объемъ головки; затѣмъ можно приступить къ извлеченію per vias naturales или прямо къ чревосѣченію. Можетъ быть, 2-ой способъ будетъ бережнѣе 1-го.

Если плодъ уже находится въ брюшной полости,—а таково огромное большинство случаевъ (мои всѣ)—то слѣдуетъ приступить къ чревосѣченію. Преимущества его слѣдующія (*В. В. Строгановъ*): «1) Разрывъ матки не увеличивается отъ извлеченія черезъ него плода и, слѣд., не будетъ шансовъ на могущее быть кровотеченіе». Прибавлю, что кровотеченіе здѣсь можетъ быть не только вслѣдствіе увеличенія разрыва при извлеченіи плода, но еще и оттого, что такимъ образомъ преждевременно удаляется предлежащая часть, которая можетъ болѣе или менѣе плотно тампонировать кровоточащія мѣста. Изъ моихъ случаевъ это особенно очевидно было въ сл. 1, гдѣ огромная водяночная головка тампонировала разорванную по поламъ маточную артерію, и въ сл. 4, гдѣ по извлеченіи плода брюшная полость мгновенно залита была кровью, хлынувшею изъ мѣста разрыва. Поэтому-то такъ опасна и такъ ухудшаетъ предсказаніе при разрывахъ матки помощь, подаваемая на дому, когда плодъ извлекается на мѣстѣ, до помѣщенія больной въ удобныя для операціи условія. 2) «Второе преимущество чревосѣченія состоитъ въ томъ, что полость брюшины можетъ быть болѣе совершеннымъ образомъ очищена отъ кровяныхъ сгустковъ, meconium'а и плодовой смазки».

Сдѣлавъ чревосѣченіе и извлекши плодъ, далѣе поступаютъ, смотря по обстоятельствамъ. При небольшомъ разрывѣ безъ размозженія, съ относительно ровными краями, можно зашить его (мой сл. 5); но въ большинствѣ случаевъ приходится прибѣгать къ полному удаленію матки или къ надвлагалищному усѣченію ея (мой сл. 4). Въ такихъ случаяхъ показуется широкій дренажъ малаго таза черезъ влагалище.

Въ заключеніе позволю себѣ представить слѣдующія положенія:

1. Кромѣ установленныхъ *Н. З. Ивановымъ* разновидностей или группъ произвольныхъ или траумаческихъ (искусственныхъ) разрывовъ матки во время родовъ, наблюдаются еще случаи отрыва ея отъ передняго свода (возможно и отъ другихъ сводовъ) чисто траумаческаго, насильственнаго происхожденія.

2. Въ исключительныхъ случаяхъ разрывъ можетъ происходить медленно и постепенно и не сопровождаться бурной реакціей или большимъ кровотеченіемъ (мой сл. 1). При этихъ обстоятельствахъ распознаваніе можетъ быть затруднено.

3. Распознаваніе полнаго разрыва матки во время родовъ съ выхожденіемъ плода въ брюшную полость вообще не представляетъ затрудненія и устанавливается простымъ ощупываніемъ; анамнезъ и сопутствующія явленія подтверждаютъ его.

4. Внутреннее изслѣдованіе нерѣдко не даетъ точныхъ данныхъ (пока ребенокъ не извлеченъ), а потому въ извѣстныхъ случаяхъ имъ можно не пользоваться, когда для этого есть серьезныя основанія (напр., возможность занесенія заразнаго начала съ наружныхъ въ глубокія части полового прибора).

5. Предсказаніе при разрывахъ матки зависитъ отъ цѣлаго ряда условій, которыя должны быть приняты въ разсчетъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ; въ общемъ теперь оно не такъ мрачно, какъ было еще въ сравнительно недавнее время. % смертности не долженъ превышать 40—50, а при особенно хорошихъ условіяхъ онъ можетъ быть еще гораздо ниже.

6. Извлекать плодъ (per vias naturales) отнюдь не слѣдуетъ, пока больная не поставлена въ условія, допускающія производство большой операціи, если только вообще это возможно.

7. Если нельзя сдѣлать такую операцію, слѣдуетъ извлечь плодъ и зашить или хотя затампонировать разрывъ черезъ влагалище.

8. Подготовивъ все къ операціи, необходимо извлечь плодъ: а) если онъ еще въ полости матки или если его извлеченіе черезъ брюшную рану можетъ представить затрудненія (напр., водянка предлежащей головки), нужно попытаться извлечь его per vias naturales и далѣе поступать, смотря по обстоятельствамъ (тампонада, зашиваніе, удаленіе матки черезъ влагалище или путемъ чревосѣченія). При водянкѣ предлежащей головки во всякомъ случаѣ обязательно сдѣлать прежде всего прободеніе и затѣмъ или извлечь плодъ per vias naturales, или приступить къ чревосѣченію; в) если плодъ вышелъ въ брюшную полость, то нужно, не пытаясь извлекать его per vias naturales, немедленно сдѣлать чревосѣченіе.

9. Въ большинствѣ случаевъ матку придется удалить цѣликомъ или частично (надвлагалищное усѣченіе); въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ ее можно зашить.

10. По окончаніи операціи обязателенъ самый тщательный туалетъ брюшной полости, лучше всего обильное и многократное промываніе стерилизованнымъ физіологическимъ растворомъ соли 38° Ц. Если матка удалена или усѣчена, то слѣдуетъ вставить широкій дренажъ изъ стерилизованной марли и вывести конецъ его во влагалище.

11. Въ случаѣ угрожающаго послѣоперационнаго пареза кишечника слѣдуетъ испробовать впрыскиванія атропина

въ большихъ дозахъ (это относится и вообще ко всякимъ чревосѣченіямъ).

12. Если въ послѣоперацiонномъ періодѣ наблюдается нагноеніе, лихорадка и пр., то полезно изслѣдовать бактеріологически выдѣленія и, въ случаѣ нужды, прибѣгнуть къ специфическимъ лѣчебнымъ сывороткамъ.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Земскіе врачи и г. «Земецъ».

Въ №№ 8 и 9 «Русскаго Медицинскаго Вѣстника» отъ 15 апрѣля и 1 мая текущаго года помѣщена статья подъ заглавіемъ «Земство и врачи». Авторъ этой статьи, скрывшій почему-то свое имя (подъ псейдонимомъ «Земецъ»), противопоставляя земскихъ врачей послѣдняго времени старымъ товарищамъ ихъ, работавшимъ въ начальномъ періодѣ дѣятельности земскихъ учрежденій, обвиняетъ современныхъ земскихъ врачей въ слишкомъ практическомъ направленіи, а именно въ стремленіи выдѣлиться въ независимую группу, создать свое преобладаніе въ земствѣ и т. д. При этомъ г. Земецъ утверждаетъ, что современные земскіе врачи «перестали быть тѣми культурно-общественными дѣятелями, какими были ихъ предшественники».

1-ая половина статьи написана въ такомъ мягкомъ и—скажу—даже трогательномъ тонѣ, что легко можетъ расположить въ пользу мнѣній автора и ввести въ заблужденіе тѣхъ читателей, которые мало знакомы съ условіями земско-медицинскаго дѣла и не дадутъ себѣ къ тому-же труда возможно внимательно проанализировать сужденія г. Земца. До нѣкоторой степени статья эта ввела, пожалуй, въ заблужденіе и *С. Н. Игумнова*, который въ своей статьѣ, помѣщенной въ № 4 «Журнала Общества русскихъ врачей» за текущій годъ, относитъ г. Земца къ «земскимъ дѣятелямъ былыхъ временъ изъ эпохи весны земской жизни». Лично я скорѣе склоненъ думать, что авторъ статьи въ «Медицинскомъ Вѣстникѣ» принадлежитъ именно къ тѣмъ современнымъ земскимъ дѣятелямъ, которые «восхищаются весной земской жизни» издалека, тѣмъ болѣе, что пожилой возрастъ ничуть не исключаетъ для многихъ современныхъ дѣятелей возможности придерживаться самыхъ новѣйшихъ взглядовъ.

Сдѣлаю еще одно вступительное замѣчаніе. Послѣ вышеупомянутой обстоятельной и очень интересной статьи *С. Н. Игумнова* нужно-ли еще снова говорить по поводу разсужденій г. Земца? Думаю, что будетъ не лишне. Прежде всего потому, что «Журналъ Общества русскихъ врачей» распространенъ относительно въ небольшомъ кругу читателей, которые, къ тому-же, имѣютъ возможность правильно оцѣнить жалобы г. Земца совершенно самостоятельно, не обращаясь къ литературѣ. Кромѣ того, мои замѣчанія будутъ имѣть болѣе практическій характеръ, что важно для тѣхъ врачей, которые стоятъ вдали отъ земско-медицинской дѣятельности.

Остановлюсь на сужденіяхъ г. Земца въ порядкѣ изложенія его статьи. Начну, однако, съ общаго, очень необходимаго, замѣчанія, что г. Земецъ ни въ одномъ мѣстѣ своего труда не только не приводитъ какихъ-либо цифръ, которыя доказывали-бы его голословныя умозаключенія о современныхъ земскихъ врачахъ, но очень мало также сообщаетъ и конкретныхъ фактовъ, такъ что вся работа его носитъ характеръ личныхъ субъективныхъ впечатлѣній. Въ этомъ направленіи заслуживаетъ вниманія тотъ, напр., фактъ, что почтенный авторъ, кромѣ одного намека вскользь, нигдѣ не выясняетъ того обстоятельства, что само земство по новому Положенію 1890-го года—уже нѣсколько другое земство, не такое, каково оно было при старомъ земскомъ положеніи: люди далеко не тѣ, такъ какъ составъ гласныхъ рѣзко измѣнился въ сторону преобладанія сословности; зависимость земства отъ администраціи стала далеко замѣтнѣе, сильнѣе; чиновный элементъ, а съ нимъ и бюрократизмъ чаще стали находить поклонниковъ и между земскими избранниками. Кромѣ того, скажу словами автора статьи въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» [1]): «давъ дворянамъ численное преобладаніе въ земскихъ Собраніяхъ и въ то-же время установивъ столь высокій цензъ, что во многихъ уѣздахъ выборное начало въ этой группѣ избирателей фактически упразднилось, новое Положеніе открыло доступъ въ Собранія такимъ элементамъ, которые при иномъ устройствѣ избирательной системы не могли-бы въ нихъ проникнуть». Помимо этого, Положеніе 12-го іюня 1889 г. ввело въ близкое соприкосновеніе съ земствомъ «земскихъ начальниковъ» и уѣздные Съѣзды, дѣятели которыхъ далеко не часто идутъ рядомъ и по одному направленію съ земскими дѣятелями, представляя поклонниковъ дисциплины и строгой подчиненности въ отношеніи къ служащимъ, и это близкое сосѣдство тоже не могло не отразиться на дѣятельности земскихъ учрежденій. Вотъ почему новое земское Положеніе не могло не повліять рядомъ съ введеніемъ Положенія 12-го іюня 1889 г. какъ на составъ земскихъ Управъ, такъ и на характеръ ихъ отношеній къ врачамъ и ко всему «наемному» земскому персоналу и вызвать въ послѣднемъ, быть можетъ, тѣ самыя новыя вѣянія, которыя столь непріятны нѣжному сердцу г. Земца, но совершенно неизбѣжны, какъ явленіе послѣдовательное. Такая именно точка отправленія и была-бы наиболѣе, по существу дѣла, справедлива, особенно когда хотятъ обвинить какъ-бы въ недостойномъ поведеніи громадную группу образованныхъ дѣятелей.

Г. Земецъ говоритъ, что въ послѣднее время сообщенія о конфликтахъ врачей съ Управами «заполонили въ общей прессѣ почти все содержаніе отзывовъ о земскихъ врачахъ». Такъ-ли это? Кѣмъ это доказано? Принялъ-ли при этомъ г. Земецъ во вниманіе увеличеніе числа земскихъ врачей и %-ное отношеніе такихъ отзывовъ къ числу врачей прежде и теперь? Ничего этого г. Земецъ не сдѣлалъ, а между тѣмъ при добромъ желаніи можно было-бы въ литературѣ, какъ медицинской, такъ и земской, найти данныя для болѣе серьезно обоснованныхъ выводовъ; но только ничуть нельзя сказать, къ какому заключенію привели-бы изслѣдователя эти выводы,—очень можетъ быть, они доказали-бы совершенно противное... Я не послѣдую примѣру г. Земца и не буду утверждать того, чего не знаю и что никѣмъ не доказано. Укажу лишь на то, что дѣятельность послѣдняго (IX) Пироговскаго Съѣзда, на которомъ наибольшая группа врачей была земская, приводитъ сторонникъ земству и потому болѣе объективныхъ наблюдателей какъ разъ къ противоположнымъ выводамъ. На этотъ Съѣздъ собрались 2254 члена [2]), изъ коихъ было 396 земскихъ врачей (считая санитарныхъ и женщинъ-врачей), что составляетъ 17,5%, а, если изъ общей суммы исключить 900 Петербургскихъ врачей и 106 участниковъ, то земскіе врачи составятъ уже 31,7%. Засѣданія Отдѣла общественной медицины посѣщались по преимуществу земскими врачами. Послѣдніе дали и наибольшее число докладовъ въ этомъ Отдѣлѣ, и что-же оказывается? Многоли времени посвятили врачи вопросамъ личнаго своего благополучія? «Не о себѣ заботились члены Съѣзда», говоритъ въ февральской книжкѣ «Русской Мысли» за текущій годъ авторъ статьи «Назрѣвшіе вопросы», посвященной трудамъ IX Пироговскаго Съѣзда. Меньше всего удѣляли они времени своимъ личнымъ нуждамъ, меньше всего касались они крайне необезпеченнаго матеріальнаго положенія, тѣхъ ужасныхъ фактовъ, когда врачи, умирая, оставляютъ свою семью безъ всякихъ средствъ къ существованію». «Изъ 376 докладовъ только 4 говорили объ усиленной смертности врачей, о необходимости повысить уровень благосостоянія служителей медицины». Очень странно, что г. Земецъ проходитъ мимо такихъ яркихъ фактовъ и проливаетъ слезы о быломъ...

Совсѣмъ неправда, какъ то утверждаетъ г. Земецъ, что конфликты съ Управами встрѣчаются только въ земско-врачебной отрасли земскаго дѣла. Такъ это только кажется, потому что число наемныхъ служащихъ въ земствахъ по врачебной части слишкомъ обширно сравнительно со всѣми другими отраслями земскаго дѣла. Но, помимо этого, положеніе другихъ наемныхъ служащихъ (фельдшеровъ,

[1]) «По поводу ревизіи земскихъ учрежденій», 1904 г., № 256.
[2]) «Справочный Листокъ IX Съѣзда», № 10, отъ 10 апрѣля.

учителей и т. д.) часто стоитъ въ земствахъ такъ непрочно, что тамъ до конфликтовъ дѣло обыкновенно и не можетъ дойти.

Г. Земецъ полагаетъ, что врачи въ земствѣ находятся въ особо привиллегированномъ положеніи и прежде всего потому, что «единственные изъ земскихъ работниковъ» «они по своему желанію могутъ пользоваться правами службы государственной». При этомъ онъ утверждаетъ, что въ послѣднее время стремленіе къ чинопроизводству очень сильно развилось среди земскихъ врачей. И опять безъ всякихъ доказательствъ. Такое утвержденіе лично у меня вызываетъ только улыбку [1]) и искреннее убѣжденіе въ томъ, что самъ г. Земецъ придаетъ, несомнѣнно, важное значеніе чинопроизводству. Для столичнаго земскаго дѣятеля, какимъ я считаю г. Земца (онъ упоминаетъ, между прочимъ, о гласныхъ «сѣдыхъ ветеранахъ», «прославленныхъ авторитетахъ-профессорахъ» и о «нѣжномъ любовномъ» вниманіи ихъ къ «загорѣлымъ, бородатымъ и неуклюжимъ» людямъ деревни), это, быть можетъ и интересно [2]), но для земскихъ врачей—едва-ли. Да къ тому-же слѣдуетъ имѣть въ виду, что составъ земскихъ врачей въ разныхъ углахъ земской Россіи далеко не вездѣ одинаковъ.

Другую привиллегію земскихъ врачей, обусловливающую наименьшую подчиненность ихъ Управамъ, г. Земецъ видитъ въ томъ, что нынѣ почти въ каждомъ земствѣ существуютъ «фактически совершенно независящіе отъ земскихъ Управъ санитарные и медицинскіе Совѣты и Коммиссіи, которые вмѣстѣ съ губернскими Съѣздами врачей уничтожаютъ всякое подчиненіе врачебнаго персонала исполнительному органу земства—Управѣ, даже въ общемъ направленіи дѣла». Совершенно изумительныя рѣчи! Интересно только, гдѣ находится эта счастливая Аркадія для врачей, полная ихъ всевластіемъ? Въ земствахъ Пермской, а особенно Петербургской губ., я этого не наблюдалъ. Даже тамъ, гдѣ между Управой и врачами существуютъ добрыя отношенія, и тамъ нерѣдко наблюдается полное игнорированіе мнѣній санитарныхъ Коммиссій: Коммиссія выбираетъ, напр., 2-хъ кандидатовъ на свободное мѣсто въ участкѣ, а попадаетъ на мѣсто совсѣмъ новое лицо и т. д. Есть, впрочемъ, въ одномъ изъ столичныхъ уѣздовъ такая санитарная Коммиссія, которая совершенно не признаетъ авторитета Управы; но въ этой Коммиссіи и врачи совершенно безправны предъ ея предсѣдателемъ—всесильнымъ гласнымъ и членомъ Управы. Бываютъ и такія Коммиссіи, гдѣ всѣмъ правитъ секретарь ея и Управы, но въ такихъ Коммиссіяхъ врачи (за исключеніемъ, развѣ, уѣзднаго) совершенно игнорируются Управой. Въ тѣхъ немногихъ земствахъ, гдѣ предсѣдатели показываются въ Управу не часто, не особенно интересуясь дѣломъ, конечно, многое зависитъ отъ санитарныхъ Коммиссій съ участіемъ врачей; но, вѣдь, этому нужно только радоваться; что-же бы было, если бы и Коммиссіи не созывались и не работали?

По мнѣнію г. Земца, земскіе врачи должны быть сравнены въ своихъ правахъ (быть выслушанными въ санитарныхъ Коммиссіяхъ) со всѣми другими наемными служащими земства («насколько хорошо», говоритъ г. Земецъ, «такое привиллегированное положеніе только одной категоріи служащихъ—мы судить не будемъ»); другими словами, право врачей имѣть голосъ въ устроеніи земской медицины г. Земцу не нравится, тѣмъ болѣе, что аутономія врачей, по его мнѣнію, не только не прекращаетъ столкновеній врачей съ Управами, а, наоборотъ, дѣлаетъ ихъ болѣе частыми. Врачами ведется борьба не за лучшую постановку дѣла, утверждаетъ г. Земецъ, *а за что-то другое*. Какъ кому, а мнѣ всѣ такія разсужденія кажутся выраженіемъ какой-то личной обиды и носятъ характеръ нареканія крайне несимпатичной окраски.

Въ работахъ врачебныхъ Съѣздовъ и Совѣщаній г. Земецъ видитъ только стремленіе «обособиться, выдѣлиться въ независимую группу, создать свое преобладаніе въ земствѣ»! Что-же это такое? Неужели такого отзыва заслуживаютъ безкорыстные труды Съѣздовъ земскихъ врачей, всецѣло всегда и во всѣхъ земствахъ проникнутые стремленіемъ работать на пользу мѣстнаго населенія? Врачи могутъ ошибаться, тѣ или другіе проэкты ихъ не всегда одинаково могутъ быть основательны; но видѣть въ работахъ Съѣздовъ только стремленіе къ преобладанію въ земствѣ—это значитъ ничего не видѣть въ нихъ. Съ глубокой благодарностью слѣдуетъ вспомнить о тѣхъ старыхъ земскихъ дѣятеляхъ, которые въ заботахъ о народномъ здоровьѣ на первый планъ ставили пользу населенія и позволяли «неуклюжимъ, бородатымъ людямъ деревни» не только собираться на Съѣзды и во всеуслышаніе высказывать свои жалобы на деревенскія нужды, но и объединиться вмѣстѣ съ ними самими въ нѣкоторую болѣе или менѣе стройную организацію, способную не только разговаривать, но и проводить въ жизнь свои идеи. Это стремленіе организоваться, объединиться съ земцами-же въ интересахъ дальнѣйшаго развитія земско-медицинской помощи и не нравится г. Земцу. А между тѣмъ, на самомъ дѣлѣ, развѣ возможно дальнѣйшее правильное и планомѣрное развитіе земско-медицинскаго дѣла при отсутствіи такой коллегіальной организаціи, въ которой врачи имѣли-бы право голоса? Какимъ именно путемъ г. Земецъ пришелъ къ заключенію, что «земскіе врачи перестали быть тѣми культурно-общественными дѣятелями, какими были ихъ предшественники»? Выходитъ, какъ будто, по мнѣнію г. Земца, что, если работники въ земско-медицинскомъ дѣлѣ стараются отвоевать себѣ право голоса въ устроеніи этого дѣла для пользы населенія, то они лишаются права называться культурно-общественными дѣятелями. Интересно сравнить въ этомъ направленіи отзывъ о земскихъ врачахъ г. Земца съ мнѣніемъ о характерѣ дѣятельности санитарныхъ врачей Московскаго земства, выраженнымъ въ Всеподданнѣйшемъ рапортѣ бывшаго товарища министра внутреннихъ дѣлъ г. Зиновьева [1]). Послѣдній, отмѣчая нежелательное, по его мнѣнію, направленіе въ дѣятельности Московскаго земства, говоритъ, что это направленіе «всего ярче выразилось въ врачебномъ персоналѣ», и указываетъ при этомъ на то, что медицинскій персоналъ подъ вліяніемъ уѣздныхъ врачей губернскаго земства, сплотившись въ одну общегубернскую корпорацію, стремится «къ постоянному расширенію круга своей дѣятельности». Послѣднее мнѣніе, не смотря на его тенденціозность, все-таки болѣе справедливо, по крайней мѣрѣ, въ томъ отношеніи, что не приписываетъ врачамъ все большаго и большаго «замыканія въ свои спеціальные интересы» и поглощенія «узко-корпоративными желаніями», какъ это утверждаетъ г. Земецъ, а, наоборотъ, скорѣе говоритъ именно за то, что нынѣшніе земскіе «врачи, какъ люди сравнительно привиллегированные», и являются «оплотомъ и защитою» маленькихъ людей, т. е., обнаруживаютъ тѣ именно качества, которыя г. Земецъ приписываетъ лишь врачамъ стараго времени.

Характеризуя упадокъ нравственнаго уровня врачей, какъ послѣдствіе узко-корпоративной замкнутости земско-врачебнаго персонала, г. Земецъ, ссылаясь на отзывы изъ печати, приписываетъ земскимъ врачамъ всѣ пороки: врача не видятъ на пріемѣ; врачъ проѣзжаетъ мимо пораженныхъ эпидеміей селеній, боясь заразиться; врачи-мордобои; врачи гонятъ фельдшера, пишущаго въ газеты; врачи самодовольны до обожанія; врачи не хотятъ подавать руки низшему персоналу и т. д. Служа земскимъ врачемъ съ академической скамьи, въ теченіи 24-хъ лѣтъ, я много видѣлъ и знаю земскихъ товарищей на 2-хъ противоположныхъ окраинахъ (въ Пермской и Петербургской губерніяхъ), но съ такими криминальными случаями, на какіе указываетъ г. Земецъ, знакомъ только изъ газетъ, да и въ газетахъ читалъ о нихъ чрезвычайно рѣдко, какъ о случаяхъ единичныхъ. Въ послѣдніе годы чаще, пожалуй, можно встрѣтить въ земствахъ (особенно подъ столицей) врачей-чиновниковъ (какими иногда бываютъ врачи уѣзд-

[1]) Назадъ тому 20 уже лѣтъ, еще въ Пермской губ., я «воспользовался правами государственной службы по чинопроизводству», но и до сихъ поръ положительно недоумѣваю, для чего это мнѣ было нужно.

[2]) Въ одномъ изъ столичныхъ земскихъ Собраній я насчиталъ какъ-то 29 генераловъ изъ 50 гласныхъ.

[1]) «Правительственный Вѣстникъ», № 148, отъ 2-го іюня.

ные), или-же врачей-практиковъ, признающихъ на своей обязанности только больничное лѣченіе и веденіе амбулаторныхъ пріемовъ, т. е. людей, чуждыхъ общественности, далеко стоящихъ отъ деревенскаго населенія. Но это именно и есть тѣ врачи, которые не признаютъ никакихъ врачебныхъ Съѣздовъ, никакихъ санитарныхъ Коммиссій, никакой врачебной солидарности, единенія съ земскими дѣятелями. Это и есть «наемные» служащіе, считающіе свою земскую работу переходною, временною. И такіе служащіе чаще всего встрѣчаются въ тѣхъ—къ счастью, относительно рѣдкихъ — условіяхъ, гдѣ земскіе дѣятели, подобно г. Земцу, видятъ въ Съѣздахъ, въ санитарныхъ Коммиссіяхъ только зло, лишнюю обузу и лишнее препятствіе къ самовластному распоряженію земскимъ дѣломъ, согласно своему вкусу; въ подобныхъ условіяхъ, конечно, нѣтъ мѣста подбору служащихъ и взаимному товарищескому хорошему вліянію.

По моему мнѣнію, если уже непремѣнно нужно приписывать дурныя, вообще, черты земскимъ врачамъ послѣдняго 10-лѣтія, то можно допустить это лишь въ тѣсной и прямой связи съ упадкомъ этическихъ началъ въ средѣ самихъ земскихъ дѣятелей послѣдняго времени, выступившихъ на сцену послѣ введенія новаго Положенія. Ставить-же вопросъ такъ, какъ ставитъ его г. Земецъ, совершенно неосновательно, невѣрно и несправедливо. И я глубоко убѣжденъ въ томъ, что тотъ, кто, дѣйствительно, знаетъ, сердечно помнитъ и искренно любитъ былыя времена «изъ эпохи весны земской жизни», тотъ такъ говорить не будетъ. *Н. Золотавинъ.*

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Физіологія и общая патологія. 897. Д-ръ *Franz Tripold* (Abbazia) на основаніи 30-мѣсячныхъ наблюденій надъ самимъ собою *объ отношеніи выдѣленія мочи къ принятой жидкости* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Чтобы получить на основаніи измѣренія мочи вѣрную картину мочеотдѣленія, необходимо точно опредѣлить количество принятой жидкости. Въ физіологическихъ границахъ пріема жидкостей у здоровыхъ $^0/_0$-ное отношеніе количества мочи увеличивается, когда пьютъ меньше, и уменьшается, когда пьютъ много. Человѣкъ привыкшій безъ затрудненій переноситъ уменьшеніе количества питья до извѣстной границы. Между количествомъ мочи и климатическими условіями имѣются закономѣрныя отношенія, а именно: высокая температура воздуха вызываетъ уменьшеніе мочи, низкая—увеличиваетъ; при высокой влажности воздуха выдѣленіе мочи обильно, при незначительной влажности скудно; при незначительной влажности съ низкой температурой вліяніе послѣдней на мочеотдѣленіе преобладаетъ. Воздержаніе отъ алкоголя и замѣна его обыкновенной холодной водой вызываетъ у здороваго человѣка обильное мочеотдѣленіе. Естественныя углекислыя воды тоже вызываютъ значительное мочеотдѣленіе. Печальное настроеніе вызываетъ уменьшеніе выдѣленія мочи. Даже въ теченіи долгаго времени при одинаковомъ качественно и количественно введеніи жидкости количество мочи колеблется часто въ громадныхъ размѣрахъ, такъ что нужно признать извѣстную періодичность въ отдѣленіи мочи (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, т. 7, тетр. 2). *А. Н. Д.*

898. Проф. *M. Heitler* производилъ наблюденія надъ *измѣненіями пульса при закрываніи и открываніи глазъ.* Въ громадномъ большинствѣ случаевъ онъ наблюдалъ, что непосредственно за закрываніемъ глазъ пульсъ падаетъ, остается малымъ за все время, пока глаза закрыты, а при открываніи глазъ поднимается. Зависимость колебаній пульса отъ вліянія свѣта подтверждалась и тѣмъ, что паденіе пульсовой волны бываетъ еще значительнѣе, если передъ закрытыми глазами держать черный платокъ. Наблюдающееся изрѣдка возбужденіе пульса при закрываніи глазъ можетъ обусловливаться раздраженіемъ соединительной оболочки механическимъ опусканіемъ вѣкъ, и вліяніе такого раздраженія можетъ иногда даже преобладать надъ дѣйствіемъ свѣта. Описываемыя колебанія пульса у молодыхъ лицъ бываютъ чаще и выражаются рѣзче, чѣмъ у пожилыхъ; проф. *H.* наблюдалъ ихъ однако даже у 78-лѣтняго старика. Рѣдко ихъ не бываетъ вовсе. Въ малыхъ артеріяхъ закрываніе глазъ можетъ вызывать иногда даже полное исчезновеніе пульса. Предшествовавшія клиническія и экспериментальныя наблюденія автора установили извѣстную закономѣрность между колебаніями пульса и измѣненіями самаго объема сердца. Подтверждая свои положенія цифровыми данными, авторъ привелъ въ заключеніе результаты опытовъ *L. Conty* и *A. Charpentier*, указывающіе на возможную зависимость отвѣтнаго измѣненія дѣятельности сердца подъ вліяніемъ свѣтовыхъ раздраженій (Wiener medizinische Presse, № 6). *Г. А.*

Патологическая химія. 899. Д-ръ *H. Citron* (Berlin) совѣтуетъ *для количественнаго опредѣленія сахара въ мочѣ* пользоваться способомъ *Lehmann*'а въ нижеслѣдующемъ видоизмѣненіи: Въ фарфоровую чашку наливаютъ 20 к. стм. *Fehling*'овой жидкости и 1 к. стм. мочи. Одновременно берутъ воронку со складчатымъ фильтромъ, въ который кладутъ немного пемзы, и помѣщаютъ ее надъ стаканомъ, въ который всыпаютъ 2 чайныхъ ложки кислаго сѣрнокислаго натра. Чашку съ *Fehling*'овой жидкостью и мочей нагрѣваютъ до кипѣнія и оставляютъ слабо кипѣть въ теченіи $1^1/_2$ минутъ; затѣмъ выливаютъ содержимое чашки на фильтръ; послѣ этого наливаютъ въ чашку воды до $^1/_3$ ея вмѣстимости, опять нагрѣваютъ и горячую воду опять выливаютъ на фильтръ; фильтратъ, собираемый въ стаканѣ съ сѣрнокислымъ натромъ, ставится для охлажденія въ чашку съ холодной водой. Когда эта жидкость остынетъ, къ ней приливаютъ 5—10 к. стм. $20^0/_0$-го раствора іода въ іодистомъ каліи и хорошо взбалтываютъ. При этомъ долженъ образоваться густой, клееподобной осадокъ; если этого не произошло, то слѣдуетъ прибавить еще немного кислаго сѣрнокислаго натра. Теперь жидкость ставятъ подъ бюреткой съ децинормальнымъ растворомъ сѣрноватистокислаго натра и приливаютъ по каплямъ этого раствора; когда титруемая жидкость станетъ немного свѣтлѣе, прибавляютъ немного раствора крахмала, отъ котораго она окрашивается въ черно-синій цвѣтъ; растворъ сѣрноватистокислаго натра продолжаютъ осторожно приливать до тѣхъ поръ, пока жидкость послѣ энергичнаго взбалтыванія не обезцвѣтится совершенно, при чемъ обезцвѣченіе это будетъ держаться не менѣе 1 минуты. Чтобы облегчить практическимъ врачамъ вычисленіе количества сахара, *Citron* калибрировалъ бюретку такъ, что на ней можно прямо отсчитать $^0/_0$ сахара. Этотъ т. наз. іодометрическій способъ опредѣленія сахара выгодно отличается отъ обыкновеннаго способа титрованія по *Fehling*'у тѣмъ, что здѣсь очень точно опредѣляется конецъ реакціи. Избытокъ не возстановленной мѣди опредѣляется по количеству выдѣленнаго ею изъ іодистаго калія іода на основаніи слѣдующей формулы: $2\,CuSO_4 + 4\,KJ = Cu_2J_2 + 2J + 2\,K_2\,SO_4$. Количество іода узнается при помощи титрованія его сѣрноватистокислымъ натромъ. По увѣренію автора, на все опредѣленіе требуется всего 5—10 мин. Этотъ способъ можетъ поэтому, по его мнѣнію, вполнѣ замѣнить пользованіе поляризаціоннымъ приборомъ. Составленный авторомъ приборъ для пользованія этимъ способомъ носитъ названіе «іодосахарометра» и продается въ Berlin'ѣ у Richard'а Kallmeyer'а и C° (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 44). *А. Коварскій.*

Фармакологія. 900. Образчикомъ ненаучнаго отношенія къ дѣлу при оцѣнкѣ лѣкарственнаго препарата является статья д-ра *Küster*'а «Объ успѣшномъ лѣченіи чахотки и другихъ тяжелыхъ заразныхъ болѣзней при помощи внутренняго обеззараживающаго средства», помѣщенная въ № 43 «Berliner klinische Wochenschrift». Въ ней восхваляется *дѣйствіе препарата лорентинъ-гризерина* (Lorentin-Grieserin), о которыхъ узнаемъ слѣдующее. Покойный проф. *Claus* въ Freiburg'ѣ (Баварія) изобрѣлъ препаратъ лорентина, назначеніе котораго было замѣнить іодоформъ. Не смотря на то, что препаратъ этотъ не былъ

ядовитъ и обладалъ выдающимися обеззараживающими свойствами, ему почему-то не суждено было войти во врачебный обиходъ, и онъ скоро попалъ въ обширный архивъ фармацевтическихъ препаратовъ. Извлечь его изъ этого архива рѣшился аптекарь Griese, который нашелъ его достойнымъ лучшей участи. Онъ прежде всего испыталъ его дѣйствіе на самомъ себѣ и, убѣдившись, что, кромѣ послабленія, никакихъ вредныхъ послѣдствій отъ пріема даже 5 грм. этого средства не замѣчается, сталъ давать его своимъ знакомымъ. Результатъ, конечно, получился блестящій и Griese взялъ патентъ на чужой препаратъ, окрестивъ его собственнымъ именемъ. Вмѣсто лорентина, получился «гризеринъ», о цѣлебной силѣ котораго аптекарь выпустилъ въ свѣтъ брошюру подъ заглавіемъ «Безусловное излѣченіе бугорчатки при помощи внутренняго обеззараживающаго средства». Печатная и устная проповѣдь предпріимчиваго аптекаря, по видимому, произвела сильное дѣйствіе на д-ра *Küster*'а, и онъ рѣшился провѣрить дѣйствіе гризерина на своихъ больныхъ. Результатъ получился прекрасный. Лѣченію новымъ препаратомъ прежде всего подверглись чахоточные; состояніе ихъ подъ вліяніемъ средства сначала слегка ухудшалось, но при дальнѣйшемъ его примѣненіи медленно, но вѣрно улучшалось. Авторъ не приводитъ ни одной клинической исторіи болѣзни, изъ которой можно было-бы усмотрѣть, что гризеринъ, дѣйствительно, кому-нибудь принесъ существенную пользу, не говоря уже о полномъ излѣченіи. Вмѣсто того, чтобы изучить основательно дѣйствіе средства при одной болѣзни, авторъ, исходя изъ убѣжденія, что гризеринъ дѣйствуетъ главнымъ образомъ бактеріиубивающе, сталъ примѣнять его сразу чуть-ли не при всѣхъ заразныхъ болѣзняхъ и вездѣ, конечно, получилъ прекрасные результаты. Примѣромъ ученыхъ разсужденій автора можетъ служить слѣдующее мѣсто изъ его статьи. Заявивъ себя сторонникомъ теоріи паразитарнаго происхожденія рака, *Küster* сообщаетъ, что въ 2-хъ случаяхъ примѣненія гризерина при ракѣ онъ наблюдалъ благопріятное дѣйствіе средства на опухоль, выразившееся въ томъ, что часть опухоли размягчилась. Этого уже оказывается достаточнымъ для того, чтобы считать бациллярное происхожденіе рака доказаннымъ, и въ приведенной статьѣ читаемъ по этому поводу буквально слѣдующее: «это положительное вліяніе гризерина доказываетъ, что ракъ дѣйствительно вызывается бациллами». Въ статьѣ встрѣчаются еще не мало такихъ-же простыхъ и настолько-же убѣдительныхъ доводовъ въ пользу взглядовъ автора. Въ заключеніе сообщается, что авторъ въ сообществѣ еще съ однимъ врачемъ открылъ спеціальное отдѣленіе въ одной здравницѣ для лѣченія гризериномъ.—Приходится лишь недоумѣвать, какимъ образомъ подобная статья попала въ такой почтенный и серьезный журналъ? Редакція, по видимому, сознавала, что статья произведетъ неблагопріятное впечатлѣніе и сочла нужнымъ предпослать ей примѣчаніе, въ которой отвѣтственность за содержаніе статьи всецѣло переносится на ея автора и помѣщеніе ея объясняется желаніемъ предать новое средство гласной безпристрастной оцѣнкѣ. *А. Коварскій.*

Внутреннія болѣзни. 901. Д-ра *Greig* и *Gray* сообщаютъ, что у 15 наблюдавшихся ими больныхъ *сонною болѣзнью* они нашли во время болѣзни громадное количество *трипанозомъ въ лимфатическихъ железахъ*. Особенно много чужеядныхъ находится въ шейныхъ железахъ, но они могутъ быть открыты и въ железахъ другихъ областей тѣла. Вначалѣ авторы вырѣзывали железы для изслѣдованія, но вскорѣ убѣдились, что нужный матеріалъ легко добыть обыкновеннымъ насосцемъ изъ увеличенной железы. Въ добытой жидкости, кромѣ большого количества цѣльныхъ живыхъ чужеядныхъ, попадаются и куски ихъ, что, по мнѣнію авторовъ, даетъ право предполагать, что въ железахъ происходитъ разрушеніе чужеядныхъ. Кромѣ того, авторы полагаютъ, что непостоянное и гораздо меньшее, по сравненію съ железами, содержаніе чужеядныхъ въ крови больныхъ можетъ быть истолковано въ томъ смыслѣ, что трипанозомы только временами попадаютъ изъ железъ въ кровяной потокъ. Трипанозоміазъ и сонная болѣзнь должны быть разсматриваемы, какъ одинъ болѣзненный процессъ, при чемъ послѣднее заболѣваніе есть конечная ступень затянувшагося перваго. Для скорѣйшаго распознаванія болѣзни удобнѣе всего въ обѣихъ формахъ примѣнять изслѣдованіе сока лимфатическихъ железъ (British Medical Journal, 28 мая). *Л. Старокадомскій.*

902. Д-ръ *Alfred Gross* сообщаетъ о наблюдавшихся въ Kiel'ской клиникѣ *11 случаяхъ* т. наз. *Vincent'овой жабы*, которую онъ предпочитаетъ называть *«язвенно-перепончатою»* (angina ulceromembranosa). При этой формѣ въ свѣжихъ случаяхъ въ мазкахъ находятъ почти въ чистой разводкѣ смѣсь веретенообразныхъ палочекъ съ штопорообразно извитыми спириллами. Палочки неравномѣрной величины, но относительно большіе 6—12 μ; на концахъ онѣ часто бываютъ заострены. Спириллы обладаютъ значительной подвижностью, но и палочки несомнѣнно подвижны, такъ какъ *Graupner* обнаружилъ у нихъ жгутики. По *Gram*'у палочки не окрашиваются. Клинически дѣло идетъ о воспаленіи миндалинъ съ слабо выраженными общими явленіями, незначительной лихорадкой и небольшимъ припуханіемъ железъ. По отношенію къ мѣстнымъ явленіямъ нужно различать 2 формы; въ формѣ болѣе рѣдкой на одной изъ миндалинъ виденъ сѣроватобѣлый, похожій на дифтерійный, налетъ, по отдѣленіи котораго остается только поверхностное изъязвленіе; при болѣе частой язвенной формѣ налетъ болѣе сѣрый и тоньше, онъ скоро исчезаетъ, оставляя глубокую, въ нѣсколько миллиметровъ, язву. Изъ 8 неосложненныхъ случаевъ 6 принадлежали ко 2-ой формѣ. Выздоровленіе при соотвѣтственномъ лѣченіи (полосканіе ромашкой, пульверизація перекисью водорода, сулемой, вдуваніе метиленовой синьки) по большей части наступаетъ въ нѣсколько дней, но бываютъ случаи, въ которыхъ болѣзнь тянется очень долго (нѣсколько недѣль, а въ 1 случаѣ—нѣсколько мѣсяцевъ). Въ послѣднемъ случаѣ куреніе, кажется, имѣло значительное вліяніе на продолжительность болѣзни; послѣ прекращенія куренія выздоровленіе наступило быстро. Въ большинствѣ случаевъ жаба эта бываетъ односторонняя, но иногда поражаются обѣ миндалины одновременно или одна за другой; поражается и мягкое небо. Бактеріологическаго доказательства болѣзнетворности веретенообразныхъ палочекъ и спиллъ до сихъ поръ еще нѣтъ; но микроскопическое изслѣдованіе кусочка миндалины у студента (взятаго съ его согласія) показало, что палочки внѣдряются въ глубину и на мѣстахъ начинающагося заболѣванія, а также на поверхности представляютъ почти чистую разводку, такъ что являются первично, а не вторично, что и служитъ косвеннымъ доказательствомъ ихъ болѣзнетворности. Для распознаванія необходимъ мазокъ (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 79, тетр. 3 и 4). *А. Н. Дмитріевъ.*

903. Д-ръ *Václav Plavec*, подробно разобравъ *лѣченіе острыхъ отравленій фосфоромъ*, въ заключеніе высказалъ, что на основаніи современныхъ научныхъ данныхъ слѣдуетъ признать наилучшимъ слѣдующій образъ дѣйствій въ такихъ случаяхъ. Желудокъ промываютъ теплой водой до полной ея прозрачности; затѣмъ воду замѣняютъ 0,2‰-мъ растворомъ марганцовистокислаго кали, котораго употребляютъ довольно большое количество (до 20 литровъ), и вновь промываютъ желудокъ теплой водой, пока не исчезнетъ ея окраска. При переполненіи желудка, затрудняющемъ промываніе, иногда является необходимость въ предварительномъ назначеніи раствора мѣднаго купороса. По окончаніи промыванія желудка надо назначить возможно скорѣе слабительное (настой александрійскаго листа 10,0—15,0); скорѣйшему дѣйствію его можно, а иногда и должно содѣйствовать примѣненіемъ высокихъ промывательныхъ. Если испражненія пахнутъ фосфоромъ, то можно возобновлять промывательныя, употребляя для нихъ 0,1‰ растворъ марганцовисто-кислаго кали. При дальнѣйшемъ ходѣ отравленія назначаютъ соду (natrum bicarbonicum), а при появляющемся позывѣ на ѣду—обильную бѣлковую пищу. При упадкѣ силъ и сердечной слабости даютъ возбуждающія (кофе, коньякъ, камфору, эѳиръ и т. д.). Если въ возможно ближайшее время нельзя промыть желудокъ, то слѣдуетъ повторно назначать растворъ мѣднаго купороса, или вообще какимъ-либо пу-

тимъ вызвать рвоту, и затѣмъ давать нѣсколько разъ настой александрійскаго листа, или, по крайней мѣрѣ, горькую соль. Въ болѣе позднихъ случаяхъ (на 4—5-ый день отравленія) желудка уже промывать не слѣдуетъ; напротивъ, слѣдуетъ употреблять слабительныя и, по мѣрѣ возможности и необходимости,—промывательныя. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не было сдѣлано промываній желудка, авторъ назначаетъ внутрь въ первые дни въ свѣжихъ случаяхъ и при позднѣйшихъ—болѣе значительные растворы марганцовистокислаго кали (0,2 : 200 воды, каждые 2 часа по 2 столовыхъ ложки) (Wiener medizinische Presse, №№ 11—16). *Г. Александровъ.*

904. Д-ра *Fr. Necker* и *Z. Scheuer* (Вѣна) при систематическихъ *изслѣдованіяхъ мочи больныхъ фибринознымъ воспаленіемъ легкихъ* нашли, что типичной картинѣ этой болѣзни всегда соотвѣтствуетъ характерный только для этой болѣзни составъ мочи. Особенности его заключаются въ присутствіи обыкновеннаго бѣлка, пептона, особаго вида протоальбумозы, особаго нуклеопротеида, выпадающаго отъ уксусной кислоты на холоду, и уменьшенія количества хлоридовъ. Чтобы найти всѣ вышеописанныя составныя части, авторъ предлагаетъ простые и легкіе способы. Каждая изъ этихъ составныхъ частей мочи сама по себѣ не характерна для фибринознаго воспаленія легкихъ, такъ какъ можетъ встрѣчаться и при другихъ болѣзняхъ. Характерна только совокупность ихъ. Только при настоящихъ фибринозныхъ пнеймоніяхъ встрѣчается вышеописанная картина; отступленія и видоизмѣненія ея наблюдаются при другихъ формахъ воспаленія легкихъ (бронхопнеймоніи, гриппозной пнеймоніи). Въ виду такого постоянства химическихъ свойствъ мочи изслѣдованіе ея въ указанномъ направленіи можетъ имѣть весьма важное значеніе для распознаванія въ тѣхъ случаяхъ, когда другими путями оно не можетъ быть съ точностью поставлено (астеническія пнеймоніи пьяницъ, центральныя пнеймоніи). Авторы изучали далѣе порядокъ исчезновенія ненормальныхъ составныхъ частей изъ мочи въ теченіи болѣзни и нашли, что при критическомъ паденіи температуры и нормальномъ разсасываніи исчезаетъ сперва нуклеопротеидъ, затѣмъ на 3-ій или 4-ый день послѣ кризиса протоальбумоза; пептонъ держится до 5-го или 6-го дня. Всякая неправильность или задержка въ разсасываніи или новая вспышка воспаленія выражается тѣмъ, что исчезновеніе ненормальныхъ составныхъ частей мочи задерживается, или же тѣмъ, что онѣ появляются вновь послѣ того, какъ уже разъ исчезли (Münchener medicinische Wochenschrift, № 41). *А. Коварскій.*

905. Въ виду того, что *распознаваніе натуральной оспы* по однимъ клиническимъ признакамъ нерѣдко представляетъ значительныя трудности, д-ръ *Jürgens* (Berlin) предлагаетъ для отличительнаго распознаванія пользоваться слѣдующимъ способомъ. Д-ръ *Guarnieri* считаетъ возбудителемъ оспы чужеядное, найденное еще до него въ 1886 и 1887 г. von *der Loeff*'омъ и *Pfeiffer*'омъ и названное имъ «Cytorhyctes vaccinae». Чужеядное это находится въ видѣ протоплазматическихъ образованій внутри клѣтокъ въ кожѣ оспенныхъ гнойничковъ. Изслѣдованія д-ра *Василевскаго* доставили много положительныхъ данныхъ за то, чтобы признать чужеядное *Guarnieri* за возбудителя оспы. Но, если этотъ вопросъ въ настоящее время и не рѣшенъ еще окончательно, то за то прочно установленъ фактъ, что при прививкѣ оспенной лимфы или гноя изъ пустулъ больныхъ настоящей оспой на роговую оболочку глаза кролика въ послѣдней получаются помутнѣнія и пропитыванія, въ которыхъ содержится «Cythoryctes vaccinae», между тѣмъ какъ при прививкѣ матеріала, взятаго изъ пустулъ вѣтренной оспы или другихъ подобныхъ заболѣваній, ни разу подобныхъ образованій получить не удалось. Авторъ поэтому предлагаетъ пользоваться этимъ свойствомъ оспеннаго гноя для отличительнаго распознаванія. Въ его рукахъ способъ давалъ вѣрные результаты. Прививки дѣлаются такимъ образомъ, что при помощи очень острой ланцетной иглы дѣлается уколъ пустулы; вытекающій гной переносится на роговую оболочку кролика, и при помощи возможно плоскихъ надрѣзовъ матеріалъ вводится подъ эпителій роговицы. Уже на слѣдующій день на мѣстахъ прививки появляются помутнѣнія и замѣчаются разростанія эпителія, которыя черезъ день—два становятся еще яснѣе. Изъ роговицы глаза затѣмъ приготовляются окрашенные срѣзы (въ 5—10 μ). На срѣзахъ видно, если гной взятъ былъ отъ оспеннаго больного, что всѣ эпителіальныя клѣтки, лежащія около мѣста прививки, содержатъ чужеядное. При окраскѣ желѣзнымъ гематоксилиномъ оно отличается отъ ядеръ клѣтокъ и остальной окружающей ткани своей темно-синей окраской (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 45). *А. Коварскій.*

906. Д-ръ *Lucas-Championnière* въ статьѣ *объ аппендицитѣ* указываетъ, что болѣзнь эта не зависитъ отъ анатомическаго устройства, что развилась она сравнительно недавно и что первоначальное появленіе ея обязано гриппу. Мясная пища играетъ видную роль въ ея развитіи, и измѣненіе мясного режима прежде всего показано для предупрежденія болѣзни; измѣнить такой режимъ должны и болѣвшіе гриппомъ. Прекраснымъ вспомогательнымъ предохранительнымъ средствомъ служатъ перемежки мясной пищи съ полурастительной, а также употребленіе постной пищи. Слабительныя—лучшія предохранительныя средства (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 10 іюля). *И. Вирскій.*

Глазныя болѣзни. 907. Д-ръ *Н. Домбровскій* (Азовъ) описываетъ *случай врожденной недостачи радужной оболочки (aniridia congenita).*

Къ автору привели мальчика, 13 л., наборщика, по поводу слабости зрѣнія; физически развитъ удовлетворительно. Подкожной жировой клѣтчатки достаточно. Костная, мышечная системы, равно какъ и внутренніе органы безъ уклоненій отъ нормы. Почти всю переднюю камеру глазъ выполняетъ зрачекъ неправильной формы, напоминающій немного грушу. Нѣтъ никакихъ слѣдовъ радужной оболочки, но по краямъ зрачка видна тонкая блѣдно-желтая кайма, немного колеблющаяся при движеніяхъ глазного яблока. Соединительныя оболочки вѣкъ и яблока нормальны. Больной жалуется на свѣтобоязнь и слабость зрѣнія. Сосокъ зрительнаго нерва слегка гиперэмированъ. V того и другого глаза = $^{20}/_{70}$. Ни вогнутыя, ни выпуклыя стекла не улучшаютъ зрѣнія. Послѣднее улучшается подъ вліяніемъ стенопическихъ очковъ, при чемъ тогда V праваго глаза = $^{40}/_{70}$, лѣваго = $^{30}/_{70}$. Больному были назначены стенопическіе очки и данъ совѣтъ перемѣнить ремесло (Medycyna, 29 октября). *С. О.*

908. Д-ръ *Jacqueau* сообщилъ французскому офталмологическому Обществу *случай старческой дуги у 18-лѣтней дѣвушки.* Мутности, напоминавшія старческую дугу, имѣлись на обѣихъ роговицахъ. Авторъ усматриваетъ въ означенныхъ измѣненіяхъ разстройство питанія, о природѣ-же этого разстройства онъ считаетъ невозможнымъ высказаться съ опредѣленностью. Отъ рыбьяго жира, мышьяка и пребыванія на высотахъ состояніе больной улучшалось.—Д-ръ *Gałęzowski* наблюдалъ подобные случаи при подагрѣ и артеріосклерозѣ [1]) (По отчету въ Archives d'ophthalmologie, іюль). *Р. Кацъ.*

909. *Зрѣніе у глухонѣмыхъ.* На послѣднемъ Съѣздѣ французскихъ глазныхъ врачей д-ръ *Desjardins* (Montreal) сообщилъ результаты изслѣдованія зрѣнія у 145 глухонѣмыхъ: въ 53% обнаружено было слабое зрѣніе [2]). Пиг-

---

[1]) Старческая дуга (arcus senilis, gerontoxon) у молодыхъ людей можетъ, по видимому, являться на почвѣ наслѣдственнаго сифилиса, представляя собою, такимъ образомъ, явленіе «парасифилитическое». Такой случай наблюдался мною въ 1892—96 гг. Это была молодая женщина, лѣтъ 22, съ остатками давно протекшаго паренхиматознаго кератита на правомъ глазу и периферическаго хоріоидита на обоихъ. На правомъ глазу она имѣла 0,2 нормальнаго зрѣнія при 8 D близорукости, на лѣвомъ-же острота зрѣнія была вполнѣ нормальна. Такъ это оставалось безъ перемѣны до мая 1896 г., когда изслѣдованіе боковымъ освѣщеніемъ обнаружило по верхней окружности роговой оболочки праваго глаза нѣсколько свѣжихъ пятнышекъ золотистаго цвѣта. Въ то же время по верхней-же окружности лѣвой роговицы обозначилась дугообразная линія изъ очень мелкихъ сѣроватожелтыхъ точекъ, направлявшаяся параллельно краю роговицы и отстоявшая отъ этого края на незначительномъ разстояніи. Съ теченіемъ времени эта дуга постепенно увеличивалась въ длину, какъ и въ ширину, и къ 24/XII 1896 г., когда я видѣлъ больную въ послѣдній разъ, дуга охватила уже почти $^1/_2$ роговицы, ничѣмъ не отличаясь по своему виду отъ типическаго gerontoxon'a. *Р. К.*

[2]) Столь значительный % плохо видящихъ среди глухонѣмыхъ, являющійся совершенно естественнымъ въ виду частаго сочетанія глухонѣмоты съ пигментнымъ ретинитомъ и другими явленіями вырожденія на глазахъ, неизбѣжно долженъ тормазить преподаваніе въ училищахъ для глухонѣмыхъ, такъ какъ послѣднее немыслимо безъ остраго и быстраго зрѣнія, необходимаго для улавливанія движеній губъ у учителя. Въ Петербургскомъ училищѣ для глухонѣмыхъ—какъ любезно сообщаетъ мнѣ директоръ этого училища, глубокоуважаемый *П. Д. Енько*—съ означеннымъ вопросомъ не приходится считаться просто потому, что, за отсутствіемъ свободныхъ мѣстъ, изъ желающихъ поступить въ училище попадаетъ лишь $^1/_4$, а при этомъ выборѣ принимаются во вниманіе, кромѣ умственнаго и физическаго развитія, также и пороки зрѣнія. Впрочемъ, д-ръ *Енько* полагаетъ,

ментное перерожденіе сѣтчатки въ большинствѣ случаевъ являлось рѣзко выраженнымъ, а кровное родство между родителями оказалось лишь въ 2-хъ случаяхъ (иначе говоря, кровосмѣшеніе отнюдь не могло быть признано причиной глухонѣмоты, какъ и пигментнаго перерожденія сѣтчатки. (См. мою статью—Болѣзни глазъ и слѣпота при кровномъ родствѣ родителей—Книжки Восхода, 1904, августъ. *Реф.*) (По отчету въ Archives d'ophthalmologie, іюль). *Р. Кацъ.*

910. Д-ръ *Dupuy-Dutemps* признаетъ, что причина *глаукомы*, развивающейся спустя болѣе или менѣе продолжительное время (5 мѣс.—10 лѣтъ) *послѣ извлеченія катаракты*, часто остается темной, но въ большинствѣ случаевъ она, по его мнѣнію, заключается либо въ полномъ прирощеніи радужной оболочки и хрусталиковой сумки, чаще всего наступающемъ послѣ извлеченія безъ иридэктоміи, либо въ ущемленіи радужной оболочки или одной лишь сумки въ ранѣ роговой оболочки. Въ 1-мъ случаѣ глаукомныя явленія могутъ прекратиться не только отъ иридэктоміи, но и отъ простого лишь прокола радужной оболочки; во 2-мъ необходимо освободить срощеніе ножницами-пинцетомъ либо *Graefe*'скимъ ножомъ или-же изсѣчь радужную оболочку. Что оперативные пріемы при извлеченіи хрусталика дѣйствительно обусловливаютъ появленіе глаукомы въ соотвѣтствующихъ случаяхъ, доказывается тѣмъ, что глаукомныя явленія могутъ развиться не только на глазахъ, оперированныхъ по поводу старческой катаракты, но и послѣ извлеченія трауматической или слоистой катарактъ у молодыхъ людей, равно какъ и послѣ извлеченія хрусталика у близорукихъ, какъ это и было въ случаѣ автора, у 29-лѣтней женщины.

Въ 1892 г. у нея, въ виду высокой степени близорукости, извлеченъ былъ изъ праваго глаза хрусталикъ путемъ разсѣченій и безъ иридэктоміи. 10 лѣтъ спустя на этомъ глазу стала развиваться глаукома съ типичнымъ выдалбливаніемъ соска, повышеніемъ внутриглазного давленія, затуманиваніями и болями. Перерѣзка сумочной перемычки ножницами-пинцетомъ устранила глаукомныя явленія, по видимому, навсегда (Изъ отчета о послѣднемъ Съѣздѣ Французскаго офталмологическаго Общества въ Archives d'ophthalmologie, іюль). *Р. Кацъ.*

911. Д-ръ *Bistis* (Аѳины) сообщаетъ *2 случая пораженія глазъ при кормленіи грудью.*

Въ 1-мъ случаѣ у 30-лѣтней женщины развилось на правомъ глазу воспаленіе соска зрительнаго нерва съ кровоизліяніями въ сосѣднихъ частяхъ сѣтчатки во время кормленія грудью 3-го ребенка. Больной было назначено потогонное лѣченіе салициловымъ натромъ, ребенокъ былъ отнятъ отъ груди, и мѣсяца 1½ спустя наступило рѣзкое улучшеніе въ картинѣ глазного дна, а нѣкоторое время спустя возстановилось и почти полное зрѣніе. Черезъ 3 года повторилась та же болѣзнь съ такой-же картиной глазного дна и на томъ-же глазу; на этотъ разъ пораженіе глаза наступило въ послѣдніе дни беременности (4-й).

Во 2-мъ случаѣ развилось воспаленіе радужной оболочки на правомъ глазу у 35-лѣтней женщины на 11-мъ мѣсяцѣ кормленія грудью. По отнятіи ребенка отъ груди и примѣненіи обычнаго лѣченія наступило исцѣленіе.

Указавъ на цѣлый рядъ другихъ заболѣваній глаза, наблюдавшихся во время кормленія грудью, авторъ останавливается на самомъ частомъ изъ нихъ—воспаленіи зрительнаго нерва. Это воспаленіе можетъ развиться въ формѣ папиллита или заяблочнаго нейрита; оно можетъ быть и двустороннимъ, и одностороннимъ. Предсказаніе, въ общемъ, благопріятное: исхода въ слѣпоту до сихъ поръ не наблюдалось, но слабость зрѣнія можетъ остаться, и сосокъ зрительнаго нерва можетъ получить атрофическую окраску. Касательно причины этого страданія авторъ присоединяется къ мнѣнію *Heinzel*'я, усматривающаго здѣсь самоотравленіе ядовитыми бѣлковыми веществами, развивающимися при отдѣленіи молока. Лѣченіе воспаленія зрительнаго нерва, какъ и другихъ разстройствъ зрѣнія, находящихся въ вѣроятной связи съ кормленіемъ грудью, должно, по автору, заключаться въ отнятіи ребенка отъ груди и въ назначеніи потогонныхъ средствъ для удаленія отравляющихъ веществъ изъ тѣла. Въ видахъ-же предупрежденія такихъ осложненій слѣдуетъ, по мнѣнію *Bistis*'а, воспрещать кормленіе грудью слабымъ женщинамъ, у которыхъ производныя бѣлковаго распада могутъ найти благопріятную почву для воздѣйствія на глазъ (Archives d'ophthalmologie, іюль). *Р. Кацъ.*

912. Д-ръ *Благовѣщенскій* совѣтуетъ *лѣчить куриную слѣпоту кровоизвлеченіемъ:* въ 7 случаяхъ, наблюдавшихся имъ самимъ, и въ 2 случаяхъ, прослѣженныхъ д-ромъ *Архангельскимъ*, означенный способъ лѣченія (кровососная банка на затылокъ, противъ 7-го шейнаго позвонка) неизмѣнно приводилъ къ исцѣленію. Среди больныхъ куриной слѣпотой были и молодые, и старые; у однихъ она была въ первый разъ, у другихъ была повторная; 2 больныхъ были изъ богадѣльни, гдѣ куриная слѣпота была повальная; наконецъ, у 1 она въ опредѣленное время года являлась уже 30 лѣтъ подрядъ. Исцѣленіе наступало либо въ тотъ-же день, либо на другой, а иногда лишь по истеченіи 3—4 дней. Помимо кровоизвлеченія, никакого другого лѣченія не примѣнялось (Вѣстникъ офталмологіи, іюль и августъ). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.

913. *Jens Paulin* описалъ *случай родовъ двойнями съ промежуткомъ въ 17 дней.*

Женщина, 25 л., 2½ года назадъ родившая безъ всякой искусственной помощи здороваго ребенка, забеременѣла вновь въ началѣ апрѣля. 15/XII, по рожденіи живой дѣвочки, отдѣлился нормальный по виду послѣдъ съ оболочками. Наружное изслѣдованіе устанавливало однако явную наличность въ маткѣ 2-го плода. При внутреннемъ изслѣдованіи, помимо разрыхленныхъ тканей, обнаруживалась довольно плотная шейка съ закрытымъ рыльцемъ матки, что наводило на мысль о двойной маткѣ. Въ виду того, что сердцебіеніе 2-го плода было слышно хорошо, родильница, отлично чувствовавшая себя, встала съ постели на 9-ый день и благополучно ходила до 1/I, когда, чрезъ 17 дней послѣ предыдущихъ родовъ, разрѣшилась вновь живою дѣвочкою. Послѣродовой промежутокъ прошелъ безъ осложненій. Отсутствіе молока въ грудныхъ железахъ по рожденіи 1-ой дѣвочки смѣнилось затѣмъ столь обильнымъ его отдѣленіемъ, что его вполнѣ хватало на обѣихъ новорожденныхъ, изъ коихъ 1-ая казалась болѣе доношенной, чѣмъ 2-ая, хотя послѣдняя и превосходила ее вѣсомъ. При послѣдовательномъ изслѣдованіи матка—на 1 стм. выше рыльца ея (orificium uteri) было установлено присутствіе перегородки, шириною въ 1 стм., и, хотя наличность раздѣленія полости матки подтверждалась ея зондированіемъ, но признаковъ таковаго—снаружи не обнаруживалось (Hospitaltidende, 6, по пер. Deutsche Medicinal-Zeitung, № 27). *Г. Александровъ.*

914. Въ статьѣ о *лѣченіи опухолей, осложняющихъ беременность и роды, и въ особенности о кистахъ яичника* проф. *Dührssen* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Во всѣхъ случаяхъ ущемленія яичниковыхъ или околояичниковыхъ опухолей во время беременности или родовъ, слѣдуетъ совершенно отказаться отъ попытокъ вправленія подъ наркозомъ или безъ него, такъ какъ при этомъ имѣется опасность внутренняго кровотеченія вслѣдствіе разрывовъ въ области ножки опухоли. 2. Лѣченіе въ этихъ случаяхъ должно принципіально заключаться во влагалищной оваріотоміи черезъ заднюю кольпоцеліотомію. Если эта послѣдняя не удалась, то переходъ къ брюшной оваріотоміи не представляетъ никакой опасности для больной, конечно, при томъ лишь условіи, если заранѣе все было приготовлено въ предвидѣніи возможности этой операціи. 3. Лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ произошло зараженіе содержимаго опухоли или родового канала, слѣдуетъ съ самаго начала приступать къ брюшной оваріотоміи. 4. Тѣ опухоли, которыя могутъ быть вдавлены въ передній или задній влагалищный сводъ, слѣдуетъ во время беременности удалять черезъ влагалище. 5. Если опухоли сидятъ высоко и перемѣщеніе ихъ въ своды не удается, то во время беременности ихъ не слѣдуетъ удалять, при томъ однако условіи, если онѣ не быстро растутъ и если общее состояніе больныхъ не страдаетъ. Выжиданіе даетъ тогда возможность вслѣдъ за послѣродовымъ обратнымъ развитіемъ матки удалить эти опухоли при помощи влагалищной оваріотоміи. 6. При міомахъ, закрывающихъ весь просвѣтъ тазового канала и не приподнимающихся изъ послѣдняго при родовыхъ схваткахъ, можно удалять опухоли при помощи передней или задней кольпоцеліотоміи въ сочетаніи съ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ, при чемъ матка сейчасъ-же можетъ быть опорожнена и черезъ влагалище-

---

что и вообще среди нашихъ глухонѣмыхъ слабость зрѣнія отъ пигментнаго ретинита должна случаться рѣдко. «Вообще»,—пишетъ *И. Д.*,—«врачи, имѣющіе дѣло съ глухонѣмыми, думаютъ, что у насъ ret. pigm. рѣже, чѣмъ за границей, потому что у насъ глухонѣмота происходитъ преимущественно отъ случайныхъ заболѣваній, за границей-же, въ Соединенныхъ Штатахъ Сѣверной Америки въ особенности, она составляетъ признакъ вырожденія и часто наслѣдственна». *Р. К.*

же удалена. Если желательно сохранить матку, то и это можетъ быть сдѣлано (послѣ вылущенія опухоли) (Deutsche medicinische Wochenschrift, №№ 42 и 43). *А. К.*

915. Д-ръ *E. Toff* (Braila) съ успѣхомъ примѣнялъ, согласно предложенію *Simons*'а, *іогимбинъ Spiegel'я при разстройствахъ мѣсячныхъ у женщинъ*. Такъ какъ дѣйствіе этого препарата главнымъ образомъ выражается въ усиленіи притока крови къ половымъ органамъ, то его, по мнѣнію автора, слѣдуетъ назначать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ неправильностей мѣсячныхъ, которыя не зависятъ отъ какихъ-либо органическихъ мѣстныхъ заболѣваній, а обусловлены лишь недостаточнымъ притокомъ крови къ маткѣ. Средство назначается въ видѣ пилюль или лепешекъ, по 5 млгрм., 3 раза въ день; принимать его слѣдуетъ въ продолженіи 1 или 2 мѣсяцевъ съ небольшими перерывами. Если оно оказалось дѣйствительнымъ, изъ предосторожности повторяютъ назначеніе его за нѣсколько дней до начала каждыхъ мѣсячныхъ (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 43). *А. Коварскій.*

916. Въ статьѣ *объ обратномъ развитіи и излѣченіи міомъ матки при помощи фарадизаціи* д-ръ *E. Witte* (Berlin-Charlottenburg) говоритъ, что, благодаря фарадизаціи, при примѣненіи достаточно сильныхъ токовъ, вызываются сокращенія матки, которыя ощущаются больными въ видѣ схватокъ, между тѣмъ какъ при слабыхъ токахъ сокращенія остаются незамѣтными. Эти сокращенія матки обусловливаютъ, при достаточно энергичномъ проведеніи фарадизаціи, прекращеніе долго длившихся кровотеченій; они дѣйствуютъ, кромѣ того, задерживающимъ образомъ на ростъ міоматозно-перерожденной матки и обусловливаютъ, наконецъ, обратное развитіе опухоли. При достаточно продолжительномъ и энергичномъ лѣченіи можно добиться полнаго исчезновенія міомъ, т. е. того, что матка принимаетъ нормальные размѣры и больныя не обнаруживаютъ никакихъ болѣзненныхъ измѣненій. Авторъ не наблюдалъ никакихъ вредныхъ послѣдствій и побочныхъ вліяній отъ фарадическаго тока. Только въ одномъ случаѣ больная заявила, что у нея появилось кровотеченіе вслѣдъ за фарадизаціей. Была-ли въ самомъ дѣлѣ въ этомъ случаѣ фарадизація причиной кровотеченія, осталось, однако, не установленнымъ. При примѣненіи тока авторъ пользовался маточнымъ зондомъ, снабженнымъ поперечнымъ валикомъ для того, чтобы онъ не могъ проникнуть слишкомъ далеко въ полость матки; другой электродъ помѣщался на животѣ. Электризація производилась по возможности ежедневно по 20—30 мин. (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 45). *А. Коварскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 917. Проф. *E. Spiegler*, разбиряя вопросъ *о научныхъ основахъ косметики*, указалъ на прирожденное стремленіе человѣка къ красотѣ вообще и перечислилъ различные случаи т. наз. косметическихъ заболѣваній на кожѣ, не только зависящихъ по большей части отъ недостатковъ самыхъ кожныхъ покрововъ, но и находящихся въ прямой связи съ общимъ состояніемъ организма. Разумная косметика, составляя въ этихъ случаяхъ часть медицины, требуетъ отъ врача всесторонняго образованія, а между тѣмъ такіе больные чаще всего попадаютъ въ руки шарлатановъ. Наиболѣе частымъ недостаткомъ кожи является обыкновенный угорь (acne vulgaris); онъ проявляется обычно при seborrhoe'ѣ кожи, находящейся въ зависимости отъ общаго состоянія организма. Такіе больные большею частью малокровны, страдаютъ запорами и, слѣд., повышеннымъ процессомъ разложенія въ кишечникѣ, на что указываетъ и увеличенное содержаніе индикана въ ихъ мочѣ. Упорядоченіе питанія, хотя бы даже замѣною мясной пищи исключительно растительной и устраненіе т. наз. острыхъ веществъ, которыя по народнымъ воззрѣніямъ, подтверждаемымъ практическими наблюденіями, содѣйствуютъ высыпамъ угрей, окажетъ въ этихъ случаяхъ лучшее дѣйствіе, чѣмъ примѣненіе всякихъ наружныхъ средствъ. Наружное лѣченіе при угряхъ можетъ имѣть задачею лишь ограничить seborrhoe'ю, какъ условіе, содѣйствующее загрязненію и зараженію кожи, и вполнѣ будетъ достигнуто примѣненіемъ самаго безразличнаго мыла. Въ прямой зависимости отъ состоянія дѣятельности кожи находится и болѣе частое страданіе угрями въ отроческомъ возрастѣ. Въ болѣе зрѣломъ возрастѣ такимъ же обезображивающимъ страданіемъ является acne rosacea, неправильно связуемое съ алкогольными злоупотребленіями; въ большинствѣ-же случаевъ этотъ высыпъ составляетъ слѣдствіе неправильнаго дѣйствія пищеварительныхъ органовъ и половыхъ страданій у женщинъ; въ послѣднемъ случаѣ онъ является частымъ спутникомъ неправильныхъ мѣсячныхъ и времени прекращенія ихъ. Покраснѣніе или посинѣніе носа, равно и пальцевъ рукъ, въ особенности въ зависимости отъ малѣйшихъ колебаній внѣшней температуры, составляетъ результатъ пареза кровеносныхъ сосудовъ опредѣленнаго мѣста и послѣдовательной его гиперэміи и бываетъ у малокровныхъ людей со слабою дѣятельностью сердца. Различныя пигментныя пятна находятся въ явной связи не только съ болѣзненнымъ, но и физіологическимъ состояніемъ организма; они сопутствуютъ различнымъ болѣзненнымъ разстройствамъ женскихъ половыхъ органовъ, печени и т. д.; весьма часто они появляются при наступленіи беременности. Важное значеніе во врачебной косметикѣ имѣетъ уходъ за волосами. Въ этомъ случаѣ особенно наглядно проявляется связь отдѣльныхъ частей съ цѣлымъ; выпаденіе волосъ сопровождаетъ тяжелыя заболѣванія: тифъ, рожу и т. п., что, по изслѣдованіямъ *Matsuura*, въ лабораторіи *Reklinghausen*'а, можетъ находиться въ зависимости отъ измѣненія объема корня волоса и послѣдовательнаго въ силу этого уменьшенія связи его съ луковицею. Другой причиною выпаденія волосъ можетъ быть seborrhoea, составляющая весьма часто наслѣдственное предрасположеніе. Усиленный ростъ волосъ (hypertrichosis) въ извѣстныхъ случаяхъ можетъ составлять тѣмъ болѣе непріятное явленіе, что, вопреки различнымъ новымъ способамъ мѣстнаго лѣченія, таковое въ большинствѣ случаевъ остается вполнѣ безуспѣшнымъ. Обезображивающія явленія покраснѣнія и шероховатости кожи, особенно на предплечьяхъ у молодыхъ дѣвушекъ, зависящія отъ наличности lichen pilaris, представляя послѣдствія слабо выраженнаго ихтіоза, составляютъ семейное и наслѣдственное предрасположеніе, почему и требуютъ крайне длительнаго лѣченія. Къ такого-же характера болѣзненнымъ явленіямъ относятся и необычная сухость ладоней и подошвъ. Къ области-же врачебной косметики относятся и лѣченіе усиленнаго потоотдѣленія рукъ и ногъ, такъ какъ и оно является разультатомъ общаго заболѣванія, а равно и различныя страданія ногтей, какъ сопутствующіе припадки отдѣльныхъ дерматозовъ: напр. psoriasis, lichen ruber и т. п. Въ каждомъ случаѣ разобранныхъ страданій авторъ изложилъ отдѣльно и различные, болѣе или менѣе успѣшные, по его мнѣнію, способы ихъ мѣстнаго лѣченія (Wiener medizinische Presse, № 2). *А. Гаринъ.*

918. Попытки обрывного лѣченія перелоя впрыскиваніями 1—3%-хъ растворовъ адскаго камня, предложенными *Ricord*'омъ и *Debeney*, въ $^1/_2$ случаевъ увѣнчивались успѣхомъ; но, такъ какъ очень нерѣдко они сопровождались осложненіями со стороны пузыря, придатковъ яичка и предстательной железы, то большинствомъ врачей и были оставлены. Съ введеніемъ въ практику органическихъ соединеній серебра, не вызывающихъ непосредственнаго свертыванія бѣлка и могущихъ поэтому проникать болѣе глубоко въ подлежащія ткани, возобновились и опыты обрывного лѣченія. Д-ръ *Fuchs* примѣнялъ для *обрывного лѣченія перелоя* 2%-ный растворъ альбаргина (содержитъ 15% серебра), впрыскивая около 100 к. стм. его, подъ легкимъ давленіемъ, въ переднюю часть мочеиспускательнаго канала, сперва на 5 мин., во 2-ой разъ на 3, и въ 3-ій на 2. Впрыскиванія эти вызывали легкое жженіе и зудъ въ каналѣ и иногда слипаніе наружнаго его отверстія. Лишь 1 больной (изъ 9) жаловался на значительныя боли при первомъ мочеиспусканіи. Уже на 2-ой день гонококки исчезали совсѣмъ, и эпителіальное отдѣленіе длилось еще 2—3 недѣли. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ слизистоподобномъ отдѣляемомъ находились клѣтки плоскаго эпителія, отдѣльныя бѣлыя тѣльца, не много гонококковъ, частью свободныхъ, частью въ клѣткахъ эпителія и весьма рѣдко въ бѣлыхъ кровяныхъ тѣльцахъ; вѣроятно, они-же успѣвали въ этотъ промежутокъ времени проникнуть и въ подэпителіальную соединитель-

ментное перерожденіе сѣтчатки въ большинствѣ случаевъ являлось рѣзко выраженнымъ, а кровное родство между родителями оказалось лишь въ 2-хъ случаяхъ (иначе говоря, кровосмѣшеніе отнюдь не могло быть признано причиной глухонѣмоты, какъ и пигментнаго перерожденія сѣтчатки. (См. мою статью—Болѣзни глазъ и слѣпота при кровномъ родствѣ родителей—Книжки Восхода, 1904, августъ. *Реф.*) (По отчету въ Archives d'ophthalmologie, іюль). *Р. Кацъ.*

910. Д-ръ *Dupuy-Dutemps* признаетъ, что причина *глаукомы*, развивающейся спустя болѣе или менѣе продолжительное время (5 мѣс.—10 лѣтъ) *послѣ извлеченія катаракты*, часто остается темной, но въ большинствѣ случаевъ она, по его мнѣнію, заключается либо въ полномъ прирощеніи радужной оболочки и хрусталиковой сумки, чаще всего наступающемъ послѣ извлеченія безъ иридэктоміи, либо въ ущемленіи радужной оболочки или одной лишь сумки въ ранѣ роговой оболочки. Въ 1-мъ случаѣ глаукомныя явленія могутъ прекратиться не только отъ иридэктоміи, но и отъ простого лишь прокола радужной оболочки; во 2-мъ необходимо освободить срощеніе ножницами-пинцетомъ либо *Graefe*'скимъ ножомъ или-же изсѣчь радужную оболочку. Что оперативные пріемы при извлеченіи хрусталика дѣйствительно обусловливаютъ появленіе глаукомы въ соотвѣтствующихъ случаяхъ, доказывается тѣмъ, что глаукомныя явленія могутъ развиться не только на глазахъ, оперированныхъ по поводу старческой катаракты, но и послѣ извлеченія траумaтической или слоистой катарактъ у молодыхъ людей, равно какъ и послѣ извлеченія хрусталика у близорукихъ, какъ это и было въ случаѣ автора, у 29-лѣтней женщины.

Въ 1892 г. у нея, въ виду высокой степени близорукости, извлеченъ былъ изъ праваго глаза хрусталикъ путемъ разсѣченій и безъ иридэктоміи. 10 лѣтъ спустя на этомъ глазу стала развиваться глаукома съ типичнымъ выдавливаніемъ соска, повышеніемъ внутриглазного давленія, затуманиваніями и болями. Перерѣзка сумочной перемычки ножницами-пинцетомъ устранила глаукомныя явленія, по видимому, навсегда (Изъ отчета о послѣднемъ Съѣздѣ Французскаго офталмологическаго Общества въ Archives d'ophthalmologie, іюль). *Р. Кацъ.*

911. Д-ръ *Bistis* (Аѳины) сообщаетъ *2 случая пораженія глазъ при кормленіи грудью.*

Въ 1-мъ случаѣ у 30-лѣтней женщины развилось на правомъ глазу воспаленіе соска зрительнаго нерва съ кровоизліяніями въ сосѣднихъ частяхъ сѣтчатки во время кормленія грудью 3-го ребенка. Больной было назначено потогонное лѣченіе салициловымъ натромъ, ребенокъ былъ отнятъ отъ груди, и мѣсяца $1^1/_2$ спустя наступило рѣзкое улучшеніе въ картинѣ глазного дна, а нѣкоторое время спустя возстановилось и почти полное зрѣніе. Черезъ 3 года повторилась та же болѣзнь съ такой-же картиной глазного дна и на томъ-же глазу; на этотъ разъ пораженіе глаза наступило въ послѣдніе дни беременности (4-й).

Во 2-мъ случаѣ развилось воспаленіе радужной оболочки на правомъ глазу у 35-лѣтней женщины на 11-мъ мѣсяцѣ кормленія грудью. По отнятіи ребенка отъ груди и примѣненіи обычнаго лѣченія наступило исцѣленіе.

Указавъ на цѣлый рядъ другихъ заболѣваній глаза, наблюдавшихся во время кормленія грудью, авторъ останавливается на самомъ частомъ изъ нихъ—воспаленіи зрительнаго нерва. Это воспаленіе можетъ развиться въ формѣ папиллита или заяблочнаго нейрита; оно можетъ быть и двустороннимъ, и одностороннимъ. Предсказаніе, въ общемъ, благопріятное: исхода въ слѣпоту до сихъ поръ не наблюдалось, но слабость зрѣнія можетъ остаться, и сосокъ зрительнаго нерва можетъ получить атрофическую окраску. Касательно причины этого страданія авторъ присоединяется къ мнѣнію *Heinzel*'я, усматривающаго здѣсь самоотравленіе ядовитыми бѣлковыми веществами, развивающимися при отдѣленіи молока. Лѣченіе воспаленія зрительнаго нерва, какъ и другихъ разстройствъ зрѣнія, находящихся въ вѣроятной связи съ кормленіемъ грудью, должно, по автору, заключаться въ отнятіи ребенка отъ груди и въ назначеніи потогонныхъ средствъ для удаленія отравляющихъ веществъ изъ тѣла. Въ видахъ-же предупрежденія такихъ осложненій слѣдуетъ, по мнѣнію *Bistis*'а, воспрещать кормленіе грудью слабымъ женщинамъ, у которыхъ производныя бѣлковаго распада могутъ найти благопріятную почву для воздѣйствія на глазъ (Archives d'ophthalmologie, іюль). *Р. Кацъ.*

912. Д-ръ *Благовѣщенскій* совѣтуетъ *лѣчить куриную слѣпоту кровоизвлеченіемъ:* въ 7 случаяхъ, наблюдавшихся имъ самимъ, и въ 2 случаяхъ, прослѣженныхъ д-ромъ *Архангельскимъ*, означенный способъ лѣченія (кровососная банка на затылокъ, противъ 7-го шейнаго позвонка) неизмѣнно приводилъ къ исцѣленію. Среди больныхъ куриной слѣпотой были и молодые, и старые; у однихъ она была въ первый разъ, у другихъ была повторная; 2 больныхъ были изъ богадѣльни, гдѣ куриная слѣпота была повальная; наконецъ, у 1 она въ опредѣленное время года являлась уже 30 лѣтъ подрядъ. Исцѣленіе наступало либо въ тотъ-же день, либо на другой, а иногда лишь по истеченіи 3—4 дней. Помимо кровоизвлеченія, никакого другого лѣченія не примѣнялось (Вѣстникъ офталмологіи, іюль и августъ). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.

913. *Jens Paulin* описалъ *случай родовъ двойнями съ промежуткомъ въ 17 дней.*

Женщина, 25 л., $2^1/_2$ года назадъ родившая безъ всякой искусственной помощи здороваго ребенка, забеременѣла вновь въ началѣ апрѣля. 15/XII, по рожденіи живой дѣвочки, отдѣлился нормальный по виду послѣдъ съ оболочками. Наружное изслѣдованіе устанавливало однако явную наличность въ маткѣ 2-го плода. При внутреннемъ изслѣдованіи, помимо разрыхленныхъ тканей, обнаруживалась довольно плотная шейка съ закрытымъ рыльцемъ матки, что наводило на мысль о двойной маткѣ. Въ виду того, что сердцебіеніе 2-го плода было слышно хорошо, родильница, отлично чувствовавшая себя, встала съ постели на 9-ый день и благополучно ходила до 1/1, когда, чрезъ 17 дней послѣ предыдущихъ родовъ, разрѣшилась вновь живою дѣвочкою. Послѣродовой промежутокъ прошелъ безъ осложненій. Отсутствіе молока въ грудныхъ железахъ по рожденіи 1-ой дѣвочки смѣнилось затѣмъ столь обильнымъ его отдѣленіемъ, что его вполнѣ хватало на обѣихъ новорожденныхъ, изъ коихъ 1-ая казалась болѣе доношенной, чѣмъ 2-ая, хотя послѣдняя и превосходила ее вѣсомъ. При послѣдовательномъ изслѣдованіи матка—на 1 стм. выше рыльца ея (orificium uteri) было установлено присутствіе перегородки, шириною въ 1 стм., и, хотя наличность раздѣленія полости матки подтверждалась ея зондированіемъ, но признаковъ таковаго—снаружи не обнаруживалось (Hospitaltidende, 6, по пер. Deutsche Medicinal-Zeitung, № 27). *Г. Александровъ.*

914. Въ статьѣ о *лѣченіи опухолей, осложняющихъ беременность и роды, и въ особенности о кистахъ яичника* проф. *Dührssen* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Во всѣхъ случаяхъ ущемленія яичниковыхъ или околояичниковыхъ опухолей во время беременности или родовъ, слѣдуетъ совершенно отказаться отъ попытокъ вправленія подъ наркозомъ или безъ него, такъ какъ при этомъ имѣется опасность внутренняго кровотеченія вслѣдствіе разрывовъ въ области ножки опухоли. 2. Лѣченіе въ этихъ случаяхъ должно принципіально заключаться во влагалищной овaріотоміи черезъ заднюю кольпоцеліотомію. Если эта послѣдняя не удалась, то переходъ къ брюшной овaріотоміи не представляетъ никакой опасности для больной, конечно, при томъ лишь условіи, если заранѣе все было приготовлено въ предвидѣніи возможности этой операціи. 3. Лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ произошло зараженіе содержимаго опухоли или родового канала, слѣдуетъ съ самаго начала приступать къ брюшной овaріотоміи. 4. Тѣ опухоли, которыя могутъ быть вдавлены въ передній или задній влагалищный сводъ, слѣдуетъ во время беременности удалять черезъ влагалище. 5. Если опухоли сидятъ высоко и перемѣщеніе ихъ въ своды не удается, то во время беременности ихъ не слѣдуетъ удалять, при томъ однако условіи, если онѣ не быстро растутъ и если общее состояніе больныхъ не страдаетъ. Выжиданіе даетъ тогда возможность вслѣдъ за послѣродовымъ обратнымъ развитіемъ матки удалить эти опухоли при помощи влагалищной овaріотоміи. 6. При міомахъ, закрывающихъ весь просвѣтъ тазового канала и не приподнимающихся изъ послѣдняго при родовыхъ схваткахъ, можно удалять опухоли при помощи передней или задней кольпоцеліотоміи въ сочетаніи съ влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ, при чемъ матка сейчасъ-же можетъ быть опорожнена и черезъ влагалище

что и вообще среди нашихъ глухонѣмыхъ слабость зрѣнія отъ пигментнаго ретинита должна случаться рѣдко. «Вообще»,—пишетъ *Ц. Д.*,—«врачи, имѣющіе дѣло съ глухонѣмыми, думаютъ, что у насъ ret. pigm. рѣже, чѣмъ за границей, потому что у насъ глухонѣмота происходитъ преимущественно отъ случайныхъ заболѣваній, за границей-же, въ Соединенныхъ Штатахъ Сѣверной Америки въ особенности, она составляетъ признакъ вырожденія и часто наслѣдственна». *Р. К.*

же удалена. Если желательно сохранить матку, то и это можетъ быть сдѣлано (послѣ вылущенія опухоли) (Deutsche medicinische Wochenschrift, №№ 42 и 43). *А. К.*

915. Д-ръ *E. Toff* (Braila) съ успѣхомъ примѣнялъ, согласно предложенію *Simons*'а, *іогимбинъ Spiegel'я при разстройствахъ мѣсячныхъ у женщинъ*. Такъ какъ дѣйствіе этого препарата главнымъ образомъ выражается въ усиленіи притока крови къ половымъ органамъ, то его, по мнѣнію автора, слѣдуетъ назначать во всѣхъ тѣхъ случаяхъ неправильностей мѣсячныхъ, которыя не зависятъ отъ какихъ-либо органическихъ мѣстныхъ заболѣваній, а обусловлены лишь недостаточнымъ притокомъ крови къ маткѣ. Средство назначается въ видѣ пилюль или лепешекъ, по 5 млгрм., 3 раза въ день; принимать его слѣдуетъ въ продолженіи 1 или 2 мѣсяцевъ съ небольшими перерывами. Если оно оказалось дѣйствительнымъ, изъ предосторожности повторяютъ назначеніе его за нѣсколько дней до начала каждыхъ мѣсячныхъ (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 43). *А. Коварскій.*

916. Въ статьѣ *объ обратномъ развитіи и излѣченіи міомъ матки при помощи фарадизаціи* д-ръ *E. Witte* (Berlin-Charlottenburg) говоритъ, что, благодаря фарадизаціи, при примѣненіи достаточно сильныхъ токовъ, вызываются сокращенія матки, которыя ощущаются больными въ видѣ схватокъ, между тѣмъ какъ при слабыхъ токахъ сокращенія остаются незамѣтными. Эти сокращенія матки обусловливаютъ, при достаточно энергичномъ проведеніи фарадизаціи, прекращеніе долго длившихся кровотеченій; они дѣйствуютъ, кромѣ того, задерживающимъ образомъ на ростъ міоматозно-перерожденной матки и обусловливаютъ, наконецъ, обратное развитіе опухоли. При достаточно продолжительномъ и энергичномъ лѣченіи можно добиться полнаго исчезновенія міомъ, т. е. того, что матка принимаетъ нормальные размѣры и больныя не обнаруживаютъ никакихъ болѣзненныхъ измѣненій. Авторъ не наблюдалъ никакихъ вредныхъ послѣдствій и побочныхъ вліяній отъ фарадическаго тока. Только въ одномъ случаѣ больная заявила, что у нея появилось кровотеченіе вслѣдъ за фарадизаціей. Была-ли въ самомъ дѣлѣ въ этомъ случаѣ фарадизація причиной кровотеченія, осталось, однако, не установленнымъ. При примѣненіи тока авторъ пользовался маточнымъ зондомъ, снабженнымъ поперечнымъ валикомъ для того, чтобы онъ не могъ проникнуть слишкомъ далеко въ полость матки; другой электродъ помѣщался на животѣ. Электризація производилась по возможности ежедневно по 20—30 мин. (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 45). *А. Коварскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 917. Проф. *E. Spiegler*, разбиряя вопросъ *о научныхъ основахъ косметики*, указалъ на прирожденное стремленіе человѣка къ красотѣ вообще и перечислилъ различные случаи т. наз. косметическихъ заболѣваній на кожѣ, не только зависящихъ по большей части отъ недостатковъ самыхъ кожныхъ покрововъ, но и находящихся въ прямой связи съ общимъ состояніемъ организма. Разумная косметика, составляя въ этихъ случаяхъ часть медицины, требуетъ отъ врача всесторонняго образованія, а между тѣмъ такіе больные чаще всего попадаютъ въ руки шарлатановъ. Наиболѣе частымъ недостаткомъ кожи является обыкновенный угорь (acne vulgaris); онъ проявляется обычно при seborrhoe'ѣ кожи, находящейся въ зависимости отъ общаго состоянія организма. Такіе больные большею частью малокровны, страдаютъ запорами и, слѣд., повышеннымъ процессомъ разложенія въ кишечникѣ, на что указываетъ и увеличенное содержаніе индикана въ ихъ мочѣ. Упорядоченіе питанія, хотя бы даже замѣною мясной пищи исключительно растительной и устраненіе т. наз. острыхъ веществъ, которыя по народнымъ воззрѣніямъ, подтверждаемымъ практическими наблюденіями, содѣйствуютъ высыпамъ угрей, окажетъ въ этихъ случаяхъ лучшее дѣйствіе, чѣмъ примѣненіе всякихъ наружныхъ средствъ. Наружное лѣченіе при угряхъ можетъ имѣть задачею лишь ограничить seborrhoe'ю, какъ условіе, содѣйствующее загрязненію и зараженію кожи, и вполнѣ будетъ достигнуто примѣненіемъ самаго безразличнаго мыла. Въ прямой зависимости отъ состоянія дѣятельности кожи находится и болѣе частое страданіе угрями въ отроческомъ возрастѣ. Въ болѣе зрѣломъ возрастѣ такимъ-же обезображивающимъ страданіемъ является acne rosacea, неправильно связуемое съ алкогольными злоупотребленіями; въ большинствѣ-же случаевъ этотъ высыпъ составляетъ слѣдствіе неправильнаго дѣйствія пищеварительныхъ органовъ и половыхъ страданій у женщинъ; въ послѣднемъ случаѣ онъ является частымъ спутникомъ неправильныхъ мѣсячныхъ и времени прекращенія ихъ. Покраснѣніе или посинѣніе носа, равно и пальцевъ рукъ, въ особенности въ зависимости отъ малѣйшихъ колебаній внѣшней температуры, составляетъ результатъ пареза кровеносныхъ сосудовъ опредѣленнаго мѣста и послѣдовательной его гиперэміи и бываетъ у малокровныхъ людей со слабою дѣятельностью сердца. Различныя пигментныя пятна находятся въ явной связи не только съ болѣзненнымъ, но и физіологическимъ состояніемъ организма; они сопутствуютъ различнымъ болѣзненнымъ разстройствамъ женскихъ половыхъ органовъ, печени и т. д.; весьма часто они появляются при наступленіи беременности. Важное значеніе во врачебной косметикѣ имѣетъ уходъ за волосами. Въ этомъ случаѣ особенно наглядно проявляется связь отдѣльныхъ частей съ цѣлымъ; выпаденіе волосъ сопровождаетъ тяжелыя заболѣванія: тифъ, рожу и т. п., что, по изслѣдованіямъ *Matsuura*, въ лабораторіи *Reklinghausen*'а, можетъ находиться въ зависимости отъ измѣненія объема корня волоса и послѣдовательнаго въ силу этого уменьшенія связи его съ луковицею. Другой причиною выпаденія волосъ можетъ быть seborrhoea, составляющая весьма часто наслѣдственное предрасположеніе. Усиленный ростъ волосъ (hypertrichosis) въ извѣстныхъ случаяхъ можетъ составлять тѣмъ болѣе непріятное явленіе, что, вопреки различнымъ новымъ способамъ мѣстнаго лѣченія, таковое въ большинствѣ случаевъ остается вполнѣ безуспѣшнымъ. Обезображивающія явленія покраснѣнія и шероховатости кожи, особенно на предплечьяхъ у молодыхъ дѣвушекъ, зависящія отъ наличности lichen pilaris, представляя послѣдствія слабо выраженнаго ихтіоза, составляютъ семейное и наслѣдственное предрасположеніе, почему и требуютъ крайне длительнаго лѣченія. Къ такого-же характера болѣзненнымъ явленіямъ относятся и необычная сухость ладоней и подошвъ. Къ области-же врачебной косметики относятся и лѣченіе усиленнаго потоотдѣленія рукъ и ногъ, такъ какъ и оно является разультатомъ общаго заболѣванія, а равно и различныя страданія ногтей, какъ сопутствующіе припадки отдѣльныхъ дерматозовъ: напр. psoriasis, lichen ruber и т. п. Въ каждомъ случаѣ разобранныхъ страданій авторъ изложилъ отдѣльно и различные, болѣе или менѣе успѣшные, по его мнѣнію, способы ихъ мѣстнаго лѣченія (Wiener medizinische Presse, № 2). *А. Гаринъ.*

918. Попытки обрывного лѣченія перелоя впрыскиваніями 1—3%-хъ растворовъ адскаго камня, предложенными *Ricord*'омъ и *Debeney*, въ $^1/_2$ случаевъ увѣнчивались успѣхомъ; но, такъ какъ очень нерѣдко они сопровождались осложненіями со стороны пузыря, придатковъ яичка и предстательной железы, то большинствомъ врачей и были оставлены. Съ введеніемъ въ практику органическихъ соединеній серебра, не вызывающихъ непосредственнаго свертыванія бѣлка и могущихъ поэтому проникать болѣе глубоко въ подлежащія ткани, возобновились и опыты обрывного лѣченія. Д-ръ *Fuchs* примѣнялъ для *обрывного лѣченія перелоя* 2%-ный растворъ альбаргина (содержитъ 15% серебра), впрыскивая около 100 к. стм. его, подъ легкимъ давленіемъ, въ переднюю часть мочеиспускательнаго канала, сперва на 5 мин., во 2-ой разъ на 3, и въ 3-ій на 2. Впрыскиванія эти вызывали легкое жженіе и зудъ въ каналѣ и иногда слипаніе наружнаго его отверстія. Лишь 1 больной (изъ 9) жаловался на значительныя боли при первомъ мочеиспусканіи. Уже на 2-ой день гонококки исчезали совсѣмъ, и эпителіальное отдѣленіе длилось еще 2—3 недѣли. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ слизистоподобномъ отдѣляемомъ находились клѣтки плоскаго эпителія, отдѣльныя бѣлыя тѣльца, не много гонококковъ, частью свободныхъ, частью въ клѣткахъ эпителія и весьма рѣдко въ бѣлыхъ кровяныхъ тѣльцахъ; вѣроятно, они-же успѣвали въ этотъ промежутокъ времени проникнуть и въ подэпителіальную соединитель-

ную ткань. Осложненій авторъ не наблюдалъ ни разу. Обрывное лѣченіе можетъ разсчитывать на успѣхъ лишь тогда, когда оно предпринято по истеченіи 48, и ни какъ не позднѣе 72 час. послѣ подозрительнаго совокупленія (Therap. Monatsh., по передачѣ въ Deutsche Medicinal-Zeitung, № 18). *А. Гаринъ.*

919. Д-ръ *А. П. Іорданъ* въ итогѣ своего изслѣдованія: «*Къ статистикѣ гонорройнаго эпидидимита*» высказалъ, что 1) перелойное воспаленіе придатка наблюдалось имъ у 11,7% всѣхъ приходящихъ больныхъ перелоемъ; 2) если принять во вниманіе анамнезъ, то окажется, что изъ всѣхъ его приходящихъ больныхъ перелоемъ 27,8% имѣли воспаленіе придатковъ; 3) приблизительно 30% воспаленій придатка въ больницахъ, найденные различными авторами, больше приближаются, какъ ему кажется, къ истинѣ, чѣмъ относительное число воспаленій придатка изъ амбуляторной практики; 4) оба придатка заболѣваютъ одинаково часто, но рѣдко въ одно время; въ такомъ случаѣ одинъ придатокъ заболѣваетъ вслѣдъ за другимъ, а не оба сразу; 5) профессія, возрастъ больныхъ и времена года не имѣютъ рѣшающаго вліянія на происхожденіе воспаленія придатка; 6) усиленное движеніе, совокупленіе и лѣченіе при помощи инструментовъ составляютъ самыя частыя причины его; 7) большинство заболѣваній перелойнаго воспаленія придатка падаетъ на промежутокъ между 2—5 недѣлями остраго и подостраго перелоя (Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 7). *А. Гаринъ.*

920. *Brandweiner* (Вѣна) касается *вопроса о бластомикозѣ кожи и его отношеніи къ изъязвляющемуся ползучему фолликулиту носа по Kaposi.*

Авторъ описываетъ слѣдующій случай. Больной, 37 л., сапожникъ изъ Галиціи. Кожа лѣвой ½ носа красна и пропитана. На границѣ и по окружности пораженія видны отдѣльные узелки съ гнойничкомъ посрединѣ. Въ срединѣ пораженія видны язвы, сосочковыя разростанія и рубцы. Язвы—въ видѣ полосъ, глубокія, покрыты буроватыми корками; близь нихъ расположены яркокрасныя сосочковыя разростанія съ зубчатыми рубцами по окружности. Болѣзнь длится ½ года. При микроскопическомъ изслѣдованіи содержимаго узелковъ найдены круглыя или яйцевидныя образованія въ 4—10 μ длиною, съ двойными очертаніями и зернистымъ содержимымъ. Образованія эти видны яснѣе при изслѣдованіи неокрашенныхъ препаратовъ (въ ѣдкомъ кали). Посѣвы дали отрицательные результаты. Эти чужеядныя найдены также и въ средахъ (окраска по *Walltek*'у). Для лѣченія были назначены снаружи безразличныя вещества (вазелинъ, крахмалъ и т. д.), а внутрь—іодистый калій.

Авторъ отличаетъ это заболѣваніе отъ волчанки, сифилиса и рака, но находитъ его весьма сходнымъ и даже тождественнымъ съ ползучимъ фолликулитомъ *Kaposi* (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXXI, тетр. 1). *М. Членовъ.*

Судебная медицина. 921. Проф. *А. В. Григорьевъ въ статьѣ о консервированіи органовъ и ихъ содержимаго для послѣдующаго микроскопическаго и химическаго изслѣдованія въ судебно-медицинскихъ случаяхъ* приходитъ къ заключенію, что въ органахъ, уплотненныхъ въ формалинѣ, возможно опредѣленіе всѣхъ ядовъ, наичаще всего встрѣчающихся въ практикѣ отравленій, за исключеніемъ развѣ лишь алкоголя, и что формалинъ, хорошо сохраняя ткани для микроскопическаго изслѣдованія, вмѣстѣ съ тѣмъ сохраняетъ и яды и тѣмъ самымъ даетъ возможность изслѣдовать ихъ въ чистомъ, незагрязненномъ видѣ. Послѣднее обстоятельство имѣетъ особенно большое значеніе по отношенію къ алкалоидамъ, такъ какъ такимъ образомъ устраняется присутствіе птомаиновъ, очень сходныхъ по своимъ реакціямъ съ алкалоидами. Такъ какъ внутренности изъ труповъ, въ случаяхъ подозрѣваемой смерти отъ отравленія, обыкновенно доставляются экспертамъ спустя долгое время послѣ вскрытія труповъ въ сильно разложившемся состояніи и при этихъ условіяхъ часто теряется возможность открыть многіе алкалоиды, летучіе органическіе яды и фосфоръ, то слѣдуетъ признать желательнымъ консервированіе органовъ тотчасъ послѣ вскрытія труповъ. Для этой цѣли авторъ предлагаетъ въ судебно-медицинскихъ случаяхъ пользоваться 10%-мъ растворомъ продажнаго формалина (4%-мъ растворомъ формальдегида). Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются вѣроятныя подозрѣнія въ смерти отъ отравленія минеральными ядами, фосфоромъ или алкалоидами, можно ограничиться консервированіемъ внутренностей только въ одномъ формалинѣ, для химическаго изслѣдованія. Въ случаяхъ смерти отъ отравленія неизвѣстнымъ ядомъ или летучими органическими ядами слѣдуетъ брать органы и ихъ содержимое для химическаго изслѣдованія въ двоякомъ видѣ: частью въ консервированномъ, частью въ свѣжемъ состояніи. Такъ какъ послѣдняго рода органы будутъ служить лишь для дополнительныхъ изслѣдованій на возможность отравленія формалиномъ или такими ядами, опредѣленіе которыхъ пока затруднительно въ органахъ, уплотненныхъ въ формалинѣ, то всѣ внутренности, взятыя въ свѣжемъ состояніи изъ трупа, можно помѣщать въ одну банку, во избѣжаніе чрезмѣрнаго увеличенія общаго числа банокъ съ внутренностями, отсылаемыхъ для анализа. Передъ помѣщеніемъ въ растворъ формалина органы должны быть надрѣзаны въ нѣсколькихъ мѣстахъ съ цѣлью лучшаго проникновенія въ нихъ формалина. Послѣдняго можно брать не особенно много, а именно столько, чтобы органы были погружены въ немъ, по крайней мѣрѣ, на ½ своего объема. Наконецъ, продажный формалинъ можетъ представляться нечистымъ въ химическомъ отношеніи; поэтому слѣдуетъ всегда къ банкамъ съ внутренностями присоединять еще банку съ формалиномъ, взятымъ для консервированія органовъ. 2 обстоятельства говорятъ еще въ пользу удобства примѣненія формалина для консервированія органовъ и ихъ содержимаго: сравнительная дешевизна и настолько большая распространенность формалина, что его легко можно получить въ любомъ мѣстечкѣ, гдѣ имѣется аптека (Вѣстникъ общественной гигіены, судебной и практической медицины, іюль). *И. Вирскій.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXXXIII. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ.

(Засѣданіе 13-го октября).

Т. П. Краснобаевъ. Операція артродеза лѣваго плечевого сустава по поводу паралича дельтовидной мышцы у мальчика, 3 л. (съ предъявленіемъ больного). Сдѣлавъ краткій литературный очеркъ о хирургическомъ лѣченіи паралича дельтовидной мышцы, докладчикъ показалъ больного, исторія болѣзни котораго слѣдующая: Г. Г., 2½ л., поступилъ 16/IV 1904 г. въ хирургическое отдѣленіе Московской городской дѣтской больницы имени И. Е. Морозова изъ-за того, что плохо владѣлъ лѣвой рукой. Пересталъ онъ ею владѣть за 1 г. 4 мѣс. до поступленія, послѣ 3-дневнаго жара; съ той поры рука стала худѣть, особенно сильно въ плечѣ. Пользуется ребенокъ только правой рукой. Лѣвая рука виситъ вдоль туловища. Лѣвая дельтовидная мышца совсѣмъ не прощупывается; работы ея нѣтъ никакой. Лѣвый плечевой суставъ разболтанъ. Головка плечевой кости отстоитъ отъ acromion по меньшей мѣрѣ на толщину указательнаго пальца. Всѣ мышцы лѣваго плеча (brachii) и лопатки сильно атрофированы, но, за исключеніемъ дельтовидной, хорошо сокращаются. Тѣмъ не менѣе ребенокъ не только не можетъ ни поднять, ни отвести руки отъ туловища, но не можетъ ни согнуть, ни разогнуть ее въ локтѣ. Онъ двигаетъ только пальцами и поворачиваетъ руку кистью вверхъ и внизъ, и это не смотря на то, что всѣ мышцы давали активное сокращеніе и подвижность въ суставѣ была вполнѣ нормальная. Во всемъ остальномъ ребенокъ былъ вполнѣ здоровъ. 21/VI была сдѣлана подъ хлороформомъ операція артродеза въ лѣвомъ плечевомъ суставѣ. Разрѣзъ по передней поверхности сустава. Послѣ удаленія хряща съ сочленовныхъ поверхностей плечевой кости и лопатки головка плечевой кости была сшита 2-мя никеллированными гвоздями съ сочленовной ямкой лопатки и съ acromion. Рана зашита. Крахмальная повязка по типу *Desault*. Черезъ 7 дней швы были сняты. Первое натяженіе. Черезъ 39 дней были удалены гвозди, а черезъ 59 дней ребенокъ освобожденъ отъ повязки и спущенъ съ постели. Приступлено къ массажу лѣвой руки. 13/X: Ребенокъ совершаетъ всѣ движенія кистью и предплечьемъ, отводитъ руку отъ туловища, немного можетъ подать ее назадъ и поднимаетъ въ вытянутомъ положеніи немного не до горизонтальной линіи, при чемъ можетъ удерживать руку въ такомъ положеніи. Плечевой суставъ прочно зарощенъ. При движеніи рукою движется и лопатка. На предъявленной рентгенограммѣ можно было видѣть, что зарощеніе это—соединительно-тканное, и что только между acromion и головкой плечевого сустава, по видимому, существуетъ костная спайка.

Л. П. Александровъ: Не могу согласиться съ тѣмъ, что огра-

ниченное примѣненіе артродеза зависитъ только отъ того, что врачи-терапевты рѣдко направляютъ своихъ параличныхъ больныхъ къ хирургамъ для оперативнаго лѣченія. Хирурги сами не очень охотно берутся за эти операціи, не получая во многихъ случаяхъ костнаго сращенія; если на верхней конечности это еще не важно, то на ногѣ это равняется неуспѣху. Увѣрены-ли Вы, что у этого больного произошло костное сращеніе? Я думаю, что во многихъ случаяхъ ортопедическое лѣченіе окажется вполнѣ пригоднымъ.

Докладчикъ: Желая обратить вниманіе на оперативное лѣченіе параличей, я имѣлъ въ виду не только артродезъ, но и пересадку сухожилій. Операцій артродеза въ плечевомъ суставѣ произведено, правда, еще немного, но среди нихъ есть очень хорошія по результатамъ и вообще этотъ способъ лѣченія заслуживаетъ полнаго вниманія. Нѣкоторые по опыту утверждаютъ, что на верхней конечности результаты часто оказываются неудачными, а въ голено-стопномъ суставѣ, наоборотъ, очень успѣшные. *Kirmisson* въ послѣднее время отказался отъ пересадокъ на нижней конечности, а дѣлаетъ артродезъ. Что касается ортопедическихъ снарядовъ, то они очень мало пригодны для больныхъ, принадлежащихъ преимущественно къ бѣдному и необразованному классу.

А. А. Кисель. Объ осложненіяхъ брюшного тифа у дѣтей со стороны пищеварительнаго канала на основаніи наблюденій въ больницѣ св. Ольги за 15 лѣтъ. Наблюденія докладчика обнимаютъ 375 случаевъ брюшного тифа, при чемъ на отдѣльные годы приходилось отъ 9 до 55 случаевъ. Дѣти были въ возрастѣ отъ 1 до 13 л. включительно; всего меньше ихъ было въ возрастѣ 1 и 2 л., а именно по 3 ребенка, всего больше въ возрастѣ 10 и 11 л., а именно 54 и 57. Изъ 375 дѣтей 41 ребенокъ или 10,9% приходились на возрастъ до 5 л., 161 или 42% на возрастъ отъ 5 до 10 л. и старше 10 л. были 173 больныхъ или 46%. Тяжелыхъ случаевъ (по *Liebermeister*'у) было 247 или 65%. Между осложненіями со стороны полости рта было 2 случая водяного рака у дѣвочекъ 7 и 10 л., лежавшихъ въ больницѣ одновременно; интересно, что въ остальныя 14 лѣтъ случаевъ водяного рака не было. Дѣвочка, 7 л., поступила въ больницу по поводу съуженія гортани (сосочковая опухоль); спустя 4½ мѣс. она въ больницѣ заболѣла тяжелымъ брюшнымъ тифомъ, осложнившимся воспаленіемъ легкаго и водянымъ ракомъ и окончившимся смертью. У другой дѣвочки, 10 л., омертвѣніе развивалось гораздо медленнѣе, и случай окончился выздоровленіемъ. Докладчикъ привелъ еще 2 случая водяного рака у дѣтей (мальчики 8 и 9 л.) при тифѣ, встрѣтившіеся ему въ амбуляторіи и внѣ больницы. Далѣе ограниченное омертвѣніе слизистой оболочки рта наблюдалось у дѣвочки 2 л. и 9 мѣс., у которой брюшной тифъ осложнился двустороннимъ воспаленіемъ уха, упорнымъ катарромъ гортани и сведеніемъ ногъ. Воспаленіе околоушной железы наблюдалось 6 разъ у дѣтей 8, 9, 10, 10, 10 и 11 л. Все это были тяжелые больные, лежавшіе въ 1890—1894 гг. Послѣ этого на чистоту полости рта у тифозныхъ обращалось особое вниманіе, и въ теченіи 8 лѣтъ не было ни одного случая воспаленія околоушной железы; въ 1903 г. снова наблюдался 1 случай, что совпало съ тѣмъ обстоятельствомъ, что случайно меньше заботились о чистотѣ рта. Переходя къ пораженіямъ тонкой кишки, докладчикъ соглашается съ тѣмъ взглядомъ, что кровотеченія и язвы у дѣтей встрѣчаются рѣже, чѣмъ у взрослыхъ, но нельзя сказать, чтобы они наблюдались очень рѣдко, въ подтвержденіе чего докладчикъ сослался на статистику *Henoch*'а, *Gerhardt*'а, *Costinesco*, *Variot*, *Koplik*'а, *Abt*'а, *Biedert*'а, *Ringrose* и на указанія *Mery* и *Ratier*. Докладчикъ наблюдалъ кишечное кровотеченіе въ 4 случаяхъ; кромѣ того, въ 2 случаяхъ вслѣдъ за кровотеченіемъ произошло прободеніе кишки (о нихъ будетъ сказано ниже). Изъ 4 больныхъ 2 было мальчика и 2 дѣвочки въ возрастѣ 10, 10, 11 и 11 л. Въ 2 случаяхъ лихорадочное состояніе продолжалось 35 и 42 дня; въ остальныхъ 2 случаяхъ смерть наступила на 13-ый и 43-ій день болѣзни. Кровотеченіе происходило на 13—34-ый и 43-й день болѣзни. Въ 1 случаѣ, у мальчика, 11 л., кровь въ кишкахъ найдена на вскрытіи, а при жизни кровотеченія не наблюдалось; случай этотъ выдѣлялся тяжестью; смерть наступила на 13-ый день болѣзни при явленіяхъ паралича сердца. Въ случаяхъ, окончившихся выздоровленіемъ, также былъ очень тяжелый брюшной тифъ. Прободеніе кишекъ у дѣтей большинствомъ авторовъ считается очень рѣдкимъ исключеніемъ; тѣмъ не менѣе *Rilliet* и *Barthez*'у оно встрѣтилось 4 раза. *Topin*'у 2 раза, *Abt*'у 2 раза, *Biedert* приводитъ 7 случаевъ, *Hawkins* 6; по даннымъ *Murchison*'а 10 прободеній наблюдалось у дѣтей до 10 л. и 8 у дѣтей отъ 10 до 14 л. Докладчикъ наблюдалъ 7 прободеній у дѣтей 5—7—9—11—11—12 и 13 л. (3 мальчика и 4 дѣвочки). Продолжительность лихорадочнаго состоянія у этихъ больныхъ: 14—18—25—27—28—28—38 дней. Прободеніе случилось на 12—17—18—23—23 и 35-ый день болѣзни. Всѣ случаи окончились смертью. Въ 4 случаяхъ было сдѣлано чревосѣченіе, но безуспѣшно. Докладчикъ не допускаетъ, чтобы такое большое число прободеній явилось результатомъ простой случайности, и думаетъ, что зависѣло это отъ слѣдующихъ причинъ: а) преобладаніе тяжелыхъ формъ болѣзни (65%); б) возрастъ больныхъ—46% имѣли болѣе 10 л.; в) всѣ умершіе были вскрыты; дѣло въ томъ, что при жизни прободеніе остается иногда нераспознаннымъ. Далѣе, въ виду того, что за все это время примѣнялось усиленное питаніе брюшно-тифозныхъ, докладчикъ подробно коснулся вопроса, не могло-ли усиленное кормленіе способствовать развитію прободенія? Онъ отмѣтилъ, что мысль эта являлась у него при каждомъ новомъ случаѣ прободенія; однако, всякій разъ послѣ внимательнаго обсужденія случая приходилось отказываться отъ такого предположенія. Прежде всего слѣдуетъ отмѣтить, что 5 дѣтей поступили очень ослабленными и имъ не удавалось вводить никакой пищи, кромѣ молока, такъ что у нихъ прободеніе развилось независимо отъ способа питанія; 1 больной уже поступилъ въ больницу съ явленіями прободенія; поэтому можно было говорить въ вышеуказанномъ смыслѣ только о послѣднемъ (7-мъ) случаѣ, но и здѣсь прободеніе, очевидно, зависѣло отъ тяжести тифа, что выяснилось на вскрытіи. Въ пользу такого толкованія говоритъ еще слѣдующее: 1) отсутствіе кишечныхъ разстройствъ у остальныхъ больныхъ; 2) содержимое тонкой кишки при прободеніяхъ ничѣмъ не отличалось отъ другихъ случаевъ; 3) % смертности среди больныхъ докладчика не только не увеличился, но можетъ считаться очень благопріятнымъ при обиліи тяжелыхъ случаевъ; 4) наконецъ, усиленное питаніе примѣнялось большимъ количествомъ авторовъ, но никто изъ нихъ не отмѣчаетъ неблагопріятнаго вліянія его на пищеварительные органы. Далѣе докладчикъ подробно остановился на слѣдующихъ случаяхъ: тифозное прободеніе червеобразнаго отростка у мальчика, 9 л. (воспаленіе брюшины; смерть), 2 случая пораженія толстой кишки при брюшномъ тифѣ, воспаленіе желчнаго пузыря у мальчика, 7 л. (операція; выздоровленіе). Выводы: 1. Осложненія со стороны пищеварительнаго канала встрѣчались часто и были тяжелыя. 2. Вреднаго вліянія усиленнаго питанія при брюшномъ тифѣ у дѣтей видѣть не приходилось. 3. Тщательное содержаніе рта въ чистотѣ, по видимому, можетъ предупреждать воспаленіе околоушной железы. 4. Прободеніе кишекъ иногда остается нераспознаннымъ, если не сдѣлано вскрытія. 5. Развитіе водяного рака и прободеніе кишекъ зависѣло, по видимому, отъ тяжести заболѣванія.

Н. Н. Вильямъ. Случай легочной сибирской язвы у мальчика, 4 л. І. З., 4 л., поступилъ въ Морозовскую дѣтскую больницу 26/VI 1904 г. въ очень плохомъ состояніи: синюха лица и конечностей; учащенное хриплое дыханіе; въ легкихъ только сухіе хрипы; тоны серда очень глухи; пульсъ почти не ощутимъ; въ мочѣ бѣлокъ; безсознательное состояніе; небольшая ригидность мышцъ затылка. Черезъ 1½ дня ребенокъ скончался. До этой болѣзни онъ былъ совершенно здоровъ, лишь 23/VI появилась головная боль и рвота, а съ 24/VI онъ сильно ослабѣлъ. На вскрытіи найдено: очень рѣзко выраженный отекъ клѣтчатки средостѣнія; лимфатическія железы средостѣнія значительно увеличены, полнокровны, отечны, внутренностный листокъ плейры, особенно лѣваго легкаго, чрезвычайно отеченъ. На разрѣзѣ нижняя доля лѣваго легкаго занята сплошнымъ кровоизліяніемъ; въ ней находится нѣсколько очаговъ грязно-зеленаго цвѣта съ признаками начинающагося распада легочной ткани. Въ мазкахъ изъ крови легкаго найдено (окраска по *Gram*'у и синькой *Löffler*'а) громадное количество сибиреязвенныхъ палочекъ; немного такихъ-же палочекъ въ мазкахъ изъ мякоти селезенки. На пластинчатыхъ разводкахъ на 2-я сутки появились типичныя колоніи палочки сибирской язвы. Ребенокъ мокроты не отхаркивалъ, и потому при жизни нельзя было сдѣлать вѣрнаго распознаванія, а занятія родителей (отецъ-дворникъ) не наводило на мысль о сибирской язвѣ.

А. А. Кисель: Получилась-ли на вскрытіи такая рѣзкая картина, которая сразу бросилась въ глаза, какъ совершенно необычная?

Докладчикъ: Громадные очаги кровоизліяній въ легкихъ и распадъ легочной ткани сразу навели на мысль о томъ, что передъ нами—совершенно особое заболѣваніе.

А. А. Соколовъ: Вѣроятно, сибирская язва легкихъ у дѣтей—большая рѣдкость. Кожная форма, вообще болѣе частая, встрѣтилась мнѣ въ амбуляторіи дѣтской больницѣ св. Владиміра за 12 лѣтъ только 1 разъ. У мальчика, лѣтъ 12, обойщика, на верхушкѣ плеча находилась очень характерная пустула: большой отекъ въ ея окружности, опухоль подмышковыхъ лимфатическихъ железъ, температура до 40°. Въ сывороточно-кровянистой жидкости, полученной при удаленіи пустулы, найдены сибиреязвенныя палочки.

П. В. Кусковъ: Нѣсколько лѣтъ назадъ въ амбуляторіи дѣтской клиники встрѣтился случай, который, вѣроятно, относится къ легочной сибирской язвѣ. Ребенокъ, 3 — 4 л., былъ принесенъ съ лающимъ кашлемъ и хриплымъ голосомъ. Сдѣлали посѣвъ изъ зѣва на свернутую сыворотку, но съ отрицательнымъ результатомъ. Явленія у больного не казались грозными; однако, онъ, черезъ 2 дня, умеръ при явленіяхъ быстраго упадка силъ, но безъ явленій съуженія дыхательнаго горла. Дня черезъ 3 — 4 изъ той-же семьи былъ доставленъ мальчикъ съ типическимъ сибиреязвеннымъ пораженіемъ кожи лба. Родители его были щеточники. Нужно думать, что и 1-ый ребенокъ погибъ отъ сибирской язвы въ видѣ легочной ея формы.

А. Кисель.

CXXXIV. *Изъ Московскаго венерологическаго и дерматологическаго Общества.*

(Засѣданіе 15-го октября).

А. П. Іорданъ. Случай разнообразной выпотной эритемы и идіопатической атрофіи кожи. С. М., 50 л., кухарка, поступила въ 1-ую городскую больницу 27/IX 1904 г. 4 года назадъ на рукахъ, ногахъ и лицѣ появилась сыпь, повторявшаяся затѣмъ каждую осень и исчезавшая сама собой. Въ настоящее время, кромѣ кожи, поражены также и глаза (конъюнктивитъ, язвенный кератитъ и гнойный катарръ слезныхъ мѣшковъ). На

разгибательной сторонѣ предплечій синеватокрасные, то выпуклые, то плоскіе пятна и узелки, круглой или неправильной формы, различной величины. На сгибательной сторонѣ кромѣ одного синевато-краснаго пятна на лѣвой рукѣ отмѣтить нечего. На тыльной поверхности пальцевъ, кистей, и рукъ—много нѣжныхъ рубцовъ. Кожа на тыльной поверхности кистей утончена и складчата. При ощупываніи ея получается ясное ощущеніе папиросной бумаги; вены мало просвѣчиваютъ. На кожѣ голеней много рубцевъ. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего особеннаго. За $2^1/_2$ недѣли пребыванія больной въ больницѣ картина нѣсколько измѣнилась: на правомъ глазу образовался гнойный распадъ, на подбородкѣ и правомъ предплечьѣ пятна исчезаютъ. Распознана разнообразная выпотная эритема (erythema exsudativum multiforme). Особенности случая: пораженіе глазъ, рубцеваніе, частые возвраты, одновременная атрофія кожи кистей. Предсказаніе въ данномъ случаѣ, особенно относительно глаза, не особенно благопріятно. Лѣченіе: салициловый натръ, а потомъ аспиринъ и мази—цинковая, борная и т. д.

Г. И. Мещерскій замѣтилъ, что по одному разу трудно поставить въ этомъ случаѣ сразу распознаваніе, тѣмъ не менѣе, въ виду наличности рубцовъ и пораженія глазъ, высказался противъ выпотной эритемы; по его мнѣнію здѣсь скорѣе можно думать о pemphigus vegetans. Что касается атрофіи, то атрофіи, развивающіяся на почвѣ предшествующихъ воспалительныхъ процессовъ, нельзя называть идіопатическими.

Докладчикъ просилъ объяснить тогда 4-кратную повторяемость болѣзни въ этомъ случаѣ.

Г. И. Мещерскій замѣтилъ, что вопросъ о pemphigus'ѣ очень сложенъ и что нѣкоторыя хроническія формы его безусловно могутъ повторяться.

Докладчикъ высказался противъ pemphigus vegetans въ данномъ случаѣ въ виду тяжелаго теченія этой болѣзни.

Г. И. Мещерскій замѣтилъ, что и въ данномъ случаѣ исходъ болѣзни далеко еще неизвѣстенъ.

С. О. Живультъ на основаніи рубцеванія тоже склоненъ въ данномъ случаѣ признать pemphigus vegetans.

Къ этому мнѣнію присоединился и *Я. Н. Соколовъ*.

Проф. *А. И. Поспѣловъ* отмѣтилъ особенности случая, не напоминающаго обычную картину выпотной эритемы, и высказался за дальнѣйшее наблюденіе больной.

М. Д. Фокинъ. Множественная меланотическая саркома кожи. М. К.—16 л., дѣвица, крестьянка Московской губ. Со стороны внутреннихъ органовъ отмѣтить нечего. Первыя мѣсячныя 2 года назадъ. Измѣненія кожи на лѣвой кисти и въ нижней $^1/_3$ лѣваго предплечья, выражаются прежде всего въ ненормальной пигментаціи, отчасти разлитой, отчасти въ видѣ пятенъ отъ синяго, сѣровато-чернаго до темнаго и даже мѣстами чернаго цвѣта. Пятна эти различной величины, формы и очертанія. Они особенно рѣзко выражены на ладони, гдѣ они словно проведены черной краской или чернилами. Кромѣ того, имѣется рядъ узловъ различной величины, отъ маковаго и просяного зерна до лѣсного орѣха, при чемъ одни изъ нихъ окрашены густо, другіе лишь слегка. Всѣ опухоли подвижны вмѣстѣ съ кожей и захватываютъ всю толщу ея, а нѣкоторыя проникаютъ даже въ подкожную клѣтчатку. Узлы расположены отчасти отдѣльно, отчасти въ видѣ кучекъ. Болѣзненныхъ ощущеній нѣтъ.—Родители живы и здоровы. Лѣтъ 5 назадъ больная содрала на тыльной поверхности лѣвой кисти бывшую у нея съ рожденія бородавку (naevus verrucosus и pigmentosus), послѣ чего у нея на кожѣ и стали развиваться пятна и узлы. Болѣзнь приняла теперешній характеръ постепенно.

Г. И. Мещерскій. Случай Addison'овой болѣзни. Дѣвица—33 л. Со стороны наслѣдственности отмѣтить нечего. На 28-мъ году жизни страдала болотной лихорадкой, затѣмъ—нѣсколько разъ рожей лица. Въ 1900 г. опредѣлена блуждающая почка. Въ 1901 г. послѣ сильнаго нервнаго потрясенія на лицѣ и тылѣ кистей появились первыя свѣтло-коричневыя пятна. Вскорѣ они появились и на закрытыхъ частяхъ конечностей и постепенно распространялись, сливаясь вмѣстѣ. Волосы изъ русыхъ стали грязно-коричневыми. Общее состояніе ухудшилось.—Кифозъ въ грудной части позвоночника. Кожа темно-коричневаго, шоколаднаго цвѣта, хотя и не вездѣ равномѣрнаго. На ладоняхъ и подошвахъ замѣтны еще блѣдно-оранжевыя пятна съ чечевицу. Ногти, мякоти пальцевъ и волосистая часть головы не измѣнены. На лицѣ и кистяхъ окраска сплошная, а на туловищѣ и конечностяхъ расположены еще въ видѣ рядовъ мелкія, блѣдно-окрашенныя точки, придающія кожѣ мелкокрапчатый видъ. Кромѣ того, на лицѣ и конечностяхъ имѣются различной величины угольныя пятна. Пигментированы также слизистыя оболочки: на боковой поверхности языка и на деснахъ находятся различной величины темнофіолетовыя пятна. Малокровіе, упадокъ силъ и явленія нервной слабости. Такимъ образомъ у больной имѣются: 1) все увеличивающаяся пигментація кожи и слизистыхъ оболочекъ, 2) общій упадокъ силъ, доходящій временами до полной прострации и 3) неопредѣленнаго характера боли въ спинѣ и поясницѣ. На основаніи данныхъ исторіи болѣзни докладчикъ исключилъ бронзовый діабетъ, аргирію, почернѣніе кожи при злокачественномъ малокровіи, лимфаденіи и бѣлокровіе, затѣмъ временную меланодермію у падучныхъ, меланодермію отъ болотной лихорадки, фтиріаза и мышьяка и остановился на распознаваніи *Addison*'овой болѣзни.

Д. Ф. Рѣшетилло, О нѣкоторыхъ новыхъ пріемахъ свѣтолѣченія при болѣзняхъ кожи.

Проф. *А. И. Поспѣловъ* показалъ новый приборъ—*дерматоскопъ Zeiss*'а и сообщилъ о примѣненіи его къ потребностямъ дерматологіи. Приборъ этотъ основанъ на принципѣ бинокулярнаго микроскопа *Greenough*'а и въ началѣ, въ 1895 г., былъ устроенъ *Drüner*'омъ и *Braus*'омъ въ видѣ препаровальнаго микроскопа лупы, а затѣмъ, при содѣйствіи *Zeiss*'а, усовершенствованъ ими въ 1897 г. Бинокулярный микроскопъ *Drüner*'а и *Braus*'а имѣлъ большое фокусное разстояніе, отличался, подобно другимъ стереоскопическимъ приборамъ, чрезвычайною пластичностью изображенія и, благодаря устройству штатива, давалъ возможность пользоваться имъ въ горизонтальномъ его положеніи, что, съ одной стороны, имѣло важное значеніе для зоологовъ, особенно при наблюденіяхъ за движеніями животныхъ, помѣщавшихся между вертикальными стѣнками аквариумовъ, а съ другой—при обработкѣ препаратовъ осміевой кислотой, формалиномъ и т. п. реактивами избавляло наблюдателя отъ вдыханія паровъ этихъ вредныхъ веществъ. Бинокулярный дерматоскопъ *Zeiss*'а представляетъ маленькій приборъ, укрѣпленный 2-мя зажимами на подковообразной изъ эбонитоваго дерева вилкѣ и состоитъ изъ металлической подставки, на которой съ помощью зубчатки прикрѣплены 2 конвергирующія, полыя, конусообразныя, усѣченныя на верхушкѣ трубки; внизу этихъ трубокъ съ помощью саннаго прибора вдвигаются 2 окуляра, а сверху трубки снабжены барабанами, раздвигающимися въ сторону (по глазамъ), съ преломляющими лучи стереоскопическими призмами въ нихъ и окулярами. Пользуясь различными системами *Zeiss*'а, можно имѣть увеличеніе отъ 8 до 70 разъ. Для цѣлей дерматологіи, не прибѣгая ни къ какому усиленному освѣщенію, совершенно достаточно, по мнѣнію докладчика, пользоваться объективомъ a_2 и окуляромъ 2 *Zeiss*'а. При большемъ фокусномъ разстояніи подъ дерматоскопомъ, какъ это ни курьезно на взглядъ, можно изслѣдовать, напр., кожу кисти руки, непосредственно положенной на вилку прибора; при такомъ изслѣдованіи нормальная кожа представляетъ изъ себя родъ какъ-бы стеганаго ватнаго одѣяла, подраздѣленнаго на правильные ромбы, съ ясными углубленіями и отверстіями волосяныхъ мѣшечковъ, окруженныхъ (пушковые волосы) особымъ ободкомъ эпидерма, не видимымъ однако простымъ глазомъ. Въ заключеніе докладчикъ перечислилъ тѣ случаи, гдѣ дерматоскопъ можетъ быть, по его мнѣнію, съ пользой примѣненъ въ дерматологіи взамѣнъ лупы *Brücke*, *Schulze*, *Bergh*'а и т. п.

М. Членовъ.

CXXXV. *Изъ Акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 28-го октября).

В. А. Столыпинскій. Случай лоносѣченія. 23-лѣтняя роженица, рожающая во 2-ой разъ, поступила въ Родовспомогательное заведеніе 31/x 1903 г., въ 9 час. утра. Первые срочные роды, продолжавшіеся 3-ое сутокъ, окончены прободеніемъ головки плода. Послѣдняя беременность протекала правильно. Воды прошли 25/x, родовыя-же боли начались только 29/x. За все это время — общее недомоганіе и познабливанія. 38°; пульсъ 110. Языкъ сухой, обложенный; на губахъ трещины. Животъ отвислый и нѣсколько вздутый, окружность его 110 стм. Изъ влагалища вытекаетъ большое количество водъ съ примѣсью первороднаго кала, а по временамъ и крови. Тазъ: вертлуги 30, ости 24, гребни 28, прямой наружный 18, діагональная конъюгата 9,5 стм. Зѣвъ на 4 поперечныхъ пальца. Предлежитъ головка, во 2-мъ затылочномъ положеніи, немного подвижная во входѣ въ тазъ. Стрѣловидный шовъ сильно наклоненъ къ мысу. Задняя темянная кость заходитъ за переднюю. Сердцебіеніе плода ясно прослушивается справа, ниже пупка. При вторичномъ изслѣдованіи, въ 1-мъ часу дня, тоже самое. Принимая во вниманіе теченіе предыдущихъ родовъ, затѣмъ настоящее теченіе родового акта и желаніе матери имѣть живого ребенка, рѣшено окончить роды путемъ лоносѣченія. Операція произведена 31/x, въ 1 ч. 10 мин. дня, проф. *Н. Н. Феноменовымъ* при смѣшанномъ хлороформно-эѳирномъ усыпленіи. Разрѣзъ мягкихъ частей, длиною въ 10 стм., отъ точки, лежащей нѣсколько выше верхняго края лона до основанія похотника. Довольно сильное кровотеченіе изъ нижняго угла раны остановлено зажимами. Отдѣливъ пальцемъ отъ задней поверхности лона шейку пузыря и мочеиспускательнаго канала, операторъ перерѣзалъ крѣпкимъ ножемъ все сочлененіе сверху внизъ и спереди назадъ, при чемъ окостенѣвшій хрящъ представлялъ довольно значительное препятствіе. Концы лонныхъ костей разошлись на 2, а послѣ перерѣзки дугообразной связки, на 4 стм. Отъ дальнѣйшаго расхожденія кости удерживались 2-мя помощниками. Въ это время были наложены щипцы на стоявшую во входѣ головку. Извлеченный въ легкой асфиксіи плодъ вскорѣ былъ оживленъ. Послѣдъ выжатъ черезъ 10 мин. При осмотрѣ половыхъ частей оказались разрывы на слизистой оболочкѣ передней стѣнки рукава, въ области похотника и на правой малой губѣ. Операція закончена наложеніемъ глубокихъ шелковыхъ погружныхъ швовъ на мягкія части и надкостницу, надъ которыми шелковыми-же швами сшита кожа. Въ верхній и нижній углы раны вставлены марлевые выводники. Зашивъ затѣмъ вышеупомянутыя поврежденія въ рукавѣ и на губѣ, операторъ наложилъ на тазъ, въ области вертлуговъ, давящую повязку изъ ваты и полотнянаго бинта. Въ послѣродовомъ времени бывали небольшія повышенія температуры — до 38°,6. На 8-ой день сняты швы; въ нѣкоторыхъ было нагноеніе. Выводники нѣсколько разъ замѣнялись новыми. Во время одной перевязки вышелъ небольшой кусокъ омертвѣвшаго хряща. 14/xi

больная начала ходить. 9/I 1904 г. она выписалась вмѣстѣ съ вскармливаемымъ ею ребенкомъ. — Въ настоящее время, т. е., черезъ годъ послѣ этихъ родовъ, у больной на кожныхъ покровахъ въ лобковой области имѣются рубцы; кости лоннаго сочлененія прочно срощены. Со стороны влагалища вся задняя поверхность лона представляется нормальной: тамъ нѣтъ и слѣда операціи. Измѣреніе таза теперь дало слѣдующіе результаты: вертлуги 30, гребни 28, ости 25, прямой наружный 18,5, діагональная конъюгата 10 стм. Слѣд., закончилъ докладчикъ, тазъ теперь противъ прежняго увеличился въ прямомъ размѣрѣ на 75 мм. — Оперированная, показанная Обществу, въ настоящее время опять беременна на 7-мъ мѣсяцѣ.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* попросилъ присутствовавшихъ, послѣ осмотра оперированной, высказаться на счетъ того, какъ поступить съ ней при нынѣшней, 3-ей, беременности.

Проф. *В. В. Строгановъ*, указавъ на то, что въ данномъ случаѣ операція лоносѣченія была вполнѣ умѣстна и что лонное сочлененіе срослось прекрасно, замѣтилъ, что онъ предпочелъ-бы разсѣкать сочлененіе не сверху внизъ, а снизу вверхъ, такъ какъ при этомъ удобнѣе обойти лежащія у нижняго края лона мягкія части. Для настоящей беременности онъ предложилъ-бы оперированной искусственные преждевременные роды.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* возразилъ, что въ виду положенія и формы хряща разрѣзъ сверху внизъ и спереди назадъ представляется наиболѣе удобнымъ. Сообщенный случай — по счету 9-ый, въ которомъ онъ примѣнилъ указанное оперативное пособіе, и ни въ одномъ изъ нихъ онъ значительныхъ затрудненій при вскрытіи сочлененія не встрѣчалъ. Правда, докладчикъ упомянулъ объ окостенѣніи хряща; но здѣсь слѣдуетъ думать не объ окостенѣніи, а о томъ, что ножъ случайно отклонился нѣсколько въ сторону; хрящъ здѣсь, какъ извѣстно, спереди шире, а сзади уже; возможно поэтому, что, отклонившись нѣсколько въ сторону, сначала попадемъ на хрящъ, а глубже на кость. Разрѣзъ сверху внизъ имѣетъ еще и то удобство, что можно сохранить дугообразную связку, что, какъ извѣстно, предложено было *Leopold*'омъ во избѣжаніе излишняго расхожденія лонныхъ костей. *Н. Н.*, впрочемъ, это преимущество считаетъ очень сомнительнымъ, такъ какъ при извлеченіи плода названная связка неизбѣжно рвется [1]).

А. И. Байковъ находитъ, что лонное сочлененіе срослось отлично. Для настоящей беременности онъ предложилъ-бы искусственные преждевременные роды.

Е. Б. Диманть считаетъ указанное докладчикомъ увеличеніе таза въ прямомъ размѣрѣ послѣ лоносѣченія мало вѣроятнымъ. По крайней мѣрѣ, при своихъ опытахъ на трупахъ онъ такого увеличенія не находилъ. Что касается настоящей беременности, то онъ выждалъ-бы срочнаго наступленія родовъ и въ случаѣ надобности наложилъ-бы щипцы. Если-бы эта операція не удалась, то онъ немедленно приступилъ-бы къ лоносѣченію.

Л. Г. Личкусъ относится къ операціи лоносѣченія несочувственно. Если такой операторъ, какъ *Zweifel*, послѣ 35 удачно протекшихъ случаевъ, на послѣдующіе 11 насчитываетъ 3 смертельныхъ исхода, то, очевидно, что операція эта, предпринимаемая исключительно для спасенія жизни плода, далеко не безопасна для матери. Причина неблагопріятныхъ исходовъ кроется, по видимому, въ поврежденіяхъ сосѣднихъ мягкихъ частей, степень распространенія которыхъ, при современной техникѣ, заранѣе не можетъ быть ни предусмотрѣна, ни предупреждена. Вотъ почему во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ есть возможность *выбора* слѣдуетъ безусловно предпочитать кесарское сѣченіе. Въ тѣхъ-же случаяхъ, какъ въ доложенномъ, гдѣ для спасенія жизни плода оставалось одно лишь лоносѣченіе, въ будущемъ, быть можетъ, станутъ примѣнять hebotomi'ю (распиливаніе лонной кости), въ особенности подкожную hebotomi'ю *Döderlein*'а, которая потому уже имѣетъ большое преимущество передъ лоносѣченіемъ, что подвергающіяся при ней раненію мягкія части менѣе богаты кровью и что мочеполовой приборъ при этой операціи остается въ сторонѣ. Что касается сообщеннаго случая въ частности, то *Л.* думаетъ, что оперированной слѣдуетъ произвести искусственные преждевременные роды. Совѣтъ *Е. Б. Диманта*—дождаться срочныхъ родовъ, попытаться въ случаѣ надобности наложить щипцы, а въ случаѣ неудачи такой попытки прибѣгнуть къ лоносѣченію—*Л.* считаетъ непрактичнымъ, такъ какъ щипцы ухудшаютъ предсказаніе для плода, и бывали уже случаи, гдѣ послѣдній при этой операціи извлекался мертвымъ; а, вѣдь, лоносѣченіе примѣняется исключительно въ интересахъ плода и при томъ съ такимъ большимъ рискомъ для матери! Неудивительно поэтому, что и *Zweifel*, и *Döderlein* и др. съ положительностью высказываются противъ попытки наложенія щипцовъ какъ до операціи лоносѣченія, такъ и до операціи кесарскаго сѣченія.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* замѣтилъ, что указанное докладчикомъ увеличеніе прямого размѣра таза послѣ операціи для него не убѣдительно: по крайней мѣрѣ, онъ самъ, насколько ему помнится, и до операціи, и послѣ нея намѣтилъ для діагональной конъюгаты тѣ-же 10 стм.

Проф. *В. В. Строгановъ* указалъ еще на одну неблагопріятную сторону лоносѣченія: какъ у показанной больной, такъ и у другихъ, которыхъ ему приходилось видѣть раньше, имѣется опущеніе стѣнокъ рукава.

[1]) Во избѣжаніе излишняго расхожденія костей и связаннаго съ этимъ отрыва мягкихъ частей *Döderlein* совѣтуетъ при извлеченіи плода стягивать тазъ упругимъ жгутомъ («Centralblatt für Gynäkologie», 1904 г., № 42). *Л. Л.*

И. Л. Долинскій допускаетъ возможность увеличенія послѣ операціи прямого размѣра таза: вѣдь, костнаго шва не было, между разошедшимися концами лонныхъ костей могла образоваться вставка изъ новообразованной ткани, благодаря которой прямой размѣръ и увеличился. За возможность такого увеличенія говоритъ между прочимъ и увеличившееся разстояніе между остями: до операціи 24, а послѣ нея 25.

Р. В. Кипарскій напомнилъ о случаѣ *Э. Ѳ. Биддера*, въ которомъ послѣ операціи лоносѣченія всѣ прямые размѣры малаго таза оказались увеличенными. Такое увеличеніе можетъ быть объяснено тѣмъ, что при податливости таза въ области лона и при сдавливаніи его въ поперечномъ размѣрѣ онъ можетъ удлиниться въ размѣрѣ переднезаднемъ.

Проф. *Д. О. Оттъ* считаетъ всѣ умозрительныя заключенія относительно удлиненія таза въ прямомъ его размѣрѣ несостоятельными; не состоятельны также заключенія, основанныя на измѣреніяхъ на трупахъ, такъ какъ ихъ нельзя цѣликомъ переносить на живыхъ. Необходимы факты, а таковыхъ нѣтъ; приходится, слѣд., оставаться въ области предположеній, что совершенно безцѣльно и безполезно. Что касается даннаго случая въ частности, то нельзя не отмѣтить разногласія между докладчикомъ и операторомъ: докладчикъ говоритъ объ окостенѣніи хряща и объ удлиненіи прямого размѣра послѣ операціи; операторъ отрицаетъ и то, и другое. Такое обстоятельство, несомнѣнно, умаляетъ цѣнность доклада и выясненіе его, въ интересахъ дѣла, крайне желательно. Операція лоносѣченія въ данномъ случаѣ была вполнѣ умѣстна, но, при возможности *выбора*, кесарское сѣченіе заслуживаетъ безусловнаго предпочтенія. Оперированной, по мнѣнію *Д. О.*, слѣдуетъ предложить теперь искусственные преждевременные роды.

Докладчикъ возразилъ, что онъ считаетъ себя вынужденнымъ согласиться съ данными оператора, который, по существу дѣла, имѣлъ возможность ближе и лучше ознакомиться съ больной.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*, поблагодаривъ докладчика и всѣхъ, участвовавшихъ въ обсужденіи случая, замѣтилъ, что и онъ остановился на искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. Это заключеніе кажется ему тѣмъ болѣе правильнымъ, что больная безусловно отказывается отъ того, чтобы вторично подвергнуться какой-либо крупной операціи.

Л. А. Кривскій. Эклямпсія. Кесарское сѣченіе на умершей. Извлеченіе живого плода. Больная, 26 л., рожаетъ въ 3-ій разъ. 1-ый разъ родила дома 3 года назадъ, 2-ой разъ выкинула 1 г. 7 мѣс. назадъ. Когда было послѣднее мѣсячное—неизвѣстно. Поступила въ Родовспомогательное заведеніе 20/IV 1903 г., въ 12 час. 30 мин. ночи. Привезена въ безсознательномъ состояніи. На дому было 6 припадковъ (послѣдній на извозчикѣ). Въ 1 часъ ночи впрыснуто подъ кожу 0,015 морфія. Въ 1 час. 30 мин. ночи—1-ый припадокъ въ заведеніи. Черезъ 1 часъ еще шприцъ морфія. Въ 3 час. 35 мин. ночи—2-ой припадокъ, продолжавшійся 1½ мин. Роженица въ безсознательномъ состояніи, бредитъ, не даетъ себя изслѣдовать. Пульсъ полный, 70 ударовъ въ минуту, правильный. Тазъ нормальный. Дно матки на срединѣ между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ. Сердцебіеніе плода слѣва, ниже пупка. Шейка не сглажена; каналъ ея пропускаетъ палецъ; пузырь цѣлъ; предлежитъ небольшая, баллотирующая головка. Родовой дѣятельности нѣтъ. Къ утру описанное состояніе больной смѣнилось покойнымъ, ровнымъ сномъ. Въ мочѣ много бѣлка. Въ 9½ час. утра—3-ій припадокъ, кратковременный, въ теченіи котораго наблюдались рѣзкая синюха и остановка дыханія. Не смотря на примѣненіе искусственнаго дыханія, послѣднее не возстановлялось, но пульсъ еще прощупывался въ видѣ рѣдкихъ ударовъ. Черезъ 1—1½ мин. исчезъ и пульсъ, при еще уловимыхъ рѣдкихъ тонахъ сердца. Сердцебіеніе плода слышно глуховато. Еще черезъ минуту сердце матери перестало биться. За нѣсколько минутъ до полной остановки дѣятельности сердца матери замѣчалось сильное толчкообразное движеніе плода. Установлены смерть матери и обмираніе плода. Кесарское сѣченіе. Разрѣзъ по бѣлой линіи, при чемъ крови совсѣмъ не было. При разсѣченіи стѣнки матки (placenta praevia cesarea) показалась темная кровь. Немедленно извлеченный за ножки въ глубокой асфиксіи плодъ былъ оживленъ.—Смерть матери наступила отъ начала 3-го припадка въ теченіи нѣсколькихъ, не болѣе 10 минутъ. Отъ времени опредѣленія смерти роженицы до операціи прошло 1—1½ мин. (*Р. В. Кипарскій*). Новорожденный, недоношенный, 8 мѣс., мальчикъ вѣсилъ 1810 грм., при длинѣ въ 39 стм. 20/IV онъ переведенъ въ городской Пріютъ для недоносковъ, гдѣ прожилъ около 2—2½ недѣль. При вскрытіи роженицы оказалось, что она умерла отъ кровоизліянія въ мозгъ.—Въ заключеніе докладчикъ остановился нѣсколько на литературѣ вопроса.

И. Л. Долинскій замѣтилъ, что точно такой-же случай былъ и на его дежурствѣ въ Повивальномъ институтѣ. Мать умерла отъ эклямпсіи. Путемъ кесарскаго сѣченія извлеченъ, въ асфиксіи, плодъ, который удалось оживить. Новорожденный прожилъ всего 9 дней.

Л. Г. Личкусъ 2 раза произвелъ кесарское сѣченіе на роженицахъ, умершихъ отъ эклямпсіи. Плоды, къ сожалѣнію, оба раза извлечены мертвыми.

Проф. *А. И. Замшинъ* спросилъ, имѣемъ-ли мы право производить кесарское сѣченіе на умершей, безъ согласія ея родственниковъ?

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* отвѣтилъ, что не только имѣемъ право, но обязаны дѣлать это по закону.

Проф. *В. В. Строгановъ* замѣтилъ, что крайне трудно установить время несомнѣнной смерти больной. Въ томъ случаѣ, о

которомъ упомянулъ *И. Л. Долинскій*, больная при кесарскомъ сѣченіи сдѣлала глубокое вдыханіе.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* думаетъ, что выжиданіе несомнѣнныхъ признаковъ смерти матери должно оказаться крайне гибельнымъ для плода. Что ошибки, однако, могутъ быть, не подлежитъ сомнѣнію. Стоитъ вспомнить о случаѣ проф. *Д. О. Отта*, гдѣ мнимоумершая больная прожила еще послѣ операціи 18 часовъ.

Н. С. Каннегиссеръ хотѣлъ-бы знать, черезъ сколько времени послѣ смерти матери можно разсчитывать еще на извлеченіе живого плода?

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* отвѣтилъ, что, судя по изслѣдованіямъ *Горецкаго* и *Breslau*,—черезъ 10 минутъ. Впрочемъ, время это, очевидно, подлежитъ извѣстнымъ колебаніямъ въ зависимости отъ частностей того или другого случая (возрастъ плода, степень его развитія и т. д.).

Н. И. Стравинскій замѣтилъ по этому поводу, что и при щипцахъ, не смотря иногда на операцію, длящуюся 15—20 мин., удается оживить плодъ. Случается иногда и такъ, что всѣ попытки къ оживленію оказываются тщетными, а новорожденный, оставленный въ покоѣ, черезъ нѣкоторое время оживаетъ самъ. Несомнѣнно, слѣд., что личныя особенности плода имѣютъ немаловажное значеніе. Не безъ вліянія, конечно, оказывается и причина асфиксіи: такъ, прижатія пуповины въ этомъ отношеніи весьма неблагопріятны.

Л. Личкусъ.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Приватъ-доцентъ С. А. Сухановъ. Семіотика и діагностика душевныхъ болѣзней (въ связи съ уходомъ за больными и лѣченіемъ ихъ). Часть II. Москва. 1904 г. Ц. 1 руб.

Появленіе 1-ой части «Семіотики и діагностики душевныхъ болѣзней» ч. пр. *С. А. Суханова* было отмѣчено мною въ «Русскомъ Врачѣ» (1904 г., № 11, стр. 422), гдѣ я указывалъ на достоинства этой книги и говорилъ, между прочимъ, что предположенное авторомъ изданіе явится весьма полезнымъ пособіемъ для начинающихъ изучать душевныя болѣзни; тамъ-же была сдѣлана общая характеристика задуманнаго авторомъ труда.

Въ настоящее время вышла 2-ая часть изданія, отличающаяся тѣми-же достоинствами, что и 1-ая. Во 2-ую часть вошли слѣдующія болѣзненныя формы: 1) *Корсаковскій* психозъ, 2) навязчивыя психическія состоянія и 3) циркулярный психозъ. Особенно подробно и обстоятельно разработанъ отдѣлъ, посвященный симптоматологіи и діагностикѣ *Корсаковскаго* психоза. Съ интересомъ читаются также главы, трактующія о навязчивыхъ психическихъ состояніяхъ.

Въ общемъ книга отвѣчаетъ всѣмъ требованіямъ хорошаго учебника и потому можетъ разсчитывать на успѣшное распространеніе въ особенности среди студентовъ-медиковъ.

Б. Воротынскій.

Руководство анатоміи человѣка, д-ра А. Раубера. Переводъ съ 6 нѣмецкаго изданія подъ редакціей проф. И. Э. Шавловскаго. 1-ый томъ. 1-ая часть. VI + 489 стр. 605 рис. Изд. Риккера. Петербургъ. 1904. Цѣна за полный 1-ый томъ 8 р.

Руководство Юрьевскаго проф. *А. С. Раубера* давно уже пользуется заслуженною извѣстностью. Къ сожалѣнію, оно было недоступно многимъ, такъ какъ издавалось на нѣмецкомъ языкѣ. Можно поэтому только привѣтствовать намѣреніе проф. *И. Э. Шавловскаго* дать русскій переводъ сочиненія.

Вышедшая 1-ая часть 1-го тома обнимаетъ бо́льшую половину 1-го тома нѣмецкаго изданія, какъ извѣстно, 2-томнаго, и заключаетъ въ себѣ общую часть и ученіе о костяхъ и связкахъ. Первыя 2 главы общей части посвящены опредѣленію науки анатоміи и краткому, но тщательно составленному историческому обзору развитія ея; этотъ обзоръ украшенъ 47 портретами извѣстныхъ ученыхъ анатомовъ и естествоиспытателей. Слѣдующая глава разбираетъ вопросъ о положеніи человѣка среди органическаго міра. 4-ая глава заключаетъ очеркъ ученія о клѣткѣ. Дальнѣйшій отдѣлъ общей части представляетъ описаніе микроскопическаго строенія тканей, а въ заключеніе приведены данныя о формѣ, размѣрахъ и вѣсѣ человѣческаго тѣла. Общая часть обнимаетъ стр. 1—211, снабжена большимъ количествомъ хорошихъ рисунковъ и перечнемъ новѣйшей литературы; многіе рисунки взяты изъ работъ самыхъ послѣднихъ лѣтъ.—Въ спеціальной части, помимо подробнаго описанія отдѣльныхъ костей связокъ, помѣщенъ очеркъ «Скелетъ, какъ цѣлое» (стр. 368—425), гдѣ авторъ съ большимъ вниманіемъ останавливается на выясненіи механическихъ основъ постройки скелета и на развитіи отдѣльныхъ частей его.

Издается книга очень тщательно. Языкъ перевода всюду хорошъ. Для воспроизведенія рисунковъ употреблены тѣ-же клише, что и для послѣдняго нѣмецкаго изданія. Остается пожелать скорѣйшаго выпуска всего руководства, которое, какъ справедливо полагаетъ редакторъ перевода (стр. II), навѣрное, будетъ оцѣнено студентами и врачами, которымъ можетъ служить и учебникомъ, и хорошей справочной книгой.

Л. Старокадомскій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXXX. М. Г.! Идея о «Фондѣ народнаго просвѣщенія», не могла, конечно, не встрѣтить сочувствія среди врачей, которыхъ на каждомъ шагу приходится соприкасаться съ народной массой и воочію убѣждаться въ гибельныхъ послѣдствіяхъ невѣжества. Можно поэтому только привѣтствовать горячій призывъ многоуважаемаго *Н. М. Какушкина* къ товарищамъ положить основаніе врачебному капиталу на нужды народнаго образованія. Нельзя однако не согласиться съ выраженнымъ уже въ общей печати взглядомъ, что «Фондъ народнаго просвѣщенія» *должен быть единымъ*, а потому едва-ли желательно обособленіе «врачебнаго фонда» отъ основнаго, при условіи, разумѣется, представительства врачей въ Комитетъ фонда. Думаемъ также, что, въ случаѣ образованія достаточнаго капитала, съ имѣющими возникнуть просвѣтительными учрежденіями естественно было-бы связать не только имя *Н. И. Пирогова*, но и имена другихъ выдающихся общественныхъ дѣятелей—русскихъ врачей, какова *С. П. Боткинъ, В. А. Манассеинъ, С. С. Корсаковъ, Е. А. Осиповъ* и др.

Препровождая при семъ ноябрскій взносъ въ капиталъ врачей «Фонда народнаго просвѣщенія», покорнѣйше просимъ направить его по назначенію. Полагаемъ и впредь ежемѣсячно отчислять не менѣе той-же суммы, при томъ однако непремѣнномъ условіи, если въ основу организаціи «Фонда» будетъ положено общественное выборное начало.

А. В. Тимоѳеевъ, М. К. Воскресенскій, В. П. Головина, И. С. Пироговскій, Д. В. Семека, А. Т. Снарскій, А. Н. Ющенко.

Удѣльная. 8-го ноября 1904 г.

CXXXI. М. Г! Не откажите помѣстить слѣдующія строки: Въ № 40 «Русскаго Врача» я прочиталъ письмо д-ра *Н. С. Купревича*, въ которомъ онъ обращается къ администраціи *Pasteur*'овской станціи при больницѣ Императора Александра III въ Москвѣ съ вопросомъ: «почему у нѣкоторыхъ больныхъ, пользовавшихся на Московской станціи, при прививкѣ эмульсіи на мѣстахъ уколовъ образовались нарывы»?

Въ № 43 «Русскаго Врача» на письмо д-ра *Купревича* послѣдовалъ отвѣтъ ординатора больницы д-ра *К. А. Бари*.

По поводу этихъ писемъ считаю долгомъ, съ своей стороны, сказать слѣдующее. Во 1-хъ, на станціи вновь явившихся больныхъ осматриваютъ поверхностно: смотрятъ лишь на мѣсто укуса и мало интересуются тѣмъ, болѣлъ-ли чѣмъ укушенный раньше или не боленъ-ли онъ чѣмъ въ данный моментъ. Во 2-хъ: прививку на десяткахъ больныхъ подрядъ дѣлаютъ одной и той же иглой, при чемъ очистка ея между уколами 2-хъ больныхъ заключается въ томъ, что иглу, надѣтую на шприцъ, погружаютъ на 1 секунду (буквально не больше) въ кипящую жидкость. Въ 3-хъ, мѣсто для укола на больномъ очищается сидѣлкой, и очистка эта заключается въ томъ, что по кожѣ мажутъ кускомъ ваты, пропитаннымъ въ растворѣ карболовой кислоты. Въ 4-хъ, больные стаціонарные, особенно дѣти, ходятъ въ бѣльѣ сомнительной чистоты, а во время прививокъ они часто ѣдутъ вмѣстѣ съ другими приходящими и привозимыми больными. Все это я пишу, какъ очевидецъ. Мнѣ пришлось бывать на станціи ежедневно съ 14/VII по 22/VII 1904 г. со своимъ сыномъ, котораго я привезъ туда для прививокъ. Откровенно скажу, что я не безъ страха подвергалъ своего сына прививкамъ, думая, лѣчишь отъ одного, не привить-бы чего другого? Свои опасенія на этотъ счетъ я высказывалъ врачамъ, и между ними главному врачу станціи, но мнѣ отвѣчали, что у нихъ, не смотря на такую постановку дѣла, ничего дурного не было. Я указывалъ, что, можетъ быть, дурное больные увозятъ съ собой домой, не вѣдая гдѣ его получили....

Послѣ того, что мнѣ пришлось наблюдать на Московской станціи лично, я ничуть не удивляюсь, что тамъ вспыхнула тогда эпидемія злокачественныхъ нарывовъ, и я охотно соглашаюсь съ предположеніемъ д-ра *Бари*, что причина эпидеміи въ данномъ случаѣ кроется въ переносѣ возбудителя нагноенія съ одного больного на другого.

Врачъ *С. Нифонтовъ.*

Ст. Середа Костромской губ.
2/XI 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2283. Ординарный профессоръ В.-Медицинской Академіи *А. П. Діанинъ назначенъ совѣщательнымъ членомъ* В.-Медицинскаго ученаго Комитета («Биржевыя Вѣдомости», 3 ноября).

2284. Ординарный профессоръ Кіевскаго Университета *Я. Н. Якимовичъ уволенъ отъ службы, согласно прошенію* («Правительственный Вѣстникъ», 4 ноября).

2285. Ординарный профессоръ Казанскаго Университета *А. М. Фортунатовъ, согласно прошенію, уволенъ отъ службы* («Новое Время», 10 ноября).

2286. Экстраординарные профессора: Казанскаго Университета по каѳедрѣ хирургической патологіи *Н. А. Геркенъ* и Варшавскаго Университета по каѳедрѣ оперативной хирургіи *С. Н. Ящинскій назначены ординарными* («Правительственный Вѣстникъ», 4 и 9 ноября).

2287. Проректоръ В.-Медицинской Академіи *М. Т. Тихановъ* назначенъ *экстраординарнымъ профессоромъ* Варшавскаго Университета по каѳедрѣ описательной анатоміи («Новое Время», 10 ноября).

2288. Въ Женскій Медицинскій Институтъ *назначены профессорами* по каѳедрамъ: госпитальной терапевтической клиники—*Г. А. Смирновъ*, физіологіи—*В. И. Вартановъ* (ординарными), минералогіи—*П. А. Земятченскій*, дерматологіи и сифилидологіи—*С. Я. Кульневъ*, акушерства—*Н. І. Рачинскій*, патологической анатоміи—*Н. Ф. Виноградовъ*, госпитальной хирургической клиники—*А. А. Кадьянъ*, дѣтскихъ болѣзней—*Д. А. Соколовъ* и ларингологіи—*Б. В. Верховскій* (экстраординарными) («Новое Время», 10 ноября).

2289. 4-го ноября въ В.-Медицинской Академіи защищали диссертаціи: *Б. И. Бабкинъ, Я. А. Бухштабъ, П. М. Сникеръ* и *И. Ѳ. Шевченко* («Новости», 4 ноября).

2290. По словамъ «Бессарабца» (4 ноября), въ Варшавскомъ Университетѣ по случаю войны состоялся *ускоренный выпускъ 76 врачей*.

2291. Отбыли на Дальній Востокъ: 5-го ноября изъ Петербурга *резервный санитарный отрядъ* въ составѣ 2 врачей, 40 сестеръ милосердія и 30 санитаровъ («Русскія Вѣдомости», 7 ноября); 7-го ноября, изъ Гельсингфорса, новый личный составъ (врача 3) для *подвижного лазарета* Финляндскаго Общества попеченія о бѣдныхъ и больныхъ воинахъ («Новое Время», 9 октября).

2292. «Русскія Вѣдомости» (5 ноября) сообщаютъ, что по вопросу о болѣе успѣшной *организаціи земскихъ отрядовъ на театрѣ военныхъ дѣйствій* при главной квартирѣ въ дѣйствующей арміи въ половинѣ ноября будетъ устроено *Совѣщаніе представителей земствъ*, находящихся теперь на театрѣ военныхъ дѣйствій, и военнаго вѣдомства.

2293. «Вѣстникъ Ярославскаго Земства» (№ 18) такъ характеризуетъ *земскіе врачебно-питательные отряды на Дальнемъ Востокѣ*. Особенностью ихъ «является ихъ подвижность и легкость комбинированія ихъ силъ сообразно потребностямъ данной минуты. Эти свойства земской организаціи обусловливаются 2-мя ея основными элементами: единствомъ плана для всѣхъ земскихъ отрядовъ, снаряженныхъ единообразно, сформированныхъ по одному образцу, и полной свободой для каждаго отдѣльнаго земства въ детальномъ выполненіи общаго плана, въ выборѣ персонала и въ управленіи своими отрядами какъ административномъ, такъ и хозяйственномъ. Каждый отрядъ представляетъ изъ себя самостоятельную клѣтку, обезпеченную всѣмъ необходимымъ для работы, и отдѣленный, въ случаѣ надобности, отъ другихъ отрядовъ, оказывается вполнѣ жизнеспособнымъ; если-же военныя обстоятельства и условія мѣста требуютъ сосредоточенія силъ, однородность отдѣльныхъ клѣточекъ-отрядовъ даетъ полную возможность объединенія ихъ въ одно общее цѣлое и обезпечиваетъ дружную и плодотворную работу». «Плодотворность работы земской помощи больнымъ и раненымъ на Дальнемъ Востокѣ прежде всего и всецѣло зависитъ отъ умѣлаго выбора лицъ—работниковъ этого святого дѣла. Несомнѣнно, что каждое земство, имѣя соприкосновеніе съ большимъ числомъ служащихъ различныхъ спеціальностей, имѣя болѣе чѣмъ 30-лѣтній опытъ во врачебномъ, продовольственномъ, административномъ и экономическомъ дѣлѣ, можетъ справиться съ задачей удачнаго сформированія персонала отрядовъ. Сосредоточеніе этой стороны дѣла въ рукахъ одного учрежденія, въ родѣ исполнительной Коммиссіи, конечно, представило-бы цѣлый рядъ затрудненій, какъ въ пріисканіи нужнаго числа служащихъ, такъ, главнѣйше, и въ близкомъ ознакомленіи съ ихъ способностями и качествами. Въ значительномъ числѣ выборъ обусловливался-бы случайностью предложенія».—Указанныя особенности земскихъ отрядовъ успѣли уже на дѣлѣ доказать вѣрность заложенныхъ въ ихъ основаніи принциповъ.

2294. «Сибирская Жизнь» (24 октября) передаетъ, что *для душевно-больныхъ воиновъ* Обществомъ Краснаго Креста будетъ открытъ въ Харбинѣ госпиталь на 25 и въ Нерчинскѣ на 30—50 кроватей. Главный сортировочный пунктъ намѣченъ въ Харбинѣ. Этапные пункты будутъ устроены въ Красноярскѣ и Омскѣ.

2295. Въ Сухумѣ мѣстнымъ Управленіемъ Краснаго Креста открыта безплатная *санаторія для больныхъ и раненыхъ офицеровъ* («Новое Время», 8 ноября).—Таганрогская мѣщанская Управа устроила *лазаретъ* на 6 больныхъ и раненыхъ воиновъ («Донская Рѣчь», 30 октября).—Коропевейдская меноннитская Община въ Екатеринославѣ *пожертвовала 2500 р.* на снаряженіе и содержаніе въ теченіи 6 мѣсяцевъ 5 кроватей для раненыхъ и больныхъ («Новое Время», 3 ноября).—Кіево-Печерская Лавра предоставляетъ безвозмездно помѣщеніе и содержаніе для 128 *больныхъ и раненыхъ офицеровъ*.

2296. «Русское Слово» (3 ноября) передаетъ, что въ виду послѣдней мобилизаціи изъ Ярославля отправляются на театръ войны около 10 врачей, а потому въ городѣ будетъ ощущаться *недостатокъ врачей*.

2297. «Русскія Вѣдомости» (3 ноября) перепечатываютъ изъ «Черниговскихъ Губернскихъ Вѣдомостей» *письмо старшаго врача Черниговскаго отряда Краснаго Креста*, развернувшаго лазаретъ на ст. Маньчжурія, д-ра *С. Ю. Пронтницкаго*. Товарищъ пишетъ, что «въ теченіи прошлыхъ августа и сентября мѣсяцевъ въ Черниговскомъ лазаретѣ наблюдался наплывъ больныхъ, эвакуируемыхъ прямо съ поля сраженія. Это были въ большинствѣ случаевъ тяжко раненые, и доставлены они были въ лазаретъ не только безъ всякой верхней одежды, но даже безъ бѣлья, лазаретъ-же имѣлъ очень скудный запасъ бѣлья и теплой одежды, предназначенный для раздачи выписываемымъ изъ лазарета раненымъ и больнымъ. Все, что имѣлось въ запасѣ, давно уже роздано, и въ настоящее время въ Черниговскомъ лазаретѣ имѣется до 30 выздоровѣвшихъ, отправить которыхъ обратно въ строй нѣтъ никакой возможности, такъ какъ положительно не въ чемъ, а холода стоятъ большіе». Далѣе идетъ просьба о присылкѣ одежды.

2298. Высочайше утвержденная Коммиссія по борьбѣ съ чумою и холерой объявляетъ, что съ 26 октября по 3 ноября наибольшее число *заболѣваній холерой* наблюдалось *на Кавказѣ* въ Эриванской и Бакинской губерніяхъ, а изъ Поволжскихъ—въ Самарской, тогда какъ въ остальныхъ пораженныхъ холерою мѣстностяхъ были обнаружены лишь единичные случаи. Въ Эриванской губ. холера попрежнему продолжала наблюдаться въ уѣздахъ Нахичеванскомъ и Шаруро-Даралагезскомъ и преимущественно среди рабочихъ строящейся Джульфинской желѣзной дороги. За указанный періодъ времени въ Нахичеванскомъ уѣздѣ заболѣли 46 и умерли 28, а въ Шаруро-Даралагезскомъ заболѣли 74 и умерли 55 чел.; кромѣ того, было обнаружено 3 случая холеры въ Эриванскомъ уѣздѣ. Всего съ начала эпидеміи—съ 11 октября—въ Эриванской губ. заболѣли 254 чел. и умерли 134. Въ Бакинской губ. заболѣванія холерой были въ Джеватскомъ уѣздѣ, гдѣ въ 3-хъ селеніяхъ умерли 20 чел. и въ 2-хъ кочевкахъ близь Персидской границы, гдѣ обнаружены 10 больныхъ. Въ Баку наблюдалось 7 случаевъ заболѣванія и 1 заболѣваніе на нефтяныхъ промыслахъ въ Балаханахъ. *Въ Самарской губ.* въ 12 селеніяхъ Николаевскаго уѣзда обнаружено 64 случая; кромѣ того, 3 заболѣванія наблюдались въ с. Троицкомъ, Самарскаго уѣзда. Въ *Астрахани и Саратовѣ* за указанный періодъ холерныхъ заболѣваній не было; въ Астраханской губ. было обнаружено 1 заболѣваніе въ Атаманской станицѣ и 16 въ поселкѣ Телячьемъ Красноярскаго уѣзда, на побережьи Каспійскаго моря; въ Саратовской губ. холера появилась въ гор. *Царицынѣ*, гдѣ заболѣли 21 и умерли 14 чел. *Въ Закаспійской области*, за время съ 26 октября по 3 ноября, наблюдались 3 случая заболѣванія холерой въ Серахскомъ приставствѣ.

2299. *Холера въ Тавризѣ*, какъ сообщаетъ «Новое Время» (3 ноября), почти прекратилась.

2300. Завѣдующій санитарнымъ Отдѣломъ Кіевской городской Управы ч. пр. *А. В. Корчакъ-Чепурковскій* представилъ, какъ сообщаетъ «Кіевская Газета» (26 октября), городскому головѣ докладную записку, въ которой указывается рядъ мѣръ къ оздоровленію города, въ связи съ образованіемъ Думой особой исполнительной санитарной Коммиссіи, въ виду появленія холеры на юго-восточной и восточной окраинахъ Европейской Россіи. Находя весьма желательнымъ и полезнымъ привлечь само населеніе къ участію въ изслѣдованіи вопросовъ о санитарномъ состояніи города, *А. В. Корчакъ-Чепурковскій* предлагаетъ учредить въ Кіевѣ, по примѣру Одессы, институтъ *санитарныхъ Попечительствъ*.

2301. «Новости» (7 ноября) передаютъ, что Правленіе Пироговскаго Общества, въ виду вновь ожидаемыхъ въ нѣкоторыхъ южныхъ, западныхъ и сѣверныхъ губерніяхъ Россіи бѣдствій неурожая, обратилось къ министру внутреннихъ дѣлъ съ просьбой разрѣшить *сборъ пожертвованій* для населенія, нуждающагося во врачебно-продовольственной помощи, приложивъ при этомъ и копію съ вторичнаго своего ходатайства по тому-же предмету, которое было заявлено 26-го февраля 1903 г. передъ бывшимъ министромъ внутреннихъ дѣлъ Плеве лично предсѣдателемъ Правленія, проф. *А. А. Бобровымъ*, и на которое отвѣта до настоящаго времени не послѣдовало.

2302. Состоящая при Пироговскомъ Обществѣ Коммиссія по распространенію гигіэническихъ знаній въ народѣ возбуждаетъ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (7 ноября), чрезъ Правленіе Общества ходатайство *объ освобожденіи Пироговскаго Общества*, какъ Общества ученаго, отъ необходимости подвергать *предварительной цензурѣ* и популярныя изданія и испрашивать разрѣшеніе о допущеніи ихъ въ народныя библіотеки и для народныхъ чтеній.

2303. «Саратовскій Листокъ» (3 ноября) передаетъ, что медицинскій Совѣтъ при Аткарской уѣздной земской Управѣ въ засѣданіи своемъ 1-го ноября постановилъ послать *привѣтственную телеграмму* министру внутреннихъ дѣлъ слѣдующаго содержанія: «Медицинскій Совѣтъ при Аткарской земской Управѣ, присоединяясь къ чувствамъ, одушевляющимъ всю мыслящую Россію, проситъ Ваше сіятельство принять пожеланія дальнѣйшей плодотворной дѣятельности на почвѣ возвѣщеннаго Вами взаимнаго довѣрія».

2304. Въ вышедшихъ недавно «Трудахъ Общества Минскихъ врачей за 1902—1903 г.» (Минскъ, 1904) приводятся интересныя подробности *о предполагавшемся въ 1903 г. къ созыву Съѣздѣ врачей Минской губ.* Обществомъ была для этой цѣли избрана особая Коммиссія, выработана программа Съѣзда и возбуждено ходатайство о разрѣшеніи Съѣзда передъ Минскимъ губернаторомъ; послѣдній направилъ ходатайство во врачебное

Отдѣленіе, которое отнеслось «несочувственно къ предполагаемому Съѣзду въ виду неподходящаго для этой цѣли времени, т. е. при преобразованіи сельской медицины въ земскую».—По обыкновенной логикѣ, казалось-бы, обстоятельство это и дѣлало Съѣздъ весьма желательнымъ, но канцелярская логика, какъ извѣстно, не всегда совпадаетъ съ обычной... Нельзя также не замѣтить, что громкія названія «земская медицина» и вообще «земство», въ томъ видѣ какъ они нынѣ введены въ Минской губ., не вполнѣ приличествуютъ этимъ новорожденнымъ плодамъ бюрократическаго измышленія.

2305. На годовомъ засѣданіи Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ 1-го ноября въ составъ Совѣта Общества избраны: предсѣдателемъ проф. *В. К. Ротъ*, товарищами его *Г. И. Россолимо* и проф. *В. П. Сербскій*, секретаремъ ч. пр. *С. А. Сухановъ*, товарищами его *А. Н. Бернштейнъ* и *М. И. Молчановъ* и библіотекаремъ *П. Б. Ганнушкинъ* («Русскія Вѣдомости», 2 ноября).

2306. Въ Ровнѣ, Волынской губ., открылось *Общество врачей;* записались 40 членовъ («Новое Время», 3 ноября).—Отъ души желаемъ новому Обществу полнаго успѣха въ его дѣятельности.

2307. Въ Екатеринославѣ, по почину д-ра *В. В. Правдолюбова*, открылось *Общество врачей промышленныхъ предпріятій Екатеринославской губ.* Предсѣдателемъ Общества избранъ *І. А. Алексѣевъ-Поповъ* («Новое Время», 7 ноября).—Желаемъ новому Обществу успѣха въ его, несомнѣнно, благихъ начинаніяхъ на пользу рабочаго люда въ союзѣ и единеніи съ испытанными печальниками русскаго народа—земскими врачами.

2308. Одесское бальнеологическое Общество въ засѣданіи 28-го октября утвердило *положеніе о преміи имени покойнаго проф. О. О. Мочутковскаго* за лучшее оригинальное (не компилятивное) изслѣдованіе, доложенное въ Обществѣ въ теченіи года. Премія составляется изъ %%-въ съ пожертвованнаго *О. О. Мочутковскимъ* капитала въ размѣрѣ 2000 р. Сумма ежегодной преміи—65 р. Если-бы премія въ какомъ-либо году осталась невыданной, то въ слѣдующемъ году она выдается въ двойномъ размѣрѣ, на 3-ій годъ въ тройномъ и т. д. Ближайшій срокъ для представленія сочиненій на соисканіе преміи—1-ое осеннее засѣданіе Общества въ 1905 г.

2309. Главнымъ врачемъ *Басманной больницы* въ Москвѣ городскимъ врачебнымъ Совѣтомъ избранъ и Управой утвержденъ *Ѳ. А. Готье* («Русскія Вѣдомости», 7 ноября).

2310. Главнымъ врачемъ *Преображенской больницы* въ Москвѣ назначенъ *Н. Н. Баженовъ* («Русскія Вѣдомости», 5 ноября).

2311. Д-ръ *Н. П. Юрьевъ* въ своей основанной на разработкѣ оффиціальнаго матеріала диссертаціи «*Къ вопросу о матеріальномъ положеніи врачей, служащихъ по вѣдомству Министерства внутреннихъ дѣлъ въ губерніяхъ и областяхъ Россіи*», приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Оклады содержанія большинства врачебныхъ должностей вѣдомства Министерства внутреннихъ дѣлъ, учрежденныхъ нѣсколько десятковъ лѣтъ назадъ, далеко не обезпечиваютъ въ настоящее время врачей въ матеріальномъ отношеніи. Самыми неудовлетворительными являются оклады, присвоенные должностямъ городовыхъ врачей. Сельскіе врачи, получающіе содержаніе по штатамъ, выработаннымъ въ послѣднее время, поставлены въ этомъ отношеніи почти въ одинаковыя условія съ земскими участковыми врачами. Уѣздные врачи и помощники врачебныхъ инспекторовъ менѣе обезпечены содержаніемъ, чѣмъ многіе изъ сельскихъ участковыхъ врачей. Содержаніе большинства врачебныхъ инспекторовъ во внутреннихъ губерніяхъ Россіи и въ Царствѣ Польскомъ, а также и въ нѣкоторыхъ губерніяхъ Сибири мало удовлетворительно. Врачебныя должности въ тѣхъ мѣстностяхъ Сибири, гдѣ измѣненія штатовъ были произведены въ недавнее время, по содержанію соотвѣтствуютъ однороднымъ должностямъ врачей другихъ вѣдомствъ въ томъ же краѣ. Врачи окружныхъ лѣчебницъ для душевно больныхъ въ матеріальномъ отношеніи обезпечены наиболѣе удовлетворительно. Допускаемая закономъ выдача добавочнаго вознагражденія за исправленіе вакантныхъ должностей является мѣрою весьма необходимою, особенно по отношенію къ врачамъ, въ силу того обстоятельства, что должности ихъ нерѣдко продолжительное время остаются вакантными. Размѣръ пенсій, назначаемыхъ врачамъ по пенсіонному уставу, находится въ прямой зависимости отъ окладовъ жалованья; при назначеніи же пенсій усиленныхъ или внѣ правилъ принимается во вниманіе все содержаніе (жалованье, столовыя и квартирныя деньги), получаемое врачемъ на службѣ. Въ зависимости отъ ограниченности окладовъ жалованья и вообще содержанія, присвоенныхъ большинству врачебныхъ должностей вѣдомства Министерства внутреннихъ дѣлъ, назначаемыя врачамъ и ихъ семействамъ пенсіи являются малообезпечивающими матеріальное положеніе этихъ лицъ. Наибольшее число пенсій за время съ 1880 г. по 1903 г. было назначено врачамъ на службѣ за 20 лѣтъ, тогда какъ вдовы и сироты ихъ получили за тотъ-же періодъ времени большее число пенсій за 30-лѣтнюю службу вышедшихъ къ этому сроку въ отставку или умершихъ на службѣ врачей. Пенсіи усиленныя и внѣ правилъ были назначаемы преимущественно семействамъ врачей, а не имъ самимъ. Это объясняется главнымъ образомъ тѣмъ обстоятельствомъ, что большинство врачей умираетъ, состоя на службѣ.

2312. Курской губернской земской Управѣ разрѣшено издавать въ Курскѣ, безъ предварительной цензуры, подъ редакторствомъ предсѣдателя губернской земской Управы мѣсячный журналъ — «*Врачебно-санитарная хроника Курской губерніи*» («Правительственный Вѣстникъ», 5 ноября).

2313. Д-ру *Ф. М. Малиновскому* разрѣшено издавать въ Варшавѣ, съ дозволенія предварительной цензуры, подъ его редакторствомъ мѣсячный журналъ на польскомъ языкѣ — «*Przegląd chorób skórnych i wenerycznych*» («Правительственный Вѣстникъ», 5 ноября).

2314. «*Сборникъ трудовъ врачей Петербургской Маріинской больницы для бѣднымъ*» (вып. VII) содержитъ протоколы засѣданій больницы за 1899—1902 г. и слѣдующіе труды: *К. Н. Георгіевскій*—«*По поводу случая polymyositis haemorrhagica acuta*»; *Ѳ. К. Гейслеръ*—«*Къ этіологіи и лѣченію грудной жабы*»; *А. И. Соловьевъ*—«*Формальдегидъ и дезинфекція*»; *С. П. Шуениновъ*—«*Случай полнаго врожденнаго дефекта сердечной сумки*»; *Д. Д. Сандберъ-Дебеле*—«*Случай повторной внѣматочной беременности*»; *Я. В. Рыбалкинъ*—«*Gangraena cutis hysterica*»; *К. Н. Георгіевскій*—«*О времени появленія специфическаго иммунизирующаго вещества въ крови при брюшномъ тифѣ*»; *Е. Е. Фоссъ*—«*Къ казуистикѣ опухолей мозжечка*»; *Н. М. Басовъ*—«*По поводу случая сибирской язвы*»; *П. П. Лампсаковъ*—«*Случай ожога электрическимъ токомъ головы, праваго плеча и кистей рукъ*»; *А. И. Соловьевъ*—«*Новый признакъ при тетаніи*»; *И. І. Козловскій*—«*Случай оперативнаго лѣченія брюшной водянки при атрофическомъ циррозѣ печени*»; *И. І. Козловскій*—«*Дифтерія во 2-мъ убѣжищѣ Московско-Нарвскаго Отдѣла Общества попеченія о бѣднымъ и больныхъ дѣтяхъ въ 1901 г.*»—Большинство поименованныхъ трудовъ было уже напечатано въ различныхъ повременныхъ изданіяхъ.

2315. «Биржевыя Вѣдомости» (3 ноября) передаютъ, что Царскосельская земская Управа пріобрѣла въ собственность большую дачу въ 10 верстахъ отъ Гатчины, гдѣ намѣрена устроить *больницу для душевно-больныхъ*. На постройку больницы Управа ассигновала 800000 р. Временно дача эта будетъ отведена подъ лазаретъ для выздоравливающихъ раненыхъ воиновъ, возвращающихся съ Дальняго Востока. Для этой цѣли, въ свою очередь, Управою отпускаются средства, и къ больнымъ, по мѣрѣ надобности, ею будутъ командироваться земскіе врачи.

2316. Въ Кіевѣ открыта *лѣчебница женщинъ врачей*, въ которой работаютъ исключительно женщины-врачи въ количествѣ 11 чел. Посѣщаютъ лѣчебницу исключительно женщины и дѣти.

2317. Временные *курсы для подготовки сестеръ милосердія*, организованные при нѣкоторыхъ городскихъ больницахъ въ Москвѣ, предположено превратить въ *постоянные*. Такимъ образомъ создается организація, которая постоянно будетъ обезпечивать Московскія городскія больницы персоналомъ сестеръ милосердія («Русскія Вѣдомости», 4 ноября).

2318. По смѣтѣ на 1905 г. *въ Кіевѣ на медицинскую и санитарныя части* ассигновано 557000 р. («Новое Время» 3 ноября).

2319. Въ «Новомъ Времени» (3 ноября) помѣщена слѣдующая *телеграмма изъ Кіева:* «Заболѣванія тифомъ и скарлатиной усиливаются. Въ больницахъ не хватаетъ мѣстъ. Въ Кирилловской больницѣ часть больныхъ лежитъ на полу».

2320. На основаніи распоряженія Министерства внутреннихъ дѣлъ въ Саратовѣ образуется особая *Коммиссія по вопросамъ призрѣнія и изоляціи прокаженныхъ въ губерніи*. Въ число членовъ этой Коммиссіи приглашается представитель отъ губернскаго Земства («Саратовскій Дневникъ», 29 октября).

2321. При санитарномъ Отдѣлѣ Московскаго Отдѣленія Русскаго техническаго Общества учреждается, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (3 ноября), *бюро по экспертизѣ увѣчій фабричныхъ и заводскихъ рабочихъ*. Въ составъ бюро войдутъ врачи различныхъ спеціальностей; врачи эти и будутъ приходить на помощь въ опредѣленіи степени потери трудоспособности рабочими фабричнымъ инспекторамъ, которымъ нынѣ принадлежитъ рѣшающее слово въ этомъ дѣлѣ.

2322. На происходившемъ въ сентябрѣ Съѣздѣ земскихъ врачей Екатеринославскаго уѣзда, между прочимъ, обсуждался вопросъ *о субсидированіи частныхъ предпринимателей въ цѣляхъ устройства общественныхъ бань въ селеніяхъ*. Съѣздъ, 1) признавая за банями значеніе мѣры строго санитарно-гигіенической, 2) считая только типъ бани, предложенный Екатеринославскимъ Земствомъ (съ 2-мя отдѣленіями—для здоровыхъ и больныхъ), вполнѣ цѣлесообразнымъ и достигающимъ цѣли и 3) не сочувствуя, по опыту, платному способу пользованія банями, какъ туго прививающемуся среди населенія, высказался безусловно противъ передачи этого дѣла въ предпринимательскія руки, считая, что только земская Управа, при указаніяхъ и надзорѣ врачебнаго персонала, можетъ правильно выполнить эту задачу, при чемъ Съѣздъ находитъ, что для того, чтобы удешевить постройку бань, можно, не отступая отъ типа бань Екатеринославскаго уѣзда, ограничиться при постройкѣ однимъ только отдѣленіемъ для здоровыхъ, что удешевитъ постройку на половину («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 40).

2323. Приговоромъ особаго Присутствія Кавказскаго в.-окружнаго Суда ген. Ковалевъ *признанъ виновнымъ* въ превышеніи власти и въ истязаніи д-ра *Н. П. Зибусова* и приговоренъ, съ примѣненіемъ къ нему Высочайшаго манифеста, къ *исключенію со службы безъ лишенія чиновъ* («Новое Время», 10 октября).—Разумѣется, это—приговоръ чисто юридическій, а нравственный, опираясь на него, должно произнести ген. Ковалеву уже само интеллигентное русское общество.

2324. 15-го сентября (н. ст.) 1905 г. въ Bruxelles'ѣ соберется подъ предсѣдательствомъ проф. *Kocher'a 1-ый Международный Съѣздъ по хирургіи.*

2325. На одномъ изъ засѣданій только-что закончившагося въ Парижѣ очередного французскаго Съѣзда врачей проф. *Chantemesse* сообщилъ результаты своихъ наблюденій надъ *сывороточнымъ лѣченіемъ брюшного тифа*. Оказывается, что въ Парижскомъ госпиталѣ, гдѣ тифъ лѣчатъ исключительно холодными ваннами, % смертности держится въ предѣлахъ 18—22 и никогда не бываетъ ниже 12. Въ госпиталѣ-же, гдѣ проф. *Chantemesse* примѣнялъ лѣченіе тифа ваннами и противотифозной сывороткой, % смертности этой болѣзни не поднимался выше 4. Въ продажѣ сыворотки *Chantemesse*'а еще нѣтъ.

2326. Ноябрьская книжка «*Tuberculosis*» вся посвящена *памяти покойнаго Niels Finsen*'а—описанію его Института для свѣтолѣченія въ Копенгагенѣ, при чемъ приложено нѣсколько свѣтописныхъ снимковъ, наглядно доказывающихъ могущественное дѣйствіе свѣтолѣченія при волчанкѣ.

2327. На освободившуюся въ *Парижѣ каѳедру хирургической клиники* перемѣщенъ проф. *Réclus*, занимавшій ранѣе каѳедру оперативной хирургіи («La Presse médicale», 5 ноября).

2328. Д-ръ *Variot* рядомъ статистическихъ данныхъ устанавливаетъ, что *дѣтская* (до 1-го года) *смертность въ Парижѣ* въ послѣдніе годы постоянно уменьшается: въ 1880 г. она выражалась 18,7%, въ 1890 г. уже 15%, а въ 1901 г. всего лишь 12%. Уменьшеніе это *Variot* ставитъ въ связь съ употребленіемъ для прикармливанія кипяченаго молока («Gazette médicale de Paris», 12 ноября).

2329. Вѣроятно, мало кому извѣстно, что извѣстный французскій беллетристъ *Eugène Sue*, всѣ романы котораго переведены и на русскій языкъ, имѣлъ *званіе врача* и въ началѣ прошлаго 100-лѣтія занимался хирургической практикой. «Gazette médicale de Paris» (№ 45), сообщающая объ этомъ, напоминаетъ, что 11-го декабря текущаго года исполнится 100-лѣтіе со дня его рожденія.

2330. Въ октябрьской книжкѣ «Естествознанія и Географіи» въ статьѣ подъ заглавіемъ «Завѣщаніе милліардера» помѣщено подробное описаніе происходившаго въ Washington'ѣ *Съѣзда представителей 40 Академій наукъ* всего міра для рѣшенія вопроса о реальномъ осуществленіи завѣщанія американца A. Carnedgy, оставившаго 2 милліарда фр. на основаніе центральнаго научнаго Международнаго Института его имени для разработки естественныхъ наукъ. Доходъ съ этого капитала составляетъ 80.000000 фр. (30.000000 р.). Вотъ это завѣщаніе, какъ оно приведено въ вышеупомянутомъ журналѣ: «Оставаясь вѣрнымъ своему девизу—умеретъ такимъ же бѣднякомъ, какимъ я родился, завѣщаю изъ моего капитала 400 милліоновъ долларовъ на устройство центральнаго Международнаго Института для разработки естественныхъ наукъ и на содержаніе нужнаго въ немъ персонала на вѣчныя времена. Приведеніе въ исполненіе этого моего желанія предоставляю предсѣдателямъ естественнонаучныхъ отдѣловъ Академій наукъ всего свѣта. Послѣ конституированія сказаннаго учрежденія оно становится самостоятельной юридической единицей и управляется собственнымъ центральнымъ Комитетомъ». Послѣ небольшихъ споровъ представители Академій огромнымъ большинствомъ голосовъ рѣшили построить «Институтъ Carnedgy» въ Швейцаріи, «нейтралитетъ которой обезпеченъ всей Европой,—странѣ, сохранившей чистоту патріархальныхъ нравовъ и обладающей прекраснымъ климатомъ и географическимъ положеніемъ». Для управленія дѣлами Института рѣшено образовать центральный административный Совѣтъ изъ 9 членовъ—представителей Академій наукъ главныхъ культурныхъ племенъ, а именно 2 отъ славянскаго племени—изъ Петербурга и изъ Праги, 2 отъ германскаго—изъ Berlin'а и изъ Stockholm'а, 2 отъ романскаго—изъ Парижа и изъ Рима, 2 отъ англо-саксонскаго—изъ London'а и изъ Wachington'а и 1 отъ венгерцевъ—изъ Buda-Pest'ской Академіи наукъ. Предсѣдателемъ центральнаго Совѣта избранъ представитель Парижской Академіи наукъ, товарищемъ его—представитель Wachington'ской Академіи, секретаремъ—Berlin'ской и казначеемъ—London'ской. Центральный ученый Совѣтъ, который собственно и будетъ вѣдать распредѣленіемъ работъ между различными отдѣлами естествознанія, состоитъ изъ 38 членовъ. Медицинѣ, какъ наукѣ прикладной, въ Институтѣ Carnedgy не дано мѣсто; изъ соприкасающихся съ медициной отдѣловъ значится лишь зоологія съ под-отдѣломъ физіологіи и морфологіи животныхъ.

2331. *Умерли:* 1) 7-го октября, въ Хабаровскѣ, *Владиміръ Александровичъ Павловъ*, убитый на своей квартирѣ. Жизнь *В. А.* оборвалась въ самомъ расцвѣтѣ—покойному было всего 33 года. Уроженецъ Сибири, воспитанникъ Иркутской гимназіи, *В. А.*, окончивъ 8 лѣтъ назадъ курсъ въ Томскомъ Университетѣ, прослужилъ 3 года врачемъ на золотыхъ пріискахъ. Оставивъ эту службу, онъ поселился въ Благовѣщенскѣ, гдѣ одно время состоялъ переселенческимъ врачемъ (перенесъ тогда тяжелый сыпной тифъ), занимался частной практикой и въ тоже время былъ врачемъ при мѣстной семинаріи и Общинѣ Краснаго Креста. Вызванный по случаю войны изъ запаса, *В. А.* попалъ въ Хабаровскъ, гдѣ, состоя врачемъ при мѣстномъ лазаретѣ, принималъ живое участіе въ дѣятельности Александро-Ксеніевской Общины Краснаго Креста, какъ амбуляторный врачъ и преподаватель на курсахъ для сестеръ-волонтерокъ; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ былъ избранъ главнымъ врачемъ предполагающагося къ открытію лазарета мѣстнаго дамскаго кружка. Надъ организаціей этого лазарета *В. А.* и работалъ въ послѣднее время. Прахъ его опустили въ могилу наканунѣ открытія лазарета (оно назначалось на 10-ое октября). Пишущему эти строки, тоже вслѣдствіе войны очутившемуся на Дальнемъ Востокѣ, пришлось познакомиться съ *В. А.* въ 1-ый же день по пріѣздѣ въ Хабаровскъ, а совмѣстная служба въ Хабаровскомъ лазаретѣ, общность интересовъ и положенія въ чужомъ городѣ и въ новой обстановкѣ, вдали отъ всего, что близко и дорого сердцу, сблизили насъ. Изо дня въ день, въ теченіи 7 мѣс. встрѣчаясь съ *В. А.*, я не могъ не оцѣнить высокихъ качествъ души этого жизнерадостнаго, полнаго силъ человѣка, одно появленіе котораго среди товарищей, часто унылыхъ, почти разучившихся улыбаться, вселяло бодрость, заставляло тянуть нелегкую лямку, выпавшую на ихъ долю, съ новыми силами, съ новой энергіей. Судьба улыбалась *В. А.* и сулила ему много личнаго счастья впереди: матеріально обезпеченный, пріятный въ общежитіи человѣкъ, онъ всюду былъ желаннымъ гостемъ и отсюда—обширное знакомство его въ самыхъ разнообразныхъ кругахъ общества. Ненормальныя условія жизни, несправедливость, бѣдность дѣлаютъ то, что такого рода люди, какъ покойный *В. А.*, должны платить дань за удачно сложившуюся для нихъ личную жизнь, и *В. А.*, сознавая это, какъ-бы конфузясь за свое благополучіе, старался помогать людямъ возможно шире. Мнѣ приходилось очень часто, утромъ, по пути въ лазаретъ, заходить къ *В. А.*, и рѣдко я не заставалъ у него кого-нибудь—то потерявшаго мѣсто пріисковаго служащаго, то старика, знавшаго *В. А.* еще мальчикомъ, то бывшаго его кучера и т. п., и все это были люди, такъ или иначе обиженные и угнетенные, съ просьбами о пособіи, похлопотать о мѣстѣ, устроить ребенка въ школу, дать куда-нибудь письмо и т. д. У покойнаго не было слова «нѣтъ». Какъ-бы иной разъ ни была фантастична просьба, *В. А.* старался всегда утѣшить, успокоить, хоть чѣмъ-нибудь помочь. Какъ врачъ, *В. А.* не зналъ разницы между богатымъ и бѣднымъ: послѣдній бѣднякъ могъ разсчитывать на его врачебную помощь среди ночи наравнѣ съ богачами. И, если вспомнить, что жизнь *В. А.* жестоко была прервана на 33-мъ году, то станетъ понятнымъ горе, охватившее всѣхъ, его знавшихъ, при вѣсти объ его кончинѣ. (Сообщено *В. И. Бинштокомъ*).—2) 12-го октября, отъ воспаленія легкихъ въ Новомосковской земской больницѣ, земскій врачъ *Иванъ Ивановичъ Данилевскій*, родившійся въ 1873 г., а званіе врача получившій (въ Кіевѣ) въ 1901 г. Будучи еще студентомъ послѣдняго курса, покойный завѣдывалъ врачебно-продовольственнымъ пунктомъ въ Новомосковскомъ Земствѣ, на службу котораго и поступилъ, когда сдѣлался врачемъ. Принявъ въ завѣдываніе пріемный покой въ простой крестьянской хатѣ, покойный много мечталъ о постройкѣ новаго, вполнѣ подходящаго, зданія для пріемнаго покоя. Въ минувшемъ іюлѣ такой пріемный покой, заново выстроенный, былъ готовъ, но—увы!—*И. И.* не пришлось въ немъ работать. Согласно его желанію, онъ похороненъ въ томъ селеніи, гдѣ началъ свою дѣятельность на пользу страждущаго человѣчества студентомъ (Сообщено *П. М. Сочинскимъ*).

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *Н. Г. Бермана* (см. выше, № 43, стр. 1458) помѣщаемъ слѣдующій его некрологъ, любезно присланный намъ многоуважаемымъ товарищемъ *О. Н. Гецовымъ*. 27-го сентября умеръ въ Мукденѣ отъ брюшного тифа *Н. Г. Берманъ*, младшій врачъ Пензенскаго полка 54 дивизіи. Неожиданная вѣсть о смерти *Н. Г.* глубоко опечалило всѣхъ знавшихъ этого симпатичнаго врача и человѣка. Въ апрѣлѣ онъ пріѣхалъ въ с. Богатое, Самарской губ., въ качествѣ заводскаго врача и вскорѣ пріобрѣлъ общее расположеніе. Это было его первое вступленіе на практическое поприще послѣ 3-лѣтней работы въ больницахъ г. Казани по окончаніи Университета, гдѣ онъ кое-какъ перебивался случайнымъ трудомъ, лишь-бы солиднѣе приготовиться къ практической медицинской дѣятельности. Дѣйствительно, какъ молодой врачъ, онъ всѣхъ поражалъ своими знаніями и начитанностью, а своей обходительностью и безкорыстнымъ служеніемъ страждущимъ привлекъ сердца всего окрестнаго населенія. Призванный въ войска, онъ 5-го іюля уѣхалъ на Востокъ бодрый и полный энергіи. Всѣ его мысли и заботы передъ отправленіемъ были направлены къ предстоящей работѣ; заботъ о личныхъ удобствахъ совсѣмъ не было въ его приготовленіяхъ. Прибывъ къ мѣсту назначенія, онъ работалъ, не покладая рукъ, гораздо больше, чѣмъ позволяло его слабое физическое здоровье, не находя даже свободнаго времени писать письма близкимъ людямъ; уже будучи больнымъ, сознавая вполнѣ свою болѣзнь, онъ продолжалъ работать, пытаясь побороть сразившій его недугъ. Пришлось сдаться: 18-го сентября *Н. Г.* слегъ, а 27-го его уже не стало....

Опечатка. Въ статьѣ д-ра *Ф. Н. Тавилдарова*—О пересадкѣ мочеточниковъ—въ № 45, на стр. 1509, въ 1-мъ столбцѣ, на 1-ой строкѣ сн. напечатано: маточная артерія, слѣдуетъ: мочеточниковая артерія.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Архивъ ветеринарныхъ наукъ, кн. 6.

1. **А. І. Спасскій.** *Каломель, какъ жаропонижающее.* 2. **Н. И. Петропавловскій.** *Къ вопросу о Filariaimmitis въ крови у собакъ.* 3. **М. Матвѣевъ.** *Эхинококки въ селезенкѣ рогатаго скота.* 4. **M. E. Leclainche.** *Чума птицъ.* 5. **С. И. Самборскій.** *Положеніе убойнаго дѣла и ветеринарнаго надзора за нимъ въ Акмолинской области, Тобольской и Томской губ.* 6. **Г. Заккисъ.** *Краткій обзоръ положенія ветеринарнаго дѣла въ Томской губ.*

В.-Медицинскій Журналъ, іюль, т. II.

1. **И. И. Кіаницынъ.** *Изслѣдованія надъ полезной работой разныхъ системъ искусственнаго провѣтриванія жилыхъ помѣщеній и критическая оцѣнка ихъ.* 2. **Н. В. Кириловъ.** *Бери-бери въ Японіи и на Сахалинѣ.* Санитарно-гигіеническій очеркъ. 3. **А. П. Крымовъ.** *Къ вопросу о распознаваніи опухолей, прободающихъ черепъ.* Случай сосудистой эндотеліомы. 4. **Е. Г. Кондратьевъ.** *О деформаціи ножныхъ пальцевъ.* Описаніе случая и рисунокъ стопы. 5. **С. А. Шанявскій.** *Опрокидываніе зарядныхъ ящиковъ, какъ причина травматическихъ поврежденій.* Совѣтуетъ не сажать орудійной прислуги на задній зарядный ящикъ. 6. **С. Ф. Фрейеръ.** *Объ артеріовенозныхъ аневризмахъ огнестрѣльнаго происхожденія.* (Переводъ съ англійскаго). 7. **Р. І. Евсеевъ.** *Лѣчебное значеніе антистрептококковой сыворотки при рожѣ и скарлатинѣ.* При рожѣ сыворотка дѣйствуетъ болѣе губительно на стрептококковъ, чѣмъ при скарлатинѣ. 8. **Е. К. Догадкинъ.** *Случай остраго заболѣванія спинного мозга, окончившійся полнымъ выздоровленіемъ.* 9. **А. П. Верекундовъ.** *Pneumothorax et emphysema cutis.* По поводу одного собственнаго случая. 10. **И. И. Шендриковскій.** *Случай пятнистой Werlhof'овой болѣзни и кровеостанавливающее при ней дѣйствіе стиптицина.* 11. **П. И. Голубинцевъ.** *Обувь солдата.* Отмѣчаются недостатки обуви русскаго солдата. 12. **А. И. Андржеевскій.** *Шоссейный автомобильный лазаретъ-транспортъ.* Описаніе и рисунокъ. 13. **Н. М. Кадацкій.** *Жизнь перевязочныхъ пунктовъ въ кампанію 1877—1878 гг. въ Европейской Турціи.* (Посмертныя записки). 14 **А. Я. Дапилевскій.** *Добавленіе къ статьѣ: о сухомъ молокѣ «Dried-Milk» Irven'a.* Краткая замѣтка. 15. **А. Л. Шаадъ.** *Болѣзни, угрожающія арміямъ въ Маньчжуріи.* Предлагаются предохранительныя санитарныя мѣры. 16. **В. Н. Цейтлинъ.** *Случай сифилитическаго нефрита.* Описаніе случая. 17. **С. И. Топаловъ.** *Къ казуистикѣ злокачественнаго сифилиса.* Интересный случай. 18. **А. А. Вороновъ.** *О лѣченіи favus capillitii.* Сравнительная оцѣнка способовъ.

Августъ, т. II.

1. **М. И. Мурвинъ.** *Итоги комплектованія уроженцами Кутаиской губ. войскъ, внѣ Кавказа расположенныхъ, по даннымъ 2-хъ войсковыхъ частей.* Санитарно-статистическій очеркъ. 2. **Н. А. Терещенко.** *О перикардіотоміи въ лазаретной практикѣ.* Сравнительная оцѣнка способовъ по поводу 1 случая. 3. **К. Я. Шульгинъ.** *Лѣченіе восточной язвы.* Авторъ получилъ очень хорошіе результаты отъ примѣненія метиленовой синьки. 4. **А. С. Долматовъ.** *Случай легочной грыжи.* 5. **Ф. И. Мигай.** *Къ казуистикѣ мозговыхъ гнойниковъ.* Къ числу наиболѣе серьезныхъ припадковъ авторъ относитъ сильныя головныя боли, подавленное и вялое сознаніе, замедленный пульсъ и вялую реакцію зрачка. 5. **М. И. Голынцъ.** *Острый идіопатическій злокачественный эндокардитъ.* Случай, окончившійся вскрытіемъ. 7. **І. В. Сассапарель.** *Къ лѣченію желчныхъ камней.* Авторъ примѣнялъ массажъ въ области печени. 8. **Л. В. Бертенсонъ.** *Къ вопросу о выясненіи цѣлесообразности лѣченія нижнихъ чиновъ въ военно-санитарныхъ станціяхъ.* Военно-санитарныя станціи, по мнѣнію автора, крайне необходимы. 9. **В. И. Винштокъ.** *Очеркъ дѣятельности гигіенической лабораторіи при Хабаровскомъ мѣстномъ лазаретѣ (1897—1903).* Отчетъ за 7 лѣтъ. 10. **Н. М. Кадацкій.** *Жизнь перевязочныхъ пунктовъ въ кампаніи 1877—1878 гг. въ Европейской Турціи.* (Посмертныя замѣтки). Продолженіе. 11. **П. К. Брошніевскій.** *Лѣченіе острыхъ отитовъ въ клиникѣ* проф. *Politzer'a въ Вѣнѣ.* Показанія къ оперативному пособію. 12. **Н. М. Мансуровъ.** *Къ ученію объ афазіи. Случай транскортикальной двигательной афазіи.* Описаніе случая. 13. **Я. Я. Клечетовъ.** *Нафталанъ при лѣченіи экземы.* Авторъ доволенъ дѣйствіемъ нафталана.

Вѣстникъ общественной гигіены, судебной и практической медицины, августъ, № 8.

1. **А. Крикливый.** *Проказа въ Карачаѣ.* (Окончаніе). 2. **Е. Э. Ивановъ.** *Севастополь, какъ курортъ.* Медико-санитарный очеркъ. 3. **Н. Н. Письменный.** *Къ статистикѣ рябыхъ.* Статистическія данныя къ заболѣванію оспой. 4. **Ф. С. Стройновскій.** *Къ вопросу о новыхъ обязанностяхъ уѣздныхъ и городскихъ врачей.* Критическая замѣтка. 5. **Е. М. Вайнштейнъ.** *Къ вопросу о значеніи bac. Danysz'a въ дѣлѣ уничтоженія крысъ.* Авторъ отрицаетъ значеніе палочекъ *Danysz'a.* 6. **А. П. Виноградовъ.** *Быковская чума въ Астраханской губ.* Описаніе эпидеміи. 7. **М. А. Заусайловъ** и **Е. В. Теличенко.** *О простѣйшихъ способахъ обеззараживанія формалиномъ.*

Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, май, № 5.

1. **Д. П. Кузнецкій.** *По поводу 60 чревосѣченій съ примѣненіемъ швовъ изъ оленьихъ сухожильныхъ нитей.* Разборъ 60 исторій болѣзни. 2. **И. М. Львовъ.** *Къ ученію о внѣматочной беременности.* (Окончаніе).

Іюнь, т. XVIII, № 6.

1. **Н. Н. Масловскій.** *Къ казуистикѣ оперативнаго лѣченія фибромiомъ и рака матки.* 2. **М. С. Пастернакъ.** *Къ вопросу о многоплодной беременности.* Описаніе случая беременности тройнями. 3. **Г. І. Тургеновъ.** *Къ казуистикѣ пороковъ развитія женскихъ половыхъ органовъ.* (*Uterus arcuatus septus, vagina septa cystoma ovarii dixstri*). Рѣдкій по сложности случай.

Журналъ Русскаго Общества охраненія народнаго здравія, апрѣль—май, № 5—6.

1. **Е. И. Бихманъ.** *О значеніи аутолиза для патологіи.* Литературно-критическій очеркъ. 2. **А. Ф. Докучаевъ.** *Сравнительная оцѣнка нѣкоторыхъ способовъ количественнаго опредѣленія азотной кислоты въ водѣ.* Экспериментальное изслѣдованіе. 3. **А. И. Эккертъ.** *Дѣтскіе сады въ Швейцаріи.* Описаніе нѣкоторыхъ дѣтскихъ садовъ въ Швейцаріи.

Казанскій Медицинскій Журналъ, апрѣль, т. IV.

1. **В. В. Владиміровъ.** *Краткій отчетъ о заграничной командировкѣ въ 1901 г.* 2. **А. Д. Никольскій.** *Описаніе устройства клиникъ, городскихъ больницъ и нѣкоторыхъ общественныхъ учрежденій и спеціальныхъ заведеній въ Германіи (въ Пруссіи, Саксоніи, Баваріи и Силезіи) и въ Парижѣ.* 3. **А. Десятовъ.** *Санитарный надзоръ на внутреннихъ водныхъ путяхъ.* Медико-санитарный очеркъ. 4. **Н. Е. Осокинъ.** *Къ вопросу объ измѣненіяхъ нервной системы при гонококковомъ зараженіи.* Экспериментальное изслѣдованіе на морскихъ свинкахъ.

Нейрологическій Вѣстникъ, т. XII, вып. 2.

1. **Г. В. Сороковиковъ.** *Объ измѣненіяхъ температуры при прогрессивномъ параличѣ помѣшанныхъ.* (Продолженіе). 2. **В. В. Чирковскій.** *Къ вопросу объ иннерваціи движеній зрачка.* Экспериментальное изслѣдованіе. 4. **Г. Дѣдовъ.** *Къ казуистикѣ прогрессивнаго паралича (нѣсколько случаевъ съ острымъ и длительнымъ теченіемъ).* Продолженіе. 4. **В. М. Бехтеревъ.** *О нисходящихъ связяхъ зрительнаго бугра.* Описаніе новаго пучка въ проводящихъ путяхъ. 5. **А. Соболевскій.** *Терапевтическое значеніе кровоизвлеченій при страданіяхъ нервной системы.* (Продолженіе). 6. **В. П. Осиповъ.** *Къ вопросу о координаціи движеній (вліяніе однихъ движеній на одновременныя съ ними другія движенія).* Экспериментальное изслѣдованіе.

Обозрѣніе психіатріи, нейрологіи и экспериментальной психологіи, май, № 5.

1. **Н. Н. Топорковъ.** *О необходимости борьбы съ бугорчаткой въ лѣчебницахъ для душевно-больныхъ.* (Окончаніе). 2. **В. М. Бехтеревъ.** *О зрительной области мозговой коры и объ отношеніи ея къ глазнымъ мышцамъ.* Экспериментальное изслѣдованіе. (Окончаніе). 3. **Г. Бойно-Родзевичъ.** *Постельное содержаніе душевно-больныхъ.* (Окончаніе). 4. **Е. П. Радинъ.** *Методика психологическаго изслѣдованія бреда и критическій обзоръ современныхъ ученій о бредѣ.* Введеніе въ курсъ психіатріи.

Іюнь, № 6.

1. **Преображенскій.** *Къ ученію о патологической анатоміи и патогенезѣ геморрагическаго энцефалита.* 5 случаевъ. 2. **В. М. Бехтеревъ.** *Объ особомъ сгибательномъ рефлексѣ ножныхъ пальцевъ.* Рефлексъ этотъ, по мнѣнію автора, можетъ служить полезнымъ распознавательнымъ признакомъ органическаго пораженія двигательныхъ пирамидальныхъ путей. 3. **Е. П. Радинъ.** *Методика психологическаго изслѣдованія бреда и критическій обзоръ современныхъ ученій о бредѣ.* (Окончаніе). 4. **К. С. Агаджанянцъ.** *О корковомъ центрѣ зрѣнія.* (Предварительное сообщеніе). 5. **А. И. Ющенко.** *Эритромелалгія у параноика.* Описаніе случая.

Іюль, № 7.

1. **Е. Е. Фоссъ.** *Тетанія съ міотоническими явленіями.* Описаніе случая. 2. **В. М. Бехтеревъ.** *По поводу пояснично-бедреннаго рефлекса.* Краткая замѣтка. 3. **П. М. Сникеръ.** *Случай сифилитическаго менинго-энцефалита съ Jackson'овской падучей и потерей стереогностическаго чувства.* 1 случай собственный и краткій перечень случаевъ, описанныхъ въ литературѣ. 4. **С. Ярошевскій.** *Къ ученію о кататоніи.* Сводитъ явленія кататоніи къ раздраженію неизвѣстныхъ пока центровъ. 5. **М. Фалькъ.** *О ретроактивной амнезіи въ 2 хъ судебно-психіатрическихъ наблюденіяхъ.* Описаніе случаевъ. 6. **А. Д. Коцовскій.** *Къ вопросу объ анатомическихъ измѣненіяхъ при пеллагрѣ.* Пеллагру авторъ считаетъ результатомъ дѣйствія особаго рода токсиновъ.

Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, іюль, т. VIII, № 7.

1. **А. И. Поспѣловъ.** *Caraté или Karaté.* Патогенезъ и симптоматологія. 2. **Г. Гриневъ.** *Измѣненія крови при pemphigus foliaceus Cazenavi.* Клиническое изслѣдованіе крови при pemphigus foliaceus. 3. **Л. И. Эрлихъ.** *Происхожденіе плазматическихъ клѣтокъ.* Микроскопическое изслѣдованіе соединительной ткани. 4. **С. Ѳ. Проскуряковъ.** *О результатахъ лѣченія волчанки свѣтомъ по способу* проф. *Finsen'a.* Авторъ доволенъ результатомъ свѣтолѣченія. 5. **Я. Н. Соколовъ.** *Къ лѣченію рубі-*

riasis rubra pilaris Devergie. Случай. 6. **В. М. Кудишъ.** *Naevus pigmentosus pilosus verrucosus.* Описаніе рѣдкаго случая. 7. **И. Ф. Зеленевъ.** *Къ вопросу о пораженіи суставовъ при сифилисѣ; polyarthritis ossificans syphilitica правой кисти (dactylitis ossificans syphilitica).* Случай. 8. **Е. Р. Шниткиндъ.** *Случай внѣполового сифилиса (шанкръ ягодицъ).* Зараженіе произошло черезъ педерастію. 9. **А. А. Брычевъ.** *2 случая родимыхъ пятенъ: 1) naevus pilaris pigmentosus et verrucosus, 2) naevus verrucosus lineoris et ichtyosiformis.* Краткое описаніе случая. 10. **Ф. Л. Савинъ.** *Случай твердаго шанкра верхней губы.* Краткое описаніе. 11. **Е. Ротманъ.** *Hunter'овская язва верхней губы.* Случай внѣполового зараженія сифилисомъ. 12. **М. Г. Смирягинъ.** *Къ серотерапіи сифилиса.* Авторъ получилъ съ сывороткой *Champagne*'я отрицательные результаты. 13. **А. П. Іорданъ.** *Къ статистикѣ гонорройнаго эпидидимита.* Статистическія данныя.

Сербскіе.

Медицинска Бесѣда, августъ, г. VIII, кн. 8.

1. **В. Ивановъ.** *Впечатленията на единъ участъковъ лѣкарь.* 2. **Величко Георгиевъ.** *Минерални бани въ Българія.* 3. **Хр. Момчиловъ.** *Що трѣбва да знае майката (мать) при отглеждане дѣца въ първата възрастъ.*

Англійскіе.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, май.

1. **William Sydney Thayer.** *Observations on two cases of tuberculous pericarditis with effusion.* 2 случая бугорчатковаго перикардита съ выпотомъ. 2. **John A. Sampson.** *The relation between carcinoma cervicis uteri and the bladder and its significance in the more radical operations for thot disease.* Объ отношеніи рака шейки матки къ мочевому пузырю. Способы операціи. 3. **Frank W. Lynch.** *Caesarean section and serious dystocia following ventrofixation and suspension.* Кесарское сѣченіе въ 1 случаѣ. 4. **P. K. Gilman.** *Two cases of multiple saccular aneurysms of the aorta with rupture into the pericardium.* 2 случая разрыва анейризмъ аорты подъ перикардіей. 5. **R. Thèllin.** *Report of results of nursiny dispensary tubercular patients.* Краткій отчетъ.

Pacific Medical Journal, іюль, т. XLVII, № 7.

1. **Alfred W. Perry.** *Simplicity in diagnosis and therapy of digestive disorders.* Упрощеніе въ распознаваніи разстройствъ пищеваренія. 2. **Thomas Bassett Keyes.** *Immunity from tuberculosis: its production by fat foods and out door camp life.* Невоспріимчивость къ бугорчаткѣ; достиженіе ея жировымъ питаніемъ и пребываніемъ на чистомъ воздухѣ. 3. **John H. Musser.** *Some aspects of medical education.*

The American Journal of the Medical Sciences, іюль, т. CXXVIII, № 388.

1. **John B. Deaver.** *Surgery of the prostate gland.* Хирургія предстательной железы. 2. **Charles Sumner Fischer.** *The clinical value of the average analysis of gastric contents.* Клиническое значеніе изслѣдованія содержимаго желудка. 3. **Beverley Robinson.** *The general management and therapeutics of nephritis.* Общій уходъ и лѣченіе почечныхъ болѣзней. 4. **William Campbell Posey.** *Palsy of the extraocular muscles in exophthalmic goitre.* Параличъ наружной глазной мышцы при зобѣ. 5. **Charles A. Oliver.** *Sketch of the external appearances of uveitis from congenital syphilis.* Обзоръ припадковъ воспаленія радужной оболочки при врожденномъ сифилисѣ. 6. **Jonathan Wright.** *Actinomycosis of the tonsils.* Лучисто-грибковое пораженіе миндалинъ. 7. **N. S. Ferry.** *Report of a case of rupture of an aneurysm of the aorta into the lung, with spontaneous recovery.* Случай разрыва анейризмы аорты въ легкое съ самоизлѣченіемъ. 8. **Brooke M. Anspach.** *Primary tuberculosis of the breast.* Первичная бугорчатка легкихъ. 9. **John E. Donley.** *A case of meralgia paraesthetica.* Случай мералгіи парэстетической. 19. **Alice Hamilton.** *Surgical scarlatina.* Хирургическая скарлатина. 11. **Gunni Busck.** *The influence of daylight in the progress of malaria.* Вліяніе дневного свѣта на теченіе болотной лихорадки. 12. **Edwin Beer.** *Some pathological and clinical aspects of acquired (false) diverticula of the intestine.* Нѣкоторые патологическіе и клиническіе признаки ложныхъ дивертикулъ въ кишечникѣ. 13. **Charles F. Craig.** *The complications of amoebic and specific dysentery, as observed at autopsy.* Осложненія дизентеріи. Клиническія и патолого-анатомическія наблюденія.

The Therapeutic Gazette, іюнь, т. XX, № 6.

1. **H. M. Christian.** *The treatment of syphilis.* Лѣченіе сифилиса. 2. **Leighton Kesteven.** *The antiseptic treatment of typhoid fever.* Противогнилостное лѣченіе тифа. 3. **J. L. Van Zandt.** *Carbonate of creosote in pneumonia-a review.* Вліяніе углекислаго креозота на пнеймонію. 4. **Hubert Richardson.** *On the clinical importance of the specific gravity and alkalinity of the blood.* Клиническое значеніе уд. вѣса и щелочности крови. 5. **E. E. Montgomery.** *A new modification of operative procedure for retroflexion of the uterus.* Новое видоизмѣненіе оперативныхъ способовъ при перегибѣ назадъ матки.

The Edinburgh Medical Journal, іюль, т. XVI, № 1.

1. **Robert Jones.** *Some clinical notes on tuberculous artheritis in the young.* О бугорчатковомъ артритѣ у дѣтей. 2. **Thomas D. Luke.** *The production of anaesthesia for brief operations on the naso pharynx.* Производство обезболиванія при операціяхъ въ носоглоточномъ пространствѣ. 3. **Rutherford Morison.** *Intestinal obstruction.* Закупорка кишекъ. 4. **J. Dixon Mann.** *Obstruction of the inferior vena cava.* Закупорка нижней полой вены. 5. **Sir John Batty Tuke and Charles R. A. Howden.** *The relations of the insanities to criminalresponsibility and civil capacity.* Сумасшествіе и отвѣтственность передъ закономъ, а также гражданская дѣеспособность.

The Quarterly Journal of microscopical science, іюль, т. XLVIII, ч. 1, № 189.

1. **Edwin S. Goodrich.** *On the bronchial vessels of Sternaspis.* Строеніе сосудистой системы «Sternaspis». 2. **Geoffrey Smith.** *The middle ear and columella of birds.* Среднее ухо и улитка у птицъ. 3. **G. Herbert Fowler.** *Notes on rhabdopleura Normanti, Allman.* 4. **W. B. Randles.** *Some observations on the anatomy and affinities of the trochidae.* Анатомія слизняковъ. 5. **E. I. Allen.** *The anatomy of poecilochaetus Claparède.* 6. **H. M. Woodcock.** *Notes on sporozoa.*

Французскіе.

Archives de médecine et de pharmacie militaires, августъ, т. XLIV.

1. **Millière.** *Une épidémie de fièvre typhoïde au 21 dragons à Saint-Omer.* Описаніе возникновенія и теченія тифозной эпидеміи. 2. **Esprit (Gustave).** *Cure radicale des varices dans l'armée.* Лѣченіе узловыхъ расширеній венъ (по поводу 2-хъ случаевъ). 3. **Raymond (Victor).** *Action des douches locales sur l'hypertrophie palustre du foie et de la rate, traitée à Vichy.* Получилъ значительное уменьшеніе печени и селезенки подъ вліяніемъ мѣстныхъ душей. 4. **Piot.** *Pneumonie et appendicite.* Случай пнеймоніи, осложненной аппендицитомъ. 5. **Capillery et Rougier** *Adeno-phlegmon de l'aisselle. Artérite axillaire et ulceration des parois de la veine axillaire consecutives. Ligature de l'artère axillaire et de la veine sous clavière. Guérison.* Описаніе рѣдкаго и сложнаго случая. 6. **Daireaux (Pierre).** *Etude sur la forme méningitique de la fièvre typhoïde.* Критическій обзоръ вопроса.

Archives de neurologie, іюль, т. XVIII, № 103.

1. **Paul Sollier** et **François Boissier.** *Médiumnité délirante.* Подробное изслѣдованіе и описаніе случая. 2. **G. Paul-Boncour.** *Sur les modifications craniennes consécutives aux atrophies cérébrales unilatérales.* Описаніе нѣсколькихъ случаевъ и рисунки съ препаратовъ череповъ и мозговъ.

Августъ, т. XVIII, № 104.

1. **Raymond.** *Deux cas de lèpre nerveuse.* 2 случая. Клиническая лекція. 2. **Paul Sollier** et **François Boissier.** *Médiumnité délirante.* (Продолженіе).

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques, августъ, № 148.

1. **Maingot.** *Ordre de transparence des calculs urinaires d'après la méthode expérimentale.* Школа проницаемости мочевыхъ камней различнаго состава для лучей x. 2. **J. Bergonié.** *Sur un cas de lymphosarcomatose rapidement améliorée par les rayons x.* Описаніе случая. 3. **E. S. London.** *L'action physiologique et pathologique des produits du radium.* Рядъ опытовъ съ радіемъ. Вліяніе послѣдняго на микробы, растенія и животныхъ.

Annales de gynécologie et d'obstétrique, августъ, т. I.

1. **Н. Ивановъ.** *De l'étiologie, de la prophylaxie et du traitement des ruptures de l'utérus pendant l'accouchement.* Обзоръ 45 случаевъ изъ клиническаго матеріала за нѣсколько лѣтъ. 2. **Constantin Daniel.** *Recherches sur la cytologie du liquide amniotique.* Микроскопическія отличія нормальной околоплодной жидкости отъ патологической. 3. **J. Audebert.** *Malformations multiples du foetus dans un cas d'oligo-amnios.* Описаніе случая и рисунки.

Annales de l'Institut Pasteur, іюль, № 7.

1. **Yersin.** *Études sur quelques épizooties de l'Indo-Chine.* Экспериментальное изслѣдованіе нѣкоторыхъ эпизоотій въ Индо-Китаѣ. 2. **H. Vincent.** *Contribution à l'étude du tetano dit médical ou spontané. Influence de la chaleur.* По наблюденіямъ автора, гипертермія способствуетъ болѣе острому теченію травматическаго столбняка. 3. **Arnal et Paul Salmon.** *Des lésions syphilitiques observées chez les singes anthropoïdes.* Микроскопическія измѣненія въ органахъ обезьянъ, подвергнутыхъ прививкамъ сифилиса. 4. **I. I. Van Loghem.** *La resorption de l'acide usique et de l'urate de soude.* Опыты на кроликахъ.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, августъ, № 15, г. 22.

1. **Albert Hogge.** *Recherches sur les muscles du périnée et du diaphragme pelvien, sur les glandes dites de cowper et sur le développement de ces organes.* Анатомо-гистологическое изслѣдованіе. (Продолженіе).

Августъ, № 16.

1. **Albert Hogge.** *Recherches sur les muscles du périnée et du diaphragme pelvien sur les glandes dites de cowper et sur le développement de ces organes.* (Окончаніе). 2. **E. Dalous** et **E. Constantin.** *Bistournage spontané, tuberculose interstitielle de l'épididyme, tuberculose du prépuce: étude histologique.* Микроскопическое изслѣдованіе. 3. **Rafin.** *Travaux cliniques de chirurgie urinaire.* Краткое извлеченіе изъ обзора работъ.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, августъ, 4-ый рядъ, т. I.

1. **J. Chatin.** *Les moustiques à Paris. Moyens d'arrêter leur développement.* Заключеніе, представленное авторомъ на запросъ администраціи по данному вопросу. 2. **M. Mercier.** *Un adolescent dégénéré.* Судебно-психіатрическая экспертиза въ одномъ случаѣ. 3. **L. Spillmann** et **P. Blum.** *Un cas d'intoxication subaigue par le sublimé.* Описаніе случая. 4. **P. Brouardel.** *Arrachement total de la langue par la personne elle-même. Guérison. Conservation de la parole.* Случай вырыванія собственнаго языка. 5. **J. Brault.** *Hygiène et prophylaxie dans les pays chauds.* Критическій очеркъ. 6. **Etienne Ginestous.** *Dacryocystite ancienne ulceration traumatique de la cornée kératite suppurative.* Описаніе случая. 7. **Balestre** et **Camons.** *La désinfection urbaine.* Критическій обзоръ. 8. **L. Lewin.** *Des moyens d'améliorer la condition des ouvriers dans les industries toxiques.* О предохранительныхъ мѣрахъ при производствѣ ядовитыхъ веществъ.

Bulletin de L'Institut Pasteur, августъ, т. II, № 16.

1. **Безрѣдка.** *Existe-t-il un ou plusieurs streptocoques?* Литературно-критическій обзоръ.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris, мартъ, т. VI, № 3.

1. **G. Milian.** *Structure de l'épiploon du cobaye.* Анатомическое и микроскопическое изслѣдованіе сальника у морскихъ свинокъ.

Journal de physiologie et de pathologie générale, іюль, т. VI, № 4.

1. **N. C. Paulesco.** *L'action des sels des métaux alcalins sur la substance vivante.* По наблюденіямъ автора минимальныя дозы солей, дѣйствующія на дрожжевые грибки, почти равны молекулярному вѣсу, раздѣленному на 0,55. 2. **Edmond Buffa.** *Sur une combinaison sulfurée des tissus animaux.* Въ нѣкоторыхъ тканяхъ животныхъ можно доказать присутствіе протеиноваго вещества, содержащаго сѣру, которое послѣ окисленія даетъ цистинъ. 3. **Léon Plumier.** *Action de l'adrenaline sur la circulation cardio-pulmonaire.* Дѣйствіе адреналина на сердечно-легочное кровообращеніе. Экспериментальное изслѣдованіе. 4. **S. Tchiriev.** *Propriétés électromotrices du cerveau et du coeur.* Критическій очеркъ. 5. **Th. Tour.** *Le téléphone comme indicateur de l'excitation nerveuse.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **J. Tissot.** *Nouvelle méthode de mesure et d'inscription du débit et des mouvements respiratoires.* Описаніе способа и рисунки. 7. **Ц. Чирьевъ.** *Réponse à M. le professeur N. E. Wedensky.* Полемическая замѣтка. 8. **Gaucher** et **Desmoulière.** *Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques.* Клинико-экспериментальныя данныя. 9. **R. Turró.** *Le glucose dans les cultures du pneumocoque.* Количество глюкозы въ фильтратахъ пнеймококковыхъ разводокъ значительно уменьшено. 10. **A. Brault** et **M. Loeper.** *Le glycogène dans le développement de quelques organismes inférieurs.* Устанавливаетъ присутствіе гликогена всюду, гдѣ есть энергичный процессъ развитія и роста. 11. **Pierre Nobécourt** et **Georges Vitry.** *Modifications de l'eau distillée et des solutions chlorurées sodiques dans l'intestin grêle du lapin.* О всасываніи въ кишечникѣ у кроликовъ. Экспериментальное изслѣдованіе.

La Médication martiale, августъ, т. XVIII, № 8.

1. **A. Poncet.** *Trismus ou constriction actinomycosique des machoires.* Клиническая лекція. 2. **Albert Robin.** *Traitement medical du cancer de l'estomac.* Клиническая лекція о ракѣ желудка и его лѣченія.

Revue médicale de la Suisse Romande, августъ № 8.

1. **Ermanno Chilesotti.** *Les carcinomes calcifiés de la peau (épithéliomes calcifiés) Étude sur un carcinome de la peau, primitif, multiple, calcifié.* (Окончаніе). 2. **E. Tavel.** *Technique de l'opération radicale de la hernie ombilicale.* Новый способъ автора состоитъ въ перекручиваніи грыжевого мѣшка и завязываніи на немъ узловъ. 3. **Herzen.** *Nouvelle phase de la question concernant les rapports fonctionnels entre rate et pancréas.* Краткій очеркъ литературы. 4. **A. Mayor.** *Quelques réflexions au sujet des leçons du prof. Dubois sur les psychonévroses.* Критическая замѣтка.

Revue de chirurgie, августъ, № 8, г. 24.

1. **L. Berard** et **R. Leriche.** *Les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant.* Клиническіе случаи съуженія просвѣта тощихъ кишекъ у дѣтей. 2. **Ch. Dujarier.** *Du traitement des fractures récentes fermées par l'agrafage métallique.* Способъ соединенія отломковъ кости металлическими скобками. 3. **Henri Coubet.** *La tuberculose du coccyx.* О бугорчатковомъ пораженіи копчика. (Не окончена). 4. **O. Lanz** et **E. Tavel.** *Bactériologie de l'appendicite.* Бактеріологія воспаленія червеобразнаго отростка. 5. **Ch. Sulliard.** *De la valeur clinique de la courbe leucocytaire dans les maladies chirurgicales et en particulier dans l'appendicite. Etat de question.* Литературно-критическій обзоръ. 6. **F. Gross** et **G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* О прободающихъ язвахъ желудка. 7. **Mally** et **L. Richon.** *Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consecutives aux traumatismes articulaire.* (Продолженіе).

Revue de médecine, августъ, № 8, г. 24.

1. **P. E. Launois** et **P. Émilie Weil.** *Contribution à l'étude de l'anémie dite pernicieuse progressive, trois cas d'anémie métaplastique.* Описаніе случаевъ. 2. **V. Le Goïc.** *Contribution à l'étude des inversions viscérales.* 1 случай извращеннаго положенія внутренностей. 3. **G. Carriere** et **Ch. Dancourt.** *Étude sur les variations de la tension artérielle dans la fièvre typhoïde chez l'enfant.* О колебаніяхъ артеріальнаго кровяного давленія при брюшномъ тифѣ у дѣтей.

Нѣмецкіе.

Archiv für Hygiene, т. LI, тетр. 2.

1. **Gottlieb Salus.** *Zur Biologie der Fäulniss.* Бактеріологическія изслѣдованія и химическій анализъ продуктовъ гніенія. 2. **Toyokichi Kita.** *Ueber Zusammensetzung und Preis von Fleischsorten und Wurstwaren.* Сравнительная оцѣнка питательности и стоимости различныхъ сортовъ мяса. 3. **Онъ-же.** *Ueber die Fettbestimmung im Fleisch und Fleischwaaren mittels des Gerberschen Azid-Butyrometers.* Считаетъ способъ опредѣленія количества жировъ въ мясныхъ продуктахъ посредствомъ бутирометра практически удобнымъ. 4. **Stan. Bažička.** *Studien zur relativen Photometrie.* Послѣ сравнительной оцѣнки существующихъ главныхъ способовъ измѣренія силы свѣта съ помощью фотометра, описываетъ свой собственный способъ.

Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie, августъ, т. V, тетр. 11 и 12.

1. **Thos St. Githens.** *Der Einfluss von Nahrungs-und Blutentziehung auf die Zusammensetzung des Blutplasmas.* Опыты на собакахъ и кроликахъ. 2. **K. A. H. Mörner.** *Bemerkungen zu dem Aufsatze Oswalds «Untersuchungen über das Harneiweiss».* Полемическая статья. 3. **Leo Loeb.** *Weitere Untersuchungen über Blutgerinnung.* Экспериментальное изслѣдованіе процесса свертыванія крови. 4. **A. J. J. Vandevelde.** *Ueber die Einwirkung von Wasserstoffhyperoxyd auf Enzyme.* Дѣйствіе перекиси водорода на бродила, по наблюденіямъ автора, различное. 5. **A. J. J. Vandevelde H. de Waele** und **E. Sugg.** *Ueber proteolytische Enzyme der Milch.* О расщепляющемъ бѣлки бродилѣ молока. 6. **Lafayette. B. Mendel.** *Ueber das Vorkommen von Taurin in den Muskeln von Weichtieren.* Краткая замѣтка. 7. **O. Schumm.** *Nachtrag zu meiner Abhandlung «Ueber ein proteolytisches Ferment im Blute bei myelogener Leukämie».* Дополненіе къ ранѣе напечатанной работѣ.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Deutsche Aerzte-Zeitung, августъ, тетр. 16.

1. **Aufrecht.** *Ueber Rexotan.* Результаты опытовъ на собакахъ. 2. **Plachte.** *Zur Lehre von den epidemischen Erythemen.* Отличительное распознаваніе erythema exsudativ. multiforme Megalerythema. 3. **Macleod Yearsley.** *Die medicinische Wissenschaft bei den alten Aegyptern.* Историческій очеркъ. 4. **Ludwig Hirsch.** *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолж.).

Сентябрь, тетр. 17.

1. **Valdemar Bie.** *Beiträge zur bakteriologischen Diphtheriediagnostik.* Новый способъ бактеріоскопическаго изслѣдованія на дифтерійныя палочки. 2. **Otto Günzel.** *Ueber medikamentöse Inhalationen.* Способъ введенія лѣкарственныхъ веществъ черезъ дыхательные пути. 3. **Ludwig Hirsch.** *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолженіе).

Hygienische Rundschau, іюль, № 13.

1. **Tjaden** *Hygienisch-bakteriologische Untersuchungsstellen in den Städten.* Краткій отчетъ директора гигіеническаго Института въ Bremen'ѣ. 2. **C Hagemann.** *Eine Vereinfachung des Drigalski-Nährbodens.* Видоизмѣненіе среды, предложенной *Drigalsk*'имъ для выдѣленія тифозныхъ палочекъ.

№ 14.

1. **H. Clauditz.** *Ein Beitrag zur quantitativen bakteriologischen Wasseruntersuchung.* Провѣрка способа, предложеннаго *Ruata.* 2. **Stephanie Rosenblatt.** *Vergleichende Untersuchungen über die verschiedenen Methoden zum Nachweiss der Tuberkelbacillen im Sputum.* Сравненіе нѣсколькихъ способовъ, предложенныхъ различными авторами. 3. **Erich Flade.** *Zur Alkoholfrage.* Литературный очеркъ вопроса о значеніи алкоголя.

Августъ, № 15.

1. **G. Jorns.** *Ueber die Brauchbarkeit des Malachitgrün-Nähragars zum Nachweise von Typhusbacillen.* Провѣрилъ предложенный *Löffler*'омъ способъ окрашивать агаръ малахитовой зеленью для отличія тифозныхъ разводокъ отъ другихъ, сходныхъ по виду. 2. **Clauditz.** *Untersuchungen über die Brauchbarkeit des von Endo empfohlenen Fuchsinagars zur Typhusdiagnose.* Провѣрка способа, предложеннаго *Endo* и состоящаго въ подкрашиваніи питательной среды фуксиномъ.

Сентябрь, № 17.

1. **L. Voigt.** *Das Leicester stamping out system und der Bericht Killick Millards über die Pockenepidemie zu Leicester.* Критическій разборъ отчета. 2. **Walter Buchholz.** *Ueber Züchtung von Tuberkelbacillen aus menschlichem Sputum.* Критическая замѣтка по поводу новаго способа вырѣзыванія палочекъ бугорчатки. 3. **Hugo Laser.** *Ueber Heiligkeitsprüfungen in Schulen mit dem Wingenschen Helligkeitsprüfer.* Считаетъ приборъ *Wingens*'а пригоднымъ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславовъ.

CXCII. Врожденный вывихъ колѣнныхъ суставовъ.

Проф. Г. И. Турнера.

Приступая къ описанію случая, представляющаго интересъ клиническій и лѣчебный, я затруднялся выбрать заглавіе статьи, такъ какъ обезображиваніе, о которомъ идетъ рѣчь, по внѣшнему своему виду, способу происхожденія и анатомической подкладкѣ даетъ право относить его въ различныя рубрики ортопедическихъ наименованій.

Ненормальный перегибъ колѣна въ обратную сторону составляетъ основной признакъ многоразличной ортопедической группы случаевъ — «genu recurvatum»; смѣщеніе голени по отношенію къ бедру въ дальнѣйшихъ стадіяхъ, особенно вслѣдствіе попытокъ къ передвиженію, дастъ поводъ говорить о вывихѣ голени впередъ; наконецъ, начало обезображиванія, подмѣчаемое въ первый-же моментъ внѣутробной жизни, даетъ основаніе говорить о врожденномъ явленіи.

Изъ сказаннаго очевидно, что для подобныхъ случаевъ ни названіе «genu recurvatum», ни названіе «luxatio» не удовлетворяютъ — одно, какъ мало значущее, другое, какъ несоотвѣтствующее.

Вотъ почему въ сравнительно небольшой литературѣ даннаго вопроса много мѣста удѣлено — и, по моему мнѣнію, безъ особой пользы—спору о томъ, куда отнести разбираемое обезображиваніе. Если однако склоняться въ ту или другую сторону, то надо согласиться съ *Drehmann*'омъ [1]) въ томъ отношеніи, что перегибъ колѣна въ другую сторону при genu recurvatum не исключаетъ сгибанія колѣна въ нормальную сторону, чего обыкновенно не бываетъ въ разбираемыхъ мною случаяхъ отчасти вслѣдствіе смѣщенія суставныхъ концовъ, отчасти вслѣдствіе сокращенія 4-главой мышцы, и, стало быть, слово «вывихъ» будетъ болѣе подходяще.

Сущность этого обезображиванія конечности сводится, несомнѣнно, къ одному изъ проявленій уродливаго развитія, наблюдаемому у человѣка въ столь разнообразныхъ формахъ по отношенію къ различнымъ областямъ тѣла, не исключая и суставовъ. Я не имѣю въ виду на страницахъ журнала, цѣли и размѣры котораго должны налагать ограниченіе на длину строго теоретическихъ разсужденій, входить въ подробности объ исходныхъ причинахъ происхожденія ниже описываемаго случая. Я долженъ-бы былъ вдаться при этомъ въ общее разсмотрѣніе происхожденія различныхъ врожденныхъ обезображиваній конечностей, въ родѣ косолапостей, врожденныхъ вывиховъ, недоразвитія или полнаго отсутствія конечностей или части ихъ и пр. Задача моя въ этомъ отношеніи, кромѣ того, облегчается еще тѣмъ обстоятельствомъ, что читатель, интересующійся такими данными, найдетъ полное удовлетвореніе въ прекрасно обработанной статьѣ *И. И. Чарномской* [2]), помѣщенной въ юбилейномъ, въ честь проф. *Н. А. Вельяминова*, № «Хирургическаго Архива» за 1902 г. и посвященной разбору случая, затрагиваемаго и мною, а также въ обстоятельной работѣ *Drehmann*'а, собравшаго статистику по данному вопросу до 1900 г. и освѣтившаго дѣло со стороны патологической, клинической и терапевтической. Врожденный вывихъ колѣна представляетъ одинъ изъ типовъ врожденныхъ вывиховъ вообще. Однако на ряду съ врожденными вывихами въ тазобедренномъ суставѣ вывихъ колѣна представляетъ гораздо болѣе рѣдкое явленіе, которому, какъ и всѣмъ другимъ вывихамъ, удѣлено не много вниманія. Несомнѣнно, что число наблюдаемыхъ случаевъ послѣдняго рода нѣсколько больше, чѣмъ можно судить о томъ по литературнымъ даннымъ; и, дѣйствительно, въ послѣднее время казуистика на эту тему быстро растетъ. Послѣднее обстоятельство, вѣроятно, объясняется практическимъ интересомъ, который нынѣ пріобрѣтаютъ эти случаи съ точки зрѣнія лѣченія усовершенствованными пріемами современной ортопедіи; раньше, до 1-ой $^1/_2$ истекшаго 100 лѣтія, по видимому, объ этихъ случаяхъ упоминаній не встрѣчается (*Drehmann*): они оставались мало интересными, непоправимыми уродствами.

О томъ, что это обезображиваніе можетъ ускользнуть отъ вниманія наблюдателя, говорить, конечно, не приходится. Въ противоположность даннымъ при врожденномъ вывихѣ бедра, открываемомъ иногда спустя много лѣтъ послѣ рожденія; здѣсь встрѣчаются столь очевидныя и поражающія измѣненія въ колѣнномъ суставѣ, что проглядѣть ихъ невозможно. Этимъ, можетъ быть, и объясняется тотъ фактъ, что въ статистикѣ по врожденнымъ вывихамъ колѣна приводятся исключительно случаи, относящіеся къ раннему дѣтскому возрасту, и лишь *Reiner* [3]) недавно описалъ случай, относящійся къ больному 8 лѣтъ. Моя больная такимъ образомъ является еще болѣе рѣдкимъ исключеніемъ.

Касаясь слегка причинъ и сущности разбираемаго обезображиванія на основаніи собственныхъ ограниченныхъ наблюденій, я долженъ прежде всего замѣтить, что вижу въ этой формѣ обезображиванія нѣчто своеобразное, типическое. Помимо описываемаго ниже случая, мнѣ очень недавно пришлось наблюдать другой—точную съ него копію въ миніатюрѣ: то былъ новорожденный младенецъ, у котораго ясно были выражены всѣ явленія, столь отчетливо замѣтныя на нижепомѣщаемомъ моемъ снимкѣ и на изображеніи мальчика въ статьѣ *Reiner*'а— тотъ-же перегибъ колѣна и подвывихъ голени, тоже искривленіе стопъ въ видѣ pes equino-varus, таже невозможность выпрямить ноги и пр.

Полагаясь на собственныя наблюденія, я по поводу происхожденія даннаго обезображиванія склоняюсь къ мнѣнію *Drehmann*'а, по которому суть дѣла въ томъ, что младенецъ внутриутробно расположенъ былъ и росъ съ неправильно вытянутыми ногами; при развитіи конечностей въ длину онѣ должны были перегибаться въ колѣнѣ, при чемъ ступни были обращены къ лицу или къ подмышкѣ; ненормальное давленіе стѣнокъ матки при этихъ условіяхъ могло дать и косолапость. Соотвѣтственно разгибанію колѣна суставные концы его, связочный приборъ и сумка терпѣли измѣненія, которыя, однако, не заходятъ очень далеко, ибо, какъ это было и въ моемъ случаѣ, рѣзкихъ отступленій въ этомъ отношеніи не наблюдается. При такомъ предположеніи можно объяснять образованіе genu recurvatum или вывиха лишь разными степенями одной и той-же причины; на образованіе вывиха голени можетъ вліять и послѣдовательная попытка пользоваться ногами для передвиженія.

О томъ, что въ основѣ этого искривленія нѣтъ солидныхъ измѣненій анатомическихъ, особенно скелета, я могу говорить съ положительностью даже на основаніи тѣхъ небольшихъ данныхъ, которыми располагаю самъ.

Какъ изслѣдованіе лучами *Roentgen*'а (см. тѣнеписные снимки 2 и 3), такъ и осмотръ сустава во время операціи показали мнѣ, что суставные концы бедренной кости и костей голени вполнѣ развиты, но не имѣютъ слѣдовъ взаимнаго приспособленія. Крестообразныя связки истончены и растянуты, полулунные хрящи развиты слабо, суставныя ямки въ берцевой кости выражены мало, мыщелки бедра удлинены и, вмѣсто цилиндрическихъ валиковъ, изображаютъ удлиненные призматическіе выступы съ гранью во фронтальной плоскости и съ неправильно 3-угольнымъ разрѣзомъ въ сагиттальной. Весь суставной конецъ бедренной кости какъ-бы сплющенъ въ переднезаднемъ размѣрѣ, и ямка между мыщелками на передней поверхности расширена и углублена (вслѣдствіе давленія передняго края больше-берцевой кости). Всѣ эти явленія какъ-бы указываютъ на то, что внутриутробное ненормальное положеніе конечности было явленіемъ первичнымъ, а все остальное произошло послѣдовательно.

Раннее распознаваніе этого обезображиванія въ связи съ сравнительно некрупными анатомическими отступленіями и доступностью сустава для воздѣйствій лежатъ, какъ уже сказано, въ основѣ того, что статистика разбираемаго уродства относится къ раннему возрасту, въ которомъ, какъ показываетъ опытъ, исправить обезображиваніе удается успѣшно; у взрослыхъ этого не наблюдается. Съ этой точки зрѣнія нижеслѣдующій случай какъ по клиническимъ даннымъ, такъ и по трудности оперативнаго лѣченія представляетъ, мнѣ кажется, нѣкоторый интересъ.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, августъ, 4-ый рядъ, т. I.

1. **J. Chatin.** *Les moustiques à Paris. Moyens d'arrêter leur développement.* Заключеніе, представленное авторомъ на запросъ администраціи по данному вопросу. 2. **M. Mercier.** *Un adolescent dégénéré.* Судебно-психіатрическая экспертиза въ одномъ случаѣ. 3. **L. Spillmann** et **P. Blum.** *Un cas d'intoxication subaigue par le sublimé.* Описаніе случая. 4. **P. Brouardel.** *Arrachement total de la langue par la personne elle-même. Guérison. Conservation de la parole.* Случай вырыванія собственнаго языка. 5. **J. Brault.** *Hygiène et prophylaxie dans les pays chauds.* Критическій очеркъ. 6. **Etienne Ginestous.** *Dacryocystite ancienne ulceration traumatique de la cornée kératite suppurative.* Описаніе случая. 7. **Balestre et Camons.** *La désinfection urbaine.* Критическій обзоръ. 8. **L. Lewin.** *Des moyens d'améliorer la condition des ouvriers dans les industries toxiques.* О предохранительныхъ мѣрахъ при производствѣ ядовитыхъ веществъ.

Bulletin de L'Institut Pasteur, августъ, т. II, № 16.

1. **Безрѣдка.** *Existe-t il un ou plusieurs streptocoques?* Литературно-критическій обзоръ.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris, мартъ, т. VI, № 3.

1. **G. Milian.** *Structure de l'épiploon du cobaye.* Анатомическое и микроскопическое изслѣдованіе сальника у морскихъ свинокъ.

Journal de physiologie et de pathologie générale, іюль, т. VI, № 4.

1. **N. C. Paulesco.** *L'action des sels des métaux alcalins sur la substance vivante.* По наблюденіямъ автора минимальныя дозы солей, дѣйствующія на дрожжевые грибки, почти равны молекулярному вѣсу, раздѣленному на 0,55. 2. **Edmond Buffa.** *Sur une combinaison sulfurée des tissus animaux.* Въ нѣкоторыхъ тканяхъ животныхъ можно доказать присутствіе протеиноваго вещества, содержащаго сѣру, которое послѣ окисленія даетъ цистинъ. 3. **Léon Plumier.** *Action de l'adrenaline sur la circulation cardio-pulmonaire.* Дѣйствіе адреналина на сердечно-легочное кровообращеніе. Экспериментальное изслѣдованіе. 4. **S. Tchiriev.** *Propriétés électromotrices du cerveau et du coeur.* Критическій очеркъ. 5. **Th. Tour.** *Le téléphone comme indicateur de l'excitation nerveuse.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **J. Tissot.** *Nouvelle méthode de mesure et d'inscription du débit et des mouvements respiratoires.* Описаніе способа и рисунки. 7. **С. Чирьевъ.** *Réponse à M. le professeur N. E. Wedensky.* Полемическая замѣтка. 8. **Gaucher et Desmoulière.** *Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques.* Клинико-экспериментальныя данныя. 9. **R. Turró.** *Le glucose dans les cultures du pneumocoque.* Количество глюкозы въ фильтратахъ пнеймококковыхъ разводокъ значительно уменьшено. 10. **A. Brault** et **M. Loeper.** *Le glycogène dans le développement de quelques organismes inférieurs.* Устанавливаетъ присутствіе гликогена всюду, гдѣ есть энергичный процессъ развитія и роста. 11. **Pierre Nobécourt** et **Georges Vitry.** *Modifications de l'eau distillée et des solutions chlorurées sodiques dans l'intestin grêle du lapin.* О всасываніи въ кишечникѣ у кроликовъ. Экспериментальное изслѣдованіе.

La Médication martiale, августъ, т. XVIII, № 8.

1. **A. Poncet.** *Trismus ou constriction actinomycosique des machoires.* Клиническая лекція. 2. **Albert Robin.** *Traitement medical du cancer de l'estomac.* Клиническая лекція о ракѣ желудка и его лѣченіи.

Revue médicale de la Suisse Romande, августъ № 8.

1. **Ermanno Chilesotti.** *Les carcinomes calcifiés de la peau (épithéliomes calcifiés) Étude sur un carcinome de la peau, primitif, multiple, calcifié.* (Окончаніе). 2. **E. Tavel.** *Technique de l'opération radicale de la hernie ombilicale.* Новый способъ автора состоитъ въ перекручиваніи грыжевого мѣшка и завязываніи на немъ узловъ. 3. **Herzen.** *Nouvelle phase de la question concernant les rapports fonctionnels entre rate et pancréas.* Краткій очеркъ литературы. 4. **A. Mayor.** *Quelques réflexions au sujet des leçons du prof. Dubois sur les psychonévroses.* Критическая замѣтка.

Revue de chirurgie, августъ, № 8, г. 24.

1. **L. Berard** et **R. Leriche.** *Les sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant.* Клиническіе случаи съуженія просвѣта тощихъ кишекъ у дѣтей. 2. **Ch. Dujarier.** *Du traitement des fractures récentes fermées par l'agrafage métallique.* Способъ соединенія отломковъ кости металлическими скобками. 3. **Henri Coubet.** *La tuberculose du coceyx.* О бугорчатковомъ пораженіи копчика. (Не окончена). 4. **O. Lanz** et **E. Tavel.** *Bactériologie de l'appendicite.* Бактеріологія воспаленія червеобразнаго отростка. 5. **Ch. Sulliard.** *De la valeur clinique de la courbe leucocytaire dans les maladies chirurgicales et en particulier dans l'appendicite. Etat de question.* Литературно-критическій обзоръ. 6. **F. Gross** et **G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* О прободающихъ язвахъ желудка. 7. **Mally** et **L. Richon.** *Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consecutives aux traumatismes articulaire.* (Продолженіе).

Revue de médecine, августъ, № 8, г. 24.

1. **P. E. Launois** et **P. Émilie Weil.** *Contribution à l'étude de l'anémie dite perniciouse progressive, trois cas d'anémie métaplastique.* Описаніе случаевъ. 2. **V. Le Goïc.** *Contribution à l'étude des inversions viscérales.* 1 случай извращеннаго положенія внутренностей. 3. **G. Carriere** et **Ch. Dancourt.** *Étude sur les variations de la tension artérielle dans la fièvre typhoïde chez l'enfant.* О колебаніяхъ артеріальнаго кровяного давленія при брюшномъ тифѣ у дѣтей.

Нѣмецкіе.

Archiv für Hygiene, т. LI, тетр. 2.

1. **Gottlieb Salus.** *Zur Biologie der Fäulniss.* Бактеріологическія изслѣдованія и химическій анализъ продуктовъ гніенія. 2. **Toyokichi Kita.** *Ueber Zusammensetzung und Preis von Fleischsorten und Wurstwaren.* Сравнительная оцѣнка питательности и стоимости различныхъ сортовъ мяса. 3. Онъ-же. *Ueber die Fettbestimmung im Fleisch und Fleischwaaren mittels des Gerberschen Azid-Butyrometers.* Считаетъ способъ опредѣленія количества жировъ въ мясныхъ продуктахъ посредствомъ бутирометра практически удобнымъ. 4. **Stan. Bažička.** *Studien zur relativen Photometrie.* Послѣ сравнительной оцѣнки существующихъ главныхъ способовъ измѣренія силы свѣта съ помощью фотометра, описываетъ свой собственный способъ.

Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie, августъ, т. V, тетр. 11 и 12.

1. **Thos St. Githens.** *Der Einfluss von Nahrungs-und Blutentziehung auf die Zusammensetzung des Blutplasmas.* Опыты на собакахъ и кроликахъ. 2. **K. A. H. Mörner.** *Bemerkungen zu dem Aufsatze Oswalds «Untersuchungen über das Harneiweis».* Полемическая статья. 3. **Leo Loeb.** *Weitere Untersuchungen über Blutgerinnung.* Экспериментальное изслѣдованіе процесса свертыванія крови. 4. **A. J. J. Vandevelde.** *Ueber die Einwirkung von Wasserstoffhyperoxyd auf Enzyme.* Дѣйствіе перекиси водорода на бродила, по наблюденіямъ автора, различное. 5. **A. J. J. Vandevelde H. de Waele** und **E. Sugg.** *Ueber proteolytische Enzyme der Milch.* О расщепляющемъ бѣлки бродилѣ молока. 6. **Lafayette. B. Mendel.** *Ueber das Vorkommen von Taurin in den Muskeln von Weichtieren.* Краткая замѣтка. 7. **O. Schumm.** *Nachtrag zu meiner Abhandlung «Ueber ein proteolytisches Ferment im Blute bei myelogener Leukämie».* Дополненіе къ ранѣе напечатанной работѣ.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Deutsche Aerzte-Zeitung, августъ, тетр. 16.

1. **Aufrecht.** *Ueber Rexotan.* Результаты опытовъ на собакахъ. 2. **Plachte.** *Zur Lehre von den epidemischen Erythemen.* Отличительное распознаваніе erythema exsudativ. multiforme Megalerythema. 3. **Macleod Yearsley.** *Die medicinische Wissenschaft bei den alten Aegyptern.* Историческій очеркъ. 4. **Ludwig Hirsch.** *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолж.).

Сентябрь, тетр. 17.

1. **Valdemar Bie.** *Beiträge zur bakteriologischen Diphtheridiagnostik.* Новый способъ бактеріоскопическаго изслѣдованія на дифтерійныя палочки. 2. **Otto Günzel.** *Ueber medikamentöse Inhalationen.* Способъ введенія лѣкарственныхъ веществъ черезъ дыхательные пути. 3. **Ludwig Hirsch.** *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолженіе).

Hygienische Rundschau, іюль, № 13.

1. **Tjaden** *Hygienisch-bakteriologische Untersuchungsstellen in den Städten.* Краткій отчетъ директора гигіеническаго Института въ Bremen'ѣ. 2. **C Hagemann.** *Eine Vereinfachung des Drigalski-Nährbodens.* Видоизмѣненіе среды, предложенной *Drigalsk*'имъ для выдѣленія тифозныхъ палочекъ.

№ 14.

1. **H. Clauditz.** *Ein Beitrag zur quantitativen bakteriologischen Wasseruntersuchung.* Провѣрка способа, предложеннаго *Ruata.* 2. **Stephanie Rosenblatt.** *Vergleichende Untersuchungen über die verschiedenen Methoden zum Nachweiss der Tuberkelbacillen im Sputum.* Сравненіе нѣсколькихъ способовъ, предложенныхъ различными авторами. 3. **Erich Flade.** *Zur Alkoholfrage.* Литературный очеркъ вопроса о значеніи алкоголя.

Августъ, № 15.

1. **G. Jorns.** *Ueber die Brauchbarkeit des Malachitgrün-Nährgars zum Nachweise von Typhusbacillen.* Провѣрилъ предложенный *Löffler*'омъ способъ окрашивать агаръ малахитовой зеленью для отличія тифозныхъ разводокъ отъ другихъ, сходныхъ по виду. 2. **Clauditz.** *Untersuchungen über die Brauchbarkeit des von Endo empfohlenen Fuchsinagars zur Typhusdiagnose.* Провѣрка способа, предложеннаго *Endo* и состоящаго въ подкрашиваніи питательной среды фуксиномъ.

Сентябрь, № 17.

1. **L. Voigt.** *Das Leicester stamping out system und der Bericht Killick Millards über die Pockenepidemie zu Leicester.* Критическій разборъ отчета. 2. **Walter Buchholz.** *Ueber Züchtung von Tuberkelbacillen aus menschlichem Sputum.* Критическая замѣтка по поводу новаго способа вырѣзыванія палочекъ бугорчатки. 3. **Hugo Laser.** *Ueber Heiligkeitsprüfungen in Schulen mit dem Wingenschen Helligkeitsprüfer.* Считаетъ приборъ *Wingens*'а пригоднымъ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CXCII. Врожденный вывихъ колѣнныхъ суставовъ.

Проф. Г. И. Турнера.

Приступая къ описанію случая, представляющаго интересъ клиническій и лѣчебный, я затруднялся выбрать заглавіе статьи, такъ какъ обезображиваніе, о которомъ идетъ рѣчь, по внѣшнему своему виду, способу происхожденія и анатомической подкладкѣ даетъ право относить его въ различныя рубрики ортопедическихъ наименованій.

Ненормальный перегибъ колѣна въ обратную сторону составляетъ основной признакъ многоразличной ортопедической группы случаевъ — «genu recurvatum»; смѣщеніе голени по отношенію къ бедру въ дальнѣйшихъ стадіяхъ, особенно вслѣдствіе попытокъ къ передвиженію, дастъ поводъ говорить о вывихѣ голени впередъ; наконецъ, начало обезображиванія, подмѣчаемое въ первый-же моментъ внѣутробной жизни, даетъ основаніе говорить о врожденномъ явленіи.

Изъ сказаннаго очевидно, что для подобныхъ случаевъ ни названіе «genu recurvatum», ни названіе «luxatio» не удовлетворяютъ — одно, какъ мало значущее, другое, какъ несоотвѣтствующее.

Вотъ почему въ сравнительно небольшой литературѣ даннаго вопроса много мѣста удѣлено — и, по моему мнѣнію, безъ особой пользы—спору о томъ, куда отнести разбираемое обезображиваніе. Если однако склоняться въ ту или другую сторону, то надо согласиться съ *Drehmann*'омъ [1]) въ томъ отношеніи, что перегибъ колѣна въ другую сторону при genu recurvatum не исключаетъ сгибанія колѣна въ нормальную сторону, чего обыкновенно не бываетъ въ разбираемыхъ мною случаяхъ отчасти вслѣдствіе смѣщенія суставныхъ концовъ, отчасти вслѣдствіе сокращенія 4-главой мышцы, и, стало быть, слово «вывихъ» будетъ болѣе подходяще.

Сущность этого обезображиванія конечности сводится, несомнѣнно, къ одному изъ проявленій уродливаго развитія, наблюдаемому у человѣка въ столь разнообразныхъ формахъ по отношенію къ различнымъ областямъ тѣла, не исключая и суставовъ. Я не имѣю въ виду на страницахъ журнала, цѣли и размѣры котораго должны налагать ограниченіе на длину строго теоретическихъ разсужденій, входить въ подробности объ исходныхъ причинахъ происхожденія ниже описываемаго случая. Я долженъ-бы былъ вдаться при этомъ въ общее разсмотрѣніе происхожденія различныхъ врожденныхъ обезображиваній конечностей, въ родѣ косолапостей, врожденныхъ вывиховъ, недоразвитія или полнаго отсутствія конечностей или части ихъ и пр. Задача моя въ этомъ отношеніи, кромѣ того, облегчается еще тѣмъ обстоятельствомъ, что читатель, интересующійся такими данными, найдетъ полное удовлетвореніе въ прекрасно обработанной статьѣ *И. И. Чарномской* [2]), помѣщенной въ юбилейномъ, въ честь проф. *Н. А. Вельяминова*, № «Хирургическаго Архива» за 1902 г. и посвященной разбору случая, затрагиваемаго и мною, а также въ обстоятельной работѣ *Drehmann*'а, собравшаго статистику по данному вопросу до 1900 г. и освѣтившаго дѣло со стороны патологической, клинической и терапевтической. Врожденный вывихъ колѣна представляетъ одинъ изъ типовъ врожденныхъ вывиховъ вообще. Однако на ряду съ врожденными вывихами въ тазобедренномъ суставѣ вывихъ колѣна представляетъ гораздо болѣе рѣдкое явленіе, которому, какъ и всѣмъ другимъ вывихамъ, удѣлено не много вниманія. Несомнѣнно, что число наблюдаемыхъ случаевъ послѣдняго рода нѣсколько больше, чѣмъ можно судить о томъ по литературнымъ даннымъ; и, дѣйствительно, въ послѣднее время казуистика на эту тему быстро растетъ. Послѣднее обстоятельство, вѣроятно, объясняется практическимъ интересомъ, который нынѣ пріобрѣтаютъ эти случаи съ точки зрѣнія лѣченія усовершенствованными пріемами современной ортопедіи; раньше, до 1-ой $^1/_2$ истекшаго 100 лѣтія, по видимому, объ этихъ случаяхъ упоминаній не встрѣчается (*Drehmann*): они оставались мало интересными, непоправимыми уродствами.

О томъ, что это обезображиваніе можетъ ускользнуть отъ вниманія наблюдателя, говорить, конечно, не приходится. Въ противоположность даннымъ при врожденномъ вывихѣ бедра, открываемомъ иногда спустя много лѣтъ послѣ рожденія; здѣсь встрѣчаются столь очевидныя и поражающія измѣненія въ колѣнномъ суставѣ, что проглядѣть ихъ невозможно. Этимъ, можетъ быть, и объясняется тотъ фактъ, что въ статистикѣ по врожденнымъ вывихамъ колѣна приводятся исключительно случаи, относящіеся къ раннему дѣтскому возрасту, и лишь *Reiner* [3]) недавно описалъ случай, относящійся къ больному 8 лѣтъ. Моя больная такимъ образомъ является еще болѣе рѣдкимъ исключеніемъ.

Касаясь слегка причинъ и сущности разбираемаго обезображиванія на основаніи собственныхъ ограниченныхъ наблюденій, я долженъ прежде всего замѣтить, что вижу въ этой формѣ обезображиванія нѣчто своеобразное, типическое. Помимо описываемаго ниже случая, мнѣ очень недавно пришлось наблюдать другой—точную съ него копію въ миніатюрѣ: то былъ новорожденный младенецъ, у котораго ясно были выражены всѣ явленія, столь отчетливо замѣтныя на нижепомѣщаемомъ моемъ снимкѣ и на изображеніи мальчика въ статьѣ *Reiner*'а—тотъ-же перегибъ колѣна и подвывихъ голени, тоже искривленіе стопъ въ видѣ pes equino-varus, таже невозможность выпрямить ноги и пр.

Полагаясь на собственныя наблюденія, я по поводу происхожденія даннаго обезображиванія склоняюсь къ мнѣнію *Drehmann*'а, по которому суть дѣла въ томъ, что младенецъ внутриутробно расположенъ былъ и росъ съ неправильно вытянутыми ногами; при развитіи конечностей въ длину онѣ должны были перегибаться въ колѣнѣ, при чемъ ступни были обращены къ лицу или къ подмышкѣ; ненормальное давленіе стѣнокъ матки при этихъ условіяхъ могло дать и косолапость. Соотвѣтственно разгибанію колѣна суставные концы его, связочный приборъ и сумка терпѣли измѣненія, которыя, однако, не заходятъ очень далеко, ибо, какъ это было и въ моемъ случаѣ, рѣзкихъ отступленій въ этомъ отношеніи не наблюдается. При такомъ предположеніи можно объяснять образованіе genu recurvatum или вывиха лишь разными степенями одной и той-же причины; на образованіе вывиха голени можетъ вліять и послѣдовательная попытка пользоваться ногами для передвиженія.

О томъ, что въ основѣ этого искривленія нѣтъ солидныхъ измѣненій анатомическихъ, особенно скелета, я могу говорить съ положительностью даже на основаніи тѣхъ небольшихъ данныхъ, которыми располагаю самъ.

Какъ изслѣдованіе лучами *Roentgen*'а (см. тѣнеписные снимки 2 и 3), такъ и осмотръ сустава во время операціи показали мнѣ, что суставные концы бедренной кости и костей голени вполнѣ развиты, но не имѣютъ слѣдовъ взаимнаго приспособленія. Крестообразныя связки истончены и растянуты, полулунные хрящи развиты слабо, суставныя ямки въ берцевой кости выражены мало, мыщелки бедра удлинены и, вмѣсто цилиндрическихъ валиковъ, изображаютъ удлиненные призматическіе выступы съ гранью во фронтальной плоскости и съ неправильно 3-угольнымъ разрѣзомъ въ сагиттальной. Весь суставной конецъ бедренной кости какъ-бы сплющенъ въ переднезаднемъ размѣрѣ, и ямка между мыщелками на передней поверхности расширена и углублена (вслѣдствіе давленія передняго края больше-берцевой кости). Всѣ эти явленія какъ-бы указываютъ на то, что внутриутробное ненормальное положеніе конечности было явленіемъ первичнымъ, а все остальное произошло послѣдовательно.

Раннее распознаваніе этого обезображиванія въ связи съ сравнительно некрупными анатомическими отступленіями и доступностью сустава для воздѣйствій лежатъ, какъ уже сказано, въ основѣ того, что статистика разбираемаго уродства относится къ раннему возрасту, въ которомъ, какъ показываетъ опытъ, исправить обезображиваніе удается успѣшно; у взрослыхъ этого не наблюдается. Съ этой точки зрѣнія нижеслѣдующій случай какъ по клиническимъ даннымъ, такъ и по трудности оперативнаго лѣченія представляетъ, мнѣ кажется, нѣкоторый интересъ.

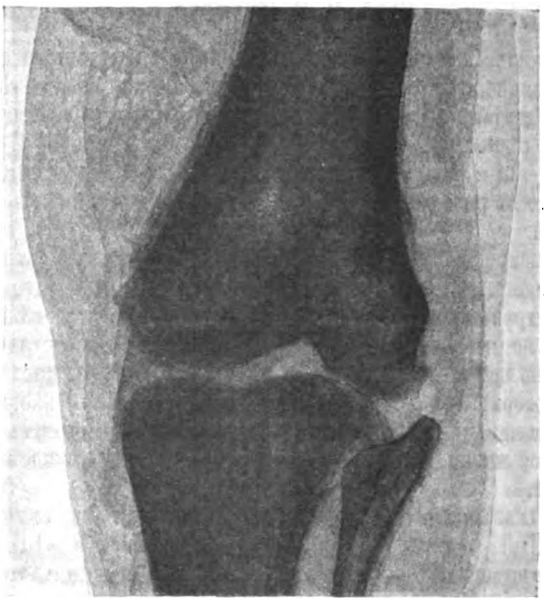
М. Т., 20 л., дѣвица, съ младенческаго возраста страдаетъ обезображиваніемъ ногъ, дѣлающимъ передвиженіе ея почти невозможнымъ. До послѣдняго времени она двигалась, упираясь обѣими руками на палку, при чемъ искривленныя ноги отчасти прикасались къ землѣ ступнями. Нѣсколько лѣтъ назадъ больная находилась въ пріютѣ калѣкъ при Максимиліановской лѣчебницѣ, гдѣ училась изготовленію ортопедическихъ приборовъ. Изъ пріюта она вышла, снабженная приспособленіями, дающими ей защиту для голеней, на заднюю поверхность которыхъ она и упиралась при передвиженіи, при чемъ ступни ея смотрѣли прямо впередъ. 29/x 1903 г. она поступила въ завѣдуемую мною ортопедическую клинику, готовая подвергнуться оперативному лѣченію, чтобы избавиться отъ тяготившаго ее уродства.

Вполнѣ здоровая, крѣпкаго сложенія дѣвушка при поступленіи въ клинику имѣла тогда видъ, какой изображенъ на снимкѣ 1. При ходьбѣ она опиралась на мыщелки бедра и на икры.

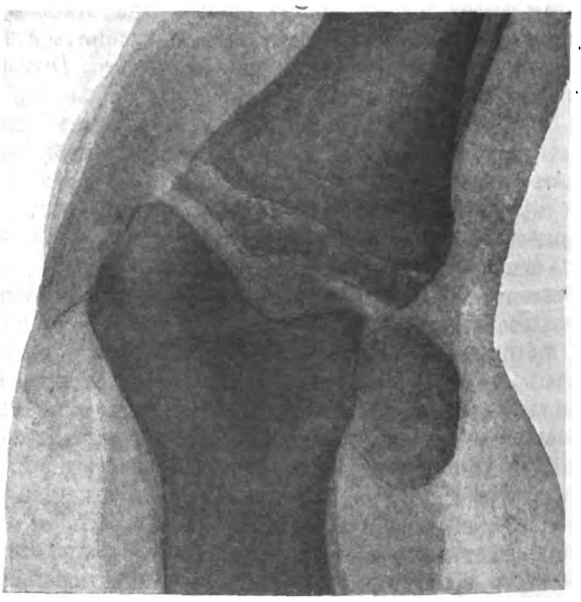
Снимокъ 1.

Оба колѣна были разогнуты въ обратную сторону, при чемъ открытые кпереди углы при стоячемъ положеніи имѣли справа 100°, слѣва 85°. Размѣры угловъ немного увеличивались и при лежаніи. При большомъ усиліи можно было довести углы до 130—140°. Вполнѣ выпрямить, а тѣмъ болѣе согнуть колѣна больная была не въ состояніи: этому препятствовали сильное сокращеніе 4-главой мышцы и отчасти подвывихъ голени впередъ. При изслѣдованіи оказалось, что мышцы бедра были прекрасно развиты какъ на передней, такъ и на задней поверхности; перевѣсъ въ силѣ, какъ сказано, былъ за 4-главой. На передней поверхности обоихъ колѣнъ ясно прощупывалась колѣнная чашка; сзади были ощутимы мыщелки бедра и скрытый въ желобѣ сосудисто-нервный пучекъ. Кромѣ ненормальнаго перегиба въ сагиттальной плоскости, на обоихъ колѣнахъ были боковыя сгибанія въ видѣ genu varum справа и genu valgum слѣва. Кожа спереди колѣна, мягкая, ложилась въ поперечныя складки, а сзади была натянута и загрубѣла. Помимо обезображиванія колѣнъ, у больной были рѣзко изуродованы и обѣ ступни: правая представляла сложныя явленія pedis equino—valgi excavati, лѣвая была вывернута въ положеніе тяжелаго pes varus; при складываніи обѣихъ ступней получалось хорошее прилеганіе тыльной поверхности лѣвой ступни въ изогнутой подошвѣ правой. Въ тазобедренныхъ суставахъ не было видимыхъ отступленій отъ нормы. Другихъ недостатковъ никакихъ не было. Общее здоровье и умственное развитіе были прекрасны.

При *Roentgen*'овскомъ изслѣдованіи колѣнъ, сдѣланномъ при поступленіи, обнаружены слѣдующія, отчасти выше уже упомянутыя, измѣненія. На снимкахъ въ 2-хъ плоскостяхъ видно, что суставные концы больше-берцовой и бедренной костей ясно очерчены и не особенно обезображены. Имѣется удлиненіе и заостреніе мыщелковъ бедра, сплющенныхъ сзади напередъ и изображающихъ, вмѣсто цилиндровъ, скорѣе призму съ гранью во фронтальной плоскости. Вывиха собственно не имѣется; но продолжительное прилеганіе передняго края больше-берцовой кости къ желобу между буграми дало увеличеніе ямки между мыщелками. Колѣнная чашка, отстающая отъ бедра, ясно видна.



Снимокъ 2.



Снимокъ 3.

Приступая къ оперативному лѣченію, я руководился слѣдующими соображеніями. Въ виду сложности дѣла необходимо было избрать болѣе краткій путь, который обезпечилъ-бы больной прочную походку и независимость отъ цѣнныхъ и ломкихъ ортопедическихъ приборовъ. Принимая во вниманіе, что правая нога была менѣе обезображена въ ступнѣ, я рѣшилъ выпрямить ее и сдѣлать на ней артродезъ въ колѣнномъ суставѣ, дабы сразу-же поставить больную на ноги, хотя-бы на одну, и дать ей прочную опору.

5/xi подъ хлороформнымъ наркозомъ я пересѣкъ на правой ногѣ Ахиллово сухожиліе и подошвенную фасцію открытыми разрѣзами и съ силой выпрямилъ ступню почти до нормы. Вслѣдъ затѣмъ поперечнымъ разрѣзомъ подъ колѣнной чашкой былъ вскрытъ правый колѣнный суставъ. По удаленіи истонченныхъ крестовидныхъ связокъ и слабо развитыхъ полулунныхъ хрящей концы костей съ помощью стамески и ложки приданы такъ, чтобы суставные отростки легли въ ямки на поверхности больше-берцовой кости; колѣнная чашка, освобожденная отъ хрящевого покрова, прилажена въ искусственную ямку на передней поверхности бедренной и больше-берцовой костей *). Шелковыми швами скрѣплены сумка, надколѣнниковая связка и кожа. Повязка—влажная асептическая, а затѣмъ гипсъ.

Заживленіе раны шло нормально. Спустя 3 недѣли послѣ операціи головной конецъ кровати былъ приподнятъ, дабы опорою больной ноги въ противоположный конецъ кровати вызвать раз-

*) Этотъ, употребленный мною, пріемъ пользованія колѣнной чашкой, какъ скрѣпляющимъ мостикомъ между суставными концами, заслуживаетъ вниманія. О немъ я надѣюсь побесѣдовать особо.

раженіе и ускореніе образованія костной спайки; тому-же способствовали поколачиваніемъ кулакомъ по подошвѣ.

23/XII, т. е. спустя около 7 недѣль, больная уже передвигалась на костыляхъ, опираясь на правую ногу, защищенную клеевымъ туторомъ.

17/I 1904 г. подъ наркозомъ было сдѣлано на лѣвой ногѣ подкожное сѣченіе сухожильной части 4-главой мышцы надъ колѣнной чашкой, при чемъ съ рѣзкимъ хрустомъ нога была выпрямлена и даже немного согнута въ нормальную сторону. Правая ступня, остававшаяся все еще въ положеніи pes equinus, была выпрямлена окончательно, при чемъ рубецъ подошвы порядочно глубоко разорванъ. Попытки выпрямить безкровно лѣвую ступню оказались неудачными и потому временно были отложены.

1/III 1904 г. подъ бромъ-этилъ-хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ на тылѣ лѣвой ступни и при помощи ложки и долота удалено отъ костей пяточной, кубовидной и клиновидныхъ столько, сколько понадобилось, чтобы придать ступнѣ почти нормальное, слегка конское (pes equinus) положеніе. Операцію, эту она недавно предложена была *Ogston*'омъ, какъ нѣчто среднее между вырѣзываніемъ цѣлыхъ костей и одной перерѣзкой связокъ,—я примѣнялъ уже нѣсколько разъ. На мой взглядъ она имѣетъ свои достоинства; она сводится къ извѣстной пластикѣ костей путемъ удаленія, сколько нужно, костнаго вещества.

Спустя нѣсколько недѣль эта послѣдняя рана совершенно зажила. Къ тому-же времени успѣлъ уже образоваться прочный анкилозъ праваго колѣннаго сустава. Для больной изготовлены приборы на обѣ ноги, на правую—только въ цѣляхъ предохраненія отъ случайности, на лѣвую—для выпрямленія колѣна во фронтальной плоскости и для предотвращенія ненормальнаго разгибанія. Приборы состояли изъ кожанныхъ гильзъ съ металлическими шинами и шарнирами, на лѣвой сторонѣ для колѣннаго и голеностопнаго суставовъ, на правой—только для ступни. Съ этими приспособленіями и опираясь на палку больная, принявшая человѣческій обликъ, покинула клинику на своихъ ногахъ.

Снимокъ 4.

Въ настоящее время, спустя ½-года, она можетъ дома стоять и ходить безъ приборовъ, но на улицѣ не рѣшается обходиться безъ нихъ. Положеніе стопъ почти правильное; правая стопа нѣсколько плоска, лѣвая—въ положеніи pes equinus. Правое колѣно недвижимо; нога—прямая. Въ лѣвомъ колѣнѣ сгибаніе возможно на 20—30°; переразгибаніе, хотя и небольшое, осталось, такъ-же, какъ и склонность къ искривленію въ сторону. Впослѣдствіи, когда больная оправится отъ продолжительнаго лѣченія, можно будетъ предпринять добавочныя улучшенія.

Ограничиваясь этимъ краткимъ описаніемъ случая, я смѣю думать, что онъ все-же представляетъ нѣкоторый

Снимокъ 5.

практическій интересъ. Случайно ускользнувъ отъ ортопедическаго лѣченія въ раннихъ стадіяхъ, когда задача была болѣе легка, обезображиваніе ногъ у больной оказалось все-же поправимымъ до нѣкоторой степени; во всякомъ случаѣ, при сочувствіи больной къ оперативному пособію, ей не было необходимости рисовать въ будущемъ совсѣмъ мрачныя картины.

Источники: 1. *Drehmann*. «Zeitschrift f. Orthopaedie», 1900 г. — 2. *И. И. Чарномская*. «Хирургическій Архивъ», 1902 г. — 3. *Reiner*. «Zeitschrift f. Orthopaedie», т. XIII, 1904 г.

CXCIII. Изъ хирургическаго отдѣленія П. И. Бухмана въ Семеновскомъ Александровскомъ военномъ госпиталѣ въ Петербургѣ.

Эмпіема грудной полости и ея оперативное лѣченіе.

С. С. Гирголава.

При разсмотрѣніи вопроса о способахъ оперативнаго вмѣшательства при томъ или иномъ заболѣваніи обыкновенно приходится сталкиваться съ большими затрудненіями въ смыслѣ разнородности матеріала. Какъ исходъ операціи, такъ и различія въ клиническомъ теченіи послѣопераціоннаго періода только при особыхъ условіяхъ со стороны матеріала можно отнести на счетъ самаго способа операціи. Въ этомъ отношеніи въ высшей степени благодарнымъ матеріаломъ являются больные военныхъ госпиталей, какъ лица одного возраста, находящіяся при томъ въ одинаковыхъ условіяхъ жизни. Поэтому я съ цѣлью выяснить вопросъ о выборѣ мѣста операціи при эмпіемѣ грудной полости, по предложенію глубокоуважаемаго *П. И. Бухмана*, воспользовался любезно предоставленнымъ имъ мнѣ матеріаломъ Семеновскаго Александровскаго военнаго госпиталя въ Петербургѣ. Въ этомъ госпиталѣ за 8 лѣтъ, съ 1896 г. по 1903 г., насчитывает-

№№ по порядку, начальныя буквы фамилій и годъ службы больныхъ.	Сложеніе.	Основная болѣзнь.	Мѣсяцъ заболѣванія.	Больная сторона.	Микроорганизмы, найденные въ гною.	Пробный (1-ый) проколъ.	Проколъ, давшій гной.	Операція.	Мѣсто операціи.	Способъ обезболиванія.	Послѣдующія заболѣванія.	Число дней отъ операціи до выздоровленія или смерти.	Исходъ.	Промыванія полости эмпіемы.
1896 г.														
1. М. Новобранецъ.	среднее	плейропнеймонія	декабрь	лѣвая	пнеймококки	—	17	20	8-ое ребро по лопаточной линіи	кокаинъ	—	65	выздоровленіе	не было
2. Б. 1 г.	тоже	фибринозная пнеймонія	ноябрь	тоже	тоже	—	—	23	торакотомія въ 8-мъ промежуткѣ подъ лопаткой	распыленіе эѳира	—	86	тоже	растворъ борной кислоты
3. Б. Новобранецъ.	?	—	мартъ	тоже	стрептококки	—	—	14	тоже по задней подмышковой	кокаинъ	гнилокровіе	27	смерть	не было
4. С. Тоже.	?	?	тоже	правая	бугорчатковыя палочки	—	—	28	7-ое ребро между задней и средней подмышковыми линіями	тоже	см. текстъ	5	тоже	тоже
5. Л. 2 г.	?	цынга	тоже	тоже	стрептококки	—	54	55	торакотомія въ 6-мъ промежуткѣ по подмышковой	тоже	см. текстъ	16	тоже	тоже
6. С. Тоже.	?	—	апрѣль	обѣ	тоже			см.	текстъ				тоже	тоже
7. К. Новобранецъ.	?	пнеймонія; нарывъ въ легкомъ	?	правая	пнеймококки	—	10	10	торакотомія?	тоже	отекъ гортани	2	тоже	тоже
1897 г.														
8. Д. 2 г.	?	плейропнеймонія	декабрь	правая	пнеймококки	—	18	19	6-ое ребро между задней и средней подмышковыми линіями	кокаинъ	—	281	выздоровленіе	физіологическій растворъ NaCl
9. М. [1]) Тоже.	крѣпкое	тоже	іюнь	лѣвая	?	—	21	23—33	6-ое ребро по подмышковой 7-ое » по лопаточной	хлороформъ	правосторонній бронхитъ	129	тоже	растворъ борной кислоты
10. Г. [1]) 1 г.	среднее	тоже	май	тоже	?	—	25	35	6-ое по средней подмышковой	тоже	—	96	тоже	не было
11. М. [1]). Тоже.	тоже	тоже	августъ	правая	?	—	25	27	5, 6, 7-ое ребра по передней подмышковой	тоже	—	69	тоже	растворъ борной кислоты
1898 г.														
12. К. Тоже.	тоже	плейропнеймонія	декабрь	лѣвая	?	—	20	23	7-ое ребро между задней подмышковой и лопаточной	хлороформъ	—	63	выздоровленіе	не было
13. Б. 2 г.	слабое	гриппозная пнеймонія	январь	тоже	?	—	—	138	торакотомія?	кокаинъ	отеки ногъ; бѣлокъ въ мочѣ, цилиндры	454	тоже	физіологическій растворъ NaCl
								354	7-ое и 8-ое ребра	хлороформъ				
1899 г.														
14. С. Тоже.	удовлетв.	плейропнеймонія	январь	правая	?	11	35	35	8-ое ребро по лопаточной	кокаинъ	—	100	выздоровленіе	не было
15. К. Воспитанникъ.	тоже	тоже	февраль	тоже	пнеймококки	—	12	13	торакотомія въ 7 промежуткѣ по лопаточной	тоже	—	143	тоже	—
1901 г.														
16. Ш. Новобранецъ.	?	тоже	декабрь	лѣвая	стафилококки и стрептококки	10	17	18	7-ое ребро по средней подмышковой	хлороформъ	сухой правостор. плейритъ	144	выздоровленіе	3 раза, 1%-ный содовый растворъ
17. Е. Тоже.	крѣпкое	тоже	ноябрь	правая	стафилококки и стрептококки	—	43	44	тоже по задней подмышковой	кокаинъ	лѣвостор. пнеймонія и правостор. паротитъ	130	тоже	не было

[1]) Операція произведена въ Красносельскомъ госпиталѣ.

18. Г. 2 г.	плохое	сывороточный плейритъ	декабрь	тоже	стафилококки	4	23	24	7-ое ребро по подмышковой	хлороформъ	—	95	выздоровленіе	не было
19. К. 1 г.	удовлетв.	—	февраль	тоже	стрептококки	—	21	24	тоже по средней подмышковой	кокаинъ	—	84	тоже	тоже
20. Б. 2 г.	среднее	фибринозная пнеймонія	апрѣль	тоже	пнеймококки	—	18	19	6-ое по задней подмышковой	тоже	начинающаяся чахотка (?)	101	тоже	тоже
21. Я. 4 г.	?	—	тоже	тоже	стрептококки и пнеймококки	—	53	54	торакотомія въ 6-мъ промежуткѣ по средней подмышковой	тоже	просовидная бугорчатка	19	смерть	тоже
1902 г.														
22. Ш. 2 г.	крѣпкое	фибринозная пнеймонія	декабрь	правая	пнеймококки	—	29	30	8-ое по лопаточной	кокаинъ	—	86	выздоровленіе	не было
23. К. 1 г.	хорошее	тоже	тоже	тоже	?	—	25	27	тоже	тоже	—	73	тоже	тоже
24. А. Тоже.	хорошее	тоже	тоже	лѣвая	стрептококки и стафилококки	—	17	18	7-ое по лопаточной	тоже	—	117	тоже	тоже
25. Я. Тоже.	среднее	плейропнеймонія	тоже	тоже	стрептококки и пнеймококки	6	13	22	8-ое по лопаточной	тоже	—	87	тоже	тоже
26. К. 3 г.	тоже	—	январь	правая	стрептококки	—	5	6	7-ое по лопаточной	тоже	—	58	тоже	тоже
27. Ж. 1 г.	тоже	сывороточный плейритъ	февраль	тоже	тоже	36	52	53	8-ое по лопаточной	тоже	—	143	тоже	1%-ный содовый растворъ
28. М. 4 г.	тоже	тоже	тоже	тоже	стафилококки	9	40	41	тоже	тоже	правостор. катаральная пнеймонія	223	тоже	не было
29. В. 1 г.	тоже	гриппозная пнеймонія	мартъ	лѣвая	стафило-стрепто- и пнеймококки	8 (гной)	32	21	тоже	тоже	—	83	тоже	физіологическій растворъ NaCl
30. Ш. Тоже.	тоже	сывороточный плейритъ	тоже	тоже	стрептококки; при поступленіи рана еще рубцевалась	7	19	19	тоже	тоже	правостор. сывороточный плейритъ	80	тоже	не было
31. Г. [1]) 2 г.	хорошее	?	май	правая	?	—	—	—	тоже	тоже	—	?	тоже	тоже
32. Г. [1]). Тоже.	?	?	апрѣль	лѣвая	тоже	—	—	—	тоже	тоже	—	?	тоже	тоже
33. П. [1]). Тоже.	?	фибринозная пнеймонія	іюнь	тоже	?	—	11	12	тоже	тоже	—	84	тоже	тоже
34. Г. [1]) 4 г.	?	тоже	іюль	тоже	?	—	?	27	тоже	тоже	перикардитъ (?)	67	тоже	тоже
1903 г.														
35. Р. Новобранецъ.	слабое	плейропнеймонія	декабрь	правая	пнеймококки	9	23	25	8-ое по лопаточной	кокаинъ	катарральная жаба	100	выздоровленіе	не было
36. П. 1 г.	хорошее	сыворочный плейритъ	тоже	тоже	?	7	44	45	тоже	тоже	—	78	тоже	тоже
37. Ш. 3 г.	среднее	тоже	январь	тоже	стрептококки	18	27	28	тоже	тоже	—	75	тоже	тоже
38. Ф. 1 г.	тоже	плейропнеймонія	февраль	лѣвая	пнеймококки	—	32	41	тоже	тоже	правостор. плейропнеймонія	—	тоже	тоже
39. Ю. 2 г.	плохое	плейритъ (?)	мартъ	тоже	стафилококки	11	38	39	тоже	тоже	рожа на лицѣ и въ зѣвѣ	2	смерть	тоже
40. С. [2]) 1 г.	среднее	сывороточный плейритъ	тоже	тоже	стафилококки и стрептококки	12	24	26	7-ое по средней подмышковой	хлороформъ	гноекровіе	136	выздоровленіе	1:1000 марганцевокислаго кали
41. З. ?	тоже	фибринозная пнеймонія	май	тоже	стрептококки	—	—	—	8-ое по лопаточной	кокаинъ	правостор. фибринозная пнеймонія	12	смерть	не было

[1]) Операція произведена въ Красносельскомъ госпиталѣ. — [2]) Операція произведена въ лазаретѣ Преображенскаго полка.

ся 52 случая эмпіемы. При лѣченіи эмпіематиковъ примѣнялись различные оперативные способы, сообразно особымъ показаніямъ и воззрѣніямъ оперировавшихъ врачей: торакотомія безъ изсѣченія ребра и торакотомія съ изсѣченіемъ одного или нѣсколькихъ реберъ, при чемъ разрѣзъ при этихъ операціяхъ въ началѣ дѣлали по подмышковымъ линіямъ, а затѣмъ по преимуществу по лопаточной. Основаніемъ того, что отдано было предпочтеніе послѣднему, послужили исключительно наблюденія надъ послѣоперационнымъ теченіемъ въ однородныхъ случаяхъ и рядъ теоретическихъ соображеній, о которыхъ будетъ сказано ниже. Матеріаломъ для моей работы служили данныя изъ врачебныхъ журналовъ, подлинныхъ исторій болѣзни (скорбные листки), протоколовъ патолого-анатомическихъ вскрытій и мѣсячныхъ и годовыхъ отчетовъ т. наз. грудного и хирургическаго отдѣленій госпиталя.

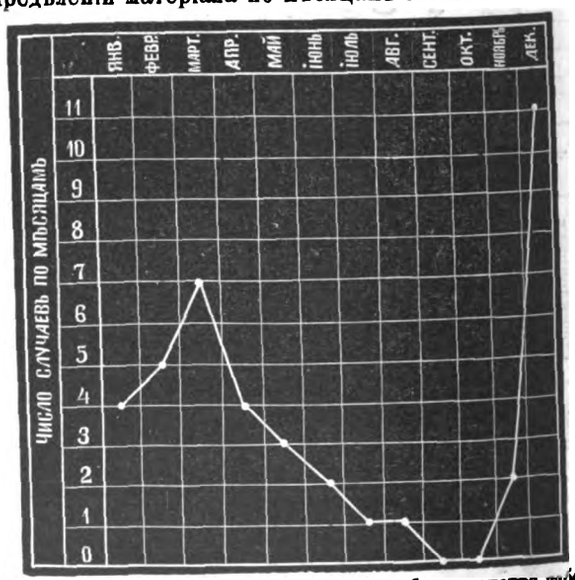
Какъ было уже сказано выше, я находился не только при разсмотрѣніи результатовъ различныхъ способовъ операціи эмпіемы, но и при выводѣ нѣкоторыхъ другихъ данныхъ въ особенно благопріятныхъ условіяхъ, такъ какъ все время имѣлъ дѣло исключительно съ нижними чинами войскъ Петербургскаго военнаго округа, главнымъ образомъ гвардейскихъ частей, на которыя падаетъ 75% общаго числа случаевъ эмпіемы; армейскія части дали 15% и нераспредѣленные въ части новобранцы—10%. Затѣмъ, всѣ больные были приблизительно одного возраста (21—25 л.) и находились во время болѣзни въ совершенно одинаковыхъ условіяхъ ухода и питанія. Это еще болѣе даетъ мнѣ основаніе думать, что тѣ различные результаты, которые достигались лѣченіемъ, зависѣли въ извѣстной степени и отъ различныхъ способовъ оперативнаго вмѣшательства. Къ сожалѣнію, изъ 52 бывшихъ въ госпиталѣ больныхъ мнѣ удалось собрать точныя свѣдѣнія лишь о 41. Свѣдѣнія, полученныя объ остальныхъ 11, главнымъ образомъ по врачебныхъ журналамъ, слишкомъ незначительны, чтобы можно было принимать ихъ во вниманіе при оцѣнкѣ способовъ операціи; поэтому они вошли лишь въ вычисленіе общаго % смертности за все указанное время. Эта видимая неполнота не имѣетъ, однако, существеннаго значенія, такъ какъ еще при собираніи матеріала было замѣчено, что каждый новый случай не только не противорѣчитъ полученнымъ ранѣе выводамъ, но, напротивъ, подтверждаетъ ихъ.

Такимъ образомъ представляемый мною матеріалъ вполнѣ удовлетворяетъ требованіямъ *Eulenburg*'а для оцѣнки различныхъ способовъ операціи. «Различные оперативные методы, говоритъ онъ, можно только тогда сравнивать между собою, если они примѣняются въ однородныхъ случаяхъ».

Большинство нижнихъ чиновъ поступали сначала въ грудное отдѣленіе госпиталя и уже затѣмъ, когда была обнаружена необходимость оперативнаго вмѣшательства, переводились въ хирургическое. На основаніи важнѣйшихъ свѣдѣній, полученныхъ изъ исторій болѣзни, составлена вышепомѣщенная таблица, при чемъ цифры въ ней получены слѣдующимъ образомъ: день, въ который производился проколъ или операція, считался отъ 1-го дня заболѣванія на основаніи анамнестическихъ данныхъ, днемъ же выздоровленія считался тотъ, когда въ исторіи болѣзни было отмѣчено полное закрытіе свищевого хода въ плеральную полость (см. табл.).

Эмпіема плеральной полости, какъ извѣстно, въ огромномъ большинствѣ случаевъ развивается вторично. Ближайшей ея причиною является поступленіе въ полость плеры въ большомъ количествѣ гноеродныхъ микроорганизмовъ, съ послѣдовательнымъ ея воспаленіемъ, при чемъ вслѣдствіе значительнаго выселенія изъ сосудовъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ выпотъ принимаетъ гнойный характеръ. При пробныхъ проколахъ поэтому можетъ быть получена жидкость, составляющая постепенный переходъ отъ сывороточнаго выпота къ гнойному, такъ что, строго говоря, точно поставить границы между сывороточнымъ выпотнымъ плеритомъ и началомъ эмпіемы не всегда возможно.

Микроорганизмы, обусловливающіе гнойное воспаленіе плеры, могутъ поступать туда самыми разнообразными путями. Наиболѣе простой и въ тоже время наиболѣе рѣдкій случай—это непосредственное проникновеніе микроорганизмовъ на какомъ-либо остромъ орудіи при случайномъ или умышленномъ раненіи. Въ числѣ случаевъ разбираемаго мною матеріала такого не наблюдалось. Значительно чаще микроорганизмы проникаютъ въ плеру при заболѣваніи сосѣднихъ органовъ, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ стоятъ легкія; поэтому фибринозныя, стрептококковыя, гриппозныя и бугорчатковыя воспаленія легкихъ главнымъ образомъ и служатъ источникомъ эмпіемы. Рѣже эмпіемы развиваются при заболѣваніи самой плеры при общихъ заразныхъ болѣзняхъ или на почвѣ разстройствъ обмѣна веществъ и питанія (цынга). Травма и простуда признаются лишь вспомогательными условіями при заболѣваніи. Наконецъ, плериты сывороточные, а въ послѣдовательномъ теченіи и гнойные, могутъ возникать, по свидѣтельству нѣкоторыхъ авторовъ (*Eichhorst*, *Н. А. Щеголевъ*) произвольно, т. е. при изслѣдованіи больного нельзя обнаружить, откуда могли проникнуть въ плеру гноеродные микроорганизмы. Въ такихъ случаяхъ заразное начало, по всей вѣроятности, или обращается въ крови и лимфатической системѣ и плера представляетъ лишь locum minoris resistentiae, или гнойный очагъ находится слишкомъ глубоко и ничѣмъ не обнаруживаетъ своего существованія. Такъ, напр., эмпіема можетъ развиться при какомъ-либо скрытомъ хроническомъ остеоміелитѣ (*Kümmel*). Какъ условія, предрасполагающія къ заболѣванію эмпіемой, я уже отмѣтилъ травму и простуду. Весьма возможно, что травма именно и играетъ роль въ этіологіи заболѣванія въ томъ смыслѣ, что создаетъ въ плерѣ locum minoris resistentiae при уже существующемъ зараженіи организма. Почти тоже значеніе имѣетъ и простуда, хотя больные очень часто приводятъ именно ее, какъ причину воспаленій легкихъ, изъ которыхъ уже вторично развивается эмпіема. Роль простуды въ этіологіи заболѣваній плеры можетъ быть до нѣкоторой степени выяснена при распредѣленіи матеріала по мѣсяцамъ заболѣванія.



По этой кривой видно, что начало большинства заболѣваній приходится на самую холодную часть года, а именно на начало сильныхъ морозовъ. Слѣдующее паденіе кривой можно до нѣкоторой степени объяснить привыканіемъ организма къ холоду. Къ веснѣ, когда число простудныхъ болѣзней вообще увеличивается, кривая вновь поднимается; лѣтомъ заболѣванія еще остаются, такъ какъ войска въ это время расположены въ лагерѣ, гдѣ опасность простудиться въ зависимости отъ погоды и условій жизни имѣется несомнѣнно; наконецъ, съ переходомъ въ теплыя зимнія помѣщенія и при отсутствіи большихъ холодовъ заболѣванія совершенно исчезаютъ. Такимъ образомъ кривая указываетъ на значительную этіологическую роль простуды въ возникновеніи воспаленія легкихъ съ осложненіемъ ихъ гнойнымъ плеритомъ. Замѣчу здѣсь-же, что плериты, возникающіе на почвѣ фибринознаго воспаленія легкихъ, обыкновенно сразу-же принимаютъ гнойный характеръ, не переходя стадіи сывороточнаго. Вообще, если вскорѣ послѣ

пнеймоніи въ плейрѣ развивается *большой* выпотъ, то есть большое основаніе думать, что онъ—гнойный *(Müller)*. Особенно часто эмпіема присоединяется къ литически оканчивающемуся фибринозному воспаленію легкихъ *(Eulenburg)*.

Изъ 24 случаевъ госпитальнаго матеріала, гдѣ эмпіема развилась послѣ воспаленія легкихъ, только въ 4 можно было опредѣлить ранѣе гнойнаго сывороточный выпотъ, а характеръ выпотовъ устанавливался въ госпиталѣ исключительно на основаніи изслѣдованія жидкости, полученной при пробныхъ проколахъ. Выше я говорилъ, что строго разграничить сывороточные и гнойные выпоты нѣтъ возможности; прибавлю еще, что зачастую при пробномъ проколѣ, произведенномъ недостаточно низко, получается лишь слегка мутноватая жидкость, тогда какъ гнойные шарики въ силу своей тяжести занимаютъ болѣе отлогія части плейральной полости.

Время отъ начала заболѣванія до появленія гнойнаго выпота въ собранныхъ мною случаяхъ различно, въ среднемъ оно обыкновенно составляетъ 2—3 недѣли. 8 разъ эмпіема развилась изъ сывороточнаго плейрита (въ 2 случаяхъ при пробномъ проколѣ получена была кровянистая жидкость, но опредѣлять здѣсь геморрагическій плейритъ не было основаній). 3 раза гнойный выпотъ въ плейрѣ былъ установленъ безъ наличія первичныхъ измѣненій со стороны легкихъ и другихъ органовъ. Въ 2 случаяхъ начальное зараженіе вызвано было палочками бугорчатки. 1 разъ почвой для развитія эмпіемы послужила цынга, и, наконецъ, въ 3 случаяхъ точно установить основную болѣзнь, по недостатку данныхъ, не было возможности (сюда же относится и случай обоюдосторонней эмпіемы).

Въ литературѣ указывается, что лѣвосторонніе плейриты встрѣчаются чаще правостороннихъ *(Eichhorst, Eulenburg)*. Въ представляемомъ мною матеріалѣ на 21 случай правосторонняго плейрита приходится 19 лѣвосторонняго и 1 обоюдосторонняго. Поэтому я склоненъ думать, что обѣ стороны заболѣваютъ одинаково часто. Точно также я не вижу разницы въ предсказаніи при заболѣваніи той или другой стороны: на разобранные мною случаи приходится 3 случая смерти отъ эмпіемы лѣвой и 4 правой плейры.

Распредѣляя госпитальный матеріалъ по годамъ службы, я долженъ отмѣтить, что въ арміи заболѣванія эмпіемой падаютъ главнымъ образомъ на первые годы службы: изъ 40 случаевъ на 1-ый годъ приходится 22, т. е. болѣе 50%, на 2-ой—13, т. е. болѣе 30%, на 3-ій—2 и на 4-ый—3. Это обстоятельство, несомнѣнно, говоритъ за то, что перемѣна мѣстожительства и условій жизни вліяетъ на % заболѣваемости.

При бактеріологическомъ изслѣдованіи въ гноѣ эмпіемъ могутъ встрѣчаться всѣ виды микроорганизмовъ, способные вызвать нагноеніе. Смѣшанныя формы часто даютъ гнилостный выпотъ, при чемъ въ послѣднемъ, помимо гноеродныхъ микроорганизмовъ, находятъ и другіе различные виды сапрофитовъ. Извѣстно, что наиболѣе частыми возбудителями нагноенія при эмпіемѣ у взрослыхъ являются стрептококки, затѣмъ пнеймококки *Fraenkel*'я; стафилококки-же, напротивъ, встрѣчаются рѣже всего; ихъ находили при развитіи гнойнаго плейрита послѣ травматическаго поврежденія грудной клѣтки, язвеннаго эндокардита и при общемъ стафилококковомъ зараженіи. У дѣтей-же, наоборотъ, стрептококковыя эмпіемы по *Bendix*'у наблюдаются гораздо рѣже, уступая первое мѣсто пнеймококковымъ. По *Netter*'у на 156 собранныхъ имъ случаевъ эмпіемы лишь 7 обусловливались стафилококкомъ, а въ 15 случаяхъ стафилококкъ былъ найденъ въ сожительствѣ съ другими микробами. По тому-же автору на 109 случаевъ приходится пнеймококковыхъ эмпіемъ 29,5%, стрептококковыхъ 46,8%, гнилостныхъ 13,7% и бугорчатковыхъ 10%. Въ разбираемомъ мною матеріалѣ бактеріологическое изслѣдованіе было сдѣлано въ 29 случаяхъ; изъ нихъ нагноеніе было обусловлено однимъ видомъ микроорганизмовъ въ 21, въ 8-же остальныхъ было открыто нѣсколько видовъ ихъ (въ 2 случаяхъ начальное зараженіе зависѣло отъ палочекъ бугорчатки, къ которымъ уже впослѣдствіи присоединились гноеродные микроорганизмы). На 21 случай зараженія однимъ видомъ микроорганизмовъ эмпіемъ стрептококковыхъ было 9, пнеймококковыхъ тоже 9; чистая разводка стафилококковъ была получена лишь въ 3 случаяхъ. Такимъ образомъ на основаніи госпитальнаго матеріала можно сказать, что эмпіемы обусловливаются зараженіемъ стрептококками и пнеймококками одинаково часто. Но въ виду того, что въ гноѣ эмпіемъ при смѣшанномъ зараженіи стрептококки встрѣчались постоянно, тогда какъ пнеймококки найдены были всего 3 раза, я склоненъ признать стрептококковъ наиболѣе частыми возбудителями нагноенія при разбираемой болѣзни; весьма возможно, что это яснѣе обнаружилось-бы при болѣе обширномъ матеріалѣ. 3-ій видъ микроорганизмовъ — стафилококки — найдены были 3 раза въ чистой разводкѣ и 5 разъ въ смѣси съ другими микроорганизмами. Поэтому на основаніи представляемаго мной матеріала можно заключить, что они встрѣчаются, какъ самостоятельные возбудители нагноенія въ плейрѣ, нѣсколько чаще, чѣмъ указывается въ литературѣ (*Netter, Н. А. Щеголевъ, Eulenburg* и др.). Впрочемъ, *König*, не приводя цифръ, говоритъ, что по его наблюденіямъ эмпіемы нерѣдко вызываются и стафилококками. Какъ-бы то ни было, стафилококки, наиболѣе часто встрѣчающіеся въ гноѣ вообще, служатъ возбудителями нагноенія при эмпіемѣ сравнительно рѣдко. Разсматривая этотъ видъ микроорганизмовъ, можно замѣтить въ немъ, какъ на основаніи представляемаго мной матеріала, такъ и на основаніи литературныхъ данныхъ, слѣдующую характерную особенность: стафилококки охотнѣе присоединяются къ другимъ видамъ микроорганизмовъ въ смѣшанномъ зараженіи, чѣмъ производятъ нагноеніе самостоятельно. Дѣйствительно, у *Netter*'а стафилококкъ былъ найденъ въ смѣси съ другими микробами вдвое чаще (15:7), чѣмъ въ чистой разводкѣ; почти тѣ-же отношенія (5:3) получаются и на основаніи представляемаго мной матеріала. Другихъ видовъ микроорганизмовъ, описанныхъ въ литературѣ, какъ болѣе рѣдкихъ возбудителей нагноенія при эмпіемѣ, въ госпитальномъ матеріалѣ не было обнаружено ни разу. При попаданіи въ полость эмпіемы бактерій, обусловливающихъ ихорозное разложеніе, получаются т. наз. гнилостныя эмпіемы; первично онѣ не встрѣчаются никогда [*Н. А. Щеголевъ* [3])]. При этомъ видѣ эмпіемъ гной отличается отвратительнымъ запахомъ, зачастую бываетъ смѣшанъ съ газами и можетъ быть различнаго цвѣта. Руководясь этими признаками, я нашелъ въ своемъ матеріалѣ 5 случаевъ гнилостной эмпіемы. Къ сожалѣнію, въ 2 случаяхъ не было сдѣлано бактеріоскопическаго изслѣдованія выпота; въ 3-мъ найденъ стрептококкъ, въ 4-мъ—стафилококкъ и стрептококкъ и въ 5-мъ—пнеймококкъ. Кромѣ того, въ 3 другихъ случаяхъ во время операціи не было замѣчено гнилостнаго разложенія выпота, но въ послѣопераціонномъ теченіи выдѣляемое нѣсколько дней сильно пахло. Затѣмъ, опять-таки въ послѣопераціонномъ теченіи, еще въ 2 случаяхъ, судя по характеру гноя, можно было допустить присутствіе синегнойной палочки; запаха въ этихъ случаяхъ не ощущалось.

Обращаясь теперь къ особенностямъ клиническаго теченія эмпіемъ въ зависимости отъ различнаго заразнаго начала, на основаніи литературныхъ данныхъ можно принять, что пнеймококковыя эмпіемы даютъ наименьшій % смертности—отъ 2,5 до 5 *(Eulenburg, Courtois-Laffit)*. По *Netter*'у и *Israël*'ю пнеймококковыя эмпіемы могутъ даже разсосаться безъ оперативнаго вмѣшательства. Стрептококковыя эмпіемы, напротивъ, большинствомъ авторовъ считаются наиболѣе опасными; при нихъ смертность возростаетъ до 25%. Эмпіемы, обусловливаемыя стафилококками, имѣютъ тотъ-же характеръ, что и стрептококковыя *(Terrier, Raymond)*. При бугорчатковыхъ эмпіемахъ предсказаніе въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ основного процесса, и уже во всякомъ случаѣ разсчитывать на вполнѣ благопріятный исходъ заболѣванія не приходится. Въ моемъ матеріалѣ, а именно въ изслѣдованныхъ въ бактеріологическомъ отношеніи 29 случаяхъ, насчитываются 8 смертельныхъ, которые распредѣляются такъ: 4 приходится на стрептококковыя эмпіемы, 1 на стафилококковую, 1 на пнеймококковую и 2 на бугорчатковыя. Цифры эти, разумѣется, слишкомъ незначительны, чтобы говорить о %

смертности при различнаго рода заразномъ началѣ; на основаніи отношеній ихъ между собою можно все-же заключить, что смертность при стрептококковыхъ эмпіемахъ несравненно болѣе высока (въ 4 раза), чѣмъ при пнеймококковыхъ. Оба больныхъ съ бугорчатковой эмпіемой погибли.

Что касается общаго % смертности у эмпіемиковъ, то въ литературѣ приводятся нѣсколько отличные одни отъ другихъ данныя. Такъ, у *Eulenburg*'а насчитывается 84—94% выздоровленія, у *König*'а на 76 оперированныхъ умерли 10; изъ этихъ 10, по словамъ *König*'а «лишь 4 погибли отъ послѣдствій самой операціи или, вѣрнѣе говоря, отъ того, что съ помощью операціи не удалось предотвратить смертельнаго исхода болѣзни». У *Schwartz*'а % выздоровленія былъ въ Zürich'ѣ 71,4, въ Goettingen'ѣ 78,3 и въ Berlin'ѣ 83,3. У *Küster*'а при его способѣ операціи (двойной разрѣзъ) наблюдалось 77% выздоровленій. Проф. *Н. И. Студенскій* насчитываетъ среди своихъ больныхъ 65% выздоровѣвшихъ. По *Schlesinger*'у при своевременно сдѣланной операціи выздоравливаетъ $^4/_5$ больныхъ. У дѣтей на собранные д-ромъ *Колесниковымъ* 263 случая эмпіемы приходится 58 смертельныхъ, т. е. 22%. Въ представляемомъ мной матеріалѣ на всѣ 52 случая смертельныхъ насчитывается 13, что составляетъ 25%. Но, какъ извѣстно, смерть зачастую можетъ произойти и совершенно независимо отъ операціи; я уже упоминалъ, что *König* на своихъ 10 окончившихся смертныхъ случаевъ принимаетъ лишь 4 такихъ, въ которыхъ смерть можно признать слѣдствіемъ самой операціи; проф. *Студенскій* также говоритъ, что слѣдуетъ тщательно отыскивать причину смерти послѣ операціи эмпіемы. На этомъ основаніи я нѣсколько подробнѣе остановлюсь на обзорѣ госпитальныхъ случаевъ, окончившихся смертью.

Изъ 2-хъ больныхъ бугорчатковой эмпіемой 1 погибъ на 19-ый день послѣ операціи отъ просовидной бугорчатки, 2-ой на 5-ый— отъ слабости сердца. 3-ій больной скончался на 12-ый день послѣ операціи отъ фибринознаго воспаленія легкаго противуположной эмпіемѣ стороны. 4-ый умеръ при явленіяхъ слабости сердечной дѣятельности черезъ день послѣ операціи. 5-ый былъ оперированъ при ясно выраженномъ гнилокровіи, отъ котораго и погибъ на 27-ой день. У 6-го эмпіема развилась на почвѣ цынги; онъ скончался на 16-ый день при явленіяхъ слабости сердца; на вскрытіи былъ найденъ гэморрагическій перикардитъ и такой-же плейритъ на сторонѣ, противуположной эмпіемѣ. У 7-го больного, у котораго послѣ воспаленія образовался нарывъ въ легкомъ, на 10-ый день отъ начала заболѣванія появились припадки съуженія гортани и затрудненіе дыханія; была сдѣлана торакотомія; черезъ часъ пришлось сдѣлать еще горлосѣченіе; на слѣдующій день къ утру больной скончался; на вскрытіи найдено: язвенный ларингитъ, перикардитъ и пнеймотораксъ; смерть наступила отъ остраго отека гортани. 8-му больному 18/III 1896 г. были изсѣчены 4-ое, 5-ое и 6-ое ребра между средней и задней подмышковыми линіями по поводу лѣвосторонней эмпіемы; 25/VIII былъ распознанъ сухой плейритъ на противуположной сторонѣ; 27/IX при пробномъ проколѣ получена кровянистая, прозрачная жидкость; въ это время наблюдались отеки ногъ и бѣлокъ въ мочѣ; 16/X при пробномъ проколѣ полученъ гной; сдѣлана торакотомія въ 6-мъ межреберьѣ по средней подмышковой линіи; 3/XII больной скончался; на вскрытіи найдено: перигепатитъ, застойныя почки, увеличеніе селезенки, мускатная печень и жировое перерожденіе сердца; амилоида не было.

Слѣдующіе 3 больныхъ въ таблицы не включены; свѣдѣнія получены о нихъ лишь на основаніи результатовъ вскрытій. Изъ нихъ у 1-го найдено: амилоидное перерожденіе почекъ и селезенки и язвенный дифтерійный колитъ. 2-ой скончался на другой день послѣ операціи отъ гнилокровія, что̀ и подтверждено вскрытіемъ. 3-ій умеръ черезъ 3 дня послѣ операціи; на вскрытіи найдено жировое перерожденіе сердца.

Объ остальныхъ 2-хъ умершихъ свѣдѣній получить не удалось.

Такимъ образомъ % смертности по госпитальнымъ даннымъ можно еще значительно понизить, если исключить, по примѣру *König*'а, тѣхъ умершихъ, которыхъ операція не могла спасти вслѣдствіе-ли слишкомъ далеко зашедшаго процесса, или существованія другого общаго заболѣванія, напр., бугорчатки.

Если сопоставить клиническое теченіе послѣоперационнаго періода эмпіемъ при стрептококковомъ и пнеймококковомъ зараженіи, то по таблицамъ рѣзкой разницы въ смыслѣ продолжительности этого періода не видно. Конечно, въ данномъ случаѣ сравненіе возможно лишь тамъ, гдѣ были употреблены одинаковые способы оперативнаго вмѣшательства. Но за то, просматривая исторіи болѣзни госпитальныхъ больныхъ, можно видѣть, что пнеймококковыя эмпіемы протекаютъ гораздо глаже и, такъ сказать, ровнѣе, чѣмъ вызванныя другими микроорганизмами. Все это въ связи съ меньшей смертностью даетъ право при подобныхъ заболѣваніяхъ ставить дов. благопріятное предсказаніе. Мнѣ кажется, что, кромѣ меньшей вирулентности микроорганизмовъ, здѣсь играетъ роль и такого рода обстоятельство. Дѣло въ томъ, что пнеймококковыя эмпіемы развиваются почти исключительно послѣ фибринознаго воспаленія легкихъ (описаны единичные случаи первичной пнеймококковой эмпіемы *Netter*'омъ). Въ этихъ случаяхъ, какъ извѣстно, гнойный выпотъ образуется черезъ сравнительно небольшое время послѣ начала заболѣванія, такъ что, если своевременно сдѣлать операцію, легкое бываетъ сдавлено выпотомъ въ продолженіи гораздо меньшаго времени, чѣмъ въ другихъ случаяхъ. Извѣстно также, что способность легкаго расправляться въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ продолжительности его сдавленія. При пнеймококковыхъ эмпіемахъ, какъ было сказано, имѣются условія, благопріятствующія скорому расправленію легкаго, что̀, несомнѣнно, оказываетъ вліяніе какъ на предсказаніе при этого рода эмпіемахъ вообще, такъ и на теченіе послѣоперационнаго періода въ частности.

Что касается лѣченія эмпіемъ, то я прежде остановлюсь нѣсколько на тѣхъ путяхъ, которые избираетъ природа для исцѣленія заболѣвшаго организма, т. е. на т. наз. самородномъ излѣченіи. Послѣднее наблюдается крайне рѣдко; чаще-же, если не оказать надлежащаго оперативнаго пособія, дѣло оканчивается смертью больного отъ послѣдствій механическаго вліянія выпота на окружающіе органы грудной полости, или отъ гнилокровія и другихъ осложненій. Если-же при эмпіемѣ и наблюдается иногда самородное излѣченіе, то оно возможно лишь при осумкованныхъ гнойныхъ плейритахъ (*П. И. Бухманъ*). Излѣченіе при этомъ достигается всасываніемъ выпота или выдѣленіемъ его изъ полости путемъ прободенія грудной стѣнки (empyema necessitatis) или стѣнки бронхъ. Въ первомъ случаѣ всосаться, конечно, могутъ лишь жидкія части выпота, твердыя-же остаются въ полости плейры въ видѣ плотныхъ, крошкообразныхъ массъ, въ которыхъ съ теченіемъ времени можетъ отлагаться известь. Такой исходъ болѣзни встрѣчается весьма рѣдко,—по большинству авторовъ исключительно у дѣтей, хотя описаны случаи подобнаго исхода и у взрослыхъ (*Kümmel*). Но едва-ли такой путь можно считать желательнымъ и дѣйствительно ведущимъ къ выздоровленію: дѣло въ томъ, что при существованіи вышеописаннаго содержимаго въ полости плейры гнойный процессъ во всякое время и отъ самыхъ незначительныхъ причинъ можетъ вновь вспыхнуть, какъ это и было въ случаѣ *Kümmel*'я. Затѣмъ плотныя составныя части гнойнаго выпота служатъ хорошей почвой для развитія бугорчатки. Наконецъ, такого больного вовсе нельзя считать выздоровѣвшимъ: легкое его не имѣетъ мѣста расправиться въ достаточной степени и совершать нормальнымъ образомъ свои дыхательныя движенія. При вскрытіи эмпіемы въ бронхи въ литературѣ приводятся случаи полнаго выздоровленія; по *Gerhardt*'у [12]) это часто наблюдается у дѣтей, почему онъ и совѣтуетъ не вмѣшиваться у нихъ съ оперативнымъ пособіемъ ранѣе 3 недѣль. Но все-же въ общемъ такой исходъ случается дов. рѣдко, и этотъ путь тоже нельзя считать благопріятнымъ, такъ какъ при немъ больному грозитъ еще большая опасность: вмѣстѣ съ воздухомъ въ полость плейры свободно проникаютъ и различныя заразныя начала, что̀ легко можетъ вызвать гнилостный плейритъ или обусловить смертельный исходъ отъ гнилокровія. Въ лучшемъ-же случаѣ нагноеніе при недостаточности оттока гноя затягивается и угрожаетъ амилоиднымъ перерожденіемъ паренхиматозныхъ органовъ. Empyema necessitatis—3-ій видъ произвольнаго излѣченія гнойныхъ плейритовъ—также не ведетъ къ полному выздоровленію (*Schlesinger*) по многимъ причинамъ. Во 1-хъ, прорыву гноя наружу зачастую предшествуетъ разлитая флегмона грудныхъ покрововъ, при чемъ могутъ развиваться глубокіе затеки съ гнилостнымъ въ нихъ разложеніемъ; во 2-хъ, мѣсто, гдѣ вскрывается гнойникъ, по своему положенію не

всегда представляется удобнымъ для полнаго и совершеннаго оттока гноя изъ полости эмпіемы, безъ чего немыслимо выздоровленіе; въ 3-хъ, вслѣдствіе узости и извилистости канала отдѣляемое гнойной полости постоянно задерживается, и нагноеніе можетъ продолжаться неопредѣленно долгое время и въ концѣ концовъ привести къ смерти отъ полнаго истощенія организма и амилоиднаго перерожденія внутреннихъ органовъ. Въ представленномъ мной матеріалѣ есть 1 случай, гдѣ гной проложилъ себѣ путь въ подкожную клѣтчатку подъ угломъ лопатки; въ это время больному и было оказано оперативное пособіе.

Такимъ образомъ, разъ произвольное излѣченіе эмпіемы возможно лишь въ исключительныхъ случаяхъ и при условіи опорожненія гнойной полости, то отсюда дѣлается яснымъ и путь лѣченія заболѣванія. Конечно, всѣ внутреннія средства въ этомъ отношеніи безполезны, и въ настоящее время какъ терапевты, такъ и хирурги согласны въ томъ, что лѣченіе эмпіемы можетъ быть только одно, а именно—идти навстрѣчу природѣ и тѣмъ или инымъ способомъ опорожнить гной изъ заключающей его полости. Къ этой цѣли ведутъ: проколъ, торакотомія безъ изсѣченія ребра и торакотомія съ изсѣченіемъ одного или нѣсколькихъ реберъ.

Несомнѣнно, что лѣчить эмпіему стали съ того-же времени, какъ она возникла; до мысли-же о хирургическомъ вмѣшательствѣ при ней дошли случайно, какъ свидѣтельствуетъ о томъ слѣдующій разсказъ *Гиппократа*.

Одинъ воинъ такъ сильно страдалъ отъ какого-то тяжелаго заболѣванія, что искалъ въ бою смерти; копье непріятеля пробило ему грудь; изъ раны выдѣлилось много гноя, и воинъ совершенно оправился отъ своей болѣзни. Тогда стали лѣчить эмпіему хирургически.

Гиппократъ съ этой цѣлью производилъ торакотомію сзади и возможно ниже; онъ-же говоритъ о промываніяхъ плейры. *Галенъ* высасывалъ гной съ помощью изобрѣтеннаго имъ прибора въ родѣ шприца съ длинной иглой. Торакотомія-же была оставлена, какъ операція, слишкомъ опасная и недостигающая цѣли, такъ что ко времени *Цельзія* ее уже почти совсѣмъ забыли. *Цельзій* упоминаетъ лишь о вскрытіи глубокихъ скопленій гноя въ грудной полости каленымъ желѣзомъ. Вновь вспомнили и стали примѣнять торакотомію въ 16-мъ 100-лѣтіи, когда начали распространяться сочиненія *Гиппократа* и патологическая анатомія эмпіемы, благодаря вскрытію умершихъ отъ этой болѣзни, сдѣлалась болѣе извѣстной. Съ введеніемъ выстукиванія и выслушиванія въ началѣ прошлаго 100-лѣтія распознаваніе гнойныхъ плейритовъ вступило уже на прочную почву; но все-же результаты операціи эмпіемы были крайне неутѣшительны. У *Dupuytren*'а на 50 случаевъ эмпіемы остались въ живыхъ лишь 4 больныхъ (по *Reymond*'у и *Terrier Dupuytren* не имѣлъ ни одного благопріятнаго исхода). Извѣстно, что онъ самъ умеръ отъ эмпіемы, и, когда ему предложили сдѣлать проколъ, чтобы выпустить гной, онъ сказалъ: «Je préfère mourir de la main de Dieu que de la main des chirurgiens»; слова эти, нужно замѣтить, сказаны были хирургомъ, считавшимся въ свое время сторонникомъ торакотоміи.

Длинный споръ Парижской медицинской Академіи въ 1835 г. съ *Sanson*'омъ и *Bouillaud* служитъ доказательствомъ того, что сущность эмпіемы не была еще извѣстна хирургамъ того времени. Съ тѣхъ поръ и до 80-хъ годовъ прошлаго 100-лѣтія въ защиту торакотоміи при эмпіемахъ раздавались лишь отдѣльные голоса. Такъ въ 1841 г. *Sédillot* настойчиво предлагалъ торакотомію, хотя и ограничивалъ показанія къ ней слѣдующими положеніями: 1) не оперировать въ остромъ періодѣ; 2) производить операцію у лицъ со здоровыми внутренними органами и прежде, чѣмъ легкое потеряетъ возможность расправиться; 3) выждать возможно долго при неизлѣчимыхъ осложненіяхъ. Диссертація *Sédillot* въ свое время имѣла мало успѣха. Около того-же времени (1844 г.) *Trousseau* прочиталъ въ Парижской Академіи докладъ, въ которомъ описывалъ удачные исходы своихъ операцій эмпіемы и объяснялъ ихъ причины; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ много поработалъ надъ установкой распознаванія гнойныхъ плейритовъ, главнымъ образомъ надъ данными выслушиванія при нихъ. Съ этого времени торакотомія стала распространяться болѣе широко. Въ Германіи этимъ вопросомъ много занимался *Krause*. Въ своей «Thèse d'agrégation» *Damaschino* въ 1869 г. приводитъ существовавшія тогда воззрѣнія на эмпіему, но все-же торакотомія, по его словамъ, внушала тогда страхъ. Считая себя сторонникомъ этой операціи, *Damaschino* ставитъ ей, однако, столько противупоказаній, что оперировать при соблюденіи его требованій можно было-бы лишь въ крайне исключительныхъ случаяхъ. *Bouchut* въ 1871 г. защитилъ торакотомію, отдавая ей предпочтеніе предъ многочисленными проколами, къ которымъ прибѣгали въ то время. Почти одновременно предлагали торакотомію *Chassaignac* и *Béhier*. Въ 1872 г. появилась монографія *Montard-Matin*'а, въ которой техника торакотоміи описана почти въ томъ видѣ, какъ она примѣняется теперь; кромѣ того, авторъ приводитъ своихъ 17 случаевъ операціи съ огромнымъ для того времени успѣхомъ: смертельныхъ исходовъ у него было всего 5, у 5-же больныхъ остались свищевые ходы, остальные 7 выздоровѣли. Наступило затѣмъ время, когда, благодаря изобрѣтенію приборовъ *Playfair*'а, *Dieulafoy*, *Potain*'а и др., вездѣ стали отдавать предпочтеніе проколамъ передъ широкимъ разрѣзомъ. Лишь съ введеніемъ *Lister*'омъ въ хирургіи началъ антисептики картина измѣнилась и вновь стали прибѣгать къ торакотоміи. Въ 1873 г. *Ewart* впервые произвелъ эту операцію съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ антисептики. Однако, все еще нѣкоторое время почему-то опасались этой операціи, и на свѣтъ появлялись безполезные и опасные торакотомы *Vergely* въ 1877 г., *Leyden*'а въ 1878 г. Въ Англіи съ 1875 г., въ Германіи къ 1878 г., антисептическая торакотомія сдѣлалась общимъ достояніемъ. Въ это время появились работы *Baum*'а, *Koenig*'а, *Goeschel*'я, *Wagner*'а. Во Франціи антисептическая торакотомія проникла позже, лишь въ 1883 г.; здѣсь появились работы *Mollière*'а, *Debove*'а, *Hache*'а. Съ этого-же времени изъ боязни вторичнаго зараженія былъ поднятъ вопросъ о промываніи полости плейры противогнилостными жидкостями. Вскорѣ затѣмъ появилась торакотомія асептическая и безъ промываній (*Cabot*, *Bouveret*, *Rigal*). Наконецъ, *Netter* [14]), работавшій съ 1889 г. по 1892 г. надъ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ гноя эмпіемъ, пришелъ къ выводу, что родъ оперативнаго вмѣшательства долженъ быть въ зависимости отъ вида микроорганизмовъ, вызвавшихъ нагноеніе въ полости плейры. Приблизительно въ такомъ положеніи вопросъ этотъ стоитъ и въ настоящее время.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

Изъ бактеріологической лабораторіи Харбинскаго сводного № 1 госпиталя.

Къ вопросу о кровавомъ поносѣ въ Манджуріи.

В. Г. Коренчевскаго.

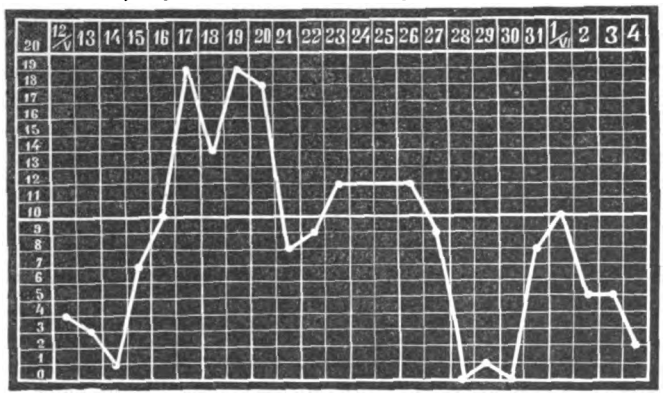
(*Окончаніе. См. № 46, стр. 1545*).

7.

Что касается эпидеміологіи дизентеріи въ Манджуріи, то къ даннымъ, вышеуказаннымъ по работѣ д-ра *Віолина*, пока прибавить нечего. Нужно сказать лишь, что обычно эпидемія начинается случаями легкими; затѣмъ болѣзнь постепенно принимаетъ все болѣе и болѣе тяжелое теченіе. Наиболѣе тяжелыхъ больныхъ, у которыхъ даже сыворотка порой оказывалась безсильной, я наблюдалъ въ концѣ августа и въ сентябрѣ. Получается впечатлѣніе, какъ будто палочка дизентеріи, постепенно проходя черезъ животный организмъ, пріобрѣтаетъ все бо́льшую вирулентность и поражаетъ каждый послѣдующій организмъ все болѣе тяжело. Среди способовъ зараженія можно указать главнымъ образомъ на слѣдующіе: 1) на непосредственную передачу заразы отъ одного больного къ другому и 2) на воду.

Мнѣ привелось наблюдать небольшую эпидемію на одномъ изъ островковъ р. Сунгари. Здѣсь былъ расположенъ поселокъ, гдѣ жили понтонеры. Съ наступленіемъ жары во время работъ на затонахъ рѣки кипяченая вода изъ фляжекъ быстро выпивалась,

и понтеры пили сырую воду изъ рѣки и даже изъ грязныхъ затоновъ. Въ послѣднихъ стояли китайскія джонки, баржи, пароходы, всѣ свои нечистоты спускавшіе прямо въ воду. Результаты не замедлили обнаружиться, и появились заболѣванія дизентеріей, которыя прекратились лишь съ принятіемъ мѣръ по предупрежденію питья сырой воды. Прилагаемая кривая заболѣваемости служитъ подтвержденіемъ высказаннаго взгляда. Изъ кривой этой видно, что съ 23/v, когда приняты были мѣры противъ питья сырой воды, дизентерики еще дня 4 являлись ко врачу. Это слѣдуетъ, по видимому, объяснить тѣмъ, что зараженіе произошло еще до 23/v, но нѣкоторые больные перемогались и обратились къ врачу позднѣе, нѣкоторые-же находились въ это время въ предвѣстниковомъ періодѣ. 30/v было оффиціально разрѣшено купаться, при чемъ купались въ водахъ затона; — кривая заболѣваемости сразу поднялась. Причину этого я вижу въ томъ, что при купаньѣ невольно проглатывали воду. 3/vi купанье было запрещено, и послѣ этого эпидемія окончилась. Затѣмъ, на этомъ островкѣ заболѣванія дизентеріей встрѣчались, какъ и вездѣ, изрѣдка, одиночными случаями. Не располагая въ



Кривая заболѣваемости дизентеріей на островѣ р. Сунгари съ 12/v по 5/vi 1904 г. Въ 1-мъ столбцѣ—числа заболѣвшихъ.

то время необходимыми бактеріологическими средами, я не могъ выдѣлить ни изъ воды затоновъ, ни изъ воды р. Сунгари дизентерійныхъ палочекъ; но нѣсколько разъ мнѣ удавалось выдѣлить палочку кишечную. Палочку-же *Shiga-Kruse* я нашелъ въ другой водѣ, присланной изъ одного Харбинскаго колодца; по загрязненію окружности его и небольшой глубинѣ, а также по нахожденію на пути его стока грязныхъ водъ врачъ заподозрѣлъ, что вода въ немъ должна содержать специфическую заразу. Тотъже врачъ отмѣтилъ частую заболѣваемость брюшнымъ тифомъ и дизентеріей среди людей, пользовавшихся водою этого колодца. Собрана была вода, конечно, съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ и изслѣдовалась на наличность въ ней *Eberth*'овскихъ и *Shiga-Kruse*'вскихъ палочекъ. Изъ этой воды мнѣ удалось выдѣлить только дизентерійную палочку. Послѣдняя склеивалась противодизентерійной сывороткой въ разведеніи 1:700 и на всѣхъ средахъ типично росла.

Изъ прочихъ способовъ зараженія можно указать еще на 2, на которые обратили вниманіе *Hoppe-Seyler* и *Phuhl* и которые я привожу по работѣ д-ра *Розенталя* (стр. 49—50). *Hoppe-Seyler* допускаетъ, что мухи, садящіяся на дизентерійныя испражненія и затѣмъ на пищевыя вещества, безусловно могутъ способствовать разнесенію заразы. Если припомнить то ужасное количество мухъ, отъ которыхъ лѣтомъ страдаетъ, напр., Харбинъ, то роль ихъ въ разнесеніи заразы не признать нельзя. *Phuhl* допускаетъ еще слѣдующій способъ зараженія. «Такъ какъ дизентерійныя палочки сохраняютъ свою жизнеспособность въ сухомъ пескѣ 12 дней, то при распыленіи песка, загрязненнаго дизентерійными испражненіями, палочки могутъ быть переносимы и на здоровыхъ людей. По словамъ англійскихъ врачей, наблюдавшихъ дизентерію въ англобурскую войну, такимъ путемъ распространялась болѣзнь въ лагерѣ при р. Моддерѣ, когда вслѣдствіи сильныхъ вѣтровъ песокъ, загрязненный отбросами, въ одну минуту покрывалъ густымъ слоемъ неодушевленные и одушевленные предметы». Если обратить вниманіе на ту ужасную пыль, которая временами, во время вѣтровъ, бываетъ въ Манджуріи, то нельзя не допустить возможности и такого способа разнесенія заразы.

8.

Что касается лѣченія дизентеріи, то большинство врачей пришли къ убѣжденію, что оно, не смотря на громадный арсеналъ предложенныхъ средствъ, еще во многихъ случаяхъ безсильно. Въ 1897—1900 г. *Shiga* [7]) впервые сталъ примѣнять для лѣченія дизентериковъ имъ-же добытую сыворотку отъ лошадей, у которыхъ вызвана была невоспріимчивость къ дизентеріи разводками дизентерійныхъ микробовъ. Кромѣ сыворотки, больные получали каломель или касторовое масло, и имъ дѣлались содовыя или соленыя промывательныя. Сыворотка въ количествѣ 20—50 к. стм. оказывала благотворное вліяніе на всѣ болѣзненные припадки. Число испражненій замѣтно уменьшалось, тенезмы и боли исчезали, общее состояніе улучшалось. Средняя продолжительность болѣзни съ 40 дней укорачивалась на 25. Смертность уменьшалась болѣе, чѣмъ на $^1/_2$. Число лѣченныхъ больныхъ было 298.

Затѣмъ въ 1903 г. сталъ примѣнять сыворотку *Kruse* [8]). Добывалъ онъ ее также отъ лошадей, у которыхъ вызвана была невоспріимчивость разводками *Shiga-Kruse*'вской палочки. «Всего авторъ примѣнялъ ее въ 100 случаяхъ. Подъ ея вліяніемъ смягчалась тяжесть болѣзни, сокращалась ея продолжительность и уменьшалось число смертныхъ случаевъ (8% вмѣсто обычныхъ 11%). Лѣчебная доза= 20 к. стм. какъ для взрослыхъ, такъ и для дѣтей. Съ предохранительною цѣлью авторъ примѣнялъ свою сыворотку въ одной семьѣ, гдѣ произошло заболѣваніе у 10 членовъ. Заболѣлъ только 1 изъ получившихъ прививку. Предохранительная доза опредѣлена авторомъ въ 5 к. стм.».

Въ 1903-же г. д-ръ *Розенталь* (ор. с., стр. 120—209) въ Москвѣ примѣнялъ сыворотку, добываемую отъ лошадей въ Институтѣ ч. пр. *Г. Н. Габричевскаго*. Способъ добыванія сыворотки нѣсколько отличался отъ способовъ *Shiga* и *Kruse*. Невоспріимчивость у лошади вызывалась по сочетанному способу съ попеременнымъ впрыскиваніемъ не только живой разводки, но и добываемаго особымъ образомъ дизентерійнаго токсина. Этой сывороткой д-ръ *Розенталь* лѣчилъ 157 больныхъ. Выводы, къ которымъ онъ пришелъ, слѣдующіе: Дизентерійная сыворотка быстро улучшаетъ всѣ субъективные и объективные болѣзненные припадки, сокращаетъ продолжительность болѣзни, предотвращаетъ развитіе хроническихъ формъ, устраняетъ возвраты, препятствуетъ появленію сильнаго истощенія и уменьшаетъ смертность болѣе, чѣмъ на половину. Лѣчебная доза колебалась отъ 20 к. стм. въ громадномъ большинствѣ случаевъ до 60, въ зависимости отъ тяжести случая. При надобности впрыскиванія повторялись. Изъ побочныхъ явленій послѣ впрыскиванія авторъ указываетъ на болѣзненность на мѣстѣ впрыскиванія у нѣкоторыхъ больныхъ, которая держится обыкновенно около сутокъ, затѣмъ—на эритему въ 10%, крапивницу въ 3%, а въ 2-хъ случаяхъ появились боль и опухоль въ суставахъ. Послѣднее, впрочемъ, приходилось наблюдать автору и какъ самостоятельное осложненіе болѣзни въ прошлыхъ эпидеміяхъ, когда еще не употребляли сыворотки.

Я лѣчилъ сывороткой 70 дизентериковъ, частью изготовленной въ Институтѣ ч. пр. *Габричевскаго*, частью въ Институтѣ экспериментальной медицины въ Петербургѣ. На основаніи такого небольшого числа наблюденій судить о разницѣ въ дѣйствіи Московской и Петербургской сыворотокъ трудно; по видимому, разницы никакой не было. Лѣчебное разовое количество сыворотки колебалось отъ 20 до 110 к. стм., все-же количество сыворотки, впрыснутой 1 больному для достиженія благопріятнаго результата, равнялось отъ 20 до 360 к. стм., въ зависимости отъ тяжести случая. Въ началѣ, когда была еще неувѣренность въ той дозѣ, которую можно впрыснуть, всѣмъ назначалось заразъ 20 к. стм., иногда утромъ и вечеромъ по столько. Эта доза, какъ показали послѣдующія наблюденія, оказалась далеко недостаточной и безсильной для многихъ тяжелыхъ случаевъ. Этимъ и слѣдуетъ объяснить неуспѣхъ лѣченія въ сл. 7, 56, 57, 58. Накакихъ лѣкарствъ до появленія чистыхъ каловыхъ испражненій не назначалось. Въ катарральномъ періодѣ, если послѣ тяжелой дизентеріи испражненія оставались еще жидкими, назначались обычныя средства въ формѣ: азотнокислой окиси висмута и салола по 0,5, 5 порошковъ въ день, или салола и 2-углекислаго натра по 0,5, 4 порошка въ день.

Изрѣдка къ этому присоединялись промывательныя изъ раствора марганцевокислаго кали 1:3000—4000. На животъ почти всегда клали согрѣвающій компрессъ. Пищевое довольствіе состояло изъ кофе, молока, бульона, яицъ, манной каши.

Чтобы охарактеризовать дѣйствіе сыворотки и необходимую лѣчебную дозу, приходится подраздѣлить всѣхъ боль-

№№.	Начальныя буквы именъ и фамилій больныхъ.	Когда заболѣлъ?	Когда сдѣлано 1-ое (и послѣдующія) впрыскиванія сыворотки?	Количество впрыснутой сыворотки.	Черезъ сколько дней послѣ 1-го впрыскиванія исчезли боли въ животѣ?	Черезъ сколько дней послѣ 1-го впрыскиванія исчезли кровь и слизь изъ испражненій и появились каловыя массы?	Когда больной имѣлъ нормальныя испражненія послѣ 1-го впрыскиванія?	Прим.
				Случаи средней тяжести.				
1	П. И.	29/vi	15/vii	20 к. стм.	на слѣдующій день	на слѣдующій день	черезъ 3 дня	Мѣста уколовъ болѣли около 12 час.
2	С. К.	10/vii	15/vii	20 » »	тоже	тоже	» 5 »	—
3	К. С.	20/vii	22/vii	25 » »	тоже	тоже	» 3 »	—
4	П. К.	24/vii	25/vii	40 » »	тоже	тоже	» 8 »	Мѣста уколовъ болѣли около 12 час.
5	Н. К.	17/vii	20/vii	20 » »	тоже	тоже	» 5 »	
			21/vii	20 » »				
				Случаи тяжелые.				
6	И. П.	27/vii	27/vii	20 к. стм.	на слѣдующій день	на слѣдующій день	черезъ 3 дня	Тяжело раненъ въ руку съ раздробленіемъ костей; гектическая лихорадка до 39°, крови въ испр. меньше на слѣдующій день, но больной категорически отказался отъ дальнѣйшихъ впрыскиваній.
7	И. П.	12/vii	17/vii	40 » »	тоже	—	—	—
			18/vii	20 » »				
8	И. Ч.	17/vii	25/vii	40 » »	на слѣд. день	на слѣд. день	черезъ 2 дня	—
9	И. У.	16/vii	21/vii	20 » »	тоже	тоже	» 4 »	—
			22/vii	20 » »				
10	С. К.	18/vii	25/vii	40 » »	на слѣд. день	тоже	» 8 »	—
11	А. Б.	12/vii	27/vii	40 » »	черезъ 2 дня	черезъ 3 дня	» 12 »	—
12	Ф. В.	17/vii	22/vii	20 » »	» 4 »	» 6 »	» 18 »	—
			23/vii	20 » »				
13	С. С.	12/vii	20/vii	20 » »	» 4 »	» 4 »	» 14 »	—
			22/vii	20 » »				
			23/vii	20 » »				
14	Е. Р.	5/vii	21/vii	40 » »	на слѣд. день	» 2 »	» 10 »	—
15	П. М.	3/vii	17/vii	10 » »	черезъ 2 дня	» 4 »	» 18 »	—
			18/vii	40 » »				
16	В. А.	8/vii	17/vii	30 » »	» 4 »	» 2 »	» 16 »	—
			18/vii	30 » »				
17	І. К.	7/vii	21/vii	20 » »	» 3 »	» 2 »	» 12 »	—
			22/vii	20 » »				
18	М. С.	28/vi	18/vii	20 » »	» 2 »	» 2 »	» 6 »	—
19	К. П.	7/ix	9/ix	50 » »	на слѣд. день	» 2 »	» 7 »	Мѣста уколовъ сильно болѣли.
20	С. С.	4/ix	7/ix	35 » »	черезъ 2 дня	» 3 »	» 5 »	9/ix высыпала обильная крапивница; держалась сутки.
21	М. С.	4/ix	7/ix	50 » »	» 2 »	» 6 »	» 17 »	Перенесъ тяжелый гриппъ.
22	А. В.	4/ix	10/ix	50 » »	» 2 »	» 4 »	» 10 »	—
			13/ix	30 » »				
23	О. Ж.	1/viii	25/viii	30 » »	на слѣд. день	на слѣд. день	» 10 »	Мѣста уколовъ очень сильно болѣли.
24	Т. У.	6/viii	21/viii	30 » »	тоже	тоже	» 8 »	—
25	А. П.	6/viii	27/viii	50 » »	тоже	тоже	» 9 »	—
26	М. У.	22/viii	30/viii	60 » »	черезъ 2 дня	черезъ 7 дней	» 21 »	—
			2/ix	60 » »				
27	И. Д.	9/viii	15/viii	50 » »	» 2 »	» 5 »	» 16 »	—
28	С. А.	23/viii	2/ix	50 » »	» 2 »	» 4 »	» 15 »	Тоже.
29	Г. С.	11/ix	17/ix	40 » »	на слѣд. день	» 2 »	» 6 »	—
30	А. Ш.	1/ix	15/ix	30 » »	тоже	» 2 »	» 6 »	—
31	П. С.	9/ix	15/ix	40 » »	черезъ 2 дня	» 2 »	» 10 »	Тоже.
32	Н. У.	8/ix	18/ix	60 » »	на слѣд. день	» 4 »	» 5 »	—
			20/ix	20 » »				
			22/ix	60 » »				
33	П. М.	25/viii	15/ix	40 » »	тоже	на слѣд. день	» 4 »	—
34	А. Ш.	7/ix	17/ix	60 » »	тоже	черезъ 3 дня	» 6 »	23/ix высыпала дов. обильная крапивница; держалась около 2 сут.
			19/ix	50 » »				
			22/ix	60 » »				
35	Ф. А.	10/ix	17/ix	40 » »	черезъ 3 дня	» 5 »	» 12 »	—
			20/ix	20 » »				
36	Ф. П.	9/ix	17/ix	40 » »	на слѣд. день	» 5 »	» 8 »	—
			20/ix	20 » »				
37	Д. М.	27/viii	6/ix	60 » »	черезъ 2 дня	» 8 »	» 14 »	—
				60 » »				
38	П. Ш.	12/vi	12/vi	утр. 40 » »	на слѣд. день	на слѣд. день	» 4 »	—
				веч. 40 » »				
39	С. С.	12/vii	13/vii	утр. 40 » »	тоже	черезъ 2 дня	» 3 »	—
				веч. 40 » »				
			14/vii	40 » »				
40	И. Ч.	2 м.	17/vii	40 » »	—	—	—	Клизмы не удерживались долѣе 5—8 минутъ, а потому были отмѣнены.
41	М. А.	2 м.	17/vii	40 » »	—	—	—	
42	И. П.	1/vii	17/vii	40 » »	—	—	—	
				Случаи очень тяжелые.				
43	П. Г.	16/ix	20/ix	50 к. стм.	на слѣд. день	—	—	Только-что выздоровѣлъ отъ оч. тяжелаго брюшного тифа; очень истощенный заболѣлъ дизентеріей и умеръ 22/ix.
44	П. В.	14/viii	15/ix	60 » »	черезъ 2 дня	черезъ 4 дня	—	Прибылъ при явленіяхъ раздраженія брюшины. Погибъ отъ прободного перитонита 20/ix (вскрытіе).
			19/ix	55 » »	» 8 »	примѣсь каловыхъ массъ		

Въ клизмѣ

45	К. Я.	12/IX	19/IX 21/IX 24/IX 27/IX	60 к. стм. 80 » » 100 » » 120 » »	через 8 дней	через 8 дней	через 14 дн.	Прибылъ и 6 дней оставался при явленіяхъ сильнѣйшаго раздраженія брюшины: постоянная икота, иногда рвота, жесточайшія боли въ животѣ, нитевидный п. 28 IX, когда въ испражненіяхъ безъ крови и слизи попадались кашицеобразныя массы, заболѣлъ двусторонней бронхопнеймоніей.
46	Л. Д.	4/IX	9/IX 13/IX 15/IX	60 » » 60 » » 60 » »	—	—	—	Заболѣлъ 1/VIII брюшнымъ тифомъ; не выздоровѣвъ еще (37°,6), заболѣлъ 4/IX дизентеріей. 24/IX умеръ отъ слабости сердца. На вскрытіи: зажившія рубцами тифозныя язвы въ тонкихъ кишкахъ. Совершенно почти зажившія дизентерійныя язвы въ толстыхъ кишкахъ.
47	А. Г.	14/VIII	25/VIII 28/VIII	40 » » 30 » »	через 2 дня	через 4 дня	через 16 дн.	—
48	П. М.	23/VIII	28/VIII 30/VIII 2/IX	40 » » 60 » » 60 » »	» 7 »	» 7 »	» 19 »	—
49	Д. П.	15/VIII	28/VIII	40 » »	» 2 »	» 4 »	» 15 »	—
50	А. Д.	8/VIII	25/VIII	40 » »	» 4 »	» 4 »	» 12 »	—
51	С. А.	20/VIII	2/IX	80 » »	на слѣд. день	» 2 »	» 13 »	—
52	М. З.	4/VIII	7/IX 15/IX	60 » » 60 » »	через 5 дней	» 8 »	—	При поступленіи испражненія были гнойно-кровяныя.
53	Н. К.	8/VIII	30/VIII	60 » » 80 » »	» 4 », затѣмъ снова появились	—	—	Прибылъ при явленіяхъ перитонита. Умеръ 10/IX отъ прободного перитонита (вскрытіе). 9/IX гэморрагическая эритема.
54	Л. Б.	1/VIII	15/VIII	80 » »	—	через 1 день	—	Одновременно: дизентерія и брюшной тифъ. Умеръ 18/VIII. На вскрытіи: прободеніе одной изъ тифозныхъ язвъ, гнойный нефритъ. Превосходно подзившія дизентерійныя язвы въ толстыхъ кишкахъ.
55	В. У.	29/VI	17/VII 18/VII 19/VII	30 » » 40 » » 40 » »	через 4 дня	» 7 »	через 16 дн.	Мѣста уколовъ сильно болѣли.
56	И. Ч.	28/V	17/VII 18/VII	10 » » 20 » »	—	» 6 »	—	Вслѣдствіе очень сильной болѣзненности какъ при уколахъ, такъ и впослѣдствіи отказался отъ впрыскиваній.
57	В. П.	1903 г.	17/VII 19/VII 22/VII	40 » » 40 » » 40 » »	безъ измѣненій			Мѣста уколовъ оч. сильно болѣли. Отказался отъ впрыскиваній.
58	В. М.	1903	17/VII 20/VII 23/VII	40 » » 40 » » 20 » »	безъ измѣненій	через 8 дней	—	Хроническая дизентерія. Отказался отъ дальнѣйшихъ впрыскиваній. 24/VII высыпала эритема.
59	П. П.	21/V	20/VII 23/VII	80 » » 80 » »	через 5 дней	» 6 »	через 16 дн.	—
60	П. М.	1/IX	18/IX	50 » »	—	—	—	Умеръ на слѣд. день отъ прободного перитонита (вскрытіе).
61	П. С.	22/VIII	30/VIII 2/IX 20/IX	60 » » 80 » » 100 » »	через 2 дня	через 13 дн.	через 30 дн.	Прибылъ при сильныхъ явленіяхъ раздраженія брюшины. Испражненія черно-зелен.; дифтерійныя пленки.
62	И. Ж.	25/IX	25/IX	100 » »	на слѣд. день	на слѣд. день	—	Заболѣлъ на 5-ой недѣлѣ крайне тяжелаго брюшнаго тифа дизентеріей, которая была оборвана въ 1 день, послѣ чего продолжалось теченіе тифа.
63	О. М.	9/IX	24/IX 25/IX 27/IX	110 » » 100 » » 120 » »	—	—	—	Прибылъ съ сильнѣйшими явленіями раздраженія брюшины. 27/IX—умеръ. На вскрытіи—гэморрагическое воспаленіе тощей кишки, дифтерія съ изъязвленіемъ подвздошной и толстой кишки.
64	А. В.	1/IX	17/IX 20/IX	60 » » 60 » »	через 2 дня	через 2 дня	через 5 дней	Нерѣзкія явленія раздраженія брюшины. 21/IX мѣстно вокругъ уколовъ—эритема.
65	И. Г.	20/VII	27/IX	100 » »	—	примѣсь каловыхъ массъ	—	Умеръ черезъ 2 дня отъ прободного перитонита. Прибылъ при нерѣзкихъ явленіяхъ раздраженія брюшины (вскрытіе).
66	К.	20/IX	30/IX 2/IX	70 » » 60 » »	через 2 дня	черезъ 2 дня	черезъ 9 дней	1/X высыпала на нѣсколько часовъ крапивница.
67	С. П.	10/VI	1/IX	100 » »	» 2 »	на слѣд. день	» 5 »	Хроническая дизентерія.
68	А. П.	7/IX	27/IX	50 » »	» 1 »	черезъ 2 дня	» 27 »	Начало брюшного тифа около недѣли назадъ, которымъ заразился во время дизентеріи. 26/VIII и 13/IX проба *Widal'я*—1:60.
69	М. Е.	6/IX	21/IX 24/IX	80 » » 100 » »	» 3 »	» 3 »	» 7 »	Прибылъ съ явленіями раздраженія брюшины: сильная, постоянная икота, крайняя слабость.
70	И. С.	8/VIII	15/VIII	100 » »	» 2 »	» 3 »	» 12 »	—

ныхъ на категоріи соотвѣтственно тяжести заболѣванія. Такое подраздѣленіе представляетъ значительныя трудности. Лихорадка, характеръ и суточное количество испражненій, качество пульса, общее состояніе—всѣ эти признаки, взятые порознь, являются для характеристики каждаго случая въ смыслѣ тяжести заболѣванія не безусловно надежными. Также и давность заболѣванія не всегда можно считать признакомъ тяжелымъ: бываютъ случаи затянувшейся или хронической дизентеріи, гдѣ общее состояніе больного, не смотря на продолжительность страданія, подорвано немного, и, наоборотъ, встрѣчаются случаи, гдѣ черезъ нѣсколько дней положеніе больного дѣлается уже опаснымъ и онъ погибаетъ. Я принялъ слѣдующее подраздѣленіе, составленное изъ совокупности всѣхъ вышеупомянутыхъ признаковъ и, оговариваюсь, отнюдь не претендующее на совершенство.

1. Случаи средней тяжести (см. таблицу): слабость, но силы рѣзко не подорваны; пульсъ учащенъ, но хорошій; боли въ животѣ и тенезмы сильные; на низъ слизью и кровью до 30 разъ въ сутки. Случаи эти большею частью—свѣжіе. Такихъ больныхъ лѣчились 5. Всѣ болѣзненные припадки исчезли у нихъ на слѣдующій-же день. Въ общемъ, нужно сказать, что здѣсь вполнѣ достаточная лѣчебная доза сыворотки—20 к. стм. ея.

2-ую категорію составляли случаи тяжелые (№№ 6—42 табл.). Всего такихъ больныхъ было лѣчено 37; ихъ характеризовали: слабость; учащенный, слабоватый пульсъ; истощенія особаго не было; на низъ было нѣсколько разъ

въ часъ, слизью и кровью, но больные подъ себя не испражнялись; жестокія боли въ животѣ и тенезмы. Случаи эти—частью свѣжіе, частью подъ-острые, запущенные. Изъ всѣхъ этихъ больныхъ только у 1 не послѣдовало улучшенія (№ 7); то былъ больной, который не позволилъ себѣ впрыснуть большее количество сыворотки. Изъ остальныхъ у 9 всѣ припадки исчезли на слѣдующій-же день, при чемъ для лѣчебнаго дѣйствія оказались достаточными приблизительно 40 к. стм. сыворотки; у 7 всѣ припадки исчезли черезъ 2 дня, при чемъ лѣчебная доза и здѣсь равнялась приблизительно 40 к. стм.; у остальныхъ кровь и слизь исчезали изъ испражненій и послѣднія дѣлались чисто каловыми уже на 3—5-ый дни, въ 1 сл.—на 7-ой и въ 1—на 8-ой. Это были случаи, гдѣ количество потребной для благопріятнаго дѣйствія сыворотки должно было быть нѣсколько больше—около 60 к. стм., при чемъ дозу эту, чтобы достигнуть скорѣйшаго результата, иногда приходилось повторять. Интересно при этомъ отмѣтить, что всѣ послѣдніе случаи (сл. 22, 26, 32, 34, 37) приходились на осенніе мѣсяцы, т. е. такіе, когда дизентерія отличается особыми упорствомъ и силой.

Въ 5 случаяхъ тяжелой дизентеріи (сл. 38, 39, 40, 41, 42) было испробовано лѣченіе сывороткой въ клизмѣ. Здѣсь имѣлось въ виду, конечно, не непосредственное дѣйствіе сыворотки на кишечную стѣнку, а просто избѣжаніе непріятныхъ субъективныхъ ощущеній у больныхъ при подкожномъ способѣ, какъ-то: боли при прокалываніи кожи у истощенныхъ больныхъ, послѣдующей, иногда очень сильной, болѣзненности на мѣстѣ впрыскиванія, а также возможности занести заразное начало подъ кожу. Сыворотки брали для клизмы 40 к. стм., добавляли до $^1/_2$-стакана физіологическимъ растворомъ поваренной соли и вводили въ кишку въ подогрѣтомъ до 34° состояніи, послѣ предварительной тепловатой опоражнивающей клизмы. Въ 2 совершенно свѣжихъ случаяхъ, гдѣ лѣченіе было начато въ тѣ-же сутки отъ начала болѣзни, клизмы превосходно удерживались и всасывались; ставились 2 лѣчебныя клизмы въ день, одна—утромъ, другая—вечеромъ; болѣзненные припадки исчезли у одного больного на слѣдующій-же день, у другого—черезъ 2 дня. У 3 другихъ больныхъ клизмы не удерживались, и дѣйствія отъ нихъ не было. Надо сказать, что я испробовалъ лѣчебное дѣйствіе однѣхъ только солевыхъ теплыхъ клизмъ приблизительно на 10 больныхъ, но никакого обрывающаго ихъ дѣйствія не замѣтилъ.

3-ью категорію составляли случаи очень тяжелой дизентеріи (см. №№ 43—70, табл.): очень рѣзкая слабость и истощеніе; пульсъ учащенъ и слабъ, иногда нитевидный; больные испражнялись подъ себя нѣсколько разъ въ часъ кровью и слизью, часто съ примѣсью дифтерійныхъ массъ или однѣми только черно-зелеными зловонными дифтерійными пленками; весьма часто были явленія раздраженія брюшины: икота, рвота. Сюда-же слѣдуетъ отнести вторичную дизентерію, а также большею частью хроническую. Всего такихъ больныхъ было 28. 9 изъ нихъ умерли (они всѣ были вскрыты); изъ этихъ 9—6 нельзя принимать въ разсчетъ при вычисленіи общаго °/₀ смертности по слѣдующимъ причинамъ: 2 (№№ 54, 62) перенесли одновременно и брюшной тифъ, и дизентерію, при чемъ отъ дизентеріи выздоровѣли и погибли отъ брюшного тифа (1 отъ прободенія тифозной язвы); 4 остальныхъ (№№ 44, 53, 60 и 65) прибыли въ госпиталь уже съ явленіями сильнаго перитонита, въ безнадежномъ состояніи. Сыворотка на нихъ была испробована, какъ послѣднее средство облегчить ихъ страданія. Изъ оставшихся 3-хъ 1 (№ 63) умеръ черезъ 2 дня по прибытіи въ госпиталь; ему успѣли дать 360 к. стм. сыворотки; на вскрытіи были найдены: гэморрагическое воспаленіе тощей кишки, дифтерія съ изъязвленіями подвздошной и толстой кишекъ; 2 другихъ (№№ 43 и 46), едва спасенные отъ тяжелаго брюшного тифа, заразились дизентеріей, еще будучи крайне истощены.

Изъ числа вылѣченныхъ кровь и слизь исчезли изъ испражненій и послѣднія сдѣлались каловыми на слѣдующій день у 3, приблизительно черезъ 2 дня—у 6, черезъ 4 дня—у 6, черезъ 5—8 дней—у 3; испражненія сдѣлались нормальными у 2 черезъ 5, у 2 черезъ 7—9, у 8 черезъ 12—16, у 1 черезъ 19, у 1 черезъ 27 и у 1 черезъ 30 дней.

Какъ примѣръ дѣйствія сыворотки на теченіе болѣзни у такихъ тяжелыхъ больныхъ, приведу слѣдующую исторію болѣзни.

№ 47. А. Г., заболѣлъ кровавымъ поносомъ 14/VIII. На низъ безъ счету. Страшно истощенъ, исхудалъ и ослабѣлъ. П. 110, слабый. Жестокія боли въ животѣ, весьма рѣзко усиливающіяся при давленіи на область толстыхъ кишекъ. Испражняется подъ себя нѣсколько разъ въ часъ, грязно-зелеными, отвратительнаго запаха, дифтерійными пленками съ примѣсью бурой крови. Въ испражненіяхъ, изъ которыхъ была выдѣлена палочка дизентеріи почти въ чистой разводкѣ, были найдены кишечныя церкомонады въ умѣренномъ количествѣ. 37°—38°.—25/VIII: Впрыснуто 40 к. стм. сыворотки. — 26/VIII: 36°,6—37°,6. Пересталъ испражняться подъ себя. Вечеромъ и ночью на низъ 3 раза, до 1 часа дня—ни разу. Болѣзненность осталась только въ области слѣпой кишки. Силы прибавились замѣтно. Явился позывъ на ѣду. Мѣста уколовъ болѣзненны. — 27/VIII: 36°,6—37°. На низъ за сутки 11 разъ, безъ крови и видимой слизи. — 28/VIII: 36°,4—36°,7. На низъ 8 разъ; испражненія частью средней плотности, съ небольшимъ количествомъ слизи. Впрыснуто снова 30 к. стм. сыворотки.—29/VIII: 36°—36°,8. Болей въ животѣ совсѣмъ нѣтъ. На низъ 5 разъ; испражненія средней плотности, безъ крови и слизи.—31/IX: На низъ 3 раза, испражненія средней плотности. — 10/IX: На низъ нормально.

Въ виду особаго интереса данныхъ вскрытія въ 3-хъ упомянутыхъ выше случаяхъ (№№ 46, 54 и 62), позволю себѣ остановиться на нихъ нѣсколько подробнѣе.

№ 46. Л. Д., 1/VIII заболѣлъ брюшнымъ тифомъ въ очень тяжелой формѣ; не выздоровѣвъ еще отъ него (37°,6), 4/IX заболѣлъ дизентеріей. 24/IX умеръ при явленіяхъ постепенно возраставшей слабости. Впрыснуто ему было 180 к. стм. сыворотки въ 3 пріема. На вскрытіи: Тонкія и толстыя кишки нормальнаго цвѣта, за исключеніемъ 2-хъ мѣстъ, въ ладонь каждое, въ нисходящей части толстой кишки; въ тонкихъ кишкахъ пигментированные рубцы на мѣстѣ тифозныхъ язвъ; въ толстыхъ — множество превосходно подзившихъ дизентерійныхъ язвъ; въ 2-хъ вышеупомянутыхъ мѣстахъ толстой кишки слизистая оболочка гиперэмирована и набухла; на ней нѣсколько хорошо подзившихъ язвочекъ; печень блѣдная, слабо бугристая, на разрѣзѣ видны прослойки соединительной новообразованной ткани, сжимающей дольки; размѣры печени уменьшены (19×11×14 правая доля × 10 лѣвая). Селезенка нѣсколько увеличена, плотнѣе нормы. Сердечная мышца блѣдна, дрябла, мѣстами съ желтыми пятнами.

Мнѣ кажется, больной этотъ погибъ во всякомъ случаѣ не исключительно отъ дизентеріи: дизентерійный процессъ въ толстыхъ кишкахъ былъ уже недалекъ отъ полнаго излѣченія. Онъ погибъ, я думаю, отъ слабости жирно-перерожденнаго сердца (брюшной тифъ?). Не малую роль, можетъ быть, тутъ играло и перерожденіе печени, какъ извѣстно, играющей большую роль въ борьбѣ съ заразнымъ началомъ.

№ 54. Л. Б., какъ выше было упомянуто, прибылъ въ госпиталь въ крайне тяжеломъ состояніи, безъ сознанія, въ бреду, съ нитевиднымъ пульсомъ, съ постоянной икотой. Кровавый поносъ безъ счету, подъ себя. Брюшной тифъ, какъ сказано, былъ распознанъ при жизни при помощи только *Widal*'евской пробы. Больной получилъ подъ кожу 80 к. стм. сыворотки и черезъ 2 сутокъ умеръ. А между тѣмъ кровавый поносъ значительно успокоился: на низъ стало позывать гораздо рѣже, и испражненія сдѣлались каловыми съ небольшой примѣсью крови и слизи. Явленія перитонита—икота, рвота, нитевидный пульсъ, усиливающіяся боли въ животѣ — выступали на первый планъ. На вскрытіи найдено: Въ полости брюшины около 3 стакановъ гноя; всѣ тонкія кишки и только 2 участка толстыхъ рѣзко гиперэмированы и набухли; въ тонкихъ кишкахъ въ области *Peyer*'овыхъ бляшекъ частью подзивающія, частью еще свѣжія тифозныя язвы; приблизительно въ 30 стм. отъ слѣпой кишки, въ центрѣ *Peyer*'овой бляшки, въ брюшно-тифозной язвѣ отверстіе, съ просяное зерно, черезъ которое калъ свободно изливался въ полость брюшины; въ 2-хъ мѣстахъ S-образной кишки, величиной приблизительно въ ладонь, слизистая оболочка набухла, гиперэмирована и покрыта умѣреннымъ дифтерійнымъ налетомъ; въ остальныхъ частяхъ толстой кишки особенно рѣзкихъ отклоненій отъ нормы не замѣтно. Увеличенная, очень дряблая селезенка.

Въ этомъ случаѣ больной погибъ отъ гнойнаго перитонита, вызваннаго прободеніемъ тифозной язвы, а не отъ дизентеріи, которая была недалека отъ излѣченія.

№ 62. И. Ж., 24/IX, на 5-ой недѣлѣ крайне тяжелаго брюшного тифа, при 37°—38°, ночью заболѣлъ кровавымъ поносомъ. На низъ безъ счету. Очень слабъ и истощенъ. Испражняется подъ себя чистой кровью и слизью нѣсколько разъ въ часъ. Селезенка слабо прощупывается при боковомъ положеніи. П. 100, слабый. Въ легкихъ много сухихъ и влажныхъ хриповъ. Изъ испражненій выдѣлена дизентерійная палочка.—25/IX: Впрыснуто 100 к. стм. сыворотки.—26/IX: Испражненія каловыя, жидкія, съ примѣсью небольшого количества слизи; на низъ гораздо рѣже; пересталъ ходить подъ себя. 37°,8—37°,9. Животъ безболѣзненъ.—

27/IX: На низъ 2 раза, жидко, безъ крови и слизи. 37°—39°,7.— 28/IX: Тоже. П. 100. 37°,4—39°,3.—29/IX: На низъ 2 раза, жидко; испражненія каловыя, вида гороховаго супа, безъ слизи и крови. П. 90, удовлетворительный. Языкъ сильно потрескавшійся, обложенъ сухимъ налетомъ. Нѣсколько розеолъ. 37°,4—39°.—1/X: П. 90, слабый. Снова сталъ мочиться и испражняться подъ себя, раза 4 въ сутки, желтыми каловыми массами безъ слизи и крови. Селезенка слегка прощупывается. Бредъ. 38°,3—39°,4. — 2/X: Умеръ при явленіяхъ постепенно возраставшей слабости. На вскрытіи: отчасти поджившія тифозныя язвы въ тонкихъ кишкахъ; толстая кишка безъ особыхъ измѣненій. На основаніи патолого-анатомической картины трудно было даже предположить, что 6 дней назадъ толстыя кишки были поражены дизентеріей.

Въ заключеніе упомяну о побочныхъ дѣйствіяхъ сыворотки. Прежде всего нужно отмѣтить во всѣхъ почти случаяхъ слабую, а въ нѣкоторыхъ—и очень рѣзкую болѣзненность на мѣстѣ впрыскиванія; развивается она обычно часа черезъ 3—4 послѣ впрыскиванія и держится около 12 иногда даже 24 час. Эритема наблюдалась въ 3 случаяхъ; крапивница тоже въ 3. Другихъ какихъ-либо побочныхъ дѣйствій не замѣчалось. Не смотря на то, что мнѣ пришлось сдѣлать приблизительно около 400 уколовъ, я ни разу не видѣлъ на мѣстѣ впрыскиванія даже самой незначительной воспалительной реакціи; съ этой стороны, ни Петербургской, ни Московской сывороткѣ упрека дѣлать не приходится.

Подводя итоги результатамъ, полученнымъ при лѣченіи дизентеріи сывороткой какъ другими авторами, такъ и мною, я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ.

1. Сыворотка безусловно составляетъ весьма дѣйствительное средство среди всѣхъ другихъ, предложенныхъ для лѣченія дизентеріи.

2. Количество сыворотки, необходимое для того, чтобы получить благопріятное дѣйствіе, рѣзко колеблется въ зависимости отъ тяжести случая. Въ легкихъ и средней тяжести случаяхъ достаточно 20 к. стм. ея, которые прямо обрываютъ болѣзнь; въ тяжелыхъ-же случаяхъ—40—60 к. стм., при чемъ иногда эту дозу слѣдуетъ повторять; въ очень тяжелыхъ случаяхъ необходимо впрыскивать 100 к. стм. заразъ и, по видимому, даже больше; почти всегда впрыскиваніе здѣсь приходится повторять.

3. Къ сожалѣнію, какъ и при лѣченіи дифтеріи противодифтерійной сывороткой, встрѣчаются случаи дизентеріи или запущенной, нелѣченной, или развившейся послѣ какой-либо тяжелой заразной болѣзни, гдѣ сыворотка оказывается недѣйствительной въ количествѣ, примѣненномъ мною.

4. Сыворотка безусловно и весьма значительно сокращаетъ продолжительность болѣзни по сравненію съ лѣченіемъ дизентеріи другими средствами. Нельзя не отмѣтить того удивительнаго дѣйствія, которое оказываетъ сыворотка на часто жестокія, невыносимыя боли въ животѣ у дизентериковъ; въ этомъ отношеніи ее можно сравнить съ сильными обезболивающими средствами.

5. Возврата и перехода острой формы дизентеріи въ хроническую я ни въ одномъ своемъ случаѣ не наблюдалъ.

Литература: 1. *Віолинъ.* Дизентерія на Квантунѣ, «В.-Медицинскій Журналъ», 1902, май.— 2. *Сонинъ.* Клизма при дизентеріи. Тамъ-же, 1902 г., сентябрь.—3. *Мазаевъ.* Къ лѣченію дизентеріи. Тамъ-же, 1902 г., ноябрь.—4. *Харитоновъ.* Лѣченіе дизентеріи. Тамъ-же, 1903 г., апрѣль.—5. *Топальскій.* Заразныя болѣзни на театрѣ военныхъ дѣйствій. Тамъ-же, 1903, ноябрь.— 6. Приведено по монографіи д-ра *Розенталя.* Этіологія и серотерапія дизентеріи, Москва, 1904 г. стр. 51—62.—7. *Schiga.* Прив. по монографіи д-ра *Розенталя*, стр. 85 и слѣд.—8. *Kruse.* Die Heilserumtherapie der Dysenterie. «Deutsche med. Wochenschrift», 1903, №№ 12.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Къ вопросу о борьбѣ съ бугорчаткой.

[Чахоточные Петербургскихъ больницъ [1])].

Вопросъ о борьбѣ съ бугорчаткой начинаетъ интересовать и русское общество; и въ обѣихъ столицахъ, и въ провинціи (Кіевъ, Харьковъ, Одесса, Саратовъ, Юрьевъ, Севастополь, Ростовъ, Астрахань) за послѣдніе 2—3 года возникъ рядъ Обществъ и Коммиссій, занимающихся не однимъ теоретическимъ обсужденіемъ вопроса, но пытающихся перейти на почву практики путемъ основанія разнаго рода учрежденій для больныхъ бугорчаткой. Рѣчь, конечно, идетъ не о болѣзни того или другого отдѣльнаго лица, а о чахоткѣ, какъ массовомъ явленіи,—о злѣ, размѣры котораго настолько внушительны, что борьба становится общественной задачей и требуетъ общественныхъ мѣръ воздѣйствія. Много-ли однако знаемъ мы о размѣрахъ того зла, съ которымъ собираемся бороться? Ясно-ли представляемъ себѣ тѣ причины, которыя дѣлаютъ чахотку явленіемъ массовымъ? Вѣдь причинами зла и размѣрами его будутъ опредѣляться и мѣры борьбы. Къ сожалѣнію, на поставленные выше вопросы придется отвѣтить отрицательно: о размѣрахъ явленія приходится судить по отрывкамъ, по даннымъ статистики 2—3 городовъ, по даннымъ больницъ и амбуляторій да по аналогіямъ съ Западомъ,—матеріалъ далеко недостаточный и въ высшей степени случайный, не позволяющій составить себѣ представленія даже о количественной сторонѣ дѣла; что же касается стороны качественной, то о ней и говорить не приходится. Неудивительно поэтому, это для громаднаго большинства говорящихъ о борьбѣ съ бугорчаткой, какъ съ «общественнымъ бѣдствіемъ», это общественное бѣдствіе представляется длинной суммой отдѣльныхъ клиническихъ случаевъ, точно сѣтью покрывающихъ Россію, общественное значеніе которой создается только числомъ слагаемыхъ, а не той связью съ общей почвой, не тѣми общими причинами, вслѣдствіе которыхъ развивается это общественное бѣдствіе. Между тѣмъ выясненію причинъ должно быть отведено первое мѣсто, ибо только знаніе ихъ позволяетъ правильно поставить и вопросъ о средствахъ борьбы. Позволяю себѣ думать, что съ этой точки зрѣнія представляютъ нѣкоторый интересъ приводимыя ниже данныя, касающіяся чахоточныхъ Петербургскихъ больницъ.

Въ періодъ 1895—1899 гг., за который я беру данныя изъ «Статистическихъ Ежегодниковъ Петербурга», въ вѣдѣніи города состояло 5 т. наз. общихъ больницъ (Обуховская, Александровская, св. Маріи Магдалины, Петропавловская и Боткинская) и 6 спеціальныхъ, изъ которыхъ только въ одной—Калинкинской—попадаются иногда и чахоточные, 2—3 въ годъ. Такимъ образомъ ниже рѣчь будетъ идти исключительно лишь о матеріалѣ перечисленныхъ 5 общихъ городскихъ больницъ. Въ среднемъ за годъ въ нихъ перебываетъ 72000 больныхъ, изъ которыхъ чахоточныхъ 2912 мужчинъ и 1120 женщинъ (6,8% и 3,8% общаго числа больныхъ). Изъ этого числа поступившихъ чахоточныхъ умираетъ въ годъ (въ среднемъ за 5-лѣтіе) 1437 мужчинъ и 575 женщинъ, т. е. 49,4% и 51,4% поступающихъ [1]). За тотъ-же 5-лѣтній періодъ въ Петербургѣ умирали въ годъ отъ бугорчатки легкихъ въ среднемъ 2512 мужчинъ и 1385 женщинъ; такимъ образомъ въ однѣхъ вышеперечисленныхъ городскихъ больницахъ умираетъ 57,5% чахоточныхъ мужчинъ и 41,3% женщинъ. На больницы другихъ вѣдомствъ и учрежденій (кромѣ военнаго: въ статистику городской смертности, замѣчу, входитъ только гражданское населеніе Петербурга) приходится сравнительно немного, почему можно съ большимъ правомъ распространить выводы, полученные изъ изученія матеріала городскихъ больницъ, и на все больничное населеніе [2]).

[1]) Въ извлеченіи сообщено въ Обществѣ больничныхъ врачей въ Петербургѣ 31/X 1902 г.

[1]) По отдѣльнымъ больницамъ % смертности достигалъ

	мужчинъ,	женщинъ,	вмѣстѣ.
въ Обуховской	48,1	53,4	49,2
» Александровской	53,8	54,0	53,9
» Св. Маріи Магдалины . .	47,0	40,0	43,7
» Петропавловской . . .	49,6	54,2	50,3
» Боткинской барачной . .	34,6	47,1	38,6

[2]) Данными больницъ другихъ вѣдомствъ я не могъ воспользоваться въ виду ихъ неполноты; отчеты доставляются далеко не всѣми, а часто и не въ томъ объемѣ, въ какомъ представляются городскими больницами. Если судить по наиболѣе полнымъ въ этомъ отношеніи «Ежегодникамъ», на долю остальныхъ больницъ придется около 20%.

Для насъ, однако, важнѣе другое обстоятельство: насколько выводы изъ данныхъ больничной статистики, которые я приведу ниже, могутъ быть распространены на *все бѣдное* населеніе Петербурга. Что въ городскія больницы, гдѣ лѣченіе безплатно, идетъ только Петербургская бѣднота, это извѣстно, кажется, всякому. Больничная жизнь представляетъ такъ мало привлекательнаго, даже въ больницахъ вполнѣ благоустроенныхъ, что при малѣйшей возможности лѣчиться или умереть дома всякій предпочтетъ остаться дома. Врачамъ, имѣвшимъ дѣло съ населеніемъ угловъ, факты такого рода хорошо знакомы.

Но, чтобы не говорить только о «впечатлѣніяхъ», могу указать и на факты. Это—прежде всего распредѣленіе поступленій въ больницы по частямъ города [1]). Если сопоставить порядокъ расположенія участковъ города по числу чахоточныхъ, поставляемыхъ каждымъ участкомъ въ городскія больницы, съ тѣмъ, въ которомъ они располагаются по высотѣ чахоточной смертности, совпаденіе получится очень близкое. Нарушенія параллельности могутъ быть легко объяснены или близостью больницы къ тому или другому участку (напр., больницы Обуховская и Александровская находятся рядомъ, а вся $^1/_2$ города между Невой и Фонтанкой не имѣетъ ни одной больницы) или присутствіемъ больницъ другихъ вѣдомствъ.

Другимъ доказательствомъ является профессіональный составъ больничнаго населенія. Въ одномъ изъ «Ежегодниковъ» ч. пр. *А. А. Липскій* приводитъ слѣдующія цифры которыя дали чахоточные въ Петербургскихъ больницахъ:

кузнецы	84
слесаря	140
жестянники, мѣдно-литейщики	65
шорники, чемоданщики	23
коробочники	31
столяры	185
токари	65
булочники	62
портные	254
сапожники	278
фабричные	248
поденщики	834
торговцы	215
каменщики, плотники, печники, штукатуры	204
маляры, обойщики	127
фотографы, конторщики и бухгалтеры, чиновники—полиція, пожарные, монахи, врачи, учителя, фельдшера, ученые и пр.	180

Такимъ образомъ изъ 3650 чахоточныхъ на долю «интеллигентныхъ» профессій, не всегда достаточно обезпеченныхъ, чтобы имѣть возможность умереть дома, приходится всего 5%; все же остальное—это мелкіе ремесленники, фабричные, поденщики, относительно матеріальнаго положенія которыхъ не можетъ быть 2-хъ мнѣній.

Установивъ такимъ образомъ и безъ того извѣстный фактъ, что въ больницы идетъ только бѣднѣйшая часть населенія, посмотримъ, что дѣлаетъ она въ больницѣ.

Больничная статистика даетъ распредѣленіе больныхъ по продолжительности пребыванія ихъ въ больницѣ—для умершихъ и для выписавшихся отдѣльно. Ниже я и разберу эти данныя отдѣльно для каждой изъ 2-хъ группъ; но на общій вопросъ о томъ, какъ долго чахоточные остаются въ больницѣ, такое дѣленіе a posteriori, по исходу болѣзни, можетъ и не дать отвѣта; чтобъ получить его, придется разсмотрѣть обѣ категоріи вмѣстѣ. Такимъ образомъ *поступающіе* въ городскія больницы чахоточные (въ % и оба пола вмѣстѣ) остаются въ нихъ:

1 сутки	2,0	64,3%
2—3 сутокъ	3,4	
4—7 »	9,6	
8—14 »	18,7	
15—30 »	30,6	
2—3 мѣс.	30,7	
4—6 »	3,9	5,0%
7—12 »	0,8	
болѣе 1 года	0,3	

Соединивъ данныя этой таблицы въ болѣе крупныя группы, получимъ, что не болѣе мѣсяца провели 64,3% поступившихъ, отъ 2 до 3 мѣс.—30,7% и, наконецъ, болѣе 3 мѣс.—всего 5% поступившихъ, при чемъ самыя ничтожныя цифры приходятся на сроки большіе $^1/_2$-года; болѣе года, по этимъ даннымъ, изъ 1000 человѣкъ остается всего 3. Средняя продолжительность пребыванія въ больницѣ чахоточнаго—33 дня,—въ круглыхъ цифрахъ—*одинъ мѣсяцъ*. Излишне было-бы доказывать, что въ мѣсяцъ чахоточный могъ-бы развѣ только отдохнуть [1]); говорить о лѣченіи, а тѣмъ болѣе о возможности «поправки» или «выздоровленія», значило-бы злоупотреблять словами.

Но, быть можетъ, ранняя—по поступленіи—смерть многихъ чахоточныхъ больныхъ искажаетъ общую картину; можетъ быть, средняя продолжительность пребыванія въ больницѣ для умирающихъ и выписывающихся настолько различна, что сдѣланный выше выводъ окажется невѣрнымъ. Для этого придется обратиться къ слѣдующей таблицѣ.

По числу дней, проведенныхъ въ больницѣ, умершіе въ нихъ отъ бугорчатки легкихъ распредѣлялись такъ:

Умершіе въ городскихъ больницахъ отъ бугорчатки легкихъ провели въ нихъ дней (въ %)

	мужчины	женщины	вмѣстѣ
1 сутки	3,5	2,7	3,3
2—3 сутокъ	5,2	3,7	4,8
4—7 »	11,0	10,1	10,6
8—14 »	18,0	14,7	17,1
15—30 »	27,1	26,4	27,0
2—3 мѣс.	29,8	34,4	31,0
4—6 »	4,5	6,2	5,0
7—12 »	0,6	1,2	0,8
болѣе 1 года	0,3	0,6	0,4
	100,0	100,0	100,0
Средняя продолжительность пребыванія	31,0	40,3	34,3

Послѣ 3-хъ мѣсяцевъ пребыванія въ больницѣ умираетъ, какъ видно изъ приведенныхъ цифръ, только 5% поступившихъ; въ теченіи 1-ой недѣли по поступленіи умираетъ 18,7% поступившихъ; 2-ая недѣля даетъ почти столько-же—17,1%; затѣмъ смертность возрастаетъ съ каждой недѣлей, и къ концу 3-го мѣсяца по поступленіи въ буквальномъ смыслѣ слова вымираютъ всѣ, кому не суждено было вернуться домой.

Такъ какъ въ больницахъ умираетъ $^1/_2$ поступающихъ, то уже одно это указываетъ, въ какомъ состояніи приходятъ туда больные; но еще краснорѣчивѣе только-что приведенныя цифры: вѣдь, за мѣсяцъ до смерти поступаетъ 62% умирающихъ въ больницѣ чахоточныхъ или $^1/_3$ всѣхъ чахоточныхъ, переступающихъ порогъ больницы. Очевидно, обращающіеся въ больницу чахоточные поступаютъ туда въ томъ періодѣ болѣзни, когда о лѣченіи поздно уже думать; вѣдь, чахотка тянется годами; *Leyden* опредѣляетъ среднюю продолжительность болѣзни въ 7 лѣтъ; между тѣмъ почти всѣ, умирающіе въ больницахъ, чахоточные проводятъ въ ней не больше 3 мѣс., а отъ $^1/_2$-года до 1 года остается всего 16 чел. ежегодно, а болѣе года—7! Очевидно, о лѣченіи, если-бы городскія больницы и были къ этому приспособлены, не можетъ быть здѣсь и рѣчи: что можно сдѣлать, въ самомъ дѣлѣ, для человѣка, которому въ среднемъ осталось прожить всего какихъ-нибудь 35 дней?!... О половинѣ чахоточныхъ, поступающихъ въ городскія больницы, можно смѣло сказать, что они идутъ туда умирать, и уже, конечно, съ еще большимъ правомъ можно сказать это-же о тѣхъ, кого въ больницу привозятъ на сутки, на 2—3 сутокъ и т. п., а такихъ набирается (проводящихъ до 7 дней) около 20%.

Перейду теперь къ выходящимъ изъ больницы «выздоровѣвшими, съ поправкой или безъ поправки», какъ гласитъ соотвѣтствующая рубрика больничной статистики.

Больные бугорчаткою легкихъ, *выписавшіеся* изъ больницъ, пробыли въ нихъ дней (въ %):

	мужчины	женщины	вмѣстѣ
1 сутки	0,6	0,1	0,3
2—3 сутокъ	1,5	2,4	1,6
4—7 »	8,2	9,0	8,4
8—14 »	20,1	21,1	20,4
15—30 »	35,2	33,2	34,8
2—3 мѣс.	30,1	27,9	29,5
4—6 »	3,4	5,4	4,0
7—12 »	0,7	0,8	0,7
болѣе 1 года	0,2	0,1	0,2
	100,0	100,0	100,0
Средняя продолжительность пребыванія	31,6	33,0	32,0

[1]) Относящіяся сюда таблицы, по недостатку мѣста, не приводятся.

[1]) Стоитъ прочесть докладъ д-ра *А. Н. Рубеля* «Чахотка и

Въ теченіи 1-ой недѣли по поступленіи выходитъ 10% поступившихъ; если не о всѣхъ изъ нихъ, то во всякомъ случаѣ объ остающихся всего 1—3 дня можно сказать, что это—испытуемые: ихъ оставляютъ для болѣе внимательнаго осмотра. Послѣ этого срока «лѣченіе» вступаетъ въ свои права, но съ этого-же времени начинается и бѣгство больныхъ изъ больницы. Въ самомъ дѣлѣ, послѣ недѣли пребыванія % выписывающихся быстро начинаетъ подниматься; черезъ мѣсяцъ уходятъ уже цѣлыхъ 65% поступившихъ,—и здѣсь число 30 оказывается роковымъ—и къ концу 3-го мѣсяца больница опустѣла-бы совсѣмъ, если-бы на смѣну выбывшимъ не приходили все новые и новые больные, которые, въ свою очередь, такъ-же скоро очистятъ свое мѣсто, какъ и ихъ предшественники. Такимъ образомъ въ годъ въ больницахъ города съ $1^1/_2$-милліоннымъ населеніемъ, одного изъ первыхъ въ Европѣ по высотѣ смертности отъ чахотки, только 65 чел. выписавшихся «выздоровѣвшими, съ поправкой или безъ поправки», провели отъ 3 мѣс. до $^1/_2$-года, отъ 7 до 12 мѣс.—12 чел., а болѣе года—*2 чел.* Есть, кажется, надъ чѣмъ задуматься!

Не трудно понять, что о «выздоровленіи» въ собственномъ смыслѣ нельзя говорить и при наибольшей продолжительности пребыванія чахоточныхъ въ больницѣ—т. е. при 3 мѣсяцахъ; между тѣмъ, какъ сказано, 65% выписывается уже черезъ 1 мѣсяцъ. И потому, признавъ терминъ «выздоровленіе» имѣющимъ отношеніе ко всѣмъ, какимъ угодно, остальнымъ категоріямъ больныхъ, кромѣ чахоточныхъ, буду говорить, по крайней мѣрѣ, о «поправкѣ». Но и на этотъ счетъ не все обстоитъ благополучно. Вотъ что говорилъ по этому поводу на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ д-ръ *А. И. Лапшинъ* [1]), старшій врачъ Московской Старо-Екатерининской больницы:

«Процентъ 42 выписавшихся съ улучшеніемъ (въ Москвѣ онъ еще ниже Петербургскаго. *В. Ш.*) могъ бы радовать, если-бы это дѣйствительно было такъ. Подъ выписавшимися съ улучшеніемъ надо разумѣть чахоточныхъ, ушедшихъ изъ больницы безъ провожатыхъ, а подъ выписавшимися безъ улучшенія—сданныхъ на руки родственникамъ. Но среди первыхъ много и такихъ, у которыхъ болѣзнь вовсе, можетъ быть, и не улучшилась: изъ просмотрѣнныхъ мною 220 листковъ выписавшихся изъ Старо-Екатерининской больницы 127 всѣхъ оставившихъ больницу чахоточныхъ выписались съ повышенной температурой».

Изъ того-же доклада *А. И. Лапшина* видно, что положеніе чахоточныхъ въ Московскихъ больницахъ ровно ничѣмъ не отличается отъ такового въ Петербургѣ; можно-ли думать поэтому, что терминъ «выписавшіеся съ поправкой» имѣетъ въ Петербургѣ другой смыслъ, чѣмъ въ Москвѣ? Ergo, если изъ числа поступившихъ въ больницу чахоточныхъ вычесть умершихъ (а ихъ, какъ мы видѣли, болѣе $^1/_2$), вычесть выписавшихся «безъ поправки», вычесть несуществующую категорію «выздоровѣвшихъ», вычесть, наконецъ, по меньшей мѣрѣ, $^1/_2$ тѣхъ, кто въ больничной статистикѣ отмѣчается «выписавшимися съ поправкой», то на долю какого-нибудь, хотя-бы даже временнаго и обманчиваго улучшенія придутся величины, очень близкія къ нулю...

Подводя итоги сказанному, получимъ: $^1/_2$ чахоточныхъ, поступающихъ въ Петербургскія городскія больницы, приходитъ сюда въ такомъ состояніи, когда уже о лѣченіи не можетъ быть и рѣчи; другая $^1/_2$, имѣющая еще силы уйти, выписывается изъ больницы въ такой срокъ, когда при самыхъ лучшихъ условіяхъ лѣченія и ухода прочное улучшеніе здоровья едва-ли возможно, при условіяхъ-же жизни въ нашихъ больницахъ—совершенно немыслимо.

Каковы-же причины такого печальнаго положенія вещей?

У д-ра *А. И. Лапшина* читаемъ по этому поводу слѣдующее:

«Высокій % смертности находится въ зависимости отъ весьма многихъ условій. Одною изъ причинъ, конечно, можно признать существующія соціально-экономическія условія труда: рабочій человѣкъ не можетъ и подумать о своевременномъ больничномъ лѣченіи, разъ на его рукахъ имѣется семья и близкія, и онъ еще не свалился съ ногъ. Но, если-бы, дѣйствительно, нашелся такой одинокій, заботящійся о своемъ здоровьѣ, труженикъ, то онъ, напрасно потолкавшись въ двери больницы, отчаявшись, снова вернулся-бы къ своей работѣ. Больницы на законномъ основаніи не дали-бы ему пріюта: по дѣйствующимъ правиламъ пріема больныхъ—«хроники, симптомы болѣзни у которыхъ не представляютъ явной опасности для жизни, не подлежатъ пріему, если нѣтъ свободныхъ мѣстъ въ больницахъ». А когда въ больницахъ свободныя мѣста бываютъ? Если и открывается свободное мѣсто, то на него десятки кандидатовъ, и пріемные и дежурящіе врачи, зная это, подождутъ класть больного съ начинающимися признаками чахотки. Больницы хронически переполнены, и это переполненіе играетъ важную роль въ повышеніи смертности въ больницахъ отъ чахотки».

Тоже говоритъ и д-ръ *А. Н. Рубель* [1]):

«Не трудно выяснить причины ужасающей смертности въ больницѣ. У насъ главной причиной являются, конечно, то обстоятельство, что чахоточные поступаютъ въ больницы большей частью уже въ тяжеломъ состояніи, когда и самое образцовое лѣченіе не можетъ принести ощутительной пользы. Пока больной на ногахъ, пока онъ, хотя-бы съ грѣхомъ пополамъ, можетъ кое-какъ справляться съ своей обычной работой, до тѣхъ поръ онъ «перемогается», не идетъ въ больницу, да и пользующій больного врачъ не можетъ особенно настаивать на этомъ, во 1-хъ, потому, что знаетъ всю нецѣлесообразность лѣченія чахоточныхъ въ больницахъ, особенно при существующихъ у насъ условіяхъ, и нравственное чувство нерѣдко прямо удерживаетъ его отъ помѣщенія чахоточнаго въ больницу, а, во 2-хъ, потому, что въ больницы—по дѣйствующимъ правиламъ пріема больныхъ—«хроники», симптомы болѣзни у которыхъ не представляютъ явной опасности для жизни, не подлежатъ пріему, если нѣтъ свободныхъ мѣстъ въ больницахъ» (а часто-ли они бываютъ?)».

Такимъ образомъ причинъ ненормальнаго порядка вещей нужно искать, съ одной стороны, въ больницахъ, съ другой—въ больныхъ. Начну съ первыхъ: больницъ мало; онѣ и плохи, и переполнены; врачи вынуждены принимать только самыхъ тяжелыхъ больныхъ, почти умирающихъ, и—очевидно, хотя этого и не говорятъ указанные мною выше авторы — возможно скорѣе освобождать мѣста въ виду толпы больныхъ, тщетно толкающихся изъ одной больницы въ другую въ ожиданіи свободнаго мѣста. Но и получившіе мѣсто не получаютъ того, зачѣмъ пришли — исцѣленія, ибо больницы для этого совсѣмъ не приспособлены...

Неудовлетворительное состояніе больницъ—фактъ давно извѣстный, и на немъ я останавливаться не буду. Что въ больницы поступаютъ больные съ самыми тяжелыми формами чахотки, тоже извѣстно: этимъ и объясняется такой высокій % смертности чахоточныхъ въ больницахъ. Правда, и % смертности въ отдѣльныхъ больницахъ, и продолжительность пребыванія въ нихъ умирающихъ отъ чахотки колеблются довольно значительно [2]), что можетъ объясняться различными особенностями обстановки отдѣльныхъ больницъ и больничныхъ порядковъ [3]); но общая картина остается всюду одна и таже: $^1/_2$ больныхъ поступаютъ или принимаются (на этой разницѣ я пока не останавливаюсь) въ безнадежномъ состояніи. Почему-же, спрашивается, такъ скоро бѣгутъ изъ больницы всѣ остальные? Въ комъ здѣсь вина — въ больницѣ или въ больныхъ?

Легко можно себѣ представить, что, руководясь больничными правилами и соображеніями о числѣ свободныхъ мѣстъ, больничный врачъ *не принимаетъ* тѣхъ, кто еще можетъ «перемогаться», и выбираетъ наиболѣе тяжелыхъ. Но я отказываюсь представить себѣ врача, который-бы старался выписывать больныхъ противъ ихъ желанія безъ какого-либо исключительнаго повода. Вѣдь, и тѣ, кто въ концѣ концевъ выписывается «съ поправкой» или какъ-нибудь иначе, не принадлежатъ къ больнымъ легкимъ: за это говорятъ тѣже больничныя правила пріема, одинаково примѣняемыя ко всѣмъ поступающимъ; какъ-бы скептически ни относился врачъ къ своей больничной работѣ, какъ-бы ни безнадежно было «лѣченіе» того или другого больного, врачъ не выпишетъ больного, *желающаго* остаться

призрѣніе чахоточныхъ въ Петербургѣ», чтобы убѣдиться въ полной невозможности даже и этого.

[1]) О положеніи чахоточныхъ больныхъ въ городскихъ больницахъ. Напечатано въ «Практической Медицинѣ».

[1]) Докладъ въ Обществѣ больничныхъ врачей, 1901 г., указанный выше.

[2]) Средняя продолжительность пребыванія чахоточныхъ въ Петербургскихъ больницахъ:

	выписавшіеся провели дней:	умершіе провели дней:
Обуховская	33,0	35,8
Александровская	27,5	32,8
Св. Маріи Магдалины .	29,6	30,3
Петропавловская	36,1	37,4
Боткинская	25,5	18,1

[3]) Такія-же точно колебанія замѣчаются и для всѣхъ остальныхъ болѣзней.

въ больницѣ и лѣчиться, и особенно больного серьезнаго, а такихъ—большинство.

Говорятъ еще, что врачи сами совѣтуютъ больнымъ уходить изъ больницы поскорѣе и посылаютъ ихъ въ деревню, и что потому-то больные и не остаются долго въ больницѣ. Такіе случаи тоже возможны; врачъ, видя полную безполезность пребыванія больного въ больницѣ, можетъ посовѣтовать ему уѣхать поскорѣй въ деревню; можно только сомнѣваться, исполняется-ли этотъ хорошій совѣтъ ѣхать in's Grüne, и вотъ почему: По времени пребыванія въ Петербургѣ чахоточные городскихъ больницъ распредѣляются такъ:

До поступленія въ больницу прожили въ Петербургѣ (въ % поступившихъ)

	мужчинъ	женщинъ.
1 мѣсяцъ и менѣе . .	4,8	3,3
2— 3 мѣс.	1,6	1,2
3— 6 »	1,3	1,3
7—12 »	7,6	4,3
2— 3 года	9.9	7.3
4— 9 лѣтъ	11,7	12,9
9 и болѣе лѣтъ . . .	46,3	47,3
Постоянные жители Петербурга	16,3	22,4
	100,0	100,0

Отсюда слѣдуетъ, что 70% принадлежитъ или къ кореннымъ жителямъ Петербурга, или къ такимъ пріѣзжимъ, которые прожили въ немъ болѣе 10 лѣтъ, т. е. не имѣютъ совсѣмъ деревни или успѣли въ значительной мѣрѣ порвать съ нею связь. Но и изъ тѣхъ, кто можетъ уѣхать, не всякій захочетъ послѣдовать совѣту доктора, ибо изъ деревни онъ ѣхалъ въ столицу не для собственнаго удовольствія, а за работой, гонимый нуждой.

Остается, слѣд., предположить, что больные уходятъ сами, какъ говорится, по своей доброй волѣ. Иногда воля эта направляется сознаніемъ безплодности дальнѣйшаго пребыванія въ виду отсутствія сколько-нибудь замѣтнаго улучшенія, иногда—утомительнымъ однообразіемъ больничной жизни и оторванностью отъ привычной обстановки: «соскучился»; но и тутъ за «соскучился» чаще всего слѣдуетъ: «да и работать надо». Такимъ образомъ причиной выхода изъ больницы въ концѣ концевъ являются экономическія условія жизни той части населенія, которая служитъ главнымъ поставщикомъ чахоточныхъ въ городскія больницы. Чахоточные—мы видѣли уже—въ большинствѣ случаевъ фабричные и ремесленники или Lumpenproletariat—поденщики, живущіе случайной работой. Понятно, что человѣку, живущему не на ренту, а трудомъ рукъ своихъ, некогда особенно засиживаться въ больницѣ: каждый лишній день отдыха въ больницѣ это—лишній день голодовки для оставленной дома семьи или лишній шансъ потерять мѣсто или работу. Тѣ, кому уже очень плохо, протянувъ до послѣдней крайности, приходятъ въ больницу умирать, а тѣ, у кого есть еще силы вернуться, не могутъ ждать «поправки» или «выздоровленія» дольше 3-хъ мѣсяцевъ, въ громадномъ-же большинствѣ случаевъ покидаютъ больницу уже черезъ мѣсяцъ,—уходятъ, очевидно, по той-же причинѣ, по которой и «перемогались» до послѣдней возможности раньше, чѣмъ идти въ больницу.

Что именно физическая невозможность, а не отсутствіе желанія и непониманіе пользы лѣченія, заставляетъ какъ можно позже идти въ больницу и какъ можно раньше уходитъ изъ нея, подтверждается, какъ мнѣ кажется, и различнымъ отношеніемъ къ больницѣ мужчинъ и женщинъ: въ то время, какъ *въ городѣ* на 1 умирающую отъ чахотки женщину приходится 1,8 мужчинъ, въ *больницахъ* мужчинъ въ 2,6 раза больше, чѣмъ женщинъ; чахоточныя женщины остаются дома потому-же, почему родильницы выписываются на 5-ый день, не смотря на всѣ увѣщанія врача; тѣ-же изъ женщинъ, которыя не связаны семьей или находятъ всетаки возможность уйти въ больницу, остаются тамъ дольше мужчинъ (средняя продолжительность пребыванія 33,0 дня, для мужчинъ-же—31,6), тѣ-же, которыя умираютъ, умираютъ въ среднемъ черезъ 40,3 дня, мужчины же—черезъ 31,0 день.

Приводимыя ниже данныя [1]) о продолжительности пребыванія въ больницахъ чахоточныхъ въ связи съ ихъ семейнымъ состояніемъ даютъ очень интересное подтвержденіе только что сказанному.

Семейное состояніе больныхъ.	Число карточекъ.	Продолжительность пребыванія въ больницѣ (въ % общаго числа случаевъ). 1—7 сутокъ.	8—14 »	15—30 »	2—3 мѣс.	3—6 »	6 мѣс. и болѣе.	Средняя продолжительность пребыванія (въ дняхъ).
Мужчины								
умершіе въ больницахъ:								
холостые .	1530	16,9	14,9	28,5	33 4	5,1	1,2	33,8
женатые .	1173	21,5	19,0	27,8	27,2	3,9	0,6	30,0
вдовцы . .	212	22,0	16,0	23,1	33,5	4,2	1,0	33,4
выписавшіеся:								
холостые .	1227	8,6	15,0	33,8	33,6	5,2	1,8	37,1
женатые .	1092	12,9	19,9	36,1	27,1	3,2	0,8	29,5
вдовцы .	124	4,8	12,9	39,5	32,2	9,0	1,6	39,2
Женщины								
умершія:								
дѣвицы .	760	15,8	12,2	23,5	39,0	8,2	1,3	43,2
замужнія .	552	20,1	16,3	29,3	28,3	4,7	1,3	33,7
вдовы . .	346	15,9	19,3	23,7	33,5	6,4	1,2	38,4
выписавшіяся:								
дѣвицы .	582	10,8	18,9	33,0	30,2	6,2	0,9	34,2
замужнія .	436	10,3	27,7	31,9	26,7	2,7	0,7	27,8
вдовы . . .	214	9,8	14,0	30,9	32,7	9,3	3,3	45,3

Въ самомъ дѣлѣ, оставляя въ сторонѣ частности, не трудно замѣтить большую разницу въ отношеніи къ больницѣ между холостыми и женатыми, между вдовами и дѣвицами, съ одной стороны, и замужними женщинами, съ другой. Особенно рѣзко сказывается эта разница въ продолжительности пребыванія въ больницѣ для женщинъ: замужнія женщины, умирающія въ больницѣ, «перемогаются» на цѣлыхъ 10 дней дольше дѣвицъ; изъ больницы выписываются дѣвицы на недѣлю позже, вдовы-же на цѣлыхъ 18 дней позже замужнихъ. Дѣло не въ томъ, что вдовы свободны отъ всякихъ домашнихъ обязанностей, а въ томъ, что среди вдовъ (по больничнымъ листкамъ) почти не встрѣчается женщинъ моложе, 25 л., большинство-же старше 35 л., что при нашихъ раннихъ бракахъ заставляетъ предполагать дов. взрослыхъ дѣтей. Точно также продолжительное пребываніе дѣвицъ нельзя объяснять возрастнымъ составомъ этой группы: въ названныя выше городскія больницы дѣти не принимаются; въ возрастѣ 13 — 16 л. — дѣвицъ 3,5% среди умершихъ въ больницѣ и 5,7% среди выписавшихся. Только среди холостыхъ мужчинъ % молодежи значителенъ: въ возрастѣ до 18 л. (до 14 л. наберется человѣкъ 10 за всѣ 5 лѣтъ) изъ умершихъ чахоточныхъ было 8%, изъ выписавшихся—29%, но и это—все уже рабочій возрастъ; кромѣ того, и эту молодежь напрасно стали-бы искать въ послѣднихъ группахъ таблицы: они тамъ очень рѣдки.

Такимъ образомъ вліяніе семейнаго состоянія на продолжительность пребыванія чахоточныхъ въ больницахъ не можетъ подлежать сомнѣнію. Къ сожалѣнію, больничныя карточки не даютъ матеріала, которой-бы позволилъ освѣтить вопросъ о времени пребыванія въ больницѣ съ какой-либо другой стороны, кромѣ семейнаго положенія больныхъ. Причины, почему портной долженъ оставаться меньше или больше сапожника, или прачка дольше швеи—подыскать трудно, а потому профессіональный составъ больныхъ въ связи съ продолжительностью ихъ пребыванія не далъ-бы никакихъ указаній; для сравненія-же съ продолжительностью пребыванія чахоточныхъ въ Петербургскихъ больницахъ съ пребываніемъ чахоточныхъ Петербуржцевъ, ѣдущихъ куда-нибудь въ Meran, въ Davos или на Riviére'у,—нѣтъ, къ сожалѣнію, никакихъ данныхъ.

Если семейному состоянію чахоточныхъ больныхъ долж-

[1]) Для этого были разобраны больничные листки за 1895, 1897 и 1899 гг. для женщинъ и за 1897 и 1899 гг. для мужчинъ - всего болѣе 8000 листковъ, любезно предоставленныхъ въ мое распоряженіе г. завѣдующимъ статистическимъ Отдѣломъ Управы *Н. А. Федуловымъ*.

Въ теченіи 1-ой недѣли по поступленіи выходитъ 10% поступившихъ; если не о всѣхъ изъ нихъ, то во всякомъ случаѣ объ остающихся всего 1—3 дня можно сказать, что это—испытуемые: ихъ оставляютъ для болѣе внимательнаго осмотра. Послѣ этого срока «лѣченіе» вступаетъ въ свои права, но съ этого-же времени начинается и бѣгство больныхъ изъ больницы. Въ самомъ дѣлѣ, послѣ недѣли пребыванія % выписывающихся быстро начинаетъ подниматься; черезъ мѣсяцъ уходятъ уже цѣлыхъ 65% поступившихъ,—и здѣсь число 30 оказывается роковымъ—и къ концу 3-го мѣсяца больница опустѣла-бы совсѣмъ, если-бы на смѣну выбывшимъ не приходили все новые и новые больные, которые, въ свою очередь, такъ-же скоро очистятъ свое мѣсто, какъ и ихъ предшественники. Такимъ образомъ въ годъ въ больницахъ города съ $1^1/_2$-милліоннымъ населеніемъ, одного изъ первыхъ въ Европѣ по высотѣ смертности отъ чахотки, только 65 чел. выписавшихся «выздоровѣвшими, съ поправкой или безъ поправки», провели отъ 3 мѣс. до $^1/_2$-года, отъ 7 до 12 мѣс.—12 чел., а болѣе года—*2 чел.* Есть, кажется, надъ чѣмъ задуматься!

Не трудно понять, что о «выздоровленіи» въ собственномъ смыслѣ нельзя говорить и при наибольшей продолжительности пребыванія чахоточныхъ въ больницѣ—т. е. при 3 мѣсяцахъ; между тѣмъ, какъ сказано, 65% выписывается уже черезъ 1 мѣсяцъ. И потому, признавъ терминъ «выздоровленіе» имѣющимъ отношеніе ко всѣмъ, какимъ угодно, остальнымъ категоріямъ больныхъ, кромѣ чахоточныхъ, буду говорить, по крайней мѣрѣ, о «поправкѣ». Но и на этотъ счетъ не все обстоитъ благополучно. Вотъ что говорилъ по этому поводу на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ д-ръ *А. И. Лапшинъ* [1]), старшій врачъ Московской Старо-Екатерининской больницы:

«Процентъ 42 выписавшихся съ улучшеніемъ (въ Москвѣ онъ еще ниже Петербургскаго. *В. Ш.*) могъ-бы радовать, если-бы это дѣйствительно было такъ. Подъ выписавшимися съ улучшеніемъ надо разумѣть чахоточныхъ, ушедшихъ изъ больницы безъ провожатыхъ, а подъ выписавшимися безъ улучшенія—сданныхъ на руки родственникамъ. Но среди первыхъ много и такихъ, у которыхъ болѣзнь вовсе, можетъ быть, и не улучшилась: изъ просмотрѣнныхъ мною 220 листковъ выписавшихся изъ Старо-Екатерининской больницы 127 всѣхъ оставившихъ больницу чахоточныхъ выписались съ повышенной температурой».

Изъ того-же доклада *А. И. Лапшина* видно, что положеніе чахоточныхъ въ Московскихъ больницахъ ровно ничѣмъ не отличается отъ такового въ Петербургѣ; можно-ли думать поэтому, что терминъ «выписавшіеся съ поправкой» имѣетъ въ Петербургѣ другой смыслъ, чѣмъ въ Москвѣ? Ergo, если изъ числа поступившихъ въ больницу чахоточныхъ вычесть умершихъ (а ихъ, какъ мы видѣли, болѣе $^1/_2$), вычесть выписавшихся «безъ поправки», вычесть несуществующую категорію «выздоровѣвшихъ», вычесть, наконецъ, по меньшей мѣрѣ, $^1/_2$ тѣхъ, кто въ больничной статистикѣ отмѣчается «выписавшимися съ поправкой», то на долю какого-нибудь, хотя-бы даже временнаго и обманчиваго улучшенія придутся величины, очень близкія къ нулю...

Подводя итоги сказанному, получимъ: $^1/_2$ чахоточныхъ, поступающихъ въ Петербургскія городскія больницы, приходитъ сюда въ такомъ состояніи, когда уже о лѣченіи не можетъ быть и рѣчи; другая $^1/_2$, имѣющая еще силы уйти, выписывается изъ больницы въ такой срокъ, когда при самыхъ лучшихъ условіяхъ лѣченія и ухода прочное улучшеніе здоровья едва-ли возможно, при условіяхъ-же жизни въ нашихъ больницахъ—совершенно немыслимо.

Каковы-же причины такого печальнаго положенія вещей?

У д-ра *А. И. Лапшина* читаемъ по этому поводу слѣдующее:

«Высокій % смертности находится въ зависимости отъ весьма многихъ условій. Одною изъ причинъ, конечно, можно признать существующія соціально-экономическія условія труда: рабочій человѣкъ не можетъ и подумать о своевременномъ больничномъ лѣченіи, разъ на его рукахъ имѣется семья и близкія, и онъ еще не свалился съ ногъ. Но, если-бы, дѣйствительно, нашелся такой одинокій, заботящійся о своемъ здоровьѣ, труженикъ, то онъ, напрасно потолкавшись въ двери больницы, отчаявшись, снова вернулся-бы къ своей работѣ. Больницы на законномъ основаніи не дали-бы ему пріюта: по дѣйствующимъ правиламъ пріема больныхъ—«хроники, симптомы болѣзни у которыхъ не представляютъ явной опасности для жизни, не подлежатъ пріему, если нѣтъ свободныхъ мѣстъ въ больницахъ». А когда въ больницахъ свободныя мѣста бываютъ? Если и открывается свободное мѣсто, то на него десятки кандидатовъ, и пріемные и дежурящіе врачи, зная это, подождутъ класть больного съ начинающимися признаками чахотки. Больницы хронически переполнены, и это переполненіе играетъ важную роль въ повышеніи смертности въ больницахъ отъ чахотки».

Тоже говоритъ и д-ръ *А. Н. Рубель* [1]):

«Не трудно выяснить причины ужасающей смертности въ больницѣ. У насъ главной причиной является, конечно, то обстоятельство, что чахоточные поступаютъ въ больницы большей частью уже въ тяжеломъ состояніи, когда и самое образцевое лѣченіе не можетъ принести ощутительной пользы. Пока больной на ногахъ, пока онъ, хотя-бы съ грѣхомъ пополамъ, можетъ кое-какъ справляться съ своей обычной работой, до тѣхъ поръ онъ «перемогается», не идетъ въ больницу, да и пользующій больного врачъ не можетъ особенно настаивать на этомъ, во 1-хъ, потому, что знаетъ всю нецѣлесообразность лѣченія чахоточныхъ въ больницахъ, особенно при существующихъ у насъ условіяхъ, и нравственное чувство нерѣдко прямо удерживаетъ его отъ помѣщенія чахоточнаго въ больницу, а, во 2-хъ, потому, что въ больницы—по дѣйствующимъ правиламъ пріема больныхъ—«хроники», симптомы болѣзни у которыхъ не представляютъ явной опасности для жизни, не подлежатъ пріему, если нѣтъ свободныхъ мѣстъ въ больницахъ» (а часто-ли они бываютъ?)».

Такимъ образомъ причинъ ненормальнаго порядка вещей нужно искать, съ одной стороны, въ больницахъ, съ другой—въ больныхъ. Начну съ первыхъ: больницъ мало; онѣ и плохи, и переполнены; врачи вынуждены принимать только самыхъ тяжелыхъ больныхъ, почти умирающихъ, и—очевидно, хотя этого и не говорятъ указанные мною выше авторы — возможно скорѣе освобождать мѣста въ виду толпы больныхъ, тщетно толкающихся изъ одной больницы въ другую въ ожиданіи свободнаго мѣста. Но и получившіе мѣсто не получаютъ того, зачѣмъ пришли — исцѣленія, ибо больницы для этого совсѣмъ не приспособлены...

Неудовлетворительное состояніе больницъ—фактъ давно извѣстный, и на немъ я останавливаться не буду. Что въ больницы поступаютъ больные съ самыми тяжелыми формами чахотки, тоже извѣстно: этимъ и объясняется такой высокій % смертности чахоточныхъ въ больницахъ. Правда, и % смертности въ отдѣльныхъ больницахъ, и продолжительность пребыванія въ нихъ умирающихъ отъ чахотки колеблются довольно значительно [2]), что̀ можетъ объясняться различными особенностями обстановки отдѣльныхъ больницъ и больничныхъ порядковъ [3]); но общая картина остается всюду одна и таже: $^1/_2$ больныхъ поступаютъ или принимаются (на этой разницѣ я пока не останавливаюсь) въ безнадежномъ состояніи. Почему-же, спрашивается, такъ скоро бѣгутъ изъ больницы всѣ остальные? Въ комъ здѣсь вина — въ больницѣ или въ больныхъ?

Легко можно себѣ представить, что, руководясь больничными правилами и соображеніями о числѣ свободныхъ мѣстъ, больничный врачъ *не принимаетъ* тѣхъ, кто еще можетъ «перемогаться», и выбираетъ наиболѣе тяжелыхъ. Но я отказываюсь представить себѣ врача, который-бы старался выписывать больныхъ противъ ихъ желанія безъ какого-либо исключительнаго повода. Вѣдь, и тѣ, кто въ концѣ концевъ выписывается «съ поправкой» или какъ-нибудь иначе, не принадлежатъ къ больнымъ легкимъ: за это говорятъ тѣже больничныя правила пріема, одинаково примѣняемыя ко всѣмъ поступающимъ; какъ-бы скептически ни относился врачъ къ своей больничной работѣ, какъ-бы ни безнадежно было «лѣченіе» того или другого больного, врачъ не выпишетъ больного, *желающаго* остаться

приврѣніе чахоточныхъ въ Петербургѣ», чтобы убѣдиться въ полной невозможности даже и этого.

[1]) О положеніи чахоточныхъ больныхъ въ городскихъ больницахъ. Напечатано въ «Практической Медицинѣ».

[1]) Докладъ въ Обществѣ больничныхъ врачей, 1901 г., указанный выше.

[2]) Средняя продолжительность пребыванія чахоточныхъ въ Петербургскихъ больницахъ:

	выписавшіеся провели дней:	умершіе провели дней:
Обуховская	33,0	35,8
Александровская	27,5	32,8
Св. Маріи Магдалины .	29,6	30,3
Петропавловская	36,1	37,4
Боткинская	25,5	18,1

[3]) Такія-же точно колебанія замѣчаются и для всѣхъ остальныхъ болѣзней.

въ больницѣ и лѣчиться, и особенно больного серьезнаго, а такихъ—большинство.

Говорятъ еще, что врачи сами совѣтуютъ больнымъ уходить изъ больницы поскорѣе и посылаютъ ихъ въ деревню, и что потому-то больные и не остаются долго въ больницѣ. Такіе случаи тоже возможны; врачъ, видя полную безполезность пребыванія больного въ больницѣ, можетъ посовѣтовать ему уѣхать поскорѣй въ деревню; можно только сомнѣваться, исполняется-ли этотъ хорошій совѣтъ ѣхать in's Grüne, и вотъ почему: По времени пребыванія въ Петербургѣ чахоточные городскихъ больницъ распредѣляются такъ:

До поступленія въ больницу прожили въ Петербургѣ (въ % поступившихъ)

	мужчинъ	женщинъ.
1 мѣсяцъ и менѣе . .	4,8	3,3
2— 3 мѣс.	1,6	1,2
3— 6 » . . .	1,3	1,3
7—12 »	7,6	4,3
2— 3 года	9.9	7.3
4— 9 лѣтъ	11,7	12,9
9 и болѣе лѣтъ . . .	46,3	47,3
Постоянные жители Петербурга	16,3	22,4
	100,0	100,0

Отсюда слѣдуетъ, что 70% принадлежитъ или къ коренным жителямъ Петербурга, или къ такимъ пріѣзжимъ, которые прожили въ немъ болѣе 10 лѣтъ, т. е. не имѣютъ совсѣмъ деревни или успѣли въ значительной мѣрѣ порвать съ нею связь. Но и изъ тѣхъ, кто можетъ уѣхать, не всякій захочетъ послѣдовать совѣту доктора, ибо изъ деревни онъ ѣхалъ въ столицу не для собственнаго удовольствія, а за работой, гонимый нуждой.

Остается, слѣд., предположить, что больные уходятъ сами, какъ говорится, по своей доброй волѣ. Иногда воля эта направляется сознаніемъ безплодности дальнѣйшаго пребыванія въ виду отсутствія сколько-нибудь замѣтнаго улучшенія, иногда—утомительнымъ однообразіемъ больничной жизни и оторванностью отъ привычной обстановки: «соскучился»; но и тутъ за «соскучился» чаще всего слѣдуетъ: «да и работать надо». Такимъ образомъ причиной выхода изъ больницы въ концѣ концевъ являются экономическія условія жизни той части населенія, которая служитъ главнымъ поставщикомъ чахоточныхъ въ городскія больницы. Чахоточные—мы видѣли уже—въ большинствѣ случаевъ фабричные и ремесленники или Lumpenproletariat—поденщики, живущіе случайной работой. Понятно, что человѣку, живущему не на ренту, а трудомъ рукъ своихъ, некогда особенно засиживаться въ больницѣ: каждый лишній день отдыха въ больницѣ это—лишній день голодовки для оставленной дома семьи или лишній шансъ потерять мѣсто или работу. Тѣ, кому уже очень плохо, протянувъ до послѣдней крайности, приходятъ въ больницу умирать, а тѣ, у кого есть еще силы вернуться, не могутъ ждать «поправки» или «выздоровленія» дольше 3-хъ мѣсяцевъ, въ громадномъ-же большинствѣ случаевъ покидаютъ больницу уже черезъ мѣсяцъ,—уходятъ, очевидно, по той-же причинѣ, по которой и «перемогались» до послѣдней возможности раньше, чѣмъ идти въ больницу.

Что именно физическая невозможность, а не отсутствіе желанія и непониманіе пользы лѣченія, заставляетъ какъ можно позже идти въ больницу и какъ можно раньше уходить изъ нея, подтверждается, какъ мнѣ кажется, и различнымъ отношеніемъ къ больницѣ мужчинъ и женщинъ: въ то время, какъ *въ городѣ* на 1 умирающую отъ чахотки женщину приходится 1,8 мужчинъ, въ *больницахъ* мужчинъ въ 2,6 раза больше, чѣмъ женщинъ; чахоточныя женщины остаются дома потому-же, почему родильницы выписываются на 5-ый день, не смотря на всѣ увѣщанія врача; тѣ-же изъ женщинъ, которыя не связаны семьей или находятъ всетаки возможность уйти въ больницу, остаются тамъ дольше мужчинъ (средняя продолжительность пребыванія 33,0 дня, для мужчинъ-же—31,6), тѣ-же, которыя умираютъ, умираютъ въ среднемъ черезъ 40,3 дня, мужчины же—черезъ 31,0 день.

Приводимыя ниже данныя [1]) о продолжительности пребыванія въ больницахъ чахоточныхъ въ связи съ ихъ семейнымъ состояніемъ даютъ очень интересное подтвержденіе только что сказанному.

Семейное состояніе больныхъ.	Число карточекъ.	Продолжительность пребыванія въ больницѣ (въ % общаго числа случаевъ). 1—7 сутокъ.	8—14 »	15—30 »	2—3 мѣс.	3—6 »	6 мѣс. и болѣе.	Средняя продолжительность пребыванія (въ дняхъ).
Мужчины								
умершіе въ больницахъ:								
холостые .	1530	16,9	14,9	28,5	33 4	5,1	1,2	33,8
женатые .	1173	21,5	19,0	27,8	27,2	3,9	0,6	30,0
вдовцы . .	212	22,0	16,0	23,1	33,5	4,2	1,0	33,4
выписавшіеся:								
холостые .	1227	8,6	15,0	33,8	33,6	5,2	1,8	37,1
женатые .	1092	12,9	19,9	36,1	27,1	3,2	0,8	29,5
вдовцы .	124	4,8	12,9	39,5	32,2	9,0	1,6	39,2
Женщины								
умершія:								
дѣвицы .	760	15,8	12,2	23,5	39,0	8,2	1,3	43,2
замужнія .	552	20,1	16,3	29,3	28,3	4,7	1,3	33,7
вдовы . .	346	15,9	19,3	23,7	33,5	6,4	1,2	38,4
выписавшіяся:								
дѣвицы .	582	10,8	18,9	33,0	30,2	6,2	0,9	34,2
замужнія .	436	10,3	27,7	31,9	26,7	2,7	0,7	27,8
вдовы . . .	214	9,8	14,0	30,9	32,7	9,3	3,3	45,3

Въ самомъ дѣлѣ, оставляя въ сторонѣ частности, не трудно замѣтить большую разницу въ отношеніи къ больницѣ между холостыми и женатыми, между вдовами и дѣвицами, съ одной стороны, и замужними женщинами, съ другой. Особенно рѣзко сказывается эта разница въ продолжительности пребыванія въ больницѣ для женщинъ: замужнія женщины, умирающія въ больницѣ, «перемогаются» на цѣлыхъ 10 дней дольше дѣвицъ; изъ больницы выписываются дѣвицы на недѣлю позже, вдовы-же на цѣлыхъ 18 дней позже замужнихъ. Дѣло не въ томъ, что вдовы свободны отъ всякихъ домашнихъ обязанностей, а въ томъ, что среди вдовъ (по больничнымъ листкамъ) почти не встрѣчается женщинъ моложе, 25 л., большинство-же старше 35 л., что при нашихъ раннихъ бракахъ заставляетъ предполагать дов. взрослыхъ дѣтей. Точно также продолжительное пребываніе дѣвицъ нельзя объяснять возрастнымъ составомъ этой группы: въ названныя выше городскія больницы дѣти не принимаются; въ возрастѣ 13 — 16 л. — дѣвицъ 3,5% среди умершихъ въ больницѣ и 5,7% среди выписавшихся. Только среди холостыхъ мужчинъ % молодежи значителенъ: въ возрастѣ до 18 л. (до 14 л. наберется человѣкъ 10 за всѣ 5 лѣтъ) изъ умершихъ чахоточныхъ было 8%, изъ выписавшихся—29%, но и это—все уже рабочій возрастъ; кромѣ того, и эту молодежь напрасно стали-бы искать въ послѣднихъ группахъ таблицы: они тамъ очень рѣдки.

Такимъ образомъ вліяніе семейнаго состоянія на продолжительность пребыванія чахоточныхъ въ больницахъ не можетъ подлежать сомнѣнію. Къ сожалѣнію, больничныя карточки не даютъ матеріала, которой-бы позволилъ освѣтить вопросъ о времени пребыванія въ больницѣ съ какой-либо другой стороны, кромѣ семейнаго положенія больныхъ. Причины, почему портной долженъ оставаться меньше или больше сапожника, или прачка дольше швеи—подыскать трудно, а потому профессіональный составъ больныхъ въ связи съ продолжительностью ихъ пребыванія не далъ-бы никакихъ указаній; для сравненія-же съ продолжительностью пребыванія чахоточныхъ въ Петербургскихъ больницахъ съ пребываніемъ чахоточныхъ Петербуржцевъ, ѣдущихъ куда-нибудь въ Meran, въ Davos или на Riviére'у,—нѣтъ, къ сожалѣнію, никакихъ данныхъ.

Если семейному состоянію чахоточныхъ больныхъ долж-

[1]) Для этого были разобраны больничные листки за 1895, 1897 и 1899 гг. для женщинъ и за 1897 и 1899 гг. для мужчинъ - всего болѣе 8000 листковъ, любезно предоставленныхъ въ мое распоряженіе г. завѣдующимъ статистическимъ Отдѣломъ Управы *Н. А. Федуловымъ*.

на быть отведена дов. замѣтная роль въ опредѣленіи продолжительности пребыванія ихъ въ больницѣ и времени поступленія въ нее, то ясно также, что имѣются болѣе общія и важныя причины, одинаковыя для всѣхъ возрастовъ и всѣхъ семейныхъ положеній,—и это, безъ сомнѣнія, причины экономическаго характера: лѣчиться некогда, потому что надо работать, а работать надо, потому что надо ѣсть

Что общее состояніе нашихъ больницъ оставляетъ желать весьма многаго, это ни для кого не тайна; что въ дѣлѣ борьбы съ бугорчаткой роль ихъ сводится къ нулю, въ лучшемъ-же случаѣ — къ непродолжительной изоляціи отъ вліянія на больныхъ окружающей ихъ среды, послѣ сказаннаго, достаточно ясно; но, если-бы больницы обратились въ просторные дворцы, онѣ не стали-бы отъ этого ближе, доступнѣе для тѣхъ слоевъ населенія, которые въ нихъ именно и нуждаются, и общественное назначеніе ихъ въ дѣлѣ борьбы съ бугорчаткой не увеличилось-бы: дѣло прежде всего въ больныхъ, а потомъ уже—въ больницахъ.

Поэтому-то наше увлеченіе германскими санаторіями, какъ панацеей въ борьбѣ съ чахоткой, мнѣ кажется достаточно наивнымъ. Германскія санаторіи даютъ, правда, значительный % дѣйствительныхъ и прочныхъ «выздоровленій» и «поправокъ». Но не слѣдуетъ забывать, что нѣмецкій рабочій можетъ въ среднемъ провести *въ санаторіи* 3 мѣсяца, т. е. ровно въ 3 раза больше, чѣмъ проводятъ *въ больницѣ* чахоточные Петербурга, — по той простой причинѣ, что страхованіе на случай болѣзни и потери трудоспособности позволяетъ ему это. Въ санаторіяхъ тоже, вѣдь, лѣчатъ только имѣющуюся въ наличности бугорчатку, уменьшеніе-же смертности отъ нея въ Германіи дали не санаторіи, которыхъ тамъ относительно тоже не много, а цѣлый рядъ другихъ причинъ, между прочимъ, и страхованіе. Какія-же силы заставятъ Петербургскихъ чахоточныхъ пробыть въ санаторіяхъ дольше, чѣмъ они сейчасъ остаются въ больницахъ?

На послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ состоящая при Правленіи Пироговскаго Общества постоянная Коммиссія по изученію бугорчатки выдвинула въ своемъ докладѣ вопросъ о страхованіи рабочихъ, какъ «одну изъ существенныхъ мѣръ» въ общественной борьбѣ съ этой болѣзнью. Въ Коммиссіи рѣчь шла и о другихъ мѣрахъ, кромѣ страхованія, но только послѣдняя была предложена для санкціи Съѣзду. О страхованіи говорилось и въ нѣсколькихъ другихъ докладахъ. И нужно отдать справедливость авторамъ ихъ: страхованіе выставлялось только *одной изъ мѣръ* борьбы съ бугорчаткою, какъ оно и можетъ только быть въ дѣйствительности; лучшее доказательство—Англія, которая вдвое уменьшила смертность отъ чахотки, не зная до сихъ поръ ни одного изъ видовъ германскаго страхованія. Страхованіе не виситъ и не можетъ висѣть въ воздухѣ; оно предполагаетъ существованіе цѣлаго ряда общихъ условій, дѣлающихъ возможнымъ и его проведеніе, и—еще болѣе—нормальное и полезное развитіе, и, наоборотъ, тѣже общія условія экономическаго и соціальнаго подъема массъ населенія и безъ страхованія, какъ мы видимъ въ Англіи, могутъ дать результаты громадной общественной важности.

Часто указываютъ на связь между чахоткой и алкоголизмомъ въ смыслѣ зависимости развитія чахотки отъ развитія алкоголизма. Извѣстная причинная зависимость, конечно, здѣсь есть,—быть можетъ, даже гораздо большая, чѣмъ зависимость алкоголизма отъ чахотки. Наиболѣе вѣроятно, мнѣ кажется, что и чахотка, и алкоголизмъ ростутъ на одной и той-же общей почвѣ—на почвѣ истощенія организма, на почвѣ misère physiologique, какъ говорятъ французы, которую въ концѣ концовъ опредѣляетъ не что иное, какъ misère sociale.

Какъ-бы то ни было, однако, мѣры борьбы съ алкоголизмомъ не останутся безполезными и въ дѣлѣ борьбы съ бугорчаткой. Позволю себѣ поэтому сослаться на труды Коммиссіи по вопросу о борьбѣ съ алкоголизмомъ, уже нѣсколько лѣтъ работающей при Русскомъ Обществѣ охраненія народнаго здравія. Под-Коммиссія «по вопросамъ рабочаго быта» подъ предсѣдательствомъ *Д. А. Дриля*, а за ней и Коммиссія пришли къ заключенію [1]), что для борьбы съ алкоголизмомъ въ рабочей средѣ нужны: 1) учрежденіе ремесленной инспекціи; 2) изданіе правилъ, опредѣляющихъ а) наемъ и отношенія работодателей къ рабочимъ; б) время и продолжительность работы; в) работу женщинъ, подростковъ и дѣтей; г) условія устройства и содержанія ремесленныхъ мастерскихъ; д) условія устройства и содержанія жилищъ для рабочихъ при ремесленныхъ мастерскихъ и у другихъ вышепоименованныхъ работодателей и е) условія ремесленнаго ученичества; наконецъ 3) учрежденіе ремесленныхъ школъ, которыя-бы по возможности устраняли необходимость въ теперешнемъ ремесленномъ ученичествѣ въ частныхъ мастерскихъ,—словомъ, рядъ мѣръ, направленныхъ къ улучшенію экономическаго и соціальнаго положенія той среды, которую имѣла въ виду под-Коммиссія. Хотя бы уже по одному тому, что чахотка и алкоголизмъ, какова-бы ни была ихъ взаимная зависимость, свирѣпствуютъ въ однихъ и тѣхъ же слояхъ населенія, вышеприведенное мнѣніе Коммиссіи заслуживаетъ всяческаго вниманія и со стороны тѣхъ, кто интересуется борьбой съ бугорчаткой. Но, если тѣ-же условія, которыя «должны порождать болѣе или менѣе напряженное влеченіе къ разъ извѣданному искусственному возбудителю—алкоголю, доставляющему моменты временнаго забвенія», создаютъ и чахотку, тогда, разумѣется, и путь борьбы въ обоихъ случаяхъ долженъ быть одинаковъ,—это путь широкихъ соціальныхъ реформъ.

В. Шарый.

[1]) См. Журналъ засѣданія Коммиссіи 24 марта 1899 г.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Патологическая анатомія. 922. Д-ръ *Bondo de Vecchi* (Bologna) при вскрытіи одной роженицы, умершей отъ гнилокровія, въ нижней $^1/_2$ правой доли печени нѣсколько выше вдавленія отъ надпочечника нашелъ опухоль, съ орѣхъ, желтаго цвѣта,—сильнаго блеска. Опухоль эта со всѣхъ сторонъ окружена была печеночной тканью и имѣла дольчатый характеръ. При микроскопическомъ изслѣдованіи она представляла картину *надпочечной железы*, и именно той ея части, которую *Arnold* называетъ пучочковымъ и сѣтчатымъ поясомъ (zona fasciculata et reticularis). Сравненіе срѣзовъ опухоли съ срѣзами надпочечниковъ въ различныхъ ступеняхъ развитія подтвердило распознаваніе *гипернефромы печени* (*Virchow*'s Archiv, т. 177, тетр. 1). *А. Н. Д.*

Физіологія и общая патологія. 923. Какъ извѣстно, одной изъ опоръ *Behring*'овской теоріи *о способѣ возникновенія бугорчатки у человѣка* является установленный имъ и его учениками фактъ, что у новорожденныхъ животныхъ и человѣка и въ первые дни жизни всасываніе заразныхъ веществъ изъ кишечника происходитъ безпрепятственно, между тѣмъ какъ у взрослыхъ такого всасыванія не наблюдается. Данное *Behring*'омъ объясненіе этого факта, заключавшееся въ томъ, что у новорожденныхъ эпителіальный покровъ слизистой оболочки кишечника представляетъ недостачи, оказалось несостоятельнымъ, такъ какъ гистологическія изслѣдованія показали, что новорожденные обладаютъ уже вполнѣ непрерывнымъ эпителіальнымъ покровомъ. Д-ръ *Gessner* (Olvenstedt возлѣ Magdeburg'a) даетъ другое объясненіе этому явленію. Разница между организмомъ ребенка въ первые дни жизни и организмомъ взрослаго заключается, по его мнѣнію, прежде всего въ томъ, что у ребенка въ это время еще открыты *Botall*'овъ протокъ и венная пазуха *Aranti'я*, что совершенно измѣняетъ характеръ кровообращенія въ кишечникѣ: въ то время, какъ у взрослаго вся кровь изъ кишечника собирается въ воротную вену и непремѣнно должна пройти черезъ печень, у новорожденнаго часть крови проходитъ черезъ венную пазуху *Aranti'я* и попадаетъ въ сердце и въ большой кругъ кровообращенія, не побывавъ въ печени. Такъ какъ отправленіе печени, между прочимъ, заключается въ томъ, что она разрушаетъ ядовитыя и вредныя организму вещества, поступающія черезъ воротную вену изъ кишечника, то кровь взрослаго свободна отъ

попавшихъ изъ кишечника токсиновъ, между тѣмъ какъ у новорожденныхъ они содержатся въ крови, такъ какъ попадаютъ туда, помимо печени, т. наз. парапортальнымъ путемъ. Такимъ-же образомъ объясняется присутствіе въ мочѣ новорожденныхъ сахара; гликозурія у новорожденныхъ наблюдается какъ разъ до 3-ьей недѣли, т. е. до времени совершеннаго закрытія *Aranti*'евой пазухи. Сдѣланное *Ganghofner*'омъ и *Langer*'омъ наблюденіе, что у новорожденнаго ребенка при тѣхъ-же условіяхъ опыта содержится въ мочѣ и крови несравненно больше введеннаго черезъ кишечникъ бѣлка, чѣмъ у новорожденныхъ животныхъ, авторъ объясняетъ нераціональнымъ способомъ перевязыванія пуповины, который примѣняется въ настоящее время и задерживаетъ у человѣка сокращеніе и спаденіе пупочныхъ сосудовъ. Онъ предлагаетъ поэтому перевязывать пупочный канатикъ на уровнѣ пупочнаго кольца, оставляя свободный кусокъ пуповины въ 1 стм. длины. Можно относиться къ теоріи *Behring*'а, какъ угодно, говоритъ *Gessner*, но необходимо признать за нимъ ту важную заслугу, что онъ указалъ на существованіе весьма важнаго пути зараженія дѣтскаго организма, на который до него никто не обращалъ вниманія (Münchener medicinische Wochenschrift, № 44). *А. Коварскій.*

Гигіена. 924. Д-ръ *Claudius* предпринялъ рядъ опытовъ для выясненія того, *возможно-ли зараженіе тифомъ черезъ посредство растеній* и могутъ-ли внутрь послѣднихъ проникать тифозныя палочки. Опыты производились надъ редиской, крессомъ и салатомъ въ виду того, что эти овощи употребляются въ сыромъ видѣ и, слѣд., легче всего могутъ служить источникомъ зараженія. Для зараженія почвы *Claudius* пользовался особыми разводками тифозныхъ палочекъ, обладавшихъ способностью хорошо расти въ присутствіи обычныхъ бактерій почвы. Авторъ пришелъ въ выводу, что въ тѣхъ случаяхъ, когда бактеріологическое изслѣдованіе растеній на тифозныя палочки давало ему положительные результаты, это зависѣло не отъ проникновенія бактерій внутрь растеній, а отъ загрязненія послѣднихъ снаружи, при чемъ тифозныя палочки такъ крѣпко приставали къ поверхности овощей, что ихъ нельзя было удалить обмываніемъ (Hygienische Rundschau, № 18). *И. Н.*

925. Д-ра *U. Monnier* и *A. Gendrou* по вопросу о присутствіи палочки *Klebs-Looeffler*'а *въ носоглоточныхъ полостяхъ у выздоровѣвшихъ отъ дифтеріи*, пришли на основаніи клиническихъ и экспериментальныхъ наблюденій къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Палочка дифтеріи можетъ оставаться очень долго на слизистыхъ оболочкахъ носоглотки у выздоровѣвшихъ отъ дифтеріи даже тогда, когда они уже покинули больничную обстановку. 2. Палочка *Klebs-Loeffler*'а спустя 60 дней послѣ начала дифтеріи можетъ еще давать разводку, способную убивать, въ количествѣ 1 к. стм., кролика въ 500 грм. вѣсомъ; иначе говоря, даже по прошествіи этого времени она можетъ сохранять вполнѣ типичный вредоносный характеръ; изъ носовыхъ ямокъ можно получить ея чистую разводку еще спустя $1^1/_2$ мѣсяца. 3. Пребываніе палочки дифтеріи въ носовыхъ ямкахъ гораздо болѣе продолжительно, чѣмъ въ полости рта и глотки; слизистая оболочка носа представляетъ, по видимому, выходной путь дифтерійнаго яда, тогда какъ ротовая является входомъ его. 4. Возможно, что всѣ горловыя жабы и дифтерійныя заболѣванія гортани сопровождаются извѣстной степенью воспаленія слизистой оболочки носа, каковое, однако, не составляетъ настоящаго фибринознаго страданія ея или перехода тяжелой дифтеріи въ носъ, но является особаго рода дифтерійнымъ насморкомъ. 5. Длительная жизнеспособность палочки дифтеріи въ носовыхъ ямкахъ можетъ лучше объяснять, по мнѣнію авторовъ, случаи семейной, длительной и возвратной дифтеріи, чѣмъ указанія на крайне неопредѣленную идіосинкразію или семейное предрасположеніе. 6. Нѣтъ достаточныхъ данныхъ считать 40 дней конечнымъ срокомъ, по истеченіи котораго выздоровѣвшій отъ дифтеріи можетъ вновь посѣщать школу; авторы полагаютъ, что задача здравоохраненія должна стремиться поддержать уединеніе выздоровѣвшихъ до тѣхъ поръ, пока изслѣдованіе не установитъ въ носовыхъ ямкахъ наличность лишь не вредоносныхъ зародышей. 7. Примѣненіе въ области глотки отдѣльныхъ мѣстныхъ пріемовъ предохраненія едва-ли будетъ успѣшнымъ уже потому, что они не будутъ дѣйствовать на палочки дифтеріи, находящіяся въ носовыхъ полостяхъ. 8. Можно думать, что носовыя впрыскиванія ментоловаго масла будутъ болѣе дѣйствительны въ этихъ случаяхъ; наилучшимъ же средствомъ, по мнѣнію авторовъ, является повтореніе, даже во время выздоровленія, впрыскиваній противудифтерійной сыворотки въ количествахъ, которыя опредѣлятъ еще будущія изслѣдованія (Gazette médicale de Nantes, № 34). *Г. Александровъ.*

Внутреннія болѣзни. 926. *И. И. Шендриковскій* сообщаетъ *случай пятнистой (Werlhof'овой) болѣзни и кровеостанавливающаго при ней дѣйствія стиптицина.*

У рядового, 23 л., уроженца Витебской губ., раньше никакими серьезными болѣзнями не болѣвшаго, но послѣдніе 3 мѣсяца служившаго въ болотистой мѣстности, авторъ наблюдалъ чрезвычайно рѣзкія пораженія кожи съ огромными подкожными кровоизліяніями, напоминавшими траумaтическіе кровоподтеки и съ особаго вида пятнами на слизистой оболочкѣ полости рта, которыя имѣли видъ возвышенныхъ разрощеній темно-синяго цвѣта. Черезъ 3 дня лѣченія стиптициномъ, по 0,04, 3—4 раза въ день, кровотеченія всюду совершенно прекратились. Авторъ наблюдалъ также успѣшное дѣйствіе стиптицина и при огромномъ кровохарканіи у чахоточнаго (В.-Медицинскій Журналъ, іюль). *И. В.*

927. При своихъ попыткахъ лѣчить *болѣзни желудка желудочнымъ сокомъ свиней или собакъ* д-ръ *Franz Rollin* (Stettin) терпѣлъ такія-же неудачи, какъ и большинство другихъ врачей, которые желали провѣрить восторженные отзывы о диспептинѣ *Herp*'а, исходившіе изъ клиники проф. *Noorden*'а во Frankfurt'ѣ a/M. Неудачи свои и другихъ врачей *Rollin* объясняетъ тѣмъ, что въ большинствѣ случаевъ приходится имѣть дѣло съ препаратомъ непостояннаго и большею частью дурного качества. Съ тѣхъ поръ какъ (съ декабря 1902 г.) онъ сталъ получать желудочный сокъ собаки изъ физіологическаго отдѣленія проф. *И. П. Павлова* въ Институтѣ экспериментальной медицины въ Петербургѣ, результаты лѣченія оказались гораздо лучшими, такъ какъ присылаемый препаратъ всегда былъ одинаково хорошаго достоинства и при опредѣленіи пепсина по *Mettu* получалось всегда перевариваніе 5—7 млм. *Rollin* давалъ желудочный сокъ въ количествѣ по 200 к. стм. въ день, при чемъ это количество распредѣлялось на 2 пріема, во время обѣда и завтрака. Если передъ пріемомъ желудочнаго сока больной ѣлъ фрукты, то иногда наблюдались диспептическія явленія: кислая отрыжка, легкая тяжесть въ области желудка. Въ общемъ больные охотно принимали средство, и дѣйствіе его было лучше, чѣмъ дѣйствіе одной соляной кислоты. Авторъ наблюдалъ 12 больныхъ съ нервной диспепсіей и недостаточной кислотностью, пользованныхъ желудочнымъ сокомъ собаки, въ теченіи 3-хъ лѣтъ и остался вполнѣ доволенъ результатами. Онъ поэтому признаетъ взглядъ проф. *И. П. Павлова*, что «желудочный сокъ собаки является наперстянкой желудка» нисколько не преувеличивающимъ значеніе этого средства для терапіи (Therapie der Gegenwart, октябрь). *А. Коварскій.*

928. Д-ръ *Пулавскій* приводитъ *случай неблагопріятнаго побочнаго вліянія аспирина.*

Больному, 64 л., съ затвердѣніемъ артерій и хорошо уравновѣшенной недостаточностью 2-створчатой заслонки авторъ назначилъ по поводу ломоты въ ногахъ 0,6 аспирина. Черезъ 2 часа авторъ былъ позванъ къ больному, такъ какъ у него «ударило въ голову» и онъ потерялъ возможность говорить. Больной разсказалъ, что послѣ пріема указаннаго количества аспирина ломота въ ногахъ прошла, но ему сдѣлалось нехорошо. Языкъ оказался на столько распухшимъ, что едва помѣщался во рту. Опухли также и покраснѣли все лице (въ особенности губы и вѣки), уши и кожа головы. Краснота распространилась на шею, туловище, руки и ноги. Сыпь производила впечатлѣніе скарлатинной и сопровождалась зудомъ. 38°; п. 100 въ минуту (обычно у больного 54—60). Въ мочѣ не оказалось ни бѣлка, ни сахара. Къ вечеру опуханіе уменьшилось, а сыпь поблѣднѣла. На слѣдующій день опуханіе опять увеличилось, а сыпи прибавилось. Температура была нормальна, но пульсъ оставался ускореннымъ (около 100). Къ вечеру всѣ явленія опять ослабѣли. На слѣдующій день повторилось тоже, но въ очень слабой степени, а затѣмъ сыпь скрылась совсѣмъ.

Такимъ образомъ подъ вліяніемъ аспирина въ данномъ случаѣ появилась общая экзантема (Gazeta lekarska, 29 октября). *С. Островскій.*

929. Д-ръ *I. Neubauer*, указавъ на проявляемое, хотя и безуспѣшно, стремленіе примѣнять наружныя салициловыя средства при лѣченіи рейматизма и на обычную замѣну ихъ совершенно посторонними веществами или физическими способами лѣченія, нашелъ, что *наружное лѣченіе рейматическихъ страданій мезотаномъ* устраняетъ невозможность въ отдѣльныхъ случаяхъ внутренняго назначенія салициловаго натра или дороговизну другихъ способовъ лѣченія.

Мезотанъ въ химическомъ отношеніи есть метооксиметилэфиръ салициловой кислоты и представляетъ желтоватую жидкость, почти безъ запаха, легко смѣшивающуюся съ масломъ, алкоголемъ и эфиромъ и быстро всасывающуюся кожей, такъ какъ хлористое желѣзо спустя короткое время по втираніи мезотана, большею частью обнаруживаетъ уже въ мочѣ содержаніе салициловой кислоты.

Всего лучше втирать смѣсь равныхъ частей мезотана съ оливковымъ масломъ волосяной кисточкой или ватой, избѣгая усиленнаго втиранія, каковое при весьма воспріимчивой кожѣ слѣдуетъ замѣнять болѣе слабою смѣсью (мезотана 30, оливковаго масла 70 чч.); обычно на мѣстѣ втиранія появляется пріятная теплота, смѣняющаяся замѣтнымъ успокоеніемъ болей. Чтобы избѣжать возможнаго раздраженія кожи, лучше мѣнять мѣста, куда примѣняется втираніе, или-же дѣлать его съ промежутками въ 3—4 дня. Авторъ примѣнялъ смѣсь равныхъ частей мезотана съ оливковымъ масломъ въ 11 случаяхъ рейматизма—7 мышечнаго и 4 суставного—съ полнымъ успѣхомъ. Послѣ 2—3-минутныхъ втираній, 2—4 раза въ день, боли проходили совсѣмъ, въ крайнемъ случаѣ, чрезъ 5 дней, безъ назначенія какихъ-либо внутреннихъ средствъ. Въ 3 случаяхъ ясно выраженныхъ нейральгій такое лѣченіе осталось безуспѣшнымъ, почему *Neubauer* и думаетъ, что мезотанъ, являясь какъ-бы специфическимъ средствомъ противъ рейматизма, можетъ имѣть и вспомогательное значеніе при распознаваніи сомнительныхъ случаевъ заболѣванія (Wiener klinisch-therapeuthische Wochenschrift, № 20). *Г. Александровъ.*

930. *F. Hare* сообщаетъ нѣсколько интересныхъ данныхъ къ вопросу о *лѣченіи глубокихъ внутреннихъ кровотеченій*. Всякое кровотеченіе, какъ артеріальное, такъ и капиллярное, обусловливается въ значительной степени высотою кровяного давленія въ предѣлахъ кровоточащаго участка. Поэтому лѣкарственное лѣченіе должно имѣть ближайшею цѣлью пониженіе этого давленія. Достигается это путемъ 1) искусственнаго съуженія сосудовъ, снабжающихъ кровоточащее мѣсто, или-же 2) пониженія кровяного давленія при помощи расширенія сосудовъ въ другихъ участкахъ. Обыкновенно прибѣгаютъ къ первому способу, дающему хорошіе результаты въ тѣхъ случаяхъ, когда кровоточащая поверхность доступна мѣстному лѣченію, какъ, напр., при желудочномъ кровотеченіи глотаніе льда, адреналинъ внутрь и пр. Въ другихъ случаяхъ приходится прибѣгать къ средствамъ, вызывающимъ съуженіе всѣхъ сосудовъ; сюда относятся эрготинъ и адреналинъ. Отъ примѣненія эрготина авторъ видѣлъ успѣхъ только при маточныхъ кровотеченіяхъ. Болѣе дѣйствителенъ адреналинъ. Однако, средства эти представляютъ то неудобство, что усиливаютъ общее кровяное давленіе, а, слѣд., и давленіе въ кровоточащихъ сосудахъ; кромѣ того, они могутъ вызвать опасное малокровіе мозга. На основаніи теоретическихъ умозаключеній, *Hare* рѣшилъ испробовать вліяніе сосудорасширяющихъ средствъ при глубокихъ кровотеченіяхъ. Для этого онъ пользовался амилнитритомъ. У 4-хъ больныхъ (3 чахоточныхъ и 1 съ порокомъ сердца), страдавшихъ обильными кровохарканіями, *послѣ вдыханія амилнитрита кровотеченіе остановилось мгновенно*. Авторъ высказываетъ предположеніе, что амилнитритъ долженъ оказывать благотворное вліяніе и при такихъ нейрозахъ, какъ астма, мигрень, гастральгія и др., наиболѣе выдающіеся припадки которыхъ—боль и одышка—обусловливаются частичнымъ расширеніемъ сосудовъ, вызваннымъ съуженіемъ многочисленныхъ мелкихъ сосудовъ въ другихъ участкахъ. При мигрени наблюдалось появленіе петехій, носовое кровотеченіе и даже апоплексія; припадки астмы сопровождаются иногда легочнымъ кровотеченіемъ, а послѣ желудочныхъ болей возможно обильное желудочное кровотеченіе. Во всѣхъ этихъ случаяхъ можно допустить, что расширеніе сосудовъ—явленіе первичное; поэтому примѣненіе амилнитрита теоретически вполнѣ показано. Авторъ убѣдился, что амилнитритъ останавливаетъ также мѣсячныя кровотеченія, и объясняетъ это сходствомъ процесса при мѣсячныхъ съ измѣненіями иннерваціи кровеносной системы при вышеупомянутыхъ нейрозахъ (The Lancet, 20 августа). *Ц. О.*

931. Съ цѣлью выяснить *распознавательное значеніе видоизмѣненія серо-діагностики брюшного тифа*, предложеннаго д-ромъ *Ficker*'омъ, д-ръ *Макаровъ* примѣнялъ его параллельно съ пробой *Widal*'я у брюшнотифозныхъ и иныхъ больныхъ. Видоизмѣненіе, предложенное *Ficker*'омъ, состоитъ въ томъ, что онъ пользуется эмульсіей, содержащей въ себѣ не живыя бактеріи, а только агглютинины, не измѣняющіеся дов. долгое время, жидкость-же сама по себѣ произвольно не просвѣтляется. Способъ приготовленія эмульсіи еще не оповѣщенъ и ее можно доставать только у Merck'а. Реакція производится слѣдующимъ образомъ: сыворотка крови изслѣдуемаго больного разводится въ 10 разъ обезпложеннымъ растворомъ NaCl; затѣмъ берутъ 3 маленькія пробирки съ заостреннымъ дномъ и наливаютъ въ одну 0,8, а въ другую 0,9 эмульсіи («Diagnosticums», а не физіологическаго раствора поваренной соли, какъ ошибочно сказано въ статьѣ; *реф.*); въ 1-ую пробирку прибавляютъ 0,2, а во 2-ую 0,1 смѣси сыворотки съ солевымъ растворомъ, такъ что въ 1-ой получается разведеніе сыворотки 1 : 50, во 2-ой—1 : 100. Въ 3-ью пробирку, служащую для провѣрки, наливаютъ 1,0 эмульсіи. Всѣ 3 пробирки тщательно взбалтываютъ и ставятъ въ темномъ мѣстѣ при комнатной температурѣ. Результаты пробы можно видѣть часовъ черезъ 12—14; пробирки съ сывороткой просвѣтляются, а на днѣ ихъ собирается осадокъ. Повѣрочная пробирка остается мутной. Отрицательной реакція должна считаться въ томъ случаѣ, если въ теченіи 20 часовъ всѣ пробирки остаются мутными. На основаніи своихъ наблюденій д-ръ *Макаровъ* находитъ способъ *Ficker*'а удовлетворительнымъ и заслуживающимъ примѣненія въ тѣхъ случаяхъ, когда почему-либо нельзя воспользоваться пробой *Widal*'я, а въ виду его простоты (не требуетъ лабораторной обстановки и микроскопа)—удобнымъ для практическихъ врачей (Извѣстія В.-Медицинской Академіи, сентябрь). *И. Назаровъ.*

Хирургическія болѣзни. 932. Д-ръ *Moynhan* въ 12 случаяхъ испробовалъ *полное удаленіе увеличенной предстательной железы путемъ высокаго сѣченія пузыря*. Способъ автора — слѣдующій. Предварительно промываютъ пузырь 1%-мъ растворомъ карболовой кислоты и затѣмъ вливаютъ въ него около 300 к. стм. этой жидкости. Вскрываютъ пузырь надлоннымъ разрѣзомъ и вводятъ въ полость его пальцы лѣвой руки. Для бо́льшаго удобства можно укрѣпить края пузырной раны къ краямъ брюшной 2-мя швами; швы эти можно удалить на 3-ій день. Лѣвою рукою дѣлаютъ ножницами небольшой разрѣзъ черезъ слизистую оболочку непосредственно позади внутренняго отверстія мочеиспускательнаго канала. Затѣмъ тупо расширяютъ рану слизистой оболочки, вводятъ 2 пальца правой (одѣтой въ перчатку) руки въ прямую кишку, при чемъ большой палецъ упирается въ промежность, и лѣвой рукой тупо вылущаютъ увеличенную железу. Авторъ увѣряетъ, что вылущеніе можно закончить быстро и легко въ 2—5 мин. и что оно тѣмъ легче, чѣмъ железа больше. Вылущенную железу захватываютъ щипцами и удаляютъ. Кровотеченіе обыкновенно бываетъ небольшое. Промываютъ пузырь 1%-мъ растворомъ карболовой кислоты и, когда жидкость начнетъ вытекать прозрачная, вводятъ въ рану толстую дренажную трубку. Обыкновенно первые часы послѣ операціи больные жалуются на жгучую боль, стихающую отъ свѣчей съ морфіемъ. Спустя 2 сутокъ удаляютъ дренажъ и начинаютъ ежедневно промывать пузырь растворомъ карболовой кислоты. Сперва моча стекаетъ черезъ наружную рану, а затѣмъ на 7-ой день вводятъ катетеръ à demeure, который удаляютъ черезъ 2—3 недѣли. Обыкновенно къ концу 4-ой недѣли наружная рана закрывается, и больной уже оказывается въ состояніи мочиться произвольно безъ разстройствъ и затрудненій. Авторъ совѣтуетъ разрѣшать

оперированнымъ сидѣть въ постели со 2—3-го дня, чтобы избѣжать осложненій со стороны легкихъ. Оперированные автора были въ возрастѣ отъ 59 до 73 л. Давность страданія—отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до нѣсколькихъ лѣтъ. Въ 4-хъ случаяхъ были камни въ мочевомъ пузырѣ. Продолжительность послѣоперацiоннаго лѣченія—отъ 2 до 14 недѣль. 11 оперированныхъ выздоровѣли, 1 погибъ отъ общей слабости (Annals of Surgery, январь). *Б. К. Ф.*

933. На основаніи наблюденій изъ клиники проф. *Helferich*'а (Kiel) д-ръ *Noefske* говоритъ *о показаніяхъ къ наложенію свища тощей кишки (jejunostomia)*. Авторъ думаетъ, что jejunostomia заслуживаетъ полнаго вниманія и безусловнаго предпочтенія передъ gastro-enterostom'іей въ случаяхъ обширныхъ раковыхъ пораженій желудка, недоступныхъ коренному изсѣченію. Техника операціи проста: извлекаютъ отстоящую на 25 стм. отъ 12-перстной кишки подвздошную петлю и проводятъ въ ней на сторонѣ, противоположной брыжейкѣ, разрѣзъ въ 3—4 стм. до мышечнаго слоя. Черезъ сывороточную оболочку краевъ раны проводятъ въ поперечномъ направленіи 3—4 тонкихъ шелковыхъ нити, вскрываютъ у нижняго конца кишочной раны кишечный просвѣтъ, вводятъ въ отводящій конецъ тонкую (4—5 мм.) каучуковую трубку и надъ послѣдней завязываютъ проведенныя ранѣе шелковыя нити. Затѣмъ еще разъ непрерывнымъ швомъ сшиваютъ надъ дренажной трубкой сывороточный покровъ кишки (такъ что трубка оказывается лежащей въ сывороточномъ каналѣ). Пришиваютъ кишку къ пристѣночной брюшинѣ и зашиваютъ наружную рану. Кормленіе начинаютъ уже со дня операціи. Пища состоитъ изъ манной каши, масла, пептона, виноградного сахара, маиса, яицъ, картофеля, риса и мелко изрубленнаго вареного мяса. Оперированы такимъ путемъ 11 больныхъ. Непосредственно отъ операціи не погибъ никто. Продолжительность жизни послѣ операціи—отъ 2 недѣль до 6 мѣсяцевъ. Замѣчательно, что у нѣкоторыхъ больныхъ не только совершенно прекратилась рвота, но до нѣкоторой степени возстановилась проходимость привратника resp. способность желудочнаго пищеваренія.—Исходя изъ теоретическихъ соображеній и клиническихъ данныхъ, авторъ высказываетъ предположеніе, что и при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ желудка (язвы, съуженіе привратника, расширеніе желудка) jejunostomia заслуживаетъ даже предпочтенія передъ наложеніемъ желудочно-кишечнаго соустія, такъ какъ послѣдняя операція не избавляетъ больныхъ отъ возвратовъ и влечетъ нерѣдко разнообразныя и очень тяжелыя осложненія (circulus vitiosus, упорныя кровотеченія, язвы кишекъ отъ желудочнаго сока и т. п.). Jejunostomia даетъ полный покой желудку и не создаетъ никакихъ побочныхъ опасностей. Авторъ не сомнѣвается, что эта операція въ будущемъ найдетъ широкое примѣненіе (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXII). *Б. К. Финкельштейнъ.*

934. Проф. *Dollinger* (Budapest) говоритъ *о т. наз. подкожномъ способѣ удаленія бугорчатковыхъ шейныхъ железъ*. Операція примѣнима лишь при подвижныхъ и не воспаленныхъ железахъ. Противопоказаніе—очень большая величина железъ, общая слабость и малокровіе больного. Кожный разрѣзъ проводятъ на затылкѣ, ниже волосистой части головы, длиною въ 6 стм. Разрѣзъ углубляютъ до сухожильнаго растяженія, покрывающаго 3-угольную мышцу головы и шеи (m. splenius capitis et colli), и щадя малый затылочный нервъ (n. occipitalis minor). Дальнѣйшій ходъ операціи зависитъ отъ мѣстоположенія железъ. Кровотеченіе при подкожномъ способѣ—ничтожное. Въ единичныхъ случаяхъ происходилъ разрывъ лицевой вены. Продолжительность операціи—отъ 5 до 75 мин. По удаленіи железъ въ рану вводятъ небольшой дренажъ. Изъ 128 оперированныхъ у 103 наступило заживленіе первымъ натяженіемъ, у 21—нагноеніе; 4 еще находятся подъ наблюденіемъ. Подкожный способъ примѣнимъ при железахъ, лежащихъ позади и подъ ушной раковиной, и при железахъ, лежащихъ впереди ушной раковины надъ околоушной железой. Со стороны затылочнаго разрѣза сюда проникаютъ тупо или легкими ударами ножа, оттягиваютъ сильно передній край раны и тупо вылущаютъ железки. Если железы лежатъ подъ верхнимъ концомъ кивательной мышцы, то тупо отдѣляютъ изъ затылочнаго разрѣза мышцу отъ железъ и вылущаютъ послѣднія, щадя прибавочный нервъ. Если железы лежатъ подъ нижнимъ краемъ околоушной железы, въ области задней лицевой вены, то къ нимъ проникаютъ надъ головкой кивательной мышцы между кожей и сухожильнымъ растяженіемъ. Наичаще подкожный путь избирается при удаленіи железъ, лежащихъ въ области слюнной подчелюстной железы. Къ нимъ проникаютъ между кожей и кивательной мышцей. Поле операціи освѣщаютъ со стороны разрѣза рефлекторомъ, а сухожильное растяженіе разрѣзаютъ тенотомомъ. Удаляютъ железы или тупымъ подъемцемъ, или пальцемъ, помогая вылущенію снаружи пальцами другой руки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ автору удавалось вылущать по своему способу даже железы подбородочной области. Такому-же способу удаленія подлежатъ подвижныя, не воспаленныя железы въ боковомъ шейномъ 3-угольникѣ вплоть до ключицы. Даже глубокія железы, лежащія вдоль яремной вены, какъ увѣряетъ авторъ, могутъ быть удаляемы подобнымъ путемъ безъ особаго риска. Большинство (точное число не указано) оперированныхъ прослѣжено 6—11 лѣтъ. Возврата не было. Выводъ: описанный способъ требуетъ точной анатомической оріентировки, большого навыка и опыта. Не смотря на свои трудности, способъ этотъ даетъ въ подходящихъ случаяхъ прекрасные результаты и избавляетъ больныхъ отъ обезображивающихъ рубцовъ (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXII). *Б. К. Финкельштейнъ.*

935. Д-ръ *Lènes* описываетъ 12 случаевъ *разрыва прямой мышцы живота у кавалеристовъ*. Разрывы эти наблюдаются обыкновенно у молодыхъ, неопытныхъ кавалеристовъ при попыткахъ вскочить въ сѣдло безъ помощи стремянъ. Внезапно появляется острая боль внизу живота справа или слѣва, усиливающаяся при вдыханіи и при попыткахъ разогнуться. Больной остается согнутымъ; острая боль переходитъ въ ногу соотвѣтствующей стороны; иногда бываетъ тошнота и рвота. Кожа на мѣстѣ разрыва остается нормальной, подвижной; подъ ней въ поперечномъ направленіи прощупывается неправимая, дов. твердая, не увеличивающаяся при кашлѣ и напряженіи опухоль, дающая при легкомъ постукиваніи притупленный звукъ. Всякія движенія, требующія сокращенія прямой мышцы живота, чрезвычайно болѣзненны или даже прямо невозможны. Неполные разрывы заживаютъ очень быстро; иногда наблюдаются возвраты. Предсказаніе благопріятное. Распознаваніе не представляетъ особыхъ затрудненій; разрывъ этотъ можно смѣшать съ ущемленной сальниковой грыжей, но внезапность появленія опухоли послѣ напряженія устраняетъ сомнѣніе. Лѣченіе должно состоять главнымъ образомъ въ покойномъ положеніи съ забинтованнымъ животомъ (Archives de médecine et de pharmacie militaires, № 9). *И. Вирскій.*

936. На основаніи 1 наблюденія изъ клиники проф. *Küster*'а (Marburg) и 14 случаевъ изъ литературы д-ръ *Wendel* говоритъ *о вывихахъ бедренной головки книзу отъ впадины* (luxatio femoris infracotyloidea).

Въ случаѣ автора дѣло шло о 33-лѣтнемъ рабочемъ, на спину котораго обрушилась глыба земли въ то время, какъ онъ работалъ, согнувъ спину и растопыривъ ноги. Доставленъ немедленно. Правое бедро сильно согнуто, отведено и слегка удлинено. Движенія праваго бедра ограничены и возможны только непроизвольныя. Ясно прощупывается не выполненная головкою бедра fossa cotyloidea. Распознаваніе luxationis infracotyloideae подтверждено отчетливо *Röntgen*'овскимъ снимкомъ. Вправленіе подъ хлороформомъ путемъ сильнаго сгибанія, приведенія и поворота внутрь. Выписанъ здоровымъ на 20-ый день.

Выводы: Luxatio femoris infracotyloidea возникаетъ типично путемъ смѣщенія головки книзу на нисходящую вѣтвь сѣдалищной кости при очень сильномъ сгибаніи въ бедренномъ суставѣ, при чемъ головка бедра верхнею своею окружностью упирается въ нижній край суставной впадины. Типичные признаки вывиха: сильное сгибаніе бедра при легкомъ отведеніи, незначительное, но ясно опредѣлимое удлиненіе бедра, сильное напряженіе всѣхъ окружающихъ суставъ мышцъ, невозможность прощупать головку (что удается при остальныхъ формахъ вывиха). Вправленіе удается послѣ предварительнаго разслабленія головки вращательными движеніями. Хотя описанная форма вывиха наблюдается крайне рѣдко, но при цѣлости

подвздошно-бедренной связки она на столько типична, что можетъ считаться самостоятельною формою вывиха, а не разновидностью вывиха къ запирательной дырѣ (lux. obturatoriae) или на сѣдалищную кость (lux. ischiadicae). (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXII). *Б. К. Ф.*

937. Д-ръ *Wohlberg* описываетъ *очень рѣдкій случай травматическаго двусторонняго промежностнаго вывиха бедра* (luxatio perinealis). Вообще въ литературѣ описано всего 32 случая двусторонних (различнаго рода) вывиховъ бедра.

Рабочій, стоя согнувшись и растопыривъ ноги, получилъ въ спину ударъ огромнымъ кускомъ желѣза. Доставленъ черезъ 12 часовъ. Обѣ ноги сильно отведены, согнуты и поворочены кнаружи. При попыткахъ сгибанія сильныя боли. Большой вертелъ не прощупывается; суставная впадина пуста; головокъ бедренныхъ костей ясно прощупать не удается. Вправленіе подъ хлороформомъ путемъ сгибанія, приведенія и поворота внутрь, при чемъ справа головка проскользнула сперва мимо впадины, образовавъ сѣдалищный вывихъ, который и былъ легко вправленъ. Полное выздоровленіе черезъ 2 недѣли (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXII). *Б. К. Финкельштейнъ.*

Глазныя болѣзни. 938. Д-ръ *Stocké* (Waas) сообщаетъ *рѣдкій случай эмболіи центральной артеріи сѣтчатки на обоихъ глазахъ, кончившійся возстановленіемъ зрѣнія.*

Больной, 52 л., внезапно ослѣпъ на оба глаза. Изслѣдованіе, произведенное ½ часа спустя, обнаружило закупорку обѣихъ центральныхъ артерій сѣтчатки, при недостаточности 2-створчатой заслонки сердца и атероматозномъ перерожденіи сосудовъ. Лѣченіе направлено было преимущественно на укрѣпленіе сердечной дѣятельности, для чего назначены были наперстянка и строфантъ. Уже на слѣдующее утро больной началъ видѣть, а 2 дня спустя его зрѣніе возстановилось совсѣмъ (Medisch Weekblad, 1903, № 39; Archiv f. Augenheilkunde, L, 2). *Р. Кацъ.*

939. Д-ръ *Chevallereau* сообщаетъ *случай полной слѣпоты на оба глаза послѣ маточныхъ кровотеченій.*

38-лѣтняя женщина послѣ обильныхъ кровотеченій внезапно ослѣпла на лѣвый глазъ, а черезъ 24 часа и на правый. Изслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ, произведенное 4 часа спустя, обнаружило въ обоихъ глазахъ поблѣднѣніе соска зрительнаго нерва и околососковыя кровоизліянія въ сѣтчаткѣ. Черезъ 4 недѣли соски были атрофичны, а зрѣніе равнялось 0 (Bulletins et Mémoires de la Société française d'ophtalmologie, 1903; Archiv f. Augenheilkunde, L, 2). *Р. Кацъ.*

940. Д-ръ *Mayou* испыталъ *лѣченіе х-лучами при трахомѣ* и результатами этого лѣченія остался доволенъ. Описавъ способъ примѣненія лучей въ такихъ случаяхъ, онъ указываетъ на слѣдующія преимущества этого лѣченія: 1) оно безболѣзненно, 2) вызываетъ значительно меньшее обезображиваніе вѣка, и 3) pannus просвѣтляется лучше (The Ophthalmoscope, ноябрь, 1903; Archiv f. Augenheilkunde, L, 2). *Р. Кацъ.*

941. Д-ръ *Stephenson* сообщаетъ *случай бугорчатки соединительной оболочки, измѣненной х-лучами.*

Бугорчатковыя гнѣзда помѣщались у 4-лѣтней дѣвочки въ соединительной оболочкѣ нижняго вѣка, какъ и въ верхней переходной складкѣ, при сильной припухлости сосѣднихъ лимфатическихъ железъ. Распознаваніе было подтверждено наличностью бугорчатковой ткани и *Koch*'овскихъ палочекъ въ соединительной оболочкѣ, равно какъ и положительнымъ результатомъ прививокъ. Бугорчатковыя палочки были также найдены въ железѣ, вылущенной изъ затылочной области больной. Дѣйствію х-лучей пораженный глазъ подвергался впродолженіи 10 мин., и послѣ 13 сеансовъ получилось полное исцѣленіе безъ видимаго рубца въ соединительной оболочкѣ (British Medical Journal, 6 іюня 1903; Archiv f. Augenheilkunde, L, 2). *Р. Кацъ.*

942. Проф. *Ф. О. Евецкій* наблюдалъ *личинку мухи въ передней камерѣ глаза.*

У мальчика, 5½ л., уже нѣсколько мѣсяцевъ болѣлъ лѣвый глазъ, то улучшаясь, то снова ухудшаясь. При значительной свѣтобоязни замѣчалось умѣренное налитіе сосудовъ вокругъ роговицы, нѣсколько сильнѣе выраженное у нижняго ея края, который представлялся помутнѣвшимъ и въ глубокихъ слояхъ, въ то время какъ вся остальная роговица была совершенно прозрачна; радужная оболочка была мутная и набухшая и на зрачкѣ, расширенномъ атропиномъ, показывала въ одномъ мѣстѣ широкое заднее сращеніе. Въ нижней ½ передней камеры лежалъ червякъ, длиной въ 7 млм. и около 1½ млм. въ толщину, почти прозрачный, сѣроватаго цвѣта; дѣйствительныхъ движеній въ червѣ подмѣтить было нельзя, но положеніе его въ передней камерѣ не всегда было одинаково, и временами положеніе это бывало такого рода, что въ способности червя къ самостоятельному перемѣщенію нельзя было сомнѣваться. Въ виду ухудшенія болѣзни рѣшено было удалить червяка изъ глаза, что и удалось сдѣлать по проколѣ роговицы копьевиднымъ ножемъ и введеніи пинцета черезъ этотъ разрѣзъ въ переднюю камеру. Вслѣдъ за извлеченіемъ чужеяднаго состояніе глаза стало быстро улучшаться, хотя и пришлось имѣть дѣло съ выпаденіемъ радужной оболочки; помутнѣніе нижняго края роговицы нѣсколько уменьшилось, но не исчезло совсѣмъ, а на радужной оболочкѣ остался отпечатокъ червя въ видѣ сѣроватой изогнутой вниз полоски, соотвѣтствовавшей обычному положенію червя.

Подобныя-же наблюденія описаны *Krauiner*'омъ (у 9-лѣтней дѣвочки) въ 1900 г. и *Stählberg*'омъ (у дѣвочки 5 л.) въ 1901 г. Какимъ образомъ личинка попадаетъ въ переднюю камеру, остается неяснымъ; въ настоящемъ случаѣ это могло произойти черезъ нижній край роговицы, хотя замѣтнаго рубца въ послѣдней и не существовало. Причина-же, почему личинка въ этихъ случаяхъ оказывала сравнительно слабое дѣйствіе на глазъ, въ то время какъ обыкновенно подобныя личинки, поселяясь въ вѣкахъ, въ соединительно-оболочечномъ мѣшкѣ и глазницѣ, разрушаютъ всѣ эти органы, образуя ходы и уничтожая жировую ткань и мышцы, а иногда и глазное яблоко, по мнѣнію автора, заключается въ томъ, что въ передней камерѣ, какъ средѣ, мало питательной и лишенной воздуха, личинка не можетъ правильно развиваться, а вмѣстѣ съ тѣмъ и проявлять свойственныя ей разрушительныя наклонности (Вѣстникъ офталмологіи, іюль и августъ). *К.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 943. Д-ръ *Jacoby*, разобравъ свои наблюденія надъ производствомъ *искусственныхъ преждевременныхъ родовъ при узкомъ тазѣ посредствомъ бужированія*, высказалъ, что способъ этотъ заслуживаетъ наибольшаго распространенія по своей простотѣ и вѣрности дѣйствія. Необходимыя для него требованія безгнилостности крайне малы и легко выполнимы. Возможное производство названнаго оперативнаго пособія въ условіяхъ домашней обстановки допускаетъ и выжиданіе послѣдовательнаго его дѣйствія, т. е. домашняго родоразрѣшенія, тогда какъ всѣ другія операціи останутся навсегда достояніемъ больничныхъ учрежденій (Wiener klinisch-therap. Wochenschrift, № 28). *Г. А.*

944. Проф. *Rosner* сообщаетъ *случай брюшной грыжи беременной матки.*

25/IV 1904 г. къ автору обратилась больная, 30 л., рожавшая 4 раза—послѣдній разъ 6 лѣтъ назадъ. 2 года назадъ замѣтила грыжу, развивающуюся ниже пупка вправо отъ средней линіи. Послѣднія мѣсячныя были въ концѣ октября 1903 г. Когда почувствовала первыя движенія плода, не помнитъ. Въ послѣдніе 2 мѣсяца грыжа стала быстро увеличиваться, и появились боли въ нижней части живота. Покровы блѣдны. Питанія умѣреннаго. Въ органахъ грудной клѣтки измѣненій нѣтъ. Груди, какъ у многорожавшей беременной. Животъ увеличенъ неправильно. Вправо отъ средней линіи и немного ниже пупка замѣтна опухоль, превышающая головку доношеннаго плода. Слѣва животъ плоскій, а кожа не обнаруживаетъ никакого напряженія. Пупокъ смѣщенъ значительно влѣво. Черезъ тонкую кожу надъ опухолью легко прощупывается беременная матка. Въ глубинѣ въ мышечной стѣнкѣ живота прощупывается острый край грыжевыхъ воротъ, въ особенности вверху и слѣва. Грыжевыя ворота—шириною въ ладонь. Плодъ лежитъ полностью за воротами. На операцію больная не согласилась и явилась къ автору во 2-ой разъ лишь 29/VI 1904 г. Положеніе беременной матки въ грыжѣ тоже; произошли лишь измѣненія соотвѣтственно развитію беременности (матка отвѣчаетъ концу 9-го луннаго мѣсяца). Кожа надъ маткой значительно растянута, истончена, а пупокъ еще сильнѣе смѣщенъ влѣво. Грыжевыхъ воротъ найти не удается, такъ какъ онѣ прикрыты маткой. Сокращенія матки часты и болѣзненны. Плодъ легко прощупывается; лежитъ онъ косо. 2/VII—кесарское сѣченіе. Послѣ разрѣза кожи и брюшины обнаружилась матка, которая была вскрыта продольнымъ разрѣзомъ; добытый плодъ былъ такой синюшный, что ножки его казались черными. Послѣ удаленія послѣда матка хорошо сократилась. Въ виду того, что внутренній маточный зѣвъ былъ совершенно замкнутъ, а закрытіе грыжи послѣ отведенія матки въ брюшную полость представляло бы значительныя затрудненія, авт. произвелъ надвлагалищное усѣченіе матки. Культя послѣдней зашита, прикрыта брюшной и опущена въ брюшную полость. По освѣженіи краевъ грыжа была закрыта 3-яруснымъ швомъ (брюшина, мышцы, фасція). На кожу—узловатый шовъ. Въ верхнемъ и нижнемъ углахъ раны оставленъ дренажъ. На 15-й день послѣ операціи оперированная выписалась совершенно здоровой. Плодъ умеръ вскорѣ по рожденіи (Przegląd lekarski, 15 октября). *С. Островскій.*

Дѣтскія болѣзни. 945. *Б. К. Корыбутъ-Дашкевичъ* наблюдалъ въ Варшавскомъ воспитательномъ домѣ *случай натуральной оспы у 2-дневнаго ребенка.*

19/V 1904 г.: Ребенокъ хорошо развитой, безъ всякихъ видимыхъ врожденныхъ недостатковъ. Сосетъ хорошо. Остатки пуповины. Вѣсъ—3150 грм., длина—50, окружность головки—35, груди—34 стм. На небѣ—2 *Bednar*'овскія афты. Кожа съ желтушнымъ оттѣнкомъ. На кожѣ, преимущественно на спинѣ, меньше на лицѣ и очень немного на другихъ мѣстахъ имѣются папулы. Соединительныя оболочки и слизистая оболочка носа рѣзко полнокровны. Печень и селезенка прощупываются. Легкія безъ бо-

лѣзненныхъ измѣненій. Отправленія кишечника нормальны. Пульсъ очень ускоренъ. (Мать ребенка съ какой-то заразной болѣзнью была отправлена въ городскую больницу). Кормилицѣ, кормящей ребенка, была привита оспа, и ребенокъ былъ обособленъ. Въ теченіи слѣдующихъ 4-хъ дней (съ 20/v—23/v) наблюдались незначительныя повышенія температуры и нерѣзкія разстройства кишечника. Сыпи нѣсколько прибавилось, но она сохраняла тотъ-же типъ папулъ. 24/v: 38°,6—39°,9. На верхушкахъ папулъ появились небольшіе пузырьки, наполненные желтоватымъ содержимымъ; первые пузырьки показались на ягодицахъ. 25/v: Типическіе для оспы пузырьки на лѣвой щекѣ съ яснымъ т. наз. оспеннымъ пупкомъ. 38°,6—39°,8. Сосетъ сравнительно хорошо. 26/v: Типическая оспенная сыпь на всемъ туловищѣ, мѣстами сливающаяся. 39°—39°,2. Сосетъ плохо. Общее состояніе тяжелое. 27/v: 38°,8—37°. Общее состояніе крайне тяжкое. Кровотеченіе изъ незажившей пупочной раны и слизистой оболочки рта. 28/v: Безнадежное состояніе. Не сосетъ вовсе. Испражненія частыя, жидки, кровянисты. 29/v: Смерть при нарастающемъ упадкѣ силъ.—У матери въ больницѣ оказалась натуральная оспа, отъ которой она и умерла.

Въ данномъ случаѣ заслуживаютъ вниманія слѣдующія обстоятельства: 1) появленіе первыхъ признаковъ оспы на 2-ой день отъ рожденія (ребенокъ заразился въ утробѣ матери); 2) необычное мѣстоположеніе первой высыпи—папулъ—на спинѣ и ягодицахъ (обычно она появляется раньше всего на лбу и на волосистой части головы); 3) высыпь сравнительно долго сохраняла типъ папулъ: только на 6-ой день болѣзни появились первые оспенные пузырьки (Ginekologia, сентябрь). *С. Островскій.*

946. Д-ръ *Wlasłowski* приводитъ свои соображенія относительно *лѣченія скарлатины.* Въ началѣ болѣзни онъ назначаетъ слѣдующую смѣсь: хлорноватокислаго кали 2,0, салициловаго натра 4,0, перегнанной воды 150,0—черезъ 2 часа по столовой ложкѣ, для дѣтей отъ 2 до 4 л., старшимъ—большія количества. Часто подъ вліяніемъ этого лѣкарства температура понижается, и дѣло не доходитъ до появленія ложно-дифтерійныхъ налетовъ. Буде-же послѣдніе появляются на миндалинахъ и небныхъ дужкахъ, то авторъ назначаетъ ціанистую ртуть (0,02—0,03: 150,0, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ). Въ тяжелыхъ случаяхъ при наличности налетовъ онъ впрыскиваетъ противудифтерійную сыворотку. Помимо того, во всѣхъ случаяхъ на шею назначается холодный компрессъ, а въ тяжелыхъ—ванна въ 28° Р. Относительно ціанистой ртути авторъ придерживается мнѣнія, что она является специфическимъ средствомъ при рожѣ (? *Реф.*). Никакихъ смазываній зѣва, какъ вредныхъ для организма онъ не назначаетъ. Полоскать зѣвъ совѣтуетъ чистой водой, либо подкисленной лимоннымъ сокомъ или уксуснокислымъ глиноземомъ. Такой способъ лѣченія скарлатинныхъ больныхъ давалъ автору хорошіе результаты (Nowiny lekarskie, ноябрь). *С. Островскій.*

947. Д-ръ *П. М. Кухтеринъ* изучалъ *измѣненія въ селезенкѣ у дѣтей при скарлатинѣ, дифтеріи, кори и при гастроэнтеритахъ.* Селезенка была изслѣдована въ 28 случаяхъ (6—скарлатины, 7—дифтеріи—7 кори и 8—гастро-энтерита). Увеличеніе объема селезенки авторъ наблюдалъ при скарлатинѣ, дифтеріи и гастро-энтеритахъ; при кори селезенка почти во всѣхъ случаяхъ была нормальная. Во всѣхъ случаяхъ она была болѣе или менѣе полнокровна, мягка, а мякоть ея легко выскабливалась. При микроскопическомъ изслѣдованіи селезенка представляла воспалительныя явленія, состоявшія въ значительномъ кровенаполненіи сосудовъ, въ ткани ея были нерѣдко въ большомъ количествѣ красные кровяные шарики; иногда наблюдались кровоизліянія. Затѣмъ воспалительныя явленія состояли въ перерожденіи клѣточныхъ элементовъ мякоти и *Malpighi*'евыхъ тѣлецъ, въ мелкоклѣточной инфильтраціи стѣнокъ сосудовъ съ набуханіемъ эндотелія. Такимъ образомъ измѣненія въ селезенкѣ при скарлатинѣ, дифтеріи и кори, какъ паренхиматозныя и являющія наклонность къ полному возстановленію, должны проходить безслѣдно для выздоровѣвшаго организма. При острыхъ гастро-энтеритахъ у грудныхъ дѣтей воспалительныя явленія въ селезенкѣ носятъ характеръ не однѣхъ только паренхиматозныхъ измѣненій, а иногда и межуточныхъ и могутъ вести къ межуточному спленитуу, что, по автору, вѣроятнѣе всего поставить въ связь съ зараженіемъ изъ пищевыхъ путей (Петербургская диссертація). *С. Островскій.*

948. Д-ръ *Fürst* (Berlin) обращаетъ вниманіе на хорошее дѣйствіе при англійской болѣзни *фитина*, содержащагося въ сѣменахъ бобовыхъ, въ клубняхъ картофеля и т. д. и выдѣленнаго изъ нихъ въ видѣ двойной фосфорной соли кальція и магнія съ содержаніемъ до 22,8% органическаго фосфора. Средняя фосфорно-натріевая соль, выдѣленная оттуда-же и названная *фортосаномъ*, является, по мнѣнію автора, лучшимъ препаратомъ Р для дѣтей до 2-хъ лѣтъ. Авторъ назначалъ фитинъ, по 0,5—1,0 на пріемъ, 5 рахитикамъ и во всѣхъ случаяхъ подмѣтилъ болѣе быстрое окостенѣніе скелета, прибавку подкожной клѣтчатки и вѣса и улучшеніе всѣхъ явленій рахита. Въ 3-хъ случаяхъ т. наз. психастеніи подъ вліяніемъ фитина улучшилось питаніе центральной нервной системы, безсонница и нервная возбудимость исчезли. Такимъ образомъ вмѣстѣ съ фитиномъ подвозятся организму бо́льшія количества усвояемаго фосфора, нужнаго для дѣтскаго организма (Centralblatt für Kinderheilkunde, ноябрь). *С. О.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 949. *Tomaszewski* (изъ клиники *Neisser*'а въ Breslau) на основаніи своихъ наблюденій и изслѣдованій надъ *бубонами при мягкомъ шанкрѣ*, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Посѣвы изъ бубоновъ имѣютъ преимущество надъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ цѣпепалочки или прививкой ея, давая возможность воспользоваться всѣмъ содержимымъ бубона или значительной его частью. 2. Лучше всего пользоваться кровянымъ агаромъ. 3. Однако, и при посѣвахъ не всегда удается обнаружить присутствіе цѣпепалочки (изъ 24 случаевъ автора въ 40%; изъ 7 молодыхъ бубоновъ цѣпепалочка была выдѣлена лишь въ 2). 4. Тѣмъ не менѣе прямое значеніе цѣпепалочки въ этіологіи всѣхъ бубоновъ несомнѣнно, за что говорятъ слѣдующія данныя: одинаковость клинической картины вплоть до вскрытія бубона, одинаковыя патолого-анатомическія данныя при вирулентныхъ и не вирулентныхъ бубонахъ, отсутствіе обычныхъ возбудителей нагноенія въ обоихъ, развитіе не вирулентныхъ, нагнаивающихся бубоновъ послѣ излѣченія мягкихъ язвъ, различіе между патологическими данными и числомъ находимыхъ при вскрытіи вирулентныхъ бубоновъ цѣпепалочекъ и, наконецъ, несомнѣнно уменьшенная жизненность цѣпепалочекъ нѣкоторыхъ вирулентныхъ бубоновъ. 5. Условія, способствующія уничтоженію цѣпепалочекъ при не вирулентныхъ бубонахъ, пока въ отдѣльности неизвѣстны; извѣстную роль играютъ, вѣроятно, повышенія температуры, такъ какъ разводка цѣпепалочки не ростетъ уже при температурѣ выше 38°; большое значеніе имѣетъ далѣе цѣлость кожи, такъ какъ въ открытыхъ бубонахъ быстрое размноженіе цѣпепалочки происходитъ еще до зараженія краевъ раны. 6. При лѣченіи бубоновъ слѣдуетъ руководиться слѣдующими соображеніями: а) въ началѣ въ каждомъ случаѣ показано сохраняющее лѣченіе, такъ какъ организмъ самъ обладаетъ способами для уничтоженія цѣпепалочки; б) мѣстное примѣненіе тепла показано въ виду чувствительности цѣпепалочки къ температурѣ; в) при нагноеніи бубоновъ показаны хирургическія мѣропріятія съ послѣдовательнымъ примѣненіемъ средствъ для уничтоженія цѣпепалочекъ, при чемъ наиболѣе цѣлесообразенъ въ этомъ отношеніи іодоформъ (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXXI, тетр. 1). *М. Членовъ.*

950. Д-ръ *П. Богдановъ* въ своей диссертаціи «О *перелойныхъ артропатіяхъ*» приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Реакція организма на зараженіе гонококками процессомъ только мѣстнымъ, въ видѣ, напр., катарра слизистыхъ оболочекъ, остается очень недолго. Уже въ самомъ началѣ зараженія получаются условія, благопріятствующія поступленію гонококковъ и ихъ токсиновъ въ общую систему кровообращенія, т. е. генерализаціи гонококковой заразы и развитію гоногаміи. 2. Различіе въ быстротѣ и степени развитія гоногаміи у разныхъ лицъ обусловливается, съ одной стороны, степенью вирулентности гонококковъ а, съ другой—состояніемъ, временнымъ или постояннымъ защитительныхъ средствъ организма, какъ общихъ, такъ и мѣстныхъ. 3. Перелойныя артропатіи представляютъ собою одно изъ мѣстныхъ проявленій гоногаміи. 4. Для ихъ возникновенія существенно необходимымъ этіологическимъ условіемъ является только жизнедѣятельность гонококковъ въ сочлененіяхъ, куда микробы заносятся кровью. Вторичное или смѣшанное зараженіе, конечно, возможно, но оно бываетъ здѣсь лишь явленіемъ случайнымъ и при томъ—второстепеннымъ. 5. Гонорройное страданіе суставовъ можетъ развиться въ любомъ

періодѣ перелоя слизистыхъ оболочекъ, однако чаще всего это происходитъ въ періодѣ остромъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ артропатія является первымъ и единственнымъ припадкомъ гонококковаго зараженія. 6. Въ средѣ городского, а особенно столичнаго, населенія перелойныя артропатіи, безъ сомнѣнія, развиваются несравненно чаще, чѣмъ принято думать; только истинная природа ихъ во многихъ случаяхъ по тѣмъ или другимъ причинамъ остается нераспознанной. 7. Отличительное распознаваніе перелойныхъ артропатій въ большинствѣ случаевъ особенно острыхъ на основаніи однихъ клиническихъ признаковъ возможно. Для клиническихъ цѣлей отрицательные результаты бактеріологическихъ изслѣдованій суставного содержимаго существеннаго значенія не имѣютъ. 8. Во избѣжаніе ошибокъ въ распознаваніи и ихъ послѣдствій при рѣшеніи вопроса о патогенезѣ какого-либо суставного заболѣванія, въ ряду другихъ возможныхъ причинъ, гоногэміи всегда должно быть отводимо одно изъ первыхъ мѣстъ. 9. Специфическихъ средствъ для лѣченія перелойныхъ артропатій до сего времени нѣтъ. Изъ средствъ внутреннихъ въ случаяхъ острыхъ и подострыхъ наибольшую услугу могутъ оказать копай, санталовое масло и ихъ производныя—гонозанъ и ореолъ. Дѣйствіе ихъ на зараженный гонококками организмъ, по видимому, до извѣстной степени подобно дѣйствію противомикробныхъ сыворотокъ. Что касается средствъ наружныхъ, то самыми дѣйствительными какъ въ случаяхъ острыхъ, такъ и въ особенности подострыхъ и хроническихъ являются горячія ванны, особенно естественныя и искуственныя, натуральныя грязевыя, а также мыльно-скипидарныя ванны *Balser*'а. Наилучшее дѣйствіе получается отъ грязевыхъ ваннъ естественно-натуральныхъ и при томъ—на мѣстѣ ихъ происхожденія (Саки, Мойнакъ, Чокракъ, Тинаки). 10. Для цѣлей общественно-предохранительныхъ осмотръ мужчинъ передъ посѣщеніемъ публичнаго дома имѣетъ несравненно большее значеніе, чѣмъ примѣняемый нынѣ періодическій осмотръ публичныхъ женщинъ (Московская диссертація). *М. Членовъ.*

951. Д-ръ *В. А. Нестеровскій*, изслѣдовавъ *патолого-анатомическія измѣненія въ кожѣ при dysidrosis*, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Dysidrosis есть несомнѣнно заболѣваніе потовыхъ железъ, и пузырьки dysidrosis имѣютъ тѣсную связь съ выводными протоками потовыхъ железъ. 2. Dysidrosis характеризуется сначала усиленнымъ потоотдѣленіемъ. Послѣднее можетъ быть или постояннымъ страданіемъ больныхъ, въ видѣ т. наз. *постоянной потливости* (hyperidrosis), или временной, вызываемой какими-либо причинами. 3. Обильное отдѣленіе пота, развивающееся подъ вліяніемъ того или другого агента, природа котораго не всегда одинакова, можетъ одновременно сопровождаться разстройствами со стороны сосудодвигательныхъ и трофическихъ нервовъ и давать въ результатѣ разбуханіе роговыхъ массъ, отпаденіе ихъ и закупорку выводныхъ протоковъ потовыхъ железъ особымъ стержнемъ; послѣдній состоитъ изъ роговыхъ массъ и иногда къ нимъ присоединяются клѣтки болѣе глубокихъ слоевъ эпителія. Эти стержни клинически наблюдаются въ центрѣ пузырька dysidrosis въ видѣ темноватой точки; впослѣдствіи они выпираются, видоизмѣняются и становятся невидимыми. 4. Закупорка выводныхъ протоковъ потовыхъ железъ стержнемъ влечетъ за собою образованіе кистовидныхъ расширеній устьевъ выводныхъ протоковъ. 5. Кистовидное расширеніе устьевъ выводныхъ протоковъ вызываетъ разрывъ послѣднихъ, и выступленіе пота въ окружающую ихъ эпителіальную ткань. 6. Подвергнутыя дѣйствію пота эпителіальныя клѣтки дѣлаются отечными, набухаютъ, въ нихъ появляются пустоты, потомъ зернистость и распадъ. Такъ образуется первичный пузырекъ, который постепенно ростетъ. 7. Одновременно съ задержкой потоотдѣленія начинаются аналогичныя-же измѣненія въ выводныхъ протокахъ и клубочкахъ потовыхъ железъ. Эпителій послѣднихъ подвергается тѣмъ-же измѣненіямъ—отеку, набуханію, слущиванію и образованію пустотъ; затѣмъ, онъ дѣлается зернистымъ и идетъ по пути къ распаду. 8. Образованіе пузырьковъ dysidrosis изъ кистовидныхъ расширеній устьевъ выводныхъ протоковъ не есть единственный способъ происхожденія пузырьковъ. Расширенія выводного протока и первичные пузырьки могутъ образоваться подъ вліяніемъ напора жидкости въ верхней, средней и рѣже въ нижней части *Malpighi*'евой сѣти и вообще по всему ходу выводнаго протока въ эпителіальномъ слоѣ. 9. Наблюдается образованіе пузырьковъ чрезъ разрывъ выводного протока и чрезъ боковые ходы пота, въ сторонѣ отъ выводныхъ протоковъ. 10. При отслаиваніи рогового слоя напоромъ потовой жидкости пузырьки образуются путемъ проникновенія пота въ щели между роговымъ и зернистымъ слоемъ и расплавленія мѣстами зернистаго слоя; чрезъ эти щели затекаетъ потъ въ *Malpighi*'евъ слой и образуетъ пузырьки. 11. Пузырьки образуются еще чрезъ разлитое пропитываніе межсосочковыхъ пространствъ сильно расширенными выводными протоками, особенно по сосѣдству съ большими пузырями. 12. Пузырьки могутъ образоваться какъ между сосочками, такъ и надъ ними. 13. Большіе пузыри dysidrosis образуются чрезъ сліяніе малыхъ, образуемыхъ сосѣдними выводными протоками. Въ образованіи большихъ пузырей участвуетъ нѣсколько выводныхъ протоковъ. 14. Образованіе большихъ пузырей сопровождается полной атрофіей соотвѣтственныхъ выводныхъ протоковъ и клубочковъ потовыхъ железъ. Атрофія потовыхъ железъ обусловливаетъ обратное развитіе пузырей. 16. Возстановленіе эпителія, выполняющаго бывшую полость пузыря dysidrosis, происходитъ изъ уцѣлѣвшихъ эпителіальныхъ клѣтокъ зернистаго и *Malpighi*'ева слоя. 17. Воспалительныхъ явленій при dysidrosis въ началѣ образованія пузырей не наблюдается; они могутъ постепенно дѣлаться яснѣе лишь при образованіи большихъ пузырей. Воспалительныя явленія слѣдуетъ разсматривать, какъ явленіе послѣдовательное (Петербургская диссертація). *А. Гарвинъ.*

952. Прививаемость сифилиса обезьянамъ, какъ уже извѣстно, твердо установлена *И. И. Мечниковымъ* и подтверждена изслѣдованіями *Lassar*'а и *Neisser*'а. *И. И. Мечниковъ* и *Neisser* сдѣлали цѣлый рядъ опытовъ съ цѣлью выяснить природу и свойства сифилитическаго яда и найти способы прививки и, быть можетъ, лѣченія сифилиса. Всѣ добытыя данныя были сообщены на послѣднемъ Съѣздѣ дерматологовъ въ Berlin'ѣ (см. выше, № 38, 39 и 40 письма ч. пр. *В. В. Иванова* и д-ра *А. В. Коварскаго*). Однимъ изъ существенныхъ препятствій для успѣшной разработки вопроса является дороговизна и особенно трудность акклиматизаціи человѣкообразныхъ обезьянъ (шимпанзе), надъ которыми по преимуществу и установлены наиболѣе интересные факты. Въ виду этого, сообщеніе *Д. К. Заболотнаго объ экспериментальномъ сифилисѣ бабуновъ (павіановъ)* представляется въ высшей степени интереснымъ: если бы, дѣйствительно, результаты, полученные на павіанахъ, соотвѣтствовали тѣмъ, которые достигнуты у шимпанзе, то разработка ученія о сифилисѣ на экспериментальной почвѣ стала-бы несравненно болѣе доступной. *Д. К. Заболотный* сообщаетъ о результатахъ прививокъ 4-мъ экземплярамъ павіановъ (Papio babuin или Sphinx-Paviane).

1-му изъ нихъ 29/XI 1903 г. было введено въ обрѣзанную крайнюю плоть содержимое железъ вторичныхъ сифилитиковъ и мокнущей папулы. Черезъ 2 недѣли появилась язва, по виду, теченію и характеру припуханія железъ вполнѣ соотвѣтствующая твердому шанкру. Съ 21/XII начали появляться розеоловыя высыпанія и папулы. Теченіе этихъ явленій соотвѣтствуетъ тому, что наблюдается при вторичномъ сифилисѣ у людей. Вторичное зараженіе, сдѣланное 1/IV, не удалось. Содержимое язвы этой обезьяны 23/XII привито втираніемъ въ крайнюю плоть 2-ой. Черезъ мѣсяцъ у нея тоже появилась язва. Дальнѣйшее теченіе въ общемъ такое-же, какъ и у 1-ой. 3/II 1904 г. содержимое язвы 2-го павіана привито 3-му. Развитіе шанкра съ 24/II. Наконецъ, 22/III отъ 3-го павіана сдѣлана перевивка 4-му, у котораго язва начала развиваться съ 19/IV. Въ результатѣ—удачная прививка отъ человѣка къ павіану и 3 послѣдующихъ перевивки отъ павіана къ павіану, каждый разъ съ положительными результатами, т. е. съ развитіемъ шанкра, опуханіемъ железъ и вторичными явленіями (розеола, папулы).

Такимъ образомъ можно было-бы думать, что павіаны представляютъ вполнѣ подходящій матеріалъ для экспериментальнаго изученія сифилиса и могутъ замѣнить шимпанзе. [Нельзя, однако, не замѣтить, что сравнительные опыты *И. И. Мечникова* на павіанахъ и шимпанзе («Русскій Врачъ», № 39) показываютъ, что результаты при опытахъ съ павіанами не отличаются ни тѣмъ постоянствомъ, ни той доказательностью какъ у шимпанзе. Изъ 4-хъ привитыхъ въ *Pasteur*'овскомъ Институтѣ павіановъ у 1 не развилось даже первичнаго пораженія, у 2-го оно имѣло неопредѣленный характеръ, у 2-хъ остальныхъ первичныя пораженія были выражены яснѣе, но вторичныхъ не развилось, въ виду чего *И. И. Мечниковъ* и считаетъ сифилисъ павіановъ приближающимся скорѣе къ сифилису макакъ, а не человѣка и человѣкообразныхъ обезьянъ. *Реф.*]. *Л. Тарасевичъ.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXXXVI. Отъ Русскаго Общества охраненія народнаго здравія Сборъ пожертвованій въ пользу больныхъ и раненыхъ врачей на театрѣ военныхъ дѣйствій, недостаточныхъ семействъ врачей, командированныхъ на Дальній Востокъ и пострадавшихъ на войнѣ.

Для облегченія страданій нашихъ воиновъ на Дальнемъ Востокѣ потребовались тысячи врачей, изъ которыхъ многіе, вслѣдствіе крайней спѣшности отъѣзда, не могли обезпечить свои

семьи. Получаемое военными врачами сравнительно небольшое содержаніе едва хватаетъ имъ самимъ, а жена, дѣти, престарѣлые родители оказываются въ тяжелыхъ матеріальныхъ условіяхъ. Вотъ здѣсь-то и нужна быстрая посильная помощь.

Общее Собраніе Русскаго Общества охраненія народнаго здравія еще 16-го февраля текущаго года опредѣлило организовать при Обществѣ сборъ пожертвованій въ пользу больныхъ и раненыхъ врачей на театрѣ военныхъ дѣйствій, недостаточныхъ семействъ врачей, командированныхъ на Дальній Востокъ и пострадавшихъ на войнѣ.

Пожертвованія могутъ быть единовременныя, хотя-бы самыя незначительныя (просятъ не стѣсняться размѣрами), или ежемѣсячныя (отъ 1 до 3 р.).

На обращеніе Общества откликнулись, какъ видно изъ нижеслѣдующаго списка, многіе врачи и учрежденія. Отъ д-ра *В. С. Кудрина* съ февраля по ноябрь поступило 27 р., отъ д-ра *В. О. Губерта* съ февраля по ноябрь 27 р., отъ д-ра *А. Ю. Зуева* съ февраля по ноябрь 27 р., отъ д-ра *Л. Ф. Рагозина* съ февраля по ноябрь 27 р., отъ д-ра *М. Д. Ванъ-Путерена* съ февраля по ноябрь 9 р., отъ д-ра *М. П. Манасеина* съ февраля по ноябрь 27 р., отъ Общества Старорусскихъ врачей 100 р., отъ д-ра *С. А. Острогорскаго* 25 р., отъ д-ровъ клиники венерическихъ и кожныхъ болѣзней въ В.-Медицинской Академіи 61 р., отъ д-ровъ Виленскаго военнаго госпиталя съ марта по октябрь 150 р. 76 к., отъ проф. *А. И. Моисеева* съ февраля по августъ 9 р., отъ д-ра *В. К. Неймана* съ февраля по октябрь 24 р., отъ ж.-вр. *Ю. И. Заволжской* съ февраля по ноябрь 21 р., отъ д-ровъ *С. В. Петрова* и *А. Т. Снарскаго* 15 р., отъ ж.-вр. *Л. К. Анкудиновой* 3 р. 10 к., отъ д-ровъ *В. Н. Горлицына* и *Ю. Ф. Денисевича* 6 р., отъ д-ра *П. И. Покрывалова* 3 р., отъ д-ра *Н. П. Хитрова* съ февраля по іюль 15 р., отъ д-ра *Н. Баранова* съ февраля по августъ 18 р., отъ д-ра *П. В. Жилина* за февраль и мартъ 6 р., отъ неизвѣстнаго 20 р., отъ д-ра *І. С. Фельзеръ* за февраль 3 р., отъ д-ра *Е. С. Абрамъ* 20 р., отъ ж.-вр. *Лебедевой* съ февраля по декабрь 30 р., отъ д-ра *А. Комина* съ февраля по сентябрь 21 р., отъ д-ра *Дубровина* за февраль и мартъ 6 р., отъ д-ра *Р. А. Гейнрихсенъ* съ февраля по августъ 12 р., отъ Е. Я. Самохваловой 5 р., отъ д-ра *И. І. Гаттовскаго* 3 р., отъ проф. *А. Я. Данилевскаго* 12 р., отъ неизвѣстной 3 р., отъ д-ра *В. Ф. Сигристъ* съ февраля по декабрь 30 р., отъ Общества врачей-спеціалистовъ въ Петербургѣ 500 р., отъ д-ра *В. П. Кашкадамова* съ февраля по іюль 5 р., отъ д-ра *А. А. Кобылина* съ февраля по декабрь 10 р., отъ проф. *В. Н. Никитина* 15 р., отъ д-ра *В. Ф. Штрома* 6 р., отъ д-ра *В. Я. Яцута* 3 р., отъ дивиз. врача 1 пѣх. дивизіи въ г. Смоленскѣ 5 р., отъ *М. А. Ржаксинской* и д-ра *А. С. Ильина* 435 р. 20 к., отъ д-ровъ Маріинской больницы въ Петербургѣ 111 р., отъ служащихъ въ И. Клиническомъ Институтѣ Вел. Кн. Елены Павловны 73 р. 80 к., отъ д-ра *Н. И. Нетимина* 10 р., отъ служащихъ въ Институтѣ экспериментальной медицины 72 р. 02 к., отъ д-ра *А. Б. Цацкина* 15 р., отъ неизвѣстныхъ 25 р., отъ д-ра *Наставина* 2 р., отъ д-ра *А. Л. Львова* 1 р., отъ д-ра *М. О. Грузенберга* 2 р., отъ д-ра *П. П. Яковлева* 1 р., отъ д-ра *С. И. Василькевича* 3 р., отъ д-ра *Ф. И. Шотровскаго* 10 р., отъ д-ра *А. А. Лозинскаго* 10 р. Всего 2080 р. 88 к.

Что же касается оказанія помощи нуждающимся врачамъ или ихъ семьямъ, то Совѣтъ Общества принялъ всѣ мѣры къ тому, чтобы необходимая помощь была своевременная и соотвѣтствовала, по возможности, обстоятельствамъ нуждающихся. Никакихъ документовъ или особыхъ формальностей не требуется; важно лишь установить фактъ, что данное заявленіе, дѣйствительно, исходитъ отъ семьи врача, находящагося на театрѣ военныхъ дѣйствій.

Дѣйствительная нужда, крайне затруднительное и неопредѣленное положеніе семействъ, оставшихся въ Портъ-Артурѣ врачей, отъ которыхъ они не имѣли никакихъ свѣдѣній, въ 2-хъ случаяхъ представлялись прямо безвыходными (назначено ежемѣсячное пособіе въ 50 р.). Выдано по 10 ноября: А. И. П. [1]) (женѣ воен. врача) 100 р., Н. С. Ф. (тоже) 100 р., Е. І. Н. (тоже) 100 р., О. К. К. (тоже) 100 р. (ежемѣсячно, начиная съ октября, по 50 р., впредь до выясненія матеріальнаго положенія семьи), Е. П. К. (тоже) 100 р. (въ теченіи 4 мѣсяцевъ, начиная съ октября, по 50 р.), А. С. М. (тоже) 100 р., С. Г. К. (тоже) 100 р., А. И. П. (тоже) 60 р., А. С. С. (тоже) 45 р., С. А. К. (тоже) 60 р., П. О. Г. (тоже) 35 р., Ю. (тоже) 50 р., В. А. С. (тоже) 48 р., А. Н. К. (тоже) 60 р., М. И. Г. (тоже) 60 р., Е. И. Л. (тоже) 50 р., В. В. П. (тоже) 50 р. Всего 1218 р.

Всѣ получаемыя суммы, а равно и выдача денегъ находятся въ вѣдѣніи Совѣта Общества. Всѣ оправдательные документы находятся у казначея Общества (поч. лейбъ-медика *А. Ю. Зуева*) и могутъ быть предъявлены при первомъ требованіи.

Въ послѣднемъ засѣданіи Совѣтъ Общества охраненія народнаго здравія опредѣлилъ довести до свѣдѣнія врачей и ихъ семей, что Общество: 1) предоставляетъ безвозмездно дѣтямъ врачей, находящихся на театрѣ военныхъ дѣйствій, до 25 мѣстъ съ полнымъ содержаніемъ въ дѣтскихъ лѣчебныхъ колоніяхъ Общества (Ст. Русса, Гапсаль, Аренсбургъ, Ревель, Друскеники) въ теченіи лѣтняго времени 1905 г., лѣченіе минеральными водами, грязями, ваннами, хирургическими способами, массажемъ и пр. Дѣти (дѣвочки и мальчики) не должны быть моложе 5 и старше 14 л. Всѣ подробности о пріемѣ въ колоніи можно узнать письменно или словесно въ Обществѣ (Петербургъ, Мойка, 85); 2) Совѣтъ Общества принимаетъ на себя, по мѣрѣ возможности, хлопоты по собиранію свѣдѣній объ участи врачей, находящихся на театрѣ военныхъ дѣйствій.

Предсѣдатель Русскаго Общества
охраненія народнаго здравія *В. Кудринъ*.
Секретарь Общества *В. Губертъ*.

Петербургъ. 10-го ноября 1904 г.

[1]) Совѣтъ Общества постановилъ при печатаніи отчета не называть фамилій полностью.

CXXXVII—CXLII. Изъ Общества психіатровъ въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 24-го января).

По прочтеніи секретаремъ и казначеемъ годовыхъ отчетовъ были произведены выборы. Избраны: предсѣдателемъ проф. *В. М. Бехтеревъ*, товарищемъ его *О. А. Чечоттъ*, членами Совѣта *А. Е. Черемшанскій* и ч. пр. *П. Я. Розенбахъ*, казначеемъ *М. Н. Нижегородцевъ*. За отказомъ отъ баллотировки секретаря *С. Я. Любимова*, выборы секретаря отложены до слѣдующаго засѣданія.

Проф. *В. М. Бехтеревъ* предложилъ выразить благодарность *С. Я. Любимову* за исполненіе имъ секретарскихъ обязанностей.

А. И. Ющенко. Случай эритромеляліи. Докладчикъ ограничился предъявленіемъ больного, отложивъ сообщеніе до слѣдующаго раза.

Затѣмъ приступлено было къ преніямъ по докладу *А. С. Грибоѣдова: О корковыхъ центрахъ потоотдѣленія* (см. выше, № 5, стр. 186).

В. П. Осиповъ отмѣтилъ интересъ работы докладчика, какъ относящейся къ совершенно неразработанному вопросу и выясняющей наблюдаемое явленіе гипергидроза при поліоміелитѣ.

А. В. Герверъ указалъ на то, что въ изслѣдованіи докладчика очень важны опыты съ перевязками сосудовъ, такъ какъ при потоотдѣленіи сосудистая система играетъ видную роль, и, разъ докладчикъ наблюдалъ потоотдѣленіе послѣ перевязки, можно съ положительностью утверждать, что ему удалось выдѣлить спеціально потоотдѣлительные центры.

Проф. *В. М. Бехтеревъ:* Вопросъ о потоотдѣлительныхъ центрахъ до сихъ поръ не изученъ, и докладчику, потратившему очень много труда, удалось достигнуть положительныхъ результатовъ, хотя клинически давно можно было предполагать существованіе особыхъ центровъ для потоотдѣленія. Опыты докладчика поставлены удачно, и животныя (жеребята) выбраны очень подходящія, а потому изслѣдованія его имѣютъ большую цѣну.

(Засѣданіе 28-го февраля).

Секретаремъ избранъ *А. И. Карпинскій*. Все засѣданіе было посвящено обсужденію *доклада Совѣта главныхъ врачей городскихъ больницъ о дальнѣйшей организаціи призрѣнія душевно больныхъ въ Петербургѣ* (см. выше, № 5, стр. 186). Послѣ всесторонняго обсужденія доклада, Собраніе приняло слѣдующее постановленіе: Общество психіатровъ въ Петербургѣ, по выслушаніи всѣхъ преній, присоединяется принципіально въ основныхъ чертахъ къ плану, изложенному представителями городскихъ больницъ. Протоколъ этого засѣданія рѣшено послать въ больничную Коммиссію.

(Засѣданіе 20-го марта).

Е. П. Радинъ показалъ больного, относящагося къ его докладу: *Объ острой параноѣ въ связи съ ученіемъ о параноѣ, какъ аффективномъ состояніи.*

А. И. Ющенко. Объ эритромеляліи. Приведя литературу вопроса, докладчикъ подробно описалъ свой случай (больной показанъ имъ въ засѣданіи 24-го января). Р., 33 л., находится въ Домѣ призрѣнія на Удѣльной. Мать—душевно-больная. Въ 1898 г. лѣчился отъ сильной потливости рукъ и ногъ. Въ 1899 г. замѣчалъ красноту и боль въ рукахъ. Душевная болѣзнь замѣчена родными въ 1901 г. Болѣзнь протекаетъ съ послабленіями и въ настоящее время выражается въ бредовыхъ идеяхъ преслѣдованія въ видѣ ночныхъ насилій надъ больнымъ; кромѣ того, наблюдаются и обманы чувствъ. Со стороны физической замѣчается повышеніе колѣнныхъ и сосудодвигательныхъ рефлексовъ и отсутствіе рефлексовъ съ мышцы, поддерживающей яичко, пяточнаго и брюшного. Позвоночникъ болѣзненъ въ шейной и верхней грудной областяхъ. Всѣ виды чувствительности нормальны, и отмѣчается только легкое пониженіе чувствительности на пальцахъ и кистяхъ рукъ. Отчетливо выраженная гиперэмія съ синюшнымъ оттѣнкомъ кожныхъ покрововъ кистей и пальцевъ обѣихъ рукъ. Кожа здѣсь блестящая, лишена обычныхъ бороздокъ, покрыта мѣстами шелушащимся эпидермисомъ. Ногти рѣзко матовые, уродливы и съ продольными трещинами. Пальцы имѣютъ ненормальный видъ вслѣдствіе неравномѣрнаго утолщенія многихъ суставовъ; подвижность въ суставахъ замѣтно ограничена. Такія-же сосудодвигательныя разстройства замѣтны въ кожѣ ушей и мошонки. Мышцы рукъ, шеи и отчасти лица замѣтно ригидны. Временами явленія гиперэміи и опуханія усиливаются; на этихъ мѣстахъ образуются трещины, плохо заживающія и кровоточа-

щія. Кромѣ того, въ мѣстахъ съ гиперэміей замѣчаются сильныя боли, отъ которыхъ больной часто просыпается, даже ночью.

Я. В. Рыбалкинъ, указавъ на интересъ затронутаго докладчикомъ вопроса, замѣтилъ, что случай его не особенно типиченъ. Въ наблюдавшихся имъ случаяхъ выступали главнымъ образомъ сильныя боли, не дававшія больнымъ покоя и даже вызвавшія въ 1 случаѣ необходимость усѣчь конечность. Болѣзнь можетъ развиваться на разной почвѣ и, по нѣкоторымъ авторамъ, зависитъ отъ пораженія сосудовъ.

М. Л. Фалькъ также наблюдалъ у одной душевно-больной явленія, сходныя съ указанными докладчикомъ.

С. Я. Любимовъ указалъ на 2 случая, описанныхъ д-ромъ *Алелековымъ*. Относительно сущности заболѣванія въ настоящее время трудно сказать что-либо опредѣленное, на что указываетъ и сложное и неопредѣленное названіе болѣзни. При патологоанатомическихъ изслѣдованіяхъ обыкновенно находятъ измѣненія какъ въ нервахъ, такъ и въ сосудахъ; что заболѣваетъ въ началѣ,—до сихъ поръ не выяснено.

Е. П. Радинъ отмѣтилъ интересъ совпаденія кожныхъ разстройствъ съ ухудшеніемъ психическаго состоянія.

Проф. *В. М. Бехтеревъ*: Въ настоящее время сущность болѣзни еще не выяснена. Бываютъ несомнѣнно случаи нервнаго и сосудистаго происхожденія. Во всѣхъ случаяхъ дѣло имѣется съ разстройствомъ питанія тканей и сильной болѣзненностью. Необходимо отличать случаи, лишь имѣющіе сходство съ эритромелалгіей по внѣшнему виду.

М. Л. Фалькъ. Ретро-активная амнезія въ 2-хъ случаяхъ судебно-психіатрическихъ наблюденій. Докладчикъ привелъ 2 случая изъ своихъ наблюденій въ больницѣ св. Николая Чудотворца.

По поводу доклада высказались: *О. А. Чечоттъ*, *Б. Н. Синани*, проф. *П. И. Ковалевскій* и проф. *В. М. Бехтеревъ*. Въ своихъ возраженіяхъ они указали докладчику на неясность нѣкоторыхъ положеній и на то, что оба случая его не особенно подходятъ къ затронутому имъ вопросу.

(Засѣданіе 24-го апрѣля).

Л. С. Абрамовъ. Случай полинейритическаго психоза. Случай докладчика, послужившій поводомъ къ сообщенію съ изложеніемъ литературы вопроса, относится къ больному Б., 52 л., съ наслѣдственнымъ предрасположеніемъ къ алкоголизму, душевнымъ и нервнымъ заболѣваніямъ. Больной началъ пить съ 16 лѣтъ и затѣмъ уже всю жизнь продолжаетъ злоупотреблять спиртными напитками, выпивая иногда до 1/4 ведра водки въ день. Въ послѣдніе 4 года пилъ ежедневно не менѣе 1½ бут. въ день. Въ январѣ 1903 г. заболѣлъ настоящей болѣзнью, которая началась явленіями полинейрита съ симметричными параличами во всѣхъ конечностяхъ, съ мышечными атрофіями, атаксіей, отсутствіемъ сухожильныхъ рефлексовъ, болями, парэстезіями и анэстезіями; со стороны черепныхъ нервовъ, зрачковъ и жомовъ нарушеній не было. Психическое разстройство присоединилось въ началѣ марта 1903 г., и въ теченіи его можно различать 3 періода: 1-ый—острой галлюцинаторной спутанности сознанія, продолжавшійся около 4 недѣль; 2-ой—раздражительной слабости съ парэстезіями, болями и галлюцинаціями по ночамъ, и 3-ій—амнестическій, когда галлюцинаціи, иллюзіи, а также явленія полинейрита отошли на 2-ой планъ и остались только рѣзко выраженныя амнестическія явленія и конфабуляціи. Во время предъявленія больной находился на пути къ выздоровленію.

Ч. пр. *П. Я. Розенбахъ* замѣтилъ, что въ этіологіи разбираемой болѣзни большое значеніе придается алкоголю; но подобное заболѣваніе бываетъ и въ другихъ случаяхъ, напр., послѣ родовъ; болѣзненная картина объясняется, по видимому, тѣмъ, что поражается одна и таже система ассоціаціонныхъ волоконъ, или пораженіемъ периферическихъ нервныхъ волоконъ и ихъ кожныхъ окончаній.

Б. В. Томашевскій тоже наблюдалъ 2 случая, изъ коихъ въ одномъ этіологическую роль игралъ алкоголь, а въ другомъ алкоголизма совершенно не было.

Ф. Ф. Гольцингеръ также находитъ, что не слѣдуетъ особенно подчеркивать вліяніе алкоголя; онъ наблюдалъ, напр., такой случай послѣ тифа.

О. А. Чечоттъ спросилъ, изслѣдовались-ли нервы на перерожденіе? (*Докладчикъ* отвѣтилъ, что замѣчалась реакція перерожденія). И затѣмъ—съ чего началось у больного возстановленіе: съ памяти или съ конечностей? Нѣтъ-ли разницы въ возстановленіи отправленій, когда въ этіологіи бываетъ алкоголь или другія причины? Въ его случаяхъ безъ алкоголя память возстановлялась раньше, съ алкоголемъ-же—наоборотъ.

Ф. Ф. Гольцингеръ въ своемъ случаѣ также наблюдалъ, что память возстановилась раньше.

А. Л. Мендельсонъ въ случаѣ послѣ гриппа наблюдалъ раньше возстановленіе памяти.

Проф. *В. М. Бехтеревъ*, указавъ на интересъ сообщенія, замѣтилъ, что формы болѣзни на почвѣ нейритовъ еще мало изучены; на этой почвѣ развиваются и психозы въ видѣ галлюцинаторной спутанности, безъ амнезіи. Случаи съ амнезіей и ложными воспоминаніями бываютъ какъ на почвѣ алкогольной, такъ и на другихъ; но бываютъ случаи и безъ нейритовъ, совершенно похожіе на полинейритическій психозъ, и такая-же картина болѣзни наблюдается при органическихъ заболѣваніяхъ мозга. Въ обыкновенныхъ случаяхъ говорятъ о токсэміи, сущность которой, однако, не выяснена; можетъ быть, тутъ играетъ роль страданіе какихъ-нибудь органовъ, при чемъ отравляется какая-нибудь область головного мозга. Что касается возстановленія памяти и параличей, то тутъ, по видимому, нельзя сказать чего-нибудь опредѣленнаго, такъ какъ теченіе бываетъ различное.

Остальная часть засѣданія была посвящена разсужденіямъ о Съѣздѣ психіатровъ.

(Засѣданіе 15-го мая).

1-ая часть засѣданія была посвящена выслушанію доклада Коммиссіи *объ организаціи медико-педагогическаго надзора въ заведеніяхъ для малолѣтнихъ преступниковъ* и замѣчаніямъ на этотъ проэктъ.

Л. С. Арнштейнъ. Brown-Sequard'овская падучая. Экспериментальныя изслѣдованія надъ морскими свинками. Докладчикъ вырѣзывалъ морскимъ свинкамъ часть сѣдалищнаго нерва, величиною въ 1 стм., или-же дѣлалъ таковую 1/2-ную перерѣзку спинного мозга, преимущественно на уровнѣ 11—12-го грудного позвонка. Изъ 41 морской свинки 30 были подвергнуты первой операціи, а 11—боковой перерѣзкѣ. Операціи производились подъ эѳирно-хлороформнымъ наркозомъ. Выжившія свинки черезъ 5—6 недѣль обнаруживали первые признаки *Brown-Sequard*'овской падучей. При раздраженіи эпилептогенной зоны на сторонѣ операціи, особенно у угла нижней челюсти или у мѣста выхода 2-ой вѣтви тройничнаго нерва, задняя конечность той-же стороны быстро приближается къ головѣ, и, охваченная судорогой, производитъ рядъ быстро слѣдующихъ другъ за другомъ движеній, напоминающихъ чесательныя движенія, хотя конечность и не достигаетъ щеки. При этомъ голова поворачивается въ туже сторону, такъ что туловище образуетъ дугу, обращенную вогнутостью въ сторону операціи. Эта клоническая судорога длится нѣсколько секундъ. Съ теченіемъ времени реакція на раздраженіе эпилептогенной зоны усиливается и часто возобновляется и безъ раздраженія, когда свинка предоставлена самой себѣ. Это и есть «epilepsie incomplete» по выраженію *Brown-Sequard*'а. Приблизительно черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи появляется полный эпилептическій припадокъ, легко вызываемый не только ущемленіемъ кожи въ области эпилептогенной зоны, но даже иногда и при обхватѣ шеи рукою. Припадокъ начинается вышеописанной судорогой въ задней конечности; туловище сильно изгибается; глаза бываютъ судорожно сомкнуты. Въ этотъ моментъ свинка падаетъ на противоположную сторону, какъ-бы теряя сознаніе. Все тѣло извивается въ тоническихъ судорогахъ, за которыми слѣдуютъ клоническія во всѣхъ 4-хъ конечностяхъ. На уколы въ это время свинка не отвѣчаетъ; зрачки расширены и на свѣтъ не отвѣчаютъ. Продолжительность припадка—не болѣе 1 минуты; послѣ припадка животное вскакиваетъ на ноги, но часто затѣмъ припадокъ возобновляется въ болѣе жестокомъ видѣ. Такіе-же припадки можно вызвать и прерывистымъ токомъ, прикладывая электроды у мѣста выхода 2-ой вѣтви тройничнаго нерва. По наблюденіямъ докладчика, шерсть эпилептогенной зоны подъ вліяніемъ теплосвѣта выпадаетъ, и щека пріобрѣтаетъ видъ выбритой. Раздраженіе эпилептогенной зоны трихэстезіометромъ проф. *В. М. Бехтерева* не вызывало припадка. Почти у всѣхъ свинокъ съ вырѣзаннымъ сѣдалищнымъ нервомъ чрезъ нѣкоторое время обнаруживались трофическія разстройства въ колѣнѣ и стопѣ оперированной конечности. Колѣно припухало, краснѣло и иногда становилось гораздо толще, при чемъ движенія ограничивались. Пальцы, особенно 2 наружныхъ, нерѣдко совершенно отпадали; въ нѣкоторыхъ случаяхъ отпадала вся голень. Травматизація въ этомъ процессѣ не играетъ роли. Докладчикъ подтверждаетъ выводы *Brown-Sequard*'а о независимости падучныхъ припадковъ у морскихъ свинокъ отъ головного мозга. Противорѣчіе между этимъ взглядомъ и современными воззрѣніями, по мнѣнію докладчика, только кажущееся. Различія выводовъ обусловливаются только тѣмъ, что опыты дѣлались надъ различными животными. Не только анатомическое и гистологическое строеніе, но и дифференціація физіологическихъ отправленій постепенно усложняется по мѣрѣ перехода отъ низшихъ къ высшимъ ступенямъ зоологической лѣстницы. Поэтому выводы о корковомъ мѣстоположеніи клоническихъ судорогъ, провѣренные на собакахъ и кошкахъ, не могутъ быть перенесены полностью на низшихъ представителей млекопитающихъ, какъ свинки и кролики. Экспериментальное подтвержденіе докладчикъ видитъ въ изслѣдованіяхъ *Nino Samoja*. Что касается патогенеза, то объясненіе *Brown-Sequard*'а признать нельзя. Принимая во вниманіе длинный зачаточный періодъ, несомнѣнное вліяніе климата на развитіе *Brown-Sequard*'овской падучей и нѣкоторые другіе факты, докладчикъ склоняется въ сторону интоксикаціонной теоріи и подкрѣпляетъ свое заключеніе наблюденіемъ *Phisalex*'а, установившаго *Brown-Sequard*'овскую падучую у морской свинки, которой была впрыснута чистая разводка Pasteurella cavia. (Въ передачѣ докладчика).

Нѣсколько замѣчаній сдѣлали: ч. пр. *П. Я. Розенбахъ*, *Г. Я. Трошинъ*, *О. А. Чечотъ*, *В. П. Осиповъ* и проф. *В. М. Бехтеревъ*.

(Засѣданіе 2-го октября).

Предсѣдатель проф. *В. М. Бехтеревъ* напомнилъ Обществу о кончинѣ члена Общества *П. О. Бороздиной-Розенштейнъ* и предложилъ почтить память покойной вставаніемъ, что и было исполнено.

Проф. *Л. В. Блуменау* совмѣстно съ д-ромъ *Е. А. Ни*

сеномъ. О двигательныхъ центрахъ шейнаго утолщенія. (По поводу одного случая усѣченія). (См. выше, № 46, стр. 1537).

Проф. *В. М. Бехтеревъ* замѣтилъ, что вопросъ о мышечной и нервной теоріяхъ въ настоящее время еще не установленъ окончательно.

Д-ръ *Е. П. Радинъ. Объ аффектѣ при паранойѣ. Westphal* опредѣлилъ паранойю, какъ интеллектуальный психозъ, болѣзнь разсудка. За эмоціональными разстройствами онъ признавалъ второстепенное значеніе. Ученіе *Westphal'я* психологически было обосновано школою ассоціаціонистовъ (*Wernicke, Ziehen*). *Cramer*, даже послѣ выдѣленія *Meynert'омъ* острой спутанности, стремился вернуться къ ученію *Westphal'я*, сводя все въ паранойическое заболѣваніе на диссоціаціи представленій. Но въ преніяхъ по поводу доклада *Cramer'а* въ 1894 г. выяснилась новая точка зрѣнія на паранойю—эмоціональная (*Neisser, Moeli*). Съ тѣхъ поръ, не считая *Sandberg'а*, выступившаго еще въ 1889 г., на защиту этого взгляда, *Штерринг*, *Sprecht*, *Margulies* и *Linke* утвердились на прямопротивоположномъ *Westphal'ю* положеніи: тезису *Westphal'я*—«паранойя есть болѣзнь разсудка» былъ противоставленъ антитезисъ — «паранойя есть болѣзнь первично эмоціональная». По мнѣнію докладчика, въ болѣзни личности лежитъ примиреніе и искомый синтезисъ. Вопросъ о первичности бреда или эмоцій этимъ самъ собою снимается съ очереди. Энергетическая психологія, сводящая всѣ психическія проявленія къ единой психической энергіи (проф. *В. М. Бехтеревъ*), разрѣшаетъ споръ между способностями души, гдѣ поднимаетъ свой голосъ волюнтаризмъ (по *Berze* сущность паранойическаго заболѣванія лежитъ въ слабости активнаго вниманія—аперцепціи). Вмѣсто частныхъ способностей души занимаетъ комплексъ признаковъ—личность, какъ самое обобщенное (синтезированное) понятіе энергетики. *Tiling* исходитъ въ толкованіи паранойи изъ пораженнаго «я» больного, но его положенія слишкомъ общи; глубже идетъ въ психологическомъ анализѣ *Specht*. Аффектъ подозрительности *Specht* разлагаетъ на его составныя части—экзальтацію и угнетеніе. Первой отвѣчаетъ забота о благѣ, второму—горе отдѣльной личности. Здѣсь *Specht* подходитъ къ исходной точкѣ зрѣнія докладчика. Благо и горе отдѣльнаго лица есть его «я», съуженное на самого себя; такая личность называется эгоцентрическою. Патологическій эгоцентризмъ паранойика находитъ себѣ выраженіе въ его постоянной борьбѣ за свои интересы; отсюда преобладаніе 2-хъ аффектовъ, являющихся въ смѣшанной формѣ въ аффектѣ подозрительности,—аффекта экзальтативнаго—наступательнаго и аффекта оборонительнаго—боязни. Первому отвѣчаетъ бредъ величія, второму бредъ преслѣдованія. Сутяжный бредъ преслѣдуемаго преслѣдователя включаетъ въ себѣ оба эгоцентрическихъ аффекта, но въ болѣе выработанномъ, чѣмъ въ аффектѣ подозрительности видѣ. 1-ый случай докладчика принадлежитъ къ острой паранойѣ и закончился выздоровленіемъ. Болѣзнь движется здѣсь всецѣло на почвѣ аффекта боязливаго угнетенія; послѣднему отвѣчаетъ бредъ преслѣдованія, но на ряду съ этимъ больной высказываетъ и бредъ величія; его угнетеніе основано на невозможности достичь «правды». Изъ физіологическихъ спутниковъ слѣдуетъ отмѣтить: слезливость, рѣдкій и напряженный пульсъ, отказъ отъ пищи, ступорозно-каталептическое суточное состояніе. 2-ой случай душевнаго заболѣванія у типичнаго дегенеранта—періодическая паранойя. Здѣсь развертывается цѣлая лѣстница идей величія отъ пограничнаго состоянія душевнаго здоровья и до бреда религіознаго посланничества включительно; наблюдается одновременно эпизодически «бредъ преслѣдованія»; эпизодичны и обманы чувства. Преобладаетъ главный аффектъ непризнаннаго посланника съ волевой реакціей—разрушительностью. Психозъ періодиченъ. Въ первой фазѣ преобладалъ бредъ величія: больной выдавалъ себя за Великаго Князя. Закончилось заболѣваніе свѣтлымъ промежуткомъ съ выздоровленіемъ безъ дефекта: больной служитъ артистомъ на одной изъ столичныхъ сценъ. 3-й случай касается тоже острой паранойи съ 6-мѣсячнымъ теченіемъ и выздоровленіемъ; бреду преслѣдованія сопутствуетъ рѣдкій аффектъ боязни, обманы чувствъ. Заболѣваніе возникло на почвѣ ревматизма и *Basedow'ой* болѣзни. При появленіи ревматическихъ болей и припадковъ кишечно-печеночнаго отравленія психозъ прекращается. 4-ый случай у хронически-больной, соединяющій бредъ величія и преслѣдованія, представляетъ аффектъ боязливый, аффектъ гнѣва и преобразовательной агрессивности (стремленія къ самоубійству, чтобы завоевать себѣ счастье на новыхъ планетахъ). Онъ показываетъ, что и при хронической паранойѣ возможны расчлененные эгоцентрическіе аффекты, наступательный и оборонительный, хотя здѣсь обычно преобладаетъ смѣшанный эгоцентрическій аффектъ—подозрительность. Анализируя свой матеріалъ, докладчикъ особенно отмѣтилъ психологическую выработанность эмоцій, понимаемую въ смыслѣ отвѣчающихъ имъ бреда и физіологическихъ спутниковъ. Онъ составляетъ отличительно-распознавательный признакъ острой паранойи отъ острой спутанности и dementia paranoides *Kraepelin'а*, гдѣ эмоціональная сфера обычно притуплена; а также и отъ первично-эмоціональныхъ разстройствъ, гдѣ не наблюдается столь нераздѣльной зависимости между пораженіемъ чувства и интеллекта. Д-ръ *Ганнушкинъ* не рѣшаетъ вопроса о паранойѣ нозологически, д-ръ *Агаджанянцъ* ожидаетъ рѣшенія отъ анализа сущности острой и хронической паранойи; клинически-психологическій способъ и обѣщаетъ дать въ будущемъ отвѣтъ на этотъ вопросъ. На основаніи анализа своихъ случаевъ докладчикъ высказался только относительно одной стороны вопроса, а именно пришелъ къ выводу, что острая и хроническая паранойя имѣютъ одно и то-же эмоціональное основаніе. Клинически его случаи острой паранойи (сл. 1, 2 и 3) относятся къ типу, установленному проф. *В. М. Бехтеревымъ*. Для первыхъ 2-хъ характерны принятыя проф. *Бехтеревымъ* особенности: 1) сосуществованіе бреда величія и преслѣдованія; 2) эпизодичность обмановъ чувствъ, 3) тѣсное взаимоотношеніе эмоціональныхъ разстройствъ и интеллектуальныхъ. Задачею докладчика было оттѣнить послѣднюю сторону, и онъ пришелъ къ выводу о нерасчленимости сферы эмоцій отъ сферы интеллекта при паранойѣ (Въ передачѣ докладчика).

К. С. Агаджанянцъ указалъ, что въ исторической части пропущены нѣкоторые авторы. Затѣмъ аффективная сфера при паранойѣ можетъ и не поражаться самостоятельно.

Ч. пр. *П. Я. Розенбахъ* замѣтилъ, что, выслушавъ докладъ, онъ не вынесъ никакого впечатлѣнія. Докладчикъ предлагаетъ распознавательныя признаки, между тѣмъ у него нѣтъ различія между острой и хронической паранойей—болѣзней, совершенно различныхъ.

М. Н. Нижегородцевъ высказалъ, что докладчикъ хотѣлъ разрѣшить старый вопросъ объ аффективной сферѣ при паранойѣ и избралъ для этого острую паранойю, что нужно считать совершенно неправильнымъ.

Проф. *В. М. Бехтеревъ* указалъ на сбивчивость названія болѣзней разными авторами. Вопросъ объ аффективномъ состояніи при паранойѣ нужно разсматривать, какъ явленіе первичное или вторичное. Больной подъ вліяніемъ бреда можетъ приходить въ аффективное состояніе. Въ приведенныхъ случаяхъ недостаточно выяснено появленіе аффекта: первичное оно или вторичное. Въ происхожденіи аффекта нужно признать большое вліяніе темперамента больного. *С. Любимовъ.*

CXLIII. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 13-го октября).

Предсѣдатель проф. *Н. П. Гундобинъ* въ краткихъ, но прочувствованныхъ выраженіяхъ охарактеризовалъ дѣятельность покойныхъ членовъ Общества *И. И. Радецкаго* и проф. *В. Н. Рейтца.*

М. Л. Абельманъ. Памяти В. Н. Рейтца.

Ч. пр. *А. А. Руссовъ. Болѣзнь Möller-Barlow'а.* Приведя литературу вопроса, докладчикъ сообщилъ свой случай изъ дѣтской больницы пр. Ольденбургскаго.—А. В., 4½ л., 1-ый ребенокъ здоровыхъ родителей. Отцу 32 г., матери 27 л. До 1½ л. кормился грудью; съ 10-го мѣсяца появились поносы, что совпало съ переѣздомъ въ сырое помѣщеніе; съ 10-го-же мѣсяца ребенка стали кормить кашей и чаемъ. Молоко пилъ неохотно. Со 2-го года получалъ мясо, но главнымъ образомъ манную кашу. Овощей не получалъ вовсе. Во время пребыванія ребенка въ деревнѣ въ сырой квартирѣ у него стали болѣть колѣнные суставы, особенно послѣ ходьбы. 14/v текущаго года заболѣлъ корью, при чемъ боли въ колѣнахъ усилились, появилась припухлость, перешедшая на голени, а потомъ и на бедра; одновременно съ опухолью ногъ стало пухнуть лице, появились изъязвленія на деснахъ и поносы. 10/vi больной поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе больницы пр. Ольденбургскаго. — Кожа блѣдна, землистаго цвѣта. Отекъ лица, верхнихъ и нижнихъ конечностей. Колѣнный и голеностопный суставъ значительно припухли. Ноги и руки крайне болѣзненны; даже прикосновеніе къ кожѣ вызываетъ въ нихъ сильную боль. На правой сторонѣ снутри — кровоподтеки. Десны разрыхлены, изъязвлены. Бедра представляютъ собою опухоли, идущія отъ колѣннаго сочлененія вверхъ на 14 стм.; окружность опухоли праваго бедра вверху—25,5, у эпифиза—24,5 стм.; для лѣваго бедра соотвѣтствующія цифры — 27 и 25,5 стм. Опухоль землистаго цвѣта; кожа надъ ней отечна, напряжена, крайне болѣзненна. На ощупь опухоль даетъ впечатлѣніе кости. Колѣнный суставъ подвиженъ. Внутренніе органы здоровы. Испражненія до 6 разъ въ сутки, жидкія, непереваренныя, зеленыя. Моча бѣлка не содержитъ. Вѣсъ тѣла 12750 грм., ростъ 95 стм. Самочувствіе больного въ покойномъ состояніи хорошее. Въ началѣ было сдѣлано предположеніе о цынгѣ, но въ дальнѣйшемъ, принимая во вниманіе опухоль въ связи съ явленіями на деснахъ, докладчикъ, остановился на распознаваніи *Barlow'овой* болѣзни, что и подтвердилось *Roentgen'овскимъ* снимкомъ. На послѣднемъ видна кость и отдѣленная отъ нея надкостница, представляющая около эпифиза болѣе узкую полосу кровоизліянія, постепенно расширяющуюся по мѣрѣ поднятія по длинѣ діафиза; толщина эпифиза неровная и указываетъ на бывшее въ немъ кровоизліяніе въ рыхлую, губчатую часть, при чемъ кровь постепенно отдѣляла надкостницу отъ кости.—Въ дальнѣйшемъ больной перенесъ воспаленіе легкаго и обоихъ среднихъ ушей. Черезъ мѣсяцъ опухоль бедеръ немного уменьшилась, равно какъ и болѣзненность ихъ, но плотность ихъ осталась безъ перемѣны. Общій видъ больного улучшился. Въ крови, кромѣ пойкилоцитоза, другихъ измѣненій не найдено; число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ не увеличено. *Roentgen'овскіе* лучи показали, что суставы свободны, мышцы здоровы и весь процессъ исходитъ изъ надкостницы. 20/ix: Болѣзненности въ бедрахъ нѣтъ, но опухоль держится. Опираясь на что-либо, больной сидитъ свободно. При первой возможности больному были назначены овощи и лимонный сокъ; дано было немного мяса. Вѣсъ 13200 грм. — Въ этіологіи даннаго случая нѣтъ многихъ причинъ, вызывающихъ эту болѣзнь: возрастъ не-

подходящій, нѣтъ искусственнаго кормленія и вообще нѣтъ кормленія молокомъ, но наблюдается долгое кормленіе грудью, прикармливаніе мучнистой пищей, отсутствіе овощей въ пищѣ, затѣмъ плохія условія жилища, сырость, время года—весна и перенесеніе передъ тѣмъ заразной болѣзни — кори. По совокупности припадковъ и даннымъ *Roentgen*'оскопіи докладчикъ приходитъ къ выводу, что въ данномъ случаѣ имѣется *Barlow*'а болѣзнь.

Г. Б. Конуэсъ думаетъ, что *Barlow*'а болѣзнь обусловливается затяжнымъ отравленіемъ искусственными молочными продуктами, выбрасываемыми на рынокъ, въ особенности въ Англіи и Америкѣ, химическими фабриками.

Ѳ. В. Геккеръ: Какова продолжительность теченія болѣзни?

Докладчикъ: Нѣсколько мѣсяцевъ. Лимонный сокъ и шпинатъ дали хорошіе результаты.

Предсѣдатель проф. *Н. П. Гундобинъ* поблагодарилъ докладчика за его сообщеніе, тѣмъ болѣе, что случай его — 1-ый въ Россіи.

Проф. *Н. П. Гундобинъ*. *Нѣкоторыя особенности въ анатоміи и патологіи лимфатическихъ железъ у дѣтей*. Докладъ представляетъ одну изъ главъ имѣющагося появиться въ печати труда.

А. Д. Зотовъ. *Туберкулинъ, какъ распознавательное средство при бугорчаткѣ у дѣтей*. Упомянувъ о литературныхъ данныхъ, докладчикъ сообщилъ свои наблюденія, которыя производились въ дѣтской клиникѣ проф. *Н. П. Гундобина* въ В.-Медицинской Академіи надъ 7 дѣтьми въ возрастѣ 8 мѣс., $1^1/_2$ л., 1 г. 11 мѣс., 2 л. 7 мѣс., 2 л. 9 мѣс., 3 л. и 10 л. Предварительно за сутки температура измѣрялась каждые 2 часа. Впрыскиваніе туберкулина производилось, если температура не превышала 37°,4. Въ случаяхъ, въ которыхъ реакціи не получалось, впрыскиваніе производилось до 3 разъ по 0,0005, 0,0015 и 0,0025 туберкулина, приготовленнаго въ Институтѣ экспериментальной медицины. Изъ 7 больныхъ у 4 (изъ нихъ въ 1 случаѣ на вскрытіи оказалась бугорчатка) получилась положительная реакція на туберкулинъ въ видѣ повышенія температуры. У больного, $1^1/_2$ л., съ затяжной катарральной пнеймоніей до впрыскиванія туберкулина температура была 36°,2, спустя 4 часа послѣ впрыскиванія 0,0005 туберкулина поднялась до 38°, т. е., на 1°,8, а затѣмъ спустя 22 часа понизилась до 36°,6. Въ мокротѣ палочекъ не найдено. Діазореакція отрицательная (только послѣ впрыскиванія туберкулина получилась слабая діазореакція). У больного, 2 л. 7 мѣс., съ бугорчатковымъ перитонитомъ температура съ 36°,8 черезъ 8 час. послѣ впрыскиванія туберкулина поднялась до 37°,6, т. е., на 0°,8, а еще черезъ 22 часа до 39°,2, т. е., на 2°,4; опустилась до 37° черезъ 12 час. Діазореакція отрицательная. Индиканъ въ небольшомъ количествѣ. У больной, 2 л. 9 мѣс., съ катарральной пнеймоніей послѣ кори температура съ 37°,2 черезъ 4 часа поднялась до 37°,8, т. е., на 0°,6, а еще черезъ 8 час. до 38°,4, т. е., на 1°,2; понизилась до 37°,4 спустя 12 час. Діазореакція слабо выражена; ни въ мокротѣ, ни въ жидкости, полученной при проколѣ въ легкое бугорчатковыхъ палочекъ не найдено. При вторичномъ впрыскиваніи 0,0015 туберкулина температура съ 37° поднялась спустя 2 часа до 37°,9, а еще черезъ 2 часа до 39°,5; спустилась до 37° спустя 20 час. Наконецъ, у послѣдняго больного, 10 л., съ затяжной пнеймоніей послѣ вторичнаго впрыскиванія 0,0015 туберкулина (послѣ 1-го впрыскиванія получилась отрицательная реакція) температура поднялась съ 36°,1 до 37° черезъ 2 часа, а спустя еще 14 час. до 39°,6; опустилась до 37° спустя 22 часа. Въ мокротѣ палочекъ не найдено; реакція на индиканъ и діазореакція—отрицательныя. Самая высокая температура послѣ впрыскиванія 39°,6, самая низкая 38°. Наименьшій промежутокъ времени до наибольшей реакціи — 4 часа, наибольшій 16 час. Самый краткій промежутокъ времени спаденія температуры — 12 час., самый продолжительный—22 час. Докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Примѣненіе туберкулина у дѣтей при распознаваніи бугорчатки можетъ служить иногда цѣннымъ подспорьемъ въ случаяхъ, въ которыхъ другіе способы даютъ мало данныхъ для опредѣленія скрытой бугорчатки. Дѣти свободно переносятъ впрыскиванія туберкулина въ количествѣ 0,0001 — 0,003 безъ дурныхъ послѣдствій или осложненій. Впрыскиванія слѣдуетъ производить въ безлихорадочные промежутки. Противопоказаніемъ служатъ высокая температура тѣла, слабость ребенка и далеко зашедшій процессъ бугорчатки, когда и безъ того распознаваніе ясно.

Нѣсколько замѣчаній по поводу доклада сдѣлали *Ѳ. В. Геккеръ*, *И. Л. Долинскій*, *В. В. Ниссенъ*, ч. пр. *Р. А. Петерсъ* и проф. *Н. П. Гундобинъ*. *С. Островскій.*

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Фарфорово-фаянсовое производство Гжельскаго раіона Московской губерніи въ санитарномъ отношеніи. Земскаго санитарнаго врача А. И. Скибневскаго. Сборникъ статистическихъ свѣдѣній по Московской губерніи. Отдѣлъ санитарный. Вып. III. 1904 г.

Предпринятый Московскимъ санитарнымъ бюро трудъ по изученію санитарно-гигіеническихъ условій работы на фабрикахъ, заводахъ, ремесленныхъ заведеніяхъ и другихъ предпріятіяхъ является цѣннымъ пріобрѣтеніемъ для профессіональной гигіены. Выходящіе до сихъ поръ выпуски, какъ и вышеуказанный, отличаются полнотою свѣдѣній, добытыхъ при непосредственномъ изученіи на мѣстѣ того или другого производства и охватываютъ не только санитарную сторону вопроса, но и соціально-экономическую. Такая точка зрѣнія на изученіе того или другого производства имѣетъ не только научный, но и практическій интересъ, указывая на тѣ или иныя мѣры, которыя нужно предпринять по улучшенію условій производства. Авторъ вышеуказанной работы, извѣстный своими трудами въ области профессіональной гигіены, со свойственнымъ ему трудолюбіемъ и умѣньемъ разбираться въ матеріалахъ, которые онъ изучаетъ, далъ прекрасную характеристику описываемаго имъ производства въ санитарномъ отношеніи и его вліянія на рабочихъ. Въ началѣ онъ приводитъ общія свѣдѣнія о производствѣ, объ обстановкѣ мастерскихъ, ихъ величинѣ, провѣтриваніи, температурѣ, содержаніи пыли, естественномъ и искусственномъ освѣщеніи, продолжительности рабочаго дня, о жилищахъ, продовольствіи, потребленіи водки [пьющихъ было 72,1%, совсѣмъ непьющихъ и никогда не пившихъ 22,8%; наибольшее число рабочихъ начали пить водку, когда были еще подростками, т. е. въ періодѣ съ 15 до 19 л. (57,2%) и въ возрастѣ 20—24 л. (30%)]. Во 2-ой части говорится о физическомъ развитіи рабочихъ, болѣзняхъ между ними, особенно чахоткѣ, сравнивается заболѣваемость бугорчаткою съ таковою въ сельскомъ населеніи, указывается смертность населенія разсматриваемаго раіона. Въ концѣ приложено IX различныхъ таблицъ. Авторомъ были изслѣдованы 1016 рабочихъ, общій видъ которыхъ, какъ было 20 лѣтъ назадъ (по изслѣдованіямъ д-ра *А. В. Погожева*), такъ и теперь—неудовлетворительный: блѣдность наружныхъ покрововъ, худоба, зачастую истощенность, вялость, дряблость мышцъ. Удовлетворительный видъ найденъ у 46,9%; наихудшій видъ у точильщиковъ и капсульщиковъ «отъ жары, пыли и духоты». Средній ростъ равняется 164,7; наименьшій (161,8) у рабочихъ въ машинномъ отдѣленіи; средняя окружность груди 84,1, давая отношеніе къ $^1/_2$ роста +1,7; но до 18-лѣтняго возраста наблюдался минусъ отъ 1,3 до 2,9. Изъ осмотрѣнныхъ рабочихъ больше всего больныхъ приходилось на страдавшихъ бугорчаткою легкихъ и на подозрительныхъ на нее—въ общемъ 6,5% общаго числа рабочихъ; болѣе всего такихъ больныхъ было среди точильщиковъ—65 изъ 92. Вообще чахотка—это главный бичъ подобнаго рода производствъ, и необходимо должны быть выработаны мѣры противъ этого. Авторъ вполнѣ правъ, говоря, что нельзя оставаться только простымъ безучастнымъ зрителемъ, когда видишь, какъ много заболѣваютъ чахоткою и какъ усиленно и несвоевременно уходятъ съ жизненной сцены люди производительнаго возраста, составляющіе цвѣтъ населенія, оплотъ его экономическаго благосостоянія. Въ виду этого крайне были-бы желательны изслѣдованія фарфорово-фаянсовыхъ заводовъ въ другихъ мѣстностяхъ. *Д. Никольскій.*

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXXXII. М. Г.! Въ № 45 «Русскаго Врача» д-ръ *Амстердамскій* помѣстилъ пространный отчетъ объ Общемъ Собраніи 21-го октября текущаго года участниковъ Главной вспомогательной медицинской Кассы, учрежденной *Я. А. Чистовичемъ*. Изъ этого отчета читатели были-бы вправѣ вывести заключеніе, что Коммиссія по пересмотру устава Кассы и Комитетъ Главной Кассы затягиваютъ проведеніе новаго устава, котораго съ нетерпѣніемъ ждутъ провинціальные товарищи.

Обвиненіе это, предъявленное въ Общемъ Собраніи д-ромъ *Амстердамскимъ*, является совершенно несправедливымъ.

1. Коммиссія, членомъ которой состоитъ и д-ръ *Амстердамскій*, трудилась въ теченіи 2 лѣтъ (съ 17 мая 1902 г. по 25 мая 1904 г.) надъ пересмотромъ устава, при чемъ имѣла 36 засѣданій. Такой продолжительный срокъ работы Коммиссіи объясняется тѣмъ, что пересмотръ устава и въ особенности нормъ пенсій и финансоваго устройства Кассы оказался дѣломъ огромной трудности и сложности. Д-ръ *Амстердамскій*, взявшій на себя 27 мая 1902 г. трудъ разобрать имѣющіеся матеріалы Кассы и получившій ихъ *29 іюля того-же года*, потратилъ на работу почти 2 года и могъ ознакомить Коммиссію со своимъ обширнымъ трудомъ только *къ марту 1904 г.* (при чемъ на чтеніе его было потрачено 6 засѣданій, съ января по мартъ 1904 г.). Такъ какъ Коммиссіи былъ порученъ Общимъ Собраніемъ 1902 г. *пересмотръ нормъ пенсій и устава*, то она, естественно, не могла закончить своей работы ранѣе, чѣмъ д-ръ *Амстердамскій* представилъ ей свой законченный трудъ.

2. Д-ръ *Амстердамскій* утверждалъ, что не могъ представить своего труда въ распоряженіе Коммиссіи до сихъ поръ на томъ основаніи, будто ею и Комитетомъ Главной Кассы не удовлетворена была просьба его объ ассигнованіи 40—50 р. на переписку его работы. Это заявленіе—безусловная неправда: предсѣдатель Коммиссіи, по соглашенію съ Комитетомъ Кассы, разрѣшилъ этотъ кредитъ д-ру *Амстердамскому*, о чемъ и сообщилъ ему въ мартѣ 1904 г. при всѣхъ членахъ Коммиссіи. Если д-ръ *Амстердамскій* подъ предлогомъ неполученія денегъ, но лишь объ ихъ ассигнованіи, задержалъ у себя всѣ нужные Коммиссіи

для экспертизы математиковъ матеріалы до сихъ поръ, то отвѣтственность за такой пріемъ всецѣло падаетъ на д-ра *Амстердамскаго*. Пользоваться-же этимъ фактомъ для обвиненія Коммиссіи и Комитета въ инертности передъ непосвященнымъ въ дѣятельность Коммиссіи Общимъ собраніемъ, д-ръ *Амстердамскій* не имѣлъ нравственнаго права.

3. Д-ръ *Амстердамскій* обвиняетъ Коммиссію какъ-бы въ пристрастіи, указывая, что д-ру *Гребенщикову* была дана на печатаніе его работы субсидія въ 120 р., онъ-же, д-ръ *Амстердамскій* будто-бы былъ лишенъ даже 50 р. Это—совершенно невѣрно: Д-ръ *Гребенщиковъ* былъ *приглашенъ коммиссіей въ качествѣ свѣдущаго лица* 31 января 1903 г. и представилъ ей свой трудъ въ рукописи 31 мая 1903 г., а напечаталъ его въ іюлѣ 1903 г. Лишь въ декабрѣ 1903 г. ему, какъ постороннему свѣдущему лицу, было Комитетомъ Главной Кассы выдано 200 р. въ вознагражденіе за его трудъ. Предложеніе напечатать работу д-ра *Амстердамскаго* въ «Вѣстникѣ взаимопомощи», внесенное д-ромъ *Гребенщиковымъ*, должно было быть оставлено, такъ какъ д-ръ *Амстердамскій* не соглашался сократить своей рукописи, въ объемѣ-же 10 печатныхъ листовъ она не могла быть помѣщена въ этомъ журналѣ.

4. Коммиссія, желая скорѣе представить законченный уставъ Комитету, неоднократно просила д-ра *Амстердамскаго* дать ей заявленныя имъ свои отдѣльныя мнѣнія по всѣмъ пунктамъ устава, относительно которыхъ онъ не согласился съ другими членами Коммиссіи и безъ которыхъ, конечно, немыслимо было представить уставъ на разсмотрѣніе Комитета Главной Кассы. Не смотря на неоднократныя просьбы секретаря коммиссіи, д-ръ *Амстердамскій* до сихъ поръ не исполнилъ этой просьбы Коммиссіи, но умолчалъ объ этомъ въ Общемъ Собраніи.

5. Изъ изложеннаго ясно, что не Коммиссія тормазила внесеніе въ Комитетъ устава, пересмотръ котораго законченъ ею весною нынѣшняго года (о чемъ и было ею внесено тогда-же въ Общее Собраніе заявленіе, подписанное и д-ромъ *Амстердамскимъ*), а самъ д-ръ *Амстердамскій*, хотя онъ и постарался ввести въ заблужденіе участниковъ Общаго Собранія 21-го октября, бывшихъ въ значительномъ числѣ въ Общемъ Собраніи Главной Кассы *въ первый разъ* и повѣрившихъ, по видимому, его заявленіямъ. Какая была цѣль у д-ра *Амстердамскаго*, когда онъ подъ разными предлогами лишалъ Коммиссію своего цѣннаго, обширнаго и безусловно необходимаго ей труда, Коммиссія до сихъ поръ остается неизвѣстнымъ; неумѣстная-же угроза д-ра *Амстердамскаго* (о которой онъ почему-то также не счелъ нужнымъ упомянуть въ отчетѣ, какъ и о нѣкоторыхъ другихъ весьма существенныхъ частностяхъ преній), что онъ и совсѣмъ увезетъ свой трудъ въ Москву, въ Правленіе Пироговскаго Съѣзда, можетъ лишь заслуживать глубокаго сожалѣнія: этимъ д-ръ *Амстердамскій*, дѣйствительно, принудитъ отложить пересмотръ нормъ пенсій еще надолго, такъ какъ весеннее Общее Собраніе признало необходимымъ и постановило передать работы д-ра *Гребенщикова* и д-ра *Амстердамскаго* на заключеніе спеціалистамъ математикамъ.

Предсѣдатель Коммиссіи *А. Заболотскій*.
Члены: *В. Гребенщиковъ*, *Г. Епифановъ*, *Ф. Чистовичъ*, *Л. Карчагинъ*.

Петербургъ. 14-го ноября 1904 г.

CXXXIII. М. Г! Не откажите помѣстить слѣдующее мое разъясненіе по поводу напечатаннаго въ № 45 «Русскаго Врача» письма главнаго врача Барачной въ память *С. П. Боткина* больницы *С. В. Посадскаго*.

Я навелъ теперь подробныя справки о «бывшемъ будто-бы» (выраженіе д-ра *Посадскаго*, которое оставляю на его совѣсти), случаѣ въ 1900 г. и узналъ слѣдующее: всѣ четверо дѣтей, изъ д. № 25 по Захарьевской ул., заболѣвшихъ корью и *направленныхъ* мною въ Барачную больницу (какъ и сказано въ протоколѣ XXV-го засѣданія Общества больничныхъ врачей въ Петербургѣ), поступили, какъ оказалось, въ больницу Св. Маріи Магдалины и тамъ уже заразились, кто скарлатиной, кто дифтеріей, при чемъ: 1) Павелъ Ж. поступилъ въ больницу Маріи Магдалины 21/IX; заразившись скарлатиной, онъ переведенъ былъ оттуда 5/X въ Барачную больницу; 2) Александра Ж поступила въ больницу Маріи Магдалины 30/IX; 23/X выписана, какъ здоровая; 24/X поступила въ Барачную больницу съ распознаваніемъ дифтеріи; 3) Михаилъ Ж. 30/IX поступилъ съ корью въ больницу Маріи Магдалины; умеръ тамъ же, по словамъ родныхъ, отъ «дифтеріи»; 4) Вѣра Ж. поступила въ больницу Маріи Магдалины тоже 30/IX съ корью, тамъ же продѣлала какую-то «болѣзнь горла».

Такимъ образомъ наведенныя справки только подтвердили сущность приведеннаго мною въ засѣданіи Общества больничныхъ врачей факта: изъ 4-хъ коревыхъ больныхъ заразились въ больницѣ другими тяжелыми заразными болѣзнями не менѣе 3-хъ. Правда, мнѣ не удалось теперь съ точностью выяснить, кто, кромѣ Михаила Ж., умеръ отъ зараженія (вмѣсто отца, горько жаловавшагося 4 года назадъ на потерю дѣтей, мнѣ удалось разыскать только старшаго сына), но суть, вѣдь, не въ исходѣ, а въ фактѣ внутренняго зараженія, который письмомъ д-ра *Посадскаго* только вновь подтверждается.

Въ какой больницѣ заразились дѣти Ж.—въ Барачной или Маріи Магдалины—несущественно; обѣ больницы—городскія, а приведенный мною, къ слову сказать на память, примѣръ, имѣлъ цѣлью лишь иллюстрировать ту мысль, что дѣло призрѣнія заразныхъ больныхъ поставлено въ городѣ крайне неудовлетворительно.

А. Рубель.

Петербургъ. 14 ноября 1904 г.

CXXXIV. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Такъ какъ въ замѣткѣ «Новостей Дня» отъ 29-го октября (№ 7689), въ которой преподаватель временныхъ курсовъ для сестеръ милосердія при одной изъ городскихъ больницъ Москвы д-ръ *Щ.* объявляется «развратителемъ» слушательницъ (см. «Русскій Врачъ», № 45, стр. 1531), дѣло идетъ о преподавателѣ курса венерическихъ болѣзней и указаны начальныя буквы фамилій какъ лектора, такъ и главнаго врача больницы, то, очевидно, замѣтка эта касается Яузской больницы и имѣетъ въ виду ординатора ея д-ра *М. И Щепотьева*.

Зная много лѣтъ товарища *М. И. Щепотьева*, какъ сослуживца по больницѣ, мы сочли своимъ долгомъ указать здѣсь, что не считаемъ его способнымъ выступить въ роли «развратителя», да еще съ каѳедры, и in corpore постановили выразить ему настоящимъ письмомъ свое сочувствіе по поводу брошеннаго въ него въ печати и незаслуженнаго имъ оскорбленія.

Что касается курса венерическихъ болѣзней и сифилиса, то таковой признанъ полезнымъ и введенъ въ программу временныхъ курсовъ для сестеръ милосердія Коммиссіей лекторовъ городскихъ больницъ.

И. д. главнаго доктора Яузской больницы *Ѳ. Березкинъ*. И. д. старшаго врача *И. Шлоссбергъ*. Ординаторы: *А. Кауленъ*, *А. Марковъ*, *А. Котовщиковъ*, *М. Давыдовъ*, *А. Турчаниновъ*, *Л. Бекинъ*, *М. Комаровъ*, *П. Кисель*, *А. Кеммерихъ*, *Э. Эйхтмейръ*, *С. Чикинъ*, *С. Чернышевъ*, *Н. А. Скворцовъ*, *М. Бондыревъ*, *И. Хатунцевъ*. Прозекторъ *В. Князьковъ*. Экстерны: *В. Трофимовичъ*, *Г. Прядкинъ*, *Гр. Бабасинянцъ*, *М. Глаголевъ*, *Крыловъ*.

Москва. 9-го ноября 1904 г.

CXXXV. Отъ Петербургской городской санитарной Коммиссіи.

За послѣднее время многія лица получили по почтѣ отдѣльные оттиски письма въ редакцію «Русскаго Врача» бывшаго городского санитарнаго врача *А. Рубеля* съ копіей прошенія объ отставкѣ.

Такъ какъ въ означенномъ прошеніи (предаваемомъ такимъ образомъ этимъ врачемъ гласности, а также въ другихъ обращеніяхъ его къ печати) упоминается о неудовлетвореніи городскою санитарною Коммиссіею его просьбы объ отпускѣ, послѣ чего имъ подано было прошеніе объ отставкѣ, то санитарная Коммиссія, въ цѣляхъ предать гласности дѣйствительное положеніе дѣла, въ засѣданіи своемъ 8-го ноября сего года постановила: избрать особую под-Коммиссію изъ 3-хъ окружныхъ санитарныхъ попечителей [1]) для составленія статьи, изъ которой возможно было-бы ознакомиться съ имѣющимся въ дѣлахъ Коммиссіи матеріаломъ по этому вопросу, а засимъ въ засѣданіи 15-го ноября сего года [2]) постановила: напечатать нижеслѣдующія данныя, коими Коммиссія руководилась при отказѣ санитарному врачу *А. Рубелю* въ ходатайствѣ объ отпускѣ его на лѣтнее время сего 1904 года.

I. Въ концѣ апрѣля 1903 г. врачу *А. Рубелю*, согласно его прошенію, былъ разрѣшенъ 2-мѣсячный отпускъ «по нездоровью» (на май и іюнь мѣсяцы). 25-го іюня поступило по почтѣ изъ Андреевской кумысолѣчебной санаторіи Уфимской губ. прошеніе врача *Рубеля* (съ приложеніемъ свидѣтельства) съ ходатайствомъ о продленіи ему отпуска еще на 2 мѣсяца, т. е. до 1-го сентября. Въ дѣлахъ Коммиссіи имѣется, вмѣстѣ съ симъ, письмо *А. Рубеля* отъ 26-го іюня, адрессованное имъ къ окружному санитарному попечителю Литейной части, въ которомъ, между прочимъ, значится: «предъ моимъ отъѣздомъ изъ Петербурга я откровенно сознался Вамъ, что мнѣ необходимъ 4 мѣсячный отпускъ; вѣроятно, Вы припомните, что тогда-же оказалось затруднительнымъ сразу получить такой продолжительный отпускъ и т. д.—взялъ пока отпускъ на 2 мѣсяца, съ сохраненіемъ содержанія съ тѣмъ, чтобы по истеченіи этого срока вновь возобновить его до 1-го сентября и т. д.; вполнѣ разсчитывая на Ваше расположеніе, надѣюсь, Вы окажете содѣйствіе къ продленію моего отпуска». Отпускъ врачу *А. Рубелю* въ 1903 г. былъ продленъ по 1-е сентября.

2. 12-го апрѣля 1904 г. санитарный врачъ *А. Рубель* снова подалъ въ санитарную Коммиссію прошеніе объ отпускѣ на 2 мѣсяца для отлучки изъ Петербурга, на сей разъ, «по домашнимъ обстоятельствамъ». (Въ это время замѣстителемъ предсѣдателя санитарной Коммиссіи, который находился въ краткосрочномъ отпуску за границей, состоялъ *Н. А. Лейкинъ*). На означенномъ прошеніи *А. Рубеля* имѣются нижеслѣдующія 2 надписи: а) «Съ своей стороны считаю долгомъ пояснить, что санитарный врачъ IV уч. Литейной части *А. Н. Рубель* въ прошломъ году пользовался 4-мѣсячнымъ отпускомъ, именно въ та-

[1]) Членами под-Коммиссіи избраны: *В. И. Коростовецъ*, *Е. И. Яковлевъ* и *К. С. Строгановъ*.

[2]) Въ засѣданіяхъ Коммиссіи 8-го и 15-го ноября сего года по этому вопросу предсѣдательствовалъ замѣститель предсѣдателя Коммиссіи *Н. А. Лейкинъ*.

кой періодъ времени года, когда дѣятельность санитарнаго врача въ дѣлѣ оздоровленія столицы является наиболѣе продуктивною (санитарные осмотры домовъ, главнымъ образомъ, доступны въ лѣтнее время); посему полагалъ-бы, что просимый д-ромъ *Рубелемъ* продолжительный отпускъ второй годъ подъ-рядъ не можетъ быть разрѣшенъ въ текущемъ году, безъ явнаго ущерба для дѣла. Старшій городской санитарный врачъ *В. Вержейскій*. б) «Съ заключеніемъ старшаго санитарнаго врача *В. И. Вержейскаго* согласенъ. Попечитель Литейной части *П. Фокинъ*». Къ этому старшимъ санитарнымъ врачемъ представлена пришитая къ дѣлу вырѣзка изъ публикаціи въ «Новомъ Времени» отъ Андреевской кумысолѣчебной санаторіи М. И. Дурилина (Уфимской губ. Белебеевскаго уѣзда), въ которой, между прочимъ, значится, что за подробностями относительно условій помѣщенія и лѣченія слѣдуетъ обращаться къ д-ру *А. Рубелю* письменно или лично до *1-го мая* (С.-Петербургъ, Фурштадская ул., 20), *позже* по адрессу санаторіи (ст. Аксаково С. З. ж. д.).

Принимая во вниманіе все вышеизложенное, санитарная Коммиссія въ засѣданіи своемъ 22-го апрѣля постановила: «Относительно отпуска д-ру *Рубелю* согласиться съ мнѣніемъ старшаго санитарнаго врача и окружного санитарнаго попечителя и въ отпускѣ отказать».

Насколько д-ру *Рубелю* необходимъ былъ безотлагательный отпускъ «по домашнимъ обстоятельствамъ», нельзя не усмотрѣть изъ нижеслѣдующей части его прошенія объ отставкѣ, поданнаго имъ въ Коммиссію 24-го апрѣля: «Сверхъ того, долженъ прибавить, что, такъ какъ мое прошеніе объ отпускѣ съ 20-го апрѣля было разсмотрѣно только 22-го апрѣля, то опасаясь такого-же промедленія и на этотъ разъ, вынужденъ предупредить, что 27-го апрѣля *я, во всякомъ случаѣ, буду считать себя свободнымъ отъ службы*. Временное, до рѣшенія санитарной Коммиссіи, завѣдываніе моимъ участкомъ передаю ближайшему сосѣду д-ру *А. Ф. Газе*. 24-го апрѣля (*утро*).» Эта часть «въ копіи» разсылаемаго печатнаго прошенія объ отставкѣ врачемъ *А. Рубелемъ пропущена*.

24-го апрѣля прошеніе объ увольненіи его отъ должности санитарнаго врача было направлено въ городскую Управу, которою ходатайство *А. Рубеля* было удовлетворено.

3. Въ «Письмѣ въ редакцію «Русскаго Врача», между прочимъ, упоминается: что «санитарная Коммиссія во главѣ со своимъ предсѣдателемъ рѣшила, будто-бы, во что-бы то ни стало, «достойно» наказать его, *А. Рубеля*, и перевести его изъ центральнаго участка города въ одинъ изъ самыхъ отдаленныхъ». Ничего, подтверждающаго подобное заявленіе врача *А. Рубеля*, въ дѣлахъ Коммиссіи не имѣется и никогда въ засѣданіяхъ Коммиссіи такой вопросъ никѣмъ не возбуждался.

Замѣститель предсѣдателя городской санитарной Коммиссіи *Н. Лейкинъ*.

Дѣлопроизводитель Коммиссіи *Добровольскій*.

Петербургъ. 16 го ноября 1904 г.

CXXXVI. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки.

Роменское Общество врачей, заслушавъ въ засѣданіи своемъ 25-го іюня сего года дѣло о насиліи со стороны ген. Ковалева надъ товарищемъ *Н. П. Забусовымъ*, постановило выразить пострадавшему свое глубокое сочувствіе.

Предсѣдатель Роменскаго Общества врачей *С. Фогель*. Секретарь *В. Дагилайскій*.

Ромны. 12-го ноября 1904 г.

CXXXVII. Въ виду того, что въ вышедшихъ «Трудахъ» Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ (за 17 и 18 годы) въ спискѣ членовъ противъ моей фамиліи поставлена лаконическая отмѣтка «*выбылъ*», считаю долгомъ заявить, что причиной моего вынужденнаго выхода изъ состава Общества въ декабрѣ прошлаго года было слѣдующее обстоятельство. На происходившихъ 26-го ноября 1903 г. выборахъ новаго состава Правленія Общества «предсѣдателемъ избранъ проф. *Н. П. Гундобинъ* 20 голосами изъ 42» (см. стр. 187 «Трудовъ»). Считая такое избраніе *меньшинствомъ*, а именно 20 голосами противъ 22, неправильнымъ и несогласнымъ съ уставомъ, я сдѣлалъ объ этомъ заявленіе Обществу, но послѣднее не нашло нужнымъ узнать по этому поводу мнѣніе *всѣхъ* членовъ, ограничившись опросомъ только *избиравшихъ*, и, понятно, мнѣ не оставалось ничего другого, какъ выйти изъ его состава, попросивъ отмѣтить причину этого въ протоколахъ. Къ сожалѣнію, какъ я вижу теперь изъ напечатанныхъ протоколовъ, послѣдняя моя просьба уважена не была, и даже письмо мое въ засѣданіи прочитано не было, почему и считаю себя вынужденнымъ настоящимъ письмомъ указать на это, дабы всякій могъ составить свое личное мнѣніе о томъ, правъ ли я въ данномъ случаѣ или нѣтъ.

При этомъ долженъ попутно высказать сожалѣніе, что среди другихъ протоколовъ вовсе нѣтъ таковаго засѣданія 15-го мая 1902 г., на которомъ мой клиническій ассистентъ д-ръ *П. Я. Корольковъ* дѣлалъ докладъ «*Случай мелкоклѣточковой саркомы забрюшинныхъ железъ у ребенка*» и показалъ больного съ спастической диплегіей, а я демонстрировалъ мальчика съ загадочнымъ исчезаніемъ всѣхъ, очень тяжелыхъ, симптомовъ *цирроза печени* при кормленіи больного *печенкой* (см. отчетъ о засѣданіи въ «Русскомъ Врачѣ», № 7 1903 г., стр. 265). Также не могу не пожалѣть, что въ протоколахъ я не нашелъ абсолютно никакихъ указаній на демонстрированныя мною въ Собраніи 16-го апрѣля 1903 г. изготовленныя по моему указанію интубаціонныя трубки изъ краснаго *мягкаго* каучука.

Проф. *Дм. Соколовъ*.

Петербургъ. Ноября 14-го дня 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2332. Въ Кіевскомъ Университетѣ, за выходомъ въ отставку проф. *Я. Н. Якимовича*, *освободилась каѳедра гистологіи съ эмбріологіей*. Послѣдній срокъ для подачи заявленій на конкурсъ—15 февраля 1905 г.

2333. *Секретаремъ* медицинскаго факультета Московскаго Университета избранъ проф. *В. С. Гулевичъ* («Русское Слово», 9 ноября).

2334. Кіевскій медицинскій факультетъ *на* свободную *каѳедру частной патологіи и терапіи* избралъ ч. пр. В. Медицинской Академіи *Г. М. Малкова*.

2335. *В. Ю. Чаговецъ* избранъ ч. *преподавателемъ* В.-Медицинской Академіи по каѳедрѣ физіологіи («Новое Время», 16 ноября).

2336. Въ Юрьевскомъ Университетѣ защищалъ диссертацію *І. Луйга* на тему—*Попеченіе о душевно-больныхъ въ Прибалтійскомъ краѣ* («Новости», 11 ноября).

2337. Женщины-врачи, окончившія Женскій Медицинскій Институтъ въ 1902 г., возбудили ходатайство передъ Министерствомъ Народнаго просвѣщенія о томъ, чтобы имъ было присвоено званіе лѣкаря. Разсмотрѣвъ это ходатайство, Министерство постановило лицамъ, *окончившимъ Женскій Медицинскій Институтъ въ 1902, 1903 и 1904 гг., дать званіе лѣкаря* со всѣми принадлежащими этому званію правами («Русскія Вѣдомости», 13 ноября).

2338. *Полевымъ в.-медицинскимъ инспекторомъ 3-ей Манчжурской арміи* назначенъ инспекторъ Одесскаго военнаго округа *А. Я. Евдокимовъ*, *главнымъ хирургомъ 3-ей Манчжурской арміи*—консультантъ Варшавскаго Уяздовскаго военнаго госпиталя *П. Г. Топорковъ*, *начальникомъ медицинскаго Отдѣленія* Управленія начальника санитарной части *2-ой Манчжурской арміи*—д-ръ *А. М. Павчинскій* («Новое Время», 12 ноября).

2339. Насъ просятъ сообщить, что, такъ какъ до сихъ поръ не всѣ еще Общества и лица, приглашенныя Правленіемъ Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи въ Коммиссію по выработкѣ способовъ оказанія помощи врачамъ, потерпѣвшимъ на войнѣ, и ихъ семьямъ, отозвались на призывъ Правленія (см. № 45, стр. 1529), то Правленіе рѣшило *отложить 1-ое засѣданіе этой Коммиссіи*, предположенное на 20-ое ноября, *на субботу 4-го декабря*.

2340. Въ Петропавловскѣ, Акмолинской области, мѣстнымъ Комитетомъ Краснаго Креста открытъ *лазаретъ для раненыхъ на 70 кроватей* («Новое Время», 15 ноября).—23-го октября въ Омскѣ освященъ *лазаретъ* Л. С. Соколовой-Бородкиной *на 27 кроватей* («Биржевыя Вѣдомости», 11 ноября).—Въ Москвѣ Обществомъ поощренія трудолюбія открытъ *лазаретъ* имени покойной почетной предсѣдательницы А. Н. Стрекаловой *для раненыхъ и больныхъ воиновъ на 20 кроватей* («Русскія Вѣдомости», 15 ноября).

2341. 9-го ноября въ Вильнѣ состоялись *теплые проводы* д-ра *А. М. Ромма*, уѣзжавшаго на театръ войны («Сѣверо-Западное Слово», 11 ноября).

2342. Какъ сообщаетъ «Наша Жизнь» (14 ноября), дворянская организація получила отъ главнаго врача дворянскаго госпиталя въ Харбинѣ д-ра *Постникова* просьбу выслать большую партію хирургическихъ инструментовъ. Д-ръ *Постниковъ*, между прочимъ, пишетъ: «Количество требуемыхъ инструментовъ такъ велико потому, что *Швабе отпустилъ инструменты ниже всякой критики*».

2343. Высочайше учрежденная Коммиссія по борьбѣ съ чумой и холерой объявляетъ, что *холера на Кавказѣ* за недѣлю съ 3 по 9 ноября *значительно усилилась*. Вновь обнаружены заболѣванія въ Елисаветпольской губ. и въ Тифлисѣ. Наибольшее число заболѣваній за указанный періодъ времени было въ Эриванской губ., гдѣ заболѣли 522 и умерли 342 чел. Въ предѣлахъ Бакинской губ. холера наблюдалась въ Бакинскомъ уѣздѣ—13 случаевъ, въ Ленкоранскомъ—22 и Джеватскомъ—2. Въ Баку за указанную недѣлю заболѣли 27 и умерли 8 чел. Въ Зангезурскомъ уѣздѣ, Елисаветпольской губ., было обнаружено 10 случаевъ холеры; въ Тифлисѣ 6 ноября заболѣли 3 чел. Число заболѣваній въ *Поволжскихъ губерніяхъ* съ 3 по 9 ноября не превышаетъ таковаго-же за истекшую недѣлю. Въ Астраханской губ. заболѣли 11 и умерли 5 чел., а въ Астрахани заболѣли 3 и умеръ 1. Въ *Самарской губ.* были только единичныя заболѣванія: въ Николаевскомъ уѣздѣ—9, въ Новоузенскомъ уѣздѣ—3 и въ Бузулукскомъ—1. Въ *Саратовской губ.* заболѣванія наблюдались въ Саратовѣ—1 случай, въ Царицынѣ—9 и въ Камышинѣ—2, а изъ уѣздовъ—23 заболѣванія въ Вольскомъ и 1 въ Саратовскомъ. Въ *Закаспійской области* холера ограничилась только Серахскимъ приставствомъ, гдѣ съ 3 по 8 ноября заболѣли 25 и умерли 13 чел.

2344. Мы уже сообщали (см. № 44, стр. 1490) о томъ, что въ Московскомъ городскомъ санитарномъ Совѣтѣ образована была особая Коммиссія для подробнаго разсмотрѣнія правилъ по борьбѣ съ чумою и холерой, изданныхъ 11 августа 1903 г., которыя

Совѣтъ призналъ во многихъ частахъ несоотвѣтствующими потребностямъ и условіямъ работы въ земскихъ губерніяхъ. Въ засѣданіи 11-го ноября Коммиссія представила Совѣту свои соображенія по этому вопросу, и Совѣтъ, какъ сообщаютъ »Русскія Вѣдомости» (13 ноября), единогласно призналъ, что установленная правилами 11-го августа 1903 г. организація противохолерныхъ мѣропріятій нарушаетъ дѣйствующее Земское Положеніе и по своей сущности не отвѣчаетъ интересамъ населенія и что установленныя тѣми-же правилами мѣры по борьбѣ съ холерой являются во многихъ своихъ частяхъ нецѣлесообразными и непримѣнимыми. Въ виду этого Совѣтъ постановилъ просить губернскую Управу возбудить ходатайство о *полной отмѣнѣ названныхъ правилъ и о предоставленіи Земству самостоятельнаго непосредственнаго веденія противохолерныхъ мѣропріятій* съ правомъ, въ цѣляхъ объединенія и согласованія дѣйствій всѣхъ другихъ существующихъ въ губерніи врачебно-санитарныхъ учрежденій, образовать особую для этого Коммиссію изъ представителей таковыхъ учрежденій съ участіемъ и представителей администраціи.—Въ томъ-же засѣданіи Совѣта д-ръ *Н. Д. Соколовъ* говорилъ объ *общихъ практическихъ предупредительныхъ мѣрахъ противъ развитія холерной эпидеміи* въ Московской губ. Докладчикъ отмѣтилъ качественное пониженіе въ губерніи сельскохозяйственныхъ продуктовъ вслѣдствіе сырой, дождливой погоды прошлаго лѣта, а отсюда—возможность голоданія и возникновенія желудочно-кишечныхъ страданій, убыль въ населеніи рабочихъ силъ вслѣдствіе потребностей военнаго времени и связанныя съ послѣдними матеріальныя затраты и, наконецъ, психическое угнетеніе, вызываемое въ населеніи постоянной тревогой за родныхъ лицъ, отправляемыхъ на войну, и пришелъ къ выводу, что въ цѣляхъ вышеуказанной борьбы желательны: 1) правильная постановка продовольственнаго дѣла, что̀ возможно, если продовольственныя средства будутъ находиться въ рукахъ общественныхъ организацій; 2) уменьшеніе или отсрочка платежей съ населенія; 3) ослабленіе административныхъ мѣръ ко взысканію платежей, а также ихъ отсрочка. Самое-же большее значеніе онъ придаетъ подъему народнаго духа, возможному при окончаніи небывалой по своимъ ужасамъ войны. Совѣтъ согласился съ мнѣніемъ докладчика и постановилъ довести объ его заключеніяхъ до свѣдѣнія губернскаго земскаго Собранія.

2345. «Русскія Вѣдомости» (9 ноября), со словъ «Руси», передаютъ, что Самарская губернская земская Управа, на случай появленія весной 1905 г. холерной эпидеміи, предполагаетъ ходатайствовать предъ Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ объ организаціи при немъ настоящей зимой *особаго Совѣщанія о борьбѣ съ холерой* при участіи земскихъ врачей, представителей земствъ, городовъ и другихъ заинтересованныхъ учрежденій, а передъ военнымъ—объ освобожденіи отъ дальнѣйшаго призыва изъ запаса врачей и фельдшеровъ въ губерніяхъ, объявленныхъ неблагополучными по холерѣ.

2346. «Астраханскій Листокъ» (5 ноября) передаетъ, что въ Нижегородской городской санитарной исполнительной Коммиссіи принято предложеніе под-Коммиссіи о *застрахованіи врачебнаго персонала* на пунктахъ и въ холерныхъ больницахъ въ суммахъ: врача—5000 р., студента—3000 р., фельдшеровъ и лицъ остальнаго врачебнаго персонала—1000 р. каждаго; при этомъ рѣшено просить городскую Управу обсудить вопросъ о застрахованіи на время холеры и всѣхъ прочихъ врачей, состоящихъ на городской службѣ.

2347. Со словъ «Русскихъ Вѣдомостей» мы уже сообщали (см. № 43, стр. 1855) о томъ, что Правленіе Пироговскаго Общества постановило не избирать особаго организаціоннаго Комитета по устройству *X Пироговскаго Съѣзда*, имѣющаго быть въ Москвѣ 4—11 января 1906 г., а рѣшило взять всѣ подготовительныя работы по этому устройству на себя. Составъ должностныхъ лицъ Правленія слѣдующій: предсѣдатель—ч. пр. *Г. Н. Габричевскій*, секретарь—*П. И. Куркинъ*, казначей *Ф. А. Рейнъ*, редакторъ «Журнала Общества» *И. В. Поповъ*. Повышеніе взноса для членовъ Съѣзда и Общества на 1906 г. до 10 р. Правленіе, какъ передаетъ «Журналъ Общества» (№ 5), мотивируетъ тѣмъ, что растущіе вмѣстѣ съ неуклонно продолжающей развиваться и расширяться дѣятельностью Общества расходы его въ межсъѣздные періоды по веденію текущихъ дѣлъ, изданію «Журнала» и «Трудовъ» Съѣзда и Общества едва уже и въ настоящее время покрываются наличными поступленіями.

2348. «Русскія Вѣдомости» (11 ноября) сообщаютъ, что Правленіемъ Пироговскаго Общества намѣчены слѣдующія группы, въ которыя будутъ соединены отдѣлы на *X Пироговскомъ Съѣздѣ*: 1) *анатомо-біологическая*, 2) *патологіи*, 3) *терапіи*, 4) *клиническая* и 5) *общественной медицины и гигіены*. Изъявили согласіе принять на себя обязанности завѣдующихъ отдѣлами еще слѣдующія лица (см. № 45, стр. 1530): проф. *А. Д. Булыгинскій* — отдѣломъ медицинской химіи, *А. И. Тальянцевъ*—общей патологіи, *Е. Т. Якубовъ* и проф. *Л. Л. Левшинъ*—военной медицины, проф. *И. Ф. Огневъ*—гистологіи, *В. Г. Богословскій* — фабричной медицины, *Н. С. Корсаковъ* — дѣтскихъ болѣзней и проф. *В. Д. Шервинскій* — внутреннихъ болѣзней. Обнародованіе программъ признано необходимымъ не позже января—февраля 1905 г.

2349. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (11 ноября), въ будущемъ году въ Петербургѣ созывается *Съѣздъ женщинъ-врачей*. Одинъ изъ самыхъ важныхъ вопросовъ, подлежащихъ его обсужденію,—ходатайство о допущеніи женщинъ къ профессорской дѣятельности и при томъ не только въ женскихъ медицинскихъ институтахъ, но и въ университетахъ на медицинскихъ факультетахъ. Точно также будетъ обсуждаться вопросъ о болѣе свободномъ допущеніи женщинъ къ практическимъ занятіямъ въ больницахъ по окончаніи курса.—Безусловно сочувствуя вполнѣ справедливымъ и законнымъ, на нашъ взглядъ, требованіямъ товарищей въ этомъ отношеніи, мы не понимаемъ лишь, зачѣмъ онѣ намѣреваются собраться для обсужденія поднимаемыхъ вопросовъ на спеціальный женскій Съѣздъ, а не желаютъ сдѣлать этого на Съѣздѣ Пироговскомъ, гдѣ предложенія ихъ, безъ сомнѣнія, встрѣтятъ себѣ сочувствіе, а постановленіе пріобрѣтетъ авторитетную санкцію?

2350. На состоявшемся 12-го ноября въ Москвѣ Совѣщаніи городской Управы и Коммиссій финансовой и о пользахъ и нуждахъ общественныхъ по вопросу *о предоставленіи проэктируемымъ Высшимъ Женскимъ Медицинскимъ Курсамъ одной изъ городскихъ больницъ, какъ клиники*, для цѣлей преподаванія, вопросъ этотъ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (13 ноября), единогласно рѣшенъ положительно, при чемъ для выбора такой больницы намѣченъ Сокольничій районъ. Совѣщаніе, кромѣ того, поручило особой Коммиссіи выработать основныя правила и условія совмѣстной дѣятельности Курсовъ съ городскими больницами.

2351. Какъ передаетъ «Вѣстникъ Европы» (ноябрь), въ Бронницкомъ, Московской губ., земскомъ Собраніи происходили интересныя *пренія по поводу ревизіоннаго отчета бывшаго товарища министра внутреннихъ дѣлъ г. Зиновьева*. Къ числу сенсаціонныхъ мѣстъ этого отчета принадлежитъ и указаніе на то, что въ одной больничной палатѣ было обнаружено совмѣстное помѣщеніе женщинъ и мужчинъ. Такой случай, дѣйствительно, былъ въ Золотовской больницѣ Бронницкаго уѣзда, но женщиной была дѣвочка Молчанова, а мужчинами—2 ея брата. Всѣ трое болѣли возвратнымъ тифомъ, и соединеніе ихъ въ одной палатѣ было вызвано отсутствіемъ другого свободнаго помѣщенія; иначе пришлось-бы отослать больную дѣвочку въ деревню, гдѣ она могла-бы сдѣлаться источникомъ распространенія заразы... Одно за другимъ падаютъ, такимъ образомъ, обвиненія, взведенныя на Московское Земство. Окончательная ихъ оцѣнка сдѣлается возможной лишь тогда, когда Земству будетъ сообщенъ весь отчетъ г. Зиновьева. Объ этомъ постановило ходатайствовать и Бронницкое уѣздное земское Собраніе.

2352. Резюмируя *отклики печати на* провозглашенную министромъ внутреннихъ дѣлъ *политику «довѣрія»*, «Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» (№ 5) говоритъ: «Итакъ, никакое «довѣріе» отдѣльныхъ правительственныхъ лицъ не въ силахъ будетъ уврачевать наши застарѣлыя государственныя язвы, пока не будетъ, наконецъ, упраздненъ существующій административный произволъ, пока страна не пріобрѣтетъ права самоопредѣленія, пока не будетъ установленъ законный правопорядокъ, обезпечивающій для всѣхъ гражданъ равную возможность участія въ законодательной работѣ черезъ своихъ свободно избранныхъ представителей».

2353. Согласно опредѣленію Правленія Пироговскаго Общества, *«Журналъ» Общества* съ 1905 г. будетъ выходить, вмѣсто 6, 8 разъ въ годъ. Сроки выхода слѣдующіе: февраль, мартъ, апрѣль, май, сентябрь, октябрь, ноябрь, декабрь. Члены Общества получаютъ «Журналъ» съ приложеніями безплатно. Членскій взносъ на 1905 г. оставленъ въ прежнемъ размѣрѣ — 5 р. Подписная цѣна на «Журналъ» вмѣстѣ съ приложеніями (для не членовъ Общества) 5 р. Въ 1905 г. въ «Журналѣ» будутъ помѣщаться всѣ свѣдѣнія, относящіяся къ подготовительной дѣятельности по организаціи X-го Пироговскаго Съѣзда. «Хронику» предполагается дополнить включеніемъ въ нее библіографическихъ замѣтокъ (съ характеромъ рецензій) о вновь выходящихъ работахъ, преимущественно по вопросамъ общественной медицины, гигіены и санитаріи. Вмѣстѣ съ тѣмъ признано желательнымъ дать на страницахъ «Журнала» Общества мѣсто для тѣхъ матеріаловъ врачебно-общественнаго значенія, источникомъ которыхъ являются военныя событія на Дальнемъ Востокѣ. Въ этихъ цѣляхъ, по предложенію *И. В. Попова*, опредѣлено: обратиться къ образовавшимся на театрѣ военныхъ дѣйствій врачебнымъ Обществамъ съ предложеніемъ сообщить въ редакцію «Журнала» Пироговскаго Общества протоколы ихъ засѣданій, а равно матеріалы по вопросамъ, имѣющимъ общественное значеніе (организація медицинской помощи въ военное время, борьба съ заразными болѣзнями на театрѣ военныхъ дѣйствій, вопросы по обеззараживанію, массовому кормленію и т. д.). Въ дальнѣйшемъ матеріалы эти могли-бы быть разработаны въ отдѣлѣ военной и морской медицины на будущемъ Пироговскомъ Съѣздѣ («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 5).

2354. *5-ый Съѣздъ Россійскихъ хирурговъ* будетъ въ Москвѣ 28—30 декабря текущаго года. Въ качествѣ программныхъ вопросовъ предыдущимъ Съѣздомъ намѣчены: 1) *О послѣопераціонной пнеймоніи*. 2) *Объ обширныхъ изсѣченіяхъ реберъ при эмпіемахъ*. 3) *О пришиваніи подвижной почки*. Имѣя въ виду, по примѣру прошлыхъ лѣтъ, издать по возможности скоро по окончаніи Съѣзда краткій и точный отчетъ о всѣхъ сдѣланныхъ на немъ сообщеніяхъ, Правленіе собирающаго Съѣздъ Общества Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ обращается къ товарищамъ съ просьбой помочь ему въ этомъ присылкою заблаговременно, во всякомъ случаѣ до начала Съѣзда, аутореферативъ сообщеній. Вмѣстѣ съ тѣмъ Правленіе проситъ товарищей, имѣющихъ наблюденія по 3-мъ упомянутымъ вопросамъ, если они сами не имѣютъ въ виду сдѣлать ихъ темой для собственнаго доклада, доставить свѣдѣнія о наблюденіяхъ лицамъ, взявшимся за ихъ разработку по предложенію Правленія Общества: *С. Ф. Дерю-*

женскому (по 1-му вопросу), *Н. И. Напалкову* (по 2-му и *А. В. Мартынову* (по 3-му). Карточки для собиранія матеріала по программнымъ вопросамъ высылаются Правленіемъ по первому требованію. Заявленія о сообщеніяхъ и аутореферагы, а также требованія о присылкѣ карточекъ и заполненныя карточки просятъ адрессовать на имя товарища предсѣдателя Правленія проф. *Ф. А. Рейна* (Москва, Пречистенка, д. Калугина, кв. 8). Членскій взносъ въ размѣрѣ 8 р. за 1 годъ или 100 р. пожизненно просятъ высылать на имя казначея, д-ра *Ф. И. Березкина* (Москва, Швивая горка, Яузская больница). Дополнительный взносъ за журналъ «Русское Хирургическое Обозрѣніе» въ размѣрѣ 2 р. принимается тамъ-же.

2355. Насъ просятъ сообщить, что въ іюнѣ 1905 г. въ Петербургѣ состоится созываемый Совѣтомъ Русскаго женскаго взаимно-благотворительнаго Общества *1-ый Русскій Съѣздъ дѣятельницъ по благотворительности и просвѣщенію*. Программа Съѣзда слѣдующая: *1-й Отдѣлъ: Благотворительность*. 1. Способы благотворительности частной и общей, доступные для женщинъ въ Россіи. 2. Попеченіе о женщинахъ. 3. Попеченіе о дѣтяхъ. 4. Пути къ объединенію благотворительной дѣятельности женщинъ. 5. Этика благотворительности; вліяніе ея на развитіе самодѣятельности. 6. Участіе женщинъ въ борьбѣ съ алкоголизмомъ. 7. Участіе женщинъ въ борьбѣ съ проституціей и съ заразными болѣзнями. 8. Охраненіе здоровья женщинъ. 9. Борьба съ заболѣваемостью и смертностью дѣтей (ясли въ городахъ и селахъ, ихъ значеніе, вліяніе вербовки кормилицъ на населеніе). 10. Дѣятельность женщинъ въ «Домахъ трудолюбія». Результаты. 11. Участіе женщинъ въ «Трудовой помощи». Результаты. 12. Помощь учащимся женщинамъ.—*2-ой Отдѣлъ: Просвѣтительная дѣятельность*. 1. Роль женщины въ воспитаніи дѣтей—домашнемъ и школьномъ. 2. Дѣятельность женщинъ въ школахъ городскихъ, сельскихъ, воскресныхъ и частныхъ. 3. Дѣятельность женщинъ въ распространеніи грамотности. 4. Сельско-хозяйственная дѣятельность женщинъ; сельско-хозяйственныя школы, фермы, питомники и пр. 5. Профессіональныя школы для женщинъ и кустарный промыселъ. Значеніе и результаты. 6. Участіе женщинъ въ преподаваніи гигіены, домоводства и подачѣ первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ. 7. Дѣятельность женщинъ въ исправительныхъ колоніяхъ и тюрьмахъ. 8. Роль женщины въ проведеніи принциповъ мира. 9. Дѣятельность русскихъ женщинъ въ наукѣ, литературѣ и искусствѣ. 10. Дѣятельность женщинъ-врачей въ Россіи. Членами Съѣзда могутъ быть только женщины: 1) члены женскаго взаимно-благотворительнаго Общества; 2) члены Совѣтовъ и Правленій другихъ Обществъ, преслѣдующихъ цѣли, указанныя въ программѣ. Членскій взносъ не менѣе 5 р. Желающимъ записаться въ члены Съѣзда обращаться: помѣщеніе Общества, Спасская ул., 18, и къ должностнымъ лицамъ организаціонной Коммиссіи (предсѣдательница *А. Н. Шабанова*, ул. Жуковскаго, 38; вицепредсѣдательницы—*М. Н. Бубнова*, В. О., 4-я лин., д. 5, и *О. А. Шапиръ*, Бассейная, 29; секретари—*Е. Д. Андреева*, Лиговская, 3, и д-ръ *И. Д. Познанская*, Невскій, 79; казначей *А. Н. Засодимская*, Сергіевская, 79). Доклады на Съѣздѣ допускаются съ разрѣшенія редакціоннаго Бюро при организаціонной Коммиссіи. Срокъ для представленія докладовъ—1-ое марта 1905 г.

2356. Студенческое медицинское Общество при Московскомъ Университетѣ предпринимаетъ, какъ намъ сообщаютъ, среди студентовъ Университета *перепись для объективнаго выясненія половой жизни студенчества*, resp. русской молодой интеллигенціи вообще. Какъ извѣстно, еще въ прошломъ году ч. пр. *М. А. Членовъ* предложилъ этому Обществу взять на себя починъ переписи венерическихъ заболѣваній среди студентовъ. Молодежь отвѣтила на его предложеніе пожеланіемъ выяснить путемъ переписи не только заболѣваемость студенчества венерическими болѣзнями, но и вопросъ о половой жизни вообще, во всѣхъ ея проявленіяхъ и отношеніяхъ къ другимъ областямъ человѣческой жизни. Тогда-же была образована въ Обществѣ Коммиссія для выработки опроснаго листа, въ которую вошли 11 студентовъ и чч. пр. *М. А. Членовъ* и *Г. И. Россолимо*. Въ настоящее время Коммиссія выработала обстоятельный опросный листъ, который она и распространяетъ среди студентовъ. Листъ содержитъ 207 вопросовъ, изъ коихъ собственно къ венерическимъ заболѣваніямъ относятся 36. Вопросы разбиваются на слѣдующія группы: 1) личность и условія жизни (1—16), 2) наслѣдственность (17), 3) общее состояніе здоровья (18), 4) куреніе (19—21), 5) алкоголизмъ (22—29), 6) вліяніе семьи (30—52), 7) школы (53—92), 8) литературы (93—103), 9) театра (104—112), 10) половая жизнь (113—116), 11) поллюціи (117—122), 12) женитьба (123—136), 13) внѣбрачная половая жизнь (137—153), 14) онанизмъ (154—169), 15) другія половыя аномаліи (170) и 16) венерическія болѣзни—а) сифилисъ (171—183), б) перелой (184—195) и в) мягкій шанкръ (196—207). О важномъ значеніи въ гигіеническомъ и соціальномъ отношеніяхъ добытыхъ путемъ такого опроса данныхъ, разумѣется, говорить не приходится. Не имѣя, къ сожалѣнію, возможности воспроизвести здѣсь выработанный студенческимъ медицинскимъ Обществомъ опросный листъ полностью, мы считаемъ долгомъ обратить на него самое серьезное вниманіе товарищей, въ особенности тѣхъ, которые состоятъ врачами при высшихъ учебныхъ заведеніяхъ. Внимательное чтеніе опроснаго листа уже само по себѣ можетъ принести не малую пользу молодежи, особенно студентамъ не-медицинскихъ факультетовъ: оно, безъ сомнѣнія, наведетъ ихъ на такія мысли, которыя безъ того, быть можетъ, никогда у нихъ и не зародились-бы.

2357. На Совѣщаніи всѣхъ старшихъ врачей Кіевскихъ больницъ вмѣстѣ съ завѣдующимъ санитарнымъ Отдѣломъ городской Управы, 3-го ноября, выяснилось, что сыпной тифъ распространенъ среди неимущихъ классовъ городского населенія главнымъ образомъ среди рабочихъ, явившихся въ Кіевъ изъ другихъ мѣстностей на заработки. Для непосредственной борьбы съ эпидеміей Совѣщаніе постановило *открыть тифозныя отдѣленія при всѣхъ Кіевскихъ больницахъ, общимъ числомъ на 260 коекъ*. Постановлено также просить Кіево-печерскую лавру принять на свое попеченіе 50 чел. выздоравливающихъ тифозныхъ («Кіевская Газета», 9 ноября).

2358. Въ Александровской городской больницѣ въ Кіевѣ 2-го ноября въ баракѣ, разсчитанномъ на 28 коекъ, помѣщались, по словамъ «Кіевской Газеты» (7 ноября), *60 чел. больныхъ сыпнымъ тифомъ*.

2359. Вышедшіе недавно «Труды Харьковскаго медицинскаго Общества 1903 г.», вып. 2 (Харьковъ, 1904, 74 стр.), содержатъ: *П. И. Шатилова—Къ вопросу о дѣйствіи жидкой вытяжки обвойника на сердце и сосудистую систему; В. И. Недригайлова—О Pasteur'овскихъ прививкахъ въ Парижскомъ Институтѣ въ 1903 г.; А. Я. Краснова—Случай огнестрѣльнаго ранненія съ поврежденіемъ кишекъ и образованіемъ калловыхъ свищей; В. И. Недригайлова—Работы Мечникова и Роих въ области сифилиса; С. А. Робака и Б. Г. Пржевальскаго—Къ казуистикѣ мастоидитовъ; В. И. Недригайлова—Курсъ бактеріологіи въ Парижскомъ Pasteur'овскомъ Институтѣ; А. Н. Масловскаго—Къ казуистикѣ раковыхъ новообразованій легкихъ*.—Въ вып. 1-мъ «Трудовъ Общества 1904 г.» (Харьковъ, 1904, XVI + 66 стр.) помѣщены: *В. И. Недригайлова—Войны и бактеріи; М. И. Сѣтухина—Къ вопросу о сифилисѣ внутреннихъ органовъ; Г. Я. Острянина—О командировкѣ на IX Пироговскій Съѣздъ врачей*.

2360. Спѣшимъ исправить, благодаря любезности многоуважаемаго товарища *С. В. Плаксина*, *неточность* въ заимствованномъ нами изъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» *извѣстіи о пріобрѣтеніи Царскосельской земской Управой дачи* въ 10 верстахъ отъ Гатчины *подъ больницу для душевно-больныхъ* (см. № 46, стр. 1568). Дача (имѣніе) пріобрѣтена уже нѣсколько лѣтъ назадъ въ 7 верстахъ отъ ст. «Суйда» Варшавской ж. дороги *Петербургскимъ губернскимъ Земствомъ*, которое и намѣрено со временемъ устроить здѣсь больницу для душевно-больныхъ Петербургской губ., а въ настоящее время имѣетъ въ виду, на предстоящемъ губернскомъ земскомъ Собраніи, сдѣлать предложеніе о помѣщеніи на дачѣ выздоравливающихъ воиновъ съ Дальняго Востока. Такимъ образомъ всѣ распоряженія о приспособленіи дачи будутъ сдѣланы Петербургскою губернскою Управой, а не Царскосельскою уѣздной.

2361. Намъ сообщаютъ, что Кіевская городская Дума ходатайствовала о передачѣ 80000 р., завѣщанныхъ ей землевладѣльцемъ юго-западнаго края г. Васильевскимъ, Кіевскому Обществу для борьбы съ бугорчаткой на устройство санаторій. Такъ какъ въ завѣщаніи было опредѣленно указано назначеніе этого капитала, а именно—на устройство близь Кіева санаторія для учащихся и лицъ, состоящихъ на государственной службѣ, то Министерство внутреннихъ дѣлъ, опираясь на ст. 986 св. законовъ, по которой допускается не исполнять волю завѣщателя лишь при условіи невозможности выполнить ее, *не признало возможнымъ дать дальнѣйшее направленіе этому ходатайству*.

2362. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (13 ноября), группа Херсонскихъ помѣщиковъ и врачей обратилась въ мѣстную уѣздную земскую Управу съ просьбой исходатайствовать имъ разрѣшеніе учредить Общество, дѣлью котораго было-бы заботиться объ улучшеніи санитарныхъ условій населенія Нагартовскаго медицинскаго участка—«*Общество попеченія о народномъ здравіи въ Нагартовскомъ медицинскомъ участкѣ*». Общество имѣетъ въ виду принимать соотвѣтственныя мѣры для предупрежденія разнаго рода эпидемическихъ заболѣваній, оказывая содѣйствіе мѣстному медицинскому персоналу, администраціи и общественнымъ учрежденіямъ по устройству изоляціонныхъ помѣщеній, столовыхъ, чайныхъ и пр.; содѣйствуетъ устройству колодцевъ съ доброкачественной водой; заботится объ устройствѣ общественныхъ бань; организуетъ разумныя развлеченія для народа и пр. Управа, какъ сообщаетъ газета, очень сочувственно отнеслась къ этой мысли и возбуждаетъ ходатайство о разрѣшеніи Общества и объ утвержденіи его устава.

2363. «Харьковскій Листокъ» (6 ноября), со словъ «Prawdy», сообщаетъ, что Общество «Скорой медицинской помощи» въ Лодзи за 3 лѣтнихъ мѣсяца оказало помощь, между прочимъ, 366 лицамъ, найденнымъ въ состояніи общаго упадка силъ *вслѣдствіе нужды и голода*.

2364 «Харьковскій Листокъ» (12 ноября) передаетъ, что по ходатайству врачебно-санитарнаго Совѣта Волчанскаго Земства въ смѣту расходовъ уѣзднаго Земства на 1904 г. внесено 200 руб. *на выписку изданій Коммиссіи по распространенію гигіеническихъ знаній среди населенія*. Выписаны книги о «дифтеріи», «оспѣ», «скарлатинѣ», «чесоткѣ» и т. д.

2365. 8-го ноября на ст. Дебальцево Екатерининской желѣзной дороги открыта *желѣзнодорожная больница* («Приднѣпровскій Край», 10 ноября).

2366. 5-го ноября въ Кіевѣ открытъ *врачебно-педагогическій Институтъ для умственно неразвитыхъ, отсталыхъ и нервныхъ дѣтей*, учрежденный дочерьми проф. *И. А. Сикорскаго*. Въ Институтъ принимаются дѣти обоего пола, отъ 3-лѣтняго возраста, способныя къ дальнѣйшему развитію. Страдающія падучей, параличами и тяжелыми нервными разстройствами не принимаются.—Не можемъ не пожелать успѣха въ дѣ-

тельности такого рода врачебно-педагогическимъ учрежденіямъ; у насъ ихъ такъ еще немного.

2367. Въ Ростовѣ н/Д, какъ сообщаетъ «Новое Время» (12 ноября), среди дѣтей свирѣпствуетъ *скарлатина. Въ больницѣ на 1 койкѣ*, будто-бы, *лежатъ по-трое.*

2368. «Сибирскій Вѣстникъ» (29 октября) передаетъ, что Рязанское уѣздное земское Собраніе нашло необходимымъ возбудить ходатайство предъ правительствомъ *о сложеніи пошлинъ на лѣкарства, выписываемыя изъ-за границы*, такъ какъ значеніе таможенной покровительственной системы относительно фармацевтическихъ продуктовъ, по мнѣнію Собранія, не можетъ быть оправдано цѣлями развитія и укрѣпленія собственнаго производства.

2369. «Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» (№ 5) приводитъ изъ «Извѣстій Московской городской Думы» слѣдующія свѣдѣнія *о сожиганіи труповъ*. Больше всего трупосожигательницъ устроенно въ Сѣв. Америкѣ. Изъ большихъ Европейскихъ городовъ сожиганіе труповъ введено въ Stockholm'ѣ, London'ѣ, Manchester'ѣ, Liverpool'ѣ, Glasgow'ѣ, Paris'жѣ, Génève'ѣ, Lyon'ѣ, Marseille'ѣ, Nice'ѣ, Zürich'ѣ, Basel'ѣ и т. д. Въ Испаніи въ 1892 г. изданъ законъ, разрѣшающій городамъ устройство трупо-сожигательницъ; въ Англіи такой-же законъ изданъ въ прошломъ году. Наибольшее число сожиганій приходится на долю Парижа. Тамъ въ теченіи послѣдняго 10-лѣтія сожжено около 40000 труповъ. Въ Zürich'ѣ и Basel'ѣ трупосожигательницы находятся въ рукахъ городскихъ Управленій, которыя безвозмездно сожигаютъ всѣ трупы.

2370. «Врачебно-санитарная Хроника Ярославской губ.» (№ 16) приводитъ интересную *таблицу цѣнъ на предметы первой необходимости*—квартиру, пищу, одежду, отопленіе и освѣщеніе въ Соединенныхъ Штатахъ и Западно-Европейскихъ государствахъ. Таблица эта указываетъ на дороговизну жизни во Франціи не только сравнительно съ Бельгіей и Англіей, т. е. странами свободной торговли, но и съ Германіей. Не будь въ Соединенныхъ Штатахъ очень дороги квартиры, жизнь въ этомъ государствѣ была-бы также замѣтно дешевле, чѣмъ во Франціи. Если сравнить стоимость жизни во Франціи со стоимостью жизни въ большихъ городахъ Россіи, то получится въ общей сложности очень небольшая разница въ нашу пользу. У насъ гораздо выше цѣны на квартиру, одежду, молоко, консервы, фрукты и овощи, и только нѣкоторые пищевые продукты значительно дешевле; по сравненію-же съ Англіей и Соединенными Штатами даже многіе изъ этихъ послѣднихъ оказываются въ большихъ русскихъ городахъ значительно дороже. Русскій потребитель платитъ за большинство товаровъ гораздо дороже, чѣмъ нѣмецкій; такъ, за чай на 304%, табакъ—687%, уголь—200%, бумагу—690%, полотно—225%, хлопчато-бумажныя издѣлія—357%, сельско-хозяйственныя машины—159%. Самый дешевый сортъ чая обходится русскому потребителю въ 1 р. 40 к. фунтъ, а въ London'ѣ такой же чай стоитъ 31 к. Керосинъ стоитъ въ Петербургѣ 1 р. 30 к. пудъ, а въ London'ѣ 83 к. и т. д.

2371. Главный медицинскій инспекторъ американскаго флота ген. (surgeon general) *Rixey* въ своемъ годовомъ отчетѣ опять указываетъ на трудность находить врачей для морской службы и на необходимость, въ интересахъ здоровья флота, *повысить положеніе ихъ среди другихъ служащихъ во флотѣ* Республики. Между прочимъ, возобновляется ходатайство передъ Конгрессомъ о переименованіи медицинскихъ чиновъ въ ранги, пользующіеся особымъ обаяніемъ среди служащихъ (вмѣсто «surgeon general»—«surgeon admiral», вмѣсто «medical director»—«surgeon captain» и т. д.).—Въ однихъ-ли однако, только названіяхъ дѣло? Не кроются-ли причины, заставляющія интеллигентную молодежь уклоняться отъ предложенія своихъ знаній и услугъ тому или другому вѣдомству, гдѣ-нибудь глубже,—напр., въ неудовлетворенности ея общей совокупностью условій работы и жизни въ той средѣ, гдѣ она должна бы была работать?

2372. Въ «La Nature» (15 октября) помѣщена рѣдкая *радіограмма нормальной стопы женщины* и *обезображенной стопы китаянки*, снятая въ Тьен-Тзинѣ въ Китайскомъ госпиталѣ завѣдующимъ колоніальной аптекой г. Duval'емъ. Длина стопы взрослой китаянки путемъ систематическаго бинтованія и давленія доведена всего до 13 стм., между тѣмъ какъ небольшая нога Европейской женщины рѣдко бываетъ короче 22—23 стм.

2373. Д-ръ *Elisabeth Foellinger*, недавно поселившаяся въ Karlsruhe, по «The British Medical Journal» (12 ноября)—1-ая женщина-врачъ, избравшая спеціальностью *бальнеологію*.

2374. Въ Испанію, по свѣдѣніямъ «Heraldo de Madrid», пріѣхалъ изъ Buenos Ayres'а д-ръ *Francisco de los Cobos*, представитель научныхъ Обществъ Аргентины, чтобы просить испанское правительство о поддержкѣ проэкта, имѣющаго въ виду созданіе *испано-американскаго университета* («The British Medical Journal», 12 ноября).

2375. Въ New-York'ѣ городскимъ Управленіемъ рѣшено устроить—на проспектѣ (Avenue) между 23 и 24 улицами—*общественныя бани съ садомъ вокругъ*, на что ассигнуется 250000 долларовъ («Medical Record», 29 октября).

2376. О *докторской гонкѣ* чисто-американскаго пошиба передаетъ «Medical Record» (5 ноября): въ городкѣ Chickamauga въ октябрѣ 12 врачей устроили состязаніе, кто первый поспѣетъ за милю къ воображаемому больному; предполагалось, что «гонщики» неодѣты и спятъ и что лошади ихъ незапряжены, но стоятъ вблизи; разумѣется, въ заключеніе приведены фамиліи прибывшихъ первыми.—Къ чему американскимъ коллегамъ понадобилось дѣлать изъ такой житейской трагедіи, какъ внезапная болѣзнь и нужда во врачебной помощи, оперетку—не понимаемъ.

2377. Городское Управленіе New-York'а рѣшило дѣлать *безплатно* всѣмъ желающимъ *изслѣдованія крови* на реакцію *Widal'я* и на чужеядныя болотной лихорадки, а также *пробу мочи на діазореакцію* («The Journal of the American Medical Association», 29 октября).

2378. Извѣстный своими санитарными мѣропріятіями мѣръ города Lyon'а проф. д-ръ *Augagneur*, недавно избранъ, какъ передаетъ «Gazette médicale de Paris» (12 ноября), громаднымъ большинствомъ голосовъ (4237 изъ 4668) *депутатомъ въ парламентъ* отъ 5-го городского округа.

2379. *Послѣдній* № (21 bis, 12 ноября) журнала «Le Caducée» представляетъ высокій интересъ для всѣхъ военныхъ врачей, будучи посвященъ изложенію и опроверженію нападокъ на французскихъ военныхъ товарищей. За подробностями отсылаемъ къ подлиннику, ибо выдержки понадобились-бы черезчуръ обширныя.

2380. Почему мужчины лысѣютъ неизмѣримо чаще женщинъ? Этотъ вопросъ рѣшается американскимъ врачемъ *Elliot*'омъ такъ: мужчины гораздо меньше упражняютъ подкожныя мышцы волосистой части головы, чѣмъ женщины, столь много возящіяся со своими прическами. Руководясь этой исходной точкою, авторъ совѣтуетъ *противъ плѣшивости—массажъ черепныхъ покрововъ* («Journal de médecine de Paris», 6 ноября).

2381. № «*Le Progrès médical*» *отъ 5-го ноября* имѣетъ значительно бо́льшій противъ обыкновеннаго объемъ и занятъ исключительно данными справочнаго характера для студентовъ медицины.

2382. Д-ръ *Anatole meurisset* въ Noyon'ѣ,—старомъ городкѣ на Oise'ѣ, въ которомъ родился Calvin,—вступилъ недавно, какъ сообщаетъ «The Medical Age» (25 октября), *въ 100-ый годъ жизни*.

2383. И Америка, по примѣру Франціи, рѣшила послать *медицинскихъ военныхъ «атташе»* на Дальній Востокъ въ обѣ арміи, если получится на то согласіе («American Medicine», 5 ноября).

2384. *Вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 5 ноября). Въ Индіи за недѣлю по 1 и 8 октября умерли отъ чумы 13633 и 16491 чел., при чемъ 85 и 69 умершихъ приходятся на гор. Bombay, 8177 и 10332 на Bombay'скій округъ, 275 и 180 на Bengal, 751 и 984 на Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 270 и 400 на Punjab, 446 и 473 на Rajputana, 1138 и 661 на Центральную Индію, 440 и 494 на Hyderabad State, 798 и 770 на Mysore State, 597 и 540 на Madras'скій округъ; въ Kashmir'ѣ за недѣлю 2—8 октября умерли 27 чел., а въ Karachi 13. Южная Африка: за тѣ-же 2 недѣли чума отмѣчена только въ Port-Elizabeth'ѣ—случаевъ заболѣваній 1 и 1, смерти 1 и 0; на лѣченіи оставались 8 октября 2 больныхъ. О-въ св. Маврикія: за недѣли по 20 и 27 октября заболѣли 26 и 24, умерли 14 и 18 чел.

2385. Въ «British Medical Journal» (12 ноября) дов. обстоятельно описывается *походное снаряженіе японскаго солдата*,—одежда, обувь и пр., по свѣдѣніямъ г-жи Mc Caul, вернувшейся изъ командировки въ японскій красный крестъ. Къ статьѣ приложены на отдѣльномъ листѣ (4 страницы) хорошіе снимки съ вещей.

2386. *Умерли*: 1) 24-го сентября, отъ легочной чахотки, сельскій врачъ Посьетскаго участка *Лазарь Николаевичъ Колтунъ*, родившійся въ 1876 г., а званіе врача получившій въ 1900 г. Покойный 3 года провелъ на отдаленнѣйшемъ Сѣверо-Востокѣ Сибири, въ Камчаткѣ и Чукотскомъ полуостровѣ, и оставилъ талантливое описаніе тамошней жизни—«Анадырскій уѣздъ», помѣщенное въ «Восточномъ Вѣстникѣ» (1903) (Сообщено д-ромъ *Малиновскимъ*).—2) Въ Скерневицахъ старшій врачъ 38-го пѣхотнаго Тобольскаго полка *Андрей Васильевичъ Фидровскій* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 5 октября), родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1880 г.—3) 9-го ноября, въ Москвѣ, *Карлъ Васильевичъ Ивенсенъ* («Русское Слово», 11 ноября), родившійся въ 1836 г., а званіе врача получившій въ 1864 г.—4—9) Состоявшіе въ запасѣ чиновниковъ в.-медицинскаго вѣдомства и на учетѣ: по Боровичскому уѣзду — *Артуръ-Георгъ-Эмиль Форкампфъ-Лауэ*, родившійся въ 1864 г., а званіе врача получившій въ 1891 г.; Якутскому—*Михаилъ Федоровичъ Архангельскій*, родившійся въ 1857 г., а званіе врача получившій въ 1881 г.; Казанскому—*Михаилъ Васильевичъ Кротовъ*, родившійся въ 1869 г., а званіе врача получившій въ 1888 г.; Кіевскому—*Казиміръ-Маріанъ Марцинчукъ* [1]); Московскому—*Петръ Поліевктовичъ Чистяковъ*, родившійся въ 1863 г., а званіе врача получившій въ 1887 г.; Таганрогскому округу—*Константинъ Федоровичъ Кумани*, родившійся въ 1873 г., а званіе врача получившій въ 1902 г. («Правительственный Вѣстникъ», 11 ноября).—10) 22 октября на 62-мъ году жизни проф. *Max Bartels* («Berliner klinische Wochenschrift», 31 октября).

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

ТОМОВЫЯ ИЗДАНІЯ.

Польскія.

Przegląd chirurgiczny, т. V, тетр. 3.

1. **Leon Karwacki.** *Serodyagnostyka spraw zakaźnych.* 2. Prof. **Aleksander Rosner.** *Appendicitis w położnictwie i ginekologii.* 3. **W. Garszyński.** *Przyczynek do operacyjnego leczenia biodra szpotawego (coxa vara).*

Чешскія.

Sbornik klinicky, т. V, вып. 5.

1. **Ludvik Krützner.** *O motorickych poruchach pri syringomyelii, svlaste o spontannich pohybech a fibrillarnim chveni.* 2. **Ot. Leser.** *Sdruzeni srdecnich vad s epilepsii.* 3. **Zahradnicky.** *O herniich traumatickych.*

T. V, вып. 6.

1. Doc. **Otakar Kose.** *Prispevek ku seznani ucinku nikotinu na srdce.* 2. **Bohuslav Niederle.** *O spodni luxaci v kloubu kycelnim. Luxatio femoris subglenoidalis s. infracotyloidea.* 3. **O. Kutvirt.** *Sarcoma sinus frontalis.* 4. **Fr. Samberger.** *Dermatitis blastomycetica.*

T. VI, вып. 1.

1. Prof. **Vaclav Rubeska.** *O operativnim leceni myomu deloznich.* 2. **J. Jansky.** *Kasuisticky prispevek o dusevnich nakazach.* Т. наз. folie à deux. 3. **K. Lhotak.** *O zabrane (inhibition) a shocku.* 4. **K. Hynek.** *Leceni leukaemie Röntgenovymi paprsky.*

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Zdrowie, іюль.

1. **L. Wernic.** *Stan zdrowotny dzieci szkół miejskich Kalisza oraz stan hygieniczny samych szkół.* 2. **Józef Jaworski.** *Wpływ warunków hygienicznych i pracy zawodowej na przebieg ciąży i rozwój płodu.* Вліяніе гигіеническихъ условій и профессіональной работы на теченіе беременности и развитіе плода.

Августъ.

1. **Wernic.** (Окончаніе).

Сентябрь.

1. **Aniela Szyc.** *Udział kobiety w wychowaniu fizicznem i konieczność przygotowania się do tej roli.* Участіе женщины въ физическомъ образованіи и необходимость подготовленія къ этой роли. 2. **M. Dunin-Sulgustowska.** *Slöjd i jego stanowisko wobec wychowania i hygieny.* 3. **E. Neumarkowa.** *O slöjdzie pedagogicznym.* 4. **L. Przedborski.** *O wpływie niedrożności nosa i jamy nosogardzielowej na zdrowie dzieci i podrastającej młodzieży.* О вліяніи непроходимости носа и носоглотки на здоровье подростающаго поколѣнія. 5. **Jan Przychodzki.** *Uwagi o stanie sanitarnym m. Radomia i o potrzebie reorganizacyi komisyi sanitarno-wykonawczych w naszych miastach gubernialnych.* 6. **Gabryel Tołwiński.** *Klimat na Dalekim Wschodzie.*

Октябрь.

1. **Henryk Fidler.** *Sprawozdanie lekarskie ze stanu miejskiej 7-klasowej szkoły handlowej w Radomiu i internatu przy niej za rok szkolny 1901/2, a pierwszy istnienia szkoły.*

Ноябрь.

1. **M. Biernacki.** *O hygienie służby folwarcznej.* 2. **Mieczysław Themerson.** *Słówko w sprawie hygieny służby domowej.* 3. **Jan Doerfner.** *O zabezpieczaniu robotników od kurzu i gazów trujących w fabrykach.* 4. **Feliks Arnstein.** *O potrzebie urządzeń wodoleczniczych (hydropatycznych) w Ciechocinku.* 5. **Wł. Dobrzyński.** *O paleniu odpadków m. Warszawy.*

Nowiny lekarskie, іюль.

1. **Majewski.** (Окончаніе). 2. **Gerzabek.** (Окончаніе).

Августъ.

1. **Alfred Sokołowski.** *Obawa przed suchotami. Phtisofobia.* 2. **Przewoski.** *Leczenie tłuszczaków wyskokiem.*

Сентябрь.

1. **Kazimierz Noiszewski.** *Poczucie mięśniowe i uczucie inerwacyi.* 2. **Dziembowski.** *Leczenie kamicy nerkowej.* О лѣченіи почечныхъ камней. 3. **T. Rakowski.** *Przypadek ostrej niedrożności jelit wyleczony za pomocą użycia prądu przerywanego.* Случай острой непроходимости кишекъ, излѣченной прерывистымъ токомъ.

Октябрь.

1. **Kazimierz Noiszewski.** *Przyczynek do powstawania i leczenia tic convulsif.*

Ноябрь.

1. **St. Lazarewicz.** *Zaśniad groniasty a kosmko-nabłoniak złośliwy.* Пузырный заносъ и злокачественная хоріонэпителіома. 2. **Wlazłowski.** *Leczenie szkarlatyny.*

Czasopismo lekarskie, іюль.

1. **Bohdan Korybut-Daszkiewicz.** *Do jakich praktycznych wniosków upoważniają nas najnowsze odkrycia na polu biologii mleka kobiecego i różnych zwierząt?* 2. **J. Wisłocki.** *Kilka słów w sprawie karmienia dzieci.* 3. **H. Fidler.** *Przyczynek do epidemiologii błonicy.* 4. **Serkowski.** (Продолженіе). 5. **J. Pełczyński.** *Z kazuistyki sądowo-lekarskiej. (Przypadki: szybkiej mumifikacyi trupa dorosłego mężczyzny i pęknięcia serca w niezwykłem miejscu).* 6. **Józef Maybaum.** *Przyczynek do nauki o przekuwaniu.*

Августъ.

1. **Zdzisław Prechner.** *Krzywica w świetle poglądów współczesnych.* Современное ученіе объ англійской болѣзни (не окончена). 2. **Fidler.** (Окончаніе). 3. **Serkowski.** (Продолженіе). 4. **W. Puławski.** *Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą.* О лѣченіи скарлатины специфической сывороткой (не оконч.).

Сентябрь.

1. **Serkowski.** (Продолженіе). 2. **Prechner.** (Окончаніе). 3. **Puławski.** (Окончаніе). 4. **Sterling.** (Продолженіе).

Ginekologia, іюнь.

1. **A. Karczewski.** *W sprawie operacyjnego leczenia ropienia połogowego sutki (mastitis puerperalis).* 2. **F. Neugebauer** (Окончаніе). 3. **Cercha.** (Окончаніе).

Іюль.

1. Prof. **A. Mars.** *Klinika położniczo-ginekologiczna Lwowska* (не окончена). 2. **W. Bujalski.** *Macica dwoista. Krwistek maciczny i jajowodowy. Cięcie brzuszne. (Uterus duplex, haematometra, haematosalpinx).* 3. **Stanisław Cykowski** *Przyczynek do kazuistyki cięcia cesarskiego.* 4. **Wacław Pomorski.** *O zastosowaniu rozszerzadła Bossiego przy eklampsyi w przebiegu ciąży i porodu.* 5. **Tomasz Fagoński.** *Drgawki w przebiegu ciąży. Przedwczesne odklejenie się łożyska. Poród wymuszony.* Судороги въ теченіи беременности. Преждевременное отхожденіе послѣда. Насильственные роды.

Августъ. Не полученъ.

Сентябрь.

1. Doc. **Władysław Bylicki.** *O bezpośredniem mierzeniu wymiaru prostego wchodu miedniey zapomocą dźwigni mierniczych.* 2. **St. Nowak.** *Przypadek błoniastego przyczepienia pępowiny wraz z przodowaniem naczyń.* 3. **Jan Borzymowski.** *O izolacyi pęcherza od wpływu moczu zapomocą cewnikowania obydwóch moczowodów.* 4. **B. Korybut-Daszkiewicz.** *Przypadek ospy naturalnej u dwudniowego dziecka.* 5. **A. Karczewski.** «*Pociągadło*»

Чешскіе.

Lékarské rozhledy, іюнь.

1. **C. Senk.** *Kasuistika porodnicka.* 2. Doc. **Otakar Kose** *Katarrh Bostockuv.*

Іюль. Не полученъ.

Августъ.

1. **Vaclav Rubeska.** *Prispevek ku hnisani v boubelich vajecnikovych.* 2. **L. Mracek.** *Jak vysetrovati chrup zactva.*

Сентябрь.

1. Prof. **J. Thomayer.** *O enteroptose.*

Октябрь.

1. **Jaroslav Bakes.** *Cholelithiasis.*

Нѣмецкіе.

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte, т. XXI, тетр. 1.

1. **S. Prowazek.** *Untersuchungen über einige parasitische Flagellaten.* Описаніе нѣкоторыхъ чужеядныхъ крови. 2. **Онъ-же.** *Entamoeba buccalis n. sp.* Новый видъ амебы.

Тетр. 2.

1. **W. Kerp.** *Allgemeines über die schweflige Säure im Wein.* Критическій обзоръ. 2. **Онъ-же.** *Ueber die schweflige Säure im Wein.* Способы опредѣленія различныхъ составныхъ частей въ винѣ. 3. **Онъ-же.** *Zur Kenntniss der gebundenen schwefligen Säuren.* Экспериментальное изслѣдованіе. 4. **H. Schmidt.** *Ueber das Vorkommen der schwefligen Säure in Dörrobst und einigen anderen Lebensmitteln.* Химическій анализъ пищевыхъ веществъ. 5. **G. Sonntag.** *Beiträge zur Kenntniss der Ausscheidung von neutralem schwefligsaurem Natrium und aldehydschwefligsaurem Natrium beim Hunde.* О выдѣленіи нейтральной сѣрнисто-натріевой соли у собакъ. 6. **Fr. Franz.** *Beitrag zur Kenntniss der Wirkung des neutralen schwefligsauren Natriums, des aldehyd- und des acetonschwefligsauren Natriums sowie einiger anderer Stoffe auf Kaulquappen.* Экспериментально-химическое изслѣдованіе. 7. **E. Rost** und **Fr. Franz.** *Vergleichende Untersuchung der pharmakologischen Wirkungen der organisch gebundenen schwefligen Säuren und des neutralen schwefligsauren Natriums.* Опыты на кроликахъ. 8. **W. Kerp.** *Zur Kenntniss der gebundenen schwefligen Säuren.* Химическое изслѣдованіе.

Тетр. 3.

1. **Albert Maassen.** *Ueber das Reduktionsvermögen der Bakterien und über reduzierende Stoffe in pflanzlichen und tierischen Zellen.* Критическій очеркъ. 2. **Онъ-же.** *Die teratologischen Wuchsformen (Involutionsformen) der Bakterien und ihre Bedeutung als diagnostisches Hilfsmittel.* Значеніе инволюціонныхъ формъ микробовъ для распознаванія ихъ. 3. **Fritz Schaudinn.**

Die Malaria in dem Dorfe «St. Michele di Semc» in Istrien und ein Versuch zu ihrer Bekämpfung. Медико-санитарное изслѣдованіе и опытъ борьбы съ болотной лихорадкой. 4. **A. Schilling.** *Ueber die Tsetsekrankheit oder Nagana.* Этіологія заболѣванія и возможность передачи его животнымъ. 5. **Maue.** *Immunisierungsversuche bei Hühnerpest.* Опытъ съ чумой птицъ.

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie, т. VIII, тетр. 3.

1. **E. Bumm** und **W. Sigwart.** *Untersuchungen über die Beziehungen des Streptococcus zum Puerperalfieber.* Бактеріологическое изслѣдованіе лохій. 2. **Gustav Schickele.** *Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenta.* Микроскопическія изслѣдованія нормальнаго дѣтскаго мѣста. 3. **Hugo Sellheim.** *Die diagnostische Bedeutung der Ligamenta sacro-uterina.* Обзоръ патологическихъ явленій, происходящихъ въ маточно-крестцовыхъ связкахъ, и значеніе ихъ для распознаванія женскихъ болѣзней. 4. **Karl Hörmann.** *Ruptur eines Chorioepithelioms mit schwerer intraperitonealer Blutung.* Описаніе случая. 5. **Reinhard von den Velden.** *Icterus gravidarum.* По поводу 1 случая. 6. **Karl Kober.** *Beitrag zur operativen Myombehandlung.* Критическая оцѣнка способовъ оперативнаго пособія.

Т. IX, тетр. 1.

1. **Heinrich Friolet.** *Beitrag zum Studium der menschlichen Placentation.* На основаніи микроскопическаго изслѣдованія человѣческаго послѣда высказываетъ свой взглядъ на механизмъ прикрѣпленія яйца къ слизистой оболочкѣ матки. 2. **K. Meyer.** *Beitrag zur spontanen Uterusruptur in der Schwangerschaft.* Описаніе и разборъ случая. 3. **A. Bauereisen.** *Ein Fall von Cystadenoma uteri.* Микроскопическое изслѣдованіе случая. 4. **Oskar Wille.** *Ueber einen Fall von intra-uterinem Luftatmen.* Описаніе случая. 5. **E. Scipiades** und **G. Farkas.** *Ueber die molekularen Konzentrationsverhältnisse des Blutserums der Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen und des Fruchtwassers.* Криоскопическое изслѣдованіе. 6. **Leopold Ernest de Reynier.** *Die Resultate von 40 Frühgeburtseinleitungen mittels Eihautstichs.* 40 случаевъ преждевременнаго вызыванія родовъ. 7. **Heinrich Hunziker.** *Ueber die unmittelbaren und späteren Resultate der künstlichen Frühgeburt, eingeleitet wegen Beckenenge.* Статистическій очеркъ. 8. **Hermann Lammers.** *Zur Frage der Entstehung des Promontoriums während der Fötalperiode.* Къ вопросу о развитіи позвоночника. 9. **Ph. Kirchgessner.** *Ueber einen Fall von subkutanem Emphysem beim Neugeborenen.* Случай, окончившійся выздоровленіемъ.

Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, т. XXXV, тетр. 1.

1. **R. Traina.** *Ueber das Verhalten des Fettes und der Zellgranula bei chronischem Marasmus und akuten Hungerzuständen.* Экспериментальное изслѣдованіе на кроликахъ. 2. **А. Максимовъ.** *Ueber entzündliche Bindegewebeneubildung bei der weissen Ratte und die dabei auftretenden Veränderungen der Mastzellen und Fettzellen.* Ходъ процесса рубцеванія и воспаленія въ соединительной ткани. 3 **L. Adler.** *Ueber helle Zellen in der menschlichen Leber.* Свѣтлыя печеночныя клѣтки авторъ считаетъ регенерирующими клѣтками. 4. **Al. Bittorf.** *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Gehirn- und Rückenmarksgeschwülste.* Изслѣдованіе 1 случая. 5. **R. de Josselin de Jong.** *Ein Fall von Carcinoma papillare des Nierenbeckens.* Описаніе случая. 6. **Emil Abderhalden.** *Beitrag zur Kenntniss der Ursachen der Hämophilie.* Краткая замѣтка.

Тетр. 2.

1. **C. Tarchetti.** *Beitrag zum Studium der Regeneration der Hautdrüsen bei Triton cristatus.* Микроскопическое изслѣдованіе способа возрожденія железъ въ кожѣ тритона. 2. **E. Edens.** *Zur Histopathologie lokaler und allgemeiner Amyloiddegeneration.* Литературно-критическій обзоръ вопроса и собственное изслѣдованіе. 3. **C. Hueter.** *Ueber Ausbreitung der Tuberkulose im männlichen Urogenitalsystem.* По автору, заболѣваніе мочеполовой системы бугорчаткой чаще всего происходитъ черезъ кровеносную систему. 4. **Carl Hart.** *Untersuchungen über die chronische Stauungsleber.* Къ ученію объ измѣненіяхъ въ застойной печени. 5. **Rudolf Hoffmann.** *Ueber das Myelom, mit besonderer Berücksichtigung des malignen Plasmons.* Къ вопросу объ измѣненіяхъ въ костномъ мозгу. 5. **S. Erdheim.** *Ueber Schilddrüsenaplasie. II. Geschwülste des Ductus thyreoglossus III. Ueber einige menschliche Kiemenderivate.* Въ 3-хъ случаяхъ кретинизма авторъ нашелъ аплазію щитовидной железы. 7. **Y. Fukuhara.** *Zur Kenntniss der Wirkung der hämolytischen Gifte im Organismus.* Измѣненія внутреннихъ органовъ подъ вліяніемъ гемолитической сыворотки.

Тетр. 3.

1. **Reinhold Dunger.** *Zur Lehre von der Cystenniere, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Heredität.* Обзоръ литературы и изслѣдованіе нѣсколькихъ собственныхъ случаевъ почечныхъ кистъ. 2. **J. F. Poscharissky.** *Ueber das elastische Gewebe der Herzventrikel in normalen und pathologischen Zuständen.* Сравнительно гистологическое изслѣдованіе. 3. **Онъ же.** *Ueber zwei seltene Anomalieen der Sehnenfäden im menschlichen Herzen.* 2 случая ненормальнаго нахожденія сухожильныхъ нитей въ сердцѣ. 2. **Carlo Ceni.** *Le proprietà tossiche dell'Aspergillus fumigatus.* Ядовитыя свойства плѣсени aspergillus fumigatus. 5. **G. Cagnetto** und **F. Tessaro.** *Ueber die Wirkung diuretischer Substanzen auf die Bakterienausscheidung durch die Nieren.* По опытамъ авторовъ, мочегонныя не способствовали выдѣленію бактерій черезъ почки. 6. **Witold Kopeć.** *Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der tuberkelähnlichen Gebilde in der Bauchhöhle von Meerschweinchen unter Einwirkung von Fremdkörpern.* Авторъ изучалъ микроскопическія измѣненія, наступающія въ брюшной полости морскихъ свинокъ, которымъ вводились въ полость брюшины инородныя тѣла. 7. **Marie v. Hleb-Koszańska.** *Peritheliom der Luschka'schen Steissdrüse im Kindesalter.* Микроскопическое изслѣдованіе патолого-анатомическихъ препаратовъ. 8. **Joseph Moriani.** *Ueber ein Binnennetz der Krebszellen.* Авторъ описываетъ новую морфологическую особенность клѣтокъ раковыхъ опухолей.

Т. XXXVI, тетр. 1.

1. **Max Borst.** *Neue Experimente zur Frage nach der Regenerationsfähigkeit des Gehirns.* Опыты на кроликахъ. Изучался микроскопически мозгъ послѣ раненія. 2. **Felix R. Nager.** *Beitrag zur Kenntniss seltener Abdominaltumoren.* Микроскопическое изслѣдованіе нѣсколькихъ опухолей брюшной полости. 3. **P. G. Bayon.** *Ueber angebliche verfrühte Synostose bei Kretinen und die hypothetischen Beziehungen der Chondrodystrophia foetalis zur Athyreosis.* На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ заключенію, что нельзя ставить въ связь кретинизмъ съ раннимъ окостенѣніемъ черепныхъ швовъ. 4. **K. Landsteiner** und **O. Stoerk.** *Ueber eine eigenartige Form chronischer Cystitis.* Описаніе и микроскопическое изслѣдованіе 3-хъ случаевъ. 5. **Ernst Cohn.** *Die v. Kupfer'schen Sternzellen der Säugetierleber und ihre Darstellung.* Техника импрегнаціи звѣздчатыхъ клѣтокъ *Kupfer'*а въ печени теплокровныхъ животныхъ.

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie, сентябрь, т. XV, № 16 и 17.

1. **Kurt Falkenberg.** *Ueber die Hämosiderinreaktion der Leber nach Anwendung der verschiedenen Härtungsflüssigkeiten.* Частота положительныхъ результатовъ при микрохимическомъ изслѣдованіи печени на присутствіе въ ней желѣза. 2. **В. Данчакова-Григоревская.** *Ueber experimentell erzeugte Lebercirrhose.* Микроскопическое изслѣдованіе экспериментально полученнаго матеріала. 3. **Ottone Barbacci.** *Summarischer Bericht über die wichtigsten italienischen Arbeiten auf dem Gebiete der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie, erschienen im Jahre 1903.* Годовой обзоръ работъ по общей патологіи и патологической анатоміи.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXII.

1. **Noefske.** *Zur Wertschätzung der Jejunostomie nebst Bemerkungen über die Gastroenterostomie.* 11 случаевъ наложенія свища въ тощей кишкѣ при неоперируемыхъ ракахъ желудка. Авторъ отмѣчаетъ преимущества jejunostomi'и передъ gastroenterostomi'ей при язвахъ привратника и 12-перстной кишки. 2. **Dollinger.** *Die subkutane Entfernung der tuberkulösen Lymphdrüsen.* 100 случаевъ удаленія бугорчатковыхъ шейныхъ железъ т. наз. подкожнымъ способомъ. 3. **Sprengel.** *Zur Diagnose der Wurmfortsatzeinklemmung.* 3 случая ущемленныхъ грыжъ червеобразнаго отростка. 4. **Beyer.** *Das Zusammentreffen von Gallensteinkolik und Leberechinokokkus.* Случай желчныхъ камней и пузырчатой глисты печени. 5. **Ohl.** *Beiträge zur Frage der Choledocho-Duodenostomia interna.* 4 случая удаленія желчныхъ камней желчнаго протока черезъ разрѣзъ стѣнки 12-перстной кишки. 6. **Herhold.** *Beitrag zur Kiefertuberkulose.* 2 случая бугорчатковаго пораженія нижней челюсти. 7. **Grunert.** *Zur Behandlung von penetrierenden Brustwunden.* Случай наложенія шва на рану легкаго. 8. **Puschmann.** *Ein Fall von Darmzysten.* Случай мѣшетчатой опухоли кишекъ. 9. **Küstner.** *Beitrag zur pathologischen Anatomie der Zysten am Pankreas.* Патолого-анатомическое описаніе случая мѣшетчатой опухоли поджелудочной железы. 10. **Jenckel.** *Beitrag zur Kenntniss der Rotzinfektion beim Menschen.* 2 случая зараженія сапомъ человѣка. Въ одномъ—смерть, въ другомъ—выздоровленіе. 11. **Kreuter.** *Ein Fall von bursitis deltoidea.* Описаніе случая операціи при воспаленіи слизистой сумки дельтовидной мышцы. 12. **Wendel.** *Die Luxatio femoris infracotyloidea.* Къ 14 случаямъ изъ литературы присоединяетъ собственное наблюденіе. 12. **Bertelsmann.** *Die Allgemeininfektion bei chirurgischen Infektionskrankheiten.* Излагаетъ результаты бактеріологическаго изслѣдованія крови при различныхъ хирургическихъ заразныхъ болѣзняхъ (рожа, гнило-гноекровіе). Приходитъ къ выводу, что результаты эти имѣютъ большое распознавательное значеніе. 14. **Leusden.** *Ueber Hammerdarm nach Bauchfelltuberkulose.* Случай успѣшнаго закрытія калового свища, образовавшагося послѣ чревосѣченія при бугорчатковомъ воспаленіи брюшины и поведшаго къ выпаденію кишки. 15. **Hartmann.** *Ein seltener Fall von primärer Typhlitis mit sekundärer Epityphlitis.* Случай первичнаго воспаленія слѣпой кишки съ послѣдовательнымъ воспаленіемъ отростка. 16. **Summa.** *Zur Kasuistik der traumatischen Epiphysenlösung am unteren Oberschenkelende.* Случай травматическаго отдѣленія эпифиза на нижнемъ концѣ бедренной кости у 17-лѣтняго юноши. 17. **Bauer.** *Drucknekrosen bei congenitalem Klumpfusse.* У новорожденнаго съ сильнымъ pes varus въ области наружныхъ лодыжекъ было омертвѣніе кожи. 18. **Grüder.** *Ein Beitrag zur Entstehung der freien Gelenkkörper.* Случай osteochondritis dissecans. 19. **Bering.** Небольшая замѣтка объ ошибкахъ въ распознаваніи при изслѣдованіяхъ *Röntgen*'овскими лучами переломовъ малоберцевой кости. 20. **Strebel.** *Das Lichtbrandverfahren.* Описаніе лампы для лѣченія свѣтомъ. 21. **Wohlberg.** *Ein Fall von traumatischer doppelseitiger Luxatio perinealis.* Описаніе случая двусторонняго промежностнаго вывиха бедра. 22. **Hildebrandt.** *Ueber diabetische Extremitätengangrän.* 16 случаевъ омертвѣнія конечностей

при сахарной болѣзни съ подробнымъ изложеніемъ патолого-анатомическихъ результатовъ. 23. Otz. *Experimentelle Untersuchungen zur Genese der Sternumfraktur bei Wirbelfrakturen.* Экспериментальное (на трупахъ) изслѣдованіе о механизмѣ перелома грудины при переломахъ позвоночника. 24. Schubert. *Beitrag zur Kenntniss durch Fussgelenkluxation.* 2 случая вывиха голеностопнаго сустава вслѣдствіе поворота наружу съ переломомъ малоберцовой кости. 25. Brüning. *Beitrag zur Lehre von der blutigen Reposition veralteter Hüftluxationen.* 2 случая кроваваго вправленія застарѣлыхъ вывиховъ бедра. Приводитъ подробно литературу. 26. Matsuoka *Beitrag zur Lehre von der fötalen Knochenerkrankung.* О внутриутробныхъ заболѣваніяхъ костей. Патолого анатомическій очеркъ. 27. Blau. *Fünfzehn Kahnbeinbrüche.* 15 случаевъ перелома ладьевидной кости запястья. Обстоятельный литературно клиническій очеркъ. 28. Suter. *Ueber einen autochthonen Paraurethralstein aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia.* Описаніе случая. 29. Ф. К. Веберъ. *Zur operativen Behandlung des Mastdarmvorfalls.* 3 случая оперативнаго лѣченія выпаденій прямой кишки. 30. Borchard. *Die Knochen-und Gelenkerkrankungen bei der Siryngomyelie.* Очень обстоятельный литературно-клиническій очеркъ заболѣваній костей и суставовъ при сирингоміеліи. 31. Kappeler. *Stichschnittwunde des linken Vorhofs.* Случай успѣшнаго наложенія шва на колоторѣзаную рану лѣваго предсердія. 32. Klose. Описаніе случая удвоенія мочеточниковъ. Удвоеніе распознано катетеризаціей и подтверждено изслѣдованіемъ х-лучами.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, сентябрь, т. XXVII. тетр. 1 и 2.

1. L. Newmark. *Ueber die familiäre spastische Paraplegie.* 2 случая. 2. Tsuneji Sato. *Ueber Cysticerken im Gehirn des Menschen.* По поводу 4-хъ случаевъ приводится статистика и клиническая картина заболѣванія. 3. S. H. Scheiber. *Beitrag zur Lehre über die Tränensekretion im Anschlusse von drei Fällen von Facialislähmung mit Tränenmangel, nebst Bemerkungen über den Geschmackssinn und über Sensibilitätsstörungen bei Facialislähmungen.* О нарушеніи слезоотдѣленія при параличѣ лицевого нерва. 4. Julius Donath. *Die Bedeutung des Cholins in der Epilepsie. Nebst Beiträgen zur Wirkung des Cholins und Neurins sowie zur Chemie der Cerebrospinalflüssigkeit.* Анализъ мозговой жидкости. 5. Wolfgang Seidelmann. *Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten nach Pneumonie.* Описаніе случая и рисунки. 6. H. Idelsohn. *Ein Beitrag zur Pathologie und Histologie des «tabischen Fusses».* Патолого-анатомическія измѣненія въ костяхъ при спинной сухоткѣ. 7. Theodor Büdingen. *Untersuchungen mittels eines neuen Reflexometers über therapeutische Reizwirkungen auf das Rückenmark.* Описаніе и рисунокъ прибора. 8. Kichitaro Taniguchi. *Ein Fall von Hämatomyelie im Anschluss an eine Carcinommetastase im Lendenmark.* Описаніе случая и микроскопическое изслѣдованіе мозга.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, сентябрь, т. XX, тетр. 3.

1. D. J. Halban. *Ueber Phlebektasien des graviden Uterus und ihre klinische Bedeutung.* Случай, окончившійся выздоровленіемъ. 2. Robert Müllerheim. *Ueber die Anwendung der Kopfzange bei Beckenendlage.* Показанія къ наложенію щипцовъ. 3. Emil Pollak. *Weitere Beiträge zur Technik der mechanischen Dilatation mit spezieller Berücksichtigung ihrer Erfolge in der Eklampsiebehandlung.* Описаніе 6 случаевъ. 4. Gustav Bamberg. *Incarceration cystisch degenerierter Ovarien bei Blasenmole.* 1 случай. 5. Paul Rosenstein. *Anatomische Untersuchungen über den Infektionsweg bei der Genitaltuberkulose des Weibes.* 4 случая бугорчатковаго зараженія половыхъ органовъ у женщинъ. 6. Hermann W. Freund. *Die Veränderungen des Nasen-Rachenraums bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.* (Окончаніе).

Therapeutische Monatshefte, сентябрь.

1. Lenné. *Beitrag zur Ernährung und Behandlung der chronischen Nierenerkrankungen.* Критическій очеркъ вопроса о лѣченіи почечныхъ заболѣваній и діэтѣ при нихъ. 2. Max Roloff. *Physikalisch chemische Grundlagen für die therapeutische Beurteilung der Mineral Wässer.* Физико-химическія основанія для примѣненія минеральныхъ водъ у постели больного. 3. Bruno Golli Valerio und Jeanne Rochaz de Jongh. *Ueber Vernichtung der Larven und Nymphen der Culiciden und über einen Apparat zur Petrolierung der Sümpfe.* Описаніе и рисунокъ прибора для поливанія болотъ керосиномъ. 4. W. Feilchenfeld *Unguentum Credé in der Augenheilkunde.* Авторъ доволенъ результатами, полученными отъ мази *Credé.* 5. Herm. Euler. *Einiges über die bis jetzt mit Veronal gemachten Erfahrungen.* Обзоръ литературы о веронадѣ. 6. A. Wolff. *Malzextrakt ist ein wertvolles Nährmittel.* Достоинства солодовой вытяжки. 7. Herbert von Kaon. *Ueber Veronal.* Терапевтическія свойства веронала. 8. Rudolf Blum. *Purgen, ein neues Abführmittel.* Химическій составъ и лѣчебныя свойства пургена. 9. Albert Wolff. *Weitere Mitteilungen über Citarin.* 3 случая, въ которыхъ цитаринъ далъ замѣтное улучшеніе.

Zeitschrift für Heilkunde, августъ.

1. Edmund Hoke. *Ueber Bakterieidie im normalen und im infizierten Organismus und über die Schutzorgane des Körpers gegen Infektionserreger.* Опыты на кроликахъ. 2. Franz Kisch. *Ueber die Beziehungen des Stickstoffgehaltes in Schweiss und Harn bei rheumatischen Erkrankungen.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе. 3. Alexander Skutezky. *Ueber den Wert der Fickerschen Typhusdiagnostikums im Vergleiche zur ursprünglichen Gruber-Widal'schen Reaktion.* Сравнительная оцѣнка *Ficker*'овскаго и *Gruber-Widal*'евскаго способовъ распознаванія брюшного тифа. 4. Franz Erben. *Klinische Blutuntersuchungen bei Masern, Scharlach und Varizellen.* Изслѣдованіе свойствъ кровяной сыворотки при различныхъ сыпныхъ заболѣваніяхъ.

Сентябрь.

1. Josef K. Friedjung. *Eine typische Form der Hysterie des Kindesalters und ihre Beziehung zu der Anatomie der Linea alba.* Патолого-анатомическое изслѣдованіе въ 50 случаяхъ и 37 исторій болѣзни. 2. Hermann Ulbrich. *Die natürlichen Pigmentreflecke und die Pigmenttumoren der Bindehaut.* Литературно-критическій обзоръ. 3. R. Imhofer. *Nachbehandlung nach Nasenoperationen.* Уходъ за носовой полостью послѣ операціи въ носу.

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, № 8.

1. Max Blutstein. *Alkohol und Schule.* Рядъ мѣръ для предохраненія школы отъ вреднаго вліянія алкоголя. 2. Ralt Wichmann. *Zur Statistik der Nervosität bei Lehrern.* Статистическія данныя о нервныхъ разстройствахъ у учащихъ.

Англійскіе.

Lepra. Bibliotheca internationalis, сентябрь, т. IV.

1. L. A. Noël. *La lèpre: douze années de pratique à l'hospice des lépreux de la Désirade (Guadeloupe).* 4 наблюденія надъ прокаженными. 2. G. Armauer Hansen. *Abnahme der Lepra in Norwegen.* Статистическій очеркъ.

Pacific Medical Journal, іюль, т. XLVII, № 7.

1. Alfred W. Perry. *Simplicity in diagnosis and therapy of digestive disorders.* Простота распознаванія и лѣченія пищеварительныхъ разстройствъ. 2. Thomas Bassett Keyes. *Immunity from tuberculosis: its production by fat foods and outdoor camp life.* Невосприимчивость къ бугорчаткѣ и достиженіе ея физическими средствами. 3. John H. Musser. *Some aspects of medical education.* Нѣкоторые виды медицинскаго воспитанія.

The American Journal of the Medical Sciences, августъ, т. CXXVIII, № 2.

1. John B. Murphy. *Two thousand operations for appendicitis.* 2000 операцій по поводу аппендицита. 2. Aldred Scott Warthin. *Pseudomelanosis of the haemolymph glands.* Псевдомеланозъ гэмолимфатическихъ железъ. 3. Theobald Smith. *A study of the tubercle bacilli isolated from three cases of tuberculosis of the mesenteric lymph nodes.* О бугорчатковыхъ палочкахъ, выдѣленныхъ въ 3-хъ случаяхъ бугорчатки лимфатическихъ железъ. 4. Joseph Sailer. *A study of circumscribed and diffuse pulsation of the wall of the thorax.* Къ вопросу объ ограниченномъ и разлитомъ толчкѣ грудной клѣтки. 5. D. I. M. Miller and J. C. Gittings. *Pyopericardium and commencing interstitial pneumonia complicating ileo-colitis in an infant aged four and a half months.* Гнойный перикардитъ и начало пнеймоніи, осложненной ileo-colit'омъ у ребенка 4½ мѣс. 6. Alfred S. Taylor. *The treatment of chronic internal hydrocephalus by autodrainage.* Лѣченіе хронической мозговой водянки дренажемъ. 7. Solomans Solis Cohen and Randle C. Rosenberger. *A case of splenomegaly with blood changes and symptoms resembling those of Banti's disease, apparently due to malaria.* Случай увеличенія селезенки болотно-лихорадочнаго происхожденія, походившій на болѣзнь *Banti.* 8. Ralph Waldo Lohenstine. *The leukocytosis of pregnancy, of the puerperium, and of eclampsia.* Лейкоцитозъ при беременности, родильномъ періодѣ и эклампсіи. 9. Joseph C. Ohlmacher. *The relation of the islands of Langerhans to diseases of the liver, with special reference to carbohydrate metabolism.* Отношеніе островковъ *Langerhans*'а къ заболѣваніямъ печени и къ углеводному обмѣну. 10. Charles Louis Mix. *Orthostatic albuminuria.* Ортостатическая альбуминурія. 11. J. N. Hall and C. E. Walbrach. *Adiposis dolorosa.* Болѣзненное ожирѣніе. 12. Philip D. Bourland. *Aneurysm of the heart.* Аневризмы сердца. 13. A. L. Benedict. *Oesophageal neuroses.* Нейрозы пищевода.

The British gynaecological Journal, августъ, т. LXXVIII.

1. John W. Taylor. *Giant myomata.* Гигантскія міомы. 2. H. Macnaughton-Jones. *The downes electro-thermic angiotribe.* Электротермическій раздавливатель кровеносныхъ сосудовъ. 3. E. Stanmore Bishop. *On the prevention of ventral hernia as a sequel to abdominal section.* Предупрежденіе брюшныхъ грыжъ.

The Edinburgh Medical Journal, августъ, т. XVI, № 2.

1. H. Macnaughton Jones. *Tuberculosis of the female genitalia: a brief résumé of our present knowledge.* Бугорчатка женскихъ половыхъ органовъ. 2. James M. Beatti. *Acute rheumatism.* Острый ревматизмъ. 3. William George Sym. *Metastatic gonorrhoeal ophthalmia.* Переносная офтальмія гоноррейнаго происхожденія. 4. Rutherford Morison. *Intestinal obstruction.* Закупорка кишечника. 5. John Batty Tuke. *The relations of the insanities to criminal responsibility and civil capacity.* Преступленіе въ умоизступленіи и отвѣтственность передъ закономъ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CXCIV. Изъ кабинета оперативной хирургіи и топографической анатоміи въ В.-Медицинской Академіи.

Перевязка бедренной артеріи въ Hunter'овомъ каналѣ (canalis femoro-popliteus).

Прозектора и ч. пр. С. И. Калантаріанца (Калантарова).

Вслѣдствіе противорѣчивыхъ мнѣній различныхъ авторовъ въ руководствахъ по оперативной хирургіи объ операціонной линіи при перевязкѣ бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ и неточныхъ указаній касательно уровня перекрещиванія съ нею портняжной мышцы (m. sartorius), что̀ важно для этой перевязки, послѣдняя является, можно сказать, самой трудной перевязкой артерій на нижней конечности.

Давно занимаясь практически со студентами и врачами, я не только часто замѣчалъ, что они рѣдко могли безъ надлежащихъ указаній отыскать артерію въ этомъ каналѣ, потому что, вмѣсто портняжной мышцы, вскрывали внутреннюю головку 4-главой мышцы бедра (m. vastus internus) и, роясь въ толщѣ этой мышцы, разумѣется, не находили искомой артеріи, но и самъ въ началѣ своей прозекторской дѣятельности встрѣчалъ затрудненія въ этомъ направленіи. Все это и побудило меня заняться выясненіемъ причины этихъ затрудненій, т. е. провѣрить анатомическія изслѣдованія различныхъ авторовъ относительно проведенія линіи для отыскиванія бедренной артеріи въ каналѣ femoro-popliteus и, самое главное, изслѣдовать положеніе портняжной мышцы, какъ руководящей точки, а именно—на какомъ разстояніи отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы (m. adductor magnus) она пересѣкаетъ операціонную линію.

Просматривая литературу вопроса, мы найдемъ всевозможныя указанія о проведеніи линіи для отыскиванія этой артеріи. *Malgaigne* [1]) говоритъ: направленіе бедренной артеріи соотвѣтствуетъ линіи, начинающейся отъ средины *Poupart*'овой связки и идущей къ срединѣ подколѣнной ямки. *Farabeuf* [2]) прощупываетъ переднюю верхнюю ость подвздошной кости (spina ant. sup. ossis ilei) и лобковый бугоръ (tuberculum pubis), разстояніе между которыми соотвѣтствуетъ *Poupart*'овой связкѣ, и отъ средины этой связки проводитъ прямую линію къ точкѣ, находящейся позади внутренняго мыщелка бедренной кости, не снутри, а позади. *Richet* [3]) говоритъ: бедренная артерія направляется косвенно внизъ и внутрь, вполнѣ отвѣчая положенію линіи, которая идетъ не отъ средины бедренной дуги, но отъ мѣста соединенія внутренней $^1/_3$ ея со средней и оканчивается на 4 поперечныхъ пальца выше бугорка 3-ей приводящей мышцы, на выпуклости сухожилія послѣдней, всегда прощупываемаго черезъ покровы. Вдоль всей этой линіи всегда легко найти артерію, которая не отклоняется отъ нея замѣтно, какое-бы ни придавать положеніе бедру. *Quaine* [4]) пишетъ, что общія указанія направленія бедренной артеріи на передней и внутренней части бедра даются линіей, проведенной отъ средины линіи, соединяющей верхнюю переднюю ость подвздошной кости съ лоннымъ соединеніемъ, къ выдающемуся бугорку внутренняго мыщелка бедренной кости (гдѣ прикрѣпляется сухожиліе большой приводящей мышцы бедра). *R. Tillaux* [5]) замѣчаетъ, что бедренная артерія соотвѣтствуетъ срединѣ линіи, проведенной между передней верхней остью подвздошной кости и лоннымъ сроще̂ніемъ. Если отъ этой точки провести другую линію внизъ къ заднему краю внутренняго мыщелка бедра, то получимъ направленіе всей бедренной артеріи отъ начала до конца; на всемъ протяженіи указанной линіи можно отыскать артерію. *Faur* [6]) проводитъ линію отъ точки, лежащей на 1 стм. внутрь отъ средины arcus cruralis, къ задней части внутренняго мыщелка бедренной кости при согнутомъ колѣнѣ. *К. Ф. Геннеръ* [7]) говоритъ: положеніе артеріи опредѣляется слѣдующимъ образомъ: проводятъ линію отъ верхне-передняго конца лоннаго сроще̂нія до передней верхней подвздошной ости и раздѣляютъ эту линію пополамъ; отъ найденной точки проводятъ линію къ внутреннему мыщелку бедренной кости. *Sappey* [8]) даетъ слѣдующія указанія о направленіи бедренной артеріи: линія, проведенная отъ средины паховой складки къ внутренней сторонѣ бедра до соединенія нижней его $^1/_3$ съ $^2/_3$ верхними, вполнѣ точно представляетъ направленіе этой артеріи. Arcus cruralis сверху и кольцо 3-ей приводящей бедро мышцы снизу обозначаютъ ея границы. *Ch. Bell* [9]) совѣтуетъ поступать такъ: проводятъ одну линію отъ средины между верхней передней остью подвздошной кости и лоннымъ соединеніемъ до внутренняго края надколѣнника, другую линію отъ той-же ости до внутренней части внутренняго мыщелка бедренной кости; средина разрѣза должна быть на 1 стм. выше перекрещиванія этихъ линій.

Что касается другихъ авторовъ, то нѣкоторые изъ нихъ въ учебникахъ по оперативной хирургіи или совсѣмъ не даютъ указаній для проведенія операціонной линіи при этой перевязкѣ или-же руководятся при разрѣзѣ то бороздой между длинной и большой приводящими мышцами бедра (mm. adductor longus и magnus), съ одной стороны, и внутренней головкой 4-главой мышцы (m. vastus int.), съ другой, то просто краемъ портняжной мышцы.

Чтобы провѣрить операціонныя линіи, предложенныя для отыскиванія бедренной артеріи (art. femoralis) вышеупомянутыми авторами, я провелъ ихъ такъ, какъ указываютъ сами авторы, т. е. взялъ верхнюю и нижнюю точку и соединилъ ихъ нитью, а по ходу нити вкалывалъ длинныя булавки на разстояніи 3-хъ дюймовъ одна отъ другой на всемъ протяженіи линіи. Послѣ этого осторожно приступалъ къ препаровкѣ, употребляя всѣ старанія, чтобы булавки не смѣщались съ мѣста. При этомъ оказалось, что ни одна изъ указанныхъ операціонныхъ линій, за исключеніемъ линіи *Quaine*'а, не соотвѣтствуетъ направленію артеріи не только въ *Hunter*'овомъ каналѣ, но и въ остальныхъ мѣстахъ, гдѣ приходится перевязывать эту артерію. При провѣркѣ операціонной линіи *Malgaigne*'я и *Farabeuf*'а оказалось, что артерія подъ *Poupart*'овой связкой лежала на 2 стм. кнутри отъ операціонной линіи, а на уровнѣ *Hunter*'оваго канала—на 3 стм. кнаружи. При провѣркѣ операціонной линіи *Richet* выяснилось, что подъ *Poupart*'овой связкой артерія лежала на 1,5 стм. кнаружи, а операціонная линія его проходила по внутреннему краю бедренной вены. Операціонная линія *Tillaux* вверху подъ arcus cruralis соотвѣтствовала какъ разъ артеріи, а внизу на уровнѣ *Hunter*'ова канала артерія лежала на 1,5 стм. кнаружи. При провѣркѣ операціонной линіи *Faur*'а артерія подъ arcus cruralis осталась на 1 стм. кнутри отъ нея. При провѣркѣ операціонной линіи *К. Ф. Геннера* линія эта подъ *Poupart*'овой связкой какъ разъ соотвѣтствовала артеріи, но ниже этого мѣста, такъ какъ авторъ неточно указываетъ конечную ея точку на внутреннемъ мыщелкѣ бедра, говоря лишь—«къ внутреннему мыщелку», а мыщелокъ этотъ, какъ извѣстно, дов. большой, провѣрка становилась недѣйствительной. Тоже самое можно сказать и относительно линіи *Faur*'а, который обозначаетъ конечную точку ея тоже лишь общимъ указаніемъ—«на задней поверхности внутренняго мыщелка бедра», не опредѣляя точно этого мѣста. Поэтому какъ *Геннеровская* операціонная линія, такъ и линія *Faur*'а не провѣрены мною внизу, а только подъ arcus cruralis.

И такъ, провѣривъ операціонныя линіи вышеупомянутыхъ авторовъ, предложенныя ими для отыскиванія бедренной артеріи на всемъ ея протяженіи, я пришелъ къ тому заключенію, что изъ всѣхъ нихъ самая точная и вѣрная—линія, предложенная *Quaine*'омъ. Вслѣдствіе этого для перевязки бедренной артеріи, на всемъ ея протяженіи, гдѣ-бы то не приходилось, и слѣдуетъ руководиться именно этой линіей.

Перейду теперь къ описанію положенія портняжной мышцы (m. sartorius) на уровнѣ *Hunter*'ова канала.

Перевязка бедренной артеріи въ этомъ каналѣ не допустима безъ того, чтобы предварительно не была найдена портняжная мышца, такъ какъ мышца эта служитъ первой опознавательной точкой. Нужно замѣтить, что эта опознавательная точка очень часто не попадается въ разрѣзѣ и, по ошибкѣ, за эту мышцу принимаютъ внутрен-

нюю головку 4-главой мышцы бедра, роются въ толщѣ этой послѣдней и, конечно не находятъ сосуда. Хотя и совѣтуютъ обращать вниманіе, на направленіе мышечныхъ волоконъ, которыя у портняжной мышцы идутъ сверху внизъ и снаружи внутрь, а у внутренней головки 4-главой мышцы—сверху внизъ и кнаружи, но, къ сожалѣнію, направленіе этихъ волоконъ не такъ замѣтно, какъ объ этомъ говорятъ, особенно когда операціонное поле залито кровью; волокна эти ясно видны на препарованныхъ мышцахъ, а не во время операціи. Точно также нѣкоторые авторы совѣтуютъ прощупывать пальцами края портняжной мышцы и по нимъ дѣлать разрѣзъ для отыскиванія артеріи. Но достигнуть этого очень трудно, особенно у тучныхъ лицъ. Мнѣ, по крайней мѣрѣ, никогда не удавалось прощупать на трупахъ края этой мышцы, хотя направленіе ея и было мнѣ вполнѣ точно извѣстно.

Матеріаломъ для изслѣдованій служили мнѣ трупы людей различнаго возраста за исключеніемъ дѣтскаго, и пола. Число труповъ было 60, т. е. 120 нижнихъ конечностей. Изслѣдованія производились такъ. Трупъ лежалъ на спинѣ въ такомъ положеніи, въ какомъ вообще находится больной, когда ему дѣлаютъ перевязку бедренной артеріи. Безразлично, на правой-ли или на лѣвой конечности дѣлалась перевязка, ногу сгибали въ колѣнѣ, отводили и поворачивали бедро кнаружи, чтобы лучше напрягалась приводящая мышца бедра (m. adductor femoris) и легко можно было прощупать ея сухожиліе вплоть до мѣста его прикрѣпленія къ бугорку большой приводящей мышцы (tuberculum adductoris magni). Затѣмъ прощупывались передняя верхняя ость подвздошной кости и лонное срощеніе. Пространство это дѣлилось пополамъ, и отъ срединной точки проводилась линія до бугорка большой приводящей мышцы, т. е. получалась линія *Quaine*'а. Лучше, впрочемъ, вести эту линію на 1 стм. кзади и внутрь отъ бугорка. Потомъ на передней и внутренней поверхности бедра отпрепаровывались кожа и и подкожная клѣтчатка, при чемъ широкая фасція бедра не трогалась. Тогда обнажались портняжная мышца, внутренняя головка 4-главой и приводящія мышцы бедра въ своихъ влагалищахъ. Послѣ препаровки опять проводилась таже самая линія, которая проходила по наружному краю длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра, а внизу, ниже уровня *Hunter*'ова канала, по сухожилію большой приводящей мышцы. Чтобы опредѣлить разстояніе между указанными 2 мя точками изслѣдуемой конечности, я измѣрялъ длину, по линіи отъ *Poupart*'овой связки, отъ той точки, откуда начинается операціонная линія, до бугорка большой приводящей мышцы. Затѣмъ опредѣлялъ, на какомъ разстояніи отъ послѣдняго портняжная мышца, какъ руководящая точка при отыскиваніи бедренной артеріи, пересѣкаетъ операціонную линію и большую приводящую мышцу бедра.

Табл. 1.

Длина конечности отъ средины линіи между передней верхней остью подвздошной кости и лоннымъ соединеніемъ до бугорка большой приводящей мышцы.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
14	36	20	40
8	37	14	41
22	38	18	42
24	39		

Табл. 2.

Разстояніе отъ бугорка большой приводящей мышцы бедра до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
4	10	12	13
2	10	2	15
4	10	6	14
6	10	2	13
18	14	2	12
6	13	2	14
6	12	12	13
8	11	6	14
4	13	2	15
6	12	10	15

Результатъ моихъ изслѣдованій на 120 конечностяхъ можетъ быть выраженъ въ слѣдующихъ 2-хъ таблицахъ: 1) по длинѣ операціонной линіи и 2) по разстоянію мѣста перекреста наружнаго края портняжной мышцы съ операціонною линіею до бугорка большой приводящей мышцы бедра, т. е. epicondylus int.

Такимъ образомъ на 16 конечностяхъ разстояніе отъ бугорки большой приводящей бедро мышцы до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей равнялось 10, на 8—11, на 14—12, на 36—13, на 32—14 и на 14—15 стм. Изъ этого ясно, что для того, чтобы найти портняжную мышцу, нужно начинать разрѣзъ на 13 или 14 стм. отступя отъ бугорка приводящей мышцы (tuberculum m. adductoris magni) вверхъ по операціонной линіи, а не на 4 поперечныхъ пальца, что составляетъ около 8—9 стм., какъ это вообще совѣтуютъ.

Что касается самого *Hunter*'ова канала (canalis femoro-popliteus), то онъ, какъ извѣстно, есть продолженіе передней бедренной борозды (sulcus femoralis ant.), имѣющей слѣдующія границы: снутри — приводящія мышцы (mm. adductores brevis, longus и magnus) а снаружи — внутренняя головка 4-главой мышцы (m. vastus int.). Эту борозду пересѣкаетъ сверху внизъ и снаружи внутрь портняжная мышца. Книзу бороздка эта превращается въ каналъ вслѣдствіе того, что на уровнѣ прикрѣпленія длинной приводящей бедро мышцы общее влагалище сосудовъ утолщается, благодаря срощенію съ нимъ фиброзныхъ волоконъ, идущихъ отъ сухожилія длинной и большой приводящихъ бедро мышцъ на внутреннюю головку 4-главой мышцы; утолщеніе это и составляетъ переднюю стѣнку канала. Каналъ кончается въ томъ мѣстѣ, гдѣ сосуды, пробуравливая большую приводящую мышцу бедра, переходятъ въ подколѣнную ямку. Мѣсто выхода сосудовъ и считается нижнимъ отверстіемъ канала. Отъ этого мѣста до бугорка большой приводящей бедро мышцы—12—13 стм.

Опишу теперь технику операціи перевязки бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ. Больной лежитъ на спинѣ; конечность его согнута въ колѣнѣ, бедро отведено и повернуто кнаружи. Операторъ стоитъ снаружи бедра; помощникъ помѣщается напротивъ. При операціи на правой ногѣ разрѣзъ начинается сверху внизъ, а на лѣвой снизу вверхъ. Такъ какъ прежде всего нужно найти первую руководящую точку при разрѣзѣ, т. е. портняжную мышцу, безъ которой найти артерію нельзя, то берется среднее число изъ моихъ изслѣдованій, которое и укажетъ разстояніе отъ бугорка приводящей мышцы до пересѣченія портняжной мышцы съ операціонной линіей, а именно 13 стм., и эта точка отмѣчается. Разрѣзъ долженъ быть величиною въ 4—5 стм. (на правой ногѣ сверху внизъ до отмѣченной точки, а на лѣвой снизу вверхъ отъ этой точки). Затѣмъ разрѣзаются кожа, подкожная клѣтчатка и поверхностная фасція. Что касается большой подкожной вены конечности (vena saphena magna), то она почти всегда остается снутри и очень рѣдко попадается въ разрѣзъ. По разрѣзѣ поверхностной фасціи обнажается и портняжная мышца, лежащая въ собственномъ влагалищѣ, вскрывается передняя стѣнка послѣдняго и, при удерживаніи пинцетомъ снаружи этой фасціи, портняжная мышца желобоватымъ зондомъ или, лучше, рукояткой скальпеля отодвигается снаружи внутрь; при этомъ обнаруживается задняя стѣнка влагалища этой мышцы, которую составляетъ рыхлая клѣтчатка. Затѣмъ острымъ крючкомъ захватывается передняя стѣнка влагалища портняжной мышцы снаружи, а тупымъ—она сама и отдается для удерживанія помощнику. Желобоватымъ зондомъ отодвигается рыхлая клѣтчатка; подъ нею открываются бѣловатыя сухожильныя растяженія, которыя идутъ отъ длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра на внутреннюю головку 4-главой мышцы и которыя и составляютъ переднюю стѣнку *Hunter*'ова канала. На этомъ сухожильномъ растяженіи находятся отверстія для большого подкожнаго нерва (n. saphenus major) и для большой анастомозирующей артеріи (arteria anastomotica magna), выходящихъ иногда вмѣстѣ черезъ одно отверстіе, а иногда каждый отдѣльно. Отверстіе это находится внизу, иногда по срединѣ, а иногда вверху сухожильнаго растяженія. Если отверстіе это вы-

но, то въ него вводится желобоватый зондъ такимъ образомъ, чтобы сосудъ и нервъ оставались позади послѣдняго, т. е. чтобы при разрѣзѣ не поранить ихъ. Если-же его здѣсь не находится, то поступаютъ такъ. Въ ранѣ прощупывается сухожиліе большой приводящей бедра мышцы, которое служитъ второй руководящей точкой, и, отступя отъ него на 1 или 0,5 стм. кнаружи, дѣлается въ сухожильномъ растяженіи отверстіе и вводится въ него желобоватый зондъ, по которому и разсѣкается это сухожиліе, т. е. передняя стѣнка *Hunter*'ова канала; при этомъ открываются сосуды (артерія и вена) и большой подкожный нервъ бедра (n. saphenus major) въ своихъ собственныхъ влагалищахъ. Нервъ относительно артеріи лежитъ снаружи и спереди, и вена позади нея, но въ очень тѣсномъ съ ней соприкосновеніи. Затѣмъ вскрывается собственное влагалище артеріи, изолируется она сама, и накладывается лигатура, при чемъ игла подводится снутри кнаружи.

Я надѣюсь, что при обращеніи вниманія на тѣ данныя, которыя я получилъ при своихъ изслѣдованіяхъ, отыскиваніе и перевязка бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ никому не представитъ особыхъ затрудненій, если операторъ будетъ руководиться при этомъ слѣдующими правилами. 1) Необходимо весьма точно прощупать верхнюю переднюю ость подвздошной кости и лонное соединеніе, взять средину между этими 2-мя точками и провести линію къ бугорку большой приводящей бедро мышцъ, какъ совѣтуетъ *Quaine*, или, еще лучше, на 1 стм. отступя кзади. Линія эта точно соотвѣтствуетъ ходу бедренной артеріи отъ начала до конца. 2) Отмѣрить на этой линіи отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы 13 стм. вверхъ и отъ этой точки вести разрѣзъ вверхъ длиною въ 4—5 стм. Такъ какъ при моихъ изслѣдованіяхъ оказалось, что самое малое разстояніе отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы до наружнаго края портняжной равно 10, а самое большое—15 стм., то очевидно, что при разрѣзѣ на 13 стм выше упомянутаго бугорка непремѣнно въ разрѣзѣ попадется портняжная мышца, которая служитъ первой руководящей точкой при этой операціи, и не найдя которую, нельзя отыскать и артеріи.

Источники: 1. *Malgaigne*. Руководство къ оперативной хирургіи. Перев. съ VIII французскаго изд. подъ ред. проф. *И. И. Насилова*, 1883 г. стр. 279.—2. *Farabeuf*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французскаго изд. проф. *А. С. Таубера*, 1887 г., стр. 111.—3. *A. Richet*. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. 2 изд. Paris, 1860 г., стр. 1020.—4. *Quaine*. Anatomie, 1892 г. стр. 487.—5. *R. Tillaux*. Руководство къ топографической анатоміи примѣнительно къ хирургіи. Перев. съ 3-го франц. издан. подъ ред. проф. *А. С. Таубера*, 1884, стр. 977.—6. *Faur*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французъ. подъ ред. ч. пр. *В. Н. Попова*, 1881, стр. 40.—7. *Г. Ф. Геннеръ*. Руководство оперативной хирургіи. Изд. 2-ое, вып. I 1881 г.—8. *Sappey*. Traité d'anatomie descriptive, Paris, 1876 г., т. II, стр. 667.—9. *Gunther*. Lehre von den blutigen Operationen. 1857 г., т. III, отд. VII, стр. 130—131.

CXCV. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

Случай повторнаго кесарскаго сѣченія при безусловномъ съуженіи таза.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

Случаи повторнаго кесарскаго сѣченія насчитываются въ настоящее время всего лишь единицами. Поэтому каждый новый случай представляетъ извѣстный интересъ и заслуживаетъ отдѣльнаго описанія. Въ 1903 г. въ № 7 «Русскаго Врача» въ статьѣ—Къ техникѣ производства повторнаго кесарскаго сѣченія—я описалъ случай повторнаго кесарскаго сѣченія при относительномъ съуженіи таза, произведеннаго во 2-ой разъ (мною, въ 1-ый же разъ кесарское сѣченіе у этой больной было сдѣлано проф. *А. И. Лебедевымъ* 2/x 1887 г.). Въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней», въ сентябрской книжкѣ за 1904 г. д-ромъ *Л. А. Кривскимъ* [1]) описанъ подобный-же случай кесарскаго сѣченія (въ 1-ый разъ оно было произведено проф. *Н. Н. Феноменовымъ* 29/iv 1900 г., во 2-ой разъ—д-ромъ *В. А. Столыпинскимъ* 29/iv 1904 г.). Въ статьѣ этой авторъ приводитъ только 8 такихъ случаевъ (9-ый автора), собранныхъ имъ въ русской литературѣ (случаи—1—проф. *А. Я. Крассовскаго* [2]), 2—*И. Ѳ. Баландина* [3]) и *Д. О. Отта* въ 1891 и 1894 гг., 1—проф. *Г. Е. Рейна* [4]), 1—*В. А. Вастена* [5]), 1—проф. *И. Н. Грамматикати* [6]), 1—проф. *А. И. Лебедева* и *В. Н. Орлова* [7]), 1—проф. *Н. Н. Феноменова* и *В. А. Столыпинскаго* и 1 проф. *Н. Н. Феноменова* [8]). Нижеприводимый случай будетъ, слѣд., по счету 10-мъ (въ 1-ый разъ кесарское сѣченіе у больной сдѣлано было проф. *А. И. Лебедевымъ*, а во 2-ой разъ мною, черезъ 3 года послѣ перваго).

А. Р., 27 л., крестьянка, родомъ изъ Ярославской губ., поступила въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику 5/ш 1901 г. въ 11 час. 30 мин. вечера съ зѣвомъ, открытымъ на верхушку пальца. Шейка еще различима. Околоплодный пузырь цѣлъ. Головное предлежаніе; 2-ая позиція; передній видъ. Сердцебіеніе плода справа ниже пупка, 130 уд. въ 1 мин. Роды срочные. Беременна въ 1-ый разъ. 1-ое движеніе плода почувствовала въ началѣ ноября. Ростъ 145 стм.; сложеніе слабое; костякъ со всѣми признаками рахита; мышцы развиты плохо. Размѣры таза: между остями 23, между гребнями 25, между вертелами 28, конъюгата наружная 15, діагональная 7, истинная 5,5 стм. Размѣры живота: на уровнѣ пупка 84, выше его 84, ниже 82 стм. Сдѣлана ванна. 6/ш въ 7 час. утра при изслѣдованіи найдено тоже, что и наканунѣ вечеромъ. Схватки стали гораздо рѣже. Сердцебіеніе плода ясное, 125—130 уд. въ минуту.

6/ш въ 8 час. утра—кесарское сѣченіе. Показанія къ операціи: безусловно съуженный рахитическій тазъ — діагональная конъюгата 7, истинная 5,5 стм. Условія операціи: температура нормальная, схватки правильныя, зѣвъ открытъ на верхушку пальца, шейка еще различима, пузырь цѣлъ, п. 92, дых. 23. Сердцебіеній плода 130 въ минуту. Операція сдѣлана по классическому способу. Послѣ предварительнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи, начиная пальцевъ на 5 выше пупка и оканчивая на 3 пальца выше лоннаго соединенія, чтобы не поранить мочевого пузыря. Брюшина сначала вскрыта между 2-мя пинцетами, а затѣмъ ножницами. Матка разрѣзана по средней линіи. Быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и ребенокъ извлеченъ въ арпоё, но вскорѣ сталъ дышать нормально. Послѣдъ отдѣленъ рукою. Во избѣжаніе кровотеченія помощникъ все время сдавливалъ шейку матки рукой. На маточную рану наложено 26 шелковыхъ швовъ въ 2 этажа: 1) глубокій — мышечно-мышечный, доходившій только до отпадающей оболочки, въ разстояніи 1 стм., и 2) сывороточно-мышечный, при чемъ въ эти швы захватывалось какъ можно больше ткани и они накладывались между предыдущими. На брюшную рану наложено 19 узловатыхъ шелковыхъ швовъ. Для остановки кровотеченія впрыснуто 2 шприца 5%-го стерилизованнаго эрготина *Пеля*. Начало операціи въ 8 час. утра, конецъ въ 8 час. 45 мин. Начало хлороформированія въ 7 час. 50 мин. утра. Хлороформа истрачено 35 грм.

Ребенокъ — живая дѣвочка, не много не доношенная, вѣсомъ 2450 грм. Размѣры головки: прямой 11, большой косой 12,5, малый косой 10, большой поперечный 9, малый поперечный 7, вертикальный 9 стм.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безлихорадочно. Самая высокая температура была 37°,3. Швы сняты на 14-ый день — первое натяженіе по всей ранѣ. Выписалась на 21-ый день.

На 3-ій день въ грудяхъ появилось молоко. Въ послѣдующіе дни успѣшно кормила ребенка, который все время былъ здоровъ. При выпискѣ найдено: рубецъ на передней брюшной стѣнкѣ гладкій и ровный на всемъ протяженіи; инфильтраціи въ области его нѣтъ; матка небольшая, спаяна съ рубцомъ въ нижней его ⅓; своды свободны.

1/iv 1904 г. А. Р. снова поступила въ клинику. Послѣднія мѣсячныя 6/vii 1903 г. Размѣры таза прежніе. Опредѣлена беременность на сносяхъ. Положеніе плода продольное; предлежитъ головка надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе плода слѣва, 120 уд. въ минуту. 1/iv около 9 час. веч. начались схватки. Шейка найдена несглаженной; зѣвъ открытъ на ½ пальца. Въ 10 час. 45 мин. найдено тоже, только зѣвъ открылся нѣсколько больше.

Въ виду безусловнаго съуженія таза я немедленно приступилъ къ кесарскому сѣченію, не дожидаясь дальнѣйшаго развитія родовой дѣятельности. Въ 11 час. больная была перевезена въ большую операціонную, гдѣ, послѣ обычнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, я сдѣлалъ разрѣзъ по средней линіи рядомъ со старымъ рубцомъ (слѣва отъ него). Идя послойно, я вскрылъ брюшину. Въ разрѣзѣ показалась беременная матка. При осмотрѣ найдено: матка при помощи сроченій соединена справа со старымъ рубцемъ брюшной стѣнки; тутъ-же приросли и петли тонкой кишки и часть сальника; рубецъ на маткѣ выраженъ ясно, но отъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, наложенныхъ при 1-мъ кесарскомъ сѣченіи, нѣтъ и слѣда. Разрѣзъ на маткѣ сдѣланъ рядомъ со старымъ рубцемъ; быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и живой младенецъ (дѣвочка) извлеченъ за ножку. Послѣ этого удаленъ послѣдъ. Матка зашита, какъ и въ предыдущій разъ, въ 2 этажа узловатыми шелковыми швами (28

нюю головку 4-главой мышцы бедра, роются въ толщѣ этой послѣдней и, конечно не находятъ сосуда. Хотя и совѣтуютъ обращать вниманіе, на направленіе мышечныхъ волоконъ, которыя у портняжной мышцы идутъ сверху внизъ и снаружи внутрь, а у внутренней головки 4-главой мышцы—сверху внизъ и кнаружи, но, къ сожалѣнію, направленіе этихъ волоконъ не такъ замѣтно, какъ объ этомъ говорятъ, особенно когда операціонное поле залито кровью; волокна эти ясно видны на препарованныхъ мышцахъ, а не во время операціи. Точно также нѣкоторые авторы совѣтуютъ прощупывать пальцами края портняжной мышцы и по нимъ дѣлать разрѣзъ для отыскиванія артеріи. Но достигнуть этого очень трудно, особенно у тучныхъ лицъ. Мнѣ, по крайней мѣрѣ, никогда не удавалось прощупать на трупахъ края этой мышцы, хотя направленіе ея и было мнѣ вполнѣ точно извѣстно.

Матеріаломъ для изслѣдованій служили мнѣ трупы людей различнаго возраста за исключеніемъ дѣтскаго, и пола. Число труповъ было 60, т. е. 120 нижнихъ конечностей. Изслѣдованія производились такъ. Трупъ лежалъ на спинѣ въ такомъ положеніи, въ какомъ вообще находится больной, когда ему дѣлаютъ перевязку бедренной артеріи. Безразлично, на правой-ли или на лѣвой конечности дѣлалась перевязка, ногу сгибали въ колѣнѣ, отводили и поворачивали бедро кнаружи, чтобы лучше напрягалась приводящая мышца бедра (m. adductor femoris) и легко можно было прощупать ея сухожиліе вплоть до мѣста его прикрѣпленія къ бугорку большой приводящей мышцы (tuberculum adductoris magni). Затѣмъ прощупывались передняя верхняя ость подвздошной кости и лонное срощеніе. Пространство это дѣлилось пополамъ, и отъ срединной точки проводилась линія до бугорка большой приводящей мышцы, т. е. получалась линія *Quaine*'а. Лучше, впрочемъ, вести эту линію на 1 стм. кзади и внутрь отъ бугорка. Потомъ на передней и внутренней поверхности бедра отпрепаровывались кожа и и подкожная клѣтчатка, при чемъ широкая фасція бедра не трогалась. Тогда обнажались портняжная мышца, внутренняя головка 4-главой и приводящія мышцы бедра въ своихъ влагалищахъ. Послѣ препаровки опять проводилась таже самая линія, которая проходила по наружному краю длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра, а внизу, ниже уровня *Hunter*'ова канала, по сухожилію большой приводящей мышцы. Чтобы опредѣлить разстояніе между указанными 2 мя точками изслѣдуемой конечности, я измѣрялъ длину, по линіи отъ *Poupart*'овой связки, отъ той точки, откуда начинается операціонная линія, до бугорка большой приводящей мышцы. Затѣмъ опредѣлялъ, на какомъ разстояніи отъ послѣдняго портняжная мышца, какъ руководящая точка при отыскиваніи бедренной артеріи, пересѣкаетъ операціонную линію и большую приводящую мышцу бедра.

Табл. 1.

Длина конечности отъ средины линіи между передней верхней остью подвздошной кости и лоннымъ соединеніемъ до бугорка большой приводящей мышцы.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
14	36	20	40
8	37	14	41
22	38	18	42
24	39		

Табл. 2.

Разстояніе отъ бугорка большой приводящей мышцы бедра до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
4	10	12	13
2	10	2	15
4	10	6	14
6	10	2	13
18	14	2	12
6	13	2	14
6	12	12	13
8	11	6	14
4	13	2	15
6	12	10	15

Результатъ моихъ изслѣдованій на 120 конечностяхъ можетъ быть выраженъ въ слѣдующихъ 2-хъ таблицахъ: 1) по длинѣ операціонной линіи и 2) по разстоянію мѣста перекреста наружнаго края портняжной мышцы съ операціонною линіею до бугорка большой приводящей мышцы бедра, т. е. epicondylus int.

Такимъ образомъ на 16 конечностяхъ разстояніе отъ бугорки большой приводящей бедро мышцы до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей равнялось 10, на 8—11, на 14—12, на 36—13, на 32—14 и на 14—15 стм. Изъ этого ясно, что для того, чтобы найти портняжную мышцу, нужно начинать разрѣзъ на 13 или 14 стм. отступя отъ бугорка приводящей мышцы (tuberculum m. adductoris magni) вверхъ по операціонной линіи, а не на 4 поперечныхъ пальца, что составляетъ около 8—9 стм., какъ это вообще совѣтуютъ.

Что касается самого *Hunter*'ова канала (canalis femoro-popliteus), то онъ, какъ извѣстно, есть продолженіе передней бедренной борозды (sulcus femoralis ant.), имѣющей слѣдующія границы: снутри — приводящія мышцы (mm. adductores brevis, longus и magnus) а снаружи — внутренняя головка 4-главой мышцы (m. vastus int.). Эту борозду пересѣкаетъ сверху внизъ и снаружи внутрь портняжная мышца. Книзу бороздка эта превращается въ каналъ вслѣдствіе того, что на уровнѣ прикрѣпленія длинной приводящей бедро мышцы общее влагалище сосудовъ утолщается, благодаря срощенію съ нимъ фиброзныхъ волоконъ, идущихъ отъ сухожилія длинной и большой приводящихъ бедро мышцъ на внутреннюю головку 4-главой мышцы; утолщеніе это и составляетъ переднюю стѣнку канала. Каналъ кончается въ томъ мѣстѣ, гдѣ сосуды, пробуравливая большую приводящую мышцу бедра, переходятъ въ подколѣнную ямку. Мѣсто выхода сосудовъ и считается нижнимъ отверстіемъ канала. Отъ этого мѣста до бугорка большой приводящей бедро мышцы—12—13 стм.

Опишу теперь технику операціи перевязки бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ. Больной лежитъ на спинѣ; конечность его согнута въ колѣнѣ, бедро отведено и повернуто кнаружи. Операторъ стоитъ снаружи бедра; помощникъ помѣщается напротивъ. При операціи на правой ногѣ разрѣзъ начинается сверху внизъ, а на лѣвой снизу вверхъ. Такъ какъ прежде всего нужно найти первую руководящую точку при разрѣзѣ, т. е. портняжную мышцу, безъ которой найти артерію нельзя, то берется среднее число изъ моихъ изслѣдованій, которое и укажетъ разстояніе отъ бугорка приводящей мышцы до пересѣченія портняжной мышцы съ операціонной линіей, а именно 13 стм., и эта точка отмѣчается. Разрѣзъ долженъ быть величиною въ 4—5 стм. (на правой ногѣ сверху внизъ до отмѣченной точки, а на лѣвой снизу вверхъ отъ этой точки). Затѣмъ разрѣзаются кожа, подкожная клѣтчатка и поверхностная фасція. Что касается большой подкожной вены конечности (vena saphena magna), то она почти всегда остается снутри и очень рѣдко попадается въ разрѣзъ. По разрѣзѣ поверхностной фасціи обнажается и портняжная мышца, лежащая въ собственномъ влагалищѣ, вскрывается передняя стѣнка послѣдняго и, при удерживаніи пинцетомъ снаружи этой фасціи, портняжная мышца желобоватымъ зондомъ или, лучше, рукояткой скальпеля отодвигается снаружи внутрь; при этомъ обнаруживается задняя стѣнка влагалища этой мышцы, которую составляетъ рыхлая клѣтчатка. Затѣмъ острымъ крючкомъ захватывается передняя стѣнка влагалища портняжной мышцы снаружи, а тупымъ—она сама и отдается для удерживанія помощнику. Желобоватымъ зондомъ отодвигается рыхлая клѣтчатка; подъ нею открываются бѣловатыя сухожильныя растяженія, которыя идутъ отъ длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра на внутреннюю головку 4-главой мышцы и которыя и составляютъ переднюю стѣнку *Hunter*'ова канала. На этомъ сухожильномъ растяженіи находятся отверстія для большого подкожнаго нерва (n. saphenus major) и для большой анастомозирующей артеріи (arteria anastomotica magna), выходящихъ иногда вмѣстѣ черезъ одно отверстіе, а иногда каждый отдѣльно. Отверстіе это находится внизу, иногда по срединѣ, а иногда вверху сухожильнаго растяженія. Если отверстіе это вид-

но, то въ него вводится желобоватый зондъ такимъ образомъ, чтобы сосудъ и нервъ оставались позади послѣдняго, т. е. чтобы при разрѣзѣ не поранить ихъ. Если-же его здѣсь не находится, то поступаютъ такъ. Въ ранѣ прощупывается сухожиліе большой приводящей бедра мышцы, которое служитъ второй руководящей точкой, и, отступя отъ него на 1 или 0,5 стм. кнаружи, дѣлается въ сухожильномъ растяженіи отверстіе и вводится въ него желобоватый зондъ, по которому и разсѣкается это сухожиліе, т. е. передняя стѣнка *Hunter*'ова канала; при этомъ открываются сосуды (артерія и вена) и большой подкожный нервъ бедра (n. saphenus major) въ своихъ собственныхъ влагалищахъ. Нервъ относительно артеріи лежитъ снаружи и спереди, и вена позади нея, но въ очень тѣсномъ съ ней соприкосновеніи. Затѣмъ вскрывается собственное влагалище артеріи, изолируется она сама, и накладывается лигатура, при чемъ игла подводится снутри кнаружи.

Я надѣюсь, что при обращеніи вниманія на тѣ данныя, которыя я получилъ при своихъ изслѣдованіяхъ, отыскиваніе и перевязка бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ никому не представитъ особыхъ затрудненій, если операторъ будетъ руководиться при этомъ слѣдующими правилами. 1) Необходимо весьма точно прощупать верхнюю переднюю ость подвздошной кости и лонное соединеніе, взять средину между этими 2-мя точками и провести линію къ бугорку большой приводящей бедро мышцъ, какъ совѣтуетъ *Quaine*, или, еще лучше, на 1 стм. отступя кзади. Линія эта точно соотвѣтствуетъ ходу бедренной артеріи отъ начала до конца. 2) Отмѣрить на этой линіи отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы 13 стм. вверхъ и отъ этой точки вести разрѣзъ вверхъ длиною въ 4—5 стм. Такъ какъ при моихъ изслѣдованіяхъ оказалось, что самое малое разстояніе отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы до наружнаго края портняжной равно 10, а самое большое—15 стм., то очевидно, что при разрѣзѣ на 13 стм выше упомянутаго бугорка непремѣнно въ разрѣзѣ попадется портняжная мышца, которая служитъ первой руководящей точкой при этой операціи, и не найдя которую, нельзя отыскать и артеріи.

Источники: 1. *Malgaigne*. Руководство къ оперативной хирургіи. Перев. съ VIII французскаго изд. подъ ред. проф. *И. И. Насилова*, 1883 г. стр. 279.—2. *Farabeuf*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французскаго изд. проф. *А. С. Таубера*, 1887 г., стр. 111.—3. *A. Richet*. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. 2 изд. Paris, 1860 г., стр. 1020.—4. *Quaine*. Anatomie, 1892 г. стр. 487.—5. *R. Tillaux*. Руководство къ топографической анатоміи примѣнительно къ хирургіи. Перев. съ 3-го франц. издан. подъ ред. проф. *А. С. Таубера*, 1884, стр. 977.—6. *Faur*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ француз. подъ ред. ч. пр. *В. Н. Попова*, 1881, стр. 40.—7. *Г. Ф. Гепнеръ*. Руководство оперативной хирургіи. Изд. 2-ое, вып. I 1881 г.—8. *Sappey*. Traité d'anatomie descriptive, Paris, 1876 г., т. II, стр. 667.—9. *Gunther*. Lehre von den blutigen Operationen. 1857 г., т. III, отд. VII, стр. 130—131.

CXCV. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

Случай повторнаго кесарскаго сѣченія при безусловномъ съуженіи таза.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

Случаи повторнаго кесарскаго сѣченія насчитываются въ настоящее время всего лишь единицами. Поэтому каждый новый случай представляетъ извѣстный интересъ и заслуживаетъ отдѣльнаго описанія. Въ 1903 г. въ № 7 «Русскаго Врача» въ статьѣ—Къ техникѣ производства повторнаго кесарскаго сѣченія—я описалъ случай повторнаго кесарскаго сѣченія при относительномъ съуженіи таза, произведеннаго во 2-ой разъ (мною, въ 1-ый же разъ кесарское сѣченіе у этой больной было сдѣлано проф. *А. И. Лебедевымъ* 2/x 1887 г.). Въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней», въ сентябрской книжкѣ за 1904 г. д-ромъ *Л. А. Кривскимъ* [1]) описанъ подобный-же случай кесарскаго сѣченія (въ 1-ый разъ оно было произведено проф. *Н. Н. Феноменовымъ* 29/iv 1900 г., во 2-ой разъ—д-ромъ *В. А. Столыпинскимъ* 29/iv 1904 г.). Въ статьѣ этой авторъ приводитъ только 8 такихъ случаевъ (9-ый автора), собранныхъ имъ въ русской литературѣ (случаи—1—проф. *А. Я. Крассовскаго* [2]), 2—*И. Ѳ. Баландина* [3]) и *Д. О. Отта* въ 1891 и 1894 гг., 1—проф. *Г. Е. Рейна* [4]), 1—*В. А. Вастена* [5]), 1—проф. *И. Н. Грамматикати* [6]), 1—проф. *А. И. Лебедева* и *В. Н. Орлова* [7]), 1—проф. *Н. Н. Феноменова* и *В. А. Столыпинскаго* и 1 проф. *Н. Н. Феноменова* [8]). Нижеприводимый случай будетъ, слѣд., по счету 10-мъ (въ 1-ый разъ кесарское сѣченіе у больной сдѣлано было проф. *А. И. Лебедевымъ*, а во 2-ой разъ мною, черезъ 3 года послѣ перваго).

А. Р., 27 л., крестьянка, родомъ изъ Ярославской губ., поступила въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику 5/ш 1901 г. въ 11 час. 30 мин. вечера съ зѣвомъ, открытымъ на верхушку пальца. Шейка еще различима. Околоплодный пузырь цѣлъ. Головное предлежаніе; 2-ая позиція; передній видъ. Сердцебіеніе плода справа ниже пупка, 130 уд. въ 1 мин. Роды срочные. Беременна въ 1-ый разъ. 1-ое движеніе плода почувствовала въ началѣ ноября. Ростъ 145 стм.; сложеніе слабое; костякъ со всѣми признаками рахита; мышцы развиты плохо. Размѣры таза: между остями 23, между гребнями 25, между вертелами 28, конъюгата наружная 15, діагональная 7, истинная 5,5 стм. Размѣры живота: на уровнѣ пупка 84, выше его 84, ниже 82 стм. Сдѣлана ванна. 6/ш въ 7 час. утра при изслѣдованіи найдено тоже, что и наканунѣ вечеромъ. Схватки стали гораздо рѣже. Сердцебіеніе плода ясное, 125—130 уд. въ минуту.

6/ш въ 8 час. утра—кесарское сѣченіе. Показанія къ операціи: безусловно съуженный рахитическій тазъ — діагональная конъюгата 7, истинная 5,5 стм. Условія операціи: температура нормальная, схватки правильныя, зѣвъ открытъ на верхушку пальца, шейка еще различима, пузырь цѣлъ, п. 92, дых. 23. Сердцебіеніе плода 130 въ минуту. Операція сдѣлана по классическому способу. Послѣ предварительнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи, начиная пальцевъ на 5 выше пупка и оканчивая на 3 пальца выше лоннаго соединенія, чтобы не поранить мочевого пузыря. Брюшина сначала вскрыта между 2-мя пинцетами, а затѣмъ ножницами. Матка разрѣзана по средней линіи. Быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и ребенокъ извлеченъ въ арпоё, но вскорѣ сталъ дышать нормально. Послѣдъ отдѣленъ рукою. Во избѣжаніе кровотеченія помощникъ все время сдавливалъ шейку матки рукой. На маточную рану наложено 26 шелковыхъ швовъ въ 2 этажа: 1) глубокій — мышечно-мышечный, доходившій только до отпадающей оболочки, въ разстояніи 1 стм., и 2) сывороточно-мышечный, при чемъ въ эти швы захватывалось какъ можно больше ткани и они накладывались между предыдущими. На брюшную рану наложено 19 узловатыхъ шелковыхъ швовъ. Для остановки кровотеченія впрыснуто 2 шприца 5%-го стерилизованнаго эрготина *Пеля*. Начало операціи въ 8 час. утра, конецъ въ 8 час. 45 мин. Начало хлороформированія въ 7 час. 50 мин. утра. Хлороформа истрачено 35 грм.

Ребенокъ — живая дѣвочка, не много не доношенная, вѣсомъ 2450 грм. Размѣры головки: прямой 11, большой косой 12,5, малый косой 10, большой поперечный 9, малый поперечный 7, вертикальный 9 стм.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безлихорадочно. Самая высокая температура была 37°,3. Швы сняты на 14-ый день — первое натяженіе по всей ранѣ. Выписалась на 21-ый день.

На 3-ій день въ грудяхъ появилось молоко. Въ послѣдующіе дни успѣшно кормила ребенка, который все время былъ здоровъ. При выпискѣ найдено: рубецъ на передней брюшной стѣнкѣ гладкій и ровный на всемъ протяженіи; инфильтраціи въ области его нѣтъ; матка небольшая, спаяна съ рубцомъ въ нижней его $^1/_3$; своды свободны.

1/iv 1904 г. А. Р. снова поступила въ клинику. Послѣднія мѣсячныя 6/vii 1903 г. Размѣры таза прежніе. Опредѣлена беременность на сносяхъ. Положеніе плода продольное; предлежитъ головка надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе плода слѣва, 120 уд. въ минуту. 1/iv около 9 час. веч. начались схватки. Шейка найдена несглаженной; зѣвъ открытъ на $^1/_2$ пальца. Въ 10 час. 45 мин. найдено тоже, только зѣвъ открылся нѣсколько больше.

Въ виду безусловнаго съуженія таза я немедленно приступилъ къ кесарскому сѣченію, не дожидаясь дальнѣйшаго развитія родовой дѣятельности. Въ 11 час. больная была перевезена въ большую операціонную, гдѣ, послѣ обычнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, я сдѣлалъ разрѣзъ по средней линіи рядомъ со старымъ рубцомъ (слѣва отъ него). Идя послойно, я вскрылъ брюшину. Въ разрѣзѣ показалась беременная матка. При осмотрѣ найдено: матка при помощи сроненій соединена справа со старымъ рубцемъ брюшной стѣнки; тутъ-же приросли и петли тонкой кишки и часть сальника; рубецъ на маткѣ выраженъ ясно, но отъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, наложенныхъ при 1-мъ кесарскомъ сѣченіи, нѣтъ и слѣда. Разрѣзъ на маткѣ сдѣланъ рядомъ со старымъ рубцемъ; быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и живой младенецъ (дѣвочка) извлеченъ за ножку. Послѣ этого удаленъ послѣдъ. Матка зашита, какъ и въ предыдущій разъ, въ 2 этажа узловатыми шелковыми швами (28

нюю головку 4-главой мышцы бедра, роются въ толщѣ этой послѣдней и, конечно не находятъ сосуда. Хотя и совѣтуютъ обращать вниманіе, на направленіе мышечныхъ волоконъ, которыя у портняжной мышцы идутъ сверху внизъ и снаружи внутрь, а у внутренней головки 4-главой мышцы—сверху внизъ и кнаружи, но, къ сожалѣнію, направленіе этихъ волоконъ не такъ замѣтно, какъ объ этомъ говорятъ, особенно когда операціонное поле залито кровью; волокна эти ясно видны на препарованныхъ мышцахъ, а не во время операціи. Точно также нѣкоторые авторы совѣтуютъ прощупывать пальцами края портняжной мышцы и по нимъ дѣлать разрѣзъ для отыскиванія артеріи. Но достигнуть этого очень трудно, особенно у тучныхъ лицъ. Мнѣ, по крайней мѣрѣ, никогда не удавалось прощупать на трупахъ края этой мышцы, хотя направленіе ея и было мнѣ вполнѣ точно извѣстно.

Матеріаломъ для изслѣдованій служили мнѣ трупы людей различнаго возраста за исключеніемъ дѣтскаго, и пола. Число труповъ было 60, т. е. 120 нижнихъ конечностей. Изслѣдованія производились такъ. Трупъ лежалъ на спинѣ въ такомъ положеніи, въ какомъ вообще находится больной, когда ему дѣлаютъ перевязку бедренной артеріи. Безразлично, на правой-ли или на лѣвой конечности дѣлалась перевязка, ногу сгибали въ колѣнѣ, отводили и поворачивали бедро кнаружи, чтобы лучше напрягалась приводящая мышца бедра (m. adductor femoris) и легко можно было прощупать ея сухожиліе вплоть до мѣста его прикрѣпленія къ бугорку большой приводящей мышцы (tuberculum adductoris magni). Затѣмъ прощупывались передняя верхняя ость подвздошной кости и лонное срощеніе. Пространство это дѣлилось пополамъ, и отъ срединной точки проводилась линія до бугорка большой приводящей мышцы, т. е. получалась линія *Quaine*'а. Лучше, впрочемъ, вести эту линію на 1 стм. кзади и внутрь отъ бугорка. Потомъ на передней и внутренней поверхности бедра отпрепаровывались кожа и и подкожная клѣтчатка, при чемъ широкая фасція бедра не трогалась. Тогда обнажались портняжная мышца, внутренняя головка 4-главой и приводящія мышцы бедра въ своихъ влагалищахъ. Послѣ препаровки опять проводилась таже самая линія, которая проходила по наружному краю длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра, а внизу, ниже уровня *Hunter*'ова канала, по сухожилію большой приводящей мышцы. Чтобы опредѣлить разстояніе между указанными 2 мя точками изслѣдуемой конечности, я измѣрялъ длину, по линіи отъ *Poupart*'овой связки, отъ той точки, откуда начинается операціонная линія, до бугорка большой приводящей мышцы. Затѣмъ опредѣлялъ, на какомъ разстояніи отъ послѣдняго портняжная мышца, какъ руководящая точка при отыскиваніи бедренной артеріи, пересѣкаетъ операціонную линію и большую приводящую мышцу бедра.

Табл. 1.

Длина конечности отъ средины линіи между передней верхней остью подвздошной кости и лоннымъ соединеніемъ до бугорка большой приводящей мышцы.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
14	36	20	40
8	37	14	41
22	38	18	42
24	39		

Табл. 2.

Разстояніе отъ бугорка большой приводящей мышцы бедра до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
4	10	12	13
2	10	2	15
4	10	6	14
6	10	2	13
18	14	2	12
6	13	2	14
6	12	12	13
8	11	6	14
4	13	2	15
6	12	10	15

Результатъ моихъ изслѣдованій на 120 конечностяхъ можетъ быть выраженъ въ слѣдующихъ 2-хъ таблицахъ: 1) по длинѣ операціонной линіи и 2) по разстоянію мѣста перекреста наружнаго края портняжной мышцы съ операціонною линіею до бугорка большой приводящей мышцы бедра, т. е. epicondylus int.

Такимъ образомъ на 16 конечностяхъ разстояніе отъ бугорки большой приводящей бедро мышцы до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей равнялось 10, на 8—11, на 14—12, на 36—13, на 32—14 и на 14—15 стм. Изъ этого ясно, что для того, чтобы найти портняжную мышцу, нужно начинать разрѣзъ на 13 или 14 стм. отступя отъ бугорка приводящей мышцы (tuberculum m. adductoris magni) вверхъ по операціонной линіи, а не на 4 поперечныхъ пальца, что составляетъ около 8—9 стм., какъ это вообще совѣтуютъ.

Что касается самого *Hunter*'ова канала (canalis femoro-popliteus), то онъ, какъ извѣстно, есть продолженіе передней бедренной борозды (sulcus femoralis ant.), имѣющей слѣдующія границы: снутри — приводящія мышцы (mm. adductores brevis, longus и magnus) а снаружи — внутренняя головка 4-главой мышцы (m. vastus int.). Эту борозду пересѣкаетъ сверху внизъ и снаружи внутрь портняжная мышца. Книзу бороздка эта превращается въ каналъ вслѣдствіе того, что на уровнѣ прикрѣпленія длинной приводящей бедро мышцы общее влагалище сосудовъ утолщается, благодаря срощенію съ нимъ фиброзныхъ волоконъ, идущихъ отъ сухожилія длинной и большой приводящихъ бедро мышцъ на внутреннюю головку 4-главой мышцы; утолщеніе это и составляетъ переднюю стѣнку канала. Каналъ кончается въ томъ мѣстѣ, гдѣ сосуды, пробуравливая большую приводящую мышцу бедра, переходятъ въ подколѣнную ямку. Мѣсто выхода сосудовъ и считается нижнимъ отверстіемъ канала. Отъ этого мѣста до бугорка большой приводящей бедро мышцы—12—13 стм.

Опишу теперь технику операціи перевязки бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ. Больной лежитъ на спинѣ; конечность его согнута въ колѣнѣ, бедро отведено и повернуто кнаружи. Операторъ стоитъ снаружи бедра; помощникъ помѣщается напротивъ. При операціи на правой ногѣ разрѣзъ начинается сверху внизъ, а на лѣвой снизу вверхъ. Такъ какъ прежде всего нужно найти первую руководящую точку при разрѣзѣ, т. е. портняжную мышцу, безъ которой найти артерію нельзя, то берется среднее число изъ моихъ изслѣдованій, которое и укажетъ разстояніе отъ бугорка приводящей мышцы до пересѣченія портняжной мышцы съ операціонной линіей, а именно 13 стм., и эта точка отмѣчается. Разрѣзъ долженъ быть величиною въ 4—5 стм. (на правой ногѣ сверху внизъ до отмѣченной точки, а на лѣвой снизу вверхъ отъ этой точки). Затѣмъ разрѣзаются кожа, подкожная клѣтчатка и поверхностная фасція. Что касается большой подкожной вены конечности (vena saphena magna), то она почти всегда остается снутри и очень рѣдко попадается въ разрѣзъ. По разрѣзѣ поверхностной фасціи обнажается и портняжная мышца, лежащая въ собственномъ влагалищѣ, вскрывается передняя стѣнка послѣдняго и, при удерживаніи пинцетомъ снаружи этой фасціи, портняжная мышца желобоватымъ зондомъ или, лучше, рукояткой скальпеля отодвигается снаружи внутрь; при этомъ обнаруживается задняя стѣнка влагалища этой мышцы, которую составляетъ рыхлая клѣтчатка. Затѣмъ острымъ крючкомъ захватывается передняя стѣнка влагалища портняжной мышцы снаружи, а тупымъ—она сама и отдается для удерживанія помощнику. Желобоватымъ зондомъ отодвигается рыхлая клѣтчатка; подъ нею открываются бѣловатыя сухожильныя растяженія, которыя идутъ отъ длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра на внутреннюю головку 4-главой мышцы и которыя и составляютъ переднюю стѣнку *Hunter*'ова канала. На этомъ сухожильномъ растяженіи находятся отверстія для большого подкожнаго нерва (n. saphenus major) и для большой анастомозирующей артеріи (arteria anastomotica magna), выходящихъ иногда вмѣстѣ черезъ одно отверстіе, а иногда каждый отдѣльно. Отверстіе это находится внизу, иногда по срединѣ, а иногда вверху сухожильнаго растяженія. Если отверстіе это вы-

но, то въ него вводится желобоватый зондъ такимъ образомъ, чтобы сосудъ и нервъ оставались позади послѣдняго, т. е. чтобы при разрѣзѣ не поранить ихъ. Если-же его здѣсь не находится, то поступаютъ такъ. Въ ранѣ прощупывается сухожиліе большой приводящей бедра мышцы, которое служитъ второй руководящей точкой, и, отступя отъ него на 1 или 0,5 стм. кнаружи, дѣлается въ сухожильномъ растяженіи отверстіе и вводится въ него желобоватый зондъ, по которому и разсѣкается это сухожиліе, т. е. передняя стѣнка *Hunter*'ова канала; при этомъ открываются сосуды (артерія и вена) и большой подкожный нервъ бедра (n. saphenus major) въ своихъ собственныхъ влагалищахъ. Нервъ относительно артеріи лежитъ снаружи и спереди, и вена позади нея, но въ очень тѣсномъ съ ней соприкосновеніи. Затѣмъ вскрывается собственное влагалище артеріи, изолируется она сама, и накладывается лигатура, при чемъ игла подводится снутри кнаружи.

Я надѣюсь, что при обращеніи вниманія на тѣ данныя, которыя я получилъ при своихъ изслѣдованіяхъ, отыскиваніе и перевязка бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ никому не представитъ особыхъ затрудненій, если операторъ будетъ руководиться при этомъ слѣдующими правилами. 1) Необходимо весьма точно прощупать верхнюю переднюю ость подвздошной кости и лонное соединеніе, взять средину между этими 2-мя точками и провести линію къ бугорку большой приводящей бедро мышцъ, какъ совѣтуетъ *Quaine*, или, еще лучше, на 1 стм. отступя кзади. Линія эта точно соотвѣтствуетъ ходу бедренной артеріи отъ начала до конца. 2) Отмѣрить на этой линіи отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы 13 стм. вверхъ и отъ этой точки вести разрѣзъ вверхъ длиною въ 4—5 стм. Такъ какъ при моихъ изслѣдованіяхъ оказалось, что самое малое разстояніе отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы до наружнаго края портняжной равно 10, а самое большое—15 стм., то очевидно, что при разрѣзѣ на 13 стм выше упомянутаго бугорка непремѣнно въ разрѣзѣ попадется портняжная мышца, которая служитъ первой руководящей точкой при этой операціи, и не найдя которую, нельзя отыскать и артеріи.

Источники: 1. *Malgaigne*. Руководство къ оперативной хирургіи. Перев. съ VIII французскаго изд. подъ ред. проф. *И. И. Насилова*, 1883 г. стр. 279.—2. *Farabeuf*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французскаго изд. проф. *А. С. Таубера*, 1887 г., стр. 111.—3. *A. Richet*. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. 2 изд. Paris, 1860 г., стр. 1020.—4. *Quaine*. Anatomie, 1892 г. стр. 487.—5. *R. Tillaux*. Руководство къ топографической анатоміи примѣнительно къ хирургіи. Перев. съ 3-го франц. издан. подъ ред. проф. *А. С. Таубера*, 1884, стр. 977.—6. *Faur*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французъ. подъ ред. ч. пр. *В. Н. Попова*, 1881, стр. 40.—7. *Г. Ф. Геннеръ*. Руководство оперативной хирургіи. Изд. 2-ое, вып. I 1881 г.—8. *Sappey*. Traité d'anatomie descriptive, Paris, 1876 г., т. II, стр. 667.—9. *Gunther*. Lehre von den blutigen Operationen. 1857 г., т. III, отд. VII, стр. 130—131.

CXCV. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

Случай повторнаго кесарскаго сѣченія при безусловномъ съуженіи таза.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

Случаи повторнаго кесарскаго сѣченія насчитываются въ настоящее время всего лишь единицами. Поэтому каждый новый случай представляетъ извѣстный интересъ и заслуживаетъ отдѣльнаго описанія. Въ 1903 г. въ № 7 «Русскаго Врача» въ статьѣ—Къ техникѣ производства повторнаго кесарскаго сѣченія—я описалъ случай повторнаго кесарскаго сѣченія при относительномъ съуженіи таза, произведеннаго во 2-ой разъ (мною, въ 1-ый же разъ кесарское сѣченіе у этой больной было сдѣлано проф. *А. И. Лебедевымъ* 2/x 1887 г.). Въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней», въ сентябрской книжкѣ за 1904 г. д-ромъ *Л. А. Кривскимъ* [1]) описанъ подобный-же случай кесарскаго сѣченія (въ 1-ый разъ оно было произведено проф. *Н. Н. Феноменовымъ* 29/IV 1900 г., во 2-ой разъ—д-ромъ *В. А. Столыпинскимъ* 29/IV 1904 г.). Въ статьѣ этой авторъ приводитъ только 8 такихъ случаевъ (9-ый автора), собранныхъ имъ въ русской литературѣ (случаи—1—проф. *А. Я. Крассовскаго* [2]), 2—*И. Ѳ. Баландина* [3]) и *Д. О. Отта* въ 1891 и 1894 гг., 1—проф. *Г. Е. Рейна* [4]), 1—*В. А. Вастена* [5]), 1—проф. *И. Н. Грамматикати* [6]), 1—проф. *А. И. Лебедева* и *В. Н. Орлова* [7]), 1—проф. *Н. Н. Феноменова* и *В. А. Столыпинскаго* и 1 проф. *Н. Н. Феноменова* [8]). Нижеприводимый случай будетъ, слѣд., по счету 10-мъ (въ 1-ый разъ кесарское сѣченіе у больной сдѣлано было проф. *А. И. Лебедевымъ*, а во 2-ой разъ мною, черезъ 3 года послѣ перваго).

А. Р., 27 л., крестьянка, родомъ изъ Ярославской губ., поступила въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику 5/III 1901 г. въ 11 час. 30 мин. вечера съ зѣвомъ, открытымъ на верхушку пальца. Шейка еще различима. Околоплодный пузырь цѣлъ. Головное предлежаніе; 2-ая позиція; передній видъ. Сердцебіеніе плода справа ниже пупка, 130 уд. въ 1 мин. Роды срочные. Беременна въ 1-ый разъ. 1-ое движеніе плода почувствовала въ началѣ ноября. Ростъ 145 стм.; сложеніе слабое; костякъ со всѣми признаками рахита; мышцы развиты плохо. Размѣры таза: между остями 23, между гребнями 25, между вертелами 28, конъюгата наружная 15, діагональная 7, истинная 5,5 стм. Размѣры живота: на уровнѣ пупка 84, выше его 84, ниже 82 стм. Сдѣлана ванна. 6/III въ 7 час. утра при изслѣдованіи найдено тоже, что и наканунѣ вечеромъ. Схватки стали гораздо рѣже. Сердцебіеніе плода ясное, 125—130 уд. въ минуту.

6/III въ 8 час. утра—кесарское сѣченіе. Показанія къ операціи: безусловно съуженный рахитическій тазъ — діагональная конъюгата 7, истинная 5,5 стм. Условія операціи: температура нормальная, схватки правильныя, зѣвъ открытъ на верхушку пальца, шейка еще различима, пузырь цѣлъ, п. 92, дых. 23. Сердцебіеній плода 130 въ минуту. Операція сдѣлана по классическому способу. Послѣ предварительнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи, начиная пальцевъ на 5 выше пупка и оканчивая на 3 пальца выше лоннаго соединенія, чтобы не поранить мочевого пузыря. Брюшина сначала вскрыта между 2-мя пинцетами, а затѣмъ ножницами. Матка разрѣзана по средней линіи. Быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и ребенокъ извлеченъ въ арпоё, но вскорѣ сталъ дышать нормально. Послѣдъ отдѣленъ рукою. Во избѣжаніе кровотеченія помощникъ все время сдавливалъ шейку матки рукой. На маточную рану наложено 26 шелковыхъ швовъ въ 2 этажа: 1) глубокій — мышечно-мышечный, доходившій только до отпадающей оболочки, въ разстояніи 1 стм., и 2) сывороточно-мышечный, при чемъ въ эти швы захватывалось какъ можно больше ткани и они накладывались между предыдущими. На брюшную рану наложено 19 узловатыхъ шелковыхъ швовъ. Для остановки кровотеченія впрыснуто 2 шприца 5%-го стерилизованнаго эрготина *Пеля*. Начало операціи въ 8 час. утра, конецъ въ 8 час. 45 мин. Начало хлороформированія въ 7 час. 50 мин. утра. Хлороформа истрачено 35 грм.

Ребенокъ — живая дѣвочка, не много не доношенная, вѣсомъ 2450 грм. Размѣры головки: прямой 11, большой косой 12,5, малый косой 10, большой поперечный 9, малый поперечный 7, вертикальный 9 стм.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безлихорадочно. Самая высокая температура была 37°,3. Швы сняты на 14-ый день — первое натяженіе по всей ранѣ. Выписалась на 21-ый день.

На 3-ій день въ грудяхъ появилось молоко. Въ послѣдующіе дни успѣшно кормила ребенка, который все время былъ здоровъ. При выпискѣ найдено: рубецъ на передней брюшной стѣнкѣ гладкій и ровный на всемъ протяженіи; инфильтраціи въ области его нѣтъ; матка небольшая, спаяна съ рубцомъ въ нижней его $^1/_3$; своды свободны.

1/IV 1904 г. А. Р. снова поступила въ клинику. Послѣднія мѣсячныя 6/VII 1903 г. Размѣры таза прежніе. Опредѣлена беременность на сносяхъ. Положеніе плода продольное; предлежитъ головка надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе плода слѣва, 120 уд. въ минуту. 1/IV около 9 час. веч. начались схватки. Шейка найдена несглаженной; зѣвъ открытъ на $^1/_2$ пальца. Въ 10 час. 45 мин. найдено тоже, только зѣвъ открылся нѣсколько больше.

Въ виду безусловнаго съуженія таза я немедленно приступилъ къ кесарскому сѣченію, не дожидаясь дальнѣйшаго развитія родовой дѣятельности. Въ 11 час. больная была перевезена въ большую операціонную, гдѣ, послѣ обычнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, я сдѣлалъ разрѣзъ по средней линіи рядомъ со старымъ рубцомъ (слѣва отъ него). Идя послойно, я вскрылъ брюшину. Въ разрѣзѣ показалась беременная матка. При осмотрѣ найдено: матка при помощи сроченій соединена справа со старымъ рубцемъ брюшной стѣнки; тутъ-же приросли и петли тонкой кишки и часть сальника; рубецъ на маткѣ выраженъ ясно, но отъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, наложенныхъ при 1-мъ кесарскомъ сѣченіи, нѣтъ и слѣда. Разрѣзъ на маткѣ сдѣланъ рядомъ со старымъ рубцемъ; быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и живой младенецъ (дѣвочка) извлеченъ за ножку. Послѣ этого удаленъ послѣдъ. Матка зашита, какъ и въ предыдущій разъ, въ 2 этажа узловатыми шелковыми швами (28

нюю головку 4-главой мышцы бедра, роются въ толщѣ этой послѣдней и, конечно не находятъ сосуда. Хотя и совѣтуютъ обращать вниманіе, на направленіе мышечныхъ волоконъ, которыя у портняжной мышцы идутъ сверху внизъ и снаружи внутрь, а у внутренней головки 4-главой мышцы—сверху внизъ и кнаружи, но, къ сожалѣнію, направленіе этихъ волоконъ не такъ замѣтно, какъ объ этомъ говорятъ, особенно когда операціонное поле залито кровью; волокна эти ясно видны на препарованныхъ мышцахъ, а не во время операціи. Точно также нѣкоторые авторы совѣтуютъ прощупывать пальцами края портняжной мышцы и по нимъ дѣлать разрѣзъ для отыскиванія артеріи. Но достигнуть этого очень трудно, особенно у тучныхъ лицъ. Мнѣ, по крайней мѣрѣ, никогда не удавалось прощупать на трупахъ края этой мышцы, хотя направленіе ея и было мнѣ вполнѣ точно извѣстно.

Матеріаломъ для изслѣдованій служили мнѣ трупы людей различнаго возраста за исключеніемъ дѣтскаго, и пола. Число труповъ было 60, т. е. 120 нижнихъ конечностей. Изслѣдованія производились такъ. Трупъ лежалъ на спинѣ въ такомъ положеніи, въ какомъ вообще находится больной, когда ему дѣлаютъ перевязку бедренной артеріи. Безразлично, на правой-ли или на лѣвой конечности дѣлалась перевязка, ногу сгибали въ колѣнѣ, отводили и поворачивали бедро кнаружи, чтобы лучше напрягалась приводящая мышца бедра (m. adductor femoris) и легко можно было прощупать ея сухожиліе вплоть до мѣста его прикрѣпленія къ бугорку большой приводящей мышцы (tuberculum adductoris magni). Затѣмъ прощупывались передняя верхняя ость подвздошной кости и лонное сращеніе. Пространство это дѣлилось пополамъ, и отъ срединной точки проводилась линія до бугорка большой приводящей мышцы, т. е. получалась линія *Quaine*'а. Лучше, впрочемъ, вести эту линію на 1 стм. кзади и внутрь отъ бугорка. Потомъ на передней и внутренней поверхности бедра отпрепаровывались кожа и и подкожная клѣтчатка, при чемъ широкая фасція бедра не трогалась. Тогда обнажались портняжная мышца, внутренняя головка 4-главой и приводящія мышцы бедра въ своихъ влагалищахъ. Послѣ препаровки опять проводилась таже самая линія, которая проходила по наружному краю длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра, а внизу, ниже уровня *Hunter*'ова канала, по сухожилію большой приводящей мышцы. Чтобы опредѣлить разстояніе между указанными 2 мя точками изслѣдуемой конечности, я измѣрялъ длину, по линіи отъ *Poupart*'овой связки, отъ той точки, откуда начинается операціонная линія, до бугорка большой приводящей мышцы. Затѣмъ опредѣлялъ, на какомъ разстояніи отъ послѣдняго портняжная мышца, какъ руководящая точка при отыскиваніи бедренной артеріи, пересѣкаетъ операціонную линію и большую приводящую мышцу бедра.

Табл. 1.

Длина конечности отъ средины линіи между передней верхней остью подвздошной кости и лоннымъ соединеніемъ до бугорка большой приводящей мышцы.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
14	36	20	40
8	37	14	41
22	38	18	42
24	39		

Табл. 2.

Разстояніе отъ бугорка большой приводящей мышцы бедра до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
4	10	12	13
2	10	2	15
4	10	6	14
6	10	2	13
18	14	2	12
6	13	2	14
6	12	12	13
8	11	6	14
4	13	2	15
6	12	10	15

Результатъ моихъ изслѣдованій на 120 конечностяхъ можетъ быть выраженъ въ слѣдующихъ 2-хъ таблицахъ: 1) по длинѣ операціонной линіи и 2) по разстоянію мѣста перекреста наружнаго края портняжной мышцы съ операціонною линіею до бугорка большой приводящей мышцы бедра, т. е. epicondylus int.

Такимъ образомъ на 16 конечностяхъ разстояніе отъ бугорки большой приводящей бедро мышцы до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей равнялось 10, на 8—11, на 14—12, на 36—13, на 32—14 и на 14—15 стм. Изъ этого ясно, что для того, чтобы найти портняжную мышцу, нужно начинать разрѣзъ на 13 или 14 стм. отступя отъ бугорка приводящей мышцы (tuberculum m. adductoris magni) вверхъ по операціонной линіи, а не на 4 поперечныхъ пальца, что составляетъ около 8—9 стм., какъ это вообще совѣтуютъ.

Что касается самого *Hunter*'ова канала (canalis femoro-popliteus), то онъ, какъ извѣстно, есть продолженіе передней бедренной борозды (sulcus femoralis ant.), имѣющей слѣдующія границы: снутри — приводящія мышцы (mm. adductores brevis, longus и magnus) а снаружи — внутренняя головка 4-главой мышцы (m. vastus int.). Эту борозду пересѣкаетъ сверху внизъ и снаружи внутрь портняжная мышца. Книзу бороздка эта превращается въ каналъ вслѣдствіе того, что на уровнѣ прикрѣпленія длинной приводящей бедро мышцы общее влагалище сосудовъ утолщается, благодаря сращенію съ нимъ фиброзныхъ волоконъ, идущихъ отъ сухожилія длинной и большой приводящихъ бедро мышцъ на внутреннюю головку 4-главой мышцы; утолщеніе это и составляетъ переднюю стѣнку канала. Каналъ кончается въ томъ мѣстѣ, гдѣ сосуды, пробуравливая большую приводящую мышцу бедра, переходятъ въ подколѣнную ямку. Мѣсто выхода сосудовъ и считается нижнимъ отверстіемъ канала. Отъ этого мѣста до бугорка большой приводящей бедро мышцы—12—13 стм.

Опишу теперь технику операціи перевязки бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ. Больной лежитъ на спинѣ; конечность его согнута въ колѣнѣ, бедро отведено и повернуто кнаружи. Операторъ стоитъ снаружи бедра; помощникъ помѣщается напротивъ. При операціи на правой ногѣ разрѣзъ начинается сверху внизъ, а на лѣвой снизу вверхъ. Такъ какъ прежде всего нужно найти первую руководящую точку при разрѣзѣ, т. е. портняжную мышцу, безъ которой найти артерію нельзя, то берется среднее число изъ моихъ изслѣдованій, которое и укажетъ разстояніе отъ бугорка приводящей мышцы до пересѣченія портняжной мышцы съ операціонной линіей, а именно 13 стм., и эта точка отмѣчается. Разрѣзъ долженъ быть величиною въ 4—5 стм. (на правой ногѣ сверху внизъ до отмѣченной точки, а на лѣвой снизу вверхъ отъ этой точки). Затѣмъ разрѣзаются кожа, подкожная клѣтчатка и поверхностная фасція. Что касается большой подкожной вены конечности (vena saphena magna), то она почти всегда остается снутри и очень рѣдко попадается въ разрѣзъ. По разрѣзѣ поверхностной фасціи обнажается и портняжная мышца, лежащая въ собственномъ влагалищѣ, вскрывается передняя стѣнка послѣдняго и, при удерживаніи пинцетомъ снаружи этой фасціи, портняжная мышца желобоватымъ зондомъ или, лучше, рукояткой скальпеля отодвигается снаружи внутрь; при этомъ обнаруживается задняя стѣнка влагалища этой мышцы, которую составляетъ рыхлая клѣтчатка. Затѣмъ острымъ крючкомъ захватывается передняя стѣнка влагалища портняжной мышцы снаружи, а тупымъ—она сама и отдается для удерживанія помощнику. Желобоватымъ зондомъ отодвигается рыхлая клѣтчатка; подъ нею открываются бѣловатыя сухожильныя растяженія, которыя идутъ отъ длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра на внутреннюю головку 4-главой мышцы и которыя и составляютъ переднюю стѣнку *Hunter*'ова канала. На этомъ сухожильномъ растяженіи находятся отверстія для большого подкожнаго нерва (n. saphenus major) и для большой анастомозирующей артеріи (arteria anastomotica magna), выходящихъ иногда вмѣстѣ черезъ одно отверстіе, а иногда каждый отдѣльно. Отверстіе это находится внизу, иногда по срединѣ, а иногда вверху сухожильнаго растяженія. Если отверстіе это вид-

но, то въ него вводится желобоватый зондъ такимъ образомъ, чтобы сосудъ и нервъ оставались позади послѣдняго, т. е. чтобы при разрѣзѣ не поранить ихъ. Если-же его здѣсь не находится, то поступаютъ такъ. Въ ранѣ прощупывается сухожиліе большой приводящей бедра мышцы, которое служитъ второй руководящей точкой, и, отступя отъ него на 1 или 0,5 стм. кнаружи, дѣлается въ сухожильномъ растяженіи отверстіе и вводится въ него желобоватый зондъ, по которому и разсѣкается это сухожиліе, т. е. передняя стѣнка *Hunter*'ова канала; при этомъ открываются сосуды (артерія и вена) и большой подкожный нервъ бедра (n. saphenus major) въ своихъ собственныхъ влагалищахъ. Нервъ относительно артеріи лежитъ снаружи и спереди, и вена позади нея, но въ очень тѣсномъ съ ней соприкосновеніи. Затѣмъ вскрывается собственное влагалище артеріи, изолируется она сама, и накладывается лигатура, при чемъ игла подводится снутри кнаружи.

Я надѣюсь, что при обращеніи вниманія на тѣ данныя, которыя я получилъ при своихъ изслѣдованіяхъ, отыскиваніе и перевязка бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ никому не представитъ особыхъ затрудненій, если операторъ будетъ руководиться при этомъ слѣдующими правилами. 1) Необходимо весьма точно прощупать верхнюю переднюю ость подвздошной кости и лонное соединеніе, взять средину между этими 2-мя точками и провести линію къ бугорку большой приводящей бедро мышцъ, какъ совѣтуетъ *Quaine*, или, еще лучше, на 1 стм. отступя кзади. Линія эта точно соотвѣтствуетъ ходу бедренной артеріи отъ начала до конца. 2) Отмѣрить на этой линіи отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы 13 стм. вверхъ и отъ этой точки вести разрѣзъ вверхъ длиною въ 4—5 стм. Такъ какъ при моихъ изслѣдованіяхъ оказалось, что самое малое разстояніе отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы до наружнаго края портняжной равно 10, а самое большое—15 стм., то очевидно, что при разрѣзѣ на 13 стм выше упомянутаго бугорка непремѣнно въ разрѣзѣ попадется портняжная мышца, которая служитъ первой руководящей точкой при этой операціи, и не найдя которую, нельзя отыскать и артеріи.

Источники: 1. *Malgaigne*. Руководство къ оперативной хирургіи. Перев. съ VIII французскаго изд. подъ ред. проф. *И. И. Насилова*, 1883 г. стр. 279.—2. *Farabeuf*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французскаго изд. проф. *А. С. Таубера*, 1887 г., стр. 111.—3. *A. Richet*. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. 2 изд. Paris, 1860 г., стр. 1020.—4. *Quaine*. Anatomie, 1892 г. стр. 487.—5. *R. Tillaux*. Руководство къ топографической анатоміи примѣнительно къ хирургіи. Перев. съ 3-го франц. издан. подъ ред. проф. *А. С. Таубера*, 1884, стр. 977.—6. *Faur*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французъ. подъ ред. ч. пр. *В. Н. Попова*, 1881, стр. 40.—7. *Г. Ф. Геннеръ*. Руководство оперативной хирургіи. Изд. 2-ое, вып. I 1881 г.—8. *Sappey*. Traité d'anatomie descriptive, Paris, 1876 г., т. II, стр. 667.—9. *Gunther*. Lehre von den blutigen Operationen. 1857 г., т. III, отд. VII, стр. 130—131.

CXCV. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

Случай повторнаго кесарскаго сѣченія при безусловномъ съуженіи таза.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

Случаи повторнаго кесарскаго сѣченія насчитываются въ настоящее время всего лишь единицами. Поэтому каждый новый случай представляетъ извѣстный интересъ и заслуживаетъ отдѣльнаго описанія. Въ 1903 г. въ № 7 «Русскаго Врача» въ статьѣ—Къ техникѣ производства повторнаго кесарскаго сѣченія—я описалъ случай повторнаго кесарскаго сѣченія при относительномъ съуженіи таза, произведеннаго во 2-ой разъ (мною, въ 1-ый же разъ кесарское сѣченіе у этой больной было сдѣлано проф. *А. И. Лебедевымъ* 2/x 1887 г.). Въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней», въ сентябрской книжкѣ за 1904 г. д-ромъ *Л. А. Кривскимъ* [1]) описанъ подобный-же случай кесарскаго сѣченія (въ 1-ый разъ оно было произведено проф. *Н. Н. Феноменовымъ* 29/IV 1900 г., во 2-ой разъ—д-ромъ *В. А. Столыпинскимъ* 29/IV 1904 г.). Въ статьѣ этой авторъ приводитъ только 8 такихъ случаевъ (9-ый автора), собранныхъ имъ въ русской литературѣ (случаи—1—проф. *А. Я. Крассовскаго* [2]), 2—*И. Ѳ. Баландина* [3]) и *Д. О. Отта* въ 1891 и 1894 гг., 1—проф. *Г. Е. Рейна* [4]), 1—*В. А. Вастена* [5]), 1—проф. *И. Н. Грамматикати* [6]), 1—проф. *А. И. Лебедева* и *В. Н. Орлова* [7]), 1—проф. *Н. Н. Феноменова* и *В. А. Столыпинскаго* и 1 проф. *Н. Н. Феноменова* [8]). Нижеприводимый случай будетъ, слѣд., по счету 10-мъ (въ 1-ый разъ кесарское сѣченіе у больной сдѣлано было проф. *А. И. Лебедевымъ*, а во 2-ой разъ мною, черезъ 3 года послѣ перваго).

А. Р., 27 л., крестьянка, родомъ изъ Ярославской губ., поступила въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику 5/III 1901 г. въ 11 час. 30 мин. вечера съ зѣвомъ, открытымъ на верхушку пальца. Шейка еще различима. Околоплодный пузырь цѣлъ. Головное предлежаніе; 2-ая позиція; передній видъ. Сердцебіеніе плода справа ниже пупка, 130 уд. въ 1 мин. Роды срочные. Беременна въ 1-ый разъ. 1-ое движеніе плода почувствовала въ началѣ ноября. Ростъ 145 стм.; сложеніе слабое; костякъ со всѣми признаками рахита; мышцы развиты плохо. Размѣры таза: между остями 23, между гребнями 25, между вертелами 28, конъюгата наружная 15, діагональная 7, истинная 5,5 стм. Размѣры живота: на уровнѣ пупка 84, выше его 84, ниже 82 стм. Сдѣлана ванна. 6/III въ 7 час. утра при изслѣдованіи найдено тоже, что и наканунѣ вечеромъ. Схватки стали гораздо рѣже. Сердцебіеніе плода ясное, 125—130 уд. въ минуту.

6/III въ 8 час. утра—кесарское сѣченіе. Показанія къ операціи: безусловно съуженный рахитическій тазъ — діагональная конъюгата 7, истинная 5,5 стм. Условія операціи: температура нормальная, схватки правильныя, зѣвъ открытъ на верхушку пальца, шейка еще различима, пузырь цѣлъ, п. 92, дых. 23. Сердцебіеній плода 130 въ минуту. Операція сдѣлана по классическому способу. Послѣ предварительнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи, начиная пальцевъ на 5 выше пупка и оканчивая на 3 пальца выше лоннаго соединенія, чтобы не поранить мочевого пузыря. Брюшина сначала вскрыта между 2-мя пинцетами, а затѣмъ ножницами. Матка разрѣзана по средней линіи. Быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и ребенокъ извлеченъ въ арпоё, но вскорѣ сталъ дышать нормально. Послѣдъ отдѣленъ рукою. Во избѣжаніе кровотеченія помощникъ все время сдавливалъ шейку матки рукой. На маточную рану наложено 26 шелковыхъ швовъ въ 2 этажа: 1) глубокій — мышечно-мышечный, доходившій только до отпадающей оболочки, въ разстояніи 1 стм., и 2) сывороточно-мышечный, при чемъ въ эти швы захватывалось какъ можно больше ткани и они накладывались между предыдущими. На брюшную рану наложено 19 узловатыхъ шелковыхъ швовъ. Для остановки кровотеченія впрыснуто 2 шприца 5%-го стерилизованнаго эрготина *Пеля*. Начало операціи въ 8 час. утра, конецъ въ 8 час. 45 мин. Начало хлороформированія въ 7 час. 50 мин. утра. Хлороформа истрачено 35 грм.

Ребенокъ — живая дѣвочка, не много не доношенная, вѣсомъ 2450 грм. Размѣры головки: прямой 11, большой косой 12,5, малый косой 10, большой поперечный 9, малый поперечный 7, вертикальный 9 стм.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безлихорадочно. Самая высокая температура была 37°,3. Швы сняты на 14-ый день — первое натяженіе по всей ранѣ. Выписалась на 21-ый день.

На 3-ій день въ грудяхъ появилось молоко. Въ послѣдующіе дни успѣшно кормила ребенка, который все время былъ здоровъ. При выпискѣ найдено: рубецъ на передней брюшной стѣнкѣ гладкій и ровный на всемъ протяженіи; инфильтраціи въ области его нѣтъ; матка небольшая, спаяна съ рубцомъ въ нижней его $^1/_3$; своды свободны.

1/IV 1904 г. А. Р. снова поступила въ клинику. Послѣднія мѣсячныя 6/VII 1903 г. Размѣры таза прежніе. Опредѣлена беременность на сносяхъ. Положеніе плода продольное; предлежитъ головка надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе плода слѣва, 120 уд. въ минуту. 1/IV около 9 час. веч. начались схватки. Шейка найдена несглаженной; зѣвъ открытъ на $^1/_2$ пальца. Въ 10 час. 45 мин. найдено тоже, только зѣвъ открылся нѣсколько больше.

Въ виду безусловнаго съуженія таза я немедленно приступилъ къ кесарскому сѣченію, не дожидаясь дальнѣйшаго развитія родовой дѣятельности. Въ 11 час. больная была перевезена въ большую операціонную, гдѣ, послѣ обычнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, я сдѣлалъ разрѣзъ по средней линіи рядомъ со старымъ рубцомъ (слѣва отъ него). Идя послойно, я вскрылъ брюшину. Въ разрѣзѣ показалась беременная матка. При осмотрѣ найдено: матка при помощи сроценій соединена справа со старымъ рубцемъ брюшной стѣнки; тутъ-же приросли и петли тонкой кишки и часть сальника; рубецъ на маткѣ выраженъ ясно, но отъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, наложенныхъ при 1-мъ кесарскомъ сѣченіи, нѣтъ и слѣда. Разрѣзъ на маткѣ сдѣланъ рядомъ со старымъ рубцемъ; быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и живой младенецъ (дѣвочка) извлеченъ за ножку. Послѣ этого удаленъ послѣдъ. Матка зашита, какъ и въ предыдущій разъ, въ 2 этажа узловатыми шелковыми швами (28

нюю головку 4-главой мышцы бедра, роются въ толщѣ этой послѣдней и, конечно не находятъ сосуда. Хотя и совѣтуютъ обращать вниманіе, на направленіе мышечныхъ волоконъ, которыя у портняжной мышцы идутъ сверху внизъ и снаружи внутрь, а у внутренней головки 4-главой мышцы—сверху внизъ и кнаружи, но, къ сожалѣнію, направленіе этихъ волоконъ не такъ замѣтно, какъ объ этомъ говорятъ, особенно когда операціонное поле залито кровью; волокна эти ясно видны на препарованныхъ мышцахъ, а не во время операціи. Точно также нѣкоторые авторы совѣтуютъ прощупывать пальцами края портняжной мышцы и по нимъ дѣлать разрѣзъ для отыскиванія артеріи. Но достигнуть этого очень трудно, особенно у тучныхъ лицъ. Мнѣ, по крайней мѣрѣ, никогда не удавалось прощупать на трупахъ края этой мышцы, хотя направленіе ея и было мнѣ вполнѣ точно извѣстно.

Матеріаломъ для изслѣдованій служили мнѣ трупы людей различнаго возраста за исключеніемъ дѣтскаго, и пола. Число труповъ было 60, т. е. 120 нижнихъ конечностей. Изслѣдованія производились такъ. Трупъ лежалъ на спинѣ въ такомъ положеніи, въ какомъ вообще находится больной, когда ему дѣлаютъ перевязку бедренной артеріи. Безразлично, на правой-ли или на лѣвой конечности дѣлалась перевязка, ногу сгибали въ колѣнѣ, отводили и поворачивали бедро кнаружи, чтобы лучше напрягалась приводящая мышца бедра (m. adductor femoris) и легко можно было прощупать ея сухожиліе вплоть до мѣста его прикрѣпленія къ бугорку большой приводящей мышцы (tuberculum adductoris magni). Затѣмъ прощупывались передняя верхняя ость подвздошной кости и лонное срощеніе. Пространство это дѣлилось пополамъ, и отъ срединной точки проводилась линія до бугорка большой приводящей мышцы, т. е. получалась линія *Quaine*'а. Лучше, впрочемъ, вести эту линію на 1 стм. кзади и внутрь отъ бугорка. Потомъ на передней и внутренней поверхности бедра отпрепаровывались кожа и и подкожная клѣтчатка, при чемъ широкая фасція бедра не трогалась. Тогда обнажались портняжная мышца, внутренняя головка 4-главой и приводящія мышцы бедра въ своихъ влагалищахъ. Послѣ препаровки опять проводилась таже самая линія, которая проходила по наружному краю длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра, а внизу, ниже уровня *Hunter*'ова канала, по сухожилію большой приводящей мышцы. Чтобы опредѣлить разстояніе между указанными 2 мя точками изслѣдуемой конечности, я измѣрялъ длину, по линіи отъ *Poupart*'овой связки, отъ той точки, откуда начинается операціонная линія, до бугорка большой приводящей мышцы. Затѣмъ опредѣлялъ, на какомъ разстояніи отъ послѣдняго портняжная мышца, какъ руководящая точка при отыскиваніи бедренной артеріи, пересѣкаетъ операціонную линію и большую приводящую мышцу бедра.

Табл. 1.

Длина конечности отъ средины линіи между передней верхней остью подвздошной кости и лоннымъ соединеніемъ до бугорка большой приводящей мышцы.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
14	36	20	40
8	37	14	41
22	38	18	42
24	39		

Табл. 2.

Разстояніе отъ бугорка большой приводящей мышцы бедра до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
4	10	12	13
2	10	2	15
4	10	6	14
6	10	2	13
18	14	2	12
6	13	2	14
6	12	12	13
8	11	6	14
4	13	2	15
6	12	10	15

Результатъ моихъ изслѣдованій на 120 конечностяхъ можетъ быть выраженъ въ слѣдующихъ 2-хъ таблицахъ: 1) по длинѣ операціонной линіи и 2) по разстоянію мѣста перекреста наружнаго края портняжной мышцы съ операціонною линіею до бугорка большой приводящей мышцы бедра, т. е. epicondylus int.

Такимъ образомъ на 16 конечностяхъ разстояніе отъ бугорки большой приводящей бедро мышцы до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей равнялось 10, на 8—11, на 14—12, на 36—13, на 32—14 и на 14—15 стм. Изъ этого ясно, что для того, чтобы найти портняжную мышцу, нужно начинать разрѣзъ на 13 или 14 стм. отступя отъ бугорка приводящей мышцы (tuberculum m. adductoris magni) вверхъ по операціонной линіи, а не на 4 поперечныхъ пальца, что составляетъ около 8—9 стм., какъ это вообще совѣтуютъ.

Что касается самого *Hunter*'ова канала (canalis femoro-popliteus), то онъ, какъ извѣстно, есть продолженіе передней бедренной борозды (sulcus femoralis ant.), имѣющей слѣдующія границы: снутри — приводящія мышцы (mm. adductores brevis, longus и magnus) а снаружи — внутренняя головка 4-главой мышцы (m. vastus int.). Эту борозду пересѣкаетъ сверху внизъ и снаружи внутрь портняжная мышца. Книзу бороздка эта превращается въ каналъ вслѣдствіе того, что на уровнѣ прикрѣпленія длинной приводящей бедро мышцы общее влагалище сосудовъ утолщается, благодаря срощенію съ нимъ фиброзныхъ волоконъ, идущихъ отъ сухожилія длинной и большой приводящихъ бедро мышцъ на внутреннюю головку 4-главой мышцы; утолщеніе это и составляетъ переднюю стѣнку канала. Каналъ кончается въ томъ мѣстѣ, гдѣ сосуды, пробуравливая большую приводящую мышцу бедра, переходятъ въ подколѣнную ямку. Мѣсто выхода сосудовъ и считается нижнимъ отверстіемъ канала. Отъ этого мѣста до бугорка большой приводящей бедро мышцы—12—13 стм.

Опишу теперь технику операціи перевязки бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ. Больной лежитъ на спинѣ; конечность его согнута въ колѣнѣ, бедро отведено и повернуто кнаружи. Операторъ стоитъ снаружи бедра; помощникъ помѣщается напротивъ. При операціи на правой ногѣ разрѣзъ начинается сверху внизъ, а на лѣвой снизу вверхъ. Такъ какъ прежде всего нужно найти первую руководящую точку при разрѣзѣ, т. е. портняжную мышцу, безъ которой найти артерію нельзя, то берется среднее число изъ моихъ изслѣдованій, которое и укажетъ разстояніе отъ бугорка приводящей мышцы до пересѣченія портняжной мышцы съ операціонной линіей, а именно 13 стм., и эта точка отмѣчается. Разрѣзъ долженъ быть величиною въ 4—5 стм. (на правой ногѣ сверху внизъ до отмѣченной точки, а на лѣвой снизу вверхъ отъ этой точки). Затѣмъ разрѣзаются кожа, подкожная клѣтчатка и поверхностная фасція. Что касается большой подкожной вены конечности (vena saphena magna), то она почти всегда остается снутри и очень рѣдко попадается въ разрѣзъ. По разрѣзѣ поверхностной фасціи обнажается и портняжная мышца, лежащая въ собственномъ влагалищѣ, вскрывается передняя стѣнка послѣдняго и, при удерживаніи пинцетомъ снаружи этой фасціи, портняжная мышца желобоватымъ зондомъ или, лучше, рукояткой скальпеля отодвигается снаружи внутрь; при этомъ обнаруживается задняя стѣнка влагалища этой мышцы, которую составляетъ рыхлая клѣтчатка. Затѣмъ острымъ крючкомъ захватывается передняя стѣнка влагалища портняжной мышцы снаружи, а тупымъ—она сама и отдается для удерживанія помощнику. Желобоватымъ зондомъ отодвигается рыхлая клѣтчатка; подъ нею открываются бѣловатыя сухожильныя растяженія, которыя идутъ отъ длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра на внутреннюю головку 4-главой мышцы и которыя и составляютъ переднюю стѣнку *Hunter*'ова канала. На этомъ сухожильномъ растяженіи находятся отверстія для большого подкожнаго нерва (n. saphenus major) и для большой анастомозирующей артеріи (arteria anastomotica magna), выходящихъ иногда вмѣстѣ черезъ одно отверстіе, а иногда каждый отдѣльно. Отверстіе это находится внизу, иногда по срединѣ, а иногда вверху сухожильнаго растяженія. Если отверстіе это вид-

но, то въ него вводится желобоватый зондъ такимъ образомъ, чтобы сосудъ и нервъ оставались позади послѣдняго, т. е. чтобы при разрѣзѣ не поранить ихъ. Если-же его здѣсь не находится, то поступаютъ такъ. Въ ранѣ прощупывается сухожиліе большой приводящей бедра мышцы, которое служитъ второй руководящей точкой, и, отступя отъ него на 1 или 0,5 стм. кнаружи, дѣлается въ сухожильномъ растяженіи отверстіе и вводится въ него желобоватый зондъ, по которому и разсѣкается это сухожиліе, т. е. передняя стѣнка *Hunter*'ова канала; при этомъ открываются сосуды (артерія и вена) и большой подкожный нервъ бедра (n. saphenus major) въ своихъ собственныхъ влагалищахъ. Нервъ относительно артеріи лежитъ снаружи и спереди, и вена позади нея, но въ очень тѣсномъ съ ней соприкосновеніи. Затѣмъ вскрывается собственное влагалище артеріи, изолируется она сама, и накладывается лигатура, при чемъ игла подводится снутри кнаружи.

Я надѣюсь, что при обращеніи вниманія на тѣ данныя, которыя я получилъ при своихъ изслѣдованіяхъ, отыскиваніе и перевязка бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ никому не представитъ особыхъ затрудненій, если операторъ будетъ руководиться при этомъ слѣдующими правилами. 1) Необходимо весьма точно прощупать верхнюю переднюю ость подвздошной кости и лонное соединеніе, взять средину между этими 2-мя точками и провести линію къ бугорку большой приводящей бедро мышцъ, какъ совѣтуетъ *Quaine*, или, еще лучше, на 1 стм. отступя кзади. Линія эта точно соотвѣтствуетъ ходу бедренной артеріи отъ начала до конца. 2) Отмѣрить на этой линіи отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы 13 стм. вверхъ и отъ этой точки вести разрѣзъ вверхъ длиною въ 4—5 стм. Такъ какъ при моихъ изслѣдованіяхъ оказалось, что самое малое разстояніе отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы до наружнаго края портняжной равно 10, а самое большое—15 стм., то очевидно, что при разрѣзѣ на 13 стм выше упомянутаго бугорка непремѣнно въ разрѣзѣ попадется портняжная мышца, которая служитъ первой руководящей точкой при этой операціи, и не найдя которую, нельзя отыскать и артеріи.

Источники: 1. *Malgaigne*. Руководство къ оперативной хирургіи. Перев. съ VIII французскаго изд. подъ ред. проф. *И. И. Насилова*, 1883 г. стр. 279.—2. *Farabeuf*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французскаго изд. проф. *А. С. Таубера*, 1887 г., стр. 111.—3. *A. Richet*. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. 2 изд. Paris, 1860 г., стр. 1020.—4. *Quaine*. Anatomie, 1892 г. стр. 487.—5. *R. Tillaux*. Руководство къ топографической анатоміи примѣнительно къ хирургіи. Перев. съ 3-го франц. издан. подъ ред. проф. *А. С. Таубера*, 1884, стр. 977.—6. *Faur*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французъ. подъ ред. ч. пр. *В. Н. Попова*, 1881, стр. 40.—7. *Г. Ф. Геннеръ*. Руководство оперативной хирургіи. Изд. 2-ое, вып. I 1881 г.—8. *Sappey*. Traité d'anatomie descriptive, Paris, 1876 г., т. II, стр. 667.—9. *Gunther*. Lehre von den blutigen Operationen. 1857 г., т. III, отд. VII, стр. 130—131.

CXCV. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

Случай повторнаго кесарскаго сѣченія при безусловномъ съуженіи таза.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

Случаи повторнаго кесарскаго сѣченія насчитываются въ настоящее время всего лишь единицами. Поэтому каждый новый случай представляетъ извѣстный интересъ и заслуживаетъ отдѣльнаго описанія. Въ 1903 г. въ № 7 «Русскаго Врача» въ статьѣ—Къ техникѣ производства повторнаго кесарскаго сѣченія—я описалъ случай повторнаго кесарскаго сѣченія при относительномъ съуженіи таза, произведеннаго во 2-ой разъ (мною, въ 1-ый же разъ кесарское сѣченіе у этой больной было сдѣлано проф. *А. И. Лебедевымъ* 2/x 1887 г.). Въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней», въ сентябрской книжкѣ за 1904 г. д-ромъ *Л. А. Кривскимъ* [1]) описанъ подобный-же случай кесарскаго сѣченія (въ 1-ый разъ оно было произведено проф. *Н. Н. Феноменовымъ* 29/iv 1900 г., во 2-ой разъ—д-ромъ *В. А. Столыпинскимъ* 29/iv 1904 г.). Въ статьѣ этой авторъ приводитъ только 8 такихъ случаевъ (9-ый автора), собранныхъ имъ въ русской литературѣ (случаи—1—проф. *А. Я. Крассовскаго* [2]), 2—*И. Ѳ. Баландина* [3]) и *Д. О. Отта* въ 1891 и 1894 гг., 1—проф. *Г. Е. Рейна* [4]), 1—*В. А. Вастена* [5]), 1—проф. *И. Н. Грамматикати* [6]), 1—проф. *А. И. Лебедева* и *В. Н. Орлова* [7]), 1—проф. *Н. Н. Феноменова* и *В. А. Столыпинскаго* и 1 проф. *Н. Н. Феноменова* [8]). Нижеприводимый случай будетъ, слѣд., по счету 10-мъ (въ 1-ый разъ кесарское сѣченіе у больной сдѣлано было проф. *А. И. Лебедевымъ*, а во 2-ой разъ мною, черезъ 3 года послѣ перваго).

А. Р., 27 л., крестьянка, родомъ изъ Ярославской губ., поступила въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику 5/ш 1901 г. въ 11 час. 30 мин. вечера съ зѣвомъ, открытымъ на верхушку пальца. Шейка еще различима. Околоплодный пузырь цѣлъ. Головное предлежаніе; 2-ая позиція; передній видъ. Сердцебіеніе плода справа ниже пупка, 130 уд. въ 1 мин. Роды срочные. Беременна въ 1-ый разъ. 1-ое движеніе плода почувствовала въ началѣ ноября. Ростъ 145 стм.; сложеніе слабое; костякъ со всѣми признаками рахита; мышцы развиты плохо. Размѣры таза: между остями 23, между гребнями 25, между вертелами 28, конъюгата наружная 15, діагональная 7, истинная 5,5 стм. Размѣры живота: на уровнѣ пупка 84, выше его 84, ниже 82 стм. Сдѣлана ванна. 6/ш въ 7 час. утра при изслѣдованіи найдено тоже, что и наканунѣ вечеромъ. Схватки стали гораздо рѣже. Сердцебіеніе плода ясное, 125—130 уд. въ минуту.

6/ш въ 8 час. утра—кесарское сѣченіе. Показанія къ операціи: безусловно съуженный рахитическій тазъ — діагональная конъюгата 7, истинная 5,5 стм. Условія операціи: температура нормальная, схватки правильныя, зѣвъ открытъ на верхушку пальца, шейка еще различима, пузырь цѣлъ, п. 92, дых. 23. Сердцебіеніе плода 130 въ минуту. Операція сдѣлана по классическому способу. Послѣ предварительнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи, начиная пальцевъ на 5 выше пупка и оканчивая на 3 пальца выше лоннаго соединенія, чтобы не поранить мочевого пузыря. Брюшина сначала вскрыта между 2-мя пинцетами, а затѣмъ ножницами. Матка разрѣзана по средней линіи. Быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и ребенокъ извлеченъ въ арпоё, но вскорѣ сталъ дышать нормально. Послѣдъ отдѣленъ рукою. Во избѣжаніе кровотеченія помощникъ все время сдавливалъ шейку матки рукой. На маточную рану наложено 26 шелковыхъ швовъ въ 2 этажа: 1) глубокій — мышечно-мышечный, доходившій только до отпадающей оболочки, въ разстояніи 1 стм., и 2) сывороточно-мышечный, при чемъ въ эти швы захватывалось какъ можно больше ткани и они накладывались между предыдущими. На брюшную рану наложено 19 узловатыхъ шелковыхъ швовъ. Для остановки кровотеченія впрыснуто 2 шприца 5%-го стерилизованнаго эрготина *Пеля*. Начало операціи въ 8 час. утра, конецъ въ 8 час. 45 мин. Начало хлороформированія въ 7 час. 50 мин. утра. Хлороформа истрачено 35 грм.

Ребенокъ — живая дѣвочка, не много не доношенная, вѣсомъ 2450 грм. Размѣры головки: прямой 11, большой косой 12,5, малый косой 10, большой поперечный 9, малый поперечный 7, вертикальный 9 стм.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безлихорадочно. Самая высокая температура была 37°,3. Швы сняты на 14-ый день — первое натяженіе по всей ранѣ. Выписалась на 21-ый день.

На 3-ій день въ грудяхъ появилось молоко. Въ послѣдующіе дни успѣшно кормила ребенка, который все время былъ здоровъ. При выпискѣ найдено: рубецъ на передней брюшной стѣнкѣ гладкій и ровный на всемъ протяженіи; инфильтраціи въ области его нѣтъ; матка небольшая, спаяна съ рубцомъ въ нижней его $^1/_3$; своды свободны.

1/iv 1904 г. А. Р. снова поступила въ клинику. Послѣднія мѣсячныя 6/vii 1903 г. Размѣры таза прежніе. Опредѣлена беременность на сносяхъ. Положеніе плода продольное; предлежитъ головка надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе плода слѣва, 120 уд. въ минуту. 1/iv около 9 час. веч. начались схватки. Шейка найдена несглаженной; зѣвъ открытъ на $^1/_2$ пальца. Въ 10 час. 45 мин. найдено тоже, только зѣвъ открылся нѣсколько больше.

Въ виду безусловнаго съуженія таза я немедленно приступилъ къ кесарскому сѣченію, не дожидаясь дальнѣйшаго развитія родовой дѣятельности. Въ 11 час. больная была перевезена въ большую операціонную, гдѣ, послѣ обычнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, я сдѣлалъ разрѣзъ по средней линіи рядомъ со старымъ рубцомъ (слѣва отъ него). Идя послойно, я вскрылъ брюшину. Въ разрѣзѣ показалась беременная матка. При осмотрѣ найдено: матка при помощи срощеній соединена справа со старымъ рубцемъ брюшной стѣнки; тутъ-же приросли и петли тонкой кишки и часть сальника; рубецъ на маткѣ выраженъ ясно, но отъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, наложенныхъ при 1-мъ кесарскомъ сѣченіи, нѣтъ и слѣда. Разрѣзъ на маткѣ сдѣланъ рядомъ со старымъ рубцемъ; быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и живой младенецъ (дѣвочка) извлеченъ за ножку. Послѣ этого удаленъ послѣдъ. Матка зашита, какъ и въ предыдущій разъ, въ 2 этажа узловатыми шелковыми швами (28

нюю головку 4-главой мышцы бедра, роются въ толщѣ этой послѣдней и, конечно не находятъ сосуда. Хотя и совѣтуютъ обращать вниманіе, на направленіе мышечныхъ волоконъ, которыя у портняжной мышцы идутъ сверху внизъ и снаружи внутрь, а у внутренней головки 4-главой мышцы—сверху внизъ и кнаружи, но, къ сожалѣнію, направленіе этихъ волоконъ не такъ замѣтно, какъ объ этомъ говорятъ, особенно когда операціонное поле залито кровью; волокна эти ясно видны на препарованныхъ мышцахъ, а не во время операціи. Точно также нѣкоторые авторы совѣтуютъ прощупывать пальцами края портняжной мышцы и по нимъ дѣлать разрѣзъ для отыскиванія артеріи. Но достигнуть этого очень трудно, особенно у тучныхъ лицъ. Мнѣ, по крайней мѣрѣ, никогда не удавалось прощупать на трупахъ края этой мышцы, хотя направленіе ея и было мнѣ вполнѣ точно извѣстно.

Матеріаломъ для изслѣдованій служили мнѣ трупы людей различнаго возраста за исключеніемъ дѣтскаго, и пола. Число труповъ было 60, т. е. 120 нижнихъ конечностей. Изслѣдованія производились такъ. Трупъ лежалъ на спинѣ въ такомъ положеніи, въ какомъ вообще находится больной, когда ему дѣлаютъ перевязку бедренной артеріи. Безразлично, на правой-ли или на лѣвой конечности дѣлалась перевязка, ногу сгибали въ колѣнѣ, отводили и поворачивали бедро кнаружи, чтобы лучше напрягалась приводящая мышца бедра (m. adductor femoris) и легко можно было прощупать ея сухожиліе вплоть до мѣста его прикрѣпленія къ бугорку большой приводящей мышцы (tuberculum adductoris magni). Затѣмъ прощупывались передняя верхняя ость подвздошной кости и лонное сращеніе. Пространство это дѣлилось пополамъ, и отъ срединной точки проводилась линія до бугорка большой приводящей мышцы, т. е. получалась линія *Quaine*'а. Лучше, впрочемъ, вести эту линію на 1 стм. кзади и внутрь отъ бугорка. Потомъ на передней и внутренней поверхности бедра отпрепаровывались кожа и и подкожная клѣтчатка, при чемъ широкая фасція бедра не трогалась. Тогда обнажались портняжная мышца, внутренняя головка 4-главой и приводящія мышцы бедра въ своихъ влагалищахъ. Послѣ препаровки опять проводилась таже самая линія, которая проходила по наружному краю длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра, а внизу, ниже уровня *Hunter*'ова канала, по сухожилію большой приводящей мышцы. Чтобы опредѣлить разстояніе между указанными 2 мя точками изслѣдуемой конечности, я измѣрялъ длину, по линіи отъ *Poupart*'овой связки, отъ той точки, откуда начинается операціонная линія, до бугорка большой приводящей мышцы. Затѣмъ опредѣлялъ, на какомъ разстояніи отъ послѣдняго портняжная мышца, какъ руководящая точка при отыскиваніи бедренной артеріи, пересѣкаетъ операціонную линію и большую приводящую мышцу бедра.

Табл. 1.

Длина конечности отъ средины линіи между передней верхней остью подвздошной кости и лоннымъ соединеніемъ до бугорка большой приводящей мышцы.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
14	36	20	40
8	37	14	41
22	38	18	42
24	39		

Табл. 2.

Разстояніе отъ бугорка большой приводящей мышцы бедра до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей.

число конечностей.	стм.	число конечностей.	стм.
4	10	12	13
2	10	2	15
4	10	6	14
6	10	2	13
18	14	2	12
6	13	2	14
6	12	12	13
8	11	6	14
4	13	2	15
6	12	10	15

Результатъ моихъ изслѣдованій на 120 конечностяхъ можетъ быть выраженъ въ слѣдующихъ 2-хъ таблицахъ: 1) по длинѣ операціонной линіи и 2) по разстоянію мѣста перекреста наружнаго края портняжной мышцы съ операціонною линіею до бугорка большой приводящей мышцы бедра, т. е. epicondylus int.

Такимъ образомъ на 16 конечностяхъ разстояніе отъ бугорки большой приводящей бедро мышцы до перекрещиванія наружнаго края портняжной мышцы съ операціонной линіей равнялось 10, на 8—11, на 14—12, на 36—13, на 32—14 и на 14—15 стм. Изъ этого ясно, что для того, чтобы найти портняжную мышцу, нужно начинать разрѣзъ на 13 или 14 стм. отступя отъ бугорка приводящей мышцы (tuberculum m. adductoris magni) вверхъ по операціонной линіи, а не на 4 поперечныхъ пальца, что составляетъ около 8—9 стм., какъ это вообще совѣтуютъ.

Что касается самого *Hunter*'ова канала (canalis femoro-popliteus), то онъ, какъ извѣстно, есть продолженіе передней бедренной борозды (sulcus femoralis ant.), имѣющей слѣдующія границы: снутри — приводящія мышцы (mm. adductores brevis, longus и magnus) а снаружи — внутренняя головка 4-главой мышцы (m. vastus int.). Эту борозду пересѣкаетъ сверху внизъ и снаружи внутрь портняжная мышца. Книзу бороздка эта превращается въ каналъ вслѣдствіе того, что на уровнѣ прикрѣпленія длинной приводящей бедро мышцы общее влагалище сосудовъ утолщается, благодаря сращенію съ нимъ фиброзныхъ волоконъ, идущихъ отъ сухожилія длинной и большой приводящихъ бедро мышцъ на внутреннюю головку 4-главой мышцы; утолщеніе это и составляетъ переднюю стѣнку канала. Каналъ кончается въ томъ мѣстѣ, гдѣ сосуды, пробуравливая большую приводящую мышцу бедра, переходятъ въ подколѣнную ямку. Мѣсто выхода сосудовъ и считается нижнимъ отверстіемъ канала. Отъ этого мѣста до бугорка большой приводящей бедро мышцы—12—13 стм.

Опишу теперь технику операціи перевязки бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ. Больной лежитъ на спинѣ; конечность его согнута въ колѣнѣ, бедро отведено и повернуто кнаружи. Операторъ стоитъ снаружи бедра; помощникъ помѣщается напротивъ. При операціи на правой ногѣ разрѣзъ начинается сверху внизъ, а на лѣвой снизу вверхъ. Такъ какъ прежде всего нужно найти первую руководящую точку при разрѣзѣ, т. е. портняжную мышцу, безъ которой найти артерію нельзя, то берется среднее число изъ моихъ изслѣдованій, которое и укажетъ разстояніе отъ бугорка приводящей мышцы до пересѣченія портняжной мышцы съ операціонной линіей, а именно 13 стм., и эта точка отмѣчается. Разрѣзъ долженъ быть величиною въ 4—5 стм. (на правой ногѣ сверху внизъ до отмѣченной точки, а на лѣвой снизу вверхъ отъ этой точки). Затѣмъ разрѣзаются кожа, подкожная клѣтчатка и поверхностная фасція. Что касается большой подкожной вены конечности (vena saphena magna), то она почти всегда остается снутри и очень рѣдко попадается въ разрѣзъ. По разрѣзѣ поверхностной фасціи обнажается и портняжная мышца, лежащая въ собственномъ влагалищѣ, вскрывается передняя стѣнка послѣдняго и, при удерживаніи пинцетомъ снаружи этой фасціи, портняжная мышца желобоватымъ зондомъ или, лучше, рукояткой скальпеля отодвигается снаружи внутрь; при этомъ обнаруживается задняя стѣнка влагалища этой мышцы, которую составляетъ рыхлая клѣтчатка. Затѣмъ острымъ крючкомъ захватывается передняя стѣнка влагалища портняжной мышцы снаружи, а тупымъ—она сама и отдается для удерживанія помощнику. Желобоватымъ зондомъ отодвигается рыхлая клѣтчатка; подъ нею открываются бѣловатыя сухожильныя растяженія, которыя идутъ отъ длинной и большой приводящихъ мышцъ бедра на внутреннюю головку 4-главой мышцы и которыя и составляютъ переднюю стѣнку *Hunter*'ова канала. На этомъ сухожильномъ растяженіи находятся отверстія для большого подкожнаго нерва (n. saphenus major) и для большой анастомозирующей артеріи (arteria anastomotica magna), выходящихъ иногда вмѣстѣ черезъ одно отверстіе, а иногда каждый отдѣльно. Отверстіе это находится внизу, иногда по срединѣ, а иногда вверху сухожильнаго растяженія. Если отверстіе это вид-

но, то въ него вводится желобоватый зондъ такимъ образомъ, чтобы сосудъ и нервъ оставались позади послѣдняго, т. е. чтобы при разрѣзѣ не поранить ихъ. Если-же его здѣсь не находится, то поступаютъ такъ. Въ ранѣ прощупывается сухожиліе большой приводящей бедра мышцы, которое служитъ второй руководящей точкой, и, отступя отъ него на 1 или 0,5 стм. кнаружи, дѣлается въ сухожильномъ растяженіи отверстіе и вводится въ него желобоватый зондъ, по которому и разсѣкается это сухожиліе, т. е. передняя стѣнка *Hunter*'ова канала; при этомъ открываются сосуды (артерія и вена) и большой подкожный нервъ бедра (n. saphenus major) въ своихъ собственныхъ влагалищахъ. Нервъ относительно артеріи лежитъ снаружи и спереди, и вена позади нея, но въ очень тѣсномъ съ ней соприкосновеніи. Затѣмъ вскрывается собственное влагалище артеріи, изолируется она сама, и накладывается лигатура, при чемъ игла подводится снутри кнаружи.

Я надѣюсь, что при обращеніи вниманія на тѣ данныя, которыя я получилъ при своихъ изслѣдованіяхъ, отыскиваніе и перевязка бедренной артеріи въ *Hunter*'овомъ каналѣ никому не представитъ особыхъ затрудненій, если операторъ будетъ руководиться при этомъ слѣдующими правилами. 1) Необходимо весьма точно прощупать верхнюю переднюю ость подвздошной кости и лонное соединеніе, взять средину между этими 2-мя точками и провести линію къ бугорку большой приводящей бедро мышцъ, какъ совѣтуетъ *Quaine*, или, еще лучше, на 1 стм. отступя кзади. Линія эта точно соотвѣтствуетъ ходу бедренной артеріи отъ начала до конца. 2) Отмѣрить на этой линіи отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы 13 стм. вверхъ и отъ этой точки вести разрѣзъ вверхъ длиною въ 4—5 стм. Такъ какъ при моихъ изслѣдованіяхъ оказалось, что самое малое разстояніе отъ бугорка большой приводящей бедро мышцы до наружнаго края портняжной равно 10, а самое большое—15 стм., то очевидно, что при разрѣзѣ на 13 стм выше упомянутаго бугорка непремѣнно въ разрѣзѣ попадется портняжная мышца, которая служитъ первой руководящей точкой при этой операціи, и не найдя которую, нельзя отыскать и артеріи.

Источники: 1. *Malgaigne*. Руководство къ оперативной хирургіи. Перев. съ VIII французскаго изд. подъ ред. проф. *И. И. Насилова*, 1883 г. стр. 279.—2. *Farabeuf*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французскаго изд. проф. *А. С. Таубера*, 1887 г., стр. 111.—3. *A. Richet*. Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. 2 изд. Paris, 1860 г., стр. 1020.—4. *Quaine*. Anatomie, 1892 г. стр. 487.—5. *R. Tillaux*. Руководство къ топографической анатоміи примѣнительно къ хирургіи. Перев. съ 3-го франц. издан. подъ ред. проф. *А. С. Таубера*, 1884, стр. 977.—6. *Faur*. Основы оперативной хирургіи. Перев. съ французъ. подъ ред. ч. пр. *В. Н. Попова*, 1881, стр. 40.—7. *Г. Ф. Геннеръ*. Руководство оперативной хирургіи. Изд. 2-ое, вып. I 1881 г.—8. *Sappey*. Traité d'anatomie descriptive, Paris, 1876 г., т. II, стр. 667.—9. *Gunther*. Lehre von den blutigen Operationen. 1857 г., т. III, отд. VII, стр. 130—131.

CXCV. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

Случай повторнаго кесарскаго сѣченія при безусловномъ съуженіи таза.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

Случаи повторнаго кесарскаго сѣченія насчитываются въ настоящее время всего лишь единицами. Поэтому каждый новый случай представляетъ извѣстный интересъ и заслуживаетъ отдѣльнаго описанія. Въ 1903 г. въ № 7 «Русскаго Врача» въ статьѣ—Къ техникѣ производства повторнаго кесарскаго сѣченія—я описалъ случай повторнаго кесарскаго сѣченія при относительномъ съуженіи таза, произведеннаго во 2-ой разъ (мною, въ 1-ый же разъ кесарское сѣченіе у этой больной было сдѣлано проф. *А. И. Лебедевымъ* 2/x 1887 г.). Въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней», въ сентябрской книжкѣ за 1904 г. д-ромъ *Л. А. Кривскимъ* [1]) описанъ подобный-же случай кесарскаго сѣченія (въ 1-ый разъ оно было произведено проф. *Н. Н. Феноменовымъ* 29/iv 1900 г., во 2-ой разъ—д-ромъ *В. А. Столыпинскимъ* 29/iv 1904 г.). Въ статьѣ этой авторъ приводитъ только 8 такихъ случаевъ (9-ый автора), собранныхъ имъ въ русской литературѣ (случаи—1—проф. *А. Я. Крассовскаго* [2]), 2—*И. Ѳ. Баландина* [3]) и *Д. О. Отта* въ 1891 и 1894 гг., 1—проф. *Г. Е. Рейна* [4]), 1—*В. А. Вастена* [5]), 1—проф. *И. Н. Грамматикати* [6]), 1—проф. *А. И. Лебедева* и *В. Н. Орлова* [7]), 1—проф. *Н. Н. Феноменова* и *В. А. Столыпинскаго* и 1 проф. *Н. Н. Феноменова* [8]). Нижеприводимый случай будетъ, слѣд., по счету 10-мъ (въ 1-ый разъ кесарское сѣченіе у больной сдѣлано было проф. *А. И. Лебедевымъ*, а во 2-ой разъ мною, черезъ 3 года послѣ перваго).

А. Р., 27 л., крестьянка, родомъ изъ Ярославской губ., поступила въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику 5/ш 1901 г. въ 11 час. 30 мин. вечера съ зѣвомъ, открытымъ на верхушку пальца. Шейка еще различима. Околоплодный пузырь цѣлъ. Головное предлежаніе; 2-ая позиція; передній видъ. Сердцебіеніе плода справа ниже пупка, 130 уд. въ 1 мин. Роды срочные. Беременна въ 1-ый разъ. 1-ое движеніе плода почувствовала въ началѣ ноября. Ростъ 145 стм.; сложеніе слабое; костякъ со всѣми признаками рахита; мышцы развиты плохо. Размѣры таза: между остями 23, между гребнями 25, между вертелами 28, конъюгата наружная 15, діагональная 7, истинная 5,5 стм. Размѣры живота: на уровнѣ пупка 84, выше его 84, ниже 82 стм. Сдѣлана ванна. 6/ш въ 7 час. утра при изслѣдованіи найдено тоже, что и наканунѣ вечеромъ. Схватки стали гораздо рѣже. Сердцебіеніе плода ясное, 125—130 уд. въ минуту.

6/ш въ 8 час. утра—кесарское сѣченіе. Показанія къ операціи: безусловно съуженный рахитическій тазъ — діагональная конъюгата 7, истинная 5,5 стм. Условія операціи: температура нормальная, схватки правильныя, зѣвъ открытъ на верхушку пальца, шейка еще различима, пузырь цѣлъ, п. 92, дых. 23. Сердцебіеніе плода 130 въ минуту. Операція сдѣлана по классическому способу. Послѣ предварительнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи, начиная пальцевъ на 5 выше пупка и оканчивая на 3 пальца выше лоннаго соединенія, чтобы не поранить мочевого пузыря. Брюшина сначала вскрыта между 2-мя пинцетами, а затѣмъ ножницами. Матка разрѣзана по средней линіи. Быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и ребенокъ извлеченъ въ арпоё, но вскорѣ сталъ дышать нормально. Послѣдъ отдѣленъ рукою. Во избѣжаніе кровотеченія помощникъ все время сдавливалъ шейку матки рукой. На маточную рану наложено 26 шелковыхъ швовъ въ 2 этажа: 1) глубокій — мышечно-мышечный, доходившій только до отпадающей оболочки, въ разстояніи 1 стм., и 2) сывороточно-мышечный, при чемъ въ эти швы захватывалось какъ можно больше ткани и они накладывались между предыдущими. На брюшную рану наложено 19 узловатыхъ шелковыхъ швовъ. Для остановки кровотеченія впрыснуто 2 шприца 5%-го стерилизованнаго эрготина *Пеля*. Начало операціи въ 8 час. утра, конецъ въ 8 час. 45 мин. Начало хлороформированія въ 7 час. 50 мин. утра. Хлороформа истрачено 35 грм.

Ребенокъ — живая дѣвочка, не много не доношенная, вѣсомъ 2450 грм. Размѣры головки: прямой 11, большой косой 12,5, малый косой 10, большой поперечный 9, малый поперечный 7, вертикальный 9 стм.

Послѣопераціонный періодъ прошелъ безлихорадочно. Самая высокая температура была 37°,3. Швы сняты на 14-ый день — первое натяженіе по всей ранѣ. Выписалась на 21-ый день.

На 3-ій день въ грудяхъ появилось молоко. Въ послѣдующіе дни успѣшно кормила ребенка, который все время былъ здоровъ. При выпискѣ найдено: рубецъ на передней брюшной стѣнкѣ гладкій и ровный на всемъ протяженіи; инфильтраціи въ области его нѣтъ; матка небольшая, спаяна съ рубцомъ въ нижней его ⅓; своды свободны.

1/iv 1904 г. А. Р. снова поступила въ клинику. Послѣднія мѣсячныя 6/vii 1903 г. Размѣры таза прежніе. Опредѣлена беременность на сносяхъ. Положеніе плода продольное; предлежитъ головка надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе плода слѣва, 120 уд. въ минуту. 1/iv около 9 час. веч. начались схватки. Шейка найдена несглаженной; зѣвъ открытъ на ⅓ пальца. Въ 10 час. 45 мин. найдено тоже, только зѣвъ открылся нѣсколько больше.

Въ виду безусловнаго съуженія таза я немедленно приступилъ къ кесарскому сѣченію, не дожидаясь дальнѣйшаго развитія родовой дѣятельности. Въ 11 час. больная была перевезена въ большую операціонную, гдѣ, послѣ обычнаго обеззараживанія наружныхъ покрововъ живота, я сдѣлалъ разрѣзъ по средней линіи рядомъ со старымъ рубцомъ (слѣва отъ него). Идя послойно, я вскрылъ брюшину. Въ разрѣзѣ показалась беременная матка. При осмотрѣ найдено: матка при помощи сращеній соединена справа со старымъ рубцемъ брюшной стѣнки; тутъ-же приросли и петли тонкой кишки и часть сальника; рубецъ на маткѣ выраженъ ясно, но отъ шелковыхъ узловатыхъ швовъ, наложенныхъ при 1-мъ кесарскомъ сѣченіи, нѣтъ и слѣда. Разрѣзъ на маткѣ сдѣланъ рядомъ со старымъ рубцемъ; быстро вскрытъ околоплодный пузырь, и живой младенецъ (дѣвочка) извлеченъ за ножку. Послѣ этого удаленъ послѣдъ. Матка зашита, какъ и предыдущій разъ, въ 2 этажа узловатыми шелковыми шв...

швовъ). Операція была сдѣлана безъ наложенія на шейку матки упругаго жгута. Подъ кожу впрыснуто 2 шприца 5%-го стерилизованнаго эрготина *Пеля*. Брюшная стѣнка была сильно истончена; поэтому она была зашита узловатыми шелковыми швами въ 1 этажъ. Обычная повязка.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ осложненій. Нагрубаніе грудей было замѣчено на 5-ый день, и съ тѣхъ поръ кормленіе ребенка пошло успѣшно. Самая высокая температура была на 4-ый день—37°,7. Матка быстро и хорошо сократилась. Больная вмѣстѣ съ ребенкомъ выписалась на 20-ый день. При изслѣдованіи найдено: рубецъ брюшной стѣнки безъ инфильтраціи, безболѣзненный, хорошо сформированъ; матка небольшая, перегнута впередъ, подвижная; своды свободны. Черезъ мѣсяцъ оперированная пришла въ клинику показаться: при изслѣдованіи все найдено нормально. Кормленіе ребенка шло правильно.

Ознакомившись со случаемъ, читатель можетъ задать вопросъ, почему-же здѣсь не было сдѣлано ни при 1-мъ, ни при 2-мъ кесарскомъ сѣченіи искусственнаго безплодія, напр., не были перевязаны или перерѣзаны *Fallopi*'евы трубы? И въ 1-ый и во 2-ой разъ больной это было предложено, но она наотрѣзъ отказалась отъ этихъ операцій, не смотря на то, что ей было разъяснено, что сама она рожать не можетъ и что ей постоянно будетъ требоваться кесарское сѣченіе. Больная — личность вполнѣ интеллигентная и ясно понимаетъ всю опасность операціи.

Въ прежде описанномъ мною случаѣ вторичное кесарское сѣченіе было произведено черезъ 15 лѣтъ послѣ 1-го, при чемъ на передней стѣнкѣ матки не найдено и слѣдовъ отъ прежде бывшей раны; сывороточный покровъ ея былъ гладокъ, и нигдѣ не было видно рубцеваго утолщенія стѣнки. Въ только-что приведенномъ случаѣ кесарское сѣченіе во 2-ой разъ было сдѣлано черезъ 3 года послѣ 1-го. Осложненія при операціи встрѣтились тѣже, что и въ 1-мъ случаѣ,—срощенія матки съ рубцемъ брюшной стѣнки, съ петлей тонкихъ кишекъ и съ частью сальника. Рубецъ на маткѣ еще выраженъ былъ ясно; мѣстами онъ былъ вдавленъ, мѣстами-же выдавался поверхностью. Шелковыхъ лигатуръ, наложенныхъ въ 1-ый разъ, нигдѣ не было видно; быть можетъ, онѣ разсосались, ибо больная не замѣчала, чтобы онѣ выдѣлялись.

Такъ какъ здѣсь дѣло имѣлось съ безусловнымъ съуженіемъ таза, при которомъ роды черезъ естественные родовые пути невозможны никоимъ образомъ, я и рѣшилъ не ждать особенно долго раскрытія маточнаго зѣва и приступилъ къ кесарскому сѣченію черезъ 2 часа послѣ появленія схватокъ при несглаженной еще шейкѣ и открытіи маточнаго зѣва на 1 палецъ. Не смотря на то, что я не дождался полнаго развитія родовой дѣятельности матки и приступилъ къ кесарскому сѣченію въ началѣ родовъ, матка сократилась хорошо, и потеря крови была весьма незначительной, не больше, чѣмъ при нормальныхъ родахъ. Послѣродовое обратное развитіе матки совершалось такъ-же, какъ оно идетъ при нормальномъ послѣродовомъ періодѣ.

Относительно времени производства кесарскаго сѣченія при безусловномъ съуженіи таза въ литературѣ нѣтъ болѣе или менѣе опредѣленныхъ указаній. На этотъ счетъ имѣется нѣсколько мнѣній: одни допускаютъ производство его въ концѣ беременности, т. е. до начала родовъ, другіе совѣтуютъ его дѣлать при появленіи первыхъ-же схватокъ, и, наконецъ, третьи производятъ его въ разгарѣ родовыхъ болей, когда сократительная дѣятельность матки выработалась уже въ достаточной степени; въ противномъ случаѣ, говорятъ они, можетъ развиться атонія матки съ послѣдующимъ кровотеченіемъ. Подтвержденіемъ этого мнѣнія могутъ служить 3 случая *Everke* [9]), въ которыхъ онъ произвелъ кесарское сѣченіе до начала болей: во всѣхъ нихъ послѣ операціи наблюдались атонія матки и сильное кровотеченіе. Въ остальныхъ 32 случаяхъ (всѣхъ случаевъ у *Everke* было 35), въ которыхъ онъ сдѣлалъ операцію во время родовъ, объ атоніи матки онъ ничего не говоритъ. Показаніемъ къ операціи въ 25 случаяхъ служило съуженіе таза (рахитическое) въ высокой степени, въ 2—тяжелая эклямпсія (обѣ матери умерли въ комѣ, но дѣти остались живы), въ 1 — позадишеечная фиброміома, въ 5—остеомаляція и, наконецъ, въ 1—спондилолистическій тазъ. % смертности у *Everke* получился дов. большой — 14. 2 раза, кромѣ того, онъ сдѣлалъ кесарское сѣченіе на мертвыхъ.

Въ противуположность *Everke* цѣлый рядъ авторовъ свидѣтельствуютъ о томъ, что въ ихъ случаяхъ, не смотря на раннее производство кесарскаго сѣченія, наблюдалось хорошее сокращеніе матки. Къ такимъ авторамъ принадлежитъ, напр., *Loison* [10]), сдѣлавшій 2 кесарскихъ сѣченія у первородящихъ съ узкимъ тазомъ. Въ 1-мъ случаѣ, вслѣдствіе dyspnoë, при отвисломъ животѣ, при истинной конъюгатѣ въ 3 стм., было сдѣлано кесарское сѣченіе съ успѣхомъ для матери и плода на 8-мъ мѣсяцѣ беременности; во 2-мъ случаѣ — въ послѣднемъ мѣсяцѣ, до начала болей. Кровотеченіе и въ томъ, и въ другомъ случаѣ удалось остановить легко, и оно едва-ли было большимъ, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ. *Boxal* [11]) произвелъ съ успѣхомъ кесарское сѣченіе въ 1-ой стадіи родовъ. *Braun* [12]) сдѣлалъ кесарское сѣченіе на 8-мъ мѣсяцѣ беременности, по поводу кисты яичника, плотно засѣвшей въ тазу, при чемъ мать осталась жива, а ребенокъ умеръ. *Hans Bachmann* [13]) описалъ случай изъ клиники проф. *Ehrendorfer*'а въ Insbruck'ѣ, гдѣ послѣдній при яичниковомъ дермоидѣ сдѣлалъ кесарское сѣченіе въ концѣ беременности, не дожидаясь родовъ.

Больная во время беременности страдала сильными болями въ животѣ, и ей часто приходилось изъ-за этого ложиться въ постель. Кесарское сѣченіе сдѣлано было по сохраняющему способу, при чемъ извлечена была живая дѣвочка, длиной въ 51 стм. и вѣсомъ въ 2900 грм. Опухоль была срощена въ заднемъ *Douglas*'овомъ пространствѣ; она была извлечена по удаленіи срощеній. Ножка ея перевязана въ 2 пучка, и затѣмъ опухоль срѣзана. Чтобы избѣжать задержки послѣродовыхъ выдѣленій въ полости матки, черезъ шейку ея во влагалище введена была марлевая полоска. Матка хорошо сократилась. Послѣродовой періодъ прошелъ безъ осложненій; только 1 разъ, на 4-ый день, температура у родильницы повысилась до 39°,5 вслѣдствіе задержки послѣродовыхъ отдѣленій. Мать и ребенокъ выписаны здоровыми на 27-ой день.

На основаніи только-что приведенной литературы можно-ли сказать что-либо опредѣленное относительно времени производства кесарскаго сѣченія? Въ то время, какъ *Everke* въ 3 случаяхъ, гдѣ онъ сдѣлалъ кесарское сѣченіе до начала родовъ, получилъ атонію матки и сильное кровотеченіе, другіе авторы (*Loison*, *Boxal*, *Braun*, *Bachmann*) дѣлали эту операцію до начала родовъ (первые 3—даже на 8-мъ мѣсяцѣ беременности), но ни атоніи матки, ни кровотеченія не наблюдали ни въ одномъ случаѣ.

Въ виду такого противорѣчія, естественно, возникаетъ вопросъ, какъ-же поступать въ каждомъ данномъ случаѣ? При рѣшеніи этого вопроса первое, что слѣдуетъ принимать во вниманіе, это—съ какой беременностью имѣется дѣло, т. е. идетъ-ли она вполнѣ нормально, или осложнена какимъ-либо заболѣваніемъ (бугорчаткой, воспаленіемъ почекъ, порокомъ сердца, эклямпсіей и т. д.) или опухолью яичниковъ, либо матки. При осложненіи беременности какимъ-либо заболѣваніемъ или опухолью, при безусловномъ съуженіи таза, если время производства выкидыша пропущено, дозволительно сдѣлать кесарское сѣченіе раньше начала родовъ и на 8-мъ мѣсяцѣ (чтобы имѣть жизнеспособнаго ребенка) въ томъ случаѣ, когда состояніе больной не допускаетъ ждать конца беременности и угрожаетъ ея жизни. Если-же при безусловномъ съуженіи таза беременность идетъ правильно и состояніе беременной удовлетворительно, то лучше ждать начала родовъ и приступить къ кесарскому сѣченію тогда, когда уже появятся правильныя сокращенія матки и можно надѣяться, въ силу этого, на хорошее послѣдовательное ея сокращеніе, какъ я и поступилъ въ своемъ случаѣ.

Если при производствѣ кесарскаго сѣченія шейка матки не сглажена, а маточный зѣвъ открытъ очень мало, то нужно-ли проводить полоску марли (дренажъ) изъ полости матки во влагалище противъ задержки послѣродовыхъ выдѣленій, какъ это совѣтуютъ дѣлать нѣкоторые авторы? По моему мнѣнію, такой дренажъ совершенно излишенъ и даже вреденъ, такъ какъ можетъ служить источникомъ зараженія полости матки изъ влагалища. Въ случаѣ-же задержки послѣродовыхъ выдѣленій всегда можно расширить маточный зѣвъ и промыть полость матки какимъ-либо обеззараживающимъ растворомъ.

Литература. 1. *Л. А. Кривскій.* «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1904 г., сентябрь.—2. Проф. *А. Я. Красовскій.* Случай описанъ д-ромъ *Мазуркевичемъ.* Тамъ-же, 1892 г.

январь.—3. *М. М. Федоровская-Веридарская.* Тамъ-же, 1895 г., стр. 249. — 4. Проф. *Г. Е. Рейнъ.* Прив. по *А. Л. Кривскому.* Тамъ-же, 1897 г., стр. 821.—5. *В. А. Вастенъ.* Прив. по *Л. А. Кривскому.* Тамъ-же, 1900 г.—6. Проф. *И. Н. Грамматикати.* Прив. по *Л. А. Кривскому.* Тамъ-же.—7. *В. Н. Орловъ.* «Русскій Врачъ», 1903 г., № 7. — 8. Проф. *Н. Н. Феноменовъ.* Прив. по *Л. А. Кривскому.*—9. *Evcrke.* 70 Съѣздъ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Düsseldorf'ѣ 19—24 сентября 1878 г.—10. *Loison.* «Lyon médical», 1897 г.—11. *Boxal.* «Jahresbericht für Geburtshülfe und Gynaekologie», 1848 г., стр. 762.—12. *Braun.* «Centralblatt für Gynaekologie», 1895 г.—13. *Bachmann.* Тамъ-же, 1902 г.

Изъ хирургическаго отдѣленія П. И. Бухмана въ Семеновскомъ Александровскомъ военномъ госпиталѣ въ Петербургѣ.

Эмпіема грудной полости и ея оперативное лѣченіе.

С. С. Гирголава.

(*Продолженіе. См. № 47, стр. 1575*).

И такъ, существуетъ 3 способа, съ помощью которыхъ гной можетъ быть удаленъ изъ плейральной полости: проколъ, торакотомія безъ изсѣченія ребра и торакотомія съ изсѣченіемъ ребра (была предложена еще трепанація ребра).

Проколы троакаромъ съ послѣдующимъ выпусканіемъ гноя наружу, согласно современнымъ хирургическимъ взглядамъ, совершенно оставлены. Точно также не употребляются при гнойныхъ плейритахъ и проколы съ высасываніемъ выпота, какъ не ведущіе къ цѣли. Изъ проколовъ-же съ послѣдующимъ дренажемъ полости эмпіемы въ настоящее время примѣняется способъ *Bülau*, главнымъ образомъ въ Германіи, и то съ нѣкоторыми ограниченіями, о которыхъ будетъ сказано ниже.

Способъ этотъ, называемый *Bülau*'скимъ сифоннымъ дренажемъ, состоитъ въ слѣдующемъ. Грудная клѣтка на избранномъ мѣстѣ прокалывается троакаромъ, имѣющимъ въ поперечникѣ не менѣе 0,7 стм. Стилетъ изъ троакара вынимается, а черезъ канюли вводятъ въ полость эмпіемы *Nélaton*'овскій катетеръ. Затѣмъ канюля удаляется, а катетеръ тщательно укрѣпляется тѣмъ или инымъ способомъ à demeure. На зажатый катетеръ надѣвается резиновая трубочка, спускающаяся въ сосудъ, находящійся въ болѣе низкой плоскости, чѣмъ лежитъ больной. Сосудъ на $^1/_3$ наполняется любымъ противогнилостнымъ растворомъ. Если съ катетра сняты зажимъ, то жидкость по закону сифона тотчасъ-же начинаетъ переливаться изъ полости эмпіемы въ сосудъ. Когда больной поправляется настолько, что можетъ ходить, то сосудъ съ противогнилостнымъ растворомъ укрѣпляютъ у его пояса и приборъ такимъ образомъ можетъ дѣйствовать и при вертикальномъ положеніи больного. Для прекращенія его дѣйствія стоитъ только наложить на катетеръ зажимъ; для возобновленія-же дѣйствія слѣдуетъ наполнить резиновую трубочку противогнилостнымъ растворомъ, соединить ее съ катетромъ (если она была удалена) и снять съ послѣдняго зажимъ. Наружный конецъ трубочки, конечно, предварительно опять опускается въ сосудъ.

Защитники этого способа видятъ въ немъ большое преимущество въ томъ отношеніи, что воздухъ при немъ совершенно не проникаетъ въ полость плейры; кромѣ того, больной избавляется отъ болѣзненной операціи, а всасываніе гноя, благодаря сифону, совершается постоянно. По *Immermann*'у при этомъ способѣ получается 86% выздоровленій; въ 9% потребовалась операція, а въ 5% наступила смерть *).

Уже разсуждая теоретически, нельзя не видѣть въ способѣ *Bülau* большихъ неудобствъ какъ для спокойствія больного, такъ и для успѣха лѣченія; на практикѣ онъ также, по отзыву нѣкоторыхъ авторовъ (*Н. А. Щеголевъ*), не даетъ столь благопріятныхъ результатовъ, какъ торакотомія. Прежде всего весь приборъ неустойчивъ, и больной какъ-бы привязанъ къ нему. Слѣдить затѣмъ, чтобы чрезъ резиновую трубку не проникалъ воздухъ, весьма трудно, а подчасъ и невозможно, тѣмъ болѣе, что она легко можетъ выскочить изъ сосуда отъ цѣлаго ряда случайностей. Затѣмъ, катетеръ часто засоряется сгустками фибрина, которые не всегда легко удается устранить. Но, кромѣ всего этого, весь способъ часто не ведетъ къ цѣли, и въ концѣ концовъ приходится дѣлать торакотомію (*Щеголевъ*). *Kümmel* видитъ въ способѣ *Bülau* еще ту невыгоду, что, если легкое почему-либо не расправляется, то останавливается и истеченіе гноя, и такимъ образомъ все лѣченіе пропадаетъ. *Kümmel* ограничиваетъ примѣненіе этого способа лишь тѣми случаями, когда нельзя сдѣлать торакотоміи съ изсѣченіемъ ребра, а именно при опасности наркоза у слишкомъ истощенныхъ больныхъ и при обоюдусторонняхъ эмпіемахъ, чтобы избѣжать образованія двойного пнеймоторакса. *Gumprecht* также считаетъ показаннымъ способъ *Bülau* лишь при такомъ состояніи больного, когда болѣе значительная операція внушаетъ опасеніе. *Albert* утверждаетъ, что онъ не видѣлъ особенныхъ результатовъ при примѣненіи способа *Bülau*. *Eichhorst* и *Müller* также предпочитаютъ этому способу коренную операцію. *König*, со своей стороны, не видитъ большихъ преимуществъ въ сифонномъ дренажѣ по сравненію съ коренной операціей. *Bergmann* и *Rochs* признаютъ въ способѣ *Bülau* то достоинство, что онъ весьма простъ и, примѣняя его, можно обойтись безъ хлороформа; но въ тоже время они прибавляютъ, что не вѣрятъ въ его достаточность, особенно при длительномъ нагноеніи; въ концѣ концевъ они являются безусловно сторонниками болѣе коренной операціи изсѣченія ребра. *Reymond* и *Terrier* отвергаютъ пріоритетъ *Bülau* въ вышеописанномъ способѣ, доказывая историческими справками, что онъ былъ описанъ ранѣе *Bülau Playfair*'омъ (On the treatment of empyema in children. «Transactions of the obstetrical Society of London», 1873, XIV, 4—18). Разница лишь въ томъ, что у этого послѣдняго сосудъ, въ который опускается резиновая трубочка, наполнялся на $^1/_2$ водой, *Bülau*-же замѣнилъ ее противогнилостнымъ растворомъ. Добавлю, что даже при лѣченіи эмпіемъ пнеймококковаго происхожденія *Reymond* и *Terrier* стоятъ за торакотомію, съ безусловностью чего принципіально нельзя не согласиться. И такъ, способъ *Bülau* (если онъ, дѣйствительно, открытъ имъ), хотя по описаніямъ, и даетъ, будто бы, хорошіе результаты, но избѣгается большинствомъ наиболѣе извѣстныхъ авторовъ; даже защитники его ограничиваютъ его примѣненіе случаями эмпіемъ пнеймококковаго происхожденія или такими, гдѣ коренной операціи почему-либо сдѣлать нельзя.

Переходя къ описанію способовъ коренныхъ операцій при эмпіемахъ, я долженъ нѣсколько остановиться на анатоміи грудной клѣтки, что необходимо для оцѣнки этихъ способовъ и имѣетъ большое значеніе для выбора мѣста торакотоміи и изсѣченія ребра.

Грудная клѣтка въ своей костной части, какъ извѣстно, образуется сзади позвоночникомъ, съ боковъ—ребрами, а спереди—реберными хрящами и грудиной. Позвоночникъ входитъ въ составъ грудной клѣтки въ размѣрѣ грудной своей части, что составляетъ 36% всего его длины у мужчинъ и 38% у женщинъ (проф. *Д. Н. Зерновъ*). Грудная часть позвоночника обращена выпуклостью назадъ; въ наиболѣе вогнутомъ мѣстѣ, со стороны грудной полости лежатъ 6-й и 7-ой позвонки; остистые отростки ихъ, болѣе чѣмъ у другихъ позвонковъ, направлены книзу. Такимъ образомъ въ лежачемъ положеніи 6-ой и 7-ой позвонки находятся на наиболѣе глубокомъ мѣстѣ позвоночника. По высотѣ тѣлъ грудные позвонки имѣютъ слѣдующую особенность: наименьшія тѣла принадлежатъ 4-му, 5-му и 6-му позвонкамъ; въ ту и другую сторону отъ нихъ высота тѣлъ постепенно увеличивается. У новорожденныхъ разница между грудными, какъ и вообще между всѣми позвонками, сглажена. Къ старости выпуклость грудной части позвоночника увеличивается.

Ребра входятъ въ составъ грудной клѣтки главнымъ образомъ съ боковъ, отчасти-же они образуютъ заднюю и переднюю ея стѣнки. Рядъ угловъ реберъ идетъ параллельно остистымъ отросткамъ; этими углами отграничивается съ наружной стороны желобъ, внутреннюю границу котораго составляетъ позвоночный столбъ. На среднихъ ребрахъ, вдоль ихъ нижняго края, идетъ на большей части протяженія ребра бороздка, которая, благодаря болѣе развитому наружному краю, снаружи закрыта; въ бороздѣ этой лежатъ межреберные сосуды. На крайнихъ ребрахъ какъ вверху, такъ и внизу желобки выражены слабо. Дугообразная кривизна, образуемая средними ребрами, имѣетъ тройной характеръ; радіусъ ея увеличивается сзади кпереди. 1-ое, 2-ое, 3-ье и 10-ое ребра имѣютъ лишь 2 радіуса; у 11-го и 12-го кривизна представляетъ изъ себя дугу лишь одного радіуса. Вмѣстѣ съ дугообразной кривизной ребра скручены еще вокругъ своей оси, что зависитъ отъ болѣе низкаго положенія передняго конца ребра по сравненію съ заднимъ. Передній конецъ 1-го ребра лежитъ на уровнѣ 3-го грудного позвонка; кни-

*) Привожу по *Eichhorst*'у, который не указываетъ числа больныхъ и не сообщаетъ, даны-ли эти цифры однимъ авторомъ или выведены по даннымъ нѣсколькихъ.

зу это опусканіе все увеличивается. Отъ этого-же нисхожденія передняго конца зависитъ и постепенное расширеніе промежутковъ между ребрами сзади и напередъ. *Gerlach* даетъ слѣдующую таблицу, въ которой опредѣляется положеніе ребра въ горизонтальной плоскости по отношенію къ остистымъ отросткамъ позвонковъ у живого.

Ребра	по сосковой линіи находится на уровнѣ:	по подмышковой линіи на уровнѣ:
2-ое	остистаго отростка 5-го грудного позвонка	остистаго отростка 4-го грудного позвонка
3-ье	» » 6-го » »	» » 5-го » »
4-ое	» » 7-го » »	» » 6-го » »
5-ое	» » 9-го » »	» » 8-го » »
6-ое	» » 10-го » »	» » 9-го » »
7-ое	» » 11-го » »	» » 10-го » »
8-ое	» » 1-го поясничнаго »	» » 12-го » »
9-ое	» » 2-го » »	» » 1-го поясничнаго »
10-ое	между остистыми отростками 2-го и 3-го поясничныхъ позвонковъ	» » 2-го » »

Въ отношеніи длины ребра сверху постепенно увеличиваются до 7-го; начиная-же съ 8-го, они вновь уменьшаются. 1-ое и 12-ое ребра по длинѣ бываютъ почти равны.

Заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что надкостница на ребрахъ выражена сильно; съ наружной стороны она снимается при хирургическихъ операціяхъ дов. легко, съ внутренней-же крѣпко спаяна съ костью; съ реберъ она переходитъ прямо въ надхрящницу реберныхъ хрящей.

Въ дѣтскомъ возрастѣ ребра ростутъ безъ эпифизовъ, которые образуются впервые ко времени половой зрѣлости на головкѣ и на бугрѣ. Въ старости съ концевъ реберъ начинаетъ появляться окостенѣніе; раньше всего этотъ процессъ происходитъ на хрящѣ 1-го ребра. Дѣло можетъ дойти до того, что все ребро, наконецъ, подвергается полному окостенѣнію тогда, когда, конечно, упругость грудной клѣтки теряется (*Merckel*). По мнѣнію проф. *Д. Н. Зернова*, полнаго превращенія ребернаго хряща въ костную ткань у человѣка не бываетъ.

Разсмотрѣвъ въ отдѣльности составныя части грудной клѣтки, поскольку это необходимо для дальнѣйшаго, перейду къ разсмотрѣнію строенія ея, какъ одного цѣлаго.

По формѣ грудная клѣтка скорѣе неправильна, многогранна, чѣмъ напоминаетъ конусъ, какъ это принято обозначать. Кверху она съужена, наиболѣе-же широкое ея мѣсто находится нѣсколько выше, чѣмъ основаніе. Поперечное сѣченіе грудной клѣтки нѣсколько похоже на червоннаго туза съ закругленнымъ нижнимъ концемъ; такая форма получается благодаря вдающемуся въ полость клѣтки позвоночному столбу. Наибольшая окружность грудной клѣтки находится, какъ я только-что сказалъ нѣсколько выше основанія, а именно *на уровнѣ тѣла 8-го ребра*; въ среднемъ она составляетъ, по проф. *Д. Н. Зернову*, безъ мягкихъ частей 75—80 стм.

Форма грудной клѣтки подвержена колебаніямъ въ зависимости отъ сложенія. У лицъ съ хорошимъ сложеніемъ самая клѣтка короче, но выпуклѣе впередъ; у слабыхъ-же, напротивъ, она уплощена.

Половыя особенности выражены также дов. рѣзко: женская грудная клѣтка короче и уже мужской, что зависитъ отъ меньшихъ размѣровъ нижнихъ реберъ, грудной части позвоночника и грудины. Затѣмъ, верхняя часть женской грудной клѣтки шире, чѣмъ у мужчинъ, нижняя-же, напротивъ, уже; поэтому грудина у женщинъ стоитъ болѣе вертикально. Сюда-же слѣдуетъ еще отнести зависимость вида клѣтки отъ ношенія корсета. У новорожденныхъ грудная клѣтка короткая; основаніе ея сравнительно широко; по формѣ она приближается къ 4-угольной.

Нижній уголъ лопатки въ большинствѣ случаевъ прикрываетъ 7-ое ребро и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ доходитъ до 8-го.

Не вдаваясь въ подробности о вліяніи акта дыханія на размѣры и движенія грудной клѣтки, упомяну лишь, что при дыханіи происходитъ попеременное увеличеніе и уменьшеніе грудной клѣтки во всѣхъ размѣрахъ. При измѣненіи вертикальнаго размѣра большую роль играетъ грудобрюшная преграда. Послѣдняя, какъ извѣстно, сильно вдается въ полость грудной клѣтки; въ нижнихъ своихъ частяхъ она вначалѣ плотно прилегаетъ къ стѣнкамъ грудной клѣтки, а затѣмъ постепенно отходитъ отъ нихъ къ т. наз. centrum tendineum. Правая часть грудобрюшной преграды, вслѣдствіе присутствія печени, поднята вверхъ болѣе лѣвой. Сзади куполъ ея падаетъ круче, чѣмъ спереди; центральная часть ея также нѣсколько опущена по сравненію съ сосѣдними частями. При глубокомъ выдыханіи грудобрюшная преграда на правой сторонѣ наивысшей своей точной стоитъ на уровнѣ 4-го ребра по сосковой линіи, на лѣвой-же никогда не поднимается выше 5-го. При вдыханіи грудобрюшная преграда опускается главнымъ образомъ боковыми своими частями; средняя-же часть остается почти неподвижной, благодаря существованію поддерживающей связки (lig. suspensorium diaphragmatis), волокна которой проходятъ въ сердечную сорочку и клѣтчатку большихъ сосудовъ и поднимаются затѣмъ по ихъ ходу на шею, гдѣ и прикрѣпляются къ поперечнымъ отросткамъ нижнихъ шейныхъ позвонковъ (по дорогѣ также къ груднымъ). Такимъ образомъ при выдыханіи происходитъ уплощеніе купола грудобрюшной преграды.

Въ очень молодомъ возрастѣ грудобрюшная преграда нерѣдко стоитъ дов. высоко, у стариковъ-же, напротивъ, она болѣе или менѣе значительно понижена по сравненію съ нормой.

Слои тканей, покрывающихъ грудную клѣтку въ межреберныхъ промежуткахъ по лопаточной линіи снаружи внутрь, будутъ слѣдующія: кожа, подкожная клѣтчатка, поверхностный апонейрозъ, волокна широкой мышцы спины (m. latissimi dorsi), рыхлая клѣтчатка, наружная межреберная мышца (m. intercostalis ext.), жировая клѣтчатка, внутренняя межреберная мышца (m. intercostalis inter), внутригрудная фасція (fascia endothoracica), рыхлая клѣтчатка (подплейральная) и пристѣночный листокъ плейры.

По подмышковой линіи, вмѣсто широкой мышцы спины, будетъ большая передняя зубчатая мышца (m. serratus anticus major). Ширина межреберій у позвоночника, какъ уже было сказано, зависитъ отъ высоты тѣла позвонка. Кромѣ того, на нее оказываютъ вліяніе ширина самихъ реберъ и ихъ извилистость. Около угловъ реберъ промежутки уже всего; затѣмъ идетъ незначительное расширеніе ихъ; 4 верхнихъ межреберья одинаковы на всемъ ихъ протяженіи. 3-ье и 6-ое межреберья шире всего на мѣстѣ соединенія реберъ съ хрящемъ; затѣмъ они быстро съуживаются по направленію къ грудинѣ. Послѣднія межреберья имѣютъ сзади до начала хрящей почти одинаковую высоту, а затѣмъ также быстро съуживаются. Выполнены межреберья наружной и внутренней межреберными мышцами, между которыми заложена рыхлая клѣтчатка; въ послѣдней проходятъ сосуды и нервы.

Направленіе наружной межреберной мышцы—косое, снаружи внутрь и сзади напередъ; начало ея—на нижнемъ краѣ ребра, прикрѣпленіе—на верхнемъ краѣ нижележащаго. Къ началу соединенія реберъ съ хрящами мышцы эти переходятъ въ сухожильныя пластинки и продолжаются до грудины, какъ т. наз. блестящія связки (lig. coruscantia); у позвоночника наружныя межреберныя мышцы прикрѣпляются къ поперечнымъ отросткамъ и извѣстны тамъ подъ названіемъ поднимателей реберъ (mm. levatores costarum). Внутреннія межреберныя мышцы лежатъ на всемъ протяженіи межреберій; направленіе ихъ волоконъ также косое, но обратное вышеупомянутымъ: снутри снаружи и спереди назадъ. Онѣ начинаются на внутренней губѣ ребернаго желобка и прикрѣпляются къ внутренней губѣ верхняго края ниже лежащаго ребра.

Межреберныя артеріи выходятъ изъ аорты, верхней межреберной артеріи и внутренней титечной и поэтому дѣлятся на заднія, верхнія и переднія. Верхнія въ рѣдкихъ случаяхъ доходятъ лишь до 4-го межреберья (*Tillaux*), и поэтому для насъ мало интересны. Заднія, числомъ 8—9, берутъ свое начало изъ нисходящей части аорты и, дѣлясь на переднюю и заднюю вѣтви, идутъ по межреберьямъ. Первая болѣе развитая вѣтвь сначала идетъ между плейрой и внутренней межреберной мышцей, а затѣмъ между обѣими межреберными мышцами, располагаясь въ реберномъ желобкѣ. Вторая, болѣе слабая, направляется по верхнему краю нижележащаго ребра. Изъ этихъ вѣтвей выходятъ прободающія вѣточки къ спиннымъ мышцамъ и въ самыя межреберья. Правыя артеріи длиннѣе лѣвыхъ, что зависитъ отъ положенія аорты. Впереди эти артеріи образуютъ соустія съ такими-же (см. выше), выходящими изъ внутренней титечной артеріи. Межреберные нервы повторяютъ ходъ артерій.

Въ реберномъ желобѣ поверхностнѣе всего лежитъ вена, нѣсколько глубже артерія, а затѣмъ нервъ.

Упомяну еще о границахъ плейры. Правая плейра спускается сверху до прикрѣпленія къ грудинѣ 4-го ребра, затѣмъ отходитъ въ сторону и пересѣкаетъ 6-ое ребро у его прикрѣпленія къ грудинѣ, 7-ое—по сосковой линіи, 8-ое—по срединѣ между послѣдней и подмышковой, 9-ое—по подмышковой, затѣмъ идетъ горизонтально черезъ 10-ое и 11-ое ребра до головки 12-го. Лѣвая плейра спускается по краю грудины до 4-го ребра, затѣмъ сворачиваетъ и проходитъ черезъ 5-ое ребро на срединѣ его хряща, пересѣкаетъ 7-ое на сосковой линіи, 1-ое на подмышковой (т. е. ниже, чѣмъ справа) и, наконецъ, какъ правая, направляется къ позвоночнику *) (*Д. Н. Зерновъ*).

Возстановивъ главнѣйшія анатомическія данныя, прежде чѣмъ перейти къ описанію оперативныхъ способовъ лѣченія эмпіемъ, остановлюсь еще нѣсколько на механическомъ вліяніи выпота плейральной полости на легкое и другіе органы, заключенные въ грудной клѣткѣ.

Какъ извѣстно, при началѣ плейрита больной ощущаетъ на пораженной сторонѣ болѣе или менѣе значительныя боли, усиливающіяся при глубокомъ дыханіи. Поэтому дыхательные размахи грудной клѣтки сначала сокращаются, а затѣмъ сводятся къ возможному minimum'у. Такимъ образомъ давленіе въ полости плейры остается постояннымъ. Новообразующійся выпотъ раздвигаетъ листки плейры и занимаетъ мѣсто на счетъ отдавливаемаго къ позвоночнику легкаго, преодолѣвая господствующее въ немъ

*) Анатомическія свѣдѣнія приводятся по *Pansch*'у, *Д. Н. Зернову*, *Merkel*'ю и *Tillaux*.

атмосферное давленіе. Слѣд., въ выпотѣ давленіе—болѣе атмосфернаго: по *Gumprecht*'у, около 10 млм. ртутнаго столба. Въ гораздо болѣе рѣдкихъ случаяхъ наблюдаются выпоты, гдѣ давленіе отрицательное (*Gumprecht*, *Щеголевъ*).

Для объясненія спаденія легкаго въ такихъ случаяхъ *Rosenbach* предложилъ слѣдующую теорію. Въ нормальномъ состояніи при дыханіи имѣются 3 основныхъ условія: 1) атмосферное давленіе въ легкомъ, 2) давленіе между листками плейры и 3) упругость легочной ткани. Атмосферное давленіе стремится растянуть легкое, упругость-же его ткани и давленіе плейральной полости, напротивъ, стремятся уменьшить его объемъ. Но нормально давленія въ полости плейры нѣтъ и атмосферное давленіе дѣйствуетъ черезъ грудную клѣтку; поэтому легкое можетъ сократиться лишь настолько, насколько позволяетъ это сдѣлать выдыхательное уменьшеніе грудной клѣтки. Когда-же въ полости плейры появляется жидкость, то присоединяется еще нѣкоторое давленіе на легкое, результатомъ котораго и является разстройство дыхательныхъ движеній, тѣмъ болѣе что грудобрюшная преграда отдавливается выпотомъ внизъ и вдыханіе не можетъ происходить въ нормальныхъ физіологическихъ размѣрахъ. Кромѣ того, грудобрюшная преграда по той-же причинѣ не можетъ способствовать выдыхательнымъ движеніямъ легкаго; и вдыханіе, и выдыханіе, слѣд., будутъ неполными. Вслѣдствіе раздраженія легкаго, вызваннаго воспаленіемъ плейры, отраженнымъ путемъ получается постоянное спокойствіе въ стадіи выдоха; это явленіе особенно рѣзко наблюдается при сухомъ плейритѣ. Такимъ образомъ вслѣдствіе всѣхъ вышеуказанныхъ условій наполненіе легкаго воздухомъ, т. е. его провѣтриваніе затрудняется, что и даетъ толчокъ къ возникновенію спаденія его; слѣд., причина послѣдняго лежитъ скорѣе въ недостаточности обмѣна воздуха, чѣмъ въ механическомъ сжатіи легкаго выпотомъ.

Клиническія наблюденія указываютъ на то, что въ выпотѣ давленіе болѣе атмосфернаго. За это говорятъ: 1) выпячиваніе межреберій, 2) отдавливаніе внизъ грудобрюшной преграды, 3) смѣщеніе сердца въ сторону здороваго легкаго, гдѣ давленіе во время выдоха даже выше атмосфернаго, 4) наблюденія надъ вытеканіемъ выпота во время операціи: при проколѣ плейры жидкость вытекаетъ съ такою силой, что *Cornet* находитъ даже нужнымъ сдѣлать на этотъ счетъ нѣкоторыя предостереженія. Во всякомъ случаѣ, по моему мнѣнію, давленіе въ выпотѣ, какъ правило, болѣе атмосфернаго, и теорія *Rosenbach*'а, быть можетъ, приложима къ самому началу образованія выпота.

Положеніе сдавленныхъ грудныхъ органовъ прекрасно поясняется рисунками, которые я взялъ изъ «Handbuch der praktischen Chirurgie», въ статьѣ *Kümmel*'я.

Переходя снова къ разсмотрѣнію оперативнаго вмѣшательства при эмпіемѣ, напомню, что большинство авторовъ все-же предпочитаютъ широкое открытіе плейральной полости простому, хотя бы и постоянному, удаленію гноя. Такого рода операціями являются торакотомія безъ изсѣченія или съ изсѣченіемъ ребра.

Что касается трепанаціи ребра, то операцію эту дѣлали еще во времена *Гиппократа*; вновь она была предложена *Langenbeck*'омъ. Въ настоящее-же время, судя по литературнымъ даннымъ, ее почти всѣ оставили, какъ операцію трудную въ техническомъ отношеніи (ребро легко можетъ сломаться) и не удовлетворяющую вполнѣ своему назначенію. На представляемомъ мною матеріалѣ ее не примѣняли ни разу.

Остальные 2 способа принимаются авторами слѣдующимъ образомъ. Во Франціи защищаютъ преимущественно простую торакотомію и дѣлаютъ изсѣченіе ребра лишь при особыхъ показаніяхъ. Въ Германіи принята главнымъ образомъ торакотомія съ изсѣченіемъ ребра; предложилъ ее *Roser*, а ввелъ во всеобщее употребленіе *König*. Въ Россіи есть сторонники и того и другого способовъ, но все-же большинство, по видимому, примѣняютъ торакотомію съ изсѣченіемъ ребра.

Въ представляемыхъ мною случаяхъ простая торакотомія была произведена 6 разъ: 2 случая окончились выздоровленіемъ и 4 смертью. Кромѣ того, 1 разъ торакотомія оказалась недостаточной, и пришлось прибѣгнуть къ изсѣченію ребра (больной выздоровѣлъ) и 1 разъ торакотомія была сдѣлана при существованіи на другой сторонѣ эмпіемы, потребовавшей изсѣченія ребра (больной умеръ).

Главное достоинство простой торакотоміи—ея простота въ техническомъ отношеніи. Въ силу этого на VI-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ, въ 1896 г., нѣкоторые докладчики (д-ръ *Бочаровъ*) предлагали передать эту операцію въ вѣ-

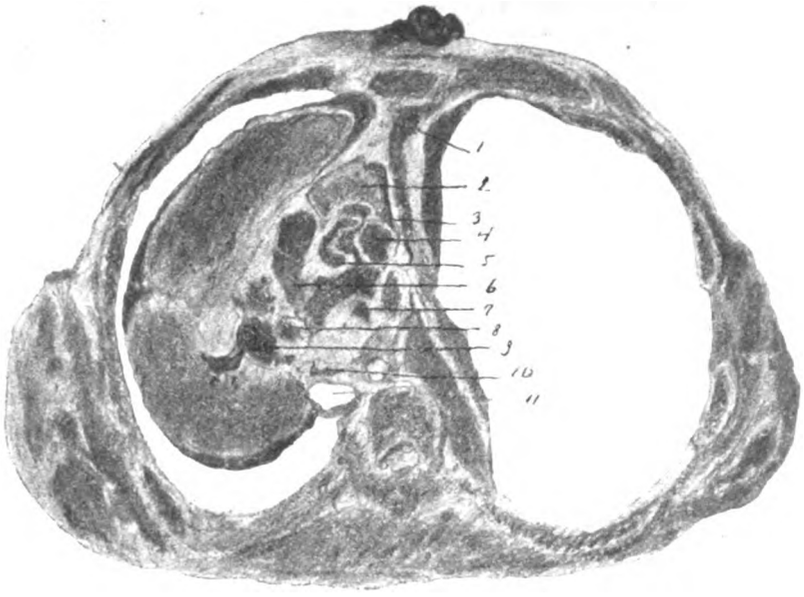


Рис. 1. 1. Прижатое легкое. 2. Правое сердце. 3. N. phrenicus. 4. Верхняя полая вена. 5. Восходящая аорта. 6. Легочная артерія. 7. Правый бронхъ. 8. Лѣвый бронхъ. 9. Сосуды hilus'а легкаго. 10. Пищеводъ. 11. Нисходящая аорта. Поперечный разрѣзъ на высотѣ 6-го грудного позвонка.

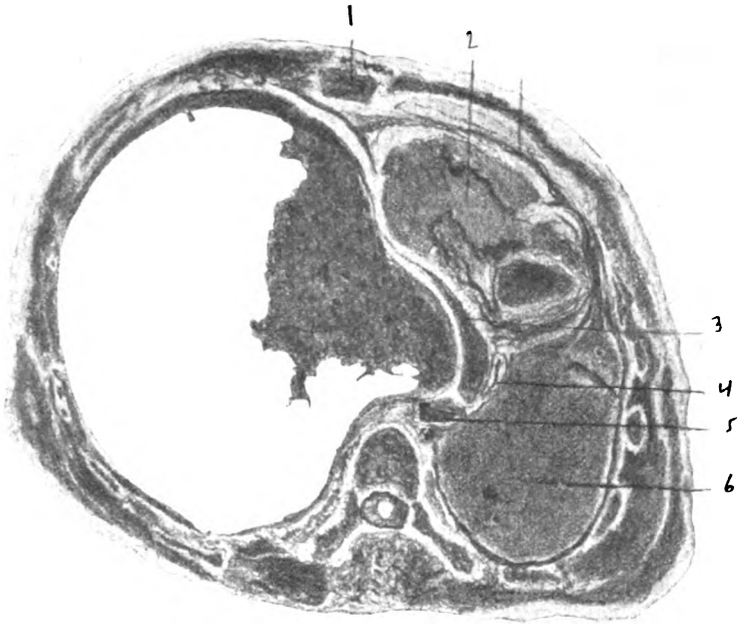


Рис. 2. 1. Грудина. 2. Сердце. 3. Сжатое лѣвое легкое. 4. Пищеводъ. 5. Нисходящая аорта. 6. Правое легкое.

дѣніе терапевтовъ съ цѣлью болѣе ранняго ея производства. *) Невыгода-же простой торакотоміи та, что при ней не получается достаточнаго свища для успѣшнаго дренированія гнойной полости послѣ операціи. Кромѣ того, и изсѣченіе ребра не представляетъ изъ себя такого сложнаго пріема, чтобы избѣгать его, тѣмъ болѣе, что для больного отъ этого никакихъ вредныхъ послѣдствій не наблюдается. Омертвѣнія-же краевъ реберъ, на которое, какъ на часто встрѣчающееся осложненіе, указываютъ *Н. А. Щеголевъ* и *König*, можно избѣжать, если разрѣзать надкостницу надлежащимъ образомъ, о чемъ будетъ сказано ниже. Весьма возможно, что при недолговременно существующемъ гнойномъ выпотѣ, вызванномъ при томъ-же пнеймококками, больной можетъ излѣчиться и простой торакотоміей; но, все же, какъ правило, по моему мнѣнію, слѣдуетъ всегда сразу дѣлать изсѣченіе ребра, чтобы избавить больного отъ 2-хъ операцій. Въ новѣйшее время именно такихъ взглядовъ придерживаются *Н. А. Щеголевъ*, *Kaposi*, *Schlesinger*. Въ одномъ изъ описываемыхъ мною случаевъ, когда послѣ торакотоміи пришлось дѣлать изсѣченіе ребра, больной провелъ въ госпиталѣ наибольшее число дней.

*) Впрочемъ, такое-же предложеніе внесъ д-ръ *Б. С. Козловскій* и относительно торакотоміи съ изсѣченіемъ ребра.

Относительно того, когда приступать къ оперативному пособію въ той или иной формѣ, всѣ авторы согласны, что ранняя операція даетъ гораздо лучшее предсказаніе. Какъ только въ полости плейры обнаруженъ гной, слѣдуетъ тотчасъ-же дать ему свободный выходъ, т. е. принципъ лѣченія остается здѣсь тотъ-же, какъ и при острыхъ гнойникахъ вообще. Разсматривая представляемый мною матеріалъ (см. выше таблицу), можно придти къ тѣмъ-же выводамъ. Такимъ образомъ показаніемъ къ операціи является наличность гноя въ полости плейры. Противупоказанія, по литературнымъ даннымъ, слѣдующія: *Н. И. Студенскій* и *Н. А. Щеголевъ* считаютъ операцію противупоказанной при тяжеломъ состояніи больного, когда можно опасаться, что онъ ее не перенесетъ. *Н. И. Студенскій* прибавляетъ къ этому еще сильно развитую бугорчатку; при послѣдней, по *Schlesinger*'у, смертельный исходъ ускоряется. *M. Cornet*, въ общемъ высказывающійся за торакотомію, признаетъ спорнымъ оперативное вмѣшательство въ случаяхъ эмпіемъ бугорчатковаго происхожденія. *Bouveret* совѣтуетъ не дѣлать операціи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эмпіема представляетъ изъ себя лишь припадокъ тяжелаго общаго заболѣванія, напр., при гнилокровіи, родильной горячкѣ и т. п. *Reymond*, *Terrier* и *Kümmel* видятъ также въ тяжести состоянія больного противупоказаніе къ производству операціи; *Kümmel* въ такихъ случаяхъ прибѣгаетъ къ способу *Bülau*, чтобы обойтись безъ хлороформированія (къ вопросу о наркозѣ я еще вернусь ниже). На основаніи-же госпитальнаго матеріала я могу сказать, что едва-ли тяжесть общаго состоянія больного можетъ служить противупоказаніемъ, по крайней мѣрѣ, къ торакотоміи, такъ какъ послѣдняя освобождаетъ грудные органы отъ механическаго сдавленія выпотомъ, отъ чего часто и зависитъ тяжелое состояніе; кромѣ того, бывали случаи, что результатомъ операціи, произведенной при агоніи, было выздоровленіе больного *(Schlesinger)*. Вообще, разъ по современнымъ хирургическимъ взглядамъ каждый нарывъ, каждая полость, содержащая гной, должны быть немедленно вскрыты, нѣтъ основанія дѣлать исключенія для эмпіемы. Двусторонніе эмпіемы, которыя по *Unverricht*'у обыкновенно бываютъ осумкованныя, не служатъ противупоказаніемъ къ операціи.

Перейду теперь къ весьма важному вопросу о томъ, какое мѣсто грудной клѣтки представляетъ болѣе всего выгодъ при производствѣ операціи, принимая во вниманіе, что выборъ возможенъ лишь при свободныхъ эмпіемахъ, занимающихъ всю $^1/_2$ грудной полости. Въ литературѣ въ этомъ отношеніи приводятся самыя разнообразныя данныя. Французскіе авторы, какъ уже было сказано, предпочитаютъ простую торакотомію; поэтому тамъ дѣло идетъ о выборѣ межреберья.

Kocher дѣлаетъ изсѣченіе 6-го ребра на мѣстѣ наибольшей его выпуклости; если-бы свищъ оказался недостаточнымъ, онъ совѣтуетъ изсѣкать 2 ребра. *Schede* считаетъ необходимымъ вскрывать грудную полость въ наиболѣе глубокомъ мѣстѣ въ вертикальномъ положеніи больного, поэтому онъ изсѣкаетъ 9-ое или даже 10-ое ребра по лопаточной линіи. *Albert* дѣлаетъ торакотомію по подмышковой линіи въ 4—6-мъ межреберьяхъ или изсѣкаетъ тѣже ребра. *Gumprecht* изсѣкаетъ 7-ое ребро по подмышковой линіи. По *König*'у операція производится въ томъ-же мѣстѣ: при простой торакотоміи въ 4—6-мъ межреберьяхъ, при изсѣченіи удаляются части тѣхъ-же реберъ. *König* говоритъ, что иногда разрѣзъ даже въ 4-мъ межреберьѣ можетъ оказаться слишкомъ низкимъ; во всякомъ-же случаѣ, не слѣдуетъ спускаться ниже 6-го межреберья, такъ какъ иначе грудобрюшная преграда, поднявшись, можетъ закрыть свищъ. По его-же изслѣдованіямъ на трупѣ оказалось, что наиболѣе удобенъ стокъ жидкости изъ грудной полости при отверстіи, сдѣланномъ у наружнаго края разгибающихъ спину мышцъ; но это мѣсто, будто бы, представляетъ большія неудобства въ техническомъ отношеніи вслѣдствіе близости лопатки, толщины покрововъ, особенно у полныхъ лицъ, и легкости поднятія грудобрюшной преграды съ послѣдовательнымъ закрытіемъ свищевого хода. *Н. А. Щеголевъ* принимаетъ 2 способа: торакотомію съ изсѣченіемъ 5-го, 6-го или 7-го реберъ по средней или задней подмышковой линіямъ и изсѣченіе 8-го или 9-го ребра по лопаточной линіи. Но на тѣхъ-же основаніяхъ, какъ и *König*, онъ предпочитаетъ дѣлать отверстіе на боку, хотя и согласенъ, что это влечетъ за собой нѣкоторыя неудобства, уравновѣсить которыя возможно соотвѣтственнымъ положеніемъ больного. Тоже говоритъ и *Karewi*. *Eulenburg* признаетъ, что показанія къ изсѣченію ребра должны быть ограничены мѣстомъ для операціи; онъ выбираетъ 4—5—6-ое межреберья кнаружи отъ сосковой линіи; разрѣзъ-же на задней стѣнкѣ грудной клѣтки, по его мнѣнію, «весьма стѣснителенъ» для больного. *Б. С. Козловскій* дѣлаетъ изсѣченіе 7—8—9-го реберъ по подмышковой линіи; если-же промежутки недостаточны, то онъ изсѣкаетъ сразу 2 ребра. *Lesser* дѣлаетъ операцію по *Kocher*'у, *Gangolphe* дѣлаетъ торакотомію по своему способу («pleurorrhexie») въ 8-мъ межреберьѣ по лопаточной линіи; у дѣтей онъ вскрываетъ 6-ое межреберье у лопатки. *M. Cornet* различаетъ мѣсто операціи на правой и на лѣвой сторонѣ: на правой онъ дѣлаетъ ее въ 7-мъ межреберьѣ передъ угломъ лопатки или нѣсколько сзади отъ задней подмышковой линіи; на лѣвой-же въ 8-мъ или 9-мъ межреберьѣ на томъ-же мѣстѣ. По *Löbker*'у изсѣченіе производится въ боковомъ отдѣлѣ грудной клѣтки, какъ покрытомъ тонкимъ мышечнымъ слоемъ. *Н. И. Студенскій* считаетъ самымъ удобнымъ мѣстомъ въ техническомъ отношеніи для изсѣченія ребра среднюю подмышковую линію, при чемъ онъ изсѣкаетъ отъ 5-го до 8-го ребра. *Bergmann* и *Rochs* поступаютъ, какъ *König*. *Kuster* открываетъ полость эмпіемы въ 2-хъ мѣстахъ спереди и сзади: спереди—въ 4-мъ или 5-мъ межреберьѣ, затѣмъ проникаетъ въ полость эмпіемы зондомъ и опредѣляетъ самую глубокую точку; здѣсь, т. е. сзади, обыкновенно приходится изсѣкать 9-ое или 10-ое ребра; внутренній край разрѣза начинается у латеральнаго края широкой мышцы спины и продолжается снаружи по направленію реберъ.

Слѣдующій рисунокъ, взятый мною изъ «Chirurgie de la plevre et du poumon», показываетъ мѣста выбора операціи французскихъ авторовъ.

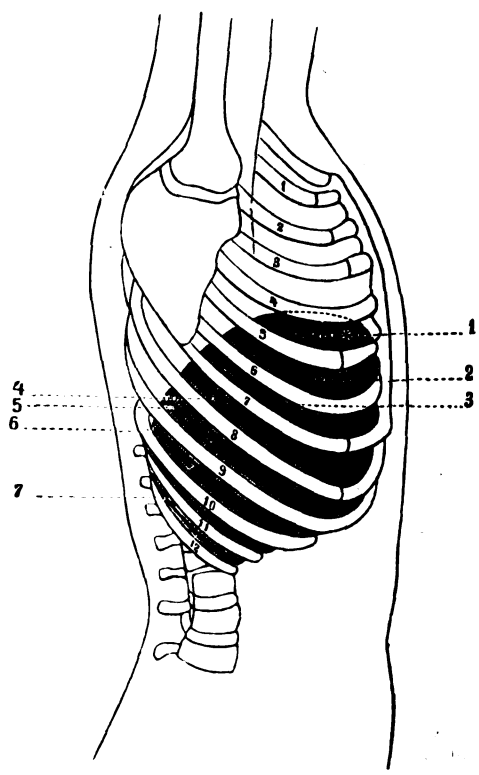


Рис. 3. 1. Разрѣзъ по *Walther*'у.—2. *Fabric. ab Aqua pendente.*—3. *Scharp* и *B. Bell.*—4. *Hers.*—5. *Montard Martin* и *Lanfranc.*—6. *Boyer.*—7. *Vesalius.*

Kümmel описываетъ способъ *Schede* и *König*'а и говоритъ, что они оба даютъ хорошіе результаты. *Tillmans* изсѣкаетъ 8-ое ребро по лопаточной линіи и крайне доволенъ исходами. *Imbriaco* обыкновенно дѣлаетъ простую торакотомію, а ребро изсѣкаетъ лишь при особыхъ къ тому показаніяхъ (ихорозный выпотъ, плотные сгустки, при плохо выраженныхъ межреберьяхъ); изсѣкаетъ онъ 5—6-ое ребро, по подмышковой линіи. У *Treves*'а въ его «Опера-

тивной Хирургіи» точно мѣста изсѣченія ребра не указано. *А. А. Бобровъ* дѣлаетъ изсѣченіе одного или нѣсколькихъ реберъ по подмышковой линіи или нѣсколько кзади. Наконецъ, у *Zuckerkandl*'я операція эмпіемы описывается по *Kocher*'у.

(Окончаніе слѣдуетъ).

CXCVI. Изъ Петербургскаго воспитательнаго дома.

Къ казуистикѣ гнилокровія въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ.

С. Э. Островскаго.

13/IX 1904 г. въ бывшую въ моемъ завѣдываніи 9-ую палату для недоносковъ 1-го отдѣленія принятъ ребенокъ И. И. № 6289 (общаго приноса), 14 дней отъ роду, вѣсомъ въ 2300 грм. Ростъ его—43 стм., окружность черепа—32, окружность груди—28 стм. 14/IX: Плохого развитія и питанія. Истощенъ. Кожа дряблая, вялая. Сосетъ плохо. Марался 1 разъ желтоватымъ, жидкимъ. Дыханіе всюду везикулярное. Звуки сердца чисты, но глуховаты. Пупокъ гноится. Изъ соединительнооболочечныхъ мѣшковъ—необильное слизисто-гнойное отдѣляемое. Въ области праваго голеностопнаго сочлененія на передней поверхности — разлитая краснота съ припухлостью кожи, величиною въ серебряный рубль. Какихъ-либо царапинъ или поврежденій кожи въ этомъ мѣстѣ не наблюдается. Распознаваніе: недоносокъ, омфалитъ, катарральный конъюнктивитъ, легкій катарръ кишекъ, ограниченная флегмона голени. Назначены: кормить ребенка черезъ зондъ 9 разъ въ сутки по 35 грм., внутрь—коньякъ, 8 разъ, по 5 капель, на пупокъ — сулемовый компрессъ, на пораженную область голени—спиртовый компрессъ и примочки изъ 2%-го раствора борной кислоты на глаза.

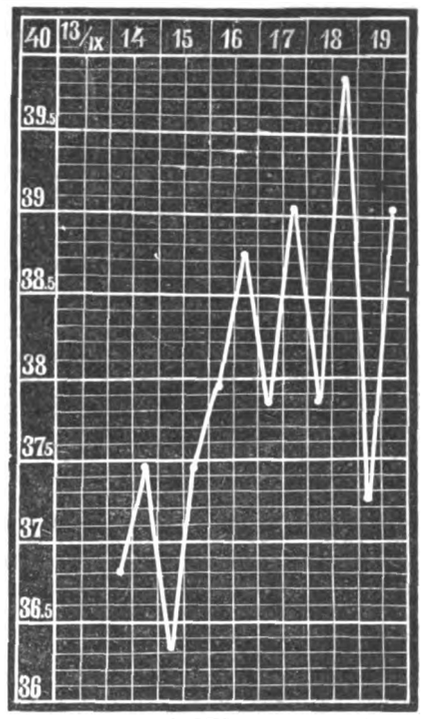
15/IX: Кормится черезъ зондъ. Марался 2 раза (пеленка не оставлена). Краснота въ области праваго голеностопнаго сочлененія не такая рѣзкая. На правой ладони, на медіальной поверхности средины лѣваго плеча и на медіальной-же поверхности верхней 1/3 лѣвой голени ограниченные небольшіе (до серебрянаго рубля величиною) красноватые участки съ нерѣзкой припухлостью кожи. Въ легкихъ кое-гдѣ хрипы. Слабость наростаетъ. Назначено: внутрь каломель по 0,005, 6 разъ въ день, наружно—10%-ная мазь изъ колларгола (въ вазелинѣ) и ванна въ 30° R.

16/IX: Марался 2 раза, не совсѣмъ переваренным. Новыхъ гнойниковъ не видно. Въ области праваго голеностопнаго сустава—зыбленіе. Глаза умѣренно гноятся; гноится также и пупокъ.

17/IX: Кормится исключительно черезъ зондъ. Испражненія (2) зеленоватыя, съ комочками. Помимо имѣвшихся уже въ 4-хъ мѣстахъ гнойниковъ, появились инфильтраты: 1) на передней поверхности праваго бедра сплошь—затвердѣніе съ рѣзко покраснѣвшей кожей; 2) на крестцѣ въ видѣ ограниченной, съ серебряный рубль, круглой красноватой опухоли. На прежнихъ мѣстахъ, тоже уплотненныхъ—черная окраска кожи (вслѣдствіе наружнаго употребленія мази). Ребенокъ рѣзко осунулся; лице впалое, родничекъ ввалился. Пупокъ красенъ, продолжаетъ гноиться. Изъ обоихъ соединительно-оболочечныхъ мѣшковъ—необильное слизистое отдѣляемое. Въ легкихъ единичные хрипы. Состояніе безнадежное. Сдѣланъ разрѣзъ въ области голеностопнаго сочлененія, изъ котораго вышло около столовой ложки густого желтаго, отчасти смѣшаннаго съ кровью, гноя.

18/IX: Марался 4 раза непереваренным, со слизью. Флегмона на бедрѣ значительно ригидна. Новый гнойничекъ появился въ области лѣваго колѣннаго сочлененія. Покашливаетъ. Въ легкихъ мѣстами хрипы. Въ мочѣ (послѣ кипяченія и прибавленія HNO^3) значительный красноватый хлопчатый осадокъ (паренхиматозный нефритъ). Дѣятельность сердца очень слабая. Животъ сильно вздутъ.

19/IX: Испражненія (4) такія-же жидкія. Инфильтратъ въ области крестца распространился вверхъ и въ стороны, сливаясь почти съ инфильтратомъ праваго бедра. Гнойникъ на лѣвомъ плечѣ даетъ зыбленіе. Изъ мѣста разрѣза незначительное отдѣленіе гноя. Гнойникъ на правой ладони также распространился вверхъ. Отдѣляемаго изъ глазъ очень мало. Работа сердца крайне слабая. Уколомъ въ мякоть пальца добыта капля крови, и сдѣланъ посѣвъ на кровяную сыворотку, на которой и выросли цѣпекокки. Ходъ температуры представленъ на кривой. Въ этотъ-же день—смерть. 20/IX вскрытіе (проф. *Н. Ф. Виноградовъ*): Питанія умѣреннаго, сложенія правильнаго. Трупное окоченѣніе слабое. Кожа умѣренно упругая, со слабой желтушной окраской. Подкожная ткань умѣренно развита. Слизистыя оболочки синеваты. Лице со слабой желтушной окраской, бѣлочныя оболочки—тоже. Пупокъ вполнѣ не зарубцеванъ, представляетъ слабыя грануляціи; въ центрѣ—сухая кровянистая корка. При давленіи его ничего не выдѣляется. На правомъ бедрѣ, начиная отъ тазобедреннаго сустава до колѣннаго, кожа багрово-красная, дов. плотная; прощупывается неясное зыбленіе. При разрѣзѣ—дов. обширное, разлитое, сывороточно-кровянистое пропитываніе ткани, а подъ широкой фасціей и подъ мышцами около кости—глубокая флегмона бедра съ омертвѣніемъ. Такая-же флегмона имѣется и на срединѣ лѣваго плеча. Суставы не измѣнены. Форма черепа правильная. Длина большого родничка — 4 стм. Кости черепа нормальной плотности. Твердая мозговая оболочка и ея пазухи, равно какъ мягкая оболочка и ея сосуды представляютъ разли-



тое кровянистое пропитываніе. Вѣсъ мозга 315 грм.; онъ сильно мягкій, на разрѣзѣ съ мелкими гнѣздными кровоизліяніями. Сѣрый корковый слой и бѣлое вещество мозга—съ умѣренной венной гиперэміей. Полость плейры и плейральные листки — безъ измѣненій. Бронхіальныя железы полнокровны. Легкія (вѣсъ праваго—37, лѣваго—35 грм.) безъ воспалительныхъ измѣненій, дов. блѣдны, вздуты; въ нижнихъ доляхъ ихъ сзади небольшіе гипостазы. Въ просвѣтахъ пупочныхъ артерій и вены гноя нѣтъ; окружающая ихъ ткань — безъ воспалительныхъ измѣненій. Полость брюшины и брюшинный покровъ—безъ измѣненій. Брыжеечныя железы умѣренно припухли. Селезенка, вѣсомъ въ 13 грм., темно-вишневаго цвѣта, полнокровна. Слизистая оболочка желудка сѣроватаго цвѣта, обложена слизью. Кишки содержатъ желтоватый жидкій калъ. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ со слабыми воспалительными измѣненіями, обложена слизью. Печень, вѣсомъ въ 113 грм., мягкая, дряблая, съ жировымъ перерожденіемъ. Вѣсъ правой и лѣвой почекъ по 11 грм.; корковый слой ихъ и пирамиды съ умѣренной венной гиперэміей. При микроскопическомъ изслѣдованіи ихорозно-гнойныхъ массъ флегмоны найдены цѣпекокки, кокки въ небольшомъ количествѣ, двоекокки, жирно-зернистый распадъ и жирно-перерожденные клѣточные элементы. Патолого-анатомическое распознаваніе: разлитая омертвѣвающая флегмона; гнилокровіе; легкій катарръ тонкихъ кишекъ; омфалитъ.

Относительно источниковъ гнилостнаго зараженія новорожденныхъ не со стороны пупка *Bendix* [1]) ссылается на работы *Fischl*'я [2]) и *Finkelstein*'а [3]), по которымъ пути зараженія—весьма разнообразны: входныя ворота или образуются на кожѣ путемъ пораненія во время родовъ, при обрѣзаніи, вслѣдствіе экзематозныхъ ссадинъ а также ссадинъ при перепрѣлости, пролежней, трещинъ, или происходятъ изъ поверхностныхъ пораненій слизистыхъ оболочекъ. Быстрое развитіе флегмоны въ разныхъ областяхъ тѣла въ сочетаніи съ высокой температурой указывало въ моемъ случаѣ на наличность гнилостнаго зараженія. Источникъ зараженія оставался все время неяснымъ: нельзя было исключить безусловно зараженіе со стороны пупка, но, на основаніи данныхъ вскрытія, этотъ путь зараженія долженъ быть отвергнутъ. Остается предположить, что въ области праваго голеностопнаго сочлененія была нанесена какая-либо траума, имѣвшая своимъ послѣдствіемъ пораненіе кожи, откуда цѣпекокки и распространились по всему организму. Вслѣдствіе крайней неразвитости матери никакихъ данныхъ о прошломъ ея ребенкѣ—до поступленія въ Воспитательный домъ—я получить не могъ. Терапія—какъ и слѣдовало ожидать—осталась безрезультатной; сожалѣю лишь, что мнѣ тогда не пришло въ голову примѣнить противуцѣпекокковую сыворотку.

Источники. 1. *Bendix.* Руководство по дѣтскимъ болѣзнямъ. Русскій переводъ. Изданіе «Практической Медицины», 1904.— 2. *Fischl. Volkmann*'s klinische Vorträge», 1898, № 220. — 3. *Finkelstein.* Verhandlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde. München. 1899.

CXCVII. Случай обратнаго расположенія внутренностей [situs viscerum inversus *)].

Н. А. Зѣвакина (Ялта).

В. Е., 25 л., мѣщанинъ гор. Елисаветграда, Херсонской губ., чернорабочій, поступилъ въ Одесскую городскую больницу 19/II 1900 г. съ жалобами на боли въ животѣ, преимущественно въ подложечной области и подреберьяхъ, желтуху, запоры и зудъ въ кожѣ.—Изъ здоровой семьи. Отецъ и мать живы до сихъ поръ и здоровы. Всѣхъ дѣтей у нихъ было 8 (больной по счету 4-ый); всѣ дѣти живы и здоровы. Выкидышей у матери никогда не было. Родители, братья, сестры и ближайшіе родственники больного не представляютъ, по его словамъ, никакихъ замѣтныхъ уклоненій въ строеніи тѣла. До 20 лѣтъ ничѣмъ не хворалъ. Лѣтъ 5 назадъ въ Новороссійскѣ заболѣлъ сильной лихорадкой, длившейся 4 мѣс. и сопровождавшейся поносами. Лихорадка заставила его покинуть Новороссійскъ, вслѣдъ за симъ она исчезла. 3 года назадъ была язва на половомъ членѣ, державшаяся съ мѣсяцъ; отъ язвы ничѣмъ не лѣчился. Около года назадъ въ теченіи 5 недѣль болѣло горло. Годъ назадъ былъ перелой, тянувшійся съ мѣсяцъ. Около года уже, какъ болятъ по ночамъ голени. Года 2 стало сильно крѣпить; послѣдніе $^1/_2$ года почти постоянно прибѣгалъ къ слабительнымъ. Развилось ощущеніе тягости и распиранія въ животѣ, потеря позыва на ѣду, отрыжки, изжоги. 30/I 1900 г. близкіе сказали ему, что онъ пожелтѣлъ; вскорѣ явился сильный зудъ въ кожѣ, особенно по ночамъ.

Высокаго роста, хорошаго сложенія и питанія, съ прекрасно развитой мышечной системой. Кожа желтушна; мѣстами на ней слѣды расчесовъ. Костякъ развитъ правильно. Небольшой сколіозъ, выпуклостью влѣво, въ грудной части позвоночника, между лопатками (В. Е.—правша). Нѣсколько умѣренно увеличенныхъ лимфатическихъ железокъ въ правомъ паху и на лѣвомъ бедрѣ. Насморка, кашля, одышки нѣтъ. Границы легкихъ лѣваго: по окологрудинной линіи—нижній край 5 го ребра, по сосковой—верхній край 6-го, по передней подмышковой—7-ое, по средней подмышковой—8-ое, по задней—9-ое, по лопаточной—11-ое, у позвоночника—12-ое ребро; праваго: спереди—см. ниже границы сердца; по передней подмышковой—8-ое межреберье, по средней—9 ое ребро, по задней—10-ое, по лопаточной—11-ое, у позвоночника—12-ое. Сердцебіеній нѣтъ. Толчекъ сердца *справа*, въ 5-мъ межреберьѣ, на палецъ кнутри отъ соска. Относительная тупость сердца начинается на 3-мъ межреберьѣ, полная—на нижнемъ краѣ 4-го ребра, внизъ доходитъ до хряща 6-го, ниже котораго уже начинается барабанный звукъ желудка; вправо—на палецъ не доходитъ до соска, влѣво—не переходитъ за правый край грудины. У верхушки сердца слышенъ легкій шумъ съ 1-мъ временемъ; подъ 2-мъ ребромъ у грудины справа—хлопающій 1-ый тонъ и небольшое усиленіе 2-го; тоже и слѣва, но слабѣе; у нижней части лѣваго края грудины—нѣсколько глуховатый 2-ой тонъ. Пульсъ умѣреннаго наполненія и напряженія, ритмичный, 60 въ мин. Артеріи мягкія и не извитыя. Позывъ на ѣду плохой; послѣ ѣды—тяжесть, отрыжка, иногда изжога. Языкъ влажный, съ бѣлымъ налетомъ. Во рту всѣ зубы; лѣвый наружный рѣзецъ немного кзади отъ ряда прочихъ зубовъ. Въ зѣвѣ ничего особеннаго. Животъ немного вздутъ, чувствителенъ подъ ложечкой и въ обоихъ подреберьяхъ. Въ области желудка плеска нѣтъ; въ лѣвой подвздошной области небольшой плескъ. На низъ запоры по 2—3 дня. Относительно положенія толстой кишки высказаться трудно, такъ какъ изслѣдованія (накачиваніе въ толстую кишку черезъ прямую воздуха или воды) не дали ясныхъ указаній. Печень—въ *лѣвомъ* подреберьѣ; нижнія ея границы: по средней линіи—пальца на 2—$2^1/_2$ ниже мечевиднаго отростка, по лѣвой окологрудинной—пальца на 2 ниже реберъ, по лѣвой сосковой—на 1 палецъ ниже ихъ; далѣе печень уходитъ подъ ребра; она не прощупывается, немного чувствительна. Селезенка выстукиваніемъ опредѣляется въ *правомъ* подреберьѣ; она не увеличена, неболѣзненна. Моча слегка желтушна; бѣлка въ ней нѣтъ; количество ея соотвѣтствуетъ выпитой жидкости. Правое яичко стоитъ ниже лѣваго. Со стороны нервной системы, органовъ зрѣнія и слуха ничего ненормальнаго.

Двукратныя попытки снять радіографіи не удались, по объясненію фотографа вслѣдствіе какого-то недостатка въ приборѣ, на экранѣ-же прекрасно было видно извращенное положеніе печени, сердца и селезенки.

Теченіе болѣзни (катарральная желтуха) не представляло ничего особенно интереснаго: подъ вліяніемъ назначеннаго лѣченія всѣ болѣзненные припадки быстро прошли, желтуха исчезла и 3/III 1900 г. В. Е. выписался выздоровѣвшимъ.

Описываемый случай принадлежитъ къ той категоріи пороковъ развитія, которую патолого-анатомы называютъ «monstra per fabricam alienam». Перемѣщеніе внутренностей можетъ ограничиваться или только однимъ какимъ-нибудь органомъ, чаще всего сердцемъ, или той или другой группой ихъ, или, наконецъ, всѣ внутренніе органы какъ грудной, такъ и брюшной полости могутъ перемѣститься. По статистикѣ *Guttmann*'а, обратное расположеніе внутренностей чаще встрѣчается у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ. Въ 90% извращеніе это относится какъ къ груднымъ, такъ и къ брюшнымъ органамъ и только въ 10%—къ однимъ брюшнымъ и въ такомъ случаѣ чаще бываетъ неполнымъ. Среди случаевъ 1-ой категоріи попадается около 75% полныхъ извращеній и около 25% болѣе или менѣе неполныхъ. *Lochte*, впрочемъ, утверждаетъ, что полнаго перемѣщенія органовъ какой-нибудь полости при вполнѣ нормальномъ положеніи ихъ въ другой до сихъ поръ еще не наблюдалось.

Случаевъ извращеннаго положенія внутренностей въ литературѣ описано не мало. Такъ, еще въ 1865 г. покойный проф. *В. Л. Груберъ* (*Dubois-Reichert*'s Archiv), сдѣлавъ сводку всѣмъ описаннымъ случаямъ, насчиталъ ихъ 79 и указалъ при этомъ, что ихъ, навѣрное, было больше—примѣрно около 100. Въ 1875 г. *Scheele*, дѣйствительно, привелъ 3 случая, не упомянутые у *Грубера*. Съ 1865 по 1875 г., по *Scheele*, было описано еще 15 случаевъ, изъ которыхъ 7 были у мужчинъ и 2 у женщинъ; относительно пола въ остальныхъ случаяхъ указаній не было. Наконецъ, съ 1875 г. по 1900 г. въ иностранной литературѣ мнѣ удалось найти еще болѣе 45 такихъ случаевъ; кромѣ того, *Schmidt* (1891 г.) приводитъ 7 случаевъ т. наз. чистой dextrocardi'и (1 свой и 6 изъ литературы). Въ русской литературѣ за послѣднія 20 лѣтъ (до 1900 г.) я отыскалъ описаніе всего 4 случаевъ обратнаго расположенія внутренностей. Всего, слѣд., съ 1865 г. по 1900 г. было описано болѣе 150 случаевъ общаго и частичнаго извращенія положенія внутренностей. Надо, впрочемъ, замѣтить, что полное извращеніе положенія можно распознать съ увѣренностью только на секціонномъ столѣ, такъ какъ весьма не рѣдко бываютъ различныя частичныя уклоненія: напр., правое легкое можетъ, все-же, состоять изъ 3-хъ долей, а лѣвое изъ 2-хъ; аорта можетъ выходить то изъ праваго (*Müller*, 1876), то изъ лѣваго (*Moxon*, 1876) желудочка; положеніе толстой кишки можетъ быть то извращеннымъ, какъ и всѣхъ остальныхъ внутренностей, то правильнымъ и т. п.

Считать-ли полное извращеніе расположенія внутренностей уродствомъ или нѣтъ,—вопросъ этотъ различными авторами рѣшается различно. Такъ, *Küchenmeister* въ своей монографіи (Die angeborene vollständige seitliche Verlagerung der Eingeweide des Menschen), вышедшей въ 1883 г., говоритъ, что полное извращеніе положенія внутренностей представляетъ собою лишь разновидность развитія, а не уродство, такъ какъ развивается на основаніи совершенно тѣхъ-же законовъ, что и нормальное, почему онъ и предлагаетъ называть такое размѣщеніе болѣе рѣдкимъ (situs viscerum rarior), а нормальное—обычнымъ (situs viscerum solitus). Всѣ-же случаи неполнаго, частичнаго обратнаго размѣщенія онъ относитъ къ уродствамъ, къ порокамъ развитія. Большинство однако придерживаются иного мнѣнія и относятъ всѣ случаи обратнаго размѣщенія къ порокамъ развитія. Да и, дѣйствительно, въ случаяхъ, гдѣ дѣло доходило до вскрытія и было произведено подробное анатомо-патологическое изслѣдованіе, обыкновенно находили не мало различныхъ неправильностей во внутреннихъ органахъ. Къ типу рѣдкаго расположенія внутренностей, по *Küchenmeister*'у, можно, по видимому, отнести изъ найденныхъ въ литературѣ, между прочимъ, случай *Odin*'а.

У новорожденнаго рахитическаго ребенка, умершаго вскорѣ послѣ рожденія, сердце, печень, селезенка, поджелудочная железа, 12-перстная и слѣпая кишки, аорта и нижняя полая вена найдены перемѣщенными; лѣвое легкое состояло изъ 3-хъ долей, а правое изъ 2-хъ.

Таковъ-же случай *Müller*'а.

Мужчина съ полнымъ перемѣщеніемъ всѣхъ внутренностей груди и живота. Въ правомъ легкомъ было 2, въ лѣвомъ 3 доли. Аорта выходила изъ праваго желудочка, венное отверстіе котораго закрывалось 2-створчатой заслонкой, а легочная артерія—изъ лѣваго, въ которомъ находилась 3-створчатая заслонка; въ грудной и брюшной полости аорта лежала справа отъ позвоночника, а нижняя полая вена—слѣва и т. д.

Такой-же и одинъ изъ случаевъ *Burgl*'я.

Чаще, однако, встрѣчаются случаи съ многочисленными уклоненіями отъ нормы въ органахъ.

Такъ, напр., проф. *Beaunis* изъ Nancy въ 1874 г. описалъ случай полнаго перемѣщенія всѣхъ внутренностей, при чемъ однако и правое легкое имѣло все-таки 3 доли, а лѣвое 2

*) Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

Вмѣсто одной селезенки, былъ найденъ цѣлый агломератъ изъ 8 маленькихъ селезенокъ, величиной отъ лѣсного орѣха до куринаго яйца, расположенныхъ справа у дна желудка. Селезеночная артерія дѣлилась на 8 соотвѣтствующихъ вѣточекъ.

Подобныхъ примѣровъ можно было-бы привести не мало.

Какимъ-же образомъ происходитъ обратное размѣщеніе внутренностей? Судя по просмотрѣнной мной литературѣ, вопросъ этотъ и по-сейчасъ остается нерѣшеннымъ.

Существуетъ нѣсколько теорій для объясненія этого явленія: По *фонъ-Бэру* это зависитъ отъ поворота зародыша направо (вмѣсто обычнаго поворота налѣво), вслѣдствіе чего и желточный пузырь прилегаетъ къ правой сторонѣ зародыша.

Основаніемъ для этой теоріи послужили наблюденія *Бэра* надъ развитіемъ куриныхъ зародышей. Обыкновенно съ 3-го дня развитія, зародышъ, расположенный длинной своей осью параллельно поперечной оси яйца, при чемъ правая его сторона обращена къ острому, а лѣвая къ тупому концу яйца, совершаетъ поворотъ вокругъ своей оси налѣво. При постепенномъ отшнуровываніи желточнаго пузыря послѣдній ложится на лѣвую сторону зародыша. Однажды *Бэру* пришлось наблюдать случай, гдѣ поворотъ зародыша совершился вправо, и сердце при этомъ представляло во всѣхъ отношеніяхъ обратное расположеніе. Отсюда *Бэръ* вывелъ заключеніе, что и всѣ остальныя внутренности даннаго зародыша представили-бы со временемъ подобное же полное извращеніе положенія.

Въ подтвержденіе правильности такого воззрѣнія приводили наблюденія надъ двойными уродами: правый изъ нихъ часто имѣетъ обратное размѣщеніе внутренностей. Этотъ взглядъ особенно развилъ *Förster*. Однако, *Э. Э. Эйхвальдъ* и *Г. Ф. Гепнеръ*, изслѣдовавшіе въ 1871 г. въ Петербургѣ Сіамскихъ близнецовъ, нашли, что обратное положеніе внутренностей какъ разъ было у лѣваго—Чанга. Въ 1894 г. *Fraser* утверждалъ, что именно лѣвый изъ близнецовъ очень часто представляетъ извращеніе размѣщенія. Впрочемъ, по видимому, обратное положеніе внутренностей не составляетъ привиллегіи ни того, ни другого изъ подобныхъ близнецовъ: по крайней мѣрѣ, *Lochte* вскрылъ 8 двойныхъ уродовъ изъ Музея *Birch Hirschfeld*'а и ни у одного не нашелъ его.

Virchow высказалъ предположеніе, что въ случаѣ, описанномъ имъ въ т. XXII его «Archiv'a», извращеніе положенія внутренностей зависѣло отъ скручиванія пупочнаго канатика вправо (считая отъ плода). Однако *Neugebauer* нашелъ такое скручиваніе въ 39 случаяхъ изъ 160, что однако, не влекло за собой образованіи такого извращенія; при томъ-же и сама пуповина и скручиваніе ея происходятъ гораздо позднѣе, когда то или иное положеніе уже образовались.

Rindfleisch далъ этому явленію иное объясненіе. Исходя изъ того положенія, что всякій столбъ жидкости, протекающій по упругой трубкѣ подъ сильнымъ давленіемъ, претерпѣваетъ спиральное скручиваніе, *Rindfleisch* примѣнилъ этотъ законъ и къ кровеносной системѣ зародыша. Первичный сердечный мѣшокъ зародыша претерпѣваетъ спиральное скручиваніе слѣва направа; при позднѣйшемъ S-образномъ сгибаніи верхушка его наклоняется влѣво. Въ зависимости отъ этого находится и расположеніе всѣхъ остальныхъ внутренностей. Въ случаяхъ, гдѣ первичное скручиваніе сердца происходитъ въ обратную сторону, верхушка сердца направляется вправо, и слѣдствіемъ такого извращенія сосудистой системы является и полное извращеніе всѣхъ ассиметрическихъ внутренностей. Бываютъ однако случаи dextrocardi'и и безъ измѣненія расположенія остальныхъ внутренностей.

Совершенно новое направленіе изслѣдованіямъ далъ французскій ученый *Dareste* своей работой—Production des monstruosités въ 1877 г. Примкнувъ къ воззрѣнію *Бэра* и *Förster*'а, что у праваго изъ двойныхъ уродовъ бываетъ обыкновенно обратное размѣщеніе внутренностей, онъ, однако, тогда уже опредѣленно высказался, что, въ противность *Бэру*, считаетъ поворотъ зародыша не причиной того или иного расположенія внутренностей, а слѣдствіемъ его. Дѣйствительно, на основаніи позднѣйшихъ изслѣдованій дозволительно думать, что поворотъ зародыша является лишь внѣшнимъ выраженіемъ различной быстроты роста различныхъ отрѣзковъ тѣла. *Dareste* обратилъ вниманіе еще на одно обстоятельство—на значеніе венной системы для развитія различныхъ уродствъ. Но болѣе подробно и тщательно вопросъ этотъ былъ разработанъ итальянскимъ ученымъ *Martinotti* (Della trasposizione laterale dei visceri, 1888). Въ позднѣйшее время взгляды *Martinotti* защищалъ и развивалъ *Lochte*. По ихъ мнѣнію, образованіе того или иного расположенія внутренностей находится въ зависимости отъ венъ пупочноканатиково-брыжеечныхъ и пупочныхъ. Съ развитіемъ зародыша, вены эти на правой сторонѣ исчезаютъ, а на лѣвой остаются, при чемъ пупочно-брыжеечная вена впослѣдствіи превращается въ воротную. Если остаются правыя вены, то прежде всего получается поворотъ сердца въ смыслѣ обратнаго его строенія, а затѣмъ постепенно развивается и обратное размѣщеніе всѣхъ прочихъ органовъ. Такимъ образомъ полное извращеніе положенія внутренностей этой теоріей объясняется легко; но труднѣе объяснить его извращеніе частичное. Во всякомъ случаѣ, *Lochte* утверждаетъ, что вполнѣ правильное положеніе органовъ одной полости при неправильномъ размѣщеніи ихъ въ другой—анатомически немыслимо: всегда можно найти тѣ или иныя неправильности и именно въ венахъ, связывающихъ обѣ эти полости.

Что касается до измѣненія положенія отдѣльныхъ органовъ (желудка, печени, сердца), то оно къ причинамъ полнаго извращенія положенія прямого отношенія не имѣетъ, а должно быть приписано мѣстнымъ неправильностямъ развитія, происходящимъ въ болѣе поздній періодъ развитія зародыша, чѣмъ образованіе полнаго извращенія положенія внутренностей.

Упомяну еще, наконецъ, что *Küchenmeister* полагаетъ, что происхожденіе обратнаго размѣщенія не у двоенъ зависитъ отъ того, какое мѣсто зародышъ занимаетъ на поверхности яйца: если онъ развивается на верхнемъ полюсѣ его, то получается обыкновенное размѣщеніе внутренностей; если-же онъ оказывается на нижнемъ полюсѣ или гдѣ-нибудь на боковой поверхности яйца, то этимъ данъ толчокъ къ развитію обратнаго расположенія.

Какъ видно, объясненій придумано не мало, но, какое изъ нихъ ни принять, остается всетаки совершенно неизвѣстнымъ, почему-же происходитъ то или иное уклоненіе, влекущее за собой извращеніе положенія? Во всякомъ случаѣ, наслѣдственность, по видимому, здѣсь не играетъ никакой роли: у родителей, анатомически вполнѣ нормально развитыхъ, можетъ явиться одинъ ребенокъ съ извращеннымъ положеніемъ внутренностей, тогда какъ другія дѣти будутъ развиты вполнѣ правильно. Въ литературѣ извѣстенъ случай обратнаго расположенія внутренностей у одного изъ близнецовъ (*Baron*, 1825). Съ другой стороны, у отца или матери съ перемѣщеніемъ внутренностей могутъ быть дѣти, сложенныя вполнѣ нормально. Въ 1881 г. описанъ былъ такой случай. Было произведено вскрытіе одной беременной: у нея оказалось обратное расположеніе органовъ грудной и брюшной полости, у плода-же между тѣмъ положеніе ихъ было правильное. Да и кромѣ этого случая, въ литературѣ можно найти не мало указаній на вполнѣ правильное расположеніе внутренностей у дѣтей, у отца или матери которыхъ они были размѣщены обратно (*Ruppert*, 1883; *Gutmann*, 1876 и др.).

Scheele въ своей весьма интересной статьѣ дов. подробно останавливается еще на 2-хъ пунктахъ: 1) на направленіи позвоночника и 2) на отношеніи такихъ лицъ къ работѣ правой или лѣвой рукой. Что касается пункта 1-го, то *Sabatier* еще въ 1791 г. въ своемъ «Mémoire sur la situation des gros vaisseaux» объясняетъ нормальное искривленіе позвоночника вправо положеніемъ аорты въ грудной полости слѣва отъ тѣлъ грудныхъ позвонковъ (отъ 3-го до 8 — 9-го). *Bichat* (1846) и *Beclard* ставятъ этотъ физіологическій сколіозъ въ зависимость отъ преобладанія силы мышцъ правой стороны. Однако *Bouvier*, *Bühring* и *В. Л. Груберъ* защищаютъ теорію *Sabatier* и вотъ на какихъ основаніяхъ: 1) вліяніе кровеносныхъ сосудовъ на скелетъ встрѣчается и въ другихъ мѣстахъ организма. 2) Уклоненіе позвоночника вправо замѣчается лишь соотвѣтственно ходу аорты сбоку отъ позвоночника; ниже грудобрюшной преграды, гдѣ аорта мало по малу ложится на переднюю поверхность позвонковъ, этого скліоза не наблюдается, хотя мышцы и тамъ еще многочисленны. 3) Вліяніе аорты на направленіе позвоночника замѣтно и у животныхъ, у которыхъ однако о преимущественномъ употребленіи какой-нибудь одной конечности не можетъ быть и рѣчи. 4) Въ большинствѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ аорта пробѣгаетъ справа отъ позвоночника, наблюдается уклоненіе позвоночника влѣво, хотя-бы данное лицо и было правша. Въ самомъ дѣлѣ, изъ 13 случаевъ (*Scheele*), въ которыхъ было обращено на это вниманіе, въ 9 была выпуклость позвоночника влѣво, а въ 4 вправо. При этомъ изъ 9 указанныхъ лицъ 6 были правши; изъ 4-хъ послѣднихъ 2 тоже были правши. Въ случаѣ *Bühring*'а былъ сильный сколіозъ влѣво у лѣвши. Описываемый мною случай принадлежитъ, какъ видно изъ исторіи болѣзни, къ 1-ой категоріи; слѣд., можно думать, что аорта у В. Е. перемѣщена вправо отъ позвоночника.

Что касается привычки громаднаго большинства людей пользоваться преимущественно правой рукой, то это лишь частное проявленіе болѣе сильнаго развитія вообще всей правой $^1/_2$ тѣла, что̀ зависитъ, въ свою очередь, отъ бо̀льшаго развитія лѣваго $^1/_2$-шарія головного мозга. *Broca*, взвѣсивъ 40 мозговъ, а *Boyd*—даже 800, нашли, что лѣвое $^1/_2$-шаріе тяжелѣе праваго. По *Leyden*'у и *Pye-Smith*'у, это обусловливается тѣмъ, что путь крови отъ сердца къ мозгу на лѣвой сторонѣ прямѣе и свободнѣе, чѣмъ на правой. Этотъ-же путь обыкновенно избирается и кровяными

пробками. Если это воззрѣніе правильно, то лица съ полнымъ перемѣщеніемъ внутренностей должны-бы были быть преимущественно лѣвши; однако этого, по видимому, не наблюдается. По крайней мѣрѣ, на 57 просмотрѣнныхъ мною въ литературѣ случаевъ въ 10 была отмѣтка «правша» и только въ 1 «лѣвша». Интересно еще совершенно одиноко стоящее наблюденіе *Posselt*'а: у 1 изъ 2-хъ видѣнныхъ имъ лицъ съ обратнымъ размѣщеніемъ внутренностей у 30-лѣтняго крѣпкаго мужчины, правши, лѣвая рука оказалась однако по динамомерту сильнѣе—54 клгрм., а правая только 48.

Литература. NB. Тамъ, гдѣ источникъ не указанъ, см. «Jahresbericht von *Virchow* und *Hirsch*», за соотвѣтствующій годъ. *Русская. Ольдероге.* «Врачъ», 1881, № 29.—*Кондратьевъ.* Тамъ-же, 1881, № 29.—*Монастырскій.* «Клиническая газета», 1883, №№ 34—35.—*Александровъ.* «Медицинское Обозрѣніе», 1885.—*Иностранная.* 1873. *Secchi. Spinagio.*—1874. *Odin.* «Lyon médical», № 12.—*Rüdinger. Beaunis. Satom. Marino.*—1875. *Scheele.* «Berliner kl. Wochenschrift», (2 случая).—*Fronmüller.*—1876. *Müller. Guttman.* «Berliner kl. Wochenschrift».—*Fritsche.* Тамъ-же, № 19. — *Burgl.* (4 случая). — *Moxon.* «The Lancet», ноябрь.—1878. *Wilcsewski.* «Gazeta lekarska».—1880. *Rogi.* «Lo sperimentale».—1881. *Lebouck. Duguet.* «Gazette médicale de Paris».—*Wernich. Cormack.* «Edinburgh Medical Journal».—*Harty.*—1882. *Aeby.*—1883. *Ruppert.* «Gazeta lekarska», №№ 33—35. (2 случая).—*Neugebauer.* Тамъ-же.—*Küchenmeister.* Монографія. — 1884. *Guttmann.* «Deutsche med. Wochenschrift».—*Stefanini* (2 случая).—*Marchand* (3 сл.).—1888. *Klumpke.*—1889. *Eppstein.* «Schmidt's Jahrbücher», т. 222. — 1890. *Grunmach.* «Berliner kl. Wochenschrift», т. XXVII.—*Sandhop. Treves.*—1891. *Schmidt.* «Schmidt's Jahrbücher», т. 230 (2 случая).—1893. *Ebert. Gerdes.* «Münchener med. Wochenschrift», № 14.—*Tacsak.* — 1894. *Fraser. Lochte.* «Ziegler's Beiträge zur pathol. Anatomie», т. XVI.—1895. *Boyd. Posselt.* «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», т. 56 (2 случая).—1897. *Kaczynski.* «Przegląd lekarski».—*Reefschläger.* «Berliner kl. Wochenschrift», № 4.—*Sobieraiczik.* Диссертація (Dextrocardia).—*Burghardt.* «Deutsche med. Wochenschrift», № 38. — *Heidemann.* «Berliner klin. Wochenschrift», № 28.—*D'Amato. Stieda.* Диссертація.—*Vickery.*

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Изъ Berlin'а.

Докладъ R. Koch'а въ Berlin'скомъ медицинскомъ Обществѣ.—Измѣненіе закона о санитарномъ надзорѣ за мясомъ.—Опять о проф. Schweninger'ѣ.—Положеніе дѣла борьбы врачей съ кассами.

За всю свою долголѣтнюю научную дѣятельность въ Berlin'ѣ *R. Koch* еще ни разу не выступалъ съ докладомъ въ Berlin'скомъ медицинскомъ Обществѣ; не выступалъ онъ и въ другихъ ученыхъ Обществахъ и вообще всегда занималъ среди представителей научной и практической медицины дов. обособленное положеніе. Не смотря на то, что всѣ безъ исключенія нѣмецкіе врачи признавали его великія заслуги передъ наукой и человѣчествомъ, сама личность знаменитаго бактеріолога не была никогда популярной; имъ хотя и гордились, но его не любили. *R. Koch* самъ недавно прекрасно опредѣлилъ свое положеніе среди врачей въ рѣчи, произнесенной имъ во время торжества по случаю его 60-лѣтняго дня рожденія. Торжество это происходило въ тѣсномъ кругу его сотрудниковъ и близкихъ почитателей и друзей, такъ что въ медицинской печати о происходившемъ узнали лишь нѣсколько мѣсяцевъ спустя. Отвѣчая на привѣтствіе, *Koch* сначала поблагодарилъ за поднесенный ему бюстъ и посвященный ему «Сборникъ трудовъ» его учениковъ, а затѣмъ сказалъ слѣдующее: «Всѣмъ изъ Васъ извѣстно по собственному опыту, что въ настоящее время путь всѣхъ изслѣдователей, работающихъ въ нашей области науки, далеко не усѣянъ розами. Давно уже прошли тѣ времена, когда можно было пересчитать всѣхъ бактеріологовъ по пальцамъ, и каждый изъ нихъ могъ безпрепятственно производить свои изслѣдованія по какимъ угодно отдѣламъ бактеріологіи. Теперь же осталось уже немного свободнаго поля для работы, такъ какъ цѣлыя полчища работниковъ тѣснятся на этомъ поприщѣ и каждый спѣшитъ какъ можно скорѣе завоевать себѣ, хоть небольшую, долю успѣха. Неизбѣжно поэтому должно случиться, что даже при условіи самаго скромнаго и осторожнаго отграниченія своей области изслѣдованія наступишь одному на ногу, другому поневолѣ нанесешь ударъ, а къ третьему подойдешь слишкомъ близко. И не успѣешь оглянуться, какъ уже со всѣхъ сторонъ окруженъ противниками. Это, конечно, непріятно и нерѣдко портитъ удовольствіе и спокойное настроеніе при работѣ. Мнѣ въ этомъ отношеніи особенно не везло. Чтобы я ни говорилъ или ни писалъ, я всегда наталкивался на самое страстное противорѣчіе, и, къ сожалѣнію, большей частью противъ меня выступали такіе люди, которые дѣла вовсе не понимали или знали его весьма несовершенно и, во всякомъ случаѣ, менѣе всѣхъ другихъ были призваны высказывать о немъ свое сужденіе. Поэтому у меня уже часто являлось желаніе совсѣмъ сложить свое оружіе навсегда. Только теперь, когда я вижу вокругъ себя столько вѣрныхъ друзей и сотрудниковъ, готовыхъ помогать мнѣ въ работѣ, у меня опять исчезаетъ дурное настроеніе и неохота трудиться на пользу науки». Къ числу недоброжелателей знаменитаго бактеріолога, между прочимъ, принадлежалъ покойный *R. Virchow*, и это обстоятельство также считается одной изъ причинъ, почему *R. Koch* до сихъ поръ не выступалъ въ Berlin'скомъ медицинскомъ Обществѣ, предсѣдателемъ котораго состоялъ отецъ патологіи. Когда *Koch* вернулся изъ своей послѣдней поѣздки въ Южную Африку, теперешній предсѣдатель медицинскаго общества, проф. *Bergmann* обратился къ нему съ просьбой выступить съ докладомъ по одному изъ вопросовъ, разработанныхъ имъ во время его пребыванія въ Африкѣ. У *Koch*'а теперь уже не было основаній отказаться отъ этого предложенія и онъ заявилъ, что будетъ говорить о болѣзняхъ, вызываемыхъ трипанозомами. Извѣстіе о томъ, что *R. Koch* будетъ читать докладъ въ медицинскомъ Обществѣ, явилось настоящей сенсаціей для Berlin'скихъ врачей, и наплывъ въ залъ засѣданія былъ такъ великъ, что пришлось принять особыя мѣры для того, чтобы въ него попали только члены Общества, такъ какъ для гостей не хватило-бы мѣста.

Я не буду останавливаться на подробностяхъ доклада, такъ какъ съ морфологіей и біологіей трипанозомъ и съ вызываемыми ими болѣзнями читатели «Русскаго Врача» могли уже познакомиться изъ статьи д-ра *В. Л. Якимова* (№№ 9 и 10 за текущій годъ). Сообщу лишь вкратцѣ о взглядахъ *R. Koch*'а на значеніе различныхъ способовъ борьбы съ вызываемыми трипанозомами болѣзнями и о нѣкоторыхъ результатахъ его изслѣдованій въ этомъ направленіи. Прежде всего *Koch* думаетъ, что большое число видовъ трипанозомъ, которые описаны въ настоящее время различными изслѣдователями, со временемъ значительно сократится, такъ какъ многіе изъ этихъ видовъ окажутся тождественными; здѣсь произойдетъ то-же самое, что произошло съ возбудителями болотной лихорадки: вмѣсто многихъ формъ болѣзни и возбудителей ея, мы теперь признаемъ только 3 вида плясмодій. Что касается способовъ борьбы съ вызываемыми трипанозомами болѣзнями, то здѣсь прежде всего были сдѣланы попытки путемъ прививки ослабленныхъ чужеядныхъ добиться невоспріимчивости у привитыхъ животныхъ. Если чужеядныхъ болѣзни «Тсе-тсе» отъ рогатаго скота перенести на крысъ, то ядовитость трипанозомъ при этомъ значительно ослабляется, такъ что при прививкѣ ихъ затѣмъ рогатому скоту послѣдній дѣлается невоспріимчивымъ, т. е. не заболѣваетъ, если ему будутъ привиты и вирулентныя чужеядныя. Способъ такого вызыванія невоспріимчивости, однако, оказывается непригоднымъ для борьбы съ порождаемыми трипанозомами болѣзнями. Дѣло въ томъ, что чужеядныя ихъ, какъ оказывается, все-же продолжаютъ, хотя и въ незначительномъ числѣ, жить въ организмѣ, не смотря на то, что животное сдѣлано невоспріимчивымъ къ болѣзни, и такое животное, не смотря на то, что, какъ показали изслѣдованія *Koch*'а, само оно остается на многіе годы невоспріимчивымъ къ болѣзни, все-же является источникомъ заразы для другихъ животныхъ, такъ какъ содержащіяся въ крови его трипанозомы могутъ быть переносимы черезъ укусы насѣкомыхъ въ кровь другихъ животныхъ и вызывать у послѣднихъ заболѣваніе. Борьба такимъ образомъ должна быть направлена на уничтоженіе или самихъ чужеяд-

ныхъ, или переносчиковъ заразы—насѣкомыхъ. Первый способъ борьбы далъ пока лучшіе результаты, чѣмъ всѣ другіе. Онъ заключается въ томъ, что при помощи тщательнаго изслѣдованія отыскиваютъ зараженныхъ животныхъ, при чемъ не слѣдуетъ обращать вниманія на то, больны-ли они или здоровы: важенъ лишь фактъ наличности въ крови ихъ трипанозомъ. Такихъ животныхъ отдѣляютъ отъ остальныхъ, а, если это возможно, то и убиваютъ; если-же этого сдѣлать нельзя, то ихъ необходимо увести въ такое мѣсто, гдѣ нѣтъ насѣкомыхъ, которыя могутъ служить переносчиками заразы. На Явѣ, гдѣ было вовремя распознано появленіе заразы у скота, этотъ способъ борьбы способствовалъ прекращенію эпизоотіи, и потери сельскихъ хозяевъ, благодаря ему, были сведены до minimum'а. На островѣ-же св. Маврикія, куда зараза (Сурра) была занесена изъ Индіи, болѣзнь во-время не была распознана, а, когда была распознана, то не было принято энергичныхъ мѣръ. Въ результатѣ черезъ 2 года всѣ лошади и вьючныя животныя и большая часть рогатаго скота погибли. Вести борьбу противъ переносчиковъ заразы-кусающихъ насѣкомыхъ—въ настоящее время трудно потому, что они еще недостаточно изучены. Покамѣстъ замѣчено лишь, что появленіе и исчезновеніе африканской мухи тсе-тсе находится въ связи съ жизнью крупныхъ дикоживущихъ животныхъ. Многократно наблюдалось, что муха тсе-тсе, а вмѣстѣ съ ней и болѣзнь рогатаго скота появляются вмѣстѣ съ крупной дичью и вмѣстѣ съ ней-же и исчезаетъ. Поэтому болѣзнь, вѣроятно, удастся устранить въ тѣхъ мѣстностяхъ, гдѣ есть возможность перестрѣлять всю крупную дичь.

Что касается трипанозомовой болѣзни у человѣка, то она наблюдалась уже въ началѣ прошлаго 100-лѣтія среди рабовъ-негровъ, жившихъ по западному берегу Африки. Болѣзнь долго оставалась въ ограниченномъ районѣ и не распространялась дальше, и лишь въ 1896 г. остатками экспедиціи Эмина-паши она была занесена въ Уганду, гдѣ нашла, очевидно, благопріятныя условія для своего распространенія, такъ какъ въ короткое время здѣсь погибли около 200000 чел. Болѣзнь эта не щадитъ и Европейцевъ. О степени ея распространенія среди туземцевъ можно судить по тому, что изъ 80, по видимому, здоровыхъ туземцевъ у 23, т. е. въ 28,7%, въ крови найдены были трипанозомы (*Bruce*). У человѣка болѣзнь въ отношеніи общихъ признаковъ протекаетъ такъ-же, какъ и у животныхъ. Послѣ зараженія можетъ пройти еще дов. много времени, прежде чѣмъ появятся неправильныя лихорадочныя движенія; вмѣстѣ съ тѣмъ развиваются малокровіе, постепенный упадокъ силъ, исхуданіе, частичные отеки и эритемы; болѣзнь сопровождается также опухолями лимфатическихъ железъ, особенно выйныхъ; опухаетъ также и селезенка. Признаки «сонной болѣзни» наступаютъ тогда, когда чужеядныя проникаютъ уже въ спинно-мозговой каналъ; въ огромномъ большинствѣ случаевъ сонная болѣзнь оканчивается смертью. Есть основаніе думать, что во многихъ случаяхъ трипанозомовое зараженіе человѣка протекаетъ и даже можетъ кончиться смертью и безъ того, чтобы чужеядныя проникли въ спинно-мозговой каналъ и обусловили картину сонной болѣзни. Что касается борьбы съ трипанозомовой болѣзнью человѣка, то здѣсь, конечно, нельзя примѣнять того способа, о которомъ упоминалось выше. Уединеніе больныхъ въ госпиталяхъ нецѣлесообразно, такъ какъ источникомъ распространенія заразы являются не только эти больные, но и тысячи еще здоровыхъ, но уже зараженныхъ людей, уединить которыхъ нѣтъ никакой возможности. Всѣ усилія пока должны быть направлены къ тому, чтобы найти такое средство, которое дѣйствовало-бы на трипанозомъ въ крови такъ-же, какъ дѣйствуетъ хининъ на возбудителей болотной лихорадки. Къ сожалѣнію, такого средства до сихъ поръ еще найти не удалось. При лѣченіи этой болѣзни долго примѣнялся мышьякъ. *Ehrlich* предложилъ новое средство—«трипанротъ» (Trypanrot), дѣйствующее, будто-бы, лучше мышьяка. *Laveran* и англійскіе врачи видѣли хорошіе результаты отъ сочетанія мышьяка съ трипанротомъ. Наконецъ, въ самое послѣднее время *Wendelstadt* нашелъ, что малахитовая зелень (Malachitgrün) оказываетъ убивающее дѣйствіе на чужеядныхъ крови у подвергавшихся опытамъ животныхъ. Пока дѣйствіе новыхъ средствъ, однако, не провѣрено еще на практикѣ, и дѣло это находится въ стадіи лабораторнаго изученія. Во всякомъ случаѣ, по мнѣнію *Koch*'а, весьма важно и необходимо, чтобы всѣ культурныя націи приняли дѣятельное участіе въ изслѣдованіи болѣзни и изысканіи способовъ борьбы съ ней, такъ какъ всѣ онѣ болѣе или менѣе заинтересованы въ томъ, чтобы прекратить ея дальнѣйшее распространеніе и окончательно побороть ее.

Въ здѣшней политической и медицинской печати въ послѣднее время очень усердно занимались новымъ закономъ, измѣняющимъ порядокъ санитарнаго надзора за мясомъ. Въ виду важности этого вопроса и Berlin'ское медицинское Общество посвятило ему особое засѣданіе и принятое на этомъ засѣданіи постановленіе послало министру. При прежнихъ порядкахъ мясо осматривалось такъ. Прежде всего оно изслѣдовалось въ томъ мѣстѣ, гдѣ скотъ убивался, и здѣсь снабжалось печатью. Вторично мясо подвергалось осмотру на мѣстѣ его потребленія. Этотъ вторичный осмотръ былъ обязателенъ, и въ Berlin'ѣ, напр., онъ былъ организованъ такъ, что по прибытіи на станцію желѣзной дороги мясо немедленно направлялось на станціи для изслѣдованія, гдѣ по осмотрѣ вторично снабжалось печатью и затѣмъ только могло поступать въ продажу. Мясо, признанное негоднымъ къ употребленію, уничтожалось въ особыхъ, спеціально для этой цѣли устроенныхъ, городскихъ учрежденіяхъ. Если мясо поступало не по желѣзной дорогѣ, а доставлялось другими путями, то оно также должно было подвергаться вторичному осмотру. Ввозъ рубленнаго или измельченнаго мяса былъ запрещенъ; всѣ ввозимые куски мяса должны были быть не меньше $^1/_4$ всего животнаго; свиное мясо должно было быть ввозимо кусками въ $^1/_2$ животнаго. Новый законъ, уже вступившій въ силу съ 1-го минувшаго октября, совершенно устраняетъ вторичный осмотръ мяса, исходя изъ того соображенія, что оба осмотра производятся ветеринарными врачами, познанія и опытность которыхъ одинаковы, и, слѣд., второй осмотръ не прибавляетъ ничего къ первому и поэтому излишенъ.

Законъ этотъ, являющійся уступкой требованіямъ аграріевъ, выгоденъ только для сельскихъ хозяевъ и торговцевъ мясомъ, такъ какъ облегчаетъ сбытъ его и уменьшаетъ расходы, но съ гигіэнической точки зрѣнія, какъ это и показалъ въ своемъ подробномъ докладѣ медицинскому Обществу д-ръ *Westenhoffer*, не можетъ быть оправданъ. Прежде всего качество городскихъ ветеринаровъ и сельскихъ въ отношеніи умѣнія изслѣдовать мясо неодинаково: сельскіе ветеринары—хорошіе практики, но въ опытности и знаніяхъ, нужныхъ для изслѣдованія, они, естественно, должны уступать городскимъ, у которыхъ больше матеріала и навыка. Статистическія данныя показываютъ, что 1,8% мяса признается при вторичномъ изслѣдованіи негоднымъ къ употребленію не потому, что оно успѣло испортиться, а исключительно изъ-за просмотровъ при первомъ изслѣдованіи. Изъ болѣзней скота, являющихся особенно опасными для человѣка при такомъ не строгомъ изслѣдованіи, *Westenhoffer* ставитъ на первое мѣсто бугорчатку и сибирскую язву. Въ то время какъ при правильной постановкѣ дѣла, т. е. при изслѣдованіи мяса на благоустроенной бойнѣ опытными ветеринарами, опасность зараженія бугорчаткой при посредствѣ мяса больныхъ бугорчаткою животныхъ почти равна нулю, опасность эта становится значительной при условіи плохо поставленнаго осмотра. Дѣло въ томъ, что новѣйшія изслѣдованія показали, что въ самомъ мясѣ [1]) больныхъ хронической бугорчаткой животныхъ палочекъ бугорчатки не бываетъ, и его можно употреблять въ пищу, если заболѣвшіе органы удалены; особенно важно удаленіе пораженныхъ железъ. При невнимательномъ или неумѣломъ осмотрѣ бугорчатковыя железы легко могутъ быть просмотрѣны и, будучи изрублены, пойти на изготовленіе колбасъ. Такое мясо будетъ содержать жизнеспособныя бугорчатко-

[1]) Бугорчатковыя палочки въ самомъ мясѣ бываютъ лишь при просовидной бугорчаткѣ, и только въ этомъ случаѣ мясо признается безусловно негоднымъ къ употребленію.

выя палочки, и опасность распространенія бугорчатки этимъ путемъ будетъ еще больше, чѣмъ черезъ зараженное молоко, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ есть возможность устранить ее кипяченіемъ; колбасы-же большею частью потребляются въ сыромъ видѣ. Точно также отъ неопытнаго изслѣдователя можетъ ускользнуть не типичный случай сибирской язвы и послужить источникомъ зараженія для человѣка. Опасность зараженія трихинами и финнами въ настоящее время уже не велика, такъ какъ обнаруженіе этихъ чужеядныхъ въ мясѣ не представляетъ большихъ трудностей и не требуетъ большого опыта. Въ виду сказаннаго докладчикъ высказалъ пожеланіе, чтобы вторичный осмотръ мяса былъ опять введенъ законодательнымъ порядкомъ, при чемъ въ основу этого закона должны лечь слѣдующія положенія: 1. Все ввозимое въ большіе города мясо должно подлежать вторичному осмотру опытными спеціалистами. 2. Голова, органы грудной полости, селезенка и почки должны быть предъявлены при осмотрѣ, при чемъ эти органы должны находиться въ связи съ тѣломъ; если-же это условіе не можетъ быть соблюдено, то должно быть предъявлено удостовѣреніе, подтверждающее, что отдѣленные органы, дѣйствительно, принадлежатъ подлежащему осмотру мясу. 3. Ввезенное мясо должно быть немедленно по прибытіи его отправлено на станцію для изслѣдованія. 4. Осмотръ долженъ быть безусловно безплатный. 5. Города, имѣющіе общественныя бойни, обязаны устроить заведенія для уничтоженія негоднаго мяса и взять ихъ въ свое вѣдѣніе. 6. Въ городахъ съ общественными бойнями домашній убой скота для частныхъ цѣлей не долженъ допускаться. 7. Ветеринарные врачи, осматривающіе мясо какъ въ городахъ, такъ и въ селеніяхъ должны получать такое вознагражденіе за свою работу, чтобы они могли совершенно отказаться отъ частной практики. 8. Слѣдуетъ стремиться къ тому, чтобы въ каждомъ ветеринарномъ округѣ была устроена бойня, расположеніе которой было бы таково, чтобы доступъ къ ней былъ удобенъ изъ всѣхъ участковъ данной мѣстности. Управляющими подобныхъ окружныхъ боенъ должны быть назначаемые государствомъ и имъ же оплачиваемые ветеринарные врачи.

Хотя медицинское Общество и приняло всѣ эти положенія и въ своемъ постановленіи признало, что уничтоженіе вторичнаго осмотра мяса означаетъ съ санитарно-гигіэнической точки зрѣнія несомнѣнный шагъ назадъ, который отзовется вредно на здоровьѣ городского населенія, однако можно, не рискуя ошибиться, сказать, что практическихъ послѣдствій постановленіе это имѣть не будетъ: письменное заявленіе медицинскаго Общества прямымъ путемъ направится въ архивъ. Нужно лишь удивляться, что протестъ со стороны врачей былъ заявленъ такъ поздно. Городское Управленіе, для котораго отмѣна вторичнаго осмотра мяса сопряжена съ нѣкоторымъ матеріальнымъ ущербомъ, приняло для огражденія здоровья обывателей болѣе практическія мѣры: оно дало возможность желающимъ имѣть вторично осмотрѣнное мясо убѣдиться въ томъ, что покупаемое мясо, дѣйствительно, было осмотрѣно въ Berlin'ѣ. Съ этой цѣлью оно объявило, что вторично осмотрѣнное мясо имѣетъ ясное клеймо, въ которомъ бросается въ глаза слово «Berlin». Это заставитъ большинство торговцевъ изъ конкурренціи подвергать мясо вторичному изслѣдованію.

Еще въ одномъ случаѣ Прусское правительство показало, что оно не всегда справляется съ голосомъ общественнаго мнѣнія, особенно если этотъ голосъ исходитъ изъ среды врачей. Въ хроникѣ «Русскаго Врача» уже было сообщено (см. № 17, стр. 638), что большинство Berlin'скихъ сословно-врачебныхъ Обществъ выразило министру свою благодарность за то, что онъ не внесъ больницу, директоромъ которой состоитъ проф. *Schweninger*, въ число лѣчебныхъ учрежденій, гдѣ кончающіе медики могутъ отбывать свой т. наз. практическій годъ. Общества эти очень недвусмысленно мотивировали при этомъ свое отношеніе къ protégé въ свое время всесильнаго Bismark'а. Оказалось однако, что врачи слишкомъ рано возрадовались, такъ какъ въ вышедшемъ теперь дополнительномъ спискѣ больницъ, учрежденіе, завѣдуемое проф. *Schweninger*'омъ, значится на ряду съ другими, предназначенными для воспитанія подростающихъ поколѣній врачей. Редакція «Münchener medicinische Wochenschrift» по поводу этого поступка Министерства помѣстила очень рѣзкую замѣтку, въ которой рѣшеніе включить проф. *Schweninger*'а въ число представителей медицины, призванныхъ обучать молодое поколѣніе врачебной этикѣ, обозначается, какъ «пощечина всему врачебному сословію». Въ біографіи «знаменитаго» профессора, между прочимъ, имѣется одинъ серьезный проступокъ противъ общей этики, не имѣвшій для него дурныхъ послѣдствій только благодаря его необыкновенно сильнымъ связямъ, и если такая личность назначается руководителемъ молодыхъ врачей, то изъ этого, по словамъ почтенной München'ской врачебной газеты, вытекаетъ только одно, что тяжелое прегрѣшеніе противъ нравственности можетъ въ Пруссіи не вредить карьерѣ, если имѣешь достаточно крѣпкій лобъ и сильную протекцію. Нужно лишь надѣяться, что сама молодежь постарается миновать больницу, во главѣ которой стоитъ человѣкъ, не могущій служить образцомъ ни въ научномъ, ни въ этическомъ отношеніи. Покровителямъ проф. *Schweninger*'а въ послѣднее время однако приходится такъ часто защищать его, что нужно думать, что и для нихъ его присутствіе въ Berlin'ѣ можетъ быть стало уже стѣснительнымъ и они не прочь были-бы устроить его гдѣ-нибудь подальше. По крайней мѣрѣ, такое впечатлѣніе производятъ появившіеся въ послѣднее время слухи, что Гамбурго-американское пароходное Общество пригласило *Schweninger*'а завѣдывать пароходомъ-здравницей, устраиваемымъ этимъ обществомъ, и вообще завѣдующимъ всѣми лѣчебными учрежденіями компаніи.

Въ заключеніе—еще нѣсколько словъ о положеніи дѣла борьбы врачей съ кассами, такъ какъ я уже давно ничего не сообщалъ объ этомъ. Борьбу эту теперь можно считать уже почти законченной. Въ то время какъ въ большинствѣ крупныхъ городовъ Германіи врачи вышли побѣдителями изъ этой борьбы, что выразилось введеніемъ системы свободнаго выбора врача на приличныхъ условіяхъ, въ Berlin'ѣ дѣло кончилось полнымъ пораженіемъ врачей. Изъ-за розни интересовъ здѣсь, не смотря на всѣ усилія руководителей движенія, не удалось сплотить всѣхъ врачей на борьбу съ общимъ врагомъ, и поэтому въ результатѣ кассы заставили врачей подписать долгосрочные контракты на старыхъ условіяхъ. Эта неудача врачей имѣла дурное нравственное вліяніе на тѣ кассы, которыя ввели уже добровольно у себя систему свободнаго выбора: многія изъ нихъ снова вернулись къ старой системѣ, и число кассъ съ свободнымъ выборомъ врача въ Berlin'ѣ теперь крайне невелико. Удастся-ли когда-нибудь Berlin'скимъ кассовымъ врачамъ улучшить свое положеніе, остается вопросомъ открытымъ. Во всякомъ случаѣ, пройдетъ, по крайней мѣрѣ, лѣтъ 5, прежде чѣмъ можно будетъ опять серьезно заговорить объ этомъ.

А. Коварскій.

Berlin. 29-го ноября.

Наблюденія надъ холерной эпидеміей 1904-го года въ Персіи. Пути распространенія холеры, теченіе, лѣченіе и предохранительныя прививки *).

Еще въ началѣ 1904 г. холера двинулась съ побережья Персидскаго Залива въ южную Персію, откуда она въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ проникла въ сѣверную Персію, а въ іюлѣ 1904 г. свирѣпствовала уже со страшной силой въ Тегеранѣ и появилась въ Мешедѣ и въ южной части Азарбейджанской провинціи.

Озабоченное возможнымъ появленіемъ холеры въ различныхъ пунктахъ дѣятельности учетно-ссуднаго банка въ Персіи, Правленіе банка обратилось въ Институтъ экспериментальной медицины съ просьбой командировать нѣсколько отрядовъ, со спеціалистами бактеріологами во главѣ, въ различные города Персіи, гдѣ оперируютъ отдѣленія банка.

Отрядъ нашъ, состоявшій изъ врача-бактеріолога и женщины-

*) Изъ отчета по командировкѣ въ Тавризъ въ холерную эпидемію 1904 г.

врача *), командированный въ Тавризъ, выѣхалъ изъ Петербурга 10/VII и прибылъ въ Тавризъ 27/VII. По дорогѣ пришлось задержаться въ Баку и Эрмани въ ожиданіи багажа, заключавшаго въ себѣ лабораторію, обеззараживающіе приборы, средства и лѣкарства. Благодаря щедро отпущеннымъ суммамъ мы были обильно снабжены всѣмъ необходимымъ и тотчасъ по пріѣздѣ на мѣсто могли приступить къ работѣ. Во время нашего переѣзда изъ Петербурга Россія была еще благополучной по холерѣ, и только въ пограничныхъ съ Персіей областяхъ ожидали азіатскую гостью. Въ Баку уже дѣлались обширныя приготовленія по очисткѣ города и открылъ свою дѣятельность карантинъ на Зыхѣ. 19/VII я осмотрѣлъ карантинъ, устроенный въ общемъ недурно, хотя многое въ немъ было далеко отъ совершенства. Такъ, обѣ паровыя обеззараживающія камеры слишкомъ малы, если принять во вниманіе, что карантинъ этотъ предназначается для всѣхъ судовъ, приходящихъ изъ Персіи. Ванны въ холерномъ баракѣ тоже малы и неудобны; низшій персоналъ живетъ въ домѣ, не соединенномъ съ баракомъ ни телефономъ, ни звонками. Въ комнатѣ для вскрытій нѣтъ стока въ общую сѣть; все со стола должно стекать въ ведро. Далѣе, всѣ стоки идутъ въ асфальтовыя ямы около морского берега, при чемъ въ нихъ проведенъ паръ, но температура послѣдняго (по словамъ младшаго карантиннаго врача) не больше 70%, почему за стерилизацію отбросовъ ручаться нельзя и они спускаются не въ море, а въ тутъ-же (!) устроенныя ямы.

25/VII я осмотрѣлъ карантинъ въ Джульфахъ, на берегу Аракса, на Персидской границѣ. Джульфы—самый бойкій пограничный пунктъ, почему, мнѣ кажется, на карантинъ здѣсь слѣдовало-бы обратить особое вниманіе; между тѣмъ обеззараживающая камера и здѣсь настолько мала, что обеззаразить въ ней, напр., большой коверъ, нельзя.

Отъ Джульфъ до Тавриза—120 верстъ. Дорога проходитъ по гористой мѣстности, совершенно лишенной растительности, и только мѣстами встрѣчаются виноградники и миндальныя рощи у большихъ селеній. Рѣкъ нѣтъ, и селенія питаются водой съ горъ.

До Тавриза нигдѣ холеры еще не было.

Черезъ 36 час. пути отъ Джульфъ мы добрались до Тавриза, раскинувшагося въ обширной долинѣ между горъ. Издали городъ поражаетъ обиліемъ зелени и отсутствіемъ какихъ-либо выдающихся построекъ. Когда-же въѣзжаешь въ него, зелени совсѣмъ не видно, какъ и домовъ, спрятанныхъ вмѣстѣ съ садами за высокими заборами. Послѣдніе образуютъ узкія и кривыя улицы, изрѣдка вымощенныя скверным булыжникомъ.

Тавризъ **),—главный городъ Азарбейджанской провинціи, по величинѣ и численности населенія долженъ считаться самымъ большимъ городомъ Персіи: въ немъ не менѣе 250000 жителей, по преимуществу тюркскаго племени, говорящихъ на татарскомъ нарѣчіи; кромѣ того, въ Тавризѣ имѣется около 4000 армянъ, изъ которыхъ большинство—персидскіе и русскіе подданные, меньшинство—англійскіе и американскіе граждане. Европейцевъ насчитывается не больше сотни. Тавризъ — резиденція наслѣдника престола, считающагося правителемъ Азарбейджана. Изъ иностранныхъ колоній наиболѣе многочисленная — русская. Имѣется генеральное консульство, отдѣленіе учетно-ссуднаго банка Персіи, и управленіе Тавризской дороги, сооружаемой на русскія средства русскими инженерами. Во всей русской колоніи съ туземной прислугой наберется не менѣе 150 чел.

Климатъ Тавриза (высота надъ уровнемъ моря 4400 ф.)—сухой континентальный; зима—короткая, холодная, часто снѣжная; лѣто—продолжительное, безъ дождей и знойное.

Тавризъ по своимъ постройкамъ, по образу жизни населенія—типичный азіатскій городъ. Дома съ плоскими крышами, съ окнами, обращенными во дворъ, построены изъ земли или сырцоваго кирпича. Питьевая вода получается жителями съ горъ, сильно загрязненная по пути. Она протекаетъ подъ верхнимъ слоемъ земли, безъ трубъ, и часто выпускается наружу, для чего имѣются ямы на всѣхъ улицахъ и дворахъ. Выпускаемая на поверхность улицъ вода («арыки») постоянно загрязняется людьми и животными; нерѣдко можно наблюдать, какъ рядомъ купаютъ лошадь, стираютъ бѣлье и тутъ-же пьютъ воду.

Персы всякую проточную воду считаютъ чистой и не могли понять моего изумленія по поводу такого обращенія съ водой. Человѣческіе, животные и кухонные отбросы никѣмъ никогда не убираются. На улицахъ, площадяхъ валяются дохлые собаки, ишаки, верблюды, до тѣхъ поръ пока естественные санитары Персіи—собаки и благодѣтельное солнце—не уберутъ ихъ.

Каждый благовѣрный персъ долженъ быть похороненъ вблизи своего жилища; поэтому въ каждомъ кварталѣ имѣются свои кладбища, которыхъ въ городѣ насчитывается нѣсколько десятковъ. Если принять во вниманіе, что вода течетъ черезъ кладбища, расположенныя рядомъ съ жилищами, то можно себѣ представить, какая должна быть вода.

Въ городахъ много общественныхъ бань, въ которыхъ устроены бассейны съ теплой водой. Вода здѣсь мѣняется не чаще 1 раза въ недѣлю, и въ ней по очереди купаются мужчины и женщины; они всѣ вытираются одними и тѣми-же простынями, высушиваемыми тутъ-же на улицѣ передъ баней. Мнѣ неоднократно приходилось изслѣдовать эту воду; она всегда оказывалась вонючей и содержала множество органическихъ веществъ и бактерій, среди которыхъ попадались и холерныя (изъ 10 бань въ 8).

Вся общественная жизнь персовъ протекаетъ на базарахъ, которые являются для нихъ и церквами, и клубами, и театрами. Дома персъ только спитъ и ѣстъ. Всѣ мастерскія, лавки, чайныя, банки, рестораны — на базарахъ. Базары представляютъ крытые, длинные и часто очень узкіе и полутемные корридоры. Въ крышахъ изрѣдка имѣются отверстія, черезъ которыя едва проникаетъ свѣтъ и свѣжій воздухъ. Такъ какъ эти-же корридоры служатъ и проѣзжей улицей и тянутся на много верстъ, то при отсутствіи провѣтриванія и свѣта, при постоянномъ загрязненіи почвы тысячами людей, атмосфера здѣсь ужасная. Эти-то базары по преимуществу и служатъ разсадниками заразы. Всѣ пищевые продукты, какъ и вода, сильно загрязняются: персъ не имѣетъ никакого представленія о чистотѣ, и ему никогда не приходитъ въ голову защитить чѣмъ-нибудь пищевые продукты отъ пыли. Особенно небрежно обращается населеніе съ хлѣбомъ, выпекаемымъ въ видѣ тонкихъ лепешекъ («лавашъ»). Прежде чѣмъ лавашъ попадетъ на столъ, онъ непремѣнно повалается на землѣ и вытеретъ спины нѣсколькимъ ишакамъ, а также платье и грязные волосы купившаго его.

Общественныхъ интересовъ у персовъ почти нѣтъ; каждый думаетъ только о себѣ, правящія сферы заботятся исключительно о своемъ карманѣ; каждый чиновникъ, какой-бы постъ онъ ни занималъ, смотритъ на свое дѣло исключительно съ точки зрѣнія наживы. Суда, въ европейскомъ смыслѣ слова, совсѣмъ нѣтъ, а также и законовъ, которыми должны руководиться правители. Все зависитъ отъ произвола власть имущаго. При такомъ гнетѣ и отсутствіи малѣйшей заботливости о населеніи со стороны правительства населеніе сильно деморализуется еще подъ вліяніемъ мусульманскаго духовенства, фанатизмъ и невѣжество котораго давно извѣстны всѣмъ. Вліяніе духовенства такъ велико, что оно держитъ въ рукахъ и правительство.

Въ полномъ соотвѣтствіи съ такой общественной организаціей находится и медицинская помощь населенію. Въ такомъ огромномъ городѣ, какъ Тавризъ, нѣтъ ни одной больницы, если не считать больницы американской миссіи на нѣсколько кроватей. Медицинская помощь оказывается населенію туземными врачами «хакимами», обыкновенно нигдѣ ничему не учившимися, а играющими на суевѣріяхъ и невѣжествѣ больныхъ. Всякій, кому только не лѣнь, можетъ во всякое время сдѣлаться хакимомъ: для этого нужно только повѣсить вывѣску, а, если хакимъ обучался въ т. наз. медицинской школѣ въ Тегеранѣ, то онъ уже считаетъ себя не только не ниже европейскихъ врачей, но и гораздо выше ихъ. Школа въ Тегеранѣ—единственная въ Персіи медицинская школа. Курсъ въ ней меньше курса нашихъ фельдшерскихъ школъ. Между прочимъ, анатомія проходится въ этой школѣ только на фантомахъ, и всѣ попытки ввести преподаваніе анатоміи на трупахъ разбивались объ упорство муллъ. Многіе изъ здѣшнихъ хакимовъ раньше служили лакеями у европейскихъ врачей. У такихъ то врачей мѣстное населеніе и получаетъ медицинскую помощь. Надо сказать правду и относительно практикующихъ здѣсь европейскихъ врачей: въ большинствѣ они своими познаніями и поведеніемъ не очень поднимаютъ престижъ европейской медицины въ глазахъ населенія *). Во время моего пребыванія въ Тавризѣ здѣсь было только 3 врача съ настоящими дипломами: русскій врачъ *П. Ѳ. Филатовъ*, старшій врачъ сооружаемой Тавризской дороги, вольнопрактикующій врачъ Аѳинскаго Университета грекъ *Ортодаксіадисъ* и французъ *Coppin*, лейбъ-медикъ наслѣдника престола. Другіе-же врачи, получившіе образованіе въ Англіи и Америкѣ, хотя и выдаютъ себя за настоящихъ врачей, но, очевидно, получили образованіе въ низшихъ медицинскихъ школахъ и по своему невѣжеству мало чѣмъ отличаются отъ мѣстныхъ хакимовъ; такъ, одинъ изъ нихъ «докторъ Georges» всѣ заболѣванія лѣчитъ подкожными впрыскиваніями морфія и пользуется огромное популярностью.

Изъ этого краткаго очерка санитарнаго состоянія Тавриза видно, съ какими трудностями приходилось здѣсь бороться для проведенія въ жизнь здравыхъ понятій по гигіэнѣ. Кромѣ невѣжества населенія, большимъ тормазомъ для проведенія различныхъ санитарныхъ мѣропріятій служитъ здѣсь слабость власти, не имѣющей возможности надлежащимъ образомъ поддержать свои требованія. Самъ Валіахтъ (наслѣдникъ престола), къ которому я обращался на аудиенціи съ просьбой принять тѣ или другія санитарныя мѣры, отвѣтилъ, что, «это—почти невозможно».

При такомъ положеніи вещей естественно было прежде всего подумать объ огражденіи служащихъ банка, а также и другихъ членовъ русской колоніи отъ возможной эпидеміи холеры. Относительно же общихъ санитарныхъ мѣропріятій пришлось оставить въ сторонѣ всякую мысль, какъ о неосуществимыхъ. Кромѣ того, чрезвычайно важно было въ свое время получить точныя свѣдѣнія о первыхъ случаяхъ заболѣванія холерой какъ въ Тавризѣ, такъ и въ другихъ мѣстахъ Азарбейджанской провинціи.

Собирать здѣсь свѣдѣнія о болѣзняхъ—дѣло не легкое. Вы никогда не узнаете у перса о болѣзняхъ близкихъ ему людей: у него всегда все благополучно; а въ особенности съ появленіемъ эпидеміи, при общей паникѣ, скрывать истинное положеніе вещей считалось особенно похвальнымъ въ глазахъ окружающихъ. Только когда люди умирали тысячами на глазахъ у

*) Фельдшеръ и санитары были уже на мѣстѣ.

**) Тавризъ или Теб-ризъ, что значитъ «долой лихорадку»; по преданію городъ основанъ при Гарунъ-аль-Рашидѣ, жена котораго поселилась здѣсь, спасаясь отъ лихорадки. Санитарное состояніе Тавриза прекрасно описано въ «Письмахъ изъ Тавриза» д-ра *П. Ѳ. Филатова* (см. «Русскій Врачъ», 1904 г., №№ 37, 39 и 42).

*) Я, конечно, исключаю временно живущихъ здѣсь врачей, какъ, напр., врачебный персоналъ Тавризской дороги.

всѣхъ, персы уже не могли отрицать существованія эпидеміи. Еще до моего пріѣзда д-ръ *П. Ѳ. Филатовъ* обратилъ вниманіе на питьевую воду, употребляемую членами русской колоніи. По его настоянію, вода добывалась на мѣстѣ выхода потока съ горъ. Такимъ образомъ вода была обезпечена отъ загрязненія. Кромѣ того, я указалъ на необходимость обеззараживать отхожія мѣста и соблюдать чистоту и опрятность при приготовленіи и пріемѣ пищи. Наиболѣе грязный продуктъ—лавашъ, былъ совершенно изгнанъ изъ употребленія, и хлѣбъ всюду пекли дома.

Для ознакомленія мѣстнаго населенія съ холерой и предохранительными мѣрами противъ нея я, совмѣстно съ д-ромъ *П. Ѳ. Филатовымъ*, прочитали 4/VIII, въ помѣщеніи армянской школы, общедоступную лекцію. На чтеніи ея присутствовали служащіе банка съ ихъ семьями, много армянъ и нѣкоторые персы, понимающіе по русски.

Кромѣ того, чтобы обезпечить медицинской помощью членовъ русской колоніи и привлечь довѣріе населенія, я счелъ необходимымъ открыть амбуляторію, о чемъ по городу и были расклеены объявленія на персидскомъ языкѣ; въ объявленіяхъ этихъ населеніе оповѣщалось о безплатномъ пріемѣ больныхъ съ выдачей лѣкарствъ по всѣмъ болѣзнямъ и о предохранительныхъ прививкахъ противъ холеры. На лекціи я обратилъ особое вниманіе присутствовавшихъ на предохранительныя прививки и совѣтывалъ начать ихъ заранѣе, еще до появленія эпидеміи.

Амбуляторія начала работать 9/VIII. Предохранительныя прививки начали дѣлать 5/VIII. Первые дни пребыванія въ Тавризѣ ушли на устройство амбуляторіи и лабораторіи. Какъ только найдено было подходящее помѣщеніе, я началъ обученіе санитаровъ, которыхъ было 10 чел.; изъ нихъ 6 предназначены были для нуждъ Тавризской дороги. Санитары были набраны изъ молодыхъ 5 персовъ и армянъ, говорящихъ по русски или по французски. Вопреки моимъ ожиданіямъ, обученіе ихъ шло дов. успѣшно. Съ 2/VIII по 14/VIII ежедневно происходили занятія съ санитарами, и нѣкоторые изъ нихъ настолько усвоили основныя свѣдѣнія, что впослѣдствіи, въ разгарѣ холерной эпидеміи, оказались хорошими помощниками.

Дѣятельность амбуляторіи.

Амбуляторія помѣщалась въ отдѣльномъ домѣ въ европейскомъ кварталѣ—Кала. Больные принимались ежедневно кромѣ воскресеній, съ 9 до 12 час. утра. Амбуляторія была открыта съ 8/VIII по 25/IX, когда пришлось ее закрыть за недостаткомъ времени, которое все нужно было отдавать холернымъ больнымъ *).

Всего больныхъ принято было 386 ч.—252 мужчины и 134 женщины. Всего посѣщеній было съ повторными 612. Персовъ было 133, персіянокъ 100; остальные больные были армяне и русскіе. Преобладали желудочно-кишечныя заболѣванія (70 сл.), болѣзни глазъ (63), изъ коихъ чаще всего встрѣчались острые конъюнктивиты (26), и болѣзни кожи (37). Всего отпущено было приходящимъ больнымъ болѣе чѣмъ по 1500 рецептамъ, а съ лѣкарствами, приготовленными для больныхъ внѣ амбуляторіи, до 1800; для холерныхъ больныхъ лѣкарствъ было отпущено до 1400; въ итогѣ всего отпущено было больше, чѣмъ по 3200 рецептамъ.

Медицинская помощь оказывалась также и на дому служащимъ банка, членамъ русской колоніи и туземному населенію.

Желудочно-кишечныя разстройства объясняются излишествами при употребленіи фруктовъ и овощей и недоброкачественностью послѣднихъ. Болѣзни глазъ и кожи по числу больныхъ стоятъ почти рядомъ съ желудочно-кишечными заболѣваніями. Грязь и нечистоплотность домашней обстановки и обычай раздавать платье бѣднымъ отъ умершихъ сильно способствуютъ развитію въ Персіи различныхъ заразныхъ болѣзней. Однимъ изъ немаловажныхъ источниковъ распространенія послѣднихъ слѣдуетъ признать здѣсь ковры, находящіеся во всѣхъ домахъ и составляющіе единственную обстановку и гордость персовъ. Въ Тавризѣ имѣется множество мелкихъ ковровыхъ фабрикъ по домамъ, которые въ большинствѣ заражены были холерой. Если упомянуть еще объ обычаѣ покрывать трупы покойниковъ коврами, то не трудно будетъ понять, что въ послѣднюю холерную эпидемію ковры были однимъ изъ главныхъ разносчиковъ холеры.

Какъ на другой важный источникъ заразы, сыгравшій въ распространеніи эпидеміи видную роль, нужно указать на кальянъ. Обычай персовъ курить изъ одного и того-же кальяна, побывавшаго во рту у многихъ, стоилъ не мало жизней. Лично мнѣ извѣстно нѣсколько случаевъ холеры, полученной черезъ кальянъ.

И такъ, въ жизни и обычаяхъ персовъ какъ-бы все создано для возможно лучшаго распространенія заразы. И, если здѣсь рѣдко встрѣчаются нѣкоторыя заразныя болѣзни, какъ, напр., болотная лихорадка **), то это зависитъ исключительно отъ климата. Уже выше я указывалъ на особенности климатическихъ условій, неблагопріятныя для развитія болотной лихорадки. Всѣ больные послѣдней, которыхъ намъ приходилось наблюдать здѣсь, были пріѣзжіе изъ другихъ мѣстностей.

Амбуляторія наша съ каждымъ днемъ привлекала къ себѣ все больше и больше народа при чемъ выяснилось, какъ важно было-бы имѣть здѣсь на постоянномъ жительствѣ женщину-врача: почти $^1/_3$ больныхъ были женщины, приходившія на пріемъ исключительно потому, что принимала женщина-врачъ. Положеніе женщины на Востокѣ, какъ объ этомъ писалось уже много разъ, самое безотрадное. Выходя замужъ 10—13 лѣтъ, многія изъ нихъ заболѣваютъ женскими болѣзнями, которыхъ здѣсь вообще лѣчить некому, да, если-бы и были мужчины-врачи, къ нимъ женщины едва-ли обращались-бы. За послѣднія недѣли дѣятельность нашей амбуляторіи, когда принимала больныхъ д-ръ *Равская*, амбуляторія была полна женщинъ.

*) До 30/VIII больныхъ принимали ж.-вр. *Равская* и я, а съ 30/VIII почти исключительно ж.-вр. *Равская*. Нерѣдко любезно помогалъ намъ на пріемахъ д-ръ *П. Ѳ. Филатовъ*.

**) Брюшной тифъ, какъ и скарлатина и оспа, эндемичны въ Тавризѣ.

Холера въ Марагѣ.

Пока мы готовились къ холерѣ, она постепенно подвигалась къ намъ съ юга по двумъ дорогамъ (желѣзныхъ дорогъ въ Персіи нѣтъ, а только грунтовыя и мѣстами шоссейныя)—изъ Тегерана по юго-восточной и изъ Курдистана по южной. Было очевидно, что Тавризу холеры не миновать. Тѣмъ не менѣе оффиціальные представители здѣшней медицины, какъ *Соррія*, почему-то были увѣрены въ противоположномъ и, чѣмъ ближе къ намъ была холера, тѣмъ съ большей энергіей, достойной лучшей участи, отрицали ея существованіе и даже самую возможность ея появленія. Уже 29/VII намъ было извѣстно, что холера появилась въ Серъ-Дештѣ (Курдистанѣ) и одновременно съ этимъ—въ Казвинѣ по Тегеранской дорогѣ въ 320 верстахъ отъ Тавриза. Болѣзнь ежедневно уносила сотни людей и разносилась оттуда во всѣ стороны. Подвигаясь по Тегеранской дорогѣ, холера 9/VIII была уже въ Міанэ—въ 200 верстахъ отъ Тавриза. По южной дорогѣ холера двигалась какъ будто медленнѣе, и оттуда меньше можно было ожидать заноса ея, какъ вдругъ 17/VIII я получилъ свѣдѣнія о появленіи ея въ Марагѣ, отстоящей отъ Тавриза по юго-западной дорогѣ въ 120 верстахъ. Такъ какъ сообщеніе между Марагой и Тавризомъ непрерывное и весьма оживленное, то для меня уже не оставалось сомнѣнія въ скоромъ появленіи холеры и въ Тавризѣ.

25/VIII по полученнымъ мною свѣдѣніямъ, въ Марагѣ холера уже приняла большіе размѣры и, дабы лично убѣдиться въ достовѣрности слуховъ, я 30/VIII поѣхалъ туда, захвативъ съ собою 2-хъ санитаровъ и лѣкарства. Тавризскій врачъ д-ръ *Ортодоксіадисъ* любезно изъявилъ желаніе помочь мнѣ, и 31/VIII мы вмѣстѣ пріѣхали въ Марагу. Благодаря фирману наслѣдника престола, я пользовался здѣсь полной свободой и содѣйствіемъ мѣстныхъ врачей, что дало мнѣ возможность тотчасъ-же по прибытіи собрать болѣе или менѣе достовѣрныя свѣдѣнія о числѣ холерныхъ.

Марага—городъ съ 20000 населенія, изъ которыхъ около 1000 армянъ, остальные персы. Городъ расположенъ въ котловинѣ среди горъ, на высотѣ 5312 фут. Марагинскій округъ—центръ производства сушеныхъ фруктовъ, которые отсюда вывозятся въ Тавризъ и дальше на сѣверъ въ Россію.

Уже вечеромъ въ день пріѣзда, изъ разсказовъ мѣстныхъ жителей, я узналъ, что за послѣдніе дни умирали здѣсь не менѣе 70 чел., а всего съ начала эпидеміи умерли не менѣе 700. Смертность доходила до 80%. На другой день, когда населеніе узнало о нашемъ пріѣздѣ; насъ начали приглашать къ больнымъ, и за 2 дня я лично навѣстилъ около 60 несомнѣнно холерныхъ больныхъ. Не имѣя возможности долго задерживаться въ Марагѣ, я черезъ 3 дня выѣхалъ въ Тавризъ, крайне сожалѣя, что долженъ былъ сдѣлать это такъ быстро. Марагинская обстановка была полна глубокаго трагизма. Санитарное состояніе города не поддается никакому описанію. По улицамъ въ арыкахъ текла мутная, вонючая вода, а нѣкоторыя улицы были буквально завалены изверженіями холерныхъ. Люди умирали на улицахъ; тутъ-же обмывали и отпѣвали покойниковъ. Толпа, постоянно присутствовавшая при умиравшихъ, заражалась и разносила заразу по всѣмъ уголкамъ города.

Медицинской помощи населеніе не получало совершенно, и наше появленіе съ безплатной раздачей лѣкарствъ было встрѣчено имъ съ изумленіемъ и большой благодарностью. Торговля въ городѣ прекратилась; всюду лежала печать унынія, и городъ былъ увѣшанъ траурными флагами. По позднѣйшимъ свѣдѣніямъ, холера держалась въ Марагѣ до 20-хъ чиселъ сентября, т. е. мѣсяцъ съ небольшимъ. Всего умерли отъ холеры около 2500 чел.—$^1/_3$ населенія. Жители въ паникѣ бѣжали изъ города на сѣверъ, гдѣ еще не было холеры, и всюду приносили съ собою смерть. На обратномъ пути изъ Мараги въ нѣкоторыхъ пунктахъ, особенно ближайшихъ, напр., въ Азебширѣ, недалеко отъ Урмійскаго озера, въ 30 в. къ сѣверо-западу отъ Мараги, и въ Геганѣ на $^1/_2$ пути къ Тавризу, я уже видѣлъ холерныхъ; зараза занесена была сюда изъ Мараги. Такимъ образомъ въ Марагѣ холера была несомнѣнная. Всѣ старанія скрыть ее были напрасны, и мои опасенія относительно Тавриза, къ сожалѣнію, быстро оправдались съ появленіемъ 1-го случая холеры 30/VIII. Только благодаря плохимъ путямъ сообщеній, холера такъ медленно подвигалась съ юга на сѣверъ, куда переходъ совершается караваннымъ путемъ по трудной гористой мѣстности въ теченіи 5—8 дней (это—120 верстъ!). Путь распростране-

нія холеры въ Персіи легко прослѣдить именно благодаря медлительности, съ какою болѣзнь надвигалась съ юга, и во всѣхъ случаяхъ она приносилась или больными, или вещами изъ холернаго пункта.

Ч. пр. *С. Златогоровъ.*

(Окончаніе слѣдуетъ).

На Дальній Востокъ.

(Письмо врача съ дороги).

I.

Выполненіе всякой задачи значительно облегчается, если для рѣшенія ея можно пользоваться опытомъ прошлаго. Военно-санитарная практика во всемъ своемъ объемѣ достаточно велика у многихъ европейскихъ народовъ, въ частности и у русскихъ, ведшихъ съ послѣдней $^1/_2$ прошлаго 100-лѣтія большія и малыя войны. Результатомъ этого явилось много руководствъ, трактатовъ, наставленій по вопросамъ военной санитаріи, предлагающихъ въ соотвѣтствующихъ случаяхъ на основаніи опыта тѣ или иныя мѣропріятія.

Въ настоящую войну, привлекающую къ себѣ вниманіе всего міра, военно-санитарной администраціи русской арміи сложившимися обстоятельствами предложена задача, хотя и не новая, но исключительная по своей важности и трудности.—Я говорю о перевозкѣ арміи за 10000 верстъ, а иногда и болѣе отъ тѣхъ мѣстъ, гдѣ собирались ея части, о перевозкѣ исключительно по желѣзной дорогѣ (моремъ приходилось перевозить войска и на большія разстоянія, но тамъ условія перевозки совершенно другія).

Въ настоящее время отъ начала русско-японской войны на театръ ея, въ Манчжурію, идетъ уже 3-я 1000 эшелоновъ (воинскихъ поѣздовъ). Въ одномъ изъ нихъ участвую и я и потому позволю себѣ подѣлиться съ читателями «Русскаго Врача» впечатлѣніями относительно санитарной стороны этой поѣздки.

Изъ того города, откуда отправлялись мы, до Харбина маршрутъ разсчитанъ на 37 дней. Поэтому извѣстныя удобства въ размѣщеніи нижнихъ чиновъ въ вагонахъ въ виду такого продолжительнаго пути имѣютъ большое значеніе. Для перевозки солдатъ приспособлены обыкновенные товарные вагоны. Приспособленіе прежде всего заключается въ томъ, что стѣнки и полы такого вагона дѣлаются двойными, а промежутки между ними заполняются войлокомъ. Въ люки, имѣющіеся въ количествѣ 2-хъ въ верхней части обѣихъ длинныхъ стѣнокъ вагона, вставляются оконныя рамы, приблизительно въ аршинъ шириною и около $^3/_4$ аршина вышиною. Обѣ двери товарнаго вагона, находящіяся другъ противъ друга и занимающія около $^1/_3$ стѣнки его, оставляются безъ измѣненія (онѣ открываются простымъ отодвиганіемъ въ сторону). Вдоль всѣхъ стѣнокъ вагона (исключая, конечно, дверей) на уровнѣ $^1/_2$ высоты вагона прибиты узкія опорныя доски (планки); на нихъ накладываются уже обыкновенныя доски, длина которыхъ соотвѣтствуетъ ширинѣ вагона; такимъ образомъ вагонъ раздѣляется на 2 этажа. Въ обоихъ концахъ вагона, на днѣ его, устраиваются еще особыя ячейки для установки ружей. Доски, представляющія собой полъ верхняго этажа, и собственно дно вагона, устилаются соломой. Въ средней, остающейся свободной и расположенной противъ обѣихъ дверей части вагона устроена желѣзная печь. Въ приспособленномъ такимъ образомъ вагонѣ располагается до 40 чел. Правда, такимъ путемъ использывается наибольшее количество мѣста въ вагонѣ, но размѣщеніе людей является скученнымъ. Чтобы провѣтрить вагонъ, нужно раскрыть его двери. Въ зимнее время, конечно, открываніе дверей и вхожденіе холодной струи воздуха какъ разъ въ той части вагона, гдѣ расположена печь и гдѣ воздухъ нагрѣтъ болѣе всего, несомнѣнно, можетъ способствовать развитію простудныхъ заболѣваній. Внутри весь вагонъ выкрашенъ масляной краской, что значительно облегчаетъ его обеззараживаніе.

Всѣ эти приспособленія—въ общемъ простыя и неслож-ныя; въ этомъ ихъ преимущество, но зато они не устраняютъ и многихъ весьма важныхъ неудобствъ.

При размѣщеніи въ такомъ вагонѣ 40 чел. скученность получается, несомнѣнно, очень большая. Затѣмъ весьма чувствуется недостатокъ свѣта при закрытыхъ дверяхъ, особенно въ нижнемъ отдѣленіи вагона; а между тѣмъ недостатокъ этотъ можно было-бы въ значительной степени устранить, если-бы удлинить окна или-же въ нижней части вагона вырѣзать доски для устройства другой пары оконъ. Правда, это усложнило-бы приспособленіе товарнаго вагона для перевозки людей и обратное приведеніе его впослѣдствіи въ состояніе, удобное для перевозки грузовъ; но, имѣя въ виду дальность и продолжительность переѣзда, предъ этимъ осложненіемъ не слѣдовало-бы останавливаться.

Не меньше пользы принесло-бы и устройство, вмѣсто дверей среднихъ, хотя-бы небольшихъ, дверей, но такихъ, которыя вели-бы сначала въ небольшой корридоръ въ концѣ вагона, какъ это сдѣлано во всѣхъ пассажирскихъ вагонахъ. Врываніе холодной струи воздуха черезъ среднюю дверь при открываніи ея, какъ разъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ расположена печь, какъ я уже говорилъ, несомнѣнно, должно способствовать простудѣ, въ чемъ я могъ убѣдиться уже изъ кратковременнаго наблюденія. Наиболѣе простымъ и подходящимъ типомъ вагона для перевозки войскъ могли-бы служить вагоны 4-го класса; но, разъ послѣднихъ не имѣется въ необходимомъ для этой цѣли количествѣ, измѣненія въ приспособленіи товарнаго вагона необходимы.

Послѣ вопроса о помѣщеніи заботы о продовольствіи должны быть поставлены на первомъ планѣ. По инструкціи, перевозимые на театръ военныхъ дѣйствій нижніе чины должны получать горячую пищу не менѣе 1 раза въ сутки, для чего въ разныхъ мѣстахъ устраиваются продовольственные пункты. Первоначально и предполагалось приготовлять горячую пищу для солдатъ на этихъ пунктахъ; но это оказалось излишнимъ, такъ какъ почти всѣ безъ исключенія эшелоны снабжены походными кухнями, помѣщаемыми въ спеціальныхъ вагонахъ; пища въ нихъ варится на ходу. Не говоря уже о тѣхъ услугахъ, которыя эти движущіяся кухни-котлы могутъ оказать въ дальнѣйшей походной жизни, онѣ весьма цѣнны и при передвиженіи войскъ, такъ какъ даютъ возможность приготовлять пищу къ извѣстному времени: при постоянныхъ опозданіяхъ и непредвидѣнныхъ задержкахъ воинскихъ поѣздовъ солдатамъ не приходится по суткамъ и болѣе оставаться безъ горячей пищи. При настоящихъ условіяхъ роль продовольственныхъ пунктовъ въ этомъ отношеніи сводится почти исключительно къ доставленію сырыхъ продуктовъ, необходимыхъ для приготовленія пищи людямъ и фуража для лошадей. На обѣдъ солдаты получаютъ щи, борщъ или супъ обязательно съ $^1/_2$-фунтовой порціей мяса (у солдатъ самый кусокъ мяса носитъ названіе «порціи»). Отъ Самары эта порція мяса удваивается. При возможности предлагается давать солдатамъ ежедневно горячій ужинъ (большею частью кашу). Благодаря походнымъ кухнямъ, ужинъ и приготовляется ежедневно. Кромѣ того, солдаты ежедневно получаютъ порцію чая и сахара. На многихъ станціяхъ (особенно образцово это дѣло поставлено на юго-западныхъ дорогахъ) на перронѣ имѣются особые кипятильни-чаны, въ которыхъ къ приходу воинскихъ поѣздовъ постоянно готовъ кипятокъ. Онъ служитъ для приготовленія чая, для мойки котелковъ и для стирки бѣлья. Въ общемъ продовольственный вопросъ при перевозкѣ воинскихъ частей на Дальній Востокъ, по скольку, по крайней мѣрѣ, я могу судить о томъ по отношенію къ нашему эшелону, нужно считать разрѣшеннымъ вполнѣ удовлетворительно. При проѣздѣ черезъ Самарскую губернію, въ виду бывшей въ послѣдней нѣсколькихъ случаевъ заболѣванія холерой, принимались нѣкоторыя особыя мѣры: солдатамъ запрещено было покупать сырыя овощи, пить сырую воду, для предупрежденія чего у кадокъ и крановъ ставились часовые; предлагалось пить чай и остуженную кипяченую воду.

Чтобы люди могли отдохнуть и вымыться въ банѣ и для выводки лошадей (лошади имѣются при каждомъ эшелонѣ), черезъ каждые 3—5 дней въ болѣе крупныхъ центрахъ

устраиваются «дневки». Въ этихъ пунктахъ, а также и на всѣхъ остановкахъ, приняты мѣры къ тому, чтобы солдаты не напились пьяными; ради этого на извѣстное время совершенно запрещается продажа водки не только солдатамъ, но и частнымъ лицамъ (послѣднимъ продаютъ ее по запискамъ властей). Зато отъ другого бича — отъ венерическихъ болѣзней не удается уберечь солдатъ въ пути. Въ мѣстахъ остановокъ воинскихъ поѣздовъ, особенно на дневкахъ, тайная проституція пустила глубокіе корни. Не смотря на тщательный осмотръ солдатъ передъ отправленіемъ ихъ въ походъ, ген. Куропаткинъ отмѣчаетъ, «въ войскахъ, прибывающихъ на театръ войны, обнаруживаются больные свѣжими венерическими болѣзнями». Въ этомъ я могъ убѣдиться лично: по пути приходилось оставлять въ лазаретахъ и госпиталяхъ почти исключительно венерическихъ больныхъ. Въ виду этого командующій войсками Сибирскаго округа ген. Сухотинъ и предложилъ начальникамъ эшелоновъ: «1) Почаще напоминать подчиненнымъ и нижнимъ чинамъ, что эта болѣзнь очень распространена въ краѣ, особенно въ городахъ, прилегающихъ къ дорогѣ, и вмѣстѣ съ этимъ сильно развита тайная проституція, а потому опасность велика. 2) Объяснять, что лѣченіе болѣзни на театрѣ войны, въ Манчжуріи, много труднѣе, чѣмъ здѣсь, въ округѣ, а потому заболѣвшимъ ею выгоднѣе не скрывать, а заявлять о семъ и оставаться на излѣченіе; скорѣе, надежнѣе вылѣчатъ, а затѣмъ отправятъ на войну. 3) При слѣдованіи штатныхъ частей прошу начальниковъ предлагать врачамъ осматривать нижнихъ чиновъ въ пути и на продолжительныхъ остановкахъ; для осмотра нештатныхъ командъ имѣются врачи на»... (идетъ перечисленіе станцій).

Всѣ эти мѣры, несомнѣнно, цѣлесообразны, но, помимо этого, мѣстнымъ властямъ слѣдовало-бы позаботиться о возможномъ устраненіи тайныхъ притоновъ, особенно вблизи вокзаловъ. Лишать-же солдатъ возможности уходить въ городъ или удаляться отъ вагоновъ едва-ли имѣетъ за собой достаточныя основанія: это свело-бы на нѣтъ значеніе «дневокъ», столь необходимыхъ послѣ нѣсколькихъ сутокъ скученнаго сидѣнія въ вагонахъ. Почти на всѣхъ остановкахъ солдаты добровольно, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ по предложенію начальства выходятъ на воздухъ для прогулокъ или для игръ.

Вотъ уже мѣсяцъ, какъ мы въ пути, а на солдатахъ какъ нашего эшелона, такъ и многихъ другихъ, съ которыми мнѣ приходилось встрѣчаться въ пути, не видно усталости. Мы добрались до Байкала...

Л. З.

Иркутскъ. 30/x 1904 г.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физіологія и общая патологія. 953. Въ статьѣ, посвященной *хроническимъ измѣненіямъ въ поджелудочной железѣ при артеріосклерозѣ и ихъ отношенію къ сахарному мочеизнуренію*, *Hoppe-Seyler* пытается, на основаніи клиническихъ наблюденій и патолого-анатомическихъ данныхъ, дать новое подтвержденіе уже прежде высказанному имъ предположенію о вліяніи на ходъ сахарнаго обмѣна въ организмѣ измѣненій въ т. наз. островкахъ *Langerhans*'а. Островки эти представляютъ во многихъ отношеніяхъ сходство съ почечными клубочками и, подобно послѣднимъ, являются образованіями сосудисто-железистаго характера. На основаніи своихъ наблюденій авторъ находитъ возможнымъ утверждать, что болѣзненныя измѣненія въ островкахъ *Langerhans*'а находятся въ связи съ возникновеніемъ сахарнаго мочеизнуренія и что степени этихъ измѣненій соотвѣтствуетъ и тяжесть болѣзни. Что касается этихъ послѣднихъ, то онѣ въ существенныхъ чертахъ сводятся къ разростанію въ островкахъ *Langerhans*'а соединительной ткани, къ стекловидному перерожденію капилляровъ, гибели эпителія и, въ концѣ концовъ, къ полному склерозу и запустѣнію островковъ, иногда съ кровоизліяніями внутрь ихъ. Описанныя измѣненія встрѣчаются преимущественно въ хвостѣ железы, гдѣ островки главнымъ образомъ и сосредоточены, и представляютъ собою частичное проявленіе артеріосклероза, вслѣдствіе чего одновременно съ ними нерѣдко наблюдаются и соотвѣтствующія измѣненія въ другихъ органахъ; особенно часто поражаются при этомъ почки въ формѣ артеріосклеротическаго сморщиванія. Авторъ полагаетъ, что есть существенная разница между заболѣваніями поджелудочной железы, имѣющими своимъ началомъ сосудистую систему, и заболѣваніями, исходящими изъ выводныхъ протоковъ ея; разница эта, по мнѣнію его, сводится къ тому, что въ первомъ случаѣ наступаютъ измѣненія въ сахарномъ обмѣнѣ, а во второмъ—нарушеніе производства бродилъ поджелудочной железы и пищеварительной дѣятельности кишекъ. Поэтому при сосудистыхъ (кроверодныхъ) заболѣваніяхъ поджелудочной железы появляется гликозурія или діабетъ, а при воспаленіи протоковъ ея возникаютъ нарушенія триптическаго перевариванія бѣлковъ, расщепленія жировъ и образованія сахара изъ углеводовъ. Связь между артеріосклерозомъ и нарушеніями сахарнаго обмѣна подтверждается также наблюденіями надъ частотою появленія пищевой гликозуріи у артеріосклеротиковъ. По наблюденіямъ автора оказывается, что пищевая гликозурія (послѣ пріема 100 грм. виноградного сахара) встрѣчается у страдающихъ артеріосклерозомъ (за исключеніемъ пьяницъ) въ 28,5%. Цифра это возрастаетъ до 34% у хроническихъ пьяницъ, страдающихъ артеріосклерозомъ; еще выше этотъ % въ случаяхъ остраго отравленія алкоголемъ у артеріосклеротиковъ (73%). Наоборотъ, у пьяницъ, не страдающихъ артеріосклерозомъ, пищевая гликозурія встрѣчается рѣже (25—34%) (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 81, тетр. 1 и 2). *И. Назаровъ.*

954. Д-ръ *Friedrich Friedmann* сообщаетъ дальнѣйшіе результаты своихъ опытовъ *по вызыванію невоспріимчивости у рогатаго скота противъ бугорчатки*. Ему, какъ извѣстно, удалось показать, что прививкой живыхъ бугорчатковыхъ палочекъ черепахъ рогатому скоту можно достигнуть у послѣдняго невоспріимчивости къ жемчужной болѣзни. Дальнѣйшіе опыты показали, что палочки черепашьей бугорчатки совершенно безвредны для скота, такъ какъ введеніе ихъ въ вены въ большихъ количествахъ не обусловливаетъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, которыя можно было-бы поставить въ связь съ присутствіемъ въ крови этихъ микроорганизмовъ. Эти опыты, кромѣ того, показали, что животныя, которымъ были впрыснуты палочки бугорчатки черепахъ, дѣйствительно становятся невоспріимчивыми къ палочкамъ жемчужной болѣзни, такъ какъ впрыскиваніе возростающихъ количествъ ядовитыхъ разводокъ этихъ послѣднихъ не вызываетъ у нихъ никакихъ сколько-нибудь замѣтныхъ болѣзненныхъ измѣненій. Въ виду этихъ благопріятныхъ результатовъ авторъ рѣшился испробовать впрыскиваніе живыхъ разводокъ бугорчатки черепахъ съ лѣчебною цѣлью. Коровѣ съ несомнѣнной бугорчаткой (положительная туберкулиновая реакція) были сдѣланы 2 впрыскиванія въ вены разводки черепашьихъ палочекъ. Животное стало поправляться, прибавилось въ вѣсѣ и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ уже не давало реакціи на туберкулинъ, не смотря на то, что теперь впрыснуто было въ 4 раза большее количество туберкулина, чѣмъ въ 1-ый разъ. Чтобы достигнуть невоспріимчивости у рогатаго скота, достаточно 1 впрыскиванія. Другое важное преимущество вызвать невоспріимчивость по *Friedmann*'у заключается въ томъ, что палочки бугорчатки черепахъ въ организмѣ растворяются безъ остатка, между тѣмъ какъ палочки бугорчатки человѣка, которыми пользуется *Behring* для своихъ предохранительныхъ прививокъ, большей частью вызываютъ гдѣ-нибудь въ организмѣ гнѣздное воспаленіе, гдѣ долгое время и остаются жизнеспособныя палочки. *Friedmann* производитъ въ настоящее время опыты съ своими предохранительными прививками въ большихъ размѣрахъ на большихъ сельско-хозяйственныхъ фермахъ. Онъ дѣлалъ также изслѣдованія и опыты съ цѣлью получить при помощи разводокъ палочекъ черепашьей бугорчатки лѣчебную и предохранительную сыворотки; для морскихъ свинокъ такую сыворотку ему получить удалось (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 46). *А. К.*

955. Д-ра *Otfried Müller* и *Ryokichi Inoda*, работавшіе подъ руководствомъ проф. *Romberg*'а (въ Tübingen'ѣ), нашли, что *дѣйствіе іода при артеріосклерозѣ* зависитъ не отъ вліянія его на сосудистую стѣнку, а отъ измѣненія физическихъ свойствъ крови. Изслѣдуя вязкость крови (Viscosität), они нашли, что при употребленіи внутрь іода *вязкость крови* постепенно *уменьшается;* вслѣдствіе того, что кровь становится болѣе жидкой, затрудненія, встрѣчаемыя токомъ крови отъ измѣненій въ сосудистыхъ стѣнкахъ, уменьшаются или и совершенно сглаживаются. Этимъ можно объяснить исчезновеніе болѣзненныхъ явленій при лѣченіи артеріосклероза іодомъ, не смотря на то, что средство это не устраняетъ анатомическихъ измѣненій въ стѣнкахъ сосудовъ. Самый фактъ вліянія препаратовъ іода на внутреннее треніе крови авторы установили, изслѣдуя вязкость крови у себя и у другихъ молодыхъ и здоровыхъ людей послѣ 10—14-дневнаго пріема іода по 0,3—0,5 грм. іодистаго калія, 3 раза въ день. Опредѣленія производились по способу *C. Hirsch*'а и *Beck*'а. Эти авторы установили среднее постоянное число для вязкости крови здороваго человѣка при 38° въ 5,1. Уклоненія отъ этой нормы обыкновенно не превышаютъ 1—3%; между тѣмъ послѣ пріемовъ іода получается уменьшеніе вязкости на 4—8%. Такое-же вліяніе іода авторы наблюдали и у больныхъ артеріосклерозомъ. Въ своей статьѣ они приводятъ 2 случая, изъ которыхъ въ 1 подъ вліяніемъ іода вязкость крови уменьшилась на 5%, а въ другомъ на 10%. Что касается ближайшей причины уменьшенія вязкости, то ее еще пока выяснить не удалось. Авторы могли лишь установить, что измѣненіе вязкости сыворотки не идетъ параллельно съ измѣненіемъ вязкости всей крови. Они поэтому полагаютъ, что измѣненіе вязкости обусловливается измѣненіями форменныхъ элементовъ крови (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 48). *А. Коварскій.*

956. Подъ названіемъ *каталазы* разумѣется бродило, обладающее способностью разлагать перекись водорода, отщепляя отъ нея кислородъ. Есть основаніе думать, что роль каталазы заключается въ томъ, что она отщепляетъ кислородъ отъ оксигэмоглобина, а оксидазы являются переносчиками этого кислорода на ткани. Чтобы лучше опредѣлить роль этого бродила въ организмѣ, д-ръ *Adolf Jolles* (Вѣна) выработалъ *способъ количественнаго опредѣленія каталазы* и при помощи его пытался установить количество ея у здоровыхъ людей и животныхъ и колебанія въ содержаніи бродила при болѣзняхъ. Принципъ способа заключается въ томъ, что при точно опредѣленныхъ условіяхъ и соотвѣтственномъ разведеніи кровь смѣшиваютъ съ перекисью водорода и черезъ опредѣленное время опредѣляютъ количество послѣдней, оставшейся неизмѣненной. Разница между найденнымъ и начальнымъ количествомъ и соотвѣтствуетъ каталитическому дѣйствію крови. Практически опредѣленіе дѣлается такъ. Отмѣриваютъ при помощи капиллярной пипетки 0,05 к. стм. крови и разводятъ ее 0,9%-мъ растворомъ поваренной соли до 50 к. стм., 10 к. стм. этого раствора смѣшиваютъ съ 30 к. стм. точно осредненной перекиси водорода и оставляютъ на 2 часа при средней температурѣ; затѣмъ подкисляютъ, прибавляютъ іодистаго калія и опредѣляютъ количество освободившагося подъ вліяніемъ перекиси водорода іода при посредствѣ титрованія сѣрноватистокислымъ натромъ. Рядъ опредѣленій каталазы у здоровыхъ людей показалъ, что при условіяхъ опыта 1 к. стм. крови разлагаетъ отъ 18 до 30 грм. перекиси водорода; въ среднемъ изъ всѣхъ опредѣленій получилось число 23. Далѣе изслѣдованія показали, что количество каталазы уменьшается при нагрѣваніи крови и совершенно исчезаетъ при кипяченіи ея. Бродило это находится въ форменныхъ элементахъ,—по всей вѣроятности, въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ, такъ какъ сыворотка не проявляетъ почти никакого каталитическаго дѣйствія, между тѣмъ какъ отцентрифугированные и взвѣшенные въ физіологическомъ растворѣ поваренной соли красные кровяные шарики обнаруживаютъ такое-же количество каталазы, какъ и неизмѣненная кровь. Артеріальная кровь содержитъ такое-же количество каталазы, какъ и венная; точно также количество бродила остается неизмѣненнымъ, если кровь насыщать закисью углерода, что доказываетъ, что каталаза независима отъ гэмоглобина. Изслѣдованіе патологическихъ случаевъ показало, что содержаніе каталазы при болѣзняхъ значительно понижено. Автору удалось установить это для бугорчатки, рака и воспаленія почекъ, хотя число изслѣдованныхъ имъ случаевъ еще не настолько велико, чтобы можно было признать полученные результаты убѣдительными. Имѣется, по видимому, связь между содержаніемъ каталазы и числомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. *Jolles* высказываетъ предположеніе, что большинство болѣзненныхъ состояній, характеризующихся кислороднымъ голоданіемъ организма (кома, урэмія и т. п.), зависятъ, можетъ быть, отъ уменьшенія количества каталазы, вслѣдствіе чего ткани получаютъ меньше кислорода и потому задыхаются. Во всякомъ случаѣ, изслѣдованія его показываютъ, что между количествомъ каталазы и окислительными процессами въ организмѣ имѣется опредѣленная связь, и *Jolles* думаетъ, что количественное содержаніе каталазы въ крови должно впредь служить такимъ-же характернымъ признакомъ свойствъ данной крови, какъ и содержаніе гэмоглобина или число кровяныхъ шариковъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 47). *А. Коварскій.*

Фармакологія. 957. Д-ръ *Julius Loewenheim* (Berlin) хвалитъ новый препаратъ *«фитинъ»* (Phytin), представляющій органическое соединеніе фосфора. Фитинъ находится въ клубняхъ, сѣменахъ и корняхъ растеній, гдѣ служитъ запаснымъ матеріаломъ, потребляемымъ при развитіи зародыша. Онъ представляетъ известково-магнезіальную соль ангидро-оксиметиленъ—дифосфорной кислоты. По содержанію фосфора онъ стоитъ выше другихъ органическихъ препаратовъ фосфора, такъ какъ превосходитъ въ этомъ отношеніи лецитинъ въ $6^1/_2$ разъ. Экспериментальныя изслѣдованія обмѣна подъ вліяніемъ этого препарата показали, что онъ вліяетъ возбуждающимъ образомъ на обмѣнъ и способствуетъ задержанію фосфора въ организмѣ. Авторъ примѣнялъ фитинъ съ успѣхомъ при рахитѣ, бугорчаткѣ легкихъ, нейрастеніи, малокровіи. У всѣхъ больныхъ подъ вліяніемъ пріема препарата значительно улучшался позывъ на ѣду, увеличивался вѣсъ и улучшалось общее состояніе. Особое дѣйствіе фитина оказываетъ на половое отправленіе: нейрастеники, до того жаловавшіеся на половую слабость, черезъ 8—10 дней послѣ начала лѣченія этимъ препаратомъ, замѣчали значительное улучшеніе половой способности. Средство не обусловливаетъ никакихъ неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій. Оно представляетъ изъ себя бѣлый, почти безвкусный порошокъ, легко растворимый въ водѣ. Продается въ желатиновыхъ капсуляхъ, содержащихъ по 0,25 грм. Назначается въ среднемъ взрослымъ по 1,0 грм. на день, дѣтямъ отъ 2 до 6 лѣтъ по 0,25—0,5, отъ 6—10 лѣтъ по 0,5 до 1,0. Порошокъ высыпается изъ капсюль и принимается проще всего въ сахарной водѣ. Больные принимаютъ средство охотно въ теченіи весьма продолжительнаго времени (Berliner klinische Wochenschrift, № 47). *К.*

958. Проф. *Gérard* (Lille) приводитъ рядъ работъ, касающихся *новаго обезболивающаго—стоваина* (Stovaïne). Стоваинъ—производное бензоила—имѣетъ видъ мелкихъ блестящихъ пластинокъ, очень легко растворяется въ водѣ, спиртѣ, уксусномъ эѳирѣ. Растворы стоваина выносятъ кипяченіе, не разлагаясь. Употребляемый въ видѣ капель при глазныхъ операціяхъ, стоваинъ дѣйствуетъ слабѣе кокаина, но превосходитъ послѣдній при введеніи подъ кожу и подъ соединительную оболочку глаза. Впрыснутый подъ кожу 1%-ный растворъ стоваина обезболиваетъ такъ-же хорошо, какъ и соотвѣтственный растворъ кокаина. Количество впрыскиваемаго стоваина обыкновенно 0,01—0,08, но д-ръ *Chaput* не наблюдалъ осложненій у больной, получившей его 0,2. При введеніи стоваина въ спинномозговой каналъ употребляется 10%-ный растворъ (д-ръ *Chaput*) или чистаго стоваина, или смѣси его съ равнымъ количествомъ кокаина; въ обоихъ случаяхъ вводится 5 капель жидкости (0,025—0,03 вещества). Оказалось, что стоваинъ дѣйствуетъ въ этомъ случаѣ сильнѣе кокаина и, кромѣ того, онъ безопаснѣе. Отличительное свойство его—сосудорасширяющее дѣйствіе; впрочемъ, по наблюденіямъ проф *Pouchet*, это дѣйствіе

быстро прекращается. Животныя погибаютъ при введеніи 0,1—0,2 стоваина на кило вѣса; при этомъ наблюдается или повышенная чувствительность и общія судороги или (у травоядныхъ, иногда) полная потеря чувствительности и отсутствіе нервныхъ явленій. Передъ кокаиномъ новое обезболивающее имѣетъ преимущество меньшей ядовитости при равной обезболивающей силѣ и легкости обезпложиванія раствора (L'Echo médical, 25 сентября). *Л. С.*

959. Д-ръ *Winterberg* производилъ наблюденія надъ новымъ препаратомъ креозота *«эрозаномъ»* (Erosan). Эрозанъ состоитъ изъ 10,0 сѣрно-гуаяколоваго калія, 30,0 воды, 105,0 простого сиропа, 5,0 жидкой вытяжки померанцевыхъ корокъ и 0,3 хлористаго этилъ-морфія. Авторъ лѣчилъ эрозаномъ 24 больныхъ бугорчаткою легкихъ въ разныхъ степеняхъ развитія, 12 больныхъ острымъ бронхитомъ, 4—затяжнымъ бронхитомъ и 3—гнилостнымъ бронхитомъ. На основаніи своихъ наблюденій *Winterberg* приходитъ къ заключенію, что при употребленіи эрозана общее состояніе больныхъ улучшается, уменьшаются позывы на кашель и количество мокроты; при зловонномъ бронхитѣ мокрота скоро становится болѣе сносной по запаху; главное, что замѣтилъ авторъ,—это улучшеніе позыва на ѣду у принимавшихъ эрозанъ больныхъ. Особенно пригоднымъ средство оказалось при затяжныхъ и гнилостныхъ бронхитахъ. Не малое значеніе имѣетъ входящій въ составъ препарата морфій; однако привыканія къ лѣкарству авторъ не наблюдалъ. Больные принимали эрозанъ по столовой ложкѣ, 3 раза въ день. Побочныхъ явленій не замѣчено (Medicinische Blätter, 11 авг.—1 сент.). *Л. Старокадомскій.*

Гигіена. 960. Д-ръ *Louis Vidal* въ статьѣ, посвященной обзору *печей для обжиганія извести*, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Рабочіе на известковыхъ печахъ непремѣнно должны часто мыться. 2. Они должны избѣгать обильнаго питья, вызывающаго потливость, благопріятствующую образованію ожоговъ. Для наставленія рабочихъ на известковыхъ заводахъ должны быть въ видныхъ мѣстахъ вывѣшены особыя правила. 4. Печи для обжиганія извести должны быть или совершенно недоступны для постороннихъ, или снабжены загражденіями (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, сентябрь). *В.*

961. Д-ръ *Busquet* говоритъ о *роли водяныхъ брызгъ при передачѣ заразныхъ болѣзней*. Находясь съ 1899 по 1903 г. въ Алжирѣ, авторъ занялся изученіемъ вопроса, могутъ-ли водяныя брызги загрязненной морской воды распространять болѣзнетворные зародыши? Изслѣдованія производились въ мѣстахъ свалокъ нечистотъ и въ ближайшемъ сосѣдствѣ. Для исчисленія и выдѣленія зародышей въ воздухѣ приготовлялись совершенно одинаковымъ образомъ чашечки *Petri* съ желатиной; по истеченіи 5 дней, когда убѣждались въ ихъ безплодности, ихъ выносили въ изслѣдуемыя мѣста, оставляли открытыми на извѣстное время и затѣмъ относили въ лабораторію. Всего было произведено 8 серій опытовъ. Выводы получились слѣдующіе: При легкомъ вѣтрѣ съ берега число зародышей въ воздухѣ увеличивается вдвое больше, чѣмъ при тихой погодѣ. При болѣе сильномъ вѣтрѣ, вызывающемъ волненіе и брызги, число зародышей значительно увеличивается. Обыкновенно зародыши эти относятся къ ряду сапрофитовъ, но, когда морская волна заливаетъ низкій берегъ, зараженный сточными водами и нечистотами, то въ воздухѣ попадаются и зародыши гніенія и обыкновенная кишечная палочка. Продолжительность вирулентности этихъ зародышей, по видимому, не очень велика. Черезъ 4—8 часовъ послѣ исчезновенія брызгъ, число зародышей быстро падаетъ, кишечная палочка уже не наблюдается въ воздухѣ. Изъ всего сказаннаго вытекаетъ необходимость защищать берега населенныхъ приморскихъ мѣстъ отъ загрязненія нечистотами (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, сентябрь). *И. Вирскій.*

Внутреннія болѣзни. 962. Изучая вопросъ *о связи между заболѣваніями миндалевидныхъ железъ и острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ*, д-ръ *Gürich* (Parchwitz) пришелъ къ заключенію, что во всѣхъ почти случаяхъ сочленовнаго ревматизма, сопровождаемыхъ жабами, дѣло имѣется съ одной опредѣленной формой послѣднихъ, а именно съ т. наз. фоссулярной, т. е. той, которая сопровождается образованіемъ пробокъ въ ямкахъ железы. Пробки эти образуются изъ отшелушившагося эпителія и застоявшагося отдѣляемаго, которое подвергается разложенію, а затѣмъ, подобно зубному камню, пропитывается известью. При возвратахъ жабы пробки увеличиваются и могутъ достигнуть величины вишни. Онѣ далеко не всегда видны при обыкновенномъ изслѣдованіи полости рта; нерѣдко ихъ приходится выдавливать крючковатымъ зондомъ, а иногда онѣ, не смотря на тщательное изслѣдованіе, могутъ быть и вовсе не замѣчены. Авторъ думаетъ, что эти ямки съ лежащими въ нихъ пробками являются причиной возвратовъ сочленовнаго ревматизма, такъ какъ возбудители послѣдняго находятъ въ нихъ укромный уголокъ, гдѣ они могутъ оставаться долго въ скрытомъ состояніи, сохраняя однако свою ядовитость. Всякое обостреніе хронической фоссулярной жабы способствуетъ новому внѣдренію возбудителей сочленовнаго ревматизма въ организмъ и вызываетъ возвратъ или обостреніе болѣзни. Для предотвращенія этихъ возвратовъ необходимо, слѣд., избавить больного отъ жабы. И дѣйствительно, авторъ убѣдился, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предпринято было коренное лѣченіе болѣзни миндалинъ, возвратовъ сочленовнаго ревматизма больше не было (наблюденія автора обнимаютъ всего 4-лѣтній періодъ). Есть поэтому основаніе думать, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ связь между сочленовнымъ ревматизмомъ и заболѣваніемъ миндалинъ, болѣзнь суставовъ удается излѣчить путемъ излѣченія жабы. Само собой разумѣется, что лѣченіе должно быть по возможности кореннымъ. Авторъ примѣнялъ въ нѣсколькихъ случаяхъ тонзиллотомію съ послѣдующимъ выскабливаніемъ кульи (Münchener medicinische Wochenschrift, № 47). *А. К.*

963. Проф. *Verdun* (Lille), разбирая *причины* и теченіе *кроваваго поноса*, приходитъ къ заключенію, что всѣ острыя формы этой болѣзни вызываются дизентерійной палочкой, имѣющей сходныя черты и съ кишечной, и съ тифозной палочками, но и отличной отъ нихъ нѣкоторыми особенностями роста; всѣ 3 микроба принадлежатъ, по мнѣнію автора, къ одному роду. Затяжныя формы кроваваго поноса причиняются животными чужеядными; при послѣднемъ страданіи изъязвленія въ кишечникѣ находятся преимущественно въ слѣпой и въ восходящей части ободочной кишки; язвы болѣе или менѣе круглой формы, возвышенныя, желтоватыя, съ тонкими краями; омертвѣніе начинается въ подслизистой ткани; кишечная стѣнка внѣ язвъ представляется здоровой. При микробномъ кровавомъ поносѣ язвы располагаются по всей толстой кишкѣ; онѣ неправильной формы, съ изрѣзанными краями, углубленныя, покрыты волокнинным выпотомъ; омертвѣніе идетъ съ поверхности слизистой оболочки вглубь; кишечная стѣнка между язвами бываетъ утолщена и сильно воспалена (L'Echo médical, 14 авг.—4 сентября). *Л. Старокадомскій.*

964. Д-ра *Chauffard* и *Boidin*, исходя изъ наблюденія, что при выпотныхъ плейритахъ задерживается выдѣленіе хлористаго натрія, количество котораго въ мочѣ увеличивается во время разсасыванія выпота, сдѣлали попытку выяснить *вліяніе безсолевого питанія на теченіе плейрита*. Съ этою цѣлью авторы установили для плейритиковъ діету, состоящую изъ 50—100 грм. сырого мяса, любого количества риса и картофеля, несоленаго хлѣба, масла и отвара бузинной коры, какъ мочегоннаго. Результаты оказались неутѣшительными: больные ѣли крайне неохотно, пили мало, мочегоннаго дѣйствія, равно и увеличенія количества хлористыхъ солей въ мочѣ не замѣчалось, граница держалась на прежней высотѣ. По переходѣ къ молочному кормленію, больные начали быстро поправляться.—Давая, кромѣ того, больнымъ плейритомъ поваренную соль въ количествѣ 5—10 грм. въ сутки, авторы замѣтили, что при начавшемся уже всасываніи выпота дурного вліянія соль не оказываетъ и она не задерживается въ организмѣ, но при выпотахъ, не обнаруживающихъ наклонности къ уменьшенію, поваренная соль вызываетъ увеличеніе жидкости въ полости плейры (Gazette des hôpitaux, 3 мая). *Л. С.*

965. Д-ръ *Arthur Rosenfeld* (Königsberg) изучалъ въ клиникѣ проф. *Lichtheim*'а вопросъ о *значеніи жуткика-*

выхъ наливочныхъ въ желудкѣ и кишечникѣ человѣка. Обнаруженіе наливочныхъ въ содержимомъ желудка до послѣдняго времени считалось большою рѣдкостью; только въ прошломъ году д-ръ *Conheim* указалъ на то, что ихъ нерѣдко находятъ при изслѣдованіи содержимаго желудка натощакъ у больныхъ, страдающихъ ракомъ желудка во входѣ въ него. Поэтому *Conheim* на основаніи своихъ наблюденій придаетъ обнаруженію наливочныхъ извѣстное значеніе при раннемъ распознаваніи раковыхъ опухолей, располагающихся у входа въ желудокъ или на малой кривизнѣ его. При ракѣ привратника наливочныхъ не находятъ, такъ какъ желудочное содержимое при этой болѣзни вслѣдствіе молочнокислаго броженія имѣетъ постоянно кислую реакцію, а наливочныя могутъ жить только въ нейтральной или слабо-щелочной средѣ. *Rosenfeld* наблюдалъ 6 случаевъ, въ которыхъ въ желудочномъ содержимомъ найдены были наливочныя типа Trychomonas intestinalis. Въ 5 изъ этихъ случаевъ клиническимъ изслѣдованіемъ установлено было присутствіе злокачественной опухоли въ желудкѣ, а общее состояніе больныхъ и теченіе болѣзни соотвѣтствовали картинѣ рака. Такъ какъ изъ всѣхъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ обнаруженія наливочныхъ въ желудкѣ 12 разъ они найдены были при ракѣ и только 1 разъ (случай автора), когда рака не было, то авторъ совѣтуетъ всякаго больного, у котораго въ содержимомъ желудка найдены жгутиковыя, считать подозрительнымъ въ отношеніи рака желудка. Признать-же таковой можно, конечно, лишь тогда, когда, кромѣ того, будутъ на лицо другіе признаки, какъ сильное исхуданіе, малокровіе, слѣды крови въ калѣ, прощупываніе опухоли или наличность явленій съуженія. Что касается значенія обнаруженія наливочныхъ *въ кишечникѣ*, то оно не велико, такъ какъ для того, чтобы признать эти микроорганизмы возбудителями поносовъ, въ настоящее время имѣется очень мало основаній, а потому, если они оказываются въ кишечникѣ, то слѣдуетъ всегда искать другихъ этіологическихъ причинъ, и, если онѣ найдены, то только ихъ и имѣть въ виду при выборѣ способа лѣченія (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 47). *К.*

966. Д-ръ *Gasin* наблюдалъ *случай внезапной желтухи отъ волненія* у совершенно здороваго солдата: при изслѣдованіи наблюдалась лишь незначительная болѣзненность въ области печени. Подъ вліяніемъ лѣченія каломелемъ, щелочами, ваннами и молочной діэтой, желтуха эта скоро исчезла (Archives de médecine et de pharmacie militaires, № 9). *И. Вирскій.*

967. *L. Fischer* имѣлъ возможность наблюдать *эпидемію воспаленія черепно-спинно-мозговыхъ оболочекъ.* Возбудителемъ этой болѣзни въ большинствѣ случаевъ является двоекоккъ (diplococcus meningitidis), рѣже пнеймококкъ и стрептококкъ. Для точнаго распознаванія необходимо изслѣдованіе спинномозговой жидкости. Въ отношеніи предсказанія наиболѣе благопріятно зараженіе двоекоккомъ. Болѣзнь начинается у маленькихъ дѣтей судорогами, у старшихъ ознобомъ; затѣмъ появляется рвота, головная боль и боль въ затылкѣ, бредъ и судороги. Часто бываетъ задержка мочи. Мышцы становятся крайне чувствительными и болѣзненными при надавливаніи, на кожѣ появляются красныя пятна. Температура колеблется между 38° и 41°, иногда даже доходитъ до 42°. Иногда наблюдается дыханіе *Cheyne-Stokes*'а. Колѣннаго рефлекса обыкновенно не получается; въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается признакъ *Babinsk*'аго, чаще встрѣчающійся при бугорчатковомъ менингитѣ, а также признакъ *В. М. Кернига*. Т. наз. «cri hydrocéphalique» при эпидемическомъ менингитѣ никогда не наблюдается. Суставы часто припухаютъ, напоминая картину сочленовнаго рейматизма. Нерѣдко бываетъ косоглазіе и нистагмъ; зрачки расширяются неравномѣрно. Смертность доходила до 40—70%. Замѣчены 2 типа: легкій, обрывной менингитъ и злокачественный. Изъ послѣдствій чаще всего наблюдалась глухота, кромѣ того, слѣпота, падучая, гемиплегія. Лѣченіе прежде всего должно быть направлено къ поддержанію питанія. При наклонности къ рвотѣ необходимо прибѣгать къ питательнымъ клизмамъ изъ молока или яичнаго желтка съ пептономъ; если можно, то слѣдуетъ давать черезъ ротъ яичный бѣлокъ, супъ, бульонъ, черезъ каждые 3—4 часа. Больного нужно помѣстить въ просторную комнату съ температурой въ 16°; при наличности лихорадки на голову его нужно положить мѣшокъ со льдомъ. Иногда облегченіе приноситъ горчичная ножная ванна. Полезны теплыя ванны и холодныя закутыванія. При бредѣ піявки на сосцевидный отростокъ. Мочу часто приходится выпускать катетеромъ; при недостаточномъ выдѣленіи ея полезно примѣнять высокія клизмы изъ горячаго физіологическаго раствора поваренной соли. Изъ лѣкарствъ — морфій подкожно, хлороформъ и бромъ при сильномъ возбужденіи; втираніе мази изъ серебра вдоль позвоночника; при упадкѣ сердечной дѣятельности—мускусъ и подкожныя впрыскиванія камфоры, черный кофе. При безсонницѣ—свѣчи изъ хлорала (chloralum formamidatum) съ прибавленіемъ вытяжки красавки. Большіе пріемы іодистаго калія. Хирургическое вмѣшательство (дренажъ черезъ затылочную кость) можетъ дать лишь временное облегченіе (Medical Record, 13 августа). *Ц. О.*

968. Д-ръ *Ѳ. Дунинъ* (Варшава) описываетъ *2 поучительныхъ случая затяжного нагноенія въ пальцахъ рукъ съ осажденіемъ въ нихъ углекислой извести.*

1. У больной, 54 л., замужней, уже 12 лѣтъ болятъ пальцы на рукахъ. Въ теченіи нѣсколькихъ дней она въ началѣ ощущаетъ колотье въ концахъ пальцевъ, особенно въ мякоти; затѣмъ появляется маленькая точка, которая либо выпадаетъ въ видѣ небольшого камешка (напр., въ ваннѣ), либо остается подъ кожей въ видѣ желтаго затвердѣнія.—Мякоти пальцевъ тверды, при ощупываніи безболѣзненны. Концы нѣкоторыхъ пальцевъ утолщены, лоснящіеся, желтые. Чувство прикосновенія сохранено. Суставы пальцевъ подвижны. На правой ладони ладонная связка сокращена (main en griffe). Внутренніе органы безъ измѣненій. Въ мочѣ 0,08‰ бѣлка; въ осадкѣ—цилиндры, немного красныхъ кровяныхъ шариковъ, кристаллы щавелекислой извести и мочевой кислоты. Изъ-за предположенной подагры больная дважды ѣздила въ Karlsbad. Желая изслѣдовать клиническую природу этихъ отложеній, авторъ сдѣлалъ уколъ въ затвердѣвшемъ мѣстѣ, изъ котораго показалась капля гноя, среди котораго подъ микроскопомъ оказались многочисленные кристаллы въ видѣ таблицъ. Послѣдніе подъ вліяніемъ уксусной кислоты не растворялись; отъ прибавленія-же HCl показывались пузырьки, и кристаллы совершенно растворялись. Если-же къ послѣднему препарату прибавлялся насыщенный растворъ щавелевой кислоты, то появлялись характерные кристаллы щавелевокислой извести. Такимъ образомъ кристаллы въ пальцахъ больной состояли изъ углекислой, частью изъ фосфорнокислой извести. Гной оказался стерильнымъ и состоялъ изъ многоядерныхъ нейтрофиловъ. Въ добытомъ камешкѣ мочевой кислоты не оказалось. На *Röntgen*'овскомъ снимкѣ мѣста, отвѣчавшія затвердѣніямъ, дали рѣзкую тѣнь. Больная была направлена въ Цѣхоцинекъ, но результатъ лѣченія былъ отрицательный.

2. Больная, 40 л., обратилась къ автору по поводу безболѣзненныхъ утолщеній на мякоти ручныхъ пальцевъ. Болѣзнь тянется 4 года.—Значительныя затвердѣнія мякоти пальцевъ, особенно средняго, на обѣихъ рукахъ, представляющіяся въ видѣ желтыхъ пятенъ, покрытыхъ здоровой накожицей. По временамъ послѣдняя лопаетъ, и оттуда освобождаются маленькіе камешки. Камешекъ не далъ мурексидной реакціи, отъ прибавленія-же ClH появились обильные пузырьки газа. На *Röntgen*'овскомъ снимкѣ получилась ясная тѣнь соотвѣтственно пораженной мякоти.

Для объясненія описаннаго явленія авторъ допускаетъ 2 возможности: либо нагноеніе есть первичное явленіе, а известковыя соли отлагаются послѣдовательно или-же известковыя соли въ силу неизвѣстныхъ условій собираются въ тканяхъ и затѣмъ уже вызываютъ воспалительную реакцію. Разрѣшить этого вопроса автору не удалось (Gazeta lekarska, 26 ноября). *С. Островскій.*

Хирургическія болѣзни. 969. Д-ръ *Moty* совѣтуетъ *обезпложивать кэтгутъ парами формальдегида.* Въ растворѣ формалина кэтгутъ быстро теряетъ свою крѣпость и становится негоднымъ; но, если кэтгутовыя нити, намотанныя на стеклянныя катушки, помѣстить въ широкогорлую стклянку, на днѣ которой лежитъ слой гигроскопической ваты, пропитанной 5—10 к. стм. продажнаго формалина, то кэтгутъ не теряетъ своихъ важныхъ качествъ спустя мѣсяцъ и дольше, для обезпложенія-же нитей достаточно 24-часового пребыванія ихъ въ атмосферѣ паровъ формалина. Кэтгутъ употребляется непропитанный какимъ-либо жирнымъ веществомъ и вынимается изъ сосуда, содержащаго формалинъ, во время самой операціи. Авторъ видитъ преимущество своего способа передъ всѣми другими, до обезпложиванія ацетономъ по *Triollet* включитель-

быстро прекращается. Животныя погибаютъ при введеніи 0,1—0,2 стованна на кило вѣса; при этомъ наблюдается или повышенная чувствительность и общія судороги или (у травоядныхъ, иногда) полная потеря чувствительности и отсутствіе нервныхъ явленій. Передъ кокаиномъ новое обезболивающее имѣетъ преимущество меньшей ядовитости при равной обезболивающей силѣ и легкости обезпложиванія раствора (L'Écho médical, 25 сентября). *Л. С.*

959. Д-ръ *Winterberg* производилъ наблюденія надъ новымъ препаратомъ креозота *«эрозаномъ»* (Erosan). Эрозанъ состоитъ изъ 10,0 сѣрно-гуаяколоваго калія, 30,0 воды, 105,0 простого сиропа, 5,0 жидкой вытяжки померанцевыхъ корокъ и 0,3 хлористаго этилъ-морфія. Авторъ лѣчилъ эрозаномъ 24 больныхъ бугорчаткою легкихъ въ разныхъ степеняхъ развитія, 12 больныхъ острымъ бронхитомъ, 4—затяжнымъ бронхитомъ и 3—гнилостнымъ бронхитомъ. На основаніи своихъ наблюденій *Winterberg* приходитъ къ заключенію, что при употребленіи эрозана общее состояніе больныхъ улучшается, уменьшаются позывы на кашель и количество мокроты; при зловонномъ бронхитѣ мокрота скоро становится болѣе сносной по запаху; главное, что замѣтилъ авторъ,—это улучшеніе позыва на ѣду у принимавшихъ эрозанъ больныхъ. Особенно пригоднымъ средство оказалось при затяжныхъ и гнилостныхъ бронхитахъ. Не малое значеніе имѣетъ входящій въ составъ препарата морфій; однако привыканія къ лѣкарству авторъ не наблюдалъ. Больные принимали эрозанъ по столовой ложкѣ, 3 раза въ день. Побочныхъ явленій не замѣчено (Medicinische Blätter, 11 авг.—1 сент.). *Л. Старокадомскій.*

Гигіена. 960. Д-ръ *Louis Vidal* въ статьѣ, посвященной обзору *печей для обжиганія извести*, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Рабочіе на известковыхъ печахъ непремѣнно должны часто мыться. 2. Они должны избѣгать обильнаго питья, вызывающаго потливость, благопріятствующую образованію ожоговъ. Для наставленія рабочихъ на известковыхъ заводахъ должны быть въ видныхъ мѣстахъ вывѣшены особыя правила. 4. Печи для обжиганія извести должны быть или совершенно недоступны для постороннихъ, или снабжены загражденіями (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, сентябрь). *В.*

961. Д-ръ *Busquet* говоритъ о *роли водяныхъ брызгъ при передачѣ заразныхъ болѣзней*. Находясь съ 1899 по 1903 г. въ Алжирѣ, авторъ занялся изученіемъ вопроса, могутъ-ли водяныя брызги загрязненной морской воды распространять болѣзнетворные зародыши? Изслѣдованія производились въ мѣстахъ свалокъ нечистотъ и въ ближайшемъ сосѣдствѣ. Для исчисленія и выдѣленія зародышей въ воздухѣ приготовлялись совершенно одинаковымъ образомъ чашечки *Petri* съ желатиной; по истеченіи 5 дней, когда убѣждались въ ихъ безплодности, ихъ выносили въ изслѣдуемыя мѣста, оставляли открытыми на извѣстное время и затѣмъ относили въ лабораторію. Всего было произведено 8 серій опытовъ. Выводы получились слѣдующіе: При легкомъ вѣтрѣ съ берега число зародышей въ воздухѣ увеличивается вдвое больше, чѣмъ при тихой погодѣ. При болѣе сильномъ вѣтрѣ, вызывающемъ волненіе и брызги, число зародышей значительно увеличивается. Обыкновенно зародыши эти относятся къ ряду сапрофитовъ, но, когда морская волна заливаетъ низкій берегъ, зараженный сточными водами и нечистотами, то въ воздухѣ попадаются и зародыши гніенія и обыкновенная кишечная палочка. Продолжительность вирулентности этихъ зародышей, по видимому, не очень велика. Черезъ 4—8 часовъ послѣ исчезновенія брызгъ, число зародышей быстро падаетъ, кишечная палочка уже не наблюдается въ воздухѣ. Изъ всего сказаннаго вытекаетъ необходимость защищать берега населенныхъ приморскихъ мѣстъ отъ загрязненія нечистотами (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, сентябрь). *И. Вирскій.*

Внутреннія болѣзни. 962. Изучая вопросъ *о связи между заболѣваніями миндалевидныхъ железъ и острымъ сочленовнымъ ревматизмомъ*, д-ръ *Gürich* (Parchwitz) пришелъ къ заключенію, что во всѣхъ почти случаяхъ сочленовнаго ревматизма, сопровождаемыхъ жабами, дѣло имѣется съ одной опредѣленной формой послѣднихъ, а именно съ т. наз. фоссулярной, т. е. той, которая сопровождается образованіемъ пробокъ въ ямкахъ железы. Пробки эти образуются изъ отшелушившагося эпителія и застоявшагося отдѣляемаго, которое подвергается разложенію, а затѣмъ, подобно зубному камню, пропитывается известью. При возвратахъ жабы пробки увеличиваются и могутъ достигнуть величины вишни. Онѣ далеко не всегда видны при обыкновенномъ изслѣдованіи полости рта; нерѣдко ихъ приходится выдавливать крючковатымъ зондомъ, а иногда онѣ, не смотря на тщательное изслѣдованіе, могутъ быть и вовсе не замѣчены. Авторъ думаетъ, что эти ямки съ лежащими въ нихъ пробками являются причиной возвратовъ сочленовнаго ревматизма, такъ какъ возбудители послѣдняго находятъ въ нихъ укромный уголокъ, гдѣ они могутъ оставаться долго въ скрытомъ состояніи, сохраняя однако свою ядовитость. Всякое обостреніе хронической фоссулярной жабы способствуетъ новому внѣдренію возбудителей сочленовнаго ревматизма въ организмъ и вызываетъ возвратъ или обостреніе болѣзни. Для предотвращенія этихъ возвратовъ необходимо, слѣд., избавить больного отъ жабы. И дѣйствительно, авторъ убѣдился, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ предпринято было коренное лѣченіе болѣзни миндалинъ, возвратовъ сочленовнаго ревматизма больше не было (наблюденія автора обнимаютъ всего 4-лѣтній періодъ). Есть поэтому основаніе думать, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ связь между сочленовнымъ ревматизмомъ и заболѣваніемъ миндалинъ, болѣзнь суставовъ удается излѣчить путемъ излѣченія жабы. Само собой разумѣется, что лѣченіе должно быть по возможности кореннымъ. Авторъ примѣнялъ въ нѣсколькихъ случаяхъ тонзиллотомію съ послѣдующимъ выскабливаніемъ культи (Münchener medicinische Wochenschrift, № 47). *А. К.*

963. Проф. *Verdun* (Lille), разбирая *причины* и теченіе *кроваваго поноса*, приходитъ къ заключенію, что всѣ острыя формы этой болѣзни вызываются дизентерійной палочкой, имѣющей сходныя черты и съ кишечной, и съ тифозной палочками, но и отличной отъ нихъ нѣкоторыми особенностями роста; всѣ 3 микроба принадлежатъ, по мнѣнію автора, къ одному роду. Затяжныя формы кроваваго поноса причиняются животными чужеядными; при послѣднемъ страданіи изъязвленія въ кишечникѣ находятся преимущественно въ слѣпой и въ восходящей части ободочной кишки; язвы болѣе или менѣе круглой формы, возвышенныя, желтоватыя, съ тонкими краями; омертвѣніе начинается въ подслизистой ткани; кишечная стѣнка внѣ язвъ представляется здоровой. При микробномъ кровавомъ поносѣ язвы располагаются по всей толстой кишкѣ; онѣ неправильной формы, съ изрѣзанными краями, углубленныя, покрыты волокнинным выпотомъ; омертвѣніе идетъ съ поверхности слизистой оболочки вглубь; кишечная стѣнка между язвами бываетъ утолщена и сильно воспалена (L'Echo médical, 14 авг.—4 сентября). *Л. Старокадомскій.*

964. Д-ра *Chauffard* и *Boidin*, исходя изъ наблюденія, что при выпотныхъ плейритахъ задерживается выдѣленіе хлористаго натрія, количество котораго въ мочѣ увеличивается во время разсасыванія выпота, сдѣлали попытку выяснить *вліяніе безсолевого питанія на теченіе плейрита*. Съ этою цѣлью авторы установили для плейритиковъ діету, состоящую изъ 50—100 грм. сырого мяса, любого количества риса и картофеля, несоленаго хлѣба, масла и отвара бузинной коры, какъ мочегоннаго. Результаты оказались неутѣшительными: больные ѣли крайне неохотно, пили мало, мочегоннаго дѣйствія, равно и увеличенія количества хлористыхъ солей въ мочѣ не замѣчалось, граница держалась на прежней высотѣ. По переходѣ къ молочному кормленію, больные начали быстро поправляться.—Давая, кромѣ того, больнымъ плейритомъ поваренную соль въ количествѣ 5—10 грм. въ сутки, авторы замѣтили, что при начавшемся уже всасываніи выпота дурного вліянія соль не оказываетъ и она не задерживается въ организмѣ, но при выпотахъ, не обнаруживающихъ наклонности къ уменьшенію, поваренная соль вызываетъ увеличеніе жидкости въ полости плейры (Gazette des hôpitaux, 3 мая). *Л. С.*

965. Д-ръ *Arthur Rosenfeld* (Königsberg) изучалъ въ клиникѣ проф. *Lichtheim*'а вопросъ о *значеніи жуютко-*

выхъ наливочныхъ въ желудкѣ и кишечникѣ человѣка. Обнаруженіе наливочныхъ въ содержимомъ желудка до послѣдняго времени считалось большою рѣдкостью; только въ прошломъ году д-ръ *Conheim* указалъ на то, что ихъ нерѣдко находятъ при изслѣдованіи содержимаго желудка натощакъ у больныхъ, страдающихъ ракомъ желудка во входѣ въ него. Поэтому *Conheim* на основаніи своихъ наблюденій придаетъ обнаруженію наливочныхъ извѣстное значеніе при раннемъ распознаваніи раковыхъ опухолей, располагающихся у входа въ желудокъ или на малой кривизнѣ его. При ракѣ привратника наливочныхъ не находятъ, такъ какъ желудочное содержимое при этой болѣзни вслѣдствіе молочнокислаго броженія имѣетъ постоянно кислую реакцію, а наливочныя могутъ жить только въ нейтральной или слабо-щелочной средѣ. *Rosenfeld* наблюдалъ 6 случаевъ, въ которыхъ въ желудочномъ содержимомъ найдены были наливочныя типа Trychomonas intestinalis. Въ 5 изъ этихъ случаевъ клиническимъ изслѣдованіемъ установлено было присутствіе злокачественной опухоли въ желудкѣ, а общее состояніе больныхъ и теченіе болѣзни соотвѣтствовали картинѣ рака. Такъ какъ изъ всѣхъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ обнаруженія наливочныхъ въ желудкѣ 12 разъ они найдены были при ракѣ и только 1 разъ (случай автора), когда рака не было, то авторъ совѣтуетъ всякаго больного, у котораго въ содержимомъ желудка найдены жгутиковыя, считать подозрительнымъ въ отношеніи рака желудка. Признать-же таковой можно, конечно, лишь тогда, когда, кромѣ того, будутъ на лицо другіе признаки, какъ сильное исхуданіе, малокровіе, слѣды крови въ калѣ, прощупываніе опухоли или наличность явленій съуженія. Что касается значенія обнаруженія наливочныхъ *въ кишечникѣ*, то оно не велико, такъ какъ для того, чтобы признать эти микроорганизмы возбудителями поносовъ, въ настоящее время имѣется очень мало основаній, а потому, если они оказываются въ кишечникѣ, то слѣдуетъ всегда искать другихъ этіологическихъ причинъ, и, если онѣ найдены, то только ихъ и имѣть въ виду при выборѣ способа лѣченія (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 47). *К.*

966. Д-ръ *Gasin* наблюдалъ *случай внезапной желтухи отъ волненія* у совершенно здороваго солдата: при изслѣдованіи наблюдалась лишь незначительная болѣзненность въ области печени. Подъ вліяніемъ лѣченія каломелемъ, щелочами, ваннами и молочной діэтой, желтуха эта скоро исчезла (Archives de médecine et de pharmacie militaires, № 9). *И. Вирскій.*

967. *L. Fischer* имѣлъ возможность наблюдать *эпидемію воспаленія черепно-спинно-мозговыхъ оболочекъ.* Возбудителемъ этой болѣзни въ большинствѣ случаевъ является двоекоккъ (diplococcus meningitidis), рѣже пнеймококкъ и стрептококкъ. Для точнаго распознаванія необходимо изслѣдованіе спинномозговой жидкости. Въ отношеніи предсказанія наиболѣе благопріятно зараженіе двоекоккомъ. Болѣзнь начинается у маленькихъ дѣтей судорогами, у старшихъ ознобомъ; затѣмъ появляется рвота, головная боль и боль въ затылкѣ, бредъ и судороги. Часто бываетъ задержка мочи. Мышцы становятся крайне чувствительными и болѣзненными при надавливаніи, на кожѣ появляются красныя пятна. Температура колеблется между 38° и 41°, иногда даже доходитъ до 42°. Иногда наблюдается дыханіе *Cheyne-Stokes*'а. Колѣннаго рефлекса обыкновенно не получается; въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается признакъ *Babinsk*'аго, чаще встрѣчающійся при бугорчатковомъ менингитѣ, а также признакъ *В. М. Кернига.* Т. наз. «cri hydrocéphalique» при эпидемическомъ менингитѣ никогда не наблюдается. Суставы часто припухаютъ, напоминая картину сочленовнаго ревматизма. Нерѣдко бываетъ косоглазіе и нистагмъ; зрачки расширяются неравномѣрно. Смертность доходила до 40—70%. Замѣчены 2 типа: легкій, обрывной менингитъ и злокачественный. Изъ послѣдствій чаще всего наблюдалась глухота, кромѣ того, слѣпота, падучая, гемиплегія. Лѣченіе прежде всего должно быть направлено къ поддержанію питанія. При наклонности къ рвотѣ необходимо прибѣгать къ питательнымъ клизмамъ изъ молока или яичнаго желтка съ пептономъ; если можно, то слѣдуетъ давать черезъ ротъ яичный бѣлокъ, супъ, бульонъ, черезъ каждые 3—4 часа. Больного нужно помѣстить въ просторную комнату съ температурой въ 16°; при наличности лихорадки на голову его нужно положить мѣшокъ со льдомъ. Иногда облегченіе приноситъ горчичная ножная ванна. Полезны теплыя ванны и холодныя закутыванія. При бредѣ піявки на сосцевидный отростокъ. Мочу часто приходится выпускать катетеромъ; при недостаточномъ выдѣленіи ея полезно примѣнять высокія клизмы изъ горячаго физіологическаго раствора поваренной соли. Изъ лѣкарствъ — морфій подкожно, хлороформъ и бромъ при сильномъ возбужденіи; втираніе мази изъ серебра вдоль позвоночника; при упадкѣ сердечной дѣятельности—мускусъ и подкожныя впрыскиванія камфоры, черный кофе. При безсонницѣ—свѣчи изъ хлорала (chloralum formamidatum) съ прибавленіемъ вытяжки красавки. Большіе пріемы іодистаго калія. Хирургическое вмѣшательство (дренажъ черезъ затылочную кость) можетъ дать лишь временное облегченіе (Medical Record, 13 августа). *Ц. О.*

968. Д-ръ *Ѳ. Дунинъ* (Варшава) описываетъ *2 поучительныхъ случая затяжного нагноенія въ пальцахъ рукъ съ осажденіемъ въ нихъ углекислой извести.*

1. У больной, 54 л., замужней, уже 12 лѣтъ болятъ пальцы на рукахъ. Въ теченіи нѣсколькихъ дней она въ началѣ ощущаетъ колотье въ концахъ пальцевъ, особенно въ мякоти; затѣмъ появляется маленькая точка, которая либо выпадаетъ въ видѣ небольшого камешка (напр., въ ваннѣ), либо остается подъ кожей въ видѣ желтаго затвердѣнія.—Мякоти пальцевъ тверды, при ощупываніи безболѣзненны. Концы нѣкоторыхъ пальцевъ утолщены, лоснящіеся, желтые. Чувство прикосновенія сохранено. Суставы пальцевъ подвижны. На правой ладони ладонная связка сокращена (main en griffe). Внутренніе органы безъ измѣненій. Въ мочѣ 0,08‰ бѣлка; въ осадкѣ—цилиндры, немного красныхъ кровяныхъ шариковъ, кристаллы щавелекислой извести и мочевой кислоты. Изъ-за предположенной подагры больная дважды ѣздила въ Karlsbad. Желая изслѣдовать клиническую природу этихъ отложеній, авторъ сдѣлалъ уколъ въ затвердѣвшемъ мѣстѣ, изъ котораго показалась капля гноя, среди котораго подъ микроскопомъ оказались многочисленные кристаллы въ видѣ таблицъ. Послѣдніе подъ вліяніемъ уксусной кислоты не растворялись; отъ прибавленія-же HCl показывались пузырьки, и кристаллы совершенно растворялись. Если-же къ послѣднему препарату прибавлялся насыщенный растворъ щавелевой кислоты, то появлялись характерные кристаллы щавелевокислой извести. Такимъ образомъ кристаллы въ пальцахъ больной состояли изъ углекислой, частью изъ фосфорнокислой извести. Гной оказался стерильнымъ и состоялъ изъ многоядерныхъ нейтрофиловъ. Въ добытомъ камешкѣ мочевой кислоты не оказалось. На *Röntgen*'овскомъ снимкѣ мѣста, отвѣчавшія затвердѣніямъ, дали рѣзкую тѣнь. Больная была направлена въ Цѣхоцинекъ, но результатъ лѣченія былъ отрицательный.

2. Больная, 40 л., обратилась къ автору по поводу безболѣзненныхъ утолщеній на мякоти ручныхъ пальцевъ. Болѣзнь тянется 4 года.—Значительныя затвердѣнія мякоти пальцевъ, особенно средняго, на обѣихъ рукахъ, представляющіяся въ видѣ желтыхъ пятенъ, покрытыхъ здоровой накожицей. По временамъ послѣдняя лопаетъ, и оттуда освобождаются маленькіе камешки. Камешекъ не далъ мурексидной реакціи, отъ прибавленія-же ClH появились обильные пузырьки газа. На *Röntgen*'овскомъ снимкѣ получилась ясная тѣнь соотвѣтственно пораженной мякоти.

Для объясненія описаннаго явленія авторъ допускаетъ 2 возможности: либо нагноеніе есть первичное явленіе, а известковыя соли отлагаются послѣдовательно или-же известковыя соли въ силу неизвѣстныхъ условій собираются въ тканяхъ и затѣмъ уже вызываютъ воспалительную реакцію. Разрѣшить этого вопроса автору не удалось (Gazeta lekarska, 26 ноября). *С. Островскій.*

Хирургическія болѣзни. 969. Д-ръ *Moty* совѣтуетъ *обезпложивать кэтгутъ парами формальдегида.* Въ растворѣ формалина кэтгутъ быстро теряетъ свою крѣпость и становится негоднымъ; но, если кэтгутовыя нити, намотанныя на стеклянныя катушки, помѣстить въ широкогорлую стклянку, на днѣ которой лежитъ слой гигроскопической ваты, пропитанной 5—10 к. стм. продажнаго формалина, то кэтгутъ не теряетъ своихъ важныхъ качествъ спустя мѣсяцъ и дольше, для обезпложенія-же нитей достаточно 24-часового пребыванія ихъ въ атмосферѣ паровъ формалина. Кэтгутъ употребляется непропитанный какимъ-либо жирнымъ веществомъ и вынимается изъ сосуда, содержащаго формалинъ, во время самой операціи. Авторъ видитъ преимущество своего способа передъ всѣми другими, до обезпложиванія ацетономъ по *Triollet* включитель-

но, въ его вѣрности, удобствѣ, скорости и доступности. Авторъ 2 года примѣняетъ при операціяхъ въ брюшной полости исключительно свой кэтгутъ и не замѣтилъ какихъ-либо дурныхъ послѣдствій (Gazette des hôpitaux, 14 іюня). *Л. Старокадомскій.*

970. Д-ръ *Drucbert* дѣлаетъ обзоръ всѣхъ найденныхъ имъ въ литературѣ 82 случаевъ произведенной *операціи Maydl'я при экстрофіи мочевого пузыря* (въ томъ числѣ нѣсколькими русскими хирургами). Изъ 82 больныхъ 61 были мужского пола, 16 женскаго; относительно 5 въ этомъ отношеніи нѣтъ указаній. Смертность среди оперированныхъ равнялась 27% (22 чел.); изъ умершихъ половина погибла отъ гнойнаго воспаленія почечныхъ лоханокъ. Изъ поправившихся послѣ операціи 60 больныхъ 7 умерли отъ двусторонняго гнойнаго воспаленія почечныхъ лоханокъ. Болѣзнь обнаруживалась отъ 22-го дня до 34 мѣсяцевъ со времени операціи. У 19 изъ выжившихъ больныхъ кишечникъ плохо переносилъ мочу, и больные или страдали недержаніемъ мочи въ разной степени, или принуждены были выпускать мочу черезъ каждыя 10—40 мин. Авторъ полагаетъ, что операція *Maydl'я*, не смотря на высокій % смертныхъ случаевъ, возможность недержанія мочи и зараженія почечныхъ лоханокъ, все-же, при улучшеніи техники, будетъ избранной операціей при экстрофіи мочевого пузыря (L'Echo médical, 9 октября).

971. Д-ръ *Binnie* сообщаетъ *случай мѣшетчатой опухоли правой подколѣнной артеріи*, успѣшно оперированной авторомъ по видоизмѣненному имъ способу *Matas*'а.

По наложеніи на бедро жгута, мѣшетчатая опухоль, имѣвшая 6 д. въ длину и 3 д. въ ширину, была вскрыта и тщательно опорожнена отъ наполнявшихъ ее свертковъ фибрина; замѣченное начало отходившаго отъ мѣшка сосуда закрыто кэтгутовыми швами; стѣнки мѣшка, оказавшіяся атероматозными, соединены между собою нѣсколькими рядами *Lembert*'овскихъ швовъ; наружная рана закрыта. Черезъ недѣлю повязка была снята, такъ какъ температура у больного нѣсколько поднялась; изъ раны выдѣлилось нѣсколько кровянистаго гноя. Дальнѣйшее заживленіе безъ осложненій. Операція произведена въ ноябрѣ 1903 г.; возврата нѣтъ (The Journal of the American Medical Association, 25 іюня). *Л. Старокадомскій.*

Физіотерапія. 972. Д-ръ *Mc Leod* примѣнялъ *лѣченіе радіемъ* волчанки (обыкновенной и эритематозной), разъѣдающихъ язвъ, эпителіомъ и рака маточной шейки. Авторъ располагалъ 5 млгрм. бромистой соли радія въ запаянной стеклянной трубкѣ; радіоактивность вещества была 600000 по урану; другой препаратъ при томъ-же количествѣ вещества обладалъ въ 2—3 раза большей силой. Общіе выводы автора такіе: радій оказываетъ хорошія услуги при лѣченіи небольшихъ разъѣдающихъ язвъ; при язвахъ большей величины лучшіе результаты даютъ *x*-лучи; если-же процессъ туго уступаетъ послѣднему лѣченію, временное примѣненіе радія усиливаетъ вліяніе *x*-лучей при дальнѣйшемъ ихъ употребленіи. Относительно эпителіомъ авторъ склоненъ думать, что лучше воздѣйствовать радіемъ на область, гдѣ находилось новообразованіе, послѣ удаленія опухоли оперативнымъ путемъ. Вѣрнѣе *x*-лучей и свѣтолѣченія по *Finsen*'у радій дѣйствуетъ лишь на бородавчатую форму волчанки. При эритематозной волчанкѣ радій не приноситъ пользы; при ракѣ значеніе радія сомнительно. Больные участки подвергались дѣйствію радія ежедневно въ теченіи недѣли, затѣмъ дѣлался перерывъ въ 2 недѣли, и снова—недѣля лѣченія. Продолжительность каждаго сеанса была отъ 10 мин. (для «сильнаго» радія) и до часа и больше — для «слабаго». Сеансы прекращались при появленіи первыхъ признаковъ раздраженія тканей (British Medical Journal, 11 іюня). *Л. С.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 973. Проф. *E. Bumm* и *Sigwart* произвели рядъ бактеріологическихъ изслѣдованій *влагалищныхъ выдѣленій у беременныхъ, роженицъ и родильницъ съ цѣлью выяснить отношеніе стрептококка къ послѣродовому зараженію.* Оказалось, что стрептококкъ часто развивается въ жидкой питательной средѣ, тогда какъ въ твердой посѣвы остаются безъ результата; что нѣтъ разницы между анаэробнымъ и аэробнымъ способомъ выращиванія стрептококка, вопреки мнѣнію *Menge* и *Krönig*'а, и что для полученія болѣе достовѣрныхъ результатовъ необходимо, во 1-хъ, произвести одновременно большое число посѣвовъ и, во 2-хъ, производить ихъ повторно. Были изслѣдованы влагалищныя выдѣленія 103 беременныхъ въ послѣднемъ періодѣ. Стрептококкъ былъ найденъ при единичномъ изслѣдованіи у 38,16%; у первородящихъ чаще—въ 47,22%, у многорожавшихъ—въ 30% случаевъ. При повторныхъ посѣвахъ въ теченіи 1—2 недѣль % значительно повышается: у первородящихъ—83%, у многорожавшихъ—55%, въ среднемъ—74%. Изъ этихъ 103 беременныхъ лихорадили послѣ родовъ 16 (15,5%), но всѣ легко—по 1 дню; у 10 (20,4%) изъ нихъ влагалищныя выдѣленія содержали стрептококковъ, у 6 (11%) стрептококковъ не было. Изслѣдованіе тампоновъ изъ іоформной марли и сгустковъ, приставшихъ къ нимъ, находившихся въ полости матки у 18 роженицъ (по случаю послѣродового кровотеченія), показало присутствіе стрептококковъ въ 72% случаевъ. Изъ этихъ женщинъ заболѣли только 4, 3 совсѣмъ легко, 4-ая скончалась въ діабетической комѣ. У 2-хъ изъ этихъ больныхъ стрептококка въ выдѣленіяхъ не было. Въ послѣродовомъ періодѣ были изслѣдованы выдѣленія 103 нелихорадившихъ родильницъ; стрептококкъ былъ найденъ у 75%; 4 изъ нихъ впослѣдствіи залихорадили, но очень легко, и только у 1 изъ нихъ былъ установленъ гнилостный эндометритъ. И такъ, изслѣдованія авторовъ показываютъ, что присутствіе аэробно растущихъ во влагалищныхъ выдѣленіяхъ стрептококковъ можетъ быть доказано у ¾ изслѣдованныхъ женщинъ. Роль ихъ въ происхожденіи послѣродового зараженія остается невыясненной (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie, т. 8, тетр. 3). *А. Г—ръ.*

Болѣзни горла, носа и уха. 974. Въ статьѣ *о мерной боли горла* д-ръ *Georg Boenninghaus* (Breslau) указываетъ на то, что въ практикѣ каждаго спеціалиста по горловымъ болѣзнямъ нерѣдко встрѣчаются такіе больные, главная жалоба которыхъ заключается въ болѣзненныхъ ощущеніяхъ въ горлѣ. Они испытываютъ давленіе, жженіе или тупую боль, то ощущаемую постоянно, то появляющуюся лишь во время глотанія. Никогда эти болѣзненныя ощущенія не доходятъ до очень рѣзко выраженной степени. Наблюдаются они большею частью у состоятельныхъ и живущихъ при хорошихъ условіяхъ людей и крайне рѣдко—у рабочаго класса. Общая черта всѣхъ этихъ больныхъ та, что объективныя измѣненія, находимыя при изслѣдованіи глотки и гортани, находятся въ полномъ несоотвѣтствіи съ субъективными ощущеніями; въ большинствѣ случаевъ эти измѣненія представляются въ видѣ легкаго хроническаго катарра глотки или гортани. Лѣченіе, направленное къ устраненію этихъ измѣненій, въ большинствѣ случаевъ не освобождаетъ больныхъ отъ болей, и врачи успокаиваются на томъ, что боли эти — истерическаго или нейрастеническаго характера. Желая ближе изучить причину описанныхъ болей, авторъ сталъ систематически изслѣдовать этого рода больныхъ ощупываніемъ шеи и нашелъ при этомъ, что у большинства изъ нихъ имѣются 2 ясно выраженныя болевыя точки, при чемъ одна изъ нихъ помѣщается на боковой части шеи между подъязычной костью и щитовиднымъ хрящемъ, другая — надъ ключицей у самаго дыхательнаго горла. Верхняя точка соотвѣтствуетъ мѣсту проникновенія вѣтви верхняго гортаннаго нерва, иннервирующей слизистую оболочку, черезъ membrana hyo-thyreoidea; нижняя соотвѣтствуетъ мѣсту выхода возвратнаго нерва изъ грудной клѣтки. Болѣзненность этого пункта подтверждаетъ изслѣдованіе *Onodi*, который нашелъ, что возвратный нервъ содержитъ также и чувствительныя волокна. У большинства больныхъ болевое ощущеніе при давленіи на нижнюю точку бываетъ выражено сильнѣе, чѣмъ если давить на верхнюю, при чемъ больные большею частью указываютъ, что испытываемая ими при этомъ боль тождественна съ той, отъ которой они обыкновенно страдаютъ. На этомъ основаніи авторъ и полагаетъ, что сущность страданія въ этихъ случаяхъ сводится къ нейриту. Такъ какъ на ряду съ этимъ всегда находятъ катарральныя воспаленія глотки или гортани, то есть основаніе предполагать, что катарры эти являются причиной нейритовъ. Что касается лѣченія, то лучшимъ средствомъ оказывается здѣсь массажъ шеи. Уже послѣ 1-го сеанса больные большею частью чувствуютъ значительное облегченіе, а послѣ болѣе или менѣе продол-

жительнаго систематически проведеннаго лѣченія и совсѣмъ освобождаются отъ болей. У нѣкоторыхъ появляются возвраты, но ихъ удается устранить тѣмъ-же способомъ. Всѣ другіе способы лѣченія, не исключая и электричества, не приводятъ къ цѣли. Лѣченіе причиннаго страданія—катарровъ—въ большинствѣ случаевъ оказывается безрезультатнымъ, и больные охотно мирятся съ этимъ, разъ они избавились отъ болей. Техника массажа слѣдующая. Для разслабленія мышцъ шеи голова больного наклоняется слегка внизъ. Врачу лучше всего становиться позади больного и охватывать его шею такъ, чтобы большіе пальцы помѣщались у затылка, а остальные—на передней поверхности шеи; при этомъ при массированіи приходится пользоваться только указательнымъ и среднимъ пальцами. Необходимо какъ можно глубже проникать въ желобъ между дыхательнымъ горломъ и опускающими голову мышцами и еще далѣе — между дыхательнымъ горломъ и позвоночникомъ, при чемъ, сообразно съ положеніемъ возвратнаго нерва, съ лѣвой стороны еще глубже, чѣмъ съ правой. Это проникновеніе далеко вглубь удается лишь тогда, когда пользуются только ногтевой фалангой пальцевъ. Производятъ равномѣрное поглаживаніе снизу вверхъ — отъ ключицы къ подъязычной кости, при чемъ, не смотря на глубокое положеніе пальцевъ, необходимо избѣгать сильнаго давленія, такъ какъ это вызываетъ боли. Если гортань очень подвижна, то ее приходится удерживать другой рукой. Предложенный д-ромъ *Laker*'омъ массажъ гортани извнутри авторъ находитъ непрактичнымъ, такъ какъ онъ очень трудно выполнимъ и непріятенъ для больныхъ (Deutsche med. Wochenschrift, № 46). *А. Коварскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 975. Д-ръ *G. Hardy* разбираетъ *значеніе перелоя у женщинъ и возможныя послѣдовательныя отъ него осложненія.* Перелоемъ поражаются большею частью наружныя половыя части и каналъ маточной шейки. Беременность возможна какъ при страданіи женщины острымъ или хроническимъ перелоемъ, такъ и при страданіи острымъ перелоемъ обоихъ супруговъ. Несравненно чаще оплодотвореніе происходитъ въ теченіи хроническаго перелоя матки. Возможно, что перелой, какъ и сифилисъ, вызываетъ выкидышъ. У беременныхъ перелой бываетъ въ 20—25%. Явленія первичнаго зараженія бываютъ значительно легче явленій вторичнаго, послѣдовательнаго. Зараженіе въ послѣднее время беременности или въ первые дни послѣ родовъ сопровождается тревожными явленіями воспаленія тазовой клѣтчатки (pelvioperitonitis). Изъ 68 родильницъ, больныхъ перелоемъ, въ первые дни послѣ родовъ лихорадили 10%; у нестрадавшихъ-же перелоемъ таковыя послѣродовыя явленія наблюдались въ $8^1/_2$%. Перелойныя выдѣленія, по видимому, не оказываютъ замѣтнаго вліянія на раневыя пораженія родового канала. Возможныя пораженія матки и ея придатковъ возникаютъ не ранѣе 3—7—12 недѣль. Изъ болѣе позднихъ послѣдовательныхъ явленій перелойнаго страданія наиболѣе неблагопріятнымъ слѣдуетъ признать возникающее безплодіе женщины. Тождественность послѣродового и перелойнаго ревматизма вполнѣ не установлена; изъ 266 больныхъ перелоемъ родильницъ страдали ревматизмомъ 6 ($2^1/_4$%). На 34 случая послѣродового воспаленія венъ *Sänger* находилъ гонококковъ въ выдѣленіяхъ влагалища въ 34%. Заболѣванія прямой кишки возможны вслѣдствіе затековъ послѣродовыхъ очищеній. *Sargert* описалъ, какъ курьезъ, случай перелойнаго воспаленія грудныхъ железъ у кормящей женщины, при чемъ обнаруженные въ гною гонококки исчезли лишь на 3-ій день. Перелойныя явленіи у маленькихъ дѣвочекъ составляютъ слѣдствіе того или другого вида прямого зараженія (изнасилованіе, переносъ заразы); осложняющіе ихъ процессы могутъ быть таковыми же, какъ и у взрослыхъ. Развитіе общаго перелойнаго воспаленія брюшины сообщено въ 13 случаяхъ, изъ которыхъ 6 кончились смертью. Лѣченіе vulvovaginit'овъ подобнаго характера крайне медленно и состоитъ въ обмываніяхъ и спринцованіяхъ марганцовистокислымъ кали ($^1/_2$: 1000) (Annales d. l. Société méd.-chir. de Liège, по пер. Deutsche Medicinal-Zeitung, № 18). *А. Гаринъ.*

976. Д-ръ *H. Malherbe*, указавъ на возможность появленія кожныхъ явленій въ видѣ пятнистыхъ и даже пузырныхъ высыпей при внутреннемъ употребленіи антипирина, сообщилъ болѣе рѣдкій *случай* подобнаго *высыпанія пятенъ совершенно чернаго цвѣта*, обнаружившихся на половомъ членѣ *вслѣдъ за пріемомъ антипирина.* Проф. *Fournier* первый описалъ такія пятна, назвавъ ихъ чернымъ удомъ (verge noire). Картина припадковъ ихъ мало измѣнчива; иногда они представляютъ ясно реактивныя явленія съ отекомъ, набуханіемъ, разлитою краснотою, предшествуемымъ зудомъ; иногда развиваются безъ всякихъ воспалительныхъ явленій. Появляются пятна неожиданно, хотя больной употреблялъ уже антипиринъ и ранѣе. Разсасываются они в. медленно и, вѣроятно, находятся въ какой-либо зависимости отъ личныхъ особенностей больного въ данное время.

Больной автора, М. Х., 30 л., свѣжій сифилитикъ доброкачественнаго теченія, лѣтъ 15 страдалъ жестокими приступами мигрени, весьма быстро уступавшими 1—2 грм. антипирина. 21/IV, при появленіи такого приступа, онъ принялъ въ полдень $1^1/_2$ грм. антипирина съ полнымъ успѣшнымъ его дѣйствіемъ. Час. въ 6 вечера, къ крайнему изумленію, онъ замѣтилъ, что его половой членъ совершенно почернѣлъ и въ испугѣ обратился къ автору. Осмотрѣнный половой членъ оказался нормальныхъ объема и вида; лишь на тыльной поверхности головки было круговое черносинее пятно, болѣе 2 франковой монеты величиной. По тѣлу больного ничего особеннаго не обнаружено. Припоминая описаніе *Fournier*, авторъ вполнѣ успокоилъ больного.

Подобныя высыпи подходятъ, по мнѣнію автора, къ ограниченнымъ эритематозно-пигментнымъ высыпамъ *Brecq*'а (Gazette médicale de Nantes, № 25). *А. Гаринъ.*

977. *М. П. Гундоровъ* (фармакологическая лабораторія проф. *П. В. Буржинскаго* въ Томскѣ) на основаніи своихъ опытовъ относительно *всасыванія черезъ неповрежденную кожу* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) различныя вещества, служившія для опыта, не всасывались неповрежденной кожей людей и животныхъ изъ мазей, исключеніе составляли лишь аморфный (нѣмецкій) аконитинъ и салициловая кислота, всасываніе которыхъ кожей доказывается физіологическимъ дѣйствіемъ съ помощью химической реакціи; 2) проникающія черезъ неповрежденную кожу не только жидкія, но и кристаллическія вещества, какъ, напр., салициловая кислота, не обусловливаютъ всасыванія другихъ, находящихся въ мази веществъ; 3) ланолинъ не можетъ считаться веществомъ, способствующимъ всасыванію кожей; 4) взглядъ, что вещества, растворяющія кожное отдѣляемое, способствуютъ также всасыванію кожей, не можетъ считаться доказаннымъ: такъ, обмываніе передъ опытомъ несбритой или сбритой кожи у собаки 50%-мъ растворомъ соды и прибавленіе такихъ жидкостей, какъ алкоголь, эѳиръ, хлороформъ, не дали положительныхъ результатовъ; 5) не отрицая вполнѣ значенія механическихъ условій, какъ треніе, надо считать его однако ничтожнымъ, ибо, не смотря на всѣ наличные признаки раздраженія кожи, какъ краснота, зудъ, жженіе и т. д., всасыванія не происходило; и, наоборотъ, салициловая кислота и аморфный аконитинъ проникали въ кожу и при отсутствіи какихъ-либо явленій раздраженія ея; 6) что касается механизма всасыванія черезъ кожу, то оно не объясняется только физико-химическими причинами, какъ явленія имбибаціи, фильтраціи, осмоза и т. д.; это—не физико-химическій, а физіологическій и скорѣе даже біологическій процессъ (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXXI, тетр. 1). *М. Членовъ.*

978. Д-ръ *Sokal* (Львовъ) испробовалъ съ успѣхомъ *гоносанъ* (сочетаніе Kawa-Kawa съ восточно-индійскимъ сандаловымъ масломъ) у 21 больного (18 случаевъ перелоя и 3—воспаленія слизистой оболочки мочевого пузыря). Подъ вліяніемъ этого средства воспалительныя явленія быстро проходятъ, а боли при мочеиспусканіи прекращаются. Въ 16 случаяхъ передняго перелоя излѣченіе наступило въ 3 недѣли. Моча подъ вліяніемъ гоносана скоро прояснялась. Больные переносили его хорошо, иногда лишь появлялась отрыжка. Очень важное обстоятельство—то, что гоносанъ не раздражаетъ вовсе почекъ. Во всѣхъ случаяхъ авторъ тщательно изслѣдовалъ мочу и ни въ одномъ не нашелъ ни бѣлка, ни цилиндровъ (Przegląd lekarski, 8 октября). *С. Островскій.*

но, въ его вѣрности, удобствѣ, скорости и доступности. Авторъ 2 года примѣняетъ при операціяхъ въ брюшной полости исключительно свой кэтгутъ и не замѣтилъ какихъ-либо дурныхъ послѣдствій (Gazette des hôpitaux, 14 іюня). *Л. Старокадомскій.*

970. Д-ръ *Drucbert* дѣлаетъ обзоръ всѣхъ найденныхъ имъ въ литературѣ 82 случаевъ произведенной *операціи Maydl'я при экстрофіи мочевого пузыря* (въ томъ числѣ нѣсколькими русскими хирургами). Изъ 82 больныхъ 61 были мужского пола, 16 женскаго; относительно 5 въ этомъ отношеніи нѣтъ указаній. Смертность среди оперированныхъ равнялась 27% (22 чел.); изъ умершихъ половина погибла отъ гнойнаго воспаленія почечныхъ лоханокъ. Изъ поправившихся послѣ операціи 60 больныхъ 7 умерли отъ двусторонняго гнойнаго воспаленія почечныхъ лоханокъ. Болѣзнь обнаруживалась отъ 22-го дня до 34 мѣсяцевъ со времени операціи. У 19 изъ выжившихъ больныхъ кишечникъ плохо переносилъ мочу, и больные или страдали недержаніемъ мочи въ разной степени, или принуждены были выпускать мочу черезъ каждыя 10—40 мин. Авторъ полагаетъ, что операція *Maydl'я*, не смотря на высокій % смертныхъ случаевъ, возможность недержанія мочи и зараженія почечныхъ лоханокъ, все-же, при улучшеніи техники, будетъ избранной операціей при экстрофіи мочевого пузыря (L'Echo médical, 9 октября).

971. Д-ръ *Binnie* сообщаетъ *случай мѣшетчатой опухоли правой подколѣнной артеріи*, успѣшно оперированной авторомъ по видоизмѣненному имъ способу *Matas*'а.

По наложеніи на бедро жгута, мѣшетчатая опухоль, имѣвшая 6 д. въ длину и 3 д. въ ширину, была вскрыта и тщательно опорожнена отъ наполнявшихъ ее свертковъ фибрина; замѣченное начало отходившаго отъ мѣшка сосуда закрыто кэтгутовыми швами; стѣнки мѣшка, оказавшіяся атероматозными, соединены между собою нѣсколькими рядами *Lembert*'овскихъ швовъ; наружная рана закрыта. Черезъ недѣлю повязка была снята, такъ какъ температура у больного нѣсколько поднялась; изъ раны выдѣлилось нѣсколько кровянистаго гноя. Дальнѣйшее заживленіе безъ осложненій. Операція произведена въ ноябрѣ 1903 г.; возврата нѣтъ (The Journal of the American Medical Association, 25 іюня). *Л. Старокадомскій.*

Физіотерапія. 972. Д-ръ *Mc Leod* примѣнялъ *лѣченіе радіемъ* волчанки (обыкновенной и эритематозной), разъѣдающихъ язвъ, эпителіомъ и рака маточной шейки. Авторъ располагалъ 5 млгрм. бромистой соли радія въ запаянной стеклянной трубкѣ; радіоактивность вещества была 600000 по урану; другой препаратъ при томъ-же количествѣ вещества обладалъ въ 2—3 раза большей силой. Общіе выводы автора такіе: радій оказываетъ хорошія услуги при лѣченіи небольшихъ разъѣдающихъ язвъ; при язвахъ большей величины лучшіе результаты даютъ *x*-лучи; если-же процессъ туго уступаетъ послѣднему лѣченію, временное примѣненіе радія усиливаетъ вліяніе *x*-лучей при дальнѣйшемъ ихъ употребленіи. Относительно эпителіомъ авторъ склоненъ думать, что лучше воздѣйствовать радіемъ на область, гдѣ находилось новообразованіе, послѣ удаленія опухоли оперативнымъ путемъ. Вѣрнѣе *x*-лучей и свѣтолѣченія по *Finsen*'у радій дѣйствуетъ лишь на бородавчатую форму волчанки. При эритематозной волчанкѣ радій не приноситъ пользы; при ракѣ значеніе радія сомнительно. Больные участки подвергались дѣйствію радія ежедневно въ теченіи недѣли, затѣмъ дѣлался перерывъ въ 2 недѣли, и снова—недѣля лѣченія. Продолжительность каждаго сеанса была отъ 10 мин. (для «сильнаго» радія) и до часа и больше — для «слабаго». Сеансы прекращались при появленіи первыхъ признаковъ раздраженія тканей (British Medical Journal, 11 іюня). *Л. С.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 973. Проф. *E. Bumm* и *Sigwart* произвели рядъ бактеріологическихъ изслѣдованій *влагалищныхъ выдѣленій у беременныхъ, роженицъ и родильницъ съ цѣлью выяснить отношеніе стрептококка къ послѣродовому зараженію.* Оказалось, что стрептококкъ часто развивается въ жидкой питательной средѣ, тогда какъ въ твердой посѣвы остаются безъ результата; что нѣтъ разницы между анаэробнымъ и аэробнымъ способомъ выращиванія стрептококка, вопреки мнѣнію *Menge* и *Krönig*'а, и что для полученія болѣе достовѣрныхъ результатовъ необходимо, во 1-хъ, произвести одновременно большое число посѣвовъ и, во 2-хъ, производить ихъ повторно. Были изслѣдованы влагалищныя выдѣленія 103 беременныхъ въ послѣднемъ періодѣ. Стрептококкъ былъ найденъ при единичномъ изслѣдованіи у 38,16%; у первородящихъ чаще—въ 47,22%, у многорожавшихъ—въ 30% случаевъ. При повторныхъ посѣвахъ въ теченіи 1—2 недѣль % значительно повышается: у первородящихъ—83%, у многорожавшихъ—55%, въ среднемъ—74%. Изъ этихъ 103 беременныхъ лихорадили послѣ родовъ 16 (15,5%), но всѣ легко—по 1 дню; у 10 (20,4%) изъ нихъ влагалищныя выдѣленія содержали стрептококковъ, у 6 (11%) стрептококковъ не было. Изслѣдованіе тампоновъ изъ віоформной марли и сгустковъ, приставшихъ къ нимъ, находившихся въ полости матки у 18 роженицъ (по случаю послѣродового кровотеченія), показало присутствіе стрептококковъ въ 72% случаевъ. Изъ этихъ женщинъ заболѣли только 4, 3 совсѣмъ легко, 4-ая скончалась въ діабетической комѣ. У 2-хъ изъ этихъ больныхъ стрептококка въ выдѣленіяхъ не было. Въ послѣродовомъ періодѣ были изслѣдованы выдѣленія 103 нелихорадившихъ родильницъ; стрептококкъ былъ найденъ у 75%; 4 изъ нихъ впослѣдствіи залихорадили, но очень легко, и только у 1 изъ нихъ былъ установленъ гнилостный эндометритъ. И такъ, изслѣдованія авторовъ показываютъ, что присутствіе аэробно растущихъ во влагалищныхъ выдѣленіяхъ стрептококковъ можетъ быть доказано у 3/4 изслѣдованныхъ женщинъ. Роль ихъ въ происхожденіи послѣродового зараженія остается невыясненной (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie, т. 8, тетр. 3). *А. Г—ръ.*

Болѣзни горла, носа и уха. 974. Въ статьѣ *о нервной боли горла* д-ръ *Georg Boenninghaus* (Breslau) указываетъ на то, что въ практикѣ каждаго спеціалиста по горловымъ болѣзнямъ нерѣдко встрѣчаются такіе больные, главная жалоба которыхъ заключается въ болѣзненныхъ ощущеніяхъ въ горлѣ. Они испытываютъ давленіе, жженіе или тупую боль, то ощущаемую постоянно, то появляющуюся лишь во время глотанія. Никогда эти болѣзненныя ощущенія не доходятъ до очень рѣзко выраженной степени. Наблюдаются они большею частью у состоятельныхъ и живущихъ при хорошихъ условіяхъ людей и крайне рѣдко—у рабочаго класса. Общая черта всѣхъ этихъ больныхъ та, что объективныя измѣненія, находимыя при изслѣдованіи глотки и гортани, находятся въ полномъ несоотвѣтствіи съ субъективными ощущеніями; въ большинствѣ случаевъ эти измѣненія представляются въ видѣ легкаго хроническаго катарра глотки или гортани. Лѣченіе, направленное къ устраненію этихъ измѣненій, въ большинствѣ случаевъ не освобождаетъ больныхъ отъ болей, и врачи успокаиваются на томъ, что боли эти — истерическаго или нейрастеническаго характера. Желая ближе изучить причину описанныхъ болей, авторъ сталъ систематически изслѣдовать этого рода больныхъ ощупываніемъ шеи и нашелъ при этомъ, что у большинства изъ нихъ имѣются 2 ясно выраженныя болевыя точки, при чемъ одна изъ нихъ помѣщается на боковой части шеи между подъязычной костью и щитовиднымъ хрящемъ, другая — надъ ключицей у самаго дыхательнаго горла. Верхняя точка соотвѣтствуетъ мѣсту проникновенія вѣтви верхняго гортаннаго нерва, иннервирующей слизистую оболочку, черезъ membrana hyo-thyreoidea; нижняя соотвѣтствуетъ мѣсту выхода возвратнаго нерва изъ грудной клѣтки. Болѣзненность этого пункта подтверждаетъ изслѣдованіе *Onodi*, который нашелъ, что возвратный нервъ содержитъ также и чувствительныя волокна. У большинства больныхъ болевое ощущеніе при давленіи на нижнюю точку бываетъ выражено сильнѣе, чѣмъ если давить на верхнюю, при чемъ больные большею частью указываютъ, что испытываемая ими при этомъ боль тождественна съ той, отъ которой они обыкновенно страдаютъ. На этомъ основаніи авторъ и полагаетъ, что сущность страданія въ этихъ случаяхъ сводится къ нейриту. Такъ какъ на ряду съ этимъ всегда находятъ катарральныя воспаленія глотки или гортани, то есть основаніе предполагать, что катарры эти являются причиной нейритовъ. Что касается лѣченія, то лучшимъ средствомъ оказывается здѣсь массажъ шеи. Уже послѣ 1-го сеанса больные большею частью чувствуютъ значительное облегченіе, а послѣ болѣе или менѣе продол-

жительнаго систематически проведеннаго лѣченія и совсѣмъ освобождаются отъ болей. У нѣкоторыхъ появляются возвраты, но ихъ удается устранить тѣмъ-же способомъ. Всѣ другіе способы лѣченія, не исключая и электричества, не приводятъ къ цѣли. Лѣченіе причиннаго страданія—катарровъ—въ большинствѣ случаевъ оказывается безрезультатнымъ, и больные охотно мирятся съ этимъ, разъ они избавились отъ болей. Техника массажа слѣдующая. Для разслабленія мышцъ шеи голова больного наклоняется слегка внизъ. Врачу лучше всего становиться позади больного и охватывать его шею такъ, чтобы большіе пальцы помѣщались у затылка, а остальные—на передней поверхности шеи; при этомъ при массированіи приходится пользоваться только указательнымъ и среднимъ пальцами. Необходимо какъ можно глубже проникать въ желобъ между дыхательнымъ горломъ и опускающими голову мышцами и еще далѣе — между дыхательнымъ горломъ и позвоночникомъ, при чемъ, сообразно съ положеніемъ возвратнаго нерва, съ лѣвой стороны еще глубже, чѣмъ съ правой. Это проникновеніе далеко вглубь удается лишь тогда, когда пользуются только ногтевой фалангой пальцевъ. Производятъ равномѣрное поглаживаніе снизу вверхъ — отъ ключицы къ подъязычной кости, при чемъ, не смотря на глубокое положеніе пальцевъ, необходимо избѣгать сильнаго давленія, такъ какъ это вызываетъ боли. Если гортань очень подвижна, то ее приходится удерживать другой рукой. Предложенный д-ромъ *Laker*'омъ массажъ гортани извнутри авторъ находитъ непрактичнымъ, такъ какъ онъ очень трудно выполнимъ и непріятенъ для больныхъ (Deutsche med. Wochenschrift, № 46). *А. Коварскій.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 975. Д-ръ *G. Hardy* разбираетъ *значеніе перелоя у женщинъ и возможныя послѣдовательныя отъ него осложненія.* Перелоемъ поражаются большею частью наружныя половыя части и каналъ маточной шейки. Беременность возможна какъ при страданіи женщины острымъ или хроническимъ перелоемъ, такъ и при страданіи острымъ перелоемъ обоихъ супруговъ. Несравненно чаще оплодотвореніе происходитъ въ теченіи хроническаго перелоя матки. Возможно, что перелой, какъ и сифилисъ, вызываетъ выкидышъ. У беременныхъ перелой бываетъ въ 20—25%. Явленія первичнаго зараженія бываютъ значительно легче явленій вторичнаго, послѣдовательнаго. Зараженіе въ послѣднее время беременности или въ первые дни послѣ родовъ сопровождается тревожными явленіями воспаленія тазовой клѣтчатки (pelvioperitonitis). Изъ 68 родильницъ, больныхъ перелоемъ, въ первые дни послѣ родовъ лихорадили 10%; у нестрадавшихъ-же перелоемъ таковыя послѣродовыя явленія наблюдались въ $8^1/_2$%. Перелойныя выдѣленія, по видимому, не оказываютъ замѣтнаго вліянія на раневыя пораженія родового канала. Возможныя пораженія матки и ея придатковъ возникаютъ не ранѣе 3—7—12 недѣль. Изъ болѣе позднихъ послѣдовательныхъ явленій перелойнаго страданія наиболѣе неблагопріятнымъ слѣдуетъ признать возникающее безплодіе женщины. Тождественность послѣродового и перелойнаго ревматизма вполнѣ не установлена; изъ 266 больныхъ перелоемъ родильницъ страдали ревматизмомъ 6 ($2^1/_4$%). На 34 случая послѣродового воспаленія венъ *Sänger* находилъ гонококковъ въ выдѣленіяхъ влагалища въ 34%. Заболѣванія прямой кишки возможны вслѣдствіе затековъ послѣродовыхъ очищеній. *Sargert* описалъ, какъ курьезъ, случай перелойнаго воспаленія грудныхъ железъ у кормящей женщины, при чемъ обнаруженные въ гною гонококки исчезли лишь на 3-ій день. Перелойныя явленіи у маленькихъ дѣвочекъ составляютъ слѣдствіе того или другого вида прямого зараженія (изнасилованіе, переносъ заразы); осложняющіе ихъ процессы могутъ быть таковыми же, какъ и у взрослыхъ. Развитіе общаго перелойнаго воспаленія брюшины сообщено въ 13 случаяхъ, изъ которыхъ 6 кончились смертью. Лѣченіе vulvovaginit'овъ подобнаго характера крайне медленно и состоитъ въ обмываніяхъ и спринцованіяхъ марганцовистокислымъ кали ($^1/_2$: 1000) (Annales d. l. Société méd.-chir. de Liège, по пер. Deutsche Medicinal-Zeitung, № 18). *А. Гаринъ.*

976. Д-ръ *H. Malherbe*, указавъ на возможность появленія кожныхъ явленій въ видѣ пятнистыхъ и даже пузырныхъ высыпей при внутреннемъ употребленіи антипирина, сообщилъ болѣе рѣдкій *случай* подобнаго *высыпанія пятенъ совершенно чернаго цвѣта*, обнаружившихся на половомъ членѣ *вслѣдъ за пріемомъ антипирина.* Проф. *Fournier* первый описалъ такія пятна, назвавъ ихъ чернымъ удомъ (verge noire). Картина припадковъ ихъ мало измѣнчива; иногда они представляютъ ясно реактивныя явленія съ отекомъ, набуханіемъ, разлитою краснотою, предшествуемымъ зудомъ; иногда развиваются безъ всякихъ воспалительныхъ явленій. Появляются пятна неожиданно, хотя больной употреблялъ уже антипиринъ и ранѣе. Разсасываются они в. медленно и, вѣроятно, находятся въ какой-либо зависимости отъ личныхъ особенностей больного въ данное время.

Больной автора, М. Х., 30 л., свѣжій сифилитикъ доброкачественнаго теченія, лѣтъ 15 страдалъ жестокими приступами мигрени, весьма быстро уступавшими 1—2 грм. антипирина. 21/IV, при появленіи такого приступа, онъ принялъ въ полдень $1^1/_2$ грм. антипирина съ полнымъ успѣшнымъ его дѣйствіемъ. Час. въ 6 вечера, къ крайнему изумленію, онъ замѣтилъ, что его половой членъ совершенно почернѣлъ и въ испугѣ обратился къ автору. Осмотрѣнный половой членъ оказался нормальныхъ объема и вида; лишь на тыльной поверхности головки было круговое черносиное пятно, болѣе 2 франковой манеты величиной. По тѣлу больного ничего особеннаго не обнаружено. Припоминая описаніе *Fournier*, авторъ вполнѣ успокоилъ больного.

Подобныя высыпи подходятъ, по мнѣнію автора, къ ограниченнымъ эритематозно-пигментнымъ высыпамъ *Brecq*'а (Gazette médicale de Nantes, № 25). *А. Гаринъ.*

977. *М. П. Гундоровъ* (фармакологическая лабораторія проф. *П. В. Буржинскаго* въ Томскѣ) на основаніи своихъ опытовъ относительно *всасыванія черезъ неповрежденную кожу* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) различныя вещества, служившія для опыта, не всасывались неповрежденной кожей людей и животныхъ изъ мазей, исключеніе составляли лишь аморфный (нѣмецкій) аконитинъ и салициловая кислота, всасываніе которыхъ кожей доказывается физіологическимъ дѣйствіемъ съ помощью химической реакціи; 2) проникающія черезъ неповрежденную кожу не только жидкія, но и кристаллическія вещества, какъ, напр., салициловая кислота, не обусловливаютъ всасыванія другихъ, находящихся въ мази веществъ; 3) ланолинъ не можетъ считаться веществомъ, способствующимъ всасыванію кожей; 4) взглядъ, что вещества, растворяющія кожное отдѣляемое, способствуютъ также всасыванію кожей, не можетъ считаться доказаннымъ: такъ, обмываніе передъ опытомъ несбритой или сбритой кожи у собаки 50%-мъ растворомъ соды и прибавленіе такихъ жидкостей, какъ алкоголь, эѳиръ, хлороформъ, не дали положительныхъ результатовъ; 5) не отрицая вполнѣ значенія механическихъ условій, какъ треніе, надо считать его однако ничтожнымъ, ибо, не смотря на всѣ наличные признаки раздраженія кожи, какъ краснота, зудъ, жженіе и т. д., всасыванія не происходило; и, наоборотъ, салициловая кислота и аморфный аконитинъ проникали въ кожу и при отсутствіи какихъ-либо явленій раздраженія ея; 6) что касается механизма всасыванія черезъ кожу, то оно не объясняется только физико-химическими причинами, какъ явленія имбибаціи, фильтраціи, осмоза и т. д.; это—не физико-химическій, а физіологическій и скорѣе даже біологическій процессъ (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXXI, тетр. 1). *М. Членовъ.*

978. Д-ръ *Sokal* (Львовъ) испробовалъ съ успѣхомъ *гоносанъ* (сочетаніе Kawa-Kawa съ восточно-индійскимъ сандаловымъ масломъ) у 21 больного (18 случаевъ перелоя и 3—воспаленія слизистой оболочки мочевого пузыря). Подъ вліяніемъ этого средства воспалительныя явленія быстро проходятъ, а боли при мочеиспусканіи прекращаются. Въ 16 случаяхъ передняго перелоя излѣченіе наступило въ 3 недѣли. Моча подъ вліяніемъ гоносана скоро прояснялась. Больные переносили его хорошо, иногда лишь появлялась отрыжка. Очень важное обстоятельство—то, что гоносанъ не раздражаетъ вовсе почекъ. Во всѣхъ случаяхъ авторъ тщательно изслѣдовалъ мочу и ни въ одномъ не нашелъ ни бѣлка, ни цилиндровъ (Przegląd lekarski, 8 октября). *С. Островскій.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXLIV. LXVII-ое Общее Собраніе участниковъ Главной вспомогательной медицинской Кассы 21-го ноября 1904 г. [1]).

Общее Собраніе, состоявшееся изъ 29 участниковъ — *В. С. Кудрина, Н. Я. Чистовича, М. Г. Бовина, С. В. Шидловскаго, А. П. Заболотскаго, В. Ф. Штрома, М. Н. Нижегородцева, А. А. Троянова, М. И. Юльскаго, П. Н. Булатова, Ф. Я. Чистовича, К. Д. Ясенскаго, И. М. Бланкфельда, И. К. Недешева, В. Г. Лѣсового, Омельченко, А. Реберна, М. Багрецова, А. Попова, Д. Комаровскаго, М. Покровскаго, А. Н. Рубеля, Якименко, М. Смѣлова, В. А. Арнольдова, Б. И. Хабловскаго, Н. Уптилова, А. В. Амстердамскаго* и *Яковлева* — открыто предсѣдателемъ Комитета главной Кассы *В. С. Кудринымъ*.

1. Казначей Кассы прочелъ актъ ревизіонной Коммиссіи слѣдующаго содержанія: «ревизіонная Коммиссія въ засѣданіи своемъ 9-го октября 1904 г., провѣривъ по приходо-расходнымъ книгамъ капиталъ Главной вспомогательной медицинской Кассы, съ находящимися при ней капиталами Кавказской, Туркестанской и Тульской медицинскихъ Кассъ, а также и отдѣльные нижепоименованные капиталы, нашла, что книги ведены правильно, деньги и %%-ныя бумаги находятся въ цѣлости. 1) По Главной Кассѣ съ капиталами Кавказской, Туркестанской и Тульской Кассъ состоитъ въ приходѣ 26382 р. 83 к. [2]); въ расходѣ 23692 р. 32 к. и въ остаткѣ на лицо 2690 р. 51 к. и %%-ными бумагами 334700 р. 2) Въ капиталѣ *Я. А. Чистовича* состоитъ въ приходѣ 676 р. 80 к., въ расходѣ 449 р. 81 к. и въ остаткѣ на лицо 226 р. 99 к. и %%-ми бумагами 17100 р. 3) Въ капиталѣ *Е. Н. Чистовичъ*—въ приходѣ 1291 р. 79 к.; въ расходѣ 953 р. 66 к. и въ остаткѣ—338 р. 13 к. и %%-ными бумагами 41000 р. 4) Въ капиталѣ *В. А. Манассеина*—въ приходѣ 2722 р. 51 ¼ к.; въ расходѣ 2352 р. 3 к. и въ остаткѣ 370 р. 48 ¼ к. и %%-ными бумагами 20450 р. 5) Въ капиталѣ *Н. И. Пирогова*—въ приходѣ 163 р. 37 к.; въ расходѣ 2 р. 46 к. и въ остаткѣ 160 р. 91 к. и %%-ными бумагами 6000 р. 6) Въ капиталѣ «*стипендій*» въ приходѣ 104 р. 84¼ к.; въ расходѣ 101 р. 25 к. и въ остаткѣ 3 р. 59 ¼ к. и %%-ми бумагами 850 р. 7) Въ капиталѣ *Ю. В. Иванова* въ приходѣ 40 р. 96 ½ к.; въ расходѣ 1 р. и въ остаткѣ 39 р. 96 ½ к. и %%-ными бумагами 650 р. 8) Въ капиталѣ *Э. Э. Эйхвальда* въ приходѣ 36 р. 73 к., въ расходѣ 50 к. и въ остаткѣ 36 р. 23 к. и %%-ными бумагами 400 р. 9) Въ капиталѣ *врачей И. М. Х. Академіи выпуска 1873 г.* въ приходѣ 136 р. 65 ¾ к.; въ расходѣ 95 р. 10 к. и въ остаткѣ 41 р. 55 ¾ к. и %%-ными бумагами 1500 р. 10) Въ капиталѣ *въ память 100-лѣтія И. В.-Медицинской Академіи* въ приходѣ 30 р. 52 ½ к.; въ расходѣ 50 к. и въ остаткѣ 30 р. 2½ к. и %%-ными бумагами 50 р. Всѣ %%-ныя бумаги хранятся въ Государственномъ Банкѣ, въ чемъ имѣются росписки Банка».

2. Собранію были доложены журналы Комитета Главной Кассы отъ 2-го октября и 21-го октября 1904 г., которые и были утверждены.

3. Вопросъ о назначеніи пенсіи д-ру *Д. Я. Попову* возбудилъ оживленныя пренія. *Д. Я. Поповъ* окончилъ курсъ въ Казанскомъ Университетѣ, страдая уже въ то время глухотой. Онъ сдѣлалъ немедленно 1-ый взносъ и тотчасъ-же подалъ прошеніе въ Комитетъ Казанской Кассы о назначеніи ему пенсіи, какъ льготному участнику, на основаніи § 26 Устава, въ размѣрѣ 300 р. Такъ какъ изъ сообщенія самого просителя явствовало, что онъ, не смотря на глухоту, зарабатываетъ около 300 р. перепиской, корректурами и т. д., то Комитетъ Казанской Кассы просьбу д-ра *Попова* отклонилъ и ходатайствовалъ передъ Главнымъ Комитетомъ о назначеніи ему единовременнаго пособія въ размѣрѣ 100 р., которое и было ему выдано 18/ш 1903 г. изъ суммъ Главной Кассы. Послѣ этого д-ръ *Поповъ* женился и снова вошелъ съ ходатайствомъ въ Комитетъ Казанской Кассы о назначеніи ему пенсіи уже въ размѣрѣ 400 р. Комитетъ Казанской Кассы ходатайствовалъ о назначеніи д-ру *Попову* пенсіи въ 100 р. въ доплату до 400 р. къ зарабатываемымъ имъ 300 р. Комитетъ Главной Кассы въ засѣданіи 28/xi 1903 г. нашелъ, что, въ виду способности д-ра *Попова* къ личному труду, въ пенсіи ему слѣдуетъ отказать, но весеннее Общее Собраніе 1904 г. не рѣшило этого вопроса и постановило запросить Комитетъ Казанской Кассы о степени глухоты д-ра *Попова* и о томъ, какого рода его заработокъ, послѣ чего и были получены вышеприведенныя свѣдѣнія. При обсужденіи правъ д-ра *Попова* Главный Комитетъ полагалъ-бы, что подвести его подъ литеру *а* § 17 Устава нельзя, такъ какъ неизлѣчимая болѣзнь не лишаетъ его способности къ труду; онъ можетъ зарабатывать средства даже профессіональнымъ трудомъ, какъ, напр., химическими и микроскопическими анализами, литературнымъ трудомъ и т. д. Д-ръ *А. В. Амстердамскій* стоялъ за назначеніе полной пенсіи въ 400 р. по лит. *б* § 17, какъ врачу, впавшему временно въ крайнюю нужду. *М. Н. Нижегородцевъ* указалъ, что по литерѣ *б* могутъ назначаться лишь единовременныя пособія, какъ видно изъ § 20 Устава.

Въ преніяхъ возбужденъ былъ также вопросъ, слѣдуетъ-ли подъ способностью къ труду подразумѣвать только профессіональный трудъ, или же всякій трудъ, дающій опредѣленный доходъ. Общее Собраніе нашло справедливымъ имѣть въ виду всякій трудъ, дающій постоянный заработокъ.

Н. Я. Чистовичъ обратилъ вниманіе Собранія на то, что самый пріемъ д-ра *Попова* Казанской Кассой, какъ льготнаго участника, былъ неправильный, такъ какъ уже при самомъ вступленіи въ Кассу д-ръ *Поповъ* нуждался въ пособіи, какъ страдающій глухотой, и потому находилъ, что слѣдовало-бы возбудить принципіальный вопросъ, допустимы-ли такіе льготные участники, могущіе принести Кассѣ большой ущербъ. Но, разъ д-ръ *Поповъ* принятъ льготнымъ участникомъ, ему слѣдуетъ назначить вспомоществованіе.

Предсѣдатель *В. С. Кудринъ* указалъ, что въ льготные участники весьма часто вступаютъ чахоточные, вскорѣ переходящіе въ разрядъ вспомоществуемыхъ, что тяжело ложится на Кассу. Д-ръ *Амстердамскій* высказался противъ какихъ-бы то ни было органиченій пріема льготныхъ участниковъ.

Предсѣдатель обратился къ Собранію съ вопросомъ, не желаетъ ли еще кто-нибудь высказаться по возбужденному *Н. Я. Чистовичемъ* вопросу, или перейти къ баллотировкѣ? Собраніе высказалось за послѣднее.

На баллотировку были поставлены 2 вопроса: 1) назначить-ли д-ру *Попову*, постоянное вспомоществованіе,—вопросъ этотъ рѣшенъ утвердительно; 2) назначить ли 400 р., или, согласно предложенію Казанскаго Комитета 100 р.; большинствомъ голосовъ принято предложеніе Казанскаго Комитета о назначеніи д-ру *Попову*, до улучшенія его матеріальнаго положенія, пенсіи въ 100 р. съ 1/i 1903 г. изъ суммъ Казанской Кассы, съ зачисленіемъ выданнаго ему пособія въ счетъ пенсіи.

4. По окончаніи разбора вопросовъ о вспомоществованіи, д-ръ *А. В. Амстердамскій* обратился къ Собранію съ рѣчью, въ которой упрекнулъ Главный Комитетъ въ томъ, что передъ Общимъ Собраніемъ не разсылаются участникамъ печатные Комитетскіе журналы о предстоящихъ къ утвержденію дѣлахъ, въ силу чего члены являются въ Общее Собраніе неподготовленными и должны рѣшать дѣла на основаніи устнаго доклада секретаря; что годовые отчеты печатаются поздно и не разсылаются всѣмъ участникамъ; что пригласительныя повѣстки на Общія Собранія разсылаются далеко не всѣмъ участникамъ Главной Кассы, и на повѣсткахъ не обозначается программа занятій Общаго Собранія. Самую дѣятельность Комитета д-ръ *А. В. Амстердамскій* считаетъ не достаточно энергичной, а Кассу—находящейся въ застоѣ. На недостаточно аккуратную доставку повѣстокъ участникамъ указалъ и д-ръ *Лѣсовой*. Замѣчаніе д-ра *Амстердамскаго* было поддержано нѣкоторыми участниками.

На высказанные д-ромъ *А. В. Амстердамскимъ* упреки секретарь Кассы объяснилъ, что замедленіе печатанія годовыхъ отчетовъ объясняется неаккуратной присылкой ихъ мѣстными Кассами, что годовые отчеты печатаются въ «Русскомъ Врачѣ» и, кромѣ того, 1000 отдѣльныхъ оттисковъ разсылаются Комитетамъ мѣстныхъ Кассъ и отдѣльнымъ участникамъ, и что такой порядокъ соблюдался исключительно въ виду экономіи средствъ Кассы. Что-же касается оповѣщеній о предстоящемъ Общемъ Собраніи, то они печатаются въ наиболѣе распространенномъ медицинскомъ органѣ «Русскомъ Врачѣ», «Новомъ Времени», «Новостяхъ», а повѣстки разсылаются всѣмъ участникамъ Главной Кассы, постоянно живущимъ въ Петербургѣ, и, наконецъ, вывѣшиваются объявленія въ больницахъ и залахъ медицинскихъ Обществъ.

Комитетъ Главной Кассы согласился, что выраженныя участниками желанія должны быть, по мѣрѣ возможности, удовлетворены и что на будущее время, согласно постановленію Общаго Собранія, годовые отчеты будутъ печататься въ количествѣ экземпляровъ по числу участниковъ, коимъ они и будутъ разсылаться черезъ мѣстные Комитеты.

На обвиненіе Кассы въ застоѣ, *М. Г. Бовинъ* указалъ, что въ 1903 г. было выдано вспомоществованій на сумму 34292 р., что свидѣтельствуетъ о процвѣтаніи, а не застоѣ Кассы.

Далѣе д-ръ *А. В. Амстердамскій* высказалъ упреки Коммиссіи, избранной 2½ года назадъ для разработки вопроса о возможности увеличенія нормъ пенсій и общаго пересмотра Устава. Указавъ на то, что Коммиссія уже 2½ года тянетъ это дѣло, д-ръ *Амстердамскій* считаетъ, что и Главный Комитетъ индифферентно относится къ дѣятельности Коммиссіи.

Относительно этого предсѣдатель Коммиссіи *А. П. Заболотскій* заявилъ, что для рѣшенія вопроса объ измѣненіи нормъ пенсій необходимо было обработать громадный статистическій матеріалъ за 31 годъ дѣятельности Кассы и что разработку этого матеріала приняли на себя д-ра *В. И. Гребенщиковъ* и *А. В. Амстердамскій*. *В. И. Гребенщиковъ* давно уже напечаталъ свой трудъ, д-ръ-же *А. В. Амстердамскій* до сихъ поръ не представилъ еще въ Коммиссію ни своей работы, ни своего особаго мнѣнія по разнымъ вопросамъ, возникавшимъ

---

[1]) Печатаемъ любезно присланный намъ глубокоуважаемымъ секретаремъ Главной Кассы *М. Г. Бовинымъ* оффиціальный Протоколъ Общаго Собранія участниковъ Главной Кассы 21-го минувшаго октября въ виду выраженнаго нѣкоторыми изъ присутствовавшихъ сомнѣнія въ небеспристрастности Отчета объ Общемъ Собраніи д-ра *А. В. Амстердамскаго*, напечатаннаго въ № 45 «Русскаго Врача».—*Ред.*

[2]) Суммы вездѣ, кромѣ цифры, обозначены еще и прописью.—*Ред.*

при пересмотрѣ Устава. Хотя въ послѣднемъ Общемъ Собраніи и постановлено было передать собранныя д-рами *Гребенщиковымъ* и *Амстердамскимъ* данныя спеціалистамъ-математикамъ, но такое постановленіе не могло быть исполнено, такъ какъ д-ръ *А. В. Амстердамскій* не доставилъ своей статистической работы и такимъ образомъ дѣятельность Коммиссіи затормазилась исключительно только д-ромъ *Амстердамскимъ*.

Д-ръ *Амстердамскій*, не отрицая факта, что имъ не были представлены собранные матеріалы, мотивировалъ это тѣмъ, что ему, будто-бы, было отказано въ субсидіи на переписку его обширнаго труда, тогда какъ д-ру *В. И. Гребенщикову* было дано Комитетомъ 200 р. Но на это д-ръ *А. П. Заболотскій* возразилъ, что, по соглашенію съ Комитетомъ, рѣшено было дать д-ру *Амстердамскому* просимую субсидію, о чемъ и было сообщено ему въ Коммиссіи.

Н. Я. Чистовичъ просилъ Общее Собраніе обратить вниманіе на то обстоятельство, что Коммиссія была избрана по почину д-ра *Амстердамскаго*, поднявшаго вопросъ объ увеличеніи нормъ пенсій, и поэтому естественно, что Коммиссія обратила главное вниманіе на необходимый для рѣшенія этого вопроса разборъ статистическаго матеріала, потребовавшій очень много времени. А что обвиненіе Коммиссіи въ проволочкѣ дѣла совершенно незаслужено ею, видно изъ самаго числа засѣданій Коммиссіи, собиравшейся 36 разъ, а потому несправедливо обвинять членовъ Коммиссіи, такъ много потрудившихся на пользу Кассы.

Послѣ этого д-ръ *А. В. Амстердамскій*, признавая, что финансовая сторона вопроса не можетъ быть скоро рѣшена, настаивалъ на немедленномъ пересмотрѣ другихъ пунктовъ Устава, въ особенности §§ 3 и 63.

Предсѣдатель обратилъ вниманіе, что, согласно съ Уставомъ, разсмотрѣніе какихъ-бы то ни было предложеній въ Общемъ Собраніи можетъ быть допущено только послѣ предварительнаго внесенія ихъ въ Комитетъ, а докладъ Коммиссіи до сего времени не представленъ еще Комитету. Кромѣ того, частичный пересмотръ Устава едва-ли былъ-бы удобенъ, такъ какъ Общимъ Собраніемъ 1902 г. была избрана Коммиссія по пересмотру Устава спеціально для пересмотра нормъ пенсій, а потому теперь не слѣдовало-бы отмѣнять того, что было постановлено Общимъ Собраніемъ 1902 г. Въ виду сего предсѣдатель и *М. Н. Нижегородцевъ* высказывались за разсмотрѣніе проэкта Коммиссіи въ полномъ объемѣ, тѣмъ болѣе, что для представленія проэкта новаго устава на утвержденіе придется выждать заключенія спеціалистовъ для опредѣленія нормъ пенсій. Поэтому они находили, что предпочтительнѣе—возможно ускорить разработку финансовой стороны, чѣмъ искусственно дѣлить разсмотрѣніе §§ Устава. Большинство-же присутствовавшихъ участниковъ Кассы поддержало предложеніе д-ра *А. В. Амстердамскаго*, къ чему присоединился также членъ Коммиссіи *Ф. Я. Чистовичъ*.

Согласно этому и постановлено было выдѣлить пересмотръ только тѣхъ пунктовъ Устава, которые не связаны съ финансовыми соображеніями.

Подлинный подписали: Предсѣдатель *В. Кудринъ*, Товарищъ предсѣдателя *Н. Чистовичъ*, Казначей *В. Штромъ*, Члены: *А. Заболотскій*, *М. Нижегородцевъ*, *С. Шидловскій*, *А. Троянов*, Секретарь *Бовинъ*.

CXLV. *Изъ Акушерско-гинекологическаго Общества при Московскомъ Университетѣ.*

(Годовое засѣданіе 6-го октября).

Г. А. Соловьевъ. Къ 150-лѣтію акушерства въ Москвѣ.

Ч. пр. *Л. Н. Варнекъ. О современныхъ способахъ т. наз. коренного хирургическаго лѣченія рака матки.* Разобравъ литературу вопроса, докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Употребляющееся въ настоящее время удаленіе железъ при брюшномъ вырѣзываніи раковоперерожденной матки не играетъ никакой роли въ смыслѣ полученія лучшихъ конечныхъ результатовъ. Удаленіе же околоматочной клѣтчатки, если она здорова на видъ, представляетъ громадныя трудности даже и при операціи со стороны брюшной полости и вслѣдствіе тѣснаго соприкосновенія ея съ околопузырной, околопрямокишечной и околовлагалищной клѣтчаткой и съ лимфатическими путями едва ли возможно коренным образомъ. Гораздо легче удаленіе раковопропитанной околоматочной клѣтчатки, и, если это пропитываніе умѣренное, то вылущеніе доступно и черезъ влагалище при помощи разрѣза *Schuchardt*'а; если-же оно слишкомъ распространено, удаленіе невозможно никакимъ путемъ. Въ виду невозможности полнаго удаленія всѣхъ железъ и окружающей ихъ соединительной ткани, а потому и безцѣльности брюшного вылущенія раковой матки многіе операторы какъ, напр., *Olshausen*, *Hofmeier*, *Д. О. Отмъ*. *Richelot*, *Carstens*, *Staude*, *Chrobak*, *Pfanenstiel*, *Jordan*, *Schauta*, и теперь еще стоятъ за влагалищный способъ удаленія. Въ 1896 г. *Schuchardt* предложилъ испробованный уже имъ вспомогательный т. наз. околовлагалищный (паравагинальный) разрѣзъ при влагалищномъ вылущеніи матки, который даетъ значительный просторъ поля операціи и полную возможность удалить матку въ связи съ значительною частью околоматочной клѣтчатки. Благодаря этому разрѣзу, отдѣленіе пузыря и, главное, мочеточниковъ производится легко и подъ наблюденіемъ зрѣнія. Лишь въ послѣднее время этимъ способомъ стали пользоваться *Staude*, *Jordan*, *Zweifel*, v. *Herff*, *Winter* и др.; особенно стоитъ за него *Schauta*. У *Wertheim*'а и *Schauta* имѣются наблюденія на 120 случаяхъ, при чемъ *Wertheim* могъ оперировать брюшнымъ способомъ въ среднемъ въ 42,9% всѣхъ представившихся ему случаевъ рака матки, *Schauta*-же влагалищнымъ путемъ съ примѣненіемъ вспомогательнаго разрѣза *Schuchardt*'а—въ 44,3%; на эти числа у *Wertheim*'а погибли отъ операціи 20%, у *Schauta* 12% оперированныхъ больныхъ. Сравнивая эти 2 способа коренного лѣченія рака матки, докладчикъ стоитъ за влагалищный способъ, такъ какъ онъ даетъ значительно лучшіе непосредственные результаты. Въ заключеніе докладчикъ сообщилъ результаты примѣненія имъ брюшного удаленія раковоперерожденной матки съ вылущеніемъ тазовыхъ железъ и клѣтчатки. Всѣхъ случаевъ (больныя лежали въ 1-ой городской больницѣ) было 14, изъ нихъ 11 проведены докладчикомъ, а 3—врачами Отдѣленія при его ассистированіи. По возрасту больныя распредѣлялись такъ: между 25—30 г. были 2, 31—35 г. 2, 36—40 г. 2, 41—45 г. 4, 46—50 г. 2, 55 л. 1 и 60 л. 1. Во всѣхъ случаяхъ былъ ракъ шейки матки, но съ такимъ пораженіемъ околоматочной клѣтчатки, что типическое влагалищное вылущеніе матки было или невозможно, или крайне затруднительно. Въ 1 случаѣ ракъ перешелъ на верхнюю часть влагалища, въ 1 на мочевой пузырь. Околоматочная клѣтчатка, насколько возможно, старательно удалялась во всѣхъ случаяхъ. Въ 7 случаяхъ железы оказались при операціи не увеличенными и мягкими, почему и были оставлены. Въ остальныхъ 7 случаяхъ, гдѣ железы были удалены, онѣ въ 4 при микроскопическомъ изслѣдованіи оказались лишь воспалительно измѣненными, а въ 3—раковоперерожденными. Въ 1 случаѣ былъ пораненъ и зашитъ мочевой пузырь. Изъ 14 оперированныхъ умерли 6: 4 отъ гнилокровія (черезъ 1—6 сутокъ послѣ операціи), 1 отъ паралича сердца (черезъ 12 час.) и 1 отъ истощенія (черезъ 4 мѣс.—единственный случай со свищемъ мочеточника). Изъ 8 выписавшихся страдали въ послѣоперационное время высокой лихорадкой, циститомъ и нагноеніемъ въ швахъ 4; другія 4 или совсѣмъ не лихорадили, или лихорадили незначительно и не болѣли воспаленіемъ мочевого пузыря. Черезъ мѣсяцъ или мѣсяцъ съ небольшимъ выписались 4, черезъ $1^1/_2$ мѣс. 2, черезъ $4^1/_2$ мѣс. 1, и черезъ 6 мѣс. 1. Съ влагалищно-пузырнымъ свищемъ выписались 2—одна, у которой пузырь былъ пораненъ и зашитъ во время операціи, и другая, у которой, по видимому, наступило частичное омертвѣніе пузыря въ послѣоперационное время. Что касается дальнѣйшей судьбы выписавшихся, то возвратъ (самая ранняя операція произведена въ маѣ 1902 г.) опредѣленъ уже у 4 изъ 8 оперированныхъ, а именно у 1—черезъ 5 мѣс. и у 3 приблизительно черезъ годъ.

Выслушаны *Отчеты* секретаря, казначея, библіотекаря и ревизіонной Коммиссіи за 1903—1904 г.

Въ административномъ засѣданіи происходили выборы должностныхъ лицъ. Товарищъ предсѣдателя ч. пр. *Л. Н. Варнекъ*, по уставу Общества, принялъ обязанности предсѣдателя; товарищемъ предсѣдателя избранъ проф. *А. М. Макѣевъ*, секретарями—*П. К. Унтиловъ* и *С. Я. Боярскинъ*, казначеемъ—*Г. Л. Грауэрманъ*, библіотекаремъ—*И. К. Никитинъ*, членами ревизіонной Коммиссіи—*Г. А. Соловьевъ*, *А. П. Соколовъ* и *Г. Ф. Матвѣевъ*.

С. Боярскинъ.

CXLVI. *Изъ Общества психіатровъ въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 30-го октября).

Проф. *Л. В. Блуменау. Демонстрація нейрофибриллъ по новому способу Ramon y Cajal'я.* Докладчикомъ показаны препараты нервныхъ клѣтокъ изъ мозговъ кроликовъ и одного мальчика, умершаго отъ мочекровія, окрашенныхъ по новому способу *Ramon y Cajal*'я. Нейрофибриллы образуютъ внутри тѣла клѣтки сѣть, выраженную гораздо яснѣе въ клѣткахъ спинного мозга. Окончанія подходящихъ къ клѣткамъ осевыхъ цилиндровъ имѣютъ видъ концевыхъ пуговокъ, описанныхъ *Auerbach*'омъ. Они прилегаютъ къ поверхности клѣтки и ея дендритовъ, не вступая въ связь съ внутриклѣточными фибриллами, что особенно хорошо видно на спинномозговыхъ клѣткахъ. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ наблюдаются цѣлыя гнѣзда изъ этихъ бляшекъ. Въ пирамидальныхъ клѣткахъ ребенка, умершаго отъ мочекровія, наблюдается какъ бы увеличеніе клѣтокъ и распадъ нейрофибриллъ.

М. С. Добротворскій, разсматривая препараты, вынесъ такое впечатлѣніе, что булавовидныя окончанія какъ-бы выходятъ изъ клѣтокъ.

М. Н. Жуковскій согласенъ съ докладчикомъ о свободномъ окончаніи фибриллъ около клѣтокъ, къ существованію же внутриклѣточныхъ сплетеній въ видѣ гнѣздъ относится скептически, такъ какъ встрѣчалъ такія гнѣзда только въ спинномъ мозгу. *Ж.* недавно дѣлалъ докладъ объ этомъ способѣ въ Обществѣ клиническихъ врачей и признаетъ его положительныя качества.

Акад. *В. М. Бехтеревъ* указалъ на то, что способъ новой окраски разрабатывается у него въ клиникѣ, но высказаться опредѣленно относительно проведенія раздраженія пока еще нельзя.

Проф. *Н. Е. Введенскій. Рефлекторный приборъ и стрихнинъ.* Докладчикъ поставилъ задачей изслѣдовать, какое вліяніе имѣютъ частота и сила наведеннаго тока на эффектъ раздраженія чувствительнаго нерва при стрихнинномъ отравленіи. Вопросъ этотъ интересовалъ его спеціально въ виду тѣхъ законовъ, которые имъ были установлены раньше на нервно-мышечномъ приборѣ. Изслѣдованія производились пока на лягушкѣ. Главнѣйшіе результаты слѣдующіе. Въ 1-ой стадіи, до появленія судорогъ, обращаетъ на себя вниманіе тотъ фактъ, что, рядомъ съ обще-

извѣстнымъ повышеніемъ раздражительности чувствительнаго нерва, эффектъ его раздраженія все болѣе начинаетъ сближаться съ эффектомъ раздраженія двигательнаго нерва (въ отношеніи простоты и опредѣленности реакцій). Но есть и нѣкоторыя отличія. Одиночный индукціонный ударъ максимальной и минимальной силы, какъ и на сердцѣ, вызываютъ эффектъ одинаковой высоты. Во 2-ой стадіи, характеризующейся появленіемъ судорогъ, тетанизація какого-либо чувствительнаго нерва вызываетъ тормаженіе ихъ и при томъ во *всѣхъ* отдѣлахъ рефлекторнаго прибора. Въ 3-ей стадіи (по прекращеніи судорогъ) всякое электрическое раздраженіе вызываетъ лишь короткое и слабое рефлекторное сокращеніе, рефлекторный приборъ обнаруживаетъ рѣзкую истощаемость. Дальнѣйшія изслѣдованія посвящены выясненію отношеній между стимулирующими и тормазящими эффектами въ первыхъ 2-хъ стадіяхъ. Появленію первыхъ благопріятствуютъ рѣдкія и слабыя раздраженія, появленію вторыхъ—болѣе сильныя и частыя. Но, если поддерживать послѣднія дольше или прикладывать ихъ чрезъ малые промежутки времени, то тормазящій эффектъ все ослабѣваетъ и смѣняется стимулирующимъ. Когда это наступаетъ, то тормазящій эффектъ можетъ быть вызванъ тотчасъ-же опять раздраженіемъ какого-либо другого (свѣжаго) чувствительнаго нерва. Идя дальше въ анализѣ явленій, докладчикъ приходитъ къ выводу, что тормазящій эффектъ слагается въ двигательныхъ центрахъ (за извѣстными исключительными случаями, когда онъ можетъ возникнуть въ периферическомъ приборѣ двигательнаго нерва). Все это привело его къ заключенію, что для возникновенія тормаженія въ двигательныхъ центрахъ импульсы должны приходить къ нимъ съ чувствительной $^1/_2$ рефлекторнаго прибора достаточно сильными и частыми (аналогія съ тѣмъ, что раньше докладчикъ установилъ для концевой пластинки при раздраженіи двигательнаго нерва). Обращаетъ въ этихъ опытахъ на себя вниманіе *единство* рефлекторнаго прибора. Раздраженіемъ любого чувствительнаго нерва можно вызвать на стрихнизированномъ животномъ какъ эффекты возбужденія *во всѣхъ отдѣлахъ* рефлекторнаго прибора, такъ и всеобщее тормаженіе. Хотя докладчикъ и не склоняется съ рѣшительностью въ сторону ни той, ни другой гистологической теоріи строенія нервныхъ центровъ, но ему кажется, что теорія *Apathy* и *Bethe* могла-бы проще объяснить картину наблюдаемыхъ явленій. Въ заключеніе сообщенъ былъ опытъ, произведенный докладчикомъ совмѣстно съ кн. *Ухтомскимъ*, гдѣ двигательныя точки коры на собакѣ раздражались приложеніемъ бумажки, смоченной въ растворѣ стрихнина. Появившіяся движенія въ извѣстныхъ мышцахъ противоположной стороны тотчасъ-же тормазились, какъ только какой-либо чувствительный нервъ подвергался тетанизаціи наведеннымъ токомъ, даже очень умѣренной силы. — Докладу было предпослано изложеніе методики опытовъ. (Въ передачѣ докладчика).

По поводу этого сообщенія было высказано нѣсколько замѣчаній проф. *Л. В. Блуменау*, *А. В. Герверомъ*, ч. пр. *П. Я. Розенбахомъ* и акад. *В. М. Бехтеревымъ*, при чемъ *В. М.* было указано, что теорія *Bethe* не находитъ себѣ подтвержденія гистологически; допускать отдѣльные тормазящіе нервы тоже нѣтъ положительныхъ данныхъ. *С. Любимовъ.*

CXLVII. *Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ.*

(Засѣданіе 3-го ноября).

А. А. Кисель показалъ мальчика, 13 л., страдающаго нарастающимъ окостенѣвающимъ воспаленіемъ мышцъ (myositis ossificans progressiva multiplex). Больной этотъ впервые попалъ подъ наблюденіе докладчика еще въ 1893 г. и тогда-же былъ описанъ (см. «Врачъ», 1893 г., № 32). За этотъ промежутокъ времени онъ нѣсколько разъ поступалъ въ больницу, при чемъ постоянно наблюдалось дальнѣйшее развитіе болѣзни: мышцы шеи, груди и рукъ поражались все болѣе и болѣе; однако болѣзнь далеко не одинаково захватывала отдѣльные группы мышцъ. Крайне интересно то обстоятельство, что за все это время ни разу не наблюдалось ограниченныхъ, временныхъ припуханій мышцъ, которыя наблюдались во время 1-го пребыванія больного въ больницѣ. Можно было только убѣждаться, что постепенно мышцы становятся плотнѣе, пріобрѣтаютъ плотность кости и что въ этотъ процессъ вовлекаются одна за другой все новыя мышцы. Между прочимъ, нѣсколько лѣтъ назадъ былъ удаленъ кусочекъ 2-главой мышцы лѣваго плеча; она оказалась превращенной въ кость, что подтвердилось и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Кромѣ того, на различныхъ костяхъ верхней $^1/_2$ туловища появилось много костныхъ отложеній въ видѣ неправильныхъ бугристыхъ массъ. Въ настоящее время при изслѣдованіи больного найдено: Мальчикъ — хорошо упитанъ, развитъ соотвѣтственно возрасту. Внутренніе органы безъ измѣненій. Голова совершенно неподвижна, немного наклонена кпереди; съ шеей и туловищемъ она представляетъ плотную массу. Ротъ открывается только на 2 стм. Мышцы шеи возлѣ позвоночника, подъ подбородкомъ, и на передней поверхности шеи по средней линіи—плотности кости. Большія грудныя мышцы чрезвычайно плотны на ощупь, бугристы. Лопаточныя мышцы нѣсколько плотны. Вдоль позвоночника тянется значительный костный выступъ неправильной формы, изогнутый въ верхней части вмѣстѣ съ позвоночникомъ кпереди. Въ нѣсколькихъ мѣстахъ на немъ выступаютъ отдѣльныя утолщенія въ видѣ шиповъ. На остяхъ лопатокъ находятся костные выступы; такіе-же костные выступы находятся спереди на ребрахъ, вблизи окостенѣвшихъ большихъ грудныхъ мышцъ. Почти всѣ плечевыя мышцы очень сильно измѣнены. Мышцы предплечій и кистей измѣненій не представляютъ. Въ локтевыхъ суставахъ подвижность очень ограничена, въ луче-запястномъ — нормальная. Мышцы живота напряжены. Въ толщѣ передней стѣнки живота прощупывается тонкій плотный тяжъ. Справа между 12-мъ ребромъ и гребнемъ подвздошной кости имѣется очень плотная перемычка. Мышцы нижнихъ конечностей и ягодицъ безъ измѣненій. — Случай этотъ представляетъ интересъ, помимо крайней рѣдкости, во многихъ отношеніяхъ. Докладчикъ имѣлъ возможность наблюдать появленіе временныхъ опухолей на мышцахъ, при чемъ одна изъ нихъ была изслѣдована микроскопически; далѣе, можно было убѣдиться, что отложеніе костнаго вещества въ пораженныхъ мышцахъ наступаетъ очень поздно, и вообще этотъ процессъ развивается крайне медленно. Наконецъ, докладчикъ указалъ на то, что трудно представить себѣ болѣе типичный случай; больной этотъ много разъ былъ показываемъ въ различныхъ Обществахъ и никто изъ видѣвшихъ его не высказывалъ сомнѣнія въ правильности распознаванія; только *Karger* и *Lorens* на основаніи знакомства со случаемъ по рефератамъ въ иностранныхъ журналахъ отнесли его къ сомнительнымъ. Обоихъ авторовъ ввело въ заблужденіе то обстоятельство, что нѣкоторыя опухоли мышцъ быстро рассосались, а мальчикъ въ это время принималъ препараты іода.

А. А. Соколовъ. О лѣченіи парши у дѣтей (съ предъявленіемъ излѣченнаго больного). Во внутреннемъ отдѣленіи дѣтской больницы св. Владиміра въ Москвѣ докладчикъ наблюдалъ 2 случая сильно развитой парши волосистой части головы, окончившихся полнымъ излѣченіемъ. 1. А. А., персъ, 9 или 10 л., боленъ, по его словамъ, уже давно. Бо́льшая часть покрытой волосами кожи головы находится подъ толстыми, сѣровато-бѣлыми, рыхлыми корками. На темени—большая потеря волосъ; изъ оставшихся многіе потеряли свой блескъ и легко выдергиваются. Подъ корками кожа оказалась красной, припухшей, сочной, мѣстами лишенной эпидермиса, мокнувшей; на макушкѣ она атрофирована и почти совсѣмъ лишена волосъ. Въ чешуйкахъ и волосахъ найдены нити и споры грибка парши. Лѣченіе продолжалось 1 годъ 4 мѣс. Въ результатѣ его—у больного очень хорошіе волосы, исключая темени, гдѣ они рѣдки. Съ тѣхъ поръ прошло болѣе 2-хъ лѣтъ; возврата болѣзни нѣтъ.—2. Т. К., 9 л., дочь крестьянина Рязанской губ., больна около 5 лѣтъ. Процессомъ захвачена почти вся волосистая часть головы. Волосы очень разрѣжены, мѣстами ихъ совсѣмъ нѣтъ; многіе изъ оставшихся имѣютъ характерный пыльный видъ. Кожа покрыта множествомъ типичныхъ бляшекъ, по удаленіи которыхъ она оказалась красной, инфильтрированной, мѣстами мокнущей. Подъ микроскопомъ—нити и споры achorion'а. Лѣченіе продолжалось 1 годъ и 1 мѣс. Въ результатѣ—прекрасные волосы, слегка разрѣженные только на небольшомъ пространствѣ въ теменной области. Докладчикъ видѣлъ больную черезъ 8 мѣс.; возврата болѣзни не было.—При выработкѣ способа лѣченія парши должно исходить изъ слѣдующихъ 2-хъ положеній: 1) achorion въ разводкѣ, какъ и всякая плѣсень, крайне нестоекъ по отношенію къ бактеріеубивающимъ средствамъ; 2) примѣненіе-же послѣднихъ—даже и самыхъ сильныхъ — при паршѣ головныхъ волосъ оказывается обыкновенно безуспѣшнымъ. Послѣднее происходитъ отъ того, что грибокъ парши гнѣздится, между прочимъ, въ корнѣ волоса и въ корневомъ влагалищѣ, гдѣ онъ совершенно недоступенъ дѣйствію какихъ-бы то ни было мѣстныхъ средствъ. Чтобы сдѣлать ихъ дѣйствительными, нужно открыть имъ путь въ волосной мѣшечекъ, т. е. нужно вырвать волосъ, что составляетъ самое главное, самое необходимое въ лѣченіи парши. Эпиляція должна быть обширной, такъ какъ границы распространенія процесса не легко поддаются точному опредѣленію, и въ пораженной области должны быть удалены всѣ волосы до одного, потому что мѣшечки волосъ, кажущихся на глазъ здоровыми, могутъ быть уже заражены. Такъ какъ при самомъ осторожномъ выдергиваніи часть волосъ обрывается и часть мѣшечковъ, слѣд., остается зараженной, то эпиляція должна быть повторной, многократной. Вслѣдъ за каждымъ сеансомъ эпиляціи слѣдуетъ примѣнять чужеядно-убивающія средства, изъ которыхъ, вѣроятно, многія окажутся при этомъ очень дѣйствительными. Въ обоихъ случаяхъ докладчика у больныхъ ежедневно вырывались волосы на извѣстномъ участкѣ, который затѣмъ и смазывался разведенной іодной настойкой (іодной настойки 10,0, 60°-го виннаго спирта 40,0). Этою-же настойкой ежедневно смазывалась и вся волосистая часть головы. Вслѣдствіе этого прежде подвергавшіеся вырыванію участки съ оборванными волосами не могутъ сдѣлаться новыми очагами зараженія; на тѣхъ-же мѣстахъ, до которыхъ эпиляція еще не дошла, іодная настойка обеззараживаетъ зараженные волосы и убиваетъ грибки парши, заключающіеся въ эпидермоидальномъ покровѣ кожи. Іодная настойка избрана докладчикомъ для лѣченія парши изъ множества предлагавшихся мѣстныхъ средствъ потому, что она, по видимому, вообще хорошо обеззараживаетъ кожу; ея спиртъ легче, чѣмъ другія вещества, проникаетъ въ эпидермисъ, а іодъ производитъ отслаиваніе послѣдняго. Чтобы сдѣлать возможнымъ ежедневное смазываніе іодной настойкой, она примѣнялась въ указанной степени разведенія, съ слабымъ спиртомъ; въ такомъ видѣ она не причиняетъ жженія и не вызываетъ дерматита. Вырыванію волосъ дѣти также легко подчиняются. Докладчикъ думаетъ, что методическимъ и настойчивымъ примѣненіемъ этого способа лѣченія можно, хотя и въ продолжительный срокъ, излѣчить всѣ случаи парши. (Въ передачѣ докладчика).

Г. Е. Владиміровъ: Я наблюдалъ 2 случая излѣченной парши у мальчиковъ 10 и 7 л. До этого болѣзнь у нихъ длилась нѣсколько лѣтъ; примѣнялись преимущественно различныя мази

(частью дѣлалось и вырываніе волосъ), но успѣха не получалось. Я примѣнялъ ежедневно самую тщательную эпиляцію, послѣ чего голова обмывалась растворомъ сулемы 1:1000, а вечеромъ еще разъ обмывалась водой и зеленымъ мыломъ. Лѣченіе продолжалось въ одномъ случаѣ 1½ года, въ другомъ 3 мѣс. Теперь оба мальчика совершенно здоровы. Послѣ окончанія лѣченія въ одномъ случаѣ прошло 10 лѣтъ, въ другомъ — нѣсколько мѣсяцевъ. Распознаваніе у моихъ больныхъ было подтверждено микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Техникѣ выдергиванія волосъ я придаю самое главное значеніе: оно должно производиться повторно; волоса слѣдуетъ удалять непремѣнно съ корнемъ, что легко удается, если тянуть волосъ по направленію его роста, захватывая какъ можно ближе къ корню; въ пинцетъ не слѣдуетъ захватывать сразу нѣсколько волосъ. Для меня ясно, что дѣйствительна только эпиляція; примѣненіе-же того или другого мѣстнаго средства совершенно безразлично.

А. А. Кисель: Мнѣ впервые приходится видѣть полное излѣченіе при паршѣ. У насъ въ больницѣ лежало нѣсколько дѣтей съ этой болѣзнью, но обыкновенно родители черезъ 4—6 мѣс. теряли терпѣніе и брали дѣтей домой, прекращая такимъ образомъ лѣченіе. Въ настоящее время у меня лѣчится амбуляторно мальчикъ, 10 л. Лѣченіе ведется уже 3 года, при чемъ нерѣдко въ теченіи 3—4 мѣсяцевъ ребенокъ кажется выздоровѣвшимъ, а потомъ снова наступаетъ возвратъ. Въ 1 случаѣ, у ребенка, въ возрастѣ около года, я наблюдалъ бляшку парши на щекѣ (микроскопическое изслѣдованіе) и ничтожное пораженіе волосистой части головы. Подъ вліяніемъ только смазыванія іодной настойкой (безъ вырыванія волосъ) страданіе дов. скоро исчезло, и 3 мѣсяца ребенокъ оставался здоровымъ, а затѣмъ исчезъ изъ-подъ наблюденія. Трудно себѣ представить, чтобы эпиляціей удавалось удалить рѣшительно всѣ волосы. Я думаю, что нѣкоторая часть ихъ всегда остается, а, кромѣ того мы знаемъ, что грибкомъ поражаются не только волосы, но и эпидермоидальныя клѣтки корневыхъ влагалищъ, которыя остаются на своихъ мѣстахъ при удаленіи волосъ, слѣд., одного вырыванія волосъ недостаточно, и приходится прибѣгать къ различнымъ веществамъ, убивающимъ грибокъ парши; я обыкновенно пользуюсь неразведенной іодной настойкой.

Докладчикъ: Авторы указываютъ, что парша имѣетъ неопредѣленно долгое теченіе и не обладаетъ наклонностью къ самоизлѣченію; въ литературѣ упоминается случай 70-лѣтней давности. Такъ какъ при эпиляціи часть волосъ неизбѣжно обрывается, то потому-то и необходимо повторять ее. Разумѣется, чужеядноубивающія средства необходимы для уничтоженія грибковъ, остающихся въ волосяныхъ мѣшечкахъ, а также въ эпидермисѣ и въ наружной части волосъ, которые еще не удалены и, слѣд., могутъ заражать здоровые участки. Я пользуюсь разведенной іодной настойкой; чистая-же вызываетъ дов. сильную боль, особенно въ началѣ лѣченія.

А. Э. Гиппіусъ: Въ виду возможности самозараженія посредствомъ чепчиковъ и шапокъ необходимо послѣдніе держать въ чистотѣ и часто обеззараживать.

П. А. Шаркевичъ-Шаржинскій: Способъ лѣченія парши посредствомъ вырыванія волосъ и непріятенъ для больныхъ и очень длителенъ. Въ случаяхъ докладчика лѣченіе продолжалось болѣе года. Несомнѣнно, что это служитъ причиной не частыхъ случаевъ полнаго излѣченія парши. Поэтому естественно желаніе дерматологовъ найти другое средство, скорѣе приводящее къ цѣли; и мы въ дерматологической клиникѣ дѣлаемъ въ этомъ направленіи опыты. Не надо забывать и значенія разстройства общаго питанія при паршѣ и вести лѣченіе и въ этомъ направленіи.

Л. П. Александровъ: Какъ изъ прочитаннаго доклада, освященнаго 2-мя блестящими случаями излѣченія парши, такъ и изъ возникшихъ по этому поводу преній вполнѣ подтверждается принятый взглядъ, что въ настоящее время единственно надежнымъ способомъ лѣченія парши является вырываніе волосъ. Всѣ остальныя мѣстныя средства могутъ служить только побочными пособниками лѣченія. Успѣхъ, достигаемый эпиляціей, не исключаетъ, конечно, потребности въ отысканіи другого способа, столь-же вѣрнаго, но болѣе быстраго и менѣе непріятнаго для больныхъ.

Б. А. Эмзъ. 101 случай лѣченія скарлатины сывороткой. Предметомъ доклада служитъ обзоръ лѣченія 101 случая скарлатины *Moser*'овской и поливалентной противострептококковой сывороткой. Наблюденія произведены въ Морозовской дѣтской больницѣ въ Москвѣ за время отъ 15 апрѣля по 15 октября 1904 г. Всего больныхъ за это время въ скарлатинное отдѣленіе больницы поступило 389; изъ нихъ 78 подверглись лѣченію *Moser*'овской поливалентной сывороткой и 23 поливалентной противострептококковой; обѣ сыворотки доставлялись Московскимъ бактеріологическимъ Институтомъ. Больные для сывороточнаго лѣченія отбирались наиболѣе тяжелые. По тяжести больные распредѣлены въ 4 группы (по схемѣ *Moser*'я); легкимъ (1-ая группа) не впрыскивалась сыворотка вовсе, изъ среднихъ (2-ая группа) 20 была впрыснута *Moser*'овская и 4—поливалентная, изъ тяжелыхъ (3-ья группа) 42—*Moser*'овская и 11—поливалентная, изъ очень тяжелыхъ (4-ая группа) 16—*Moser*'овская и 8—поливалентная. Впрыскиваніе производилось шприцемъ проф. *А. А. Боброва* въ боковыя поверхности стѣнокъ живота, по 75,0—100,0 въ каждую сторону. Количество впрыскиваемой сыворотки—отъ 100,0 до 200,0 заразъ; въ случаѣ повторенія впрыскивалось еще 100,0. Результаты лѣченія отъ обѣихъ сыворотокъ получались различные. Выгоды, къ которымъ пришелъ докладчикъ относительно дѣйствія *Moser*'овской сыворотки, слѣдующіе: 1) изъ 78 больныхъ умерли 10, что составляетъ 12,8% смертности. Изъ этихъ случаевъ 2 принадлежали къ 3-ей группѣ и 8 были безнадежны. Изъ 10 умершихъ 2 умерли до сутокъ, 3 погибли отъ другихъ заболѣваній, бывшихъ уже въ моментъ впрыскиванія жидкости (бронхопнеймонія послѣ дифтеріи, катарральная пнеймонія и плейропнеймонія) и 1 больной умеръ при очень позднемъ впрыскиваніи сыворотки (на 8-ой день). Остальные 4 умерли при своевременномъ введеніи сыворотки. Здѣсь сыворотка не оказала своего обычнаго антитоксическаго дѣйствія. Изъ исключенныхъ болѣе легкихъ 288 больныхъ умерли 30, что составляетъ 10,4%. За 1903 г. % смертности по матеріалу Морозовской больницы составляетъ 22,9. 2) Черезъ сутки или двое замѣчается рѣзкое улучшеніе общаго состоянія, появляется позывъ на ѣду, начинаютъ возвращаться силы. 3) Сыпь часто исчезаетъ раньше и дѣлается изъ синюшной нормальнаго розоваго цвѣта, 4) Температура упала критически въ 49 случаяхъ (не позже 2 сутокъ), въ остальныхъ—литически. Паденіе температуры достигало 3°,6 и даже больше въ теченіи сутокъ. Коллапса не наблюдалось. Вмѣстѣ съ паденіемъ температуры пульсъ замедлялся и дѣлался полнѣе. 5) Некрозы въ зѣвѣ обыкновенно не развивались (въ 54 случаяхъ), иногда-же возникали или увеличивались (въ 14 случаяхъ), но никогда въ зѣвѣ не наблюдалось обширныхъ разрушеній. 6) Поносъ, сопровождавшій (въ нѣсколькихъ случаяхъ) начало болѣзни, исчезалъ на слѣдующій день. 7) Паренхиматозный нефритъ наблюдался 12 разъ (въ 15,4%), протекалъ умѣренно, явленій мочекровія не было. У нелѣченныхъ нефритъ наблюдался въ 23,6%. Средній гнойный отитъ у нелѣченныхъ былъ въ 23,6%, у лѣченныхъ *Moser*'овской сывороткой въ 21,7%. Гнойный лимфаденитъ у нелѣченныхъ въ 8 7%, у лѣченныхъ *Moser*'овской сывороткой въ 15,4%. Бронхопнеймонія у нелѣченныхъ въ 13,2%, у лѣченныхъ *Moser*'овской сывороткой въ 5,1%. Кромѣ того, эмпіема у лѣченныхъ *Moser*'овской сывороткой—1 разъ, острый мастоидитъ — 2 раза, гнойный артритъ — 1 разъ, гнойный бурситъ—1 разъ. 8) Сывороточныя явленія наблюдались 48 разъ—въ 61,5%; у *Moser*'а—въ 75%, у *Bokay*—въ 58%. Чаще всего появлялась крапивница (28 разъ), потомъ разновидная эритема (7 разъ), кореподобная эритема—7 разъ, скарлатиноподобная—1 разъ, боль въ суставахъ—2 раза, боли въ мышцахъ—2 раза. Гнойниковъ не было ни одного. 9) Показаніемъ для впрыскиваній служили тяжелые случаи въ извѣстные дни болѣзни (не позже 4-го); впрыскиваніе слѣдуетъ повторить, если черезъ сутки не послѣдовало улучшенія. Доза—200 к. стм. Поливалентная противострептококковая сыворотка оказалась слабѣе. Изъ 23 больныхъ умерли 7, т. е. 30,4%, изъ нихъ 4 до истеченія сутокъ. Температура падала критически въ 9 случаяхъ, литически въ 10. Некрозы уменьшались послѣ впрыскиваній въ 15 случаяхъ, увеличивались или возникали въ 4. Общее состояніе улучшалось постепенно, а не сразу, какъ при впрыскиваніи *Moser*'овской сыворотки. Средній отитъ наблюдался въ 2 случаяхъ (8,6%), гнойный лимфаденитъ въ 8 (34,7%), паренхиматозный нефритъ въ 7 (30,4%), урэмія въ 1, бронхопнеймонія въ 3 (13%). Сывороточныя сыпи наблюдались 11 разъ (47,8%). Обыкновенно сыпи появлялись отъ 5-го и до 29-го дня послѣ впрыскиваній. Количество впрыскиваемой сыворотки отъ 100 до 200 к. стм. Въ общемъ получалось впечатлѣніе, что сыворотка эта дѣйствуетъ слабѣе.—Въ докладѣ приведено много исторій болѣзней, таблицы и кривыя температуры. (Въ передачѣ докладчика).

Н. И. Ланговой. 60 случаевъ скарлатины, лѣченной сывороткой. Съ начала 1904 г. въ дѣтской больницѣ св. Владиміра начали примѣнять при скарлатинѣ 2 вида лѣчебной сыворотки: *Moser*'овскую и поливалентную; первая была впрыснута 40 больнымъ, а поливалентная — 19; кромѣ того, 1 больной, 11 л., со средней тяжести скарлатиной, было впрыснуто 200,0 нормальной лошадиной сыворотки, при чемъ никакого вліянія ни на температуру, ни на пульсъ, ни на общее состояніе отмѣтить не удалось. Въ большинствѣ случаевъ каждому больному было впрыснуто по 200,0 сыворотки. Впрыскиванія дѣлались 100-граммовымъ асептическимъ шприцемъ *Sannet* въ подкожную клѣтчатку живота, по 100 въ каждую сторону. Больше всего больныхъ, получившихъ сыворотку, было въ возрастѣ отъ 3 до 6 лѣтъ. Для впрыскиванія выбирались исключительно тяжелые случаи. Впрыскиванія дѣлались возможно раньше и большинство ихъ было сдѣлано въ теченіи первыхъ 4-хъ сутокъ болѣзни. Изъ больныхъ, получившихъ сыворотку на 1-ый день болѣзни, не умеръ ни одинъ, а изъ 14, которымъ сыворотка была впрыснута на 2-ой день болѣзни, умерли 2—оба уже до впрыскиванія признанные безнадежными. Вообще, чѣмъ дальше отъ начала заболѣванія дѣлались впрыскиванія сыворотки, тѣмъ меньшее она оказывала дѣйствіе и тѣмъ бо́льшая получалась смертность. Всего изъ 40 больныхъ, лѣченныхъ сывороткой *Moser*'а, умерли 7, а изъ 19, лѣченныхъ поливалентной,—9, т. е. смертность при первой сывороткѣ равна 17,5%, а при второй—47,4%. Средняя смертность при скарлатинѣ за послѣдніе 3 года была равна 21%, при чемъ больные, умершіе въ теченіи первыхъ сутокъ пребыванія въ больницѣ, въ разсчетъ не принимались. Если исключить больныхъ, умершихъ при сывороточномъ лѣченіи въ теченіи первыхъ сутокъ, то смертность при сывороткѣ *Moser*'а будетъ равна 7,5%, а при поливалентной 31,5%. Такимъ образомъ, не смотря на то, что сывороткой *Moser*'а лѣчились исключительно тяжелые больные, все-таки смертность рѣзко понизилась съ 21 до 7,5%. При поливалентной сывороткѣ, наоборотъ, получилось повышеніе % смертности съ 21 до 31,5. Конечно, окончательныхъ выводовъ на основаніи такого небольшого числа наблюденій сдѣлать нельзя; однако подъ впечатлѣніемъ отъ примѣненія сыворотки на небольшомъ матеріалѣ докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ заключе-

ніямъ: 1. Сыворотка *Moser*'а оказывала несомнѣнно благотворное вліяніе на теченіе скарлатины, выражавшееся въ слѣдующемъ: а) температура падала критически на 2°—4° уже въ теченіи первыхъ или, рѣже, вторыхъ сутокъ послѣ впрыскиванія; б) одновременно съ паденіемъ температуры быстро улучшались сердечная дѣятельность и пульсъ; в) общее самочувствіе измѣнялось въ теченіи первыхъ сутокъ къ лучшему до неузнаваемости; г) мозговыя явленія быстро исчезали; д) осложненія, бывшія до впрыскиванія, протекали какъ будто-бы легче обыкновеннаго; е) въ чистыхъ случаяхъ послѣ примѣненія сыворотки было, по видимому, меньше осложненій. 2. Рѣзкій эффектъ получался только при примѣненіи сыворотки въ теченіи первыхъ 3-хъ сутокъ болѣзни. 3. При поливалентной сывороткѣ всѣ явленія улучшались такъ постепенно, что являлось сомнѣніе въ ея дѣйствительности, а именно: 1) температура падала литически; 2) сердечная дѣятельность и пульсъ улучшались медленно; 3) общее самочувствіе измѣнялось къ лучшему постепенно; 4) осложненія протекали, по видимому, тяжелѣе, чѣмъ послѣ сыворотки *Moser*'а. Не смотря на то, что сыворотка, во избѣжаніе осложненій, передъ впрыскиваніемъ опускалась минутъ на 10 въ теплую воду около 40° Ц., все-таки осложненія сывороточныя бывали очень часто, а именно въ 59% всѣхъ случаевъ. Состояли они изъ различнаго рода сыпей, болей въ суставахъ и мышцахъ и изъ припуханія всѣхъ поверхностныхъ лимфатическихъ железъ (начиная съ паховыхъ) вмѣстѣ со значительной лихорадкой. Сыворотка доставлялась Московскимъ бактеріологическимъ Институтомъ. (Въ передачѣ докладчика).

За позднимъ временемъ обсужденіе 2-хъ послѣднихъ докладовъ отложено до слѣдующаго засѣданія.

А. Кисель.

CXLVIII. *О совмѣстномъ употребленіи основной азотновисмутовой соли и салицилокислаго натра при кровавомъ поносѣ.*

Когда я прочелъ въ №№ 40 и 43 «Русскаго Врача» объ эпидеміи дизентеріи, свирѣпствующей въ Манчжуріи, мнѣ невольно припомнилась эпидемія кроваваго поноса въ Лифляндіи въ 1897 и 1898 гг.—Мѣстами она имѣла весьма грозный характеръ со многими случаями гнилокровія (sepsis) и смерти.

Салолъ, нафталинъ, опій не производили никакого видимаго дѣйствія; основная азотновисмутовая соль также мало удовлетворяла меня. Такъ какъ салицилокислый натръ оказалъ мнѣ большія услуги при другихъ кишечныхъ заболѣваніяхъ (напр., воспаленіяхъ слѣпой кишки) и такъ какъ онъ является вообще превосходнымъ «внутреннимъ противогнилостнымъ средствомъ», то я и дѣлалъ въ самыхъ легкихъ случаяхъ дизентеріи слѣдующее назначеніе: основной азотновисмутовой соли (bismut. subnitric.) 1,0, салицилокислаго натра 0,5, 3 раза въ день, по 1 порошку. Въ соотвѣтствующихъ случаяхъ эта доза удваивалась. Гдѣ больныхъ много, а ухаживающихъ за ними мало, тамъ удобнѣе такое предписаніе: основной азотновисмутовой соли 5,0, салицилокислаго натра 2,0; приготовить такихъ порошковъ 6; 1 порошокъ на бутылку воды въ день (порошокъ высыпается въ пивную бутылку съ водой и больной долженъ выпивать её въ теченіи дня, въ 3 или 4 пріема, всякій разъ предварительно взбалтывая). Проявленій отравленія азотновисмутовою солью, даже при продолжительномъ употребленіи ея и при большихъ дозахъ, не замѣчалось. Мнѣ кажется, что салицилокислый натръ вмѣстѣ съ азотновисмутовой солью не такъ раздражаетъ желудокъ.

Для очищенія кишекъ я почти во всѣхъ случаяхъ давалъ сначала касторовое масло или каломель.

При такомъ лѣченіи главныя явленія кроваваго поноса (кровь въ испражненіяхъ и жиленіе) быстро исчезали, общее состояніе замѣтно поправлялось, и выздоравливавшій больной отпускался домой съ каплями опія, взамѣнъ вышеупомянутаго средства. Также и въ спорадическихъ случаяхъ дизентеріи послѣ этой эпидеміи или при кишечныхъ заболѣваніяхъ съ кровавыми и слизистыми испражненіями висмутъ вмѣстѣ съ салицилокислымъ натромъ всегда, по моимъ наблюденіямъ, оказывали прекрасное дѣйствіе. Имѣетъ-ли салицилокислый висмутъ (bismutum salicyl.) такое-же дѣйствіе, сказать не могу.

П. Солтъ.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXXXVIII. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки.

Работая надъ изученіемъ статистики заболѣваемости эпилепсіей и смертностью отъ нея въ Россіи, а также о мѣрахъ и способахъ борьбы съ этой болѣзнью, прошу товарищей, а также правительственныя и общественныя врачебныя учрежденія, во имя пользы дѣла, не отказаться отвѣтить по нижеприводимому адрессу на слѣдующее: 1) общія статистическія цифры заболѣваемости и смертности отъ эпилепсіи въ районѣ Вашего вѣдѣнія; 2) о мѣрахъ и способахъ борьбы съ эпилепсіей въ немъ, т. е. 3) гдѣ и какъ призрѣваются больные эпилепсіей, существуютъ-ли спеціальныя больницы, пріюты, школы и т. д. для эпилептиковъ? 4) Прошу выслать, если они имѣются, подробные планы, уставы, отчеты и т. п., что будетъ возвращено мною съ глубокой благодарностью. 5) Прошу не отказаться помочь мнѣ въ работѣ сообщеніемъ просимыхъ мною статистическихъ свѣдѣній по слѣдующему образцу [1]).

1) Статистика эпилепсіи за 190 годъ съ мѣсяца по мѣсяцъ; по (больницѣ, амбуляторіи, пріюту и т. д.). 2) Имя, отчество и фамилія врача, или обозначеніе больничнаго учрежденія, пріюта и т. д., приславшаго данныя. 3) № наблюденія. 4) Мѣсяцъ наблюденія. 4) Полъ больного. 6) Мѣсто а) родины; б) жительства (обычнаго); в) заболѣванія. 7) Сословіе и національность. 8) Наслѣдственность со стороны: а) отца и б) матери (отдѣльно) прямая, непрямая, сифилисъ, бугорчатка и т. д. 9) Краткій анамнезъ общій—сифилисъ, бугорчатка и другія зараженія. Алкоголизмъ, никотинизмъ и др. отравленія. Травмы и т. д. 10) Краткій анамнезъ: этіологія, хронологія, форма и частота припадковъ и т. д. 11) Краткій status praesens: нервная система, психика, внутренніе органы и т. д. 12) Форма падучей: корковая; общая; психическая; судорожная; большая; малая и т. д. 13) Лѣченіе, наиболѣе удовлетворительное, т. е. давшее сравнительные результаты. 14) Въ примѣчаніи—желательныя улучшенія въ схемѣ статистики, указанія на еще несообщенныя статистическія работы по эпилепсіи и т. п.

При обработкѣ матеріала съ глубокой благодарностью отмѣчу всѣ учрежденія и врачей, доставившихъ мнѣ данныя по изучаемому вопросу, а также сообщу имъ результаты своего изученія.

А. Сухов.

11/XI 1904 г.

Москва, Остоженка, Савеловскій пер., Троицкая Стрекаловская больница для эпилептиковъ и хрониковъ, д-ру *А. А. Сухову.*

CXXXIX. *О „капиталѣ имени врачей Университета Св. Владиміра выпуска 1878 г.“*

18 врачей выпуска 1878 г. Университета Св. Владиміра, собравшіеся 18 мая 1903 г. въ Кіевѣ для празднованія 25 лѣтія своей врачебной дѣятельности, въ товарищеской бесѣдѣ рѣшили, въ ознаменованіе этого 2-го юбилейнаго Съѣзда ихъ, собрать сумму для учрежденія при Кіевскомъ Университетѣ капитала имени врачей выпуска 1878 г., %% съ котораго выдавались бы бѣднѣйшему студенту-медику послѣдняго семестра. Меня-же уполномочили вести это дѣло. Подпискою среди собравшихся товарищей и путемъ послѣдовательныхъ взносовъ еще нѣкоторыхъ товарищей по выпуску мнѣ удалось собрать сумму, на которую пріобрѣтены свидѣтельства 4% государственной ренты на 1100 р. Капиталъ этотъ былъ переданъ мною въ Правленіе Кіевскаго Университета съ просьбою исходатайствовать утвержденіе вышепоименованнаго капитала. 2 сентября текущаго года за № 4116 Правленіе Университета увѣдомило меня, что управляющій Кіевскимъ учебнымъ округомъ 21-го августа сего 1904 г. утвердилъ представленное Правленіемъ Университета Св. Владиміра положеніе о «капиталѣ врачей сего Университета выпуска 1878 г.».

Не могу отказать себѣ въ удовольствіи подѣлиться этой радостной вѣстью со своими товарищами по выпуску на страницахъ «Русскаго Врача», такъ какъ учрежденіемъ вышепоименованнаго капитала при нашей alma mater исполнилось наше завѣтное желаніе увѣковѣчить память нашего юбилейнаго Съѣзда 18-го мая 1903 г. въ Кіевѣ какимъ-либо добрымъ дѣломъ. Въ тоже время не могу не высказать пожеланія, чтобы товарищескіе Съѣзды врачей одного выпуска въ извѣстные сроки повторялись: они ободряютъ и укрѣпляютъ утомленный духъ, веселятъ сердце и возбуждаютъ энергію для дальнѣйшей трудовой дѣятельности.... Таково по крайней мѣрѣ было вліяніе нашего Съѣзда. [2])

Университетскій врачъ
Университета Св. Владиміра *Ѳ. Рымдовскій.*

Кіевъ. 12 го ноября 1904 г.

CXL. *Открытое письмо Общества Константиноградскихъ врачей О. Л. Чеховой.* [3])

Милостивая Государыня Ольга Леонардовна! Общество Константиноградскихъ врачей, собравшись въ годовомъ своемъ за-

[1]) 1) Прошу отмѣчать только изученные врачами (несомнѣнные) случаи; случаи, основанные на одномъ анамнезѣ, лучше отбрасывать; 2) прошу отмѣчать случаи эпилепсіи, сочетанной съ истеріей и другими заболѣваніями; 3) прошу отмѣчать уклоненія отъ нормы въ зрительномъ приборѣ и др. органахъ чувствъ; 4) прошу отмѣчать, съ чѣмъ имѣется связь припадочныхъ явленій.

[2]) Подробное описаніе Съѣзда помѣщено въ Юбилейномъ Сборникѣ врачей Кіевскаго Университета Св. Владиміра выпуска 1878 г., изданномъ подъ редакціею *Ѳ. Ѳ. Рымдовскаго* и *И. В. Троицкаго.*

[3]) Охотно исполняемъ желаніе глубокоуважаемаго Общества и помѣщаемъ его «Открытое письмо» къ вдовѣ покойнаго талантливаго товарища-писателя, преждевременная смерть котораго такъ горячо оплакивается всей мыслящей Россіей. Вполнѣ раздѣляемъ взглядъ Общества, что «невольная запоздалость письма не должна служить препятствіемъ къ тому, чтобы Общество могло выразить то, что въ немъ написано». *Ред.*

сѣданіи впервые послѣ тягостнаго для всей читающей Россіи дня смерти Вашего мужа, постановило выразить Вамъ свое глубокое сожалѣніе по поводу постигшаго Васъ горя.

Дѣлая это постановленіе, наше Общество, конечно, понимало, что такое сочувствіе—слишкомъ ничтожная величина по сравненіи съ размѣромъ Вашей утраты; но, не смотря на это, оно не хотѣло отказать себѣ въ возможности примкнуть, хотя-бы и поздно, къ тому многочисленному сонму «друзей-читателей», который, испытывая тяжелое чувство горя при потерѣ любимаго писателя, обращаетъ свои взоры къ Вамъ, какъ къ лицу, которое стояло къ нему ближе всего, и которое, кромѣ всеобщаго горя, таитъ въ душѣ нѣчто болѣе сильное и жгучее — скорбь объ утратѣ самаго близкаго человѣка.

Позвольте-же намъ при посредствѣ «Русскаго Врача» выразить наше глубокое чувство уваженія и признательности, которое мы испытывали и испытываемъ по отношеніи къ покойному *Антону Павловичу*, нашему талантливому товарищу, художнику-врачу, которымъ врачебное сословіе по истинѣ можетъ гордиться!

Изображая въ своихъ произведеніяхъ длинный и пестрый рядъ художественно нарисованныхъ типовъ изъ настоящей русской дѣйствительности, онъ не мало удѣлялъ въ нихъ вниманія и представителямъ медицинскаго, въ частности врачебнаго сословія. При этомъ въ его художественной оцѣнкѣ морально-интеллектуальной физіономіи врачей вездѣ замѣтно то высокое представленіе о должномъ идеалѣ врача-человѣка, которое онъ, несомнѣнно, имѣлъ. Осмѣивая и выставляя безъ всякаго пристрастія на показъ общества тѣ недостатки и пороки, которыми заражены многіе и изъ представителей нашего врачебнаго сословія, *Антонъ Павловичъ* съ задумчивой грустью, которая такъ отличаетъ его произведенія, умѣлъ отыскивать и роковыя причины этихъ моральныхъ дефектовъ врачей и всего нашего общества въ тѣхъ условіяхъ окружающей насъ жизни, которыя оказываютъ свое обезличивающее и опошляющее вліяніе на русскаго человѣка вообще.

Сѣрый, монотонный фонъ этой жизни слишкомъ однообразенъ, чтобы не производить своего нивеллирующаго и притупляющаго дѣйствія даже на лицъ, у которыхъ въ сердцѣ горѣлъ когда-то божественный огонь.

Эта «хмурая», суровая русская дѣйствительность, несомнѣнно, способствовала тому, что и въ сердцѣ *Антона Павловича* огонь жизни погасъ раньше, чѣмъ это можно было думать,—и погасъ онъ мгновенно и навсегда, уступивъ напору усилившагося недуга, раньше чѣмъ *Антонъ Павловичъ* успѣлъ сказать Россіи все, что онъ могъ сказать.

Мы не можемъ не отмѣтить съ особеннымъ уваженіемъ и того, что недугъ этотъ рѣзко обнаружился какъ разъ тогда, когда *Антонъ Павловичъ* предпринялъ свою поѣздку на о. Сахалинъ—поѣздку, подарившую насъ новымъ произведеніемъ, въ которомъ слышится обычный его голосъ въ защиту человѣческой личности, гибнущей и разлагающейся окончательно въ условіяхъ полной заброшенности и отчужденности.

Когда *Антона Павловича* не стало и осиротѣвшая семья мыслящаго русскаго общества окинула умственнымъ взоромъ то, что онъ ей оставилъ въ своихъ произведеніяхъ, она поняла, что, даже неся въ себѣ тяжелую разрушительную болѣзнь, онъ умѣлъ жить не только мыслью о сохраненіи своего индивидуальнаго существованія, но жизнью общества, при чемъ всегда высоко держалъ знамя уваженія къ человѣческому достоинству и хранилъ въ себѣ идеальное пониманіе обязанностей и правъ человѣка.

Да, сохраненіемъ въ неприкосновенности своей моральной и умственной высоты среди отупляющей и деморализующей современности человѣческая личность только и можетъ выйти изъ борьбы съ ней побѣдительницей, и хотя и она на ряду со всѣми дойдетъ

«.....до цѣли жизни, до могилы....»,

но и въ темной могилѣ сохранитъ право на признательность людей за то, что неуклонно и безпрестанно напоминала имъ и словомъ, и примѣромъ, что они—*люди*.

Между прочимъ, въ своихъ произведеніяхъ *Антонъ Павловичъ* показалъ и намъ, врачамъ, что нѣтъ болѣе жалкаго, а иногда прямо-таки омерзительнаго зрѣлища, какъ отсутствіе «человѣка» во врачѣ. Примѣромъ-же своей жизни онъ показалъ, что, занимаясь ли практической лѣчебной дѣятельностью, или даже отказавшись отъ нея, врачъ только на широкой аренѣ общественнаго служенія можетъ остаться достойнымъ врачевателемъ общественныхъ, а значитъ въ томъ числѣ и врачебныхъ, недуговъ, т. е. можетъ выполнить давній завѣтъ: «врачу, исцѣлися самъ!»

Примите, Ольга Леонардовна, въ этихъ строкахъ увѣреніе въ нашемъ глубокомъ уваженіи къ Вашему усопшему мужу и наше пониманіе Вашего великаго горя....

Президентъ Общества *Р. Шиндлеръ*. Вице-президентъ *М. Рѣзниковъ*. Кассиръ *Марія Яколенко*. Библіотекарь *Л. Рѣзникова*. Секретарь *Н. Ширяевъ*. Члены: *Ив. Горбапонъ, С. Радченко, В. Воеводскій, В. Энгерсъ, С. Никифоровъ, И. Лебединскій, К. Денисовъ, Ив. Домбровичъ, И. Левинъ, Л. Станиславскій, В. Поплавскій, В. Соловьевъ, С. Тарасовъ*.

Константиноградъ. 8-го ноября 1904 г.

CXLI. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ:

Д-ръ *Ф. Н. Тавилдаровъ* въ своей статьѣ «Къ вопросу о пересадкѣ мочеточниковъ съ иссѣченіемъ пузыря при полномъ удаленіи раковоперерожденной матки путемъ чревосѣченія», помѣщенной въ №№ 44 и 45 «Русскаго Врача» за текущій годъ говоритъ, что, кромѣ случаевъ *Bastianelli*, *Füth'a*, *Landau* и проф. *Н. Н. Феноменова*, гдѣ была примѣнена перевязка мочеточника при его перерѣзкѣ, сообщеній о другихъ случаяхъ примѣненія этого пріема онъ не могъ найти въ литературѣ. Въ виду дѣйствительной рѣдкости примѣненія этого способа, позволю себѣ указать, что онъ былъ однажды примѣненъ и мною, о чемъ я дѣлалъ сообщеніе въ 1902 г. на 3 Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ, а рефератъ этого сообщенія имѣется въ «Русскомъ Хирургическомъ Обозрѣніи» за 1903 г., т. I, кн. 1, стр. 140.

А. Залога.

Серпуховъ. 10/XI 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2387. Въ Одесскомъ Университетѣ проф. *Н. К. Лысенковъ перемѣщенъ* съ каѳедры хирургической госпитальной клиники на каѳедру оперативной хирургіи, а проф. *Н. А. Щеголевъ* съ каѳедры хирургической патологіи на каѳедру хирургической госпитальной клиники. Проф. *Н. А. Щеголеву* временно поручено преподаваніе хирургической патологіи.

2388. «Волжскій Листокъ» (13 ноября) передаетъ, что проф. Казанскаго Университета по каѳедрѣ психіатріи *П. И. Ковалевскій оставляетъ службу* въ названномъ Университетѣ и получаетъ новое назначеніе.

2389. Д-ръ *В. И. Левчаткинъ* принятъ въ число чч. *преподавателей* Казанскаго Университета по каѳедрѣ психіатріи («Волжскій Листокъ», 13 ноября).

2390. Коммиссія, опредѣлявшая условія, на которыхъ Московскимъ городскимъ Управленіемъ могутъ быть предоставлены больницы для цѣлей преподаванія на проэктируемомъ *Медицинскомъ Отдѣленіи Высшихъ Женскихъ Курсовъ въ Москвѣ*, признала, какъ сообщаютъ («Русскія Вѣдомости», 20 ноября), что главные доктора больницъ должны быть преподавателями на Курсахъ въ качествѣ профессоровъ, и выразила пожеланіе, чтобы къ дѣлу преподаванія привлеченъ былъ и больничный врачебный персоналъ. Въ видѣ клиникъ для Курсовъ намѣчены больницы: Мясницкая, Алексѣевская глазная, Бахрушинская, Сокольническая, Преображенская и больница св. Владиміра.—Мы лично ни на минуту не сомнѣваемся въ томъ, что среди Московскихъ больничныхъ товарищей найдется не мало такихъ, которые съ полнымъ правомъ могутъ занять свое мѣсто въ качествѣ руководителей той или иной каѳедры на ряду съ патентованными представителями науки; но все-же думаемъ, что съ принципіальной стороны *обязательно* связывать мѣсто главнаго врача больницы съ профессурой нѣтъ никакихъ основаній: помимо того, что это можетъ вызвать едва-ли желательное стремленіе занять мѣсто ради званія, чтобы затѣмъ опочить на лаврахъ, едва-ли въ интересахъ дѣла—непремѣнно возлагать 2 огромной важности обязанности на 1 лицо. «Могій вмѣстити, да вмѣститъ!»; но едва-ли такихъ будетъ много, тѣмъ болѣе—всѣ.

2391. Въ виду невозможности производить испытанія на званіе зубного врача неограниченному числу лицъ, обращающихся за этимъ въ факультеты, медицинскій факультетъ Одесскаго Университета рѣшилъ ограничить число лицъ, желающихъ подвергнуться повѣрочному при факультетѣ испытанію на это званіе *извѣстной нормой*. Постановлено назначить для такихъ испытаній 2 срока — весенній и осенній, при чемъ въ каждомъ изъ нихъ подвергать испытанію не болѣе 80 чел.

2392. Медицинскимъ Управленіемъ Московскаго военнаго округа получено предписаніе *о немедленномъ сформированіи штатовъ для 13 санитарныхъ поѣздовъ*, не свыше 30 вагоновъ въ каждомъ, которые должны быть сформированы и отправлены на Дальній Востокъ изъ различныхъ мѣстъ Московскаго округа въ теченіи срока съ 25 ноября по 10 января («Русскія Вѣдомости», 20 ноября).

2393. Отбылъ на Дальній Востокъ 19-го ноября изъ Ростова н/Д *дополнительный санитарный отрядъ* («Новое Время», 20 ноября).

2394. «Русскія Вѣдомости» (16 ноября) сообщаютъ слѣдующія свѣдѣнія объ *организаціяхъ на театрѣ войны для душевнобольныхъ воиновъ* (см. № 46, стр. 1567). Въ Харбинѣ устроенъ лазаретъ для 50 душевно-больныхъ; въ Читѣ устраивается для нихъ лазаретъ; въ Омскѣ и Красноярскѣ устроены пункты. Кромѣ того, на полевыхъ позиціяхъ имѣется рядъ пріемныхъ покоевъ для психически больныхъ воиновъ. Съ 23 сентября по 30 октября эвакуированы 94 душевно-больныхъ. Недостатка во врачахъ-психіатрахъ нѣтъ, но зато ощущается недостатокъ въ надзирательскомъ персоналѣ для ухода за душевно-больными. Уполномоченнымъ Краснаго Креста по устройству лазаретовъ для душевно-больныхъ состоитъ д-ръ *Автократовъ*.

2395. Временное медицинское Общество въ Харбинѣ, выслушавъ помѣщенный уже у насъ докладъ д-ра *Б. С. Козловскаго* «Объ эвакуаціи больныхъ и раненыхъ въ настоящую войну» (см. № 45, стр. 1511), между прочимъ, сдѣлало слѣдующее *постановленіе относительно персонала санитарныхъ поѣздовъ*: Общество категорически высказалось противъ какой-либо надобности въ особой должности коменданта поѣзда — лица некомпетентнаго въ медицинскомъ дѣлѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ часто распо-

ряжающагося распредѣленіемъ обязанностей низшаго персонала, размѣщеніемъ больныхъ, питаніемъ ихъ, уходомъ и т. п. Въ санитарномъ поѣздѣ долженъ быть распорядителемъ старшій врачъ; на весь-же санитарный поѣздъ должно быть не менѣе 3 врачей, 1 сестры на 2 вагона съ легкими и 1 на 1 вагонъ съ тяжелыми больными, 1 санитара на 1 вагонъ съ легкими. Необходимъ небольшой излишекъ персонала, какъ резервъ на случай заболѣваній въ дорогѣ и для быстроты разгрузки и нагрузки поѣзда («Труды временнаго медицинскаго Общества въ Харбинѣ»).

2396. Въ посланной «Русскимъ Вѣдомостямъ» (16 ноября) съ Раевки телеграммѣ о томъ, что въ Москву изъ Харбина прослѣдовало 20 душевно-больныхъ и раненыхъ воиновъ, между прочимъ, говорится: «Оказывается, что далеко *не всѣ войска*, идущія на Востокъ, *получили одѣяла*, равно какъ далеко *не во всѣхъ вагонахъ*, приспособленныхъ для перевозки войскъ, имѣются на нарахъ *соломенные матрацы*»... «Приходится сожалѣть, что... *вагоны не обшиты войлокомъ*, и *полы вагоновъ не защелены*».

2397. 21-го октября въ Красноярскѣ *открытъ военный госпиталь*. За неимѣніемъ въ городѣ подходящихъ зданій, госпиталь устроенъ въ 2-хъ смежныхъ казармахъ, и ко дню открытія вполнѣ было оборудовано пока 60 кроватей, остальныя 150 могутъ быть готовы не ранѣе начала ноября. Предполагавшееся устройство 2-го военнаго госпиталя въ Красноярскѣ на 420 кроватей отмѣнено («Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», № 21).

2398. Въ имѣніи г. Дервизъ, близь ст. Хрущево, Рязанско-Уральской (Павелецкой) ж. дороги, Рязанскимъ губернскимъ Земствомъ открытъ *лазаретъ для раненыхъ и больныхъ воиновъ*.—14-го ноября въ Минскѣ освященъ *баракъ для эвакуированныхъ больныхъ и раненыхъ воиновъ*.—7-го ноября въ Сухумѣ открыта *здравница для больныхъ и раненыхъ офицеровъ* («Правительственный Вѣстникъ», 17—19 ноября). — 21-го ноября во Владивостокѣ открытъ новый *большой госпиталь* Краснаго Креста («Новое Время», 22 ноября).

2399. Въ Мозырѣ, Минской губ., въ Городкѣ (Подольскомъ) и въ Дубоссарахъ, Херсонской губ., мѣстное населеніе *тепло чествовало* д-ровъ *Г. Е. Саетто*, *В. Д. Храмого* и *Л. І. Полинковскаго*, уѣзжавшихъ на Дальній Востокъ («Кіевское Слово», 14 ноября, «Новости», 16 ноября и «Бессарабская Жизнь», 19 ноября).

2400. Проэктируемое при городской Александровской больницѣ въ Кіевѣ устройство *лазарета на 100 больныхъ и раненыхъ воиновъ* потребуетъ, по предварительному подсчету больничнаго Совѣта, единовременныхъ затратъ въ 7300 р. и ежемѣсячнаго расхода въ 3300 р.

2401. Особой Коммиссіи, Общества Краснаго Креста разрѣшено издавать въ Петербургѣ, безъ предварительной цензуры, подъ редакторствомъ Б. Полонскаго, не менѣе 1 раза въ 2 недѣли, журналъ — «*Призрѣніе раненыхъ*» («Харьковскій Листокъ», 19 ноября).

2402. Высочайше учрежденная Коммиссія по борьбѣ съ чумой и холерою объявляетъ, что *число заболѣваній холерою на Кавказѣ съ 10 по 16 ноября вновь нѣсколько повысилось* сравнительно съ предыдущею недѣлею и особенно въ Эриванской губ., гдѣ за указанное время заболѣли 915 чел. противъ 522 за предшествовавшую недѣлю. Въ Баку и Бакинской губ. новыхъ заболѣваній было 53; въ Елисаветпольской губ. съ 9 по 13 ноября заболѣли 32 чел.; въ Тифлисѣ съ 10 по 16 ноября вновь заболѣли 4. Значительное число заболѣваній за недѣлю съ 9 по 16 ноября наблюдалось также *въ Николаевскомъ уѣздѣ, Самарской губ.*, гдѣ вновь заболѣли 162 чел., тогда какъ въ Новоузенскомъ было всего лишь 3 случая заболѣванія. Въ Саратовской губ. заболѣвшихъ за истекшую недѣлю было 40, изъ коихъ умерли 19. Въ *Астраханской губ.* вновь заболѣли холерою 6. Въ Серахскомъ приставствѣ *въ Закаспійской области* заболѣли 27, умерли 20. 11 ноября холерныя заболѣванія обнаружены въ Ташкентѣ и его окрестностяхъ, при чемъ въ первые 2 дня, 11 и 12 ноября, обнаружено 18 случаевъ, но въ дальнѣйшемъ съ 13 по 16 ноября было только 4 случая заболѣванія.

2403. Зангезурскій и Джебраильскій уѣзды, Елисаветпольской губ., объявлены *неблагополучными по холерѣ* («Новое Время», 19 ноября).

2404. Костромской губернскій врачебно-санитарный Совѣтъ по вопросу о *мѣрахъ въ борьбѣ съ возможнымъ появленіемъ холерной эпидеміи* въ губерніи призналъ необходимымъ: учредить санитарныя Попечительства, открыть народныя чтенія, устроить врачебно-питательные пункты, подготовить соотвѣтствующій низшій персоналъ и, въ виду значительнаго % врачей, взятыхъ по мобилизаціи, ходатайствовать объ оставленіи на мѣстахъ земскихъ врачей, находящихся въ запасѣ («Новое Время», 18 ноября).

2405. «Русскимъ Вѣдомостямъ» (19 ноября) пишутъ изъ Валуекъ, Воронежской губ., что ½ уѣзда *находится въ настоящее время безъ врачей;* между тѣмъ эпидеміи скарлатины, дифтеріи и оспы развиваются и преимущественно въ той части уѣзда, гдѣ врачей нѣтъ и населеніе всецѣло отдано на попеченіе фельдшеровъ. Въ объясненіи, представленномъ на запросъ врачебнаго Отдѣленія о причинахъ развитія эпидемій, Управа, между прочимъ, пишетъ: «Уѣздная Управа уже представила съ 5-го апрѣля Воронежскому губернатору 15 врачей, но 3 изъ нихъ не были утверждены. 1 утвержденъ черезъ 45 дней, 2-ой—черезъ 25, 3-ій—черезъ 61 день; на представленіе въ октябрѣ 2-хъ—отвѣта не было получено, а остальные 10 отказались—одни потому, что подыскали себѣ мѣста, пока шла переписка съ губернаторомъ объ утвержденіи, другіе были въ это-же время взяты по мобилизаціи на военную службу, а третьи—просто заявили, что не желаютъ дожидаться отъ Воронежскаго губернатора утвержденія, срокъ коего бываетъ весьма продолжительный. Между тѣмъ «населеніе ропщетъ и упрекаетъ Управу въ бездѣйствіи, обѣщая жаловаться Воронежскому (-же! *Ред.*) губернатору».

2406. При разсмотрѣніи Московской городской Думой доклада ревизіонной Коммиссіи по ревизіи отчета за 1903 г. гласный В. В. Пржевальскій въ засѣданіи 28-го сентября, между прочимъ, объяснилъ, что на дняхъ въ одной изъ Московскихъ газетъ было напечатано заявленіе и. д. Московскаго оберъ-полицеймейстера, въ которомъ по поводу проникшихъ въ печать слуховъ, что бывшій Московскій оберъ-полицеймейстеръ А. А. Власовскій не успѣлъ отсчитаться въ 1000 р., полученныхъ имъ изъ городской Управы, разъяснялось, что, дѣйствительно, въ 1892 г., *во время бывшей въ Москвѣ холеры*, было отпущено Управой 1000 р. въ распоряженіе Московскаго оберъ-полицеймейстера на расходы по очисткѣ частныхъ владѣній, но сумма эта поступила въ Управленіе оберъ-полицеймейстера, а, слѣд., лично къ полковнику А. А. Власовскому совершенно не имѣла отношенія, и тогда-же была сполна израсходована на предметъ назначенія. По наведеннымъ гласнымъ справкамъ оказалось, что *Управленіемъ оберъ-полицеймейстера была получена отъ города сумма не въ 1000, а въ 2000 р. на очистку частныхъ владѣній* съ тѣмъ, чтобы она впослѣдствіи была взыскана съ домовладѣльцевъ и возвращена городу. Изъ этой суммы возвращено городской Управѣ 725 р. 30 коп., а 1274 р. 70 коп. остались за г. Власовскимъ. Онъ просилъ потомъ еще 3-ью тысячу рублей, но Управа отказала. Затѣмъ городъ велъ съ Управленіемъ оберъ-полицеймейстера съ 1893 г. по 1899 г. переписку по поводу возвращенія этихъ 1274 р. 70 к., но постоянно былъ отвѣтъ, что сумма эта еще не взыскана съ домовладѣльцевъ. Въ послѣдній разъ Управа просила въ 1899 г. увѣдомить ее, взыскана-ли какая-либо сумма, но отвѣта до сихъ поръ, въ теченіи 5 лѣтъ, не получено («Журналъ Общества русскихъ врачей въ памятъ *Н. И. Пирогова*», № 5).

2407. Въ приведенномъ въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (16 ноября) перечнѣ 80 лицъ, освобожденныхъ 2-го ноября въ Архангельской губ. изъ-подъ надзора полиціи и ссылки, *указана и ж.-вр. Маркова*.

2408. *Представителями въ русскій отдѣлъ* на имѣющій быть весной 1905 г. въ Парижѣ *Международный Съѣздъ по борьбѣ съ бугорчаткой* Коммиссіей по борьбѣ съ бугорчаткой при Обществѣ охраненія народнаго здравія избраны *Л. Б. Бертенсонъ и Р. А. Павловская* («Наша Жизнь», 17 ноября).

2409. Въ Московскомъ физико-медицинскомъ Обществѣ въ составъ Правленія *избраны:* предсѣдателемъ проф. *Д. Н. Зерновъ*, товарищемъ его ч. пр. *Н. Ѳ. Гаманъ*, секретаремъ ч. пр. *М. М. Гарднеръ*, товарищемъ его д-ръ *Ревидцовъ*, казначеемъ *Н. И. Никольскій* и библіотекаремъ *С. О. Стопницкій*.

2410. Въ Гроднѣ съ 20 по 22 октября происходилъ *Съѣздъ сельскихъ врачей* губерніи подъ предсѣдательствомъ врачебнаго инспектора *В. В. Кошелева* («Новое Время», 20 ноября).

2411. Д-ру *Ю. Г. Малису* разрѣшено издавать въ Петербургѣ, съ дозволенія предварительной цензуры, подъ его редакторствомъ ежемѣсячный журналъ—«*Больничное дѣло*» («Харьковскій Листокъ», 13 ноября).

2412. Изъ *Отчета клиническаго Института В. Кн. Елены Павловны за 1903 г.* (Петербургъ, 1904. 143 стр.) видно, что врачей-слушателей въ теченіи 1903—1904 уч. года въ Институтѣ было 393 (въ 1-мъ ½-годіи 172, во 2-мъ 221),—немного меньше, чѣмъ въ предыдущихъ уч. годахъ 1901/2 (406) и 1902/3 (426), но, все-таки, черезчуръ много для наличнаго числа преподавательскихъ силъ и для настоящаго размѣра помѣщеній Института. 2-ой семестръ отчетнаго года пришелся уже на время войны, отвлекающей большое число врачей отъ поѣздокъ для научнаго усовершенствованія. Нѣкоторые врачи-слушатели должны были даже тотчасъ послѣ начала семестра въ январѣ мѣсяцѣ оставить Институтъ вслѣдствіе призыва ихъ на службу въ дѣйствующую армію; они не включены въ вышеупомянутое число врачей-слушателей. По отдѣльнымъ курсамъ наибольшее число слушателей приходится: на клинику женскихъ болѣзней (проф. *Д. О. Оттъ*)—159, клинику глазныхъ болѣзней (проф. *І. В. Костеничъ*)—153, клинику хирургическихъ болѣзней (проф. *Г. Ф. Тиллманъ*)—139 и курсъ оперативной хирургіи (*Г. Х. Ауэ*)—132 слушателя. Личный составъ преподавателей въ отчетномъ году пополнился *Л. В. Блюменау*, приглашеннымъ на должность завѣдующаго нервнымъ отдѣленіемъ, и *А. А. Руссовымъ*, приглашеннымъ на должность консультанта по дѣтскимъ болѣзнямъ. На содержаніе Института въ отчетномъ году израсходовано 166581 р., при приходѣ въ 170650 р.; приходъ Института составляется изъ 1) ежегодной правительственной субсидіи въ 100620 р.; 2) %% съ неприкосновенныхъ капиталовъ — 3838 р. и 3) спеціальныхъ средствъ (плата за пользованіе больныхъ, слушаніе курсовъ и т. п.); въ теченіи 1903 г. въ эти средства поступило 51697 р.—«Отчетъ», кромѣ приведенныхъ общихъ цифровыхъ данныхъ, содержитъ цифровыя свѣдѣнія по отдѣльнымъ клиникамъ и кабинетамъ и рѣчь, произнесенную проф. Института *В. Н. Окуневымъ* въ день годоваго акта Института,—«О глухонѣмотѣ».

2413. Благодаря любезности многоуважаемаго товарища *А. П. Заболотскаго*, мы можемъ сообщить слѣдующія свѣдѣнія о *состояніи капиталовъ врачей выпуска 1882 г. В.-Медицинской Академіи къ 6-му ноября 1904 г.* 1) Въ запасномъ капиталѣ въ приходѣ къ 6/XI 1903 г. состояло 643 р. 55 к. Въ теченіи года (съ 6/XI 1903 г. по 6/XI 1904 г.) вновь поступило: а) чле-

скихъ взносовъ 25 р.; б) %% съ бумагъ 22 р. 80 к., всего 691 р. 35 к. До 6/xi 1903 г. израсходовано: на покупку государственныхъ %%-хъ бумагъ 600 р. 50 к. 2) Расходный капиталъ: къ 6/xi 1903 г. составлялъ 810 р. 84½ к. Въ теченіи года (съ 6/xi 1903 г. по 6/xi 1904 г.) вновь поступило: а) членскихъ взносовъ 107 р.; б) %% съ бумагъ 19 р. 95 к. Всего къ 6/xi 1904 г. состояло 937 р. 79½ к., а за вычетомъ безвозвратнаго со дня основанія капитала расхода 744 р. 43½ к. До 6/xi 1903 г. израсходовано: а) на разные мелкіе расходы 84 р. 3 к.; б) на покупку %%-хъ бумагъ 694 р. 13 к. Въ теченіи года (съ 6/xi 1903 г. по 6/xi 1904 г.): а) выдано денежное пособіе больному д-ру *Успенскому* 100 р. б) употреблено на мелкіе канцелярскіе расходы 9 р. 33 к. Итого по обоимъ капиталамъ къ 6/xi 1903 г. со дня ихъ основанія поступило 1454 р. 39½ к.; прибавилось въ теченіи года (съ 6/xi 1903 г. по 6/xi 1904 г.). 174 р. 75 к.; со дня ихъ основанія израсходовано безвозвратно 193 р. 36 к.; къ 6/xi 1904 г. состоитъ 1435 р. 78 ½ к.

2414. По словамъ «Новостей» (17 ноября), во время послѣднихъ безпорядковъ въ Варшавѣ д-ръ *Френкель* получилъ *огнестрѣльную рану въ лобъ* въ то время, когда выходилъ отъ больного.

2415. По словамъ «Кіевской Газеты» (11 ноября), Кіевская губернская Управа по дѣламъ земскаго хозяйства предполагаетъ въ самомъ недалекомъ будущемъ созвать въ числѣ другихъ и *врачебную Коммиссію*, въ которой, между прочимъ, будутъ разсматриваться: проэктъ новаго аптекарскаго устава, проэктъ устава центральной акушерско фельдшерской школы и проэктъ новаго устава Кіево-Кирилловской мужской фельдшерской школы.

2416. Въ докладѣ земскаго врача *А. П. Воскресенскаго* Ардатовскому уѣздному земскому Собранію относительно результатовъ, полученныхъ отъ *народныхъ чтеній* объ оспѣ, содержится не мало убѣдительныхъ данныхъ, съ очевидностью доказывающихъ—тѣмъ, кто еще сомнѣвался въ томъ,—пользу народныхъ чтеній по гигіэнѣ вообще, въ смыслѣ возбужденія ими довѣрія въ населеніи къ врачебной помощи. Черезъ нѣсколько дней послѣ чтенія о борьбѣ съ оспой путемъ оспопрививанія съ предъявленіемъ, при помощи волшебнаго фонаря, тяжелой картины больного съ сплошной натуральной оспой для повторнаго привитія оспы явились ко врачу изъ сосѣднихъ деревень «*не десятокъ лицъ, какъ можно было ожидать по новизнѣ дѣла, но 829 человѣкъ*». Сообщая о такомъ блестящемъ успѣхѣ народныхъ чтеній по гигіэнѣ, «Врачебно-санитарный Листокъ Симбирской губ.« (№ 19—20) вполнѣ основательно замѣчаетъ, что необходимо повторить ходатайство о скорѣйшемъ учрежденіи при губернскомъ санитарномъ Бюро Коммиссіи по распространенію гигіэническихъ знаній въ народѣ со складомъ наглядныхъ пособій.—Такія ходатайства, намъ кажется, слѣдуетъ возбудить теперь всѣмъ вообще губернскимъ земскимъ Собраніямъ, не смущаясь тѣмъ, что еще такъ недавно они не имѣли успѣха: времена перемѣнчивы!

2417. Херсонская губернская земская Управа, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (18 ноября), представляетъ губернскому Собранію слѣдующія свои замѣчанія на проэктъ *новаго Аптекарскаго Устава*, которыя она и предлагаетъ препроводить, какъ мнѣніе Собранія, въ отвѣтъ на запросъ по этому поводу Министерства внутреннихъ дѣлъ. «Проэктъ по основнымъ положеніямъ не отвѣчаетъ интересамъ дѣла снабженія населенія лѣкарственными средствами и не только не обѣщаетъ улучшенія въ этомъ дѣлѣ по сравненію съ существующимъ положеніемъ, но введеніемъ новыхъ стѣснительныхъ требованій по отношенію къ земскимъ лѣчебнымъ учрежденіямъ и расширеніемъ полномочій административныхъ органовъ по примѣненію взысканій и наказаній внѣсудебнымъ порядкомъ способенъ даже ухудшить условія его развитія. Для согласованія съ дѣйствительными интересами дѣла проэктъ нуждается въ коренной переработкѣ, при чемъ въ качествѣ основныхъ положеній должны быть приняты слѣдующія: упраздненіе привилегій въ аптечной торговлѣ и разрѣшительнаго порядка открытія аптекъ; оставленіе аптечныхъ обзаведеній при земскихъ и другихъ общественныхъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ, какъ состоящихъ въ завѣдываніи и подъ отвѣтственностью врачей, внѣ дѣйствія Аптекарскаго Устава; недопущеніе продажи лѣкарственныхъ средствъ внѣ аптекъ; предоставленіе мѣстнымъ общественнымъ учрежденіямъ (земскимъ и городскимъ) права издавать обязательныя правила и инструкціи, относящіяся къ торговлѣ лѣчебными средствами; реорганизація контроля за этой торговлей путемъ передачи функцій его общественнымъ (земскимъ и городскимъ) учрежденіямъ; отмѣна административныхъ взысканій и наказаній за нарушеніе правилъ устава, равно какъ обязательныхъ правилъ и инструкцій, и предоставленіе права налагать взысканія и наказанія полностью компетенціи суда. Новый проэктъ Аптекарскаго Устава, если онъ будетъ выработанъ, также необходимо передать на предварительное заключеніе губернскихъ земскихъ Собраній».

2418. По словамъ «Сибирскаго Вѣстника» (12 ноября), Саратовское Земство поднимаетъ в. важный съ принципіальной стороны *вопросъ о безплатности лѣченія*. Исходя изъ того положенія, что болѣзнь, являясь несчастіемъ для заболѣвшаго, нерѣдко совершенно лишающимъ его работоспособности, не должна, по крайней мѣрѣ, ложиться на него новымъ налогомъ, въ формѣ платы за лѣченіе, Земство рѣшило разработать вопросы: 1) о безплатности лѣченія во всѣхъ общественныхъ амбуляторіяхъ и больницахъ, предварительно снесясь съ другими губернскими земствами и поставивъ ихъ въ извѣстность о принципіальномъ сочувствіи Саратовскаго Земства повсемѣстному безплатному лѣченію, и 2) о ходатайствѣ передъ правительствомъ о безплатности лѣченія и тамъ, гдѣ нѣтъ земскихъ учрежденій.

2419. Старобѣльское Земство устраиваетъ въ с. Ново-Астрахани *больницу* на 10 коекъ («Харьковскій Листокъ», 14 ноября).

2420. Дѣятельность находящейся въ Благовѣщенскѣ Амурской бактеріологической станціи выразилась въ текущемъ году, какъ передаетъ «Сибирская Жизнь» (13 ноября), между прочимъ, *въ усиленномъ заготовленіи и отпускѣ сибиреязвенной вакцины*. Такъ, съ начала года станціей отпущено до 60000 прививокъ для мѣстныхъ нуждъ и до 70000 для нуждъ Манчжурской арміи. Благовѣщенская бактеріологическая станція снабжаетъ вакциной, кромѣ Амурской, еще Приморскую и Забайкальскую области. Кромѣ вакцины сибиреязвенной, на станціи изготовляется и потребное количество оспенной вакцины для нуждъ окраины.

2421. Д-ръ *К. И. Шидловскій* въ своемъ изслѣдованіи «*Краткій обзоръ главнѣйшихъ остро-заразныхъ заболѣваній въ 19 губерніяхъ земской Россіи за 1902 г.*» (Москва, 1904, 50 стр., изд. Пироговскаго Общества) приходитъ, между прочимъ, къ такимъ главнымъ статистическимъ выводамъ: 1) Общая численность 9 формъ остро-заразныхъ заболѣваній въ 1902 г. (оспа, корь, скарлатина, дифтерія, дизентерія, тифы брюшной, сыпной, возвратный и неопредѣленный), по сравненію съ предыдущими годами, для губерній выразилась абсолютной цифрой, близкой къ средней за 4-лѣтіе 1899—1902 г., а для городовъ—цифрой нѣсколько меньшей противъ средней. Средній коэффиціентъ общей остро-заразной заболѣваемости 1902 г. (по отношенію къ численности населенія) оказался наименьшимъ по сравненію съ предыдущими 3-мя годами какъ для губерній, такъ и для городовъ, но это уменьшеніе отчасти могло произойти искусственно вслѣдствіе того, что численность населенія, принимавшаяся для предыдущихъ лѣтъ въ одной постоянной цифрѣ переписи 1897 г., для 1902 г. сразу была увеличена на общую сумму естественнаго прироста за все послѣднее 5-лѣтіе (1897—1902 г.). 2) Наиболѣе высокіе коэффиціенты общей остро-заразной заболѣваемости въ 1902 г. имѣли губерніи Херсонская, Екатеринославская, Воронежская, Харьковская, но заболѣваемость особенно высока была, кромѣ первыхъ 2-хъ, еще въ Пермской губ., обладающей наиболѣе слабо развитою сѣтью врачебныхъ участковъ. Изъ городовъ на первомъ мѣстѣ по высотѣ обнаруженной остро-заразной заболѣваемости стояла Одесса, за нею Москва и затѣмъ уже Петербургъ. 3) Преобладавшими формами остро-заразныхъ заболѣваній въ 1902 г. были: для губерній корь, дизентерія, брюшной тифъ и скарлатина, а для городовъ корь, дифтерія и скарлатина. 4) Помѣсячныя кривыя кори и сыпного тифа въ 1902 г. оказались идентичными между собою. 5) Кривая кори періодически дѣлаетъ 2 смежно расположенныя подъемныя волны: одну въ концѣ даннаго года, другую—въ началѣ слѣдующаго за нимъ. 1-ая—осенне-зимняя—была рѣзко выражена въ 1900 и 1901 гг., 2-ая—весенняя или зимне-весенняя—въ 1899 и 1902 гг. 6) Замѣченная въ предыдущихъ годахъ склонность скарлатинныхъ заболѣваній концентрироваться на осеннихъ мѣсяцахъ въ болѣе южныхъ мѣстностяхъ Россіи получила особенно рѣзкое выраженіе въ 1902 г. 7) Дизентерія: а) maximum заболѣваній въ 1902 г., какъ и въ 1899 г., пришелся на одинъ мѣсяцъ, именно іюль; б) въ болѣе южныхъ губерніяхъ заболѣванія по мѣсяцамъ года распредѣляются гораздо равномѣрнѣе, чѣмъ въ болѣе сѣверныхъ и восточныхъ губерніяхъ, вслѣдствіе чего послѣднія имѣютъ болѣе высокія лѣтнія maximum'ы по сравненію съ первыми; в) въ губерніяхъ болѣе южной полосы заболѣванія появляются по времени раньше, чѣмъ въ сѣверныхъ и восточныхъ. 8) Помѣсячная кривая сыпного тифа въ 1902 г. дала зимне-весенній подъемъ, наблюдавшійся и въ 1900 г. Въ годахъ-же 1899 и 1901 имѣлся болѣе концентрированный, только весенній, maximum.

2422. *По поводу необходимости улучшенія санитарной обстановки всей нашей промышленности* «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 21) говорятъ: «Да, давно пора и на первую очередь поставить вопросъ о санитарной обстановкѣ и организаціи врачебной помощи на фабрикахъ, заводахъ и промышленныхъ заведеніяхъ самого министерства финансовъ, гдѣ это дѣло поставлено не лучше, чѣмъ у частныхъ лицъ. За примѣрами ходить недалеко. Напр., у насъ въ г. Красноярскѣ акцизнымъ вѣдомствомъ выстроено огромное зданіе винной монополіи, гдѣ работаетъ болѣе 100 человѣкъ рабочихъ. Между тѣмъ для нихъ организація подачи врачебной помощи ограничилась приглашеніемъ ученицы мѣстной фельдшерской школы на ничтожный окладъ, и рабочіе монополіи принуждены за врачебной помощью обращаться въ городскія лѣчебницы. Любопытно, что «монополія»—вполнѣ коммерческое капиталистическое предпріятіе, тратящее огромныя средства и извлекающее изъ своего дѣла солидные доходы, не стѣсняется назначать прекрасные и щедрые оклады своимъ служащимъ, но крайне экономна въ расходахъ на оказаніе врачебной помощи своимъ рабочимъ. Напр., врача нѣтъ и, какъ слышно, администрація ищетъ врача со стороны, который-бы за 20 рублей въ мѣсяцъ посѣщалъ «монополію» 2 раза въ недѣлю. Это значитъ стараются свести медицинскую помощь и санитарный надзоръ на форму, не заботясь о сути. И это—правительственное учрежденіе, которому можно-бы было служить примѣромъ! Чего-же можно требовать отъ частныхъ предпринимателей?»

2423. Не смотря на установленный у насъ, по видимому, строжайшій надзоръ за продажею водки, къ сожалѣнію, все-же оказываются возможными такіе по истинѣ трагическіе случаи, какъ недавно происшедшій въ дер. Котелевкахъ Миропольской волости, Новоградволынскаго уѣзда, Кіевской губ.: по словамъ корреспондента «Кіевской Газеты» (11 ноября), одинъ изъ

крестьянъ этой деревни, справляя свадьбу дочери, купилъ въ тайномъ шинкѣ сосѣдняго села водку; черезъ нѣсколько часовъ всѣ *20 чел., пившихъ* эту *водку, умерли при явленіяхъ тяжелаго отравленія.*

2424. Въ «Саратовскомъ Дневникѣ» (4 и 6 ноября) г. Э. Глейгсъ (по видимому не-врачъ), участвовавшій въ Китайской кампаніи и бывшій въ 1901 г. въ Японіи, помѣстилъ статью «*Гипнозъ въ Японіи*», въ которой сообщаетъ интересныя свѣдѣнія о чрезвычайно широкомъ распространеніи тамъ гипноза, какъ способа обезболиванія при производствѣ операцій. Въ Японіи, по его словамъ, имѣется особая корпорація врачей «огкаран», спеціально занимающихся гипнозомъ. Многіе хирурги производятъ тамъ большія операціи, не давая больнымъ хлороформъ, а лишь приводя ихъ въ состояніе гипноза. Авторъ статьи долженъ былъ самъ подвергнуться операціи для исправленія неправильно сросшагося у него перелома плечевой кости; но, такъ какъ вслѣдствіе порока сердца хлороформировать его было нельзя, то онъ и отказывался отъ операціи, рѣшившись лучше потерять руку, чѣмъ испытывать мучительныя боли при операціи безъ наркоза. Тогда д-ръ *Magata* загипнотизировалъ его, внушилъ ему, что онъ—не тотъ больной, которому будетъ сдѣлана операція, и, сдѣлалъ все, что нужно, при чемъ г. Глейгсъ не чувствовалъ ни малѣйшей боли не только во время самой операціи, но и послѣ нея въ продолженіи 2-хъ мѣсяцевъ.—Все это—вполнѣ возможно. Статья однако заканчивается слѣдующимъ едва-ли справедливымъ обобщеніемъ: «въ Японіи всякая хирургическая операція производится подъ гипнозомъ». Не сообщитъ-ли кто изъ товарищей, бывавшихъ въ Японіи, болѣе правдивыхъ свѣдѣній о примѣненіи тамъ гипноза въ хирургической практикѣ?

2425. «Правительственный Вѣстникъ» (16 ноября), со словъ «Галичанина», передаетъ, что въ Львовскомъ Университетѣ въ текущемъ году на медицинскомъ факультетѣ *всего 97 студентовъ* (въ томъ числѣ 3 женщины).

2426. Петербургское телеграфное агентство разослало общимъ газетамъ (отъ 21 ноября) слѣдующую *телеграмму изъ Софіи:* «Сегодня (20 ноября—3 декабря) торжественно празднуется 25-лѣтній юбилей существованія медицинскаго вѣдомства въ Болгаріи. По этому случаю была отслужена заупокойная обѣдня въ память павшихъ во время освободительной войны на полѣ битвы русскихъ врачей и фельдшеровъ, на памятникъ которыхъ были возложены вѣнки. Директоръ медицинскаго вѣдомства *Руссевъ* произнесъ рѣчь».

2427. 7-го ноября въ München'ѣ открыта *новая психіатрическая клиника*, директоромъ которой состоитъ проф. *Kraepelin*, бывшій одно время профессоромъ Юрьевскаго Университета.

2428. Ученики вышедшаго въ отставку за *окончаніемъ 40-лѣтней врачебно-преподавательской дѣятельности* извѣстнаго германскаго клинициста проф. *Naunyn*'а рѣшили поднести ему *адрессъ* («Wiener klinische Wochenschrift», № 47).

2429. Исходя изъ того положенія, что понятіе «истерія»—весьма неопредѣленно и что то, что обыкновенно называютъ «истеріей», представляетъ собой ничто иное, какъ временное ненормальное состояніе центральной нервной системы, спеціально корковыхъ центровъ ея, которое можетъ быть воспроизведено у склонныхъ къ этому лицъ экспериментальнымъ путемъ посредствомъ внушенія и которое, обратно, можетъ быть устранено посредствомъ убѣжденія, извѣстный французскій психіатръ *Babinski* предлагаетъ («La Médecine moderne», 23 ноября) совершенно *отказаться отъ обозначенія «истерія»* и, взамѣнъ его, ввести *терминъ «питіатизмъ»*, отъ греческаго слова πείθω = убѣждаю и ἰατος = излѣчимый. Едва-ли, однако, новый терминъ выясняетъ что-либо въ этомъ непонятномъ пока фукціональномъ состояніи корковыхъ центровъ.

2430. По *числу сожигаемыхъ труповъ* 1-ое мѣсто принадлежитъ Сѣверо-Американскимъ Штатамъ; за ними идутъ Германія и Англія. Въ Америкѣ въ 1901 г. сожжено было 2685 труповъ, а въ 1902 г.—3160; въ Германіи въ 1901 г.—692, въ 1902 г.—861, а въ 1903 г.—1074; въ Англіи въ 1902 г.—452, а въ 1903 г. 479 («La Médecine moderne», 23 ноября).

2431. Въ новомъ хирургическомъ зданіи Baltimore'скаго Johns Hopkins University помѣщена, какъ передаетъ «The Medical Age» (10 ноября), *доска съ надписью въ память д-ра J. W. Lazear*'а, погибшаго отъ зараженія при опытахъ надъ желтою лихорадкою на Кубѣ.

2432. Почтовыя власти въ С.-А. Штатахъ недавно остановили *разсылку обманныхъ рекламъ* New-York'ской «Thos. A. Edison Junior Chemical Company» объ изготовляемомъ ею «magno-electric vitalizer». «Постыдно», замѣчаетъ по этому поводу «The Medical Age (10 ноября), «что великій изобрѣтатель какъ-будто далъ свое имя для утилизаціи въ этомъ подозрительномъ гешефтѣ, хотя, по словамъ одной газетной телеграммы, Edison-старшій отрицаетъ всякое отношеніе къ этому предпріятію».

2433. Boston'скій верховный Судъ приговорилъ нѣкоего J. Therrien'а къ уплатѣ 600 долларовъ родителямъ дѣвочки, *которую укусила его собака.* Искъ былъ предъявленъ въ суммѣ 5000 («American Medicine», 29 октября).

2434. Въ Вѣнѣ предположено воздвигнуть *памятникъ* пастору Kneipp'у, при содѣйствіи городского Управленія. «Остается теперь», замѣчаетъ, передавая это, «The British Medical Journal» (26 ноября), «чтобы просвѣщенные администраторы императорско-королевскаго града вотировали средства на статуи Hahnemann'у, Mesmer'у, «матушкѣ Eddy» и «пророку» Davie».

2435. По поводу включенія въ *списокъ больницъ, имѣющихъ право принимать молодыхъ врачей на «практическій годъ»* больницы Gross-Lichterfelde (около Berlin'а), которою управляетъ печальной извѣстности г. *Schweninger* (см. выше, стр. 1622), «Wiener medizinische Wochenschrift» (12 ноября) замѣчаетъ: «И такъ, молодые врачи будутъ пріучаться къ практикѣ больничнымъ руководителемъ, который ратуетъ противъ оспопрививанія и считаетъ ртуть причиной третичнаго сифилиса»...

2436. Недавно умершій профессоръ медицинской химіи въ Прагѣ *K. H. Huppert завѣщалъ Университету 30000 кронъ на стипендіи для студентовъ-медиковъ* («Medicinische Blätter», 17 ноября).

2437. Въ Lyon'ѣ 13-го ноября состоялось торжественное, въ присутствіи министра народнаго просвѣщенія Chaumié, *открытіе памятника хирургу Ollier.* Памятникъ, статуя работы A. Boucher и L. Rogniat, представляетъ *Ollier* въ тогѣ профессора съ бистури въ правой рукѣ. На торжествѣ получены были, между прочими поздравленіями, латинскій адрессъ итальянскаго министра просвѣщенія проф. *G. Baccelli* и телеграммы отъ проф. *König*'а и *Bergmann*'а («Le Progrès médical», 19 ноября).

2438. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 10 ноября). Въ Индіи за недѣли по 15 и 22 октября умерли отъ чумы 16111 и 13871 чел., при чемъ 67 и 75 случаевъ смерти далъ городъ Bombay, 9801 и 8172 Bombay'скій округъ, 2 и 3 Calcutta, 193 и 187 Bengal, 1248 и 1276 сѣверо-западныя провинціи и Oudh, 345 и 572 Punjab, 424 и 279 Rajputana, 26 и 25 Kashmir, 552 и 485 центральныя провинціи, 1616 и 1170 центральная Индія, 547 и 570 Hyderabad, 652 и 694 Mysore, 1 и 2 Coorg. Южная Африка: за тѣ-же 2 недѣли чума имѣлась лишь въ Port-Elizabeth'ѣ—0 и 1 случай, безъ смертей. Островъ св. Маврикія: за недѣли по 3 и 10 ноября заболѣли 16 и 21, а умерли 9 и 13 чел.

2439. *Главныя причины смертности въ Англіи.* Разбирая оффиціальную статистику смертности въ Англіи и Уэльсѣ за 1902 г., д-ръ *Tatham* отмѣчаетъ слѣдующія цифры: 57396 случаевъ смерти или 10,5% общей суммы ихъ дала бугорчатка, 2784 — алкоголизмъ и бѣлая горячка, 13540—ракъ, 1690—саркома, 1485—аппендицитъ (901 мужчина и 584 женщины) («Medical News, 5 ноября).

2440. При № отъ 8 ноября «Bulletin de l'Académie de Médecine», изданія ultra-оффиціальнаго, разсылались *объявленія о «Journal de médecine»*. «Не будетъ ли, теперь «Bulletin», спрашиваетъ «Gazette médicale de Paris» (26 ноября), «помѣщать и фармацевтическія объявленія, а, если нѣтъ, то зачѣмъ благопріятствовать одному изданію, въ ущербъ другимъ? Развѣ Академія заинтересована *денежно* въ такой разсылкѣ?»

2441. Редакторъ газеты «Le Progrès médical» приводитъ въ № отъ 26 ноября письмо, полученное имъ отъ одного изъ французскихъ врачей съ юга, негодующаго на то, что назначенная для русскихъ раненыхъ *здравница—Villa Méridien въ Cannes'ѣ*, обставленная, какъ извѣстно, матеріаломъ французскихъ военныхъ госпиталей, вѣдается русскими врачами, а въ консультанты приглашенъ (по словамъ газеты «Ospedaletti hivernal») итальянскій врачъ *Oster*.—«Факты», пишетъ д-ръ *Noir*, «говорятъ сами за себя, и мы ничего не имѣемъ прибавить къ письму вашего корреспондента. Мы понимаемъ вполнѣ, что русское правительство посылаетъ избытокъ своихъ врачей въ Cannes,—ихъ, очевидно, вполнѣ достаточно въ Манчжуріи. И наши французскіе товарищи должны, кажется, цѣнить всю деликатность русской администраціи, которая принимаетъ санитаровъ, матеріалъ и подписныя деньги, но избѣгаетъ услугъ французскихъ врачей по части лѣченія раненыхъ; довольно принять гостепріимство ихъ родины. Только мы все-же хотѣли-бы узнать мнѣніе французскихъ Обществъ подачи помощи раненымъ, которыя организуютъ помощь для русской арміи, а также и мнѣніе нашего министра иностранныхъ дѣлъ».— Какъ будто и вправду не совсѣмъ вышло ловко...

2442. *Умерли*: 1) Въ Тифлисѣ *Станиславъ Людвиковичъ Бенклевскій* («Биржевыя Вѣдомости», 17 ноября), родившійся въ 1848 г., а званіе врача получившій въ 1874 г.—2) 18-го ноября, въ Петербургѣ *Василій Федоровичъ Клаусъ* [1]) («Новое Время», 19 ноября).—3) Въ Перми *Александръ Яковлевичъ Пономаревъ* («Биржевыя Вѣдомости», 20 ноября), родившійся въ 1842 г., а званіе врача получившій въ 1869 г.—4) 20-го ноября, въ Москвѣ, *Ѳеодосій Васильевичъ Гремяцкій* («Русскія Вѣдомости», 21 ноября), родившійся въ 1859 г., а званіе врача получившій въ 1886 г.—5) 15-го ноября, въ Неаполѣ, *Леонидъ Николаевичъ Симоновъ* [1]) («Новое Время», 22 ноября).—6) 21-го ноября, въ Вѣнѣ, бывшій профессоръ глазныхъ болѣзней въ мѣстномъ Университетѣ *Karl Stellwag v. Carion*, 82 л. отъ роду. Медицину покойный изучалъ въ Вѣнѣ-же, гдѣ въ 1854 г. получилъ званіе доцента офтальмологіи, а черезъ 3 года и профессуру («Wiener medizinische Presse», 27 ноября).—7) 23-го ноября, въ Berlin'ѣ, жертвою случайнаго зараженія, бывшій ассистентъ *Virchow*'а и прозекторъ больницы Moabit проф. *Robert Langerhans*, 44 л. Покойный былъ извѣстенъ своими работами о поджелудочной железѣ («Wiener medizinische Presse», 27 ноября).

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Архивъ біологическихъ наукъ, т. XI, вып. 1, 2 и 3.

1. **В. Н. Болдыревъ.** *Періодическая работа пищеварительнаго аппарата при пустомъ желудкѣ.* Экспериментальное изслѣдованіе, произведенное на собакахъ. 2. **Д. К. Заболотный.** *Объ экспериментальномъ сифилисѣ бабуиновъ.* Предварительное сообщеніе. 3. **Н. О. Зиберъ-Шумова.** *Очеркъ научной дѣятельности М. В. Ненцкаго.* Обзоръ научныхъ работъ покойнаго. 4. **И. З. Шуруповъ.** *Къ вопросу о продолжительности жизни чумнаго микроба въ крови лошадей, иммунизируемыхъ для добыванія противобубонной сыворотки.* Микробъ въ крови лошадей живетъ въ теченіи 10 часовъ. Послѣ пребыванія въ организмѣ лошади микробъ не теряетъ вирулентности. 5. **В. П. Бабкинъ.** *Вліяніе мылъ на отдѣлительную работу поджелудочной железы.* Опыты на собакахъ.

Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины, сентябрь.

1. **В. Р. Россолекъ.** *Къ вопросу о судебно-медицинскомъ значеніи печеночной пробы Lacassane'я на сахаръ.* Литературно-критическій очеркъ и собственныя изслѣдованія въ 28 случаяхъ. 2. **В. П. Гравировскій.** *Сыпной тифъ въ г. Сызрани за 1901—1904 г.* Отчетъ за 3 года. 3. **С. Глѣбовскій.** *Дѣтоубійство въ Лифляндской г.* Статистическій очеркъ. 4. **В. И. Гребенщиковъ.** *Плодовитость женщинъ въ Россіи.* Статистика дѣторожденій.

Извѣстія В.-Медицинской Академіи, сентябрь, т. IX, № 1.

1. **И. П. Павловъ и С. В. Поращукъ.** *Принадлежность протеолитическаго и молоко-свертывающаго дѣйствія различныхъ пищеварительныхъ соковъ однимъ и тѣмъ же бѣлковымъ ферментомъ.* Экспериментальное изслѣдованіе. 2. **А. Н. Ивановъ.** *Къ вопросу о физической теоріи колебаній стойкости красныхъ кровяныхъ шариковъ.* Опыты на кроликахъ. 3. **Г. А. Макаровъ.** *Видоизмѣненіе серо-діагностики брюшного тифа.* Краткая замѣтка. 4. **Я. В. Зеленковскій.** *Обзоръ литературы по офталмологіи за 1901 и 1903 гг.* Годовой обзоръ.

Извѣстія Петербургской біологической лабораторіи. т. VII, вып. 3.

1. **В. Лебединскій.** *Научные труды Петра Петровича Ванъ-деръ-Флита.* Обзоръ ученой дѣятельности. 2. **Н. Егоровъ.** *Памяти Петра Петровича Ванъ-деръ-Флита.* Біографическій очеркъ. 3. **П. Лесгафтъ.** *Профессоръ Петръ Петровичъ Ванъ-деръ-Флитъ.* Біографія. 4. **И. Долбня.** *Аналитическое изслѣдованіе приводимости Абелевыхъ интеграловъ второго вида.* 5. **М. Ильинъ.** *Организованные бѣлки клѣтокъ различныхъ органовъ.* Химическая характеристика бѣлковъ. 6. **Онъ-же.** *Обзоръ заграничныхъ лабораторій по физіологической химіи и родственныхъ съ нею каѳедръ, физіологіи, химіи, фармакологіи и гигіэны.* Отчетъ о заграничной командировкѣ. 7. **В. Мазуренко.** *О поглощеніи кислорода водными растворами натровой селитры.*

Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, августъ, т. VIII, № 8.

1. **И. Ф. Зеленевъ.** *Къ патологіи свободныхъ сальныхъ железъ а) chelitis exfoliativa et keratosis follicularis и б) adenomatosis hypertrophica cystoides labiorum minorum vulvae.* 2 случая съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ препаратовъ. 2. **Л. И. Эрлихъ.** *Происхожденіе плазматическихъ клѣтокъ.* (Продолженіе). 3. **Я. Н. Соколовъ.** *Рѣдкій случай бугорчатки кожи.* 4. **А. А. Брычевъ.** *Случай psoriasis vulgaris, лѣченной свѣтовыми ваннами.* 5. **А. И. Поспѣловъ.** *О прививкѣ сифилиса антропоиднымъ обезьянамъ и объ иммунитетѣ къ сифилису.* Изложеніе опытовъ *И. И. Мечникова* и *Roux* и *Lassar*'а. 6. **П. М. Сникеръ.** *О лѣченіи сифилитическихъ пораженій полости рта и зѣва и стоматитовъ концентрированныхъ растворомъ хромовой кислоты.* Литература вопроса и способъ лѣченія. 7. **П. Вакалейникъ.** *Гидравлическій расширитель для діагностики и лѣченія сужденія. Внутренній массажъ простаты и уретры. Расширеніе мочеточниковъ.* Описаніе способа. 8. **Вячеславъ Войковъ.** *N-лучи, ихъ происхожденіе, физическія и физіологическія свойства.* Критическій обзоръ вопроса.

Англійскіе.

The Journal of Physiology, мартъ, т. XXXI, № 1.

1. **Francis Gotch.** *The time-relations of the photo electric changes produced in the eyeball of the frog by means of coloured light.* Вліяніе цвѣтовыхъ лучей на глазное яблоко лягушки. 2. **W. Cramer.** *On protagon, cholin and neurin.* Протагонъ, холинъ и нейринъ. 3. **T. P. Anderson Stuart.** *The function of the hyaloid canal and some other new points in the mechanism of the eye for distance.* Значеніе canalis hyaloideus глазного яблока. 4. **Noël Paton and Alexander Goodall.** *Contribution to the physiology of the thymus.* Къ вопросу о физіологіи зобной железы.

Августъ, № 5.

1. **E. E. Henderson and E H. Starling.** *The influence of changes in the intraocular circulation on the intraocular pressur.* Вліяніе измѣненій внутриглазного кровообращенія на внутриглазное давленіе. 2. **M. S. Pembrey and E. I. Spriggs.** *The influence of fasting and feeding upon the respiratory and nitrogenous exchange.* Вліяніе кормленія и голоданія на дыхательный и азотистый обмѣнъ. 3. **H. M. Vernon.** *The protective value of proteids and their decomposition products on trypsin.* Защитительная способность бѣлковыхъ тѣлъ и ихъ продукты разложенія. 4. **G. Bullot.** *On the action of oxygen at low and high pressure upon the corneal endothelium.* Вліяніе кислорода высокаго и низкаго давленія на эндотелій роговицы. 5. **I. N. Langley and H. K. Anderson.** *The union of different kinds of nerve fibres.* Соединеніе различнаго рода нервныхъ волоконъ. 6. **John Berry Haycraft.** *The elasticity of animal tissues.* Упругость животныхъ тканей. 7. **T. Brailsford Robertson.** *On the «Sham Death» reflex in spiders.* О посмертныхъ отраженныхъ движеніяхъ ножекъ паука. 8. **J. N. Langley and H. R. Anderson.** *On antogenetic regeneration in the nerves of the limbs.* О возрожденіи нервовъ въ конечностяхъ.

The Journal of Pathology and Bacteriology, іюль, № 4.

1. **W. J. S. Bythell.** *Empyema in children: A contribution to its bacteriology.* Бактеріологія эмпіэмы у дѣтей. 2. **Georg Lyow.** *An experimental study of the action of some toxins and poisons upon the kidney and also upon the spleen.* Экспериментальное изслѣдованіе дѣйствія нѣкоторыхъ токсиновъ и ядовъ на почки и селезенку. 3. **A. C. Houston.** *Note on the absence of bacillus coli (orcoli-like microbes) from one cubic centimetre to one thousand cubic centimetres of certain samples of unpolluted or only slightly polluted water.* Бактеріологическое изслѣдованіе воды на присутствіе въ ней кишечной палочки. 4. **D. Barty King.** *The pathogenesis of bronchiectasis.* Патогенезъ бронхоэктазіи.

The Quarterly Journal of microscopical science, сентябрь, № 190.

1. **E. Ray Lankester.** *The structure and classification of the arachnida.* Строеніе и классификація паукообразныхъ. 2. **W. Blaxland Benham.** *On some new species of the genus phreodrilus.* Нѣкоторые новые виды изъ genus phreodrilus. 4. **Онъ же.** *On a new species of the genus haplotaxis; with some remarks on the genital ducts in the oligochaeta.* Новый видъ genus haptotaxis. Нѣкоторыя замѣчанія о половыхъ ходахъ у oligochaeta. 4. **Francis H. A. Marshall** *The oestrous cycle in the common ferret.* Развитіе овода. 5. **H. J. Hansen.** *Two new forms of choniostomatidae: copepoda parasitic on crustacea malacostraca and ostrocada.* 2 новыя формы холіостоматидъ.

The St.-Paul Medical Journal, августъ, т. VI, № 8.

1. **Joseph B. Cotton.** *Some phases of legal medicine.* Нѣкоторыя стороны судебной медицины. 2. **Charles Lyman Greene.** *The art and science of medicine.* Знаніе и искусство въ медицинѣ. 3. **Alexander Hugh Ferguson.** *Oration on surgery before the minnesota state medical association.* 4. **Archibald Mac Laren.** *Prostatectomy and its results.* Вырѣзываніе предстательной железы и послѣдствія этой операціи. 5. **H. P. Ritchie.** *The effect of the operations for uterine displacement upon subsequent pregnancy.* Вліяніе операціи перемѣщенія матки на послѣдующую беременность. 6. **J. B. Mc Gaughey.** *Pneumonia problems in treatment.* Лѣченіе пнеймоніи.

The Therapeutic Gazette, іюль, т. XX, № 7.

1. **Franc C. Hammond.** *The surgical treatment of abortion.* Хирургическое лѣченіе выкидышей. 2. **Geo. E. Pettey.** *Strychnia as an evacuant.* Стрихнинъ и его выведеніе изъ организма. 3. **E. E. Montgomery.** *Internal hemorrhage from ectopic gestation without rupture of the sac.* Внутреннее кровотеченіе при внѣматочной беременности при разрывѣ плоднаго мѣшка. 4. **Grant Gould Speer.** *Eserine: a warning.* Объ эзеринѣ. 5. **A. P. Condon.** *Meteorism following abdominal operations.* Вздутіе кишекъ вслѣдствіе операцій въ брюшной полости.

Нѣмецкіе.

Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere, сентябрь, т. CIV, тетр. 7 и 8.

1. **Jacques Loeb.** *Weitere Versuche über heterogene Hybridisation bei Echinodermen.* Опыты надъ оплодотвореніемъ у иглокожныхъ подъ вліяніемъ измѣненія химическаго состава внѣшней среды. 2. **Siegfried Garten.** *Ueber ein neues Verfahren zur Verzeichnung von Bewegungsvorgängen und seine Anwendung auf den Volumenpuls.* Предлагаетъ пользоваться мыльными пузырями для измѣренія пульсовыхъ колебаній. 3. **Heinrich Weber.** *Anhang. Ueber die Arbeit welche aufzuwenden ist, um den Kohäsionsdruck beim Aufblasen einer Seifenblase zu überwinden.* Критическая замѣтка съ математическими вычисленіями. 4. **Siegfried Garten.** *Zwei einfache Vorrichtungen zur photographischen Registrierung von Bewegungsvorgängen.* Описаніе и рисунки приборовъ. 5. **C. Julius Rothberger.** *Zur Frage der postmortalen Formveränderungen des Herzens.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **John Bruce Mac Callum.** *Ueber die Wirkung der Abführmittel und die Hemmung ihrer Wirkung durch Calciumsalze.* Экспериментальное доказательство существованія антагонизма между солями кальція и слабительными. 7. **Oscar Prym.** *Milz und Pankreas.* Литературно-критическій обзоръ и опыты на животныхъ.

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie, сентябрь, т. XV, № 18.

1. **Bayon.** *Ueber die Thyreoiditis simplex und ihre Folgen.* Къ вопросу о гистогенезѣ зоба. 2. **Emil Liefmann.** *Ein Fall von Durchbruch einer verkästen Mediastinaldrüse in die Aorta ascendens, akute allgemeine Miliartuberkulose.* Описаніе случая. 3. **Karl Landsteiner und Victor Mucha.** *Ueber Fettdegeneration der Nieren.* Критическій очеркъ. 4. **Alexander Lustig.** *Nachtrag zu meiner Arbeit «Ist die für Gifte erworbene Immunität übertragbar von Eltern auf die Nachkommenschaft.* Добавленіе къ прежде напечатанной статьѣ.

Dermatologische Zeitschrift, сентябрь, т. XI, № 9.

1. **G. Demetriade.** *Ueber einen interessanten Fall von Lepra mutilans.* Описаніе случая и радіографическіе снимки съ конечностей. 2. **Max Joseph.** *Ueber ungewöhnlich lange Inkubationsdauer der Gonorrhoe.* Краткій перечень случаевъ изъ литературы. 3. **Fritz Lesser.** *Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis und der sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen.* Критическій очеркъ. 4. **Felix Pinkus.** *Ueber die Beziehungen des Hidrocystoms zur Granulosis rubra nasi.* Микроскопическое изслѣдованіе въ 1 случаѣ. 5. **Ed. Bäumer.** *Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi Jadassohn.* Случай, изслѣдованный патологически. 6. **F. B. Solger.** *Die Ursache der Alopecia praematura.* Этіологія ранняго облысѣнія. 7. **Peter Misch.** *Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis.* Литературно-критическій обзоръ. 8. **F. Schanz.** *Ueber die Verordnung und Zubereitung der gelben Salbe.* Формулы для назначенія желтой ртутной мази.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, сентябрь, т. LXXXI, тетр. 3 и 4.

1. **W. Falta.** *Der Eiweissstoffwechsel bei der Alkaptonurie.* Наблюденіе надъ бѣлковымъ обмѣномъ при алькаптонуріи. Экспериментально-химическое изслѣдованіе. 2. **H. Lüthje** und **Cl. Berger.** *In welcher Form kommt aus der Nahrung retinierter Stickstoff im Organismus zur Verwendung?* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе. 3. **E. Helber.** *Ueber die Zählung der Blutplättchen im Blute des Menschen und ihr Verhalten bei pathologischen Zuständen.* Способы счисленія кровяныхъ пластинокъ въ крови у человѣка. Нѣсколько клиническихъ случаевъ. 4. **O. Wagener.** *Oxyuris vermicularis in der Darmwand.* Описаніе случая, изслѣдованнаго микроскопически. 5. **E. Edens.** *Ueber atelektatische Bronchiektasie.* Литература и описаніе случая. 6. **Ludwig Lévy.** *Untersuchungen über die Nierenveränderungen bei experimenteller Hämoglobinurie.* Опыты на кроликахъ. 7. **Carl Hirsch** und **Ed. Stadler.** *Experimentelle Untersuchungen über den N. depressor.* Опыты на кроликахъ. 8. **H. Kluck** und **R. Inada.** *Ein Beitrag zur Kenntniss der Spezifität der Präzipitine.* Критическая замѣтка.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, т. XXXVI, тетр. 4.

1. **Czaplewski.** *Ueber Versuche mit einer hygienischen Geschirrspülmaschine.* Описаніе и рисунки машины для мытья посуды и опыты съ нею. 2. **Bloch.** *Die hygienischen Fortschritte der Stadt Beuthen (Oberschlesien) innerhalb des letzten Dezenniums.* Обзоръ послѣдняго 10-лѣтія. 3. **M. Pistor.** *Die Verbreitung des Typhus in Preussen während des Jahrzehntes 1892 bis 1901 nebst Bemerkungen über Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung der Krankheit.* Статистическія данныя за 10 лѣтъ. 4. **J. J. Reincke.** *Ueber den Wert ärztlicher Todesbescheinigungen für die Todesursachenstatistik.* Критическая замѣтка. 5. **Konrad Stich.** *Eine neue Methode zur Bestimmung des Luftstaubes und ihre Verwendung zur Prüfung eines neuen Wassersprengapparates.* Новый способъ опредѣленія количества пыли въ воздухѣ и дѣйствіе водяного распылителя.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, сентябрь, т. XLVIII, тетр. 1.

1. **Noetel.** *Die Unschädlichmachung des Auswurfs der Phthisiker.* Способы обезвреживанія мокроты чахоточныхъ. 2. **Albrecht Speck.** *Die Beziehung der Säuglingsernährung zur Entstehung der Lungentuberculose.* Статистическія данныя по вопросу о связи между питаніемъ грудныхъ дѣтей и легочной бугорчаткой. 3. **Bruno Heymann.** *Statistische und ethnographische Beiträge zur Frage über die Beziehungen zwischen Säuglingsernährung und Lungenschwindsucht.* Цифровой матеріалъ по данному вопросу. 4. **Max Auerbach.** *Nachtrag zu meiner Arbeit.* Добавленіе къ ранѣе напечатанной статьѣ. 5. **В. Клименко.** *Beitrag zur Frage über die Durchgängigkeit der Darmwand für Mikroorganismen bei physiologischen Verhältnissen.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **Carl Bruck.** *Beiträge zur Kenntniss der Antitoxinbildung.* Способъ и время образованія антитоксина въ организмѣ животныхъ. 7. **E. Pfuhl.** *Beitrag zur bakteriologischen Untersuchung der Fleischconserven.* Бактеріологическое изслѣдованіе мясныхъ консервовъ. 8. **G. Wimmer.** *Beitrag zur Kenntniss der Nitrificationsbakterien.* Экспериментальное изслѣдованіе. 9. **E. Bertarelli.** *Ueber eine Bemerkung des Hrn. Dr. K. Kisskalt betreffs einer Arbeit über den Bacillus prodigiosus.* Полемическая замѣтка.

Zeitschrift für klinische Medicin, т. LIV, тетр. 3 и 4.

1. **Paul Reckzeh.** *Ueber die durch das Alter der Organismen bedingten Verschiedenheiten der experimentell erzeugten Blutgiftanämieen.* Опыты на собакахъ. 2. **Heinrich Rosin** und **Eugen Bibergeil.** *Ueber vitale Blutfärbung und deren Ergebnisse bei Erythrocyten und Blutplättchen.* Микроскопическое изслѣдованіе свѣжей крови въ неокрашенномъ и окрашенномъ состояніяхъ. 3. **A. Hirschberg.** *Untersuchungen über die Jodreaction des Blutes und der haematopoietischen Organe.* Критическій обзоръ вопроса. 4. **J. Arneth.** *Die «kachektische» Leukocytose; das Verhalten der neutrophilen Leukocyten beim Carcinom.* Изучалъ количественныя колебанія нейтрофильныхъ шариковъ при раковомъ худосочіи. 5. **Karl Kroner.** *Ueber Gesichtsfeldermüdung.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **Lothar Sellentin.** *Acute isolirte interstitielle Myocarditis.* 2 случая съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 7. **H. Couvée.** *Die Ursachen des Todes nach doppelseitiger Nephrectomie.* Опыты на кроликахъ. 8. **Anton A. Christomanos.** *Colica intestini coeci, ein wohlcharakterisirter, selbstständig auftretender Symptomencomplex.* Критическая замѣтка. 9. **E. Riegler.** *Ueber die Jodsäurereaction auf Acetessigsäure im diabetischen Harn.* Способъ производства реакціи.

Французскіе.

Annales de l'Institut Pasteur, августъ, т. XVIII, № 8.

1. **A. Calmette.** *Contribution à l'étude de l'epuration des eaux résiduaires des villes et des industries.* Сравнительная оцѣнка различныхъ способовъ очистки сточныхъ водъ. 2. **H. H. Петровъ.** *L'Infection mixte dans la tuberculose chirurgicale.* Экспериментальное изслѣдованіе къ вопросу о смѣшанномъ заражеціи при хирургической бугорчаткѣ. 3. **C. Levaditi.** *Les anticorps contre les spirilles de la septicémie des poules.* Мѣстомъ образованія противоспирохетныхъ антитоксиновъ авторъ считаетъ селезенку, костный мозгъ и лимфатическія железы. 4. **П. Заболотновъ.** *Sur l'existence d'un fixateur dans l'organisme de l'animal jouissant de l'immunité naturelle.* Выводы автора слѣдующіе: сыворотка морской свинки не содержитъ специфическаго фиксатора по отношенію къ бактеріямъ свиной краснухи; защита-же этого животнаго достигается исключительно путемъ фагоцитоза.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, сентябрь, № 17.

1. **Jean Petit.** *Du traitement des calculs de la vessie chez l'homme.* 10 случаевъ оперативнаго лѣченія камней мочевого пузыря. 2. **B. Motz** et **A. Cariani.** *Contribution à l'étude des adénomes kystiques de l'appareil urinaire.* Микроскопическое изслѣдованіе нѣсколькихъ кистъ мочевого прибора. 3. **Adam Grelinski.** *Contribution à l'étude des hématuries consécutives au cathétérisme brusque dans la rétention complète aiguë.* Описаніе случая съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 4. **Nicolich.** *Traitement des prostatiques en rétention d'urine incomplète avec distension.* По поводу 1 случая. 5. **Онъ-же.** *Abcès de la fosse iliaque droite ouvert dans la vessie.* Краткая замѣтка.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, сентябрь, т. II.

1. **P. Brouardel.** *La mort par inhibition laryngée.* Описаніе случая. 2. **P. Busquet.** *Du rôle des embruns dans la transmission des maladies infectieuses.* Брызги волнъ, какъ посредники въ передачѣ заразы. 3. **Ernest Mosny.** *Les causes et la prophylaxie de la fièvre jaune.* Литературно-критическій очеркъ. 4. **Louis Vidal.** *Les fours à chaux. Quelques considerations de pathologie, d'hygiène et de médecine légale.* Гигіена обжиганія извести.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques августъ, № 147.

1. **J. Bergonié.** *Des mesures électriques dans les applications des rayons x à la médecine.* Авторъ находитъ, что приборы, примѣняемые въ электротерапіи, далеко несовершенны по своему устройству.

Сентябрь, № 149.

1. **P. Pansier.** *Le traitement électrolytique du ptérygion.* Авторъ достигалъ успѣшныхъ результатовъ при раннихъ степеняхъ развитія pterygion'a. 2. **L. Augé.** *Deux cas de radiothérapie de lupus tuberculeux.* Описаніе случаевъ и рисунки. 3. **Stéphane Leduc.** *Sur un perfectionnement dont est susceptible la machine de Wimshurst.* Описаніе техническаго усовершенствованія. 4. **J. Reboul.** *Sur quelques cas de cancer et de tuberculose traités par les rayons de Röntgen.* 8 случаевъ. 5. **J. Bergonié.** *Nouvel interrupteur liquide à trou de construction très simple.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Archives de médecine et de pharmacie militaires, сентябрь, № 9.

1. **Bouquet de Solinière.** *Observations de blessures de guerre par projectiles de différents calibres. Considérations sur les caractères particuliers des blessures par balles de gros calibre, et sur les conséquences qui en résultent au point de vue du traitement.* Описаніе и разборъ нѣсколькихъ десятковъ случаевъ огнестрѣльнаго раненія пулями различнаго калибра. 2. **Sénez.** *De la rupture du muscle grand, droit de l'abdomen chez les cavaliers.* 12 случаевъ разрыва прямыхъ брюшныхъ мышцъ у кавалеристовъ. 3. **Moinet.** *Note sur la fréquence des affections vénériennes dans le 9-e corps d'armée, au cours des cinq dernières années (1899—1903).* Отчетъ о венерическихъ заболѣваніяхъ. 4. **Petges.** *Un cas de lèpre grave, d'origine coloniale, observé en France, n'ayant évolué qu'après une période latente de 21 années.* Описаніе случая. 5. **Camus.** *Sommeil hystérique provoqué par la vaccination.* Случай истерическаго сна, наступившаго послѣ прививки оспы. 6. **Gazin.** *Ictère émotif.* Случай.

Archives de neurologie, августъ, т. XVIII, № 104.

1. **Raymond.** *Deux cas de lèpre nerveuse.* Описаніе случаевъ. 2. **Paul Sollier** et **François Boissier.** *Mediumnité délirante.* (Продолженіе).

Сентябрь, т. XVIII, № 105.

1. **Ch. Féré** et **A. Mouroux.** *Note sur la fréquence et sur la distribution des naevi chez les aliénés.* Краткій статистическій очеркъ. 2. **P. Hartenberg.** *La phobie du regard.* 2 случая.

La Loire médicale, іюль, № 7.

1. **Montagnon.** *Resultats des deux premières années de l'isolement en box dans le service de médecine infantile de l'hôpital de Saint-Etienne.* Обзоръ результатовъ 2 лѣтней дѣятельности. 2. **Ducarre.** *Trois cas de relèvement d'enfoncement du crâne chez le nouveau-né.* Описаніе случаевъ. 3. **Martin.** *Invagination intestinale chez un homme de 27 ans.* Случай. 4. **Онъ-же.** *Un cas de corps étranger des fosses nasales, datant de trois ans.* Описаніе случая извлеченія металлической пробки отъ духовъ изъ полости носа.

Revue clinique d'andrologie et de gynécologie, іюль, № 7.

1. **P. Hamonic.** *Kystes de l'épididyme et du testicule.* (Окончаніе).

Revue de chirurgie, сентябрь, № 9.

1. **A. Yvert.** *De l'intervention opératoire dans les néphrites et dans certaines affections médicales du rein.* Критическій обзоръ вопроса. 2. **Balacesco** et **Cohn.** *L'oesophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'oesophage.* 1 собственный случай и перечень случаевъ, въ которыхъ была сдѣлана операція другими авторами. 3. **Henri Caubet.** *La tuberculose du coccyx.* (Продолженіе). 4. **F. Gross** et **G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* (Продолженіе). 5. **L. Bérard** et **R. Leriche.** *Des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant.* Продолженіе и окончаніе. 6. **Mally** et **L. Richon.** *Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consécutives aux traumatismes articulaires.* (Продолженіе).

Revue de médecine, сентябрь, № 9.

1. **S. A. Kinnier Wilson.** *Un cas de syringomyélie et syringobulbie.* По мнѣнію автора, его случай является единственнымъ въ литературѣ. 2. **N. Vaschide** et **Cl. Vurpas.** *Essai sur la physiologie pathologique du mouvement. Disparition des mouvements dans la chorée chronique.* Анализъ припадковъ хореи по поводу 1 случая. 3. **Marcel Labbé.** *Les échanges osmotiques en biologie.* Осмотическое давленіе въ различныхъ тканяхъ организма, какъ основаніе къ терапіи лѣкарственной. 4. **Tolot** et **Sarvonat.** *Néphrite subaiguë chez un malade atteint de sclérose rénale latente; appariton de l'albuminurie au moment de la poussée subaiguë; étude de la ferméabilité rénale.* Криоскопическое изслѣдованіе мочи въ 1 случаѣ.

Bulletin de L'Institut Pasteur, сентябрь, т. II, № 17.

1. **Веврѣдка.** *Existe-t-il un ou plusieurs streptocoques?* (Продолженіе).

Revue d'hygiène et de police sanitaire, августъ, т. XXVI, № 8.

1. **Alfred Giard.** *Sur la prétendue nocivité des huitres.* Авторъ выступаетъ противъ огульнаго обвиненія устрицъ въ передачѣ различныхъ заразныхъ заболѣваній. 2. **D. Verhaeghe.** *État actuel de la lutte contre la tuberculose en Allemagne.* Критическій очеркъ современнаго положенія вопроса о борьбѣ съ бугорчаткой въ Германіи.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, августъ, № 16, г. 71.

1. **Auguste Benoit.** *Tumeur blanche du genou chez les jeunes enfants, application des appareils de marche à son traitement.* 2 случая. 2. **G. Pouchet** et **Chevalier.** *La stovaine.* Фармакологическія свойства стованна. 3. **Lucas-Championnière.** *Traitement des varices et des phlébites par le mouvement.* О механическомъ лѣченіи четковидныхъ расширеній кровеносныхъ сосудовъ.

Сентябрь, № 17.

1. **J. Chevalier.** *Les anémones; pharmacologie et thérapeutique.* Физіологическое дѣйствіе и лѣчебныя свойства анемоновъ.

Итальянскіе.

Annali d'Igiene Sperimentale, т. XIV, № 2.

1. **Guiseppe Felice Gardenghi.** *Il passaggio dei gas e dei vapori attraverso i materiali da costruzione.* О происхожденіи газовъ и паровъ черезъ строительный матеріалъ. 2. **Saverio Santori.** *Sulla attendibilita di alcuni mezzi messi in opera per l'accertamento dell'umidita delle case.* 3. **A. Paladino-Blandini.** *Iprodolti solubili det batteri e il «Paradosso di Behring».* 4. **Giovanni Memmo, Ferdinando Martoglio e Carlo Adani.** *Peste Bovina.* О чумѣ рогатаго скота. 5. **Giovanni di Cristina.** *Contributo allo studio della genesi del veleno della vipera.* Къ вопросу о происхожденіи змѣинаго яда. 6. **E. Carapelle.** *Azione del bicloruro di mercurio sui nucleoproteidi batterici.* О дѣйствіи сулемы на нуклеопротеиды бактерій. 7. **D. Falcioni.** *Intorno alla sterilizzazione della gelatina per uso ipodermico.* О стерилизаціи желатины для подкожнаго впрыскиванія.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Kronika lekarska, 15 іюня.

1. **Józef Jaworski.** *O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych serum artificiale w zakażeniu połogowem.* Подкожныя впрыскиванія искусственной сыворотки при родильной горячкѣ. 2. **Henryk Higier.** *Z terapii neurastenii płciowej (Heroinum muriaticum).*

1 іюля.

1. **B. Polikier.** *Kilka cyfr w sprawie chorobowości niemowląt.* О болѣзненности грудныхъ дѣтей.

15 іюля—1 сентября.

1. **Jan Sędziak.** *Rozpoznawanie i leczenie raków krtani* (не окончена).

15 сентября.

1. **Sędziak.** (Окончаніе). 2. **Wojciechowski.** *Leczenie przymiotu hermofenylem.* Лѣченіе сифилиса гермофениломъ (не окончена).

1 октября.

1. **Wojciechowski.** (Окончаніе). 2. **F. Smużyński.** *Przypadek samowyleczenia guza perlistego.* Случай самоизлѣченія холестеатомы.

15 октября.

1. **Matylda Biehler.** *Przyczynek do działania zastrzykiwań podskórnych arszeniku u dzieci* (не окончена).

1 ноября.

1. **Czesław Otto.** *O sanatogenie* (не окончена). 2. **Biehler.** (Окончаніе).

Нѣмецкіе.

Deutsche Aerzte-Zeitung, сентябрь, тетр. 18.

1. **Wegscheider.** *Ueber den gegenwärtigen Stand der Feuerbestattung in Deutschland.* Критическій обзоръ вопроса. 2. **Otto Günzel.** *Ueber medikamentöse Inhalationen.* (Окончаніе). 3. **Carl Beck.** *Die Brandkatastrophe auf dem New-Yorker Dampfer Slocum.* Описаніе жертвъ пожара на пароходѣ Slocum въ New-York'ѣ.

Октябрь, тетр. 19.

1. **V. Meyer.** *Validol als hervorragendes Analeptikum.* По наблюденіямъ автора, валидолъ прекрасно дѣйствуетъ при истеріи, нейрастеніи и морской болѣзни. 2. **Paul Richter.** *Geschlechtskrankheiten und Naturheilkunde.* Краткая замѣтка по поводу одного случая. 3. **Ludwig Hirsch.** *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Окончаніе).

Октябрь, тетр. 20.

1. **Max Berliner.** *Das Ricinusöl als Vehikel.* Достоинство клещевиннаго масла какъ вещества, способствующаго всасыванію. 2. **Julian Marcuse.** *Die socialhygienischen Aufgaben der Gemeinden.* Общественно-гигіеническія задачи общинъ. 3. **Walti.** *Erfahrungen mit Digalen (Digitoxin solubile Clöetta).* На основаніи 3 случаевъ даетъ в. благопріятный отзывъ о препаратѣ.

Hygienische Rundschau, августъ, № 16

1. **Ladislaus Flaczyński.** *Ueber den hygienischen Wert des Siegellackes.* Авторъ находитъ вреднымъ сургучъ, окрашенный киноварью, сурикомъ, салициловыми и цинковыми бѣлилами, хромомъ и анилиновыми красками. 2. **Basil Kluczenko.** *Das französische Gesetz vom 15. Februar 1902 betreffend die Förderung der öffentlichen Gesundheit.* Критическій разборъ.

Сентябрь, № 18.

1. **H. Clauditz.** *Typhus und Pflanzen.* Роль растеній въ передачѣ тифозной заразы человѣку. 2. **Walther Thorner.** *Ueber die Methoden der Tageslichtmessung und einen einfachen Beleuchtungsprüfer.* Описаніе и рисунокъ прибора. 3. **Wilh. Glauning.** *Hygienische Gesichtspunkte bei der Errichtung von Sauggasanlagen.* Способы удаленія и обезвреживанія вредныхъ для дыханія газовъ. 4. **Ph. Biedert.** *Vorläufige Bemerkungen, betreffend die Biedertsche und die Mühlhänsersche Methode zur Auffindung spärlicher Tuberkelbacillen.* Полемическая замѣтка.

Октябрь, № 19.

1. **В. А. Левашевъ.** *Ueber Vorrichtungen zur raschen Entwickelung von Formalindämpfen zu Desinfektionszwecken.* Описаніе и рисунки приборовъ.

Октябрь, № 20.

1. **В. А. Левашевъ.** *Ueber die Gefahr, welche einige zur Entwickelung von Formalindämpfen vorgeschlagene Apparate bieten.* Опасность нѣкоторыхъ приборовъ, употребляемыхъ для развитія паровъ формалина.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Przegląd lekarski, 30 іюля.

1. **Kazimierz Habicht.** *O «typhus-diagnosticum» Fickera.* 2. **Pisarski.** (Окончаніе).

6 августа.

1. Doc. **Ksawery Lewkowicz.** *O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków.* О цитологическомъ изслѣдованіи выпотовъ и пропотовъ (не окончена). 2. **J. Fels.** *Przypadek kiłowego za*

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie, сентябрь, т. XV, № 18.

1. **Bayon.** *Ueber die Thyreoiditis simplex und ihre Folgen.* Къ вопросу о гистогенезѣ зоба. 2. **Emil Liefmann.** *Ein Fall von Durchbruch einer verkästen Mediastinaldrüse in die Aorta ascendens, akute allgemeine Miliartuberkulose.* Описаніе случая. 3. **Karl Landsteiner** und **Victor Mucha.** *Ueber Fettdegeneration der Nieren.* Критическій очеркъ. 4. **Alexander Lustig.** *Nachtrag zu meiner Arbeit «Ist die für Gifte erworbene Immunität übertragbar von Eltern auf die Nachkommenschaft.* Добавленіе къ прежде напечатанной статьѣ.

Dermatologische Zeitschrift, сентябрь, т. XI, № 9.

1. **G. Demetriade.** *Ueber einen interessanten Fall von Lepra mutilans.* Описаніе случая и радіографическіе снимки съ конечностей. 2. **Max Joseph.** *Ueber ungewöhnlich lange Inkubationsdauer der Gonorrhoe.* Краткій перечень случаевъ изъ литературы. 3. **Fritz Lesser.** *Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis und der sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen.* Критическій очеркъ. 4. **Felix Pinkus.** *Ueber die Beziehungen des Hidrocystoms zur Granulosis rubra nasi.* Микроскопическое изслѣдованіе въ 1 случаѣ. 5. **Ed. Bäumer.** *Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi Jadassohn.* Случай, изслѣдованный патологически. 6. **F. B. Solger.** *Die Ursache der Alopecia praematura.* Этіологія ранняго облысѣнія. 7. **Peter Misch.** *Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis.* Литературно-критическій обзоръ. 8. **F. Schanz.** *Ueber die Verordnung und Zubereitung der gelben Salbe.* Формулы для назначенія желтой ртутной мази.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, сентябрь, т. LXXXI, тетр. 3 и 4.

1. **W. Falta.** *Der Eiweissstoffwechsel bei der Alkaptonurie.* Наблюденіе надъ бѣлковымъ обмѣномъ при алькаптонуріи. Экспериментально-химическое изслѣдованіе. 2. **H. Lüthje** und **Cl. Berger.** *In welcher Form kommt aus der Nahrung retinierter Stickstoff im Organismus zur Verwendung?* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе. 3. **E. Helber.** *Ueber die Zählung der Blutplättchen im Blute des Menschen und ihr Verhalten bei pathologischen Zuständen.* Способы счисленія кровяныхъ пластинокъ въ крови у человѣка. Нѣсколько клиническихъ случаевъ. 4. **O. Wagener.** *Oxyuris vermicularis in der Darmwand.* Описаніе случая, изслѣдованнаго микроскопически. 5. **E. Edens.** *Ueber atelektatische Bronchiektasie.* Литература и описаніе случая. 6. **Ludwig Lévy.** *Untersuchungen über die Nierenveränderungen bei experimenteller Hämoglobinurie.* Опыты на кроликахъ. 7. **Carl Hirsch** und **Ed. Stadler.** *Experimentelle Untersuchungen über den N. depressor.* Опыты на кроликахъ. 8. **H. Kluck** und **R. Inada.** *Ein Beitrag zur Kenntniss der Spezifität der Präzipitine.* Критическая замѣтка.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, т. XXXVI, тетр. 4.

1. **Czaplewski.** *Ueber Versuche mit einer hygienischen Geschirrspülmaschine.* Описаніе и рисунки машины для мытья посуды и опыты съ нею. 2. **Bloch.** *Die hygienischen Fortschritte der Stadt Beuthen (Oberschlesien) innerhalb des letzten Dezenniums.* Обзоръ послѣдняго 10-лѣтія. 3. **M. Pistor.** *Die Verbreitung des Typhus in Preussen während des Jahrzehntes 1892 bis 1901 nebst Bemerkungen über Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung der Krankheit.* Статистическія данныя за 10 лѣтъ. 4. **J. J. Reincke.** *Ueber den Wert ärztlicher Todesbescheinigungen für die Todesursachenstatistik.* Критическая замѣтка. 5. **Konrad Stich.** *Eine neue Methode zur Bestimmung des Luftstaubes und ihre Verwendung zur Prüfung eines neuen Wassersprengapparates.* Новый способъ опредѣленія количества пыли въ воздухѣ и дѣйствіе водяного распылителя.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, сентябрь, т. XLVIII, тетр. 1.

1. **Noetel.** *Die Unschädlichmachung des Auswurfs der Phthisiker.* Способы обезвреживанія мокроты чахоточныхъ. 2. **Albrecht Speck.** *Die Beziehung der Säuglingsernährung zur Entstehung der Lungentuberculose.* Статистическія данныя по вопросу о связи между питаніемъ грудныхъ дѣтей и легочной бугорчаткой. 3. **Bruno Heymann.** *Statistische und ethnographische Beiträge zur Frage über die Beziehungen zwischen Säuglingsernährung und Lungenschwindsucht.* Цифровой матеріалъ по данному вопросу. 4. **Max Auerbach.** *Nachtrag zu meiner Arbeit.* Добавленіе къ ранѣе напечатанной статьѣ. 5. **Б. Клименко.** *Beitrag zur Frage über die Durchgängigkeit der Darmwand für Mikroorganismen bei physiologischen Verhältnissen.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **Carl Bruck.** *Beiträge zur Kenntniss der Antitoxinbildung.* Способъ и время образованія антитоксина въ организмѣ животныхъ. 7. **E. Pfuhl.** *Beitrag zur bakteriologischen Untersuchung der Fleischconserven.* Бактеріологическое изслѣдованіе мясныхъ консервовъ. 8. **G. Wimmer.** *Beitrag zur Kenntniss der Nitrificationsbakterien.* Экспериментальное изслѣдованіе. 9. **E. Bertarelli.** *Ueber eine Bemerkung des Hrn. Dr. K. Kisskalt betreffs einer Arbeit über den Bacillus prodigiosus.* Полемическая замѣтка.

Zeitschrift für klinische Medicin, т. LIV, тетр. 3 и 4.

1. **Paul Reckzeh.** *Ueber die durch das Alter der Organismen bedingten Verschiedenheiten der experimentell erzeugten Blutgiftanämieen.* Опыты на собакахъ. 2. **Heinrich Rosin** und **Eugen Bibergeil.** *Ueber vitale Blutfärbung und deren Ergebnisse bei Erythrocyten und Blutplättchen.* Микроскопическое изслѣдованіе свѣжей крови въ неокрашенномъ и окрашенномъ состояніяхъ. 3. **A. Hirschberg.** *Untersuchungen über die Jodreaction des Blutes und der haematopoietischen Organe.* Критическій обзоръ вопроса. 4. **J. Arneth.** *Die «kachektische» Leukocytose; das Verhalten der neutrophilen Leukocyten beim Carcinom.* Изучалъ количественныя колебанія нейтрофильныхъ шариковъ при раковомъ худосочіи. 5. **Karl Kroner.** *Ueber Gesichtsfeldermüdung.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **Lothar Sellentin.** *Acute isolirte interstitielle Myocarditis.* 2 случая съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 7. **H. Couvée.** *Die Ursachen des Todes nach doppelseitiger Nephrectomie.* Опыты на кроликахъ. 8. **Anton A. Christomanos.** *Colica intestini coeci, ein wohlcharakterisirter, selbstständig auftretender Symptomencomplex.* Критическая замѣтка. 9. **E. Riegler.** *Ueber die Jodsäurereaction auf Acetessigsäure im diabetischen Harn.* Способъ производства реакціи.

Французскіе.

Annales de l'Institut Pasteur, августъ, т. XVIII, № 8.

1. **A. Calmette.** *Contribution à l'étude de l'epuration des eaux résiduaires des villes et des industries.* Сравнительная оцѣнка различныхъ способовъ очистки сточныхъ водъ. 2. **Н. Н. Петровъ.** *L'Infection mixte dans la tuberculose chirurgicale.* Экспериментальное изслѣдованіе къ вопросу о смѣшанномъ зараженіи при хирургической бугорчаткѣ. 3. **C. Levaditi.** *Les anticorps contre les spirilles de la septicémie des poules.* Мѣстомъ образованія противоспирохетныхъ антитоксиновъ авторъ считаетъ селезенку, костный мозгъ и лимфатическія железы. 4. **П. Заболотновъ.** *Sur l'existence d'un fixateur dans l'organisme de l'animal jouissant de l'immunité naturelle.* Выводы автора слѣдующіе: сыворотка морской свинки не содержитъ специфическаго фиксатора по отношенію къ бактеріямъ свиной краснухи; защита-же этого животнаго достигается исключительно путемъ фагоцитоза.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, сентябрь, № 17.

1. **Jean Petit.** *Du traitement des calculs de la vessie chez l'homme.* 10 случаевъ оперативнаго лѣченія камней мочевого пузыря. 2. **B. Motz** et **A. Cariani.** *Contribution à l'étude des adénomes kystiques de l'appareil urinaire.* Микроскопическое изслѣдованіе нѣсколькихъ кистъ мочевого прибора. 3. **Adam Grelinski.** *Contribution à l'étude des hématuries consécutives au cathétérisme brusque dans la rétention complète aiguë.* Описаніе случая съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 4. **Nicolich.** *Traitement des prostatiques en rétention d'urine incomplète avec distension.* По поводу 1 случая. 5. **Онъ-же.** *Abcès de la fosse iliaque droite ouvert dans la vessie.* Краткая замѣтка.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, сентябрь, т. II.

1. **P. Brouardel.** *La mort par inhibition laryngée.* Описаніе случая. 2. **P. Busquet.** *Du rôle des embruns dans la transmission des maladies infectieuses.* Брызги волнъ, какъ посредники въ передачѣ заразы. 3. **Ernest Mosny.** *Les causes et la prophylaxie de la fièvre jaune.* Литературно-критическій очеркъ. 4. **Louis Vidal.** *Les fours à chaux. Quelques considerations de pathologie, d'hygiène et de médecine légale.* Гигіена обжиганія извести.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques августъ, № 147.

1. **J. Bergonié.** *Des mesures électriques dans les applications des rayons x à la médecine.* Авторъ находитъ, что приборы, примѣняемые въ электротерапіи, далеко несовершенны по своему устройству.

Сентябрь, № 149.

1. **P. Pansier.** *Le traitement électrolytique du ptérygion.* Авторъ достигалъ успѣшныхъ результатовъ при раннихъ степеняхъ развитія pterygion'a. 2. **L. Augé.** *Deux cas de radiothérapie de lupus tuberculeux.* Описаніе случаевъ и рисунки. 3. **Stéphane Leduc.** *Sur un perfectionnement dont est susceptible la machine de Wimshurst.* Описаніе техническаго усовершенствованія. 4. **J. Reboul.** *Sur quelques cas de cancer et de tuberculose traités par les rayons de Röntgen.* 8 случаевъ. 5. **J. Bergonié.** *Nouvel interrupteur liquide à trou de construction très simple.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Archives de médecine et de pharmacie militaires, сентябрь, № 9.

1. **Bouquet de Solinière.** *Observations de blessures de guerre par projectiles de différents calibres. Considérations sur les caractères particuliers des blessures par balles de gros calibre, et sur les conséquences qui en résultent au point de vue du traitement.* Описаніе и разборъ нѣсколькихъ десятковъ случаевъ огнестрѣльнаго раненія пулями различнаго калибра. 2. **Sénes.** *De la rupture du muscle grand, droit de l'abdomen chez les cavaliers.* 12 случаевъ разрыва прямыхъ брюшныхъ мышцъ у кавалеристовъ. 3. **Moinet.** *Note sur la fréquence des affections vénériennes dans le 9-e corps d'armée, au cours des cinq dernières années (1899—1903).* Отчетъ о венерическихъ заболѣваніяхъ. 4. **Petges.** *Un cas de lèpre grave, d'origine coloniale, observé en France, n'ayant évolué qu'après une période latente de 21 années.* Описаніе случая. 5. **Camus.** *Sommeil hystérique provoqué par la vaccination.* Случай истерическаго сна, наступившаго послѣ прививки оспы. 6. **Gazin.** *Ictère émotif.* Случай.

Archives de neurologie, августъ, т. XVIII, № 104.

1. **Raymond.** *Deux cas de lèpre nerveuse.* Описаніе случаевъ. 2. **Paul Sollier et François Boissier.** *Mediumnité délirante.* (Продолженіе).

Сентябрь, т. XVIII, № 105.

1. **Ch. Féré et A. Mouroux.** *Note sur la fréquence et sur la distribution des naevi chez les aliénés.* Краткій статистическій очеркъ. 2. **P. Hartenberg.** *La phobie du regard.* 2 случая.

La Loire médicale, іюль, № 7.

1. **Montagnon.** *Resultats des deux premières années de l'isolement en box dans le service de médecine infantile de l'hôpital de Saint-Etienne.* Обзоръ результатовъ 2 лѣтней дѣятельности. 2. **Ducarre.** *Trois cas de relèvement d'enfoncement du crâne chez le nouveau-né.* Описаніе случаевъ. 3. **Martin.** *Invagination intestinale chez un homme de 27 ans.* Случай. 4. **Онъ-же.** *Un cas de corps étranger des fosses nasales, datant de trois ans.* Описаніе случая извлеченія металлической пробки отъ духовъ изъ полости носа.

Revue clinique d'andrologie et de gynécologie, іюль, № 7.

1. **P. Hamonic.** *Kystes de l'épididyme et du testicule.* (Окончаніе).

Revue de chirurgie, сентябрь, № 9.

1. **A. Yvert.** *De l'intervention opératoire dans les néphrites et dans certaines affections médicales du rein.* Критическій обзоръ вопроса. 2. **Balacesco et Cohn.** *L'oesophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'oesophage.* 1 собственный случай и перечень случаевъ, въ которыхъ была сдѣлана операція другими авторами. 3. **Henri Caubet.** *La tuberculose du coccyx.* (Продолженіе). 4. **F. Gross et G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* (Продолженіе). 5. **L. Bérard et R. Leriche.** *Des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant.* Продолженіе и окончаніе. 6. **Mally et L. Richon.** *Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consécutives aux traumatismes articulaires.* (Продолженіе).

Revue de médecine, сентябрь, № 9.

1. **S. A. Kinnier Wilson.** *Un cas de syringomyélie et syringobulbie.* По мнѣнію автора, его случай является единственнымъ въ литературѣ. 2. **N. Vaschide et Cl. Vurpas.** *Essai sur la physiologie pathologique du mouvement. Disparition des mouvements dans la chorée chronique.* Анализъ припадковъ хореи по поводу 1 случая. 3. **Marcel Labbé.** *Les échanges osmotiques en biologie.* Осмотическое давленіе въ различныхъ тканяхъ организма, какъ основаніе къ терапіи лѣкарственной. 4. **Tolot et Sarvonat.** *Néphrite subaiguë chez un malade atteint de sclérose rénale latente; appariton de l'albuminurie au moment de la poussée subaiguë; étude de la ferméabilité rénale.* Криоскопическое изслѣдованіе мочи въ 1 случаѣ.

Bulletin de L'Institut Pasteur, сентябрь, т. II, № 17.

1. **Беврѣдка.** *Existe-t-il un ou plusieurs streptocoques?* (Продолженіе).

Revue d'hygiène et de police sanitaire, августъ, т. XXVI, № 8.

1. **Alfred Giard.** *Sur la prétendue nocivité des huitres.* Авторъ выступаетъ противъ огульнаго обвиненія устрицъ въ передачѣ различныхъ заразныхъ заболѣваній. 2. **D. Verhaeghe.** *État actuel de la lutte contre la tuberculose en Allemagne.* Критическій очеркъ современнаго положенія вопроса о борьбѣ съ бугорчаткой въ Германіи.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, августъ, № 16, г. 71.

1. **Auguste Benoit.** *Tumeur blanche du genou chez les jeunes enfants, application des appareils de marche à son traitement.* 2 случая. 2. **G. Pouchet et Chevalier.** *La stovaine.* Фармакологическія свойства стованна. 3. **Lucas-Championnière.** *Traitement des varices et des phlébites par le mouvement.* О механическомъ лѣченіи четковидныхъ расширеній кровеносныхъ сосудовъ.

Сентябрь, № 17.

1. **J. Chevalier.** *Les anémones: pharmacologie et thérapeutique.* Физіологическое дѣйствіе и лѣчебныя свойства анемоновъ.

Итальянскіе.

Annali d'Igiene Sperimentale, т. XIV, № 2.

1. **Guiseppe Felice Gardenghi.** *Il passaggio dei gas e dei vapori attraverso i materiali da costruzione.* О происхожденіи газовъ и паровъ черезъ строительный матеріалъ. 2. **Saverio Santori.** *Sulla attendibilita di alcuni mezzi messi in opera per l'accertamento dell'umidita delle case.* 3. **A. Paladino-Blandini.** *Iprodotti solubili det batteri e il «Paradosso di Behring».* 4. **Giovanni Memmo, Ferdinando Martoglio e Carlo Adani.** *Peste Bovina.* О чумѣ рогатаго скота. 5. **Giovanni di Cristina.** *Contributo allo studio della genesi del veleno della vipera.* Къ вопросу о происхожденіи змѣинаго яда. 6. **E. Carapelle.** *Azione del bicloruro di mercurio sui nucleoproteidi batterici.* О дѣйствіи сулемы на нуклеопротеиды бактерій. 7. **D. Falcioni.** *Intorno alla sterilizzazione della gelatina per uso ipodermico.* О стерилизаціи желатины для подкожнаго впрыскиванія.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Kronika lekarska, 15 іюня.

1. **Józef Jaworski.** *O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych serum artificiale w zakażeniu połogowem.* Подкожныя впрыскиванія искусственной сыворотки при родильной горячкѣ. 2. **Henryk Higier.** *Z terapii neurastenii płciowej (Heroinum muriaticum).*

1 іюля.

1. **B. Polikier.** *Kilka cyfr w sprawie chorobowości niemowląt.* О болѣзненности грудныхъ дѣтей.

15 іюля—1 сентября.

1. **Jan Sędziak.** *Rozpoznawanie i leczenie raków krtani* (не окончена).

15 сентября.

1. **Sędziak.** (Окончаніе). 2. **Wojciechowski.** *Leczenie przymiotu hermofenylem.* Лѣченіе сифилиса гермофениломъ (не окончена).

1 октября.

1. **Wojciechowski.** (Окончаніе). 2. **F. Smużyński.** *Przypadek samowyleczenia guza perlistego.* Случай самоизлѣченія холестеатомы.

15 октября.

1. **Matylda Biehler.** *Przyczynek do działania zastrzykiwań podskórnych arszeniku u dzieci* (не окончена).

1 ноября.

1. **Czesław Otto.** *O sanatogenie* (не окончена). 2. **Biehler.** (Окончаніе).

Нѣмецкіе.

Deutsche Aerzte-Zeitung, сентябрь, тетр. 18.

1. **Wegscheider.** *Ueber den gegenwärtigen Stand der Feuerbestattung in Deutschland.* Критическій обзоръ вопроса. 2. **Otto Günzel.** *Ueber medikamentöse Inhalationen.* (Окончаніе). 3. **Carl Beck.** *Die Brandkatastrophe auf dem New-Yorker Dampfer Slocum.* Описаніе жертвъ пожара на пароходѣ Slocum въ New-York'ѣ.

Октябрь, тетр. 19.

1. **V. Meyer.** *Validol als hervorragendes Analeptikum.* По наблюденіямъ автора, валидолъ прекрасно дѣйствуетъ при истеріи, нейрастеніи и морской болѣзни. 2. **Paul Richter.** *Geschlechtskrankheiten und Naturheilkunde.* Краткая замѣтка по поводу одного случая. 3. **Ludwig Hirsch.** *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Окончаніе).

Октябрь, тетр. 20.

1. **Max Berliner.** *Das Ricinusöl als Vehikel.* Достоинство клещевиннаго масла какъ вещества, способствующаго всасыванію. 2. **Julian Marcuse.** *Die socialhygienischen Aufgaben der Gemeinden.* Общественно-гигіеническія задачи общинъ. 3. **Walti.** *Erfahrungen mit Digalen (Digitoxin solubile Clöetta).* На основаніи 3 случаевъ даетъ в. благопріятный отзывъ о препаратѣ.

Hygienische Rundschau, августъ, № 16

1. **Ladislaus Flaczyński.** *Ueber den hygienischen Wert des Siegellackes.* Авторъ находитъ вреднымъ сургучъ, окрашенный киноварью, сурикомъ, салициловыми и цинковыми бѣлилами, хромомъ и анилиновыми красками. 2. **Basil Kluczenko.** *Das französische Gesetz vom 15. Februar 1902 betreffend die Förderung der öffentlichen Gesundheit.* Критическій разборъ.

Сентябрь, № 18.

1. **H. Clauditz.** *Typhus und Pflanzen.* Роль растеній въ передачѣ тифозной заразы человѣку. 2. **Walther Thorner.** *Ueber die Methoden der Tageslichtmessung und einen einfachen Beleuchtungsprüfer.* Описаніе и рисунокъ прибора. 3. **Wilh. Glauning.** *Hygienische Gesichtspunkte bei der Errichtung von Sauggasanlagen.* Способы удаленія и обезвреживанія вредныхъ для дыханія газовъ. 4. **Ph. Biedert.** *Vorläufige Bemerkungen, betreffend die Biedertsche und die Mühlhänsersche Methode zur Auffindung spärlicher Tuberkelbacillen.* Полемическая замѣтка.

Октябрь, № 19.

1. **В. А. Левашевъ.** *Ueber Vorrichtungen zur raschen Entwickelung von Formalindämpfen zu Desinfektionszwecken.* Описаніе и рисунки приборовъ.

Октябрь, № 20.

1. **В. А. Левашевъ.** *Ueber die Gefahr, welche einige zur Entwickelung von Formalindämpfen vorgeschlagene Apparate bieten.* Опасность нѣкоторыхъ приборовъ, употребляемыхъ для развитія паровъ формалина.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Przegląd lekarski, 30 іюля.

1. **Kazimierz Habicht.** *O «typhus-diagnosticum» Fickera.* 2. **Pisarski.** (Окончаніе).

6 августа.

1. Doc. **Ksawery Lewkowicz.** *O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków.* О цитологическомъ изслѣдованіи выпотовъ и пропотовъ (не окончена). 2. **J. Fels.** *Przypadek kiłowego za*

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie, сентябрь, т. XV, № 18.

1. **Bayon.** *Ueber die Thyreoiditis simplex und ihre Folgen.* Къ вопросу о гистогенезѣ зоба. 2. **Emil Liefmann.** *Ein Fall von Durchbruch einer verkästen Mediastinaldrüse in die Aorta ascendens, akute allgemeine Miliartuberkulose.* Описаніе случая. 3. **Karl Landsteiner** und **Victor Mucha.** *Ueber Fettdegeneration der Nieren.* Критическій очеркъ. 4. **Alexander Lustig.** *Nachtrag zu meiner Arbeit «Ist die für Gifte erworbene Immunität übertragbar von Eltern auf die Nachkommenschaft.* Добавленіе къ прежде напечатанной статьѣ.

Dermatologische Zeitschrift, сентябрь, т. XI, № 9.

1. **G. Demetriade.** *Ueber einen interessanten Fall von Lepra mutilans.* Описаніе случая и радіографическіе снимки съ конечностей. 2. **Max Joseph.** *Ueber ungewöhnlich lange Inkubationsdauer der Gonorrhoe.* Краткій перечень случаевъ изъ литературы. 3. **Fritz Lesser.** *Zur allgemeinen Pathologie der Syphilis und der sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen.* Критическій очеркъ. 4. **Felix Pinkus.** *Ueber die Beziehungen des Hidrocystoms zur Granulosis rubra nasi.* Микроскопическое изслѣдованіе въ 1 случаѣ. 5. **Ed. Bäumer.** *Ein Beitrag zur Histologie der Granulosis rubra nasi Jadassohn.* Случай, изслѣдованный патологически. 6. **F. B. Solger.** *Die Ursache der Alopecia praematura.* Этіологія ранняго облысѣнія. 7. **Peter Misch.** *Ein Beitrag zur Vererbung der Syphilis.* Литературно-критическій обзоръ. 8. **F. Schanz.** *Ueber die Verordnung und Zubereitung der gelben Salbe.* Формулы для назначенія желтой ртутной мази.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, сентябрь, т. LXXXI, тетр. 3 и 4.

1. **W. Falta.** *Der Eiweissstoffwechsel bei der Alkaptonurie.* Наблюденіе надъ бѣлковымъ обмѣномъ при алькаптонуріи. Экспериментально-химическое изслѣдованіе. 2. **H. Lüthje** und **Cl. Berger.** *In welcher Form kommt aus der Nahrung retinierter Stickstoff im Organismus zur Verwendung?* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе. 3. **E. Helber.** *Ueber die Zählung der Blutplättchen im Blute des Menschen und ihr Verhalten bei pathologischen Zuständen.* Способы счисленія кровяныхъ пластинокъ въ крови у человѣка. Нѣсколько клиническихъ случаевъ. 4. **O. Wagener.** *Oxyuris vermicularis in der Darmwand.* Описаніе случая, изслѣдованнаго микроскопически. 5. **E. Edens.** *Ueber atelektatische Bronchiektasie.* Литература и описаніе случая. 6. **Ludwig Lévy.** *Untersuchungen über die Nierenveränderungen bei experimenteller Hämoglobinurie.* Опыты на кроликахъ. 7. **Carl Hirsch** und **Ed. Stadler.** *Experimentelle Untersuchungen über den N. depressor.* Опыты на кроликахъ. 8. **H. Kluck** und **R. Inada.** *Ein Beitrag zur Kenntniss der Spezifität der Präzipitine.* Критическая замѣтка.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, т. XXXVI, тетр. 4.

1. **Czaplewski.** *Ueber Versuche mit einer hygienischen Geschirrspülmaschine.* Описаніе и рисунки машины для мытья посуды и опыты съ нею. 2. **Bloch.** *Die hygienischen Fortschritte der Stadt Beuthen (Oberschlesien) innerhalb des letzten Dezenniums.* Обзоръ послѣдняго 10-лѣтія. 3. **M. Pistor.** *Die Verbreitung des Typhus in Preussen während des Jahrzehntes 1892 bis 1901 nebst Bemerkungen über Entstehung, Verbreitung und Bekämpfung der Krankheit.* Статистическія данныя за 10 лѣтъ. 4. **J. J. Reincke.** *Ueber den Wert ärztlicher Todesbescheinigungen für die Todesursachenstatistik.* Критическая замѣтка. 5. **Konrad Stich.** *Eine neue Methode zur Bestimmung des Luftstaubes und ihre Verwendung zur Prüfung eines neuen Wassersprengapparates.* Новый способъ опредѣленія количества пыли въ воздухѣ и дѣйствіе водяного распылителя.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, сентябрь, т. XLVIII, тетр. 1.

1. **Noetel.** *Die Unschädlichmachung des Auswurfs der Phthisiker.* Способы обезвреживанія мокроты чахоточныхъ. 2. **Albrecht Speck.** *Die Beziehung der Säuglingsernährung zur Entstehung der Lungentuberculose.* Статистическія данныя по вопросу о связи между питаніемъ грудныхъ дѣтей и легочной бугорчаткой. 3. **Bruno Heymann.** *Statistische und ethnographische Beiträge zur Frage über die Beziehungen zwischen Säuglingsernährung und Lungenschwindsucht.* Цифровой матеріалъ по данному вопросу. 4. **Max Auerbach.** *Nachtrag zu meiner Arbeit.* Добавленіе къ ранѣе напечатанной статьѣ. 5. **В. Клименко.** *Beitrag zur Frage über die Durchgängigkeit der Darmwand für Mikroorganismen bei physiologischen Verhältnissen.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **Carl Bruck.** *Beiträge zur Kenntniss der Antitoxinbildung.* Способъ и время образованія антитоксина въ организмѣ животныхъ. 7. **E. Pfuhl.** *Beitrag zur bakteriologischen Untersuchung der Fleischconserven.* Бактеріологическое изслѣдованіе мясныхъ консервовъ. 8. **G. Wimmer.** *Beitrag zur Kenntniss der Nitrificationsbakterien.* Экспериментальное изслѣдованіе. 9. **E. Bertarelli.** *Ueber eine Bemerkung des Hrn. Dr. K. Kisskalt betreffs einer Arbeit über den Bacillus prodigiosus.* Полемическая замѣтка.

Zeitschrift für klinische Medicin, т. LIV, тетр. 3 и 4.

1. **Paul Reckzeh.** *Ueber die durch das Alter der Organismen bedingten Verschiedenheiten der experimentell erzeugten Blutgiftanämieen.* Опыты на собакахъ. 2. **Heinrich Rosin** und **Eugen Bibergeil.** *Ueber vitale Blutfärbung und deren Ergebnisse bei Erythrocyten und Blutplättchen.* Микроскопическое изслѣдованіе свѣжей крови въ неокрашенномъ и окрашенномъ состояніяхъ. 3. **A. Hirschberg.** *Untersuchungen über die Jodreaction des Blutes und der haematopoietischen Organe.* Критическій обзоръ вопроса. 4. **J. Arneth.** *Die «kachektische» Leukocytose; das Verhalten der neutrophilen Leukocyten beim Carcinom.* Изучаль количественныя колебанія нейтрофильныхъ шариковъ при раковомъ худосочіи. 5. **Karl Kroner.** *Ueber Gesichtsfeldermüdung.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **Lothar Sellentin.** *Acute isolirte interstitielle Myocarditis.* 2 случая съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 7. **H. Couvée.** *Die Ursachen des Todes nach doppelseitiger Nephrectomie.* Опыты на кроликахъ. 8. **Anton A. Christomanos.** *Colica intestini coeci, ein wohlcharakterisirter, selbstständig auftretender Symptomencomplex.* Критическая замѣтка. 9. **E. Riegler.** *Ueber die Jodsäurereaction auf Acetessigsäure im diabetischen Harn.* Способъ производства реакціи.

Французскіе.

Annales de l'Institut Pasteur, августъ, т. XVIII, № 8.

1. **A. Calmette.** *Contribution à l'étude de l'epuration des eaux résiduaires des villes et des industries.* Сравнительная оцѣнка различныхъ способовъ очистки сточныхъ водъ. 2. **Н. Н. Петровъ.** *L'Infection mixte dans la tuberculose chirurgicale.* Экспериментальное изслѣдованіе къ вопросу о смѣшанномъ зараженіи при хирургической бугорчаткѣ. 3. **C. Levaditi.** *Les anticorps contre les spirilles de la septicémie des poules.* Мѣстомъ образованія противоспирохетныхъ антитоксиновъ авторъ считаетъ селезенку, костный мозгъ и лимфатическія железы. 4. **П. Заболотновъ.** *Sur l'existence d'un fixateur dans l'organisme de l'animal jouissant de l'immunité naturelle.* Выводы автора слѣдующіе: сыворотка морской свинки не содержитъ специфическаго фиксатора по отношенію къ бактеріямъ свиной краснухи; защита-же этого животнаго достигается исключительно путемъ фагоцитоза.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, сентябрь, № 17.

1. **Jean Petit.** *Du traitement des calculs de la vessie chez l'homme.* 10 случаевъ оперативнаго лѣченія камней мочевого пузыря. 2. **B. Motz** et **A. Cariani.** *Contribution à l'étude des adénomes kystiques de l'appareil urinaire.* Микроскопическое изслѣдованіе нѣсколькихъ кистъ мочевого прибора. 3. **Adam Grelinski.** *Contribution à l'étude des hématuries consécutives au cathétérisme brusque dans la rétention complète aiguë.* Описаніе случая съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 4. **Nicolich.** *Traitement des prostatiques en rétention d'urine incomplète avec distension.* По поводу 1 случая. 5. **Онъ-же.** *Abcès de la fosse iliaque droite ouvert dans la vessie.* Краткая замѣтка.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, сентябрь, т. II.

1. **P. Brouardel.** *La mort par inhibition laryngée.* Описаніе случая. 2. **P. Busquet.** *Du rôle des embruns dans la transmission des maladies infectieuses.* Брызги волнъ, какъ посредники въ передачѣ заразы. 3. **Ernest Mosny.** *Les causes et la prophylaxie de la fièvre jaune.* Литературно-критическій очеркъ. 4. **Louis Vidal.** *Les fours à chaux. Quelques considerations de pathologie, d'hygiène et de médecine légale.* Гигіена обжиганія извести.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques августъ, № 147.

1. **J. Bergonié.** *Des mesures électriques dans les applications des rayons x à la médecine.* Авторъ находитъ, что приборы, примѣняемые въ электротерапіи, далеко несовершенны по своему устройству.

Сентябрь, № 149.

1. **P. Pansier.** *Le traitement électrolytique du ptérygion.* Авторъ достигалъ успѣшныхъ результатовъ при раннихъ степеняхъ развитія pterygion'a. 2. **L. Augé.** *Deux cas de radiothérapie de lupus tuberculeux.* Описаніе случаевъ и рисунки. 3. **Stéphane Leduc.** *Sur un perfectionnement dont est susceptible la machine de Wimshurst.* Описаніе техническаго усовершенствованія. 4. **J. Reboul.** *Sur quelques cas de cancer et de tuberculose traités par les rayons de Röntgen.* 8 случаевъ. 5. **J. Bergonié.** *Nouvel interrupteur liquide à trou de construction très simple.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Archives de médecine et de pharmacie militaires, сентябрь, № 9.

1. **Bouquet de Solinière.** *Observations de blessures de guerre par projectiles de différents calibres. Considérations sur les caractères particuliers des blessures par balles de gros calibre, et sur les conséquences qui en résultent au point de vue du traitement.* Описаніе и разборъ нѣсколькихъ десятковъ случаевъ огнестрѣльнаго раненія пулями различнаго калибра. 2. **Sènes.** *De la rupture du muscle grand, droit de l'abdomen chez les cavaliers.* 12 случаевъ разрыва прямыхъ брюшныхъ мышцъ у кавалеристовъ. 3. **Moinet.** *Note sur la fréquence des affections vénériennes dans le 9-e corps d'armée, au cours des cinq dernières années (1899—1903).* Отчетъ о венерическихъ заболѣваніяхъ. 4. **Petges.** *Un cas de lèpre grave, d'origine coloniale, observé en France, n'ayant évolué qu'après une période latente de 21 années.* Описаніе случая. 5. **Camus.** *Sommeil hystérique provoqué par la vaccination.* Случай истерическаго сна, наступившаго послѣ прививки оспы. 6. **Gazin.** *Ictère émotif.* Случай.

Archives de neurologie, августъ, т. XVIII, № 104.

1. **Raymond.** *Deux cas de lèpre nerveuse.* Описаніе случаевъ. 2. **Paul Sollier et François Boissier.** *Mediumnité délirante.* (Продолженіе).

Сентябрь, т. XVIII, № 105.

1. **Ch. Féré et A. Mouroux.** *Note sur la fréquence et sur la distribution des naevi chez les aliénés.* Краткій статистическій очеркъ. 2. **P. Hartenberg.** *La phobie du regard.* 2 случая.

La Loire médicale, іюль, № 7.

1. **Montagnon.** *Resultats des deux premières années de l'isolement en box dans le service de médecine infantile de l'hôpital de Saint-Etienne.* Обзоръ результатовъ 2 лѣтней дѣятельности. 2. **Ducarre.** *Trois cas de relèvement d'enfoncement du crâne chez le nouveau-né.* Описаніе случаевъ. 3. **Martin.** *Invagination intestinale chez un homme de 27 ans.* Случай. 4. **Онъ-же.** *Un cas de corps étranger des fosses nasales, datant de trois ans.* Описаніе случая извлеченія металлической пробки отъ духовъ изъ полости носа.

Revue clinique d'andrologie et de gynécologie, іюль, № 7.

1. **P. Hamonic.** *Kystes de l'épididyme et du testicule.* (Окончаніе).

Revue de chirurgie, сентябрь, № 9.

1. **A. Yvert.** *De l'intervention opératoire dans les néphrites et dans certaines affections médicales du rein.* Критическій обзоръ вопроса. 2. **Balacesco et Cohn.** *L'oesophagotomie externe cervicale comme traitement des corps étrangers de l'oesophage.* 1 собственный случай и перечень случаевъ, въ которыхъ была сдѣлана операція другими авторами. 3. **Henri Caubet.** *La tuberculose du coccyx.* (Продолженіе). 4. **F. Gross et G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* (Продолженіе). 5. **L. Bérard et R. Leriche.** *Des sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant.* Продолженіе и окончаніе. 6. **Mally et L. Richon.** *Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consécutives aux traumatismes articulaires.* (Продолженіе).

Revue de médecine, сентябрь, № 9.

1. **S. A. Kinnier Wilson.** *Un cas de syringomyélie et syringobulbie.* По мнѣнію автора, его случай является единственнымъ въ литературѣ. 2. **N. Vaschide et Cl. Vurpas.** *Essai sur la physiologie pathologique du mouvement. Disparition des mouvements dans la chorée chronique.* Анализъ припадковъ хореи по поводу 1 случая. 3. **Marcel Labbé.** *Les échanges osmotiques en biologie.* Осмотическое давленіе въ различныхъ тканяхъ организма, какъ основаніе къ терапіи лѣкарственной. 4. **Tolot et Sarvonat.** *Néphrite subaiguë chez un malade atteint de sclérose rénale latente; appariton de l'albuminurie au moment de la poussée subaiguë; étude de la ferméabilité rénale.* Криоскопическое изслѣдованіе мочи въ 1 случаѣ.

Bulletin de L'Institut Pasteur, сентябрь, т. II, № 17.

1. **Веврѣдка.** *Existe-t-il un ou plusieurs streptocoques?* (Продолженіе).

Revue d'hygiène et de police sanitaire, августъ, т. XXVI, № 8.

1. **Alfred Giard.** *Sur la prétendue nocivité des huitres.* Авторъ выступаетъ противъ огульнаго обвиненія устрицъ въ передачѣ различныхъ заразныхъ заболѣваній. 2. **D. Verhaeghe.** *État actuel de la lutte contre la tuberculose en Allemagne.* Критическій очеркъ современнаго положенія вопроса о борьбѣ съ бугорчаткой въ Германіи.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, августъ, № 16, г. 71.

1. **Auguste Benoit.** *Tumeur blanche du genou chez les jeunes enfants, application des appareils de marche à son traitement.* 2 случая. 2. **G. Pouchet et Chevalier.** *La stovaine.* Фармакологическія свойства стованна. 3. **Lucas-Championnière.** *Traitement des varices et des phlébites par le mouvement.* О механическомъ лѣченіи четковидныхъ расширеній кровеносныхъ сосудовъ.

Сентябрь, № 17.

1. **J. Chevalier.** *Les anémones; pharmacologie et thérapeutique.* Физіологическое дѣйствіе и лѣчебныя свойства анемоновъ.

Итальянскіе.

Annali d'Igiene Sperimentale, т. XIV, № 2.

1. **Guiseppe Felice Gardenghi.** *Il passaggio dei gas e dei vapori attraverso i materiali da costruzione.* О происхожденіи газовъ и паровъ черезъ строительный матеріалъ. 2. **Saverio Santori.** *Sulla attendibilita di alcuni mezzi messi in opera per l'accertamento dell'umidita delle case.* 3. **A. Paladino-Blandini.** *Iprodotti solubili det batteri e il «Paradosso di Behring».* 4. **Giovanni Memmo, Ferdinando Martoglio e Carlo Adani.** *Peste Bovina.* О чумѣ рогатаго скота. 5. **Giovanni di Cristina.** *Contributo allo studio della genesi del veleno della vipera.* Къ вопросу о происхожденіи змѣинаго яда. 6. **E. Carapelle.** *Azione del bicloruro di mercurio sui nucleoproteidi batterici.* О дѣйствіи сулемы на нуклеопротеиды бактерій. 7. **D. Falcioni.** *Intorno alla sterilizzazione della gelatina per uso ipodermico.* О стерилизаціи желатины для подкожнаго впрыскиванія.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Kronika lekarska, 15 іюня.

1. **Józef Jaworski.** *O znaczeniu zastrzykiwań podskórnych serum artificiale w zakażeniu połogowem.* Подкожныя впрыскиванія искусственной сыворотки при родильной горячкѣ. 2. **Henryk Higier.** *Z terapii neurastenii płciowej (Heroinum muriaticum).*

1 іюля.

1. **B. Polikier.** *Kilka cyfr w sprawie chorobowości niemowląt.* О болѣзненности грудныхъ дѣтей.

15 іюля—1 сентября.

1. **Jan Sędziak.** *Rozpoznawanie i leczenie raków krtani* (не окончена).

15 сентября.

1. **Sędziak.** (Окончаніе). 2. **Wojciechowski.** *Leczenie przymiotu hermofenylem.* Лѣченіе сифилиса гермофениломъ (не окончена).

1 октября.

1. **Wojciechowski.** (Окончаніе). 2. **F. Smużyński.** *Przypadek samowyleczenia guza perlistego.* Случай самоизлѣченія холестеатомы.

15 октября.

1. **Matylda Biehler.** *Przyczynek do działania zastrzykiwań podskórnych arszeniku u dzieci* (не окончена).

1 ноября.

1. **Czesław Otto.** *O sanatogenie* (не окончена). 2. **Biehler.** (Окончаніе).

Нѣмецкіе.

Deutsche Aerzte-Zeitung, сентябрь, тетр. 18.

1. **Wegscheider.** *Ueber den gegenwärtigen Stand der Feuerbestattung in Deutschland.* Критическій обзоръ вопроса. 2. **Otto Günzel.** *Ueber medikamentöse Inhalationen.* (Окончаніе). 3. **Carl Beck.** *Die Brandkatastrophe auf dem New-Yorker Dampfer Slocum.* Описаніе жертвъ пожара на пароходѣ Slocum въ New-York'ѣ.

Октябрь, тетр. 19.

1. **V. Meyer.** *Validol als hervorragendes Analeptikum.* По наблюденіямъ автора, валидолъ прекрасно дѣйствуетъ при истеріи, нейрастеніи и морской болѣзни. 2. **Paul Richter.** *Geschlechtskrankheiten und Naturheilkunde.* Краткая замѣтка по поводу одного случая. 3. **Ludwig Hirsch.** *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Окончаніе).

Октябрь, тетр. 20.

1. **Max Berliner.** *Das Ricinusöl als Vehikel.* Достоинство клещевиннаго масла какъ вещества, способствующаго всасыванію. 2. **Julian Marcuse.** *Die socialhygienischen Aufgaben der Gemeinden.* Общественно-гигіеническія задачи общинъ. 3. **Walti.** *Erfahrungen mit Digalen (Digitoxin solubile Clöetta).* На основаніи 3 случаевъ даетъ в. благопріятный отзывъ о препаратѣ.

Hygienische Rundschau, августъ, № 16

1. **Ladislaus Flaczyński.** *Ueber den hygienischen Wert des Siegellackes.* Авторъ находитъ вреднымъ сургучъ, окрашенный киноварью, сурикомъ, салициловыми и цинковыми бѣлилами, хромомъ и анилиновыми красками. 2. **Basil Kluczenko.** *Das französische Gesetz vom 15. Februar 1902 betreffend die Förderung der öffentlichen Gesundheit.* Критическій разборъ.

Сентябрь, № 18.

1. **H. Clauditz.** *Typhus und Pflanzen.* Роль растеній въ передачѣ тифозной заразы человѣку. 2. **Walther Thorner.** *Ueber die Methoden der Tageslichtmessung und einen einfachen Beleuchtungsprüfer.* Описаніе и рисунокъ прибора. 3. **Wilh. Glauning.** *Hygienische Gesichtspunkte bei der Errichtung von Sauggasanlagen.* Способы удаленія и обезвреживанія вредныхъ для дыханія газовъ. 4. **Ph. Biedert.** *Vorläufige Bemerkungen, betreffend die Biedertsche und die Mühlhänsersche Methode zur Auffindung spärlicher Tuberkelbacillen.* Полемическая замѣтка.

Октябрь, № 19.

1. **В. А. Левашевъ.** *Ueber Vorrichtungen zur raschen Entwickelung von Formalindämpfen zu Desinfektionszwecken.* Описаніе и рисунки приборовъ.

Октябрь, № 20.

1. **В. А. Левашевъ.** *Ueber die Gefahr, welche einige zur Entwickelung von Formalindämpfen vorgeschlagene Apparate bieten.* Опасность нѣкоторыхъ приборовъ, употребляемыхъ для развитія паровъ формалина.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Przegląd lekarski, 30 іюля.

1. **Kazimierz Habicht.** *O «typhus-diagnosticum» Fickera.* 2. **Pisarski.** (Окончаніе).

6 августа.

1. Doc. **Ksawery Lewkowicz.** *O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków.* О цитологическомъ изслѣдованіи выпотовъ и пропотовъ (не окончена). 2. **J. Fels.** *Przypadek kiłowego za*

palenia stawu kolanowego. Случай сифилитическаго воспаленія колѣннаго сустава. 3. **R. Spira.** *Ciała obce w uchu.* Инородныя тѣла въ ухѣ.

13 августа.

1. **Adam Gettlich.** *Przypadek ubocznego działania surowicy przeciwbłoniczej.* Случай побочнаго дѣйствія противудифтерійной сыворотки. 2. **Lewkowicz.** (Продолженіе). 3. **Rafał Spira.** *Pęknięcie błony bębenkowej.* Разрывъ барабанной перепонки.

20 августа.

1. **Z. Sowiński.** *W sprawie laseczników Lislea i Julliena w kile.* О палочкѣ *Lisle*'я и *Jullien*'а при сифилисѣ. 2. **Lewkowicz.** (Окончаніе).

27 августа.

1. Prof. **L. Wachholz i S. Horoszkiewicz.** *O wnikaniu płynów do dróg oddechowych zwłok zanurzonych.* О прониканіи жидкостей въ дыхательные пути труповъ утопленниковъ (не окончена). 2. **Jan Stopczański.** *O podwiązywaniu guzów krwawniczych według metody Riedla.* О перевязкѣ почечуйныхъ узловъ по способу *Riedel*'я.

3 сентября.

1. **T. Piotrowski.** *Przyczynek do sprawy ciąży pozamacicznej trąbkowej.* О заматочной трубной беременности (не окончена). 2. **Wachholz i Horoszkiewicz.** (Окончаніе).

10 сентября.

1. **Marek Reichenstein.** *Oznaczanie ilości azotu i białka w treści żołądkowej w celu rozpoznawania raka żołądka (t. zw. metoda Salomona).* 2. **Piotrowski.** (Продолженіе).

17 сентября.

1. **Bernard Engländer.** *Eumydrina jako lek przeciwpotny.* 2 **Piotrowski.** (Продолженіе).

24 сентября.

1. Doc. **Herman.** *«Trójlistne kleszcze» w zastosowaniu praktycznem.* 2. **Piotrowski.** (Окончаніе).

1 октября.

1. **Józef Bogdanik.** *Cięcie śródotrzewnowe i szew sznurkowy przy operacyach na pęcherzu moczowym.* Внутрибрюшинный разрѣзъ и веревчатый шовъ при операціяхъ мочевого пузыря. 2. **Feliks Hahn.** *Nowy przyrząd do odkażania rąk.* Новый приборъ для обеззараживанія рукъ. 3. **J. Fels.** *Błonica i dławiec, leczone surowicą i bez surowicy.* Дифтерія и крупъ, лѣченные сывороткой и безъ нея (не окончена).

8 октября.

1. **Zdzisław Sowiński.** *Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych.* Роль гонотоксина въ развитіи передолнныхъ заболѣваній (не окончена). 2. **Sokal.** *O gonosanie.* 3. **Fels.** (Окончаніе).

15 октября.

1. Prof. **Aleksander Rosner.** *Hernia abdominalis uteri gravidi.* 2. **Filip Eisenberg.** *O pokrewieństwie różnych typów bakteryi czerwonkowych.* О родствѣ разныхъ типовъ бактерій кроваваго поноса. 3. **Sowiński.** (Продолженіе).

22 октября.

1. Doc. **Aleksander Baurowicz.** *W sprawie operowania migdałka gardłowego.* Объ удаленіи глоточной миндалины. 2. **Kazimierz Habicht.** *O niezwykłym przebiegu i niezwykłem zejściu śmiertelnem w przypadku duru brzusznego.* Интересный по теченію и исходу случай брюшного тифа. 3. **Sowiński.** (Продолженіе).

29 октября.

1. **Tadeusz Pisarski.** *O nasennem działaniu isopralu.* 2. **Sowiński.** (Продолженіе).

5 ноября.

1. Prof. **Pieniążek.** *Kilka uwag o dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale)* (не окончена). 2. **Sowiński.** (Окончаніе).

12 ноября.

1. Prof. **L. Rydygier.** *Drugi mój sposób wycinania żołądka.* 2-ой способъ автора иссѣченія желудка. 2. **Pieniążek.** (Продолженіе).

Чешскіе.

Casopis lékaru ceskych, 4 іюня.

1. Prof. **Scherer.** *Aetiologie Bednarovych apht* (не окончена). 2. **Zahradnicky.** (Продолженіе). 3. **Krlin.** (Продолженіе).

11 іюня.

1. **Scherer.** (Окончаніе). 3. **Krlin.** (Продолженіе). 3. **Zahradnicky.** (Продолженіе).

18 іюня.

1. **O. Kutvirt.** *Airol jakozto diagnosticka pomucka pri kariosnich zanetech usnich.* 2. **Krlin.** (Продолженіе). 3. **Zahradnicky.** (Продолженіе).

25 іюня.

1. **Zahradnicky.** (Продолженіе). 2. **Otta Schöbl.** *Tyfus ve veku detskem.* 3. **Krlin.** (Окончаніе).

2 іюля.

1. Doc. **A. Heverosh.** *Atrofie svalova typu Charcot-Marie* (не окончена). 2. **J. Pelnar.** *Anatomicky nalez pri posuncine tehotnych* (не окончена). 3. **Jan Dvorak.** *Endemie tyfova v kr. cesk. zem. nalezinci a porodnici r. 1902 a 1904* (не окончена). 4. **Zahradnicky.** (Окончаніе).

9 іюля.

1. **J. Pelnar.** *Anatomicky nalez pri posuncine tehotnych.* (Окончаніе). 2. **Dvorak.** *Endemia tyfova v kr. cesk. zem. nalezinci a porodnici r. 1902 a 1904.* (Продолженіе). 3. **Heverosh.** *Atrofie svalova typu Charcot-Marie.* (Окончаніе).

16 іюля.

1. **Dvorak.** (Окончаніе). 2. **Kamil Lhotak.** *O latkach skupiny digitalinove* (не окончена). 3. **Ferd. Ehler.** *Hernia supravesicalis properitonealis.*

23 іюля.

1. **V. Matys.** *Conjunctivitis svana Parinaud'ova* (не окончена). 2. **Lhotak.** (Окончаніе). 3. **V. Michal.** *Nekolik pripadu z chirurgie lebky* (не окончена).

30 іюля.

1. **B. Niederle.** *Processus vermiformis jako vychodiste invaginace ileocoekalni.* 2. **Michal.** (Продолженіе). 3. **V. Navrat.** *O samovrazde* (не окончена). 4. **Matys.** (Окончаніе).

6 августа.

1. **Navrat.** (Продолженіе). 2. **Viktor Reinsberg.** *Tuberculosis myocardii.* 3. **Ladislav Cernicky.** *O chorobach sdelnych, lecenych ve Vinohradsko-Zizkorske nemocnici* (не окончена).

13 августа.

1. Prof. **Jos. Reinsberg.** *O nekrofilii.* 2. **Karel Panek.** *Prispevek ku chovani se bacterium coli commune a bacillus typhi na vyzivnych pudach presolenych.* 3. **Navrat.** (Продолженіе). 4 **Cernicky.** (Продолженіе).

20 августа.

1. **M. Prettner.** *O ziskani a ucinnosti lecivého sera prot plicni nakaze prasat a moru veprovemu* (не окончена). 2. **Navrat** (Продолженіе). 3. **Theodor Novak.** *Obrteluv ferrisacharid.* 4 **Cernicky.** (Продолженіе).

27 августа.

1. **Vaclav Libensky.** *Uziti paprsku Roentgenovych ve vnitrnim lekarstvi* (не окончена). 2. **Navrat.** (Продолженіе). 3. **Prettner.** (Окончаніе). 4. **Cernicky.** (Окончаніе).

3 сентября.

1. **Vaclav Kopfstein.** *Kasuistika vzacnych nadoru v chirurgii* (не окончена). 2. **Libensky.** (Продолженіе). 3. **Navrat.** (Продолженіе).

10 сентября.

1. **Kopfstein.** (Продолженіе). 2. **Libensky.** (Окончаніе). 3. **Navrat.** (Окончаніе). 4. **D. Panyrek.** *K dejinam prvni pomoci*

17 сентября.

1. **Cyrill Kneidl.** *Prispevek ku statistice a etiologii epilepsie v letech 1876 az 1900.* 2. **Kopfstein.** (Продолженіе).

24 сентября.

1. Prof. **Ivan Honl.** *Diverticula intestini jejuni congenita.* 2. **Em. Radl.** *O reflektorickych zmenach orientace zrakove* (не окончена). 3. Doc. **Vl. Mladejovsky.** *O lazenskem leceni.* 4. **Vaclav Samanek.** *O lasnich Luhacovickych.*

1 октября.

1. **Radl.** (Окончаніе). 2. **Kopfstein.** (Продолженіе). 3. **Jar. Zimmer.** *Claudiuv katgut* (не окончена).

8 октября.

1. **Kopfstein.** (Окончаніе). 2. **Zimmer.** (Продолженіе). 3. **Josef Skalicka.** *Pomery rakoviny ve Spanelsku a u nas.*

15 октября.

1. Prof. **O. Frankenberger.** *O nalezech bakterii v hrtanu se zvlastnim zretelem k bacillu tuberkulosnimu* (не окончена). 2. **Josef Jerie.** *Sectio caesarea vaginalis sec. Dührssen* (не окончена). 3. **Zimmer.** (Окончаніе).

22 октября.

1. **Frankenberger.** (Продолженіе). 2. **Jerie.** (Продолженіе). 3. **Vaclav Kopfstein.** *Vrozeny defekt prsnich svalu leve strany* (не окончена).

29 октября.

1. **Jerie.** (Продолженіе). 2. **Kopfstein.** (Окончаніе). 3. **Frankenberger.** (Окончаніе).

5 ноября.

1. Prof. **Hnatek.** *Tetanus a neuritis* (не окончена). 2. **Vaclav Pexa.** *Dva pripady ulcerosni anginy Vincentovy ve veky detskem.* 2. **Jerie.** (Продолженіе). 4. **Frant. Pelikan.** *Zprava o chirurgické cinnosti v nemocnici jicinske za dolu jednoho roku.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CXCVIII. Изъ физіологическаго отдѣла Института экспериментальной медицины.

Къ физіологіи кишекъ *).

Н. Д. Стражеско.

1.

Если ученіе о пищевареніи, благодаря успѣхамъ физіологіи и физіологической химіи въ послѣднее 25-лѣтіе, въ цѣломъ начинаетъ уже слагаться въ стройную, научную систему, то въ своихъ частностяхъ оно и въ настоящее время оставляетъ желать еще очень многаго. Ни процессы перевариванія принятой пищи, ни процессы усвоенія образующихся при этомъ продуктовъ еще не настолько всесторонне и хорошо изучены, чтобы можно было составить о нихъ ясное представленіе. Особенно это касается нижняго отдѣла пищеварительнаго канала, по преимуществу толстыхъ кишекъ, участіе которыхъ въ общей обработкѣ пищи и значеніе ихъ для организма является совершенно невыясненнымъ.

Я не буду останавливаться на подробномъ обзорѣ литературныхъ данныхъ по этому вопросу; скажу лишь, что всѣ изслѣдователи, занимавшіеся изученіемъ физіологіи толстыхъ кишекъ, прекрасно понимали, что для выясненія ихъ значенія необходимо, съ одной стороны, имѣть чистый секретъ ихъ слизистой оболочки, чтобы испытать его бродильныя свойства, съ другой — опредѣлить, какая часть пищи, не претерпѣвъ еще измѣненія, переходитъ въ толстыя кишки и при какихъ условіяхъ подвергается въ ихъ полости обработкѣ и послѣдовательному всасыванію?

Для полученія чистаго сока вначалѣ пользовались выдавливаніемъ готоваго секрета изъ железокъ слизистой оболочки у только-что убитыхъ животныхъ (*Viridet* [1]), *Tiedemann* и *Gmelin* [2])], впослѣдствіи — собираніемъ его изъ кишечной петли, перевязанной между 2-хъ лигатуръ [*Frerichs* [3])] и только подъ конецъ стали получать сокъ изъ обособленной кишки, исключенной изъ пищеваренія или при помощи изсѣченія [*Vella* [4])], или-же путемъ отведенія кишечнаго содержимаго посредствомъ наложенія выше толстой кишки противоестественнаго калового отверстія [*Klug* и *Koreck* [5]), *Marckwald* [6]) и др.]. Понятно, что первые 2 изъ указанныхъ способовъ ни въ коемъ случаѣ нельзя назвать удовлетворительными, такъ какъ полученный такимъ образомъ секретъ могъ заключать, помимо веществъ, принадлежащихъ слизистой оболочкѣ самой толстой кишки, также и другія, раньше принесенныя изъ вышележащихъ отдѣловъ пищеварительнаго канала и затѣмъ ею всосанныя. Только при полученіи сока изъ обособленной кишки по послѣднимъ способамъ секретъ обезпеченъ былъ отъ загрязненія посторонними бродилами, вслѣдствіе чего проявленное имъ дѣйствіе могло быть отнесено на счетъ свойствъ слизистой оболочки самой толстой кишки.

Результатомъ послѣднихъ изслѣдованій явилось убѣжденіе, что секретъ слѣпой и толстой кишки обладаетъ единственной способностью—осахаривать крахмалъ. Главное-же его назначеніе состоитъ въ томъ, чтобы своей слизью обволакивать каловыя массы и тѣмъ облегчать дальнѣйшее ихъ передвиженіе до прямой кишки.

Для добыванія кишечнаго содержимаго изслѣдователи обычно прибѣгали къ живосѣченію. Накормивъ животное той или другой пищей, они убивали его кровопусканіемъ, послѣ чего, вскрывъ брюшную полость, собирали содержимое кишекъ и подвергали его изслѣдованію. Но, если живосѣченіе и давало нѣкоторую возможность судить объ условіяхъ, въ которыхъ происходитъ пищевареніе въ толстыхъ кишкахъ и о продуктахъ, при этомъ образующихся, то оно ни въ коемъ случаѣ не могло дать представленія о томъ, какая часть пищи подвергается въ нихъ обработкѣ, такъ какъ собранное содержимое не составляло всего перешедшаго въ толстыя кишки, а лишь ту его часть, которая оставалась еще не усвоенной къ моменту изслѣдованія. Равнымъ образомъ способъ живосѣченій не давалъ возможности слѣдить за постепеннымъ переходомъ химуса, а также за тѣми измѣненіями, которыя претерпѣваетъ кишечное содержимое, поступивъ въ толстыя кишки.

Понимая указанные недостатки живосѣченія, физіологи стремились ставить опыты, не пользуясь имъ, на животныхъ съ постоянными свищами кишечника. Тѣмъ не менѣе, вслѣдствіе плохой разработки оперативной физіологической техники и отсутствія подходящей обстановки это удавалось имъ чрезвычайно рѣдко. По этой-то причинѣ всѣ изслѣдованія [*Braune* [7]), *Czerny* и *Latschenberger*'а [8]), *Marckwald*'а *Ewald*'а [9]), *Macfadyen*'а, *М. В. Ненцкаго* и *Н. О. Зиберъ-Шумовой* [10]), *М. І. Яковскаго* [11]), *Honigmann*'а [12]), *Schmidt*'а [13]) и др.) относительно кишечнаго содержимаго, переходящаго въ толстыя кишки, произведены не на животныхъ, а на больныхъ, имѣвшихъ каловой свищъ въ различныхъ участкахъ кишечника.

Резюмируя вкратцѣ результаты этихъ изслѣдованій, надо сказать, что большинство авторовъ склонялись къ тому мнѣнію, что процессы обработки и усвоенія пищи заканчиваются уже въ тонкихъ кишкахъ. Кишечное содержимое въ концѣ тонкой кишки заключаетъ всего 10—15% принятыхъ бѣлковъ и 2—3% жира. Среди оставшихся бѣлковыхъ тѣлъ встрѣчаются растворенный бѣлокъ, альбумозы и пептоны, изъ углеводовъ — крахмалъ и свободный сахаръ, изъ жировъ — нейтральные жиры, жирныя кислоты и мыла. Процессовъ гніенія въ тонкихъ кишкахъ почти нѣтъ, за то броженіе углеводовъ совершается вполнѣ безпрепятственно, результатомъ чего является присутствіе въ содержимомъ свободныхъ обѣихъ молочныхъ, масляной, янтарной и уксусной кислоты. Образующіяся органическія кислоты обусловливаютъ кислотность реакціи содержимаго, которая будучи вычислена на уксусную кислоту, равна въ среднемъ 1‰ (*Macfadyen*, *Ненцкій* и *Зиберъ-Шумова*). Перейдя въ толстыя кишки, содержимое мѣняетъ свою реакцію на щелочную, вслѣдствіе чего въ немъ, рядомъ съ броженіемъ, появляются и процессы гнилостнаго разложенія бѣлковъ съ образованіемъ индола, фенола, скатола, скатолуксусной, скатолкарбоновой кислоты и др. продуктовъ гніенія.

Всѣ указанныя изслѣдованія не свободны, однако, отъ возраженія въ томъ отношеніи, что они произведены при болѣзненномъ состояніи пищеварительнаго канала. По понятнымъ причинамъ противоестественныя отверстія являлись результатомъ хроническихъ заболѣваній пищеварительнаго пути, часто тянувшихся многіе годы и влекшихъ за собой сильное измѣненіе отправленій кишечника. Просматривая исторіи болѣзни больныхъ, предоставлявшихъ матеріалъ для изслѣдованія, можно постоянно встрѣтить указанія на то, что даже во время періода наблюденія вытекавшее содержимое носило діаррейный характеръ, такъ что для устраненія патологическаго состоянія нерѣдко приходилось прибѣгать къ различнымъ лѣкарственнымъ средствамъ. На этомъ основаніи нужно принять, что большинство работъ не клиническихъ больныхъ произведено скорѣе при патологическихъ условіяхъ, чѣмъ при нормальныхъ.

Единственнымъ правильнымъ способомъ, дающимъ возможность судить о пищеварительныхъ процессахъ при естественномъ ихъ теченіи, является производство опытовъ на животныхъ, у которыхъ на различныхъ участкахъ пищеварительнаго канала наложены боковые свищи. Вслѣдствіе того, что оперированныя животныя живутъ очень долго, неблагопріятное вліяніе операціи устраняется, и вытекающее кишечное содержимое можно изслѣдовать только въ періодъ полнаго здоровья. Важнымъ также преимуществомъ этого способа передъ опытами на животныхъ съ противоестественнымъ каловымъ отверстіемъ является полное сохраненіе иннерваціи и цѣлости пищеварительнаго канала, что, конечно, весьма существенно для правильности и тонкости работы пищеварительныхъ железъ, въ виду несомнѣнно существующей ихъ общей нервной связи другъ съ другомъ и отраженной зависимости отъ слизистой оболочки всего кишечника.

Первоначальной задачей моихъ изслѣдованій, произведенныхъ въ лабораторіи проф. *И. П. Павлова*, было опре-

*) Сообщено въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ 30/IX 1904 г.

дѣленіе отправленій слѣпой кишки. Я изучалъ свойства ея секрета и условія его отдѣленія на собакахъ съ изсѣченной и выведенной своимъ устьемъ наружу слѣпой кишкой, а также старался замѣтить тѣ измѣненія, которыя претерпѣваетъ пищевая кашица во время своего пребыванія въ ея полости. Для того, чтобы уловить эти измѣненія, нужно, конечно, знать свойства содержимаго до поступленія его въ слѣпую кишку и послѣ выхожденія изъ нея; иными словами, необходимо имѣть содержимое изъ конца тонкой и начала толстой кишки. Съ послѣднею цѣлью въ моемъ распоряженіи были собаки съ боковыми свищами въ указанныхъ отдѣлахъ кишечника.

Впослѣдствіи, воспользовавшись одновременнымъ существованіемъ свищей въ концѣ тонкой и въ началѣ толстой кишки, я занялся сравненіемъ специфической чувствительности слизистой оболочки этихъ отдѣловъ и опредѣленіемъ роли *Bauhini*'евой заслонки.

Переходя къ отдѣленію сока изъ слѣпой кишки, я долженъ сказать, что оно подчиняется общимъ законамъ отдѣленія кишечнаго сока. Сокоотдѣленія почти не происходитъ безъ мѣстнаго раздраженія, но, разъ только въ кишку введенъ раздражитель, тотчасъ-же начинается отдѣленіе сока, которое не прекращается вплоть до его удаленія, при чемъ пріемъ, родъ, количество пищи и время пищеварительнаго періода оказываютъ очень незамѣтное вліяніе. Разница между сокоотдѣленіемъ изъ тонкой и слѣпой кишки лишь та, что въ первомъ случаѣ оно обильнѣе—изъ тонкой кишки сока отдѣляется въ 6—7 разъ больше, чѣмъ изъ слѣпой.

Что касается бродильныхъ свойствъ сока слѣпой кишки, то онъ способенъ самостоятельно расщеплять альбумозы и пептоны на кристаллическіе продукты, осахаривать крахмалъ, инвертировать тростниковый сахаръ и расщеплять мальтозу. Переваривать-же фибринъ, свернутый бѣлокъ, разлагать лактозу и жиры онъ не въ состояніи. Другими словами, изъ бродилъ въ немъ находится только эрепсинъ, амилаза, инвертинъ и мальтаза.

Дѣйствіе сока слѣпой кишки на другіе пищеварительныя жидкости очень незначительно. Онъ не способенъ, въ противуположность соку тонкой кишки, переводить протрипсинъ въ дѣятельный трипсинъ—въ немъ нѣтъ т. наз. киназы. Послѣдняя не появляется и послѣ предварительнаго орошенія слизистой оболочки кишки панкреатическимъ сокомъ, который, какъ показалъ *В. В. Савичъ* [14]), служитъ специфическимъ возбудителемъ киназы.

Однако сокъ слѣпой кишки улучшаетъ дѣйствіе амилазы и липазы поджелудочнаго сока, при чемъ, въ виду того, что указанное свойство не теряется и послѣ кипяченія сока, надо признать, что онъ—не бродильнаго характера.

2.

Наблюдая за передвиженіемъ химуса по пищеварительному каналу при различной пищѣ, легко можно замѣтить, что не только время появленія его у *Bauhini*'евой заслонки и количество содержимаго, выдѣляющагося изъ конца тонкой кишки, но также и типъ выдѣленія для каждой пищи достаточно характерны. Такъ, если дать собакѣ съѣсть 200 грм. мяса, то мясное содержимое у *Bauhini*'евой заслонки появляется въ среднемъ черезъ 1 час. 14 мин. послѣ ѣды, выдѣляется непрерывно и дов. равномѣрно въ продолженіи 3—4 часовъ, но затѣмъ выдѣленіе повышается, такъ что на 5—6—7-ой часъ количество выходящаго содержимаго значительно превышаетъ перешедшее въ первые часы. Къ концу 10—11-го часа послѣ ѣды переходъ мясного содержимаго совершенно прекращается. Общее количество кишечнаго содержимаго, доходящаго до конца тонкой кишки при ѣдѣ 200 грм. мяса, равно въ среднемъ 92,4 грм.

Появленіе у *Bauhini*'евой заслонки содержимаго при хлѣбной пищѣ (200 грм. бѣлаго пшеничнаго хлѣба), сравнительно съ мясной, значительно запаздываетъ и начинается только въ среднемъ черезъ 2 час. 21 мин. При этомъ пищевая кашица въ первые часы переходитъ въ очень небольшихъ количествахъ, но на 7—8—9-ый часы выдѣленіе ея настолько усиливается, что за эти часы переходитъ химуса въ 3—4 раза больше, чѣмъ за всѣ предыдущіе. Общее количество содержимаго въ среднемъ достигаетъ только 70 грм.

Если, наконецъ, накормить животное пищей, заключающей большое количество свободнаго жира (100 грм. сливочнаго масла + 100 грм. мяса), то уже къ концу 1-го часа изъ свищевого отверстія въ концѣ тонкой кишки начинаетъ выдѣляться палевая масляная эмульсія, обладающая характернымъ запахомъ жирныхъ кислотъ и застывающая на воздухѣ въ плотную массу. Въ ней никакихъ признаковъ мясного содержимаго не замѣчается; есть только отдѣльные комочки слизи. Такая эмульсія выдѣляется и во 2-ой и въ 3-ій часъ, когда уже къ ней мало по малу начинаетъ примѣшиваться характерное содержимое, замѣняющее ее всецѣло на 4-ый часъ и выдѣляющееся затѣмъ непрерывно до 11—12-го часа. Получается, такимъ образомъ, впечатлѣніе, что мясная кашица передвигается по кишечнику совершенно отдѣльно и независимо отъ пищевой кашицы, принадлежащей мясу или вообще всякому другому веществу, входившему въ ѣду вмѣстѣ съ масломъ. Надо думать, что это отдѣленіе совершается еще при переходѣ химуса изъ желудка въ 12-перстную кишку, гдѣ, какъ извѣстно, привратникъ сортируетъ пищу, пропуская одни вещества въ кишку, а другія задерживая въ желудкѣ до тѣхъ поръ, пока со стороны кишки онъ не получитъ, такъ сказать, увѣдомленія, что она готова принять новую порцію.

Къ сожалѣнію, анализъ перехода пищи изъ желудка въ кишки изученъ еще крайне недостаточно, и утверждать что-либо положительно, съ фактами въ рукахъ, относительно отдѣленія привратникомъ жира отъ другой пищи, при настоящемъ положеніи свѣдѣній по этому вопросу мы не въ состояніи. Укажу лишь, что уже ч. пр. *М. М. Чельцовъ* [15]), занимавшійся изслѣдованіемъ перехода пищи изъ желудка въ кишки, отмѣчаетъ, что жиръ очень быстро начинаетъ поступать въ 12-перстную кишку, при чемъ, будучи данъ съ другой пищей, можетъ отъ послѣдней совершенно отдѣляться. Но относится-ли это ко всему данному жиру или только къ первымъ «пробнымъ» порціямъ, сказать трудно. Вотъ что, между прочимъ, *М. М. Чельцовъ* говоритъ по этому поводу: «мнѣ нѣсколько разъ приходилось дѣлать такіе опыты, когда при 150 грм. чернаго хлѣба приходилось давать 50 грм. масла, и оказывалось, что между тѣмъ какъ хлѣбная кашица шла непрерывно, первое успѣвало пройти 2 раза».

Что касается общаго количества содержимаго, доходящаго до конца тонкой кишки при ѣдѣ 100 грм. сливочнаго масла и 100 грм. мяса, то оно равно въ среднемъ 88 грм.

Поступленіе кишечнаго содержимаго въ толстую кишку характеризуется въ общемъ тѣми-же особенностями, что и въ конецъ тонкой. Разница лишь та, что на каждую данную пищу выдѣленіе пищевой кашицы запаздываетъ на $1^1/_2$—2 часа, соотвѣтственно чему и заканчивается позже приблизительно на такой-же срокъ, а maximum'ы выдѣленія отодвигаются также на $1^1/_2$—2 часа. Количество переходящаго при этомъ содержимаго значительно меньше, приблизительно въ 2 раза, а плотность его изъ жидкокашицеобразной, какую оно имѣетъ въ концѣ тонкой кишки, переходитъ въ густокашицеобразную. Для ясности позволю себѣ привести нѣсколько примѣровъ перехода содержимаго въ конецъ тонкой и въ начало толстой кишки.

Спрашивается, что-же представляетъ изъ себя выдѣляющееся содержимое? Заключаются-ли въ немъ еще остатки принятой пищи, или уже все успѣло усвоиться?

Оказывается, что при мясной пищѣ до конца тонкой кишки доходитъ еще въ среднемъ 9,6% принятыхъ бѣлковъ, при чемъ бо́льшая ихъ часть уже подверглась обработкѣ пищеварительными соками и вполнѣ приготовлена для усвоенія, меньшая-же еще не претерпѣла никакого измѣненія. Если въ кишечномъ содержимомъ раздѣлить бѣлковыя тѣла, пользуясь реакціями осажденія *), то ока-

*) Количественное опредѣленіе бѣлковъ пищи и содержимаго производилось по способу *Kjeldahl*'я. Бѣлковыя тѣла въ содержимомъ раздѣлялись слѣдующимъ образомъ: изъ отвѣшенной порціи разведеннаго водой содержимаго удалялся фильтрованіемъ нерастворенный бѣлокъ, а оставшійся въ растворѣ—свертываніемъ въ слабокислой реакціи. Бѣлковыя тѣла въ фильтра-

Табл. 1.

Пища.	кишки.	№ опыта.	Количество выдѣленій по часамъ. 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Вѣсъ выдѣленій.
200 грм. мяса . . .	Изъ конца тонкой	15	3,0	12,0	7,0	12,0	16,0	29,0	15,0	12,0	8,0	3,0	0,5	—	101 грм.
		24	5,0	5,5	5,0	12,0	6,5	12,0	10,5	4,5	6,0	4,0	1,5	—	71 »
200 грм. бѣлаго хлѣба.		34	2,0	2,5	3,0	5,0	5,5	6,0	6,0	11,0	30,0	6,0	2,5	0,5	69 »
		32	0,5	1,5	1,5	4,0	4,0	12,0	14,5	13,0	28,0	2,5	2,0	0,0	81 »
100 грм. масла + 100 грм. мяса.		45	17,0 *)	2,0 *)	2,0 **)	17,0 **)	17.5 **)	1,5	18,0	7,0	6,0	15,0	3,0	0,5	101 »
		46	11,0 *)	10,0 *)	4,0 *)	5,0 **)	5,5	1,0	1,5	20,0	1,0	4,0	1,0	0,5	54 »
200 грм. мяса	Изъ начала толстой	26	0 5	2,0	2,0	2,0	8,0	6,0	7,0	4,0	3,0	2,0	2,5	0,5	35 »
		49	3,0	1,0	8,0	4,0	2,0	1,5	10,5	7,0	2,0	7,0	0,5	2,0	37 »
200 грм. бѣлаго хлѣба.		36	1,5	1,5	4,0	5,0	7,0	13,0	7,0	17,0	38,0	5,0	1,5	0,0	79 »
		37	0,0	0,5	0,5	2,0	5,0	8,5	7.0	7,0	17,5	8,0	4,5	0,5	44 »
100 грм. масла + 100 грм. мяса.		51	0,0	0,5	0,5	15,0 *)	7,0 **)	3,0	4,0	5,0	9,0	4,0	1,5	0,5	42 »
		52	1,0	3,0 *)	4,0 *)	18,0 **)	2,0	11,0	11,0	3,0	4,0	2,0	1,0	0,0	54 »

зывается, что 36,4% ихъ приходится на нерастворенные и свертывающіеся отъ жара бѣлки, 23,9% на тѣла, осаждаемыя фосфорно-вольфрамовой кислотой (діаминокислоты), и 41,2% на тѣла, ею неосаждаемыя (моноаминокислоты). Въ содержимомъ изъ начала толстой кишки отношеніе между бѣлковыми тѣлами нѣсколько мѣняется; на нерастворенный и свертывающійся отъ жара бѣлокъ приходится 41,7%, на тѣла осаждаемыя фосфорновольфрамовой кислотой 33% и на неосаждаемыя ею 28,6%; при чемъ надо замѣтить, что тѣла, осаждаемыя фосфорновольфрамовой кислотой, принадлежатъ веществамъ, не дающимъ біуретовой реакціи, такъ что, надо признать, что какъ въ содержимомъ изъ конца тонкой кишки, такъ и изъ начала толстой отсутствуютъ, при нормальныхъ условіяхъ, альбумозы и пептоны.

Безотносительное количество бѣлка при переходѣ въ толстыя кишки падаетъ приблизительно на 2,6%, такъ что изъ бѣлковъ принятой пищи въ нихъ переходитъ только $^1/_{14}$ часть. Но нѣкоторая часть (30—40%) и изъ оставшихся бѣлковъ принадлежитъ не бѣлкамъ принятой пищи, а пищеварительнымъ жидкостямъ.

% переходящихъ при хлѣбной пищѣ углеводовъ еще меньше, чѣмъ бѣлковъ при мясной. Такъ, въ содержимомъ изъ конца тонкой кишки всего заключается 2,2% принятыхъ углеводовъ, а изъ начала толстой и того меньше—всего 1,8%. Главную часть дошедшихъ углеводовъ составляетъ нерастворенный крахмалъ, меньшую около 30—40%, ахроодекстринъ. Свободный-же сахаръ какъ въ содержимомъ изъ конца тонкой, такъ и изъ начала толстой никогда не встрѣчается ***).

% доходящихъ жировъ нѣсколько больше, чѣмъ углеводовъ и до *Bauhini*'евой заслонки доходитъ въ среднемъ 5% принятаго жира, а въ толстыя кишки переходитъ 3,3%. Главную часть дошедшаго жира составляютъ нейтральные жиры и жирныя кислоты, меньшая, около 20%, падаетъ на мыла ****). При этомъ надо отмѣтить, что съ уменьшеніемъ % его въ кишечномъ содержимомъ жиръ лучше всасывается.

Чтобы покончить съ составомъ содержимаго, нужно еще упомянуть, что изъ конца тонкой кишки оно заключаетъ 6—11% сухого остатка, часть котораго (12—14%) приходится на зольныя вещества. Въ содержимомъ изъ начала толстой кишки % сухого остатка немного больше (на 2—3%), отчего и плотность его, какъ мы видѣли, нѣсколько гуще.

Что касается реакціи содержимаго, то, какъ въ концѣ тонкой кишки, такъ и въ началѣ толстой, она всегда слабощелочная или нейтральная. Кислая реакція наблюдается, только въ видѣ исключенія, въ содержимомъ толстой кишки. Послѣднее обстоятельство служитъ указаніемъ, что въ тонкихъ кишкахъ при нормальныхъ условіяхъ нѣтъ свободныхъ органическихъ кислотъ. Равнымъ образомъ въ содержимомъ изъ конца тонкой кишки никогда нельзя обнаружить гнилостнаго запаха, который всегда характеризуетъ содержимое изъ толстой. Пищевая кашица въ тонкой кишкѣ пахнетъ только сыростью. Такими-же свойствами обладаетъ кишечное содержимое и въ томъ случаѣ, если пища была смѣшаннаго характера. Однако, если въ составъ пищи входитъ молоко, тогда указанныя свойства содержимаго нѣсколько мѣняются: въ немъ не только увеличивается %-ное содержаніе переходящихъ веществъ, но могутъ даже появиться продукты, дающіе біуретовую реакцію, а сахаръ (лактоза) всегда находится, какъ обязательная составная часть. Ниже приведено въ % количество пищевыхъ веществъ, доходящихъ до *Bauhini*'евой заслонки при выпиваніи 600 к. стм. молока:

бѣлковъ	15,9%
жира *)	5,0%
молочнаго сахара	27,7%
сухого остатка	23%
золы	40,4%.

Надо при этомъ замѣтить, что содержимое изъ конца тонкой и изъ начала толстой кишки очень мало отличается другъ отъ друга. Если и есть уменьшеніе, то исключительно сухого остатка, которое идетъ по преимуществу на счетъ уменьшенія въ немъ лактозы, въ среднемъ до 17%. Измѣненіе въ составѣ кишечнаго содержимаго при молочной пищѣ объясняется тѣмъ, что молоко чрезвычайно быстро проходитъ кишечникъ.

Опытами *Г. Б. Берлацкаго* [19]) и *П. В. Троицкаго* [20]) показано, что при молочной пищѣ уже къ концу 2-го или въ началѣ 3-го часа послѣ ѣды въ толстыя кишки поступаютъ очень большія количества пищевой кашицы, равныя приблизительно $^1/_3$ съѣденной порціи. Съ своей стороны, я могу только подтвердить указанныя наблюденія и добавить, что быстрое прохожденіе пищевой кашицы по пищеварительному каналу обусловлено присутствіемъ въ ней молочнаго сахара. Оказывается, что, если дать собакѣ лактозу in substantia, въ маломъ количествѣ воды или-же въ 4%-мъ водномъ растворѣ, т. е. въ томъ приблизительно, въ какомъ она находится въ молокѣ, то въ толстыя кишки переходитъ такое-же количество содержимаго и съ тѣми-же свойствами. Отсюда ясно, что быстрый переходъ пищевой кашицы при всякой молочной пищѣ зависитъ отъ присутствія въ ней лактозы. Указанное свойство является специфической особенностью молочнаго сахара среди другихъ дисахаридовъ, такъ какъ ни мальтоза, ни тростниковый сахаръ, будучи даны въ эквивалентныхъ количествахъ и въ растворахъ такой же крѣпости, не только не вызываютъ обильнаго поступленія содержимаго въ толстыя кишки, но даже вовсе до нихъ не доходятъ, такъ что обнару-

тѣ раздѣлялись посредствомъ фосфорно-вольфрамовой кислоты на 2 группы—на тѣла, осаждаемыя ею и на неосаждаемыя (моноаминокислоты).

*) Масляная эмульсія.

**) Смѣшанное содержимое.

***) Количественное опредѣленіе углеводовъ пищи и содержимаго производилось по способу *Sachss*'а [16]). Углеводы содержимаго раздѣлялись посредствомъ фильтраціи на 2 группы. Осадокъ на фильтрѣ отъ раствора J въ KJ становился фіолетовымъ (крахмалъ); фильтратъ желтымъ (ахроодекстринъ). Въ фильтратѣ, послѣ инверсіи съ HCl, обнаруживалась глюкоза.

****) Количество жира въ кишечномъ содержимомъ опредѣлялось по способу *Лачинова-Чернова* [17]).

*) Количество жира въ молокѣ опредѣлялось по способу *Gerber*'а [18]).

дѣленіе отправленій слѣпой кишки. Я изучалъ свойства ея секрета и условія его отдѣленія на собакахъ съ изсѣченной и выведенной своимъ устьемъ наружу слѣпой кишкой, а также старался замѣтить тѣ измѣненія, которыя претерпѣваетъ пищевая кашица во время своего пребыванія въ ея полости. Для того, чтобы уловить эти измѣненія, нужно, конечно, знать свойства содержимаго до поступленія его въ слѣпую кишку и послѣ выхожденія изъ нея; иными словами, необходимо имѣть содержимое изъ конца тонкой и начала толстой кишки. Съ послѣднею цѣлью въ моемъ распоряженіи были собаки съ боковыми свищами въ указанныхъ отдѣлахъ кишечника.

Впослѣдствіи, воспользовавшись одновременнымъ существованіемъ свищей въ концѣ тонкой и въ началѣ толстой кишки, я занялся сравненіемъ специфической чувствительности слизистой оболочки этихъ отдѣловъ и опредѣленіемъ роли *Bauhini*'евой заслонки.

Переходя къ отдѣленію сока изъ слѣпой кишки, я долженъ сказать, что оно подчиняется общимъ законамъ отдѣленія кишечнаго сока. Сокоотдѣленія почти не происходитъ безъ мѣстнаго раздраженія, но, разъ только въ кишку введенъ раздражитель, тотчасъ-же начинается отдѣленіе сока, которое не прекращается вплоть до его удаленія, при чемъ пріемъ, родъ, количество пищи и время пищеварительнаго періода оказываютъ очень незамѣтное вліяніе. Разница между сокоотдѣленіемъ изъ тонкой и слѣпой кишки лишь та, что въ первомъ случаѣ оно обильнѣе—изъ тонкой кишки сока отдѣляется въ 6—7 разъ больше, чѣмъ изъ слѣпой.

Что касается бродильныхъ свойствъ сока слѣпой кишки, то онъ способенъ самостоятельно расщеплять альбумозы и пептоны на кристаллическіе продукты, осахаривать крахмалъ, инвертировать тростниковый сахаръ и расщеплять мальтозу. Переваривать-же фибринъ, свернутый бѣлокъ, разлагать лактозу и жиры онъ не въ состояніи. Другими словами, изъ бродилъ въ немъ находится только эрепсинъ, амилаза, инвертинъ и мальтаза.

Дѣйствіе сока слѣпой кишки на другіе пищеварительныя жидкости очень незначительно. Онъ не способенъ, въ противуположность соку тонкой кишки, переводить протрипсинъ въ дѣятельный трипсинъ—въ немъ нѣтъ т. наз. киназы. Послѣдняя не появляется и послѣ предварительнаго орошенія слизистой оболочки кишки панкреатическимъ сокомъ, который, какъ показалъ *В. В. Савичъ* [14]), служитъ специфическимъ возбудителемъ киназы.

Однако сокъ слѣпой кишки улучшаетъ дѣйствіе амилазы и липазы поджелудочнаго сока, при чемъ, въ виду того, что указанное свойство не теряется и послѣ кипяченія сока, надо признать, что онъ—не бродильнаго характера.

2.

Наблюдая за передвиженіемъ химуса по пищеварительному каналу при различной пищѣ, легко можно замѣтить, что не только время появленія его у *Bauhini*'евой заслонки и количество содержимаго, выдѣляющагося изъ конца тонкой кишки, но также и типъ выдѣленія для каждой пищи достаточно характерны. Такъ, если дать собакѣ съѣсть 200 грм. мяса, то мясное содержимое у *Bauhini*'евой заслонки появляется въ среднемъ черезъ 1 час. 14 мин. послѣ ѣды, выдѣляется непрерывно и дов. равномѣрно въ продолженіи 3—4 часовъ, но затѣмъ выдѣленіе повышается, такъ что на 5—6—7-ой часъ количество выходящаго содержимаго значительно превышаетъ перешедшее въ первые часы. Къ концу 10—11-го часа послѣ ѣды переходъ мясного содержимаго совершенно прекращается. Общее количество кишечнаго содержимаго, доходящаго до конца тонкой кишки при ѣдѣ 200 грм. мяса, равно въ среднемъ 92,4 грм.

Появленіе у *Bauhini*'евой заслонки содержимаго при хлѣбной пищѣ (200 грм. бѣлаго пшеничнаго хлѣба), сравнительно съ мясной, значительно запаздываетъ и начинается только въ среднемъ черезъ 2 час. 21 мин. При этомъ пищевая кашица въ первые часы переходитъ въ очень небольшихъ количествахъ, но на 7—8—9-ый часы выдѣленіе ея настолько усиливается, что за эти часы переходитъ химуса въ 3—4 раза больше, чѣмъ за всѣ предыдущіе. Общее количество содержимаго въ среднемъ достигаетъ только 70 грм.

Если, наконецъ, накормить животное пищей, заключающей большое количество свободнаго жира (100 грм. сливочнаго масла + 100 грм. мяса), то уже къ концу 1-го часа изъ свищевого отверстія въ концѣ тонкой кишки начинаетъ выдѣляться палевая масляная эмульсія, обладающая характернымъ запахомъ жирныхъ кислотъ и застывающая на воздухѣ въ плотную массу. Въ ней никакихъ признаковъ мясного содержимаго не замѣчается; есть только отдѣльные комочки слизи. Такая эмульсія выдѣляется и во 2-ой и въ 3-ій часъ, когда уже къ ней мало по малу начинаетъ примѣшиваться характерное содержимое, замѣняющее ее всецѣло на 4-ый часъ и выдѣляющееся затѣмъ непрерывно до 11—12-го часа. Получается, такимъ образомъ, впечатлѣніе, что мясная кашица передвигается по кишечнику совершенно отдѣльно и независимо отъ пищевой кашицы, принадлежащей мясу или вообще всякому другому веществу, входившему въ ѣду вмѣстѣ съ масломъ. Надо думать, что это отдѣленіе совершается еще при переходѣ химуса изъ желудка въ 12-перстную кишку, гдѣ, какъ извѣстно, привратникъ сортируетъ пищу, пропуская одни вещества въ кишку, а другія задерживая въ желудкѣ до тѣхъ поръ, пока со стороны кишки онъ не получитъ, такъ сказать, увѣдомленія, что она готова принять новую порцію.

Къ сожалѣнію, анализъ перехода пищи изъ желудка въ кишки изученъ еще крайне недостаточно, и утверждать что-либо положительно, съ фактами въ рукахъ, относительно отдѣленія привратникомъ жира отъ другой пищи, при настоящемъ положеніи свѣдѣній по этому вопросу мы не въ состояніи. Укажу лишь, что уже ч. пр. *М. М. Чельцовъ* [15]), занимавшійся изслѣдованіемъ перехода пищи изъ желудка въ кишки, отмѣчаетъ, что жиръ очень быстро начинаетъ поступать въ 12-перстную кишку, при чемъ, будучи данъ съ другой пищей, можетъ отъ послѣдней совершенно отдѣляться. Но относится-ли это ко всему данному жиру или только къ первымъ «пробнымъ» порціямъ, сказать трудно. Вотъ что, между прочимъ, *М. М. Чельцовъ* говоритъ по этому поводу: «мнѣ нѣсколько разъ приходилось дѣлать такіе опыты, когда при 150 грм. чернаго хлѣба приходилось давать 50 грм. масла, и оказывалось, что между тѣмъ какъ хлѣбная кашица шла непрерывно, первое успѣвало пройти 2 раза».

Что касается общаго количества содержимаго, доходящаго до конца тонкой кишки при ѣдѣ 100 грм. сливочнаго масла и 100 грм. мяса, то оно равно въ среднемъ 88 грм.

Поступленіе кишечнаго содержимаго въ толстую кишку характеризуется въ общемъ тѣми-же особенностями, что и въ конецъ тонкой. Разница лишь та, что на каждую данную пищу выдѣленіе пищевой кашицы запаздываетъ на $1^1/_2$—2 часа, соотвѣтственно чему и заканчивается позже приблизительно на такой-же срокъ, а maximum'ы выдѣленія отодвигаются также на $1^1/_2$—2 часа. Количество переходящаго при этомъ содержимаго значительно меньше, приблизительно въ 2 раза, а плотность его изъ жидкокашицеобразной, какую оно имѣетъ въ концѣ тонкой кишки, переходитъ въ густокашицеобразную. Для ясности позволю себѣ привести нѣсколько примѣровъ перехода содержимаго въ конецъ тонкой и въ начало толстой кишки.

Спрашивается, что-же представляетъ изъ себя выдѣляющееся содержимое? Заключаются-ли въ немъ еще остатки принятой пищи, или уже все успѣло усвоиться?

Оказывается, что при мясной пищѣ до конца тонкой кишки доходитъ еще въ среднемъ 9,6% принятыхъ бѣлковъ, при чемъ бо́льшая ихъ часть уже подверглась обработкѣ пищеварительными соками и вполнѣ приготовлена для усвоенія, меньшая-же еще не претерпѣла никакого измѣненія. Если въ кишечномъ содержимомъ раздѣлить бѣлковыя тѣла, пользуясь реакціями осажденія *), то ока-

*) Количественное опредѣленіе бѣлковъ пищи и содержимаго производилось по способу *Kjeldahl*'я. Бѣлковыя тѣла въ содержимомъ раздѣлялись слѣдующимъ образомъ: изъ отвѣшенной порціи разведеннаго водой содержимаго удалялся фильтрованіемъ нерастворенный бѣлокъ, а оставшійся въ растворѣ—свертываніемъ въ слабокислой реакціи. Бѣлковыя тѣла въ фильтра-

Табл. 1.

Пища.	кишки.	№ опыта.	Количество выдѣленій по часамъ. 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Вѣсъ выдѣленій.
200 грм. мяса . . .	Изъ конца тонкой	15	3,0	12,0	7,0	12,0	16,0	29,0	15,0	12,0	8,0	3,0	0,5	—	101 грм.
		24	5,0	5,5	5,0	12,0	6,5	12,0	10,5	4,5	6,0	4,0	1,5	—	71 »
200 грм. бѣлаго хлѣба.		34	2,0	2,5	3,0	5,0	5,5	6,0	6,0	11,0	30,0	6,0	2,5	0,5	69 »
		32	0,5	1,5	1,5	4,0	4,0	12,0	14,5	13,0	28,0	2,5	2,0	0,0	81 »
100 грм. масла + 100 грм. мяса.		45	17,0 *)	2,0 *)	2,0 **)	17,0 **)	17.5 **)	1,5	18,0	7,0	6,0	15,0	3,0	0,5	101 »
		46	11,0 *)	10,0 *)	4,0 *)	5,0 **)	5,5	1,0	1,5	20,0	1,0	4,0	1,0	0,5	54 »
200 грм. мяса . . .	Изъ начала толстой	26	0.5	2,0	2,0	2,0	8,0	6,0	7,0	4,0	3,0	2,0	2,5	0,5	35 »
		49	3,0	1,0	8,0	4,0	2,0	1,5	10,5	7,0	2,0	7,0	0,5	2,0	37 »
200 грм. бѣлаго хлѣба.		36	1,5	1,5	4,0	5,0	7,0	13,0	7,0	17,0	38,0	5,0	1,5	0,0	79 »
		37	0,0	0,5	0,5	2,0	5,0	8,5	7.0	7,0	17,5	8,0	4,5	0,5	44 »
100 грм. масла + 100 грм. мяса.		51	0,0	0.5	0,5	15,0 *)	7,0 **)	3,0	4,0	5,0	9,0	4,0	1,5	0,5	42 »
		52	1,0	3,0 *)	4,0 *)	18,0 **)	2,0	11,0	11,0	3,0	4,0	2,0	1,0	0,0	54 »

зывается, что 36,4% ихъ приходится на нерастворенные и свертывающіеся отъ жара бѣлки, 23,9% на тѣла, осаждаемыя фосфорно-вольфрамовой кислотой (діаминокислоты), и 41,2% на тѣла, ею неосаждаемыя (моноаминокислоты). Въ содержимомъ изъ начала толстой кишки отношеніе между бѣлковыми тѣлами нѣсколько мѣняется; на нерастворенный и свертывающійся отъ жара бѣлокъ приходится 41,7%, на тѣла осаждаемыя фосфорновольфрамовой кислотой 33% и на неосаждаемыя ею 28,6%; при чемъ надо замѣтить, что тѣла, осаждаемыя фосфорновольфрамовой кислотой, принадлежатъ веществамъ, не дающимъ біуретовой реакціи, такъ что, надо признать, что какъ въ содержимомъ изъ конца тонкой кишки, такъ и изъ начала толстой отсутствуютъ, при нормальныхъ условіяхъ, альбумозы и пептоны.

Безотносительное количество бѣлка при переходѣ въ толстыя кишки падаетъ приблизительно на 2,6%, такъ что изъ бѣлковъ принятой пищи въ нихъ переходитъ только $^1/_{14}$ часть. Но нѣкоторая часть (30—40%) и изъ оставшихся бѣлковъ принадлежитъ не бѣлкамъ принятой пищи, а пищеварительнымъ жидкостямъ.

% переходящихъ при хлѣбной пищѣ углеводовъ еще меньше, чѣмъ бѣлковъ при мясной. Такъ, въ содержимомъ изъ конца тонкой кишки всего заключается 2,2% принятыхъ углеводовъ, а изъ начала толстой и того меньше—всего 1,8%. Главную часть дошедшихъ углеводовъ составляетъ нерастворенный крахмалъ, меньшую около 30—40%, ахроодекстринъ. Свободный-же сахаръ какъ въ содержимомъ изъ конца тонкой, такъ и изъ начала толстой никогда не встрѣчается ***).

% доходящихъ жировъ нѣсколько больше, чѣмъ углеводовъ и до *Bauhini*'евой заслонки доходитъ въ среднемъ 5% принятаго жира, а въ толстыя кишки переходитъ 3,3%. Главную часть дошедшаго жира составляютъ нейтральные жиры и жирныя кислоты, меньшая, около 20%, падаетъ на мыла ****). При этомъ надо отмѣтить, что съ уменьшеніемъ % его въ кишечномъ содержимомъ жиръ лучше всасывается.

Чтобы покончить съ составомъ содержимаго, нужно еще упомянуть, что изъ конца тонкой кишки оно заключаетъ 6—11% сухого остатка, часть котораго (12—14%) приходится на зольныя вещества. Въ содержимомъ изъ начала толстой кишки % сухого остатка немного больше (на 2—3%), отчего и плотность его, какъ мы видѣли, нѣсколько гуще.

Что касается реакціи содержимаго, то, какъ въ концѣ тонкой кишки, такъ и въ началѣ толстой, она всегда слабощелочная или нейтральная. Кислая реакція наблюдается, только въ видѣ исключенія, въ содержимомъ толстой кишки. Послѣднее обстоятельство служитъ указаніемъ, что въ тонкихъ кишкахъ при нормальныхъ условіяхъ нѣтъ свободныхъ органическихъ кислотъ. Равнымъ образомъ въ содержимомъ изъ конца тонкой кишки никогда нельзя обнаружить гнилостнаго запаха, который всегда характеризуетъ содержимое изъ толстой. Пищевая кашица въ тонкой кишкѣ пахнетъ только сыростью. Такими-же свойствами обладаетъ кишечное содержимое и въ томъ случаѣ, если пища была смѣшаннаго характера. Однако, если въ составъ пищи входитъ молоко, тогда указанныя свойства содержимаго нѣсколько мѣняются: въ немъ не только увеличивается %-ное содержаніе переходящихъ веществъ, но могутъ даже появиться продукты, дающіе біуретовую реакцію, а сахаръ (лактоза) всегда находится, какъ обязательная составная часть. Ниже приведено въ % количество пищевыхъ веществъ, доходящихъ до *Bauhini*'евой заслонки при выпиваніи 600 к. стм. молока:

бѣлковъ	15,9%
жира *)	5,0%
молочнаго сахара	27,7%
сухого остатка	23%
золы	40,4%.

Надо при этомъ замѣтить, что содержимое изъ конца тонкой и изъ начала толстой кишки очень мало отличается другъ отъ друга. Если и есть уменьшеніе, то исключительно сухого остатка, которое идетъ по преимуществу на счетъ уменьшенія въ немъ лактозы, въ среднемъ до 17%. Измѣненіе въ составѣ кишечнаго содержимаго при молочной пищѣ объясняется тѣмъ, что молоко чрезвычайно быстро проходитъ кишечникъ.

Опытами *Г. Б. Берлацкаго* [19]) и *П. В. Троицкаго* [20]) показано, что при молочной пищѣ уже къ концу 2-го или въ началѣ 3-го часа послѣ ѣды въ толстыя кишки поступаютъ очень большія количества пищевой кашицы, равныя приблизительно $^1/_3$ съѣденной порціи. Съ своей стороны, я могу только подтвердить указанныя наблюденія и добавить, что быстрое прохожденіе пищевой кашицы по пищеварительному каналу обусловлено присутствіемъ въ ней молочнаго сахара. Оказывается, что, если дать собакѣ лактозу in substantia, въ маломъ количествѣ воды или-же въ 4%-мъ водномъ растворѣ, т. е. въ томъ приблизительно, въ какомъ она находится въ молокѣ, то въ толстыя кишки переходитъ такое-же количество содержимаго и съ тѣми-же свойствами. Отсюда ясно, что быстрый переходъ пищевой кашицы при всякой молочной пищѣ зависитъ отъ присутствія въ ней лактозы. Указанное свойство является специфической особенностью молочнаго сахара среди другихъ дисахаридовъ, такъ какъ ни мальтоза, ни тростниковый сахаръ, будучи даны въ эквивалентныхъ количествахъ и въ растворахъ такой же крѣпости, не только не вызываютъ обильнаго поступленія содержимаго въ толстыя кишки, но даже вовсе до нихъ не доходятъ, такъ что обнару-

тѣ раздѣлялись посредствомъ фосфорно-вольфрамовой кислоты на 2 группы—на тѣла, осаждаемыя ею и на неосаждаемыя (моноаминокислоты).

*) Масляная эмульсія.

**) Смѣшанное содержимое.

***) Количественное опредѣленіе углеводовъ пищи и содержимаго производилось по способу *Sachss*'а [16]). Углеводы содержимаго раздѣлялись посредствомъ фильтраціи на 2 группы. Осадокъ на фильтрѣ отъ раствора J въ KJ становился фіолетовымъ (крахмалъ); фильтратъ желтымъ (ахроодекстринъ). Въ фильтратѣ, послѣ инверсіи съ HCl, обнаруживалась глюкоза.

****) Количество жира въ кишечномъ содержимомъ опредѣлялось по способу *Лачинова-Черноса* [17]).

*) Количество жира въ молокѣ опредѣлялось по способу *Gerber*'а [18]).

дѣленіе отправленій слѣпой кишки. Я изучалъ свойства ея секрета и условія его отдѣленія на собакахъ съ изсѣченной и выведенной своимъ устьемъ наружу слѣпой кишкой, а также старался замѣтить тѣ измѣненія, которыя претерпѣваетъ пищевая кашица во время своего пребыванія въ ея полости. Для того, чтобы уловить эти измѣненія, нужно, конечно, знать свойства содержимаго до поступленія его въ слѣпую кишку и послѣ выхожденія изъ нея; иными словами, необходимо имѣть содержимое изъ конца тонкой и начала толстой кишки. Съ послѣднею цѣлью въ моемъ распоряженіи были собаки съ боковыми свищами въ указанныхъ отдѣлахъ кишечника.

Впослѣдствіи, воспользовавшись одновременнымъ существованіемъ свищей въ концѣ тонкой и въ началѣ толстой кишки, я занялся сравненіемъ специфической чувствительности слизистой оболочки этихъ отдѣловъ и опредѣленіемъ роли *Bauhini*'евой заслонки.

Переходя къ отдѣленію сока изъ слѣпой кишки, я долженъ сказать, что оно подчиняется общимъ законамъ отдѣленія кишечнаго сока. Сокоотдѣленія почти не происходитъ безъ мѣстнаго раздраженія, но, разъ только въ кишку введенъ раздражитель, тотчасъ-же начинается отдѣленіе сока, которое не прекращается вплоть до его удаленія, при чемъ пріемъ, родъ, количество пищи и время пищеварительнаго періода оказываютъ очень незамѣтное вліяніе. Разница между сокоотдѣленіемъ изъ тонкой и слѣпой кишки лишь та, что въ первомъ случаѣ оно обильнѣе—изъ тонкой кишки сока отдѣляется въ 6—7 разъ больше, чѣмъ изъ слѣпой.

Что касается бродильныхъ свойствъ сока слѣпой кишки, то онъ способенъ самостоятельно расщеплять альбумозы и пептоны на кристаллическіе продукты, осахаривать крахмалъ, инвертировать тростниковый сахаръ и расщеплять мальтозу. Переваривать-же фибринъ, свернутый бѣлокъ, разлагать лактозу и жиры онъ не въ состояніи. Другими словами, изъ бродилъ въ немъ находится только эрепсинъ, амилаза, инвертинъ и мальтаза.

Дѣйствіе сока слѣпой кишки на другіе пищеварительныя жидкости очень незначительно. Онъ не способенъ, въ противуположность соку тонкой кишки, переводить протрипсинъ въ дѣятельный трипсинъ—въ немъ нѣтъ т. наз. киназы. Послѣдняя не появляется и послѣ предварительнаго орошенія слизистой оболочки кишки панкреатическимъ сокомъ, который, какъ показалъ *В. В. Савичъ* [14]), служитъ специфическимъ возбудителемъ киназы.

Однако сокъ слѣпой кишки улучшаетъ дѣйствіе амилазы и липазы поджелудочнаго сока, при чемъ, въ виду того, что указанное свойство не теряется и послѣ кипяченія сока, надо признать, что онъ—не бродильнаго характера.

2.

Наблюдая за передвиженіемъ химуса по пищеварительному каналу при различной пищѣ, легко можно замѣтить, что не только время появленія его у *Bauhini*'евой заслонки и количество содержимаго, выдѣляющагося изъ конца тонкой кишки, но также и типъ выдѣленія для каждой пищи достаточно характерны. Такъ, если дать собакѣ съѣсть 200 грм. мяса, то мясное содержимое у *Bauhini*'евой заслонки появляется въ среднемъ черезъ 1 час. 14 мин. послѣ ѣды, выдѣляется непрерывно и дов. равномѣрно въ продолженіи 3—4 часовъ, но затѣмъ выдѣленіе повышается, такъ что на 5—6—7-ой часъ количество выходящаго содержимаго значительно превышаетъ перешедшее въ первые часы. Къ концу 10—11-го часа послѣ ѣды переходъ мясного содержимаго совершенно прекращается. Общее количество кишечнаго содержимаго, доходящаго до конца тонкой кишки при ѣдѣ 200 грм. мяса, равно въ среднемъ 92,4 грм.

Появленіе у *Bauhini*'евой заслонки содержимаго при хлѣбной пищѣ (200 грм. бѣлаго пшеничнаго хлѣба), сравнительно съ мясной, значительно запаздываетъ и начинается только въ среднемъ черезъ 2 час. 21 мин. При этомъ пищевая кашица въ первые часы переходитъ въ очень небольшихъ количествахъ, но на 7—8—9-ый часы выдѣленіе ея настолько усиливается, что за эти часы переходитъ химуса въ 3—4 раза больше, чѣмъ за всѣ предыдущіе. Общее количество содержимаго въ среднемъ достигаетъ только 70 грм.

Если, наконецъ, накормить животное пищей, заключающей большое количество свободнаго жира (100 грм. сливочнаго масла + 100 грм. мяса), то уже къ концу 1-го часа изъ свищевого отверстія въ концѣ тонкой кишки начинаетъ выдѣляться палевая масляная эмульсія, обладающая характернымъ запахомъ жирныхъ кислотъ и застывающая на воздухѣ въ плотную массу. Въ ней никакихъ признаковъ мясного содержимаго не замѣчается; есть только отдѣльные комочки слизи. Такая эмульсія выдѣляется и во 2-ой и въ 3-ій часъ, когда уже къ ней мало по малу начинаетъ примѣшиваться характерное содержимое, замѣняющее ее всецѣло на 4-ый часъ и выдѣляющееся затѣмъ непрерывно до 11—12-го часа. Получается, такимъ образомъ, впечатлѣніе, что мясная кашица передвигается по кишечнику совершенно отдѣльно и независимо отъ пищевой кашицы, принадлежащей мясу или вообще всякому другому веществу, входившему въ ѣду вмѣстѣ съ масломъ. Надо думать, что это отдѣленіе совершается еще при переходѣ химуса изъ желудка въ 12-перстную кишку, гдѣ, какъ извѣстно, привратникъ сортируетъ пищу, пропуская одни вещества въ кишку, а другія задерживая въ желудкѣ до тѣхъ поръ, пока со стороны кишки онъ не получитъ, такъ сказать, увѣдомленія, что она готова принять новую порцію.

Къ сожалѣнію, анализъ перехода пищи изъ желудка въ кишки изученъ еще крайне недостаточно, и утверждать что-либо положительно, съ фактами въ рукахъ, относительно отдѣленія привратникомъ жира отъ другой пищи, при настоящемъ положеніи свѣдѣній по этому вопросу мы не въ состояніи. Укажу лишь, что уже ч. пр. *М. М. Чельцовъ* [15]), занимавшійся изслѣдованіемъ перехода пищи изъ желудка въ кишки, отмѣчаетъ, что жиръ очень быстро начинаетъ поступать въ 12-перстную кишку, при чемъ, будучи данъ съ другой пищей, можетъ отъ послѣдней совершенно отдѣляться. Но относится-ли это ко всему данному жиру или только къ первымъ «пробнымъ» порціямъ, сказать трудно. Вотъ что, между прочимъ, *М. М. Чельцовъ* говоритъ по этому поводу: «мнѣ нѣсколько разъ приходилось дѣлать такіе опыты, когда при 150 грм. чернаго хлѣба приходилось давать 50 грм. масла, и оказывалось, что между тѣмъ какъ хлѣбная кашица шла непрерывно, первое успѣвало пройти 2 раза».

Что касается общаго количества содержимаго, доходящаго до конца тонкой кишки при ѣдѣ 100 грм. сливочнаго масла и 100 грм. мяса, то оно равно въ среднемъ 88 грм.

Поступленіе кишечнаго содержимаго въ толстую кишку характеризуется въ общемъ тѣми-же особенностями, что и въ конецъ тонкой. Разница лишь та, что на каждую данную пищу выдѣленіе пищевой кашицы запаздываетъ на $1^1/_2$—2 часа, соотвѣтственно чему и заканчивается позже приблизительно на такой-же срокъ, а maximum'ы выдѣленія отодвигаются также на $1^1/_2$—2 часа. Количество переходящаго при этомъ содержимаго значительно меньше, приблизительно въ 2 раза, а плотность его изъ жидкокашицеобразной, какую оно имѣетъ въ концѣ тонкой кишки, переходитъ въ густокашицеобразную. Для ясности позволю себѣ привести нѣсколько примѣровъ перехода содержимаго въ конецъ тонкой и въ начало толстой кишки.

Спрашивается, что-же представляетъ изъ себя выдѣляющееся содержимое? Заключаются-ли въ немъ еще остатки принятой пищи, или уже все успѣло усвоиться?

Оказывается, что при мясной пищѣ до конца тонкой кишки доходитъ еще въ среднемъ 9,6% принятыхъ бѣлковъ, при чемъ бо́льшая ихъ часть уже подверглась обработкѣ пищеварительными соками и вполнѣ приготовлена для усвоенія, меньшая-же еще не претерпѣла никакого измѣненія. Если въ кишечномъ содержимомъ раздѣлить бѣлковыя тѣла, пользуясь реакціями осажденія *), то ока-

*) Количественное опредѣленіе бѣлковъ пищи и содержимаго производилось по способу *Kjeldahl'я*. Бѣлковыя тѣла въ содержимомъ раздѣлялись слѣдующимъ образомъ: изъ отвѣшенной порціи разведеннаго водой содержимаго удалялся фильтрованіемъ нерастворенный бѣлокъ, а оставшійся въ растворѣ—свертываніемъ въ слабокислой реакціи. Бѣлковыя тѣла въ фильтра-

Табл. 1.

Пища.	Изъ кишки.	№ опыта.	Количество выдѣленій по часамъ. 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Вѣсъ выдѣленій.
200 грм. мяса . . .	Изъ конца тонкой	15	3,0	12,0	7,0	12,0	16,0	29,0	15,0	12,0	8,0	3,0	0,5	—	101 грм.
		24	5,0	5,5	5,0	12,0	6,5	12,0	10,5	4,5	6,0	4,0	1,5	—	71 »
200 грм. бѣлаго хлѣба.		34	2,0	2,5	3,0	5,0	5,5	6,0	6,0	11,0	30,0	6,0	2,5	0,5	69 »
		32	0,5	1,5	1,5	4,0	4,0	12,0	14,5	13,0	28,0	2,5	2,0	0,0	81 »
100 грм. масла + 100 грм. мяса.		45	17,0 *)	2,0 *)	2,0 **)	17,0 **)	17,5 **)	1,5	18,0	7,0	6,0	15,0	3,0	0,5	101 »
		46	11,0 *)	10,0 *)	4,0 *)	5,0 **)	5,5	1,0	1,5	20,0	1,0	4,0	1,0	0,5	54 »
200 грм. мяса . . .	Изъ начала толстой	26	0,5	2,0	2,0	2,0	8,0	6,0	7,0	4,0	3,0	2,0	2,5	0,5	35 »
		49	3,0	1,0	8,0	4,0	2,0	1,5	10,5	7,0	2,0	7,0	0,5	2,0	37 »
200 грм. бѣлаго хлѣба.		36	1,5	1,5	4,0	5,0	7,0	13,0	7,0	17,0	38,0	5,0	1,5	0,0	79 »
		37	0,0	0,5	0,5	2,0	5,0	8,5	7,0	7,0	17,5	8,0	4,5	0,5	44 »
100 грм. масла + 100 грм. мяса.		51	0,0	0,5	0,5	15,0 *)	7,0 **)	3,0	4,0	5,0	9,0	4,0	1,5	0,5	42 »
		52	1,0	3,0 *)	4,0 *)	18,0 **)	2,0	11,0	11,0	3,0	4,0	2,0	1,0	0,0	54 »

зывается, что 36,4% ихъ приходится на нерастворенные и свертывающіеся отъ жара бѣлки, 23,9% на тѣла, осаждаемыя фосфорно-вольфрамовой кислотой (діаминокислоты), и 41,2% на тѣла, ею неосаждаемыя (моноаминокислоты). Въ содержимомъ изъ начала толстой кишки отношеніе между бѣлковыми тѣлами нѣсколько мѣняется; на нерастворенный и свертывающійся отъ жара бѣлокъ приходится 41,7%, на тѣла осаждаемыя фосфорновольфрамовой кислотой 33% и на неосаждаемыя ею 28,6%; при чемъ надо замѣтить, что тѣла, осаждаемыя фосфорновольфрамовой кислотой, принадлежатъ веществамъ, не дающимъ біуретовой реакціи, такъ что, надо признать, что какъ въ содержимомъ изъ конца тонкой кишки, такъ и изъ начала толстой отсутствуютъ, при нормальныхъ условіяхъ, альбумозы и пептоны.

Безотносительное количество бѣлка при переходѣ въ толстыя кишки падаетъ приблизительно на 2,6%, такъ что изъ бѣлковъ принятой пищи въ нихъ переходитъ только $^1/_{14}$ часть. Но нѣкоторая часть (30—40%) и изъ оставшихся бѣлковъ принадлежитъ не бѣлкамъ принятой пищи, а пищеварительнымъ жидкостямъ.

% переходящихъ при хлѣбной пищѣ углеводовъ еще меньше, чѣмъ бѣлковъ при мясной. Такъ, въ содержимомъ изъ конца тонкой кишки всего заключается 2,2% принятыхъ углеводовъ, а изъ начала толстой и того меньше— всего 1,8%. Главную часть дошедшихъ углеводовъ составляетъ нерастворенный крахмалъ, меньшую около 30—40%, ахроодекстринъ. Свободный-же сахаръ какъ въ содержимомъ изъ конца тонкой, такъ и изъ начала толстой никогда не встрѣчается ***).

% доходящихъ жировъ нѣсколько больше, чѣмъ углеводовъ и до *Bauhini*'евой заслонки доходитъ въ среднемъ 5% принятаго жира, а въ толстыя кишки переходитъ 3,3%. Главную часть дошедшаго жира составляютъ нейтральные жиры и жирныя кислоты, меньшая, около 20%, падаетъ на мыла ****). При этомъ надо отмѣтить, что съ уменьшеніемъ % его въ кишечномъ содержимомъ жиръ лучше всасывается.

Чтобы покончить съ составомъ содержимаго, нужно еще упомянуть, что изъ конца тонкой кишки оно заключаетъ 6—11% сухого остатка, часть котораго (12—14%) приходится на зольныя вещества. Въ содержимомъ изъ начала толстой кишки % сухого остатка немного больше (на 2—3%), отчего и плотность его, какъ мы видѣли, нѣсколько гуще.

Что касается реакціи содержимаго, то, какъ въ концѣ тонкой кишки, такъ и въ началѣ толстой, она всегда слабощелочная или нейтральная. Кислая реакція наблюдается, только въ видѣ исключенія, въ содержимомъ толстой кишки. Послѣднее обстоятельство служитъ указаніемъ, что въ тонкихъ кишкахъ при нормальныхъ условіяхъ нѣтъ свободныхъ органическихъ кислотъ. Равнымъ образомъ въ содержимомъ изъ конца тонкой кишки никогда нельзя обнаружить гнилостнаго запаха, который всегда характеризуетъ содержимое изъ толстой. Пищевая кашица въ тонкой кишкѣ пахнетъ только сыростью. Такими-же свойствами обладаетъ кишечное содержимое и въ томъ случаѣ, если пища была смѣшаннаго характера. Однако, если въ составъ пищи входитъ молоко, тогда указанныя свойства содержимаго нѣсколько мѣняются: въ немъ не только увеличивается %-ное содержаніе переходящихъ веществъ, но могутъ даже появиться продукты, дающіе біуретовую реакцію, а сахаръ (лактоза) всегда находится, какъ обязательная составная часть. Ниже приведено въ % количество пищевыхъ веществъ, доходящихъ до *Bauhini*'евой заслонки при выпиваніи 600 к. стм. молока:

бѣлковъ	15,9%
жира *)	5,0%
молочнаго сахара	27,7%
сухого остатка	23%
золы	40,4%.

Надо при этомъ замѣтить, что содержимое изъ конца тонкой и изъ начала толстой кишки очень мало отличается другъ отъ друга. Если и есть уменьшеніе, то исключительно сухого остатка, которое идетъ по преимуществу на счетъ уменьшенія въ немъ лактозы, въ среднемъ до 17%. Измѣненіе въ составѣ кишечнаго содержимаго при молочной пищѣ объясняется тѣмъ, что молоко чрезвычайно быстро проходитъ кишечникъ.

Опытами *Г. Б. Берлацкаго* [19]) и *П. В. Троицкаго* [20]) показано, что при молочной пищѣ уже къ концу 2-го или въ началѣ 3-го часа послѣ ѣды въ толстыя кишки поступаютъ очень большія количества пищевой кашицы, равныя приблизительно $^1/_3$ съѣденной порціи. Съ своей стороны, я могу только подтвердить указанныя наблюденія и добавить, что быстрое прохожденіе пищевой кашицы по пищеварительному каналу обусловлено присутствіемъ въ ней молочнаго сахара. Оказывается, что, если дать собакѣ лактозу in substantia, въ маломъ количествѣ воды или-же въ 4%-мъ водномъ растворѣ, т. е. въ томъ приблизительно, въ какомъ она находится въ молокѣ, то въ толстыя кишки переходитъ такое-же количество содержимаго и съ тѣми-же свойствами. Отсюда ясно, что быстрый переходъ пищевой кашицы при всякой молочной пищѣ зависитъ отъ присутствія въ ней лактозы. Указанное свойство является специфической особенностью молочнаго сахара среди другихъ дисахаридовъ, такъ какъ ни мальтоза, ни тростниковый сахаръ, будучи даны въ эквивалентныхъ количествахъ и въ растворахъ такой же крѣпости, не только не вызываютъ обильнаго поступленія содержимаго въ толстыя кишки, но даже вовсе до нихъ не доходятъ, такъ что обнару-

тѣ раздѣлялись посредствомъ фосфорно-вольфрамовой кислоты на 2 группы—на тѣла, осаждаемыя ею и на неосаждаемыя (моноаминокислоты).

*) Масляная эмульсія.

**) Смѣшанное содержимое.

***) Количественное опредѣленіе углеводовъ пищи и содержимаго производилось по способу *Sachss*'а [16]). Углеводы содержимаго раздѣлялись посредствомъ фильтраціи на 2 группы. Осадокъ на фильтрѣ отъ раствора J въ KJ становился фіолетовымъ (крахмалъ); фильтратъ желтымъ (ахроодекстринъ). Въ фильтратѣ, послѣ инверсіи съ HCl, обнаруживалась глюкоза.

****) Количество жира въ кишечномъ содержимомъ опредѣлялось по способу *Лачинова-Черноса* [17]).

*) Количество жира въ молокѣ опредѣлялось по способу *Gerber*'а [18]).

жить присутствіе ихъ въ выдѣляющейся изъ свищей слизистой массѣ нѣтъ никакой возможности. Выдѣленія изъ свищей въ этомъ случаѣ, хотя и существуютъ, но и по количеству, и по свойствамъ тѣже, что̀ и въ голодномъ состояніи или-же при введеніи въ желудокъ такого-же количества воды, которая, какъ извѣстно, цѣликомъ всасывается въ верхнихъ отдѣлахъ тонкихъ кишекъ. Все сказанное будетъ яснѣе, если обратиться къ слѣдующей таблицѣ.

Неудовлетворительность постановки опыта при подобныхъ условіяхъ понятна сама собой. Толстая кишка у собаки относительно узка и коротка, такъ что достаточно ввести 200—300 к. стм. жидкости, чтобы вызвать переполненіе кишки. Вливаніе-же въ нее бо̀льшихъ количествъ жидкости подъ все возрастающимъ давленіемъ влекло въ концѣ концовъ къ растяженію кишки и заслонки, которая, потерявъ способность сопротивляться вгоняемой жидкости,

Табл. 2. (Изъ конца тонкой кишки).

Пища.	Количество выдѣленій по часамъ.										Время появленія содержимаго.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
600 к. стм. молока	2,5	30,5	27,0	15,0	7,0	9,0	2,0	8,0	13,0	1,5	1 ч. 40 мин.
Тоже	2,5	39,5	52,0	17,0	29,0	10,0	8,0	2,0	1,0	—	1 ч. 42 мин.
600 к. стм. 4%-го раствора лактозы	92,0	72,0	1,5	6,5	3,0	9,0	2,0	4,0	6,0	3,5	23 мин.
24 грм. лактозы въ 50 к. стм. воды	105,0	55,0	7,0	4,0	8,0	3,0	4,0	4,0	2,0	—	12 мин.
600 к. стм. 4%-го раствора сахарозы	3,5	1,5	5,5	1,5	7,5	1,0	7,5	1,0	—	—	—
600 к. стм. 4%-го раствора мальтозы	1,0	1,5	12,0	2,0	0,5	8,0	1,0	—	—	—	—
600 к. стм. воды	2,5	5,5	11,0	2,0	9,0	1,5	6,0	1,5	6,0	—	—
Въ голодномъ состояніи	3,5	2,0	5,0	5,0	5,0	4,0	4,5	6,0	3,0	—	—

Является вопросъ, отъ чего лактоза такъ рѣзко отличается своими свойствами въ этомъ отношеніи отъ другихъ дисахаридовъ? Дѣло въ томъ, что у взрослаго животнаго въ пищеварительныхъ сокахъ, изливающихся въ просвѣтъ кишечника, не находится бродила, расщепляющаго молочный сахаръ [*Fischer* и *Niebel* [21]), *Weinland* [22]), *Orban* [23]), *Pregl* [24]), *Röhmann* и *Nagano* [25])], благодаря чему лактоза всасывается, не подвергаясь разложенію; другіе-же дисахариды въ силу того, что въ сокахъ присутствуютъ энцимы, которыя могутъ вызвать ихъ расщепленіе, всасываются не въ первоначальной формѣ, а въ видѣ гексозъ, которыя, понятно, благодаря меньшему объему своей частицы, усваиваются лучше и быстрѣе, чѣмъ дисахаридъ. Послѣднимъ обстоятельствомъ нужно объяснить худшую усваиваемость молочнаго сахара по сравненію съ сахарозой и мальтозой и, какъ послѣдствіе этого, быстрое прохожденіе лактозы по кишечнику и присутствіе ея въ содержимомъ толстой кишки.

3.

Разсматривая переходъ содержимаго при различной пищѣ, я упоминалъ, что появленіе пищевой кашицы въ толстыхъ кишкахъ сравнительно съ дохожденіемъ ея въ конецъ тонкой кишки запаздываетъ приблизительно на $1^1/_2$—2 часа. Чѣмъ-же обусловливается это запаздываніе? Тѣмъ-ли, что передвиженіе кишечнаго содержимаго въ нижнихъ отдѣлахъ кишечника идетъ гораздо медленнѣе, чѣмъ въ вернихъ, или эту задержку вызываетъ *Bauhini*'ева заслонка, которая механически или, быть можетъ, активно останавливаетъ пищевую кашицу, чтобы предоставить бродиламъ доварить необработанные остатки пищи?

Надо замѣтить, что и въ настоящее время значеніе *Bauhini*'евой заслонки еще не вполнѣ выяснено. Хотя большинство клиницистовъ и держится того мнѣнія, что она способна герметически отдѣлять полость толстыхъ кишекъ отъ тонкихъ,—при чемъ даже выдѣляютъ въ отдѣльную клиническую форму случаи ея недостаточности [*Pic* [26])], тѣмъ не менѣе даже эта сторона ея дѣятельности не только еще не доказана путемъ опытовъ, но, наоборотъ, многими физіологами [*Simon* [27]), *Falck* [28]), *Damman* [29])] вовсе отрицается. Однако-же послѣднее убѣжденіе появилось или на основаніи только теоретическихъ соображеній или въ результатѣ опытовъ, произведенныхъ совершенно въ ненормальныхъ условіяхъ. Всѣ авторы, занимавшіеся указаннымъ вопросомъ, судили о способности заслонки обособлять полость толстыхъ кишекъ отъ тонкихъ по тому, проходятъ-ли въ тонкія кишки окрашенныя жидкости, введенныя чрезъ прямую кишку подъ очень высокимъ давленіемъ на трупахъ или у кураризованныхъ животныхъ? При этомъ обычно первое время жидкость не переходила въ тонкія кишки и только послѣ того, какъ объемъ ея въ толстой достигалъ 800—1000 к. стм., она начинала показываться по другую сторону заслонки.

пропускала ее въ тонкую кишку.

Указанныхъ недостатковъ лишенъ былъ-бы тотъ способъ, при которомъ жидкость вводится въ толстую кишку возлѣ самой *Bauhini*'евой заслонки, а обратный переходъ ея черезъ нее наблюдается черезъ свищъ, находящійся непосредственно передъ заслонкой, въ концѣ тонкой кишки. При такой постановкѣ опыта заслонка работаетъ совершенно въ физіологическихъ условіяхъ, такъ какъ введенная жидкость можетъ по своему усмотрѣнію перейти обратно въ тонкую кишку или-же спуститься ниже въ толстую, а при чрезмѣрномъ переполненіи послѣдней вылиться наружу черезъ заднепроходное отверстіе.

Всѣ мои опыты, произведенные при такихъ условіяхъ, показали, что *Bauhini*'ева заслонка герметически отдѣляетъ полость толстыхъ кишекъ отъ тонкихъ, не пропуская въ послѣднія ни одной капли жидкости, не смотря на то, что она подолгу стоитъ у самой заслонки. Далѣе, при прохожденіи различныхъ веществъ нормальнымъ путемъ, изъ тонкихъ кишекъ въ толстыя, *Bauhini*'ева заслонка, по видимому, принимаетъ активное участіе.

Въ своихъ опытахъ, поставленныхъ съ этой цѣлью, я руководился тѣмъ-же принципомъ, который легъ въ основу всѣхъ изслѣдованій относительно отправленій привратника [*Hirsch* [30]), *Mering* [31]), *Marbaix* [32]), *А. С. Сердюковъ* [33]), *С. И. Линтваревъ* [34]), *А. И. Шемякинъ* [35])]. Вводя различныя вещества въ тонкую кишку, я наблюдалъ за ихъ переходомъ въ толстую.

Опыты этого рода распадаются на 2 отдѣльныя группы. Въ 1-мъ рядѣ случаевъ въ тонкую кишку черезъ боковой свищъ вводилось сразу около 100 к. стм. какой-нибудь жидкости и затѣмъ наблюдался переходъ ея въ толстую; во 2-мъ, съ цѣлью избѣгать переполненія кишки, въ тонкую вливалось тоже количество жидкости, но только не сразу, а отдѣльными порціями по 10—15 к. стм. съ промежутками въ 10 мин. Въ послѣднемъ случаѣ условія еще ближе подходятъ къ нормальнымъ, такъ какъ кишечное содержимое, какъ было сказано, не сразу подходитъ во всей своей массѣ къ *Bauhini*'евой заслонкѣ, а отдѣльными частями.

Опыты съ введеніемъ въ 1 разъ большихъ количествъ жидкости дали слѣдующіе результаты. Почти непосредственно за началомъ вливанія въ тонкую кишку изъ свища въ толстой начинаетъ вытекать медленно и непрерывно введенная жидкость, которая въ 2—3 мин. достигаетъ 40—50 к. стм. Затѣмъ происходитъ полная задержка на 2—3—4 мин., а изъ свища за это время не показывается ни одной капли. Потомъ жидкость снова выходитъ струйкой, и опять задержка на нѣкоторое время. Отдѣльныя порціи мало по малу становятся все меньше и меньше, но періодичность въ ихъ появленіи не нарушается. Въ концѣ концовъ, начинаютъ вытекать отдѣльныя капли, чѣмъ и заканчивается переходъ жидкости.

Такой переходъ наблюдается въ томъ лишь случаѣ, если введенная жидкость не раздражаетъ слизистой оболочки и при томъ, когда послѣдняя находится въ нормальномъ состояніи. Если-же вливаемая жидкость раздражаетъ слиз-

стую оболочку или-же, хотя жидкость и безразлична, но сама кишка находится въ болѣзненномъ состояніи, то введенная въ тонкую кишку жидкость тотчасъ-же съ силой и почти цѣликомъ выбрасывается въ толстую. Для наглядности привожу для обоихъ случаевъ по примѣру.

Опытъ 8/v 1904. Въ тонкую кишку влито 100 к. стм. воды 38° Ц.

Мин. 1—2	въ	толстую	перешло	41,0		Собака все время совершенно покойна.
3	»	»	»	0,0		
4	»	»	»	10,5		
5 } 6 }	»	»	»	0,0		
7	»	»	»	11,5		
8	»	»	»	0,0		
9	»	»	»	2,0		
10	»	»	»	0,0		
11	»	»	»	4,0		
12—18	»	»	»	0,0		
19	»	»	»	2,0		
20—21	»	»	»	0,0		
22	»	»	»	4,0		
23—24	»	»	»	0,0		
25	»	»	»	кап.		
26—29	капл	ями		2,0		
30	»	»	»	0,0		
	Всего перешло			77 к. стм.		

(Часть, очевидно, успѣла всосаться).

Опытъ 9/v. Въ тонкую кишку введено 100 к. стм. сырого куринаго бѣлка.

Мин. 1—3	въ	толстую	перешло	80 к. стм.
4—6	»	»	»	0,0
7	капли			
8—15	»	»	»	0,0
16	»	»	»	капли
17—25	»	»	»	0,0
	Всего перешло			81 к. стм.

Собака все время была очень сильно возбуждена.

При вливаніи жидкости отдѣльными порціями (по 10 к. стм.) въ общемъ получились тѣ-же результаты, что и при введеніи ея сразу большими количествами. Такъ какъ въ данномъ случаѣ, послѣ введенія небольшой порціи, не происходитъ переполненія кишки и ей нѣтъ никакой необходимости освобождаться тотчасъ-же отъ избытка жидкости, то послѣдняя при нормальномъ состояніи слизистой оболочки кишки почти цѣликомъ задерживается въ тонкой и въ толстую кишку переходитъ всего нѣсколько капель. Эта задержка продолжается до тѣхъ поръ, пока повторными вливаніями не будетъ произведено переполненія тонкой кишки, послѣ чего изъ толстой, вслѣдъ за вливаніемъ въ тонкую, сразу появляется небольшое количество жидкости, которое всегда значительно меньше введеннаго; часть, слѣд., успѣваетъ всосаться. Тоже повторяется и при слѣдующихъ вливаніяхъ.

Описанная картина перехода наблюдается только въ томъ случаѣ, когда вливаемыя порціи принадлежатъ нераздражающей кишку жидкости и при условіи нормальнаго состоянія ея слизистой оболочки. При введеніи-же какой-либо раздражающей или-же хотя и безразличной жидкости, но въ періодъ повышенной возбудимости кишки, каждая влитая порція въ тонкую почти мгновенно выбрасывается въ толстую кишку. Для большей ясности привожу примѣры.

Опытъ 20/v 1904. Въ 12 час. 24 мин. въ тонкую кишку влито 25 к. стм. воды 38° Ц.

	12 час.	25 мин.	въ	толстую	перешло	3,0		Собака совершенно спокойна.
Влито еще 10 к. стм.	12 »	34 »	»	»	»	0,0		
Тоже.	12 »	44 »	»	»	»	0,0		
Тоже.	12 »	54 »	»	»	»	0,0		
	12 »	55 »	»	»	»	1,0		
	1 »	— »	»	»	»	8,0		
	1 »	2 »	»	»	»	2,0		
Влито еще 10 к. стм.	1 »	4 »	»	»	»	0,0		
Тоже.	1 »	14 »	»	»	»	0,0		
Тоже.	1 »	24 »	»	»	»	0,0		
	1 »	27 »	»	»	»	6,0		
	1 »	29 »	»	»	»	6,0		
	1 »	31 »	»	»	»	1,0		
Влито еще 10 к. стм.	1 »	34 »	»	»	»	0,0		
и т. д.								

Опытъ 22/v. Въ 3 час. 45 мин. въ тонкую кишку влито 25 к. стм. прованскаго нейтральнаго масла 38° Ц.

	3 час.	46 мин.			13,0	Собака все время возбуждена.
	3 »	47 »			2,0	
Влито еще 10 к. стм.	3 »	55 »			5,0	
	3 »	56 »			3,0	
	4 »	— »			1,0	
	4 »	5 »			6,0	
Влито еще 10 к. стм.	4 »	7 »			5,0	
Тоже.	4 »	15 »			7,0	
и т. д.						

На основаніи всего вышеизложеннаго относительно перехода въ толстыя кишки различныхъ жидкостей, введенныхъ въ тонкую, а также по аналогіи съ переходомъ черезъ привратникъ различныхъ жидкостей, влитыхъ въ желудокъ, можно предположить, что *Bauhini*'ева заслонка принимаетъ при этомъ активное участіе. Надо думать, что и къ переходу кишечнаго содержимаго она также не остается безучастной, но упорядочиваетъ прохожденіе пищевой кашицы, задерживая на нѣкоторое время дошедшія порціи въ тонкой кишкѣ и тѣмъ предоставляя возможность пищеварительнымъ сокамъ заканчивать обработку пищи, а образующимся веществамъ всасываться.

Занимаясь опредѣленіемъ роли *Bauhini*'евой заслонки, я натолкнулся на весьма интересное явленіе: оказывается, что чувствительность слизистой оболочки тонкой и толстой кишки совершенно различна. Объ отношеніи слизистой оболочки къ вводимымъ въ кишку веществамъ можно было судить, съ одной стороны, по самочувствію собаки, съ другой—по характеру перехода введеннаго вещества въ нижележащій участокъ кишки. При раздраженіи слизистой оболочки кишки собака тотчасъ-же приходила въ сильное возбужденіе, усиленно и часто дышала, визжала, переступала съ ноги на ногу, судорожно вытягивала заднія конечности, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ у ней даже появлялись рвотныя движенія. Въ томъ-же случаѣ, когда вводимая жидкость не раздражала слизистой оболочки кишки, собака относилась къ вливанію ея совершенно безразлично и часто продолжала спать такъ-же спокойно, какъ и до опыта. Въ переходѣ-же содержимаго имѣлось объективное мѣрило для сужденія о томъ, раздражаетъ-ли кишку влитая жидкость или нѣтъ, такъ какъ при раздраженіи, какъ было сказано, переходъ ея совершенно отличенъ отъ нормальнаго.

Изъ моихъ опытовъ оказалось, что слизистая оболочка нижняго отдѣла тонкой кишки безучастно относится только къ водѣ, физіологическому раствору поваренной соли, къ крахмальному клейстеру и къ панкреатическому соку; растворъ-же соды (0,1—0,3%), соляной кислоты (0,05—0,3%), сырой куриный бѣлокъ, 2%-ый растворъ виноградного и молочнаго сахара, 10%-ый растворъ *Liebig*'овскаго экстракта и прованское масло вызываютъ раздраженіе кишки, сопровождаясь указанными явленіями. Напротивъ, толстая кишка на всѣ эти вещества не только не реагируетъ, но, какъ будто, ихъ вовсе не чувствуетъ. Требуются болѣе крѣпкіе растворы и болѣе продолжительное дѣйствіе ихъ на слизистую оболочку для того, чтобы собака пришла въ возбужденіе, а влитая жидкость была выброшена чрезъ заднепроходное отверстіе. Такимъ образомъ, между слизистой оболочкой тонкой и толстой кишки въ отношеніи чувствительности наблюдается рѣзкая разница. Удивительно, что послѣдняя сказывается на такомъ близкомъ разстояніи. Стоитъ перешагнуть *Bauhini*'еву заслонку, и вся тонкость воспріятія теряется. Въ этой разницѣ чувствительности, а также въ избирательномъ отношеніи слизистой оболочки тонкой кишки къ различнымъ химическимъ веществамъ мы имѣемъ лишній разъ подтвержденіе взгляда о специфичности чувствительности слизистой оболочки всего пищеварительнаго канала.

4.

И такъ, въ физіологическихъ условіяхъ кишечное содержимое уже передъ *Bauhini*'евой заслонкой заключаетъ самое незначительное количество еще не переваренныхъ и не усвоенныхъ пищевыхъ продуктовъ, что позволяетъ сдѣлать заключеніе, что нормально обработка и усвоеніе пищи почти заканчиваются въ тонкихъ кишкахъ. Въ толстыя-же поступаетъ всего 7% бѣлковъ, около 2% углеводовъ, 5—6% жировъ и около 17% молочнаго сахара. Присутствіе въ переходящемъ кишечномъ содержимомъ рас-

твореннаго бѣлка, ахроодекстрина и лактозы уже a priori заставляетъ предполагать, что въ толстыхъ кишкахъ продолжается усвоеніе пищевыхъ веществъ. Дѣйствительно, наблюденія изъ лабораторіи *Voit*'а, а также многія клиническія изслѣдованія [*Rubner*'а [36]), *Schmidt*'а [37]), *Strasburger*'а [38]) и мн. др.] каловыхъ массъ у здоровыхъ людей указываютъ, что всѣ эти продукты въ испражненіяхъ находятся еще въ меньшихъ количествахъ (нѣкоторыхъ даже совсѣмъ нѣтъ — напр., сахара), чѣмъ въ содержимомъ ниже *Bauhini*'евой заслонки. Ихъ уменьшеніе должно быть отнесено на счетъ всасыванія въ толстыхъ кишкахъ. Въ виду того-же, что значительная часть пищевыхъ продуктовъ въ началѣ толстой кишки находится еще въ нерастворенномъ состояніи, надо думать, что передъ усвоеніемъ они подвергаются перевариванію и растворенію, при чемъ дальнѣйшая ихъ обработка совершается на счетъ тѣхъ пищеварительныхъ бродилъ, которыя пищевая кашица приноситъ вмѣстѣ съ собой изъ вышележащихъ отдѣловъ кишечника, такъ какъ сама слизистая оболочка толстыхъ кишекъ бродилъ почти не выдѣляетъ. Въ толстыхъ кишкахъ происходитъ, такъ сказать, только довариваніе тѣхъ пищевыхъ веществъ, которыя не успѣли подвергнуться обработкѣ соками во время пребыванія пищевой кашицы въ полости тонкой кишки. Что такое довариваніе вполнѣ возможно, на это указываетъ то обстоятельство, что бродила въ толстой кишкѣ въ достаточной степени сохраняютъ свою силу. При разведеніи содержимаго въ 4 раза фильтратъ его способенъ еще переварить за 10 час. 0,8—1,4 млм. *Меттовской* бѣлковой палочки и за 30 мин. 2—3 млм. крахмальной палочки *А. А. Вальтера* [39]). Перешедшее бѣлковое бродило принадлежитъ поджелудочной железѣ, ибо оно, обнаруживая свое дѣйствіе въ слабо-кислой и нейтральной средѣ, перевариваетъ бѣлки и въ щелочной.

Конечно, помимо бродилъ, раствореніе остатковъ пищи совершается также и подъ вліяніемъ бактерій [проф. *В. М. Ненцкій* [40])]; однако, какъ показалъ *И. М. Цумфтъ* [41])— по крайней мѣрѣ, по отношенію къ бѣлкамъ — послѣднія при этомъ играютъ лишь второстепенное значеніе.

Такимъ образомъ толстыя кишки въ нормальныхъ условіяхъ принимаютъ самое ограниченное участіе въ обработкѣ принятой пищи. Другое дѣло, когда тонкія кишки находятся въ болѣзненномъ состояніи. Въ этомъ случаѣ, надо думать, вслѣдствіе усиленной перистальтики пищевая кашица переходитъ въ толстыя кишки съ большимъ количествомъ недоваренныхъ продуктовъ, которые уже въ нихъ подвергаются обработкѣ и усвоенію, такъ какъ извѣстно, что при пораженіи только тонкихъ кишекъ каловыя массы не содержатъ неусвоенныхъ веществъ больше, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить сердечную благодарность глубокоуважаемому проф. *И. П. Павлову* какъ за предложеніе темы для этой работы, такъ и за помощь при ея исполненіи.

Литература. 1. *Viridet*. Tractatus de prima coctione, c:p. 270.—2. *Fr. Tiedemann* u. *L. Gmelin*. Die Verdauung nach Versuchen, т. I. Heidelberg Leipzig. 1826.—3. *Frerichs*. Handwörterbuch der Physiologie mit Rücksicht auf physiologische Pathologie, Braunschweig, 1846, т. 3, стр. 850.—4. *L. Vella*. Ueber die Verrichtungen des Coecum und des übrigen Dickdarmes. Untersuchungen zur Naturlehre v. *Moleschott*, т. 13, стр. 432.—5. *Ferd. Klug* u. *Jsof. Koreck*. Ueber die Aufgabe Lieberkühn'scher Drüsen im Dickdarm. «Archiv f. Physiologie v. du *Bois-Reymond*», 1883, стр. 463. — 6. *M. Marckwald*. Ueber Verdauung und Resorption im Dickdarme des Menschen. «*Virchow*'s Archiv», т. 64, стр. 505. — 7. *W. Braune*. Ein Fall von Anus praeternaturalis mit Beiträgen zur Physiologie der Verdaung. Тамъ-же, т. 19. стр. 470.—8. *V. Czerny* u. *I. Latschenberger*. Physiologische Untersuchungen über die Verdauung und Resorption im Dickdarm des Menschen. Тамъ-же, т. 59, стр. 161. — 9. *C. Ewald*. Ueber das Verhalten des Fistelsecrets und über Phenol- und Indican-Ausscheidung bei einem an Anus praeternaturalis leidenden Kranken. Тамъ-же, т. 75, стр. 409.—10. *A. Macfadyen*, *М. В. Ненцкій* и *Н. О. Зиберъ-Шумова*. Untersuchungen über die chemischen Vorgänge im menschlichen Dünndarm. «Archiv f. experiment. Pathologie u. Pharmakologie», т. 28, стр. 310—350. — 11. *М. І. Яковскій*. Къ изслѣдованіямъ надъ химическими процессами въ кишкахъ у человѣка. «Архивъ біологическихъ наукъ», Петербургъ, 1902, т. 1, стр. 528. — 12. *G. Honigmann*. Beiträge zur Kenntniss der Aufsaugungs- und Ausscheidungs-Vorgänge im Darm. «Archiv f. Verdauungskrankheiten», т. 2, стр. 296. — 13. *Ad. Schmidt*. Beobachtungen über die Zusammensetzung des Fistelkothes einer Patientin mit Anus praeternaturalis am untersten Ende des Ileums. Тамъ-же, т. 4, стр. 137. — 14. *В. В. Савичъ*. Отдѣленіе кишечнаго сока. Петербургская диссертація. 1904. — 15. *М. М. Чельцовъ*. О переходѣ пищи изъ желудка въ 12-перстную кишку вообще и о вліяніи на него нѣкоторыхъ лѣкарственныхъ веществъ. «Больничная Газета Боткина», 1891 г., стр. 50.—16. *Sachsse*. «Zeitschrift f. analitische Chemie», т. 17, а также у *Tollens*'а, Handbuch der Kohlehydrate, 2, вып. 1, стр. 187.—17. *В. Е. Черновъ*. Петербургская диссертація, 1883 г., а также у *Якша*. Клиническая діагностика внутреннихъ болѣзней. Изд. Риккера, 1897 г., стр. 315.—18. *A. Gerber*'s Acid. Butyrometrie. Universale Fettbestimmungs-Methode für alle Milcharten.—19. *Г. Б. Берлацкій*. Матеріалы къ физіологіи толстыхъ кишекъ. Петербургская диссертація, 1903.—20. *П. В. Троицкій*. Къ характеристикѣ пищевыхъ массъ при переходѣ ихъ въ толстыя кишки. «Труды Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ», 1903 г., ноябрь—декабрь, стр. 55.—21. *Fischer* u. *Niebel*. Прив. по *Weinland*'у.—22. *Ernst Weinland*. Beiträge zur Frage nach dem Verhalten des Milchzuckers im Körper, besonders im Darm. «Zeitschrift f. Biologie», 1899 г., стр. 16.—23. *R. Orban*. Ueber das Vorkommen der Lactase im Dünndarm und in den Säuglingsfaeces. «Prager medicin. Wochenschrift», №№ 33—35. — 24. *F. Pregl*. Ueber Gewinnung, Eigenschaften und Wirkungen des Darmsaftes vom Schafe. «*Pflüger*'s Archiv», т. 61, стр. 359. — 25. *F. Röhmann* u. *I. Nagano*. Ueber die Resorption und die fermentative Spaltung der Disaccharide im Dünndarm des ausgewachsenen Hundes. Тамъ-же, т. 95, стр. 533. — 26. *Pic*. Note complémentaire sur une observation d'insuffisance probable de la valvule de Bauhin. «Province médicale», 1:97 г., № 23.—27. Prof. *Simon*. Ueber die Einführung langer, elastischer Röhre und über forcirte Wasserinjectionen in den Darmcanal. «Archiv f. klinische Chirurgie», т. 15, стр. 122.—28. *Falck*. Zweiter Beitrag zur Physiologie des Wassers. «Zeitschrift f. Biologie», 1873 г., стр. 161; «*Virchow*'s Archiv», т. 65, стр. 393. — 29. *Damman*. Versuche über Einführung grösserer Wassermengen in den Darmcanal der Hausthiere. «Deutsche Zeitschrift f. Thiermedicin», т. 1, стр. 40—50. Прив. по «*Hoffmann*'s Jahresbericht», 1875 г., стр. 165. — 30. *Hirsch*. «Centralblatt f. klinische Medicin», 1892 и 1893 гг.—31. *Mering*. «Verhandlungen d. Congreses f. innere Medicin», Wiesbaden, 1893 г. — 32. *Marbaix*. Le passage pylorique. «La cellule, т. 14, 1898 г.—33. *А. С. Сердюковъ*. Одно изъ существенныхъ условій перехода пищи изъ желудка въ кишки. Петербургская диссертація, 1899 г. — 34. *С. И. Линтваревъ*. О роли жировъ при переходѣ содержимаго желудка въ кишки. Тоже, 1901 г.—35. *А. И. Шемякинъ*. Физіологія привратниковой части желудка собаки. Тоже, 1901 г. — 36. *Max Rubner*. Ueber die Ausnutzung einiger Nahrungsmittel im Darmcanale des Menschen. «Zeitschrift f. Biologie», 1879 г., стр. 115. — 37. *Ad. Schmidt* u. *I. Strasburger*. Experimentelle und klinische Untersuchungen über Functionsprüfung des Darmes. «Deutsches Archiv f. klinische Medicin», т. 69, стр. 570.—38. *I. Strasburger*. Ueber den quantitativen Nachweis der leicht aufgreifbaren Kohlehydrate im menschlichen Fäces. «*Pflüger*'s Archiv», т. 84, стр. 173.—39. *А. А. Вальтеръ*. Отдѣлительная работа поджелудочной железы. Петербургская диссертація, 1897 г.—40. Проф. *М. В. Ненцкій*. Пищевареніе безъ бактерій. Докладъ въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ 11/I 1895 г. «Труды Общества», т. 68. — 41. *И. М. Цумфтъ*. О процессѣ гніенія въ человѣческой толстой кишкѣ и вызывающихъ его микроорганизмахъ. «Архивъ біологическихъ наукъ, Петербургъ, 1902 г., т. 1, стр. 496.

CXCIX. Изъ гинекологическаго клиническаго отдѣленія Екатерининской больницы въ Москвѣ.

Повторныя внѣматочныя беременности *).

Ч. пр. **И. А. Воффа.**

Не смотря на то, что нѣкоторые авторы располагаютъ сотнями собственныхъ клинически- и патолого-анатомически вполнѣ точно обслѣдованныхъ наблюденій, вопросъ объ этіологіи внѣматочной беременности до сихъ поръ остается неразрѣшеннымъ. Въ этомъ отношеніи могутъ, быть можетъ, пролить нѣкоторый свѣтъ случаи повторной внѣматочной беременности. Изъ сопоставленія нѣкоторыхъ анамнестическихъ данныхъ (время, истекшее между 1-ой и 2-ой внѣматочной беременностью, число бывшихъ въ это время беременностей нормальныхъ, бывшія въ это-же время общія заразныя заболѣванія и воспалительные процессы въ маломъ тазу, воспаленіе червеобразнаго отростка и т. п.) старались вывести общія заключенія для всѣхъ случаевъ внѣматочной беременности. Большимъ подспорьемъ въ этомъ отношеніи могли-бы служить описанія состоянія придатковъ матки на здоровой сторонѣ и ея самой, какъ при 1-мъ, такъ и при 2-мъ чревосѣченіи; но, къ сожалѣнію,

*) Сообщено въ Обществѣ русскихъ хирурговъ въ Москвѣ.

въ большинствѣ сообщенныхъ случаевъ такихъ описаній или вовсе не имѣется, или они чрезвычайно кратки. Да и самое число повторныхъ внѣматочныхъ беременностей по отношенію къ общему числу сообщенныхъ случаевъ внѣматочной беременности до того невелико, что дѣлать какіе-нибудь выводы было-бы преждевременно. *Vassmer* [1]) до конца 1903 г. собралъ, начиная съ половины 17-го столѣтія, 132 случая повторной внѣматочной беременности, изъ которыхъ только 82 заслуживаютъ полнаго довѣрія, какъ провѣренные при операціи или на вскрытіи. *Wells* [2]) (New-York) при описаніи 1 собственнаго наблюденія приводитъ изъ литературы 99 случаевъ повторной внѣматочной беременности; но насколько они всѣ безспорны, судить не берусь, такъ какъ пользовался его работой по реферату.

При повторной внѣматочной беременности плодное яйцо можетъ развиться послѣдовательно въ придаткахъ той и другой стороны матки или даже въ одной и той-же трубѣ. Описано нѣсколько несомнѣнныхъ случаевъ послѣдней категоріи, гдѣ при 1-мъ чревосѣченіи остатки плоднаго яйца при неполномъ трубномъ выкидышѣ или были удалены выжиманіемъ чрезъ брюшинный конецъ неповрежденной трубы, или съ этой цѣлью трубу вскрывали, выскабливали и вновь зашивали; при этомъ имѣлось въ виду дать возможность женщинѣ, перенесшей внѣматочную беременность, забеременѣть впослѣдствіи вновь и родить вполнѣ нормально. Разумѣется, только статистика можетъ отвѣтить, насколько эта цѣль достигается и насколько умѣстенъ такой сохраняющій образъ дѣйствій при хирургическомъ лѣченіи внѣматочной беременности.

Въ прошломъ учебномъ году мнѣ пришлось оперировать 2-хъ больныхъ съ повторной внѣматочной беременностью, у которыхъ 1-ая операція была произведена въ другомъ мѣстѣ за 4—10 лѣтъ до того. Къ этимъ 2-мъ случаямъ я позволю себѣ присоединить еще 3-й, въ которомъ 1-ая операція была произведена мною за 2 года до 2-ой внѣматочной беременности; послѣднюю я опредѣлилъ и наблюдалъ съ самаго начала ея развитія, но 2-ая операція при ней была произведена въ другомъ лѣчебномъ учрежденіи не мною.

1. Л. С.—29 л. Мѣсячныя первыя на 15-мъ году, установились сразу; типъ ихъ—черезъ 3 недѣли по 5 дней, умѣренный, безъ болей. 6 лѣтъ назадъ перенесла какое-то острое заразное заболѣваніе. Замужъ вышла на 17-мъ году. Беременна была 1 разъ. Родила на 19-мъ году; роды пришли въ срокъ; послѣ родовъ не хворала. Женскими болѣзнями никогда не страдала. Задержекъ въ кровяхъ никогда не было. 3 недѣли назадъ появились головокруженія. За день до поступленія въ больницу, послѣ подъема на лѣстницу, на 4-ый этажъ, съ больной случился обморокъ, продолжавшійся 5 мин.; внизу живота появились схватки, изъ влагалища стала выдѣляться по немногу кровь. Въ день поступленія снова былъ обморокъ, по поводу котораго въ 12 час. ночи и была доставлена въ клинику. Съ правой стороны матки найдена дов. плотная, упругая опухоль съ крымское яблоко, выполнявшая задній сводъ. Распознанъ трубный выкидышъ.

Въ виду того, что общее состояніе больной было вполнѣ удовлетворительное, рѣшено было съ операціей повременить, въ надеждѣ, что выкидышъ—полный и что внутреннее кровотеченіе остановится. Но на 3-ій день снова появились схватки, пульсъ ухудшился, и пришлось приступить къ операціи. При чревосѣченіи весь малый тазъ оказался выполненнымъ сгустками крови. Правая труба была сильно расширена, но цѣла; брюшное отверстіе трубы пропускало палецъ; оно выполнено было кровянымъ сгусткомъ и остатками плоднаго яйца. Труба была удалена; въ полости ея найдены части ворсистой оболочки (микроскопическое изслѣдованіе). Плодъ не найденъ. Матка перегнута впередъ, нѣсколько увеличена, плотнѣе нормы. *Лѣвые придатки совершенно нормальны.* Послѣоперационное теченіе осложнилось образованіемъ небольшого инфильтрата въ культѣ. На 23-ій день послѣ операціи Л. С. выписалась, вполнѣ оправившись.

Въ теченіи слѣдующихъ $1^1/_2$ лѣтъ мнѣ пришлось нѣсколько разъ видѣть оперированную, при чемъ у нея въ половыхъ органахъ ничего ненормальнаго не опредѣлялось. Беременности за это время не было. Почти черезъ 2 года она снова обратилась ко мнѣ съ жалобой на сильныя схваткообразныя боли внизу живота, слѣва, появившіяся за 2—3 дня до ожидаемыхъ мѣсячныхъ. При изслѣдованіи матка найдена нѣсколько увеличенной и разрыхленной, лѣвая труба—утолщенной, больше у брюшного ея конца. Впродолженіи слѣдующихъ 3-хъ недѣль припадки болей стали рѣже и чаще, опухоль трубы увеличилась до размѣра крупной сливы; мѣсячныхъ не было. Распознана лѣвосторонняя трубная беременность и предложена операція. По нѣкоторымъ обстоятельствамъ больная не могла лечь опять въ Екатерининскую больницу и обратилась въ другое лѣчебное учрежденіе, гдѣ ей и была произведена операція, вполнѣ подтвердившая мое распознаваніе.

2. А. М.—35 л. Мѣсячныя первыя на 14-мъ году, установились сразу; типъ ихъ—черезъ 4 недѣли по 6 дней, обильныя, безъ болей; послѣ замужества и родовъ характеръ ихъ не измѣнился, но за $1^1/_2$ года до настоящаго заболѣванія больная стала терять крови меньше: мѣсячныя длились всего по 2 дня и сопровождались болью. На 12-мъ году перенесла корь, на 14-мъ—брюшной тифъ. Замужъ вышла на 23-мъ году. 1-ая беременность—на 24-мъ году, внѣматочная, по поводу которой покойный проф. *А. Я. Крассовскій* (въ Петербургѣ) сдѣлалъ больной чревосѣченіе, при чемъ удалилъ ей правые придатки. Послѣоперационный періодъ протекъ хорошо. Послѣ этой внѣматочной беременности А. М. была беременна еще 5 разъ, всѣхъ родила въ срокъ, послѣродовой періодъ протекалъ хорошо. Промежутокъ между родами былъ въ $1^1/_2$—2 года, послѣдніе роды были 3 года назадъ. Послѣднія правильныя мѣсячныя 6/VII 1903 г.; затѣмъ въ теченіи 6 недѣль кровей не было. Послѣ подъема тяжести появились сильныя схваткообразныя боли внизу живота, наступило полуобморочное состояніе и показались крови въ небольшомъ количествѣ. Приглашенный врачъ въ тотъ-же день сдѣлалъ подъ хлороформнымъ наркозомъ выскабливаніе слизистой оболочки матки. Первые дни послѣ этого больная чувствовала себя сносно, температура была нормальная; затѣмъ развились сильныя схваткообразныя боли внизу живота и въ прямой кишкѣ, стало часто позывать на мочу, а изъ влагалища появились незначительныя выдѣленія крови. При изслѣдованіи больной черезъ 2 недѣли послѣ выскабливанія я нашелъ слѣдующее: матка перегнута впередъ, прижата къ лонной дугѣ, пріоткрыта, разрыхлена, значительно увеличена, болѣзненна; въ задній и лѣвый своды выпираетъ упругая болѣзненная опухоль, съ кулакъ; сзади и слѣва какіе-то плотные узлы. Въ дальнѣйшемъ опухоль постепенно увеличивалась при припадкахъ схваткообразныхъ болей и все ухудшавшемся пульсѣ. Въ такомъ состояніи больная въ каретѣ скорой помощи доставлена была въ клинику. Не смотря на безусловный покой, примѣненіе льда на животъ и внутреннее употребленіе наркотическихъ, состояніе больной все ухудшалось, опухоль увеличивалась и достигла, наконецъ, размѣровъ головки новорожденнаго. Распознана заматочная кровяная опухоль (haematocele retrouterinum) съ продолжающимся кровотеченіемъ въ полость мѣшка, и 10/x сдѣлано чревосѣченіе съ цѣлью устранить источникъ внутренняго кровотеченія. Мѣшокъ haematocele, сросшенный сплошь съ сальникомъ и кишками, удаленъ почти весь цѣликомъ вмѣстѣ со значительно расширенной и содержавшей части плоднаго яйца лѣвой трубой и яичникомъ. Полость мѣшка оказалась выполненной старыми сгустками и большимъ количествомъ жидкой крови; стѣнки его были очень напряжены. Къ самому концу операціи при отдѣленіи одного изъ особенно крѣпко сросшенныхъ участковъ мѣшка была поранена, на протяженіи 2 стм., петля кишки, на которую немедленно наложены были швы. Въ виду пораненія кишки полость малаго таза была дренирована іодоформной марлей черезъ нижній уголъ брюшной раны (по *Mikulicz*'у). Правыхъ придатковъ нѣтъ. Дренажъ удаленъ на 7-ой день; на другой день при перевязкѣ чрезъ брюшную рану выдѣлилось немного каловыхъ массъ; на 17-ый день каловый свищъ закрылся совершенно, и 15/XI А. М. выписалась, находясь на пути къ полному выздоровленію *).

3. Т. В.—30 л. Мѣсячныя съ 17 лѣтъ, установились сразу; типъ ихъ—черезъ 4 недѣли по 5 дней, обильная, безъ болей; послѣ замужества характеръ ихъ не измѣнился. Никакихъ заразныхъ болѣзней, кромѣ кори не было. Ни родовъ, ни выкидышей не было; женскими болѣзнями не страдала. 4 года назадъ послѣ 6-недѣльной задержки мѣсячныхъ, при натуживаніи во время испражненія, внезапно появились сильныя схваткообразныя боли внизу живота, холодный потъ, головокруженіе, и показалось незначительное кровотеченіе, продолжавшееся при схваткообразныхъ боляхъ около 2-хъ недѣль. Больная легла въ одну изъ городскихъ больницъ, гдѣ черезъ 3 дня по поступленіи ей было сдѣлано по поводу трубнаго выкидыша чревосѣченіе и удалены были правые придатки. Со времени операціи мѣсячныя приходили черезъ 3 недѣли, длились по 4 дня, были обильныя, безъ болей; послѣднія правильныя мѣсячныя были въ концѣ ноября. 6/XII снова пришли крови, которыя держались до 11/XII; съ тѣхъ поръ—головныя боли, отсутствіе позыва на ѣду, постоянныя схваткообразныя боли внизу живота. 14/I 1904 г.—припадокъ сильныхъ болей, дов. значительное маточное кровотеченіе, обмороки. 15/I я былъ приглашенъ къ больной, которую нашелъ въ обморочномъ состояніи, безъ пульса, покрытую холоднымъ клейкимъ потомъ. Животъ былъ сильно вздутъ и очень болѣзненъ. Перегнутая впередъ матка по величинѣ соотвѣтствовала 3-мѣсячной беременности, была разрыхлена и отклонена вправо; задній и лѣвый своды были выполнены упругой, неясно очерченной, очень болѣзненной опухолью. Распознанъ разрывъ беременной трубы и сильное внутреннее кровотеченіе. Такъ какъ обстановка исключала всякую мысль объ операціи на мѣстѣ, то больная въ каретѣ скорой помощи перевезена была въ Екатерининскую больницу, и въ 2 часа того-же дня ей сдѣлано было чревосѣченіе, вполнѣ подтвердившее распознаваніе. Брюшная полость оказалась выполненной громаднымъ количествомъ жидкой и свернувшейся крови. Лѣвая беременная труба ближе къ маточному концу найдена разорвавшейся; черезъ разрывъ плодъ, длиною въ 9 стм., выскользнулъ въ брюшную полость и висѣлъ на пуповинѣ, которая вела къ дѣтскому мѣсту, оставшемуся въ трубѣ.

*) Недавно я видѣлъ ее; она поправилась, окрѣпла и чувствуетъ себя прекрасно.

Труба была удалена. Послѣоперацiонное теченіе безъ всякихъ осложненій, и 4/п Т. В. выписалась вполнѣ здоровой.

Разрѣзъ брюшной стѣнки былъ сдѣланъ по старому рубцу; по вскрытіи на небольшомъ протяженіи брюшины, палецъ, введенный въ брюшную полость, наткнулся на цѣлый рядъ очень упругихъ, твердыхъ, свободно провисавшихъ въ полость брюшины швовъ, которыми была сшита брюшина при первомъ чревосѣченіи. Брюшина поэтому вскрыта была дальше, параллельно старому ряду швовъ. При зашиваніи ея старые швы были сняты, а одинъ изъ нихъ вырѣзанъ для изслѣдованія вмѣстѣ съ подлежащей тканью. Швы, по видимому, были изъ флорентійскихъ нитей (fils de Florence).

Въ виду крайней малочисленности сообщенныхъ до сихъ поръ случаевъ повторной внѣматочной беременности, каждый новый случай представляетъ извѣстный интересъ и долженъ быть описываемъ. *Wells* идетъ еще дальше и высказываетъ пожеланіе, чтобы даже каждый случай нормальной беременности, слѣдующей за внѣматочной, былъ описанъ по возможности подробнѣй. Для выясненія вопроса объ этіологіи внѣматочной беременности случаи повторной внѣматочной беременности будутъ имѣть громадное значеніе только тогда, когда при всѣхъ операціяхъ по поводу внѣматочной беременности въ исторіяхъ болѣзни будутъ приведены точныя описанія остающихся придатковъ матки и ея самой, а все удаленное будетъ подвергнуто самому тщательному патолого-анатомическому изслѣдованію. Всякая больная, перенесшая внѣматочную беременность, при новой беременности должна обязательно находиться подъ наблюденіемъ врача, чтобы при повтореніи внѣматочной беременности послѣдняя могла быть своевременно распознана и больной было оказано соотвѣтствующее пособіе.

Источники. 1. *Vassmer*. Ueber wiederholte Tubenschwangerschaften. Monatsschrift f. Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XVII.—2. *Wells*. «Centralblatt f. Gynaekologie, 1904, № 4.

СС. Холера въ г. Баку.

И. М. Леплинскаго и И. С. Эліашвили.

(Предварительное сообщеніе).

Значеніе питьевой воды въ дѣлѣ распространенія холерной заразы точно установлено въ наукѣ неоднократнымъ обнаруженіемъ въ ней холерныхъ вибріоновъ (*Koch*, *Nicati* и *Rietsch*, *C. Fraenkel*, *Lubarsch* и др.). Поэтому 8-го минувшаго сентября мы приступили къ бактеріологическому изслѣдованію питьевой воды г. Баку.

Г. Баку, будучи расположенъ на берегу Каспійскаго моря, питается солоновато-горькою колодезной водою (туземцы по преимуществу) и опрѣсненною морскою водою (европейская часть населенія по преимуществу). Пробы воды были взяты изъ портомоенъ (морской берегъ), колодцевъ и бань. Доставлялись онѣ въ чистой посудѣ въ началѣ д-ромъ *П. Л. Левенсономъ*. Впервые за настоящую эпидемію холерные вибріоны были найдены нами въ пробахъ воды, взятой изъ бассейновъ персидскихъ бань 12-го сентября, а затѣмъ они были найдены въ пробахъ воды изъ колодцевъ, которыхъ доселѣ изслѣдовано до 2000. Знаменательно то обстоятельство, что въ началѣ эпидеміи заболѣвали исключительно мусульмане Чемберекентскаго района и среди нихъ по преимуществу женщины. Послѣ обнаруженія холерныхъ вибріоновъ въ водѣ бассейновъ изъ бань въ районѣ Чемберекента и закрытія администраціей этихъ очаговъ заразы заболѣванія среди обитателей Чемберекента сразу понизились до minimum'а. Въ предварительномъ сообщеніи (болѣе подробное мы намѣрены сдѣлать по окончаніи возложенной на насъ задачи—изслѣдованія всѣхъ колодцевъ и бань города) мы имѣемъ въ виду обратить вниманіе товарищей на особыя условія мусульманскихъ бань въ г. Баку, каковыя и послужили, по нашему мнѣнію, первыми и важнѣйшими очагами настоящей холерной эпидеміи. Эти бани устроены по преимуществу въ полуподвальныхъ этажахъ и состоятъ: 1) изъ раздѣвальни—круглой, полутемной комнаты, сообщающейся входною дверью съ длинною темною галлереей, съ одной стороны, и 2) съ купальней, съ другой. Эта послѣдняя состоитъ изъ 2-хъ отдѣленій; одно изъ нихъ, выстланное каменнымъ поломъ, имѣетъ 3—4 крана холодной и теплой воды и нѣсколько деревянныхъ ушатовъ, а другое представляетъ собой отгороженное пространство шаговъ 10—15 въ длину и 6—8 въ ширину, наполненное тепловатою водою по плечи взрослому человѣку и называемое общимъ бассейномъ. Въ бассейнѣ вода мѣняется разъ въ недѣлю, какъ показываютъ сами баневладѣльцы, а, быть можетъ, и рѣже; думаемъ такъ потому, что въ одномъ изъ изслѣдованныхъ бассейновъ жидкая грязь отстоялась почти до колѣнъ. Въ бассейнахъ этихъ купаются вмѣстѣ человѣкъ 5—10, ныряя въ воду и счищая съ тѣла руками растворенную предварительнымъ намыливаніемъ грязь, накопившуюся за нѣсколько недѣль, а, быть можетъ, и мѣсяцевъ. Рѣчь идетъ о дешевыхъ народныхъ баняхъ для простыхъ бѣдныхъ обывателей-мусульманъ. Въ такихъ баняхъ за день перебываетъ человѣкъ 50 и болѣе; но интереснѣе всего то, что наканунѣ (въ четвергъ) мусульманскаго еженедѣльнаго праздника «джума» (пятница) бани эти посѣщаются исключительно женщинами-мусульманками, которыя въ этихъ бассейнахъ послѣ купанья стираютъ захваченное съ собою грязное бѣлье своихъ домочадцевъ. Затворническая жизнь мусульманки востока находитъ въ эти дни въ баняхъ свѣтлыя минуты, когда онѣ, собираясь въ большомъ обществѣ, дѣлятъ между собою радости и горе повседневной жизни, проводя вмѣстѣ время съ ранняго утра и до поздней ночи. Тутъ же онѣ пьютъ чай и ѣдятъ кебабъ и пловъ. Купаясь и стирая каждая свое бѣлье, онѣ обмѣниваются шутками и остротами до тѣхъ поръ, пока администрація бань, за позднимъ временемъ, не найдетъ нужнымъ ихъ удалить.

Послѣ сказаннаго, надѣемся, становится яснымъ загрязненіе подобныхъ бассейновъ вообще и присутствіе въ ихъ водѣ холерныхъ вибріоновъ во время холерной эпидеміи въ частности.

Въ заключеніе находимъ нелишнимъ сообщить, что работы наши производятся въ лабораторіи при прозектурѣ Бакинской Михайловской больницы, завѣдуемой однимъ изъ насъ и наскоро обставленной, вполнѣ, впрочемъ, удовлетворительно, благодаря распорядительности гр. Шувалова и д-ра *Н. Ф. Гамальи*, бывшихъ здѣсь въ командировкѣ.

Изъ хирургическаго отдѣленія П. И. Бухмана въ Семеновскомъ Александровскомъ военномъ госпиталѣ въ Петербургѣ.

Эмпіема грудной полости и ея оперативное лѣченіе.

С. С. Гирголава.

(*Окончаніе. См. № 48, стр. 1613*).

Изъ литературныхъ данныхъ такимъ образомъ видно, что существуютъ 2 избранныхъ мѣста для открытія плейральной полости при эмпіемѣ—на боку и сзади.

Цѣль операціи заключается въ томъ, чтобы выпустить возможно совершеннымъ образомъ гной, и въ то-же время дать ему наилучшій стокъ въ послѣоперацiонномъ періодѣ. Достигать этого приходится главнымъ образомъ въ положеніи больного на спинѣ, такъ какъ страдающіе эмпіемой, какъ и вообще всѣ тяжело-больные, сохраняютъ именно это положеніе. Разъ дѣло обстоитъ такъ, то нѣтъ надобности открывать полость плейры возможно ниже, какъ это дѣлаетъ *Schede*. Изъ обзора анатоміи грудной клѣтки было видно, что 6-ой и 7-ой позвонки лежатъ въ самой глубокой части позвоночника, отъ нихъ исходятъ 7-ое (отъ 6-го и 7-го позвонковъ) и 8-ое (отъ 7-го и 8-го позвонковъ) ребра. Кромѣ того, извѣстно, что 8-ое ребро самое длинное и что въ этомъ именно мѣстѣ объемъ сѣченія грудной клѣтки наибольшій.

Слѣдуя за изгибомъ 8-го ребра по первой его кривизнѣ съ наименьшимъ радіусомъ до наиболѣе выраженной ея части, остановимся на ней какъ на самой глубокой точкѣ грудной клѣтки въ лежачемъ положеніи тѣла; мѣсто это находится нѣсколько латеральнѣе толстаго слоя мышцъ и какъ разъ подъ угломъ лопатки. Если наложить отверстіе

въ этой именно области, то всѣ вышеуказанныя условія, необходимыя для успѣха операціи, будутъ выполнены. Дѣйствительно съ этимъ согласны всѣ авторы, и тоже подверждаютъ опыты *König*'а на трупахъ. Разсмотримъ-же, почему нѣкоторые предпочитаютъ дѣлать операцію по подмышковымъ линіямъ. Неудобства выбора вышеописаннаго мѣста они видятъ въ слѣдующемъ:

1) Толщина мышцъ. Дѣйствительно, какъ то было видно изъ описанія анатоміи этихъ областей, по лопаточной линіи приходится пройти волокна широкой мышцы спины (m. latissimi dorsi), но зато по подмышковой вмѣсто него перерѣзается передняя зубчатая мышца (m. serratus anticus). Но въ этомъ только и вся разница.

Допуская даже, что толщина мягкихъ частей по лопаточной линіи больше, чѣмъ на боку, все-же мнѣ кажется, что при столь простой операціи, какъ торакотомія, это—не достаточно сильное возраженіе, изъ-за котораго можно было-бы приносить въ жертву другія выгоды, о чемъ рѣчь будетъ ниже. А что торакотомія вообще представляетъ, дѣйствительно, легкую въ техническомъ отношеніи операцію, можно видѣть изъ того, что въ отдѣлѣ «Терапевтическая техника» Учебника внутренней медицины *Mering*'а *Gumprecht* описываетъ торакотомію съ изсѣченіемъ ребра наряду съ проколами и пр., предполагая, что ее можетъ дѣлать даже не хирургъ-спеціалистъ. *Biedert*, не будучи хирургомъ, также производилъ эту операцію у дѣтей самъ. На 6-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ, какъ я уже упоминалъ, тоже поднимался этотъ вопросъ.

2) Близость лопатки. Если дѣлать изсѣченіе по лопаточной линіи 7-го ребра, то это обстоятельство, пожалуй, и имѣетъ значеніе, хотя среди представляемаго мной матеріала, какъ видно изъ таблицъ, есть 2 такихъ случая съ прекраснымъ послѣоперационномъ теченіемъ; при изсѣченіи-же 8-го ребра это затрудненіе, въ силу анатомическихъ отношеній (см. выше), не имѣетъ значенія. Изъ всѣхъ случаевъ изсѣченія 8-го ребра въ представляемомъ мной матеріалѣ затрудненія съ этой стороны ни разу не наблюдалось.

3) Опасность со стороны грудобрюшной преграды, которая, поднимаясь, можетъ закрыть свищъ. Изъ анатомическихъ данныхъ, приведенныхъ выше, видно, что высокое стояніе грудобрюшной преграды падаетъ главнымъ образомъ на сосѣднія съ центромъ ея части; благодаря-же большему радіусу кривизны задней поверхности, опасность эта именно сзади и представляется гораздо меньшей, чѣмъ съ боковъ, гдѣ края грудобрюшной преграды ближе къ грудной стѣнкѣ. Затѣмъ, извѣстно, что прикрѣпленіе грудобрюшной преграды по направленію кпереди все болѣе и болѣе поднимается вверхъ и, если по подмышковой линіи можно дѣлать изсѣченіе 6-го и 7-го реберъ, то опасность со стороны грудобрюшной преграды нисколько не будетъ большей при изсѣченіи 8-го ребра по лопаточной линіи. Повредить грудобрюшную преграду по *Tillaux* можно только при разрѣзѣ въ послѣднемъ межреберьѣ; при разрѣзѣ-же въ 8-мъ промежуткѣ устраняется всякая опасность въ этомъ отношеніи. Въ исключительныхъ-же случаяхъ грудобрюшная преграда и по подмышковой линіи можетъ подняться такъ высоко, что закроетъ разрѣзъ даже въ 4-мъ межреберьѣ (*König*). Повторяю, такіе случаи при операціи по подмышковымъ линіямъ, несомнѣнно, должны наблюдаться чаще, чѣмъ при разрѣзѣ сзади изъ-за анатомическихъ отношеній краевъ грудобрюшной преграды къ груднымъ стѣнкамъ. Въ представляемомъ мной матеріалѣ никакихъ осложненій со стороны грудобрюшной преграды и тѣмъ болѣе закрытія свища при изсѣченіи 8-го ребра по лопаточной линіи не наблюдалось, хотя иногда стояніе грудобрюшной преграды по отмѣткамъ въ исторіяхъ болѣзни и было очень высокое. Замѣчу еще, что на лѣвой сторонѣ грудобрюшная преграда стоитъ приблизительно на 1 ребро ниже чѣмъ на правой; поэтому здѣсь опасность съ ея стороны еще меньшая. При операціи по подмышковой линіи даже по словамъ сторонниковъ этого способа большое неудобство заключается въ постоянномъ недостаточномъ оттокѣ гноя изъ плейральной полости; это стараются уравновѣсить соотвѣтствующимъ положеніемъ больного (*König, Н. А. Щеголевъ*). Конечно, всѣ такія дѣйствія едва-ли пріятны больнымъ; въ общемъ они имѣютъ цѣлью сдѣлать боковую сторону заднею, чего значительно проще и удобнѣе достигнуть надлежащимъ разрѣзомъ, какъ о томъ было сказано выше.

Большія неудобства, вытекающія изъ выбора мѣста для операціи на боку, до нѣкоторой степени видны на слѣдующемъ примѣрѣ изъ госпитальнаго матеріала.

М., 23 л., рядовой одного изъ гвардейскихъ полковъ, прибылъ въ Красносельскій госпиталь 2/VI 1897 г. За 3 дня до поступленія сразу заболѣлъ болями въ области сердца. Сложенія крѣпкаго. Дыханія часты и коротки. Можетъ только сидѣть. 39°, п. 120, дых. 60 (?). На 2-ой день — плейропнеймоническія явленія въ нижней $^1/_3$ лѣваго легкаго. Тоны сердца глухи. 5/VI: Обильная гнойная мокрота. 12/VI: Замѣчены отеки голеней при дов. удовлетворительномъ пульсѣ и дыханіи. Къ 16/VI температура въ среднемъ держалась около 39°,2 съ утренними послабленіями меньше, чѣмъ на 1°; ночью при сильномъ кашлѣ черезъ бронхъ прорвалось до 3 фунтовъ гнойной, вонючей мокроты съ комками. Объективныя измѣненія въ груди почти не измѣнились, температура-же понизилась дня на 2 до 38° и затѣмъ стала неправильной, но меньше 39°. Пульсъ держался около 96, дыханіе до 36. Мокрота была дов. обильная. 20/VI: При пробномъ проколѣ получена гнойная жидкость съ вонючимъ запахомъ. 22/VI: Подъ хлороформнымъ наркозомъ изсѣчено 6 стм. 6-го ребра. Легкое оказалось спереди приросшимъ, сзади-же его открыта полость съ ихорознымъ гноемъ. Полость промыта борнымъ растворомъ. Дренажъ, тампонада. Температура продолжала быть неправильной и повышенной. Послѣ хлороформированія въ правомъ легкомъ развился бронхитъ. 30/VI: Бредъ при 38° и слабомъ пульсѣ. Гной задерживается сзади въ полости, почему подъ угломъ лопатки сдѣлано противоотверстіе съ изсѣченіемъ 3 стм. 7-го ребра. Операція эта произведена 2/VII. Выдѣленіе гноя было обильное. Бронхитъ въ правомъ легкомъ уменьшился. Температура спадала постепенно. Количество мокроты и гной въ ней уменьшались. Съ 12/VII силы и питаніе увеличились. Процессъ гранулированія ранъ и расправленіе легкаго пошли хорошо; грудная клѣтка не западала. 2/VIII: Избыточно разросшіяся грануляціи операціонной раны на спинѣ срѣзаны и прижжены. 12/VIII: Зажатый раной дренажъ замѣненъ шнуромъ изъ лигатуръ. 18/VIII: Сзади ходъ съузился. Лигатуры извлечены; вводились тонкія турунды. Ходъ уменьшается быстро. Дыханіе слышно до низу. Переведенъ въ Семеновскій госпиталь, откуда вскорѣ выписанъ вполнѣ выздоровѣвшимъ.

Кромѣ указанныхъ преимуществъ, изсѣченіе по лопаточной линіи несравненно лучше изсѣченія по подмышковой и по послѣдующимъ результатамъ. *Eulenburg* говоритъ: «Никто не избираетъ мѣстомъ разрѣза заднюю поверхность грудной клѣтки, что такъ стѣснительно для больного»... Не говоря уже о томъ, что какъ разъ въ этомъ мѣстѣ и оперируютъ *Tillmans*, *Schede*, *Gangolphe*, *Cornet* и др., думаю, что именно при операціи на боковой поверхности груди въ силу огромной, накладываемой при эмпіемѣ, повязки больному лежать вообще гораздо менѣе удобно, чѣмъ при разрѣзѣ сзади. Тяжело больной, лежа на боку, долженъ или придавливать все время руку или держать ее отведенной; кромѣ того, вслѣдствіе величины повязки и самое положеніе его неустойчиво. Наконецъ, вышеприведенный примѣръ показываетъ, что иногда, не смотря на все стараніе врача, больному вмѣсто одной, приходится подвергнуться 2-мъ операціямъ. Если почему-либо при отверстіи по лопаточной линіи получалась-бы неудача, рана не закрывалась-бы и т. п., то никто и никогда для исправленія этого не сталъ-бы дѣлать противоотверстія на боку, тогда какъ *König*, оперирующій по подмышковой линіи, признаетъ необходимымъ иногда сдѣлать и 2-ое отверстіе: «въ очень злокачественныхъ случаяхъ, я дѣлаю, говоритъ онъ, еще 2-ое отверстіе, поближе къ позвоночнику». По моему мнѣнію, это обстоятельство служитъ блестящимъ доказательствомъ того, что не только анатомическія, но и клиническія условія требуютъ образованія отверстія на спинѣ, при которомъ операція вполнѣ удовлетворяетъ своему назначенію. Затѣмъ, при изсѣченіи ребра по подмышковымъ линіямъ, не смотря на перемѣны положенія больного, все-таки происходитъ застой отдѣляемаго съ опасностью его разложенія, и нѣтъ сомнѣнія, что это обстоятельство имѣетъ немаловажное значеніе и такъ или иначе должно отозваться на послѣоперационномъ теченіи. Что это, дѣйствительно, такъ, будетъ видно изъ разбора представленныхъ мною случаевъ. Кромѣ того, выпотъ при эмпіемѣ собирается въ самыхъ отлогихъ частяхъ плейральной полости, т. е. сзади; по подмышковой-же линіи легкое часто можетъ оказаться приросшимъ, какъ это и было, напр., въ только-что приведенномъ случаѣ.

Весьма вѣроятно, что въ выборѣ мѣста операціи на боку играло роль то обстоятельство, что т. наз. empyema necessitatis обыкновенно вскрывается не на спинѣ, а на передне-нижней поверхности грудной клѣтки, въ 6—8 межреберьѣ по сосковой линіи или сбоку отъ нея (*König*). Но происходитъ это отъ того, что страдающіе эмпіемой, у которыхъ дѣло доходитъ до произвольнаго прокладыванія себѣ гноемъ пути наружу, обыкновенно переносятъ болѣзнь на ногахъ или при ослабленіи—въ сидячемъ положеніи; при такихъ условіяхъ мѣсто, гдѣ произвольно вскрывается эмпіема, представляется наиболѣе низкимъ и вмѣстѣ съ тѣмъ покрытымъ наиболѣе тонкими покровами. Подтвержденіемъ этого могутъ служить случаи, гдѣ empyema necessitatis вскрывалась на спинѣ подъ лопаткой, если только больные оставались во время всей своей болѣзни въ постели. Какъ на примѣръ, укажу на случай 13 (см. табл.).

Переходя къ обзору представляемаго мной матеріала съ точки зрѣнія продолжительности періода выздоровленія при различныхъ способахъ операціи, нельзя прежде всего не замѣтить, что способы эти въ этомъ отношеніи, какъ и слѣдовало ожидать, не остаются безъ всякаго вліянія. Дѣйствительно, при изсѣченіи 1 ребра по лопаточной линіи получаются слѣдующія цифры: всѣхъ больныхъ 15; minimum числа дней послѣопераціоннаго періода 58, maximum 143, среднее 86,4. Если-же обратиться къ оперированнымъ по подмышковымъ линіямъ, то получится нѣсколько иное: всѣхъ больныхъ 8, minimum дней послѣ операціи до закрытія свища 63, maximum—144, среднее—106 *). Minimum и maximum числа дней отличаются не рѣзко, но за то въ среднихъ числахъ разница выражается 20 днями; иначе говоря, оперируя по лопаточной линіи, мы ускоряемъ выздоровленіе больного почти на 3 недѣли. Въ 2-хъ случаяхъ торакотоміи безъ изсѣченія ребра при операціи по лопаточной линіи больной выздоровѣлъ черезъ 86 дней, по подмышковой-же черезъ 143 д.

Наконецъ, есть еще одно обстоятельство, заставляющее предпочитать операцію по лопаточной линіи. Дѣло въ томъ, что нерѣдко послѣ изсѣченія ребра у больного остается сколіозъ, зависящій отъ западенія грудной стѣнки на больной сторонѣ. Если имѣть въ виду указанное выше постепенное уширеніе межреберій по направленію кпереди, то будетъ ясно, что степень этого сколіоза при операціи по лопаточной линіи будетъ наименьшая, тогда какъ по мѣрѣ приближенія мѣста операціи по ходу реберъ къ грудинѣ боковое искривленіе позвоночника должно увеличиваться все болѣе и болѣе. Дѣло въ томъ, что послѣ изсѣченія ребра на мѣстѣ бывшей раны обыкновенно образуется наибольшее сближеніе сосѣднихъ съ изсѣченнымъ реберъ. Эти послѣднія притягиваются рубцомъ, а нерѣдко даже и сростаются черезъ образовавшуюся изъ оставленной надкостницы костную мозоль съ ребромъ изсѣченнымъ и такимъ образомъ дѣлаютъ западеніе больной стороны постояннымъ. Очевидно, что при изсѣченіи по лопаточной линіи, въ мѣстѣ наибольшей высоты реберъ и наименьшей высоты межреберій, сближеніе реберъ, сосѣднихъ съ изсѣченнымъ, дастъ въ результатѣ меньшій сколіозъ.

На основаніи всего вышесказаннаго преимущества операціи эмпіемы по лопаточной линіи настолько очевидны, и выгоды ея столь значительны, что она безусловно должна примѣняться у каждаго больного гнойнымъ плейритомъ. Прибѣгать къ ней слѣдуетъ сразу-же, а не какъ послѣднему средству, когда операціи въ другихъ мѣстахъ по понятнымъ причинамъ не достигли тѣхъ результатовъ, которыхъ отъ нихъ ожидали.

Я не буду останавливаться на изсѣченіи нѣсколькихъ реберъ, такъ какъ это не входило въ планъ моей работы; укажу лишь, что на основаніи госпитальнаго матеріала при вышеописанныхъ результатахъ изсѣченія 1 ребра подъ лопаткой нѣтъ достаточныхъ основаній производить первично изсѣченіе 2-хъ, а тѣмъ болѣе 3-хъ реберъ.

*) При этихъ вычисленіяхъ не приняты въ разсчетъ 1 случай операціи по лопаточной линіи съ послѣопераціоннымъ теченіемъ въ 223 дня и 1 случай операціи по подмышковой линіи, гдѣ выздоровленіе тянулось 281 день, такъ какъ, очевидно, для этого здѣсь были особыя условія; но и эти цифры, какъ видно, нисколько не противорѣчатъ выводамъ.

Обращусь теперь къ разсмотрѣнію техники торакотоміи и изсѣченія ребра.

Нѣкоторые авторы совѣтуютъ всегда передъ самой операціей прибѣгать къ повторенію пробнаго прокола на мѣстѣ, предназначенномъ для разрѣза, во избѣжаніе того, чтобы не попасть на сращенія.

Затѣмъ, относительно обезболиванія мнѣнія авторовъ раздѣлились: одни примѣняютъ общій наркозъ, другіе оперируютъ подъ кокаиномъ. Къ послѣднему нѣкоторые прибѣгаютъ въ томъ случаѣ, если состояніе больного не позволяетъ примѣненіе хлороформа (*Н. А. Щеголевъ*). *Kümmel*-же въ такихъ случаяхъ даже примѣняетъ сифонъ *Bülau*, хотя и не является, вообще говоря, сторонникомъ этого способа. На основаніи своего матеріала я могу сказать, что необходимости въ общемъ наркозѣ нѣтъ никакой; въ огромномъ большинствѣ (32) случаевъ, а со 2-ой половины 1901 г. исключительно въ Семеновскомъ госпиталѣ употребляется при этой операціи кокаинъ, въ количествѣ до 6 к. стм. 1%-го раствора, при чемъ этого оказывалось всегда вполнѣ достаточнымъ. Больные переносили операцію совершенно безъ жалобъ. 1-ое впрыскиваніе производится въ толщу кожи (не подъ кожу!), 2-ое въ мышцы и 3-ье подъ надкостницу—послѣднее или послѣ открытія ея или, при извѣстномъ навыкѣ, черезъ мышцы.

Для операціи больного укладываютъ на здоровый бокъ, повернувъ его нѣсколько лицомъ внизъ; рука его немного отводится кверху и кпереди, но не болѣе какъ на 90° по отношенію къ туловищу, такъ какъ иначе кожа на спинѣ смѣщается, а это сильно мѣшаетъ правильности разрѣза. Предварительно весь бокъ тщательно вымывается зеленымъ мыломъ со щеткой и солевымъ физіологическимъ растворомъ. Затѣмъ кожа обтирается спиртомъ и эѳиромъ, послѣ чего уже и впрыскивается кокаинъ. Если производится простая торакотомія, то операторъ, отыскавъ нужное межреберье, помѣщаетъ верхушки пальцевъ своей лѣвой руки на верхнее ребро. Разрѣзъ проводится по большинству авторовъ послойно до самой плейры ближе къ верхнему краю нижележащаго ребра; попутно, конечно, захватываются кровеостанавливающими пинцетами перерѣзанные сосуды (1 — 2 пинцета). Кожный разрѣзъ дѣлаютъ обыкновенно по протяженію 5—6 стм. Когда на днѣ раны показывается плейра, которую легко узнать по сѣро-бѣлому цвѣту, захваченные кровеносные сосуды перевязываютъ лигатурами и затѣмъ прокалываютъ въ плейрѣ сначала небольшое отверстіе; туда вводятъ палецъ и стараются выпускать гной понемногу во избѣжаніе коллапса; чѣмъ дольше существовалъ выпотъ, тѣмъ слабѣе сердце и тѣмъ медленнѣе слѣдуетъ выпускать гной. Въ общемъ выпоты свыше 1000 к. стм. слѣдуетъ выпускать, по крайней мѣрѣ, въ теченіи 5, а иногда и 10 мин. Въ этотъ моментъ оперируемый болей обыкновенно не ощущаетъ, такъ что продолжительность выпусканія гноя значенія не имѣетъ.

Если дѣлаютъ изсѣченіе ребра, то разница начинается съ момента разрѣза. Отыскиваютъ подлежащее изсѣченію ребро, удерживаютъ на немъ лѣвой рукой кожу и проводятъ параллельно его ходу на протяженіи 6 стм. разрѣзъ сразу до кости. Края раны расширяются крючками. Сосуды захватываются. Далѣе, особое вниманіе должно быть обращено на надкостницу: разрѣзъ ея долженъ проходить по серединѣ высоты ребра. Убѣдившись въ правильности разрѣза, начинаютъ отдѣлять надкостницу отъ кости распаторомъ. Въ техническомъ отношеніи важно употреблять при этомъ отдѣленіи надкостницы пріемъ, обезпечивающій быстрое и легкое ея отдѣленіе при сохраненіи цѣлости ея и сухожильныхъ прикрѣпленій межреберныхъ мышцъ. Пріемъ этотъ состоитъ въ томъ, что, отслоивъ сначала надкостницу на должномъ протяженіи отъ всей наружной поверхности ребра, направляютъ удары скребца по верхнему краю послѣдняго сзади напередъ и снаружи внутрь, а по нижнему, наоборотъ, спереди назадъ. Входя такимъ образомъ распаторомъ въ вершины угловъ, образуемыхъ прикрѣпленіемъ сухожильныхъ волоконъ межреберныхъ мышцъ и краями реберъ, достигаютъ легкой отслойки первыхъ отъ поверхности ребра, а это имѣетъ в. важное значеніе въ виду особо плотнаго сращенія надкостницы съ

ребрами на внутренней ихъ поверхности. Пріемъ этотъ, описанія котораго я нигдѣ не встрѣтилъ, былъ сообщенъ мнѣ д-ромъ *П. И. Бухманомъ*, разработавшимъ его на трупахъ и постоянно примѣняющимъ его при операціяхъ на живыхъ. Надкостница удаляется, какъ сказано, сначала снаружи, а затѣмъ снутри ровно на всемъ протяженіи, но не больше изсѣкаемой части ребра; въ противномъ случаѣ оставшіеся непокрытыми надкостницей концы ребра могутъ омертвѣть. *Treves* совѣтуетъ удалять надкостницу вмѣстѣ съ кускомъ ребра во избѣжаніе образованія впослѣдствіи на мѣстѣ операціи неудобныхъ для больного костныхъ мозолей. По отслойкѣ надкостницы изсѣкается ребро на протяженіи 5—6 стм.; съ этой цѣлью пользуются костными ножницами Collin'a, Glück'a, американскими садовыми ножницами, обыкновенною ножевою пилою или проволочной пилой Gigli. Откусываютъ (или перепиливаютъ) сначала передній конецъ изсѣкаемаго ребра, а затѣмъ задній; дѣлается это для того, чтобы избѣжать возможности перелома ребернаго хряща во время разъединенія ребра во второмъ мѣстѣ. У госпитальныхъ больныхъ примѣнялись или обыкновенныя костныя ножницы, или (рѣже) реберныя ножницы Glück'a. Чтобы получить ровную поверхность костнаго разрѣза, ножницы при изсѣченіи ставятъ такъ, чтобы плоская поверхность ихъ ножки была направлена къ остающейся части ребра. Если ребро такое толстое, что трудно откусить его сразу, то можно это сдѣлать въ 2 пріема, разсѣкая сперва наружную пластинку всей толщи ребра, а потомъ внутреннюю. По удаленіи изсѣченнаго участка ребра необходимо обравнять оставшіеся концы его откусывающими ножницами во избѣжаніе послѣдующаго поврежденія мягкихъ частей. Когда ребро изсѣчено, дѣлаютъ осторожно небольшой разрѣзъ во внутреннемъ листкѣ надкостницы во внутригрудной фасціи (fascia endothoracica) и въ плейрѣ; въ отверстіе вводятъ палецъ и гной выпускаютъ постепенно, какъ сказано было выше; затѣмъ разрѣзъ увеличивается до необходимыхъ для введенія дренажа размѣровъ. Гнойная полость тщательно освобождается отъ содержимаго, для чего полезно повернуть больного на спину; послѣ выпусканія гноя при наличности значительнаго количества фибринозныхъ сгустковъ ихъ, по возможности, удаляютъ пальцами. Затѣмъ окружность раны очищается, и въ полость эмпіемы вводится *толстостѣнный* дренажъ, діаметромъ около 1,5 стм. для взрослыхъ и длиной стм. 10—12; *съ* $^1/_2$ *его длины* дѣлаются боковыя окошечки для удобнѣйшаго оттока отдѣляемаго. Окошечки должны располагаться по длинѣ дренажа винтообразно въ разстояніи 1,5—2 стм. одно отъ другого съ длинникомъ по длинѣ трубки. При введеніи дренажа слѣдуетъ стараться, во избѣжаніе кашля, не задѣвать легкаго и грудобрюшной преграды, сразу давая трубкѣ направленіе вверхъ. Сквозь наружный конецъ дренажа прокалывается нѣсколько сбоку французская булавка съ тою цѣлью, чтобы дренажъ не могъ проскользнуть въ полость плейры. Булавка обертывается широкимъ марлевымъ тампономъ для предохраненія мягкихъ частей отъ давленія. Затѣмъ поверхъ ея накладывается значительное количество асептическаго, хорошо всасывающаго перевязочнаго матеріала и все закрѣпляется широкимъ бинтомъ. Повязка выходитъ довольно громоздкая, такъ какъ отдѣляемое раны въ первое время обильное.

Во время производства операціи необходимо слѣдить за пульсомъ больного; въ описываемыхъ мною случаяхъ время отъ времени оперируемому давали вино. Вся операція продолжается обыкновенно 7—8 мин. Никакихъ противогнилостныхъ средствъ при этомъ не примѣнялось.

При операціи эмпіемы осложненія наблюдаются рѣдко. Къ числу ихъ принадлежитъ т. наз. «сухой разрѣзъ», когда послѣ вскрытія плейры не находятъ гноя, т. е., иначе говоря, въ данномъ мѣстѣ полости плейры вовсе нѣтъ, такъ какъ оба листка ея срослись. Избѣжать этого можно, пользуясь предварительно на мѣстѣ операціи пробными проколами; съ этою цѣлью нѣкоторые авторы (*Debove*, *Courtois-Suffit*, *Cornet*) совѣтуютъ передъ самымъ разрѣзомъ плейры всегда повторять пробный проколъ. Въ иныхъ случаяхъ, разрѣзавъ послойно ткани и вскрывъ плейру, операторъ видитъ передъ собой губчатую темно-красную массу, очень похожую на ткань легкаго; это—ничто иное, какъ наслоенія фибрина на внутренней поверхности плейры. Если эти наслоенія будутъ ошибочно приняты за легкое, то можно, съ цѣлью отысканія гнойной полости, отслоить ихъ на значительномъ пространствѣ и, конечно, не найти гноя. Здѣсь также приходитъ на помощь пробный проколъ, который тотчасъ выясняетъ положеніе дѣла. Кромѣ того, и въ томъ случаѣ, если, вмѣсто эмпіемы, существуетъ гнойникъ легкаго, онъ также, какъ извѣстно, требуетъ оперативнаго пособія. Затѣмъ наблюдаются раненія межреберной артеріи, чего не можетъ случиться, если операціонный разрѣзъ проведенъ правильно и въ должномъ мѣстѣ. *Cestan* собралъ 15 случаевъ раненія грудобрюшной преграды; при осторожномъ разрѣзѣ и на надлежащей высотѣ это вообще можетъ произойти лишь въ исключительныхъ случаяхъ, а при операціи на 8-мъ ребрѣ по лопаточной линіи—никогда. Наконецъ, описаны, какъ величайшая рѣдкость, раненія смѣщеннаго сердца. Никакихъ подобныхъ осложненій въ представляемомъ мной матеріалѣ не наблюдалось.

Изъ вторичныхъ случайностей послѣ операціи наблюдаются кожная эмфизема и кольцеобразное омертвѣніе концовъ изсѣченнаго ребра. Но при правильной техникѣ этого быть не должно, какъ не должно быть и т. наз. вторичнаго зараженія. Ко вторичнымъ-же осложненіямъ операціи принадлежатъ явленія со стороны нервной системы, впервые описанныя *Maurice Raynaud* въ 1875 г. *Bouvert* раздѣляетъ ихъ на 4 группы: 1) параличи эмболическаго происхожденія; 2) разстройства движенія съ медленнымъ теченіемъ, 3) остановка сердечной дѣятельности и 4) судороги съ проходящими параличами. По *Cestan*'у—ихъ 3 группы: 1) остановка сердца, 2) судороги и 3) гемиплегіи. Объясняются эти явленія токсическими (мочекровіе ?), механическими (эмболіи) причинами и отраженными вліяніями. У пользованныхъ въ нашемъ госпиталѣ больныхъ, судя по исторіямъ болѣзни, этого также не наблюдалось.

Послѣ операціи задача дальнѣйшаго лѣченія заключается въ томъ, чтобы дать наилучшій стокъ отдѣляемому и такимъ образомъ способствовать запустѣванію полости эмпіемы. Съ этой цѣлью въ рану вводятъ отъ 1-го до 3-хъ дренажей. На основаніи госпитальнаго матеріала оказывается, что 1 дренажъ вышеописанной толщины вполнѣ достаточенъ, хотя вреда отъ введенія 2-хъ не наблюдалось. *Н. А. Щеголевъ* совѣтуетъ вводить въ полость раны толстую дренажную трубку такой длины, чтобы внутренній ея конецъ едва выдавался надъ внутренней стѣнкой груди. Не говоря уже о томъ, что такой дренажъ легко можетъ выскочить изъ раны, особенно когда больной станетъ двигаться, мнѣ кажется сомнительнымъ, чтобы при такомъ способѣ могло получаться хорошее дренированіе гнойной полости, да и не всегда можно точно опредѣлить длину раневого канала въ толщѣ грудной стѣнки.

Кромѣ простыхъ дренажей, были предложены и примѣняются въ настоящее время и другіе болѣе или менѣе сложные приборы. На госпитальныхъ больныхъ ихъ не примѣняли ни разу.

Полноты ради упомяну о нѣкоторыхъ изъ этихъ приспособленій. Прежде всего — заслончатый дренажъ (*Phelps*, *William*, *Menzies*, *Hutton*); заслонка въ немъ имѣетъ назначеніемъ предохранять полость плейры отъ попаданія въ нее воздуха; но все-же онъ легко можетъ проникать между стѣнками раны и дренажемъ. По принципу способъ этотъ приближается къ дренажу съ высасываніемъ. Въ заслончатомъ дренажѣ *Menzies Hutton*'а д-ръ *Бекманъ* сдѣлалъ нѣкоторыя измѣненія, благодаря которымъ, по видимому, въ значительной мѣрѣ уменьшились его недостатки.

Maurice Raynaud приводитъ рану въ соприкосновеніе съ сифоннымъ приборомъ *Potain*'а и такимъ образомъ получаетъ относительную пустоту въ полости плейры; приборъ этотъ имѣетъ тотъ-же недостатокъ, что и предыдущіе. *Robertson* и *Peyrot* помѣщали высасывательную трубку въ узкое отверстіе плейры; поэтому операція походитъ на проколъ съ высасываніемъ. *Vigenaud* помѣщаетъ надъ торакотомической раной банку, въ которой разрѣжаетъ воздухъ. *Tachard* и *Fraentzel* вводятъ въ рану Т-образный дренажъ; такой приборъ можетъ служить и для промыванія полости эмпіемы.

По Génève'скому способу *Revillot* съ помощью особаго при-

бора воздухъ въ плеврѣ разрѣжается, и такимъ образомъ примѣняется высасываніе.

Способъ *Ferthes* похожъ на предыдущій: рана покрывается листкомъ каучука, сквозь который пропускается нитевидный зондъ; съ наружнымъ концемъ послѣдняго соединенъ сифонъ.

Проф. *М. С. Субботинъ* предложилъ свой дренажъ-насосъ: въ рану вводится обыкновенный дренажъ и герметически укрѣпляется снаружи съ помощью ваты и замазки автора; наружный конецъ дренажа соединенъ съ балономъ, на выводной трубкѣ котораго находится кранъ. Пользуясь балономъ, можно не только высасывать гной изъ полости эмпіемы, но и накачивать въ нее промывную жидкость.

Что касается промываній, то большинство авторовъ совѣтуютъ пользоваться ими съ осторожностью и прибѣгать къ нимъ лишь при гнилостномъ разложеніи выпота. *Kümmel* и *Cornet* дѣлаютъ промываніе сразу послѣ операціи, чтобы удалить фибринозные сгустки. *Ridwell* и *Hoffmann* послѣ однократнаго промыванія полости тотчасъ закрываютъ рану наглухо; но хорошихъ успѣховъ отъ такого лѣченія, конечно, получить нельзя.

Жидкостей для промыванія, начиная съ временъ *Гиппократа*, который промывалъ водой съ медомъ и ароматическимъ виномъ, предложено было очень много; короче сказать, промываютъ всѣми противогнилостными жидкостями. Но, согласно современнымъ хирургическимъ взглядамъ, при промываніи этими жидкостями достигается лишь чисто механическое дѣйствіе, тѣмъ болѣе, что сильные растворы грозятъ опасностью отравленія, а слабые сами по себѣ мало дѣйствительны. Поэтому, если ужъ есть надобность въ промываніи, то всего правильнѣе пользоваться для этого асептически физіологическимъ растворомъ поваренной соли или слабымъ растворомъ соды. Изъ оперированныхъ въ нашемъ госпиталѣ больныхъ промыванія были примѣнены у 9, преимущественно однократно, до 1898 г. — иногда прокипяченымъ борнымъ растворомъ, съ 1898 г. — физіологическимъ растворомъ поваренной соли. Промыванія примѣнялись главнымъ образомъ, когда выпотъ былъ разложившійся, или съ цѣлью механически вычистить полость эмпіемы. Дѣйствительно, при гнилостномъ выпотѣ запахъ его вскорѣ исчезалъ и теченіе болѣзни улучшалось, хотя, съ другой стороны, тотъ-же результатъ иногда достигался и безъ промываній, простой частой перемѣной асептическихъ повязокъ.

Вообще примѣненіе въ послѣоперацiонномъ періодѣ противогнилостныхъ средствъ, напр., вдуваніе въ рану іодоформа по *Eulenburg*'у и *König*'у, не имѣетъ никакого значенія, тѣмъ болѣе, что даже сами авторы *(König)* говорятъ, что результаты и безъ обеззараживанія получались тѣже.

Въ дальнѣйшемъ послѣоперацiонномъ теченіи терапія главнымъ образомъ заключается въ перемѣнѣ повязокъ; вначалѣ ихъ перемѣняютъ ежедневно, затѣмъ съ уменьшеніемъ отдѣляемаго — рѣже: смотря по надобности, черезъ 1—2 дня. Нѣкоторые авторы совѣтуютъ перемѣнять повязки возможно рѣже; но первое время послѣ операціи едва-ли можно не дѣлать этого ежедневно, такъ какъ повязки, не смотря на свою объемистость, промокаютъ. Вообще на основаніи госпитальнаго матеріала я могу сказать, что частота перемѣны повязокъ зависитъ исключительно отъ количества отдѣляемаго раны.

По *Н. А. Щеголеву* толщина дренажной трубки во все время до полнаго заживленія свища должна оставаться неизмѣненной. Но при уменьшеніи полости эмпіемы, во 1-хъ, въ этомъ нѣтъ необходимости, а, во 2-хъ, это было-бы затруднительно, такъ какъ свищъ уменьшается въ объемѣ. У пользованныхъ въ нашемъ госпиталѣ больныхъ обыкновенно, когда отдѣляемое раны становилось менѣе значительнымъ и полость эмпіемы уменьшалась, дренажныя трубки соотвѣтственно укорачивались и послѣдовательно замѣнялись болѣе тонкими. Никогда отъ этого никакого вреда для больного, въ смыслѣ-ли задержки гноя или въ какомъ иномъ, не наблюдалось. Затѣмъ, на основаніи разбора госпитальныхъ исторій болѣзни видно, что замѣна дренажа марлевымъ тампономъ должна совершаться лишь при концѣ закрытія гнойной полости; иначе тампонъ, промокая, легко закупориваетъ рану и тѣмъ создаетъ условія для задержки отдѣляемаго.

Если по какимъ-либо причинамъ уменьшеніе полости эмпіемы задерживается, то полезно примѣнять раздражающія впрыскиванія іодной настойки въ количествѣ 5—10 капель, чтобы повысить реакцію тканей и тѣмъ возбудить остановившійся процессъ заживленія. Разобранный мной госпитальный матеріалъ во многихъ случаяхъ убѣждаетъ въ цѣлесообразности подобнаго рода впрыскиваній. Когда полость эмпіемы почти совсѣмъ закрылась и остается лишь свищъ, глубиной стм. въ 4, можно удалить дренажъ и вставить содовый тампонъ. Когда получится рубецъ, то полезно на нѣкоторое время закрыть его предохранительной повязкой изъ ваты съ коллодіемъ.

Вмѣстѣ съ перемѣною повязокъ для оперированныхъ по поводу эмпіемы представляетъ большую важность и діэта, которая должна быть откармливающей. При существованіи безпокоящихъ больного кашлевыхъ раздраженій полезно примѣнять наркотическія; у пользованныхъ въ нашемъ госпиталѣ больныхъ съ этой цѣлью употреблялся почти исключительно кодеинъ.

Успѣшность и скорость выздоровленія послѣ эмпіемы зависятъ отъ заполненія гнойной полости. Этому способствуютъ: 1) западеніе грудной клѣтки, 2) поднятіе грудобрюшной преграды и 3) расправленіе сдавленнаго легкаго. Первыя 2 условія въ большинствѣ случаевъ играютъ лишь временную роль, направляясь, такъ сказать, навстрѣчу расправленію легкаго; обыкновенно даже послѣ закрытія раны легкое, продолжая расширяться, совершенно возвращаетъ грудную клѣтку и грудобрюшную преграду къ нормѣ или, во всякомъ случаѣ, уменьшаетъ ихъ патологическое положеніе. По *König*'у легкое начинаетъ дышать уже въ первые дни послѣ операціи, чему способствуютъ кашель, натуживаніе и т. п. Западеніе-же грудной клѣтки получается лишь при неудовлетворительной операціи, или если легкое утратило способность къ расправленію. Если способность упругой легочной ткани расправляться не потеряна вслѣдствіе длительнаго сдавленія легкаго выпотомъ, то она, лишь только послѣднему будетъ данъ выходъ, стремится вновь расправиться; въ этомъ и состоитъ 1-ый шагъ легкаго къ расправленію. Далѣе, при каждомъ выдохѣ въ легкомъ, какъ здоровомъ, такъ и больномъ, вслѣдствіе сообщенія въ дыхательномъ горлѣ ихъ полостей, происходитъ повышеніе давленія, но эффектъ отъ этого получается различный: здоровое легкое уменьшается въ объемѣ, въ больномъ-же, въ силу того, что съ наружной стороны на него дѣйствуетъ лишь одно атмосферное давленіе, безъ давленія грудной клѣтки, которая отдѣлена отъ него слоемъ воздуха, происходитъ увеличеніе объема; при кашлѣ, натуживаніи и т. п. создаются для этого еще болѣе благопріятныя условія. При вдохѣ по тѣмъ-же причинамъ въ больномъ легкомъ давленіе развивается отрицательное, а вокругъ него—атмосферное; поэтому наблюдается обратное явленіе — оно уменьшается. Но на основаніи опытовъ *Donders*'а извѣстно, что уменьшеніе давленія при вдохѣ вдвое и втрое менѣе увеличенія его при выдохѣ. Въ общемъ, слѣд., должно наблюдаться постепенно нарастающее увеличеніе объема больного легкаго, т. е. его расправленіе. Этому въ значительной степени способствуетъ то обстоятельство, что, по мѣрѣ расправленія легкаго, плейра его склеивается съ пристѣночнымъ листкомъ, и такимъ образомъ при излѣченіи полость плейры на больной сторонѣ навсегда исчезаетъ. *Roser* предполагалъ при этомъ развитіе грануляціонной ткани; но въ настоящее время установлено, что здѣсь происходитъ лишь простое воспалительное срощеніе. Это обстоятельство благопріятно отражается на расправленіи легкаго въ томъ смыслѣ, что не даетъ ему вновь спадаться. Однако, способность легкаго къ расправленію, зависящая главнымъ образомъ отъ упругости его ткани, не всегда бываетъ выражена столь рѣзко; она страдаетъ тѣмъ болѣе, чѣмъ дольше легкое находилось въ спавшемся состояніи и чѣмъ толще фибринозныя отложенія на его плейральномъ листкѣ; по *Rosenbach*'у, отъ этого уничтожается нормальный тонусъ легкаго. Клиническія наблюденія вполнѣ подтверждаютъ это, почему ранняя операція и даетъ всегда лучшее предсказаніе. При долго длящихся сывороточныхъ плеритахъ также и по тѣмъ-же причинамъ нельзя бываетъ достигнуть расправленія легкаго усиленнымъ высасываніемъ выпота.

Относительно продолжительности періода выздоровленія въ литературѣ приводятся различныя данныя. Въ среднемъ она колеблется въ предѣлахъ 2 — 3 мѣсяцевъ. Несомнѣнно, что на этотъ періодъ оказываютъ вліяніе самыя разнообразныя условія. Выше уже было сказано, какое большое значеніе имѣетъ способъ операціи: очевидно, что не меньшую роль играютъ и климатическія и гигіеническія условія. У *Б. С. Козловскаго* самые лучшіе исходы наблюдались у дѣтей, отъ 5 до 12 л. Операція въ этихъ случаяхъ производилась не позже, какъ черезъ мѣсяцъ послѣ заболѣванія; выздоровленіе-же длилось 1—1½ мѣс. При болѣе худшихъ условіяхъ и у взрослыхъ для лѣченія требовалось 2—3—4 мѣс. Въ 2-хъ случаяхъ д-ра *Краснова*, при изсѣченіи 9-го ребра на 3 стм. сзади отъ задней подмышковой линіи, въ 1-мъ выздоровленіе наступило на 43-ій, а во 2-мъ на 38-ый день; въ обоихъ случаяхъ эмпіема развилась послѣ плейропнеймоніи. По *Schede* средняя продолжительность выздоровленія равна 6 недѣлямъ. Въ общемъ можно сказать, что пнеймококковыя эмпіемы заживаютъ быстрѣе другихъ (*П. И. Бухманъ*). Сравнивая-же всѣ эти цифры съ вышеприведенною продолжительностью періода выздоровленія у госпитальныхъ больныхъ, нельзя не отмѣтить, что у послѣднихъ заживленіе шло медленнѣе, на что, помимо давности самой эмпіемы и этіологіи ея, несомнѣнно, вліяли и климатическія условія.

Такимъ образомъ на основаніи разобраннаго мною матеріала я считаю себя въ правѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. При операціи свободныхъ эмпіемъ избраннымъ мѣстомъ является 8-ое ребро по лопаточной линіи. Этому способу должно отдавать предпочтеніе передъ всѣми другими.

2. Промыванія противогнилостными растворами должны быть совершенно оставлены, какъ не отвѣчающія современнымъ хирургическимъ взглядамъ; промыванія-же безгнилостными жидкостями, дѣйствующія исключительно механически, показаны въ возможно рѣдкихъ случаяхъ, главнымъ образомъ при гнилостномъ разложеніи выпота; съ этой цѣлью можно примѣнять 1%-ный содовый или физіологическій растворъ поваренной соли.

3. Наконецъ, 1 дренажъ вполнѣ удовлетворяетъ своему назначенію, при чемъ впослѣдствіи его можно укоротить и замѣнить болѣе тонкимъ; тампонъ, вмѣсто дренажа, можно вводить лишь при полномъ закрытіи полости эмпіемы.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить глубокую благодарность многоуважаемому *П. И. Бухману* какъ за предложеніе темы, такъ и за тотъ интересъ, который онъ проявилъ къ моей работѣ. Пользуюсь случаемъ выразить также свою благодарность главному врачу госпиталя *А. А. Поверже* за разрѣшеніе воспользоваться матеріаломъ и д-ру *П. Н. Азарову* за указанія при его собираніи.

Литература. 1. *Albert*. Частная хирургія, т. I, перев. 1902 г.—2. *Bendix*. Руководство по дѣтскимъ болѣзнямъ перев. 1904 г.—3. *Bergmann* und *Rochs*. Operationscursus, 1896 г.—4. *Biedert*. Дѣтскія болѣзни, перев. 1895 г.—5. Проф. *А. А. Бобровъ*. Курсъ оперативной хирургіи, 1898 г.—6. *Бочаровъ*. Докладъ на VI Пироговскомъ Съѣздѣ, 1896 г.—7. *Bouveret*. Прив. по *Н. А. Щеголеву*, *Terrier* и *Reymond*'у.—8. *Бекманъ*. О послѣдовательномъ лѣченіи торакотоміи. «В.-Медицинскій Журналъ», 1903 г., сентябрь.—9. *M. Cornet*. Pratique de la chirurgie courante, 1900 г.—10. *Courtois-Suffit*. Прив. по *Eulenburg*'у, *Щеголеву*, *Terrier* и *Reymond*'у.—11. *Eichhorst*. Частная патологія и терапія внутреннихъ болѣзней, т. I, перев. 1897 г.—12. *Eulenburg*. Реальная энциклопедія медицинскихъ наукъ; русское изданіе, 1895 г.—13. *Gangolphe*. Precis des operations d'urgence, 1901 г.—14. *Geralch*. Прив. по *Merckel*'ю.—15. *Gumprecht*. Терапевтическая техника. Внутренняя медицина *Mering*'а, перев. 1902 г.—16. *Höftmann*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1903 г. № 29.—17. *Imbriaco*. Le operazioni piu frequenti nella chirurgia di guerra. 1898 г.—18. *Immermann*. Прив. по *Eichhorst*'у.—19. Проф. *Д. Н. Зерновъ*. Руководство описательной анатоміи, I и II. 1902—1903 г.—20. *Kaposi*. Chirurgie der Notfälle, 1903 г.—21. *Колесниковъ*. Докладъ VI Пироговскому Съѣзду, 1896 г.—22. *Kocher*. Chirurgische Operationslehre, 1902 г.—23. *König*. Частная хирургія, т. II, перев. 1895 г.—24. *Козловскій*. Докладъ VI-му Пироговскому Съѣзду, 1896 г.—25. *Красновъ*. Докладъ VI-му Пироговскому Съѣзду, 1896 г.—26. *Krause*. Прив. по *König*'у.—27. *Kümmel*. Die angeborenen Missbibdungen und die Erkrankungen des Thorax und seines Inhalts. Handbuch der practischen Chirurgie, т. II, 1899 г.—28. *Küster*. Прив. по *König*'у, *Bergmann*'у и *Rochs*'у.—29. *Lesser*. Operationsvademecum, 1900 г.—30. *Löbker*. Оперативная хирургія, перев. 1888 г.—31. *Merckel*. Topographische Anatomie, 1896 г.—32. *Müller*. Болѣзни органовъ дыханія. Внутренняя медицина *Mering*'а, перев. 1902 г.—33. *Netter*. Прив. по *Eichhorst*'у, *Щеголеву*, *Terrier* и *Reymond*'у.—34. *Pansch*. Анатомія человѣка, перев. 1888 г.—35. *Rosenbach*. Прив. по *Kümmel*'ю.—36. *Roser*. Прив. по *Kümmel*'ю и *König*'у.—37. *Schede*. Прив. по *Kocher*'у.—38. *Schwartz*. Прив. по *König*'у.—39. *Schlesinger*. Die Indicationen zu chirurgischen Eingriffen bei inneren Erkrankungen, 1903 г.—40. Проф. *Н. И. Студенскій*. Оперативная хирургія, 1888 г.—41. Проф. *М. С. Субботинъ*. Общая хирургія, 1894 г.—42. *Terrier* et *Reymond*. Chirurgie de la plevre et du poumon, 1899 г.—43. *Tillaux*. Руководство къ топографической анатоміи, перев. 1896 г.—44. *Tillmans*. Частная хирургія, т. I, перев. 1891 г.—45. *Trousseau*. Прив. по *Щеголову*, *Terrier* и *Reymond*'у. — 46. *Treves*. Руководство оперативной хирургіи, перев. 1899 г.—47. Проф. *Т. М. Турнеръ*. О лѣченіи эмпіемъ. «Протоколы засѣданій Петербургскаго медицинскаго Общества», 1890 г.—48. *Unverricht*. Прив. по *Schlesinger*'у.—49. *Н. А. Щеголовъ*. Болѣзни грудной клѣтки, около легочнаго мѣшка и легкихъ. «Русская хирургія», 1902 г.—50. *Zuckerkandl*. Атласъ оперативной хирургіи, пер. 1900 г.

CCI. Къ ученію о тетаніи *).

Е. Е. Фосса.

Тетанія, впервые описанная *Steinhein*'омъ въ 1830 г., въ началѣ была изучена главнымъ образомъ французскими авторами; въ особенности обратилъ на нее вниманіе *Trousseau*, не только въ точности обрисовавшій картину болѣзни, но и указавшій на одинъ изъ важнѣйшихъ ея признаковъ, на повышеніе мышечной и нервной возбудимости—признакъ *Trousseau*. Въ теченіи 70-хъ годовъ въ Парижѣ прекратился рядъ трудовъ, касавшихся этого предмета; появились работы Heidelberg'скаго нейропатолога *Erb*'а и его учениковъ (*Hoffmann*'а и др.).

Съ начала 80-хъ годовъ стали появляться труды Вѣнской школы—*Chvostek*'а, *Weiss*'а, v. *Franke-Hochwart*'а и многихъ другихъ. Въ 1891 г. *Л. С. Миноръ* сдѣлалъ докладъ о тетаніи въ Московскомъ Обществѣ нейропатологовъ и психіатровъ; затѣмъ послѣдовали статьи ч. пр. *Я. В. Рыбалкина*, проф. *В. М. Бехтерева* и др., а въ 1901 г. ч. пр. *Р. А. Петерсъ* сообщилъ цѣлый рядъ случаевъ дѣтской тетаніи со вскрытіями. На одномъ изъ засѣданій въ 1901-же г. *А. И. Соловьевъ* познакомилъ насъ съ новымъ признакомъ тетаніи, названнымъ имъ «Phrenicus-phänomen'омъ» (см. «Русскій Врачъ», 1902 г., № 20). Съ разрѣшенія завѣдующаго отдѣленіемъ ч. пр. *Я. В. Рыбалкина*, я собралъ всѣ случаи тетаніи, наблюдавшіеся въ нервномъ отдѣленіи Маріинской больницы за 15 лѣтъ, съ 1885 г. по 1900 г. Цѣль моего доклада сдѣлать извѣстнымъ результаты моихъ изслѣдованій; кромѣ того, я желалъ-бы обратить вниманіе на патогенезъ тетаніи и на связь этой болѣзни съ другими двигательными нейрозами.

Число нашихъ наблюденій не особенно большое: оно обнимаетъ 49 случаевъ. Позволю себѣ замѣтить, что для сравненія я буду пользоваться данными, собранными въ монографіи v. *Frankl-Hochwart*'а [1]) для Вѣны. Въ этомъ городѣ, по видимому, чаще, чѣмъ во всѣхъ другихъ городахъ Европы, встрѣчаются заболѣванія тетаніей. Распредѣленіе заболѣваній по мѣсяцамъ у насъ почти аналогично наблюденіямъ Вѣнскаго автора. Что касается частоты заболѣваній по отношенію къ возрасту, то я замѣтилъ, какъ и *Frankl-Hochwart*, особую наклонность къ тетаніи у молодыхъ мужчинъ, 13—18 л. Изъ 399 наблюденій, собранныхъ въ Вѣнѣ, 177 относились къ сапожникамъ, 95 къ портнымъ. У насъ по наклонности къ заболѣванію на 1-мъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить ремесленниковъ, занимающихся работами со свинцомъ или другимъ металлическимъ матеріаломъ: изъ 39 больныхъ мужчинъ 10 были типографщики и маляры. Нейропатическая наслѣдственность не имѣетъ особаго значенія. Совпаденіе тетаніи съ заразными болѣзнями, отмѣченное другими авторами сравнительно часто, наблюдалось у насъ 5 разъ; иногда тетанія является какъ-бы предвѣстникомъ тифа, суставного ревматизма и др. бо-

---

*) Сообщено на Совѣщаніи врачей Маріинской больницы для бѣдныхъ въ Петербургѣ 21/XII 1902 г.—Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

лѣзней или-же осложненіемъ ихъ (случай сибирской язвы, описанный *Н. М. Басовымъ*).

Особый интересъ представляютъ въ этомъ отношеніи 2 больныхъ, поступившихъ почти одновременно въ нервное отдѣленіе Маріинской больницы. 1 страдалъ тетаніей около 9 мѣс., 2-ой въ теченіи года. Оба заразились въ больницѣ фолликулярной жабой, сопровождавшейся высокой температурой и пузырчатой сыпью на губахъ. *Одновременно съ паденіемъ температуры въ обоихъ случаяхъ исчезли и судороги.* У 1-го больного при выпискѣ (на 5-ый день) отмѣченныя при поступленіи признаки *Trousseau* и *Chvostek*'а болѣе уже не вызывались, а у 2-го вызывался только признакъ *Chvostek*'а, но въ слабой степени.

Такое цѣлебное дѣйствіе острой заразной болѣзни на двигательный нейрозъ отмѣчено было уже въ 1884 г. *Я. В. Рыбалкинымъ* [2]). Онъ наблюдалъ полное исчезновеніе всѣхъ признаковъ тетаніи у больного, заразившагося рожей лица. Въ томъ-же сообщеніи *Я. В. Рыбалкинъ* отмѣтилъ также вліяніе фибринозной пнеймоніи на хорею; послѣднее въ 1899 г. подтверждено было такимъ-же случаемъ д-ра *Witthauer*'а [3]). Что далеко не всегда можно замѣтить такое цѣлебное дѣйствіе, доказывается случаемъ тяжелой тетаніи, наблюдавшимся въ нервномъ отдѣленіи больницы: осложненіе брюшнымъ тифомъ не оказало никакого вліянія на судорожныя явленія. Тѣмъ не менѣе вышеприведенныя наблюденія указываютъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ острыя заразныя заболѣванія вліяютъ цѣлебнымъ образомъ на двигательные нейрозы.

Въ № 46 «Wiener medicinische Wochenschrift» за 1902 г. я нашелъ случай тетаніи, описанный д-ромъ *Freund*'омъ [4]), въ которомъ, по видимому, былъ отмѣченъ признакъ, описанный *А. И. Соловьевымъ* подъ именемъ «Phrenicus-phänomen».

Больной, 22-лѣтній солдатъ, обратился къ *Freund*'у съ жалобами на судороги въ желудочной области. Въ военномъ госпиталѣ наблюдались приступы клиническихъ судорогъ грудобрюшной преграды, вызывающія толчкообразное выпячиваніе брюшной стѣнки, «какъ при икотѣ». Припадки повторялись по нѣскольку разъ въ день и продолжались 2—5 мин. Изъ другихъ припадковъ со стороны нервной системы былъ отмѣченъ поясъ анэстезіи на правой ½ грудной клѣтки и незначительное съуженіе поля зрѣнія. Къ этимъ явленіямъ вскорѣ присоединилась типическая тетанія.

Freund приписываетъ клоническую судорогу грудобрюшной преграды истеріи, которая нерѣдко вызываетъ такое явленіе; въ доказательство этого онъ приводитъ случай истеріи, въ которомъ наблюдалась также судорога грудобрюшной преграды, но безъ тетаніи. Французскіе авторы школы *Charcot*, какъ, напр., *Gilles de la Tourette*, склонны объяснять всѣ случаи тетаніи, наблюдавшіеся въ Salpétrière'ѣ, осложненіемъ истеріи. Наклонность-же истеріи появляться на почвѣ свинцоваго отравленія, которымъ кажется страдалъ больной д-ра *А. И. Соловьева*, не подлежитъ сомнѣнію. Чтобы исключить истерію, въ приведенной исторіи болѣзни недостаетъ данныхъ отъ нѣкоторыхъ изъ весьма важныхъ способовъ изслѣдованія (измѣренія поля зрѣнія, изслѣдованія органовъ чувствъ, рефлексовъ со стороны слизистыхъ оболочекъ и т. д.). Имѣя въ виду наблюденіе, описанное д-ромъ *Freund*'омъ и трудность исключить истерію въ случаѣ *А. И. Соловьева*, я полагалъ-бы необходимымъ въ будущемъ въ подобныхъ случаяхъ для доказательства наличности «Phrenicus-phänomen'а» обращать главное вниманіе на то, чтобы исключить истерію.

Перехожу къ вопросу о патогенезѣ тетаніи и о связи ея съ другими судорожными болѣзнями. Отношеніе между падучей и тетаніей давно извѣстно. Въ монографіи v. *Frankl-Hochwart*'а приведено дов. большое число авторовъ, отмѣтившихъ этотъ фактъ. Въ 1901 г. *Westphal* [5]) описалъ случай струмэктоміи, послѣ которой сначала появилась обычная послѣопераціонная тетанія; но вскорѣ къ этой послѣдней присоединились типичные падучевидные припадки; кромѣ того, наблюдались всякія переходныя формы тѣхъ и другихъ судорогъ. О вполнѣ аналогичномъ случаѣ сообщилъ и *Ehrhardt* [6]). Другіе авторы [*Freund* [7]), *Clark* [8])] описываютъ больныхъ, у которыхъ падучныя судороги иногда принимали видъ тетаніи, или-же тетанія предшествовала появленію падучей.

Случайно я имѣлъ возможность наблюдать подобное совпаденіе у одной больной изъ нашей нервной амбуляторіи.

Ко мнѣ обратилась дѣвочка, 10 л., съ жалобами на припадки. Отецъ, сопровождавшій больную, сообщилъ слѣдующее. Около ½-года назадъ у дѣвочки появились приступы болѣзненныхъ тоническихъ сведеній въ рукахъ и ногахъ. Мѣсяца 3 спустя, вслѣдъ этихъ приступовъ, не сопровождавшихся потерею сознанія, стали появляться припадки съ характеромъ падучей (съ потерей сознанія и прикусываніями языка). При изслѣдованіи найдены были признаки *Trousseau* и *Chvostek*'а.

Въ этомъ случаѣ тетанія была какъ-бы предвѣстникомъ падучей.

Приведенныя наблюденія ясно доказываютъ генетическую связь этихъ 2-хъ судорожныхъ нейрозовъ. Работы *Jackson*'а, д-ра *Муратова*, проф. *Бехтерева*, *Unverricht*'а и др. установили тѣсную связь падучныхъ судорогъ съ измѣненіями двигательныхъ центровъ большого мозга. *Binswanger* приходитъ къ заключенію, что мѣстомъ «эпилептическаго діатеза» (état spasmophile-*Féré*) нужно считать двигательные участки коры большого мозга. Не смотря на всѣ старанія, анатомическую подкладку падучей нельзя еще считать точно установленной, поэтому я пока причисляю эту болѣзнь къ нейрозамъ. Главными причинами появленія «эпилептическаго діатеза» нужно считать зараженія, отравленія, затѣмъ механическія поврежденія (траумы) и патологическія измѣненія въ корѣ или сосѣднихъ съ нею тканяхъ. Всѣ перечисленныя условія, кромѣ траумы, могутъ служить причиною возникновенія тетаніи, которую я также причисляю къ нейрозамъ. Результаты вскрытій, сообщенные авторами, указываютъ на мѣстоположеніе болѣзненнаго процесса, служащаго анатомической подкладкой тетаніи. Нерѣдко находили измѣненія въ переднихъ рогахъ спинного мозга. Типическія сведенія, наблюдаемыя при тетаніи (т. наз. «акушерская рука»), вызываются экспериментально раздраженіемъ переднихъ корешковъ спинного мозга у животныхъ. На основаніи этихъ данныхъ *v. Frankl-Hochwart*, *Neisser* и др. опредѣляютъ мѣстоположеніе болѣзненнаго процесса при тетаніи въ переднихъ рогахъ спинного мозга. *Р. А. Петерсъ* сообщилъ на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ въ Москвѣ цѣлый рядъ случаевъ дѣтской тетаніи, въ которыхъ ему удалось на вскрытіи найти наружный гэморрагическій пахименингитъ, корешковый нейритъ и воспаленіе межпозвоночныхъ узловъ; всѣ эти явленія были выражены рѣзче надъ шейнымъ утолщеніемъ спинного мозга. Онъ склоненъ приписать возникновеніе тетаніи именно этимъ измѣненіямъ; въ особенности онъ указываетъ на воспаленіе межпозвоночныхъ узловъ, какъ на исходную точку болѣзненнаго процесса. Прежніе авторы при вскрытіи не находили такихъ измѣненій. Въ монографіи *v. Frankl-Hochwart*'а собрано 25 случаевъ, изъ коихъ въ большинствѣ произведено было микроскопическое изслѣдованіе в. опытными наблюдателями (назову, напр., *Weigert*'а, *Schultze*, *Abercrombie*, *Ganghofner-Chiari*). Пораженіе межпозвоночныхъ узловъ, изслѣдованія которыхъ обыкновенно не дѣлается, трудно считать причиной тетаніи. Послѣднее предположеніе ч. пр. *Р. А. Петерса* было оспариваемо въ Москвѣ проф. *В. М. Бехтеревымъ* и другими участвовавшими въ преніяхъ по поводу его доклада. Найденныя имъ измѣненія въ межпозвоночныхъ узлахъ только въ такомъ случаѣ можно признать характерными для тетаніи, если они не будутъ встрѣчаться ни при какихъ другихъ заболѣваніяхъ.

Единственная болѣзнь, имѣющая въ настоящее время несомнѣнно доказанную связь съ воспаленіемъ и атрофіей межпозвоночныхъ узловъ, это—спинная сухотка; при нейже никогда никакихъ явленій, сходныхъ съ тетаніей, не наблюдается. Я вполнѣ допускаю возможность того, что тетанія въ случаяхъ ч. пр. *Р. А. Петерса*, въ которыхъ произведено было вскрытіе, была вызвана пахименингитомъ и воспаленіемъ корешковъ. При заболѣваніи взрослыхъ нѣтъ достаточныхъ основаній предполагать существованіе аналогичнаго процесса. Продолжительность теченія тетаніи, ея частые возвраты нельзя объяснять острымъ воспалительнымъ процессомъ въ оболочкахъ спинного мозга; еще болѣе невѣроятнымъ казалось-бы появленіе подобныхъ измѣненій, какъ причина тетаніи послѣ струмэктоміи. По аналогіи съ падучей я склоненъ приписать причину тетаніи особому состоянію двигательныхъ центровъ спинного мозга, «état spasmophile» спинномозговыхъ центровъ, выражающемуся не общими падучными судорогами,

какъ при соотвѣтствующемъ состояніи коры большого мозга, а характерными сведеніями мышцъ извѣстныхъ группъ.

Кромѣ падучей, тетанія связана еще съ другими двигательными нейрозами, съ профессіональными судорогами и съ міотоніей. Если согласиться съ предположеніемъ *Gowers'a* [9]), что болѣзненный процессъ, вызывающій міотоническія явленія, гнѣздится въ переднихъ рогахъ спинного мозга, то, на мой взглядъ, такое совпаденіе — вполнѣ понятно: оба нейроза зависятъ отъ измѣненій спинного мозга и его двигательныхъ центровъ.

Источники. 1. *Frankl-Hochwart. Nothnagel's* Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie т. XI, 2.—2. *Я. В. Рыбалкинъ.* «Врачъ», 1884 г. № 52.—3. *Witthauer.* Chorea Fieber. «Münchener med. Wochenschrift», 1899, № 52.—4. *Freund.* Tetanie u. Krampfneurosen. «Wiener med. Wochenschrift», 1902, № 46.—5. *Westphal.* «Berliner klin. Wochenschrift». 1901, стр. 849.—6. *Ehrhardt.* «Mitteilungen aus den Grenzgebieten der inn. Medicin u. Chirurgie». X, 1—2, стр. 225.—7. *Freund.* «Wiener med. Wochenschrift», 1899, № 39.—8. *Clark.* «American Journal of insanity», 1899, апрѣль.—9. *Gowers.* «Centralbl. für Nervenheilkunde», 1892, февраль.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Дѣтскія болѣзни въ семьѣ клиническихъ наукъ. Необходимость дѣтской клиники въ Харьковскомъ университетѣ.

Le fortuna mi tormenta,
Lo sperate mi contenta.

Въ настоящей замѣткѣ я позволю себѣ высказать нѣсколько общихъ соображеній, характеризующихъ современное положеніе педіатріи среди другихъ областей клинической медицины и то недалекое будущее, когда въ болѣзняхъ дѣтскаго организма станутъ всѣ видѣть величайшее соціальное зло, для борьбы съ которымъ грѣшно жалѣть средствъ, такъ какъ затрачиваемый на это дѣло капиталъ возвратится сторицею. Улучшеніе здоровья юныхъ организмовъ дастъ въ результатѣ крѣпкое, выносливое, не вырождающееся поколѣніе, больницы-же и клиники для взрослыхъ будутъ заключать въ своихъ стѣнахъ все меньше и меньше тѣхъ мало благодарныхъ съ терапевтической точки зрѣнія патологическихъ формъ, начало и корень которыхъ всецѣло относятся къ той ранней эпохѣ, когда формы эти поддаются лѣченію или могутъ быть сведены до того minimum'a, при которомъ опасность минуетъ не только quo ad vita, но даже quo ad valetudinem completam. Скажу болѣе—цѣлый рядъ заболѣваній взрослыхъ станетъ протекать при болѣе ясной, мало запутанной и сложной картинѣ припадковъ, когда распознаваніе дѣлается нетруднымъ, предсказаніе — болѣе благопріятнымъ, а лѣчебныя мѣры—болѣе опредѣленными и надежными. Для поясненія сказаннаго достаточно привесть нѣсколько примѣровъ.

Острыя и хроническія воспаленія дыхательныхъ органовъ у взрослыхъ должны протекать различно въ зависимости отъ имѣющихся тамъ и оставшихся со временъ дѣтства, недочетовъ, при чемъ на первомъ планѣ надо отмѣтить недоразвитіе или нарушеніе правильности грудной клѣтки, гортани, носовой и носоглоточной полостей. Клиника сердечныхъ заболѣваній окажется тѣмъ сложнѣе и непонятнѣе, чѣмъ значительнѣе перешедшія съ дѣтства уклоненія какъ въ смыслѣ нарушеній законовъ роста сосудистой системы, такъ и по отношенію къ бывшимъ тамъ и окончательно не исчезнувшимъ патологическимъ процессамъ. Страданія желудочнокишечнаго канала обнаружатъ тѣмъ болѣе разнообразную группу припадковъ, чѣмъ чаще и дольше этотъ путь подвергался въ дѣтствѣ заболѣваніямъ и чѣмъ значительнѣе были уклоненія въ смыслѣ роста въ цѣломъ и отдѣльныхъ частей. Относительно большая печень дѣтей можетъ подъ вліяніемъ повторныхъ острыхъ и хроническихъ зараженій или долго продолжавшихся отравленій остаться въ превышающихъ норму размѣрахъ и по окончаніи дѣтства, при чемъ болѣзни, поражающія этотъ органъ въ зрѣломъ возрастѣ, не могутъ не измѣнять типа, свойственнаго имъ въ обыкновенныхъ условіяхъ. Долго тянувшіеся въ позднемъ дѣтствѣ нефриты, особенно-же оставшаяся, хотя-бы и въ слабой степени, нетрудоспособность почекъ (insufficientia renum) должны видоизмѣнять теченіе и исходы заболѣванія названныхъ органовъ у взрослыхъ. Давно заслужившій себѣ печальную извѣстность рахитическій тазъ и пока мало обращающій на себя вниманія, но несомнѣнно существующій недостатокъ правильности въ развитіи тазовыхъ костей и примыкающей къ нимъ части позвоночника способны дать то неожиданное осложненіе, при которомъ физіологическая норма родовъ колеблется въ широкихъ предѣлахъ, а рискъ за здоровье и жизнь явится въ тѣмъ болѣе рѣзкой степени, чѣмъ значительнѣе были названныя уклоненія. Гинекологическія формы заболѣванія, упорно протекающіе оофориты видоизмѣнятъ свой типъ теченія въ зависимости отъ бывшихъ въ области половыхъ органовъ болѣзней поздняго дѣтства. Достаточно назвать приливы къ яичникамъ при эпидемическомъ перипаротитѣ и другихъ острыхъ заразныхъ болѣзняхъ, специфическіе и воспалительные катарры наружныхъ половыхъ частей, влагалища и даже канала маточной шейки, мастурбація всѣхъ видовъ. Всевозможныя формы разстройствъ общаго питанія тѣмъ болѣе уклоняются отъ обыкновеннаго, свойственнаго взрослымъ характера, чѣмъ значительнѣе были въ дѣтствѣ отступленія отъ основныхъ законовъ физическаго развитія и чѣмъ меньше сгладились слѣды худосочій при переходѣ въ зрѣлый возрастъ. Страданія центральной и периферической нервной системы обнаруживаютъ пестрый калейдоскопъ клиническихъ явленій, объясненіе котораго необходимо искать въ далекомъ дѣтствѣ, когда болѣзни эти протекали въ иномъ видѣ, зачастую имѣя въ своей основѣ то или другое уклоненіе въ развитіи отдѣльныхъ частей мозга, а также измѣненія заключающаго послѣдній костяка. Заболѣванія глазъ, уха, кожи должны имѣть на себѣ особый оттѣнокъ, если только эти органы въ теченіи дѣтскаго возраста подвергались разстройствамъ или уклонялись отъ правильнаго развитія. Даже хирургу при постановкѣ распознаванія и выборѣ того или другого способа оперативнаго пособія приходится считаться съ уклоненіями, которыя взрослый унаслѣдовалъ изъ своего дѣтства.

Изъ приведеннаго, полагаю, ясно, что основательное знакомство врача-практика съ болѣзнями дѣтскаго возраста такъ-же необходимо, какъ и съ клиникой взрослыхъ больныхъ. Съ другой стороны, врачъ взрослыхъ обязанъ никогда не забывать основныхъ положеній педіатріи для того, чтобы въ каждомъ данномъ случаѣ всегда быть на высотѣ своей тяжелой задачи. Частые типы заболѣваній взрослаго человѣка уже вылиты въ опредѣленныя формы и въ такомъ видѣ довольно легко воспринимаются на студенческой скамьѣ и мало затрудняютъ хорошо подготовленнаго, осторожнаго, мыслящаго и строго къ себѣ относящагося врача. Но, вѣдь, прекрасно извѣстно, что болѣзнь сплошь и рядомъ протекаетъ съ такими уклоненіями и оттѣнками, что самый опытный и хорошо знакомый съ клинической азбукой врачъ становится втупикъ, не зная, въ чемъ дѣло и какъ помочь больному. Въ виду огромнаго % заболѣваемости дѣтскаго населенія, взрослый организмъ въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ носитъ въ себѣ такую или иную, съ дѣтства унаслѣдованную патологическую особенность, вслѣдствіе которой простая, сама по себѣ, клиническая картина становится почти неузнаваемой; вотъ почему нельзя не согласиться съ мнѣніемъ отца американской педіатріи, проф. *A. Jacobi*, сказавшаго въ одной изъ своихъ всегда поучительныхъ лекцій, что каждый дѣтскій врачъ съумѣетъ помочь взрослому больному, тогда какъ нельзя сказать того-же самаго о врачѣ взрослыхъ по отношенію къ больному ребенку. Обидно за науку, еще обиднѣе за учащихся, когда во всеуслышаніе приходится заявить, что дѣтскія болѣзни преподаются на поликлиническомъ матеріалѣ, при посредствѣ котораго приходится знакомить слушателей съ особенностями дѣтскаго организма, съ уклоненіями въ физическомъ его развитіи, ставить быстрое, подчасъ мало обоснованное распознаваніе, указывать соотвѣтствующее лѣченіе. Но подобное веденіе чисто клиниче-

скаго предмета недостаточно уже по одному тому, что многія формы болѣзней не въ состояніи краснорѣчиво убѣдить аудиторію въ пользѣ той или другой терапевтической мѣры. Кромѣ того, есть цѣлый рядъ заболѣваній, точное изученіе которыхъ и, его ipso, правильное лѣченіе возможно исключительно въ клиникѣ, и случаи эти могутъ встрѣчаться молодому врачу на первыхъ-же шагахъ его практической дѣятельности. Спрашивается, можно-ли убѣдительно доказать пользу лѣкарственнаго средства, терапевтическаго пріема, питательнаго режима, разъ только ребенокъ, страдающій кишечнымъ разстройствомъ или его послѣдствіями, не будетъ помѣщенъ въ клинику, всегда ярко и документально убѣждающую въ результатахъ научно поставленныхъ терапевтическихъ пріемовъ? Разумѣется, нѣтъ. Какъ можно научить студента успѣшной и правильной борьбѣ съ остро протекающими разстройствами общаго питанія, развивающимися въ зависимости отъ нарушеннаго усвоенія питательныхъ веществъ, неправильнаго ухода, только что перенесенныхъ заразныхъ и воспалительныхъ заболѣваній, какъ не въ условіяхъ клиническаго преподаванія? Какимъ образомъ учащійся воочію убѣдится въ могуществѣ своевременно принятыхъ мѣръ при остромъ бронхитѣ, ларингитѣ, ревматизмѣ, приливахъ къ правой подвздошной области, бурно наступающихъ кишечныхъ разстройствахъ, гиперэміяхъ головного и спинного мозга, общихъ судорогахъ, тетаніи и пр., какъ не пользуясь услугами хорошо обставленной клиники? Гдѣ-же, какъ не въ послѣдней, можно наглядно видѣть благопріятное, почти чудесное, вліяніе предупредительныхъ мѣръ въ случаяхъ острыхъ заразныхъ заболѣваній, при которыхъ профилактическія упущенія строго наказываются рядомъ послѣдовательныхъ осложненій, возвратовъ, сочетаній? Въ одной лишь клиникѣ студентъ имѣетъ возможность усвоить и удержать въ памяти ту благодарную особенность дѣтскаго организма, въ силу которой своевременно и разумно примѣняемыя средства даютъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ поразительные результаты, такъ какъ vis medicatrix naturae у дѣтей сама по себѣ способна творить чудеса, нравственно обязывая стоящаго у постели ребенка врача не опускать рукъ въ самыхъ безнадежныхъ, по видимому, положеніяхъ. Изученіе способовъ изслѣдованія больныхъ дѣтей въ различные возрасты ихъ жизни вполнѣ доступно опять-таки въ клиникѣ, гдѣ общій режимъ скоро дисциплинируетъ маленькихъ больныхъ, мѣшающіе-же въ поликлиникѣ капризы ребенка, равно какъ тормазящее участіе матерей и бабушекъ не могутъ имѣть мѣста. Хорошо устроенная и строго научно работающая дѣтская клиника представляетъ собою тотъ великій храмъ надеждъ и упованій, гдѣ учащійся видитъ всю мощь знанія и вправѣ съ гордостью говорить о побѣдахъ его не только въ настоящемъ, но и въ далекомъ будущемъ, когда маленькіе больные станутъ взрослыми людьми. Помимо сказаннаго, дѣтская клиника оказываетъ на чуткую молодежь и огромное нравственное вліяніе, такъ какъ въ составъ ея больныхъ не входятъ вкусившіе уже сладкихъ и горькихъ плодовъ жизни, а лишь страдающіе отъ вредныхъ вліяній окружающей среды или за чужія прегрѣшенія. Въ дѣтской клиникѣ нѣтъ мѣста упрекамъ и даже равнодушію; здѣсь одна любовь и состраданіе въ самыхъ чистыхъ, сердечныхъ проявленіяхъ.

Теперь невольно возникаютъ вопросы, почему-же дѣтская клиника считается учрежденіемъ, безъ котораго подчасъ можно и обойтись, почему педіатрія оказывается какъ-бы не родной сестрой въ семьѣ клиническихъ наукъ, и почему, наконецъ, при устройствѣ новыхъ клиникъ хлопочутъ прежде всего объ обезпеченіи преподаванія на клиническомъ матеріалѣ взрослыхъ, о больныхъ-же дѣтяхъ начинаютъ думать уже потомъ, разъ только не найдется добрая душа, предлагающая свои услуги на великое дѣло, во имя высоко-гуманной идеи? Одною изъ главныхъ причинъ подобнаго рода явленія надо признать тотъ печальный фактъ, въ силу котораго не только врачи вообще, но и представители каѳедръ въ частности еще не пришли къ полному убѣжденію въ огромной важности клиническаго преподаванія педіатріи и въ полной равноправности ея съ основными отдѣлами прикладной медицины. Грустные факты недалекаго прошлаго уже записаны на скрижаляхъ безпристрастной исторіи. Они говорятъ, что въ факультетскихъ засѣданіяхъ возможны (me Hercule!) принципіальныя пренія на счетъ права дѣтскихъ болѣзней на самостоятельное положеніе и большой легкости ихъ изученія въ клиникѣ взрослыхъ..... Мнѣ самому не разъ приходилось защищать бѣдную педіатрію отъ нападокъ въ указанномъ смыслѣ; правда, скептики тотчасъ-же складывали оружіе, какъ только удавалось ихъ поймать на несовсѣмъ точныхъ представленіяхъ объ особенности дѣтскаго организма, а чаще—на незнаніи того, что обязанъ знать дѣтскій врачъ. Съ болью въ сердцѣ надо сознаться, что даже среди представителей спеціальности, о которой идетъ рѣчь, нѣтъ еще полнаго единомыслія — не всѣ въ равной степени видятъ въ анатомофизіологическихъ особенностяхъ ростущаго организма тотъ краеугольный камень, который обусловливаетъ рѣзкія отличія съ патологической, клинической и терапевтической точекъ зрѣнія. Особенности дѣтскаго организма, въ различные періоды его жизни, а тѣмъ болѣе уклоненія отъ средней нормы кладутъ на патологическіе процессы и клиническую картину ихъ столь характерную печать, что распознаваніе, теченіе болѣзней, предсказаніе и лѣченіе являются вовсе не похожими на аналогичныя съ перваго взгляда данныя у постели взрослыхъ.

Второстепенной причиной нѣкотораго равнодушія къ больнымъ дѣтямъ да позволено мнѣ будетъ назвать эгоизмъ отцовъ, какъ правящаго класса и руководителя въ вопросахъ общественнаго свойства, всегда довольно удобно устраивающаго свои дѣла, слѣдуя мудрой пословицѣ: своя рубашка ближе къ тѣлу. Далеко не такъ относится къ дѣтямъ многострадальная мать, сплошь и рядомъ жертвующая собою для спасенія и здоровья ребенка, причиняющаго ей много хлопотъ уже до своего появленія на свѣтъ. Можно только жалѣть объ ограниченности правъ женщинъ при рѣшеніи вопросовъ, касающихся больного ребенка.... Присутствіе одной-двухъ матерей въ ученыхъ и общественныхъ ареопагахъ, уполномоченныхъ рѣшать участь не выстраданныхъ ими созданій было-бы великимъ благодѣяніемъ, реальное выраженіе котораго не замедлило-бы обнаружиться въ устройствѣ дѣтскихъ клиникъ и образцовыхъ дѣтскихъ больницъ. Будемъ надѣяться, что время это—не за горами...

И такъ, на устройство дѣтскихъ клиникъ должно быть обращено самое серьезное вниманіе, такъ какъ незнакомый съ педіатріей врачъ въ началѣ своей практической дѣятельности не только не будетъ помогать дѣтямъ въ ихъ страданіяхъ, но даже и при безразличной терапіи можетъ допустить ухудшеніе болѣзненнаго процесса и тѣмъ нарушить основное правило врачеванія—ne nocea. Незнакомство съ особенностями дѣтской патологіи лишаетъ врача возможности сознательно отнестись ко всему тому, что онъ видитъ у постели ребенка, вырабатываемый-же путемъ эмпиріи шаблонъ и представляетъ собою то больное мѣсто, на которое мы вправѣ жаловаться и при которомъ нѣтъ научнаго движенія впередъ.

Какъ плачевно стоитъ дѣло съ учрежденіями для больныхъ дѣтей даже въ большихъ умственныхъ центрахъ, легко судить по тому, что въ Харьковѣ, напр., нѣтъ ни одной койки для маленькихъ больныхъ, страдающихъ не заразными формами заболѣванія. Если къ этому прибавить, что и alma mater ничего не сдѣлала пока въ данномъ направленіи, то легко можно представить себѣ отчаянное положеніе профессора, читающаго при подобныхъ условіяхъ клиническій предметъ. Картина станетъ еще печальнѣе, если имѣть при этомъ въ виду несчастныхъ дѣтей, привозимыхъ за сотни верстъ и страдающихъ болѣзнями, пользованіе которыхъ возможно только въ клиникѣ или въ хорошо устроенной больницѣ. Какое ужасное впечатлѣніе производитъ на студентовъ заявленіе о томъ, что данное страданіе можно или устранить или въ значительной степени ослабить лишь въ клиникѣ!... И такое заявленіе приходится дѣлать въ теченіи академическаго года чуть не на каждой практической лекціи. Харьковскій Университетъ, собирающійся праздновать 100-лѣтіе своей просвѣтительной дѣятельности, сдѣлалъ-бы благое дѣло, если-бы подарилъ клинику больнымъ дѣтямъ, стремящимся къ научному центру, какъ къ источнику исцѣленія, и получаю-

щимъ здѣсь зачастую лишь распознаваніе своихъ страданій. Подобная постановка дѣла стоитъ въ явномъ противорѣчіи съ гуманными началами, начертанными на знамени практической медицины и проповѣдуемыми съ каѳедръ.

Хорошо организованная поликлиника весьма полезна въ смыслѣ быстрой постановки распознаванія и ex tempore устанавливаемой терапіи. Какъ repetitorium, она ничѣмъ не замѣнима для врача, уже самостоятельно практиковавшаго и лишь желающаго быстро провѣрить примѣняемые имъ способы лѣченія. Для студента нужно подробное, точное и систематическое наблюденіе, представляющее собою тотъ фундаментъ, на которомъ прочно должно стоять будущее зданіе практической его дѣятельности. Для учащагося необходимо еще ad oculos убѣдиться въ соотвѣтствіи при жизни поставленнаго распознаванія съ патологоанатомическими измѣненіями на секціонномъ столѣ. Поликлиника безъ стаціонарнаго матеріала можетъ производить на учащихся даже дурное вліяніе, такъ какъ взглядъ на педіатрію явится въ томъ нежелательномъ свѣтѣ, при которомъ создаются поверхностныя сужденія, поспѣшность заключеній и преувеличенное мнѣніе о силѣ собственныхъ познаній. Правда, одновременно проводимое посѣщеніе больныхъ дѣтей въ ихъ квартирахъ можетъ пополнять пробѣлы и многому научить, но практическое выполненіе этого сочетаннаго способа преподаванія сопряжено съ громадными трудностями и требуетъ много времени и значительныхъ денежныхъ затратъ. Клиника стоитъ неизмѣримо выше, такъ какъ ставитъ больного ребенка въ самыя лучшія условія ухода, питанія и лѣченія.

Ко всему сказанному нельзя не прибавить, что въ виду огромной трудности изученія дѣтскихъ болѣзней и крайней необходимости основательнаго съ ними знакомства желательно преподаваніе ихъ не на 1 курсѣ, какъ оно нерѣдко ведется теперь, а на 2-хъ. Въ теченіи 1-го года студенты ознакомятся съ особенностями дѣтскаго организма и характеромъ свойственныхъ ему заболѣваній, въ теченій-же 2-го привыкнутъ къ самостоятельной работѣ у постели маленькихъ больныхъ, обыкновенно ничего относящагося къ дѣлу не говорящихъ, а лишь кричащихъ и протестующихъ...

Какъ-бы ни была мрачна картина преподаванія педіатріи на поликлиническомъ матеріалѣ, я все-же долженъ сказать, что въ отношеніи Харьковскаго Университета терзанія судьбы, согласно постановленной мною въ заголовкѣ итальянской поговоркѣ, въ извѣстной мѣрѣ смягчались тѣмъ обстоятельствомъ, что благодаря любезности городской Управы, въ распоряженіе профессора дѣтскихъ болѣзней была предоставлена упомянутая выше дѣтская больница для острыхъ заразныхъ больныхъ (скарлатиной, дизентеріей, корью и тифомъ), гдѣ студенты могли знакомиться съ важными отдѣлами дѣтскихъ заболѣваній въ условіяхъ больничной обстановки.

Очень будетъ жаль, если скромный мой голосъ окажется въ незавидномъ положеніи вопіющаго въ пустынѣ; но вмѣстѣ съ тѣмъ хочется вѣрить, что на помощь Университету и ищущей знаній молодежи придутъ: городское общественное Управленіе, губернское, уѣздное дворянства и земства, равно какъ и частныя лица. Устройствомъ дѣтской клиники или образцовой дѣтской больницы будетъ воздвигнутъ вполнѣ достойный памятникъ тому, безпримѣрной энергіи котораго Харьковскій Университетъ обязанъ своимъ существованіемъ.... Dixi et animam levavi.

Проф. *И. Троицкій.*

Наблюденія надъ холерной эпидеміей 1904-го года въ Персіи. Пути распространенія холеры, теченіе, лѣченіе и предохранительныя прививки *).

(Окончаніе. См. № 48, стр. 1622).

Холера въ Тавризѣ.

30/VIII на извощичьемъ дворѣ одинъ персъ-извощикъ умеръ, а другой заболѣлъ рвотой и поносомъ со всѣми типичными явленіями холеры. Нужно думать, судя по разсказамъ окружавшихъ, что и первый—умеръ отъ холеры. Оба пріѣхали изъ Мараги. 2-ой больной умеръ 6/IX (находился подъ наблюденіемъ ж.-вр. *Равской*). Какъ клинически, такъ и бактеріологически случай этотъ былъ несомнѣнно случаемъ холеры. Всѣ первые случаи заболѣванія холерой въ Тавризѣ были занесены изъ Мараги.

Я говорилъ уже о томъ, что получать здѣсь свѣдѣнія о заболѣваемости и смертности чрезвычайно трудно, въ особенности во время эпидеміи. Поэтому пришлось организовать собственными силами маленькіе отряды наемныхъ людей, которые ходили по участкамъ и кладбищамъ и собирали свѣдѣнія объ умершихъ. Эти люди, въ свою очередь, контролировались другими. Муллы и могильщики въ нѣкоторыхъ участкахъ сообщали намъ свѣдѣнія за деньги, и только такимъ путемъ сыска и постояннаго сравненія нашихъ свѣдѣній съ оффиціальными, которыя, къ слову сказать, всегда были ниже дѣйствительныхъ, и удавалось получать болѣе или менѣе достовѣрныя свѣдѣнія о ходѣ эпидеміи. Кромѣ того, въ началѣ эпидеміи для провѣрки слуховъ о существованіи очага ея въ томъ или другомъ участкѣ я самъ отправлялся въ указанныя мѣста и обыкновенно находилъ десятки и сотни больныхъ. Послѣдніе почти всегда, за рѣдкими лишь исключеніями, охотно принимали нашу помощь, въ особенности въ началѣ эпидеміи, и стоило только кому-нибудь изъ нашихъ больныхъ поправиться, какъ насъ уже въ этомъ кварталѣ на перерывъ приглашали къ больнымъ. Дѣятельность наша — безплатная помощь всѣмъ во всякое время дня и ночи—не могла нравиться мѣстнымъ хакимамъ, у которыхъ отъ нея порядочно уменьшилась практика. Вотъ тутъ-то и начались ложные слухи, которые распускали хакимы и поддерживали невѣжественные муллы, что мы отравляемъ народъ, и въ 2-хъ участкахъ муллы добились того, что меня перестали приглашать, а, если кто изъ персовъ и отваживался на это, то встрѣчалъ самое ярое противодѣйствіе со стороны окружающихъ. Чтобы показать народу губительное дѣйствіе моихъ лѣкарствъ, одинъ мулла напоилъ собаку крѣпкой карболовой кислотой, которой, кстати сказать, я совершенно не употреблялъ у постели больного, и, когда собака погибла, по городу стали ходить самые нелѣпые слухи. Тѣмъ не менѣе мы спокойно продолжали свою работу, одолѣваемые массой больныхъ персовъ и армянъ. Для противовѣса вздорнымъ слухамъ я неоднократно передъ больнымъ, въ присутствіи толпы зѣвакъ, самъ принималъ тѣ лѣкарства, которыя затѣмъ давалъ больнымъ. При оказаніи медицинской помощи холернымъ я никогда не прибѣгалъ къ насилію и при малѣйшемъ сомнѣніи или нежеланіи, выражаемомъ больнымъ или его окружающими принять эту помощь, тотчасъ-же уходилъ. Не мало волновали умы наши предохранительныя прививки, которыя, конечно, были непонятны простому населенію, не знакомому даже съ прививками противъ оспы; они были встрѣчены враждебно мѣстными хакимами и даже нѣкоторыми дипломированными врачами (д-ръ *Coppin*), не смотря на то, что, какъ будетъ видно ниже, прививки эти *никому не принесли никакого вреда* и оказались весьма дѣйствительными противъ холеры. Слухи и подстрекательство населенія со стороны разныхъ хакимовъ и муллъ привели къ эпизоду 1/X, когда я едва не поплатился жизнью, подвергшись на улицѣ нападенію вооруженнаго перса: персъ этотъ, якобы, мстилъ за свою дочь, вылѣченную нами отъ холеры, и за пріятеля, умершаго отъ холеры на 2-й день послѣ прививки; умершему персу была сдѣлана прививка по его собственной просьбѣ и, какъ свидѣтельствуютъ собранныя мною впослѣдствіи свѣдѣнія, тогда, когда онъ былъ уже несомнѣнно больнымъ. Болѣзнь свою онъ скрывалъ и во время прививки на вопросъ о здоровьѣ, отвѣтилъ, что совершенно здоровъ; мы никогда не прививали чѣмъ-бы то ни было больныхъ хотя-бы и въ малѣйшей степени. Населеніе отнеслось къ преступнику враждебно, и послѣ этого случая меня неоднократно приглашали къ больнымъ.

Всего подъ моимъ наблюденіемъ за время эпидеміи съ 39/VIII по 1/XI было около 400 холерныхъ больныхъ, кромѣ 60 больныхъ въ Марагѣ. Приводимыя ниже цифры движенія холерной эпидеміи въ Тавризѣ касаются лишь смертныхъ случаевъ, которые одни только могли быть нами собраны съ достовѣрностью. Общее число больныхъ совершенно не поддается точнымъ исчисленіямъ; можно лишь приблизительно опредѣлить его на основаніи % смертности среди больныхъ, извѣстныхъ намъ.

Изъ 460 больныхъ только у 5 я наблюдалъ т. наз. сухую холеру, безъ рвоты и поноса; у остальныхъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ были на лицо всѣ классическіе признаки болѣзни: рвота, поносъ, судороги и быстрое паденіе сердечной дѣятельности. Сухая холера длилась не болѣе 6 часовъ. Мнѣ пришлось наблюдать такихъ больныхъ вскорѣ послѣ начала заболѣванія. По видимому, до того совершенно здоровый вдругъ начинаетъ чувствовать слабость во всѣхъ членахъ и не въ силахъ уже двигаться; руки и ноги его холодѣютъ, что иногда сопровождается судорогами; дѣятельность сердца быстро падаетъ; сознаніе теряется, и больной умираетъ въ теченіи 2—6 час. Всѣ мои больные сухой холерой умерли. Изъ 455 больныхъ

*) Изъ отчета по командировкѣ въ Тавризъ въ холерную эпидемію 1904 г.

2-ой категоріи мнѣ извѣстна судьба 393 больныхъ Тавризскихъ: изъ нихъ умерли 120, т. е. 30,5%. Если ихъ по тяжести заболѣванія раздѣлить на отдѣльныя группы, то оказывается, что больныхъ легкою формою холеры было 86; у остальныхъ 307 была форма тяжелая; среди послѣднихъ смертность была 39%. Сюда входятъ и всѣ тѣ случаи, въ которыхъ смерть наступала въ теченіи 24 час. отъ начала лѣченія. Въ одномъ кварталѣ мы имѣли возможность собрать свѣдѣнія относительно больныхъ, съ одной стороны, совершенно не пользовавшихся врачебной помощью, а съ другой—пользовавшихся помощью мѣстныхъ т. наз. врачей. Среди больныхъ 1-ой группы смертность была 75—80, а среди больныхъ 2-ой—около 90%. Эта высокая смертность среди больныхъ, лѣчившихся у мѣстныхъ знахарей, не должна, впрочемъ, вызывать удивленіе, ибо больные получали отъ нихъ прежде всего опій и всевозможные кислые напитки съ опіемъ-же. Мнѣ нерѣдко приходилось посѣщать холерныхъ больныхъ, у которыхъ вслѣдъ за нѣсколькими часами непрерывной рвоты и поноса сразу прекращались желудочно-кишечныя явленія, что сначала ставило меня въ тупикъ, впослѣдствіи-же оказывалось, что больные эти получали большія количества опія. Смерть такихъ больныхъ послѣ видимаго улучшенія обыкновенно крайне огорчала окружающихъ своей внезапностью [1]).

Лѣченіе мы примѣняли слѣдующее: начинали со слабительной дозы каломеля—0,8 взрослымъ и 0,2 дѣтямъ; если въ теченіи 12 часовъ характеръ испражненій не измѣнялся, то каломель давали вторично; обыкновенно же послѣ этого рисовыя испражненія дѣлались рѣже, и каловыя массы получали окраску. Послѣ каломеля давали салолъ и коффеинъ, черезъ 3—4 часа. При упорной рвотѣ, не позволявшей вводить лѣкарствъ, все вниманіе обращалось на остановку рвоты, чего обыкновенно и удавалось достигнуть съ помощью кокаина, хлороформной воды, а въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ—ледяныхъ компрессовъ на область желудка. Внутренніе пріемы льда пользы не приносили и даже усиливали рвоту. При упорныхъ, частыхъ поносахъ мы примѣняли теплыя высокія клизмы изъ физіологическаго раствора поваренной соли съ марганцевокислымъ кали (0,5—1,0 на 2 литра). Для поднятія дѣятельности сердца подъ кожу впрыскивали камфарное масло, внутрь давали крѣпкій горячій кофе (по турецки) и коффеинъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда-то позволяла обстановка, въ альгидномъ періодѣ холеры впрыскивали подъ кожу физіологическій растворъ поваренной соли, около 200 к. стм.. повторно, нѣсколько разъ въ день. Изъ 10 тяжелыхъ холерныхъ больныхъ, которымъ сдѣланы были подкожныя вливанія, умеръ только 1—старикъ, 62 л. Старики и дѣти вообще плохо переносили болѣзнь. При судорогахъ примѣнялись растираніе и согрѣваніе тѣла горячими пузырями, припарками и ваннами, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ превосходно дѣйствовала хлороформная вода. На основаніи нашихъ наблюденій я долженъ сказать, что даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ холеры, если только обстановка дозволяетъ пользоваться ваннами, подкожными вливаніями, впрыскиваніями и высокими клизмами, можно добиться выздоровленія, если лѣченіе начинается не позже 12 час. отъ начала заболѣванія.

Зачаточный періодъ, по нашимъ наблюденіямъ, длился чаще всего около 2-хъ сутокъ, хотя бывали случаи, когда онъ продолжался всего нѣсколько часовъ или тянулся до 5 дней; длительность его больше 5 дней мнѣ наблюдать не приходилось.

Въ тяжелыхъ, оканчивавшихся смертью, случаяхъ болѣзнь длилась отъ 12 час. до 4 сутокъ. Угрожавшія явленія наступали уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала заболѣванія: дѣятельность сердца падала, конечности дѣлались синими и холодными, носъ заострялся, глаза глубоко вваливались въ глазницы; за нѣсколько часовъ большой дѣлался прямо неузнаваемымъ. Изъ постоянныхъ клиническихъ припадковъ болѣзни (о сухой холерѣ я не говорю) нужно отмѣтить рвоту, поносъ и судороги, при чемъ поносъ, за рѣдкими исключеніями, не сопровождается болями въ животѣ, а испражненія, дѣйствительно, имѣютъ видъ рисоваго отвара или картофельнаго супа. *) Частая рвота представляетъ болѣе постоянное явленіе, чѣмъ поносъ. Бывали даже такіе случаи, что испражненія мѣнялись только съ качественной стороны, а на первый планъ выступала неудержимая рвота—до 20 разъ въ сутки. Судороги наблюдались почти во всѣхъ случаяхъ даже легкой холеры. Анурія при холерѣ также представляетъ часто встрѣчающійся припадокъ: она была почти въ 1/2 нашихъ случаевъ (въ особенности въ тяжелыхъ); по большей части она легко устраняется горячими припарками на область мочевого пузыря и горячими ваннами.

Холерный тифоидъ встрѣчался въ нашихъ случаяхъ не часто: лишь въ 4% общаго числа заболѣваній дѣло кончилось имъ. Изъ 17 больныхъ холернымъ тифоидомъ выздоровѣли 2. Явленія тифоида обыкновенно выступали на 5-ый день болѣзни.

Изъ различныхъ послѣдовательныхъ явленій нужно отмѣтить еще эритемы, въ большинствѣ случаевъ скарлатиннаго характера, державшіяся въ теченіи нѣсколькихъ дней. Такихъ случаевъ у насъ было всего 5, изъ нихъ 4 при тяжелой холерѣ (1 больной умеръ).

Обеззараживаніе послѣ холерныхъ здѣсь приходилось дѣлать не часто: наши предложенія на этотъ счетъ въ большинствѣ случаевъ отвергались. Единственно на что соглашались чаще—это на заливку отхожихъ мѣстъ известковымъ молокомъ. Всего нами сдѣлано полное обеззараживаніе помѣщеній 11 разъ, частичное — до 20 разъ. Жилища обеззараживались сулемой и формалиномъ, дворы и отхожія мѣста—известковымъ молокомъ; домашняя утварь, посуда и ковры, сообразно случаямъ,—кипяченіемъ, карболовой кислотой и формалиномъ.

Съ начала эпидеміи 30/VIII до 1/XI (2/XI я уѣхалъ изъ Тавриза), когда число заболѣваній снова стало считаться единицами, когда, слѣд., эпидемія уже прекращалась, т. е. за 2 мѣсяца, въ Тавризѣ умерли отъ холеры *не менѣе 10000 чел.*, а, если принять во вниманіе, что цифры наши далеко ниже дѣйствительныхъ, такъ какъ больныхъ все время скрывали, то не будетъ ошибкой считать число умершихъ въ 15000, а заболѣвшихъ—около 20000 чел. Стало быть, изъ 250000-го населенія умерла 1/17 часть. Цифры—поражающія, но для Персіи ихъ далеко еще нельзя считать высокими.

Въ Тегеранѣ въ эпидемію 1904 г. умерли отъ холеры 35000 чел. (при населеніи менѣе, чѣмъ 200000), и только позднее начало эпидеміи въ Тавризѣ спасло его отъ большихъ жертвъ. Эпидемія въ Тавризѣ началась въ одномъ кварталѣ и первыя 2 недѣли была сравнительно небольшой.

[1]) Курьеза ради упомяну о лѣченіи холеры мѣстными хакимами спорыньей, а также о бывшемъ въ Тавризѣ въ большомъ ходу «противохолерномъ элексирѣ» мѣстнаго врача С. (3 р. 20 к. за бутылку), нажившаго на своемъ напиткѣ не мало денегъ. Въ pendant къ этому добавлю, что населеніе искало спасенія отъ холеры въ постоянныхъ молитвахъ и постахъ, въ стрѣльбѣ изъ ружей (прогоняли холеру), а богатые - въ бѣгствѣ изъ города.

*) Распознаваніе холеры въ разгарѣ болѣзни не представляетъ никакихъ затрудненій,—на столько типична клиническая картина ея. Другое дѣло—въ началѣ болѣзни или при выздоровленіи, когда въ припадкахъ нѣтъ ничего типичнаго. Бактеріологическое изслѣдованіе испражненій (по способу *Koch*'а) въ большинствѣ случаевъ даетъ возможность уже черезъ 24—48 час. поставить распознаваніе съ большой вѣроятностью. Когда дѣло имѣлось съ выздоравливавшимъ больнымъ, болѣзнь котораго не наблюдалась, а тѣмъ не менѣе требовала точнаго опредѣленія, бактеріологическое изслѣдованіе давало намъ нерѣдко превосходные результаты даже черезъ 10—12 дней послѣ начала заболѣванія. Сывороточная реакція далеко не всегда оказывалась болѣе надежной, чѣмъ бактеріологическое изслѣдованіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ завѣдомо холерные больные по выздоровленіи—черезъ нѣсколько дней—не давали сывороточной реакціи со свѣжими холерными разводками. Тоже самое бывало какъ съ холерными больными въ разгарѣ болѣзни, такъ и съ лицами, которымъ сдѣланы были предохранительныя впрыскиванія убитыхъ и живыхъ разводокъ. Изъ нашихъ наблюденій я вынесъ впечатлѣніе, что для распознаванія сомнительныхъ случаевъ холеры сывороточная реакція не всегда убѣдительна и что, въ случаѣ отсутствія таковой, все-же нельзя отрицать этой болѣзни. Не могу не упомянуть здѣсь, что холерные вибріоны удается находить въ испражненіяхъ довольно долго послѣ взятія пробы. Въ 2-хъ случаяхъ я оставлялъ испражненія въ пробиркахъ съ ватными пробками на свѣту и въ пробиркахъ запаянныхъ (въ обоихъ случаяхъ при 20—22° Ц.); въ 1-мъ случаѣ удавалось находить холерные вибріоны еще *черезъ 12 дней*, во 2-мъ—еще *черезъ 35 дней*.

шая; когда-же пошли дожди (12/IX) и послѣ холодной погоды снова потеплѣло, холера быстро распространилась по всему городу, не пощадивъ ни одного квартала. Черезъ мѣсяцъ число умершихъ доходило уже до 550 чел. ежедневно, а больные насчитывались тысячами. На такихъ высокихъ цифрахъ смертность держалась съ недѣлю; затѣмъ она постепенно стала уменьшаться и къ концу октября была уже незначительной (см. кривую).

По этой-же кривой видно, что смертность уменьшалась постепенно и волнообразно.

Холера одинаково не щадила ни бѣдныхъ, ни богатыхъ туземцевъ. Среди европейцевъ былъ только 1 смертный случай — умерла монахиня въ католической миссіи. Среди армянскаго населенія больныхъ холерой было 89, изъ нихъ умерли 47. Относительно общаго числа армянъ—3538 чел.—число заболѣвшихъ составляетъ 2,4%, а умершихъ 1,3%; смертность среди заболѣвшихъ была равна 52,8%. Среди европейцевъ (кромѣ упомянутаго случая), служащихъ въ банкѣ, въ управленіи Тавризской дороги и въ русскомъ консульствѣ не было ни одного случая холеры. Но прислуга европейцевъ не была пощажена ею: изъ прислуги банка заболѣли холерой конюхъ (поправился; былъ привитъ) и двое дѣтей кучера (оба умерли; не были привиты); у главнаго инженера дороги заболѣлъ кучеръ (поправился; не былъ привитъ), у англійскаго консула — поваренокъ (умеръ; не былъ привитъ), у начальника почтъ — поваръ (поправился; былъ привитъ), у начальника таможенъ — слуга (умеръ; былъ привитъ), у воспитателя наслѣдника—лакей (поправился; былъ привитъ). Въ зданіи русскаго консульства среди заключенныхъ былъ 1 случай холеры (судьба больного мнѣ неизвѣстна, такъ какъ онъ взятъ былъ родными).

Обеззараживаніе производилось нами 2 раза въ домѣ банка, разъ въ русскомъ консульствѣ, разъ въ домѣ католической миссіи и разъ въ домѣ начальника почтъ. Кромѣ того, какъ было уже сказано, обеззараживались дома персовъ и армянъ.

Объ обеззараживаніи здѣшніе хакимы не имѣютъ ни малѣйшаго представленія: универсальнымъ средствомъ они считаютъ карболовую кислоту, которой стоитъ лишь побрызгать, чтобы уничтожить заразу. Что такого-же взгляда придерживаются здѣсь и «настоящіе» врачи, видно изъ того, какъ примитивно они предохраняли себя и другихъ отъ зараженія; ни у кого изъ нихъ раціональныхъ приспособленій для обеззараживанія не было.

Лабораторія наша работала все время и производила бактеріологическія изслѣдованія изверженій больныхъ, питьевой воды и воды бань. Во всѣхъ случахъ (27) бактеріоскопическое изслѣдованіе испражненій дало положительный результатъ, а 9 разъ (отъ 9 больныхъ) была получена чистая разводка холерныхъ вибріоновъ (1 разъ въ Марагѣ и 8 разъ въ Тавризѣ). Въ арычной водѣ (1 изслѣдованіе), протекавшей на окраинѣ города, найдены холерные вибріоны въ огромномъ количествѣ. Вода эта по внѣшнему виду чрезвычайно непривлекательна, какъ и вода бань. Въ послѣдней изъ 10 пробъ, взятыхъ изъ различныхъ бань, холерные вибріоны найдены въ 8. (Мы пользовались для питья водой, получаемой непосредственно съ горъ; въ бактеріологическомъ отношеніи вода эта была совершенно чиста). Кромѣ бактеріологическихъ изслѣдованій, въ нашей лабораторіи нѣсколько разъ клинически изслѣдовались калъ, моча, мокрота и кровь больныхъ и 1 разъ изслѣдовались сливки. Какъ видно изъ приведенныхъ данныхъ бактеріологическаго изслѣдованія и усиленія эпидеміи послѣ дождей, вода въ распространеніи холеры играла видную роль, отрицать которую невозможно.

Перехожу къ предохранительнымъ прививкамъ.

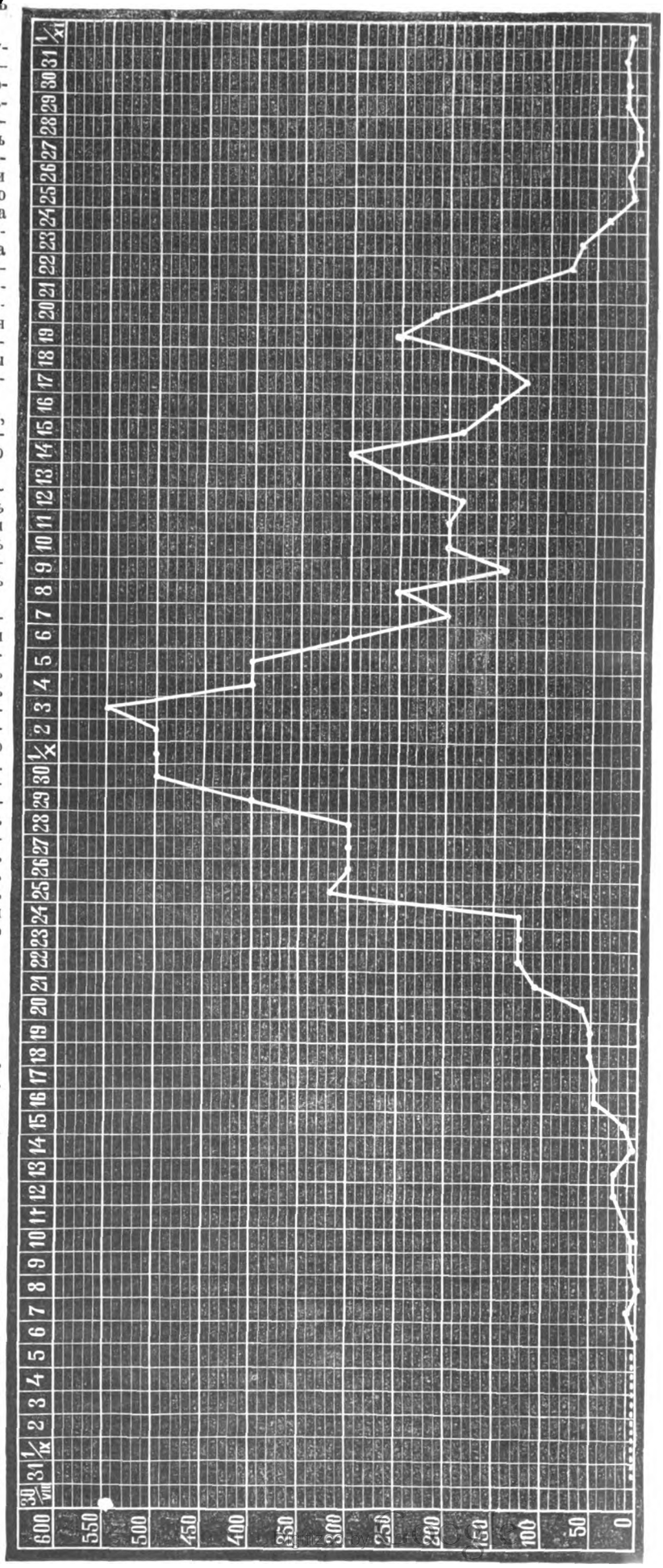
Предохранительныя прививки противъ холеры.

Согласно заранѣе выработанному въ Петербургѣ, въ Институтѣ экспериментальной медицины, плану, я рѣшелъ примѣнить на мѣстѣ противохолерныя прививки, которыя, какъ извѣстно, дали хорошіе результаты въ Индіи и въ Японіи. Вопросъ этотъ былъ для насъ принципіальной и практической важности въ виду ожидаемой холеры въ Россіи.

Прививки производились т. наз. противохолерной «лимфой», т. е. эмульсіей изъ убитыхъ (жаромъ) холерныхъ микробовъ. Лимфа была получена изъ Института экспериментальной медицины 2-мя партіями: 1) 150 флаконовъ по 10 к. стм. іюльскаго приготовленія и 2) 300 флаконовъ по 10 к. стм.—августовскаго. До 15/IX прививка производилась лимфой 1-ой партіи, а съ 15/IX до конца—2-ой. Густота лимфы обѣихъ партій была различная, и явленія, вызываемыя ими, тоже были различны. Въ то время, какъ 1-ая лимфа даже въ количествѣ 1 к. стм. давала мало общихъ и мѣстныхъ явленій, температура повышалась не больше, какъ до 37°,8, 2-ая (отъ 0,5 к. стм.) вызывала значительную мѣстную реакцію (опухоль, покраснѣніе кожи, отечное состояніе, державшееся 3—4 дня) и нерѣдко общія явленія (головную боль, головокруженіе, ломоту въ тѣлѣ), температура поднималась до 38°,5 (1 разъ), а до 37°,8 неоднократно. На мѣстѣ впрыскиванія незначительныя болевыя ощущенія держались нѣсколько дней, и часто черезъ 5—6 дней эпидермисъ въ районѣ укола шелушился. Одинъ разъ наблюдалась эритема.

Лимфа прививалась подъ кожу руки со всѣми асептическими предосторожностями и предварительно испыты-

Кривыя смертныхъ случаевъ за каждый день.



валась надъ врачебнымъ персоналомъ отряда. Прививки предлагались троекратныя каждому лицу, съ промежутками отъ 5 до 12 дней. 3-ья прививка производилась живой пептонной или агарной разводкой холерныхъ вибріоновъ, выдѣленныхъ изъ холерныхъ испражненій въ Марагѣ и Тавризѣ. Лимфа впрыскивалась взрослымъ отъ 0,4 до 1,0, дѣтямъ—отъ 0,1 до 0,4 к. стм. Живыя разводки впрыскивались отъ 0,1 до 0,45 к. стм. Пептонныя разводки брались суточныя и вводились, какъ таковыя; изъ агарныхъ (24-или 36-часовыхъ) дѣлалась эмульсія (на каждую пробирку агарной разводки 7 к. стм. физіологическаго раствора поваренной соли). Живыя разводки я предварительно испыталъ на себѣ, будучи уже раньше дважды привитъ лимфой. Обѣ живыя разводки въ количествѣ 0,45 к. стм. не вызывали какихъ-либо мѣстныхъ явленій (пептонныя вызывали небольшой зудъ на мѣстѣ прививки), ни повышенія температуры (около 100 измѣреній ея); чувствовалась лишь слабость во всемъ тѣлѣ и головная боль, но и та, и другая исчезали уже черезъ сутки. Кромѣ того, я принялъ черезъ ротъ 5 к. стм. живой пептонной разводки послѣ прививки живой. Черезъ 4 часа послѣ пріема (разводка была принята черезъ 2 часа послѣ завтрака) сдѣлался поносъ (прослабило 3 раза), при чемъ испражненія были нормальнаго цвѣта. Послѣ 3-го испражненія я принялъ каломель; вечеромъ было 37°,4, чувствовалось незначительное недомоганіе, но ни тошноты, ни рвоты не было. На слѣдующій день я чувствовалъ себя уже совершенно здоровымъ.

И такъ, прививки не давали никакихъ серьезныхъ явленій и, если бывало недомоганіе, то ничтожное. Такая слабая реакція дѣйствовала на населеніе успокоительно, и число желавшихъ подвергнуться прививкамъ постепенно увеличивалось. Пока холеры въ Тавризѣ еще не было, для прививокъ приходили немногіе, но съ появленіемъ первыхъ случаевъ ея число просившихъ о прививкахъ сразу возросло. Однако, съ прививками во время эпидеміи—нужно соблюдать крайнюю осторожность, чтобы не дискредитировать ихъ. Дѣло въ томъ, что во время холерной эпидеміи бываетъ не мало случаевъ т. наз. мнимой холеры отъ страха и, если такому человѣку сдѣлать прививку и прививка вызываетъ у него небольшое недомоганіе, то послѣднее принимается уже за предвѣстникъ холеры, появляются рвота и поносъ, въ которыхъ обыкновенно обвиняютъ прививку. Кромѣ того, легко можетъ случиться, что прививка будетъ сдѣлана уже въ зачаточномъ или даже въ предвѣстниковомъ періодѣ холеры, и, если такой больной заболѣетъ холерой и умретъ, то значеніе прививокъ въ глазахъ населенія можетъ быть окончательно подорвано. Поэтому мы поставили себѣ за правило прививать во время разгара эпидеміи только повторныхъ, а по первому разу—преимущественно лицъ интеллигентныхъ и то совершенно здоровыхъ, каждый разъ предупреждая, какія явленія можетъ вызывать прививка сама по себѣ. Если же въ домѣ приходившаго прививаться обнаружена была холера, то такимъ лицамъ мы безусловно прививокъ не дѣлали. Даже и при такомъ строгомъ отношеніи къ прививкамъ, мы все-же не могли уберечься отъ случайностей, о чемъ было сказано выше.

Нашей лимфой я дѣлалъ прививки въ Тавризѣ, Марагѣ и, кромѣ того, снабжалъ ею различныя учрежденія. Такъ, Тавризская дорога получила отъ насъ 20 флаконовъ, наше консульство—14, вице-консульство въ Урміи—35 и шприцъ и Джульфинскій карантинъ - 20.

Всего привито было нашей лимфой въ Азарбейджанѣ около 1500 чел., изъ нихъ 747 лично мною въ Тавризѣ и Марагѣ; всего-же прививокъ съ повторными я сдѣлалъ около 1300.

По національностямъ привитые распредѣлялись такъ: персовъ 333, армянъ 352, остальные были русскіе и другіе европейцы (члены иностранной колоніи въ Тавризѣ).

По 1 разу прививки были сдѣланы 747 чел., по 2—421, по 3—96 и по 4 (по желанію прививавшихся)—5. Изъ привитыхъ заболѣли холерой 16, умерли 3. Причина смерти 1 изъ умершихъ должна быть, впрочемъ, оставлена подъ сомнѣніемъ, такъ какъ больного никто изъ насъ не видѣлъ, а о болѣзни его и смерти мы узнали только по разсказамъ его окружавшихъ (довольно сбивчивымъ). Изъ 16 привитыхъ и заболѣвшихъ холерой 8 пользовались нашими совѣтами, 1 лѣчился у другого врача, а 7 оставались безъ всякаго лѣченія (часть ихъ отказались отъ нашей помощи). Изъ послѣднихъ умерли 3; 2-мъ изъ нихъ были сдѣланы прививки 1 разъ, 3-му 2 раза. Изъ привитыхъ и заболѣвшихъ 10 были сдѣланы прививки по 1 разу, 5 по 2 и 1—3 раза. Больные эти были слѣдующіе:

1. С. А., 10 л., армянинъ. Прививка была сдѣлана 1 разъ 29/ix (0,3 к. стм. убитой разводки). Заболѣлъ 8/x легкой формой холеры. Поправился черезъ 3 дня. Распознаваніе подтверждено бактеріологически. Лѣчился въ отрядѣ.

2. Н. А., 42 л., армянинъ. Прививка была сдѣлана 1 разъ 30/viii вмѣстѣ съ 4-мя другими членами семьи (женой, 2 сыновьями, 7 и 10 л., и дочерью 2 л.) лимфой. Холера средней тяжести. Заболѣлъ 26/ix; поправился черезъ 7 дней. Лѣчился въ отрядѣ.

3. А. А., 7 л., армянинъ, сынъ предыдущаго больного. Прививка была сдѣлана 1 разъ. Заболѣлъ 30/ix. Холера легкая. Быстро поправился. Лѣчился въ отрядѣ. Остальные члены семьи остались здоровы.

4. А. Д., 29 л., персъ. Прививка была сдѣлана 1 разъ. Холера легкая. Быстрое выздоровленіе. Въ отрядѣ не лѣчился.

5. А. М., 33 л., персъ. Прививка была сдѣлана 1 разъ. Холера легкая. Быстро поправился. Въ отрядѣ не лѣчился.

6. М. А., персъ. Прививка была сдѣлана 1 разъ. Долго болѣлъ и затѣмъ поправился (не лѣчился вовсе).

7. М. А., персъ. Прививка была сдѣлана 1 разъ. Холера легкая. Быстро поправился (не лѣчился).

8. К., персъ. Прививка была сдѣлана 1 разъ. Холера тяжелая. Поправился (не лѣчился).

9. У., 15 л., персъ. Прививка была сдѣлана 1 разъ 25/ix. Заболѣлъ холерой черезъ 5 дней послѣ прививки (прививка сдѣлана будто уже больному). Боленъ былъ 3 дня и умеръ. Случай—сомнительный; разсказы о болѣзни сбивчивы.

10. А. Н., 7 л., армянка. Прививка была сдѣлана 1 разъ (0,3 к. стм.). Заболѣла черезъ 4 недѣли. Холера средней формы. Была оставлена безъ ухода и лѣченія (отецъ не хотѣлъ лѣчить). Болѣла 7 дней и умерла.—Въ той-же семьѣ 2-лѣтняя дѣвочка, которой прививокъ не дѣлали, заразилась отъ А. Н. и умерла черезъ 2 дня.—Другіе члены семьи не были привиты.

11. А. Р., 22 л., персъ. Прививки были сдѣланы 2 раза (2-ой разъ 15/ix). Заболѣлъ 25/ix тяжелой формой. Быстро поправился. Лѣчился въ отрядѣ.

12. М. А., 20 л., персъ. Прививки были сдѣланы 2 раза (2-ой разъ 25/ix). Заболѣлъ 29/ix тяжелой формой. Поправился черезъ 5 дней. Первые дни отказывался отъ лѣченія.

13. Р., 28 л., армянка. Прививки были сдѣланы 2 раза. Холера легкая. Быстро поправилась.

14. А. М., 22 л., персъ. Прививки были сдѣланы 2 раза. Холера легкая. Быстро поправился.

15. И., 28 л., персъ. Прививки были сдѣланы 2 раза. Заболѣлъ тяжелой формой холеры и умеръ черезъ 40 час. Отъ лѣкарствъ и ухода окружающіе отказались. Алкоголикъ и опіофагъ.

16. К., 32 л., персъ, слуга въ банкѣ. Прививки были сдѣланы 3 раза. Заболѣлъ легкой формой 4/x. Быстрое выздоровленіе. Лѣчился въ отрядѣ.

Чтобы выяснить значеніе предохранительныхъ прививокъ и ихъ дѣйствіе, я долженъ сдѣлать выводы изъ вполнѣ сравнимыхъ величинъ. Прежде всего я долженъ исключить около 50 чел. изъ интеллигентнаго класса, которые, хотя имъ и дѣлались тоже прививки, жили въ совершенно иныхъ, чѣмъ остальная масса населенія, условіяхъ, неблагопріятныхъ для зараженія. Остается такимъ образомъ 687 чел., жившихъ при одинаковыхъ условіяхъ съ остальнымъ населеніемъ въ кварталахъ, точно намъ извѣстныхъ и съ точнымъ числомъ жителей. Необходимо при этомъ добавить, что тѣ, которымъ дѣлались прививки, не принимали никакихъ мѣръ предосторожностей, какъ и тѣ, которымъ ихъ не дѣлали.

Кварталъ Кала:

армянъ непривитыхъ 984, заболѣли 33, т. е. 3,3%, умерли 20, т. е. 2,0%; армянъ привитыхъ 195, заболѣли 1, т. е. 0,51%, умерли 0;
изъ заболѣвшихъ умерли 60,6%; изъ заболѣвшихъ умерли
персовъ непривитыхъ 250, заболѣли 34, т. е. 15,6%, умерли 25, т. е. 10.0%; персовъ привитыхъ 117, заболѣли 4, т. е. 2,5%, умерли 1, т. е. 0,8%;
изъ заболѣвшихъ умерли 73,5%; изъ заболѣвшихъ умерли 25,0%.

Кварталъ Делава (армянскій):

армянъ непривитыхъ 2085, заболѣли 56, т. е. 2,7%, умерли 28, т. е. 1,3%; армянъ привитыхъ 153, заболѣли 5, т. е. 3,3%, умерли 1, т. е. 0,6%;
изъ заболѣвшихъ умерли 51,8%; изъ заболѣвшихъ умерли 20%.

Кварталъ Шишкиланъ (персидскій):

персовъ непривитыхъ 8540, заболѣли 897, т. е. 10,5%, умерли 671, т. е. 7,8%; персовъ привитыхъ 82, заболѣли 1, т. е. 1,2%, умерли 0.
изъ заболѣвшихъ умерли 74%;

Кварталъ Маралань (персидскій):

персовъ непривитыхъ 6130,	персовъ привитыхъ 96,
заболѣли 734, т. е. 11,9%,	заболѣлъ 1, т. е. 1,04%,
умерли 518, т. е. 8,45%;	умерли 0.
изъ заболѣвшихъ умерли 75,7%;	

Малый участокъ Чарандаба:

персовъ непривитыхъ 130,	персовъ привитыхъ 38,
заболѣли 85, т. е. 65,4%,	заболѣли 4, т. е. 10,5%,
умерли 68, т. е. 52,3%;	умеръ 1 (холера?), т. е. 2,6%;
изъ заболѣвшихъ умерли 80%;	изъ заболѣвшихъ умерли 25%.

Цифры эти небольшія, но все же позволяютъ сдѣлать нѣкоторые выводы.

Если сравнить армянскіе кварталы съ персидскими, то въ послѣднихъ найдемъ и большее число заболѣваній и большій % смертности среди непривитыхъ. Что-же касается привитыхъ, то прежде всего поражаетъ малый % заболѣвшихъ среди нихъ, если взять общее число привитыхъ съ непривитыми. Среди привитыхъ заболѣли 2,1% и умерли 0,29% (а если считать холернымъ и сл. 16, то 0,43%), что составляетъ среди привитыхъ 16,6% смертности (а съ сл. 16 18%). Если взять всѣхъ непривитыхъ тѣхъ же участковъ, то получится: 9,7% заболѣвшихъ и 6,9% умершихъ, что составляетъ 72% смертности среди непривитыхъ.

Цифры эти показываютъ, что прививки уменьшили смертность въ 4 раза, а число заболѣваній почти въ 5 разъ. Тяжесть заболѣванія несомнѣнно ослаблялась: изъ 15 холерныхъ умерли только 2 (беру лишь случаи несомнѣнной холеры), при чемъ 7-лѣтнюю дѣвочку, которой была сдѣлана прививка 1 разъ, безусловно можно было-бы спасти при соотвѣтствующемъ лѣченіи и уходѣ; даже при тѣхъ неблагопріятныхъ условіяхъ, въ какихъ она находилась, она прожила 7 сутокъ. 2-ой больной былъ алкоголикъ и опіофагъ, что, вѣроятно, ускорило его смерть. Всѣ же другіе больные изъ привитыхъ, кромѣ 2-хъ, заболѣли легкой формой холеры и быстро поправились; а, вѣдь, извѣстно, какъ медленно поправляются холерные больные. 2 больныхъ съ тяжелой формой холеры поправились тоже довольно скоро. Нужно еще обратить вниманіе на слѣдующія обстоятельства, также выясняющія значеніе прививокъ; въ очень многихъ случаяхъ холера, забравшись въ какой-нибудь домъ, уносила по нѣсколько жертвъ; никогда этого не бывало въ домахъ привитыхъ; только въ 1 домѣ заболѣли двое (оба поправились), обыкновенно-же больше одного больного въ домѣ не бывало. Далѣе, интересны наблюденія надъ такими жилищами, гдѣ часть жильцовъ подверглись прививкамъ а другіе нѣтъ, и надъ небольшими, обособленными участками съ небольшимъ-же числомъ жителей. Приведу нѣкоторыя изъ своихъ наблюденій.

1. Домъ перса А. К. Жильцовъ всего 7 чел. Главѣ семьи, 2-мъ сыновьямъ, 17 и 12 л., сдѣланы прививки, женѣ, сестрѣ, брату и ребенку, 8 л.,—нѣтъ. Заболѣли холерой трое: сестра, братъ и 8-лѣтній ребенокъ—всѣ непривитые; умерли изъ нихъ двое—братъ и ребенокъ. Изъ привитыхъ не заболѣлъ никто, не смотря на постоянную близость къ больнымъ и на то, что болѣзнь держалась въ домѣ 12 дней.

2. Домъ перса М. А. Жильцовъ всего трое: отецъ, сестра и сынъ, 11 л. Прививкѣ подвергся одинъ отецъ. Заболѣли холерой сестра, затѣмъ сынъ; оба умерли. Ходилъ за ними отецъ,—онъ остался здоровъ.

3. Домъ Д. І. Жильцовъ всего 5 чел. Отцу и сыну, 18 л., сдѣланы прививки, матери, сыну, 15 л., и дочери, 13 л.,- нѣтъ. Заболѣли холерой одновременно сыновья, 15 и 18 л. Первый умеръ, второй быстро поправился. Затѣмъ черезъ 3 дня заболѣла мать и умерла отъ холеры.

4. Домъ почти въ центрѣ той окраины города, гдѣ холера свирѣпствовала со страшной силой и въ каждомъ домѣ были больные. Населенія 9 душъ; всѣмъ были сдѣланы прививки. За все время эпидемія никто изъ нихъ не заболѣлъ, не смотря на то, что во всѣхъ домахъ кругомъ были холерные. Населеніе въ домѣ—персы рабочіе.

5. Часть мѣстности Чарандабы, прилегающая къ большому кладбищу и какъ-бы обособленная. Прививки были сдѣланы 38; изъ нихъ заболѣли 4, умеръ 1 (причина смерти не совсѣмъ ясна). Непривитыхъ было 130; заболѣли 85, изъ нихъ умерли 68.

Эти наблюденія имѣютъ характеръ почти лабораторнаго опыта и вмѣстѣ съ вышеприведенными цифрами наглядно показываютъ, что предохранительныя противъ холеры прививки дѣйствительно предохраютъ отъ нея, а въ случаѣ заболѣванія уменьшаютъ тяжесть болѣзни, также уменьшаютъ и смертность отъ нея.

Что касается вопроса, сколько разъ нужно прививать, то наблюденія надъ больными и мои лабораторныя изслѣдованія крови привитыхъ говорятъ за троекратную прививку, какъ за такую, которая можетъ дать высокую степень невоспріимчивости и требуетъ всего не больше 2-хъ недѣль времени.

Наблюденія наши, разумѣется, много выиграли-бы, если-бы удалось сдѣлать прививки еще большему числу лицъ; при богатомъ здѣшнемъ матеріалѣ это было-бы вполнѣ возможно. Къ сожалѣнію, условія той обстановки, въ которой мы работали, при постоянномъ противодѣйствіи извнѣ, не позволили намъ выполнить всего заранѣе намѣченнаго. Однако, къ концу эпидеміи на мѣстѣ всѣ уже убѣдились, насколько были неосновательны опасенія на счетъ безвредности прививокъ и ихъ дѣйствительности. Не смотря на всѣ трудности, какія намъ пришлось испытать здѣсь во время работы, я все-же пришелъ къ заключенію, что и въ такой дикой странѣ, при желаніи и добросовѣстномъ отношеніи къ дѣлу, можно кое-что сдѣлать и можно настойчивостью пробить брешь въ стѣны тьмы, которой окутана Персія. Населеніе въ общемъ чрезвычайно охотно обращалось за нашей помощью и неоднократно выражало намъ свою признательность.

Въ Тавризѣ имѣются постоянные врачи различныхъ національностей, только нѣтъ врача русскаго. Было-бы крайне желательно для поднятія престижа русской медицины въ Персіи имѣть здѣсь постояннаго русскаго врача и русскую больницу. Не говорю уже о томъ, что мы въ собственныхъ-же интересахъ должны-бы имѣть въ пограничныхъ областяхъ, откуда постоянно заносятся къ намъ эпидемическія болѣзни [1]), врачебные пункты, которые къ тому-же очень нужны мѣстной русской колоніи, совершенно лишенной надлежащей медицинской помощи.

Ч. пр. *С. Златогоровъ.*

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физіологія и общая патологія. 979. Д-ра *Ruffer* и *Crendiropoulo* (Alexandria) произвели рядъ опытовъ съ цѣлью выяснить *способность человѣческой мочи препятствовать растворенію красныхъ кровяныхъ тѣлецъ человѣка.* Красныя тѣльца человѣческой крови могутъ оставаться нѣсколько дней въ обезпложенной человѣческой мочѣ безъ измѣненій. Кровяная сыворотка кроликовъ, которымъ впрыснута была человѣческая моча, пріобрѣтаетъ свойство разрушать красныя кровяныя тѣльца человѣка, тогда какъ до впрыскиваній она обладала этой способностью лишь въ слабой степени. Смѣшивая добытую гэмолитическую сыворотку съ мочей человѣка и прибавляя къ смѣси человѣческую кровь, авторы замѣтили, что прибавка мочи не допускаетъ проявленія гэмолитическаго свойства сыворотки. Находящееся въ мочѣ, сохраняющее красныя кровяныя тѣльца вещество—гэмосодзинъ (haemosozin)—можетъ быть разрушено нагрѣваніемъ до 120° Ц. и при 100° Ц. въ 30 мин.; безводный спиртъ осаждаетъ гэмосодзинъ почти нацѣло; такъ-же дѣйствуетъ насыщеніе мочи сѣрнокислымъ аммоніемъ. Моча не теряетъ указаннаго свойства, если кровяныя тѣльца оставались въ ней даже нѣсколько часовъ; съ другой стороны, красныя кровяныя тѣльца, пролежавшія въ мочѣ и затѣмъ промытыя, легко поддаются дѣйствію гэмолитической сыворотки (British Medical Journal, 18 іюня). *Л. Старокадомскій.*

980. Д-ръ *Ed. Aronsohn* (Ems-Nizza), впрыскивая кроликамъ подъ кожу или въ вену *адреналинъ*, вызывалъ *выдѣленіе мочей сахара*, при чемъ подкожное впрыскиваніе адреналина въ количествѣ 0,01 на 1,5 клгрм., вѣса тѣла вызвало выдѣленіе сахара въ количествѣ 0,5—5,5%; при впрыскиваніи въ вену нужно было брать меньшія количества средства; введеніе адреналина въ пузырь, въ прямую кишку, въ спинной каналъ, смазываніе слизистой оболочки рта не вызывало выдѣленія сахара. Сахаръ послѣ впры-

[1]) Когда я писалъ эти строки (начало ноября), холера была уже по всей линіи между Тавризомъ и Джульфой и отъ Персидской границы по линіи дороги до Тифлиса; занесена она была въ эти мѣста изъ Тавриза.

скиванія появлялся очень быстро, уже черезъ 30 мин.; высшей точки выдѣленіе его достигало черезъ 4 — 6 час., а дольше 24 час. оно не держалось. Если послѣ впрыскиванія адреналина произвести тепловой уколъ, то выдѣленія сахара мочей не получается. На основаніи своихъ предъидущихъ опытовъ мѣсто тепловаго укола авторъ опредѣляетъ въ обращенной къ боковому желудочку сторонѣ полосчатаго тѣла (corpus striatum): при этомъ уколѣ происходитъ повышеніе температуры (*Virchow*'s Archiv, т. 174, тетр. 2). *А. Н. Д.*

981. Въ работѣ о *значеніи блуждающихъ нервовъ для вдыханія* д-ръ *H. Wolf* нашелъ, что раздраженіе блуждающихъ нервовъ прерывистымъ наведеннымъ токомъ при слабомъ токѣ вызываетъ выдыханіе, нѣкоторое усиленіе тока обусловливаетъ вдыханіе, а еще большее усиленіе— снова выдыханіе. Раздраженіе постояннымъ (гальваническимъ) токомъ вызываетъ выдыханіе. Нормальнымъ слѣдствіемъ раздраженія обоихъ блуждающихъ нервовъ авторъ считаетъ угнетеніе вдоха (т. е. «выдыхательный эффектъ»). Основываясь на своихъ опытахъ съ электрическимъ раздраженіемъ блуждающихъ нервовъ и на данныхъ обширной литературы вопроса, авторъ заключаетъ, что и естественное раздраженіе этихъ нервовъ (въ легкихъ) должно дѣйствовать угнетающимъ образомъ на центръ вдыханія, который безъ этого умѣряющаго дѣйствія блуждающихъ нервовъ легко истощался-бы, вызывая чрезмѣрно сильныя дыхательныя движенія. (Данныя автора не представляютъ ничего новаго и не подвигаютъ впередъ вопроса о роли блуждающихъ нервовъ въ происхожденіи дыхательной ритмики. На страницахъ «Русскаго Врача», 1903 г., № 20, *реф.* имѣлъ случай высказать свой взглядъ на вопросъ— на основаніи собственныхъ изслѣдованій, произведенныхъ по болѣе надежному «способу естественнаго раздраженія» легочныхъ вѣтвей блуждающихъ нервовъ. *Реф.*) (*Pflüger*'s Archiv f. d gesammte Physiologie, т. 105). *С. Костинъ.*

982. Открытые въ началѣ 1903 г. *Blondlot* т. наз. *N-лучи* подверглись уже довольно разностороннему изученію. Обзоръ полученныхъ относительно нихъ свѣдѣній приводитъ д-ръ *Marquès*. Какъ извѣстно, *N*-лучи темные, обладающіе способностью отраженія, преломленія и поляризаціи. Длина волнъ ихъ 0,μ003—0,μ0176, тогда какъ длина волнъ фіолетовой части солнечнаго спектра=0,μ39. Для *N*-лучей прозрачны дерево, бумага, аллюминій; совершенно непрозначна для нихъ вода; достаточно помѣстить на пути ихъ листъ мокрой папиросной бумаги, чтобы помѣшать ихъ распространенію. *N*-лучи обладаютъ способностью накопляться въ нѣкоторыхъ веществахъ; такъ, чечевица, приготовленная изъ кварца, собиравшая *N*-лучи, продолжаетъ испускать ихъ нѣкоторое время и послѣ удаленія источника лучей. Подъ вліяніемъ *N*-лучей становятся ярче искры индукціоннаго прибора; экранъ, сдѣланный изъ картона, намазаннаго растворомъ сѣрнистаго кальція въ коллодіумѣ, будучи выставленъ на нѣкоторое время на солнечный свѣтъ и внесенный затѣмъ въ темное помѣщеніе, начинаетъ сильнѣе свѣтиться подъ вліяніемъ *N*-лучей. Источники *N*-лучей чрезвычайно разнообразны: трубка Crookes'a, горѣлка Auer'a, дуговой электрическій свѣтъ, приведенныя въ быстрое колебательное движеніе твердыя тѣла, какъ стекло, сталь, колеблющійся воздухъ, различныя химическія реакціи, наконецъ самое тѣло холоднокровныхъ и теплокровныхъ животныхъ и человѣка. Лучи, выдѣляемые человѣческимъ тѣломъ, особенно мышцами и нервною тканью во время ихъ работы, представляютъ чрезвычайный интересъ въ физіологическомъ отношеніи. Они нѣсколько отличаются отъ *N*-лучей, полученныхъ другимъ путемъ; они также усиливаютъ блескъ электрической искры, свѣченіе сѣрнистаго кальція и фосфоресцирующихъ микробовъ, но не всѣ задерживаются водою и свинцомъ; часть лучей, получаемыхъ отъ нервной ткани, не проходитъ сквозь аллюминіевую пластинку; такимъ образомъ, физіологическіе *N*-лучи сложнѣе другихъ. Слѣдуетъ замѣтить, что *N*-лучи не только испускаются тѣломъ человѣка, но и сами производятъ извѣстное дѣйствіе на нервную ткань, будучи направлены на тѣло извнѣ. По наблюденіямъ *Charpentier*, сѣрнисто-кальціевый экранъ свѣтится усиленно, если его помѣстить въ области шейнаго утолщенія спинного мозга человѣка, производящаго движенія руками. Во время произнесенія словъ экранъ свѣтится, если его поднести къ области лѣвой лобной доли и остается слабо свѣтящимся возлѣ правой лобной доли. Умственное напряженіе вызываетъ свѣченіе экрана, помѣщеннаго у лобныхъ долей мозга. При раздраженіи блуждающаго нерва замѣчается усиленное выдѣленіе *N*-лучей въ области нерва, но свѣченіе экрана, помѣщеннаго въ области сердца, уменьшается. Послѣднее зависитъ отъ выдѣленія другого рода лучей—N_1, отличныхъ отъ *N*-лучей и мало изслѣдованныхъ.. Оказалось, что алкалоиды также выдѣляютъ *N*-лучи и дѣйствіе этихъ лучей усиливается лучами, исходящими изъ другого источника, расположеннаго по сосѣдству. Приготовивъ рядъ экрановъ, содержащихъ, кромѣ сѣрнистаго кальція, еще тотъ или другой алкалоидъ, *Charpentier* замѣтилъ, что такіе экраны усиливаютъ свой блескъ неодинаково въ различныхъ областяхъ тѣла. Обнаружилось какъ-бы сродство нѣкоторыхъ органовъ тѣла къ алкалоидамъ. Такъ, экранъ съ наперстянкой свѣтился рѣзче всего въ области сердца, пилокарпиновый экранъ—въ области железъ, экранъ съ стрихниномъ—въ области спинного мозга. Найдено также, что специфическіе возбудители чувствительныхъ центровъ производятъ увеличенное образованіе *N*-лучей центромъ. Съ другой стороны, при приближеніи источника *N*-лучей къ лѣвой задней темянной области внѣшніе предметы обрисовывались яснѣе, получалось иногда даже ощущеніе свѣта; зрачки измѣнялись въ величинѣ подъ вліяніемъ *N*-лучей, направленныхъ на зрительные центры. Обонятельныя, слуховыя и вкусовыя ощущенія также обострялись подъ вліяніемъ *N*-лучей. *Broca* и *Zimmer*'у удалось наблюденіями надъ испусканіемъ *N*-лучей провѣрить положеніе различныхъ спинно-мозговыхъ центровъ и получить свѣдѣнія о степени ихъ дѣятельности. Возможно, что по выдѣленію *N*-лучей удастся судить о дѣятельности нервной системы непосредственно. Любопытныя данныя получили *Ballet* и *Delherm*; они замѣтили, что въ области мышцъ, парализованныхъ или атрофированныхъ вслѣдствіе нейритовъ и поліоміэлита, происходитъ уменьшеніе выдѣленія *N*-лучей, тогда какъ въ случаяхъ паралича отъ гемиплегіи, спазмодической параплегіи выдѣленіе *N*-лучей на больной сторонѣ оказывается бо́льшимъ, чѣмъ на здоровой. *Becquerel* и *Broca* наблюдали, что при общемъ обезболиваніи (собакъ) во время возбужденія мозгъ выдѣляетъ громадное количество *N*-лучей, затѣмъ испусканіе ихъ слабѣетъ все больше и больше и наконецъ прекращается совсѣмъ, уступая мѣсто N_1-лучамъ; послѣднее есть опасный признакъ.—О лѣчебномъ дѣйствіи *N*-лучей пока не можетъ быть рѣчи (Montpellier médical, 14 и 21 августа). *Л. С—кій.*

Фармакологія. 983. Съ цѣлью выяснить, *вызываетъ-ли* дѣйствительно *продолжительное употребленіе наперстянки гипертрофію сердца*, проф. *Wynn* (Indianapolis) произвелъ рядъ опытовъ на животныхъ. 20 кроликовъ раздѣлены были на 2 группы возможно одинаковаго общаго вѣса; пища и обстановка были одинаковыя. Изъ каждой партіи погибло по 2 животныхъ. Кролики одной группы получали 120 дней спиртную настойку наперстянки въ постепенно возраставшихъ количествахъ, отъ 8 до 90 капель въ сутки. Животныя, получавшія наперстянку, вѣсили передъ началомъ опыта 26,155 грм., черезъ 120 дней они вѣсили 25,664, т. е. общая потеря въ вѣсѣ была 491 грм. Повѣрочныя животныя вѣсили передъ опытомъ 24,704 грм., послѣ опыта—25,184, получивъ прибыль въ вѣсѣ въ 480 грм. Сердца подвергавшихся опыту животныхъ вѣсили 77,76 грм., повѣрочныхъ — 74,13, т. е. меньше на 3,63 грм. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ не обнаружено какихъ-либо различій въ строеніи сердечной мышцы у обѣихъ группъ. Авторъ приходитъ къ заключенію, что наперстянка можетъ вызвать гипертрофію сердца лишь въ небольшой степени (The Journal of the American Medical Association, 16 іюля). *Л. С—скій.*

Гигіена. 984. *И. М. Брикманъ изслѣдовалъ обыкновенную глиняную глазированную свинцомъ посуду въ санитарномъ отношеніи.* Посуда изслѣдовалась разнообразнаго вида, формы и величины: кружки, тарелки, миски и

горшки вмѣстимостью 200—1300 грм. Часть посуды была куплена на рынкѣ въ г. Юрьевѣ или-же непосредственно въ гончарныхъ, другая—въ различныхъ мѣстностяхъ Лифляндіи, Курляндіи и Ковенской губ. у разныхъ гончаровъ, разносчиковъ или на ярмаркахъ. Всего было изслѣдовано 108 сосудовъ, пріобрѣтенныхъ у 17 гончаровъ. Отъ послѣднихъ были также пріобрѣтены чистыя глазурныя смѣси, которыя были подвергнуты лишь качественному изслѣдованію. Каждый сосудъ предварительно хорошо вымывался уксусомъ, что замѣняло собой чистку посуды и выщелачиваніе ея, къ которымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ прибѣгаютъ наши хозяйки. Вымытая посуда наполнялась 4%-мъ уксусомъ, приготовленнымъ изъ чистой, не содержащей свинца, уксусной кислоты и перегнанной воды, и кипятилась на асбестовой пластинкѣ надъ *Bunsen*'овской горѣлкой въ теченіи $^1/_2$-часа. Затѣмъ опредѣлялись количества свинца. Выводы автора слѣдующіе: 1. Изъ 108 образцовъ изслѣдованной посуды только 4 не отдали даже слѣдовъ свинца послѣ 1-го кипяченія; всѣ остальныя отдали уксусу, начиная съ слѣдовъ, до 4,055 грм. металлическаго свинца на метръ. Среднее количество отданнаго свинца послѣ $^1/_2$-часоваго кипяченія съ 4%-мъ уксусомъ равняется 0,126 грм. металлическаго свинца на метръ. 2. 50 образцовъ, подвергнутыхъ въ 1-ый разъ $^1/_2$-часовому кипяченію съ 4%-ной уксусной кислотой, отдали въ среднемъ 0,101 грм. металлическаго свинца на метръ; послѣ вторичнаго $^1/_2$-часового кипяченія они отдали въ среднемъ 0,042 грм. его на метръ. Въ 4 сосудахъ отдача свинца усилилась, въ 1 осталась прежняя, а въ 6 или прекратилась совсѣмъ, или въ нихъ найдены были лишь слѣды свинца. Maximum отдачи свинца послѣ 2-го кипяченія равнялся 0,209 грм. металлическаго свинца на метръ. 3. Изъ 25 образцовъ посуды отдавшихъ при 1-мъ кипяченіи среднимъ числомъ по 0,121 грм., при 2-мъ—по 0,049 грм. свинца, отдали его при 3-мъ кипяченіи въ среднемъ по 0,064 грм. на метръ. Изъ этихъ 25 сосудовъ въ 7 отдача свинца послѣ 1-го кипяченія была больше, чѣмъ послѣ 2-го, а у 1-го послѣ 2-го и 3-го кипяченія осталась той-же. Особенно много отдалъ свинца сосудъ за № 107 — единственный, въ которомъ послѣ 3-го кипяченія получилось больше свинца, чѣмъ послѣ 1-го. Явленіе это объясняется постепенной порчей верхняго хорошо глазированнаго слоя отъ неоднократнаго кипяченія; отъ порчи дѣйствію уксусной кислоты подвергаются болѣе глубокіе и менѣе хорошо сплавленные слои толстыхъ глазурей; очень часто также глазурь, послѣ 2-го и 3-го кипяченія, начинаетъ крошиться, отчего свинецъ растворяется гораздо легче. Наибольшее количество металлическаго свинца, полученное послѣ 3-го кипяченія одного сосуда, равнялось 0,697 грм. на метръ. 4. Совершенно одинаковые сосуды, одинаковой формы и величины, обожженные одновременно въ одной и той-же печи однимъ и тѣмъ-же мастеромъ, отдавали, однако, при одинаковыхъ условіяхъ опыта, неравныя количества свинца. Явленіе это зависитъ отъ большей или меньшей толщины слоя глазури или отъ плохаго устройства обжигательныхъ печей, въ которыхъ пламя не обжигаетъ посуды равномѣрно со всѣхъ сторонъ. Поэтому гончарамъ слѣдовало-бы обжигать такія глиняныя издѣлія, какъ, напр., цвѣточные горшки, въ такихъ мѣстахъ печи, гдѣ температура (а это знаетъ всякій опытный гончаръ) ниже и гдѣ она оказывается недостаточной для обжиганія кухонной посуды. 5. Гончарнымъ ремесломъ у насъ въ деревняхъ очень часто занимаются лица неопытныя, крестьяне и ремесленники, не получившіе нигдѣ основательной подготовки и неумѣющіе, какъ слѣдуетъ, руководить топкою печей. Этимъ нерѣдко и объясняется недоброкачественность глиняныхъ издѣлій, встрѣчающихся въ торговлѣ. Право занятія этимъ ремесломъ слѣдовало бы предоставить опытнымъ и способнымъ мастерамъ. 6. Посуда, вовсе не отдающая свинца послѣ 1-го кипяченія, не отдаетъ его и послѣ 2-го и 3-го. 7. Отношеніе составныхъ частей въ глазурныхъ смѣсяхъ, насколько авторъ могъ лично убѣдиться въ мастерскихъ,—непостоянно и произвольно; обыкновенно отдѣльныя составныя части глазури кладутся мѣрой, а не вѣсомъ. Вслѣдствіе этого, смотря по химическому составу извѣстнаго свинцоваго препарата, нѣкоторыя смѣси одной и той-же фабрики содержатъ то большій, то меньшій % свинца. Чтобы получить хорошій товаръ, слѣдовало-бы составъ глазури для отдѣльныхъ глиняныхъ издѣлій установить на основаніи химико-техническихъ опытовъ. 8. Постояннаго характернаго признака для плохо глазированной посуды нѣтъ. Наибольшей способностью къ отдачѣ свинца обладаетъ въ большинствѣ случаевъ толстая, гладкая, блестящая глазурь, поглощающая при смачиваніи воду и принимающая поэтому темноватый оттѣнокъ. Очень вредной оказывается также толстая, шероховатая глазурь; тонкая, гладкая, блестящая глазурь, образующая, по видимому, вмѣстѣ съ горшкомъ однородный сплавъ и не способная крошиться, отдаетъ наименьшее количество свинца и потому причиняетъ наименьшій вредъ здоровью. Глазурь, которая отдаетъ уксусу сравнительно незначительныя количества свинца, но легко крошится, слѣдуетъ безусловно признать вредной для здоровья. Признакъ хорошо обожженной посуды—это чистый звукъ при постукиваніи; плохо обожженная посуда, наоборотъ, въ большинствѣ случаевъ издаетъ звукъ глухой. 9. По цѣнѣ посуды нельзя судить о ея гигіенической доброкачественности; цѣна зависитъ отъ внѣшняго вида, величины и формы посуды. 10. Если сортировать посуду по цвѣту глазури, то наименьшей способностью къ отдачѣ свинца обладаетъ глазурь красная. Зеленая глазированная посуда отдавала всегда замѣтное количество свинца со слѣдами мѣди; однако, подобная посуда встрѣчается у насъ въ продажѣ сравнительно рѣдко. 11. Вся изслѣдованная посуда была покрыта глазурью, содержащею свинецъ, не исключая и той, которая вовсе не отдавала его при кипяченіи съ уксусомъ; послѣдняя страдала лишь тѣмъ недостаткомъ, что глазурь ея, послѣ обработки уксусомъ, пріобрѣла способность легко крошиться. Тѣмъ не менѣе этотъ сортъ посуды еще разъ доказываетъ, что, если свинецъ въ глазури содержится въ правильныхъ пропорціяхъ и посуда хорошо обожжена, то она становится совершенно безвредной. Обыкновенными составными частями глазури служатъ свинецъ и песокъ, а также, смотря по цвѣту, какой желаютъ придать глазури,—незначительныя примѣси перекиси марганца, мѣди и желѣзной окалины. 12. Распространенію недоброкачественной посуды очень много содѣйствуютъ разносчики. Нѣкоторые гончары, которые сами не могутъ сбыть плохо обожженный товаръ, продаютъ его за безцѣнокъ странствующимъ торгашамъ, черезъ которыхъ онъ, по дешевой цѣнѣ, расходится среди крестьянъ и бѣднаго населенія. Предостереженія производителей и покупателей и указаніе на вредъ этой посуды для здоровья — вотъ средства, которыми можно помочь этому злу. 13. Посуда за № 108, независимо отъ большого количества отданнаго ею свинца, представляла интересъ еще и въ томъ отношеніи, что она вышла изъ той-же мастерской, издѣлія которой, какъ авторъ узналъ изъ достовѣрныхъ источниковъ, вызвали уже раньше 2 случая отравленія свинцомъ, въ коихъ требовалась медицинская помощь. 14. Изслѣдованія пищи показываютъ, что употребленіе глазированной посуды для храненія ея можетъ быть вреднымъ для здоровья и что щами, молокомъ, вареніемъ и т. д. ежедневно въ человѣческій организмъ можетъ быть введено гораздо больше того количества свинца, какое *Brouardel* и *Kobert* признаютъ уже достаточнымъ для хроническаго отравленія. 15. Чтобы уменьшить отдачу свинца послѣ кипяченія посуды съ уксусомъ, новую посуду слѣдуетъ предварительно вымывать или выкипятить имъ. 16. Въ холодный растворъ поваренной соли вовсе не переходитъ свинецъ, а при кипяченіи переходятъ лишь незначительныя его количества. 17. Для храненія такихъ съѣстныхъ припасовъ, которые вслѣдствіе своего кислаго вкуса сильно портятъ глазурь, напр., разнаго рода варенья, маринады, кислый салатъ, молоко, щи, вовсе не слѣдуетъ употреблять глазированной свинцомъ посуды; послѣднею можно пользоваться съ этой цѣлью лишь въ томъ случаѣ, если предварительно убѣдятся, что она или вовсе не отдаетъ или отдаетъ уксусу очень мало свинца; убѣдиться-же въ этомъ можно съ точностью, вполнѣ достаточной для кухонной практики, наполнивъ сосуды горячимъ безцвѣтнымъ уксусомъ и поставивъ ихъ приблизительно на $^1/_2$-часа

скиванія появлялся очень быстро, уже черезъ 30 мин.; высшей точки выдѣленіе его достигало черезъ 4 — 6 час., а дольше 24 час. оно не держалось. Если послѣ впрыскиванія адреналина произвести тепловой уколъ, то выдѣленія сахара мочей не получается. На основаніи своихъ предъидущихъ опытовъ мѣсто тепловаго укола авторъ опредѣляетъ въ обращенной къ боковому желудочку сторонѣ полосчатаго тѣла (corpus striatum): при этомъ уколѣ происходитъ повышеніе температуры (*Virchow*'s Archiv, т. 174, тетр. 2). *А. Н. Д.*

981. Въ работѣ о *значеніи блуждающихъ нервовъ для вдыханія* д-ръ *H. Wolf* нашелъ, что раздраженіе блуждающихъ нервовъ прерывистымъ наведеннымъ токомъ при слабомъ токѣ вызываетъ выдыханіе, нѣкоторое усиленіе тока обусловливаетъ вдыханіе; а еще большее усиленіе— снова выдыханіе. Раздраженіе постояннымъ (гальваническимъ) токомъ вызываетъ выдыханіе. Нормальнымъ слѣдствіемъ раздраженія обоихъ блуждающихъ нервовъ авторъ считаетъ угнетеніе вдоха (т. е. «выдыхательный эффектъ»). Основываясь на своихъ опытахъ съ электрическимъ раздраженіемъ блуждающихъ нервовъ и на данныхъ обширной литературы вопроса, авторъ заключаетъ, что и естественное раздраженіе этихъ нервовъ (въ легкихъ) должно дѣйствовать угнетающимъ образомъ на центръ вдыханія, который безъ этого умѣряющаго дѣйствія блуждающихъ нервовъ легко истощался-бы, вызывая чрезмѣрно сильныя дыхательныя движенія. (Данныя автора не представляютъ ничего новаго и не подвигаютъ впередъ вопроса о роли блуждающихъ нервовъ въ происхожденіи дыхательной ритмики. На страницахъ «Русскаго Врача», 1903 г., № 20, *реф.* имѣлъ случай высказать свой взглядъ на вопросъ— на основаніи собственныхъ изслѣдованій, произведенныхъ по болѣе надежному «способу естественнаго раздраженія» легочныхъ вѣтвей блуждающихъ нервовъ. *Реф.*) (*Pflüger*'s Archiv f. d gesammte Physiologie, т. 105). *С. Костинъ.*

982. Открытые въ началѣ 1903 г. *Blondlot* т. наз. *N-лучи* подверглись уже довольно разностороннему изученію. Обзоръ полученныхъ относительно нихъ свѣдѣній приводитъ д-ръ *Marquès*. Какъ извѣстно, *N*-лучи темные, обладающіе способностью отраженія, преломленія и поляризаціи. Длина волнъ ихъ 0,μ003—0,μ0176, тогда какъ длина волнъ фіолетовой части солнечнаго спектра=0,μ39. Для *N*-лучей прозрачны дерево, бумага, аллюминій; совершенно непрозрачна для нихъ вода; достаточно помѣстить на пути ихъ листъ мокрой папиросной бумаги, чтобы помѣшать ихъ распространенію. *N*-лучи обладаютъ способностью накопляться въ нѣкоторыхъ веществахъ; такъ, чечевица, приготовленная изъ кварца, собиравшая *N*-лучи, продолжаетъ испускать ихъ нѣкоторое время и послѣ удаленія источника лучей. Подъ вліяніемъ *N*-лучей становятся ярче искры индукціоннаго прибора; экранъ, сдѣланный изъ картона, намазаннаго растворомъ сѣрнистаго кальція въ коллодіумѣ, будучи выставленъ на нѣкоторое время на солнечный свѣтъ и внесенный затѣмъ въ темное помѣщеніе, начинаетъ сильнѣе свѣтиться подъ вліяніемъ *N*-лучей. Источники *N*-лучей чрезвычайно разнообразны: трубка Crookes'a, горѣлка Auer'a, дуговой электрическій свѣтъ, приведенныя въ быстрое колебательное движеніе твердыя тѣла, какъ стекло, сталь, колеблющійся воздухъ, различныя химическія реакціи, наконецъ самое тѣло холоднокровныхъ и теплокровныхъ животныхъ и человѣка. Лучи, выдѣляемые человѣческимъ тѣломъ, особенно мышцами и нервною тканью во время ихъ работы, представляютъ чрезвычайный интересъ въ физіологическомъ отношеніи. Они нѣсколько отличаются отъ *N*-лучей, полученныхъ другимъ путемъ; они также усиливаютъ блескъ электрической искры, свѣченіе сѣрнистаго кальція и фосфоресцирующихъ микробовъ, но не всѣ задерживаются водою и свинцомъ; часть лучей, получаемыхъ отъ нервной ткани, не проходитъ сквозь аллюминіевую пластинку; такимъ образомъ, физіологическіе *N*-лучи сложнѣе другихъ. Слѣдуетъ замѣтить, что *N*-лучи не только испускаются тѣломъ человѣка, но и сами производятъ извѣстное дѣйствіе на нервную ткань, будучи направлены на тѣло извнѣ. По наблюденіямъ *Charpentier*, сѣрнисто-кальціевый экранъ свѣтится усиленно, если его помѣстить въ области шейнаго утолщенія спинного мозга человѣка, производящаго движенія руками. Во время произнесенія словъ экранъ свѣтится, если его поднести къ области лѣвой лобной доли и остается слабо свѣтящимся возлѣ правой лобной доли. Умственное напряженіе вызываетъ свѣченіе экрана, помѣщеннаго у лобныхъ долей мозга. При раздраженіи блуждающаго нерва замѣчается усиленное выдѣленіе *N*-лучей въ области нерва, но свѣченіе экрана, помѣщеннаго въ области сердца, уменьшается. Послѣднее зависитъ отъ выдѣленія другого рода лучей—N_1, отличныхъ отъ *N*-лучей и мало изслѣдованныхъ.. Оказалось, что алкалоиды также выдѣляютъ *N*-лучи и дѣйствіе этихъ лучей усиливается лучами, исходящими изъ другого источника, расположеннаго по сосѣдству. Приготовивъ рядъ экрановъ, содержащихъ, кромѣ сѣрнистаго кальція, еще тотъ или другой алкалоидъ, *Charpentier* замѣтилъ, что такіе экраны усиливаютъ свой блескъ неодинаково въ различныхъ областяхъ тѣла. Обнаружилось какъ-бы сродство нѣкоторыхъ органовъ тѣла къ алкалоидамъ. Такъ, экранъ съ наперстянкой свѣтился рѣзче всего въ области сердца, пилокарпиновый экранъ—въ области железъ, экранъ съ стрихниномъ—въ области спинного мозга. Найдено также, что специфическіе возбудители чувствительныхъ центровъ производятъ увеличенное образованіе *N*-лучей центромъ. Съ другой стороны, при приближеніи источника *N*-лучей къ лѣвой задней темянной области внѣшніе предметы обрисовывались яснѣе, получалось иногда даже ощущеніе свѣта; зрачки измѣнялись въ величинѣ подъ вліяніемъ *N*-лучей, направленныхъ на зрительные центры. Обонятельныя, слуховыя и вкусовыя ощущенія также обострялись подъ вліяніемъ *N*-лучей. *Broca* и *Zimmer*'у удалось наблюденіями надъ испусканіемъ *N*-лучей провѣрить положеніе различныхъ спинно-мозговыхъ центровъ и получить свѣдѣнія о степени ихъ дѣятельности. Возможно, что по выдѣленію *N*-лучей удастся судить о дѣятельности нервной системы непосредственно. Любопытныя данныя получили *Ballet* и *Delherm*; они замѣтили, что въ области мышцъ, парализованныхъ или атрофированныхъ вслѣдствіе нейритовъ и поліоміэлита, происходитъ уменьшеніе выдѣленія *N*-лучей, тогда какъ въ случаяхъ паралича отъ гемиплегіи, спазмодической параплегіи выдѣленіе *N*-лучей на больной сторонѣ оказывается бо́льшимъ, чѣмъ на здоровой. *Becquerel* и *Broca* наблюдали, что при общемъ обезболиваніи (собакъ) во время возбужденія мозгъ выдѣляетъ громадное количество *N*-лучей, затѣмъ испусканіе ихъ слабѣетъ все больше и больше и наконецъ прекращается совсѣмъ, уступая мѣсто N_1-лучамъ; послѣднее есть опасный признакъ.—О лѣчебномъ дѣйствіи *N*-лучей пока не можетъ быть рѣчи (Montpellier médical, 14 и 21 августа). *Л. С—кій.*

Фармакологія. 983. Съ цѣлью выяснить, *вызываетъ-ли* дѣйствительно *продолжительное употребленіе наперстянки гипертрофію сердца*, проф. *Wynn* (Indianapolis) произвелъ рядъ опытовъ на животныхъ. 20 кроликовъ раздѣлены были на 2 группы возможно одинаковаго общаго вѣса; пища и обстановка были одинаковыя. Изъ каждой партіи погибло по 2 животныхъ. Кролики одной группы получали 120 дней спиртную настойку наперстянки въ постепенно возроставшихъ количествахъ, отъ 8 до 90 капель въ сутки. Животныя, получавшія наперстянку, вѣсили передъ началомъ опыта 26,155 грм., черезъ 120 дней они вѣсили 25,664, т. е. общая потеря въ вѣсѣ была 491 грм. Повѣрочныя животныя вѣсили передъ опытомъ 24,704 грм., послѣ опыта—25,184, получивъ прибыль въ вѣсѣ въ 480 грм. Сердца подвергавшихся опыту животныхъ вѣсили 77,76 грм., повѣрочныхъ — 74,13, т. е. меньше на 3,63 грм. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ не обнаружено какихъ-либо различій въ строеніи сердечной мышцы у обѣихъ группъ. Авторъ приходитъ къ заключенію, что наперстянка можетъ вызвать гипертрофію сердца лишь въ небольшой степени (The Journal of the American Medical Association, 16 іюля). *Л. С—кій.*

Гигіена. 984. *И. М. Брикманъ изслѣдовалъ обыкновенную глиняную глазированную свинцомъ посуду въ санитарномъ отношеніи.* Посуда изслѣдовалась разнообразнаго вида, формы и величины: кружки, тарелки, миски и

горшки вмѣстимостью 200—1300 грм. Часть посуды была куплена на рынкѣ въ г. Юрьевѣ или-же непосредственно въ гончарныхъ, другая—въ различныхъ мѣстностяхъ Лифляндіи, Курляндіи и Ковенской губ. у разныхъ гончаровъ, разносчиковъ или на ярмаркахъ. Всего было изслѣдовано 108 сосудовъ, пріобрѣтенныхъ у 17 гончаровъ. Отъ послѣднихъ были также пріобрѣтены чистыя глазурныя смѣси, которыя были подвергнуты лишь качественному изслѣдованію. Каждый сосудъ предварительно хорошо вымывался уксусомъ, что замѣняло собой чистку посуды и выщелачиваніе ея, къ которымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ прибѣгаютъ наши хозяйки. Вымытая посуда наполнялась 4%-мъ уксусомъ, приготовленнымъ изъ чистой, не содержащей свинца, уксусной кислоты и перегнанной воды, и кипятилась на асбестовой пластинкѣ надъ *Bunsen*'овской горѣлкой въ теченіи $^1/_2$-часа. Затѣмъ опредѣлялись количества свинца. Выводы автора слѣдующіе: 1. Изъ 108 образцовъ изслѣдованной посуды только 4 не отдали даже слѣдовъ свинца послѣ 1-го кипяченія; всѣ остальныя отдали уксусу, начиная съ слѣдовъ, до 4,055 грм. металлическаго свинца на метръ. Среднее количество отданнаго свинца послѣ $^1/_2$-часоваго кипяченія съ 4%-мъ уксусомъ равняется 0,126 грм. металлическаго свинца на метръ. 2. 50 образцовъ, подвергнутыхъ въ 1-ый разъ $^1/_2$-часовому кипяченію съ 4%-ной уксусной кислотой, отдали въ среднемъ 0,101 грм. металлическаго свинца на метръ; послѣ вторичнаго $^1/_2$-часового кипяченія они отдали въ среднемъ 0,042 грм. его на метръ. Въ 4 сосудахъ отдача свинца усилилась, въ 1 осталась прежняя, а въ 6 или прекратилась совсѣмъ, или въ нихъ найдены были лишь слѣды свинца. Maximum отдачи свинца послѣ 2-го кипяченія равнялся 0,209 грм. металлическаго свинца на метръ. 3. Изъ 25 образцовъ посуды отдавшихъ при 1-мъ кипяченіи среднимъ числомъ по 0,121 грм., при 2-мъ—по 0,049 грм. свинца, отдали его при 3-мъ кипяченіи въ среднемъ по 0,064 грм. на метръ. Изъ этихъ 25 сосудовъ въ 7 отдача свинца послѣ 1-го кипяченія была больше, чѣмъ послѣ 2-го, а у 1-го послѣ 2-го и 3-го кипяченія осталась той-же. Особенно много отдалъ свинца сосудъ за № 107 — единственный, въ которомъ послѣ 3-го кипяченія получилось больше свинца, чѣмъ послѣ 1-го. Явленіе это объясняется постепенной порчей верхняго хорошо глазированнаго слоя отъ неоднократнаго кипяченія; отъ порчи дѣйствію уксусной кислоты подвергаются болѣе глубокіе и менѣе хорошо сплавленные слои толстыхъ глазурей; очень часто также глазурь, послѣ 2-го и 3-го кипяченія, начинаетъ крошиться, отчего свинецъ растворяется гораздо легче. Наибольшее количество металлическаго свинца, полученное послѣ 3-го кипяченія одного сосуда, равнялось 0,697 грм. на метръ. 4. Совершенно одинаковые сосуды, одинаковой формы и величины, обожженные одновременно въ одной и той-же печи однимъ и тѣмъ-же мастеромъ, отдавали, однако, при одинаковыхъ условіяхъ опыта, неравныя количества свинца. Явленіе это зависитъ отъ большей или меньшей толщины слоя глазури или отъ плохаго устройства обжигательныхъ печей, въ которыхъ пламя не обжигаетъ посуды равномѣрно со всѣхъ сторонъ. Поэтому гончарамъ слѣдовало-бы обжигать такія глиняныя издѣлія, какъ, напр., цвѣточные горшки, въ такихъ мѣстахъ печи, гдѣ температура (а это знаетъ всякій опытный гончаръ) ниже и гдѣ она оказывается недостаточной для обжиганія кухонной посуды. 5. Гончарнымъ ремесломъ у насъ въ деревняхъ очень часто занимаются лица неопытныя, крестьяне и ремесленники, не получившіе нигдѣ основательной подготовки и неумѣющіе, какъ слѣдуетъ, руководить топкою печей. Этимъ нерѣдко и объясняется недоброкачественность глиняныхъ издѣлій, встрѣчающихся въ торговлѣ. Право занятія этимъ ремесломъ слѣдовало бы предоставить опытнымъ и способнымъ мастерамъ. 6. Посуда, вовсе не отдающая свинца послѣ 1-го кипяченія, не отдаетъ его и послѣ 2-го и 3-го. 7. Отношеніе составныхъ частей въ глазурныхъ смѣсяхъ, насколько авторъ могъ лично убѣдиться въ мастерскихъ,—непостоянно и произвольно; обыкновенно отдѣльныя составныя части глазури кладутся мѣрой, а не вѣсомъ. Вслѣдствіе этого, смотря по химическому составу извѣстнаго свинцоваго препарата, нѣкоторыя смѣси одной и той-же фабрики содержатъ то большій, то меньшій % свинца. Чтобы получить хорошій товаръ, слѣдовало-бы составъ глазури для отдѣльныхъ глиняныхъ издѣлій установить на основаніи химико-техническихъ опытовъ. 8. Постояннаго характернаго признака для плохо глазированной посуды нѣтъ. Наибольшей способностью къ отдачѣ свинца обладаетъ въ большинствѣ случаевъ толстая, гладкая, блестящая глазурь, поглощающая при смачиваніи воду и принимающая поэтому темноватый оттѣнокъ. Очень вредной оказывается также толстая, шероховатая глазурь; тонкая, гладкая, блестящая глазурь, образующая, по видимому, вмѣстѣ съ горшкомъ однородный сплавъ и не способная крошиться, отдаетъ наименьшее количество свинца и потому причиняетъ наименьшій вредъ здоровью. Глазурь, которая отдаетъ уксусу сравнительно незначительныя количества свинца, но легко крошится, слѣдуетъ безусловно признать вредной для здоровья. Признакъ хорошо обожженной посуды—это чистый звукъ при постукиваніи; плохо обожженная посуда, наоборотъ, въ большинствѣ случаевъ издаетъ звукъ глухой. 9. По цѣнѣ посуды нельзя судить о ея гигіенической доброкачественности; цѣна зависитъ отъ внѣшняго вида, величины и формы посуды. 10. Если сортировать посуду по цвѣту глазури, то наименьшей способностью къ отдачѣ свинца обладаетъ глазурь красная. Зеленая глазированная посуда отдавала всегда замѣтное количество свинца со слѣдами мѣди; однако, подобная посуда встрѣчается у насъ въ продажѣ сравнительно рѣдко. 11. Вся изслѣдованная посуда была покрыта глазурью, содержащею свинецъ, не исключая и той, которая вовсе не отдавала его при кипяченіи съ уксусомъ; послѣдняя страдала лишь тѣмъ недостаткомъ, что глазурь ея, послѣ обработки уксусомъ, пріобрѣла способность легко крошиться. Тѣмъ не менѣе этотъ сортъ посуды еще разъ доказываетъ, что, если свинецъ въ глазури содержится въ правильныхъ пропорціяхъ и посуда хорошо обожжена, то она становится совершенно безвредной. Обыкновенными составными частями глазури служатъ свинецъ и песокъ, а также, смотря по цвѣту, какой желаютъ придать глазури,—незначительныя примѣси перекиси марганца, мѣди и желѣзной окалины. 12. Распространенію недоброкачественной посуды очень много содѣйствуютъ разносчики. Нѣкоторые гончары, которые сами не могутъ сбыть плохо обожженный товаръ, продаютъ его за безцѣнокъ странствующимъ торгашамъ, черезъ которыхъ онъ, по дешевой цѣнѣ, расходится среди крестьянъ и бѣднаго населенія. Предостереженія производителей и покупателей и указаніе на вредъ этой посуды для здоровья — вотъ средства, которыми можно помочь этому злу. 13. Посуда за № 108, независимо отъ большого количества отданнаго ею свинца, представляла интересъ еще и въ томъ отношеніи, что она вышла изъ той-же мастерской, издѣлія которой, какъ авторъ узналъ изъ достовѣрныхъ источниковъ, вызвали уже раньше 2 случая отравленія свинцомъ, въ коихъ требовалась медицинская помощь. 14. Изслѣдованія пищи показываютъ, что употребленіе глазированной посуды для храненія ея можетъ быть вреднымъ для здоровья и что щами, молокомъ, вареніемъ и т. д. ежедневно въ человѣческій организмъ можетъ быть введено гораздо больше того количества свинца, какое *Brouardel* и *Kobert* признаютъ уже достаточнымъ для хроническаго отравленія. 15. Чтобы уменьшить отдачу свинца послѣ кипяченія посуды съ уксусомъ, новую посуду слѣдуетъ предварительно вымывать или выкипятить имъ. 16. Въ холодный растворъ поваренной соли вовсе не переходитъ свинецъ, а при кипяченіи переходятъ лишь незначительныя его количества. 17. Для храненія такихъ съѣстныхъ припасовъ, которые вслѣдствіе своего кислаго вкуса сильно портятъ глазурь, напр., разнаго рода варенья, маринады, кислый салатъ, молоко, щи, вовсе не слѣдуетъ употреблять глазированной свинцомъ посуды; послѣднею можно пользоваться съ этой цѣлью лишь въ томъ случаѣ, если предварительно убѣдятся, что она или вовсе не отдаетъ или отдаетъ уксусу очень мало свинца; убѣдиться-же въ этомъ можно съ точностью, вполнѣ достаточной для кухонной практики, наполнивъ сосуды горячимъ безцвѣтнымъ уксусомъ и поставивъ ихъ приблизительно на $^1/_2$-часа

скиванія появлялся очень быстро, уже черезъ 30 мин.; высшей точки выдѣленіе его достигало черезъ 4 — 6 час., а дольше 24 час. оно не держалось. Если послѣ впрыскиванія адреналина произвести тепловой уколъ, то выдѣленія сахара мочей не получается. На основаніи своихъ предъидущихъ опытовъ мѣсто тепловаго укола авторъ опредѣляетъ въ обращенной къ боковому желудочку сторонѣ полосчатаго тѣла (corpus striatum): при этомъ уколѣ происходитъ повышеніе температуры (*Virchow*'s Archiv, т. 174, тетр. 2). *А. Н. Д.*

981. Въ работѣ о *значеніи блуждающихъ нервовъ для вдыханія* д-ръ *H. Wolf* нашелъ, что раздраженіе блуждающихъ нервовъ прерывистымъ наведеннымъ токомъ при слабомъ токѣ вызываетъ выдыханіе, нѣкоторое усиленіе тока обусловливаетъ вдыханіе, а еще большее усиленіе— снова выдыханіе. Раздраженіе постояннымъ (гальваническимъ) токомъ вызываетъ выдыханіе. Нормальнымъ слѣдствіемъ раздраженія обоихъ блуждающихъ нервовъ авторъ считаетъ угнетеніе вдоха (т. е. «выдыхательный эффектъ»). Основываясь на своихъ опытахъ съ электрическимъ раздраженіемъ блуждающихъ нервовъ и на данныхъ обширной литературы вопроса, авторъ заключаетъ, что и естественное раздраженіе этихъ нервовъ (въ легкихъ) должно дѣйствовать угнетающимъ образомъ на центръ вдыханія, который безъ этого умѣряющаго дѣйствія блуждающихъ нервовъ легко истощался-бы, вызывая чрезмѣрно сильныя дыхательныя движенія. (Данныя автора не представляютъ ничего новаго и не подвигаютъ впередъ вопроса о роли блуждающихъ нервовъ въ происхожденіи дыхательной ритмики. На страницахъ «Русскаго Врача», 1903 г., № 20, *реф.* имѣлъ случай высказать свой взглядъ на вопросъ— на основаніи собственныхъ изслѣдованій, произведенныхъ по болѣе надежному «способу естественнаго раздраженія» легочныхъ вѣтвей блуждающихъ нервовъ. *Реф.*) (*Pflüger*'s Archiv f. d gesammte Physiologie, т. 105). *С. Костинъ.*

982. Открытые въ началѣ 1903 г. *Blondlot* т. наз. *N-лучи* подверглись уже довольно разностороннему изученію. Обзоръ полученныхъ относительно нихъ свѣдѣній приводитъ д-ръ *Marquès*. Какъ извѣстно, *N*-лучи темные, обладающіе способностью отраженія, преломленія и поляризаціи. Длина волнъ ихъ 0,μ003—0,μ0176, тогда какъ длина волнъ фіолетовой части солнечнаго спектра=0,μ39. Для *N*-лучей прозрачны дерево, бумага, аллюминій; совершенно непрозрачна для нихъ вода; достаточно помѣстить на пути ихъ листъ мокрой папиросной бумаги, чтобы помѣшать ихъ распространенію. *N*-лучи обладаютъ способностью накопляться въ нѣкоторыхъ веществахъ; такъ, чечевица, приготовленная изъ кварца, собиравшая *N*-лучи, продолжаетъ испускать ихъ нѣкоторое время и послѣ удаленія источника лучей. Подъ вліяніемъ *N*-лучей становятся ярче искры индукціоннаго прибора; экранъ, сдѣланный изъ картона, намазаннаго растворомъ сѣрнистаго кальція въ коллодіумѣ, будучи выставленъ на нѣкоторое время на солнечный свѣтъ и внесенный затѣмъ въ темное помѣщеніе, начинаетъ сильнѣе свѣтиться подъ вліяніемъ *N*-лучей. Источники *N*-лучей чрезвычайно разнообразны: трубка Crookes'a, горѣлка Auer'a, дуговой электрическій свѣтъ, приведенныя въ быстрое колебательное движеніе твердыя тѣла, какъ стекло, сталь, колеблющійся воздухъ, различныя химическія реакціи, наконецъ самое тѣло холоднокровныхъ и теплокровныхъ животныхъ и человѣка. Лучи, выдѣляемые человѣческимъ тѣломъ, особенно мышцами и нервною тканью во время ихъ работы, представляютъ чрезвычайный интересъ въ физіологическомъ отношеніи. Они нѣсколько отличаются отъ *N*-лучей, полученныхъ другимъ путемъ; они также усиливаютъ блескъ электрической искры, свѣченіе сѣрнистаго кальція и фосфоресцирующихъ микробовъ, но не всѣ задерживаются водою и свинцомъ; часть лучей, получаемыхъ отъ нервной ткани, не проходитъ сквозь аллюминіевую пластинку; такимъ образомъ, физіологическіе *N*-лучи сложнѣе другихъ. Слѣдуетъ замѣтить, что *N*-лучи не только испускаются тѣломъ человѣка, но и сами производятъ извѣстное дѣйствіе на нервную ткань, будучи направлены на тѣло извнѣ. По наблюденіямъ *Charpentier*, сѣрнисто-кальціевый экранъ свѣтится усиленно, если его помѣстить въ области шейнаго утолщенія спинного мозга человѣка, производящаго движенія руками. Во время произнесенія словъ экранъ свѣтится, если его поднести къ области лѣвой лобной доли и остается слабо свѣтящимся возлѣ правой лобной доли. Умственное напряженіе вызываетъ свѣченіе экрана, помѣщеннаго у лобныхъ долей мозга. При раздраженіи блуждающаго нерва замѣчается усиленное выдѣленіе *N*-лучей въ области нерва, но свѣченіе экрана, помѣщеннаго въ области сердца, уменьшается. Послѣднее зависитъ отъ выдѣленія другого рода лучей—N_1, отличныхъ отъ *N*-лучей и мало изслѣдованныхъ.. Оказалось, что алкалоиды также выдѣляютъ *N*-лучи и дѣйствіе этихъ лучей усиливается лучами, исходящими изъ другого источника, расположеннаго по сосѣдству. Приготовивъ рядъ экрановъ, содержащихъ, кромѣ сѣрнистаго кальція, еще тотъ или другой алкалоидъ, *Charpentier* замѣтилъ, что такіе экраны усиливаютъ свой блескъ неодинаково въ различныхъ областяхъ тѣла. Обнаружилось какъ-бы сродство нѣкоторыхъ органовъ тѣла къ алкалоидамъ. Такъ, экранъ съ наперстянкой свѣтился рѣзче всего въ области сердца, пилокарпиновый экранъ—въ области железъ, экранъ съ стрихниномъ—въ области спинного мозга. Найдено также, что специфическіе возбудители чувствительныхъ центровъ производятъ увеличенное образованіе *N*-лучей центромъ. Съ другой стороны, при приближеніи источника *N*-лучей къ лѣвой задней темянной области внѣшніе предметы обрисовывались яснѣе, получалось иногда даже ощущеніе свѣта; зрачки измѣнялись въ величинѣ подъ вліяніемъ *N*-лучей, направленныхъ на зрительные центры. Обонятельныя, слуховыя и вкусовыя ощущенія также обострялись подъ вліяніемъ *N*-лучей. *Broca* и *Zimmer*'у удалось наблюденіями надъ испусканіемъ *N*-лучей провѣрить положеніе различныхъ спинно-мозговыхъ центровъ и получить свѣдѣнія о степени ихъ дѣятельности. Возможно, что по выдѣленію *N*-лучей удастся судить о дѣятельности нервной системы непосредственно. Любопытныя данныя получили *Ballet* и *Delherm*; они замѣтили, что въ области мышцъ, парализованныхъ или атрофированныхъ вслѣдствіе нейритовъ и поліоміэлита, происходитъ уменьшеніе выдѣленія *N*-лучей, тогда какъ въ случаяхъ паралича отъ гемиплегіи, спазмодической параплегіи выдѣленіе *N*-лучей на больной сторонѣ оказывается бо́льшимъ, чѣмъ на здоровой. *Becquerel* и *Broca* наблюдали, что при общемъ обезболиваніи (собакъ) во время возбужденія мозгъ выдѣляетъ громадное количество *N*-лучей, затѣмъ испусканіе ихъ слабѣетъ все больше и больше и наконецъ прекращается совсѣмъ, уступая мѣсто N_1-лучамъ; послѣднее есть опасный признакъ.—О лѣчебномъ дѣйствіи *N*-лучей пока не можетъ быть рѣчи (Montpellier médical, 14 и 21 августа). *Л. С—кій.*

Фармакологія. 983. Съ цѣлью выяснить, *вызываетъ-ли* дѣйствительно *продолжительное употребленіе наперстянки гипертрофію сердца*, проф. *Wynn* (Indianapolis) произвелъ рядъ опытовъ на животныхъ. 20 кроликовъ раздѣлены были на 2 группы возможно одинаковаго общаго вѣса; пища и обстановка были одинаковыя. Изъ каждой партіи погибло по 2 животныхъ. Кролики одной группы получали 120 дней спиртную настойку наперстянки въ постепенно возроставшихъ количествахъ, отъ 8 до 90 капель въ сутки. Животныя, получавшія наперстянку, вѣсили передъ началомъ опыта 26,155 грм., черезъ 120 дней они вѣсили 25,664, т. е. общая потеря въ вѣсѣ была 491 грм. Повѣрочныя животныя вѣсили передъ опытомъ 24,704 грм., послѣ опыта—25,184, получивъ прибыль въ вѣсѣ въ 480 грм. Сердца подвергавшихся опыту животныхъ вѣсили 77,76 грм., повѣрочныхъ — 74,13, т. е. меньше на 3,63 грм. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ не обнаружено какихъ-либо различій въ строеніи сердечной мышцы у обѣихъ группъ. Авторъ приходитъ къ заключенію, что наперстянка можетъ вызвать гипертрофію сердца лишь въ небольшой степени (The Journal of the American Medical Association, 16 іюля). *Л. С—кій.*

Гигіена. 984. *И. М. Брикманъ изслѣдовалъ обыкновенную глиняную глазированную свинцомъ посуду въ санитарномъ отношеніи.* Посуда изслѣдовалась разнообразнаго вида, формы и величины: кружки, тарелки, миски и

горшки вмѣстимостью 200—1300 грм. Часть посуды была куплена на рынкѣ въ г. Юрьевѣ или-же непосредственно въ гончарныхъ, другая—въ различныхъ мѣстностяхъ Лифляндіи, Курляндіи и Ковенской губ. у разныхъ гончаровъ, разносчиковъ или на ярмаркахъ. Всего было изслѣдовано 108 сосудовъ, пріобрѣтенныхъ у 17 гончаровъ. Отъ послѣднихъ были также пріобрѣтены чистыя глазурныя смѣси, которыя были подвергнуты лишь качественному изслѣдованію. Каждый сосудъ предварительно хорошо вымывался уксусомъ, что замѣняло собой чистку посуды и выщелачиваніе ея, къ которымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ прибѣгаютъ наши хозяйки. Вымытая посуда наполнялась 4%-мъ уксусомъ, приготовленнымъ изъ чистой, не содержащей свинца, уксусной кислоты и перегнанной воды, и кипятилась на асбестовой пластинкѣ надъ *Bunsen*'овской горѣлкой въ теченіи $^1/_2$-часа. Затѣмъ опредѣлялись количества свинца. Выводы автора слѣдующіе: 1. Изъ 108 образцовъ изслѣдованной посуды только 4 не отдали даже слѣдовъ свинца послѣ 1-го кипяченія; всѣ остальныя отдали уксусу, начиная съ слѣдовъ, до 4,055 грм. металлическаго свинца на метръ. Среднее количество отданнаго свинца послѣ $^1/_2$-часоваго кипяченія съ 4%-мъ уксусомъ равняется 0,126 грм. металлическаго свинца на метръ. 2. 50 образцовъ, подвергнутыхъ въ 1-ый разъ $^1/_2$-часовому кипяченію съ 4%-ной уксусной кислотой, отдали въ среднемъ 0,101 грм. металлическаго свинца на метръ; послѣ вторичнаго $^1/_2$-часового кипяченія они отдали въ среднемъ 0,042 грм. его на метръ. Въ 4 сосудахъ отдача свинца усилилась, въ 1 осталась прежняя, а въ 6 или прекратилась совсѣмъ, или въ нихъ найдены были лишь слѣды свинца. Maximum отдачи свинца послѣ 2-го кипяченія равнялся 0,209 грм. металлическаго свинца на метръ. 3. Изъ 25 образцовъ посуды отдавшихъ при 1-мъ кипяченіи среднимъ числомъ по 0,121 грм., при 2-мъ—по 0,049 грм. свинца, отдали его при 3-мъ кипяченіи въ среднемъ по 0,064 грм. на метръ. Изъ этихъ 25 сосудовъ въ 7 отдача свинца послѣ 1-го кипяченія была больше, чѣмъ послѣ 2-го, а у 1-го послѣ 2-го и 3-го кипяченія осталась той-же. Особенно много отдалъ свинца сосудъ за № 107 — единственный, въ которомъ послѣ 3-го кипяченія получилось больше свинца, чѣмъ послѣ 1-го. Явленіе это объясняется постепенной порчей верхняго хорошо глазированнаго слоя отъ неоднократнаго кипяченія; отъ порчи дѣйствію уксусной кислоты подвергаются болѣе глубокіе и менѣе хорошо сплавленные слои толстыхъ глазурей; очень часто также глазурь, послѣ 2-го и 3-го кипяченія, начинаетъ крошиться, отчего свинецъ растворяется гораздо легче. Наибольшее количество металлическаго свинца, полученное послѣ 3-го кипяченія одного сосуда, равнялось 0,697 грм. на метръ. 4. Совершенно одинаковые сосуды, одинаковой формы и величины, обожженные одновременно въ одной и той-же печи однимъ и тѣмъ-же мастеромъ, отдавали, однако, при одинаковыхъ условіяхъ опыта, неравныя количества свинца. Явленіе это зависитъ отъ большей или меньшей толщины слоя глазури или отъ плохаго устройства обжигательныхъ печей, въ которыхъ пламя не обжигаетъ посуды равномѣрно со всѣхъ сторонъ. Поэтому гончарамъ слѣдовало-бы обжигать такія глиняныя издѣлія, какъ, напр., цвѣточные горшки, въ такихъ мѣстахъ печи, гдѣ температура (а это знаетъ всякій опытный гончаръ) ниже и гдѣ она оказывается недостаточной для обжиганія кухонной посуды. 5. Гончарнымъ ремесломъ у насъ въ деревняхъ очень часто занимаются лица неопытныя, крестьяне и ремесленники, не получившіе нигдѣ основательной подготовки и неумѣющіе, какъ слѣдуетъ, руководить топкою печей. Этимъ нерѣдко и объясняется недоброкачественность глиняныхъ издѣлій, встрѣчающихся въ торговлѣ. Право занятія этимъ ремесломъ слѣдовало бы предоставить опытнымъ и способнымъ мастерамъ. 6. Посуда, вовсе не отдающая свинца послѣ 1-го кипяченія, не отдаетъ его и послѣ 2-го и 3-го. 7. Отношеніе составныхъ частей въ глазурныхъ смѣсяхъ, насколько авторъ могъ лично убѣдиться въ мастерскихъ,—непостоянно и произвольно; обыкновенно отдѣльныя составныя части глазури кладутся мѣрой, а не вѣсомъ. Вслѣдствіе этого, смотря по химическому составу извѣстнаго свинцоваго препарата, нѣкоторыя смѣси одной и той-же фабрики содержатъ то большій, то меньшій % свинца. Чтобы получить хорошій товаръ, слѣдовало-бы составъ глазури для отдѣльныхъ глиняныхъ издѣлій установить на основаніи химико-техническихъ опытовъ. 8. Постояннаго характернаго признака для плохо глазированной посуды нѣтъ. Наибольшей способностью къ отдачѣ свинца обладаетъ въ большинствѣ случаевъ толстая, гладкая, блестящая глазурь, поглощающая при смачиваніи воду и принимающая поэтому темноватый оттѣнокъ. Очень вредной оказывается также толстая, шероховатая глазурь; тонкая, гладкая, блестящая глазурь, образующая, по видимому, вмѣстѣ съ горшкомъ однородный сплавъ и не способная крошиться, отдаетъ наименьшее количество свинца и потому причиняетъ наименьшій вредъ здоровью. Глазурь, которая отдаетъ уксусу сравнительно незначительныя количества свинца, но легко крошится, слѣдуетъ безусловно признать вредной для здоровья. Признакъ хорошо обожженной посуды—это чистый звукъ при постукиваніи; плохо обожженная посуда, наоборотъ, въ большинствѣ случаевъ издаетъ звукъ глухой. 9. По цѣнѣ посуды нельзя судить о ея гигіенической доброкачественности; цѣна зависитъ отъ внѣшняго вида, величины и формы посуды. 10. Если сортировать посуду по цвѣту глазури, то наименьшей способностью къ отдачѣ свинца обладаетъ глазурь красная. Зеленая глазированная посуда отдавала всегда замѣтное количество свинца со слѣдами мѣди; однако, подобная посуда встрѣчается у насъ въ продажѣ сравнительно рѣдко. 11. Вся изслѣдованная посуда была покрыта глазурью, содержащею свинецъ, не исключая и той, которая вовсе не отдавала его при кипяченіи съ уксусомъ; послѣдняя страдала лишь тѣмъ недостаткомъ, что глазурь ея, послѣ обработки уксусомъ, пріобрѣла способность легко крошиться. Тѣмъ не менѣе этотъ сортъ посуды еще разъ доказываетъ, что, если свинецъ въ глазури содержится въ правильныхъ пропорціяхъ и посуда хорошо обожжена, то она становится совершенно безвредной. Обыкновенными составными частями глазури служатъ свинецъ и песокъ, а также, смотря по цвѣту, какой желаютъ придать глазури,—незначительныя примѣси перекиси марганца, мѣди и желѣзной окалины. 12. Распространенію недоброкачественной посуды очень много содѣйствуютъ разносчики. Нѣкоторые гончары, которые сами не могутъ сбыть плохо обожженный товаръ, продаютъ его за безцѣнокъ странствующимъ торгашамъ, черезъ которыхъ онъ, по дешевой цѣнѣ, расходится среди крестьянъ и бѣднаго населенія. Предостереженія производителей и покупателей и указаніе на вредъ этой посуды для здоровья — вотъ средства, которыми можно помочь этому злу. 13. Посуда за № 108, независимо отъ большого количества отданнаго ею свинца, представляла интересъ еще и въ томъ отношеніи, что она вышла изъ той-же мастерской, издѣлія которой, какъ авторъ узналъ изъ достовѣрныхъ источниковъ, вызвали уже раньше 2 случая отравленія свинцомъ, въ коихъ требовалась медицинская помощь. 14. Изслѣдованія пищи показываютъ, что употребленіе глазированной посуды для храненія ея можетъ быть вреднымъ для здоровья и что щами, молокомъ, вареніемъ и т. д. ежедневно въ человѣческій организмъ можетъ быть введено гораздо больше того количества свинца, какое *Brouardel* и *Kobert* признаютъ уже достаточнымъ для хроническаго отравленія. 15. Чтобы уменьшить отдачу свинца послѣ кипяченія посуды съ уксусомъ, новую посуду слѣдуетъ предварительно вымывать или выкипятить имъ. 16. Въ холодный растворъ поваренной соли вовсе не переходитъ свинецъ, а при кипяченіи переходятъ лишь незначительныя его количества. 17. Для храненія такихъ съѣстныхъ припасовъ, которые вслѣдствіе своего кислаго вкуса сильно портятъ глазурь, напр., разнаго рода варенья, маринады, кислый салатъ, молоко, щи, вовсе не слѣдуетъ употреблять глазированной свинцомъ посуды; послѣднею можно пользоваться съ этой цѣлью лишь въ томъ случаѣ, если предварительно убѣдятся, что она или вовсе не отдаетъ или отдаетъ уксусу очень мало свинца; убѣдиться-же въ этомъ можно съ точностью, вполнѣ достаточной для кухонной практики, наполнивъ сосуды горячимъ безцвѣтнымъ уксусомъ и поставивъ ихъ приблизительно на $^1/_2$-часа

на теплый очагъ, а потомъ наливая жидкость въ безцвѣтный стаканъ. Если жидкость послѣ прибавленія нѣсколькихъ капель раствора сѣрнистаго калія (который можно получить въ любой аптекѣ) окрашивается въ бѣловато-мутный цвѣтъ, то въ ней свинца не содержится; если-же она окрашивается въ бурый цвѣтъ, то она содержитъ немного свинца; если она, наконецъ, принимаетъ цвѣтъ буро-темный и при этомъ образуется темно-бурый осадокъ, то она содержитъ уже значительныя количества свинца; такую посуду для вышеуказанныхъ цѣлей употреблять нельзя. 18. Слѣдовало-бы издать обязательныя постановленія или спеціальный законъ, запрещающій пускать въ продажу посуду, которая отдаетъ уксусу хотя-бы слѣды свинца. За нарушеніе этого закона слѣдовало-бы подвергать какъ фабриканта, такъ и торговца наказанію, тяжесть котораго могла-бы зависѣть отъ количества отдаваемаго конфискованною посудою свинца. При повтореніи выдѣлки такой посуды ремесленниковъ слѣдовало-бы лишать права заниматься этимъ ремесломъ (Одесская диссертація на степень магистра фармаціи, 1904 г.). *И. Вирскій.*

Внутреннія болѣзни. 985. Д-ръ *Hermann Frey* (Davos) сообщаетъ результаты своихъ наблюденій надъ *дѣйствіемъ противобугорчатковой сыворотки Marmorek'a.* Въ виду того, что число больныхъ, лѣченныхъ авторомъ при помощи этой сыворотки, не велико (всего 9), онъ не рѣшается высказаться опредѣленно относительно ея цѣлесообразности и отмѣчаетъ лишь то, что больные въ общемъ хорошо ее переносятъ и что она никогда не вызываетъ явленій отравленія, а, если и наблюдаются извѣстныя «реакціи», то онѣ имѣютъ большею частью мѣстный характеръ, вполнѣ аналогичны тѣмъ, какія наблюдаются при впрыскиваніи другихъ сыворотокъ, и зависятъ главнымъ образомъ отъ дѣйствія чуждыхъ человѣческому организму бѣлковоподобныхъ веществъ лошадиной кровяной сыворотки. Впрыскиванія авторъ производилъ въ кожу наружной поверхности плеча слѣдующимъ образомъ: въ 1-ый день впрыскивалось 3 к. стм., на 2-ой день 4, на 3-ій 5, въ 4-ый, 5-ый и 6-ой дни впрыскиванія не дѣлались, на 7-ой день впрыскивалось 5 к. стм., на 8-ой 6, на 9-ый 7, на 10-ый 8; за этой первой серіей слѣдуетъ пауза въ 8—10 дней; затѣмъ опять серія впрыскиваній по 8—20 к. стм. Легкое покраснѣніе мѣста впрыскиванія, зудъ или крапивница должны служить предупрежденіемъ противъ болѣе рѣзкой реакціи, и при появленіи этихъ признаковъ слѣдуетъ на время прекратить впрыскиванія. Хотя авторъ и наблюдалъ у своихъ больныхъ значительное улучшеніе подъ вліяніемъ лѣченія сывороткой, но въ такомъ мѣстѣ, какъ Davos, трудно исключить вліяніе климата и др. мѣстныхъ условій. Такъ какъ въ литературѣ (главнымъ образомъ французской) уже имѣются наблюденія, благопріятныя для сыворотки *Marmorek'a*, при которыхъ вліяніе климата можно исключить, то, по мнѣнію автора, слѣдуетъ спокойнѣе и серьезнѣе, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ, заняться безпристрастной провѣркой достоинствъ и недостатковъ этого способа лѣченія бугорчатки (Münchener medicinische Wochenschrift, № 44). *А. Коварскій.*

986. Д-ръ *Christy* на основаніи произведенныхъ имъ 104 изслѣдованій *спинно-мозговой жидкости у 54 больныхъ сонной болѣзнью* (трипанозоміазъ) приходитъ къ заключенію, что появленіе лихорадки и другихъ болѣзненныхъ припадковъ отнюдь не стоитъ въ связи съ проникновеніемъ чужеядныхъ въ спинно-мозговую жидкость, такъ какъ почти въ $^1/_2$ всѣхъ случаевъ возбудители болѣзни не были найдены въ этой жидкости и вообще встрѣчались наичаще въ конечныхъ степеняхъ болѣзни; при этомъ число находимыхъ чужеядныхъ было обыкновенно небольшое. Приходилось наблюдать случаи, когда въ крови было громадное количество трипанозомъ, въ спинно-мозговой-же жидкости онѣ не встрѣчались. При раннемъ появленіи въ спинно-мозговой жидкости чужеядныхъ наблюдалась манія и другіе мозговые припадки (British Medical Journal, 20 августа). *Л. Старокадомскій.*

987. *Ацето-уксусная кислота*, какъ извѣстно, появляется *въ мочѣ* не только въ случаяхъ сахарнаго мочеизнуренія и отравленія кислотами, но и при нѣкоторыхъ страданіяхъ пищеварительнаго канала. Д-ра *Rolleston* и *Tebbs* изслѣдовали въ этомъ направленіи мочу 44 больныхъ *круглой язвой желудка.* У 35 изъ нихъ посредствомъ $1^1/_2$-хлористаго желѣза была обнаружена ацето-уксусная кислота. У всѣхъ больныхъ женщинъ (33), въ мочѣ которыхъ встрѣчалось это вещество, оно появлялось въ среднемъ на 2—3-ій день отъ начала голоданія (питательные клистиры не мѣняли дѣла) и исчезало въ промежутокъ отъ 1 до 14 дней послѣ начала кормленія черезъ ротъ. Правильной зависимости между продолжительностью голоданія и медленностью послѣдующаго исчезанія ацето-уксусной кислоты изъ мочи замѣчено не было. У 4-хъ наблюдавшихся больныхъ мужчинъ авторъ замѣтилъ нѣсколько иное образованіе ацето-уксусной кислоты: положительная проба или не получалась совершенно, или-же только на 8—15-ый день съ момента прекращенія введенія пищи въ желудокъ и быстро исчезала. Въ 3-хъ случаяхъ алкогольнаго воспаленія желудка также было замѣчено появленіе ацето-уксусной кислоты въ мочѣ. Причиною появленія въ мочѣ этого вещества авторъ считаетъ нарушенный обмѣнъ вслѣдствіе голоданія, происходитъ-ли послѣднее отъ недостаточнаго введенія пищи или изверганія ея рвотой или-же отъ нарушеннаго всасыванія пищевыхъ веществъ въ пищеварительномъ каналѣ (British Medical Journal, 16 іюля). *Л. С.*

988. Своеобразный способъ *лѣченія фибринознаго воспаленія легкихъ* предлагаетъ д-ръ *Galbraith.* Больной получаетъ теплую ванну и солевое слабительное, затѣмъ хининъ и желѣзо. Хининъ авторъ назначаетъ въ неимовѣрно большихъ количествахъ: если температура достигаетъ 40°,5 Ц. (105° F), то больному дается сразу 60 гранъ сѣрнокислаго хинина, черезъ часъ еще 30 гранъ и еще черезъ часъ—15 гранъ, послѣ чего назначается желѣзо ($1^1/_2$-хлористое) по 7—15 капель, черезъ 4 часа. Если температура 40°,0 Ц. (104° F), больной получаетъ 50 гр. хинина и пр., при 39°,4 Ц. (103° F)—30—40 гр. и пр. Лѣченіе хининомъ продолжается до паденія температуры. Авторъ полагаетъ, что, дѣйствуя такимъ образомъ, онъ укрѣпляетъ сердце и улучшаетъ периферическое кровообращеніе. Д-ръ *G.* заявляетъ, что онъ никогда не замѣчалъ какого-либо дурного вліянія примѣняемыхъ имъ ужасающихъ количествъ лѣкарства; напротивъ, смертность отъ воспаленія легкихъ среди его больныхъ значительно уменьшилась съ того времени, какъ онъ сталъ пользовать больныхъ по своему способу; изъ послѣднихъ-же 20 больныхъ не умеръ ни одинъ. Авторъ сообщаетъ только 1 исторію болѣзни, изъ которой видно, что температура при упомянутомъ лѣченіи держалась первые 4 дня около 40°, затѣмъ около 38° и на 10-ый и 11-ый дни была ниже нормы; больной чувствовалъ себя хорошо и скоро совершенно поправился (The Journal of the American Medical Association, 9 іюля). *Л. С.*

Хирургическія болѣзни. 989. Д-ръ *Murphy* (Chigaco) сообщаетъ случай *успѣшнаго лѣченія столбняка, не уступавшаго впрыскиваніямъ противостолбнячной сыворотки.*

8-лѣтній мальчикъ поранилъ ногу стекломъ. На 7-ой день была замѣчена тугоподвижность нижней челюсти, а временами появлялось сведеніе мышцъ затылка. По доставленіи больного въ лѣчебное заведеніе замѣчено ясное сведеніе челюстей и судорожныя сокращенія мышцъ задней стороны шеи, наступившія черезъ каждыя 3—5 мин. и сопровождавшіяся выгибаніемъ шеи впередъ. Раны выскоблены; удаленъ кусочекъ стекла; сдѣлано прижиганіе 95%-ной карболовой кислотой; наложена повязка. Найденный въ небольшомъ количествѣ гной не далъ роста столбнячной палочки; равно не удалось открыть палочекъ и подъ микроскопомъ. 37°,6 Ц. (99°,8 F). На слѣдующій день впрыснуто 3 порціи (? *Реф.*) противостолбнячной сыворотки. Судороги наступали все чаще и становились почти непрерывными. Черезъ 2 дня поясничнымъ проколомъ удалено 16 к. стм. мутноватой спинномозговой жидкости и черезъ ту-же иглу введено 3 к. стм. обезпложеннаго кипяченіемъ раствора: бета—эйканна 0,09, сѣрно-кислаго морфія 0,02, хлористаго натрія 0,18, воды 105,0. Послѣ впрыскиванія наступилъ сонъ, продолжавшійся 8 час. Веч. 38°,8 Ц. (102° F). На слѣдующій день судороги возобновились. Снова удалено 15 к. стм. уже болѣе прозрачной спинно-мозговой жидкости и введено 4 к. стм. раствора. 37°,7 Ц. (100° F). До другого дня опять было 8 приступовъ судорогъ. Извлеченіе спинно-мозговой жидкости по 15 к. стм. и введеніе раствора морфія и эйканна по 4 к. стм. производились еще 2 дня, послѣ чего ночь прошла спокойно, но днемъ опять появились несильные припадки черезъ каждый часъ. Прокольъ и впрыскиваніе повторены еще 2 раза черезъ день. Больной окончательно выздоровѣлъ.

Авторъ полагаетъ, что смѣло можно вводить бо́льшія количества морфія и эйкаина (въ его случаѣ—по $^1/_{75}$ грана морфія и $^3/_{50}$ грана эйкаина) и производить проколы чаще. Послѣ 3-го прокола въ спинно-мозговой жидкости не встрѣчались уже многоядерныя бѣлыя тѣльца (The Journal of the American Medical Association, 13 августа). *Л. Старокадомскій.*

990. Д-ръ *Downie* (Glasgow) сообщаетъ о рядѣ произведенныхъ имъ операцій *исправленія формы запавшаго носа впрыскиваніями параффина.* Авторъ примѣнилъ впрыскиванія въ теченіи послѣднихъ $2^1/_2$ лѣтъ болѣе чѣмъ у 100 больныхъ. За исключеніемъ 1 случая, у всѣхъ больныхъ было достигнуто значительное улучшеніе формы носа, при чемъ ненормальная окраска и блескъ кожи въ оперированной области исчезали спустя нѣсколько недѣль. Разсасыванія впрыснутой массы, равно какъ измѣненія формы или плотности параффина подъ вліяніемъ жаркаго климата и высокой температуры тѣла не замѣчено. Затрудненія дыханія черезъ носъ также не наблюдалось. Операція производилась или подъ общимъ обезболиваніемъ, или совершенно безъ наркоза, такъ какъ примѣненіе мѣстно обезболивающихъ веществъ нежелательно. Для впрыскиваній авторъ употреблялъ обезпложенную высокою температурой смѣсь твердаго и мягкаго параффина, имѣвшую точку плавленія 41°,1 Ц. (106° F). Болѣе горячія смѣси впрыскивать рискованно: можно получить поврежденіе тканей, затеканіе параффина въ сосѣднія области и закупорку сосудовъ отдаленныхъ частей тѣла. Для введенія параффина употреблялся насосецъ емкостью въ 10 к. стм., обезпложивавшійся кипяченіемъ. Иглу насосца д-ръ *D.* нагрѣвалъ во время операціи помощью небольшого прибора, состоявшаго въ томъ, что тонкая платиновая проволока, обмотанная для изоляціи хлопчато-бумажной ниткой, обертывалась вокругъ основанія иглы и нагрѣвалась электрическимъ токомъ. Проволочная обмотка прикрывалась слоемъ влажной марли. Большое значеніе авторъ придаетъ тщательной очисткѣ большого участка кожи вокругъ мѣста будущаго вкола. Наканунѣ дня операціи носъ, лобъ и щеки вымывались обеззараживающими растворами, на ночь накладывалась карболовая повязка; передъ операціей поле еще разъ очищалось; затѣмъ, за нѣсколько минутъ до начала операціи поперекъ носа на уровнѣ глазъ проводилась полоска целлоидина, спускавшаяся по обѣимъ сторонамъ носа по линіи, отграничивающей носъ отъ щеки—для предупрежденія затеканія параффина въ смежныя ткани. Корень и боковыя части носа сдавливались помощникомъ; игла вкалывалась сбоку отъ средней линіи, а конецъ ея продвигался до центральной части вдавленія. Впрыскивался параффинъ медленно, въ количествѣ отнюдь не большемъ того, при какомъ носъ оказывался выпрямившимся. По удаленіи иглы отверстіе въ кожѣ закрывается целлоидиномъ (British Medical Journal, 5 ноября). *Л. Старокадомскій.*

Нервныя болѣзни. 991. Д-ръ *Camus* описываетъ *случай истерическаго сна, вызваннаго прививкой оспы.*

Новобранцу, 21 г., хорошаго сложенія, 18/XI 1903 г., утромъ, на ряду съ другими его товарищами, привита была оспа. Черезъ минуту послѣ прививки съ нимъ сдѣлался обморокъ; дыханіе и пульсъ были нормальные. Больной перенесенъ въ сосѣднюю комнату и уложенъ на кровать, а одежда его была разстегнута. Въ такомъ состояніи онъ проспалъ около 26 часовъ, все время находясь въ глубокомъ снѣ; вѣки его были закрыты и временами слегка подергивались; при попыткахъ раскрыть ихъ, онѣ оказывали нѣкоторое сопротивленіе; зрачки были расширены. Подъ вліяніемъ свѣта глазныя яблоки имѣли наклонность обращаться вверхъ, а зрачки съуживались и затѣмъ снова расширялись до прежняго размѣра. Губы и зубы оставались стиснутыми, и разжать ихъ, чтобы ввести пищу, было дов. трудно. Чувства зрѣнія, слуха и обонянія совершенно не было. Наблюдалась полная нечувствительность къ щипкамъ и уколамъ. Давленіе на истерическія точки не вызывало никакой реакціи. За исключеніемъ сведенныхъ жевательныхъ мышцъ, всѣ остальныя мышцы были разслаблены. Временами больной двигалъ правой ногой. Отправленія кишечника и мочевого пузыря все время сна были задержаны. На слѣдующій день, въ 11 час. утра, больной внезапно проснулся съ головною болью и ломотою въ спинѣ; онъ былъ очень изумленъ происшедшимъ и ничего не помнилъ, что было съ нимъ во время сна. Изъ разспросовъ выяснилось, что отецъ больного—алкоголикъ, а мать страдаетъ астмой; признаковъ вырожденія у больного нѣтъ. Въ маѣ 1902 г. онъ былъ очень потрясенъ смертью своего брата и имѣлъ приступъ продолжительныхъ судорогъ, которые повторились еще раза 2; припадковъ продолжительнаго внезапнаго сна у него не было. При изслѣдованіи найдены боли въ позвоночникѣ, потеря чувствительности слизистой оболочки глотки и повышеніе чувствительности въ нѣкоторыхъ областяхъ кожи. 20/III 1904 г. у больного наблюдался въ теченіи 2-хъ часовъ припадокъ судорогъ съ потерей сознанія, а 27/III повторился припадокъ внезапнаго глубокаго продолжительнаго сна (Archives de médecine et de pharmacie militaires, № 9). *И. Вирокій.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CXLIX. Памяти Александра Алексѣевича Боброва.

Въ эту тяжелую для всѣхъ годину общество и нашъ медицинскій міръ въ особенности понесли еще одну большую утрату: 26-го ноября внезапно скончался въ Алупкѣ выдающійся хирургъ и энергичный общественный дѣятель проф. *Александръ Алексѣевичъ Бобровъ.*

Вся клиническая дѣятельность *А. А.* протекла на моихъ глазахъ и дружеская совмѣстная, въ теченіи почти 14 лѣтъ, работа съ нимъ даютъ мнѣ право говорить о немъ, какъ о хирургѣ, преподавателѣ, человѣкѣ и общественномъ дѣятелѣ.

Я помню *А. А.* когда онъ, занимая еще каѳедру топографической анатоміи, началъ вести свои занятія въ городской Басманной больницѣ въ Москвѣ. Какъ ясны и полны по содержанію были его клиническія лекціи, какъ точно выяснены и обоснованы показанія къ операціи, какъ охотно и усердно посѣщали группы студентовъ больницу по воскресеньямъ, когда *А. А.* разбиралъ тамъ больныхъ и оперировалъ! Многіе изъ насъ, слушателей, можетъ быть, впервые тогда начали сознательно относиться къ хирургіи и увлекаться ею, благодаря той любви, которой былъ проникнутъ къ этой отрасли медицины самъ профессоръ, убѣжденно предсказывавшій хирургіи самый быстрый и пышный разцвѣтъ.

Какихъ-нибудь 2—3 года спустя *А. А.* имѣлъ уже болѣе 40 хирургическихъ кроватей въ Университетской Ново-Екатерининской больницѣ, гдѣ читалъ 4-му курсу параллельно съ основной факультетской хирургической клиникой на Дѣвичьемъ полѣ свои клиническія лекціи. Успѣхъ этихъ лекцій былъ огромный, почти $^1/_2$ курса студентовъ посѣщала ихъ, сознавая важность получаемыхъ научныхъ и практическихъ свѣдѣній.

Но только большой и разнообразный матеріалъ факультетской хирургической клиники, которую *А. А.* получилъ въ 1893 г., далъ возможность обрисоваться его клиническому таланту. Я не буду касаться всѣхъ многочисленныхъ работъ и учебниковъ его по хирургіи, анатоміи и десмургіи, на которыхъ выросли цѣлыя поколѣнія русскихъ врачей, а остановлюсь только на тѣхъ областяхъ хирургіи, съ которыми тѣсно и надолго должно быть связано имя проф. *Боброва.*

Здѣсь на первомъ планѣ стоитъ лѣченіе аппендицита и эхинококковъ. *А. А.* однимъ изъ первыхъ сталъ примѣнять изсѣченіе отростка слѣпой кишки и въ самомъ скоромъ времени сдѣлался горячимъ защитникомъ операціи въ періодѣ затишья, когда еще за границей раздавались многочисленные и авторитетные голоса за операцію въ остромъ періодѣ. Теперь мы знаемъ, насколько правиленъ былъ взглядъ его на лѣченіе аппендицита, такъ какъ въ настоящее время только въ рѣдкихъ, исключительныхъ случаяхъ оперируютъ въ періодѣ остромъ.

Зашиваніе наглухо фибрознаго мѣшка эхинококка послѣ удаленія хитиновой оболочки чужеяднаго можетъ считаться новой и благодѣтельной эрой въ лѣченіи этой болѣзни. Способы коренного лѣченія грыжъ и spinae bifidae также носятъ имя проф. *Боброва.* Операціи на почкахъ и на желчныхъ путяхъ въ Россіи опять-таки начали разрабатываться главнымъ образомъ въ клиникѣ проф. *Боброва.* Словомъ много найдется областей въ хирургіи, куда *А. А.* внесъ что-нибудь новое и оригинальное: мало кому извѣстно, напр., что *А. А.* первый, *не только въ Россіи, но и за границей*, началъ примѣнять подкожныя вливанія солянаго раствора при упадкѣ сердечной дѣятельности во время хлороформированія, предложилъ дѣлать перевязку почечной артеріи при подкожныхъ разрывахъ почекъ для остановки кровотеченія и накладывать на hylus почки зажимъ à demeure при удаленіи этого органа.

Но, предлагая или предпринимая какую-нибудь новую или серьезную операцію, *А. А.* всегда имѣлъ въ виду главнымъ образомъ ту пользу, которую можетъ принести больному эта операція. «Больной и его интересы должны быть всегда у Васъ на первомъ планѣ, а не стремленіе сдѣлать новую или сложную операцію»—говорилъ онъ постоянно своимъ ординаторамъ, повторяя это и на лекціяхъ студентамъ. Вообще *А. А.* не допускалъ поверхностнаго и легкомысленнаго отношенія къ занятіямъ въ клиникѣ и, будучи самъ неутомимымъ труженикомъ, требовалъ и отъ своихъ подчиненныхъ добросовѣстной и усиленной работы. Молодой ординаторъ, не заявившій себя на первыхъ порахъ съ этой стороны, на долгое время, а иногда и навсегда терялъ его довѣріе.

Гуманное отношеніе *А. А.* къ больнымъ распространялось и на всѣхъ людей вообще. *А. А.* не имѣлъ враговъ или, лучше сказать, самъ не считалъ никого своимъ врагомъ и обладалъ,

кромѣ того, особенностью искренне и всецѣло оказывать довѣріе лицамъ, разъ они заслужили его. Это была честная, прямая и откровенная натура, открыто высказывающая свои взгляды и убѣжденія, не останавливаясь передъ могущими быть послѣдствіями. Къ сожалѣнію, эти свойства характера не въ модѣ въ настоящее время и нерѣдко именно изъ-за этого не удавались прекрасные замыслы и планы *А. А.* и возбуждалось противъ него неудовольствіе. Люди, не знавшіе близко *А. А.*, считали его пристрастнымъ и рѣзкимъ; но тѣ, кто желали видѣть истину, скоро находили въ немъ дорогія душевныя качества. Да можетъ-ли честный и прямой человѣкъ быть пристрастнымъ? Конечно,—нѣтъ. Дѣйствительно, въ трудномъ административномъ дѣлѣ завѣдыванія большой клиникой *А. А.* всѣми силами старался руководиться принципомъ справедливости по отношенію къ врачамъ и низшему персоналу, и я увѣренъ, что изъ десятковъ товарищей-ординаторовъ, бывшихъ вмѣстѣ со мной въ клиникѣ, ни одинъ не припомнитъ факта, который-бы могъ заронить сомнѣніе относительно справедливаго отношенія *А. А.* ко всѣмъ его сослуживцамъ по клиникѣ.

Да, это былъ человѣкъ съ чистой и безупречной душой, и пусть ученики его носятъ въ своемъ сердцѣ завѣты искренней вѣры его въ силу честнаго труда и гуманнаго отношенія къ людямъ!

Но не въ одной только наукѣ и не въ сердцахъ только учениковъ и друзей своихъ оставилъ глубокій слѣдъ *А. А.*,—и для всего русскаго общества не протекла безслѣдно его жизнь. Съ именемъ проф. *А. А. Боброва* навсегда останется связаннымъ одинъ изъ подвиговъ величайшаго человѣколюбія, на который онъ почти всецѣло посвятилъ послѣдніе годы своей жизни. Я говорю объ устроенной *А. А.* санаторіи для больныхъ бугорчаткой дѣтей на Южномъ берегу Крыма. Убѣдившись на самомъ себѣ и на массѣ больныхъ въ цѣлебныхъ свойствахъ южнобережскаго климата, онъ уже много лѣтъ тому назадъ лелѣялъ мысль дать возможность дѣтямъ людей недостаточныхъ вновь получить утерянное здоровье. И вотъ началась подготовительная работа. Ни труда, ни времени не жалѣлъ *А. А.*, идя къ намѣченной цѣли: статьями въ общей печати, разговорами съ частными лицами старался онъ заинтересовать общество. Благая цѣль и убѣжденная пропаганда *А. А.* дали матеріальныя средства, привлекли помощниковъ, и въ настоящее время въ Алупкѣ красуются зданія санаторіи, въ которыхъ вновь черпаютъ силы хилыя, страдающія бугорчаткой дѣти. Санаторія была за послѣдніе годы любимымъ дѣтищемъ *А. А.*, когда вслѣдствіе своего разстроеннаго здоровья онъ не могъ больше жить въ Москвѣ и заниматься любимой хирургіей. Съ какой любовью и съ какимъ воодушевленіемъ говорилъ онъ мнѣ прошлой зимой о постройкѣ отдѣльнаго хирургическаго барака, какъ хотѣлось ему сообщить о результатахъ дѣятельности санаторіи на предстоящемъ Съѣздѣ хирурговъ! Но неумолимая судьба судила иначе: среди энергичной дѣятельности сразила она всю жизнь на пользу другихъ трудившагося человѣка.

Пусть такъ; ты умеръ, но память о тебѣ не умретъ никогда на южной окраинѣ нашего отечества, какъ не умерла она и долго еще будетъ жить въ сердцахъ твоихъ друзей и учениковъ!

Миръ праху твоему прекрасный человѣкъ, дорогой и незабвенный учитель!

Проф. *С. Өедоровъ.*

CL. *Изъ научныхъ Собраній врачей клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 30-го сентября).

Проф. *В. М. Бехтеревъ* показалъ больного *съ явленіями частичной сензорной афазіи*, выразившейся въ затрудненіи при дѣйствіяхъ съ цифрами включительно до 2-значныхъ (больной—человѣкъ интеллигентный). Затрудненіе въ чтеніи и списываніи цифръ. Съ трудомъ произвелъ сложеніе 4-значныхъ; вычитанія совершенно не могъ сдѣлать. Часовъ не умѣлъ показать. Въ остальномъ рѣчь правильная и разумная. Состояніе во время лѣченія улучшилось. У больного—сильный артеріосклерозъ.—Докладчикъ указалъ, что подобное состояніе можно объяснить утратой двигательныхъ образовъ цифръ. Можно думать, что у такихъ больныхъ утрачена возможность произношенія цифръ, а потому они затрудняются въ чтеніи ихъ и дѣйствіяхъ съ ними. Замѣчено, что при пораженіи области передъ центромъ *Broca* въ той же извилинѣ ослабляются математическія способности. Въ 1900 г. была попытка связать мѣстоположеніе цифровыхъ впечатлѣній именно съ этой областью.

С. П. Вертоградовъ спросилъ о патогенезѣ случая.

Докладчикъ отвѣтилъ, что сифилисъ больной отрицаетъ, хотя на это и имѣются нѣкоторыя указанія со стороны наслѣдственности. Мать больного умерла отъ паралича. Вино больной пилъ умѣренно и ничѣмъ особымъ не хворалъ. Имѣющійся артеріосклерозъ могъ быть причиной закупорки вѣтви артеріи *Silvi*'евой борозды съ послѣдовательнымъ мѣстнымъ размягченіемъ.

С. П. Вертоградовъ: Не наблюдалось-ли періодическихъ улучшеній?

Докладчикъ: Нѣтъ.

И. К. Мейеръ замѣтилъ, что онъ видѣлъ этого больного лѣтъ 6—7 назадъ; и тогда уже у него отмѣчались нѣкоторыя разстройства, которыя можно-бы связать съ настоящимъ его состояніемъ.

Проф. *Л. В. Блуменау* обратилъ вниманіе на нѣкоторыя разстройства въ ассоціативной дѣятельности больного и замѣтилъ, что, если признавать существованіе особаго центра счисленія, то его надо себѣ представить въ видѣ ассоціативнаго центра.

Докладчикъ замѣтилъ, что, хотя онъ и не отрицаетъ у больного измѣненій въ ассоціативной сферѣ, тѣмъ не менѣе измѣненія ясно обозначаются въ затрудненіи обращаться съ цифрами, тогда какъ во всемъ остальномъ ассоціативная дѣятельность по существу не нарушена.

В. В. Реймеръ: Можно представить себѣ цифровой центръ, но трудно представить математическій.

Докладчикъ: Показанный мною больной, равно какъ и другіе подобные, даютъ поводъ думать именно о центрѣ цифровыхъ знаковъ. Но цифровые знаки являются необходимымъ орудіемъ математическихъ выкладокъ. Утрата этихъ цифровыхъ образовъ приводитъ къ невозможности какихъ-бы то ни было математическихъ дѣйствій. Слѣд., въ этомъ смыслѣ можно говорить о «математическомъ» центрѣ. Обособлять особый цифровой центръ до новыхъ наблюденій мы не имѣемъ права, но, руководясь своими наблюденіями, я считалъ-бы особо важнымъ въ интересахъ дѣла впредь у афатиковъ изслѣдовать не только словесную рѣчь, но и пониманіе и обращеніе съ цифровыми знаками.

Ч. пр. *Жуковскій. Къ ученію о тонкомъ строеніи нервной клѣтки и ея отростковъ* (съ предъявленіемъ препаратовъ, окрашенныхъ по способу *Ramon y Cajal*'я). Докладчикъ указалъ на огромное значеніе, которое имѣли для нейропатологіи изслѣдованія *Apaty*, *Bethe*, *Nissl*'я и *Sorel*'а, какъ доказывающіе фибриллярное строеніе нервной клѣтки и въ то-же время не подтверждающіе ученія о контактѣ. (На основаніи этихъ изслѣдованій отрицались свободныя окончанія развѣтвленій клѣточныхъ отростковъ около нервныхъ клѣтокъ, въ противоположность изслѣдованіямъ *Golgi* и *Ramon y Cajal*'я, а также допускалась связь между нервными элементами путемъ продолженія нейрофибриллъ одной нервной клѣтки въ другую). Теорія нейроновъ, такимъ образомъ, этими гистологическими изслѣдованіями подрывалась въ ея анатомической основѣ, хотя она и имѣла за собой вѣскія данныя изъ области эмбріологіи, физіологіи и патологіи. Для возстановленія прежняго авторитета этой теоріи, основанной на гистологическихъ данныхъ, требовались доказательство изъ области гистологіи. Доказательства эти въ послѣднее время представлены *Ramon y Cajal*'емъ, предложившимъ свой новый способъ окраски нервной клѣтки и ея отростковъ, давшей возможность обнаружить фибриллярное строеніе протоплазмы нервной клѣтки и въ тоже время свободныя окончанія тончайшихъ клѣточныхъ отростковъ около клѣтокъ. Такимъ образомъ, по словамъ докладчика, способъ этотъ далъ возможность согласовать и изслѣдованія *Bethe*, *Apaty* относительно фибриллярнаго строенія нервной клѣтки и ученіе о контактѣ. Способъ состоитъ въ слѣдующемъ: 1) кусочки свѣже взятой нервной ткани отъ 3—4 млм. до 0,5 стм. помѣщаются въ 3%-ый растворъ азотнокислаго серебра на 4—6 дней, при 30°—35°, въ термостатъ, при отсутствіи свѣта; 2) промываніе въ водѣ и помѣщеніе на 24 час. въ жидкость слѣдующаго состава: пирогаллової кислоты или гидрохинона 1,0, формалина 5—15,0, перегнанной воды 100,0 (обыкновенной температуры); 3) промываніе въ водѣ и обезвоживаніе 96° спиртомъ; 4) заливаніе въ парафинъ по общимъ правиламъ. Парафинъ удаляется ксилоломъ, просвѣтляется въ карболъ-ксилолѣ и заливается въ канадскій бальзамъ. Докладчикъ указалъ на удачное видоизмѣненіе способа *Ramon y Cajal*'я, изложенное въ статьѣ *Pollak*'а (предварительное уплотненіе мозга въ теченіи 24 час. въ растворѣ 96° спирта и аммiака: 100,0 спирта, 0,25—1,0 аммiака, затѣмъ обработка по *Ramon y Cajal*'ю). Въ видоизмѣненіи даннаго способа *Lenhossek*'омъ (послѣдовательное голоченіе препаратовъ и фиксированіе окраски) докладчикъ особыхъ преимуществъ передъ способомъ *Ramon y Cajal*'я на основаніи своихъ изслѣдованій не усматриваетъ. Достоинства этого способа по сравненіи со способомъ *Bethe*, по словамъ докладчика, слѣдующія: 1) простота; 2) болѣе постоянные результаты; 3) примѣняемость къ различнымъ видамъ животныхъ. Недостатки заключаются въ неравномѣрной окраскѣ (поверхностные слои перекрашиваются, средніе не докрашиваются; промежуточный между ними слой является лучшимъ для микроскопическихъ препаратовъ). % азотнокислаго серебра для импрегнаціи препаратовъ колеблется: для зародышей, плодовъ и новорожденныхъ, а также молодыхъ млекопитающихъ употребляются слабые растворы (1,5%—1%), для новорожденныхъ крысъ и мышей и низшихъ позвоночныхъ 0,5%—0,75%, для червей—6%; для импрегнаціи сѣтчатки и другихъ мембранообразныхъ оболочекъ—слабые растворы. Чрезвычайно важнымъ, по словамъ докладчика, является заявленіе *Ramon y Cajal*'я и другихъ, работавшихъ по этому способу, что при немъ окрашиваются тончайшіе элементы нервной природы и не окрашивается нейроглія. На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ устанавливаетъ слѣдующую картину препаратовъ, окрашенныхъ по этому способу: свѣтложелтый фонъ препарата и окрашенныя въ красный, коричневый и черный цвѣтъ нервныя клѣтки. Ахроматиновая часть ихъ протоплазмы обнаруживаетъ ясно фибриллярное строеніе и нейрофибриллы, лежащія въ окружающей клѣтки ткани. Ядрышко клѣтки окрашено въ красный или черный цвѣтъ. Ядро не окрашено. Фибриллы нервныхъ клѣтокъ пронизываютъ насквозь клѣточную протоплазму и иногда идутъ изъ одного протоплазменнаго отростка въ другой, не отдавая боковыхъ вѣтвей къ центру клѣтки. Особенно часто это встрѣчается въ пирамидныхъ клѣткахъ мозговой коры, гдѣ фибриллы лежатъ, по видимому, независимо одна отъ другой, не образуя сѣти. Тутъ можно видѣть болѣе тонкія фибриллы, проходящія надъ ядромъ, образуя подъ нимъ покрышку или плащъ и тоже не образуя сѣти. Протоплазменные отростки этихъ клѣтокъ слагаются изъ значительнаго числа фибриллъ, идущихъ въ одномъ направленіи. Осевоцили-

дрическій отростокъ является непосредственнымъ продолженіемъ фибриллъ центральныхъ частей клѣтки, лежащихъ въ окружности ядра. Сближаясь, фибриллы образуютъ конусъ, которымъ и начинается осевоцилиндрическій отростокъ. Въ клѣткахъ переднихъ роговъ спинного мозга нейрофибриллы образуютъ въ окружности ядра внутриклѣточковую сѣть, промежутки которой при способѣ *Ramon y Cajal*'я остаются неокрашенными. Сѣть по изслѣдованіямъ *Ramon y Cajal*'я двойная. Тоже подтверждается изслѣдованіями *Marinesco* и докладчика; двойная сѣть, по его словамъ, существуетъ и въ клѣткахъ ядеръ продолговатаго мозга. Въ ткани, окружающей клѣтки, нейрофибриллы образуютъ нѣжную ткань, пересѣкаясь въ разныхъ направленіяхъ, но перехода ихъ изъ одной клѣтки въ другую замѣтить не удалось. Подходя къ клѣткамъ, фибриллы оканчиваются свободно въ формѣ булавовидныхъ утолщеній, названныхъ *Ramon y Cajal*'емъ конечными булавами («massues terminales» французскихъ авторовъ), при помощи которыхъ устанавливается контактъ между нейронами. Одна часть изъ теоріи нейроновъ на основаніи изслѣдованій по новому способу *Ramon y Cajal*'я, по мнѣнію докладчика, является пострадавшей: это—гипотеза динамической поляризаціи нервныхъ элементовъ. Переходъ одной и той-же нейрофибриллы изъ одного протоплазменнаго отростка въ другой безъ образованія боковыхъ вѣтвей, идущихъ къ центру клѣтки, дѣлаетъ непонятнымъ проведеніе нервнаго тока въ этихъ отросткахъ только въ центральномъ направленіи. Затѣмъ докладчикъ отмѣтилъ значеніе способа *Ramon y Cajal*'я въ нервной патологіи, какъ позволяющаго проникнуть въ тонкія измѣненія ахроматиновой части клѣточной протоплазмы, и высказалъ предположеніе, что способъ этотъ сыграетъ видную роль въ патологической анатоміи нервныхъ и душевныхъ заболѣваній.

Проф. *Л. В. Блуменау* выразилъ удивленіе по поводу заглавія доклада, замѣтивъ, что докладъ ничего не прибавилъ новаго «къ ученію» о нервной клѣткѣ и является только рефератомъ имѣющихся въ литературѣ данныхъ.

Докладчикъ нашелъ заявленіе проф. *Блуменау* несправедливымъ и указалъ на то, что его сообщеніе, 1) какъ указывающее на значеніе даннаго способа для гистологіи и нейропатологіи, а въ частности для рѣшенія вопроса о достовѣрности теоріи нейроновъ; 2) какъ сопровождающееся ссылками на собственныя изслѣдованія и предъявленіемъ препаратовъ; 3) какъ оцѣнивающее значеніе способа для гистологіи и указывающее на будущее значеніе для патологической анатоміи и 4) какъ содержащее нѣкоторыя критическія замѣчанія, заслуживаетъ названія оригинальнаго сообщенія.

Проф. *Л. В. Блуменау* отмѣтилъ, что вопросъ объ опроверженіи закона динамической поляризаціи даннымъ способомъ переданъ докладчикомъ неправильно. «*Van Gechuhten* нашелъ, и я раздѣляю его мнѣніе, говорилъ проф. *Б.*, что фибрилла, вступая въ тѣло клѣтки, отдаетъ тонкую вѣточку. Какое-же это возраженіе противъ закона динамической поляризаціи?»

Докладчикъ отвѣтилъ, что существованіе въ препаратахъ, окрашенныхъ по новому способу *Ramon y Cajal*'я, крупныхъ фибриллъ, переходящихъ, не прерываясь, изъ одного протоплазменнаго отростка въ другой, не давая боковыхъ вѣтвей къ центру клѣтки, дало ему возможность высказаться въ томъ смыслѣ, что гипотеза динамической поляризаціи нервныхъ элементовъ въ томъ видѣ, какъ она предложена *Van Gechuhten*'омъ и принята *Ramon y Cajal*'емъ, должна быть послѣ новѣйшихъ изслѣдованій видоизмѣнена или оставлена. Хотя эта гипотеза и черпаетъ доказательства не только изъ анатомическихъ, но и изъ физіологическихъ данныхъ, но предложена она была *van Gechuhten*'омъ только на основаніи анатомическихъ соображеній.

В. П. Осиповъ замѣтилъ, что докладчикъ ставитъ слишкомъ низко способъ *Nissl*'я, который, по его мнѣнію, сдѣлалъ свое дѣло.

Докладчикъ высказался о способѣ *Nissl*'я, какъ не оправдавшемъ возлагаемыхъ на него надеждъ въ патологической анатоміи нервной системы. Способъ этотъ обнаруживаетъ измѣненіе въ хроматофильномъ веществѣ, исчезновеніе котораго доказываетъ только функціональное истощеніе клѣтки (гибель запасовъ питательнаго матеріала, необходимаго для ея жизнедѣятельности). При настоящихъ стремленіяхъ проникнуть глубже въ измѣненія нервной клѣтки (т. е. измѣненія ахроматиновой части ея протоплазмы), по мнѣнію докладчика, способъ этотъ не примѣнимъ и будущее остается за новымъ способомъ *Ramon y Cajal*'я.

М. С. Добротворскій замѣтилъ, что способъ этотъ не даетъ ничего новаго въ смыслѣ теоріи контакта.

Докладчикъ заявилъ, что въ настоящее время онъ не имѣетъ достаточно демонстративныхъ препаратовъ, чтобы показать способъ соединенія между собою клѣтокъ.

Проф. *Л. В. Блуменау* указалъ, что при помощи этого способа можно видѣть булавовидныя окончанія фибриллъ, напоминающія живчиковъ.

Д-ръ *Никитинъ* замѣтилъ, что этотъ способъ окончанія нервныхъ нитей можно видѣть и въ одномъ изъ препаратовъ докладчика.

Проф. *В. М. Бехтеревъ*, подчеркнувъ цѣнность способа *Ramon y Cajal*'я, какъ не окрашивающаго нейроглію, замѣтилъ, что волокнистость, которая видна при окраскѣ по этому способу, предполагалась и раньше со временъ *Max*'а *Schultze*. Что-же касается роли этого способа въ выясненіи окончаній нервныхъ элементовъ, то и прежніе способы *Golgi* на хорошихъ препаратахъ даютъ возможность прослѣдить самыя тончайшія развѣтвленія. Такимъ образомъ вопросъ о самостоятельности нейроновъ при помощи этого способа съ новой стороны не освѣщается. По вопросу о динамической поляризаціи проф. *Б.* замѣтилъ, что онъ не составляетъ необходимой части ученія о нейронахъ и былъ, такъ сказать, искусственно связанъ съ этой теоріей. Въ своей книгѣ «Проводящіе пути мозга» проф. *Б.* уже указалъ, что есть клѣтки съ однимъ протоплазменнымъ отросткомъ, который, очевидно, проводитъ и въ томъ и въ другомъ направленіи (клѣтки обонятельныхъ луковицъ, спонгіобласты въ сѣтчаткѣ). По мнѣнію проф. *Б.*, вопросъ о проведеніи можетъ быть разрѣшенъ физіологическимъ путемъ наблюденіемъ надъ токами дѣйствія и, во всякомъ случаѣ, непосредственно къ ученію о нейронахъ не относится.

А. И. Карпинскій. О вліяніи коры головного мозга на почечное отдѣленіе (дальнѣйшія экспериментальныя данныя). Послѣ краткаго сообщенія о методикѣ опытовъ и данныхъ прежнихъ своихъ изслѣдованій докладчикъ изложилъ результаты своихъ послѣднихъ наблюденій, заключающихся въ слѣдующемъ. Измѣненія въ химическомъ составѣ мочи: 1) При раздраженіи коры съ одной стороны почка стороны противоположной выдѣляетъ мочу болѣе жидкую и разведенную, чѣмъ моча, выдѣляемая почкой раздражаемой стороны; послѣдняя всегда отличается болѣе высокимъ уд. вѣсомъ. 2) Уд. вѣсъ мочи передъ опытомъ съ раздраженіемъ коры всегда отличается отъ уд. вѣса мочи во время опыта. 3) Въ мочѣ, взятой до раздраженія коры, количество N значительно превышаетъ N мочи, добытой путемъ раздраженія центра. 4) Хлориды находятся въ тѣхъ-же отношеніяхъ, но колебанія ихъ не такъ рѣзки, какъ колебанія N. 5) Сумма N и хлоридовъ мочи, выдѣленная за весь опытъ изъ почки, противоположной стороны раздражаемой, значительно больше таковой-же суммы въ мочѣ почки, соотвѣтствующей сторонѣ раздраженія. 6) При долгомъ раздраженіи коры, побуждаемой такимъ образомъ къ работѣ почкой (той или другой) выдѣляется моча, въ послѣднихъ порціяхъ которой находится бѣлокъ. 7) Двустороннее удаленіе участковъ коры, вліяющихъ на мочеотдѣленіе, давало самое кратковременное уменьшеніе суточнаго количества мочи съ послѣдующей временной поліуріей. Затѣмъ докладчикъ указалъ на вліяніе на мочеотдѣленіе нѣкоторыхъ условій— испуга, болевыхъ раздраженій, волненія, жажды и пр.

Д-ръ *Арнштейнъ* замѣтилъ, что докладчикъ напрасно не изслѣдовалъ химически полученную мочу послѣ каждаго опыта.

Докладчикъ возразилъ, что мочи получалось недостаточно.

В. П. Осиповъ замѣтилъ по поводу поліуріи, что, хотя повѣрочный опытъ еще и не законченъ, но дѣло идетъ, по видимому, параллельно.

Докладчикъ заявилъ, что въ повѣрочномъ опытѣ прошло 4 дня, изъ коихъ въ первые 3 получилось количество мочи, одинаковое съ первымъ опытомъ, а на 4-ый день обнаружилось увеличеніе, меньше чѣмъ въ томъ случаѣ.

А. С. Грибоѣдовъ указалъ на увеличеніе потоотдѣленія на сторонѣ, противоположной операціи. Это увеличенное потоотдѣленіе прекращалось въ концѣ 2-ой недѣли. Такимъ образомъ самое увеличеніе было временнымъ.

Проф. *В. М. Бехтеревъ* отмѣтилъ интересъ этихъ изслѣдованій въ области, не затронутой до сихъ поръ другими изслѣдователями. Въ сообщеніи обращаетъ на себя вниманіе уравновѣшивающая работа почекъ (увеличеніе отдѣленія одной почки сопровождается уменьшеніемъ отдѣленія другой). Интереснымъ и важнымъ представляется увеличеніе мочи при удаленіи корковыхъ центровъ. Хотя до окончанія повѣрочныхъ опытовъ окончательнаго вывода сдѣлать еще нельзя, но данныя этого опыта, по видимому, позволяютъ шире смотрѣть на происхожденіе сахарнаго и несахарнаго мочеизнуренія, чѣмъ это дѣлалось раньше, такъ какъ не только дно 4-го желудочка при уколѣ, но и поврежденіе коры, какъ оказывается, вліяетъ на измѣненіе количественнаго и качественнаго состава почечнаго отдѣляемаго. Проф. *Б.* отмѣтилъ также большой интересъ опытовъ съ психическимъ вліяніемъ и указалъ на важность изслѣдованій надъ животнымъ съ выведенной канюлей въ обыкновенныхъ условіяхъ (или при взвѣшиваніи на станкѣ). На такомъ животномъ можно было-бы изслѣдовать разнообразныя психическія и отраженныя вліянія [зрѣнія, обонянія, вкуса (путемъ опытовъ съ мнимымъ кормленіемъ), а можетъ быть, и слуха]. *А. Соловцова.*

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ [1]).

CXLII. Открытое письмо Комитету Главной Кассы Чистовича.

Въ № 48 «Русскаго Врача» помѣщенъ за подписью Комитета Главной Кассы *Чистовича* «Журналъ Общаго Собранія 21-го октября». Вѣроятно, имѣя въ виду уже напечатанный, болѣе полный, мой отчетъ въ № 45, Комитетъ въ своемъ опустилъ многое, между прочимъ,—всѣ имена ораторовъ, оппозиціи, кромѣ моего и д-ра *Лѣсового*.

Привѣтствуя добрый починъ Комитета немедленно-же печатать «Журналы» Общихъ Собраній, прошу его, во 1-хъ, исправить лишь одну *описку* секретаря, которая *существенно* искажаетъ смыслъ моихъ словъ и фактовъ, установленныхъ въ засѣданіи. Между прочимъ, въ «Журналѣ» приведены слова д-ра

[1]) За крайнимъ недостаткомъ мѣста, мы вынуждены отложить полученное нами письмо д-ра *А. Н. Рубеля* до слѣдующаго №.—*Ред.*

Заболотскаго въ такой формулировкѣ: «*А. В. Амстердамскій* до сихъ поръ (т. е. до 21 октября), не представилъ еще въ *Коммиссію* своей *работы*...»; далѣе еще менѣе удачно изложено мое собственное заявленіе: «Д-ръ *Амстердамскій, не отрицая факта*, что имъ *не были* представлены собранные матеріалы»...., и т. д. [1]) Вполнѣ разработанные матеріалы, въ видѣ систематичной работы, представлены были мною Коммиссіи еще въ январѣ и въ 5 засѣданіяхъ, съ 29 января по 2 марта, были цѣликомъ, въ бѣловой рукописи, прочитаны Коммиссіи. Мною не исполнено лишь желаніе предсѣдателя Коммиссіи—представить въ *Комитетъ печатный* экземпляръ, такъ какъ на печатаніе его я не имѣю достаточныхъ средствъ. Во 2-хъ, дополнить «Журналъ» Общаго Собранія 21-го октября внесеніемъ въ него, хотя-бы, сущности моего заявленія, о чемъ я просилъ Комитетъ во время засѣданія». [2]) Въ «Журналѣ» объ этомъ заявленіи совсѣмъ не упомянуто, между тѣмъ оно, мнѣ кажется, имѣетъ в. важное значеніе для пониманія какъ хода преній, такъ и постановленія Общаго Собранія.

А. Амстердамскій.

Петербургъ. 29/xi 1904 г.

CXLIII. М. Г.! Не откажите напечатать мой отвѣтъ на письмо 5 членовъ Коммиссіи по пересмотру Устава Кассы *Чистовича*, помѣщенное въ № 47 «Русскаго Врача».

Предъ товарищами, которые сами были на Общемъ Собраніи 21-го октября, я могъ-бы и не отвѣчать на письмо моихъ оппонентовъ. Тѣже обвиненія въ присутствіи *Ф. Я. Чистовича* и *Л. Г. Карчагина* были предъявлены въ засѣданіи д-ромъ *Заболотскимъ* и мною были опровергнуты; такимъ образомъ попытка предсѣдателя Коммиссіи свалить на меня свои собственные грѣхи успѣха не имѣла. Но разъ мои оппоненты апеллируютъ ко всей корпораціи, ко всѣмъ участникамъ Кассы, я считаю себя не вправѣ отмалчиваться. Къ сожалѣнію, нашъ споръ въ той постановкѣ, какую на этотъ разъ придали ему мои оппоненты, носитъ характеръ сведенія личныхъ счетовъ и чуждъ всякой общественности; поэтому я ограничусь лишь наиболѣе существенными фактами, опустивъ массу характерныхъ мелочей.

Авторы берутъ подъ свою защиту Комитетъ. Такъ какъ послѣдній самъ ничего не возражаетъ, то я и считаю излишнимъ вступать изъ-за него въ полемику сейчасъ.

Въ моемъ отчетѣ (см. № 45) нѣтъ упрека и по адрессу Коммиссіи in toto: какъ говорилось въ Общемъ Собраніи, и въ отчетѣ говорится лишь о неправильныхъ, *по мнѣнію Собранія*, дѣйствіяхъ предсѣдателя Коммиссіи д-ра *Заболотскаго*.

Наконецъ, авторы допускаютъ и 3-ью, болѣе существенную, ошибку. Свое письмо они адрессуютъ *лично мнѣ* и такимъ образомъ *меня одного* дѣлаютъ отвѣтственнымъ за Общее Собраніе 21-го октября. («Обвиненіе это, представленное въ Общемъ Собраніи д-ромъ *Амстердамскимъ*, является совершенно несправедливымъ»). Отъ такой высокой чести я отказываюсь. Тоже самое, даже съ надбавкой, и въ болѣе рѣзкой формѣ, чѣмъ я, (напр., ироническая рѣчь д-ра *Лѣсового*) говорили около 10 ораторовъ. Громадная разница—только-ли я одинъ критикую, или тоже самое говорятъ и думаютъ десятки другихъ членовъ!

Я буду возражать затѣмъ Коммиссіи на каждый пунктъ отдѣльно.

1. Никто не оспаривалъ, что Коммиссія трудилась много, долго и ранѣе апрѣля не могла закончить своей работы. По этому пункту у меня разногласія съ Коммиссіей нѣтъ.

2. Извѣстно или неизвѣстно было мнѣ постановленіе Комитета объ ассигнованіи въ мое распоряженіе 50 р. на переписку работы? Это—самый важный пунктъ обвиненія меня д-ромъ *Заболотскимъ*. Мои оппоненты пишутъ: «предсѣдатель Коммиссіи, *по соглашенію съ Комитетомъ* Кассы, разрѣшилъ этотъ кредитъ д-ру *Амстердамскому*, о чемъ и *сообщилъ ему въ мартѣ* 1904 г. *при всѣхъ членахъ* Коммиссіи». Чтобы не входить въ долгія объясненія, приведу одинъ лишь голый фактъ грубаго несовпаденія хронологическихъ датъ. Послѣ того, какъ вопросъ о печатаніи моей работы за счетъ Кассы какъ-то затушевался, я самъ предложилъ въ засѣданіи Коммиссіи 24/п воспользоваться «Ремингтономъ». За весь мартъ Коммиссія собиралась только 1 разъ—2/ш. Слѣд., если цѣликомъ положиться на слова и память подписавшихся, соглашеніе между д-ромъ *Заболотскимъ* и Комитетомъ могло произойти лишь за короткій промежутокъ времени съ 25/п по 1/ш включительно. По справкѣ, любезно сообщенной мнѣ 27/xi секретаремъ Комитета *М. Г. Бовинымъ*, Комитетъ собирался 13/п, 20/ш и 26/iv. Ясно, что въ мартѣ мы *всѣ вмѣстѣ* никакимъ образомъ не могли слышать того, о чемъ такъ категорично свидѣтельствуютъ подписавшіеся. Ошибка ихъ—вотъ въ чемъ. 24/п я предложилъ, ради сокращенія расходовъ, воспользоваться «Ремингтономъ». Никто изъ сочленовъ не возражалъ по существу, а предсѣдатель д-ръ *Заболотскій* на это замѣтилъ почти буквально слѣдующее: «Я не думаю, чтобы Комитетъ отказалъ въ такой сравнительно небольшой суммѣ (50—70 р.), но во всякомъ случаѣ объ этомъ я долженъ буду съ нимъ переговорить, и, быть можетъ, кто-либо изъ членовъ пожелаетъ предварительно взглянуть Вашу (т. е. мою) работу». То была моя первая и послѣдняя бесѣда съ д-ромъ *Заболотскимъ* на счетъ переписки.

Именно къ этому засѣданію нашему и относится свидѣтельское показаніе остальныхъ 4-хъ лицъ, а вовсе не къ тому мифическому, когда д-ръ *Заболотскій* будто-бы, разрѣшилъ мнѣ, *по соглашенію* съ Комитетомъ расходъ на переписку. Тогда еще не могло быть этого соглашенія. Другой справкой, любезно сообщенной мнѣ 27/xi предсѣдателемъ Комитета *В. С. Кудрявцевымъ*, какъ-бы подтверждается, что д-ръ *Заболотскій* передалъ Комитету мою просьбу въ весеннемъ засѣданіи передъ Общимъ Собраніемъ (оно было 26/iv), и тогда-же поручено было ему извѣстить меня о согласіи Комитета. Вотъ этого-то извѣщенія я почему-то и не получилъ и работа моя на все лѣто осталась непереписанной. Д-ръ *Заболотскій*, разумѣется, можетъ утверждать, что онъ все-таки передалъ мнѣ постановленіе Комитета ну позднѣе что-ли—въ апрѣлѣ, маѣ....; но, надѣюсь, уже безъ ссылокъ на свидѣтелей. При затратѣ, какъ признаетъ и Коммиссія, 2-хъ лѣтъ на работу, было не въ моихъ интересахъ уклоняться отъ ея обнародованія. Какъ разъ наоборотъ: не изъ-за авторскаго самолюбія, а въ интересахъ Кассы и ея участниковъ я изыскивалъ всѣ способы къ ея скорѣйшему появленію на божій свѣтъ. Эта логика фактовъ, по видимому, смущаетъ даже моихъ оппонентовъ; иначе они не приписали-бы мнѣ такого наивнаго соображенія: «что *я зналъ* объ ассигнованіи денегъ, но *подъ предлогомъ ихъ неполученія* задержалъ свою работу». Во 1-хъ, мнѣ нужны были не деньги, а кредитъ, такъ какъ я не могъ точно опредѣлить стоимость переписки; во 2-хъ, переписчикъ хорошо меня знаетъ и свободно могъ-бы ждать платежа 1—2 мѣс. по окончаніи работы.

3. Въ моемъ отчетѣ нѣтъ ни единой строки, которая давала-бы поводъ упрекнуть меня въ томъ, будто-бы я «обвиняю Коммиссію какъ-бы въ пристрастіи». Я обвинялъ и обвиняю не Коммиссію, а д-ра *Заболотскаго*, да и то вызванный на это имъ же самимъ, въ забывчивости, халатности, пожалуй, даже небрежности. Напечатать мою работу въ «Вѣстникѣ Взаимопомощи» д-ръ *Гребенщиковъ* предложилъ мнѣ послѣ избранія его редакторомъ «Вѣстника». *Единственное* условіе, которое онъ ставилъ мнѣ, какъ автору было—выбросить нѣсколько рѣзкихъ выраженій по адрессу Главнаго Комитета и Общихъ Собраній и вообще смягчить полемическую часть и отказаться отъ печатанія діаграммъ, что̀ мною и было обѣщано. Въ денежномъ-же отношеніи предполагалось получить нѣкоторую субсидію отъ Комитета и за его-же счетъ отпечатать отдѣльные оттиски.

4. Жалоба секретаря Коммиссіи *Г. Г. Епифанова* на недоставленіе мною отдѣльныхъ мнѣній по тѣмъ §§, по которымъ я разошелся во взглядахъ съ Коммиссіей, безъ чего, будто-бы, «немыслимо» было представить уставъ Комитету, вполнѣ опровергается рядомъ фактовъ. а) Какъ секретарь Коммиссіи, д-ръ *Епифановъ* велъ Журналы засѣданій; туда включались, въ его, конечно, формулировкѣ, и мои отдѣльныя мнѣнія. Напр., по § 35 всѣ высказались за сохраненіе 8 членовъ Главнаго Комитета, а я предложилъ увеличить число ихъ до 12 для усиленія его трудоспособности. По § 17 я, противъ всѣхъ остальныхъ, высказался за допущеніе женщинъ-врачей безъ всякихъ ограниченій; а впослѣдствіи при 2-мъ и 3-мъ чтеніи проэкта сдѣлалъ уступку остальнымъ и согласился на ограниченіе правъ, остающихся послѣ женщинъ-врачей трудоспособныхъ ихъ вдовцовъ. По § 11 я настаивалъ на продленіи срока взносовъ съ 9 до 12 мѣс. и установленія общепринятой вездѣ отчетности за цѣлый гражданскій годъ и т. д. Всѣ мои мнѣнія должны были быть занесены въ Журналъ, и по самой сущности, по краткости формулировокъ не требуютъ никакого дополненія, письменнаго особаго мнѣнія. По болѣе серьезнымъ вопросамъ, напр. по § 63, я былъ при отдѣльномъ мнѣніи до тѣхъ поръ, пока единогласно (по крайней мѣрѣ, съ формальной стороны) не установлена была нынѣ принятая Коммиссіей редакція; тогда и мое отдѣльное мнѣніе отпало. По единственно сложному вопросу—объ измѣненіи управленія Кассой и учрежденіи или особаго Правленія или ревизіонной Коммиссіи — часть моихъ взглядовъ, поддержанныя д-рами *Гребенщиковымъ* и *Карчагинымъ*, подлежала занесенію въ журналъ въ общей формѣ; другая $^1/_2$, согласно обѣщанію, напечатана въ моемъ отчетѣ въ № 42 «Русскаго Врача» (стр. 1001). Наконецъ, дѣйствительное, а не мнимое отдѣльное мнѣніе мое по наиболѣе сложной и серьезной части—финансовой, какъ мало доступной секретарю: (§§ 13, 15, о нормахъ пенсій, о льготныхъ и пожизненныхъ участникахъ и пр.)—все это составляетъ основную часть моей работы, разсмотрѣнной Коммиссіей въ 5 засѣданіяхъ. Если она до сихъ поръ не можетъ появиться въ печати, въ томъ не моя вина. Чего же собственно добивается отъ меня секретарь, д-ръ *Епифановъ*,—недоумѣваю.

5. Въ этомъ пунктѣ мои оппоненты допускаютъ рядъ удивительныхъ ошибокъ. а) Никто, въ томъ числѣ и я, не упрекали *Коммиссію*, что она тормазитъ дѣло, а ставили въ вину только д-ру *Заболотскому*, что онъ цѣлыхъ 6 мѣсяцевъ продержалъ у себя выработанный нами уставъ, не показавъ его Комитету. Д-ръ *Заболотскій* и самъ не отрицалъ этого факта, но старался объяснить его моей, якобы, неаккуратностью. б) Авторы письма признаютъ, что общее настроеніе Собранія 21-го октября было не въ пользу д-ра *Заболотскаго* и Комитета, но объясняютъ это настолько своеобразно: 1) что значительное число участниковъ явилось въ Собраніе *въ первый разъ* (курсивъ ихъ) и 2) «что я постарался ввести въ заблужденіе участниковъ Общаго Собранія 21-го октября». Много-ли, мало ли было присутствовавшихъ въ 1-й разъ,—судить не берусь (именные списки присутствовавшихъ, къ сожалѣнію, не печатаются). Но, если сообщеніе это точно, я могу лишь радоваться такому отрадному явленію, какъ признаку пробужденія интереса къ Кассѣ, и совершенно не понимаю на этотъ разъ огорченія авторовъ письма. Чѣмъ я постарался ввести въ заблужденіе участниковъ Общаго Собранія 21-

[1]) Курсивъ вездѣ мой. *А. А.*

[2]) Заявленіе это см. ниже. *А. А.*

го октября, Коммиссія ясно не указываетъ. Да, наконецъ, если я постарался ввести присутствовавшихъ въ заблужденіе, то почему-же мои оппоненты не постарались вывести ихъ изъ него?! Въ томъ то и заключается могучая сила живого свободнаго слова и публичнаго судоговоренія, что даже всѣ мелочи, всѣ обстоятельства за и противъ могутъ быть тамъ освѣщены съ исчерпывающей полнотой. Въ засѣданіи, вѣдь, не безмолвствовали и Вы, мои принципіальные противники; говорилъ не я одинъ, говорили и Вы. И, если тѣмъ не менѣе общее впечатлѣніе у Собранія сложилось не въ Вашу пользу, если Вамъ не удалось парализовать мои доводы,—виновато не Собраніе и не я. Новое общественное теченіе Вы ошибочно приняли за игру мелкихъ страстей и желаете видѣть во всемъ одни только личные счеты. Вотъ въ чемъ Ваша основная, досадная ошибка.

Далѣе авторы упрекаютъ меня, хотя и глухо, за пропускъ въ моемъ отчетѣ «нѣкоторыхъ весьма существенныхъ частностей преній». Сознательно пропущено только, ради возможнаго сбереженія мѣста, слѣдующее: 1) Разсужденіе проф. *С. В. Шидловскаго* о значеніи неприкосновеннаго капитала для устойчивости Кассы. Почти буквально тѣже слова его цѣликомъ приведены въ печатномъ отчетѣ Кассы за 1902 г. (стр. 4). 2. Мое собственное заявленіе, которое я просилъ занести въ «Журналъ». Во избѣжаніе какихъ-либо кривотолковъ по этому поводу привожу здѣсь это заявленіе цѣликомъ. «Въ виду отмѣченнаго другими товарищами задержанія у себя предсѣдателемъ Коммиссіи д-ромъ *Заболотскимъ* выработаннаго Коммиссіей Устава на цѣлыхъ 6 мѣсяцевъ, безъ достаточныхъ къ тому основаній, я считаю излишнимъ входить въ оцѣнку этого факта. Но я не могу не обратить вниманія на нѣкоторую странность въ ходѣ нашихъ дѣлъ. Допустимъ, что д-ръ *Заболотскій*—правъ и что я крайне неаккуратный сочленъ, даже болѣе того—просто озорникъ и недобросовѣстный человѣкъ. Подъ разными предлогами я уклоняюсь отъ представленія работы, задерживаю подачу отдѣльныхъ мнѣній и вообще всячески умышленно тяну время. И вотъ, благодаря моей коварной тактикѣ, предсѣдатель Комитета будетъ ждать предсѣдателя Коммиссіи, а послѣдній все хранить да хранить у *себя на столѣ* проэктъ — гдѣ-же этому конецъ? Вѣдь, тогда каждый членъ Коммиссіи можетъ, что называется, сорвать всю работу или затянуть её на долгіе годы! Сегодня, завтра при желаніи д-ръ *Заболотскій*, тамъ еще кто нибудь! Прилагать отдѣльное мнѣніе — право, но не обязанность. По русской пословицѣ «семеро одного не ждутъ»—слѣдовало давнымъ давно передать проэктъ Комитету тѣмъ болѣе, что не-финансовая часть его была вполнѣ закончена, а отъ рѣшенія финансовой мы сами отказались. Самооправданіе д-ра *Заболотскаго*, построенное на моей, яко-бы, неаккуратности,—очевидная натяжка съ формальной стороны и безусловно не вѣрно по существу». (Пропускаю уже напечатанное въ № 45 и все высказанное въ началѣ этого письма). «Въ виду такихъ несправедливыхъ заявленій д-ра *Заболотскаго* я заявляю и прошу секретаря Собранія занести мои слова въ «Журналъ»: Я не хочу, чтобы ссылка на меня и мою, яко-бы, неаккуратность или еще что-нибудь худшее давала формальный поводъ предсѣдателю Коммиссіи д-ру *Заболотскому* или всему Комитету Главной Кассы и на будущее время откладывать пересмотръ устава въ Общемъ Собраніи. Я заявляю, что *ради ускоренія дѣла* и *приближенія* давно ожидаемаго провинціальными товарищами *момента пересмотра* — я *теперь* умышленно не дамъ своей работы Главному Комитету, дабы ссылкой на необходимость ея провѣрки математиками и т. п. не отдалить пересмотра еще на 3 года, какъ предсказываетъ д-ръ *Заболотскій*. Теперь мой трудъ все равно увидитъ свѣтъ и безъ содѣйствія г. *Заболотскаго*. IX Пироговскій Съѣздъ ассигновалъ 1000 р. на подготовительныя работы; вѣроятно, Правленіе Пироговскаго Общества найдетъ возможнымъ издать мою рукопись за свой счетъ. Еще разъ прошу предсѣдателя Коммиссіи д-ра *Заболотскаго* имѣть въ виду, что больше онъ не получитъ отъ меня никакихъ работъ и, слѣд., въ дальнѣйшемъ нѣтъ ни у него, ни у Комитета никакихъ поводовъ медлить съ пересмотромъ остальныхъ §§ Устава, не затрагивающихъ финансовой стороны». Это не была «неумѣстная угроза, что онъ (т. е. я) и совсѣмъ увезетъ свой трудъ въ Москву, въ Правленіе Пироговскаго Съѣзда», а было *категорическое заявленіе*, вынужденное наскучившей мнѣ волокитой и очень недвусмысленнымъ отношеніемъ ко всему этому г. *Заболотскаго*. Принятое мною въ Засѣданіи 21-го октября рѣшеніе не только не «принудитъ отложить пересмотръ нормъ пенсій еще на долго», какъ безпокоятся мои сочлены по Коммиссіи, а ускоритъ это дѣло и создастъ для его рѣшенія лучшія условія.

А. Амстердамскій.

Петербургъ. 29/xi 1904 г.

CXLIV. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки. Заканчивая свои занятія въ Петербургѣ, куда мы, земскіе врачи, пріѣзжали пополнить многіе пробѣлы въ медицинскихъ знаніяхъ, не можемъ не отмѣтить того вниманія и сердечнаго къ намъ отношенія, какими мы пользовались въ Маріинской больницѣ у *Густава Ивановича Трахтенберга*. Обремененный обязанностями старшаго врача по хирургическому отдѣленію больницы, *Г. И.* находилъ возможность преподавать намъ хирургическую клинику и заниматься съ нами по топографической анатоміи съ оперативной хирургіей. Правда, за недостаткомъ времени курсы эти ограничились лишь самыми существенными отдѣлами, но принципъ—«non multum, sed multa»—въ его занятіяхъ съ нами былъ проведенъ отъ начала до конца.

Во время операціи *Г. И.* не старался удивить насъ своею техникой, а заботился о томъ, чтобы всякій изъ насъ все видѣлъ и понялъ. При работѣ на трупахъ онъ не стремился поразить насъ обиліемъ своихъ знаній, но готовъ былъ десятки разъ повторять одно и тоже и только тогда шелъ впередъ, когда всѣ слушатели вполнѣ усваивали данный предметъ. Нужды земскаго врача, обстановка его работы, очевидно, знакомы и понятны *Г. И.* такъ, какъ будто онъ служилъ не въ столичномъ городѣ, а въ земствѣ. Въ отношеніяхъ его къ намъ не было того, что называютъ «любезностью», но было нѣчто болѣе цѣнное: много доброты, искренняго желанія принести пользу, научить.

За все это приносимъ свое глубокое спасибо многоуважаемому *Г. И.*

Разъѣхавшись по своимъ уѣздамъ, мы не разъ еще вспомнимъ его добрымъ словомъ въ отвѣтственные часы нашей хирургической дѣятельности.

С. Номикосовъ, Ив. Недешевъ, Н. Знаменскій, В. Шмелевъ, П. Кулепетовъ, Н. Багрецовъ, А. Реберъ, С. Садовскій, В. Ментовъ, Д. Синельниковъ, Н. Волковъ, А. Тураева, Э. Заленскій, В. Кузьминъ, С. Новиковъ, Н. Введенскій, В. Поповъ, Г. Персіяновъ, М. Поповъ, И. Чикинъ и Ю. Вѣнцковскій.

Петербургъ. 30 ноября 1904 г.

CXLV. Съ 1-го ноября текущаго года право на изданіе журнала «Промышленность и Здоровье—Вѣстникъ фабричнаго законодательства и профессіональной гигіены» передано мною *О. Е. Бужанскому*, подъ редакціей котораго изданіе и возобновится съ 1-го января 1905 г. по прежней программѣ. Въ виду сего, за разъясненіями по дѣламъ названнаго изданія прошу обращаться непосредственно по адресу новой редакціи: Петербургъ, Каменноостровскій пр., д. 35/2. Пользуясь случаемъ, выражаю глубокую признательность всѣмъ сотрудникамъ и лицамъ, поддерживавшимъ и неизмѣнно поддерживавшимъ предпринятую мною 1-го октября 1902 г. попытку. Въ настоящее время еще болѣе убѣжденъ, нежели 2 года тому назадъ, въ необходимости для Россіи такого изданія, но лично его продолжать не могу. *А. Поножевъ.*

Петербургъ. 28/xi 1904 г.

CXLVI. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующую замѣтку. Въ виду указанія, сдѣланнаго проф. *Н. П. Гундобинымъ* на послѣднемъ засѣданіи Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ (см. «Русскій Врачъ», № 47, стр. 1600), что случай *Barlow*'ской болѣзни, описанной *А. А. Руссовымъ*, является первымъ въ Россіи, считаю не лишнимъ напомнить, что въ 1900 г. это страданіе наблюдалось мною одновременно у брата и сестры и что описаніе этихъ случаевъ помѣщено въ «Трудахъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ» за 1900—1901 г.

Ч. пр. *А. Кисель.*

Москва. 25 ноября 1904 г.

CXLVII. М. Г. Въ отчетѣ о моемъ сообщеніи въ Обществѣ психіатровъ въ Петербургѣ 30/x (см. № 48, стр. 1633) вкралась неточность: я *не* нашелъ распада нейрофибриллъ въ пирамидальныхъ клѣткахъ коры при мочекровіи; фибриллы, напротивъ, оказались сохраненными и даже, быть можетъ, нѣсколько утолщенными; объемъ клѣтокъ не былъ увеличенъ.

Гнѣзда концевыхъ нейрофибриллъ (съ пуговками), о которыхъ шла рѣчь, наблюдаются не въ клѣткахъ, а *снаружи* клѣтокъ и представляютъ собою окончанія подходящихъ къ клѣткѣ осевыхъ цилиндровъ. *Л. Блуменау.*

Петербургъ. 28/xi 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2443. Ординарный проф. В.-Медицинской Академіи *Н. Я. Чистовичъ* и магистръ ветеринарныхъ наукъ *Н. П. Савваитовъ назначены экстраординарными профессорами* Женскаго Медицинскаго Института—первый по каѳедрѣ частной патологіи и терапіи, а второй по каѳедрѣ эпизоотологіи («Правительственный Вѣстникъ», 24 ноября).

2444. 19-го декабря текущаго года исполняется *25-лѣтіе со дня окончанія курса* въ бывшей Медико-Хирургической Академіи *врачей выпуска 1879 г.* Къ числу врачей этого выпуска принадлежатъ: проф. Новороссійскаго Университета *Н. А. Ѣатуевъ*, проф. В. Медицинской Академіи *Д. П. Косоротовъ*, товарищъ министра народнаго просвѣщенія проф. *С. М. Лукьяновъ*, директоръ Женскаго Медицинскаго Института проф. *Д. О. Оттъ*, проф. В.-Медицинской Академіи *И. П. Павловъ*, проф. Женскаго Медицинскаго Института *Ю. Ю. Трейбергъ*, проф. Клиническаго Института В. Кн. Елены Павловны *В. А. Штанге*. Ко дню юбилея, «Петербургскимъ Кружкомъ сокурсниковъ» будетъ издана «Товарищеская Памятка» съ портретами и біографическими свѣдѣніями юбиляровъ («Сынъ Отечества», 27 ноября).

2445. Въ Институтѣ экспериментальной медицины учреждена, какъ любезно извѣстилъ насъ глубокоуважаемый директоръ его, *С. Н. Виноградскій*, *премія имени Константина Федоровича Казиміра*. Положенія о преміи слѣдующія: 1. Премія К. Ф. Казиміра образуется изъ пожертвованнаго имъ капитала въ

1000 р. 2. Основной капиталъ остается неприкосновеннымъ до выдачи лицу, пріобрѣвшему право на полученіе преміи. 3. Капиталъ, обращенный въ государственныя %%-ныя бумаги, состоитъ въ вѣдѣніи попечителя Института экспериментальной медицины. 4. Премія въ 1000 р. назначается для выдачи безраздѣльно *за лучшее сочиненіе по примѣненію радія къ лѣченію всякихъ накожныхъ болѣзней и кожнаго рака по преимуществу.* 5. Къ соисканію на премію допускаются только русскіе подданные, кромѣ дѣйствительныхъ членовъ Института экспериментальной медицины. 6. Сочиненія, какъ напечатанныя, такъ и въ рукописи, представляются въ Институтъ экспериментальной медицины при заявленіи о желаніи конкурировать на премію къ указанному ниже сроку. 7. Оцѣнка представленныхъ работъ и присужденіе преміи производится Совѣтомъ Института. 8. Срокомъ представленія сочиненій въ Институтъ назначается *1-ое сентября 1907 г.*, присужденіе-же преміи должно состояться не позже 1-го января 1908 г. 9. Если Совѣтъ Института ни одну изъ представленныхъ въ означенный срокъ работъ не признаетъ заслуживающей преміи, то капиталъ остается въ распоряженіи Совѣта Института для учрежденія преміи за лучшую работу по лѣченію рака, при чемъ выработка условій этого новаго конкурса всецѣло будетъ зависѣть отъ усмотрѣнія Совѣта. 10. %%, накопившіеся на капиталъ по срокъ выдачи его, могутъ быть обращены, по усмотрѣнію Совѣта, на вспомоществованіе автору, заслужившему премію, для печатанія его труда, или на пріобрѣтеніе радія для неимущихъ изслѣдователей, или на другія цѣли, связанныя съ вопросами о свойствахъ радія или о лѣченіи рака.

2446. «Новости» (25 ноября) передаютъ, что на объявленный Варшавскимъ Университетомъ конкурсъ на премію въ 900 р. имени *А. Хойнацкаго* было представлено 3 сочиненія. *Премія присуждена* ч. пр. *Г. Н. Габричевскому* за сочиненіе «*Медицинская бактеріологія*».

2447. Ежегодный, 25-го ноября, *актъ въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ* въ нынѣшнемъ году, по распоряженію министра народнаго просвѣщенія, *былъ отмѣненъ*.

2448. Въ напечатанномъ въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (23 ноября) краткомъ отчетѣ о засѣданіи Коммиссіи, опредѣлявшей условія, на которыхъ могутъ быть предоставлены городскія больницы въ Москвѣ въ распоряженіе проектируемаго Медицинскаго Отдѣленія Высшихъ Женскихъ Курсовъ (см. № 48, стр. 1637), говорится о *предполагаемой возможности* (а не обязательности, какъ было сказано въ № отъ 22 ноября) быть главнымъ врачамъ «лекторами Института, если они удовлетворятъ требованіямъ его устава». Съ этимъ, пожалуй, согласны и мы.... Caeterum censeo, профессура—такое дѣло, что дай Богъ хорошо справляться и съ нимъ однимъ.

2449. Къ начавшимся 1-го декабря въ В.-Медицинской Академіи *испытаніямъ на степень доктора медицины* допущено всего 53 чел., въ томъ числѣ 3 женщины («Сынъ Отечества», 28 ноября).

2450. Д-ръ *В. Н. Алмазовъ* и присяжный повѣренный *Токарскій* пожертвовали каждый по 500 р. на учрежденіе *стипендіи при Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ* въ Петербургѣ («Саратовскій Дневникъ», 19 ноября).

2451. Московское губернское Земство посылаетъ на войну еще 1 *санитарный отрядъ* въ составѣ 10 врачей и 18 санитаровъ («Новое Время», 27 ноября).

2452. Отбыли на Дальній Востокъ: 22-го ноября, изъ Петербурга *германскій госпиталь Краснаго Креста* въ составѣ 5 врачей, 12 сестеръ милосердія и 10 санитаровъ («Русскія Вѣдомости», 24 ноября); 28-го ноября, изъ Петербурга-же, *отрядъ сестеръ милосердія* Общины св. Евгеніи («Сынъ Отечества», 29 ноября).

2453. Намъ сообщаютъ, что на театрѣ военныхъ дѣйствій *раненъ въ ногу* хунгузами д-ръ *А. С. Кашинъ* (изъ Петербурга).

2454. Общеземская организація по оказанію помощи раненымъ и больнымъ на театрѣ войны въ настоящее время озабочена, какъ сообщаетъ «Наша Жизнь» (27 ноября), учрежденіемъ *новаго штата врачей*. Изъ Харбина организаціей получена телеграмма съ извѣщеніемъ, что тамъ необходимо полное оборудованіе госпиталя на 500 кроватей.

2455. Эвакуаціонная Коммиссія при главномъ Штабѣ въ засѣданіи 22-го ноября постановила, въ цѣляхъ наиболѣе успѣшной эвакуаціи больныхъ и раненыхъ съ мѣста военныхъ дѣйствій, довести *число кроватей* въ лазаретахъ военнаго вѣдомствѣ *въ Иркутскѣ до 10000, въ Омскѣ, Красноярскѣ и Томскѣ до 3000* въ каждомъ («Новое Время», 28 ноября).

2456. По словамъ «Новаго Времени» (28 ноября), Липецкая уѣздная земская Управа сообщила исполнительной Коммиссіи Краснаго Креста, что Липецкое Земство предоставило на все время войны въ земской больницѣ *10 кроватей для нижнихъ чиновъ*, разрѣшило *даровой отпускъ* изъ земской аптеки *лѣкарствъ и перевязочныхъ матеріаловъ* для эвакуаціоннаго лазарета, устраиваемаго Липецкимъ Управленіемъ Краснаго Креста, и приняло на свой счетъ *отправку* изъ земской больницы больныхъ на родину по ихъ выздоровленіи.

2457. Въ Москвѣ В. С. Морозовой устроенъ *лазаретъ на 10 больныхъ и раненыхъ воиновъ*. Госпиталемъ завѣдуетъ проф. *Л. Л. Левшинъ* («Правительственный Вѣстникъ», 27 ноября).

2458. «Кіевское Слово» (25 ноября) передаетъ, что Кіевская губернская Управа по дѣламъ земскаго хозяйства вошла въ Министерство внутреннихъ дѣлъ съ разъясненіемъ, въ которомъ находитъ, что циркуляръ 1894 г. не можетъ считаться достаточнымъ основаніемъ для опредѣленія порядка призыва врачей Кіевской губ., такъ какъ по закону въ губерніяхъ, гдѣ уставъ лѣчебныхъ заведеній отъ 1893 г. въ дѣйствіе не введенъ, участковые врачи, состоящіе одновременно завѣдующими сельскими лѣчебницами, не подлежатъ призыву изъ запаса на дѣйствительную службу. На основаніи этихъ соображеній, Управа ходатайствуетъ о томъ, чтобы *земскіе врачи Кіевской губ. не подлежали призыву изъ запаса на дѣйствительную службу.*

2459. *Изъ Екатеринославскаго санитарнаго отряда* въ «Вѣстникѣ Екатеринославскаго Земства» (№ 46), между прочимъ, пишутъ: «Изъ санитарныхъ поѣздовъ намъ сдаютъ больныхъ буквально раздѣтыхъ; многіе принимаются безъ сапогъ, шинелей, мундировъ и даже безъ шапокъ. Принять въ лазаретъ такихъ больныхъ намъ не трудно, ибо мы имѣемъ полушубки и кое-какую теплую обувь, но при такихъ условіяхъ выписывать больныхъ изъ лазарета—немыслимо. Въ отношеніи снабженія теплой одеждой нашъ лазаретъ отнесенъ къ Читинскому воинскому начальнику, но, къ сожалѣнію, онъ ничѣмъ помочь не можетъ; всѣ склады г. Читы уже исчерпаны, а что скажетъ будущее—неизвѣстно. А между тѣмъ для успѣха дѣятельности лазарета мы должны по возможности быстро производить эвакуацію въ Россію, выписку въ дѣйствующую армію и въ слабосильную команду г. Читы. Пока было тепло, такихъ раздѣтыхъ больныхъ мы имѣли возможность отправлять, снабжая ихъ теплой бумазейной рубахой, холщевыми кальсонами и портянками. Отправлять въ такомъ видѣ больныхъ теперь при наступившихъ холодахъ — не представляется возможнымъ».

2460. Въ печатающихся въ «Вѣстникѣ Ярославскаго Земства» —«*Вѣстяхъ*» *изъ врачебно-этапнаго отряда Ярославскаго губернскаго Земства* встрѣчаются такія удручающія картины обратнаго движенія нашихъ войскъ отъ Дашичао и Хайчена въ тяжкіе дни 17—21 іюля: «Болѣе грустную картину трудно себѣ представить; слезы навертывались на глаза при видѣ оборванныхъ, голодныхъ и истомленныхъ усталостью и жаждой людей... Стояла тропическая жара; солдаты изнемогали подъ тяжестью своего снаряженія вѣсомъ до 2½ пудовъ. 3-ій день они не получали горячей пищи и многіе падали на ходу отъ изнеможенія... Другихъ усталость заставляла отставать, покидая и разстраивая ряды, и никакая сила, казалось, не могла удержать ихъ въ строю. Падали, задыхаясь отъ пыли, жары и жажды, падали сраженные солнечнымъ ударомъ и увеличивали разряды убыли въ рубрикѣ «отсталыхъ». — Нельзя не отмѣтить ряда затрудненій, которыя пришлось понести отряду въ отношеніи доставки грузовъ и перевозки снаряженія: «Вслѣдствіе загроможденія желѣзнодорожнаго пути спеціально военными поѣздами—санитарными, продовольственными, артиллерійскими и пр., получилась масса безпорядка въ пользованіи вагонами, платформами, въ составленіи поѣздовъ, въ нагрузкѣ и выгрузкѣ, прицѣпленіи отрядовъ и платформъ и т. п.» «Первымъ и основнымъ затрудненіемъ во всѣхъ случаяхъ является категорическій отказъ въ вагонахъ. — Нѣтъ свободныхъ вагоновъ! Какихъ Вамъ вагоновъ? У насъ для Васъ вагоновъ не приготовлено. Нѣтъ времени и народа, чтобы разыскивать Вамъ вагоны и ставить ихъ въ поѣздъ! Послѣ долгихъ разговоровъ, упрашиваній, угрозъ жаловаться, настойчиваго требованія, начиналось спихиванье съ рукъ надоѣдливаго просителя. Его посылали отъ одного къ другому на заставахъ власть имѣющему лицу, отъ завѣдующаго движеніемъ воинскихъ поѣздовъ къ коменданту, отъ коменданта къ начальнику станціи, отъ того къ какому-нибудь завѣдующему узлами линіи и т. д.—безъ конца. Когда, наконецъ, истощалось взаимное терпѣніе обѣихъ сторонъ и всѣ средства оказывались пущены въ ходъ, лишь-бы покончить поскорѣе дѣло, получалось удовлетвореніе, по большей части, въ такой формѣ: «Ищите сами на линіи свободныхъ вагоновъ. Найдете — Ваше счастье: берите и грузите. Мы доставимъ ихъ, куда надо». И вотъ несчастный уполномоченный по страшной жарѣ и пыли, по перекрещивающимся станціоннымъ путямъ, ныряетъ подъ вагоны, даетъ обильные «на чаи» различнымъ сторожамъ, смазчикамъ и, въ концѣ концовъ, всякими правдами и неправдами добываетъ открытую платформу для груза, иной разъ тайкомъ отцѣпленную отъ какого-нибудь спеціальнаго поѣзда.»

2461. «Наша Жизнь» (28 ноября) приводитъ изъ «Новаго Времени» слѣдующую корреспонденцію изъ Новоржева: «Въ началѣ сентября въ нашемъ городѣ появился скупщикъ *бракованныхъ, въ сущности — негодныхъ валенокъ*. Онъ объяснялъ, что покупаются валенки *для больныхъ и раненыхъ*, для которыхъ большой прочности не требуется, такъ какъ, по ихъ выздоровленіи, валенки, будто-бы, уничтожаются».

2462. Высочайше учрежденная Коммиссія по борьбѣ съ чумою и холерой объявляетъ, что *холерныя и подозрительныя по холерѣ заболѣванія* съ 18 по 24 ноября вновь были обнаружены *въ Батумѣ* — 3 случая среди новобранцевъ, прибывшихъ изъ Эриванской губ., и 1 случай въ Красноводскѣ у пассажира, пріѣхавшаго изъ Ташкента. Изъ пораженныхъ ранѣе холерой мѣстностей наибольшее число заболѣваній, какъ и за прошлую недѣлю, наблюдалось *въ Эриванской губ.*, гдѣ заболѣли 1018 и умерли 661. Въ предѣлахъ *Бакинской губ.*, помимо г. Баку и Балаханъ, гдѣ было 66 заболѣваній, заболѣванія холерой наблюдались въ уѣздахъ: Ленкоранскомъ, Джеватскомъ и Кубинскомъ. Въ Ленкоранскомъ уѣздѣ съ 8 по 20 ноября заболѣли 376 и умерли 331, въ Джеватскомъ съ начала эпидеміи, съ 22 октября по 20 ноября, заболѣли 286 и умерли 217 и въ Кубинскомъ съ 8 по 16 ноября было 20 заболѣваній и 14 случаевъ смерти. *Въ Елисаветпольской губ.* заболѣли 68; 1 больной холерой былъ обнаруженъ въ Елисаветполѣ, среди арестантовъ городской тюрьмы, остальные—въ Зангезурскомъ, Джебраильскомъ и Елисаветполь-

скомъ уѣздахъ. *Въ Тифлисѣ* за указанный періодъ заболѣли всего 2. *Въ Астраханской* и *Саратовской губерніяхъ* наблюдались лишь единичные случаи заболѣванія холерой, при чемъ въ Астраханской было обнаружено 6, а въ Саратовской—21 заболѣваніе въ Царицынѣ и 1 заболѣваніе въ Вольскомъ уѣздѣ. Число холерныхъ заболѣваній *въ Самарской губ.* значительно уменьшилось; всего было обнаружено 32 случая (за прошлую недѣлю 163). Въ Серахскомъ приставствѣ, *въ Закаспійской области*, было обнаружено 4 заболѣванія и въ Ташкентѣ 16, изъ нихъ 7 со смертельнымъ исходомъ.

2463. *Несостоятельность организаціи Коммиссіи, вѣдающей дѣло борьбы съ холерой*, признана, кромѣ Московскаго городского санитарнаго Совѣта (см. № 44, стр. 1490 и № 47, стр. 1602), и Костромскимъ губернскимъ земскимъ санитарнымъ Совѣтомъ, который, какъ сообщаетъ «Новое Время» (26 ноября), разсмотрѣвъ изданныя Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ правила о мѣропріятіяхъ противъ холеры, высказался за необходимость возбужденія Земствомъ ходатайствъ объ отмѣнѣ ихъ. «Роль земствъ», говорится въ извѣщающей объ этомъ постановленіи телеграммѣ, «ведущихъ теперь успѣшно борьбу съ эпидеміями, сводится только къ ассигнованію средствъ».

2464. «Биржевыя Вѣдомости» (27 ноября) передаютъ, что Саратовской губернской земской Управой послана была министру внутреннихъ дѣлъ слѣдующая телеграмма «Саратовскій губернскій земскій санитарный Совѣтъ, признавъ, что въ лицѣ д-ра *Владиміра Дмитріевича Чеснокаева* Саратовское Земство лишилось ревностнаго, идейнаго, талантливаго сотрудника въ качествѣ земскаго врача, губернскаго и уѣзднаго гласнаго, единогласно постановилъ ходатайствовать передъ Вашимъ сіятельствомъ *о скорѣйшемъ возвращеніи его къ общественной дѣятельности Саратовской губ.* Въ теченіи 18 лѣтъ д-ръ *Чеснокаевъ* являлся незамѣнимымъ работникомъ и своей опытностью и гуманностью пріобрѣлъ любовь населенія. Многочисленными трудами онъ содѣйствовалъ правильному разрѣшенію основныхъ вопросовъ земской медицины. Губернская земская Управа вполнѣ раздѣляетъ мнѣніе санитарнаго Совѣта и, въ виду крайней недостаточности врачей по случаю войны и предстоящей борьбы съ холерой, позволяетъ себѣ просить Ваше сіятельство о скорѣйшемъ удовлетвореніи этого ходатайства».

2465. «Биржевыя Вѣдомости» (26 ноября), со словъ «Одесскихъ Новостей», передаютъ, что изъ-за неутвержденія Херсонскимъ губернаторомъ 2-хъ врачей въ должности завѣдующихъ Березовскимъ между-уѣзднымъ участкомъ участокъ этотъ до настоящаго времени *остается безъ медицинской помощи.*

2466. 2-го декабря исполнилось *10-лѣтіе существованія Петербургскаго медико-хирургическаго Общества.* По этому поводу въ залѣ Максимиліановской лѣчебницы должно было состояться торжественное засѣданіе. Въ этомъ-же засѣданіи должно было происходить чествованіе *50-лѣтія врачебной дѣятельности* почетнаго члена Общества *К. А. Воловскаго.*—Просимъ глубокоуважаемое Общество и глубокоуважаемаго юбиляра принять и нашъ горячій привѣтъ.

2467. Намъ сообщаютъ, что *въ Хабаровскѣ* 27-го минувшаго октября открылось *временное медицинское Общество.* Въ составъ Правленія Общества избраны: *А. А. Ошманъ* (Москва)—предсѣдателемъ, *К. С. Кардашевичъ* и *Ф. С. Отрошкевичъ* (Хабаровскъ) — членами замѣстителями, *В. И. Бинштокъ* (Петербургъ)—секретаремъ и *Э. А. Гейкингъ* (Петербургъ)—казначеемъ. Въ настоящее время въ Хабаровскѣ врачей военныхъ и Краснаго Креста—до 100 чел. Желаемъ Обществу полнаго успѣха.

2468. 25-го ноября въ одной изъ аудиторій клиническаго военнаго госпиталя состоялось, въ присутствіи профф. *В. Н. Сиротинина*, *Т. П. Павлова* и *М. В. Яновскаго*, 1-ое учредительское Собраніе для обсужденія программы *«Научныхъ клиническихъ Совѣщаній госпиталя»*. Совѣщанія эти учреждаются по желанію молодыхъ врачей-ординаторовъ госпиталя. Всѣ профессора и ассистенты госпитальныхъ клиникъ изъявили свое согласіе принимать участіе въ этихъ научныхъ Совѣщаніяхъ. Въ 1-мъ засѣданіи, предсѣдателемъ котораго былъ избранъ проф. *В. Н. Сиротининъ*, была выработана программа будущихъ Совѣщаній. Она распадается на слѣдующія 3 части: 1) консультативная—предъявленія и разборъ клиническихъ больныхъ, имѣющихъ отношеніе къ нѣсколькимъ спеціальностямъ; 2) описанія и предъявленія новыхъ приборовъ и способовъ, нашедшихъ примѣненіе въ той или иной спеціальности и имѣющихъ болѣе или менѣе общій интересъ, и 3) литературная—сжатое и возможно полное реферированіе оригинальныхъ работъ русскихъ и иностранныхъ, по преимуществу имѣющихъ не узко спеціальный характеръ. Для осуществленія послѣдней части программы рѣшено предложить молодымъ силамъ взять на себя трудъ просмотра соотвѣтственныхъ періодическихъ медицинскихъ изданій и монографій по отдѣльнымъ вопросамъ. Мѣстомъ научныхъ клиническихъ Совѣщаній будутъ служить аудиторіи госпиталя. Слѣдующее засѣданіе, къ которому секретаремъ долженъ быть приготовленъ необходимый матеріалъ, назначено на 14-ое декабря въ 8 ч. веч.—Желаемъ Совѣщаніямъ возможно полнаго успѣха и надѣемся, что двери аудиторій будутъ при этомъ широко открыты для всѣхъ вообще врачей.

2469. Отъ одного изъ членовъ *«Студенческаго медицинскаго Общества при Московскомъ Университетѣ»* мы получили слѣдующее письмо, которое и позволяемъ себѣ привести здѣсь, въ виду захватывающаго интереса затрагиваемой въ немъ темы и немаловажнаго общественнаго ея значенія. «24-го ноября состоялось годовое Собраніе нашего Общества, на которомъ должны были быть произведены выборы должностныхъ лицъ. Предсѣдателемъ и его товарищемъ по § 16 устава Общества могутъ быть только профессора Университета. Въ прошломъ году предсѣдателемъ состоялъ проф. *П. И. Дьяконовъ*, товарищемъ его—проф. *И. Ф. Огневъ*. Выставить свою кандидатуру на предстоящій годъ они оба отказались, да и студенты, по нѣкоторымъ соображеніямъ, не имѣли въ виду избирать ихъ на эти должности вновь. На предварительныхъ совѣщаніяхъ намѣчены были 2 кандидата-профессора, удовлетворявшіе, по мнѣнію членовъ Общества, требованіямъ, предъявляемымъ къ его руководителямъ,—проф. *А. Б. Фохтъ* и проф. *П. А. Минаковъ*. Но и тотъ, и другой на запросы о предсѣдательствованіи, къ сожалѣнію, отвѣтили отказомъ. Студенты оказались такимъ образомъ въ чрезвычайно затруднительномъ, почти безвыходномъ положеніи: съ одной стороны, нельзя выбирать предсѣдателей Общества изъ числа чч. преподавателей, съ другой—изъ членовъ факультета, кромѣ отказавшихся, нѣтъ никого, чей выборъ былъ-бы встрѣченъ единодушнымъ желаніемъ. Въ концѣ концовъ рѣшено было остановиться при выборахъ на комъ-либо изъ «просто симпатичныхъ» профессоровъ, а центръ тяжести занятій Общества перенести въ отдѣлы, гдѣ предсѣдателями могутъ быть уже чч. преподаватели. Въ день выборовъ большая группа студентовъ предложила разрѣшить вопросъ такъ: частнымъ образомъ запросить проф. *И. Ф. Огнева*, не откажется-ли онъ отъ участія въ «Коммиссіи по студенческимъ дѣламъ», которое и служило помѣхой его выборовъ (съ этой Коммиссіей студенты не желали имѣть никакого дѣла), съ тѣмъ, чтобы при утвердительномъ отвѣтѣ избрать его предсѣдателемъ Общества. Проф. *Огневъ* отказался. О днѣ годового засѣданія было оповѣщено объявленіями, а, кромѣ того, болѣе, чѣмъ 20 профессорамъ были посланы личныя повѣстки. При открытіи засѣданія студенты были поражены полнымъ отсутствіемъ профессоровъ, кромѣ предсѣдательствовавшаго проф. *И. Ф. Огнева*. Это обстоятельство уже внесло въ Общество нѣкоторое раздраженіе. Поднялся вопросъ, нельзя-ли выбрать предсѣдателя и товарища его изъ числа чч. преподавателей? Рѣшено было ходатайствовать объ измѣненіи соотвѣтствующаго § устава. Нѣкоторые предлагали выбрать пока «исправляющихъ должность» предсѣдателя и его товарища, но Собраніе рѣшило избрать «постоянныхъ». Большинствомъ голосовъ предсѣдателемъ былъ избранъ ч. пр. *Г. И. Россолимо*, товарищемъ его ч. пр. *И. П. Алексинскій*—оба изъ наиболѣе популярныхъ чч. преподавателей. Однако, положеніе и того, и другого пока очень непріятное: имъ оказано довѣріе, но они не могутъ считать себя избранными законно. Неужели и въ данномъ случаѣ бюрократія возьметъ перевѣсъ и принудитъ студенческое Общество или отказаться отъ своихъ выборовъ или, можетъ быть, прекратить даже свое существованіе? Все это обидно и больно тѣмъ болѣе, что Общество, не смотря на чрезвычайно неудачно сложившіяся обстоятельства для проявленія своей дѣятельности: 1-ый годъ существованія, война, раннiй выпускъ прошлаго года—все-же жило и работало и при томъ очень недурно. Кромѣ общихъ Собраній, члены Общества занимались въ отдѣлахъ: общественной медицины, нервно-психической медицины и сопредѣльныхъ знаній, педагогической психологіи и школьной медицины и др. Кромѣ засѣданій, было организовано много экскурсій: осматривались больницы, фабрики, разныя городскія учрежденія и пр. Помимо рѣчей и докладовъ о разнообразныхъ задачахъ Общества, были заслушаны и возбуждали оживленныя пренія сообщенія на такія темы, какъ напр., о профессіональныхъ заболѣваніяхъ, о переутомленіи, о пробѣлахъ врачеванія, врачъ и больной (къ психологіи врачеванія), нѣсколько докладовъ по медико-педагогическимъ вопросамъ. На очереди предполагаются засѣданіе, посвящаемое *А. П. Чехову* (рѣчи: Болѣзнь и творчество *Чехова*, Общественное значеніе *Чехова*, Личныя воспоминанія), затѣмъ засѣданіе, въ которомъ будутъ сдѣланы доклады студентами, возвратившимися съ войны, о впечатлѣніяхъ съ ея театра и др. Наконецъ, студенческое Общество организовало и провело въ жизнь половую перепись молодой русской интеллигенціи и предпринимаетъ въ скоромъ времени аналогичный опросъ по вопросамъ школьной жизни въ широкомъ смыслѣ этого слова. Все это дѣлаетъ еще болѣе обидно-больнымъ все происшедшее.»—Къ послѣднимъ строкамъ уважаемаго корреспондентамы подписываемся обѣими руками.

2470. Московская губернская земская Управа предполагаетъ открыть въ бѣднѣйшихъ уѣздахъ Московской губ. *3 народныхъ библіотеки имени А. П. Чехова*, какъ гласнаго одного изъ уѣздныхъ земствъ (Серпуховскаго) и врача, безвозмездно употреблявшаго свои труды на лѣченіе сельскаго населенія («Русскія Вѣдомости», 25 ноября).

2471. *Изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній 1904 г. Петербургской губ. Петергофскій уѣздъ*: 1) Утвержденъ внесенный Управою проэктъ преобразованія санитарной Коммиссіи въ *санитарный Совѣтъ*. Въ составъ его входитъ вся Управа, участковые врачи, санитарный и ветеринарый врачи губернскаго Земства, попечители медицинскихъ участковъ и 4 гласныхъ, особо избираемыхъ на 3 года земскимъ Собраніемъ. Всѣ участники имѣютъ право рѣшающаго голоса. Какъ совѣщательный органъ при Управѣ, Совѣтъ обсуждаетъ рѣшительно всѣ хозяйственные вопросы по медицинской части, за исключеніемъ какихъ-либо конфликтовъ и выбора кандидатовъ на мѣста врачей. Для разсмотрѣнія жалобъ на дѣйствіе врачей и вообще вопросовъ по недоразумѣніямъ, могущимъ возникнуть между Управой, попечителями и врачами, при Управѣ образуется особая Коммиссія. Составъ ея тотъ же, что и санитарнаго Совѣта, за исключеніемъ врачей. 2) Избраны члены *участковыхъ санитарныхъ Попечительствъ* на 1905 г. Эти новыя для уѣзда органи-

заціи, согласно докладу Управы, «вполнѣ оправдали возлагавшіяся на нихъ надежды и, окрѣпнувъ, явятся крупнымъ факторомъ для выясненія и цѣлесообразнаго удовлетворенія многоразличныхъ мѣстныхъ санитарныхъ нуждъ». 3) По вопросу о возбужденіи ходатайства *о возвышеніи продажной цѣны вина на 40 коп. съ ведра для употребленія этой надбавки на дѣло народнаго образованія* и на подъемъ экономическаго благосостоянія населенія постановлено: а) отъ возбужденія ходатайства отказаться; б) возбудить вопросъ о порядкѣ продажи вина, такъ какъ существующій порядокъ безусловно вреденъ; в) ходатайствовать о закрытіи винныхъ лавокъ во всѣ праздничные и воскресные дни, а въ ярмарочныхъ мѣстностяхъ—въ ярмарочный день и слѣдующій, распространить эту мѣру на весь уѣздъ. За послѣдній пунктъ особенно энергично и дружно высказались гласные отъ крестьянъ. 4) *Смѣта* по медицинской части на 1905 г. утверждена въ суммѣ 52412 р. (21% общеуѣздной смѣты).—*Царскосельскій уѣздъ:* 1) По вопросу о взиманіи *платы за лѣченіе съ пришлаго населенія* Собраніе установило плату въ размѣрѣ 30 коп. въ сутки съ такихъ больныхъ и утвердило инструкцію для врачей, которою они и должны руководиться при пріемѣ больныхъ въ земскія лѣчебницы. По этой инструкціи врачамъ предоставляется право освобождать отъ платы всѣхъ бѣдныхъ больныхъ, лично имъ извѣстныхъ или представившихъ свидѣтельство о бѣдности. Кромѣ того, по этой инструкціи освобождаются отъ платы всѣ больные остро-заразными болѣзнями (сыпной и возвратный тифы, оспа, скарлатина, дифтерія, холера и чума). 2) *Смѣта* на медицинскую часть утверждена въ 47242 р.—*Шлиссельбургскій уѣздъ*: 1) Постановлено открыть *новый врачебный участокъ* — Матокскій на границѣ съ Финляндіей. Ненормальное положеніе медицинскаго дѣла на кирпичныхъ заводахъ уѣзда и опасность отъ таковыхъ для мѣстнаго населенія вынудили Собраніе обратить на изложенное обстоятельство вниманіе губернской администраціи. 2) *Смѣта* на медицинскую часть исчислена въ 47000 р.—*Лужскій уѣздъ:* 1) Утверждена *инструкція для санитарныхъ Попечительствъ*. 2) По докладу санитарнаго врача *И. В. Лифшица о неудовлетворительномъ состояніи земскихъ школъ* Лужскаго уѣзда постановлено передать для представленія соображеній въ школьную Коммиссію. 3) *Смѣта* на медицинскую часть принята въ размѣрѣ 43056 р. («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», ноябрь).

2472. Херсонское губернское земское Собраніе приняло, какъ сообщаетъ «Новое Время» (28 ноября), *слѣдующія постановленія*: ходатайствовать о предоставленіи земскимъ врачамъ права вести народныя чтенія и собесѣдованія по медицинѣ и санитаріи безъ предварительнаго разрѣшенія администраціи; ходатайствовать о предоставленіи земскимъ учрежденіямъ организаціи на мѣстѣ мѣръ по предупрежденію и борьбѣ съ чумой и холерой; ходатайствовать о созывѣ Всероссійскаго Съѣзда врачей и представителей общественныхъ учрежденій для выработки общихъ мѣръ такихъ организацій; ходатайствовать объ учрежденіи самостоятельныхъ каѳедръ по бактеріологіи при университетахъ.

2473. Закончившійся недавно *VIII Съѣздъ представителей земскихъ учрежденій Харьковской губ. по санитарной части* (см. выше № 27, стр. 977 и № 36, стр. 1231) въ отношеніи *организаціи медицинской помощи въ губерніи* указалъ на слабую дѣятельность и часто неправильную постановку санитарныхъ Совѣтовъ: только въ 4-хъ уѣздахъ они поставлены надлежащимъ образомъ, въ остальныхъ-же являются въ видѣ случайныхъ совѣщаній и проявляютъ слабую, иногда совершенно ничтожную, дѣятельность. На ряду съ этимъ, отчасти въ зависимости отъ этого, въ организаціи медицинской помощи и въ дѣятельности лѣчебницъ Съѣздомъ усматриваются крупные недостатки—прежде всего широко процвѣтающій самостоятельный фельдшеризмъ. Съѣздъ, не находя этому никакихъ теоретическихъ оправданій, и на практикѣ въ большинствѣ случаевъ не признаетъ raison d'être его существованія; онъ вреденъ, по мнѣнію Съѣзда, во 1-хъ, самъ по себѣ, какъ особый видъ знахарства; во 2-хъ,—потому, что отвлекаетъ значительныя земскія средства на свое содержаніе и тѣмъ самымъ тормазитъ развитіе дѣла въ правильномъ направленіи; въ 3-хъ,—потому, что является «барьеромъ», «буфферомъ» между населеніемъ и врачами, въ силу чего врачебная дѣятельность представляется часто чрезвычайно слабо развитой, и больше половины больныхъ, иногда много болѣе, «лѣчатся» у фельдшеровъ. Въ связи съ этимъ явленіемъ стоятъ и разъѣздные пункты и незначительное число пріемныхъ дней въ амбуляторіи врача; иногда послѣдній принимаетъ у себя лишь 4 и даже 3 раза въ недѣлю, остальные дни разъѣзжаетъ по пунктамъ. Далѣе, и опять-таки въ значительной степени въ связи съ фельдшеризмомъ, отмѣчается чрезмѣрная величина участковъ, преимущественно, впрочемъ, въ восточныхъ, слабо населенныхъ и исключительно земледѣльческихъ, уѣздахъ; здѣсь максимальные радіусы доходятъ до 20—30 и болѣе верстъ. Съѣздъ въ виду сильнаго распространенія фельдшеризма въ губерніи и горячей защиты его со стороны многихъ представителей населенія, а частью и врачей, призналъ желательнымъ составить и издать популярную брошюру, разъясняющую вредъ этого явленія. Въ Валковскомъ уѣздѣ сохранилась еще плата за лѣченіе, къ которой Съѣздъ отнесся, разумѣется, вполнѣ отрицательно. Больничныхъ коекъ въ большинствѣ уѣздовъ весьма недостаточно, но и тѣ часто въ значительной степени пустуютъ, по видимому, въ силу излишняго скопленія ихъ въ городахъ, иногда вслѣдствіе платы за лѣченіе на нихъ (Волковскій уѣздъ), вслѣдствіе слабой хирургической дѣятельности въ другихъ случаяхъ, иногда вслѣдствіе убогой обстановки, отсутствія прислуги (въ пріемныхъ покояхъ) и пр. Содержаніе и положеніе медицинскаго персонала оставляетъ желать многаго; недостаточное въ иныхъ случаяхъ вознагражденіе врачей приводитъ нерѣдко къ совмѣстительству съ земскими обязанностями другихъ должностей («Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 10).

2474. Подъ заглавіемъ «Случай лабораторнаго зараженія бубонной чумой» *Д. К. Заболотный* подробно описываетъ въ «Архивѣ біологическихъ наукъ» (т. XI, вып. 4—5) *исторію болѣзни (чумная пнеймонія)* покойнаго *В. И. Турчиновича-Выжникевича*, заразившагося во время своихъ работъ надъ чумой въ противочумной лабораторіи Института экспериментальной медицины на фортѣ Александра I въ Кронштадтѣ. Къ работѣ приложена прекрасно исполненная таблица рисунковъ, удостовѣряющихъ наличность у покойнаго чумнаго воспаленія легкихъ.

2475. На должность *прозектора Балаханской больницы въ Баку* избранъ д-ръ *М. С. Мильманъ*.

2476. 21-го ноября въ Нижнемъ-Новгородѣ состоялись *очень теплые проводы* д-ра *П. П. Кащенко*, покидающаго этотъ городъ («Нижегородскій Листокъ», 23 ноября).

2477. Въ «Саратовскомъ Листкѣ» (20 ноября) помѣщена *очень теплая замѣтка* по адрессу д-ра *В. П. Фофанова*, оставившаго службу въ Колѣнской земской больницѣ.

2478. Попечительство о народной трезвости въ Одессѣ устраиваетъ *лѣчебницу и амбуляторію для лѣченія алкоголиковъ гипнозомъ*. Ближайшую работу относительно составленія смѣтъ и оборудованія этой лѣчебницы взялъ на себя старшій врачъ городской психіатрической больницы ч.-пр. *Б. И. Воротинскій*. Согласіе работать въ лѣчебницѣ выразили многіе университетскіе, военные и гражданскіе врачи.

2479. Коммиссія по *преобразованію больничнаго и санитарнаго дѣла въ Петербургѣ* установила, какъ сообщаетъ «Наша Жизнь» (26 ноября), слѣдующую организацію будущей дѣятельности по этимъ отраслямъ городского хозяйства. Рѣшено образовать цѣлый рядъ отдѣльныхъ группъ, завѣдующихъ санитарно-больничными учрежденіями,—по больницамъ, амбуляторіямъ, родильнымъ пріютамъ, съ особыми предсѣдателями для каждой.

2480. Постройка *новой городской дѣтской больницы въ Петербургѣ* (на Выборгской сторонѣ), разсчитанной на 400 кроватей, обошлась, какъ сообщаетъ «Наша Жизнь» (27 ноября), въ 1.700000 р., т. е. 1 кровать въ сумму свыше 4000 р.

2481. «Биржевыя Вѣдомости» (24 ноября) передаютъ, что Совѣтъ русскаго Общества охраненія народнаго здравія, по предложенію состоящей при немъ Коммиссіи по борьбѣ съ бугорчаткой, возбуждаетъ передъ городской Думой ходатайство *объ устройствѣ въ Петербургѣ городской безплатной бактеріологической лабораторіи для изслѣдованія мокроты* больныхъ на присутствіе палочекъ бугорчатки.

2482. «Сынъ Отечества» (28 ноября) воспроизводитъ слѣдующую *телеграмму «Русскому Слову» изъ Кіева*: «Старшій врачъ Общины Краснаго Креста *Неёловъ*, съ которымъ недавно произошелъ инцидентъ (ушелъ весь педагогическій и медицинскій персоналъ), подалъ въ отставку».—«Инцидентъ», о которомъ упоминаетъ телеграмма, нашимъ читателямъ уже извѣстенъ (см. № 41, стр. 1394, № 42, стр. 1425, № 43, стр. 1454).

2483. Разборъ *возмутительнаго дѣла ген. Ковалева*, окончившійся чрезвычайно мягкимъ приговоромъ обвиненному (см. № 46, стр. 1568), какъ оказывается, сопровождался не менѣе возмутительными «особыми условіями» судопроизводства. Въ общихъ газетахъ уже проскальзывали указанія на прямыя или косвенныя ходатайства за подсудимаго сильныхъ міра сего. Теперь «Русь» (25 ноября) приводитъ новыя в. характерныя подробности этого судебнаго процесса. «Мы получили», говоритъ она, «отъ одного асхабадца, лично намъ незнакомаго, но занимающаго положеніе, которое вызываетъ на полное довѣріе, весьма интересныя и серьезныя указанія особенныхъ условій и обстоятельствъ, при какихъ прошелъ извѣстный процессъ ген. Ковалева. Асхабадецъ, въ интересахъ правды и законности, обращаетъ наше вниманіе на помѣщенный въ оффиціальной газетѣ «*Кавказъ*» отъ 9-го ноября приговоръ Кавказскаго военно-окружнаго Суда особаго состава по дѣлу о бывшемъ командирѣ Закаспійской казачьей бригады и замѣстителѣ начальника области ген.-м. Ковалевѣ, обвинявшемся въ истязаніи приглашеннаго подъ предлогомъ подачи медицинской помощи старшаго врача дороги *Н. П. Забусова*. Разборъ дѣла представляетъ небывалыя еще особенности. Во-1 хъ, дѣло слушалось въ Тифлисѣ, хотя преступленіе совершено въ Асхабадѣ, гдѣ находятся и потерпѣвшій, и свидѣтели; во-2-хъ, не только не были вызваны въ засѣданіе Суда потерпѣвшій, свидѣтели и заявившій для участія въ дѣлѣ гражданскій искъ, но никого даже не сочли нужнымъ увѣдомить о слушаніи дѣла въ Тифлисѣ, вмѣсто Асхабада, и, въ 3-хъ, не смотря на двукратную оффиціальную (въ 1-ый разъ слѣдственную) экспертизу, установившую наличность тяжкаго истязанія (до 52-хъ ударовъ ногайками и палками по задней части тѣла и животу и паховой области), наличность истязанія была Судомъ отвергнута. Приговоръ, поставленный съ такими особыми условіями, являющійся приговоромъ вновь, особо ad hoc, введеннаго келейнаго судилища, достоенъ стать достояніемъ общества».—Милость видимъ, но гдѣ-же правда, которая «царствуетъ въ судахъ?

2484. Съ достойною лучшей доли настойчивостью *реклама* прививается къ нравамъ *и нашей провинціи*, и въ настоящее время нѣкоторые изъ провинціальныхъ коллегъ не уступятъ кой-кому и изъ столичныхъ въ изысканіи рекламныхъ способовъ обратить на себя благосклонное вниманіе публики. Намъ доставленъ № «Рязанскаго Справочнаго Листка» отъ 23-го ноября съ

слѣдующимъ объявленіемъ (красныя строки отдѣляемъ —): Докторъ—*С. И. Ключаревъ*—врачъ больницы имени князя Щербатова въ Москвѣ — принимаетъ» и т. д. (слѣдуетъ указаніе спеціальности, часовъ пріема и адресса — разумѣется, Рязанскаго). Очевидно, указаніе на больницу съ княжескимъ титуломъ сдѣлано не спроста: авось, рязанскіе обыватели проникнутся сознаніемъ оказываемой имъ чести!

2485. «Сынъ Отечества» (28 ноября) передаетъ, что въ Министерствѣ народнаго просвѣщенія возбужденъ вопросъ о *введеніи преподаванія въ промышленныхъ учебныхъ заведеніяхъ* Министерства *общей и профессіональной гигіены и подачи первой помощи* въ несчастныхъ случаяхъ. На ряду съ этимъ предполагается впервые ввести въ этихъ учебныхъ заведеніяхъ правильно организованныя *физическія упражненія*.

2486. «Русское Слово» (23 ноября) передаетъ, что въ Бѣлевскомъ уѣздѣ, Тульской губ., до сего времени имѣются еще такія школы, въ которыхъ пользуется широкимъ правомъ гражданства традиціонная «линейка». Такъ, напр., въ селѣ Б. педагогъ мѣстной школы г. Б., будто-бы, продолжаетъ воспитывать своихъ многочисленныхъ учениковъ (95 чел.) въ духѣ «добраго» стараго времени, исправляя нравы дѣтей *линейками, подзатыльниками, таскаціемъ за волосы и другими подобными мѣрами наказанія*. — Жаль, что фамилія этого ретиваго педагога, въ назиданіе потомству, не названа полностью.

2487. Херсонское губернское земское Собраніе удовлетворило ходатайство директора Одесской бактеріологической станціи д-ра *П. И. Діатроптова* относительно устройства при станціи *пріюта для укушенныхъ*. На эту надобность земскимъ Собраніемъ ассигнованы 14000 р. на 1905 г.; помѣщеніе-же для пріюта отведено городомъ. Нельзя не привѣтствовать этого постановленія, такъ какъ до настоящаго времени положеніе укушенныхъ бѣдняковъ, присылаемыхъ въ Одессу изъ различныхъ земскихъ участковъ, было чрезвычайно тяжелое.

2488. «Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift» (4 декабря) передаетъ о *вопіющемъ недостаткѣ врачей въ Московскихъ больницахъ*, вслѣдствіе отъѣзда многихъ на войну и также въ провинцію, куда теперь приглашаютъ ихъ на условіяхъ, много лучшихъ прежняго.

2489. Въ виду частыхъ жалобъ лицъ, проѣзжающихъ по новооткрытой подземной дорогѣ въ New-York'ѣ, на головныя боли во время этихъ переѣздовъ, д-ръ *A. Seibert* произвелъ 12 анализовъ *воздуха въ туннелѣ* и нашелъ на 11 станціяхъ всего 12% съ небольшимъ кислорода, вмѣсто наименьшей цифры 18%, при которой только можно дышать безъ отравленія («American Medicine», 19 ноября).

2490. Верховный Судъ штата New-York приговорилъ мѣстную желѣзнодорожную компанію *къ уплатѣ 35000 долларовъ* нѣкоей г-жѣ Ganun, *за потерю мужа* при столкновеніи въ большомъ туннелѣ («American Medicine», 19 ноября).

2491. По «London Globe», въ городкѣ Birz, въ Ирландіи, до сихъ поръ занимается практикою д-ръ *Woods, которому минуло 90 лѣтъ* («American Medicine», 19 ноября).

2492. «American Medicine» (19 ноября) передаетъ извѣстія изъ Bombay'я, что въ саду Mysore'скаго дворца недавно заболѣли *чумою слонъ и бычокъ*, при чемъ 1-ый умираетъ.

2493. Въ Zürich'ѣ совершилось *«огосударствленіе»* (Verstaatlichung) *врачей*: приняты на службу 40 ихъ, съ годовымъ содержаніемъ въ 12500 фр., для подачи помощи всѣмъ классамъ населенія. Но каждому гражданину предоставлено имѣть и своего домашняго врача («Deutsche Medicinal-Zeitung», 5 декабря).

2494. Въ Швейцаріи, въ Zürich'скомъ кантонѣ, потерпѣли крушеніе *вождельнія шарлатановъ* о предоставленіи каждому права лѣченія: петиція объ этомъ, снабженная 5000 подписей, отклонена большинствомъ 28438 голосовъ изъ 51319 («Wiener medizinische Presse», 4 декабря).

2495. Коммиссія о *памятникѣ* изслѣдователю Африки *д-ру Голубю* (*Holub*) закрыла свою дѣятельность, издержавъ на памятникъ 11574 кроны изъ собранныхъ 11774 и передавъ остатокъ общинѣ Holič, гдѣ родился *Н.* и гдѣ также предположено почтить его памятникомъ. Изготовилъ статую скульпторъ Якичъ («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 4 декабря).

2496. *Въ письмѣ* въ «Berliner klinische Wochenschrift» (28 ноября) проф. *Ewald* разсказываетъ слѣдующее. Нѣсколько времени тому назадъ появилась въ этой газетѣ (№ 41) статья д-ра *Loeb*'а, изъ отдѣленія проф. *Ewald*'а въ Augusta-Hospital, о терапевтическомъ значеніи «пиренола», каковое средство было прислано въ отдѣленіе, для испытанія химическою фабрикою д-ра *Horowitz*'а въ Berlin'ѣ. Недавно автору приносятъ съ почты рядъ отдѣльныхъ оттисковъ въ конвертѣ, на одной сторонѣ котораго напечатано громадными буквами «Aus der inneren Abtheilung des Augusta-Hospitals, Berlin, Geh. Rath Prof. Dr. *Ewald*», а на другой— напечатана просьба о возвращеніи содержимаго, если оно не будетъ доставлено по адрессу, д-ру *Horowitz*'у. При такихъ обстоятельствахъ дѣло выглядитъ такъ, пишетъ проф. *Ewald*, какъ будто оттиски разсылаются имъ, изъ Augusta-Hospital, и потому онъ протестуетъ противъ дѣянія г. *Н.* и доводитъ его, предостереженія-ради, до общаго свѣдѣнія.— Наилучшее было бы, очевидно, разъ навсегда отказаться отъ пріема «на испытаніе» въ клиники и т. п. средствъ изъ разряда собственныхъ,—вѣдь, цѣль такихъ присылокъ ясна какъ нельзя болѣе: нажива путемъ рекламы подъ вывѣской учрежденія.

2497. На освободившееся за смертью *Marrey*'я мѣсто академика во *Французской Академіи наукъ* избранъ физіологъ *Dastre* («La Presse médicale», 30 ноября).

2498. Марсельскій врачъ *P. Lop* описываетъ въ «La Presse médicale» (3 декабря) весьма поучительный *случай эпидемическаго заболѣванія «бери бери»*, стоявшаго въ прямой зависимости отъ употребленія испорченнаго риса и испорченной соленой рыбы. На англійскомъ пароходѣ «Lenock», пришедшемъ въ Марсель изъ Бомбея и заходившемъ въ Портъ-Саидъ, было 20 матросовъ-китайцевъ, изъ коихъ 15 представляли цѣлый рядъ нервныхъ явленій, характерныхъ для бери-бери (атаксія съ парезами, полное отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, сильныя боли въ ногахъ и т. п.). При разслѣдованіи оказалось, что заболѣли какъ разъ тѣ 15 человѣкъ, которые питались рисомъ и рыбой, купленной въ Портъ-Саидѣ.

2499. *Вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 3 декабря). Въ Индіи за недѣлю по 29 октября умерли отъ чумы 15994 чел., противъ 13871 и 17583 за соотвѣтствующія недѣли прошлыхъ 2-хъ лѣтъ; изъ этого числа 54 случая смерти далъ городъ Bombay, 9636 Bombay'скій округъ, 4 Calcutta, 1807 Bengal, 1446 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 718 Punjab, 302 Rajputana, 33 Kashmir, 5 Karachi, 429 центральныя провинціи и Berar, 798 Центральная Индія, 714 Hyderabad, 495 Madras'скій округъ и 663 Mysore. Южная Африка: только 1 больной оставался на лѣченіи къ 5 ноября, а за 2 послѣднія недѣли ни новыхъ заболѣваній чумою, ни случаевъ смерти отъ нея не было. Островъ св. Маврикія далъ за недѣли по 17 и 24 ноября 27 и 17 свѣжихъ случаевъ заболѣванія съ 13 и 13 смертями. Въ Hong-Kong'ѣ за недѣли по 12 и 19 ноября заболѣли 1 и 4, умерли столько-же человѣкъ. Hamburg: по телеграммѣ изъ Hamburg'а отъ 29 ноября 1 подозрительный на чуму случай болѣзни былъ обнаруженъ на британскомъ пароходѣ «Blagdon», пришедшемъ изъ San Nicholas 14 числа, но 2-недѣльное наблюденіе за больнымъ и за судномъ показало, что опасенія были безосновательны.

2500. Въ будущемъ люди, страдающіе отъ *порчи зубовъ*, будутъ приниматься въ британскую армію только по замѣнѣ испорченныхъ зубовъ искусственными, а у больныхъ теперь исправленіе зубовъ будетъ произведено на вычеты изъ ихъ жалованья («The Journal of the American Medical Association», 19 ноября).

2501. Датская нижняя палата вотировала предложенную однимъ изъ министровъ *пенсію вдовѣ Finsen*'а, около 2000 р. въ годъ на наши деньги,—цифра, втрое превосходящая пенсію вдовѣ какого-бы ни было чиновника («The Journal of the American Medical Association», 19 ноября).

2502. На послѣднемъ Съѣздѣ итальянскихъ психіатровъ въ Genova постановлено, по почину профф. *Felici, Tamburini* и *Tanzi*, что *спеціальность душевныхъ болѣзней должна считаться государственною* (The British Medical Journal», 3 декабря).

2503. С.-Американская Civil Service Commission рѣшила *не допускать впредь пріема больныхъ чахоткою на почтовую и всякую другую службу*, гдѣ они могутъ распространять болѣзнь; всѣ кандидаты должны отнынѣ подвергаться врачебному освидѣтельствованію («The British Medical Journal», 3 декабря).

2504. *Въ Zürich'ѣ число изучающихъ медицину женщинъ изъ Россіи* упало съ 90 до 30; объясняютъ это повышенной строгостью вступительныхъ экзаменовъ («The British Medical Journal», 3 декабря).—Не лежитъ-ли причина скорѣе въ дѣятельности Женскаго Медицинскаго Института въ Петербургѣ»?

2505. *Умерли*: 1—2) На минувшей недѣлѣ телеграфъ принесъ почти непосредственно одну вслѣдъ за другой грустныя вѣсти о смерти въ Алупкѣ, 26-го ноября, проф. *Александра Алексѣевича Боброва* и въ с. Яковцахъ, близь Полтавы, 30-го ноября, проф. *Николая Васильевича Склифосовскаго*. Заслуги покойныхъ предъ русской наукой и обществомъ слишкомъ велики, чтобы тяжесть ихъ утраты не сказывалась острой болью даже и теперь, когда они покончили свои разсчеты съ жизнью, уже болѣе или менѣе давно покончивъ ихъ съ обществомъ. Имена ихъ отойдутъ въ благодарную память потомства на ряду съ наиболѣе дорогими именами дѣятелей отечественнаго врачебнаго дѣла недавняго прошлаго... Проф. *А. А. Бобровъ* скончался 54 л., проф. *Н. В. Склифосовской*—68 л. По выпуску *А. А.* принадлежалъ къ 1874-му году, *Н. В.*— къ 1859-му.—3—4) Состоявшіе въ запасѣ чиновниковъ в.-медицинскаго вѣдомства и на учетѣ: по Варшавскому уѣзду—*Ромуальдъ Іосифовичъ Камоцкій*, родившійся въ 1871 г., а званіе врача получившій въ 1898 г., и Екатеринодарскому отдѣлу—*Борисъ Янкелевичъ Шейнинъ*, родившійся въ 1859 г., а званіе врача получившій въ 1885 г. («Правительственный Вѣстникъ», 25 ноября). — 5) 26-го ноября, въ Петербургѣ, *Карлъ Евгеніевичъ Мерклинъ* («Новое Время», 27 ноября), бывшій профессоръ Медико-Хирургической Академіи по каѳедрѣ ботаники. 6) Въ Ялтѣ *Василій Андреевичъ Бородулинъ* («Биржевыя Вѣдомости», 27 ноября), родившійся въ 1866 г., а званіе врача получившій въ 1891 г.—6) 27 ноября въ Петербургѣ *Иванъ Павловичъ Гаевскій* («Новое Время», 29 ноября), родившійся въ 1843 г., а званіе врача получившій въ 1866 г.—7) 20-го ноября, въ Ялтѣ, главный врачъ Софійской дѣтской больницы и предсѣдатель Общества русскихъ врачей въ Москвѣ *Николай Викентьевичъ Яблоковъ*, пользовавшійся широкой извѣстностью, какъ опытный врачъ и весьма отзывчивый человѣкъ («Русскія Вѣдомости», 26 ноября). Покойный родился въ 1845 г., а званіе врача получилъ въ 1868 г.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Нѣмецкіе.

Archiv für Hygiene, т. LI, тетр. 3.

1. **S. S. de Lange.** *Untersuchungen über einige physikalische Eigenschaften von 50 Kleidungsstoffen, mit besonderer Rücksicht auf die Permeabilität imfeuchten Zustande.* Изслѣдовано 50 сортовъ различныхъ матерій, на проницаемость во влажномъ состояніи. 2. **Franz Ballner** und **Rudolf Ritter v. Sagasser.** *Ueber die Bildung von homologen und heterologen Agglutininen im Tierkörper.* Экспериментальное изслѣдованіе на кроликахъ. 3. **Онъ-же.** *Ueber spezifische Bindung von Agglutininen bei Absorptionsversuchen.* Опыты на кроликахъ. 4. **Vladislav Ružička.** *Weitere Untersuchungen über den Bau und die allgemein biologische Natur der Bakterien.* Пытался подмѣтить связь между строеніемъ и біологическими свойствами бактерій.

Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere, сентябрь, т. CIV, тетр. 9—12.

1. **Franz Tangl.** *Der Stoff-und Energieumsatz eines künstlich ernährten Säuglings.* Экспериментальное изслѣдованіе. 2. **Roland von Sengyel.** *Ueber die Bestimmung der Schwefelsäure im Harn mittels alkoholischer Strontiumchloridlösung.* Описаніе способа анализа мочи. 3. **Karl Bodon.** *Beitrag zur Kenntniss der molekularen Concentrationsverhältnisse und chemischen Zusammensetzung der Transsudate und Exsudate.* Криоскопическія наблюденія надъ выпотомъ и пропотомъ. 4. **A. Laitschek.** *Vergleichende Untersuchungen über den Gehalt an Eiweiss und Stärke lösenden Enzymen verschiedener Milcharten.* Химическій анализъ различныхъ сортовъ молока. 5. **Arthur Laitschek.** *Zur Kenntniss der Pepsinsatzsäurelöslichkeit der Milch und der Caseïne.* Объ усвояемости молока и казеина. 6. **Koloman Farkas** und **Michael Korbuly.** *Kritisch-experimentelle Studien über die Calorimetrie des Harnes.* Экспериментальное изслѣдованіе. 7. **Arthur Laitschek.** *Zur Physiologie des Muskelmagens der Körnerfressenden Vögel.* Изслѣдованіе дѣятельности желудка у зерноядныхъ птицъ. 8. **Онъ-же.** *Versuche über die Verdaulichkeit des Chitins und den Nährwert der Insecten.* Опыты на курахъ. 9. **Franz Tangl** und **Koloman Farkas.** *Beiträge zur Energetik der Ontogenese.* Химическій анализъ икры форелей.

Октябрь, т. CV, тетр. 1 и 2.

1. **Adalbert Gregor.** *Untersuchungen über die Topographie der elektromuskulären Sensibilität, nebst Beiträgen zur Kenntniss ihrer Eigenschaften.* Экспериментальное изслѣдованіе. 2. **Heinrich Wolf.** *Ueber die Bedeutung des Vagus für die Atmung.* Вліяніе блуждающаго нерва на дыханіе. 3. **L. Gatin-Gruzewska** und **Wilhelm Biltz.** *Ultramikroskopische Beobachtungen an Lösungen reinen Glykogens.* Разсматривали растворы гликогена различнаго разведенія въ микроскопъ Zeiss'a новаго устройства.

Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwickelungsgeschichte, май, т. LXIV, тетр. 1.

1. **K. Konstanecki.** *Cytologische Studien an künstlich parthenogenetisch sich entwickelnden Eiern von Mactra.* О партеногенетическомъ развитіи яицъ у Mactra. 2. **Hosch.** *Das Schorgan von Protopterus annectens.* Строеніе зрительнаго прибора у Protopterus annectens. 3. **S. Gutherz.** *Selbst-und Kreuzbefruchtung bei solitären Ascidien.* Процессъ самооплодотворенія и перекрестнаго оплодотворенія у монадъ. 4. **J. W. Thomson Walker.** *Ueber die menschliche Schweissdrüse.* Строеніе человѣческихъ потовыхъ железъ. 5. **H. Küster.** *Zur Entwickelungsgeschichte der Langerhans'schen Inseln im Pankreas beim menschlichen Embryo.* Къ исторіи развитія островоъ *Langerhans*'a въ ткани поджелудочной железы у человѣка. 6. **A. S. Dogiel.** *Die Nervenendigungen im Nagelbett des Menschen.* Окончанія нервовъ въ ногтевомъ ложѣ у человѣка.

Іюль, т. LXIV, тетр. 2.

1. **Theodor Moroff.** *Ueber die Entwickelung der Kiemen bei Fischen.* О развитіи жаберъ у рыбъ. 2. **J. Janosic.** *Ueber die Entwickelung der Vorniere und des Vornierenganges bei Säugern.* Развитіе передней почки и переднепочечнаго хода у млекопитающихъ. 3. **Vittorio Scaffidi.** *Ueber den feineren Bau und die Funktion der Hypophysis des Menschen.* Тончайшее строеніе и отправленія мозгового придатка у человѣка. 4. **Hans Rabl.** *Ueber die Vorniere und die Bildung des Müller'schen Ganges bei Salamandra maculosa.* Развитіе передней почки и *Müller*'овыхъ ходовъ у пятнистой саламандры.

Сентябрь, т. LXIV, тетр. 3.

1. **Johann Jankowski.** *Beitrag zur Entstehung des Corpus luteum der Säugetiere.* Строеніе и развитіе желтаго тѣла у млекопитающихъ. 2. **Giuseppe Levi.** *Ueber die Entwickelung und Histogenese der Ammonshornformation.* Развитіе и микроскопическое строеніе Аммоніева рога. 3. **Julius Schlachta.** *Beiträge zur mikroskopischen Anatomie der Prostata und Mamma des Neugeborenen.* Гистологическое строеніе грудной и предстательной железъ у новорожденныхъ. 4. **v. Linstow.** *Neue Beobachtungen an Helminthen.* Описаніе нѣсколькихъ видовъ червей. 5. **Fredrik von Bergen.** *Zur Kenntniss gewisser Strukturbilder («Netzapparate», «Saptkandlchen», «Trophospongien») im Protoplasma verschiedener Zellenarten.* Тончайшее строеніе протоплазмы въ различныхъ видахъ клѣтокъ.

Archiv für Verdauungs-Kranheiten, сентябрь, т. X, тетр. 4.

1. **Knud Faber.** *Ein Fall chronischer Tropendiarrhoe («Sprue») mit anatomischer Untersuchung des Digestionstraktus.* Описаніе случая съ патологоанатомическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 2. **Stefan von Pesthy.** *Untersuchungen auf dem Gebiete der motorischen Funktion des Magens.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе по вопросу о двигательной способности желудка. 3. **Walther Nic. Clemm.** *Aus verborgenen Quellen stammendes Blut im Stuhl und im Mageninhalt, sein Nachweis und dessen Bedeutung für die Erkennung der Erkrankungen im Gebiete des Verdauungsschlauches.* Критическій обзоръ вопроса. 4. **Hans Ury.** *Zur Methodik des Nachweises gelöster Eiweisskörper in den Fäces.* Методика обнаруженія присутствія растворенныхъ бѣлковыхъ веществъ въ испражненіяхъ. 5. **Georg Kelling.** *Bemerkungen zu dem Vortrag des Herrn Dr. Glückmann: «Ziele, Fortschritte und Bedeutung der Oesophagoskopie».* Полемическая замѣтка.

Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie, октябрь, т. VI, тетр. 1 и 2.

1. **Giuseppe Satta.** *Studien über die Bedingungen der Acetonbildung im Tierkörper.* Рядъ клиническихъ анализовъ мочи. 2. **Gustav von Bergmann** und **Leo Langstein.** *Ueber die Bedeutung des Reststickstoffs des Blutes für den Eiweissstoffwechsel unter physiologischen und pathologischen Bedingungen.* Экспериментальное изслѣдованіе значенія азотистыхъ веществъ крови для бѣлковаго обмѣна. 3. **Gustav von Bergmann.** *Notiz über den Befund von Verbindungen im Blute, die mit Naphtolinsulfochlorid reagieren.* Краткая замѣтка о присутствіи въ крови соединеній, дающихъ реакцію съ сѣрнохлористымъ нафталиномъ. 4. **Gustav Embden.** *Ueber Zuckerbildung bei künstlicher Durchblutung der glykogenfreien Leber.* Способъ образованія гликогена въ печени изъ обращающейся крови. 5. **Marco Almagia** und **Gustav Embden.** *Ueber das Auftreten einer flüchtigen, jodoformbildenden Substanz bei der Durchblutung der Leber.* Рядъ анализовъ печеночной ткани на присутствіе іода. 6. **G. Embden** und **H. Salomon.** *Fütterungsversuche am pankreaslosen Hunde.* Обмѣнъ веществъ у собаки, лишенной поджелудочной железы. Экспериментальное изслѣдованіе. 7. **H. Reichel** und **K. Spiro.** *Fermentwirkung und Fermentverlust.* Изслѣдованіе свойствъ разнаго рода бродилъ, въ особенности сычужнаго. 8. **Riccardo Luzzato.** *Ein Fall von Pentosurie mit Ausscheidung von optisch aktiver Arabinose.* Описаніе и изслѣдованіе случая. 9. **E. Friedmann.** *Zur Kenntniss des Adrenalins (Suprarenins).* Предварительное сообщеніе.

Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, т. XXXVI, тетр. 3.

1. **K. Sv. Karakascheff.** *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nebennieren.* Случаи атрофіи, замѣняющей гипертрофіи и бугорчатки надпочечныхъ железъ. 2. **Kurt Ziegler.** *Histologische Untersuchungen über das Oedem der Haut und des Unterhautzellgewebes.* Микроскопическія измѣненія въ кожѣ и подкожной клѣтчаткѣ при отекѣ. 3. **J. Aug. Hammar.** *Ein beachtenswerter Fall von congenitaler Halskiemenfistel.* Рѣдкій случай врожденныхъ зародышевыхъ свищей на шеѣ. 4. **Онъ-же.** *Ein Fall von Nebenlunge bei einem Menschenfötus von 11,7 mm. Nackenlänge.* Обнаружилъ присутствіе добавочнаго легкаго у зародыша 11,7 млм. длиной. 5. **H. A. Thaler.** *Ueber das Vorkommen von Fett und Kristallen im menschlichen Testikel unter normalen und pathologischen Verhältnissen.* Микроскопическое изслѣдованіе цѣлаго ряда человѣческихъ половыхъ железъ. 6. **Hermann Merkel.** *Ueber die Umwandlung der Leberkavernome in fibromähnliche Knoten.* Изслѣдовалъ 6 патологоанатомическихъ препаратовъ. 7. **Hermann Marx.** *Ueber einen eigenartigen primären Tumor der Leber.* Новообразованіе въ данномъ случаѣ могло имѣть своимъ источникомъ хоріоэпителіому. 8. **Hermann Dürck.** *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Pest.* Большая монографія о бубонной чумѣ со многими таблицами рисунковъ.

Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie, октябрь, т. XV, № 19.

1. **Carl Todde.** *Ueber die Sekretionserscheinungen der Zellen in pathologischen Zuständen.* Экспериментальное изслѣдованіе измѣненій секреторныхъ клѣтокъ при дѣйствіи различныхъ раздражителей.

Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, октябрь, № 19.

1. **Tavel.** *Behandlung der Varicen durch die Ligatur und die künstliche Thrombose.* Техника лѣченія и описаніе 4 случаевъ. 2. **Huguenin.** *Die Prognose der traumatischen Neurosen.* Критическій очеркъ. 3. **Theodor Langger.** *Merkwürdiges Verschwinden einer krebsartigen Geschwulst im Halse.* Рѣдкій и замѣчательный случай исчезновенія раковой опухоли на шеѣ.

Октябрь, № 20.

1. **Huguenin.** *Die traumatische Hysterie.* Обзоръ литературы разнаго рода случаевъ трауматической истеріи. 2. **Ernst Sommer.** *Ueber das Wesen der Röntgenstrahlen und die Radioaktivität.* Критическая замѣтка.

Dermatologische Zeitschrift, октябрь, т. XI, тетр. 10.

1. **K. Kreibich.** *Zur Anatomie der Hautepitheliome.* Литера-

турно-критическій очеркъ. 2. **H. Strebel.** *Kathodenstrahlen als Ersatz für Röntgen-und Radiumstrahlen.* Докладъ на Съѣздѣ естествоиспытателей въ Breslau. Излагаетъ результаты своихъ наблюденій надъ дѣйствіемъ катодныхъ лучей.

Die Therapie der Gegenwart, октябрь, тетр. 10.

1. **R. Renvers.** *Ueber Syphilis des Circulationsapparates.* Клиническая лекція. 2. **Wilh. Fleiner.** *Ueber die Verwendung natürlichen Magensaftes bei Magenkrankheiten.* Ставитъ естественный желудочный сокъ выше всякихъ искусственныхъ соединеній. 3. **Benno Chajes.** *Refraktometrische Eiweissbestimmungen zur Kontrolle therapeutischer Maassnahmen.* Употребленіе легко усвояемыхъ препаратовъ бѣлка (въ частности санатогена) повышаетъ % содержанія его въ кровяной сывороткѣ. 4. **Robert Asch.** *Diagnose und Behandlung der Ehegonorrhoe.* Клиническая лекція. 5. **B. Heine.** *Ueber das Wesen und die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung.* Критическій очеркъ вопроса о лѣченіи нагноеній средняго уха.

Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften. Октябрь, № 10.

1. **Sir Felix Semon.** *Die Beziehungen der Laryngologie, Rhinologie und Otologie zu anderen Künsten und Wissenschaften.* Публичная рѣчь на международномъ Съѣздѣ знанія и искусства.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, октябрь, т. XX, тетр. 4.

1. **Kroemer.** *Erfolge und Aussichten der künstlichen Frühgeburt.* Оцѣнка послѣдствій искусственнаго прерыванія беременности. 2. **Alois Kreidl** und **Ludwig Mandl.** *Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Absonderung und Entleerung des Harnes im fötalen Leben.* Экспериментальное изслѣдованіе на кроликахъ. Наблюдались процессы мочеотдѣленія въ зародышевомъ періодѣ. 3. **Emil Pollak.** *Weitere Beiträge zur Technik der mechanischen Dilatation mit spezieller Berücksichtigung ihrer Erfolge in der Eklampsiebehandlung.* Техника искусственнаго расширенія родовыхъ путей и примѣненіе его при эклампсіи. 4. **Fromme.** *Kasuistischer Beitrag zum Ausgangspunkt gutartiger Geschwülste in den grossen Labien.* Описаніе случая. 5. **Erich Opitz.** *Umschriebene Fremdkörper-Peritonitisan der Blase, eine Metastase eines Ovarial-Tumors vortäuschende.* Случай, изслѣдованный микроскопически. 6. **Arthur Weber.** *Die Histologie des Eierstockes im Klimakterium.* Микроскопическія измѣненія въ яичникахъ во время климактерія. 7. **Paul Rosenstein.** *Anatomische Untersuchungen über den Infektionsweg bei der Genitaltuberkulose des Weibes.* Пути распространенія бугорчатки половыхъ органовъ у женщинъ.

Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin, октябрь, т. CCLXXXIV, тетр. 10.

1. **L. Hofbauer.** *Ueber pathologische Athmungsformen.* Литературно-критическій обзоръ.

Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin, т. CLXXVII, дополнит. тетр.

1. **Ernst Sauerbeck.** *Die Langerhansschen Inseln im normalen und kranken Pankreas des Menschen, insbesondere bei Diabetes mellitus.* Попытка установить связь между морфологическими измѣненіями въ поджелудочной железѣ и сахарнымъ мочеизнуреніемъ. 2. **Л. В. Соболевъ.** *Ueber die Struma der Langerhansschen Inseln der Bauchspeicheldrüse.* Описываетъ микроскопическія измѣненія въ поджелудочной железѣ, при чемъ измѣнены были главнымъ образомъ острова *Langerhans'a.* 3. **C. Gutmann.** *Beiträge zur Histologie des Pankreas.* Гистологическое изслѣдованіе нормальной поджелудочной железы и железъ отъ больныхъ людей. 4. **Herman M. Adler.** *Zwei Fälle von Pankreascyste.* Описаніе 2 случаевъ.

Октябрь, т. CLXXVIII, тетр. 1.

1. **E. Ballowitz.** *Welchen Aufschluss geben Bau und Anordnung der Weichteile hyperdaktyler Gliedmassen über die Aetiologie und die morphologische Bedeutung der Hyperdaktylie des Menschen.* Изслѣдованіе излишне образовавшихся пальцевъ. Причины гипердактиліи. 2. **Ernst Hedinger.** *Kongenitale Divertikelbildung im Processus vermiformis.* Микроскопическое изслѣдованіе случая. 3. **Paul Heim.** *Ueber die Abstammung der Blutplättchen.* Держится того взгляда, что кровяныя пластинки не представляютъ особыхъ форменныхъ элементовъ крови, а суть измѣненныя ядра красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. 4. **Hugo Ribbert.** *Epithelcysten zwischen Steissbein und Rectum bei einem Foetus.* Описаніе кисты между прямой кишкой и крестцомъ у зародыша 27 дней. 5. **Gino Lasio.** *Ueber die Regeneration der Schleimhaut der Harnblase in Beziehung zur operativen Behandlung der chronischen cystitis.* Опыты, въ которыхъ изслѣдовалась способность слизистой оболочки мочевого пузыря къ возрожденію. 6. **Adam Wrzosek.** *Experimentelle Beiträge zur Lehre von dem latenten Mikrobismus.* Экспериментальное изслѣдованіе вопроса о самозараженіи организма микробами. 7. **E. J. Marzinowsky** und **S. L. Bogrow.** *Zur Aetiologie der Orientbeule (bouton d'Orient)* Изслѣдованіе случая пендинской язвы. 8. **H. C. Jacobaeus.** *Pagets disease und sein Verhältniss zum Milchdrüsenkarzinom.* 3 случая *Paget*'овой болѣзни. 9. **H. P. Lie.** *Veränderungen in dem Nervensystem beim plötzlichen Ueberhang vom hohen zum normalen Barometerdruck.* Микроскопическія измѣненія въ центральной нервной системѣ при переходѣ отъ высокаго давленія въ окружающей атмосферѣ къ нормальному. 10. **Eberhard Margulies.** *Ein Beitrag zur Kenntniss des Ertrinkungstodes.* Измѣненія въ организмѣ животныхъ, погибшихъ отъ потопленія.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LIII, тетр. 1.

1. **Fritz Hitschmann.** *Tubargravidität bei gleichzeitig bestehender akuter eitriger Entzündung der Tube.* Критическая замѣтка по поводу 1 случая. 2. **Онъ-же.** *Die Deportation der Zotten und ihre Bedeutung.* Описаніе случая. 3. **J. Wallart.** *Ueber die Ovarialveränderungen bei Blasenmole und bei normaler Schwangerschaft.* Микроскопическое изслѣдованіе 1 случая. 4. **Richard Krukenberg.** *Ueber die Diagnose des malignen Chorionepithelioms nach Blasenmole nebst Mitteilung eines neuen.* Случай злокачественной хоріоэпителіомы. 5. **E. G. Orthman.** *Ueber Embryoloma tubae.* Новообразованія въ *Fallopi*'евой трубѣ эмбріональнаго характера. Описаніе случаевъ. 6. **J. G. V. Meyer.** *Ueber Adenomma uteri.* По поводу 1 случая. 7. **Paul Zacharias.** *Eine seltene Form des Cervixmyoms.* Описаніе рѣдкой формы міомы шейки матки.

Zeitschrift für Heilkunde, октябрь, т. XXV, тетр. 10.

1. **Paul Dömény.** *Pathologisch-histologische Untersuchungen über die nach Injektion von Rauschbrandbazillen und Rauschbrandgift im Tierkörper auftretenden Veränderungen.* Опыты на морскихъ свинкахъ. 2. **Oskar Fischer.** *Zur Frage der Pachymeningitis interna chronica cervicalis hyperplastica.* Патолого-анатомическое и гистологическое изслѣдованіе 2 случаевъ 3. **Erwin von Graff.** *Ein Fall von primärer Lungenaktinomykose, von der Spitze der linken Lunge ausgehend.* Описаніе случая. 4. **Friedrich Schlagenhaufer.** *Ueber diffuse ossifizierende Periostitis.* Рѣдкая форма гиперпластическаго періостита. 5. **Edwin Beer.** *Ueber Nebennierenkeime in der Leber.* О росткахъ надпочечниковъ въ печеночной ткани.

Centralblatt für die gesammte Therapie, октябрь, тетр. 10.

1. **C. A. Ewald.** *Gastrische und intestinale Krisen.* Критическій очеркъ. 2. **Edmund Springer.** *Aus dem Gebiete der Arzneimittellehre: Neuere Schlafmittel.* Обзоръ новѣйшихъ снотворныхъ. 3. **E. Töff.** *Ueber die Behandlung der Diarrhöen bei Kindern.* Въ тяжелыхъ случаяхъ дѣтскихъ поносовъ прибѣгаетъ къ подкожнымъ впрыскиваніямъ искусственной кровяной сыворотки.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, сентябрь, т. XLVIII, тетр. 2.

1. **J. Morgenroth.** *Untersuchungen über die Bindung von Diphtherietoxin und Antitoxin, zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der Constitution des Diphtheriegiftes.* Экспериментальное изслѣдованіе, продѣланное на морскихъ свинкахъ. 2. **Ernst Löwenstein.** *Die Wirkung des Formalins auf die Milch und das Labferment.* Формалинъ даже въ незначительныхъ количествахъ, по опытамъ автора, измѣняетъ молоко такъ, что оно не подвергается дѣйствію сычужнаго брожения. 3. **Kutscher und Fr. Konrich.** *Untersuchungen über die Beziehungen von Hämolysinbildung und Agglutinabilität der Staphylokokken.* Изслѣдованіе склеивающаго вліянія кровяной сыворотки на стафилококковъ по мѣрѣ образованія въ сывороткѣ гемолитическихъ продуктовъ. 4. **Karl Kisskalt.** *Ueber den Einfluss der Inhalation schwefliger Säure auf die Entwickelung der Lungentuberculose.* Опыты на кроликахъ. Изучалось вліяніе вдыханія сѣрнистой кислоты на развитіе бугорчатки легкихъ. 5. **Arnaldo Maggiora** und **Gian Luca Valenti.** *Ueber den Virus des exsudativen Typhus bei Hühnern.* Опыты на птицахъ. 6. **S. Jakuschewitsch.** *Untersuchungen über die Anwendung der biologischen Methode zur Ermittelung der Verdauung der Eiweisskörper im Magen-Darmcanal.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе.

Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, № 10.

1. **A. Kraft.** *Die V Jahresversammlung der schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege am 11 und 12 Juni in Bern.* Занятія годового Собранія швейцарскаго Общества школьной гигіены въ Bern'ѣ. 2. **Isidor Dreyfuss.** *Die ländlichen Volksschulen des Bezirksamtes Kaiserslautern in hygienischer Beziehung.* Народныя школы въ гигіеническомъ отношеніи. 3. **Ralf. Wichmann.** *Zur Slatistik der Nervosität bei Lehrern.* Статистическія данныя о нервности преподавателей.

Французскіе.

Annales de gynécologie et d'obstétrique, сентябрь, т. I.

1. **Н. Ивановъ.** *De l'étiologie, de la prophylaxie et du traitement des ruptures de l'utérus pendant l'accouchement.* О разрывахъ матки во время родовъ. 2. **И. И. Ѳедоровъ.** *Corpora libera in tuba fallopii.* Описаніе случая существованія свободныхъ тѣлецъ въ *Fallopi*'евой трубѣ.

Октябрь, т. I.

1. **Th. von Leuwen.** *Opération cesarienne répétée.* Выводы изъ диссертаціи. 2. **S. Potocki** et **X. Bender.** *Grossesse extra-utérine rompue au 6—7 mois sans accidents graves.—Grossesse abdominale secondaire avec mort et rétention du foetus à nu au milieu des anses intestinales. Operation 10 mois après le début de la grossesse.—Guérison.* Описаніе рѣдкаго и сложнаго случая. 3. **Н. Ивановъ.** *De l'étiologie, de la prophylaxie et du traitement des ruptures de l'utérus pendant l'accouchement.* (Продолженіе и окончаніе). 4. **Samuel Gache.** *Deux observations d'opération césarienne dont une répétée avec succès.* Описаніе 2-хъ случаевъ.

Annales de l'Institut Pasteur, сентябрь, т. XVIII № 9.

1. **H. Vallée.** *Sur l'accoutumance à la tuberculine.* Рядъ предписаній для руководства при прививкахъ туберкулина живот-

нымъ. 2. **P. Mazé et A. Perrier.** *Recherches sur la combustion respiratoire. Production d'acide citrique par les citromyces.* Экспериментально-бактеріологическое изслѣдованіе. 3. **А. Чичкинъ.** *De l'influence de l'ingestion des bactéries et des produits bactériens sur les propriétés du sérum sanguin.* Опыты на кроликахъ. 4. **Elmassian et E. Migone.** *Mal de Caderas chez les animaux domestiques et sauvages (épidémies parallèles).* Теченіе болѣзни у домашнихъ и у дикихъ животныхъ. 5. **Н. Петровъ.** *Tuberculose osseuse et troubles circulatoires et trophiques.* Краткое сообщеніе.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, сентябрь, № 18.

1. **F. Legueu.** *Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose.* Механизмъ происхожденія гидронефроза въ зависимости отъ ненормальнаго положенія кровеносныхъ сосудовъ. 2. **Barthélemy Guizy.** *Description d'un cystotomo-écarteur.* Описаніе и рисунки прибора. 3. **J. Voisselle.** *De la prostatectomie périnéale.* Критическій разборъ.

Октябрь. № 19.

1. **Félix Legueu.** *De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité.* Литературно-критическій обзоръ. 2. **Samuel Gache.** *La fécondité de la femme dans 63 pays.* Статистическій очеркъ. 3. **L. Laroyenne.** *Imperforation de l'hymen pyocolpos fermé.* Описаніе случая.

Annales de médecine vétérinaire, сентябрь—октябрь, № 9 и 10.

1. **F. Hendrickx.** *Thrombose de l'aorte et des artères aliaques chez un cheval.* 2. **Онъ же.** *Fistule du canal de Stenon chez un cheval.* 3. **E. Liénaux.** *Traitement de l'arthrite aiguë non suppurée et particulièrement de l'arthrite des poulains par la ponction hâtive.* 4. **Онъ-же.** *Tuberculose des ganglions rétro-pharyngiens chez la vache; intermittence des troubles fonctionnels.* 5. **Онъ же.** *Appareil de M. De Meyer pour la démonstration des lois de la répartition des pressions sur la paroi du sabot du cheval.* 6. **H. Ywaenepoel.** *Pseudo-tubercules pulmonaires chez un boeuf constitués par des artérites thrombosantes multiples et des infarcts.* 7. **Онъ-же.** *Adénomes multiples du gros intestin chez une bête bovine.* 8. **Nys.** *Causes probables de la rapidité de la mort chez la jument lors du renversement utéro-vaginal.* 9. **O. Pirard.** *Mouvement de manège chez un cheval, suite d'une blessure à la region parotidienne.* 10. **Fabry.** *Ulcères cutanés, suites de névrotomie.*

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Польскіе.

Gazeta lekarska, 30 іюля.

1. **Jan Koelichen.** *O organicznych cierpieniach układu nerwowego na tle tryprowem.* Органическія страданія нервной системы на почвѣ перелоя (не окончена). 2. **Wróblewski.** (Продолженіе).

6 августа.

1. **Feliks Malinowski.** *Syfilis dziedziczny wczesny (Lues hereditaria recens).* 2. **B. Łuczycki.** *Przypadek syfilisu mostu Warola.*

13 августа.

1. **Wróblewski.** (Окончаніе). 2. **Koelichen.** (Окончаніе).

20 августа.

1. **Adam Greliński.** *Kilka słów o leczeniu nowotworów pęcherza.* О лѣченіи опухолей мочевого пузыря. 2. **Wł. Żenczykowski.** *Sprawozdanie z przypadków gruźlicy płuc u młodzieży w Domu Zdrowia Towarzystwa «Pomoc Bratnia» w Zakopanem.*

27 августа.

1. **Władysław Sterling.** *Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem.* О дрожательной чувствительности и ея клиническомъ значеніи (не окончена). 2. **Greliński.** (Окончаніе).

3 сентября.

1. **Mieczysław Halpern.** *O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek.* О роли хлоридовъ въ организмѣ, отношеніи ихъ къ появленію отековъ и значеніи въ діэтетикѣ при воспаленіи почекъ (не окончена). 2. **Władysław Schoeneich.** *Przyczynek do rozpoznawania różniczkowego zrostów osierdzia i wad zastawkowych w wieku dziecięcym.* Объ отличительномъ распознаваніи сроченій околосердія и пороковъ заслонокъ въ дѣтскомъ возрастѣ.

10 сентября.

1. **Sterling.** (Продолженіе). 2. **Halpern** (Продолженіе).

17 сентября.

1. **Mikołaj Rejchman.** *Przyczynek do statystyki chorych na raka.* 2. **Sterling.** (Продолженіе). 3. **Halpern.** (Продолженіе).

24 сентября.

1. **Stanisław Zdanowicz.** *Wpływ zimnych i gorących okładów na czynność wydzielniczą żołądka.* Вліяніе холодныхъ и горячихъ компрессовъ на выдѣлительную дѣятельность желудка. 2. **Halpern.** (Продолженіе). 3. **Sterling.** (Продолженіе).

1 октября.

1. **Józef Saks.** *Przyczynek do uszkodzeń narządów płciowych kobiety sub coitu.* О поврежденіи женскихъ половыхъ органовъ при половыхъ сношеніяхъ. 2. **Halpern.** (Продолженіе).

8 октября.

1. **Szmurło.** *O klimatycznem znaczeniu stepów na południe-wschodzie Rosyi oraz leczeniu kumysem* (не окончена). 2. **Halpern.** (Продолженіе).

15 октября.

1. **Józef Jaworski.** *Zastosowanie stałego prądu elektrycznego łącznie z kolpeuryzą do leczenia przewłocznych poporodowych wynicowań macicy.* Примѣненіе постояннаго электрическаго тока въ сочетаніи съ кольпейризомъ при лѣченіи затяжныхъ послѣродовыхъ выворотовъ матки. 2. **Halpern.** (Окончаніе).

22 октября.

1. **Alfons Malinowski.** *O leczeniu płonicy surowicą przeciwpłoniczą wyroby pracowni dra Palmirskiego.* О лѣченіи скарлатины противускарлатинной сывороткой (не окончена). 2. **Szmurło.** (Окончаніе). 3. **Sterling.** (Продолженіе).

29 октября.

1. **Malinowski.** (Продолженіе). 2. **Sterling.** (Продолженіе). 3. **A. Puławski.** *Uboczne a niekorzystne działanie aspiryny (Exanthema universale).*

5 ноября.

1. **Wacław Łapiński.** *Leczenie przepuklin pępkowych u dzieci zapomocą wstrzykiwań alkoholu.* Лѣченіе пупочныхъ грыжъ у дѣтей впрыскиваніями алкоголя. 2. **Malinowski.** (Продолженіе). 3. **Sterling.** (Окончаніе).

12 ноября.

1. **Jan Pruszyński.** *O zakażeniu mieszanem w przebiegu wąglika.* О смѣшанномъ зараженіи въ теченіи сибирской язвы. 2. **Malinowski.** (Продолженіе).

Medycyna, 30 іюля—13 августа.

1. **R. Nitsch.** *Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliznie.* 2. **Maurycy Bornstein.** *Asthenia paroxysmalis.*

20 августа.

1. **Wł. Bitny-Szlachto.** *Przyczynek do badań nad lipazą.* О липазѣ. 2. **Bornstein.** (Окончаніе).

27 августа.

1. **Jakób Halpern.** *Miejscowy wpływ wzmożonej czynności mięśni na nieprawidłowe odżywianie skóry.* Мѣстное вліяніе усиленной мышечной дѣятельности на неправильное питаніе кожи. 2. **J. Smoleński.** *O znaczeniu leczniczem związków glicerynofosforowych u dzieci* (не окончена).

3 сентября.

1. **Jan Dehnel.** *Wrzekome zapalenie wyrostka robaczkowego.* Ложное воспаленіе червеобразнаго отростка. 2. **Smoleński.** (Продолженіе).

10 сентября.

1. **F. Czarniecki.** *Oligofazya w epileptycznych zaburzeniach świadomości i praktyczne jej znaczenie.* 2. **Smoleński.** (Окончаніе).

17—24 сентября.

1. **Maurycy Hertz.** *Sześć przypadków ciał obcych w drogach oddechowych.* 6 случаевъ инородныхъ тѣлъ въ дыхательныхъ путяхъ. 2. **Józef Maybaum.** *O wpływie łucia na wydzielanie soku żołądkowego.* О вліяніи жеванія на выдѣленіе желудочнаго сока.

1 октября.

1. **S. Grosglik.** *O znaczeniu rozpoznawczem uroskopii w chorobach chirurgicznych dróg moczowych* (не окончена).

8 октября.

1. **Grosglik.** (Окончаніе). 2. **Włodzimierz Hertz.** *Kilka uwag o znieczulaniach ogólnych ze specyalnem uwzględnieniem narkozy eterem.* Объ общемъ обезболиваніи съ обращеніемъ особаго вниманія на наркозъ эѳиромъ (не окончена).

15 октября.

1. **Stefan Gaszyński.** *Nowa metoda mierzenia miednicy przyrządem własnym.* Новый способъ измѣренія таза собственнымъ приборомъ (не окончена). 2. **Hertz.** (Окончаніе).

22 октября.

1. **S. Goldflam.** *Przypadek przepukliny płucnej.* Случай легочной грыжи (не окончена). 2. **Gaszyński.** (Окончаніе).

29 октября.

1. **Goldflam.** (Продолженіе). 2. **Mikołaj Dąbrowski.** *Przypadek braku wrodzonego tęczy (irideremia s. aniridia congenita).*

5 ноября.

1. **Goldflam.** (Окончаніе). 2. **Wł. Palmirski i Z. Karłowski.** *Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w roku 1903.* Итоги предохранительныхъ прививокъ по *Pasteur'y* въ 1903 г.

12 ноября.

1. **H. Dobrzycki.** *Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy.* О противолихорадочномъ дѣйствіи кріогенина при бугорчаткѣ (не окончена).

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславовъ.

CCII. Къ лѣченію опухолей мочевого пузыря.

Проф. Leopold'a Casper'a (Berlin).

Въ виду чрезвычайнаго развитія урологіи въ послѣднее 10-лѣтіе вполнѣ понятно, что число работъ именно въ этой области было особенно велико. Съ другой стороны, не могло остаться незамѣченнымъ, что спеціально на новообразованія мочевого пузыря обращали мало вниманія. Съ появленіемъ способа внутрипузырнаго оперированія опухолей въ мочевомъ пузырѣ въ 1891 г. произошло-было нѣкоторое оживленіе, но оно продолжалось недолго. Въ нижеслѣдующемъ я намѣренъ разсмотрѣть вопросъ о лѣченіи опухолей мочевого пузыря съ практической точки зрѣнія и вкратцѣ изложить то, что далъ намъ 20-лѣтній опытъ.

Распознаваніе опухолей въ мочевомъ пузырѣ въ настоящее время, благодаря цистоскопіи, едва-ли представляетъ особыя затрудненія. Какъ только появляются подозрительные признаки, главнымъ образомъ однократное или повторное кровотеченіе изъ мочевого пузыря, мы вводимъ въ мочевой пузырь больного цистоскопъ, который всегда и даетъ намъ ясную и вѣрную картину новообразованія, буде оно тамъ имѣется.

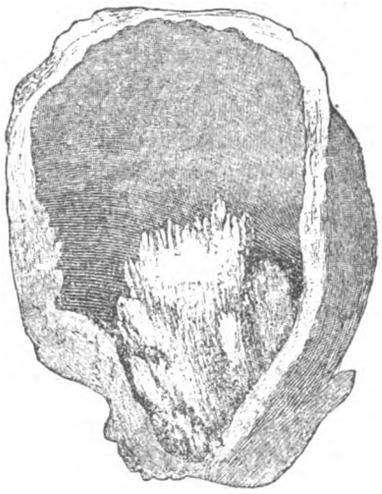
Менѣе надеженъ цистоскопъ въ томъ случаѣ, когда приходится рѣшать, къ какого рода новообразованіямъ принадлежитъ найденная въ мочевомъ пузырѣ опухоль, къ доброкачественнымъ или злокачественнымъ.

Прежде всего, однако, нужно выяснить, важно-ли на практикѣ такое отличительное распознаваніе? По моему, на этотъ вопросъ слѣдуетъ отвѣтить утвердительно. Во 1-хъ, желательно, вѣдь, относительно всякой болѣзни сдѣлать возможно опредѣленное предсказаніе; въ то время, какъ доброкачественныя опухоли дѣлаютъ весьма вѣроятнымъ излѣченіе или долгую продолжительность жизни, злокачественныя даютъ совсѣмъ иное предсказаніе. Во 2-хъ, и лѣченіе, какъ объ этомъ будетъ сказано ниже, совершенно различно въ зависимости отъ характера новообразованія. Въ виду этого, несомнѣнно, желательно имѣть въ рукахъ данныя, на основаніи которыхъ можно было-бы отличать доброкачественныя опухоли отъ злокачественныхъ.

Къ сожалѣнію, это однако возможно далеко не всегда. Кое-что даетъ намъ въ этомъ направленіи цистоскопическая картина. Самая частая форма доброкачественныхъ опухолей—простыя сосочковыя разрощенія или папилломы. Они могутъ быть широкими или сидѣть на ножкѣ, множественными или одиночными. Тотъ типъ, который наблюдается всего чаще, есть собственно типъ опухоли въ видѣ одной общей ножки, отъ которой отходятъ многочисленныя древовидныя развѣтвленія. Вѣтви представляютъ собою ворсинки, изъ которыхъ каждая имѣетъ тонкій соединительно-тканный, покрытый многослойнымъ эпителіемъ остовъ съ петлею сосудовъ, идущихъ до самой верхушки ворсинки. Въ сухомъ состояніи ворсинки эти спадаются; въ жидкости-же онѣ опять расправляются и движутся во всѣ стороны, что можно видѣть цистоскопомъ (см. рис. 1).

Рисунокъ 1.

Если соединительная ткань развита болѣе сильно, то опухоль образуетъ такъ наз. фиброзную папиллому. *Thompson* называетъ опухоль «Papilloma fibriatum», если ворсинки представляютъ рядъ нитевидныхъ образованій (см. рис. 2). Хотя эти ворсинчатые полипы въ общемъ и считаются образованіями доброкачественными, но все-же не слѣдуетъ забывать, что они, во 1-хъ, не всегда имѣютъ видъ полиповъ, а порою сидятъ на широкомъ основаніи, что, затѣмъ, и раковообразныя разрощенія могутъ имѣть на поверхности похожіе на ворсинки отростки и что, наконецъ, встрѣчаются опухоли, которыя по свойствамъ ихъ поверхностныхъ частей можно назвать доброкачественными, между тѣмъ, какъ онѣ въ болѣе глубоко и у основанія лежащихъ частяхъ представляются несомнѣнно злокачественными. Отсюда ясно до очевидности, что по одному виду трудно бываетъ сказать, имѣется-ли дѣло съ доброкачественной или злокачественной опухолью. Не смотря на это, на практикѣ въ общемъ мы бываемъ правы, если разсматриваемъ ворсинчатыя или сосочковыя разрощенія, какъ новообразованія доброкачественныя.



Рисунокъ 2.

Гораздо рѣже встрѣчаются чистыя фибромы, въ большинствѣ случаевъ имѣющія видъ сидящихъ на ножкѣ полиповъ, и саркомы.

Самое большое значеніе въ виду своей частоты имѣетъ ракъ мочевого пузыря. Онъ наблюдается въ различныхъ формахъ: то какъ мощное образованіе, прорастающее въ полость мочевого пузыря, то въ видѣ ткани, плоско пропитывающей стѣнку послѣдняго. Въ первомъ случаѣ ракъ можетъ сидѣть на широкомъ основаніи и на ножкѣ; онъ можетъ быть на поверхности гладокъ, бугристъ или даже имѣть ворсинчато-сосочковое строеніе (ворсинчатый ракъ), такъ что можно смѣшать его съ доброкачественными папилломами. Ворсинки по строенію оказываются совершенно схожими съ вышеописанными; разница замѣчается только у основанія; въ то время, какъ при доброкачественныхъ ворсинчатыхъ полипахъ соединительно-тканная основа обыкновенно выдѣляется изъ-подъ слизистой оболочки, при ворсинчатомъ ракѣ въ основной части имѣются мелкоклѣточное пропитываніе съ разбросанными атипическими, идущими въ глубь, эпителіальными разрощеніями (см. рис. 3).

Рисунокъ 3.

Поверхностныя раковыя опухоли, изъ коихъ въ мочевомъ пузырѣ встрѣчаются мозговикъ, альвеолярный ракъ и меланома, образуютъ разлитыя и ограниченныя затвердѣнія мочепузырной стѣнки, которыя въ большинствѣ случаевъ можно прощупать со стороны прямой кишки.

Какъ доброкачественныя, такъ и раковыя опухоли могутъ быть множественными, при чемъ встрѣчаются сочетанія сидящихъ на ножкѣ ворсинчатыхъ раковъ съ ракомъ, пропитывающимъ мочепузырную стѣнку. Кромѣ тому, описаны случаи, гдѣ сидѣвшій на ножкѣ ракъ по-

слѣ операціи давалъ возвратъ въ видѣ пропитывающаго рака.

Въ высшей степени поучительно заявленіе нѣкоторыхъ авторовъ, будто-бы наблюдавшихъ, что доброкачественная опухоль переходила въ злокачественную. Само собой разумѣется, такого рода наблюденіямъ можно было бы придавать полное значеніе только въ томъ случаѣ, если-бы можно было навѣрное исключить ошибку при первомъ распознаваніи.

Распространеніе раковыхъ массъ, особенно при той формѣ рака, которая прорастаетъ въ полость мочевого пузыря, можетъ быть такимъ обширнымъ, что просвѣтъ пузыря становится весьма незначительнымъ, будучи почти всецѣло выполненъ массами раковой опухоли.

То основное положеніе въ медицинѣ, по которому никогда не слѣдуетъ ограничиваться для выясненія даннаго случая однимъ способомъ изслѣдованія, а предписывается пользоваться всѣми возможными, сохраняетъ, само собой разумѣется, свое значеніе и въ разсматриваемой области урологіи. Тщательное клиническое изученіе больного и теченія его болѣзни помогаютъ намъ рѣшить вопросъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ доброкачественнымъ или злокачественнымъ новообразованіемъ.

Видъ кровотеченія обыкновенно бываетъ различенъ. Хотя по силѣ кровотеченія и нельзя судить о свойствѣ опухоли, но все-же наблюденія показали, что доброкачественныя опухоли, правда, часто кровоточатъ, но отдѣльныя кровотеченія при этомъ отдѣлены другъ отъ друга большими, порою многолѣтними промежутками. Опухоль-же, которая кровоточитъ постоянно и при которой кровотеченіе прерывается лишь на нѣсколько дней, почти всегда бываетъ злокачественной. Точно также боли при злокачественныхъ опухоляхъ наблюдаются гораздо чаще, чѣмъ при доброкачественныхъ. При послѣднихъ часто не бываетъ почти никакого раздраженія, между тѣмъ какъ опухоли злокачественныя почти постоянно сопровождаются воспаленіемъ мочевого пузыря. При доброкачественныхъ опухоляхъ общее состояніе больныхъ почти всегда бываетъ вполнѣ удовлетворительно, при злокачественныхъ худосочіе (кахексія) не заставляетъ себя долго ждать. Иногда о характерѣ опухоли можно судить по тканевымъ частицамъ, выдѣляющимся изъ мочевого пузыря. Вышеописанныя ворсинки въ большинствѣ случаевъ указываютъ на доброкачественныя новообразованія; не слѣдуетъ, однако, забывать, что во всякомъ правилѣ есть исключенія. Если находятъ типическія для рака клѣточныя гнѣзда и атипическія клѣточныя разростанія, то распознаваніе перестаетъ быть сомнительнымъ.

По вопросу о томъ, чаще-ли встрѣчаются злокачественныя или доброкачественныя опухоли, я въ данную минуту не считаю себя въ правѣ высказаться съ положительностью. Могу лишь заявить, что цѣлый рядъ опухолей, которыя я раньше по виду и по вызываемымъ ими клиническимъ явленіямъ считалъ злокачественными, оказались доброкачественными. Если больной съ обыкновенной папилломой цѣлыми недѣлями безпрерывно теряетъ кровь, то вполнѣ естественно, что у него могутъ развиться малокровіе и слабость въ такой степени, что невольно придетъ въ голову мысль о раковомъ худосочіи. Но, лишь только кровотеченіе прекращается, такіе больные скоро приходятъ въ себя, между тѣмъ какъ больные ракомъ сохраняютъ свой общій болѣзненный видъ и тогда, когда кровотеченія прекратятся.

Лѣченіе при опухоляхъ мочевого пузыря проводится по 2-мъ направленіямъ: или назначаютъ палліативныя средства, успокаивающія болѣзненныя явленія, или-же стараются совершенно удалить опухоль.

Припадочное лѣченіе остается однимъ и тѣмъ-же какъ при доброкачественной, такъ и при злокачественной опухоли. Какъ при той, такъ и при другой мы должны устранить мучительные позывы, боли и кровотеченіе; для этой цѣли назначаются наркотическія средства (героинъ, діонинъ, морфій, опій, красавка) внутрь, или вводятъ въ прямую кишку посредствомъ спринцовки для глицериновыхъ клистировъ смѣсь изъ 1,0 антипирина, 10—20 кап. опійной настойки и 50,0 воды.

Большія затрудненія порою приходится преодолѣвать при стремленіи остановить кровотеченіе. Хотя опухоль и рѣдко обусловливаетъ смертельныя кровотеченія, но сильныя и скоропроходящія или слабыя, но продолжительныя кровотеченія все-же могутъ ослабить организмъ въ такой мѣрѣ, что является серьезная опасность для жизни больного; въ такихъ случаяхъ мы должны, разумѣется, всѣми силами стараться остановить кровь. Къ сожалѣнію, внутреннія вяжущія средства въ такихъ случаяхъ оказываются почти совершенно безсильны. Я почти никогда не замѣчалъ замѣтнаго дѣйствія отъ такихъ вяжущихъ средствъ, какъ дубильная кислота, уксуснокислый свинецъ, $1^1/_2$-хлористое желѣзо. Эрготинъ, стиптицинъ и вытяжка надпочечныхъ железъ также оказались недѣйствительными. Подкожное впрыскиваніе желятины болѣзненно и въ своемъ дѣйствіи ненадежно. Самымъ дѣйствительнымъ средствомъ, по моимъ наблюденіямъ, оказывается стиптицинъ, въ таблеткахъ по 0,05, до 8 разъ въ день.

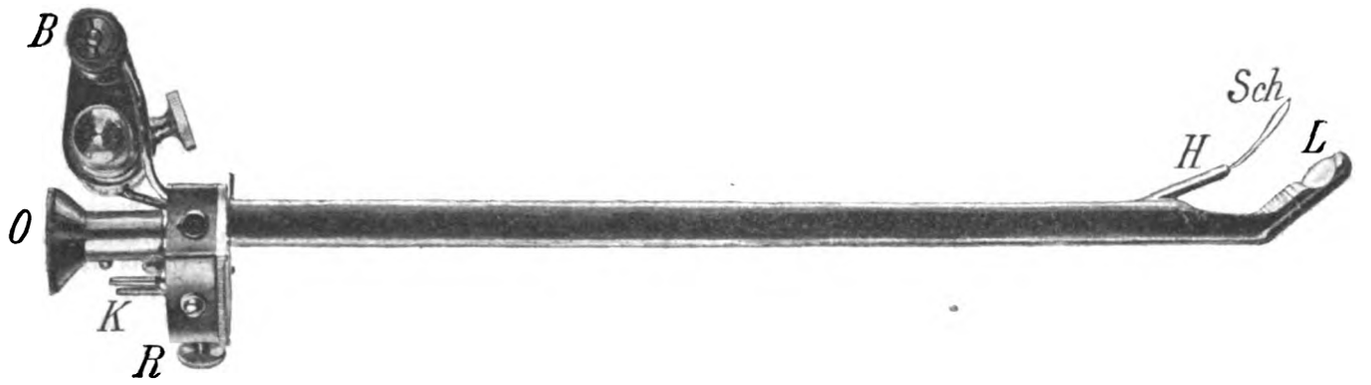
Въ виду всего этого, если кровотеченіе у больного, не смотря на полный покой, не прекращается, приходится прибѣгать къ мѣстному лѣченію мочевого пузыря. Довольно надежное средство въ данномъ случаѣ представляетъ азотнокислое серебро въ крѣпкихъ растворахъ. Пузырь опоражниваютъ и вводятъ въ него приблизительно 100 грм. раствора азотнокислаго серебра 1 : 1000—1 : 500. Не слѣдуетъ вводить большихъ количествъ, дабы не вызвать насильственнаго растяженія стѣнокъ пузыря. Впрыскиванія можно часто повторять. Кровоточащее мѣсто опухоли подъ вліяніемъ азотнокислаго серебра нерѣдко покрывается струпомъ, и кровотеченіе прекращается. Менѣе благопріятно я долженъ отозваться о впрыскиваніяхъ метиленовой синьки, отъ которыхъ другіе видѣли хорошіе результаты. Въ своихъ случаяхъ отъ метиленовой синьки я не наблюдалъ ни прекращенія кровотеченія, ни утоленія болей. Что-же касается значенія вытяжки надпочечниковъ, какъ вяжущаго средства, то для оцѣнки его необходимы дальнѣйшія наблюденія; то, что видѣлъ до сихъ поръ отъ этой вытяжки я, говоритъ не въ ея пользу. Отъ впрыскиваній желятины ($2^1/_0$-го обезпложеннаго раствора Merck'a) въ мочевой пузырь я предостерегаю: за кажущимся улучшеніемъ въ большинствѣ случаевъ наступаетъ увеличенное кровотеченіе.

Если кровотеченіе не прекращается и при примѣненіи указанныхъ мѣстныхъ средствъ, то показано введеніе катетра à demeure, чтобы прекратить сокращенія мочевого пузыря и привести послѣдній въ состояніе полнаго покоя. Благодаря этому пріему, въ большинствѣ случаевъ, а при доброкачественныхъ опухоляхъ—всегда, удается остановить кровотеченіе и устранить явленія раздраженія.

Что касается коренного лѣченія, имѣющаго цѣлью совершенно устранить опухоль, то приходится говорить отдѣльно о доброкачественныхъ и о злокачественныхъ опухоляхъ.

Для удаленія доброкачественныхъ новообразованій мочевого пузыря имѣются 2 пути. Въ однихъ случаяхъ дѣлаютъ высокое сѣченіе и удаляютъ опухоль вмѣстѣ съ частью сосѣдней слизистой оболочки, дабы вмѣстѣ съ опухолью устранить и почву, на которой она росла. 2-ой способъ состоитъ въ томъ, что, не вскрывая мочевого пузыря, стараются удалить опухоль или части послѣдней при помощи операціоннаго цистоскопа подъ руководствомъ глаза. Для этой цѣли я устроилъ приборъ, мнѣ кажется, очень простой. Свой цистоскопъ для мочеточниковъ я снабдилъ для этихъ случаевъ, вмѣсто каналовъ для катетровъ, прободеннымъ стержнемъ (H), въ которомъ движется проволочная петля. При помощи особаго приспособленія (B), дѣлающаго петлю (Sch) изъ лежащей въ каналѣ стержня проволоки, послѣдняя по введеніи цистоскопа въ предварительно растянутый пузырь обертывается вокругъ опухоли. Въ нѣсколько сеансовъ удается удалить опухоль до самаго основанія.

Внутрипузырный способъ операціи многократно подвергался нападкамъ; его считаютъ опаснымъ и безполезнымъ. Наблюденія, которыя я сдѣлалъ самъ въ этомъ направленіи и которыя обнимаютъ приблизительно 30 случаевъ, сводятся къ слѣдующему. Прежде всего отрѣзыва-



О—окуляръ. В—приборъ для образованія петли. Н—стержень съ петлею. Sch—петля. К—штифты для проводовъ. R—винтъ для замыканія тока. L—лампочка цистоскопа.

ніе опухоли посредствомъ холодной или гальванокаустической петли не представляетъ ни малѣйшей опасности. Я ни разу не наблюдалъ никакого несчастнаго осложненія, тѣмъ болѣе опаснаго кровотеченія. Ничтожность кровотеченія прямо поразительна. Слѣдуетъ только крѣпко перетянуть опухоль и затѣмъ оторвать ее или-же гальванокаустически прожечь. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ удается добраться до опухоли и ея ножки, т. е. гдѣ расположеніе опухоли благопріятно, способъ и не безполезенъ. У меня отмѣченъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ достигнуто полное излѣченіе. Я долженъ однако оговориться, что, во-1-хъ, опухоль не всегда бываетъ расположена благопріятно для внутрипузырнаго удаленія ея, что порою трудно добраться до периферическихъ частей ея и совершенно невозможно—до ножки; съ этой точки зрѣнія неблагопріятно располагаются опухоли, сидящія вблизи шейки пузыря, а благопріятно—находящіяся на днѣ его и на задней стѣнкѣ. Во 2-хъ, обязательно слѣдуетъ отмѣтить, что при примѣненіи внутрипузырнаго способа иногда можно причинить вредъ, если опухоль, которую считали доброкачественной, на самомъ дѣлѣ оказывается злокачественной. Я нѣсколько разъ наблюдалъ въ подобныхъ случаяхъ вслѣдъ за операціей тяжелыя явленія раздраженія пузыря, несомнѣнно обусловливавшія болѣе быстрое наступленіе смерти больныхъ.

Однако и высокое сѣченіе не всегда показано для удаленія доброкачественныхъ опухолей. Если у больного имѣются частыя и обильныя кровотеченія, если опухоль безпрерывно растетъ и все болѣе и болѣе уменьшаетъ просвѣтъ мочевого пузыря, то оперативное удаленіе умѣстно. Часто однако на помощь больныхъ приходитъ въ этомъ отношеніи сама природа: отдѣльныя части опухоли отторгаются произвольно, при чемъ больной теряетъ лишь незначительныя количества крови и совершенно не жалуется на боли. Въ этомъ случаѣ высокое сѣченіе является операціей слишкомъ большой по сравненію съ незначительнымъ недугомъ, особенно у старыхъ, истощенныхъ людей, у которыхъ высокое сѣченіе пузыря нельзя считать операціей безопасной. Ко мнѣ является больной, который уже 28 лѣтъ имѣетъ опухоль въ мочевомъ пузырѣ, 1—2 раза въ годъ приблизительно въ теченіи дней 8 теряетъ кровь, а во всемъ остальномъ чувствуетъ себя совершенно здоровымъ. 2-му изъ моихъ больныхъ съ опухолью пузыря 85 л. отъ роду. Временами онъ страдаетъ явленіями раздраженія пузыря, а порою кровотеченіемъ. И то, и другое вотъ уже 5—6 лѣтъ подъ рядъ устраняется посредствомъ нѣсколькихъ промываній мочевого пузыря, при чемъ больной каждый разъ быстро приходитъ въ себя.

Въ виду вышесказаннаго показаніе къ оперативному лѣченію доброкачественныхъ опухолей мочевого пузыря какъ по отношенію къ внутрипузырному способу, такъ и по отношенію къ высокому сѣченію всецѣло зависитъ отъ характера новообразованія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ; шаблонно здѣсь дѣйствовать нельзя, а слѣдуетъ строго сообразоваться съ особенностями случая.

Что касается оперативнаго лѣченія злокачественныхъ новообразованій, то здѣсь рѣчь можетъ идти лишь о высокомъ сѣченіи пузыря и объ изсѣченіи опухоли вмѣстѣ съ кускомъ здоровой стѣнки. Въ отдѣльныхъ случаяхъ приходилось удалять большія части мочевого пузыря и даже его всего. Насколько я могу судить по своимъ личнымъ наблюденіямъ, относящимся какъ къ тѣмъ больнымъ, которыхъ оперировалъ я самъ, такъ и къ тѣмъ, которыхъ въ моемъ присутствіи оперировали другіе товарищи, операція эта рѣдко даетъ болѣе или менѣе благопріятный результатъ. Если опухоль лежитъ на днѣ мочевого пузыря, что при злокачественныхъ новообразованіяхъ въ большинствѣ случаевъ на самомъ дѣлѣ и бываетъ, то операція оказывается чрезвычайно затруднительной и сопровождается весьма значительными поврежденіями, особенно если въ одно и то-же время приходится удалять концы мочеточниковъ и вновь вшивать культи послѣднихъ. Но даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція на мочеточники не распространяется, удаленіе злокачественныхъ новообразованій мочевого пузыря—задача далеко неблагодарная. Какъ всегда въ подобныхъ случаяхъ, такъ и здѣсь, оперировать нужно въ здоровой ткани—требованіе, исполнить которое выше нашихъ силъ: по одному виду стѣнки мочевого пузыря нельзя еще судить, насколько она пропитана отростками раковаго новообразованія; операторъ можетъ думать, что онъ оперируетъ въ здоровой ткани и, по незнанію, оставитъ остатки опухоли. Точно также нельзя съ положительностью знать, не дала-ли уже опухоль переносъ въ другихъ частяхъ тѣла.

Указаннымъ теоретическимъ соображеніямъ вполнѣ отвѣчаютъ и практическія наблюденія, провѣренныя на обширномъ матеріалѣ. Значительная часть оперированныхъ погибаетъ отъ операціи или отъ ея послѣдствій. Смертность—значительная: на это указываютъ статистическія сопоставленія 2-хъ первыхъ нѣмецкихъ клиникъ, а именно клиники проф. *Küster*'а въ Marburg'ѣ и проф. *Czerny* въ Heidelberg'ѣ. Относительно 11 операцій, сдѣланныхъ по поводу рака мочевого пузыря, *Wendel* [1]) говоритъ: «лишь относительно 1 больного, у котораго въ настоящее время вотъ уже болѣе $1^1/_2$ лѣтъ послѣ операціи нѣтъ никакихъ болѣзненныхъ явленій, по видимому, можно говорить о коренномъ успѣхѣ операціи». Непосредственно вслѣдъ за операціей умерли 4, отъ послѣдствій операціи—1, отъ возвратовъ—4; объ 11-мъ больномъ извѣстно лишь, что у него спустя $^1/_2$ года послѣ операціи не было еще возврата. Изъ клиники проф. *Czerny Lobstein* [2]) сообщаетъ слѣдующее: изъ 31 оперированнаго по поводу злокачественной опухоли мочевого пузыря умерли—14 непосредственно вслѣдъ за операціей, 13 въ теченіи 1-го года послѣ нея, а изъ оставшихся въ живыхъ у 3 наступилъ возвратъ, и только у 1 возврата не было. Несомнѣнно, что это—печальные результаты. Большой рядъ оперированныхъ или получаютъ возвраты въ пузырѣ-же, или-же погибаютъ отъ переносовъ рака, развивающихся въ другихъ органахъ. Въ другихъ случаяхъ, въ которыхъ операція, по видимому, и удалась, остаются свищи, отравляющіе дальнѣйшую жизнь больнымъ. Въ виду этого я такимъ больнымъ операціи не предлагаю, если нѣтъ настоятельныхъ показаній, напр., неукротимаго кровотеченія и невыносимаго и ничему не поддающагося тенезма пузыря. При настоящемъ развитіи нашей техники, къ сожалѣнію, слѣдуетъ признать, что больной безъ операціи живетъ лучше и дольше,

[1]) *Küster*'sche Klinik in Marburg. Habilitationsschrift, 1900 г., Fischer, Jena.

[2]) *Brun*'s Beiträge, 1902 г., т. 34.

чѣмъ послѣ нея. Лишь въ томъ случаѣ, если новообразованіе распознается въ начальной стадіи своего развитія и если мѣстоположеніе опухоли благопріятно для операціи или-же возникаетъ сомнѣніе, имѣется-ли дѣло съ опухолью доброкачественной или злокачественной, показано изсѣченіе новообразованія. Впрочемъ, больнымъ можно оказать хорошія услуги вышеописаннымъ припадочнымъ лѣченіемъ. Наркотическія средства слѣдуетъ примѣнять по возможности, лишь во время обостреній; если-же боли постоянны, то ничего другого не остается, какъ держать такихъ несчастныхъ больныхъ безпрерывно подъ дѣйствіемъ морфія. Успѣшнѣе всего дѣйствуетъ смѣсь изъ 0,3 пирамидона или 0,5 антипирина съ героиномъ до 0,01 въ 20 грм. воды, какъ впрыскиваніе въ прямую кишку. Иногда боли обусловливаются сопутствующимъ циститомъ; тогда весьма хорошо дѣйствуютъ промыванія пузыря растворами азотнокислаго серебра 1:1000. Одновременно слѣдуетъ примѣнять теплоту во всѣхъ видахъ, а именно: горячія полуванны и грѣлки днемъ и влажные компрессы на ночь. Благодаря всему этому, періоды обостренія смѣняются періодами относительнаго благосостоянія, которые дѣлаютъ больному жизнь болѣе сносной.

CCIII. Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. В. С. Груздева въ Казани.

О гипертрофическомъ міосальпингитѣ (myosalpingitis hypertrophica).

Е. Д. Рузскаго.

Ученіе о заболѣваніяхъ *Fallopi*'евыхъ трубъ всегда было однимъ изъ наименѣе разработанныхъ отдѣловъ гинекологіи. Не смотря на относительно важную роль этого органа въ половой жизни женщины, гинекологи всѣхъ странъ до конца 70-хъ годовъ истекшаго 100-лѣтія удѣляли ему очень мало вниманія; имъ были извѣстны лишь отдѣльные случаи немногихъ заболѣваній трубъ, бросившіеся въ глаза изслѣдователямъ своею необыкновенностью, бо́льшая-же часть дѣйствительныхъ болѣзней этого органа была имъ вовсе неизвѣстна, или-же понималась совершенно неправильно. Только съ указаннаго времени въ литературѣ появляется рядъ болѣе точныхъ, систематическихъ работъ по этому вопросу, но, какъ всѣ первые шаги, неполныхъ и во многомъ грѣшащихъ противъ истины [*С. Д. Михновъ* [18])]. Вплоть до *C. Hennig*'а заболѣванія *Fallopi*'евыхъ трубъ разбирались только въ связи съ страданіями другихъ, сосѣднихъ съ ними, органовъ, да и то главнымъ образомъ въ патолого-анатомическомъ отношеніи, съ клинической-же стороны имъ почти не придавалось никакого значенія [см. руководства *Holder*'а [1]), *Kiwisch*'а [2]), *Scanzoni* [3]), *М. И. Горвица* [4]) и др.]. Лишь съ развитіемъ оперативнаго лѣченія женскихъ болѣзней явилась возможность точнаго сопоставленія клиническихъ данныхъ съ патолого-анатомическими измѣненіями, и съ этого времени, совпадающаго съ эпохою правильнаго микроскопическаго изученія пораженій трубъ, патологія послѣднихъ принимаетъ характеръ отдѣльнаго самостоятельнаго ученія, столь-же интереснаго для патолого-анатома, какъ и для клинициста. Едва-ли не главная заслуга въ этомъ принадлежитъ *C. Hennig*'у, который въ своей монографіи: «Die Krankheiten der Eileiter und die Tubarschwangerschaft» (1876), одинъ изъ первыхъ, на основаніи ряда подобныхъ сопоставленій, обрисовалъ болѣе или менѣе правильно и подробно главныя формы болѣзней трубъ. Тѣмъ не менѣе должно было пройти много времени, прежде чѣмъ жалоба *Hennig*'а на трудность выполненія принятой имъ на себя задачи, въ силу недостаточности матеріала, потеряла свою основательность, благодаря изслѣдованіямъ цѣлаго ряда гинекологовъ. Изслѣдованія эти позволили *A. Martin*'у въ 1895 г. выпустить въ свѣтъ свою обстоятельную монографію [22]), гдѣ болѣзни трубъ были освѣщены настолько всесторонне, что, казалось, позднѣйшимъ изслѣдователямъ нечего и дѣлать въ этой области. «Я могъ быть увѣреннымъ,—говоритъ, напр., одинъ изъ позднѣйшихъ изслѣдователей патологіи трубъ, *Л. К. Лингенъ* [26]),—что мнѣ не удастся внести что-нибудь новое въ ту область, въ которой какъ разъ въ послѣдніе годы подвизались такіе компетентные ученые, какъ *A. Martin* и позже *Menge*, *Orthmann*, *Landau*»...

Съ такимъ заявленіемъ, однако, едва-ли можно вполнѣ согласиться. Правда, изученіе болѣзней трубъ за послѣднее время далеко ушло впередъ. Тѣмъ не менѣе, по сравненію съ другими отдѣлами гинекологіи, этотъ отдѣлъ все-таки относительно слабо разработанъ. Самая классификація заболѣваній трубъ до сихъ поръ остается недостаточно установленной, а отдѣльныя клиническія и патолого-анатомическія формы ихъ—недостаточно рельефно очерченными. Вотъ почему я съ особымъ удовольствіемъ принялъ предложеніе моего глубокоуважаемаго учителя, проф. *В. С. Груздева*, по возможности всесторонне изслѣдовать 2 наблюдавшихся въ акушерско-гинекологической клиникѣ Казанскаго Университета случая той формы воспаленія трубъ, которая характеризуется громаднымъ утолщеніемъ стѣнокъ всей трубы безъ значительнаго расширенія ея канала, и на основаніи какъ данныхъ изслѣдованія, такъ и данныхъ, имѣющихся въ литературѣ, составить характеристику этой формы съ патолого-анатомической и клинической стороны.

Къ сожалѣнію, исторія болѣзни одной изъ больныхъ, лежавшей въ клиникѣ въ сравнительно давнее время, не сохранилась. Мнѣ пришлось поэтому ограничиться въ этомъ случаѣ лишь патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ препарата, уцѣлѣвшаго въ Музеѣ клиники.

I. Препаратъ, о макроскопической картинѣ котораго даетъ понятіе рис. 1, состоитъ изъ матки, лѣвой трубы и лѣваго яичника, удаленныхъ, по видимому, черезъ рукавъ. Матка и по длинѣ (7,5 стм.), и по толщинѣ стѣнокъ (1—2 стм.)—среднихъ размѣровъ и, по крайней мѣрѣ, на спиртовомъ препаратѣ нѣсколько перегнута назадъ. Въ области дна она окружена спереди и особенно сзади воспалительными перепонками; кромѣ того, сплошь окутана перемычками и задняя стѣнка шейки. Труба на всемъ своемъ протяженіи сильно утолщена, при чемъ, однако, утолщеніе это не вездѣ одинаково: по ходу трубы можно различить 5 какъ-бы четкообразныхъ узловъ и 4 перехвата между ними. При ближайшемъ изслѣдованіи 5-ый узелъ оказался яичникомъ, непосредственно сросшимся съ закрытымъ брюшнымъ концомъ трубы и такимъ образомъ какъ-бы составляющимъ ея продолженіе. На ощупь труба плотная; снаружи она вся окутана ложными перепонками; помимо этихъ послѣднихъ, всѣ узлы на мѣстѣ перетяжекъ спаяны между собою особыми плотными, морщинистыми перемычками, особенно сильно развитыми между 4-мъ и 5-мъ узлами. Поэтому на первый взглядъ всѣ узлы представляются рядомъ перегибовъ, послѣдовательно спаявшихся между собою. Длина трубы вмѣстѣ съ 5-мъ утолщеніемъ (яичникомъ)—13,5, безъ яичника—10,5 стм. Окружность узловъ колеблется отъ 4,3 (1-ый узелъ) до 8,4 стм. (4-ое утол-

Рис. 1. Макроскопическій видъ трубы (съ маткою) при узловатой формѣ гипертрофическаго міосальпингита (случай 1-ый). Въ естественную величину.

щеніе). 1-ое утолщеніе имѣетъ шарообразную форму; остальные узлы сплющены съ боковъ. Перетяжки въ окружности имѣютъ отъ 3,3 (1-я) до 4,8 (4-я) стм. Каналъ трубы въ области 4-го узла равенъ 1,6 стм. въ длину и 0,8 стм. въ ширину, въ области 3-ей перетяжки—0,7 стм. въ длину и 0,2 стм. въ ширину, въ области 1-го узла—0,3 стм. въ діаметрѣ у самой матки—0,1 стм. въ діаметрѣ. Ходъ канала извилистый. Просвѣтъ его въ 1-мъ узлѣ расположенъ эксцентрически въ верхнемъ отдѣлѣ трубы и имѣетъ круглое очертаніе; въ остальныхъ мѣстахъ онъ имѣетъ форму неправильной продольной щели и неправильно эксцентриченъ. Толщина стѣнокъ на поперечномъ разрѣзѣ колеблется отъ 0,25 (верхняя 1-го и 4-го узловъ) до 0,7 –0,8 стм. (нижняя 1-го и 4-го узловъ). Слизистая оболочка макроскопически повсюду ясно складчата; въ 1-мъ узлѣ складки выполняютъ почти весь просвѣтъ, въ остальныхъ-же имѣютъ видъ окаймляющихъ каналъ фестоновъ.

Для микроскопическаго изслѣдованія былъ взятъ рядъ поперечныхъ срѣзовъ на всемъ протяженіи трубы—изъ межуточной части ея изъ всѣхъ узловъ, наиболѣе выраженныхъ перетяжекъ и изъ мѣста зарощенія канала трубы. Срѣзы окрашивались гематоксилиномъ и эозиномъ или по *van Gieson*'у. Микроскопическое изслѣдованіе дало слѣдующую картину. Просвѣтъ трубы пустъ; только мѣстами между складками попадается распадъ, среди котораго кое-гдѣ можно различить отслоившійся эпителій и плохо сохранившіяся блуждающія клѣтки. Слизистая оболочка ясно складчата; но ея складки утратили свой нормальный видъ: онѣ менѣе вѣтвисты, меньшей высоты, чѣмъ нормальныя, и ихъ верхушки сильно раздуты на подобіе колбъ. Тамъ и сямъ въ толщѣ слизистой оболочки попадаются замкнутыя обособленныя полости различныхъ очертаній, нигдѣ однако не заходящія въ мышечные пласты; на препаратахъ мѣстами ясно можно прослѣдить происхожденіе этихъ полостей путемъ взаимнаго сростанія сосѣднихъ складокъ. Наибольшія измѣненія слизистой оболочки встрѣчаются въ брюшномъ концѣ трубы. Здѣсь складки сплошь пронизаны круглоклѣточнымъ инфильтратомъ, отдѣльныя клѣтки котораго плохо очерчиваются и слабо окрашиваются, а кое-гдѣ сливаются въ одну общую массу распада. Поверхность складокъ большею частью лишена покровнаго эпителія, который еще сохранился кое-гдѣ въ углубленіяхъ между ними, но и здѣсь лишенъ рѣсничекъ, плохо воспринимаетъ окраску и имѣетъ самую разнообразную форму отъ неправильно-цилиндрической до кругловатой; въ остальныхъ мѣстахъ эпителій отсталъ и слился въ одну массу, съ одной стороны, съ инфильтратомъ самихъ складокъ, съ другой—съ находящимся въ просвѣтѣ трубы распадомъ. Въ закрытыхъ полостяхъ эпителій сохранился лучше, но также частью отсталъ отъ стѣнокъ и превратился въ распадъ. Строма различика только въ отдѣльныхъ участкахъ слизистой оболочки—въ видѣ волоконецъ и длинныхъ клѣтокъ съ вытянутымъ, веретенообразнымъ ядромъ. Ближе къ маточному концу трубы складки менѣе обезображены, инфильтратъ въ нихъ менѣе подвергся распаду, поверхностный эпителій сохранился лучше.

Лежащіе кнаружи отъ слизистой оболочки слои трубной стѣнки не вездѣ даютъ одинаковую картину: въ однихъ мѣстахъ, преимущественно въ брюшной $^1/_2$ трубы, вслѣдъ за слизистой оболочкой идетъ сначала слой молодой соединительной ткани съ массой клѣтокъ съ круглыми, вытянутыми, 3-угольными и хвостатыми ядрами, потомъ слой болѣе зрѣлой соединительной ткани и, наконецъ, мышечные пласты; въ другихъ участкахъ, ближе къ маточному концу, слизистая оболочка почти непосредственно прилегаетъ къ мышечной ткани. Мышцы на всемъ протяженіи трубы ясно гипертрофированы, при чемъ на ряду съ гипертрофіей ихъ замѣчается и разростаніе соединительной ткани; своего maximum'а гипертрофія мышцъ достигаетъ въ срединѣ утолщеній трубы; напротивъ, въ области перетяжекъ она отступаетъ на задній планъ передъ сильнымъ развитіемъ волокнистой соединительной ткани. Брюшинный покровъ утолщенъ и съ наружной поверхности покрытъ соединительнотканными отложеніями. Вся толща стѣнокъ пронизана мелкоклѣточковымъ инфильтратомъ, образующимъ большею частью гнѣздныя скопленія въ окружности сосудовъ; наиболѣе рѣзко выражена эта инфильтрація около брюшиннаго покрова. Помимо гнѣздныхъ скопленій, мѣстами встрѣчаются неправильно разбросанныя одиночныя клѣтки, а иногда онѣ располагаются, слѣдуя направленію мышцъ, тонкими цугами между пучками послѣднихъ. Ближе къ маточному концу въ стѣнкѣ встрѣчаются небольшіе осумкованные гнойники, большею частью расположенные среди раздвинутыхъ мышечныхъ пучковъ; гнойники эти частью содержатъ сохранившіяся гнойныя клѣтки съ лопастными ядрами, частью распадъ. Сосуды трубной стѣнки извиты, имѣютъ утолщенныя стѣнки, которыя мѣстами инфильтрированы. Просвѣтъ ихъ мѣстами свободенъ, мѣстами закупоренъ. Внутренняя оболочка почти всюду и въ венахъ, и въ артеріяхъ отстала отъ средней и мѣстами разорвана.

Брыжейка трубы также инфильтрирована, богата сосудами; мѣстами въ ней попадаются хорошо сохранившіяся пароваріальныя трубки. На мѣстѣ срощенія бахромчатаго конца трубы съ яичникомъ отчетливо видно, какъ отдѣльныя бахромки неправильно завернулись въ просвѣтъ трубы и срослись своими брюшинными поверхностями, всей массой которыхъ онѣ затѣмъ спаялись съ яичникомъ. Послѣдній представляетъ картины хроническаго межуточнаго воспаленія и мелко-кистовиднаго перерожденія.

2-ой случай былъ обслѣдованъ не только съ патологоанатомической, но и съ клинической стороны.

2. У., 40 л., крестьянка, поступила въ Акушерско-гинекологическую клинику 4/IX 1902 г. съ жалобами на кровотеченія, выпаденіе матки и перемежающуюся боль въ правомъ паху. Изъ разспроса оказалось, что первыя мѣсячныя появились у больной на 18-мъ году, до болѣзни приходили черезъ 3 недѣли и продолжались по 8—10 дней, съ болями внизу живота передъ ними. За время болѣзни крови—почти безпрерывныя. Замужъ вышла на 18-мъ году, беременна была 2 раза, при чемъ оба раза родила въ срокъ; 1-ые роды были на 19-мъ году, 2-ые на 20-мъ. Послѣ 2-хъ родовъ лежала съ болями въ животѣ 6 недѣль. Считаетъ себя больной 20 лѣтъ,—съ послѣднихъ родовъ, послѣ которыхъ впервые замѣтила опущеніе матки и бѣли. 6 лѣтъ назадъ во время мѣсячныхъ простудилась и съ тѣхъ поръ стала страдать перемежающимися болями въ правомъ паху, почти непрерывными кровотеченіями и болѣе сильными бѣлями. Половыя сношенія въ теченіи послѣднихъ 18 лѣтъ болѣзненны. Боли въ правомъ паху сначала появлялись передъ мѣсячными, постепенно усиливались, сохраняя характеръ схватокъ, а послѣ кровей становились тише; теперь, когда кровотеченіе сдѣлалось постояннымъ, боли стали гораздо чаще и сильнѣе. Больная неоднократно лѣчилась неоперативными средствами, но безъ всякаго успѣха.

Средняго роста, шатенка, правильнаго сложенія, недостаточнаго питанія, малокровная. Половая щель зіяетъ; при натуживаніи изъ нея выпячиваются обѣ стѣнки рукава, передняя и задняя, и показывается влагалищная часть матки. Матка увеличена, плотна, смѣщена въ крестцовую впадину (retropositio), значительно болѣзненна; зѣвъ со ссадиной; длина полости матки—12 стм.; отдѣльныхъ узловъ въ маткѣ не прощупывается. Отъ праваго угла ея отходитъ плотное, цилиндрическое тѣло, съ большой палецъ толщиною, у бокового конца котораго отчетливо прощупывается яичникъ, съ голубиное яйцо величиной. Лѣвые придатки также нѣсколько увеличены. Задній *Douglas*'овъ карманъ зарощенъ, сильно чувствителенъ при давленіи.

Распознано хроническое воспаленіе матки и ея придатковъ, особенно рѣзко выраженное въ правой трубѣ и осложненное, съ одной стороны, воспаленіемъ тазовой брюшины, а съ другой—выпаденіемъ рукава и матки. Такъ какъ больная уже ранѣе неоднократно лѣчилась неоперативными средствами, но безъ всякаго успѣха, то на этотъ разъ ей было предложено оперативное вмѣшательство, на которое она и согласилась.

Операція произведена 25/IX 1902 г. проф. *В. С. Груздевымъ*. Начавъ ее черезъ рукавъ, операторъ произвелъ выскабливаніе матки и 2-минутное ошпариваніе ея полости; послѣ того перешелъ къ чревосѣченію, удалилъ справа гипертрофированную трубу, оставивъ яичникъ, а слѣва и трубу, и яичникъ, раздѣлилъ сплошныя срощенія въ заднемъ *Douglas*'овомъ пространствѣ и, промывъ, по обыкновенію, брюшную полость нѣсколько разъ *Locke*'овскимъ растворомъ, приступилъ къ зашиванію брюшной раны, при чемъ попутно пришилъ матку къ брюшной стѣнкѣ. Послѣопераціонный періодъ протекъ безлихорадочно. На 12-ый день сняты швы съ брюшной раны, при чемъ лишь въ тѣхъ изъ нихъ, которыми была пришита матка, найдено поверхностное нагноеніе. На 16-ый день больной разрѣшено было сидѣть, а на 21-ый У. выписалась изъ клиники совершенно здоровой.

Удаленныя при операціи части представляли слѣдующую микроскопическую картину: лѣвая труба извита, зарощена, покрыта воспалительными перепонками, плотна, толщиною въ карандашъ; лѣвый яичникъ значительно увеличенъ, сплошь мелко-кистовидно перерожденъ и пронизанъ кровоизліяніями, а снаружи окутанъ ложными перепонками. О макроскопическомъ видѣ правой трубы можно составить себѣ представленіе по рис. 2, изображающему эту

Рис. 2. Продольный разрѣзъ трубы при разлитой формѣ гипертрофическаго міосальпингита (случай 2-ой). Въ естественную величину.

трубу въ продольномъ разрѣзѣ. Какъ видно изъ рисунка, труба на всемъ ея протяженіи была рѣзко утолщена и представлялась въ видѣ цилиндрическаго, очень мало изогнутаго тѣла, толщина котораго у наружнаго конца превосходила толщину большого пальца, въ маточномъ-же концѣ уменьшалась. Поверхность трубы была матово-блестящая, сѣро-песочнаго цвѣта, испещренная маленькими кровоизліяніями въ видѣ жилокъ и точекъ и покрытая волокнинными пленками. Брюшной конецъ былъ зарощенъ. Въ срединѣ трубы проходилъ неправильной формы каналъ, постепенно съуживавшійся по направленію къ маточному концу, гдѣ онъ, кромѣ того, дѣлался извилистымъ, и расширявшійся по направленію къ концу брюшному; каналъ этотъ содержалъ въ себѣ гноевидную, дов. густую массу. Стѣнки его были какъ-бы изъѣдены, кирпичнаго цвѣта; складокъ слизистой оболочки на стѣн-

кахъ не было видно. Длина всей трубы равнялась 13,5 стм.; окружность ея колебалась до 3,8 въ маточномъ, и до 9,5 стм. у брюшного конца. Діаметръ канала въ самомъ широкомъ мѣстѣ, по близости бахромчатаго конца трубы, равнялся 1,1 стм. Толщина стѣнокъ въ разныхъ мѣстахъ была неодинакова: отъ 0,6 у маточнаго конца трубы до 1,3 стм. у брюшного.

Для микроскопическаго изслѣдованія было взято 6 кусковъ изъ различныхъ мѣстъ трубы. Окраска срѣзовъ производилась тѣми-же способами, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Полученныя при изслѣдованіи данныя въ общихъ чертахъ можно свести къ слѣдующему.

Содержимое канала представляетъ собой зернистый распадъ, среди массы котораго лишь изрѣдка можно разобрать круглыя клѣтки съ многолопастнымъ ядромъ. Слизистая оболочка на всемъ протяженіи трубы въ значительной мѣрѣ уничтожена: еще въ брюшномъ концѣ кое-гдѣ попадаются остатки складокъ, но въ большей части трубы складокъ совсѣмъ нѣтъ, и отъ всей слизистой оболочки остался лишь тонкій слой стромы, инфильтрированной круглыми элементами. Поверхностный эпителій сохранился лишь въ рѣдкихъ мѣстахъ — въ бухтообразныхъ углубленіяхъ между складками или выступами слизистой оболочки, да и здѣсь онъ представляется перерожденнымъ и лишенъ рѣсничекъ. Рѣдко, лишь въ брюшномъ концѣ трубы, попадаются и здѣсь замкнутыя, выстланныя эпителіемъ полости, столь многочисленныя въ первомъ изъ описываемыхъ случаевъ. Вся уцѣлѣвшая часть стромы слизистой оболочки сплошь инфильтрирована мелкими, круглыми клѣтками, среди которыхъ мѣстами замѣтны кровоизліянія и расширенные, наполненные кровью капилляры. Въ однихъ мѣстахъ кнаружи отъ этого слоя инфильтрата располагается слой волокнистой соединительной ткани, въ которую инфильтратъ вдается неправильными уступами, въ другихъ инфильтрированная слизистая оболочка прилегаетъ непосредственно къ мышечному слою. Мышечный слой трубной стѣнки рѣзко утолщенъ, при чемъ утолщеніе это происходитъ главнымъ образомъ на счетъ гипертрофіи мышцъ, особенно круговыхъ, достигающей здѣсь колоссальныхъ размѣровъ (см. рис. 3). Сильнѣе всего гипертрофія выражена въ средней части трубы, нѣсколько меньше въ маточномъ концѣ и еще меньше у брюшного конца. Количество межмышечной соединительной ткани также нѣсколько увеличено, но разростаніе этой ткани далеко не таково, какъ разростаніе мышцъ. Инфильтрація въ этомъ слоѣ стѣнки весьма незначительная; она преимущественно имѣетъ видъ негустыхъ клѣточныхъ скопленій по ходу сосудовъ; отдѣльныхъ разбросанныхъ клѣтокъ между мышечными волокнами почти не встрѣчается вовсе; болѣе часто эту инфильтрацію можно видѣть въ соединительной ткани. Сосуды измѣнены: внутренняя оболочка во многихъ изъ нихъ отстала цѣликомъ, средняя утолщена и мѣстами содержитъ небольшое количество круглыхъ клѣтокъ, наружная сильно разрощена и инфильтрирована. Особенно измѣнены сосуды ближе къ брюшинному покрову. Послѣдній утолщенъ, но не равномѣрно,—болѣе сильно въ бахромчатомъ концѣ трубы. Бахромки неправильно перекручены, совершенно лишены эпителія и сплошь окутаны плотной соединительной тканью.

Бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго трубы дало отрицательный результатъ,—никакихъ микробовъ ни на сухихъ мазкахъ, ни въ тканяхъ, ни путемъ разводокъ открыть не удалось.

Такимъ образомъ оба эти случая въ патолого-анатомическомъ отношеніи представляютъ между собою много общаго: въ обоихъ стѣнки трубъ были рѣзко утолщены, при чемъ утолщеніе это произошло главнымъ образомъ на счетъ гипертрофіи мышцъ и не соединялось съ значительнымъ расширеніемъ трубнаго канала; брюшинныя отверстія трубъ въ обоихъ случаяхъ были зарощены. При этомъ сходствѣ яйцеводы въ обоихъ случаяхъ представляли и извѣстную разницу: въ 1-мъ случаѣ утолщенныя мѣста перемежались перетяжками, на ряду съ гипертрофіей мышцъ наблюдалось и значительное разростаніе соединительной ткани, слизистая оболочка трубы относительно сохранилась; во 2-мъ—утолщеніе было сплошнымъ, гипертрофія мышцъ значительно преобладала надъ разростаніемъ соединительной ткани, слизистая оболочка была почти совершенно уничтожена.

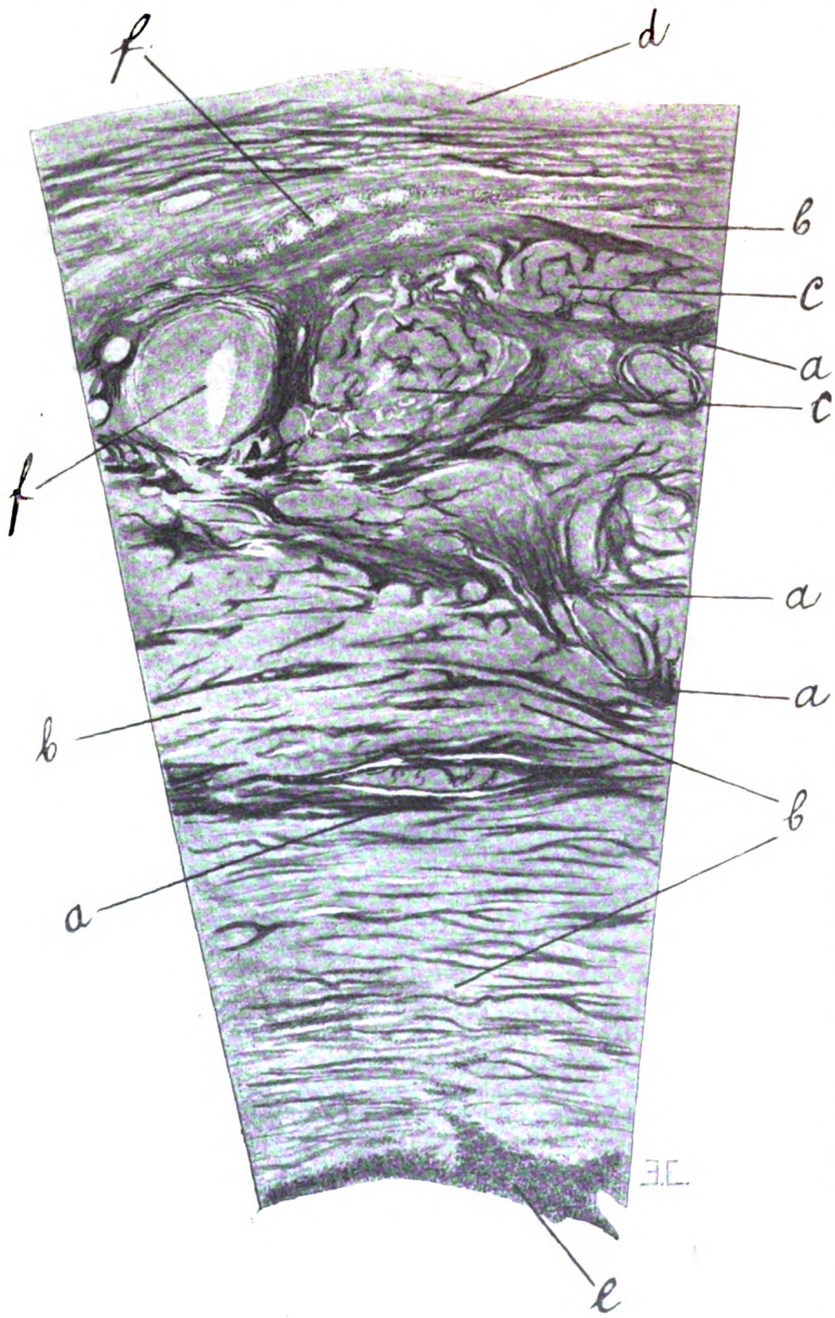


Рис. 3. Поперечный срѣзъ черезъ всю толщу стѣнки трубы при гипертрофическомъ міосальпингитѣ (случай 2-ой): черныя полосы *a a a*—соединительная ткань; сѣрыя полосы *b b b*—продольные пучки мышцъ; *c c c*—поперечныя мышцы; *d*—сывороточный листокъ трубы; *e*—слизистая оболочка; *f f*—сосуды въ разныхъ срѣзахъ. Лин. увел. въ 18 разъ.

Сама по себѣ гипертрофія мышечнаго слоя трубы извѣстна уже давно, какъ явленіе, сопутствующее разнымъ болѣзненнымъ измѣненіямъ этого органа. *C. Hennig* [5]) первый удѣлилъ этому состоянію трубы нѣсколько строкъ въ своей монографіи, при чемъ указалъ, что онъ встрѣчалъ ее при катаррѣ трубы, haematosalpinx'ѣ, трубной беременности и яичниковыхъ и маточныхъ опухоляхъ. Онъ объяснилъ и происхожденіе этой гипертрофіи, въ которой видѣлъ результатъ усилій трубы изгнать изъ своей полости ея содержимое.

Какъ особое, вполнѣ характерное въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніяхъ болѣзненное состояніе трубы, мышечная гипертрофія стѣнокъ послѣдней была, однако, описана впервые *Kaltenbach*'омъ [6]), который въ 1885 г. сдѣлалъ докладъ въ Strassburg'ѣ объ одной прослѣженной клинически и оперированной имъ больной съ такимъ заболѣваніемъ трубы и показалъ препараты.

Больная, 35 л., происходила изъ здоровой семьи и до замужества ничѣмъ не хворала. Мужъ ея ко времени женитьбы страдалъ еще не окончившимся переломомъ. Тотчасъ по выходѣ замужъ больная стала страдать бѣлями и катарромъ мочевого пузыря; мѣсячныя стали неправильны и болѣзненны; многократно появлялись сильныя гнетущія боли въ животѣ, тошнота и лихорадка, державшаяся болѣе или менѣе долго. Послѣ 7-лѣтняго лѣченія бѣли прошли, но дисменоррея осталась. Она сказывалась жестокими судорожными болями внизу живота, появлявшимися за 1—2 дня до мѣсячныхъ и продолжавшимися, съ промежутками, во все время послѣднихъ. Боли сосредоточивались въ глубинѣ правой стороны таза, въ подвздошной области; позднѣе онѣ стали появляться и слѣва. На высотѣ приступа мѣста ихъ опредѣлить было нельзя, такъ какъ онѣ распространялись по всему животу. Послѣдніе 1½ года боли стали еще сильнѣе, такъ что больная

во время ихъ громко кричала, каталась по полу, рвала на себѣ одежду и вообще неистовствовала, какъ сумасшедшая. Боли распространились и на наружные половые органы и сопровождались натугами со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Промежутки между ними за послѣднее время стали дѣлаться все меньше и меньше; тѣмъ не менѣе во время такихъ промежутковъ больная чувствовала себя относительно хорошо. При объэктивномъ изслѣдованіи *Kaltenbach* нашелъ: матка умѣренно увеличена, почти нормальна; въ правомъ сводѣ сзади прощупывается едва извитой шнуръ, толщиною въ палецъ, направляющійся къ правой подвздошной области; оба яичника подвижны, при чемъ правый ясно увеличенъ. Неоперативное лѣченіе не имѣло успѣха, вслѣдствіе чего было произведено оперативное удаленіе пораженныхъ частей; послѣ операціи наступило полное исцѣленіе.

Удаленная правая труба оказалась толщиною отъ мизинца до указательнаго пальца; просвѣтъ трубы на всемъ ея протяженіи былъ съуженъ, бахромчатый конецъ зарощенъ. Въ каналѣ было немного крови. Утолщеніе трубы зависѣло отъ колоссальной гипертрофіи мышцъ. Кромѣ того, было найдено значительное расширеніе сосудовъ и гнѣздныя кровоизліянія, разсѣянныя въ толщѣ стѣнки, преимущественно вблизи брюшиннаго покрова. Рѣсничный эпителій повсюду былъ замѣщенъ коротко-цилиндрическимъ. Поиски гонококковъ въ содержимомъ трубы остались безуспѣшными.

Разбирая свой случай, подобныхъ которому онъ не нашелъ въ литературѣ, *Kaltenbach* видитъ въ немъ конечную ступень перелойнаго сальпингита. По его мнѣнію, гонорройный сальпингитъ не всегда заканчивается образованіемъ pyosalpinx'а,—иногда при немъ послѣ долголѣтняго теченія болѣзни наступаетъ относительное исцѣленіе: специфическіе возбудители болѣзни гибнутъ, сопутствующее нагноеніе прекращается, но предшествовавшая болѣзнь, подобно перелойному воспаленію мочеиспускательнаго протока у мужчинъ, оставляетъ глубокія измѣненія въ стѣнкахъ трубы, а именно, она ведетъ къ рубцевому съуженію маточнаго конца и къ зарощенію брюшного, каковыя измѣненія, въ свою очередь, обусловливаютъ постоянное затрудненіе въ опорожненіи содержимаго трубы въ матку и гипертрофію мышечнаго слоя трубы. Присутствіе кровоизліяній въ стѣнкѣ и крови въ каналѣ трубы *Kaltenbach* объясняетъ трубной менструаціей, такъ какъ операція въ его случаѣ была произведена за 1 день до ожидаемыхъ мѣсячныхъ.

Вслѣдъ за *Kaltenbach*'омъ, въ 1886 г., покойный *В. В. Сутугинъ* [7]) опубликовалъ свой случай подобной-же гипертрофіи трубы, при чемъ больная оперирована была имъ еще въ 1884 г., т. е. раньше *Kaltenbach*'а.

Его больная, 26 л., незамужняя, поступила въ больницу съ жалобами на сильныя маточныя кровотеченія и боли внизу живота. Хворать стала послѣ единственной беременности, бывшей 6 лѣтъ назадъ, въ началѣ которой появились бѣли и болѣзненное мочеиспусканіе. Болѣе сильное заболѣваніе больная относитъ къ паденію въ 1880 г., вслѣдъ за которымъ у нея стали появляться маточныя кровотеченія, сопровождавшіяся судорожными болями, особенно въ паховыхъ областяхъ, болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ, а иногда и болѣзненными позывами къ испражненію. Во время пребыванія больной въ больницѣ за 2—4 дня до мѣсячныхъ и во время ихъ у нея бывали дов. рѣзкія боли, сначала только въ лѣвомъ паху, распространявшіяся въ лѣвое бедро, а послѣ и въ правомъ; боли обычно иррадіировали по всему животу; появлялись онѣ въ опредѣленные часы—въ 2—3 часа дня и въ 5—6 час. вечера—и были очень сильны. Была заподозрѣна межуточная или подслизистая міома при двустороннемъ воспаленіи маточныхъ придатковъ и тазовой брюшины. Впослѣдствіи на основаніи ряда лѣчебныхъ мѣропріятій присутствіе міомы было отвергнуто: послѣ всасыванія тазового выпота съ боковъ матки ясно были прощупаны утолщенные и уплотненные яйцеводы и неподвижные, чувствительные и немного увеличенные яичники. Тогда источникъ болей пришлось искать въ этихъ послѣднихъ. Произведено было оскопленіе. Вырѣзанные яичники, кромѣ обычныхъ явленій хроническаго воспаленія и пораженія прилежащей брюшины, не представляли ничего особеннаго. Трубы-же оказались рѣзко измѣненными: онѣ были укорочены и утолщены, съ заросшими брюшинными отверстіями, при вѣроятной проходимости маточныхъ концевъ. Правая труба была толщиною въ мизинецъ; въ разрѣзѣ стѣнки ея были гипертрофированы, просвѣтъ значительно съуженъ и содержалъ ничтожное количество сывороточной жидкости. Лѣвая труба была утолщена до величины указательнаго пальца; просвѣтъ ея около бахромокъ былъ увеличенъ до размѣровъ лѣсного орѣха и содержалъ прозрачную сукровичную жидкость съ небольшимъ сгусткомъ крови. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило слѣдующее: сывороточная оболочка трубъ неравномѣрно утолщена, плотна, сухожильна и покрыта ложными перемычками; мышечная оболочка тоже утолщена и также неправильно—больше во внутренней $^1/_3$; мѣстами она очень толста, гипертрофирована; каналъ крайне извилистъ и перегороженъ, особенно въ лѣвой трубѣ, ложными перемычками; слизистая оболочка очень складчата; мѣстами складки представляютъ разрощенія, подобныя сосочковымъ опухолямъ. Эпителій мелокъ, низокъ, уплощенъ и не вездѣ сохранилъ свою цилиндрическую форму. Въ просвѣтѣ канала находится немного секрета съ примѣсью крови и хорошо сохранившимися красными кровяными шариками. Толща слизистой оболочки густо пронизана грануляціонными клѣтками, которыя на границѣ ея съ мышечной находятся въ состояніи перехода въ молодую волокнистую соединительную ткань. Грануляціонное пропитываніе замѣтно мѣстами и въ мышечной, и въ сывороточной оболочкахъ.

Долгіе поиски *В. В. Сутугина* за объясненіемъ найденной формы сальпингита въ литературѣ не увѣнчались успѣхомъ, пока, уже черезъ годъ, онъ не познакомился со случаемъ *Kaltenbach*'а, въ которомъ и увидѣлъ полную аналогію своему случаю. Поэтому онъ не далъ своего объясненія найденымъ особенностямъ, а всецѣло согласился съ *Kaltenbach*'омъ. Нѣкоторое несходство анамнеза *В. В. Сутугинъ* примирилъ допущеніемъ и въ своемъ случаѣ гонорреи, какъ главной причины болѣзни. Подкрѣпленный такимъ образомъ въ своемъ одиночествѣ *Kaltenbach*'омъ, *В. В. Сутугинъ* пошелъ еще далѣе,—онъ увидѣлъ въ своей находкѣ не случайное явленіе, а вполнѣ обособленную форму болѣзни; поэтому онъ выдѣлилъ эти 2 случая въ особую разновидность сальпингита, которой и далъ названіе «Salpingitis hypertrophica (blenorrhoica)». Впослѣдствіи, въ 1886 г., онъ [8]) оперировалъ одну точно такую-же больную.

Къ сожалѣнію, наблюденія *В. В. Сутугина* остались извѣстными только его соотечественникамъ; сообщеніе-же *Kaltenbach*'а, скоро напечатанное in extenso, стало извѣстно почти всѣмъ и, хотя *Kaltenbach* и не выдѣлилъ своего случая въ особую форму сальпингита, а отнесъ его къ случайнымъ послѣдствіямъ такой частой болѣзни женскихъ половыхъ органовъ, какъ перелой, дало толчекъ къ дальнѣйшему изученію сл. Послѣдующіе наблюдатели, изрѣдка встрѣчая анатомически и клинически подобное *Kaltenbach*'овскому заболѣваніе *Fallopi*'евыхъ трубъ, стали разбирать главнымъ образомъ 2 вопроса: во-1-хъ, зависитъ-ли утолщеніе стѣнки трубы въ этихъ случаяхъ отъ гипертрофіи мышечнаго слоя трубы, или отчего либо другого, а во-2-хъ—являются-ли наблюдаемыя въ подобныхъ случаяхъ боли слѣдствіемъ сокращеній гипертрофированнаго мышечнаго слоя, или обусловливаются другими причинами? Полученные выводы оказались довольно разнорѣчивыми.

Въ 1886 г., слѣд., одновременно съ *В. В. Сутугинымъ*, *A. Martin* [9]), разбирая въ своей статьѣ «Zur Pathologie der Eileiter», между прочимъ, 1 случай (сл. 4) рѣзкаго утолщенія трубной стѣнки, нашелъ это утолщеніе зависящимъ главнымъ образомъ отъ разростанія и гипертрофіи соединительной ткани и отъ раздвиганія мышечныхъ пучковъ межклѣточковымъ инфильтратомъ. Далѣе, въ числѣ причинъ утолщенія трубной стѣнки вообще онъ упоминаетъ и о *Kaltenbach*'овской гипертрофіи, но замѣчаетъ, что онъ самъ встрѣчалъ иногда лишь намеки на подобную гипертрофію.

Въ томъ-же году *Leopold* [10]) сдѣлалъ въ Dresden'скомъ гинекологическомъ Обществѣ докладъ о 3-хъ оперированныхъ имъ больныхъ перелойнымъ воспаленіемъ трубъ. У всѣхъ у нихъ онъ нашелъ утолщеніе стѣнокъ трубы, какъ результатъ *Kaltenbach*'овской «Arbeitshypertrophie».

Въ слѣдующемъ (1887) году въ печати появились наблюденія *Cornil*'я и *Terillon*'а [11]), изъ которыхъ одно касается случая утолщенія стѣнки трубы безъ увеличенія ея просвѣта. Авторы нашли, что утолщеніе это произошло вслѣдствіе инфильтрата и отчасти вслѣдствіе разростанія волоконъ соединительной ткани; съ гипертрофіей-же мышечнаго слоя трубы при подобныхъ условіяхъ они не сталкивались вовсе.

Почти одновременно съ названными французскими авторами такой компетентный въ этой области изслѣдователь, какъ *Orthmann* [12]), среди ряда случаевъ гнойнаго сальпингита описалъ 2 случая сильнаго утолщенія стѣнки трубы безъ расширенія ея канала. Въ одномъ случаѣ брюшной конецъ былъ закрытъ, въ другомъ—проходимъ. Утолщеніе стѣнокъ въ обоихъ случаяхъ, по мнѣнію *Orthmann*'а, зависѣло, помимо круглоклѣточковой инфильтраціи и разростанія межмышечной соединительной ткани, еще и

кахъ не было видно. Длина всей трубы равнялась 13,5 стм.; окружность ея колебалась до 3,8 въ маточномъ, и до 9,5 стм. у брюшного конца. Діаметръ канала въ самомъ широкомъ мѣстѣ, по близости бахромчатаго конца трубы, равнялся 1,1 стм. Толщина стѣнокъ въ разныхъ мѣстахъ была неодинакова: отъ 0,6 у маточнаго конца трубы до 1,3 стм. у брюшного.

Для микроскопическаго изслѣдованія было взято 6 кусковъ изъ различныхъ мѣстъ трубы. Окраска срѣзовъ производилась тѣми же способами, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Полученныя при изслѣдованіи данныя въ общихъ чертахъ можно свести къ слѣдующему.

Содержимое канала представляетъ собой зернистый распадъ, среди массы котораго лишь изрѣдка можно разобрать круглыя клѣтки съ многолопастнымъ ядромъ. Слизистая оболочка на всемъ протяженіи трубы въ значительной мѣрѣ уничтожена: еще въ брюшномъ концѣ кое-гдѣ попадаются остатки складокъ, но въ большей части трубы складокъ совсѣмъ нѣтъ, и отъ всей слизистой оболочки остался лишь тонкій слой стромы, инфильтрированной круглыми элементами. Поверхностный эпителій сохранился лишь въ рѣдкихъ мѣстахъ — въ бухтообразныхъ углубленіяхъ между складками или выступами слизистой оболочки, да и здѣсь онъ представляется перерожденнымъ и лишенъ рѣсничекъ. Рѣдко, лишь въ брюшномъ концѣ трубы, попадаются и здѣсь замкнутыя, выстланныя эпителіемъ полости, столь многочисленныя въ первомъ изъ описываемыхъ случаевъ. Вся уцѣлѣвшая часть стромы слизистой оболочки сплошь инфильтрирована мелкими, круглыми клѣтками, среди которыхъ мѣстами замѣтны кровоизліянія и расширенные, наполненные кровью капилляры. Въ однихъ мѣстахъ кнаружи отъ этого слоя инфильтрата располагается слой волокнистой соединительной ткани, въ которую инфильтратъ вдается неправильными уступами, въ другихъ инфильтрированная слизистая оболочка прилегаетъ непосредственно къ мышечному слою. Мышечный слой трубной стѣнки рѣзко утолщенъ, при чемъ утолщеніе это происходитъ главнымъ образомъ на счетъ гипертрофіи мышцъ, особенно круговыхъ, достигающей здѣсь колоссальныхъ размѣровъ (см. рис. 3). Сильнѣе всего гипертрофія выражена въ средней части трубы, нѣсколько меньше въ маточномъ концѣ и еще меньше у брюшного конца. Количество межмышечной соединительной ткани также нѣсколько увеличено, но разростаніе этой ткани далеко не таково, какъ разростаніе мышцъ. Инфильтрація въ этомъ слоѣ стѣнки весьма незначительная; она преимущественно имѣетъ видъ негустыхъ клѣточныхъ скопленій по ходу сосудовъ; отдѣльныхъ разбросанныхъ клѣтокъ между мышечными волокнами почти не встрѣчается вовсе; болѣе часто эту инфильтрацію можно видѣть въ соединительной ткани. Сосуды измѣнены: внутренняя оболочка во многихъ изъ нихъ отстала цѣликомъ, средняя утолщена и мѣстами содержитъ небольшое количество круглыхъ клѣтокъ, наружная сильно разрощена и инфильтрирована. Особенно измѣнены сосуды ближе къ брюшинному покрову. Послѣдній утолщенъ, но не равномѣрно,—болѣе сильно въ бахромчатомъ концѣ трубы. Бахромки неправильно перекручены, совершенно лишены эпителія и сплошь окутаны плотной соединительной тканью.

Бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго трубы дало отрицательный результатъ,—никакихъ микробовъ ни на сухихъ мазкахъ, ни въ тканяхъ, ни путемъ разводокъ открыть не удалось.

Такимъ образомъ оба эти случая въ патолого-анатомическомъ отношеніи представляютъ между собою много общаго: въ обоихъ стѣнки трубъ были рѣзко утолщены, при чемъ утолщеніе это произошло главнымъ образомъ на счетъ гипертрофіи мышцъ и не соединялось съ значительнымъ расширеніемъ трубнаго канала; брюшинныя отверстія трубъ въ обоихъ случаяхъ были зарощены. При этомъ сходствѣ яйцеводы въ обоихъ случаяхъ представляли и извѣстную разницу: въ 1-мъ случаѣ утолщенныя мѣста перемежались перетяжками, на ряду съ гипертрофіей мышцъ наблюдалось и значительное разростаніе соединительной ткани, слизистая оболочка трубы относительно сохранилась; во 2-мъ—утолщеніе было сплошнымъ, гипертрофія мышцъ значительно преобладала надъ разростаніемъ соединительной ткани, слизистая оболочка была почти совершенно уничтожена.

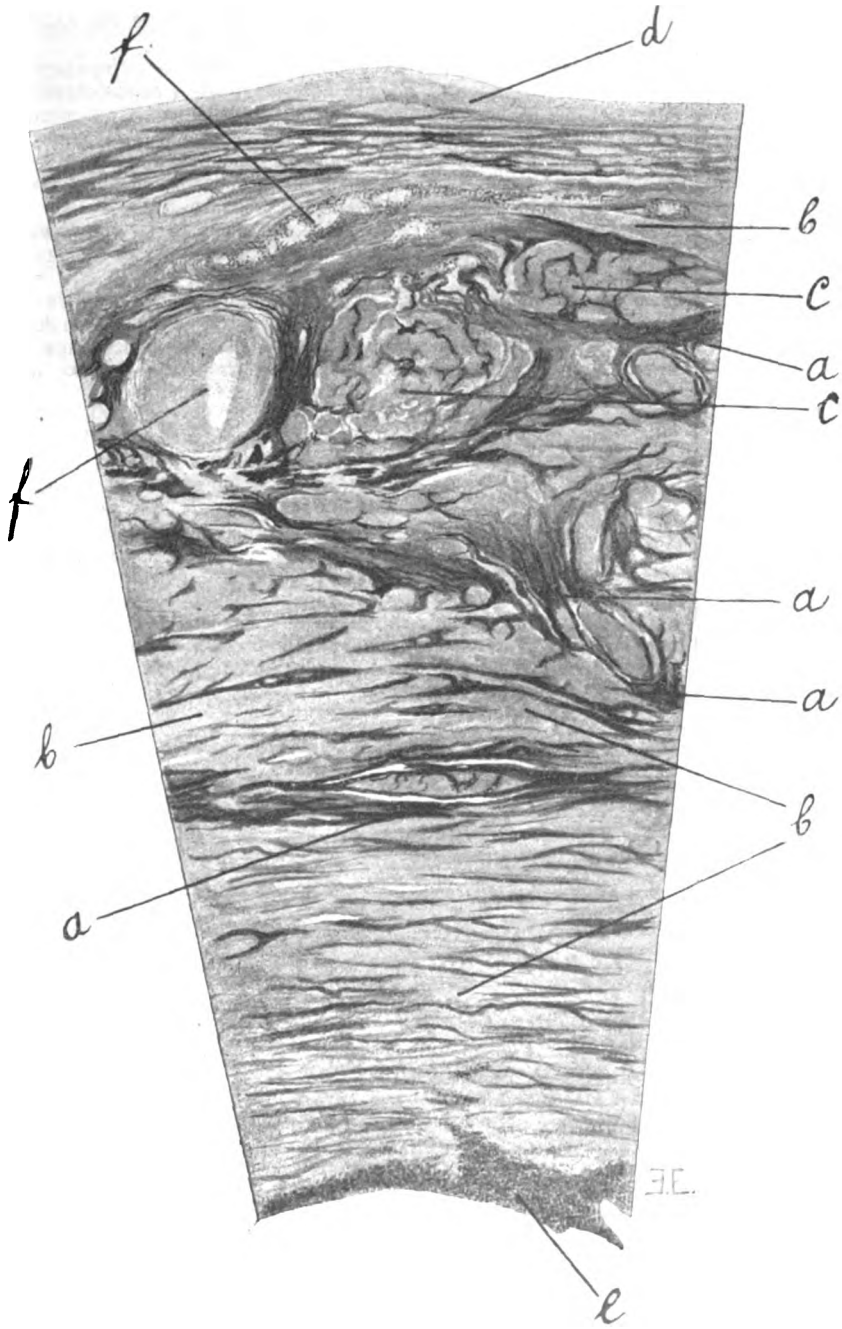


Рис. 3. Поперечный срѣзъ черезъ всю толщу стѣнки трубы при гипертрофическомъ міосальпингитѣ (случай 2-ой): черныя полосы *a a a*—соединительная ткань; сѣрыя полосы *b b b*—продольные пучки мышцъ; *c c c*—поперечныя мышцы; *d*—сывороточный листокъ трубы; *e*—слизистая оболочка; *f f*—сосуды въ разныхъ срѣзахъ. Лин. увел. въ 18 разъ.

Сама по себѣ гипертрофія мышечнаго слоя трубы извѣстна уже давно, какъ явленіе, сопутствующее разнымъ болѣзненнымъ измѣненіямъ этого органа. *C. Hennig* [5]) первый удѣлилъ этому состоянію трубы нѣсколько строкъ въ своей монографіи, при чемъ указалъ, что онъ встрѣчалъ ее при катаррѣ трубы, haematosalpinx'ѣ, трубной беременности и яичниковыхъ и маточныхъ опухоляхъ. Онъ объяснилъ и происхожденіе этой гипертрофіи, въ которой видѣлъ результатъ усилій трубы изгнать изъ своей полости ея содержимое.

Какъ особое, вполнѣ характерное въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніяхъ болѣзненное состояніе трубы, мышечная гипертрофія стѣнокъ послѣдней была, однако, описана впервые *Kaltenbach*'омъ [6]), который въ 1885 г. сдѣлалъ докладъ въ Strassburg'ѣ объ одной прослѣженной клинически и оперированной имъ больной съ такимъ заболѣваніемъ трубы и показалъ препараты.

Больная, 35 л., происходила изъ здоровой семьи и до замужества ничѣмъ не хворала. Мужъ ея ко времени женитьбы страдалъ еще не окончившимися переломъ. Тотчасъ по выходѣ замужъ больная стала страдать бѣлями и катарромъ мочевого пузыря; мѣсячныя стали неправильны и болѣзненны; многократно появлялись сильныя гнетущія боли въ животѣ, тошнота и лихорадка, державшаяся болѣе или менѣе долго. Послѣ 7-лѣтняго лѣченія бѣли прошли, но дисменорея осталась. Она сказывалась жестокими судорожными болями внизу живота, появлявшимися за 1—2 дня до мѣсячныхъ и продолжавшимися, съ промежутками, во все время послѣднихъ. Боли сосредоточивались въ глубинѣ правой стороны таза, въ подвздошной области; позднѣе онѣ стали появляться и слѣва. На высотѣ приступа мѣста ихъ опредѣлить было нельзя, такъ какъ онѣ распространялись по всему животу. Послѣдніе 1½ года боли стали еще сильнѣе, такъ что больная

во время ихъ громко кричала, каталась по полу, рвала на себѣ одежду и вообще неистовствовала, какъ сумасшедшая. Боли распространились и на наружные половые органы и сопровождались натугами со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Промежутки между ними за послѣднее время стали дѣлаться все меньше и меньше; тѣмъ не менѣе во время такихъ промежутковъ больная чувствовала себя относительно хорошо. При объективномъ изслѣдованіи *Kaltenbach* нашелъ: матка умѣренно увеличена, почти нормальна; въ правомъ сводѣ сзади прощупывается едва извитой шнуръ, толщиною въ палецъ, направляющійся къ правой подвздошной области; оба яичника подвижны, при чемъ правый ясно увеличенъ. Неоперативное лѣченіе не имѣло успѣха, вслѣдствіе чего было произведено оперативное удаленіе пораженныхъ частей; послѣ операціи наступило полное исцѣленіе.

Удаленная правая труба оказалась толщиною отъ мизинца до указательнаго пальца; просвѣтъ трубы на всемъ ея протяженіи былъ съуженъ, бахромчатый конецъ зарощенъ. Въ каналѣ было немного крови. Утолщеніе трубы зависѣло отъ колоссальной гипертрофіи мышцъ. Кромѣ того, было найдено значительное расширеніе сосудовъ и гнѣздныя кровоизліянія, разсѣянныя въ толщѣ стѣнки, преимущественно вблизи брюшиннаго покрова. Рѣсничный эпителій повсюду былъ замѣщенъ коротко-цилиндрическимъ. Поиски гонококковъ въ содержимомъ трубы остались безуспѣшными.

Разбирая свой случай, подобныхъ которому онъ не нашелъ въ литературѣ, *Kaltenbach* видитъ въ немъ конечную ступень перелойнаго сальпингита. По его мнѣнію, гонорройный сальпингитъ не всегда заканчивается образованіемъ pyosalpinx'а,—иногда при немъ послѣ долголѣтняго теченія болѣзни наступаетъ относительное исцѣленіе: специфическіе возбудители болѣзни гибнутъ, сопутствующее нагноеніе прекращается, но предшествовавшая болѣзнь, подобно перелойному воспаленію мочеиспускательнаго протока у мужчинъ, оставляетъ глубокія измѣненія въ стѣнкахъ трубы, а именно, она ведетъ къ рубцевому съуженію маточнаго конца и къ зарощенію брюшного, каковыя измѣненія, въ свою очередь, обусловливаютъ постоянное затрудненіе въ опорожненіи содержимаго трубы въ матку и гипертрофію мышечнаго слоя трубы. Присутствіе кровоизліяній въ стѣнкѣ и крови въ каналѣ трубы *Kaltenbach* объясняетъ трубной менструаціей, такъ какъ операція въ его случаѣ была произведена за 1 день до ожидаемыхъ мѣсячныхъ.

Вслѣдъ за *Kaltenbach*'омъ, въ 1886 г., покойный *В. В. Сутугинъ* [7]) опубликовалъ свой случай подобной-же гипертрофіи трубы, при чемъ больная оперирована была имъ еще въ 1884 г., т. е. раньше *Kaltenbach*'а.

Его больная, 26 л., незамужняя, поступила въ больницу съ жалобами на сильныя маточныя кровотеченія и боли внизу живота. Хворать стала послѣ единственной беременности, бывшей 6 лѣтъ назадъ, въ началѣ которой появились бѣли и болѣзненное мочеиспусканіе. Болѣе сильное заболѣваніе больная относитъ къ паденію въ 1880 г., вслѣдъ за которымъ у нея стали появляться маточныя кровотеченія, сопровождавшіяся судорожными болями, особенно въ паховыхъ областяхъ, болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ, а иногда и болѣзненными позывами къ испражненію. Во время пребыванія больной въ больницѣ за 2—4 дня до мѣсячныхъ и во время ихъ у нея бывали дов. рѣзкія боли, сначала только въ лѣвомъ паху, распространявшіяся въ лѣвое бедро, а послѣ и въ правомъ; боли обычно иррадіировали по всему животу; появлялись онѣ въ опредѣленные часы—въ 2—3 часа дня и въ 5—6 час. вечера—и были очень сильны. Была заподозрѣна межуточная или подслизистая міома при двустороннемъ воспаленіи маточныхъ придатковъ и тазовой брюшины. Впослѣдствіи на основаніи ряда лѣчебныхъ мѣропріятій присутствіе міомы было отвергнуто: послѣ всасыванія тазового выпота съ боковъ матки ясно были прощупаны утолщенные и уплотненные яйцеводы и неподвижные, чувствительные и немного увеличенные яичники. Тогда источникъ болей пришлось искать въ этихъ послѣднихъ. Произведено было оскопленіе. Вырѣзанные яичники, кромѣ обычныхъ явленій хроническаго воспаленія и пораженія прилежащей брюшины, не представляли ничего особеннаго. Трубы-же оказались рѣзко измѣненными: онѣ были укорочены и утолщены, съ заросшими брюшинными отверстіями, при вѣроятной проходимости маточныхъ концевъ. Правая труба была толщиною въ мизинецъ; въ разрѣзѣ стѣнки ея были гипертрофированы, просвѣтъ значительно съуженъ и содержалъ ничтожное количество сывороточной жидкости. Лѣвая труба была утолщена до величины указательнаго пальца; просвѣтъ ея около бахромокъ былъ увеличенъ до размѣровъ лѣсного орѣха и содержалъ прозрачную сукровичную жидкость съ небольшимъ сгусткомъ крови. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило слѣдующее: сывороточная оболочка трубъ неравномѣрно утолщена, плотна, сухожильна и покрыта ложными перемычками; мышечная оболочка тоже утолщена и также неправильно—больше во внутренней $^1/_3$; мѣстами она очень толста, гипертрофирована; каналъ крайне извилистъ и перегороженъ, особенно въ лѣвой трубѣ, ложными перемычками; слизистая оболочка очень складчата; мѣстами складки представляютъ разрощенія, подобныя сосочковымъ опухолямъ. Эпителій мелокъ, низокъ, уплощенъ и не вездѣ сохранилъ свою цилиндрическую форму. Въ просвѣтѣ канала находится немного секрета съ примѣсью крови и хорошо сохранившимися красными кровяными шариками. Толща слизистой оболочки густо пронизана грануляціонными клѣтками, которыя на границѣ ея съ мышечной находятся въ состояніи перехода въ молодую волокнистую соединительную ткань. Грануляціонное пропитываніе замѣтно мѣстами и въ мышечной, и въ сывороточной оболочкахъ.

Долгіе поиски *В. В. Сутугина* за объясненіемъ найденной формы сальпингита въ литературѣ не увѣнчались успѣхомъ, пока, уже черезъ годъ, онъ не познакомился со случаемъ *Kaltenbach*'а, въ которомъ и увидѣлъ полную аналогію своему случаю. Поэтому онъ не далъ своего объясненія найденымъ особенностямъ, а всецѣло согласился съ *Kaltenbach*'омъ. Нѣкоторое несходство анамнеза *В. В. Сутугинъ* примирилъ допущеніемъ и въ своемъ случаѣ гонорреи, какъ главной причины болѣзни. Подкрѣпленный такимъ образомъ въ своемъ одиночествѣ *Kaltenbach*'омъ, *В. В. Сутугинъ* пошелъ еще далѣе,—онъ увидѣлъ въ своей находкѣ не случайное явленіе, а вполнѣ обособленную форму болѣзни; поэтому онъ выдѣлилъ эти 2 случая въ особую разновидность сальпингита, которой и далъ названіе «Salpingitis hypertrophica (blenorrhoica)». Впослѣдствіи, въ 1886 г., онъ [8]) оперировалъ одну точно такую-же больную.

Къ сожалѣнію, наблюденія *В. В. Сутугина* остались извѣстными только его соотечественникамъ; сообщеніе-же *Kaltenbach*'а, скоро напечатанное in extenso, стало извѣстно почти всѣмъ и, хотя *Kaltenbach* и не выдѣлилъ своего случая въ особую форму сальпингита, а отнесъ его къ случайнымъ послѣдствіямъ такой частой болѣзни женскихъ половыхъ органовъ, какъ перелой, дало толчекъ къ дальнѣйшему изученію сл. Послѣдующіе наблюдатели, изрѣдка встрѣчая анатомически и клинически подобное *Kaltenbach*'овскому заболѣваніе *Fallopi*'евыхъ трубъ, стали разбирать главнымъ образомъ 2 вопроса: во-1-хъ, зависитъ-ли утолщеніе стѣнки трубы въ этихъ случаяхъ отъ гипертрофіи мышечнаго слоя трубы, или отчего либо другого, а во-2-хъ—являются-ли наблюдаемыя въ подобныхъ случаяхъ боли слѣдствіемъ сокращеній гипертрофированнаго мышечнаго слоя, или обусловливаются другими причинами? Полученные выводы оказались довольно разнорѣчивыми.

Въ 1886 г., слѣд., одновременно съ *В. В. Сутугинымъ*, *A. Martin* [9]), разбирая въ своей статьѣ «Zur Pathologie der Eileiter», между прочимъ, 1 случай (сл. 4) рѣзкаго утолщенія трубной стѣнки, нашелъ это утолщеніе зависящимъ главнымъ образомъ отъ разростанія и гипертрофіи соединительной ткани и отъ раздвиганія мышечныхъ пучковъ межклѣточковымъ инфильтратомъ. Далѣе, въ числѣ причинъ утолщенія трубной стѣнки вообще онъ упоминаетъ и о *Kaltenbach*'овской гипертрофіи, но замѣчаетъ, что онъ самъ встрѣчалъ иногда лишь намеки на подобную гипертрофію.

Въ томъ-же году *Leopold* [10]) сдѣлалъ въ Dresden'скомъ гинекологическомъ Обществѣ докладъ о 3-хъ оперированныхъ имъ больныхъ перелойнымъ воспаленіемъ трубъ. У всѣхъ у нихъ онъ нашелъ утолщеніе стѣнокъ трубы, какъ результатъ *Kaltenbach*'овской «Arbeitshypertrophie».

Въ слѣдующемъ (1887) году въ печати появились наблюденія *Cornil*'я и *Terillon*'а [11]), изъ которыхъ одно касается случая утолщенія стѣнки трубы безъ увеличенія ея просвѣта. Авторы нашли, что утолщеніе это произошло вслѣдствіе инфильтрата и отчасти вслѣдствіе разростанія волоконъ соединительной ткани; съ гипертрофіей-же мышечнаго слоя трубы при подобныхъ условіяхъ они не сталкивались вовсе.

Почти одновременно съ названными французскими авторами такой компетентный въ этой области изслѣдователь, какъ *Orthmann* [12]), среди ряда случаевъ гнойнаго сальпингита описалъ 2 случая сильнаго утолщенія стѣнки трубы безъ расширенія ея канала. Въ одномъ случаѣ брюшной конецъ былъ закрытъ, въ другомъ—проходимъ. Утолщеніе стѣнокъ въ обоихъ случаяхъ, по мнѣнію *Orthmann*'а, зависѣло, помимо круглоклѣточковой инфильтраціи и разростанія межмышечной соединительной ткани, еще и

отъ несомнѣнной гипертрофіи мышечныхъ пластовъ, въ которой *Orthmann* видитъ аналогію *Kaltenbach*'овской «Arbeitshypertrophie». Далѣе, онъ приходитъ къ выводу, на что подобную гипертрофію не имѣетъ вліяніе закрытіе или незакрытіе брюшного конца трубы. Однако, переходя затѣмъ къ разбору вопроса о причинахъ утолщенія стѣнки *Fallopi*'евой трубы вообще, онъ утверждаетъ, что въ большинствѣ случаевъ въ этомъ утолщеніи разростаніе соединительной ткани принимаетъ бо́льшее участіе, чѣмъ гипертрофія мышечнаго слоя.

Среди появившихся въ 1888 г. въ гинекологической литературѣ работъ, въ которыхъ такъ или иначе затронутъ былъ разбираемый мною вопросъ, заслуживаютъ вниманіе сообщеніе *Veit*'а [14]) и статья *Schaut*'ы [16]).

Veit сообщилъ въ Berlin'скомъ акушерско-гинекологическомъ Обществѣ, что онъ сдѣлалъ влагалищное иссѣченіе матки съ придатками у одной больной съ внѣматочною беременностью, при чемъ небеременная труба оказалась рѣзко утолщенною,—поперечникъ ея колебался отъ 1,5 до 2,25 стм., въ томъ числѣ на долю просвѣта приходилось лишь 7 млм. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило, что утолщеніе стѣнки произошло главнымъ образомъ насчетъ гипертрофіи мышечнаго слоя. Слизистая оболочка была очень тонка, складки ея низки, отчасти спаяны между собою и пронизаны многочисленными кровоизліяніями и инфильтратомъ. Брюшинный конецъ зарощенъ. Въ каналѣ найдено небольшое количество кровянисто-гнойной жидкости.

Работа *Schaut*'ы посвящена собственно вопросу о раннихъ ступеняхъ хроническаго воспаленія трубъ, среди проявленій котораго авторъ, между прочимъ, отмѣчаетъ т. наз. узловатый сальпингитъ устья (salpingitis isthmica nodosa). Форма эта, впервые описанная *Chiari*, характеризуется въ описаніи *Schaut*'ы узловатыми утолщеніями маточной части трубы, при чемъ нѣкоторые авторы (*Martin*, *Ortmann*, *Werth*) встрѣчали такіе-же узлы и въ другихъ частяхъ послѣдней. Для насъ особый интересъ представляетъ взглядъ *Schaut*'ы на процессъ возникновенія утолщеній трубы. По его мнѣнію, въ основѣ этого процесса лежитъ съуженіе, вслѣдствіе той или другой причины, просвѣта трубы съ послѣдующей гипертрофіей и гиперплазіей мышечнаго слоя того ея отдѣла, что приходится кнаружи отъ съуженнаго мѣста. Такимъ образомъ объясненіе *Schaut*'ы близко подходитъ къ *Kaltenbach*'овскому объясненію утолщенія всей стѣнки. Представляетъ, далѣе, интересъ заявленіе автора, что послѣдствіемъ этой формы воспаленія у молодыхъ женщинъ можетъ быть общее разлитое утолщеніе трубной стѣнки. Въ качествѣ клиническихъ припадковъ, свойственныхъ этому страданію, *Schauta* указываетъ на частыя и безпорядочныя кровотеченія, катарръ слизистой оболочки матки, безплодіе и боли, но всѣхъ ихъ, кромѣ послѣднихъ, онъ считаетъ мало характерными. Боли, по его мнѣнію, происходятъ при узловатомъ сальпингитѣ устья вслѣдствіе съуженія просвѣта трубы, на которое мышечный слой периферической части органа отвѣчаетъ судорожными сокращеніями; а послѣднія въ концѣ концовъ и ведутъ къ «рабочей гипертрофіи» трубной стѣнки.

Въ 1889 г. *Н. Н. Савиновъ* [17]) опубликовалъ случай своеобразнаго воспаленія трубъ, которое, помимо типичныхъ измѣненій слизистой оболочки, характеризовалось утолщеніемъ стѣнки трубы, зарощеніемъ брюшного конца послѣдней и скорѣе уменьшеніемъ, чѣмъ увеличеніемъ ея просвѣта. По изслѣдованію *Н. Н. Савинова*, утолщеніе стѣнки, однако, зависѣло лишь отъ того, что мышечныя волокна были раздвинуты гнѣздными кровоизліяніями, круглоклѣточковымъ инфильтратомъ и вновь образованной соединительной тканью; сами-же мышцы гипертрофированы не были. Ильфильтратъ группировался частью вокругъ капилляровъ, частью вокругъ венъ, частью-же вокругъ нервовъ. Измѣненія кровеносной системы заключались въ эндоартеріитѣ и перифлебитѣ. Клинически болѣзнь выражалась жестокими болями внизу живота, а именно въ правой подвздошной впадинѣ, въ поясницѣ и въ правомъ бедрѣ. Сначала боли были періодичны, впослѣдствіи-же стали безпрестанными и лишь усиливались во время мѣсячныхъ. *Н. Н. Савиновъ* призналъ въ своемъ случаѣ особую форму воспаленія трубъ, характеризующуюся хроническимъ теченіемъ и разростаніемъ соединительной ткани; формѣ этой онъ предложилъ дать названіе «salpingitis chronica productiva vegetans». Въ этіологическомъ отношеніи авторъ на основаніи анамнеза—бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго трубы оказалось безрезультатнымъ—отнесъ свой случай къ послѣдствіямъ легкаго послѣродового заболѣванія. Происхожденіе припадковъ, главнымъ образомъ болей, онъ поставилъ въ связь преимущественно съ измѣненіемъ сосудовъ, инфильтратомъ, перинейритомъ и сдавленіемъ нервовъ трубы.

Въ томъ-же 1889 г. появилась диссертація проф. *С. Д. Михнова* [18]), посвященная патологической анатоміи и клиникѣ сальпинго-оофорита. Говоря о классификаціи сальпингитовъ, авторъ дѣлитъ послѣдніе на 2 группы: формы сальпингита, зависящія отъ воспалительнаго процесса въ собственномъ смыслѣ, и формы сальпингита, зависящія отъ гиперплязіи тканей. Среди послѣднихъ онъ различаетъ 5 разновидностей: 1 катарральный сальпингитъ съ разростаніями (salpingite catarrhale végétante французскихъ авторовъ), 2) папиллома трубы, 3) фолликулярный сальпингитъ, 4) узловатый сальпингитъ устья и 5) гипертрофическій сальпингитъ. Послѣдняя форма, какъ видимъ, носитъ названіе, данное *В. В. Сутуминымъ* (salpingitis hypertrophica). Лично авторъ ея не встрѣчалъ, но признаетъ ея существованіе несомнѣннымъ. Въ качествѣ причинъ гипертрофіи мышечнаго слоя трубы онъ принимаетъ усиленную его дѣятельность и, кромѣ того, воспалительное раздраженіе, при чемъ, однако, прибавляетъ: «необходимо замѣтить, что утолщеніе мускулатуры гораздо чаще зависитъ не отъ гипертрофіи ея, а отъ раздвиганія мышечныхъ пучковъ инфильтратомъ и отъ развитія между ними соединительной ткани (псевдо-гипертрофія)».

Въ 1891 г. *L. Landau* [19]) указалъ, въ качествѣ отличительнаго признака перемежающагося закрытія трубныхъ мѣшковъ отъ стойкаго, на громадную гипертрофію мышечнаго слоя при первомъ. Гипертрофію эту онъ относитъ къ «рабочей гипертрофіи» *Kaltenbach*'а и объясняетъ ее стремленіемъ трубы, въ силу рефлекса, вытолкнуть свое содержимое. При этомъ съ трубою происходитъ, по *Landau*, тоже, что бываетъ съ мочевымъ пузыремъ или съ привратникомъ желудка при съуженіи этихъ органовъ или ихъ выводныхъ протоковъ.

Въ томъ-же году *Zweifel* [20]), изслѣдуя состояніе стѣнки трубъ при межуточномъ ихъ воспаленіи, нашелъ, что встрѣчающееся иногда при этой болѣзни утолщеніе трубныхъ стѣнокъ зависитъ обычно отъ гипертрофіи соединительной ткани, мышечныя-же волокна оказываются только раздвинутыми мелкоклѣточковымъ инфильтратомъ, но неизмѣненными.

Въ 1892 г. *Gottsckalk* [21]) показалъ въ Berlin'скомъ Акушерско-гинекологическомъ Обществѣ оригинальный случай трубнаго утолщенія, зависѣвшаго отъ гипертрофіи мышечнаго слоя трубы.

Брюшной конецъ трубы въ этомъ случаѣ былъ открытъ, маточный-же проходимъ. Поперечникъ трубы въ брюшномъ концѣ доходилъ до 4, въ остальныхъ-же мѣстахъ колебался отъ 0,5 до 3 стм. Подъ микроскопомъ въ толщѣ стѣнокъ были найдены новообразованіе гладкихъ мышцъ и соединительной ткани и дов. обширный круглоклѣточковый инфильтратъ. Складки слизистой оболочки были также воспалительно инфильтрированы; эпителій сплющенъ, болѣе кубической формы, но мѣстами сохранилъ рѣснички.

Въ силу перечисленныхъ данныхъ *Gottschalk* не могъ признать здѣсь «рабочей гипертрофіи» въ смыслѣ *Kaltenbach*'а, а отнесъ чрезмѣрное развитіе мышечнаго слоя насчетъ новообразовательнаго процесса. Въ анамнезѣ у больной былъ сифилисъ.

Въ 1895 г., какъ я уже упоминалъ, въ печати появилась образцовая монографія *Martin*'а [22]), на страницахъ которой было сгруппировано все, что было добыто наукою въ области болѣзней трубъ. Авторъ является здѣсь, по видимому, противникомъ утолщенія стѣнки трубы при межуточномъ - катарральномъ или гнойномъ сальпингитѣ, въ силу «рабочей гипертрофіи» мышечнаго слоя. Онъ дѣлитъ хроническое катарральное воспаленіе трубъ на 3 формы: псейдофолликулярный, гэморрагическій и разлитой или межуточный сальпингиты (salp. pseudofollicularis, salp. haemorrhagica и salp. diffusa s. interstitialis). Послѣдняя форма, по *Martin*'у, характеризуется участіемъ въ воспаленіи

всѣхъ слоевъ стѣнки, при ней въ окружности сосудовъ появляется въ большемъ или меньшемъ количествѣ круглоклѣточковый инфильтратъ, располагающійся отдѣльными очагами или въ формѣ полосъ между мышечными и соединительнотканными пучками; впослѣдствіи къ этому можетъ присоединиться гипертрофія мышечныхъ пучковъ или межмышечной соединительной ткани, или и той и другой тканей вмѣстѣ. Въ другомъ мѣстѣ *Martin*, разбирая микроскопическую картину стѣнки трубы при хроническомъ гнойномъ воспаленіи трубъ, говоритъ, что стѣнка во всѣхъ случаяхъ этого рода бываетъ въ высшей степени утолщена, такъ что можетъ достигать въ толщину 0,5—0,6 стм., въ то время какъ діаметръ всей трубы въ поперечномъ сѣченіи можетъ равняться 1,5—2 стм. Мелкоклѣточковый инфильтратъ простирается на всѣ пласты стѣнки. Онъ можетъ быть разлитымъ, можетъ группироваться около сосудовъ очагообразно, или можетъ располагаться въ видѣ полосъ между мышечными и соединительнотканными пучками. Утолщеніе стѣнокъ зависитъ въ большинствѣ случаевъ отъ гиперплязіи соединительной ткани; на одиночныхъ препаратахъ, однако, встрѣчается и гипертрофія мышцъ.

Послѣ появленія въ свѣтъ монографіи *Martin*'а я не нашелъ въ доступной мнѣ литературѣ какихъ-либо заслуживающихъ вниманія данныхъ по разбираемому вопросу, если не считать краткихъ указаній, имѣющихся въ руководствахъ по гинекологіи. Среди этихъ послѣднихъ ограничусь лишь справками въ руководствахъ покойнаго *К. Ѳ. Славянскаго*—изъ русской литературы, *Pozzi*—изъ французской и *Veit*'а—изъ нѣмецкой.

К. Ѳ. Славянскій [23]) признаетъ 2 разновидности хроническаго сальпингита, смотря по характеру патолого-анатомическихъ измѣненій въ стѣнкахъ трубъ,—одну съ преобладающимъ развитіемъ соединительной ткани, сопровождающимися гибелью мышцъ, другую—съ рѣзкимъ преобладаніемъ гипертрофіи мышечныхъ волоконъ. Останавливаясь на 2-ой формѣ, *К. Ѳ. Славянскій* говоритъ, что, въ зависимости отъ закрытія брюшного конца трубы и незначительнаго съуженія маточнаго, развивается гипертрофія мышцъ отъ усиленной дѣятельности, такъ какъ теперь трубѣ приходится отраженно все отдѣлимое слизистой оболочки изливать въ полость матки, тогда какъ нормально оно стекаетъ въ полость брюшины. Въ подтвержденіе онъ приводитъ случаи *Kaltenbach*'а и *В. В. Сутугина*.

Pozzi [24]) дѣлитъ всѣ сальпингиты, не сопровождающіеся образованіемъ sactosalpinx'овъ, на 3 формы: 1) острый катарральный сальпингитъ, 2) острый гнойный и 3) хроническій паренхиматозный (pachysalpingitis); послѣдняя форма, въ свою очередь, представляетъ, по *Pozzi*, 2 разновидности—гипертрофическій и атрофическій или склеротическій сальпингитъ. 1-ая разновидность, какъ это наблюдалъ и самъ *Pozzi*, характеризуется значительнымъ утолщеніемъ стѣнки трубы, при чемъ это утолщеніе зависитъ или отъ гипертрофіи мышечной, или отъ новообразованія соединительной ткани.

Въ руководствѣ *Veit*'а [27]) *Kleinhans*, которому принадлежитъ отдѣлъ, посвященный воспалительнымъ заболѣваніямъ трубъ, ограничивается лаконическимъ указаніемъ, что иногда при хроническомъ сальпингитѣ и мышечная оболочка трубы оказывается замѣтно гипертрофированной.

Какъ ни скудны и противорѣчивы литературныя данныя, однако, сопоставляя ихъ съ тѣми результатами, которые были получены при изслѣдованіи описываемыхъ мною 2-хъ случаевъ, можно съ полнымъ правомъ придти къ заключенію, что изъ воспалительныхъ заболѣваній трубъ должно быть выдѣлено, въ качествѣ особой типической формы, заболѣваніе, характеризующееся сплошнымъ рѣзкимъ утолщеніемъ всей трубы безъ значительнаго расширенія ея канала — утолщеніемъ, которое, при томъ, главнымъ образомъ зависитъ отъ гипертрофіи ея мышечнаго слоя. Въ виду особенностей патолого-анатомическаго строенія трубъ при этомъ заболѣваніи самымъ подходящимъ названіемъ для послѣдняго является названіе, поставленное въ заголовкѣ моей статьи,—гипертрофическій міосальпингитъ (myosalpingitis hypertrophica), въ отличіе отъ гипертрофическаго хроническаго межуточнаго сальпингита (salpingitis interstitialis chronica hypertrophica), характеризующагося разростаніемъ соединительной ткани.

Можно, далѣе, сказать, что, хотя типичныхъ случаевъ гипертрофическаго міосальпингита и описано до сихъ поръ весьма немного, однако и этого скуднаго казуистическаго матеріала достаточно, чтобы, хотя въ самыхъ общихъ чертахъ, охарактеризовать это заболѣваніе съ его патолого-анатомической и клинической стороны. Этой-то характеристикѣ я и посвящу дальнѣйшія строки.

Хроническій міосальпингитъ обычно наблюдается въ возрастѣ полной половой зрѣлости женщины; въ моемъ 2-мъ случаѣ больной было 40 л., но это — едва-ли не предѣльный возрастъ для случаевъ гипертрофическаго міосальпингита; въ случаѣ *Kaltenbach*'а больной было 35 л., въ случаяхъ *В. В. Сутугина*—26 л. и 25 л., въ случаяхъ *Leopold*'а—23, 36 и 29 л., въ случаѣ *Gottschalk*'а—25 л., въ случаяхъ *Orthmann*'а—36 и 19 л. *Schauta* объясняетъ такое отсутствіе частичной или общей гипертрофіи мышечнаго слоя трубы въ пожиломъ возрастѣ обратнымъ развитіемъ гипертрофированныхъ участковъ послѣ климактерія, какъ это бываетъ иногда при міомахъ, и подобное объясненіе представляется мнѣ вполнѣ основательнымъ.

Обычно, далѣе, страданіе это ограничивается лишь одной трубой,—такъ, по крайней мѣрѣ, было во всѣхъ описанныхъ до сихъ поръ случаяхъ этой болѣзни; что касается другой трубы, то она также во всѣхъ случаяхъ оказывалась пораженною сальпингитомъ, но не въ разбираемой формѣ, а или катарральнымъ (мой 2-й случай, 1 случай *Orthmann*'а и др.), или гнойнымъ (случай *Kaltenbach*'а) и пр.

Относительно преимущественнаго пораженія этою болѣзнью какой-либо одной стороны съ положительностью высказаться нельзя, въ виду крайне незначительнаго числа описанныхъ до сихъ поръ случаевъ міосальпингита; тѣмъ не менѣе я не могу обойти молчаніемъ того обстоятельства, что почти во всѣхъ случаяхъ, исключая моего 2-го, пораженною была правая труба.

Переходя, далѣе, къ вопросу о причинахъ развитія гипертрофическаго міосальпингита, я долженъ раздѣлить ихъ на 2 группы:—первичныя причины, вызывающія самое воспаленіе, и вторичныя,—обусловливающія такой ходъ воспаленія, что результатомъ послѣдняго являются типичныя для гипертрофическаго міосальпингита измѣненія пораженной трубы. Что касается первыхъ, то, несомнѣнно, міосальпингитъ, какъ и всякое другое воспаленіе яйцевода, чаще всего возникаетъ вслѣдствіе поступленія въ него заразнаго начала. Правда, самое тщательное изслѣдованіе содержимаго трубъ при міосальпингитѣ еще ни въ одномъ случаѣ этой болѣзни не дало положительныхъ результатовъ: *Boström* въ случаѣ *Kaltenbach*'а, *Orthmann* въ своихъ случаяхъ ни посредствомъ микроскопа, ни посредствомъ посѣвовъ на различныхъ питательныхъ средахъ не обнаружили въ трубахъ никакихъ микроорганизмовъ; не удалось ихъ открыть и въ моемъ 2-мъ случаѣ. Однако фактъ этотъ нисколько не говоритъ противъ микробнаго происхожденія міосальпингита: извѣстно, что, напр., *Gusserow* [15]), тщетно отыскивая гонококковъ въ цѣломъ рядѣ несомнѣнно гонорройныхъ pyosalpinx'овъ, пересталъ въ концѣ концовъ совершенно изслѣдовать содержимое трубъ на микробовъ; къ такимъ-же отрицательнымъ результатамъ пришли при гнойныхъ сальпингитахъ вообще *Menge* [25]), *Martin* [22]) и др.

Не исключая микробной природы міосальпингита, отрицательные результаты бактеріологическаго изслѣдованія, полученные въ случаяхъ этой болѣзни, сильно, однако, затрудняютъ рѣшеніе вопроса о томъ, какой видъ зараженія обычно ведетъ къ міосальпингиту. При рѣшеніи этого вопроса приходится руководиться анамнестическими данными и состояніемъ остальныхъ половыхъ органовъ. Основываясь на этихъ данныхъ, *Kaltenbach* и *В. В. Сутугинъ* признали причиною гипертрофическаго сальпингита въ своихъ случаяхъ перелой, при чемъ обнаружили наклонность считать перелойную заразу специфическимъ возбудителемъ этой формы сальпингита. *Leopold* у своихъ больныхъ также нашелъ въ анамнезѣ указанія на перелой. Въ одномъ изъ случаевъ *Orthmann*'а перелойное зараженіе у

больной было, по видимому, несомнѣннымъ, такъ какъ у ея мужа оказалось перелойное воспаленіе мочеиспускательнаго протока, и она ни разу не рожала. Однако въ цѣломъ рядѣ другихъ случаевъ тѣ же анамнестическія данныя заставляютъ признать, что причиною міосальпингита было послѣродовое гнилостное зараженіе: таковы, напр., случаи *Martin*'а, мой 2-й, 2-й случай *Orthmann*'а и др.

Еще затруднительнѣе точно опредѣлить при міосальпингитѣ путь проникновенія заразнаго начала. Несомнѣнно, какъ и при другихъ сальпингитахъ, путь этотъ является восходящимъ,—заразное начало проникаетъ въ трубы изъ нижележащихъ отдѣловъ полового канала, именно изъ матки; но распространяется-ли оно по просвѣту полового канала или пользуется для своего распространенія сосудами, главнымъ образомъ лимфатическими,—на этотъ счетъ можно строить лишь предположенія.

Среди вторичныхъ причинъ гипертрофическаго міосальпингита я, вмѣстѣ съ *Kaltenbach*'омъ, *В. В. Сутугинымъ* и др., долженъ на первомъ планѣ поставить чисто механическія условія, ведущія къ развитію «рабочей гипертрофіи» мышцъ трубной стѣнки. Эти условія, по видимому, заключаются въ медленномъ накопленіи содержимаго въ трубѣ и въ существованіи препятствій къ его оттоку. Послѣднія могутъ встрѣтиться въ любомъ отдѣлѣ яйцевода и даже въ нѣсколькихъ сразу, но, какъ правило, главнымъ ихъ мѣстоположеніемъ являются брюшинное отверстіе и маточный конецъ трубнаго канала, при чемъ первое обыкновенно бываетъ совершенно закрыто, второй-же съуженъ. Если при этихъ условіяхъ содержимое въ трубѣ накопляется быстро, то никакія усилія трубныхъ стѣнокъ не въ состояніи бываютъ вытолкнуть его,—и въ результатѣ стѣнки принуждены растягиваться, т. е., образуется sactosalpinx; если-же содержимое въ трубѣ накопляется медленно, то трубныя стѣнки оказываются въ состояніи выталкивать его въ полость матки, но это покупается цѣною усиленной работы трубныхъ мышцъ, вслѣдствіе которой послѣднія мало по малу гипертрофируются, т. е., возникаетъ разбираемая форма сальпингита.

Строго говоря, для развитія подобной гипертрофіи трубныхъ мышцъ нѣтъ нужды въ полной закупоркѣ брюшного отверстія трубы,—достаточно лишь такого-же съуженія его, какъ и съуженіе маточнаго отдѣла трубнаго канала; но обыкновенно на дѣлѣ отверстіе это бываетъ вполнѣ закупорено. Изъ всѣхъ случаевъ міосальпингита, имѣющихся въ литературѣ, лишь въ 1 случаѣ *Orthmann*'а брюшной конецъ трубы оказался открытымъ, но самъ авторъ замѣчаетъ, что, по видимому, это было результатомъ произведеннаго при операціи насильственнаго разрыва сращеній. Такое постоянное зарощеніе брюшного отверстія трубы легко объясняется реактивнымъ воспаленіемъ брюшины, возникающимъ вслѣдствіе изліянія воспалительныхъ продуктовъ изъ трубы въ брюшину при самомъ началѣ воспалительнаго процесса.

Что касается съуженія маточной части трубнаго канала, то въ происхожденіи его могутъ играть роль различныя обстоятельства. *Kaltenbach* видитъ въ немъ рубцевое съуженіе, аналогичное съуженію мочеиспускательнаго протока у мужчинъ. «Гонорройный сальпингитъ», говоритъ онъ, «послѣ долголѣтняго теченія приходитъ къ относительному исцѣленію вслѣдствіе гибели специфическихъ возбудителей болѣзни. Сопутствующее нагноеніе оканчивается. Но предшествовавшая болѣзнь, подобно перелойному воспаленію мочеиспускательнаго протока у мужчинъ, оставляетъ глубокія измѣненія эпителіальнаго покрова и толщи стѣнокъ. Это приводитъ, особенно въ маточномъ концѣ трубы, къ рубцевому съуженію». Весьма возможно, далѣе, что уже простого воспалительнаго набуханія складокъ слизистой оболочки этого участка достаточно для развитія съуженія, тѣмъ болѣе, что, какъ извѣстно, и въ нормальномъ состояніи просвѣтъ трубы въ этой части крайне узокъ. Тотъ-же результатъ можетъ получиться и отъ сростанія складокъ слизистой оболочки, а также отъ инфильтраціи всей толщи стѣнки. Наконецъ, немаловажной причиной съуженія просвѣта трубъ можетъ служить извитой ходъ ихъ. Подобнаго рода искривленія трубнаго канала могутъ быть двоякаго происхожденія: въ одномъ рядѣ случаевъ они представляютъ собою порокъ развитія, какъ то доказалъ *Freund* [12]), впервые выяснившій важную роль этого порока въ происхожденіи частичныхъ съуженій и даже полной закупорки трубнаго канала съ послѣдующимъ образованіемъ ретенціонныхъ многополостныхъ кистъ яйцевода; въ другихъ случаяхъ причина искривленія трубъ можетъ лежать въ рубцовомъ сморщиваніи образующихся на поверхности трубы воспалительныхъ перемычекъ.

Отъ какихъ-бы причинъ ни зависѣло съуженіе просвѣта трубы, но, если оно развилось лишь въ одномъ мѣстѣ,—а такимъ мѣстомъ обычно является маточный участокъ трубы,—то при закупоркѣ брюшного отверстія результатомъ съуженія является разлитая гипертрофія всего яйцевода. Такимъ образомъ развивается 1-я, наиболѣе типичная, разновидность гипертрофическаго міосальпингита, образцомъ которой можетъ служить 2-й изъ вышеописанныхъ мною случаевъ. Если-же съуженныхъ мѣстъ будетъ нѣсколько по ходу трубы, то гипертрофіи подвергнутся лишь промежуточные участки между съуженными мѣстами, т. е., разовьется не разлитая, а узловатая гипертрофія трубы, представляющая 2-ую разновидность разбираемой болѣзни—разновидность, образцомъ которой можетъ служить вышеописанный мною случай 1-й. Такія множественныя съуженія обычно возникаютъ или на почвѣ прирожденной извилистости трубы, или въ зависимости отъ сморщивающихся перисальпингитическихъ перемычекъ.

Насколько этіологія гипертрофическаго міосальпингита представляетъ обширное поле для предположеній, настолько-же патолого-анатомическая картина этой болѣзни характерна, типична. Уже при простомъ осмотрѣ бросается въ глаза рѣзкое утолщеніе больной трубы, настолько значительное, что окружность ея можетъ доходить до 9,5 стм. (мой 2-й случай). Изъ-за такой толщины трубы гипертрофическій міосальпингитъ можно на первый взглядъ смѣшать съ sactosalpinx'омъ, но плотность органа и особенно картина, представляющаяся на разрѣзѣ, тотчасъ-же обнаруживаетъ, съ чѣмъ имѣется дѣло: при sactosalpinx'ѣ просвѣтъ трубы всегда рѣзко расширенъ, стѣнки-же относительно тонки; при гипертрофическомъ міосальпингитѣ стѣнки сильно (до 1,2 стм. въ моемъ 2-мъ случаѣ) утолщены, просвѣтъ-же или сравнительно мало расширенъ, или даже съуженъ. Наружная поверхность трубы сѣроватаго цвѣта, съ матовымъ блескомъ. Брюшинный покровъ плотенъ, толстъ, неровенъ. Это общая макроскопическая картина видоизмѣняется въ зависимости отъ разновидности гипертрофическаго міосальпингита. При разлитой формѣ (myosalpingitis hypertrophica diffusa) труба имѣетъ видъ мало изогнутаго цилиндрическаго тѣла, постепенно съуживающагося по направленію къ маткѣ и расширяющагося къ брюшному концу; каналъ трубы болѣе или менѣе прямого направленія, а величина его просвѣта мѣняется лишь постепенно (мой 2-ой случай). При узловатой разновидности (myosalpingitis hypertrophica nodosa) труба извилиста, утолщенныя мѣста ея раздѣлены перетяжками, трубный каналъ имѣетъ зигзагообразный ходъ, просвѣтъ его мѣстами то сразу расширяется, то съуживается, наружная поверхность трубы плотно окутана ложными перепонками и тяжами (мой случай 1-ый).

Къ этимъ сравнительно постояннымъ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ трубы при разбираемой болѣзни слѣдуетъ добавить нѣкоторыя менѣе постоянныя. Такъ, иногда пораженный яйцеводъ бываетъ укороченъ до 6,3—8 стм. (случаи *В. В. Сутугина* и *Orthmann*'а), иногда-же длина его остается нормальной (мои случаи, случай *Kaltenbach*'а). Иногда на поверхности трубы замѣтны мелкія кровоизліянія и расширенные сосуды (мой 2-ой случай и случай *Kaltenbach*'а). Въ просвѣтѣ трубнаго канала иногда находится жидкій гной (случай *Orthmann*'а), иногда гноевидный распадъ (мой 2-ой случай), иногда кровь (случай *Kaltenbach*'а), а иногда кровянисто-сывороточная жидкость (случай *В. В. Сутугина*). Состояніе слизистой оболочки макроскопически можетъ представлять самые разнообразные переходы отъ сильнаго разрощенія складокъ (случай *В. В. Сутугина*) до полнаго отсутствія ихъ (мой 2-ой случай). Различнымъ представляется и отношеніе пораженнаго органа къ сосѣднимъ, особенно къ яич-

никамъ: иногда труба сростается съ яичникомъ въ одну общую массу (мой 1-ый случай), иногда, наоборотъ, яичникъ больной стороны оказывается обособленнымъ и расположеннымъ на своемъ мѣстѣ (мой 2-ой случай).

При микроскопическомъ изслѣдованіи характернымъ измѣненіемъ, отличающимъ гипертрофическій міосальпингитъ отъ всѣхъ другихъ формъ сальпингита, является, какъ было уже сказано, рѣзкая гипертрофія мышечныхъ элементовъ трубы. Гипертрофія эта выражена особенно въ круговыхъ мышцахъ (рис. 3) и представляется или разлитой—при разлитой формѣ міосальпингита, или гнѣздной—при узловатой формѣ послѣдняго. Что касается всѣхъ прочихъ измѣненій, которыя микроскопъ обнаруживаетъ въ стѣнкахъ пораженной трубы, то они встрѣчаются и при другихъ формахъ сальпингита. Такъ, слизистая оболочка при міосальпингитѣ бываетъ обыкновенно инфильтрирована, иногда пропитана кровью, складки ея или гипертрофированы (случай *В. В. Сутугина*), или, наоборотъ, атрофированы (случай *Veit*'а), иногда даже совершенно уничтожены (мой 2-ой случай); покровный эпителій обыкновенно бываетъ лишенъ рѣсничекъ, клѣтки его представляются низкими (случай *В. В. Сутугина*), а зачастую онъ оказывается слущеннымъ, иногда на всемъ протяженіи трубы (мой 2-ой случай); лишенныя эпителія верхушки складокъ оказываются срощенными; иногда на почвѣ этого срощенія происходитъ образованіе въ толщѣ стѣнокъ замкнутыхъ полостей, выстланныхъ эпителіемъ (псейдофолликулярный сальпингитъ); въ стромѣ слизистой оболочки нерѣдко замѣчается сильное развитіе волокнистой соединительной ткани, которая иногда образуетъ цѣлый сплошной поясъ кнаружи отъ инфильтрированной слизистой оболочки (случай *В. В Сутугина*). Мышечный слой трубной стѣнки также бываетъ инфильтрированъ, при чемъ инфильтратъ мѣстами бываетъ разлитой, мѣстами гнѣздный, мѣстами располагается въ видѣ прослоекъ между пластами волокнистыхъ тканей. Иногда въ толщѣ стѣнокъ замѣчаются гнойники (мой 1-ый случай), иногда гнѣздныя и разлитыя кровоизліянія. Далѣе, на ряду съ разростаніемъ мышечной ткани въ толщѣ трубной стѣнки наблюдается и сильное развитіе волокнистой соединительной ткани. Брюшинный слой яйцеводовъ представляетъ обычныя для хроническаго воспаленія измѣненія. Наконецъ, въ сосудахъ трубной стѣнки можно бываетъ подмѣтить застой, образованіе пробокъ, явленія эндоартеріита, гипертрофію мышечной, инфильтрацію наружной оболочки и пр., а всѣ вообще ткани трубной стѣнки могутъ представлять явленія перерожденія и омертвѣнія.

Переходя къ клинической сторонѣ разбираемаго страданія, я долженъ сначала коснуться припадковъ. Здѣсь мнѣ придется сказать тоже, что только-что было сказано о большей части гистологическихъ измѣненій въ больной трубѣ: и большинство припадковъ, наблюдающихся при гипертрофическомъ міосальпингитѣ, не отличается отъ тѣхъ, какіе встрѣчаются при всякой другой формѣ сальпингита. Нехарактерная и сама по себѣ, клиническая картина, свойственная этой болѣзни, является еще менѣе типичной въ силу того, что къ ней примѣшиваются припадки болѣзней, обычно сопровождающихъ міосальпингитъ, каковы: воспаленіе тазовой брюшины, воспаленіе слизистой оболочки матки, воспаленіе яичниковъ и т. п. Существуетъ лишь одинъ припадокъ, который, по мнѣнію *Kaltenbach*'а и *В. В. Сутугина*, можно считать патогномоничнымъ спеціально для гипертрофическаго міосальпингита,— это вызываемыя имъ специфическія боли. Боли эти ясно сосредоточиваются въ области больной трубы, появляются періодически, раздѣляясь свѣтлыми промежутками, и носятъ схваткообразный, судорожный характеръ. Развиваясь постепенно, онѣ исподволь достигаютъ такой силы, что доводятъ больныхъ до неистовства (больная *Kaltenbach*'а). Далѣе, боли эти обыкновенно пріурочиваются къ мѣсячнымъ или усиливаются во время ихъ. При долгомъ существованіи онѣ распространяются на весь животъ и отражаются въ мочевомъ пузырѣ, прямой кишкѣ и соотвѣтственной ногѣ, превращая жизнь больныхъ въ тягость какъ имъ самимъ, такъ и ихъ окружающимъ. *Kaltenbach* и *В. В. Сутугинъ* объясняютъ ихъ сокращеніями гипертрофированныхъ трубныхъ мышцъ. *Schauta* даетъ имъ точно такое-же объясненіе при узловатомъ сальпингитѣ, который онъ считаетъ начальной стадіей хроническаго: «Боли частью наступаютъ вслѣдствіе рано появляющагося периметрита, частью вызываются коликообразными сокращеніями трубныхъ мышцъ, и этотъ родъ болей, какъ мнѣ кажется, чрезвычайно характеренъ для сальпингита». Другіе авторы смотрятъ на происхожденіе этихъ болей иначе. Такъ, *Н. Н Савиновъ*, наблюдавшій подобныя боли у своей больной, считаетъ ихъ вовсе не патогномоническими только для гипертрофіи трубныхъ мышцъ и ставитъ въ зависимость отъ перинейрита и сдавленія нервовъ въ стѣнкахъ трубъ. *Martin* относительно ихъ происхожденія говоритъ: «Если онѣ не обусловливаются маточными сокращеніями,—что, по моимъ наблюденіямъ, бываетъ весьма часто,—то мнѣ кажется вѣроятнымъ, что онѣ должны быть разсматриваемы, какъ перитонитическія». Далѣе этотъ авторъ ставитъ ихъ въ связь съ растягиваніемъ и дерганіемъ брюшиннаго покрова увеличенной трубой. По моему мнѣнію, въ происхожденіи этихъ болей, несомнѣнно, замѣшанъ брюшинный покровъ трубы, путемъ отчасти воспаленія его, отчасти механическаго растяженія увеличеннымъ яйцеводомъ; но ихъ коликообразный типъ долженъ быть поставленъ въ первичную связь съ сокращеніями гипертрофированнаго мышечнаго слоя трубы, которыя, съ одной стороны, сказываются на брюшинномъ покровѣ трубы, съ другой, можетъ быть, на заложенныхъ въ толщѣ трубной стѣнки нервныхъ окончаніяхъ. Преимущественное совпаденіе ихъ со временемъ мѣсячныхъ можетъ быть обусловлено, во 1-хъ, усиленіемъ воспаленія подъ вліяніемъ усиленнаго притока крови, во 2-хъ, — еще большимъ набуханіемъ всего органа въ силу той-же причины и, въ 3-хъ,—увеличеніемъ его выдѣленій, а слѣд. и импульса къ сокращеніямъ мышцъ. Яснымъ доказательствомъ мышечнаго происхожденія этого припадка служитъ то обстоятельство, что при разбираемой болѣзни гипертрофія бываетъ особенно выражена въ круговыхъ мышцахъ, т. е. какъ разъ въ тѣхъ, которыя особенно работаютъ при перистальтическихъ сокращеніяхъ всякаго полаго органа. Заслуживаетъ замѣчанія, что въ моемъ 2-мъ случаѣ больная жаловалась на боли только въ правомъ паху, гдѣ была гипертрофированная труба, между тѣмъ при операціи у нея оказались пораженными и лѣвые придатки, которые однако субъективно ничѣмъ не давали себя знать. Фактъ этотъ подтверждаетъ мнѣніе *Kaltenbach*'а и *В. В. Сутугина* о патогномоничности этихъ болей именно для гипертрофическаго міосальпингита.

Распознаваніе гипертрофическаго міосальпингита на первый взглядъ представляется нетруднымъ. Присутствіе съ того или другого бока матки плотной колбасовидной опухоли, непосредственно переходящей въ соотвѣтственный уголъ матки, должно ясно показывать врачу, съ чѣмъ онъ имѣетъ дѣло. Но далеко не легкимъ представляется отличить эту болѣзненную форму, въ особенности при наличности срощеній отъ sactosalpinx'а вообще и pyosalpinx'а въ частности. Здѣсь единственнымъ отличіемъ можетъ служить бо́льшая плотность трубы, пораженной гипертрофическомъ міосальпингитомъ; помогаетъ разобраться въ распознаваніи и анамнезъ, въ которомъ мы встрѣчаемъ указанія на характерныя для данной формы коликообразныя боли.

Что касается, наконецъ, лѣченія, то клиническій опытъ всѣхъ авторовъ, имѣвшихъ дѣло съ гипертрофическимъ міосальпингитомъ, свидѣтельствуетъ о безуспѣшности попытокъ его излѣченія терапевтическими мѣропріятіями. Это и понятно, если вспомнить, какимъ глубокимъ, стойкимъ измѣненіямъ подвергается труба при данной болѣзни. Поэтому единственнымъ вѣрнымъ способомъ лѣченія здѣсь безусловно является оперативное удаленіе пораженныхъ трубъ или черезъ животъ, или черезъ рукавъ.

Литература. 1. *Holder*. Lehrbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane, 1853. — 2. *Kiwisch*. Руководство къ частной патологіи и терапіи женск. болѣзней. Русск. пер. 1857. — 3. *Scanzoni*. Lehrbuch d. Krankheiten d. weib. Sexualorgane, 1867.— 4. *М. И. Горвицъ*. Руководство къ патологіи и терапіи женской половой сферы, 1876.—5. *Hennig*. Die Krankheiten der Eileiter

und die Tubarschwangerschaft, 1876.—6. *Kaltenbach.* Ueber Stenose der Tuben mit consecutiver Muskelhypertrophie der Wand. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1885.—7. *В. В. Сутугинъ.* Salpingitis hypertrophica (blenorrhoica?), «Врачъ». 1886, № 17.—8 *Онъ-же.* Оскопленіе при хроническомъ тазовомъ перитонитѣ. «Врачъ», 1886, № 42. — 9. *Martin.* Zur Pathologie der Eileiter. «Deutsche med. Wochenschrift», 1886, XII. — 10. *Leopold.* Докладъ въ Dresden'скомъ гинекологическомъ Обществѣ. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1886, № 48. — 11. *Cornil* et *Térillon.* Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovarite. «Archive de physiologie normale et pathologique», 1887, № 10. — 12. *Freund.* Ueber die Indicationen zur operativen Behandlung der erkrankten Tuben. «Sammlung kl. Vorträge», № 323.—13. *Orthmann.* Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben. «Archiv f. path. Anatomie», 1887. — 14. *Veit.* «Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynaekologie», 1888, XIV.—15. *Gusserow.* Erfahrungen über Pyosalpinx und deren operative Entfernung. «Archiv f. Gynaekologie», т. XXXII. — 16. *Schauta.* Ueber die Diagnose der Frühstadien chronischer Salpingitis. Тамъ-же, 1888, т. XXXIII.—17. *Н. Н. Савиновъ.* Ein Fall von Salpingitis chronica productiva vegetans. Тамъ же, 1889, XXXIV.—18. *С. Д. Михновъ.* Къ вопросу о заболѣваніи *Fallopi*'евыхъ трубъ и яичниковъ въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніяхъ. Петербургская диссертація, 1889. — 19. *Landau.* Ueber Tubensäcke. «Archiv f. Gynaekologie», 1891, т. XL.—20. *Zweifel.* Ueber Salpingooophorectomia. Тамъ-же, 1891, т. XXXIX.— 21. *Gottschalk.* «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», 1892, т. XXIV.—22. *Martin.* Die Krankheiten der Eileiter, 1895.—23. *К. Ѳ. Славянскій.* Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней, т. II, 1897. — 24. *Poggi.* Руководство клинической и оперативной гинекологіи. Русск. пер., 1897.—25. *Menge* und *Krönig.* Bakteriologie d. weiblichen Genitalkanales. 1897.—26. *Л. К. Линтенъ.* Къ патологической анатоміи *Fallopi*'евыхъ трубъ. «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней», 1898. — 27. *Veit.* Handbuch der Gynaekologie, т. III, тетр. 2, отд. 2, 1899.

CCIV. Къ казуистикѣ оперативнаго лѣченія съуженій привратника [1]).

Н. Е. Штерна (Саратовъ).

Ни въ какой другой области внутренней медицины терапевтъ не долженъ такъ идти рука объ руку съ хирургомъ, какъ именно въ области болѣзней пищеварительнаго пути. Зато ни въ какой отрасли современной хирургіи не достигнуто столь блестящихъ результатовъ, какъ именно въ хирургіи желудка, кишекъ и печени. Эти успѣхи сдѣлались возможными только съ того времени, когда, благодаря хорошо выработанной діагностикѣ, стали опредѣлять и узнавать характеръ болѣзни въ самомъ началѣ ея развитія. Такимъ образомъ стало возможнымъ производить операцію не исключительно какъ ultimum refugium, но и въ такомъ періодѣ болѣзни, когда нѣтъ еще жизненныхъ показаній къ производству операціи.

Я позволю себѣ изложить здѣсь краткую исторію болѣзни одного больного, которому въ Саратовской городской больницѣ сдѣлана была гастро-энтеростомія, при чемъ, какъ это выяснится изъ дальнѣйшаго, показанія къ производству операціи были отнюдь не жизненныя. Случай этотъ представляетъ, мнѣ кажется, нѣкоторый интересъ.

Ф. Ш., 43 л., прикащикъ, уже 10 лѣтъ страдалъ явленіями неваренія, особенно изжогой. Въ первые годы болѣзни особенно безпокоили его боли подъ ложечкой, усиливавшіяся чрезъ 1—2 часа послѣ принятія пищи, и рвота. 30/v 1901 г. онъ обратился ко мнѣ съ жалобой на сильную изжогу, появлявшуюся каждый разъ приблизительно чрезъ 2—3 часа послѣ ѣды и наступавшую въ видѣ припадковъ, при чемъ на высотѣ припадка часто рвало обильными, кислаго вкуса, массами. Послѣ рвоты ощущалъ замѣтное облегченіе. Кромѣ того, больной жаловался на сильную тяжесть въ животѣ, кислую отрыжку, неутолимую жажду и запоры, а также на общую слабость, плохой сонъ, головныя боли и головокруженія, особенно послѣ ѣды.

Высокаго роста, крѣпкаго сложенія; мышцы вялыя; подкожный жирный слой развитъ слабо. Кожа и слизистыя оболочки блѣдны. Сердце и легкія безъ измѣненій. Рефлексы не повышены. Мочи за сутки 500—750 к. стм.; ни сахара, ни бѣлка, ни индикана въ ней не найдено. Въ крови количество гэмоглобина—84 (по *Gowers*'у), число красныхъ кровяныхъ шариковъ — 4.100000, бѣлыхъ—8200. Брюшные покровы ниже пупка выпячены. При ощупываніи въ животѣ слышенъ шумъ плеска, почти до лоннаго соединенія. Въ правой $^1/_2$ подреберья, на уровнѣ пупка, прощупывается небольшая, подвижная опухоль, не слѣдующая за дыхательными движеніями. При постукиваніи не получается точныхъ данныхъ о размѣрахъ желудка. Посредствомъ вдуванія воздуха нижняя граница желудка опредѣляется на 5 пальцевъ ниже пупка; верхняя граница, опредѣленная при помощи просвѣчиванія желудка, немного ниже нормальнаго.

Утромъ на-тощакъ у больного посредствомъ зонда было добыто желудочное содержимое въ количествѣ около 1,5 литра. Оно состояло изъ пищевыхъ массъ, при чемъ найдены остатки пищи, употребленной больнымъ 5—6 дней назадъ. Послѣ тщательнаго промыванія желудка больной получилъ *Ewald-Boas*'овскій завтракъ, и чрезъ 1 часъ послѣ этого добыто содержимое въ количествѣ 250 к. стм. (введено такое-же количество). При изслѣдованіи этого содержимаго найдено: хорошо переваренныя массы и небольшое количество слизи. При химическомъ изслѣдованіи получены слѣдующія данныя: общая кислотность 110, свободной соляной кислоты 75, молочной кислоты не оказалось. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены дрожжевые грибки и сарцины.

На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ было распознано расширеніе желудка. Такъ какъ расширеніе желудка не есть болѣзнь самостоятельная, а представляетъ припадокъ различныхъ заболѣваній (мышечной слабости желудка, рака привратника, рака тѣла желудка, рубцового съуженія его и т. д.), то возникалъ вопросъ, что-же въ данномъ случаѣ вызывало его? Несомнѣнно, что такое значительное расширеніе желудка могло обусловливаться исключительно препятствіемъ у самаго выхода его. Какое-же это было препятствіе? Для распознаванія и еще болѣе для предсказанія весьма важно было опредѣлить причину съуженія. Точное опредѣленіе его не легко, а подчасъ и невозможно. Въ большинствѣ случаевъ приходится довольствоваться опредѣленіемъ, добро- или злокачественнаго характера данное страданіе.

Для отличительнаго распознаванія въ такихъ случаяхъ нужно обратить вниманіе на слѣдующее: 1. Теченіе и продолжительность болѣзни. При доброкачественныхъ заболѣваніяхъ обыкновенно наблюдается перемѣнное теченіе: больной временами, при соотвѣтствующемъ лѣченіи, чувствуетъ себя лучше. При злокачественныхъ-же заболѣваніяхъ ухудшеніе все наростаетъ даже при самомъ тщательномъ лѣченіи. Продолжительность болѣзни при злокачественныхъ формахъ въ рѣдкихъ случаяхъ достигаетъ 1—$1^1/_2$ года.—2. Возрастъ больного имѣетъ также большое значеніе, такъ какъ извѣстно, что въ большинствѣ случаевъ злокачественныя новообразованія встрѣчаются въ возрастѣ за 40 лѣтъ. Новѣйшія наблюденія, однако, уже не рѣдко сообщаютъ о ракѣ въ возрастѣ 20 или 30 лѣтъ.—3. Рѣшающее значеніе въ большинствѣ случаевъ имѣетъ присутствіе опухоли, которая крайне рѣдко наблюдается при заболѣваніяхъ доброкачественныхъ. Въ своемъ случаѣ я, однако, наблюдалъ опухоль и при доброкачественномъ съуженіи, на что и обращаю особое вниманіе.— 4. Кровавая рвота въ видѣ кофейной гущи обыкновенно наблюдается при ракѣ, въ то время какъ при язвѣ чаще получается свѣтлая кровь.—5. Отеки у лодыжекъ, при отсутствіи другихъ причинъ, объясняющихъ ихъ, всегда указываютъ на злокачественность процесса.—6. Изслѣдованіе мочи и крови не даетъ опредѣленныхъ указаній. Присутствіе индикана и уророзеина не имѣетъ того значенія, которое приписывали имъ раньше. Уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ, увеличеніе бѣлыхъ, уменьшеніе гэмоглобина чаще встрѣчается при злокачественныхъ формахъ; но все это находили и при доброкачественныхъ, напр., при язвѣ желудка.—7. Большое значеніе имѣетъ многократное изслѣдованіе желудочнаго содержимаго. Отсутствіе свободной соляной кислоты прежде считалось патогномостическимъ признакомъ раковаго пораженія желудка. Въ настоящее время многочисленными изслѣдованіями доказано, что при ракѣ желудка можетъ быть и нормальное, а при нѣкоторыхъ формахъ, т. наз. раковыхъ язвахъ, даже повышенное содержаніе соляной кислоты. Однако, при наличности другихъ признаковъ постоянное отсутствіе соляной кислоты имѣетъ рѣшающее значеніе. Гораздо больше, чѣмъ отсутствіе соляной, значитъ присутствіе молочной кислоты, которая, по изслѣдованіямъ *Boas*'а, почти исключительно встрѣчается при ракѣ желудка. Принимая все это во вниманіе, въ большинствѣ случаевъ удается опредѣлить, имѣется-ли дѣло съ злокачественнымъ или съ доброкачественнымъ заболѣваніемъ.

Примѣняя все вышеизложенное къ своему случаю, я съ увѣренностью могъ сказать, что у моего больного расширеніе желудка обусловливалось препятствіемъ у привратника. Препятствіе это представлялъ рубецъ, образовавшійся послѣ круглой язвы.

[1]) Сообщено въ Физико-Медицинскомъ Обществѣ въ Саратовѣ.—Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

Опухоль, ощущавшаяся въ правой 1/2 живота, принадлежала отчасти этому рубцу, отчасти гипертрофированному мышечному слою желудка у привратника, что и выяснилось на операціи. Что больной страдалъ язвой, явствуетъ изъ анамнеза: онъ заявилъ, что уже 10—12 лѣтъ назадъ у него были боли въ желудкѣ приступами, особенно чрезъ 2—3 часа послѣ ѣды съ изжогами и со рвотой. Поэтому распознаваніе было поставлено такое: расширеніе желудка въ зависимости отъ съуженія, развившагося послѣ круглой язвы. Распознаваніе это впослѣдствіи вполнѣ подтвердилось при операціи.

Что касается лѣченія, то понятно, что коренное лѣченіе такого рода заболѣванія можетъ быть исключительно хирургическое. Но прежде чѣмъ рѣшиться предлагать операцію, терапевтъ долженъ убѣдиться въ томъ, что всѣ внутреннія средства въ данномъ случаѣ остаются тщетны и не приносятъ больному облегченія.

Своему больному я назначилъ ежедневныя промыванія желудка (утромъ на тощакъ), а также соотвѣтствующіе діэту и образъ жизни, а изъ лѣкарствъ—креозотъ, желая тѣмъ противодѣйствовать ненормальному броженію и стрихнинъ, чтобы усилить двигательную способность желудка, въ прямую-же кишку предписалъ вводить небольшія клизмы изъ 2—3 стакановъ воды съ 3—4 грм. поваренной соли ради утоленія жажды и увеличенія жидкости въ организмѣ, отъ которыхъ въ такихъ случаяхъ всегда видѣлъ оч. хорошіе результаты.

Всѣ эти предписанія въ точности исполнялись больнымъ, и онъ вскорѣ почувствовалъ временное облегченіе. Мѣсяцъ спустя онъ, однако, заявилъ, что не можетъ дѣлать себѣ ежедневныхъ промываній и придерживаться предписанной діэты, а безъ этого чувствуетъ себя весьма плохо. Я рѣшился тогда предложить больному подвергнуться операціи и съ этой цѣлью направилъ его въ городскую больницу, гдѣ 29/VI 1901 г. *А. Н. Сахаровымъ* ему и была сдѣлана т. наз. передняя гастроэнтеростомія (gastroenterostomia anterior antecolica).

Прежде чѣмъ говорить о показаніяхъ къ операціи при расширеніи желудка, считаю нужнымъ нѣсколько подробнѣе остановиться на различіи между вялостью (атоніей) желудка и расширеніемъ его. У большинства авторовъ приводится различное толкованіе этихъ болѣзней, на что указываютъ уже многочисленныя названія ихъ (атонія желудка, расширеніе, механическая несостоятельность 1-ой и 2-ой степени, двигательная несостоятельность, атоническое расширеніе и т. д.). Нужно помнить, что размѣры желудка не всегда достаточны для опредѣленія расширенія. Попадались т. наз. «мегалогастры» (*Ewald*), т. е. желудки весьма большихъ размѣровъ, не представлявшіе никакихъ ненормальностей ни со стороны двигательной, ни со стороны отдѣлительной способности. Съ другой стороны, встрѣчались случаи, гдѣ при нормальныхъ или даже менѣе, чѣмъ нормальныхъ границахъ желудокъ оказывался въ состояніи двигательной несостоятельности [1]).

Подъ двигательной несостоятельностью желудка понимаютъ всѣ измѣненія со стороны двигательной его способности, при чемъ не различаютъ степени этихъ измѣненій и не обращаютъ вниманія на то, увеличены или уменьшены размѣры органа. Двигательная несостоятельность—только припадокъ, присущій многимъ заболѣваніямъ желудка; поэтому ее нельзя выдѣлять въ особую самостоятельную болѣзнь. Но въ виду того, что связанные съ этимъ состояніемъ процессы броженія и разложенія въ желудкѣ въ большинствѣ случаевъ выступаютъ на первый планъ, понятно, что эта болѣзненная форма описывается, какъ заболѣваніе самостоятельное. Поэтому-то почти во всѣхъ руководствахъ въ главѣ о двигательной несостоятельности желудка приводится описаніе вялости и расширенія его.

Подъ вялостью (атоніей) понимается такое состояніе желудка, гдѣ при нормальныхъ границахъ дѣло идетъ о пониженіи тонуса желудочныхъ мышцъ. Вслѣдствіе этого пониженія тонуса стѣнки желудка чрезмѣрно растягиваются принятой пищей; растягиваніе это, однако, лишь временное и продолжается до тѣхъ поръ, пока желудокъ наполненъ; при пустомъ-же желудкѣ стѣнки снова спадаются. Вслѣдствіе ослабленія тонуса мышцъ пищевая кашица медленно, но въ концѣ концовъ все-таки переводится въ 12 перстную кишку.

При расширеніи желудокъ находится въ состояніи постояннаго растяженія; пищевыя массы уже не выбрасываются въ кишки, а остаются въ желудкѣ, гдѣ и подвергаются процессамъ броженія. Такое рѣзкое различіе имѣетъ особо важное значеніе въ терапевтическомъ смыслѣ. 1-ая форма всецѣло принадлежитъ терапевту, такъ какъ внутреннія, преимущественно механическія, средства въ большинствѣ случаевъ вполнѣ достаточны для ея лѣченія. Совсѣмъ иначе дѣло обстоитъ при расширеніи желудка, гдѣ коренную помощь, если она вообще возможна, можно ожидать лишь отъ хирурга. Задача терапевта, тщательно изучивъ болѣзнь, поставить точное распознаваніе и не пропустить удобнаго для операціи момента. Рѣшеніе вопроса, когда именно должна быть произведена операція, зависитъ главнымъ образомъ отъ успѣховъ внутренней терапіи при расширеніи желудка. Если этими средствами удается настолько улучшить состояніе больного, что онъ можетъ вернуться къ обычнымъ занятіямъ, то, конечно, отъ операціи можно отказаться. Въ противномъ-же случаѣ медлить съ операціей нельзя. Вслѣдствіе этого на терапевтѣ лежитъ громадная отвѣтственность въ каждомъ случаѣ расширенія желудка всесторонне обсудить пользу внутренняго лѣченія, а также точно знать, какія формы расширенія не пригодны для лѣченія внутренними средствами.

Я только-что сказалъ, что показанія къ операціи зависятъ отъ успѣховъ внутренняго лѣченія. Поэтому нужно выяснить себѣ, чего-же можно достигнуть внутренними средствами? Раціональное лѣченіе должно быть направлено противъ основной причины, которая въ данномъ случаѣ лежитъ въ съуженіи привратника. Назначимъ-ли мы цѣлесообразную діэту, дадимъ-ли соотвѣтствующія лѣкарства, будемъ-ли дѣлать ежедневныя промыванія желудка, все это принесетъ больному лишь временное облегченіе, такъ какъ, пока имѣется препятствіе у привратника, не можетъ быть и рѣчи объ излѣченіи больного. Препятствіе же это можетъ быть удалено лишь кровавымъ путемъ.

По моему мнѣнію, операціи непремѣнно подлежатъ: 1) всѣ случаи злокачественныхъ новообразованій у привратника, если удается распознать ихъ въ начальномъ періодѣ болѣзни; 2) всѣ случаи, гдѣ препятствіе такое сильное, что изъ желудка не поступаетъ достаточнаго количества пищи и жидкости для поддержанія равновѣсія обмѣна веществъ; 3) я считаю затѣмъ операцію умѣстной тамъ, гдѣ больной, какъ это и было у моего больного, не можетъ почему-либо исполнять всѣхъ врачебныхъ предписаній; 4) операція, наконецъ, показана при тетаническихъ припадкахъ, наблюдающихся при расширеніи желудка, по всей вѣроятности, въ зависимости отъ высыханія нервной ткани.

Что касается вѣроятности успѣха операціи, то она зависитъ: 1) отъ времени, когда операція производится, и отъ общаго состоянія больного; 2) отъ причинъ, вызывающихъ съуженіе, и 3) отъ степени развитія болѣзни. Относительно 1-го пункта слѣдуетъ замѣтить, что операція, естественно, тѣмъ вѣрнѣе можетъ окончиться благополучно, чѣмъ при лучшемъ общемъ состояніи больного ее сдѣлаютъ. Поэтому слѣдуетъ, особенно при злокачественныхъ новообразованіяхъ, возможно ранѣе совѣтовать больному рѣшаться на операцію и не откладывать этого совѣта до тѣхъ поръ, когда силы больного уже заставляютъ опасаться за благополучный исходъ оперативнаго вмѣшательства. Понятно затѣмъ, что при доброкачественныхъ формахъ вѣроятность благопріятнаго исхода гораздо бо́льшая, чѣмъ при злокачественныхъ.

Всего интереснѣе вопросъ, насколько возстановляются путемъ обычныхъ въ этихъ случаяхъ операцій (изсѣченіемъ, пилоропластикой, гастро-энтеростоміей) отдѣлительная и двигательная способности желудка?

Что касается отдѣлительной способности, то при раковыхъ заболѣваніяхъ, при которыхъ долгое время наблюдалось отсутствіе соляной кислоты, нельзя и ожидать новаго появленія послѣдней, такъ какъ въ такихъ случаяхъ обыкновенно уже имѣется дѣло съ исчезновеніемъ железъ, съ т. наз. анаденіей. Зато въ случаяхъ съ уменьшеннымъ до операціи выдѣленіемъ соляной кислоты послѣ изсѣченія новообразованія часто наблюдалось увеличеніе выдѣленія этой кислоты. Гастроэнтеростомія при раковыхъ заболѣваніяхъ всегда даетъ болѣе неблагопріятный исходъ, такъ какъ этой операціей не устраняется коренная причина болѣзни.

При доброкачественныхъ заболѣваніяхъ, сопровождающихся чрезмѣрнымъ выдѣленіемъ желудочнаго сока, какъ изсѣченіемъ, такъ и гастроэнтеростоміей достигаютъ замѣтнаго улучшенія. Такъ, у моего больного до операціи наблюдалось 4,2 на 1000 соляной кислоты, а чрезъ 4 недѣли послѣ операціи желудочный сокъ послѣ пробнаго завтрака содержалъ почти нормальное ея количество (2,8 на 1000).

Нарушенная двигательная способность какъ при злока-

[1]) Я хотѣлъ бы указать еще на то, что при опредѣленіи величины желудка, слѣдуетъ обращать вниманіе не только на высоту, т. е. на разстояніе между малой и большой кривизной его, но и на ширину. По изслѣдованіямъ *Pacanowski*'аго, у мужчинъ высота желудка равняется 11—14, ширина 21 стм., у женщинъ высота—10 - 11, ширина 18 стм. Неоднократно опредѣлялось увеличеніе желудка въ широкомъ діаметрѣ.

чественныхъ, такъ и при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ въ большинствѣ случаевъ путемъ вышеупомянутыхъ операцій улучшается замѣтно, что имѣетъ гораздо большее значеніе, чѣмъ улучшеніе отдѣлительной способности, такъ какъ главная задача желудка, какъ извѣстно, состоитъ именно въ механической его работѣ, отдѣлительная-же его способность можетъ быть всецѣло исключена безъ особаго вреда, что доказывается случаями изсѣченія желудка, а также данными химическаго изслѣдованія при желудочной ахиліи, при которой наблюдается полное отсутствіе не только соляной кислоты, но и пепсина и сычужнаго бродила.

У своего больного я слѣдилъ за измѣненіемъ двигательной способности желудка и отмѣтилъ слѣдующее. На 3-ей недѣлѣ послѣ операціи утромъ натощакъ добыто незначительное количество окрашенной желчью жидкости, кислой реакціи, безъ примѣси пищевыхъ веществъ. На 4-ой недѣлѣ утромъ-же сдѣлано промываніе, при чемъ не найдено никакого содержимаго. Желудокъ такимъ образомъ въ теченіи ночи вполнѣ освобождался отъ содержимаго. Желательно было знать, черезъ какое время онъ освобождался у моего больного послѣ обыкновеннаго пробнаго завтрака, состоявшаго изъ $1^1/_2$ стакана слабаго чая безъ молока и сахара и изъ булки въ 1 коп. Для этого нѣсколько разъ, сперва черезъ часъ, затѣмъ черезъ $1^1/_2$ и 2 часа, добывалось желудочное содержимое, при чемъ оказалось, что послѣ $1^1/_2$ часа желудокъ содержалъ еще 190 к. стм., а черезъ 2 часа—65 к. стм. вводимаго завтрака. Изъ этого видно, что, хотя и не такъ скоро, какъ въ нормальномъ состояніи, но все же онъ справлялся съ своимъ содержимымъ достаточно быстро, и двигательную его способность можно было считать почти вполнѣ достаточной.

Каждый разъ желудочное содержимое изслѣдовалось химически, при чемъ соляной кислоты найдено: 14/viii 2,8 на 1000, 16/viii 2,7 на 1000, 2/ix 2,5 на 1000; молочной кислоты обнаружено не было; въ содержимомъ не найдено никакихъ признаковъ застоя и броженія.

На основаніи этихъ данныхъ я считаю себя въ правѣ сказать, что въ результатѣ сдѣланной операціи у больного улучшилась не только отдѣлительная, но въ большой степени и двигательная способность желудка, почему его и можно считать излѣченнымъ; за это говоритъ и измѣненіе вѣса больного, который до операціи былъ 56,3, а послѣ (18/x) 66,5 кило.

Случай этотъ можетъ служить примѣромъ, что своевременной операціей при подобныхъ условіяхъ можно достигнуть весьма благопріятныхъ результатовъ [1]).

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Основы народнаго здоровья [2]).

Трудно останавливаться на тѣхъ палліативахъ, на той обычной повседневной борьбѣ, столь привычныхъ намъ въ сумеречные періоды нашей общественной жизни, изъ рамокъ которыхъ мы такъ рѣдко выходимъ, въ тѣ тяжелыя минуты, которыя переживаетъ нынѣ Россія, этотъ мощный богатырь, безсильное тѣло котораго, скованное вѣковыми цѣпями, раскинувшееся по огромному пространству земного шара, истекаетъ теперь кровью. Подъ вліяніемъ могучаго внутренняго роста цѣпи эти начали уже раздаваться, начали трещать; но все же онѣ сковываютъ богатырское тѣло и не позволяютъ развернуться во всей ихъ красѣ заложеннымъ въ немъ богатымъ силамъ. Въ такія минуты мысль невольно отвлекается къ тѣмъ общимъ основнымъ вопросамъ народнаго благосостоянія, съ которыми такъ тѣсно связаны и вопросы народнаго здравія, къ тѣмъ великимъ задачамъ, которыя неуклонно выдвигаетъ жизнь и разрѣшенія которыхъ она властно требуетъ.

Этихъ задачъ я позволю себѣ коснуться здѣсь, конечно, только въ крайне общихъ чертахъ, такъ какъ обстоятельное ихъ разсмотрѣніе требуетъ цѣлаго ряда обширнѣйшихъ работъ. Позволяю себѣ сдѣлать это только потому, что настоящее время болѣе, чѣмъ какое-либо другое, требуетъ и отъ насъ, дѣятелей на поприщѣ общественнаго здравоохраненія, возможно болѣе ясной и опредѣленной формулировки нашихъ взглядовъ.

Въ сѣдую старину источникомъ многихъ болѣзней являлся въ глазахъ нашихъ предковъ, какъ говоритъ *Duclaux*, «гнѣвъ Божій». Геніальныя изслѣдованія *Pasteur*'а и всей его школы поставили изученіе этіологіи болѣзней на правильный путь, открывъ огромный міръ микробовъ, являющихся виновниками большинства заболѣваній человѣка. Чужеядная теорія заразныхъ болѣзней, освѣтивъ ближайшія причины эпидемическихъ заболѣваній, какъ-бы отодвинула на задній планъ вліяніе остальныхъ условій. Противъ односторонняго увлеченія этой теоріей выступилъ отецъ общественной гигіены *M. Pettenkoffer*, доказавшій рядомъ изслѣдованій и, между прочимъ, своимъ знаменитымъ опытомъ съ возбудителями холеры, что наличности одной заразы недостаточно и что неменьшую роль играютъ еще и другія предрасполагающія причины. Среди этихъ причинъ на первый планъ выдвигается, конечно, общее состояніе организма въ зависимости главнымъ образомъ отъ его питанія и всей суммы условій окружающей его внѣшней обстановки.

Цѣлымъ рядомъ опытовъ (*Canalis*, *Morpurgo*, *Thiltges*'а, *Remlinger*'а и др.) доказана была та очевидная истина, что ослабленный плохимъ питаніемъ, голодающій организмъ легко поддается всѣмъ вреднымъ внѣшнимъ вліяніямъ, въ томъ числѣ, конечно, и всевозможнымъ заразнымъ заболѣваніямъ. Недостаточно питавшіеся или-же голодавшіе кролики, голуби, морскія свинки и другія животныя заболѣвали даже тѣми заразными формами, отъ которыхъ они въ нормальномъ состояніи застрахованы природной невоспріимчивостью. Аналогичные опыты произведены были *П. Н. Діатроптовымъ* и на Одесской бактеріологической станціи. Всѣ они съ несомнѣнностью приводятъ къ тому ясному уже à priori положенію, что «голоданіе, понижающее сопротивляемость организма, при другихъ равныхъ условіяхъ, обезпечиваетъ болѣе легкое заболѣваніе, а, слѣд., и болѣе широкое распространеніе заразныхъ болѣзней» [1]).

Тѣ опыты, которые ученые продѣлывали въ своихъ лабораторіяхъ, суровая русская дѣйствительность повторяла въ огромномъ масштабѣ уже не надъ кроликами и голубями, а надъ многомилліонной массой россійскаго населенія. XIX столѣтіе, подарившее западной Европѣ 2—3 неурожайныхъ года, Россіи дало ихъ десятки. Въ 1828 г. голодали сѣверныя губерніи, въ 1833 г.—южныя, въ 1839—1840 гг.—центральныя, въ 1845 г.—сѣверо-западныя и снова южныя. Голодала Россія и въ 1868, и въ 1869, 1870 и 1883 гг.; 90-ые годы — это сплошной періодъ неурожая и голода. Въ 1901 г. голодали опять южныя губерніи. Послѣдніе годы тоже нельзя считать «благополучными», хотя это «благополучіе» водворено было приказомъ изъ Петербургскихъ канцелярій, запретившимъ сообщать какія-либо свѣдѣнія о голодѣ и неурожаѣ въ печати. И только изрѣдка сквозь строгія цензурныя препоны прорывались извѣстія о цынгѣ и т. наз. «голодномъ» тифѣ то въ Вятской, то въ Пермской, то въ Казанской и др. губерніяхъ.

Результаты этихъ гигантскихъ опытовъ извѣстны, конечно, только въ ничтожной ихъ части. Такъ д-ръ *Архангельскій* [2]) отмѣчаетъ рѣзкое вліяніе неурожая и голода на повышеніе смертности населенія. Неурожай 1845—1846 гг. вызвалъ убыль населенія до 18‰ въ Витебской губ., до 20‰ въ Псковской; неурожай 1845 г. въ южной полосѣ Россіи далъ убыль населенія въ Екатеринославской губ. на 94‰, въ Херсонской—на 31‰, въ Харьковской—на 19,2‰ на 1000 жителей. Въ отчетѣ Пироговскаго врачебно-продовольственнаго Комитета приводятся небезинтересныя данныя о заболѣваемости цынгой различныхъ группъ населенія въ зависимости отъ ихъ экономической обезпеченности, при чемъ мѣриломъ этой обезпеченности служитъ количество лошадей. Наименѣе обезпеченная группа безлошадныхъ дала 31,8% цынготныхъ заболѣваній, имѣющихъ 1 лошадь—17,7%, 2 лошади—12,3% и 3

[1]) Въ январѣ и февралѣ 1902 г. Ф. Ш., по моей просьбѣ, приходилъ ко мнѣ для изслѣдованія послѣ пробнаго завтрака, при чемъ отдѣлительная и двигательная способности его желудка найдены вполнѣ нормальными: въ январѣ общая кислотность равнялась 62, свободной соляной кислоты—34; въ февралѣ общая кислотность—58, свободной соляной кислоты—30; утромъ на тощакъ никакихъ остатковъ пищи не найдено; $2^1/_4$ часа послѣ пробнаго завтрака желудокъ оказался совершенно пустымъ. Вѣсъ больного—71400 грм.

[2]) Сообщено въ Общемъ Собраніи Одесскаго Отдѣла русскаго Общества охраненія народнаго здравія 18/xi 1904 г.

и болѣе лошадей—8,4%. *П. Н. Діатроптовымъ* въ вышеприведенной его рѣчи отмѣчено было вліяніе неурожаевъ въ Херсонской губ. на такія болѣзни, какъ брюшной тифъ, бугорчатка, кровавый поносъ и фибринозное воспаленіе легкихъ, при чемъ оказывается, что, чѣмъ меньше урожай хлѣбовъ въ губерніи, тѣмъ число заболѣваній каждой изъ приведенныхъ выше формъ больше.

Если такіе яркіе результаты голоданія сказываются въ «голодные» годы, когда бѣдствіе охватываетъ цѣлыя области, то не менѣе поражающая связь устанавливается между бѣднотою и нищетою, съ одной стороны, и болѣзнями и высокою смертностью, съ другой, и въ обычное, т. наз. «благополучное» время. Для сохраненія жизни и поддержанія здоровья необходимо удовлетвореніе основныхъ потребностей живого организма. Въ пищѣ, одеждѣ, жилищѣ, отопленіи и освѣщеніи и т. д.—вотъ въ чемъ прежде всего нуждается человѣкъ, безъ чего онъ не можетъ обойтись, не рискуя здоровьемъ и жизнью. Если обратиться къ статистикѣ, то вмѣстѣ съ проф. *A. Celli* [3]) мы убѣдимся, что «болѣзни, которыхъ можно избѣжать, ранняя смерть, малая продолжительность жизни зависятъ отъ экономическихъ условій». Такъ, смертность между зажиточными и бѣдными группами населенія распредѣляются такъ:

	зажиточные	бѣдные.
Парижъ . . .	10,8‰	43‰
Берлинъ	7,5‰	165‰
Тріестъ. . . .	25,0‰	134‰

Почти тоже соотношеніе получается при ознакомленіи со статистикой заболѣваемости; даже такія болѣзни, какъ дифтерія и гриппъ, которыя, какъ принято думать, не щадятъ ни бѣдныхъ, ни богатыхъ, какъ показываютъ для первой изслѣдованія *Flügge* по Бреславлю, а для второго—наблюденія римскихъ врачей во время пандеміи гриппа въ 1889—1890 гг., подчиняются общему закону, т. е. наиболѣе распространены въ лачугахъ бѣдняковъ.

Весьма ярко сказывается это вліяніе на той болѣзни, которая поистинѣ носитъ названіе «народной» — т. е. на бугорчаткѣ. По изслѣдованіямъ въ Буда-Пештѣ, смертность отъ бугорчатки среди богатыхъ равна 4‰, среди лицъ средняго состоянія 6,27‰, среди бѣдныхъ 7,77‰, среди самыхъ бѣдныхъ 9,7‰. Въ Вѣнѣ смертность отъ бугорчатки въ центрѣ города колеблется между 1,6—3,8‰, на окраинахъ-же, населенныхъ бѣднотой, она доходитъ до 6,2—7,0‰.

Чрезвычайно интересныя, данныя, поясняющія зависимость заболѣваній не только заразныхъ, но и всякихъ другихъ, въ томъ числѣ даже и траумaтическихъ, отъ экономическихъ условій, приводятся въ работѣ Воронежскаго статистика г. *Воронова* [4]). Разрабатывая въ этомъ отношеніи матеріалъ, полученный отъ опроса болѣе, чѣмъ 2000000 лицъ, г. *Вороновъ* раздѣлилъ все изслѣдованное количество хозяйствъ на 5 группъ: 1) безземельныя хозяйства, 2) имѣющія до 5, 3) отъ 5 до 15, 4) отъ 15 до 25 и 5) свыше 25 десятинъ. Оказывается, что число больныхъ сокращается отъ безземельной и малоземельной группъ къ многоземельнымъ.

На 1000 чел. приходится:

	больныхъ,	калѣкъ,	умираетъ.
въ безземельныхъ хозяйствахъ	9.7	39,1	34,1
» имѣющихъ до 5 десятинъ .	5,8	17,8	35,0
» » 5—15 » .	4,2	14,7	33.2
» » 15—25 » . .	3,2	11,5	28,6
» » свыше 25 » . .	2,5	8,8	26,2

Соотвѣтственно этому приростъ населенія повышается отъ малоземельныхъ къ многоземельнымъ группамъ.

Приростъ на 1000 чел.

въ безземельныхъ хозяйствахъ . .	6,2
» имѣющихъ до 5 десятинъ . . .	16,8
» » 5—15 » . .	20.6
» » 15—25 » . . .	24,4
» » свыше 25 » . . .	29,5

И такъ, въ экономически сильныхъ хозяйствахъ, дающихъ возможность болѣе широкаго приложенія труда и болѣе обезпечивающихъ средства прокормленія, населеніе сохраняется, быстрѣе растетъ и даетъ меньше заболѣваній и калѣчествъ. Въ малоземельныхъ-же, экономически слабыхъ группахъ, гдѣ нечего ѣсть и не надъ чѣмъ трудиться, населеніе отличается высокой болѣзненностью и смертностью, туго растетъ и даетъ большій %, вырождающихся.

Приведенныхъ данныхъ достаточно, чтобы убѣдиться въ близкой и непосредственной связи вопросовъ о распредѣленіи матеріальныхъ благъ съ вопросами народнаго здравія.

Еще ярче выступитъ эта связь, если обратиться къ статистикѣ смертности въ различныхъ государствахъ Европы:

Въ 1884—1893 гг. смертность эта была (въ ‰):

въ Швеціи	16,9
» Норвегіи.	16.9
» Англіи.	19,2
» Шотландіи.	19.2
» Франціи	22,4
» Германіи.	24.6
» Италіи.	26,9
» Австріи	28,8
» Европейской Россіи	31,7.

Такимъ образомъ въ то время, какъ въ западныхъ государствахъ съ значительно болѣе экономически обезпеченнымъ населеніемъ, съ болѣе или менѣе нормальными условіями общественнаго развитія смертность, начиная съ 16‰ въ Швеціи, достигаетъ въ наиболѣе отсталыхъ странахъ—Италіи и Австріи до 26 и 28, въ Россіи съ ея вѣчно бѣдствующимъ населеніемъ, бюрократическимъ режимомъ, она превышаетъ 34‰. Конечно, если бы у насъ подъ руками были данныя о смертности въ восточныхъ деспотіяхъ, несомнѣнно, величина ея превышала бы установившуюся въ Россіи, но, мнѣ думается, это—плохое утѣшеніе.

Капиталистическое хозяйство, пришествія котораго такъ боялись нѣкогда русскіе народники, водворилось и въ Россіи, оно захватило не только область промышленности, но проникло и въ область земледѣлія, создавъ капиталистическія формы его, въ особенности на югѣ Россіи. Капиталистическій строй, обусловливающій такія общественныя соотношенія, въ силу которыхъ большинство должно непрестанно трудиться, чтобы кое-какъ прокормиться и существовать, а меньшинство можетъ жить, чтобы только наслаждаться, создало и новыя опасности для здоровья и для жизни рабочаго класса. Душныя, тѣсныя мастерскія, однообразная тяжелая работа, изнуряющій продолжительный рабочій день, примѣненіе женскаго и дѣтскаго труда, работа при сложныхъ, требующихъ особаго умѣнія машинахъ—все это условія, крайне тяжело отзывающіяся на здоровьѣ населенія. Нѣкогда «пріятный и полезный» трудъ земледѣльца, такъ образно воспѣвавшійся поэтами, превратился не только въ непріятный, но и опасный, съ введеніемъ сельскохозяйственныхъ машинъ, дающихъ рядъ траумaтическихъ поврежденій, съ созданіемъ цѣлой арміи сельско-хозяйственныхъ рабочихъ. Создавъ эти новыя, неблагопріятныя для жизни и здоровья рабочихъ вліянія, капиталистическій строй выдвинулъ на арену общественной жизни новую силу — рабочій классъ, который при благопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ западно-европейской жизни съумѣлъ нейтрализовать многія изъ этихъ вліяній, создавъ фабричное законодательство, завоевавъ себѣ путемъ непрерывной борьбы лучшія условія труда и вознагражденія.

Я не буду долго останавливаться на современномъ намъ злополучномъ экономическомъ положеніи Россіи. Мнѣ думается, что всѣмъ, интересующимся жизнью нашей родины, оно хорошо извѣстно. Достаточно только напомнить о хроническихъ неурожаяхъ и голодовкахъ, все чаще поражающихъ Россію; достаточно вспомнить о хроническомъ промышленномъ кризисѣ, неустанно пополняющемъ и безъ того огромную армію безработныхъ, о пониженіи надѣла на наличную душу за минувшее 40-лѣтіе съ 4, 8 до 2, 6 десятинъ въ Европейской Россіи, а въ нѣкоторыхъ средне-земледѣльческихъ, малороссійскихъ и западныхъ губерніяхъ даже до ничтожной цифры 1, 2 дес., чтобы съ ужасомъ остановиться предъ современной русской дѣйствительностью и съ убѣжденіемъ сказать: «такъ дольше жить нельзя».

И невольно напрашивается вопросъ, что-же дѣлать? Что дѣлать намъ, чтобы устранить тѣ общія условія, которыя благопріятствуютъ высокой смертности и заболѣваемости

чественныхъ, такъ и при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ въ большинствѣ случаевъ путемъ вышеупомянутыхъ операцій улучшается замѣтно, что имѣетъ гораздо большее значеніе, чѣмъ улучшеніе отдѣлительной способности, такъ какъ главная задача желудка, какъ извѣстно, состоитъ именно въ механической его работѣ, отдѣлительная-же его способность можетъ быть всецѣло исключена безъ особаго вреда, что доказывается случаями изсѣченія желудка, а также данными химическаго изслѣдованія при желудочной ахиліи, при которой наблюдается полное отсутствіе не только соляной кислоты, но и пепсина и сычужнаго бродила.

У своего больного я слѣдилъ за измѣненіемъ двигательной способности желудка и отмѣтилъ слѣдующее. На 3-ей недѣлѣ послѣ операціи утромъ натощакъ добыто незначительное количество окрашенной желчью жидкости, кислой реакціи, безъ примѣси пищевыхъ веществъ. На 4-ой недѣлѣ утромъ-же сдѣлано промываніе, при чемъ не найдено никакого содержимаго. Желудокъ такимъ образомъ въ теченіи ночи вполнѣ освобождался отъ содержимаго. Желательно было знать, черезъ какое время онъ освобождался у моего больного послѣ обыкновеннаго пробнаго завтрака, состоявшаго изъ $1^1/_2$ стакана слабаго чая безъ молока и сахара и изъ булки въ 1 коп. Для этого нѣсколько разъ, сперва черезъ часъ, затѣмъ черезъ $1^1/_2$ и 2 часа, добывалось желудочное содержимое, при чемъ оказалось, что послѣ $1^1/_2$ часа желудокъ содержалъ еще 190 к. стм., а черезъ 2 часа—65 к. стм. вводимаго завтрака. Изъ этого видно, что, хотя и не такъ скоро, какъ въ нормальномъ состояніи, но все же онъ справлялся съ своимъ содержимымъ достаточно быстро, и двигательную его способность можно было считать почти вполнѣ достаточной.

Каждый разъ желудочное содержимое изслѣдовалось химически, при чемъ соляной кислоты найдено: 14/viii 2,8 на 1000, 16/viii 2,7 на 1000, 2/ix 2,5 на 1000; молочной кислоты обнаружено не было; въ содержимомъ не найдено никакихъ признаковъ застоя и броженія.

На основаніи этихъ данныхъ я считаю себя въ правѣ сказать, что въ результатѣ сдѣланной операціи у больного улучшилась не только отдѣлительная, но въ большой степени и двигательная способность желудка, почему его и можно считать излѣченнымъ; за это говоритъ и измѣненіе вѣса больного, который до операціи былъ 56,3, а послѣ (18/x) 66,5 кило.

Случай этотъ можетъ служить примѣромъ, что своевременной операціей при подобныхъ условіяхъ можно достигнуть весьма благопріятныхъ результатовъ [1]).

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Основы народнаго здоровья [2]).

Трудно останавливаться на тѣхъ палліативахъ, на той обычной повседневной борьбѣ, столь привычныхъ намъ въ сумеречные періоды нашей общественной жизни, изъ рамокъ которыхъ мы такъ рѣдко выходимъ, въ тѣ тяжелыя минуты, которыя переживаетъ нынѣ Россія, этотъ мощный богатырь, безсильное тѣло котораго, скованное вѣковыми цѣпями, раскинувшееся по огромному пространству земного шара, истекаетъ теперь кровью. Подъ вліяніемъ могучаго внутренняго роста цѣпи эти начали уже раздаваться, начали трещать; но все же онѣ сковываютъ богатырское тѣло и не позволяютъ развернуться во всей ихъ красѣ заложеннымъ въ немъ богатымъ силамъ. Въ такія минуты мысль невольно отвлекается къ тѣмъ общимъ основнымъ вопросамъ народнаго благосостоянія, съ которыми такъ тѣсно связаны и вопросы народнаго здравія, къ тѣмъ великимъ задачамъ, которыя неуклонно выдвигаетъ жизнь и разрѣшенія которыхъ она властно требуетъ.

Этихъ задачъ я позволю себѣ коснуться здѣсь, конечно, только въ крайне общихъ чертахъ, такъ какъ обстоятельное ихъ разсмотрѣніе требуетъ цѣлаго ряда обширнѣйшихъ работъ. Позволяю себѣ сдѣлать это только потому, что настоящее время болѣе, чѣмъ какое-либо другое, требуетъ и отъ насъ, дѣятелей на поприщѣ общественнаго здравоохраненія, возможно болѣе ясной и опредѣленной формулировки нашихъ взглядовъ.

Въ сѣдую старину источникомъ многихъ болѣзней являлся въ глазахъ нашихъ предковъ, какъ говоритъ *Duclaux*, «гнѣвъ Божій». Геніальныя изслѣдованія *Pasteur*'а и всей его школы поставили изученіе этіологіи болѣзней на правильный путь, открывъ огромный міръ микробовъ, являющихся виновниками большинства заболѣваній человѣка. Чужеядная теорія заразныхъ болѣзней, освѣтивъ ближайшія причины эпидемическихъ заболѣваній, какъ-бы отодвинула на задній планъ вліяніе остальныхъ условій. Противъ односторонняго увлеченія этой теоріей выступилъ отецъ общественной гигіены *M. Pettenkoffer*, доказавшій рядомъ изслѣдованій и, между прочимъ, своимъ знаменитымъ опытомъ съ возбудителями холеры, что наличности одной заразы недостаточно и что неменьшую роль играютъ еще и другія предрасполагающія причины. Среди этихъ причинъ на первый планъ выдвигается, конечно, общее состояніе организма въ зависимости главнымъ образомъ отъ его питанія и всей суммы условій окружающей его внѣшней обстановки.

Цѣлымъ рядомъ опытовъ (*Canalis*, *Morpurgo*, *Thiltges*'а, *Remlinger*'а и др.) доказана была та очевидная истина, что ослабленный плохимъ питаніемъ, голодающій организмъ легко поддается всѣмъ вреднымъ внѣшнимъ вліяніямъ, въ томъ числѣ, конечно, и всевозможнымъ заразнымъ заболѣваніямъ. Недостаточно питавшіеся или-же голодавшіе кролики, голуби, морскія свинки и другія животныя заболѣвали даже тѣми заразными формами, отъ которыхъ они въ нормальномъ состояніи застрахованы природной невосприимчивостью. Аналогичные опыты произведены были *П. Н. Діатроптовымъ* и на Одесской бактеріологической станціи. Всѣ они съ несомнѣнностью приводятъ къ тому ясному уже à priori положенію, что «голоданіе, понижающее сопротивляемость организма, при другихъ равныхъ условіяхъ, обезпечиваетъ болѣе легкое заболѣваніе, а, слѣд., и болѣе широкое распространеніе заразныхъ болѣзней» [1]).

Тѣ опыты, которые ученые продѣлывали въ своихъ лабораторіяхъ, суровая русская дѣйствительность повторяла въ огромномъ масштабѣ уже не надъ кроликами и голубями, а надъ многомилліонной массой россійскаго населенія. XIX столѣтіе, подарившее западной Европѣ 2—3 неурожайныхъ года, Россіи дало ихъ десятки. Въ 1828 г. голодали сѣверныя губерніи, въ 1833 г.—южныя, въ 1839—1840 гг.—центральныя, въ 1845 г.—сѣверо-западныя и снова южныя. Голодала Россія и въ 1868, и въ 1869, 1870 и 1883 гг.; 90-ые годы — это сплошной періодъ неурожая и голода. Въ 1901 г. голодали опять южныя губерніи. Послѣдніе годы тоже нельзя считать «благополучными», хотя это «благополучіе» водворено было приказомъ изъ Петербургскихъ канцелярій, запретившимъ сообщать какія-либо свѣдѣнія о голодѣ и неурожаѣ въ печати. И только изрѣдка сквозь строгія цензурныя препоны прорывались извѣстія о цынгѣ и т. наз. «голодномъ» тифѣ то въ Вятской, то въ Пермской, то въ Казанской и др. губерніяхъ.

Результаты этихъ гигантскихъ опытовъ извѣстны, конечно, только въ ничтожной ихъ части. Такъ д-ръ *Архангельскій* [2]) отмѣчаетъ рѣзкое вліяніе неурожая и голода на повышеніе смертности населенія. Неурожай 1845—1846 гг. вызвалъ убыль населенія до 18‰ въ Витебской губ., до 20‰ въ Псковской; неурожай 1845 г. въ южной полосѣ Россіи далъ убыль населенія въ Екатеринославской губ. на 94‰, въ Херсонской—на 31‰, въ Харьковской—на 19,2‰ на 1000 жителей. Въ отчетѣ Пироговскаго врачебно-продовольственнаго Комитета приводятся небезинтересныя данныя о заболѣваемости цынгой различныхъ группъ населенія въ зависимости отъ ихъ экономической обезпеченности, при чемъ мѣриломъ этой обезпеченности служитъ количество лошадей. Наименѣе обезпеченная группа безлошадныхъ дала 31,8% цынготныхъ заболѣваній, имѣющихъ 1 лошадь—17,7%, 2 лошади—12,3% и 3

[1]) Въ январѣ и февралѣ 1902 г. Ф. Ш., по моей просьбѣ, приходилъ ко мнѣ для изслѣдованія послѣ пробнаго завтрака, при чемъ отдѣлительная и двигательная способности его желудка найдены вполнѣ нормальными: въ январѣ общая кислотность равнялась 62, свободной соляной кислоты—34; въ февралѣ общая кислотность—58, свободной соляной кислоты—30; утромъ на тощакъ никакихъ остатковъ пищи не найдено; $2^1/_4$ часа послѣ пробнаго завтрака желудокъ оказался совершенно пустымъ. Вѣсъ больного—71400 грм.

[2]) Сообщено въ Общемъ Собраніи Одесскаго Отдѣла русскаго Общества охраненія народнаго здравія 18/xi 1904 г.

и болѣе лошадей—8,4%. *П. Н. Діатроптовымъ* въ вышеприведенной его рѣчи отмѣчено было вліяніе неурожаевъ въ Херсонской губ. на такія болѣзни, какъ брюшной тифъ, бугорчатка, кровавый поносъ и фибринозное воспаленіе легкихъ, при чемъ оказывается, что, чѣмъ меньше урожай хлѣбовъ въ губерніи, тѣмъ число заболѣваній каждой изъ приведенныхъ выше формъ больше.

Если такіе яркіе результаты голоданія сказываются въ «голодные» годы, когда бѣдствіе охватываетъ цѣлыя области, то не менѣе поражающая связь устанавливается между бѣднотою и нищетою, съ одной стороны, и болѣзнями и высокою смертностью, съ другой, и въ обычное, т. наз. «благополучное» время. Для сохраненія жизни и поддержанія здоровья необходимо удовлетвореніе основныхъ потребностей живого организма. Въ пищѣ, одеждѣ, жилищѣ, отопленіи и освѣщеніи и т. д.—вотъ въ чемъ прежде всего нуждается человѣкъ, безъ чего онъ не можетъ обойтись, не рискуя здоровьемъ и жизнью. Если обратиться къ статистикѣ, то вмѣстѣ съ проф. *A. Celli* [3]) мы убѣдимся, что «болѣзни, которыхъ можно избѣжать, ранняя смерть, малая продолжительность жизни зависятъ отъ экономическихъ условій». Такъ, смертность между зажиточными и бѣдными группами населенія распредѣляются такъ:

	зажиточные	бѣдные.
Парижъ . . .	10,8‰	43‰
Берлинъ . . .	7,5‰	165‰
Тріестъ. . . .	25,0‰	134‰

Почти тоже соотношеніе получается при ознакомленіи со статистикой заболѣваемости; даже такія болѣзни, какъ дифтерія и гриппъ, которыя, какъ принято думать, не щадятъ ни бѣдныхъ, ни богатыхъ, какъ показываютъ для первой изслѣдованія *Flügge* по Бреславлю, а для второго—наблюденія римскихъ врачей во время пандеміи гриппа въ 1889—1890 гг., подчиняются общему закону, т. е. наиболѣе распространены въ лачугахъ бѣдняковъ.

Весьма ярко сказывается это вліяніе на той болѣзни, которая поистинѣ носитъ названіе «народной»—т. е. на бугорчаткѣ. По изслѣдованіямъ въ Буда-Пештѣ, смертность отъ бугорчатки среди богатыхъ равна 4‰, среди лицъ средняго состоянія 6,27‰, среди бѣдныхъ 7,77‰, среди самыхъ бѣдныхъ 9,7‰. Въ Вѣнѣ смертность отъ бугорчатки въ центрѣ города колеблется между 1,6—3,8‰, на окраинахъ-же, населенныхъ бѣднотой, она доходитъ до 6,2—7,0‰.

Чрезвычайно интересныя, данныя, поясняющія зависимость заболѣваній не только заразныхъ, но и всякихъ другихъ, въ томъ числѣ даже и травматическихъ, отъ экономическихъ условій, приводятся въ работѣ Воронежскаго статистика г. *Воронова* [4]). Разрабатывая въ этомъ отношеніи матеріалъ, полученный отъ опроса болѣе, чѣмъ 2000000 лицъ, г. *Вороновъ* раздѣлилъ все изслѣдованное количество хозяйствъ на 5 группъ: 1) безземельныя хозяйства, 2) имѣющія до 5, 3) отъ 5 до 15, 4) отъ 15 до 25 и 5) свыше 25 десятинъ. Оказывается, что число больныхъ сокращается отъ безземельной и малоземельной группъ къ многоземельнымъ.

На 1000 чел. приходится:

	больныхъ,	калѣкъ,	умираетъ.
въ безземельныхъ хозяйствахъ	9.7	39,1	34,1
» имѣющихъ до 5 десятинъ .	5,8	17,8	35,0
» » 5—15 » .	4.2	14,7	33.2
» » 15—25 » . .	3,2	11,5	28,6
» » свыше 25 » . .	2,5	8,8	26,2

Соотвѣтственно этому приростъ населенія повышается отъ малоземельныхъ къ многоземельнымъ группамъ.

Приростъ на 1000 чел.

въ безземельныхъ хозяйствахъ . .	6,2
» имѣющихъ до 5 десятинъ . . .	16,8
» » 5—15 » . .	20.6
» » 15—25 » . . .	24,4
» » свыше 25 » . . .	29,5

И такъ, въ экономически сильныхъ хозяйствахъ, дающихъ возможность болѣе широкаго приложенія труда и болѣе обезпечивающихъ средства прокормленія, населеніе сохраняется, быстрѣе растетъ и даетъ меньше заболѣваній и калѣчествъ. Въ малоземельныхъ-же, экономически слабыхъ группахъ, гдѣ нечего ѣсть и не надъ чѣмъ трудиться, населеніе отличается высокой болѣзненностью и смертностью, туго растетъ и даетъ большій %. вырождающихся.

Приведенныхъ данныхъ достаточно, чтобы убѣдиться въ близкой и непосредственной связи вопросовъ о распредѣленіи матеріальныхъ благъ съ вопросами народнаго здравія.

Еще ярче выступитъ эта связь, если обратиться къ статистикѣ смертности въ различныхъ государствахъ Европы:

Въ 1884—1893 гг. смертность эта была (въ ‰):

въ Швеціи	16,9
» Норвегіи.	16.9
» Англіи.	19,2
» Шотландіи.	19.2
» Франціи	22,4
» Германіи.	24.6
» Италіи.	26,9
» Австріи	28,8
» Европейской Россіи	31,7.

Такимъ образомъ въ то время, какъ въ западныхъ государствахъ съ значительно болѣе экономически обезпеченнымъ населеніемъ, съ болѣе или менѣе нормальными условіями общественнаго развитія смертность, начиная съ 16‰ въ Швеціи, достигаетъ въ наиболѣе отсталыхъ странахъ—Италіи и Австріи до 26 и 28, въ Россіи съ ея вѣчно бѣдствующимъ населеніемъ, бюрократическимъ режимомъ, она превышаетъ 34‰. Конечно, если бы у насъ подъ руками были данныя о смертности въ восточныхъ деспотіяхъ, несомнѣнно, величина ея превышала бы установившуюся въ Россіи, но, мнѣ думается, это—плохое утѣшеніе.

Капиталистическое хозяйство, пришествія котораго такъ боялись нѣкогда русскіе народники, водворилось и въ Россіи, оно захватило не только область промышленности, но проникло и въ область земледѣлія, создавъ капиталистическія формы его, въ особенности на югѣ Россіи. Капиталистическій строй, обусловливающій такія общественныя соотношенія, въ силу которыхъ большинство должно непрестанно трудиться, чтобы кое-какъ прокормиться и существовать, а меньшинство можетъ жить, чтобы только наслаждаться, создало и новыя опасности для здоровья и для жизни рабочаго класса. Душныя, тѣсныя мастерскія, однообразная тяжелая работа, изнуряющій продолжительный рабочій день, примѣненіе женскаго и дѣтскаго труда, работа при сложныхъ, требующихъ особаго умѣнія машинахъ—все это условія, крайне тяжело отзывающіяся на здоровьѣ населенія. Нѣкогда «пріятный и полезный» трудъ земледѣльца, такъ образно воспѣвавшійся поэтами, превратился не только въ непріятный, но и опасный, съ введеніемъ сельскохозяйственныхъ машинъ, дающихъ рядъ травматическихъ поврежденій, съ созданіемъ цѣлой арміи сельско-хозяйственныхъ рабочихъ. Создавъ эти новыя, неблагопріятныя для жизни и здоровья рабочихъ вліянія, капиталистическій строй выдвинулъ на арену общественной жизни новую силу—рабочій классъ, который при благопріятныхъ внѣшнихъ условіяхъ западно-европейской жизни съумѣлъ нейтрализовать многія изъ этихъ вліяній, создавъ фабричное законодательство, завоевавъ себѣ путемъ непрерывной борьбы лучшія условія труда и вознагражденія.

Я не буду долго останавливаться на современномъ намъ злополучномъ экономическомъ положеніи Россіи. Мнѣ думается, что всѣмъ, интересующимся жизнью нашей родины, оно хорошо извѣстно. Достаточно только напомнить о хроническихъ неурожаяхъ и голодовкахъ, все чаще поражающихъ Россію; достаточно вспомнить о хроническомъ промышленномъ кризисѣ, неустанно пополняющемъ и безъ того огромную армію безработныхъ, о пониженіи надѣла на наличную душу за минувшее 40-лѣтіе съ 4, 8 до 2, 6 десятинъ въ Европейской Россіи, а въ нѣкоторыхъ средне-земледѣльческихъ, малороссійскихъ и западныхъ губерніяхъ даже до ничтожной цифры 1, 2 дес., чтобы съ ужасомъ остановиться предъ современной русской дѣйствительностью и съ убѣжденіемъ сказать: «такъ дольше жить нельзя».

И невольно напрашивается вопросъ, что-же дѣлать? Что дѣлать намъ, чтобы устранить тѣ общія условія, которыя благопріятствуютъ высокой смертности и заболѣваемости

россійскаго населенія, чтобы дѣйствительно, «охранять» здоровье этого населенія.

Въ безсильи остановился передъ этимъ вопросомъ нашъ талантливый товарищъ *Вересаевъ*.

Говоря о больномъ мальчикѣ сапожникѣ, онъ спрашиваетъ, «какъ его лѣчить?» «Нужно придти вырвать его изъ этого темнаго вонючаго угла, пустить бѣгать въ поле, подъ горячее солнце, на вольный вѣтеръ; и легкія его развернутся, сердце окрѣпнетъ, кровь станетъ алою и горячею. Между тѣмъ даже пыльную Петербургскую улицу онъ видитъ лишь тогда, когда хозяинъ посылаетъ его съ товаромъ къ заказчику; даже по праздникамъ онъ не можетъ размяться, потому что хозяинъ, чтобы мальчики не болтались, запираетъ ихъ на весь день въ мастерской... И единственное, что мнѣ остается—это прописывать Васькѣ желѣзо и мышьякъ и утѣшаться мыслью, что все-таки я «хоть что-нибудь» дѣлаю для него».

«Ко мнѣ приходитъ прачка съ экземою рукъ, продолжаетъ тотъ-же авторъ, ломовой извозчикъ съ грыжею, прядильщикъ съ чахоткою: я назначаю имъ мази, пелоты и порошки — и невѣрнымъ голосомъ, самъ стыдясь комедіи, которую разыгрываю, говорю имъ, что главное условіе для выздоровленія—это—то, чтобы прачка не мочила себѣ рукъ, ломовой извозчикъ не поднималъ тяжестей, а прядильщикъ избѣгалъ пыльныхъ помѣщеній. Они въ отвѣтъ вздыхаютъ, благодарятъ за мази и порошки и объясняютъ, что дѣла своего бросить не могутъ, потому что имъ нужно ѣсть».

«Въ такія минуты меня охватываетъ стыдъ за себя и за ту науку, которой я служу, за ту мелкость и убогость, съ какою она осуждена проявлять себя въ жизни. Въ деревнѣ ко мнѣ однажды обратился за помощью мужикъ съ одышкою. Все лѣвое легкое у него оказалось сплошь пораненнымъ крупознымъ воспаленіемъ. Я изумился, какъ онъ могъ добрести до меня и сказалъ ему, чтобы онъ немедленно по приходѣ домой легъ и не вставалъ.—Что ты, баринъ, какъ можно—въ свою очередь изумился онъ. — Нешто не знаешь, время какое. Время страдное, горячее. Господь Батюшка погодку послалъ, а я лежать, что бы, Господи помилуй. Нѣтъ, ты ужъ будь милостивъ, дай капель какихъ, ослобони грудь. Съ моею микстурою въ карманѣ и съ косою на плечѣ, онъ пошелъ на свою полосу и косилъ рожь до вечера, а вечеромъ легъ на межу и умеръ отъ отека легкихъ».

Сколько правды въ этихъ талантливыхъ строкахъ, но и сколько мучительнаго безсилья въ этомъ «хоть что-нибудь», безсилья, обусловливаемаго тяжелыми условіями русской дѣйствительности.

Проф. *A. Celli*, на труды котораго я уже ссылался, разсмотрѣвъ цѣлый рядъ предохранительныхъ мѣропріятій для борьбы съ заразными болѣзнями, каковы отдѣленіе, обеззараживаніе, прививки, сывороточное лѣченіе и пр., переходя къ причинамъ предрасполагающимъ, соціальнымъ, выдвигаетъ цѣлую программу изъ 11 положеній, осуществленіе которой, по его мнѣнію, необходимо для улучшенія соціальныхъ условій, а слѣд., и для борьбы съ заразными болѣзнями. Говоря въ первыхъ своихъ положеніяхъ о потребительныхъ товариществахъ сельскихъ хлѣбопекарняхъ, народныхъ кухняхъ, столовыхъ и чайныхъ, о распространеніи въ народѣ полезныхъ свѣдѣній, объ увеличеніи и улучшеніи получаемыхъ продуктовъ питанія, въ положеніи 9-омъ онъ приходитъ къ необходимости аграрныхъ реформъ, въ положеніи 10-омъ—къ реформѣ налоговъ, имѣющей въ виду уничтоженіе ихъ по отношенію къ предметамъ первой необходимости и, наконецъ, въ положеніи 11-омъ—къ необходимости политико-экономическихъ реформъ, «чтобы каждый могъ получить при приложеніи своего труда возможность пріобрѣсти тотъ минимальный питательный раціонъ, который установленъ физіологіей».

Возможно-ли у насъ, если не осуществленіе программы *Celli*, то хотя-бы борьба за ея осуществленіе? Если вспомнить условія общественной жизни въ Россіи, тотъ густой туманъ недовѣрія и подозрительности, которымъ окутаны всѣ, даже самыя скромныя, общественныя начинанія, то съ увѣренностью можно сказать—нѣтъ, невозможны. Врачамъ—общественнымъ дѣятелямъ, быть можетъ, больше, чѣмъ кому-либо другому приходится непосредственно сталкиваться съ тяжелыми внѣшними условіями русской жизни. Припомнимъ только рѣчь Херсонскаго губернатора на земскомъ Собраніи 10 октября 1900 г., въ которой онъ предупреждалъ гласныхъ, что въ лицѣ Общества охраненія народнаго здравія земство найдетъ не пособниковъ, а злыхъ враговъ; вспомнимъ тѣ мытарства, которыя пришлось претерпѣть нашему Обществу, пожелавшему помочь въ 1901 г. голодавшему населенію Елисаветградскаго уѣзда и принужденному отступить передъ силой административнаго произвола и помогать голоднымъ тайно. Врачи—общественные дѣятели, болѣе рѣзко проявившіе свое несогласіе съ установившимися въ административныхъ сферахъ взглядами, удаляются, не утверждаются и даже высылаются, какъ это было недавно, напр., со старшимъ врачемъ Севастопольской городской больницы. Разгромъ цѣлыхъ земскихъ врачебно-санитарныхъ организацій, какъ, напр., Тверской, ревизіи надъ Съѣздами, затрудненія въ ихъ созывѣ, строгій административный контроль надъ областными земско-медицинскими Съѣздами, ограниченіе дѣятельности врачебныхъ Совѣтовъ и другихъ врачебныхъ коллегій—все это, на ряду со всей совокупностью обрисованныхъ ниже общихъ условій, не можетъ, конечно, способствовать правильному развитію врачебно-санитарнаго дѣла въ Россіи. Непосильное налоговое бремя, падающее всей своей тяжестью почти исключительно на бѣднѣйшія группы населенія, обложеніе косвенными налогами предметовъ первой необходимости—все это еще болѣе обезсиливаетъ угнетенное тяжелой нуждой населеніе, отнимая значительную долю и безъ того низкой заработной платы, въ конецъ разоряя малосильныя хозяйства. Мѣстныя самоуправленія при крайне узкихъ предѣлахъ ихъ компетенціи, при полной зависимости отъ мѣстной администраціи и ограниченіи состава избирателей рамками привилегированныхъ сословій и имущественнаго ценза не могутъ въ достаточной степени удовлетворять потребностямъ населенія. Отсутствіе достаточнаго количества школъ (едва $^1/_4$ часть числа ихъ, необходимаго для введенія всеобщаго обученія), вызывающее постоянное переполненіе существующихъ учащимися и массовые отказы въ пріемѣ, ненормальная постановка дѣла въ школахъ въ зависимости отъ стѣсненія въ этомъ направленіи почина мѣстныхъ самоуправленій, бдительный и мелочный административный контроль, субсидированіе и постоянная поддержка приходскихъ школъ, признанныхъ неудовлетворяющими своему назначенію цѣлымъ рядомъ земствъ и спеціальныхъ Съѣздовъ,—все это, конечно, не можетъ создать благопріятныхъ условій для борьбы съ народнымъ невѣжествомъ, являющимся наиболѣе серьезнымъ тормазомъ въ осуществленіи тѣхъ или другихъ санитарныхъ нормъ. Отсутствіе обезпеченія неприкосновенности личности, произволъ администраціи, имѣющей возможность на основаніи положенія объ усиленной охранѣ и другихъ временныхъ положеній любого обывателя лишить права общественной дѣятельности или занятія своимъ промысломъ, лишить всякихъ средствъ къ существованію и отправить «въ мѣста, столь и не столь отдаленныя»,—конечно, это условія, которыя не могутъ создать атмосферы, благопріятной для развитія общественной самодѣятельности, столь необходимой въ дѣлѣ упроченія экономическаго и санитарнаго благосостоянія населенія; и та инертность, то отсутствіе общественныхъ работниковъ, на которое такъ часто приходится слышать жалобы, находятъ себѣ объясненіе именно въ тѣхъ тяжелыхъ условіяхъ, въ которыхъ приходится жить и работать россійскому гражданину. Если безправно коренное русское населеніе, то еще болѣе, если это возможно, ограничены въ правахъ многочисленные «инородцы», населяющіе окраины Россіи. Достаточно указать на такъ ярко отмѣченное на IX Пироговскомъ Съѣздѣ скопленіе евреевъ въ городахъ и мѣстечкахъ черты еврейской осѣдлости, крайне вредно отражающейся какъ на экономическомъ, такъ и на санитарномъ состояніи этихъ населенныхъ мѣстъ.

Для правильнаго развитія народной жизни необходимо, прежде всего, правильное и всестороннее освѣщеніе истиннаго положенія вещей на страницахъ свободной печати, необходимо широкое распространеніе свѣдѣній о томъ, какъ нужно жить, какъ бороться за существованіе. Между тѣмъ свободному слову нѣтъ мѣста на страницахъ нашей подневольной прессы; всякая полезная, хорошая книга должна пройти Сциллу и Харибду предварительной цензуры и во многихъ случаяхъ погибнуть тамъ. Сколькими трупами усѣяно поле брани русской печати! Такія-же препятствія встрѣчаются на пути распространенія какъ общихъ, такъ даже и спеціально гигіеническихъ свѣдѣній путемъ чтеній, собесѣдованій, библіотекъ, читаленъ и пр., и, конечно, создаютъ полную невозможность достаточнаго

развитія сознательности населенія, такъ необходимаго для улучшенія санитарныхъ условій его жизни. Хотя въ Россіи и существуетъ охраняющее трудъ фабричное законодательство, но нѣтъ никакихъ гарантій къ его дѣйствительному соблюденію, нѣтъ фактическаго контроля за условіями производства, нѣтъ, наконецъ, достаточной отвѣтственности предпринимателей за нарушеніе фабричнаго законодательства. Въ то время, какъ опытъ западныхъ странъ показалъ, что улучшеніе санитарнаго состоянія промышленныхъ заведеній и соблюденіе фабричныхъ законовъ возможны только при сознательномъ отношеніи рабочихъ, при существованіи рабочихъ союзовъ и организацій, которыя могутъ предъявлять коллективныя требованія къ предпринимателямъ и принимать на себя защиту отдѣльныхъ своихъ сочленовъ, въ Россіи такіе союзы и организаціи запрещены закономъ. Далѣе, русскіе рабочіе лишены самаго существеннаго средства борьбы за улучшеніе своего экономическаго положенія, за повышеніе заработной платы—стачекъ, участіе въ которыхъ, согласно закону, влечетъ за собою тяжелыя кары. Такъ-же печально экономическое и правовое положеніе русскаго крестьянства, связаннаго общиной и паспортной системой, опекаемаго отъ рожденія до могилы мѣстной администраціей, отданнаго на произвольное усмотрѣніе безчисленныхъ полицейскихъ чиновъ, лишеннаго даже правильной формы суда.

Для развитія производительныхъ силъ страны, для подъема ея экономическаго благосостоянія необходима свободная самодѣятельность населенія, необходимо участіе его въ рѣшеніи всѣхъ вопросовъ его существованія. При современномъ положеніи вещей назрѣвшія народныя потребности остаются неудовлетворенными десятки лѣтъ; всѣ попытки органовъ самоуправленія къ ихъ удовлетворенію, хотя бы въ ничтожныхъ размѣрахъ, тормозятся властолюбивой бюрократіей. Современное законодательство направлено главнымъ образомъ къ обезпеченію экономически наиболѣе сильныхъ группъ населенія:—достаточно вспомнить правила о наймѣ сельско-хозяйственныхъ рабочихъ 12-го іюня 1886 г., привилегіи дворянскимъ банкамъ и пр. Созданіе законодательства, болѣе или менѣе соотвѣтствующаго интересамъ большинства населенія въ зависимости отъ его общественной группировки, въ данный моментъ возможно только въ законодательномъ Собраніи, составленномъ изъ свободно выбранныхъ, путемъ всеобщей подачи голосовъ, народныхъ представителей.

Рядъ врачебныхъ Съѣздовъ, главнымъ-же образомъ IX Пироговскій и XIV Съѣздъ Херсонской губ., начертали уже программу необходимыхъ мѣропріятій для правильной постановки дѣла общественнаго здравоохраненія. Но эти Съѣзды работали подъ Дамокловымъ мечемъ все того-же административнаго произвола, и поэтому программа ихъ недостаточно полна и закончена. Русскому Обществу охраненія народнаго здравія, взявшему на себя великую, но и отвѣтственную задачу разработки основъ народнаго здоровья и тѣхъ мѣропріятій, которыя необходимы для его упроченія, надлежитъ высказать то, что должно-бы, но не имѣетъ возможности заявить само населеніе, надлежитъ указать тотъ путь, по которому должна идти Россія во избѣжаніе обнищанія и вырожденія ея населенія, для упроченія ея экономическаго и санитарнаго благополучія.

Для упроченія благосостоянія населенія Россіи, для свободнаго развитія ея производительныхъ силъ и созданія такимъ образомъ наименѣе благопріятной почвы для развитія всевозможныхъ болѣзней и, наконецъ, для правильной постановки всего народнаго здравоохраненія и врачебно-санитарнаго дѣла въ Россіи безусловно необходимы:

1. Улучшеніе экономическаго состоянія населенія путемъ введенія системы прямого прогрессивнаго подоходнаго налога и освобожденія отъ налога лицъ, доходы которыхъ не превышаютъ нормы, необходимой для существованія.

2. Предоставленіе населенію широкаго участія въ самоуправленіи на основахъ всеобщаго избирательнаго права и самообложенія.

3. Полная общедоступность образованія и обязательнаго начальнаго безплатнаго обученія дѣтей на родномъ языкѣ.

4. Свобода собраній и союзовъ, устнаго и печатнаго слова; свобода совѣсти и равенство всѣхъ передъ закономъ; неприкосновенность личности и жилищъ.

Въ интересахъ охраны рабочихъ какъ сельскихъ, такъ и фабричныхъ необходимо:

5. Ограниченіе рабочаго дня 8-ю часами; полное воспрещеніе ночного труда, за исключеніемъ немногихъ производствъ, гдѣ онъ безусловно необходимъ и одобренъ рабочими организаціями; полное воспрещеніе труда дѣтей до 16 лѣтъ и ограниченіе труда подростковъ до 18 лѣтъ 6-ью часами; освобожденіе женщинъ отъ работы въ теченіи 4 недѣль до и 6 недѣль послѣ родовъ съ сохраненіемъ заработной платы.

6. Государственное страхованіе рабочихъ на случай старости и полной или частной потери трудоспособности.

7. Установленіе фактическаго общественнаго контроля надъ условіями производства, при участіи въ этомъ контролѣ представителей отъ рабочихъ въ качествѣ полноправныхъ членовъ; уголовная отвѣтственность предпринимателей за нарушеніе законовъ объ охранѣ труда и другого санитарнаго законодательства.

8. Для проведенія всѣхъ этихъ мѣропріятій въ жизнь необходимо постоянное и правильное участіе въ законодательствѣ представителей, избранныхъ всѣмъ населеніемъ.

Конечно, въ этой программѣ недостаточно еще полно и опредѣленно изложены всѣ необходимыя измѣненія государственнаго устройства; здѣсь намѣчены только общія основы его. Но и самое осуществленіе этой программы во всемъ ея объемѣ не создастъ еще того земного рая, гдѣ «нѣсть ни болѣзни, ни воздыханія»; оно не уничтожитъ ни бѣдности, ни болѣзней, не уничтожитъ эксплоатаціи человѣка человѣкомъ; оно создастъ только болѣе нормальныя условія развитія общественной и экономической жизни Россіи.

Источники. 1. *П. Н. Діатроптовъ.* О голоданіи населенія и его инфекціонной заболѣваемости.—2. Д-ръ *Архангельскій.* О вліяніи урожаевъ на браки, рождаемость и смертность въ Европейской Россіи.—3. *A. Celli.* Ученіе о заразныхъ болѣзняхъ и борьбѣ съ ними. Русскій переводъ.—4. *И. Вороновъ.* Народное хозяйство и народное здравіе.

Санитарный врачъ *М. Богомолецъ.*

Изъ Berlin'a.

70-лѣтіе дня рожденія проф. Hermann'a Senator'a. Его докладъ о физіологической и патологической альбуминуріи. Сыворотка противъ мышечнаго утомленія. Опытъ прививки сифилиса лошади. Со Съѣзда врачей спеціалистовъ по бугорчаткѣ въ Berlin'ѣ.

6-го декабря (н. ст.) исполнилось 70 лѣтъ проф. *Hermann*'у *Senator*'у, директору 3-ей медицинской клиники и поликлиники при Berlin'скомъ Университетѣ. Едва-ли кто другой изъ современныхъ профессоровъ медицины здѣшняго Университета пользуется такимъ всеобщимъ уваженіемъ и любовью, какъ *Senator*, и поэтому, не смотря на то, что онъ уклонился отъ оффиціальнаго чествованія, всѣ медицинскія изданія и учрежденія послали ему привѣтствія, поздравленія и подношенія. Никому изъ этихъ лицъ и учрежденій, воздававшихъ должное выдающемуся изслѣдователю, прекрасному клиницисту и хорошему человѣку, ни разу не пришлось взять фальшиваго тона, такъ какъ всѣ имѣли возможность искренно и правдиво говорить о его жизни и заслугахъ. Вся лучшая часть жизни и дѣятельности проф. *Senator*'а протекла въ Berlin'ѣ. Карьера его дов. рѣзко отличается отъ обычнаго прохожденія ученыхъ степеней въ Германіи, и поэтому о ней стоитъ сказать нѣсколько словъ.

Родился *Senator* въ гор. Gnesen'ѣ въ еврейской семьѣ и прожилъ въ родномъ городѣ до окончанія гимназіи, послѣ чего отправился въ Berlin и поступилъ здѣсь на медицинскій факультетъ. Отличительными чертами его студенческой жизни были: бѣдность и прилежаніе. Для иллюстраціи первой достаточно сказать, что студ. *Senator* при выборѣ себѣ комнаты всегда искалъ

такую, окно которой было-бы близко къ уличному фонарю, чтобы имѣть возможность при ночныхъ занятіяхъ экономить на освѣщеніи. Лучшимъ доказательствомъ прилежанія *Senator*'а служитъ то обстоятельство, что извѣстный *Johannes Müller* разрѣшилъ ему 3 семестра подъ рядъ быть у него «Famulus'омъ». По окончаніи курса *Senator* вынужденъ былъ, за недостаткомъ средствъ, сейчасъ-же приняться за врачебную практику; но, не смотря на это, онъ все-таки продолжалъ работать и научно и на основаніи этихъ научныхъ работъ въ 1868 г. получилъ степень ч. преподавателя, а въ 1875 г. званіе сверхштатнаго профессора. Въ этомъ-же году онъ занялъ мѣсто старшаго врача внутренняго отдѣленія больницы имени императрицы Августы. Когда умеръ *Frerichs*, *Senator* временно замѣщалъ его и велъ 1-ую медицинскую клинику въ Charité. Благодаря своимъ научнымъ заслугамъ и почетному положенію, *Senator* имѣлъ всѣ права сохранить за собою это мѣсто навсегда, но для этого требовалось перемѣнить вѣроисповѣданіе; на такой поступокъ, противный его убѣжденіямъ, *Senator* не рѣшился, и черезъ ½-года 1-ую медицинскую клинику получилъ покойный *Gerhardt*. Только въ 1885 г. *Senator*'у поручили завѣдываніе университетской поликлиникой и причисленныя къ ней постоянныя кровати переименовали въ 3-ью медицинскую клинику. Въ сущности эта клиника считается сверхштатной, и директоръ ея до сихъ поръ не состоитъ штатнымъ профессоромъ Университета. При происходящей теперь перестройкѣ зданій въ Charité клиника *Senator*'а поэтому должна быть упразднена, и почтенному клиницисту угрожаетъ опасность остаться безъ клиники. Не смотря на несовсѣмъ благопріятныя условія, въ которыя поставленъ былъ *Senator* при своей преподавательской дѣятельности, онъ всегда привлекалъ къ себѣ большое число слушателей. Его клиническія лекціи отличаются необыкновенной ясностью и простотой въ изложеніи. Онъ всегда стоитъ на высотѣ современныхъ научныхъ воззрѣній и умѣетъ такъ выпукло и отчетливо представить значеніе научныхъ изслѣдованій для клиники, что казавшіяся до того трудно-понятными и сложными явленія становятся вполнѣ ясными и простыми. Такой ясности и привлекательности его чтеній много способствуетъ прекрасный даръ рѣчи и изящество языка, которымъ *Senator* владѣетъ въ совершенствѣ. Его доклады въ медицинскомъ и терапевтическомъ Обществахъ всегда привлекаютъ множество слушателей, такъ какъ никто изъ современныхъ профессоровъ не умѣетъ такъ освѣтить данный научный вопросъ, чтобы онъ былъ вполнѣ понятенъ и ясенъ практическому врачу, какъ это дѣлаетъ *Senator*. Объясняется это тѣмъ, что *Senator* съ самаго начала своей дѣятельности съумѣлъ соединить работу практическаго врача съ научной и преподавательской дѣятельностью, при чемъ никогда не отдавалъ предпочтенія той или другой отрасли внутренней медицины и всегда избѣгалъ спеціализаціи. Когда послѣ смерти *Henoch*'а *Senator*'у предложили завѣдываніе дѣтской клиникой, онъ отказался отъ этого почетнаго назначенія, заявивъ, что желаетъ остаться врачемъ и не хочетъ стать спеціалистомъ. Дѣтскими болѣзнями, однако, *Senator* интересуется и до сихъ поръ, и извѣстные дни недѣли въ его поликлиникѣ посвящены пріему по дѣтскимъ болѣзнямъ. Что касается научныхъ работъ *Senator*'а, то нѣтъ почти ни одной области внутренней медицины, въ которую-бы онъ не внесъ извѣстной доли своей прилежной и цѣнной работы. Достоинство его научныхъ работъ очень мѣтко характеризуетъ его талантливый ученикъ проф. *Rosenheim* слѣдующимъ образомъ: «Всѣ работы *Senator*'а носятъ характерныя черты: ясную постановку вопроса; безъ отклоненій въ сторону онъ всегда направляется къ разрѣшенію поставленнаго вопроса. Въ нихъ нѣтъ ничего расплывчатаго, неопредѣленнаго. Въ его разработкѣ предмета нельзя открыть никакихъ слѣдовъ завлекающихъ, недостовѣрныхъ и фантастическихъ умозрѣній. Все основано лишь на фактахъ. Лишь то, что доказано или можетъ быть доказано, подвергается обсужденію въ ясной и сжатой формѣ. При этомъ его анализъ всегда исчерпываетъ весь вопросъ; всякій доводъ за и противъ освѣщается со строжайшей критикой; всякое выдвиганіе своей личности и, въ особенности столь любимое многими цитированіе самого себя, совершенно отсутствуетъ». Одинъ изъ учениковъ *Senator*'а взялъ на себя трудъ сосчитать число напечатанныхъ работъ своего учителя и могъ насчитать ихъ около 200 заглавій. Тутъ есть работы по судебной медицинѣ, физіологіи, общей патологіи, различнымъ отдѣламъ терапіи, педіатріи и нейрологіи. Изъ крупныхъ работъ *Senator*'а по общей патологіи слѣдуетъ отмѣтить его изслѣдованіе «О лихорадочномъ процессѣ и его лѣченіи». Въ ней *Senator* доказалъ, что мнѣніе *Pflüger*'а и *Liebermeister*'а, что повышеніе температуры обусловлено усиленіемъ процессовъ горѣнія въ организмѣ, невѣрно. Онъ разработалъ въ учебникѣ *Ziemssen*'а очень трудныя главы «О болѣзняхъ двигательнаго прибора» и «О сахарномъ и несахарномъ мочеизнуреніи». Но самая любимая его область, которой *Senator* интересовался съ самаго начала своей дѣятельности, это—физіологія и патологія почекъ. Въ этой области *Senator* является самымъ крупнымъ изъ современныхъ авторитетовъ. Его книга о болѣзняхъ почекъ составляетъ классическое произведеніе и еще долго останется лучшимъ руководствомъ для всѣхъ, кто желаетъ получить правильное представленіе о почечной патологіи. Слава *Senator*'а, какъ прекраснаго клинициста и ученаго, распространена далеко за предѣлами Германіи. Какъ врачъ и человѣкъ, онъ пользуется общими симпатіями и любовью. Онъ можетъ служить образцомъ простоты и непринужденности въ обращеніи. Въ своихъ отношеніяхъ къ окружающимъ онъ всегда и со всѣми остается одинаково ровнымъ, добрымъ и симпатичнымъ человѣкомъ.

Не смотря на свой теперь уже преклонный возрастъ, проф. *Senator* продолжаетъ по прежнему прилежно работать и наканунѣ своего юбилея сдѣлалъ докладъ въ терапевтическомъ Обществѣ «О физіологической и патологической альбуминуріи». Въ виду того, что докладъ этотъ обладаетъ всѣми свойственными работамъ *Senator*'а достоинствами, и принимая во вниманіе практическую и научную важность выбранной имъ темы, я позволю себѣ ознакомить товарищей съ его содержаніемъ въ сжатомъ видѣ.

Со свойственной ему ясностью *Senator* прежде всего разграничиваетъ понятія—«физіологическая» и «патологическая» альбуминуріи. Царящая въ этой области путаница объясняется тѣмъ, что врачи часто смѣшиваютъ понятія «ненормальное» съ «патологическимъ». Всякое появленіе бѣлка въ мочѣ, вызванное необычными, уклоняющимися отъ нормы условіями жизнедѣятельности организма, будетъ явленіемъ ненормальнымъ, но не патологическимъ: какъ только перестаютъ дѣйствовать эти ненормальныя условія, прекращается и выдѣленіе бѣлка; такія альбуминуріи слѣдуетъ считать физіологическими. Къ этой группѣ, слѣд., слѣдуетъ отнести альбуминурію послѣ усиленной ходьбы или вообще послѣ напряженной работы ногами (работа руками альбуминуріи не вызываетъ), альбуминурію послѣ обильной ѣды, послѣ холодныхъ ваннъ, альбуминурію при мѣсячныхъ и т. п. Наоборотъ, если выдѣленіе почечнаго бѣлка происходитъ при обычныхъ нормальныхъ физіологическихъ условіяхъ жизнедѣятельности организма, то такую альбуминурію слѣдуетъ считать патологической. Такъ какъ перемѣна положенія тѣла является актомъ, вполнѣ нормальнымъ физіологическимъ, то появленіе при этомъ бѣлка въ мочѣ будетъ уже явленіемъ патологическимъ. Поэтому т. наз. «циклическую» или «ортостатическую» альбуминурію слѣдуетъ отнести къ группѣ альбуминурій патологическихъ. Клиническія наблюденія говорятъ въ пользу такого воззрѣнія; нужно думать, что въ основѣ этихъ альбуминурій всегда лежитъ раздраженіе или воспаленіе почекъ. Противъ этого обыкновенно приводится 2 главныхъ возраженія: во 1-хъ, отсутствіе цилиндровъ, а, во 2-хъ,—переходъ этихъ состояній въ полное выздоровленіе. Но, по мнѣнію *Senator*'а, оба эти возраженія не имѣютъ доказательной силы: что касается цилиндровъ, то теперь мы уже знаемъ, что присутствіе ихъ вовсе не свидѣтельствуетъ о наличности воспалительнаго процесса въ почкахъ; изъ опытовъ извѣстно, что достаточно одного застоя крови въ почкахъ, чтобы обусловить появленіе цилиндровъ и другихъ почечныхъ элементовъ въ мочѣ; точно также и при вышеупомянутыхъ видахъ физіологической альбуминуріи (послѣ усиленной ходьбы, напр.) нерѣдко находятъ цилиндры въ мочѣ; и въ томъ, и въ другомъ случаѣ они исчезаютъ, какъ только перестаютъ дѣйствовать вызвавшія ихъ появленіе причины; извѣстно также, что отсутствіе почечныхъ цилиндровъ не исключаетъ наличности почечнаго заболѣванія. 2-ое возраженіе основано на ложномъ представленіи о неизлѣчимости хроническаго нефрита. Но тотъ, кому много разъ приходилось вскрывать почки трупа или у живого во время операціи, знаетъ, какъ часто въ почкахъ встрѣчаются слѣды бывшихъ гнѣздныхъ воспалительныхъ процессовъ. Что-же мѣшаетъ допустить, что такіе легкіе воспалительные процессы, какъ тѣ, которые служатъ причиной циклической альбуминуріи, могутъ переходить въ излѣченіе? Съ другой стороны, клиническое наблюденіе показываетъ, что эти состоянія могутъ смѣняться болѣе тяжелыми, дѣйствительно неизлѣчимыми, формами хроническаго нефрита.

Что касается механизма возникновенія всѣхъ видовъ перемежающейся физіологической и патологической альбуминуріи, то тутъ *Senator* прежде всего отвергаетъ объясненіе, данное по этому вопросу *Leube*. *Leube* видитъ причину упомянутыхъ альбуминурій въ особой «прирожденной недостаточной плотности почечнаго фильтра». По этой теоріи, однако, остается непонятнымъ, какимъ образомъ человѣкъ, почечный фильтръ котораго отъ рожденія былъ недостаточенъ, получаетъ здоровую плотную почку путемъ упражненія въ тѣхъ движеніяхъ, которыя раньше обнаруживали у него недостаточность его почечнаго фильтра. Трудно также объяснить, какимъ образомъ у людей, имѣ-

шихъ отъ рожденія плотный почечный фильтръ, не пропускавшій бѣлка при самыхъ сильныхъ напряженіяхъ, онъ вдругъ становится такимъ неплотнымъ, что пропускаетъ бѣлокъ при простой перемѣнѣ положенія тѣла. *Senator* полагаетъ, что дѣло обстоитъ не совсѣмъ такъ просто, какъ это представляетъ себѣ *Leube*. Различные виды альбуминурій, по всей вѣроятности, бываютъ обусловлены различными причинами. Нужно, однако, думать, что повсюду главную роль играютъ прирожденныя или пріобрѣтенныя измѣненія въ области кровеносной системы. Хотя мы и до сихъ поръ еще не умѣемъ точно измѣрять давленіе крови въ сосудахъ, но есть основаніе думать, что при стоячемъ положеніи тѣла давленіе крови въ нижней полой венѣ, а слѣд. и въ почечныхъ венахъ, больше, чѣмъ при лежачемъ, а поэтому при перемѣнѣ лежачаго положенія въ стоячее получается небольшой застой крови въ почкахъ. Это измѣненіе въ кровообращеніи, которое у вполнѣ здороваго человѣка еще не можетъ обусловить альбуминуріи, вызываетъ ее у людей, почки которыхъ находятся въ состояніи раздраженія или легкаго воспаленія. Въ пользу такого объясненія происхожденія ортостатической альбуминуріи говоритъ то обстоятельство, что всѣ средства, усиливающія дѣятельность сердца и ускоряющія кровообращеніе въ почкахъ, устраняютъ этотъ видъ альбуминуріи. *Paul Edel* на этомъ основаніи успѣшно лѣчилъ больныхъ съ циклической альбуминуріей систематическимъ восхожденіемъ на горы. Точно также при альбуминуріи послѣ холодныхъ ваннъ, вѣроятно, большую роль играетъ разстройство почечнаго кровообращенія; къ этому можетъ быть, присоединяется еще измѣненіе состава крови, зависящее отъ значительнаго распада бѣлыхъ тѣлецъ подобно тому, какъ это бываетъ съ красными кровяными шариками при припадочной гэмоглобинуріи подъ вліяніемъ холода. Альбуминурія послѣ обильнаго пріема пищи, можетъ быть, зависитъ отъ того, что организмъ не успѣваетъ превратить всѣ чуждые ему бѣлки въ бѣлковыя соединенія человѣческаго тѣла, и эти чуждые бѣлки выдѣляются съ мочей. Альбуминурія новорожденныхъ, вѣроятно, зависитъ отъ ненормальнаго кровообращенія вслѣдствіе того, что нѣкоторое время остается открытымъ *Auranti*'евъ протокъ, а альбуминурія роженицъ отъ веннаго застоя вслѣдствіе сдавленія почечныхъ сосудовъ увеличенной маткой. Словомъ, появленіе физіологической или близко къ ней стоящихъ формъ патологической альбуминуріи, по мнѣнію *Senator*'а, всегда зависитъ отъ прирожденнаго или пріобрѣтеннаго предрасположенія, заключающагося въ ненормальномъ состояніи различныхъ органовъ, напр., почки, кишечной трубки, кровеносной системы или самой крови.

Въ началѣ нынѣшняго года Berlin'скій врачъ *Weichardt* сдѣлалъ свое 1-ое сообщеніе о токсинахъ и антитоксинахъ мышечнаго утомленія (см. «Русскій Врачъ», № 2, стр. 53). Онъ продолжалъ свои изслѣдованія и недавно сообщилъ о дальнѣйшихъ результатахъ ихъ. Изслѣдованія д-ра *Weichardt*'а представляютъ в. большой интересъ, такъ какъ ему удалось получить сыворотку, которая можетъ устранять утомленіе, вызванное мышечной работой, и такимъ образомъ значительно повысить мышечную работоспособность. Всякому ясно, какое важное общественное значеніе пріобрѣтаетъ это открытіе, если всѣ данныя, приводимыя авторомъ, дѣйствительно, окажутся важными, и болѣе широкая практика подтвердитъ результаты его, полученные пока при опытахъ, веденныхъ въ небольшихъ размѣрахъ. Чтобы читателямъ было ясно значеніе работы *Weichardt*'а, приведу въ сжатомъ видѣ выводы изъ его изслѣдованій. Работающая мышца теплокровныхъ животныхъ образуетъ, помимо химически уже опредѣленныхъ продуктовъ распада, еще особый токсинъ, который можетъ быть выдѣленъ при помощи діализа. Этотъ токсинъ вызываетъ утомленіе животнаго, а накопленіе его въ значительномъ количествѣ обусловливаетъ смерть при пониженной температурѣ, спячкѣ и другихъ явленіяхъ самоотравленія. Въ трупахъ неутомленныхъ животныхъ токсина мышечнаго утомленія или совсѣмъ не бываетъ, или онъ находится въ видѣ небольшихъ слѣдовъ, являющихся результатомъ предсмертныхъ мышечныхъ судорогъ. Токсинъ мышечнаго утомленія обладаетъ всѣми свойствами настоящаго токсина: онъ не диффундируетъ черезъ животныя перепонки и, будучи введенъ въ кровь животныхъ въ значительномъ количествѣ, вызываетъ образованіе значительныхъ количествъ специфическаго антитоксина. Токсинъ и антитоксинъ нейтрализуютъ другъ друга какъ въ животномъ организмѣ, такъ и въ пробиркѣ. Отъ бактеріальныхъ антитоксиновъ антитоксинъ мышечнаго утомленія, однако, существенно отличается тѣмъ, что онъ проходитъ черезъ животныя перепонки. Вслѣдствіе этой способности онъ легко всасывается изъ пищеварительнаго канала. Авторъ добывалъ этотъ антитоксинъ путемъ впрыскиванія токсина лошади, при чемъ полученную отъ лошади сыворотку онъ высушивалъ и принималъ внутрь. Никакихъ побочныхъ дѣйствій сыворотка эта не оказывала; напротивъ, она дѣйствовала освѣжающимъ образомъ и повышала мышечную силу. Авторъ думаетъ, что сыворотка его въ будущемъ найдетъ себѣ примѣненіе при всякаго рода спортѣ, продолжительныхъ походахъ и будетъ служить для устраненія чувства усталости. И въ клиникѣ это средство можетъ найти себѣ примѣненіе, напр., при нейрастеніи, для выздоравливающихъ и т. п. Такъ какъ авторъ производилъ свои работы отчасти при поддержкѣ химической фабрики Schering'а, то есть основаніе думать, что новая сыворотка скоро поступитъ въ продажу.

7-го декабря залъ засѣданія Berlin'скаго медицинскаго общества въ теченіи нѣкотораго времени имѣлъ нѣсколько необычный видъ: передъ предсѣдательскимъ столомъ, гдѣ обыкновенно помѣщаются показываемые больные, стояла лошадь. Бактеріологъ *Piorkowski* представилъ на обсужденіе Собранія результатъ своего опыта прививки сифилиса лошади. Онъ вводилъ въ яремную вену лошади кровь, взятую отъ сифилитиковъ въ разныхъ ступеняхъ болѣзни, при чемъ получилась папулезная сыпь на груди и на животѣ. *Piorkowski* думаетъ, что ему удалось вызвать у лошади настоящій сифилисъ. Выставленные имъ патологоанатомическіе препараты, по его мнѣнію, также подтверждаютъ это. Въ возникшихъ по этому поводу преніяхъ, въ которыхъ приняли участіе нѣкоторыя выдающіеся авторитеты по сифилису и извѣстные Berlin'скіе патологоанатомы, мнѣнія по этому вопросу нѣсколько разошлись. Проф. ветеринарнаго Института *Schütz* призналъ, что въ естественномъ состояніи у лошадей сыпи, подобной показанной, не наблюдается, и поэтому онъ склоненъ принять ее за сифилитическую. Проф. *Lassar* и д-ръ *Blaschko* также готовы были на основаніи патологоанатомическихъ и клиническихъ признаковъ признать полученныя измѣненія за сифилитическія. Профф.-же v. *Hansemann*, *Kromayer* и *Benda*, напротивъ, указывали на то, что представленныя патологоанатомическія измѣненія не заключаютъ въ себѣ ничего характернаго для сифилиса и что на основаніи ихъ никоимъ образомъ нельзя признать наличность у привитого животнаго сифилиса. Д-ръ *Aronson*, завѣдующій сывороточнымъ отдѣленіемъ большой химической фабрики и имѣющій поэтому большой опытъ относительно кожныхъ измѣненій у лошадей, являющихся слѣдствіемъ введенія въ кровь инородныхъ веществъ, утверждалъ, что онъ наблюдалъ появленіе папулообразной сыпи у нѣкоторыхъ лошадей подъ вліяніемъ впрыскиванія чуждыхъ организму бѣлковъ. Представленная д-ромъ *Piorkowski*'мъ лошадь, по его мнѣнію, получила сыпь, вѣроятнѣе всего, вслѣдствіе дѣйствія чуждыхъ организму ея бѣлковъ человѣка. Въ такомъ-же смыслѣ высказался и проф. *Brieger*. Общій выводъ изъ преній получился не въ пользу мнѣнія докладчика, такъ какъ не осталось ни одного положительнаго довода, который-бы подтверждалъ наличность сифилитическаго зараженія у показанной лошади. Д-ръ *Aronson* заговорилъ было о сифилитической палочкѣ, открытой *Piorkowski*'мъ и хотѣлъ, вѣроятно, какъ и нѣкоторые другіе изъ присутствовавшихъ предложить вопросъ, почему докладчикъ въ подтвержденіе наличности сифилиса не доказалъ присутствія въ крови лошади сифилитической палочки, но предсѣдательствовавшій проф. *Bergmann* почему-то не допустилъ разговора на эту тему, ссылаясь на то, что, по его мнѣнію, это прямого отношенія къ дѣлу не имѣетъ. Во всякомъ случаѣ, вопросъ о прививаемости сифилиса лошади сдѣланнымъ предъявленіемъ мало подвинулся впередъ.

Для рѣшенія этого важнаго въ практическомъ отношеніи вопроса придется произвести еще много повѣрочныхъ опытовъ.

Въ заключеніе считаю нужнымъ дать, хотя-бы краткій, отчетъ о происходившемъ 25 и 26-го ноября ежегодномъ Съѣздѣ врачей-спеціалистовъ по бугорчаткѣ. Изъ прочитанныхъ на этомъ Съѣздѣ докладовъ наибольшій интересъ представляетъ отчетъ д-ра *Weber*'а о работахъ Германскаго санитарнаго вѣдомства по вопросу объ отношеніи между бугорчаткой человѣка и животныхъ. Хотя работы эти еще не вполнѣ закончены, но по полученнымъ до сихъ поръ результатамъ можно выдѣлить 2 совершенно различныхъ вида бугорчатковыхъ палочекъ, а именно человѣческій типъ и типъ бычачій. Различія между обоими типами сказываются въ морфологическихъ свойствахъ, въ разводкахъ и при прививкѣ животнымъ. Превращенія человѣческихъ палочекъ въ бычачьи и обратно не бываетъ. Бугорчатковыя палочки хладнокровныхъ животныхъ не имѣютъ никакого отношенія къ человѣческимъ и къ человѣческому организму относятся, какъ сапрофиты. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи 56 труповъ съ бугорчаткой въ 50 найдена исключительно человѣческая бугорчатка, въ 3 исключительно бычачья бугорчатка, при чемъ въ 2 изъ нихъ были поражены брызжеечныя железы, а въ 1—брызжеечныя железы и кишечникъ; во всѣхъ 3 случаяхъ дѣло идетъ объ очень молодыхъ дѣтяхъ, у которыхъ зараженіе произошло черезъ питье молока отъ больныхъ жемчужной болѣзнью коровъ. Въ 2 другихъ случаяхъ въ брызжейкѣ оказались бычачьи бугорчатковыя палочки, а въ другихъ органахъ—человѣческія. Наконецъ, въ 1 случаѣ въ легочныхъ гнѣздахъ найдены рядомъ оба вида бугорчатковыхъ палочекъ. Изъ этихъ изслѣдованій авторъ выводитъ заключеніе, расходящееся съ мнѣніемъ *Koch*'а, а именно, что бычачьи бугорчатковыя палочки небезопасны для человѣка и что поэтому всѣ мѣры предосторожности, предпринимаемыя для огражденія человѣка отъ зараженія молокомъ больныхъ жемчужной болѣзнью животныхъ, должны быть по прежнему строго соблюдаемы.

По поводу этого доклада былъ поднятъ вопросъ о томъ, есть-ли какая-нибудь разница въ дѣйствіи на человѣка туберкулина, полученнаго изъ бугорчатковыхъ палочекъ человѣка и рогатаго скота? Оказалось, что опредѣленныхъ свѣдѣній на этотъ счетъ пока нѣтъ, но въ что санитарномъ вѣдомствѣ собираются произвести въ этотъ направленіи изслѣдованія.

По вопросу о пригодности и вѣрности обычной туберкулиновой пробы въ примѣненіи къ ввозимому извнѣ убойному скоту интересное сообщеніе сдѣлалъ д-ръ *Kremser*. Оказывается, что датскіе скототорговцы ухитрились свести на нѣтъ значеніе этой пробы при помощи слѣдующаго пріема: назначенному для вывоза въ Германію скоту въ теченіи нѣкотораго времени дѣлается нѣсколько впрыскиваній туберкулина, такъ что ко времени перевозки скотъ уже больше не отвѣчаетъ на новое впрыскиваніе. Докладчикъ открылъ этотъ обманъ тѣмъ, что ему бросилась въ глаза необычайно ничтожная цифра забракованныхъ животныхъ, пришедшихъ изъ Даніи. Онъ повторилъ поэтому черезъ нѣкоторое время впрыскиваніе туберкулина, и тогда больныхъ животныхъ оказалось гораздо больше. Послѣ этого приняты были особыя мѣры для устраненія въ будущемъ подобнаго обмана.

Остальные доклады касались обычныхъ на этихъ Съѣздахъ вопросовъ: объ организаціи и устройствѣ новыхъ здравницъ, попечительствъ и больницъ для больныхъ бугорчаткой, о лѣченіи туберкулиномъ и т. п. и въ общемъ дали мало выдающагося и новаго. Можно лишь отмѣтить, что попечительства типа французскихъ «Dispensaires» хорошо прививаются въ Германіи и что съ различныхъ сторонъ раздаются голоса въ пользу распространенія общественнаго призрѣнія на болѣе тяжелыхъ больныхъ, каковые, при современныхъ условіяхъ пріема въ здравницы и больницы, часто нигдѣ не находятъ пріюта.

А. Коварскій.

Berlin. 17/4-го декабря 1904 г.

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Физіологія и общая патологія. 992. Д-ръ *С. Абрамовъ* и студ. *А. Самойловичъ* (Ростовъ на Дону), пользуясь новыми способами окраски желчныхъ волосниковъ *Eppinger*'а и *Kuckel*'я въ нормальной печени, а также въ случаяхъ желтухи различнаго происхожденія, пришли къ слѣдующимъ выводамъ относительно *строенія желчныхъ волосниковъ и происхожденія желтухи*. Желчные волосники, проходящіе по оси печеночныхъ балокъ, переплетаются въ широкопетлистую сѣть, а на мѣстахъ соустій образуютъ расширеніе. Отходящіе отъ волосниковъ межклѣточные отростки въ большинствѣ случаевъ оканчиваются слѣпымъ концомъ, не доходятъ до сосудистаго края балки. Отъ волосниковъ отходятъ внутриклѣточные отростки, не вѣтвящіеся и оканчивающіеся слѣпо, не доходя до ядра. Соприкосновенія желчныхъ и кровеносныхъ волосниковъ въ нормальной печени нѣтъ. При желтухѣ механическаго происхожденія образуется застой желчи, начиная съ большихъ желчныхъ ходовъ до мельчайшихъ развѣтвленій; вслѣдствіе этого застоя удлинняются меж- и внутриклѣточные отростки, слѣпые концы межклѣточныхъ отростковъ разрываются и желчь попадаетъ въ околососудистыя лимфатическія пространства, а въ печеночной паренхимѣ подъ вліяніемъ излившейся желчи появляются участки омертвѣнія. Желтуха при ракѣ и атрофическомъ циррозѣ печени является однимъ изъ видовъ механической застойной желтухи. При гнойномъ воспаленіи желчныхъ ходовъ (cholangitis) желчь, кромѣ оттока черезъ распавшіеся большіе желчные ходы въ лимфатическіе пути *Glisson*'овой сумки, попадаетъ черезъ промежутки между печеночными клѣтками непосредственно въ околососудистыя пространства. При хроническомъ венномъ застоѣ въ печени въ просвѣтѣ желчныхъ волосниковъ и въ расширеніяхъ отлагаются плотныя части желчи. По способу происхожденія нужно различать слѣдующіе виды желтухи: а) желчные тромбы образуютъ препятствіе для свободнаго оттока желчи и вызываютъ такимъ образомъ всѣ явленія механической желтухи; б) развивающаяся на почвѣ хроническаго застоя околоворотная соединительная ткань сдавливаетъ желчные ходы и вызываетъ опять явленія механической желтухи, в) при обширномъ распадѣ печеночныхъ балокъ въ центральныхъ частяхъ дольки желчные волосники подъ давленіемъ расширенныхъ кровеносныхъ волосниковъ погибаютъ, а изъ оставшихся волосниковъ желчь попадаетъ въ околососудистыя пространства. Общій выводъ авторовъ слѣдующій: *всасываніе желчи при желтухѣ происходитъ черезъ лимфатическую систему* (*Virchow*'s Archiv, т. 176, тетр. 2). *А. Н. Дмитріевъ.*

Фармакологія. 993. Д-ръ *Artur Schütze* изложилъ свои наблюденія надъ *практическимъ примѣненіемъ новаго обеззараживающаго мочу средства—хелмитола*, дѣйствующаго, подобно уротропину, выдѣленіемъ формальдегида, но не сопровождающагося свойственными послѣднему неблагопріятными послѣдовательными явленіями со стороны желудка и кишекъ. Хелмитолъ есть ангидридъ метиленлимоннокислаго гексаметилентетрамина и представляетъ бѣлый, кристаллическій порошокъ кисловатаго вкуса, растворяющійся въ водѣ до 7% и почти не растворимый въ алкоголѣ; въ продажѣ онъ имѣется въ видѣ табличекъ, по 0,5 грм., легко растворимыхъ въ водѣ. Испытывавшій ранѣе дѣйствіе хелмитола, д-ръ *E. Heuss* нашелъ, что онъ имѣетъ преимущество передъ уротропиномъ 1) по своему болѣе энергичному обеззараживающему мочу дѣйствію, основанному на выдѣленіи формальдегида-же, 2) по его безвредности, такъ какъ даже большія количества его не вызывали разстройства желудка и 1 и 2%-ные растворы не раздражали слизистой оболочки пузыря и 3) по его пріятному вкусу; онъ примѣнялъ хелмитолъ а) для внутренняго употребленія въ растворѣ воды, 3—4—8 грм. въ день, въ теченіи 6 — 8 часовъ и б) въ формѣ впрыскиваній въ мочевой пузырь 100—200 к. стм. 1—2%-го раствора. *A. Schütze*, перечисливъ, въ свою очередь, различныя формы затяжного воспаленія мочевого пузыря и почечныхъ лоха-

нокъ, при которыхъ онъ наблюдалъ успѣшное дѣйствіе хелмитола, выражавшееся въ быстромъ просвѣтленіи мочи, замѣтномъ уменьшеніемъ содержанія въ ней гноя и устраненіемъ амміачнаго ея запаха, въ заключеніе высказалъ, что сообщаемыя имъ нынѣ наблюденія, произведенныя на дов. большомъ и разнородномъ матеріалѣ, даютъ ему основаніе установить за хелмитоломъ качества сильно дѣйствующаго, вполнѣ безвреднаго и весьма удобопримѣнимаго средства для обеззараживанія мочи (Wiener medizinische Presse, № 2). *Г. Александровъ.*

994. Д-ръ *Aronheim* дополнилъ свои предъидущія изслѣдованія надъ *бромистымъ метилатропиномъ*, представляющимъ такое химическое соединеніе, въ которомъ къ азоту бромистаго атропина присоединена метиловая группа. Онъ установилъ, что названный препаратъ, легко растворяющійся въ водѣ и разжиженномъ алкоголѣ, 1) обладаетъ значительнымъ болеутоляющимъ свойствомъ; 2) вызываетъ потерю чувствительности роговой и соединительной оболочекъ глазъ; 3) устраняетъ зудъ при различныхъ кожныхъ страданіяхъ и 4) не вызываетъ какихъ-либо непріятныхъ явленій. Наблюденія на животныхъ и больныхъ подтверждали, что главнымъ достоинствомъ бромистаго атропина является ослабленное и болѣе укороченное дѣйствіе атропина, подавляющее вліяніе на отдѣлительную дѣятельность железъ и почти полное отсутствіе припадковъ сопутствующихъ явленіямъ отравленія атропиномъ. Авторъ примѣнялъ бромистый атропинъ съ полнымъ успѣхомъ, какъ болеутоляющее средство, при самыхъ разнородныхъ страданіяхъ въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній и внутренняго назначенія въ количествѣ отъ 0,002 до 0,05. При перечисленіи отдѣльныхъ страданій, при которыхъ онъ назначалъ бромистый метилатропинъ, авторъ, приведя различныя прописи его (таковы, напр., при болѣзненныхъ воспаленіяхъ мочевого пузыря — метилатропина 0,002, уротропина 1,0, по порошку 2 раза въ день; при безсонницѣ—метилатропина 0,002, веронала 0,5—10; при неврастеніяхъ—метилатропина 0,002, фенацетина 0,5—0,75; при кашлевомъ раздраженіи ночью—метилатропина 0,02, солянокислаго атропина 0,2, воды горькихъ миндалей 10,0, по 15—20 капель и т. д.), добавилъ, что личныя наблюденія въ теченіи $1^1/_2$ лѣтъ позволяютъ ему обратить вниманіе на названное лѣкарственное вещество, которое, не обладая почти совсѣмъ свойствами отравнаго дѣйствія, такъ какъ незначительное расширеніе зрачка и быстро проходящая сухость глотки наблюдались лишь въ исключительныхъ случаяхъ, можетъ съ большимъ удобствомъ замѣнять морфій, обычно противопоказуемый при сердечныхъ страданіяхъ (Wiener kl. ther. Wochenschrift, № 28). *Г. Александровъ.*

995. Проф. *Gyula v. Elischer* сообщаетъ результаты примѣненія *стиптола* (*styptol*) въ 22 случаяхъ *при маточныхъ кровотеченіяхъ*. Стиптолъ — нейтральный фталокислый котарнинъ, представляетъ собою нѣжный, желтый, кристаллическій порошокъ, хорошо растворяющійся въ теплой водѣ, содержащій 73% котарнина и аналогичный стиптицину. Назначается онъ въ порошкѣ или въ таблеткахъ, по 0,05 на пріемъ, черезъ три часа, или раза 3 въ день; послѣ пріема даютъ выпить чашку теплой ароматической настойки (мяты или ромашки). Въ свѣжихъ случаяхъ стиптолъ дается со 2—3-го дня кровотеченія; при неправильныхъ же, учащенныхъ мѣсячныхъ—и въ промежуткахъ между ними. Авторъ примѣнялъ стиптолъ при маточныхъ кровотеченіяхъ всевозможнаго происхожденія. Препаратъ этотъ, какъ оказалось, дѣйствуетъ не только, какъ хорошее кровоостанавливающее средство, но и какъ успокаивающее; кромѣ того, онъ умѣряетъ и выдѣленіе бѣлей. Самые лучшіе результаты получились при атипическихъ кровотеченіяхъ безъ видимой патолого-анатомической подкладки; въ этихъ случаяхъ стиптолъ не только дѣйствовалъ противъ самаго кровотеченія, но еще удлинялъ меж-мѣсячный періодъ и уменьшалъ количество слизистыхъ выдѣленій. При фиброміомахъ дѣйствіе стиптоля на кровотеченія тоже оказалось очень энергичнымъ. Весьма удовлетворительные результаты примѣненіе его дало и при правильно протекающихъ выкидышахъ и послѣ выскабливанія. При раковыхъ кровотеченіяхъ дѣйствіе его сомнительно (Wiener medicinische Wochenschrift, № 32—33). *А. Г-ръ.*

Бактеріологія. 996. Д-ръ *W. Rusicka*, въ работѣ *о тончайшемъ строеніи сибиреязвенной палочки*, пришелъ къ весьма интереснымъ заключеніямъ относительно *общихъ біологическихъ свойствъ бактерій*. Изучая отношенія палочекъ сибирской язвы ко всякаго рода, употребляемымъ въ бактеріологической техникѣ, реактивамъ, авторъ убѣдился, что микробы эти воспринимаютъ красящія вещества вполнѣ аналогично ядрамъ клѣтокъ. Изслѣдованныя бактеріи содержатъ до 70% нуклеина (главной составной части ядра). На основаніи данныхъ, полученныхъ при окраскѣ по способу д-ра *Романовскаго*, существовало предположеніе, что палочки сибирской язвы состоятъ изъ хроматина и тонкихъ нитей цитоплазмы. Но при помощи центральной красящей смѣси (нарцеинъ + фуксинъ + метиленовая зелень) авторъ получилъ ту-же картину на бѣлыхъ кровяныхъ тѣльцахъ, которая исчезала при удаленіи изъ смѣси фуксина. Поэтому онъ полагаетъ, что сѣтеобразная оболочка бактеріи не соотвѣтствуетъ цитоплазмѣ, и доказываетъ это опытомъ искусственнаго перевариванія бактерій въ желудочномъ сокѣ, такъ какъ даже послѣ 8 и болѣе дней дѣйствія желудочнаго сока строеніе бактерій въ общемъ нисколько не измѣнялось. На основаніи всего этого авторъ утверждаетъ, что палочки сибирской язвы не только содержатъ въ себѣ ядра, но, насколько позволяютъ въ этомъ убѣдиться наши современныя знанія, гистологически состоятъ только изъ ядернаго вещества и представляютъ собою голыя ядра. Дальнѣйшія изслѣдованія покажутъ, насколько наблюденія, сдѣланныя д-ромъ *Rusicka* надъ палочками сибирской язвы, и выведенныя отсюда заключенія примѣнимы къ другимъ бактеріямъ (Archiv für Hygiene, т. LI, тетр. 3). *В. Ц.*

Внутреннія болѣзни. 997. Д-ра *F. Köhler* и *M. Behr* изучали вопросъ о *вліяніи психическаго внушенія на повышеніе температуры у больныхъ бугорчаткой*. Они производили слѣдующій опытъ: сообщали больнымъ, что производятъ впрыскиваніе туберкулина, подъ вліяніемъ котораго между 6 и 8 час. вечера того-же дня должно послѣдовать повышеніе температуры. На самомъ дѣлѣ больнымъ впрыскивалась обезпложенная вода или просто производился уколъ иглой. Изъ 60 больныхъ, надъ которыми произведенъ былъ этотъ опытъ, 13 отвѣтили повышеніемъ температуры, при чемъ у большинства температура повысилась въ назначенный часъ; у нѣкоторыхъ степень повышенія температуры была значительная и превышала наблюдавшуюся до опыта среднюю температуру больше, чѣмъ на 2° Ц. (2°,1—2°,4). Для практики авторы дѣлаютъ изъ своихъ опытовъ слѣдующіе выводы: 1. Во избѣжаніе повышеній температуры вслѣдствіе внушенія слѣдуетъ охранять бугорчатковыхъ больныхъ отъ всякихъ волненій и душевныхъ потрясеній. 2. Чтобы признать реакцію на туберкулинъ положительной, недостаточно, какъ это было принято до сихъ поръ, получить повышеніе температуры на 0,5 Ц. надъ средней; слѣдуетъ больше всего придавать значенія вліянію впрыскиванія на общее состояніе организма и по возможности на измѣненіе мѣстныхъ явленій въ легкомъ. 3. Настоятельно совѣтуется передъ впрыскиваніемъ туберкулина сдѣлать т. наз. «Injectio vaena» по *Petruschky* и особенно при лѣчебномъ примѣненіи туберкулина отъ времени до времени въ промежуткѣ между впрыскиваніями послѣдняго включить такое «пустое» впрыскиваніе. Такимъ путемъ можно избѣжать ошибокъ и не принять внушенную реакцію за постоянную (Münchener med. Wochenschrift, № 48). *А. Коварскій.*

998. Проф. *H. Leo* (Bonn) разсматраетъ вопросъ *объ излѣчимости сахарнаго мочеизнуренія*, относительно котораго мнѣнія клиницистовъ расходятся. Въ то время какъ одни (*Seegen*, *v. Mering*, *Rumpf*) признаютъ эту болѣзнь совершенно неизлѣчимой, другіе (*v. Noorden*, *Lepine*, *Naunyn*, *Külz*) допускаютъ, что въ единичныхъ—правда, рѣдкихъ—случаяхъ приходится отмѣчать полное излѣченіе. На основаніи своего клиническаго опыта авторъ пришелъ къ заключенію, что сахарная болѣзнь—неизлѣчима и что тѣ случаи, которые описаны, какъ случаи из-

лѣченія, или представляли лишь скрытую стадію болѣзни, или не удовлетворяли тѣмъ требованіямъ, которыя мы должны предъявлять къ случаямъ излѣченія. Основное изъ этихъ требованій заключается въ томъ, чтобы организмъ, не смотря на чрезмѣрно высокое потребленіе крахмало-содержащей пищи, не выдѣлялъ съ мочей никакихъ слѣдовъ сахара. Если у нѣкоторыхъ больныхъ и удается добиться такого состоянія, но для того, чтобы считать ихъ излѣченными, нужно доказать, что это состояніе остается постояннымъ и что выдѣленіе сахара и другіе признаки сахарной болѣзни не возобновляются. Въ подтвержденіе своего мнѣнія *Leo* приводитъ случай, гдѣ 30-лѣтній діабетикъ, болѣзнь котораго распознана была только 3 года назадъ, подъ вліяніемъ діэтетическаго лѣченія былъ доведенъ до того, что совершенно не выдѣлялъ сахара, даже при обильной крахмалистой пищѣ. Случай былъ далеко не изъ легкихъ, такъ какъ въ началѣ болѣзни имѣлись всѣ клиническіе признаки сахарнаго мочеизнуренія и количество сахара за сутки доходило до 225 грм. Можно было бы поэтому признать этотъ случай за случай излѣченія, но дальнѣйшее наблюденіе показало, что это былъ только скрытый періодъ болѣзни, такъ какъ черезъ 3 мѣсяца, въ теченіи которыхъ больному приходилось напряженно работать, болѣзнь опять проявилась съ прежней силой: количество мочи дошло до $4^1/_2$ литровъ и она содержала $5,2^0/_0$ сахара. Діэтетическое лѣченіе опять свело сахаръ къ нулю. *Leo* поэтому не признаетъ возможности полнаго исчезновенія уже разъ развившагося сахарнаго мочеизнуренія и полагаетъ, что во всѣхъ случаяхъ бывшей сахарной болѣзни, гдѣ организмъ сталъ снова переносить большія количества углеводовъ, дѣло идетъ не объ излѣченіи болѣзни, а объ очень скрытомъ ея состояніи. Въ практическомъ отношеніи такой взглядъ на излѣчимость сахарнаго мочеизнуренія важенъ потому, что такимъ, по видимому, излѣченнымъ больнымъ слѣдуетъ совѣтовать не предъявлять слишкомъ большихъ требованій къ усвояющей способности ихъ организма по отношенію къ углеводамъ и употреблять послѣдніе въ пищу все-же въ ограниченныхъ количествахъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 50). *А. Коварскій.*

999. *Лѣченіе разлитыхъ кишечныхъ катарровъ*, постояннымъ признакомъ которыхъ являются поносы, представляетъ для практическаго врача цѣлый рядъ весьма большихъ трудностей главнымъ образомъ потому, что клиницисты несогласны между собою насчетъ діэтетическихъ предписаній при этомъ страданіи. Поэтому большой интересъ представляетъ статья извѣстнаго Berlin'скаго спеціалиста по желудочно-кишечнымъ болѣзнямъ, проф. *Rosenheim*'а, посвященная этому вопросу. *R.* прежде всего разбираетъ вопросъ о пригодности молока для больныхъ съ хроническими катаррами кишекъ. На основаніи своихъ наблюденій онъ пришелъ къ заключенію, что молоко при разлитыхъ хроническихъ катаррахъ тонкихъ кишекъ плохо переносится и вызываетъ вздутіе кишекъ, чувство напряженія или усиливаетъ поносы; зависитъ такое дѣйствіе молока отъ того, что молочный сахаръ представляетъ благопріятную среду для размноженія бактерій броженія. Если-же тонкая кишка не задѣта катарральнымъ процессомъ или, по крайней мѣрѣ отъ него свободны верхнія $^2/_3$ ея, то неблагопріятныхъ признаковъ дѣйствія молока не наблюдается, и оно поэтому не противопоказуется при разлитыхъ катаррахъ однѣхъ толстыхъ кишекъ. При разлитыхъ катаррахъ тонкихъ кишекъ *Rosenheim* совершенно исключаетъ поэтому молоко изъ діэты и въ началѣ лѣченія не допускаетъ его даже въ видѣ примѣси къ напиткамъ или печеніямъ. Только тогда, когда отправленія кишекъ упорядочиваются и характеръ испражненій приближается къ нормальному, онъ дѣлаетъ попытки пріучить больного къ молоку; онъ прибавляетъ при этомъ иногда къ молоку препараты извести (известковой воды 1—2 столовыхъ ложки или фосфорнокислой извести на кончикѣ ножа на 150 грм. молока) или салициловый натръ (0,3 грм. на $1^1/_2$ литра). Можно также пользоваться кефиромъ, молокомъ съ пегниномъ или другими препаратами молока, содержащими мало молочнаго сахара. Такъ какъ безъ молока крайне трудно улучшить общее питаніе больного, то приходится вводить, взамѣнъ его, много бѣлковъ. Въ большинствѣ случаевъ *R.* начинаетъ поэтому лѣченіе съ богатой бѣлками діэты, т. е., даетъ 120 и болѣе грм. бѣлка, 200—250 грм. углеводовъ и 40—50 грм. жира. Пища при этомъ состоитъ изъ мяса, рыбы, яицъ, незначительнаго количества сахара, хлѣба или сухарей, риса, крупы, саго, бульона или слизистыхъ суповъ, масла, чая и краснаго вина. Эту легкую діэту авторъ считаетъ наиболѣе подходящей при разстройствѣ отправленій тонкихъ кишекъ; въ существенныхъ чертахъ она можетъ оставаться такою-же и при заболѣваніяхъ желудка и толстыхъ кишекъ; въ ней въ этихъ случаяхъ придется сдѣлать лишь количественныя измѣненія; такъ, при ахиліи желудка, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ терапевтическія мѣропріятія (HCl, пепсинъ) не способны замѣнить недостающей переваривающей способности желудка и гдѣ, вслѣдствіе обилія неусвоеннаго бѣлковаго матеріала, происходитъ усиленное гніеніе его въ толстыхъ кишкахъ, придется значительно уменьшить количество бѣлковъ пищи и ограничить ихъ 50—60 грм. Въ нѣкоторыхъ упорныхъ случаяхъ приходится совершенно исключить изъ пищевого довольствія мясо, рыбу и яйца и потребность организма въ бѣлкахъ покрывать изъ тѣхъ незначительныхъ количествъ ихъ, которыя содержатся въ растительной пищѣ (хлѣбъ, рисъ, саго, мягкія и мелко растертыя части овощей) или назначать искусственные препараты (нутрозу, плазмонъ). Однако въ большинствѣ случаевъ вышеупомянутая діэта для тонкихъ кишекъ переносится хорошо, и, если подъ ея вліяніемъ испражненія сдѣлаются твердыми и исчезнутъ другіе признаки катарра, то черезъ 2—3 недѣли діэта расширяется такъ, что каждые 2—3 дня даютъ небольшія количества овощей въ формѣ пюре (картофель, морковь, зеленый горошекъ, шпинатъ), а къ кофе, какао и печеньямъ прибавляютъ молоко. Только при условіи хорошаго общаго состоянія больного черезъ 4—6 недѣль разрѣшаютъ дальнѣйшія прибавки къ діэтѣ, напр., болѣе жирное жаркое, сладкія, содержащія больше пряностей мучныя блюда, больше молока, а еще позже и сливки, сладкіе фруктовые соки. Слѣдуетъ придерживаться общаго правила прибавлять новые роды пищи только постепенно, шагъ за шагомъ, т. е., необходимо послѣ каждой прибавки ждать 2—3 дня и наблюдать за самочувствіемъ больного и его испражненіями и такимъ образомъ судить о пригодности каждаго блюда для даннаго случая. Особенно много трудностей при лѣченіи представляютъ тѣ случаи, гдѣ катарръ сопровождается нейрастеніей; здѣсь крайне трудно разобраться, какія явленія вызваны катарромъ и какія—нервнаго происхожденія. Въ этихъ случаяхъ нельзя полагаться только на субъективныя ощущенія больного и на основаніи ихъ сильно ограничивать діэту. *R.* совѣтуетъ въ этихъ случаяхъ систематически проводить вышеизложенный планъ діэтетическаго лѣченія, при чемъ въ крайнемъ случаѣ для устраненія поносовъ постоянно пользоваться кодеиномъ, опіемъ, а также бромомъ. Разумѣется, къ этимъ лѣкарственнымъ средствамъ придется прибѣгнуть лишь тогда, когда обычныя мѣры, служащія для облегченія усвоенія и устраненія гніенія, не приводятъ къ цѣли; къ этимъ мѣрамъ относятся: употребленіе препаратовъ таннина (таноколъ по $^1/_2$ чайной ложки, 3 раза въ день), теплыя клизмы или промывательныя изъ $^1/_2{}^0/_0$-го раствора таннина. Если вышеупомянутая діэта обусловливаетъ запоры, то ни въ какомъ случаѣ для устраненія послѣднихъ не слѣдуетъ прибѣгать къ слабительнымъ или преждевременной прибавкѣ къ діэтѣ компотовъ, фруктовъ и т. п. Можно и должно въ этихъ случаяхъ обойтись теплыми промывательными. Подробнѣе лѣченіе хроническихъ кишечныхъ катарровъ изложено *R.* въ «Сборникѣ» въ честь *Senator*'а (Hirschwald, 1904) (Therapie der Gegenwart, декабрь). *А. Коварскій.*

Хирургическія болѣзни. 1000. *Лѣченіе расширенія венъ на ногахъ помощью перевязки большой подкожной вены конечности* (venae saphenae int.) получило широкое распространеніе послѣ работы *Trendelenburg*'а, доказавшаго, какъ извѣстно, цѣлесообразность этого способа и обратившаго вниманіе на то, что являющаяся въ большинствѣ случаевъ слѣдствіемъ перевязки закупорка венъ только тогда сопровождается нежелательными послѣдова-

тельными явленіями, когда стѣнка сосуда поражена атероматознымъ процессомъ. Въ цѣломъ рядѣ послѣдующихъ работъ указывалось, однако, на закупорку, какъ на вредное во всякомъ случаѣ послѣдствіе перевязки. Проф. *Tavel* (Bern) наблюдалъ результаты перевязки большой подкожной вены ноги въ 25 случаяхъ; въ 4-хъ изъ нихъ онъ вызвалъ закупорку всѣхъ расширенныхъ сосудовъ впрыскиваніемъ 5%-го раствора карболовой кислоты, исходъ получился вполнѣ благопріятный; не было даже возврата, въ общемъ нерѣдкаго послѣ обычныхъ оперативныхъ пособій.

1. Больному, 20 л., неспособному къ труду вслѣдствіе расширенія венъ, 26/I 1904 г. была сдѣлана подкожная перевязка вены на уровнѣ нижней 1/3 бедра и удаленъ пакетъ четкообразно расширенныхъ венъ у икры. Вена была не закупорена. Впрыснуто 2 к. стм. 5%-го раствора карболовой кислоты на пространствѣ между обѣими перевязками. 30/I: Пробка образовалась только на протяженіи 10 стм. Сдѣлано 2-ое впрыскиваніе. 31/I: Вена закупорена хорошо отъ мѣста верхней перевязки до мѣста 1-го впрыскиванія. Послѣдующими впрыскиваніями, произведенными 1/II, 4/II, 6/II и 9/II, вена закупорена на всемъ протяженіи и прощупывалась въ видѣ твердаго канатика. Никакихъ воспалительныхъ явленій не замѣтно. 15/II отпущенъ домой. По полученнымъ позже извѣстіямъ оказалось, что вена (до 25/VIII) оставалась въ томъ же состояніи, въ какомъ она была при выпискѣ больного. Расширеній больше не было. Оперированный чувствовалъ только незначительную боль въ колѣнѣ, но полагаетъ, что она была слѣдствіемъ простуды. Въ общемъ онъ чувствуетъ себя вполнѣ здоровымъ.

2. Больной, 43 л., въ остальномъ здоровый, 10—12 лѣтъ страдалъ расширеніями венъ на обѣихъ ногахъ, причинявшими ему сильныя боли. Большая подкожная вена на той и на другой ногѣ мѣстами толщиной въ мизинецъ. На уровнѣ средины бедра и нѣсколько выше колѣна большіе пакеты расширенныхъ сосудовъ. Въ виду частыхъ соустій венъ казалось цѣлесообразнымъ сдѣлать перевязки въ нѣсколькихъ мѣстахъ. 17/III 1904 г. подъ наркозомъ были сдѣланы перевязки: на 10 стм. ниже впаденія большой подкожной вены въ бедренную вену, между обоими варикозными пакетами, ниже колѣна и въ нижней 1/3 голени. На тылѣ стопы удаленъ пакетъ венъ. 19/III: Нигдѣ закупорки не образовалось. Сдѣланы впрыскиванія карболовой кислоты. Такія же впрыскиванія повторены 21/III, 24/III, 26/III, 28/III, 30/III, 31/III, 2/IV, 5/IV и 6/IV. Всего было сдѣлано 39 впрыскиваній по 1—3 к. стм. карболовой кислоты. По извѣстіямъ домашняго врача (8/V и 10/IX) больной совсѣмъ оправился, поступилъ на службу и сосуды на всемъ пути нигдѣ не прощупываются.

3. 35-лѣтняя, очень полная, крѣпкая женщина со времени послѣднихъ родовъ нѣсколько лѣтъ страдала воспаленіемъ венъ и язвами. На обѣихъ голеняхъ, начиная отъ бугровъ большеберцовыхъ костей, сильное скопленіе выпота. Ниже икроножныхъ мышцъ, на мѣстѣ обыкновеннаго образованія язвъ, кожа бронзоваго цвѣта. Много расширенныхъ сосудовъ. Перевязка сдѣлана 16/VI 1904 г. подъ наркозомъ. Закупорки не образовалось, и были сдѣланы впрыскиванія карболовой кислоты 20/VI, 21/VI, 22/VI, 27/VI и 1/VII (по 3—5 впрыскиваній). Къ концу іюня язвы совершенно закрылись. Оперированная встала и тотчасъ-же замѣтила, что не ощущаетъ никакой боли и тяжести въ ногахъ при ходьбѣ, какъ это было раньше. Выписана 7/VII.

4. Больной, 27 л., полный, здоровый мужчина, перенесъ въ 1898 г. воспаленіе легкихъ, къ которому присоединилось воспаленіе венъ на обѣихъ ногахъ, особенно на лѣвой, гдѣ оно распространилось до *Poupart*'овой связки. Годомъ позже значительно расширилась лѣвая надчревная вена. При поступленіи въ больницу 28/VII 1904 г. найдено: На лѣвой сторонѣ брюшной стѣнки надчревная вена, сильно расширенная, на уровнѣ пупка дѣлится на 2 вѣтви, изъ коихъ одна направляется къ соску, другая къ мечевидному отростку. При впаденіи въ бедренную вену, надчревная вена образуетъ расширеніе, съ вишню. Лѣвая большая подкожная вена также расширена при впаденіи. Справа находятся расширенные сосуды и клубки ниже колѣна. Одинъ клубокъ лежитъ въ области наружной подкожной вены. 20/VI сдѣлано подъ наркозомъ нѣсколько перевязокъ на той и на другой ногѣ. 21/VI не найдено ни одной закупорки. Впрыскиванія сдѣланы 23/VI, 27/VI, 29/VI, 1/VII, 2/VII, 4/VII и 5/VII. 11/VII оперированный былъ отпущенъ, такъ какъ ходилъ совершенно свободно и чувствовалъ себя здоровымъ (Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte, 1 октября). *В. Ц.*

1001. Д-ръ *J. Rupfle* (Babenhausen) съ успѣхомъ испыталъ въ 2-хъ случаяхъ *новый способъ лѣченія водянки яичка (Hydrocele)*. Лѣченіе заключается въ впрыскиваніи адреналина. Послѣднее производится послѣ предварительнаго прокола и удаленія жидкости. Вводится 2 к. стм. раствора 1:5000. Сейчасъ-же вслѣдъ за впрыскиваніемъ появляется сильная жгучая боль; въ слѣдующіе дни наблюдаются легкія воспалительныя явленія и небольшой воспалительный выпотъ; черезъ нѣсколько дней все это проходитъ, и выпотъ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль всасывается безъ остатка. Возвратовъ въ обоихъ случаяхъ пока не наблюдалось. Для смягченія сильныхъ болей послѣ впрыскиванія авторъ совѣтуетъ прибавлять къ впрыскиваемой жидкости акоинъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 48). *А. Коварскій.*

1002. Д-ръ *Fritz Burger* (Koburg) получилъ прекрасные результаты отъ *примѣненія перувіанскаго бальзама при лѣченіи разорванныхъ, раздавленныхъ и загрязненныхъ ранъ*. Онъ обмываетъ сначала, насколько возможно, раны водой, ополаскиваетъ ихъ основательно сулемой, затѣмъ смачиваетъ чистымъ перувіанскимъ бальзамомъ и перевязываетъ пропитанной имъ-же марлей. Повязку мѣняютъ каждые 2 или 3 дня, смотря по роду пораненія. Заживленіе идетъ всегда очень быстро, не смотря на степень разорванности или загрязненія раны. Смѣняется повязка всегда очень легко, такъ какъ марля не прилипаетъ къ ранѣ. Авторъ примѣнялъ этотъ способъ лѣченія въ теченіи 12 лѣтъ съ большимъ успѣхомъ. Оказывается, что въ Чили перувіанскій бальзамъ съ незапамятныхъ временъ примѣняется, какъ народное средство, при лѣченіи всякаго рода ранъ въ видѣ мази (Münchener medicinische Wochenschrift, № 48). *А. Коварскій.*

1003. Д-ръ *Werry* полагаетъ, что ему удалось найти *вѣрное и быстро дѣйствующее средство противъ рожи — нитроглицеринъ*. Испытывая въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ различныя вещества, предложенныя для лѣченія рожистаго воспаленія, авторъ случайно обратился къ нитроглицерину и получилъ «необычайные и неожиданные результаты». Въ приводимыхъ имъ случаяхъ 3 раза наблюдалась рожа лица, 1 разъ—рожа въ области лодыжки. Всѣ больные принимали нитроглицеринъ по 1/100 грана черезъ 3—4 часа. Лѣченіе продолжалось не дольше 3-хъ дней, такъ какъ уже на 2-ой или 3-ій день температура падала до нормы, рожистый процессъ прекращался, и общее состояніе больныхъ значительно улучшалось. Мѣстно авторъ примѣнялъ мазь изъ ихтіола и окиси цинка, но мѣстному лѣченію онъ не придаетъ значенія въ описываемыхъ случаяхъ. Д-ръ *Werry* заключаетъ, что нитроглицеринъ долженъ быть основательно испытанъ при лѣченіи рожи (The Journal of the American Medical Association, 5 ноября) *Л. Старокадомскій.*

Глазныя болѣзни. 1004. Д-ръ *Micas* разбираетъ *значеніе глазныхъ заболѣваній для предсказанія при нѣкоторыхъ общихъ страданіяхъ*. При кори неблагопріятное предсказаніе для жизни даютъ размягченіе роговой оболочки и куриная слѣпота съ ксерозомъ (высыханіемъ) въ числѣ начальныхъ припадковъ, при оспѣ — двустороннее пучеглазіе (отъ кровоизліяній въ глазницѣ) и размягченіе роговой оболочки, при брюшномъ тифѣ—опущеніе верхняго вѣка, при холерѣ—появленіе темныхъ пятенъ на бѣлкѣ и исчезновеніе реакціи зрачковъ на свѣтъ. При сифилисѣ раннее воспаленіе радужной оболочки предсказываетъ тяжелое общее заболѣваніе, а воспаленіе зрительныхъ нервовъ заставляетъ опасаться мозговыхъ явленій. Размягченіе роговой оболочки служитъ неблагопріятнымъ признакомъ для предсказанія для жизни и при старческомъ маразмѣ (Recueil d'ophtalmologie, XXVI; Archiv für Augenheilkunde, L, 3). *Р. Кацъ.*

1005. Д-ръ *Martin* наблюдалъ *случай плѣсневого пораженія роговой оболочки* у крестьянской дѣвушки.

Недалеко отъ края помѣщалось круглое, около 2 млм. въ поперечникѣ, матовобѣлое, вязкое на видъ пятнышко, къ которому съ бѣлка направлялся узкій пучекъ сосудовъ, такъ что получалось нѣкоторое сходство съ фликтеной; воспалительныя-же явленія были выражены очень слабо. Въ виду своеобразной картины болѣзни авторъ попытался снять иголкой частицу налета для изслѣдованія, но при этомъ отдѣлился весь кружокъ, оставивъ въ роговицѣ плоскую ямку. Подъ атропиномъ и влажной повязкой ямка эта уже на другой день стала уменьшаться и уплощаться, а черезъ 5 дней болѣзненныя явленія совершенно исчезли, оставивъ лишь очень тонкое пятнышко. Изслѣдованіе-же налета подъ микроскопомъ, равно какъ и прививка кролику, обнаружили вполнѣ дѣйствительный грибокъ aspergillus fumigatus.

Отчего одинъ и тотъ-же грибокъ въ однихъ случаяхъ вызываетъ столь незначительныя явленія, дѣйствуя лишь на подобіе инороднаго тѣла, въ другихъ-же тяжелое воспаленіе роговицы съ гноемъ въ передней камерѣ, остается невыясненнымъ (Archiv für Augenheilkunde, L, 3). *Р. К.*

1006. Д-ръ *Loeser* говоритъ *о глазныхъ явленіяхъ при аневризмахъ внутренней сонной артеріи* по поводу одной

такой больной, показанной имъ Berlin'скому Обществу глазныхъ врачей.

У 39-лѣтней женщины вслѣдъ за рожей лица развилась полная неподвижность праваго глаза съ замѣтнымъ его выпячиваніемъ и опущеніемъ верхняго вѣка; зрачекъ въ первое время еще отвѣчалъ на свѣтъ, хотя и вяло, но затѣмъ и онъ сдѣлался неподвижнымъ. Съ теченіемъ времени пучеглазіе увеличилось, явился застой въ соскѣ зрительнаго нерва съ многочисленными кровоизліяніями въ сѣтчаткѣ, и незначительный отекъ соединительной оболочки, имѣвшійся у нижней переходной складки, превратился въ колбасовидную опухоль, торчавшую между вѣками и покрывавшую роговую оболочку валомъ. Температура оставалась нормальной; тѣмъ не менѣе сдѣланъ былъ проколъ подъ верхнимъ краемъ глазницы. Гноя не вышло, а, вмѣсто того, появилось такое сильное венное кровотеченіе въ глазницѣ, что въ нѣсколько секундъ набухли и посинѣли и вѣки, и соединительная оболочка, пучеглазіе-же значительно увеличилось. Наложена была давящая повязка, отъ которой наступило нѣкоторое уменьшеніе пучеглазія при временномъ возстановленіи подвижности зрачка, въ общемъ-же все оставалось по прежнему. Лишь съ назначеніемъ іодистаго калія стало выступать рѣзкое улучшеніе въ состояніи глаза (сифилисъ рѣшительно отрицался), такъ что мѣсяцъ спустя—черезъ 3 мѣсяца послѣ начала болѣзни—возстановилась въ значительной степени подвижность глаза въ области глазодвигательнаго нерва, пучеглазіе уменьшилось, застойныя явленія въ зрительномъ нервѣ почти совершенно исчезли и кровоизліянія въ сѣтчаткѣ большей частью разсосались. При дальнѣйшихъ пріемахъ іодистаго калія состояніе глаза продолжало улучшаться, но больная стала жаловаться на ритмическое жужжаніе въ головѣ, которое, какъ оказалось изъ разспросовъ, имѣлось у нея въ такомъ-же видѣ уже съ самаго начала болѣзни. Выслушиваніе черепа обнаружило громкій дующій шумъ, соотвѣтствовавшій ритму пульса (систолическій) и выступавшій съ особенной силой въ правой височной области; при сдавливаніи сонной артеріи шумъ уменьшался, но не исчезалъ совсѣмъ.

Приведя изъ литературы еще 8 такихъ-же случаевъ, авторъ указываетъ, что первыми, а въ большинствѣ случаевъ и единственными объективными признаками являются измѣненія со стороны глаза, обусловливаемыя давленіемъ анейризмы на сосѣднюю пещеристую пазуху, а именно: параличъ глазныхъ мышцъ, выпячиваніе глазного яблока и застойныя явленія въ венахъ глаза. Распознать-же по этимъ явленіямъ основную болѣзнь весьма не трудно, если только имѣть въ виду возможность анейризмы въ подобныхъ случаяхъ. Выслушиваніе черепа тѣмъ болѣе важно, что, какъ показываютъ наблюденія, шумъ въ головѣ самимъ больнымъ можетъ и не ощущаться или-же восприниматься совершенно инымъ образомъ (Archiv für Augenheilkunde, L, 3). *Р. Кацъ.*

1007. Д-ръ *Coppez* сообщаетъ *случай лучистогрибковаго поражения глазницы* у рабочаго изъ пивоварни. По всей вѣроятности, грибокъ проникъ черезъ костоѣдные зубы, при разжевываніи ржаныхъ зеренъ, въ верхнюю челюсть, а оттуда распространился на глазницу. Не смотря на операцію и внутренніе пріемы іодистаго калія, наступилъ возвратъ съ параличемъ наружной прямой глазной мышцы и выпячиваніемъ глазного яблока, повлекшимъ за собою нагноеніе роговой оболочки, а затѣмъ развились тяжелыя мозговыя явленія, при которыхъ больной и умеръ (Soc. Belge d'Opthalm., 29 ноября 1903; Archiv für Augenheilkunde, сентябрь). *Р. Кацъ.*

1008. Разстройства зрѣнія отъ анилина у красильщиковъ и у работающихъ на анилиновыхъ фабрикахъ не всегда обусловливаются отложеніемъ этого вещества на роговой оболочкѣ, а могутъ зависѣть и отъ отравленія. Таковы случаи *Marchesi* и *Veasey*'я, гдѣ пониженіе остроты зрѣнія сопровождалось концентрическимъ съуженіемъ поля зрѣнія, а въ случаѣ *Veasey*'я — еще и центральной скотомой на обоихъ глазахъ и легкими воспалительными измѣненіями на соскѣ зрительныхъ нервовъ. Д-ръ *Berger* (Paris) наблюдалъ подобное-же *разстройство зрѣнія отъ употребленія анилиновой краски для волосъ.*

36-лѣтняя женщина, замѣтивъ у себя нѣсколько сѣдыхъ волосъ, выкрасила ихъ составомъ, купленнымъ у парикмахера, вслѣдъ зачѣмъ у нея появились головныя боли и на лѣвомъ глазу испортилось зрѣніе. Изслѣдованіе показало на этомъ глазу остроту зрѣнія въ 0,2 противъ нормы (на другомъ глазу зрѣніе было нормально) при положительной центральной скотомѣ значительныхъ размѣровъ. Подъ вліяніемъ пребыванія въ полутемной комнатѣ, потогоннаго лѣченія, усиленныхъ выдѣленій во время мѣсячныхъ и іодистаго калія скотома исчезла и зрѣніе поднялось до нормы въ 3 недѣли.

Явленія, наблюдавшіяся при отравленіи анилиновыми красками, могутъ быть раздѣлены на 3 группы: 1) сыпи на кожѣ—мокнущій лишай, крапивница, съ сильнымъ жженіемъ и зудомъ; 2) желудочнокишечныя разстройства—тошнота, рвота, слюнотеченіе, неправильное пищевареніе, иногда поносъ, и 3) нервныя явленія—безсонница, головокруженіе, слабость въ ногахъ, падучеобразные приступы, обморокъ. Къ послѣднему ряду относятся и разстройства зрѣнія, анатомической основой которыхъ, по *Uhthoff*'у, является въ данномъ случаѣ отравное периферическое воспаленіе зрительныхъ нервовъ. Авторъ высказываетъ пожеланіе, чтобы въ цѣляхъ общественнаго здравоохраненія было воспрещено примѣненіе ядовитыхъ анилиновыхъ красокъ для составленія косметическихъ средствъ (Archiv für Augenheilkunde, L, 4). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 1009. Д-ръ *Findley* (Chicago) приводитъ вкратцѣ собранные имъ изъ литературы за послѣднія 7 лѣтъ 20 случаевъ *первичной хоріо-эпителіомы*, развившейся внѣ мѣста прикрѣпленія послѣда и сообщаетъ наблюдавшійся имъ случай. Авторъ приходитъ, между прочимъ, къ слѣдующимъ выводамъ. Во всѣхъ случаяхъ не было анатомической связи между опухолью и мѣстомъ послѣда. Новообразованіе развивалось у женщинъ 20—50 л. (въ 60% у 30—41-лѣтнихъ), какъ во время беременности, такъ и спустя долгое время—до нѣсколькихъ лѣтъ по опорожненіи матки. Въ 50% опухоль развилась въ стѣнкѣ влагалища, въ 15%—въ мышцѣ матки. Во всѣхъ случаяхъ она по виду напоминала кровяные сгустки, и лишь микроскопъ обнаруживалъ присутствіе въ ней ворсинчатой ткани. Упорныя кровотеченія послѣ бывшей беременности, наличность опухоли и—главное—микроскопическое изслѣдованіе ея даютъ опорные пункты для распознаванія. Лѣченіе—оперативное; въ случаѣ пораженія матки—удаленіе ея. Предсказаніе всегда сомнительное, такъ какъ нельзя быть увѣреннымъ, что уже не произошло переноса опухоли. Изъ 21 больной выздоровѣли 9; 12 умерли въ промежутокъ отъ нѣсколькихъ дней до 8 мѣсяцевъ со дня удаленія опухоли, находившейся во влагалищѣ. Во всѣхъ случаяхъ смерть, по видимому, была обусловлена заносами новообразованія въ отдаленные органы тѣла (The Journal of the American Medical Association, 5 ноября). *А. Старокадомскій.*

1010. Д-ръ *Meyer* описываетъ *случай произвольнаго разрыва матки во время беременности.*

27-лѣтняя женщина, слабаго сложенія, рожавшая 3 раза годъ за годомъ, всегда преждевременно и выкинувшая 1 разъ на 10-ой недѣлѣ беременности, доставлена въ клинику послѣ 8 мѣсячнаго отсутствія кровей съ явленіями кишечной непроходимости. Изъ анамнеза выяснилось, что больная при нормальномъ теченіи беременности послѣ 2-дневныхъ незначительныхъ болей внезапно почувствовала сильную боль въ животѣ и очень оживленныя движенія плода, вскорѣ совершенно и окончательно прекратившіяся. Съ этого времени состояніе ея все ухудшалось: появились упорная рвота, вздутіе и чувствительность живота, температура повысилась, пульсъ участился. Изслѣдованіе черезъ влагалище при незначительномъ закрытіи и сохраненіи канала шейки не дало опредѣленныхъ указаній. Ощупываніе и выстукиваніе живота показали, что величина матки соотвѣтствуетъ 6—7-му мѣсяцу (лунному) беременности, кромѣ того, вызвали предположеніе о существованіи на ряду со вздутіемъ кишекъ лѣвосторонняго плейритическаго выпота. Въ виду того, что явленія кишечной непроходимости не казались угрожающими, стали выжидать наступленія преждевременныхъ родовъ, которое могло нѣсколько уяснить картину. Но въ виду ухудшенія общаго состоянія больной рѣшили ускорить роды. Изслѣдованіе полости матки рукой, произведенное послѣ выхода баллона маточнаго расширителя, обнаружило отсутствіе плода и послѣдняго и лѣвосторонній разрывъ маточной стѣнки вблизи лѣвой трубы, длиною около 5 стм.; плодъ и послѣдъ оказались въ брюшной полости влѣво отъ матки. Тотчасъ приступлено было къ чревосѣченію; удалили скопившуюся кровь, плодъ, послѣдъ и въ виду явленій воспаленія брюшины произвели также надвлагалищное усѣченіе матки. Больная подъ конецъ операціи скончалась. Вскрытіе показало фибринозное воспаленіе брюшины, сывороточный лѣвосторонній плейритъ, общее малокровіе и вздутіе желудка и кишекъ. Микроскопическое изслѣдованіе матки и мѣста разрыва привело автора къ заключенію, что найденные имъ процессы перерожденія стѣнокъ сосудовъ и маточной брюшины—стараго происхожденія. Разрывъ, по его мнѣнію, произошелъ вслѣдствіе того, что существовалъ прирожденный инфантилизмъ матки, силъ которой не хватило для часто слѣдовавшихъ другъ за другомъ родовъ. Преждевременное ихъ наступленіе во всѣхъ 3-хъ случаяхъ авторъ, за отсутствіемъ другихъ причинъ, также объясняетъ инфантилизмомъ матки.

Признаки для распознаванія такихъ случаевъ д-ръ *Meyer* выдѣляетъ въ слѣдующія 3 группы: 1) признаки брюшиннаго поврежденія (первоначальная боль, быстро наступающая чувствительность живота, вздутіе, икота, рвота,

запоръ и легкая лихорадка), 2) признаки внутренняго кровотеченія (обморочное состояніе, коллапсъ, блѣдность и слабый учащенный пульсъ); 3) признаки, исходящіе изъ матки или плода (кровотеченіе, схваткообразныя боли вначалѣ до выхода яйца въ брюшную полость, усиленныя движенія плода и вскорѣ полное прекращеніе ихъ, отсутствіе сердцебіенія плода, несоотвѣтственно періоду беременности малая величина матки (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie, т. 9, тетр. 1). *А. Г—ръ.*

Нервныя болѣзни. 1011. Д-ръ *Hartenberg* описываетъ 3 случая (между ними и относящійся къ Елизаветѣ Баварской, императрицѣ Австрійской) *психическаго разстройства*, заключающагося *въ страхѣ передъ посторонним взглядомъ* (phobie du regard). Психозъ этотъ существенно отличается отъ болѣзни покраснѣть, т. е. отъ эритрофобіи. Больные нисколько не опасаются покраснѣнія лица и часто, наоборотъ, блѣднѣютъ. Развивается этотъ психозъ на почвѣ природной робости и боязни, показаться смѣшнымъ вслѣдствіе какого-либо недостатка во внѣшности. Въ иныхъ случаяхъ дѣло начинается съ нежеланія выставлять свое лицо, на которомъ каждый посторонній можетъ прочесть сокровенныя мысли. Главныя черты этой болѣзни посторонняго взгляда заключаются въ слѣдующемъ: больной страшится посторонняго взгляда, и каждый разъ, когда ему приходится быть въ обществѣ даже одного человѣка, ему не по себѣ, и онъ испытываетъ чувство смущенія. Сердце усиленно бьется, тѣло покрывается холоднымъ потомъ, конечности холодѣютъ и дрожатъ, мысли и чувства путаются. Но особенно острое страданіе причиняетъ больному необходимость показать другимъ свое лицо и въ частности глаза. Слѣдствіемъ всего этого является систематическое уклоненіе отъ общества себѣ подобныхъ и, при невозможности избѣжать этого, стараніе спрятать свое лицо отъ постороннихъ взглядовъ. Чаще всего такія больные ходятъ съ опущенными вѣками и иногда надѣваютъ темные очки. При болѣе сильной степени заболѣванія наблюдаются галлюцинаціи въ видѣ непрестанно преслѣдующаго чьего-либо взгляда иногда и осложненія маніей преслѣдованія (Arch. de neurologie, 105, сент.). *А. Г.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 1012. Д-ръ *Bayford* полагаетъ, что *лучшимъ способомъ лѣченія остраго перелоя должно считать промыванія мочеиспускательнаго канала горячею водой.* Лѣченіе начинается при появленіи первыхъ признаковъ болѣзни. Промыванія дѣлаются насосцемъ, по 10—20 мин., черезъ каждые 2 часа днемъ и 1 разъ ночью, при чемъ каналъ, во избѣжаніе занесенія заразнаго вещества вглубь, сдавливается у лоннаго сращенія. Во время промыванія вода берется все болѣе и болѣе горячая, начинаютъ же съ температуры, какую только больной можетъ вытерпѣть. Промываніями удаляется постоянно образующійся на слизистой оболочкѣ канала гной, а вмѣстѣ съ нимъ и возбудители воспаленія. При невозможности дѣлать частыя промыванія горячей водой авторъ совѣтуетъ брать воду холодную съ примѣсью равнаго объема перекиси водорода; промыванія дѣлаются возможно чаще. При перелоѣ у женщинъ авторъ назначаетъ горячія сидячія ванны продолжительностью 10—20 мин., черезъ 2 часа, сопровождаемыя обильнымъ орошеніемъ рукава (American Medecine, 30 іюля). *Старокадомскій.*

1013. Д-ръ *А. О. ф. Валь* по вопросу *о значеніи способа Gram'а при изслѣдованіяхъ перелойнаго выдѣляемаго у мужчинъ* пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Въ мочеиспускательномъ каналѣ у здоровыхъ мужчинъ встрѣчается ограниченное количество типичныхъ уретральныхъ микроорганизмовъ, а не безчисленное множество ихъ, какъ это можно было-бы предположить на основаніи имѣющейся по этому вопросу литературы. 2. По изслѣдованіямъ автора здѣсь наблюдается 10 видовъ: а) 1 стрептококкъ (streptococcus giganteus urethrae *Lustgarten*'а и *Mannaberg*'а), б) 6 различныхъ видовъ диплококковъ и в) 3 вида палочекъ. 3. Всѣ эти микроорганизмы окрашиваются по *Gram*'у. 4. Псевдогонококковъ, т. е. диплококковъ, соотвѣтствующихъ по формѣ гонококкамъ и въ тоже время обезцвѣчивающихся по *Gram*'у, въ мочеиспускательномъ каналѣ мужчинъ нѣтъ. 5. При распознаваніи гонококковыхъ разводокъ главное вниманіе нужно обращать на микроскопическій видъ отдѣльныхъ колоній, а также на микроскопическую картину препарата, отличающуюся отъ всѣхъ другихъ встрѣчающихся въ мочеиспускательномъ каналѣ диплококковыхъ формъ весьма характернымъ расположеніемъ, различной величиной и окрашиваемостью отдѣльныхъ кокковъ и, наконецъ, обезцвѣчиваніемъ по *Gram*'у (Петербургская диссертація). *А. Гаринъ.*

1014. Д-ръ *Glück* нашелъ у дѣтей и внуковъ прокаженныхъ измѣненія, которымъ онъ далъ названіе *паралепрозныхъ*, по аналогіи съ наслѣдственно-парасифилитическими измѣненіями, наблюдаемыми у потомства сифилитиковъ. Измѣненія эти заключаются въ утолщеніи локтевого и большого ушного нерва (n. auricularis magnus) съ обѣихъ сторонъ, атрофіи маленькихъ мышцъ кисти и искривленіи одного или обоихъ мизинцевъ. Анэстезій при этомъ ни разу не наблюдалось. Желая провѣрить эти наблюденія, д-ръ *Armauer Hansen* (Bergen-Норвегія) изслѣдовалъ 147 дѣтей, внуковъ и правнуковъ прокаженныхъ, и въ результатѣ своихъ изслѣдованій пришелъ къ заключенію, что никакихъ паралепрозныхъ явленій не существуетъ; утолщеній нервовъ онъ ни разу найти не могъ, и, если *Glück* находилъ ихъ, то это объясняется тѣмъ, что локтевой нервъ, напр., не у всѣхъ одинаково ясно прощупывается и тамъ, гдѣ онъ прощупывается, онъ можетъ легко показаться утолщеннымъ. Утолщенія другихъ нервовъ, найденныя *Glück*'омъ, вѣроятно, тоже являются результатомъ неточнаго изслѣдованія. *Hansen* хотя и нашелъ нѣсколько разъ искривленія пальцевъ, но они были обусловлены панариціями и пораненіями. И во всемъ остальномъ потомки прокаженныхъ ничѣмъ не отличались отъ другихъ людей, и признаковъ вырожденія открыть въ нихъ нельзя. *Hansen* поэтому отрицаетъ существованіе паралепрозныхъ явленій; не признаетъ онъ также вліянія проказы на вырожденіе потомства (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 38). *А. Коварскій.*

1015. *Dinkler* (Aachen) на основаніи собственнаго и описанныхъ въ литературѣ случаевъ *остраго множественнаго омертвѣнія кожи* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) острое множественное омертвѣніе кожи представляетъ характерное заболѣваніе, протекающее приступами и вызывающее разстройства чувствительности и сосудисто-двигательно-трофическія; первыя явленія, отчасти субъективныя—зудъ и жженіе, отчасти объективныя—гипэстезія, гиперэстезія и анэстезія; трофическія измѣненія слѣдующія: краснота, припухлость, образованіе пузырей или западеніе, желтоватозеленое окрашиваніе, трескаціе, некрозъ или гангрена съ вторичнымъ нагноеніемъ или безъ него; 2) нервная почва страданій доказывается частымъ присутствіемъ истерическихъ или другихъ нервныхъ разстройствъ, а также ранними или поздними разстройствами чувствительности; 3) при лѣченіи примѣнимы общія укрѣпляющія мѣры (діэтетическія, водолѣченіе) въ связи съ подкожными впрыскиваніями мышьяка; затѣмъ удаленіе трауматическихъ вліяній, а также предохраненіе омертвѣлыхъ мѣстъ отъ вторичнаго гнойнаго зараженія (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXXI, тетр. 1). *М. Членовъ.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CLI—CLIV. Изъ Петербургскаго Общества врачей по горловымъ, носовымъ и ушнымъ болѣзнямъ.

Мысль объ учрежденіи въ Петербургѣ особаго Общества врачей-спеціалистовъ по горловымъ, ушнымъ и носовымъ болѣзнямъ возникла уже лѣтъ 12 назадъ. Съ самыхъ первыхъ дней открытія при В.-Медицинской Академіи спеціальной клиники горловыхъ, ушныхъ и носовыхъ болѣзней завѣдующій ею проф. *Н. П. Симановскій* неоднократно возбуждалъ среди своихъ учениковъ вопросъ объ учрежденіи такого Общества и порой по этому поводу возникали горячія бесѣды между врачами клиники. Особенно дѣятельное участіе принималъ въ этихъ бесѣдахъ *П. П. Геллатъ.* Ни отъ кого никогда не слышалось протеста противъ желательности возникновенія такого Общества; если и встрѣчались возраженія, то они сводились къ указанію на преждевременность его; высказывалось опасеніе, что Общество, уже открывшись, рискуетъ завянуть, не давъ никакихъ плодовъ. Какъ это ни странно для настоящаго времени, но всего только 12 лѣтъ назадъ спеціальность эта далеко не имѣла того значенія, которымъ оно пользуется теперь. Тогда вовсе не рѣдкость было

встрѣтить врача, который вполнѣ искренно удивлялся, какъ можно посвящать всѣ свои силы и знанія столь узкому въ его глазахъ дѣлу. Къ изученію болѣзней горла, носа и уха относились тогда—по крайней мѣрѣ, въ Россіи—какъ къ чему-то очень второстепенному, и, если и были врачи, ревностно изучавшіе эту спеціальность, то они насчитывались лишь единицами.

Починъ въ дѣлѣ учрежденія Общества взялъ на себя *П. П. Геллатъ*, обратившійся въ первыхъ числахъ сентября 1902 г. съ письменнымъ воззваніемъ къ нѣкоторымъ изъ болѣе или менѣе близко знакомыхъ ему товарищей по спеціальности. Всѣ они единодушно отозвались на его призывъ и въ сентябрѣ же сошлись на 1-ое учредительское Собраніе новаго Общества. Предсѣдателемъ единогласно былъ избранъ проф. *Н. П. Симановскій*. На Собраніи были начертаны общія основанія вновь созидаемаго Общества; для подробной-же разработки проэкта устава была выбрана Коммиссія, въ составъ которой вошли: проф. *В. Б. Верховскій, П. П. Геллатъ, Н. И. Лунинъ, А. Э. Спенглеръ, В. Н. Окуневъ* и ч. пр. *М. М. Чельцовъ*. Коммиссія эта выработала проэктъ устава, положивъ въ основу его уставы Обществъ русскихъ врачей, медико-хирургическаго въ Петербургѣ и Общества ларингологовъ въ Москвѣ. Проэктъ былъ представленъ Коммиссіей 2-му учредительскому Собранію, состоявшемуся въ началѣ октября 1902 г., подвергся лишь ничтожнымъ измѣненіямъ и въ слѣдующемъ общемъ Собраніи, чрезъ недѣлю, былъ подписанъ всѣми членами-учредителями и переданъ временному предсѣдателю проф. *Н. П. Симановскому* съ единодушной просьбой похлопотать о возможно скорѣйшемъ его утвержденіи. Выработанный уставъ былъ утвержденъ 15/x 1903 г. безъ какихъ-либо измѣненій.

Объ утвержденіи устава Общества проф. *Н. П. Симановскій* былъ извѣщенъ въ первыхъ числахъ ноября, а потому только 7/xi и 21/xi могли состояться первыя административныя засѣданія для выбора должностныхъ лицъ Общества. Избранными оказались: проф. *Н. П. Симановскій*—предсѣдателемъ, *Н. И. Лунинъ*—товарищемъ его, проф. *Б. В. Верховскій* и ч. пр. *М. М. Чельцовъ*—секретарями, *А. Э. Спенглеръ*—казначеемъ, *В. А. Лійкъ*—библіотекаремъ, ч. пр. *М. В. Богдановъ-Березовскій*—редакторомъ «Трудовъ» Общества. Годовой членскій взносъ установленъ былъ въ размѣрѣ 5 р. Днемъ торжественнаго годового Собранія была назначена 1-ая суббота послѣ 1/xi, а мѣстомъ засѣданій Общества—помѣщеніе врачебнаго Собранія.

Слѣдуетъ замѣтить, что научную дѣятельность Общество начало задолго до своего оффиціальнаго утвержденія; члены-учредители, не довольствуясь собраніями для выработки и утвержденія проэкта устава, собирались и для выслушанія научныхъ докладовъ. Такихъ собраній было 2: одно—въ помѣщеніи училища глухонѣмыхъ, другое—въ клиникѣ проф. *Н. П. Симановскаго*.

(Засѣданіе 14-го февраля).

Н. В. Бѣлоголовъ. Отношеніе артеріальныхъ сосудовъ къ миндалинамъ и опасность кровотеченія при тонзиллотоміи [1]).

М. С. Жирмунскій. Случай ушного камня (otolithiasis). Къ докладчику обратилась дѣвочка, 12 л. съ жалобой на гнойную течь изъ лѣваго уха, которою она страдала съ дѣтства. При осмотрѣ слуховой проходъ найденъ былъ наполненнымъ гноемъ и затвердѣвшими массами, удалить которыя не удалось даже при самомъ энергичномъ спринцеваніи. При изслѣдованіи зондомъ въ проходѣ ощупывалось ущемленное твердое тѣло. Оно было извлечено проволочной петлей (при чемъ появилось сильное кровотеченіе) и по виду было похоже на секвестръ, но изслѣдованіе не обнаружило нарушенія цѣлости слухового прохода и барабанной полости; барабанная перепонка оказалась вполнѣ разрушенной. Удаленный камень имѣлъ около 1,5 стм. въ длину, 1 стм. въ ширину и 0,5 стм. въ толщину и состоялъ, какъ показало химическое изслѣдованіе, изъ фосфорнокислаго кальція съ незначительной примѣсью углекислаго кальція и слѣдами органическихъ веществъ. Ушные камни вообще встрѣчаются весьма рѣдко. Докладчику удалось собрать всего 5 такихъ случаевъ: 2 изъ нихъ принадлежатъ *Voltolini*, 2—*Bezold*'у и 1 *Secchi*. По мнѣнію *Bezold*'а, возможность образованія ушныхъ камней въ накопившихся въ ушномъ проходѣ эпидермоидальныхъ массахъ подтверждается образованіемъ мѣловыхъ отложеній внутри такихъ-же массъ въ жировыхъ железахъ кожи и *Meibom*'іевыхъ железахъ вѣкъ.

(Засѣданіе 6-го марта).

А. Э. Спенглеръ. О лѣченіи острыхъ гнойныхъ воспаленій средняго уха (см. № 40, стр. 1337).

Проф. *Н. П. Симановскій* замѣтилъ, что докладчикъ напрасно употребляетъ слово дренажъ. Въ настоящее время и хирурги не всегда прибѣгаютъ къ дренажировкѣ ранъ, а накладываютъ на нихъ слои гигроскопической марли, которая и отсасываетъ раневыя выдѣленія.

А. В. Захеръ находитъ, что способъ, описанный докладчикомъ, представляетъ сочетаніе всего наилучшаго, примѣняемаго въ настоящее время при острыхъ воспаленіяхъ средняго уха въ европейскихъ клиникахъ ушныхъ болѣзней; спринцеванія въ этихъ случаяхъ шли-бы въ разрѣзъ со всѣми правилами хирургіи. Къ сожалѣнію, при всѣхъ цѣлесообразныхъ мѣрахъ, примѣняемыхъ при лѣченіи болѣзни, острыя формы въ нѣкоторыхъ случаяхъ все-же переходятъ въ хроническія, что зависитъ отъ личныхъ свойствъ больного и особенностей каждаго случая.

Ч. пр. *М. М. Чельцовъ* отмѣтилъ, что при сухомъ способѣ лѣченія получается меньше осложненій въ видѣ образованія чирьевъ въ наружномъ слуховомъ проходѣ, воспаленій сосцевиднаго отростка и т. д. и теченіе остраго воспаленія средняго уха укорачивается.

М. С. Жирмунскій видитъ преимущество способа спринцеванія предъ т. наз. сухимъ въ томъ, что при первомъ рѣже получается воспаленіе слухового прохода; большую пользу при воспаленіяхъ средняго уха приноситъ *Politzer*'овскій душъ, сокращая процессъ нагноенія.

Проф. *Б. В. Верховскій* указалъ на работу *М. Я. Преображенскаго*, доказывающую, что хорошо всасывающая повязка, даже если-бы она была и заражена, не можетъ служить источникомъ зараженія раны.

А. Р. Ильишъ замѣтилъ, что сухое лѣченіе воспаленія средняго уха наиболѣе примѣнимо въ клиникѣ. Въ своей практикѣ д-ръ *И.* для тампонады уха употребляетъ слегка влажную хинолино-нафтоловую марлю проф. *Haug*'а, не доводя ее до барабанной перепонки, во избѣжаніе раздраженія послѣдней. Глицериновые растворы карболовой кислоты, согласно даннымъ опытовъ, дѣйствуютъ въ смыслѣ обеззараживанія весьма слабо, почему онъ предпочитаетъ глицериново-водные растворы карболовой кислоты.

А. Э. Спенглеръ добавилъ, что спринцеваніями нельзя вполнѣ удалить гной изъ слухового прохода, такъ какъ онъ очень быстро наполняется снова; при сухомъ-же способѣ лѣченія гной отсасывается, и ушной проходъ остается сухимъ, чѣмъ предупреждается образованіе чирьевъ и разлитыхъ воспаленій наружнаго слухового прохода.

Н. И. Лунинъ показалъ препаратъ *опухоли носоглоточнаго пространства*.

(Засѣданіе 10-го апрѣля).

П. К. Брошніовскій. Лѣченіе остраго отита въ клиникѣ проф. *Politzer*'а въ Вѣнѣ. Проф. *Politzer* различаетъ 2 группы болѣзней средняго уха: катарры (въ томъ числѣ и отосклерозъ) и воспаленія, характеризующіяся слизисто-гнойнымъ или чисто гнойнымъ выпотомъ; поэтому къ названію: острое воспаленіе средняго уха нѣтъ нужды прибавлять слово: гнойное. Лѣченіе острыхъ выпотныхъ воспаленій средняго уха до прокола или произвольнаго прободенія барабанной перепонки состоитъ въ примѣненіи обезболивающихъ втираній въ окружности уха. При сильныхъ боляхъ въ слуховой проходъ до барабанной перепонки вводятъ 2 раза въ день марлевыя полоски, смоченныя растворомъ уксусно-кислаго глинозема (liqu. alum. acet.), или ватные шарики, смоченные нѣсколькими каплями маслянаго раствора морфія (morph. phtalici 0,2, ol. hyosc. puriss. 10,0). Кокаинъ, въ виду плохой всасываемости не поврежденной барабанной перепонкой, примѣняется не со стороны слухового прохода, а лишь со стороны носа: нѣсколько капель раствора вливается въ соотвѣтственную $^1/_2$ носа, при наклоненной назадъ и на больную сторону головы больного; при этомъ растворъ попадаетъ иногда въ глоточное устье *Eustach*'іевой трубы и продвигается по ней дальше въ силу волосности. Примѣняются также компрессы или примочки (на область уха) комнатной температуры. При очень упорныхъ боляхъ ставятся 2—4 піявки впереди козелка. Тотчасъ-же по прекращеніи острыхъ болей примѣняется продуваніе уха (не катетеризація). При не очень тяжелыхъ формахъ болѣзни проф. *Politzer* считаетъ прямо противопоказаннымъ проколъ барабанной перепонки на основаніи многочисленныхъ наблюденій въ клиникѣ, гдѣ при двустороннемъ, совершенно одинаковомъ на обѣихъ сторонахъ, процессѣ, на одной сторонѣ производился проколъ барабанной перепонки, а на другой она оставалась цѣлой; во всѣхъ случаяхъ процессъ на сторонѣ съ цѣлой барабанной перепонкой проходилъ быстрѣе, тогда какъ на другой получалось длительное и обильное отдѣленіе гноя. Проколъ барабанной перепонки производится при продолжающихся, не смотря на мѣстное лѣкарственное лѣченіе, сильныхъ боляхъ, при выпячиваніи барабанной перепонки съ яркой краснотой или желтовато-зеленой окраской выпяченной части, при рвотѣ, судорогахъ и бредѣ, а также—болѣзненности сосцевиднаго отростка, самостоятельной и при давленіи. Для обезболиванія при проколѣ употребляется смѣсь равныхъ частей ментола, кокаина и карболовой кислоты. Сейчасъ-же послѣ прокола дѣлается воздушный душъ съ цѣлью убѣдиться, что разрѣзаны всѣ слои барабанной перепонки, и чтобы удалить выпотъ изъ барабанной полости. Затѣмъ въ слуховой проходъ вводится до самой барабанной перепонки полоска ксероформной марли, и на ухо накладывается повязка. Дальнѣйшее лѣченіе послѣ прокола или произвольнаго прободенія барабанной перепонки ведется сухимъ или мокрымъ способомъ, въ зависимости отъ характера процесса. Въ общемъ, промываніе уха кипяченой водой примѣняется лишь въ видѣ исключенія при весьма обильномъ гноетеченіи, какъ это бываетъ иногда при воспаленіяхъ средняго уха при дифтеріи, кори или скарлатинѣ. Обыкновенно-же при обильномъ гноетеченіи примѣняется вливаніе въ слуховой проходъ 3—6%-го раствора перекиси водорода; предъ вливаніемъ ухо очищается обезпложенными ватными шариками [1]), захватываемыми пинцетомъ. Благотворное, во многихъ случаяхъ прямо поразительное,

[1]) Относительно нѣкоторыхъ сообщеній я, къ сожалѣнію, вынужденъ, за неимѣніемъ подъ рукою матеріала, ограничиться лишь приведеніемъ заголовка. *А. С.*

[1]) Для обезпложиванія ватныхъ шариковъ проф. *Politzer* придумалъ особый приборъ, состоящій изъ небольшой стеклянной или никелированной коробки, съ металлической продырявленной

вліяніе перекиси водорода объясняется не только обеззараживающимъ дѣйствіемъ ея, но главнымъ образомъ механическимъ удаленіемъ выпота изъ барабанной полости, когда перекись водорода въ соприкосновеніи съ выпотомъ пѣнится и вмѣстѣ съ пѣной выпотъ выбрасывается наружу. Послѣ вливанія перекиси водорода ухо вновь очищается ватными шариками, дѣлается воздушный душъ, и въ слуховой проходъ вводится рыхлый комочекъ ваты, мѣняемый по мѣрѣ его пропитыванія гноемъ. При уменьшеніи отдѣленія гноя въ слуховой проходъ вкладываются полоски марли, при чемъ иногда въ ухо вдувается ксероформъ или борная кислота, но въ самомъ небольшомъ количествѣ, особенно ксероформъ. При воспаленіи сосцевиднаго отростка увеличивается отверстіе въ барабанной перепонкѣ и проводится противовоспалительное лѣченіе: ставятся піявки, втирается ртутная или серебряная (*Credé*) мазь и главнымъ образомъ примѣняется холодъ (мѣшокъ со льдомъ, холодныя примочки или *Leiter*'овскія трубки). Если это лѣченіе не приводитъ къ цѣли въ теченіи недѣли послѣ начала воспаленія, а при неотложныхъ показаніяхъ и ранѣе, то приступаютъ къ вскрытію сосцевиднаго отростка. При операціи проф. *Politzer* не считаетъ нужнымъ безусловно во всѣхъ случаяхъ вскрывать antrum mastoideum, но такихъ случаевъ очень мало. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ силу необходимости пришлось удалить много кости, по истеченіи 3—4 недѣль послѣ операціи въ углубленіе кости заливается парафинъ, края раны освѣжаются и рана зашивается.

Ф. Ф. Нейманъ. Къ лѣченію острыхъ отитовъ.

И. М. Гольдштейнъ. О лѣченіи острыхъ заболѣваній средняго уха. Если всѣ острыя заболѣванія средняго уха раздѣлить на 2 большихъ группы: острыхъ катарровъ и острыхъ воспаленій, не существенно различныхъ между собою патолого-анатомически, но рѣзко отличающихся по теченію, то и въ лѣченіи этихъ болѣзней будутъ 2 разновидности: лѣченіе случаевъ съ отдѣленіемъ и безъ отдѣленія гноя. Обыкновенно острые катарры требуютъ только выжидательнаго способа лѣченія. Кромѣ соотвѣтственнаго режима и общаго лѣченія, назначается карболовая кислота въ неразбавленномъ водою глицеринѣ въ видѣ капель въ ухо и вдыханіе ментола: больной растираетъ между ладонями нѣсколько капель 10%-го спиртнаго раствора ментола и вдыхаетъ носомъ, стараясь производить при этомъ глотательныя движенія; ментолъ, испытанное средство при катаррахъ слизистыхъ оболочекъ, оказываетъ хорошее дѣйствіе и при ушныхъ болѣзняхъ, почти всегда къ тому же сопровождающихся катаррами носа, носоглотки и *Eustachi*'евыхъ трубъ. По минованіи остраго періода дѣлается продуваніе уха. Если имѣются железистыя разрощенія, то они удаляются еще въ періодѣ остраго катарра уха. При лѣченіи остраго гнойнаго воспаленія средняго уха главнымъ средствомъ служитъ проколъ барабанной перепонки, согласно правилу «ubi pus, ibi incisio». Даже если-бы въ барабанной полости и не оказывалось гноя, проколъ барабанной перепонки приноситъ пользу. Съ момента прободенія барабанной перепонки или прокола ея задачей лѣченія становится удаленіе гноя изъ барабанной полости и слухового прохода и воздѣйствіе на слизистую оболочку средняго уха въ цѣляхъ прекращенія гноеобразованія. Для удаленія гноя изъ полости уха существуютъ 2 способа: сухой и мокрый. Способъ, примѣняемый докладчикомъ и выработанный *П. П. Геллатомъ*, представляетъ одну изъ разновидностей перваго. Гной изъ уха удаляется комочками ваты, навернутыми на деревянную палочку, при чемъ часть палочки съ пропитанной гноемъ ватой отламывается, на ея мѣсто навертывается другой комочекъ ваты и т. д. Больные быстро осваиваются съ этимъ способомъ удаленія гноя изъ слухового прохода. Слуховой проходъ оставляется совершенно открытымъ по слѣдующимъ соображеніямъ: свободный доступъ воздуха въ барабанную полость способствуетъ успѣху лѣчебныхъ пріемовъ. Соотвѣтственно примѣняемому хирургами лѣченію ранъ при помощи т. наз. «кожно-мышечнаго канала», самымъ подходящимъ дренажемъ для средняго уха является приготовленный самою природою кожный каналъ (слуховой проходъ). Употребляемая въ цѣляхъ дренированія тампонада сводится только къ закрытію наружнаго слухового прохода, такъ какъ для правильнаго введенія тампона необходима помощь врача, что не легко выполнимо. Что касается значенія тампонады для защиты полости средняго уха отъ зараженія извнѣ, то, во 1-хъ, защита эта достигается положеніемъ барабанной полости въ глубинѣ изогнутаго слухового прохода; во 2-хъ, путь проникновенія заразныхъ началъ въ среднее ухо идетъ чрезъ носоглотку и *Eustachi*'евы трубы. Изъ средствъ, дѣйствующихъ на слизистую оболочку средняго уха, докладчикъ примѣняетъ борную кислоту (въ порошкѣ) и іодную настойку; послѣдняя вводится въ среднее ухо чрезъ прободное отверстіе на маленькомъ кусочкѣ ваты, намотанномъ на зондѣ; если прободеніе не велико, то смазываются его края. Послѣ смазыванія іодной настойкой гноеотдѣленіе начинаетъ быстро уменьшаться. Еще опредѣленнѣе выступаетъ дѣйствіе іода при затяжныхъ воспаленіяхъ средняго уха, гдѣ примѣненіе его должно стоять на первомъ мѣстѣ. При боляхъ въ области уха и сосцевиднаго отростка примѣняются горячія припарки въ виду того, что тепло здѣсь дѣйствуетъ не только какъ болеутоляющее, но и какъ противовоспалительное средство, тогда какъ холодъ понижаетъ жизнедѣятельность тканей и создаетъ благопріятныя условія для размноженія микроорганизмовъ, понижая температуру крови.

М. С. Жирмунскій также не наблюдалъ особой пользы отъ холода при боляхъ въ области сосцевиднаго отростка; напротивъ согрѣвающіе компрессы не только уменьшаютъ боль, но часто, въ особенности у дѣтей, способствуютъ разсасыванію уже образовавшагося пропитыванія въ этой области.

А. Э. Спенглеръ не признаетъ возможнымъ сравнивать наружный слуховой проходъ съ дренажной трубкой, такъ какъ слуховой проходъ оканчивается барабанной перепонкой, съ небольшимъ (прободнымъ) отверстіемъ. Способъ, примѣняемый докладчикомъ, нельзя назвать и сухимъ, такъ какъ здѣсь гной не отсасывается дренажемъ по мѣрѣ образованія.

М. С. Эрбштейнъ, въ виду сомнительности мнѣнія о полной безвредности прокола барабанной перепонки и не желая причинять больнымъ лишнія страданія и волненія, по возможности откладываетъ проколъ, конечно, лишь до появленія серьезныхъ припадковъ: невыносимой боли при высокой температурѣ и чувствительности сосцевиднаго отростка и т. д.

П. К. Бромніовскій полагаетъ, что съ проколомъ не слѣдуетъ особенно торопиться, такъ какъ при небольшомъ накопленіи гноя въ полости средняго уха таковой можно удалить *Politzer*'овскимъ душемъ. Примѣняемое въ общей хирургіи лѣченіе тепломъ нельзя признать безусловно полезнымъ при лѣченіи воспаленія средняго уха, такъ какъ, въ виду небольшой величины полости средняго уха, гиперэмія, вызываемая тепломъ, могла-бы усилить боль и способствовать образованію нарыва.

А. К. Криштопенко замѣтилъ, что не слѣдуетъ увлекаться хирургическими способами лѣченія и не нужно останавливаться въ поискахъ за надежными терапевтическими средствами при лѣченіи ушныхъ болѣзней. Продуваніе парами формалина чрезъ *Eustachi*'еву трубу давало ему хорошіе результаты при хроническихъ и острыхъ воспаленіяхъ средняго уха.

П. П. Геллатъ еще разъ указалъ на хорошія стороны открытаго лѣченія, преимущественно выступающія при хроническихъ воспаленіяхъ средняго уха и въ оперативныхъ случаяхъ, и горячо предлагалъ примѣнять тепло при лѣченіи ушныхъ болѣзней.

Докладчикъ въ отвѣтъ д-ру *Эрбштейну* замѣтилъ, что нельзя считаться со взглядами больныхъ на проколъ барабанной перепонки; гдѣ предполагается присутствіе гноя, тамъ слѣдуетъ дѣлать проколъ. Ошибки, конечно, возможны, но хирурги дѣлаютъ же пробныя чревосѣченія. На возраженіе д-ра *Спенглера* сказалъ, что много легче вытирать ухо предложеннымъ имъ способомъ, чѣмъ вводить тампоны; среднее ухо вообще дренировать нельзя, а для отвода гноя изъ слухового прохода дренажъ не нуженъ, такъ какъ слуховой проходъ самъ отводитъ гной въ достаточной степени.

А. Сибирскій.

пластинкой между дномъ и крышкой; въ отверстія этой пластинки вкладываются ватные шарики, и коробка помѣщается въ стерилизаторъ.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CXLVIII. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Прошло уже больше года со времени 2-го Съѣзда дѣятелей по климатологіи, гидрологіи и бальнеологіи, состоявшагося 1—6 сентября 1903 г. въ Пятигорскѣ. Совершенно естественно поэтому, что члены Съѣзда, внесшіе установленный взносъ, ожидаютъ выхода «Трудовъ Съѣзда». Однако о появленіи таковыхъ ничего не слышно. Интересно-бы всё-таки, по крайней мѣрѣ, знать, состоится-ли изданіе «Трудовъ»?

Со своей стороны, я полагаю, что таковое изданіе (даже помимо обязательности выхода его, въ виду уплаты членами взноса) весьма желательно по многимъ соображеніямъ. Нельзя сказать, чтобы Съѣздъ далъ очень много, но интереснаго было достаточно, если не съ положительной, то съ отрицательной стороны, во всякомъ случаѣ.

Не считая себя компетентнымъ, я не берусь судить о научномъ значеніи читанныхъ на Съѣздѣ докладовъ съ точки зрѣнія спеціалиста-бальнеолога. Но, такъ какъ всякій большой Съѣздъ у насъ на Руси представляетъ общественное явленіе высокой важности, какъ единственная почти возможность высказать свои пожеланія по тѣмъ или другимъ общественнымъ вопросамъ широкой группѣ дѣятелей, то само собой разумѣется, что и Пятигорскій Съѣздъ, стоившій къ тому-же очень недешево (угощали членовъ на славу, не говоря уже о даровомъ проѣздѣ по желѣзнымъ дорогамъ) заслуживаетъ внимательной оцѣнки по многимъ соображеніямъ, для чего появленіе «Трудовъ» съ протоколами общихъ и спеціальныхъ засѣданій крайне желательно. Стоитъ, напр., припомнить хотя-бы только проэктъ курортнаго положенія (докладъ Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ, читанный предсѣдателемъ Общества *В. А. Кобылинымъ*), единодушно отвергнутымъ Съѣздомъ, чтобы энергично пожелать появленія «Трудовъ». Такіе образцы бюрократическихъ измышленій вполнѣ заслуживаютъ того, чтобъ быть увѣковѣченными (для примѣра укажу на ст. 51 проэкта, предоставляющую въ вѣдѣніе санитарнаго врача «санитарныхъ фельдшеровъ съ правами околодочныхъ надзирателей или урядниковъ и санитарныхъ служителей съ правами полицейскихъ служителей». Такъ и сказано!).

Можетъ быть, Правленіе 2-го Съѣзда отвѣтитъ и сообщитъ, какъ обстоитъ дѣло съ изданіемъ «Трудовъ»?

Н. Золотавинъ.

Нарва. 30-го ноября 1904 г.

CXLIX. М. Г.! Не откажите дать мѣсто въ «Русскомъ Врачѣ» слѣдующему заявленію.

Вслѣдствіе недостатка въ Клиническомъ Институтѣ В. Кн. Елены Павловны каѳедры по гигіэнѣ и санитаріи врачи, пріѣзжающіе въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, обыкновенно бываютъ лишены возможности пополнить свои знанія по гигіэнѣ. Этотъ существенный недостатокъ преподаванія въ Клиническомъ Институтѣ былъ пополненъ въ истекающемъ осеннемъ семестрѣ при помощи проф. В.-Медицинской Академіи *С. В. Шидловскаго*, который, по просьбѣ пріѣзжихъ врачей, взялъ на себя иниціативу и трудъ по организаціи занятій съ врачами по гигіэнѣ. Проф. *С. В. Шидловскій* имѣлъ возможность посвятить своимъ слушателямъ по 2 теоретическихъ лекціи въ недѣлю, а ассистентъ его ч.-пр. *В. А. Левашевъ* руководилъ практическими занятіями врачей сообразно ихъ запросамъ на тотъ или иной отдѣлъ практической гигіэны. Въ дополненіе къ курсу проф. *С. В. Шидловскаго* ч.-пр. *В. А. Левашевъ* организовалъ для врачей образовательныя экскурсіи на городскую бойню, въ городской оспопрививательный Институтъ и въ Пріютъ для недоносковъ, въ городскую гигіэническую Лабораторію и въ Музей при русскомъ Обществѣ охраненія народнаго здравія, при чемъ завѣдующіе поименованными общественными учрежденіями (*М. А. Игнатьевъ*, ч. пр. *В. О. Губертъ*, *П. И. Левинъ* и *В. И. Яковлевъ*, проф. *Г. И. Турнеръ*) любезно руководили осмотромъ подвѣдомственныхъ имъ учрежденій и давали всѣ необходимыя объясненія.

Организованный проф. *С. В. Шидловскимъ* курсъ гигіэны при указанной постановкѣ имѣлъ серьезное практическое значеніе для врачей, за что мы и приносимъ искреннюю благодарность глубокоуважаемому проф. *С. В. Шидловскому* и его ассистенту ч.-пр. *В. А. Левашеву*, а также и представителямъ тѣхъ общественныхъ учрежденій, съ которыми мы имѣли удовольствіе познакомиться при образовательныхъ экскурсіяхъ.

Ив. Недешевъ, С. Номикосовъ, А. Поповъ, Г. Персіяновъ, А. Тураева, Дм. Комаровскій, С. Ганчевъ, К. Д. Ясенскій, В. А. Левицкій, Л. Селезнева-Макарова, Н. Волковъ, Шмелевъ.

CL. Редакція издающагося въ Парижѣ журнала «Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie» поручила мнѣ составленіе отчетовъ о засѣданіяхъ и докладахъ, посвященныхъ болѣзнямъ горла, носа и уха, а также рецензій и рефератовъ, издаваемыхъ въ Россіи работъ по этимъ болѣзнямъ. Покорнѣйше прошу товарищей, желающихъ помѣстить въ вышеназванномъ журналѣ рефераты своихъ статей и работъ, присылать мнѣ печатные оттиски; докладчиковъ же прошу по возможности своевременно увѣдомлять меня о предстоящихъ докладахъ и ихъ содержанія. *Я. Левенсонъ.*

Мой адрессъ: Петербургъ, Бассейная, 8, кв. 6, д-ру мед. *Я. И. Левенсону.*

5/XII 1904 г.

CLI. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующія строки. Члены 2-го совѣщательнаго Съѣзда врачей Харьково-Николаевской желѣзной дороги, глубоко возмущенные издѣвательствомъ, учиненнымъ ген. Ковалевымъ надъ *Николаемъ Петровичемъ Забусовымъ*, старшимъ врачемъ Средне-Азіатской желѣзной дороги, шлютъ невинно пострадавшему свое искреннее сочувствіе и выражаютъ крайнее негодованіе по поводу дикаго произвола.

Орловъ, Унковскій, Соколовъ, Врублевскій, Демковъ Евгеній, Тюрморѣзовъ, Рачинскій, Трутовскій, Демковъ Михаилъ, Богдановъ, Павловскій, Трофимовъ.

1/XII 1904 г.

CLII. М. Г.! Не откажите въ помѣщеніи слѣдующихъ строкъ. Общество Псковскихъ врачей, глубоко возмущенное поступкомъ ген. Ковалева и удивленное слабостью судебнаго приговора, не соотвѣтствующаго гнусности его дѣяній, въ засѣданіи 4-го декабря 1904 г. постановило высказать товарищеское сочувствіе д-ру *Николаю Петровичу Забусову* по поводу произведеннаго на него предательскаго нападенія и вмѣстѣ съ тѣмъ выразить свое крайнее негодованіе по адрессу г. Ковалева, какъ за наглую и заранѣе обдуманную расправу, такъ и за злоупотребленіе имъ священной, закономъ вмѣняемой обязанностью врачу являться по первому призыву больного.

Къ изложенному Общество считаетъ своимъ долгомъ добавить, что настоящее заявленіе является результатомъ частнаго Совѣщанія его членовъ, которое состоялось 6-го ноября 1904 г., т. е. въ то время, когда членамъ еще не была извѣстна корреспонденція въ «Недѣлѣ» (№ 2, отъ 14 ноября 1904 г.), нападающая на Общество за яко-бы отсутствіе сочувствія къ товарищу *Н. П. Забусову* и вообще обрисовывающая дѣятельность Общества въ совершенно ложномъ освѣщеніи.

За президента, вице-президентъ *А. Бѣльскій.*
Секретарь *Н. Плюшкинъ.*

Псковъ. 6-го декабря 1904 г.

CLIII. М. Г.! Въ № 49 «Русскаго Врача» опять появилось письмо д-ра *Амстердамскаго*, въ которомъ онъ пытается опровергнуть возраженія членовъ Коммиссіи по пересмотру устава Вспомогательной Кассы. Своеобразные полемическіе пріемы д-ра *Амстердамскаго*, постоянное извращеніе имъ фактовъ [1]) и стараніе бросить грязью въ членовъ означенной Коммиссіи (теперь, оказывается, уже въ одного ея предсѣдателя) и дискредитировать ихъ добросовѣстность, не выясняя нисколько истины, дѣлаютъ для насъ невозможнымъ продолженіе въ печати спора, въ которомъ каждый фактъ придется подтверждать документально. Считая это совершенно неудобнымъ на страницахъ «Русскаго Врача», мы переносимъ столкновеніе наше въ Судъ чести, который и выяснитъ, насколько справедлива та и другая сторона.

Предсѣдатель Коммиссіи *А. Заболотскій.* Члены: *В. Гребенщиковъ, Ф. Чистовичъ, Г. Епифановъ.*

С.-Петербургъ. 6-го декабря 1904 г.

PS. Членъ Коммиссіи *Л. Г. Карчагинъ* отказался подписать настоящее наше заявленіе.

Членъ Коммиссіи *В. Гребенщиковъ.*

CLIV. М. Г.! Въ № 47 «Русскаго Врача» помѣщено письмо городской санитарной Коммиссіи. Письмо служитъ отвѣтомъ на мое разосланное «многимъ лицамъ по почтѣ» прошеніе объ отставкѣ и предназначено, яко-бы, для изложенія «данныхъ, коими Коммиссія руководилась при отказѣ (мнѣ) въ ходатайствѣ объ отпускѣ на лѣтнее время сего 1904 г.». Не понимаю, почему санитарная Коммиссія перенесла центръ тяжести въ своемъ возраженіи на вопросъ объ отпускѣ, котораго я въ своемъ прошеніи объ отставкѣ касаюсь только мимоходомъ, игнорируя самую суть его. Не могу понять, почему санитарная Коммиссія не ограничилась приводимыми ею заключеніями старшаго санитарнаго врача и окружного попечителя, которыя одни только и являются существенными доводами въ пользу отказа «въ ходатайствѣ» объ отпускѣ (именно, что я пользовался 4-хъ-мѣсячнымъ отпускомъ въ прошломъ году лѣтомъ, когда, по мнѣнію старшаго санитарнаго врача, дѣятельность санитарныхъ врачей наиболѣе продуктивна). Этого было бы, мнѣ кажется, вполнѣ достаточно, чтобы признать правильность и законность отказа. Ограничься санитарная Коммиссія этимъ, я призналъ-бы ея письмо корректнымъ и воздержался-бы отъ дальнѣйшихъ объясненій. Но она къ чему-то присоединяетъ сюда мое *частное* письмо къ г. Фокину, не имѣющее никакого отношенія къ отпуску 1904 г.; искажаетъ его смыслъ (это будетъ показано ниже); присоединяетъ сюда-же добытую добровольнымъ сыскомъ старшаго санитарнаго врача публикацію изъ «Новаго Времени» объ Андреевской санаторіи, подчеркиваетъ казенныя формулы мотивировокъ отпусковъ («по нездоровью», «по домашнимъ обстоятельствамъ»), вдается въ толкованіе пропуска заключительныхъ строкъ въ печатномъ оттискѣ моего прошенія объ отставкѣ, полученномъ «многими лицами по почтѣ». Какое-же отношеніе имѣетъ все это къ «даннымъ, коими Коммиссія руководилась при отказѣ (мнѣ) въ отпускѣ на лѣтнее время 1904 г.»? Очевидно, никакого. Но за то все это въ освѣщеніи санитарной Коммиссіи выставляетъ меня, какъ личность, въ неблаговидномъ свѣтѣ и вызываетъ въ умѣ читателя подозрѣніе, что въ дѣлѣ отпусковъ я руководился какими-то корыстными побужденіями. Это заставляетъ меня взяться за перо и volens-nolens изложить тѣ личные мотивы, которые руководили мною при инкриминируемыхъ мнѣ дѣйствіяхъ.

Изложу все по пунктамъ.

1. Занимаясь въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ изученіемъ бугорчатки, съ одной стороны, и вопросами больничнаго хозяйства, съ другой, я получилъ весною 1903 г. предложеніе выработать планъ организаціи хозяйства въ Андреевской кумысо-лѣчебной санаторіи (въ Уфимской губ.), построенной съ общественной и частью благотворительной цѣлью извѣстнымъ на югѣ богачемъ въ память своего брата, погибшаго отъ бугорчатки. Дѣло представлялось мнѣ очень интереснымъ, но для этого требовалось ознакомиться на мѣстѣ съ учрежденіемъ и принять на себя завѣдываніе санаторіей на 3—4 лѣтнихъ мѣсяца; нужно было на время уѣхать изъ Петербурга, чего нельзя было сдѣлать безъ оффиціальнаго отпуска отъ санитарной Коммиссіи. Такъ какъ къ этому времени я уже достаточно убѣдился въ полной безплодности всякой—и лѣтней, и зимней—работы Петербургскаго санитарнаго врача (оставался я на службѣ только въ ожиданіи обновленія Думы квартиронанимателями по новому Город. Полож. 1903 г.), то, конечно, не сомнѣвался, что съ неменьшимъ успѣхомъ мои служебныя обязанности выполнитъ любой врачъ—замѣститель. Въ виду этихъ соображеній понятно, что вопросъ объ отпускѣ представлялъ для меня интересъ только съ формальной стороны. Въ санитарной Коммиссіи отпуски даются обычно либо ежегодно на 1 мѣсяцъ, либо черезъ годъ на 2; я отпускомъ не пользовался съ 1900 г., слѣд., право на 2-мѣсячный отпускъ во всякомъ случаѣ было за мною обезпечено; весь вопросъ сводился къ послѣдующимъ 2-мъ мѣсяцамъ. Я совершенно откровенно разсказалъ старшему санитарному врачу и окружному санитарному попечителю г. Фокину и о полученномъ

[1]) Для характеристики укажемъ на слѣдующій пріемъ д-ра *Амстердамскаго*: обвинивъ въ Общемъ Собраніи 21-го октября предсѣдателя Коммиссіи въ томъ, что 6 мѣсяцевъ онъ не даетъ дальнѣйшаго хода выработанному Коммиссіей проэкту устава, д-ръ *Амстердамскій* скрылъ отъ Общаго Собранія, что проэктъ въ теченіи всего этого времени онъ, д-ръ *А.*, самъ задержалъ у себя и *забросилъ* секретарю Коммиссіи только за *1—2 дня* до этого Общаго Собранія. Секретарь, не бывъ на Общемъ Собраніи 21-го октября, не могъ во-время открыть глаза присутствовавшимъ на поступокъ д-ра *Амстердамскаго.*

мною предложенія ѣхать въ санаторію и о необходимости отъѣзда на 4 мѣс., и о желаніи *передать свое жалованье врачу замѣстителю* (городскіе служащіе, пребывая въ отпуску по болѣзни, сохраняютъ право на содержаніе въ теченіи 4 мѣс.). Не имѣя ничего по существу противъ моего 4-мѣсячнаго отпуска, оба нашли однако невозможнымъ, по *формальнымъ* соображеніямъ, сразу просить такой продолжительный отпускъ и посовѣтовали мнѣ взять сначала 2-мѣсячный, а затѣмъ продлить его «по болѣзни» еще на 2 мѣс. Общеизвѣстно, что чиновничья практика канцелярій давно выработала эту казенную формулу мотивировки продленія отпусковъ, и оффиціальная ложь, по существу лежащая нерѣдко въ основѣ этой мотивировки, мало кого шокируетъ при сношеніяхъ съ бюрократическими учрежденіями. Не считалъ и я особенно предосудительнымъ допустить эту оффиціальную неправду, тѣмъ болѣе, что, дѣйствительно, чувствовалъ себя не совсѣмъ здоровымъ и сознавалъ необходимость подкрѣпить нервную систему работой въ другой обстановкѣ. Я послѣдовалъ совѣту старшаго санитарнаго врача и санитарнаго попечителя, «по нездоровью» получилъ отпускъ на 2 мѣсяца, затѣмъ просилъ о продленіи его «по болѣзни» еще на 2 мѣсяца, но уже *безъ сохраненія содержанія* и съ условіемъ назначенія вмѣсто меня замѣстителя.

Такимъ образомъ истинная цѣль моего отпуска ни для кого тогда не составляла тайны. Въ 1903 г. санитарная Коммиссія ничего предосудительнаго въ этомъ отпускѣ и его мотивировкѣ не видѣла, такъ какъ, зная, что я здоровъ и уѣзжаю завѣдывать санаторіей, тѣмъ не менѣе разрѣшила мнѣ отпускъ, продлила его и назначила врача-замѣстителя на мое мѣсто, передавъ ему мое жалованье. Почему-же теперь, въ 1904 г., она ставитъ мнѣ въ вину рекомендованную и ею-же санкціонированную оффиціальную ложь?

Всѣ изложенныя здѣсь обстоятельства выяснились-бы сами собою, если-бы приводимое санитарной Коммиссіей мое письмо къ г. Фокину было напечатано полностью. Но санитарная Коммиссія предусмотрительно приводитъ только выдержку изъ этого *частнаго* письма (кстати сказать, неизвѣстно почему очутившагося «въ дѣлахъ Коммиссіи»); мало того, даже въ этой выдержкѣ она старательно замалчиваетъ всѣ тѣ выраженія, которыя могутъ пролить свѣтъ на истинное положеніе дѣла, и замѣняетъ ихъ вставками: «*и т. д.*». Такимъ пріемомъ, очевидно, умышленнаго замалчиванія важныхъ подробностей письма, она искажаетъ его смыслъ и искусственно навязываетъ читателю неблагопріятное для меня впечатлѣніе.

2. Съ своимъ докладомъ о Петербургской врачебно-санитарной организаціи я выступилъ 5-го января 1904 г.; походъ противъ меня, описанный въ № 42 «Русскаго Врача», шелъ въ февралѣ и мартѣ. Думаю, всякому непредубѣжденному должно быть ясно, что, если не раньше, то уже во всякомъ случаѣ послѣ этихъ перипетій у меня не могло быть особой склонности продолжать службу вмѣстѣ съ г. *Оппенгеймомъ;* недостатка въ предложеніяхъ другихъ мѣстъ у меня не было. И дѣйствительно, я бы охотно распрощался тогда съ санитарной Коммиссіей, но *не считалъ себя нравственно вправѣ* сдѣлать это и вотъ на какомъ основаніи. Въ этотъ именно періодъ, по предложенію гласнаго *М. И. Петрункевича*, городская Дума постановила (12/III 1904 г.) образовать особую «подготовительную Коммиссію для всесторонней разработки вопроса о надлежащей санитарной организаціи» въ Петербургѣ [1]). Въ случаѣ благопріятнаго исхода выборовъ въ эту Коммиссію можно было ожидать обновленія всего санитарнаго строя, и мой личный трудъ могъ-бы тогда оказаться особенно умѣстнымъ; скрѣпя сердце, я рѣшилъ не оставлять службы до выясненія результата выборовъ. Въ тотъ-же періодъ (1/IV) я получилъ приглашеніе принять на себя и на лѣто 1904 г. завѣдываніе Андреевской санаторіей, организацію хозяйства въ которой я изучалъ въ 1903 г. Среди всѣхъ прочихъ это предложеніе улыбалось мнѣ болѣе всего въ виду того, что не разстраивало моей главной задачи: бороться противъ существующаго строя санитаріи въ Петербургѣ; не разстраивало потому, что фактическая работа «Коммиссіи по реорганизаціи» могла начаться не раньше сентября (лѣтомъ въ Думѣ—каникулы), а въ санаторіи сезонъ кончается 15-го августа. Осложнялось дѣло тѣмъ, что отвѣтъ владѣльцу санаторіи необходимо было дать немедленно, между тѣмъ выборы въ «Коммиссію по реорганизаціи» предстояли только 21-го апрѣля. Рѣшивъ въ случаѣ неудачныхъ выборовъ оставить службу окончательно, я тѣмъ временемъ подалъ прошеніе объ отпускѣ, мотивируя его «домашними обстоятельствами», такъ какъ никакой другой подходящей формулы въ оффиціальной терминологіи я не знаю. Конечно, отпускъ я просилъ *безъ содержанія.* Комбинаціей съ отпускомъ достигались всѣ мои цѣли: а) я получалъ возможность выждать результата выборовъ въ «Коммиссію по реорганизаціи», не оставляя предварительно службы; б) я избавлялся вмѣстѣ съ тѣмъ отъ необходимости общенія по службѣ съ г. *Оппенгеймомъ;* в) получалъ возможность въ случаѣ неблагопріятнаго исхода выборовъ остаться въ санаторіи на дальнѣйшее время.

21-го апрѣля состоялись, наконецъ, выборы. Результатъ ихъ не оправдалъ моихъ ожиданій: даже иниціаторъ вопроса *М. И. Петрункевичъ* не попалъ въ составъ членовъ, но за то вошелъ г. *Оппенгеймъ* и при томъ, какъ непремѣнный членъ [2]). Не трудно было предрѣшить, что никакого обновленія дѣла ожидать нельзя. Поэтому, какъ только я узналъ объ исходѣ выборовъ, я тотчасъ-же (24-го апрѣля) подалъ прошеніе объ отставкѣ.

Вотъ фактическая сторона вопроса объ отпускѣ 1904 г.

3. Санитарная Коммиссія таинственно подчеркиваетъ, что заключительныя строки моего прошенія объ отставкѣ *пропущены* (курсивъ Коммиссіи) въ яко-бы «копіи», полученной «многими лицами по почтѣ». По этому поводу я долженъ замѣтить, что, во 1-хъ, я разсылалъ не «копію», а только печатный оттискъ прошенія; во 2-хъ, разсылалъ я его только гласнымъ Думы. Цѣль разсылки была вполнѣ опредѣленная: въ виду ожидаемыхъ вскорѣ выборовъ новаго предсѣдателя санитарной Коммиссіи, я считалъ полезнымъ ознакомить гласныхъ съ характеристикой г. *Оппенгейма* и созданныхъ имъ порядковъ, описанію которыхъ посвящено мое прошеніе (см. ниже); такъ какъ съ апрѣля по ноябрь г. *Оппенгеймъ* не возражалъ противъ данной ему характеристики, то молчаніе можно было толковать, какъ знакъ согласія или во всякомъ случаѣ какъ невозможность опровергнуть мои обвиненія. Какъ агитаціонный пріемъ, это имѣло свое значеніе. Понятно, мнѣ не къ чему было удлинять оттискъ своего прошенія заключительными строками, имѣющими узко служебное значеніе и для гласныхъ ни съ какой стороны не интересными.

4. Пунктъ 3-ій письма санитарной Коммиссіи поясненій не требуетъ: никто не сомнѣвается, что «въ дѣлахъ Коммиссіи» не можетъ быть слѣдовъ предполагавшагося «наказанія» домашними средствами.

Если подвести теперь итогъ всему сказанному, вспомнить, какими пріемами пользуется санитарная Коммиссія, чтобы придать своимъ тенденціозно подобраннымъ «даннымъ» специфическое освѣщеніе, прибавить къ этому, что ея письмо совершенно игнорируетъ суть моего прошенія, отвѣтомъ на которое якобы служитъ, то едва-ли можно усумниться въ томъ, какую цѣль преслѣдовала санитарная Коммиссія, публикуя свое письмо на страницахъ «Русскаго Врача», читатели котораго знакомы съ моимъ прошеніемъ объ отставкѣ лишь по выдержкамъ, въ коихъ объ отпускѣ не упоминается ни слова. Цѣль эта ясна: calomniez, calomniez, il en restera toujours quelque chose. Насколько достойно общественнаго учрежденія задаваться подобными цѣлями, предоставляю судить читателямъ *).

А. Рубель.

30 ноября 1904 г.

CLV. *Отъ справочнаго Бюро при Обществѣ взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія.*

1. Съ 10-го января 1905 г. въ Повивально-гинекологическомъ Институтѣ (В. О., Университетская линія, 3) начнутся систематическіе курсы для врачей по гинекологіи и акушерству по программѣ осенняго ½-годія (см. обложку «Русскаго Врача», № 27,

[1]) «Извѣстія Петербургской городской Думы», 1904 г., № 11, стр. 1554—1558.

[2]) Тамъ-же, 1904 г., № 17, стр. 121.

*) Вотъ текстъ моего прошенія объ отставкѣ въ оттискѣ, разосланномъ гласнымъ: «*Въ городскую санитарную Коммиссію.* 13-го апрѣля т. г. мною было подано въ санитарную Коммиссію прошеніе объ отпускѣ безъ сохраненія содержанія; мотивированъ былъ отпускъ, по оффиціальной терминологіи, домашними обстоятельствами. Санитарная Коммиссія означеннаго прошенія не удовлетворила. Въ виду этого считаю необходимымъ точнѣе выяснить причины моей просьбы объ отпускѣ. Дѣло въ томъ, что продолжать службу при предсѣдательствѣ г. *Оппенгейма* я считаю для себя больше невозможнымъ. При немъ развилась и достигла своего апогея система полнаго произвола предсѣдателя, полнаго подавленія всякой иниціативы и самодѣятельности санитарныхъ врачей, система преобладанія формы надъ сущностью дѣла. Мня себя знатокомъ санитарнаго дѣла, въ дѣйствительности-же не понимая и элементарныхъ основъ его, онъ вмѣшивается властно даже въ спеціальную работу санитарныхъ врачей, тормазитъ возможность правильнаго направленія дѣла оздоровленія г. Петербурга, создавая взамѣнъ того иллюзію «неутомимой энергіи» г. *Оппенгейма*, иллюзію, поддерживаемую постоянной газетной шумихой. Взглядъ на санитарное дѣло, какъ на «семейное дѣло» привелъ его къ открытому приглашенію подчиненныхъ ему врачей (въ особомъ засѣданіи) поддерживать среди знакомыхъ имъ избирателей его кандидатуру въ гласные въ избирательный періодъ ноября 1903 г. Такіе водворившіеся при г. *А. Н. Оппенгеймѣ* порядки, достигнувъ полнаго разцвѣта, сдѣлали невозможнымъ продолжать совмѣстную службу съ нынѣшнимъ предсѣдателемъ Коммиссіи. Однако, надѣясь, что при новыхъ выборахъ въ текущемъ году г. *А. Н. Оппенгеймъ* не займетъ уже больше мѣста предсѣдателя санитарной Коммиссіи, я, скрѣпя сердце, оставался на службѣ въ ожиданіи лучшихъ дней для санитарнаго дѣла. Къ сожалѣнію, вопросъ о новомъ предсѣдателѣ остается до сихъ поръ открытымъ. Между тѣмъ въ послѣднее время система произвола и усмотрѣнія г. *Оппенгейма* стала для меня невыносимой. Я просилъ временный отпускъ въ разсчетѣ, что тѣмъ временемъ рѣшится въ Думѣ вопросъ о новомъ предсѣдателѣ санитарной Коммиссіи, съ которымъ я связывалъ вопросъ о своей дальнѣйшей службѣ въ Коммиссіи. Такъ какъ санитарная Коммиссія моей просьбы не удовлетворила, а какое бы то ни было общеніе съ г. *Оппенгеймомъ* я считаю для себя невозможнымъ, то нахожу себя вынужденнымъ подать въ отставку и прошу санитарную Коммиссію немедленно отчислить меня отъ службы санитарнаго врача — 24 апрѣля 1904 г. Санитарный врачъ *А. Рубель*».

стр. XIX). Справочное Бюро высылаетъ безплатно желающимъ печатное росписаніе занятій въ Институтѣ. Врачи, занимающіеся въ Институтѣ, могутъ получать здѣсь за небольшую плату завтраки и обѣды.

2. Съ 7—10-го января 1903 г. въ Клиническомъ Институтѣ В. Кн. Елены Павловны (Кирочная, 41) начнутся курсы для врачей почти по той-же программѣ, которая была составлена для настоящаго ½-годія (см. обложку «Русскаго Врача», № 30, стр. X).

3. Кромѣ Еленинскаго Клиническаго и Повивально-гинекологическаго Институтовъ, ведутся курсы для врачей по дѣтскимъ болѣзнямъ въ Дѣтской больницѣ Принца Ольденбургскаго (Лиговская, 8), и по всѣмъ отдѣламъ заболѣваній глаза въ глазной лѣчебницѣ (Моховая, 38). Въ обоихъ послѣднихъ учрежденіяхъ курсы устраиваются частнымъ образомъ, по соглашенію преподавателей съ врачами.

4. По примѣру прошлыхъ лѣтъ и во 2-мъ ½-годіи 1904/5 уч. года можно надѣяться на гостепріимство хирургическихъ отдѣленій Маріинской больницы (Литейный, 56) и мужской Обуховской (Фонтанка, 106), изъ которыхъ, благодаря любезности и товарищеской предупредительности почетныхъ членовъ Общества *Г. И. Трахтенберга* и *А. А. Троянова*, врачи выносили для себя много поучительнаго.

5. Общество взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, устроило въ 8—10 мин. ходьбы отъ Еленинскаго Клиническаго Института квартиры (число комнатъ ограничено) и столовую (Таврическая, 17, кв. 61). *Въ интересахъ дѣла Бюро проситъ товарищей до пріѣзда въ Петербургъ письменно или телеграммой предупреждать завѣдующаго Бюро д-ра В. Г. Лѣсовою (В. О., Университетская, 3, кв. 97, телефонъ 4206) о своемъ желаніи пользоваться квартирами и столовой Общества.* Въ помѣщеніи столовой *члены Общества*, по пріѣздѣ въ Петербургъ могутъ оставлять свои вещи до пріисканія квартиры.

6. По соглашенію съ Бюро администрація меблированныхъ комнатъ «Пале Рояль» (Пушкинская, 20, въ 5—7 мин. ѣзды отъ Николаевскаго вокзала) дѣлаетъ *членамъ Общества* 10% уступки съ номинальныхъ цѣнъ.

7. Бюро Общества, по прежнему, очень охотно и безъ промедленія, даетъ провинціальнымъ товарищамъ справки по всевозможнымъ вопросамъ.

8. Желающіе вступить въ члены Общества благоволятъ направлять годовой членскій взносъ въ 5 р. на имя казначея Общества *Д. Л. Романовскаго* (Клиническій Институтъ, Кирочная, 41).

Завѣдующій Бюро *В. Лѣсовой.*

Петербургъ. 6/XII 1904 г.

CLVI. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему заявленію.

25-лѣтіе врачебной дѣятельности проф. *Д. О. Отта*, исполняющееся 19-го сего декабря, рѣшено было чествовать составленіемъ «Сборника» ученыхъ работъ, посвященнаго его имени. Тяжелыя событія, переживаемыя нашей родиной, рѣзко отразившись также и на врачебной семьѣ въ частности, помѣшали своевременному составленію «Сборника». Многіе изъ учениковъ *Д. О. Отта*, выразившихъ желаніе участвовать въ «Сборникѣ», находятся теперь на Дальнемъ Востокѣ; другіе, обремененные работой, могли лишь въ сжатомъ видѣ представить обѣщанныя статьи. Желая поэтому дать возможность бо́льшему числу учениковъ и почитателей *Дмитрія Оскаровича* принять участіе въ составленіи «Сборника», Комитетъ по чествованію 25-лѣтія врачебной дѣятельности *Дмитрія Оскаровича*, постановилъ отложить чествованіе, равно и составленіе «Сборника» на одинъ годъ, какъ это поступлено въ текущемъ году со многими юбилейными торжествами. Крайнимъ срокомъ присылки работъ назначается теперь 15-е августа 1905 г. Адрессъ остается прежній: Университетская линія, 3, проф. *В. В. Строганову.*

За предсѣдателя Комитета товарищъ предсѣдателя

проф. *А. Замшинъ.*

6 декабря 1904 г.

Спб., В. О., Университетская линія, 3.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2506. Московское терапевтическое Общество избрало проф. *Ивана Петровича Павлова почетнымъ членомъ* по случаю предстоящаго 19-го декабря 25-лѣтняго юбилея научной его дѣятельности («Русское Слово», 3 декабря).

2507. «Харьковскій Листокъ» (3 декабря) сообщаетъ, что проф. *А. В. Мартыновъ*, недавно занявшій каѳедру хирургической патологіи въ Харьковскомъ Университетѣ, *переходитъ въ Москву* на каѳедру, освободившуюся за смертью проф. *К. Ѳ. Клейна.*

2508. Въ В.-Медицинской Академіи защитили диссертаціи: 18-го ноября—*А. К. Ширманъ* на тему «*Процессы памяти при зрительномъ, слуховомъ и чувственно-двигательномъ воспріятіи*» («Кіевское Слово», 28 ноября) и 2-го декабря—*А. И. Левитскій* на тему «*О патолого-гистологическихъ измѣненіяхъ сердца при отравленіяхъ животныхъ* (*кроликовъ, собакъ и кошекъ*) *препаратами наперстянки*» и *В. Ф. Скрилонъ* на тему «*Къ токсикологіи пирамидона* (*Вліяніе пирамидона на кровь, селезенку, печень и почки у животныхъ*)» («Новости», 2 декабря).

2509. Въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ къ *испытаніямъ на степень доктора медицины* приступили, какъ сообщаетъ «Наша Жизнь» (8 декабря), 10 женщинъ-врачей, изъ нихъ 2—получившія врачебное образованіе въ заграничныхъ университетахъ.

2510. Въ № 47 «Врачебной Газеты» перепечатана изъ «Новаго Времени» (15 ноября) замѣтка по поводу инцидента на бывшемъ въ Одессѣ диспутѣ магистранта Брикмана, въ которой сообщается, будто «деканъ мед. факультета проф. *В. В. Подвысоцкій* ходатайствуетъ о недопущеніи посторонней публики на публичные диспуты». Многіе изъ провинціальныхъ товарищей обращались къ намъ по этому поводу съ запросомъ, дѣйствительно-ли возбуждено было подобное ходатайство? Считаемъ нужнымъ заявить, что *извѣстіе о возбужденіи подобнаго ходатайства есть чистѣйшій вымыселъ*; по самому существу своему диспутъ долженъ быть публичнымъ, и никакого ходатайства о недопущеніи публики на публичные диспуты не было, да и не могло быть возбуждаемо. Очевидно, первая газета, помѣстившая это вымышленное извѣстіе, была введена въ обманъ своимъ корреспондентомъ.

2511. Среди другихъ ходатайствъ (см. № 49, стр. 1676) Херсонское губернское земское Собраніе, какъ намъ сообщаютъ, возбуждаетъ *ходатайство* и *объ учрежденіи повторительныхъ курсовъ для врачей при Одесскомъ Университетѣ.*

2512. На медицинскомъ факультетѣ Казанскаго Университета всего *390* студентовъ («Астраханскій Листокъ», 21 ноября).

2513. При Казанскомъ Университетѣ на %% съ 2500 р., завѣщанныхъ А. Н. Глобо-Михаленко, учреждается *пособіе для взноса платы за слушаніе лекцій* одного изъ студентовъ медицинскаго факультета («Волжскій Листокъ», 1 декабря).

2514. «Новое Обозрѣніе» (27 ноября) передаетъ, что, въ виду ощущаемаго крупнаго недостатка въ ветеринарныхъ врачахъ, въ Министерствѣ земледѣлія и государственныхъ имуществъ возбужденъ вопросъ объ *учрежденіи еще одного ветеринарнаго Института на югѣ Россіи.* Мѣстомъ для Института избирается Одесса или одинъ изъ болѣе крупныхъ городовъ Закавказья—Тифлисъ, Баку, Батумъ и Кутаисъ.

2515. Отбылъ на Дальній Востокъ 5-го декабря изъ Ростова на Дону *2-й санитарный отрядъ* мѣстной Общины Краснаго Креста («Новое Время», 7 декабря).

2516. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 22) приводятъ *сводку нашихъ потерь въ бояхъ въ Манчжуріи:*

Офицеровъ— когда и въ какомъ сраженіи?	убиты:	ранены:	пропали безъ вѣсти:	всего:
17 и 18 апрѣля Тюренченъ	26	38	6	70
31 мая, 1—2 іюня Вафангоу	18	85	10	113
4—6 іюля Сяокалянъ	8	37	2	47
10—11 іюля Дашичао . .	4	30	3	37
18 іюля Янзелинскій пер., Конгуалинъ и др.	11	43	2	56
11—25 августа Ляоянъ . . .	87	419	10	516
25 сент.—7 окт. Мукденъ .	187	854	33	1074
Итого . . .	341	1506	66	1913

Нижнихъ чиновъ— когда и въ какомъ сраженіи?	убиты:	ранены:	пропали безъ вѣсти:	всего:
17 и 18 апрѣля Тюренченъ	564	1081	679	2324
31 мая, 1—2 іюня Вафангоу	459	2150	754	3363
4—6 іюля Сяокалинъ . . .	215	1069	224	1508
10—11 іюля Дашичао . . .	141	646	107	894
18 іюля Янзелинскій пер., Конгуалинъ и др.	355	1192	219	1766
11—25 августа Ляоянъ . . .	2027	12486	1461	15974
25 сент.—7 окт. Мукденъ .	4969	31002	6641	42612
Итого . . .	8730	49629	10085	68441

2517. Приводимъ дальнѣйшія выдержки изъ «*Вѣстей*» изъ *врачебно-этапнаго отряда Ярославскаго губернскаго Земства* (см. № 49, стр. 1674): «Въ госпиталѣ нашемъ состоитъ теперь свыше 200 чел., все тяжело раненые подъ Ляояномъ, Янтаемъ и каменноугольными копями. Раненыхъ доставляютъ на временно-санитарныхъ поѣздахъ, т. е., попросту сказать, въ обыкновенныхъ товарныхъ вагонахъ, ничѣмъ не оборудованныхъ и не только неприспособленныхъ совершенно для перевозки, но иногда даже невычищенныхъ отъ навоза послѣ прохода въ нихъ коней кавалеріи и артиллеріи. Такъ спѣшно производилась эвакуація, что не до того было, чтобы чистить и приспособлять вагоны. Такіе необорудованные поѣзда, безъ кухонь и посуды, идутъ отъ Ляояна до насъ 2-е сутокъ и даже отъ Мукдена не менѣе сутокъ, не смотря на 60-верстное разстояніе до насъ: такъ забиты желѣзнодорожные пути. Нѣкоторые раненые бук-

вально ѣдутъ нагими, валяясь по 20 чел. въ вагонѣ, на грязномъ полу, не только безъ постелей, но и безъ всякой подстилки, многіе еле-еле перевязанные вслѣдствіе спѣшности отступленія». — О работѣ земскихъ отрядовъ въ «Вѣстяхъ» говорится: «Объемъ и предѣлы работы земскихъ отрядовъ далеко вышли за рамки первоначальныхъ плановъ и предположеній. Разсчитанные на мелкое обслуживаніе врачебно-этапныхъ пунктовъ въ тылу арміи, на линіи ея сообщеній, оборудованные на 25 коекъ каждый, первые земскіе отряды, тотчасъ-же по прибытіи, оказываются въ первой передовой линіи военныхъ дѣйствій и принуждены превратиться въ летучіе полевые лазареты, развертываясь на вдвое и вчетверо большее число кроватей» («Вѣстникъ Ярославскаго Земства», № 20).

2518. 28-го ноября въ Орлѣ открытъ *лазаретъ для больныхъ и раненыхъ воиновъ*, устроенный на средства мѣстнаго духовенства («Правительственный Вѣстникъ», 2 декабря).—При колоніи инвалиднаго дома близь Можайска открывается *пріютъ для больныхъ и раненыхъ желѣзнодорожныхъ служащихъ*, эвакуированныхъ съ Дальняго Востока («Новости», 2 декабря).

2519. По словамъ «Харьковскаго Листка» (3 декабря), Съѣздъ южныхъ горнопромышленниковъ ходатайствовалъ передъ главнымъ в.-медицинскимъ инспекторомъ объ освобожденіи отъ призыва на военную службу врачей, завѣдующихъ больницами горныхъ и горнозаводскихъ предпріятій юга Россіи. На это ходатайство полученъ отвѣтъ, что военный министръ *не призналъ возможнымъ освободить отъ призыва врачей запаса, служащихъ на горныхъ промыслахъ и горныхъ заводахъ*, хотя-бы они завѣдывали больницами свыше 16 кроватей.

2520. «Восточное Обозрѣніе» (21 ноября) сообщаетъ, что въ Иркутскѣ будутъ развернуты *46 военныхъ госпиталей*. Каждый госпиталь разсчитанъ на 200 кроватей. Такимъ образомъ, съ имѣющимися уже 6 госпиталями предполагается размѣстить 10200 чел., не считая раненыхъ въ лазаретахъ Краснаго Креста, желѣзнодорожнаго кружка и др. Къ январю предполагается развернуть еще 1 мѣстный госпиталь, а къ лѣту число ихъ доведутъ до 10. Трудность разверстки, по словамъ газеты, заключается не только въ томъ, чтобы отыскать помѣщеніе, но и въ томъ, чтобы собрать необходимый врачебный персоналъ: на каждый госпиталь полагается 4 врача, 4 сестры милосердія и 16 фельдшеровъ, т. е. на всѣ 52 госпиталя необходимо 208 врачей, 208 сестеръ милосердія и 832 фельдшера, что, конечно, представитъ немалое затрудненіе. «Нужно думать, что все количество госпиталей въ Иркутскѣ открыть окажется невозможнымъ, даже и помимо мѣстныхъ причинъ».

2521. 21-го ноября въ Васильсурскѣ состоялись *теплые проводы* д-ра *В. Д. Диздирева*, отправлявшагося на Дальній Востокъ («Нижегородскій Листокъ», 29 ноября).

2522. «Нашей Жизни» (30 ноября) пишутъ изъ Вятки: «Въ Вятскомъ и Слободскомъ уѣздахъ имѣется много шубно-овчинныхъ заводовъ, владѣльцы которыхъ взяли огромную поставку полушубковъ для арміи. Овчины получены изъ Тургайской и Акмолинской областей. Работа кипитъ, спѣшатъ съ заказомъ вовсю, но дѣлается это въ ущербъ здоровью рабочихъ и въ ущербъ качеству полушубковъ. *Въ Вятскую уѣздную и въ Слободскую больницы поступаетъ* съ этихъ заводовъ *необычно много рабочихъ больныхъ Сибирской язвой*» (Заболѣванія эти оффиціально подтверждены. *Ред.*). «Условія для зараженія въ настоящемъ случаѣ чрезвычайно благопріятны: овчины, вмѣсто 3-хъ дней, мочатся въ квасильныхъ чанахъ только нѣсколько часовъ и, вѣроятно, даже безъ прибавленія обеззараживающихъ веществъ (какъ это полагается по правиламъ), или съ незначительной ихъ примѣсью, т. е. безъ соблюденія условій, при которыхъ зараза въ овчинахъ убивается. Прежде, при появленіи сибирской язвы, хоть врачей командировали на мѣста, а теперь, не смотря почти на эпидемію, врачей не тревожатъ. При недостаточной обработкѣ овчинъ мѣхъ выходитъ непрочнымъ. Сшиваютъ овчины такъ, что на 1 вершокъ приходится по 3 стежка; въ счетъ полушубковъ попадаетъ много дѣтскихъ. Не трудно предвидѣть и послѣдствія такого выполненія заказа. Наши солдатики будутъ гибнуть не только отъ подвезенныхъ изъ Японіи шрапнелей и пуль, но и отъ подвезенныхъ изъ Вятской губерніи полушубковъ, пока они будутъ держаться на плечахъ, а когда разлѣзутся—мерзнуть».

2523. Секретарь Общества Кіевскихъ врачей *В. Ф. Бушуевъ* проситъ насъ сообщить, что въ это Общество на *пособія нуждающимся семьямъ врачей юго-западнаго края*, командируемыхъ на театръ военныхъ дѣйствій, по 1 декабря поступило пожертвованій—*1770 р. 15 к.* Лица, желающія воспользоваться пособіемъ, благоволятъ обращаться къ президенту Общества проф. *К. Г. Тритшелю* (Тарасовская, 5).

2524. Съ разрѣшенія министра народнаго просвѣщенія въ Петербургѣ организована *Коммиссія по подготовкѣ въ учебныя заведенія дѣтей лицъ, участвующихъ въ войнѣ съ Японіей* (офицеровъ, врачей, священниковъ, санитаровъ, сестеръ милосердія и нижнихъ чиновъ). Коммиссія эта имѣетъ цѣлью безплатно подготовлять дѣтей указанныхъ лицъ во всѣ среднія учебныя заведенія, какъ военныя, такъ и гражданскія, а также обучать грамотѣ малолѣтнихъ дѣтей (обоего пола), готовить дѣтей старшаго возраста къ выпускнымъ экзаменамъ и репетировать дѣтей, уже находящихся въ учебныхъ заведеніяхъ. Лица, нуждающіяся въ услугахъ Коммиссіи, благоволятъ обращаться непосредственно къ предсѣдателю ея (Петербургъ, Шпалерная ул., д. 35).

2525. Мы слышали, что глубокоуважаемый *В. С. Кудринъ*, состоявшій со смерти *Вячеслава Авксентьевича Манассеина* предсѣдателемъ Комитета Главной вспомогательной медицинской Кассы Чистовича, *сложилъ съ себя это званіе*. Не сомнѣваемся, что уходъ этого честнѣйшаго, добросовѣстнѣйшаго и преданнѣйшаго дѣлу работника вызоветъ общее сожалѣніе.

2526. Высочайше учрежденная Коммиссія по борьбѣ съ чумою и холерой объявляетъ, что *съ 25 ноября по 1 декабря въ Бакинской губ.* увеличенія *холерныхъ заболѣваній* сравнительно съ предыдущею недѣлей *не замѣчается*; наиболѣе пораженными остаются Джеватскій и Ленкоранскій уѣзды, изъ коихъ въ 1-мъ заболѣли *264* и умерли *203* чел., а во 2-мъ—*177* и *152*. *Въ Баку* заболѣли *11*. *Въ Елисаветпольской губ.* было въ итогѣ *129* сл. заболѣванія, *въ Эриванской—1352* сл. заболѣванія (изъ нихъ 956 въ Эриванскомъ и 241 въ Нахичеванскомъ уѣздахъ) и *1107* сл. смерти (изъ нихъ 839 въ Эриванскомъ и 177 въ Нахичеванскомъ уѣздахъ). *Въ Эривани* заболѣли *154* и умерли *158* чел. *Въ поволжскихъ губерніяхъ* эпидемія холеры значительно ослабѣла, при чемъ число заболѣваній особенно уменьшилось въ Самарской губ., гдѣ съ 25 ноября по 1 декабря было всего *17* сл. заболѣванія противъ 197 за 2 предыдущія недѣли. *Въ Саратовской губ.* было *10* сл. заболѣванія въ Царицынѣ, а въ Астраханской губ. *1*—въ Астрахани. *Въ Закаспійской области*, помимо заболѣваній въ Серахскомъ приставствѣ, гдѣ наблюдалось 4 случая, вновь обнаружено *3* заболѣванія въ Асхабадѣ. Въ Ташкентѣ за указанное время заболѣли *11* чел., а въ Ташкентскомъ уѣздѣ *22*, изъ коихъ *16* умерли.

2527. VIII Съѣздъ представителей земскихъ учрежденій Харьковской губ. по санитарной части (см. № 49, стр. 1676) принялъ слѣдующія постановленія по вопросамъ *о борьбѣ съ эпидеміями вообще и холерой въ частности:* 1) Необходимо ходатайствовать объ отмѣнѣ новыхъ законоположеній (11 августа 1903 г. и 27 апрѣля 1904 г.), которыми всѣ противоэпидемическія мѣропріятія отданы въ распоряженіе администраціи, приводящей ихъ въ исполненіе, однако, за счетъ земствъ. 2) Необходимо ходатайствовать о предоставленіи земскимъ учрежденіямъ права приглашать медицинскій персоналъ къ себѣ на службу, не испрашивая на то утвержденія администраціи; въ докладѣ о противохолерныхъ мѣрахъ приводится рядъ фактовъ, свидѣтельствующихъ о невозможности своевременнаго замѣщенія медицинскихъ должностей при теперешнемъ порядкѣ опредѣленія кандидатовъ: іюльскія представленія не получили отвѣта еще въ октябрѣ; кандидаты, конечно, разбѣгаются, и утвержденіе приходитъ уже послѣ ихъ отказа. 3) Приняты слѣдующія положенія доклада д-ра *С. Н. Игумнова*: а) необходимо планомѣрное изученіе положенія населенія со всѣхъ сторонъ, имѣющихъ санитарное значеніе, какъ въ смыслѣ его физическаго состоянія и патологіи, такъ и въ культурно-экономическомъ, бытовомъ отношеніи и пр.; правильная постановка текущей статистики должна быть первымъ шагомъ къ этому; б) необходимо предоставленіе населенію доброкачественной медицинской помощи въ видѣ правильно поставленной и широко развитой постоянной врачебной организаціи; для содѣйствія въ этомъ отношеніи слабымъ уѣзднымъ силамъ крайне желательно содѣйствіе со стороны губернскаго Земства въ видѣ льготныхъ ссудъ и безвозвратныхъ пособій (на опредѣленныхъ условіяхъ) на крупныя улучшенія уѣздной организаціи въ родѣ устройства больничныхъ помѣщеній, заразныхъ отдѣленій, открытія новыхъ участковъ въ пограничныхъ мѣстностяхъ. 4) Временные противоэпидемическіе отряды признаны не имѣющими общественнаго значенія въ смыслѣ прекращенія эпидемій, но сохраняющими значеніе въ качествѣ лѣчебной мѣры въ смыслѣ помощи эпидемическимъ больнымъ и какъ средство распространенія гигіэническихъ понятій въ населеніи. Изъ противохолерныхъ мѣропріятій Съѣздомъ предложены: а) широкая организація народныхъ чтеній и бесѣдъ по гигіэнѣ, для чего, во 1-хъ, желательно участіе губернскаго Земства въ видѣ субсидій уѣздамъ, организующимъ у себя это дѣло; съ этой цѣлью испрашивается ассигновка въ 2500 р.; во 2-хъ, слѣдуетъ ходатайствовать о предоставленіи Земству права свободнаго устройства такихъ чтеній и бесѣдъ, безъ особаго разрѣшенія администраціи; б) указывается на цѣлесообразность устройства санитарныхъ Попечительствъ для проведенія въ жизнь разныхъ гигіэническихъ правилъ и наблюденія за надлежащимъ содержаніемъ источниковъ водоснабженія и пр.; в) необходимо устройство къ началу лѣтняго рабочаго движенія наблюдательныхъ лѣчебно-продовольственныхъ пунктовъ; г) организацію самой лѣчебной помощи въ случаѣ холеры предлагается производить по общимъ правиламъ, принятымъ для эпидемій вообще; д) на осуществленіе указанныхъ мѣропріятій, которыя въ подробностяхъ должны быть обсуждены въ санитарныхъ уѣздныхъ Совѣтахъ и экстренныхъ земскихъ Собраніяхъ, испрашивается Съѣздомъ кредитъ до 100000 р. («Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 10).

2528. По словамъ «Новаго Времени» (2 декабря), на послѣднемъ засѣданіи Правленія Пироговскаго Общества было выслушано *заявленіе д-ра С. И. Мицкевича*, который, ссылаясь на то, что на Правленіи лежитъ долгъ отозваться на насущнѣйшіе вопросы, поставленные исторіей передъ нашимъ временемъ, и прямая его обязанность—посильно способствовать осуществленію въ жизни тѣхъ началъ, которыя постоянно проводились на Пироговскихъ Съѣздахъ и получили столь полное выраженіе на послѣднемъ Съѣздѣ, приглашалъ Правленіе *принять участіе въ томъ освободительномъ движеніи, которое происходитъ въ настоящее время во всемъ русскомъ обществѣ*. Теперь, по мнѣнію автора заявленія, Правленію своевременно выступить съ иниціативой устройства по всей Россіи общихъ Собраній врачебныхъ Обществъ и медицинскихъ работниковъ для изложенія требованій врачей, нуждъ врачебнаго дѣла и народнаго

стр. XIX). Справочное Бюро высылаетъ безплатно желающимъ печатное росписаніе занятій въ Институтѣ. Врачи, занимающіеся въ Институтѣ, могутъ получать здѣсь за небольшую плату завтраки и обѣды.

2. Съ 7—10-го января 1903 г. въ Клиническомъ Институтѣ В. Кн. Елены Павловны (Кирочная, 41) начнутся курсы для врачей почти по той-же программѣ, которая была составлена для настоящаго $^1/_2$-годія (см. обложку «Русскаго Врача», № 30, стр. X).

3. Кромѣ Еленинскаго Клиническаго и Повивально-гинекологическаго Институтовъ, ведутся курсы для врачей по дѣтскимъ болѣзнямъ въ Дѣтской больницѣ Принца Ольденбургскаго (Лиговская, 8), и по всѣмъ отдѣламъ заболѣваній глаза въ глазной лѣчебницѣ (Моховая, 38). Въ обоихъ послѣднихъ учрежденіяхъ курсы устраиваются частнымъ образомъ, по соглашенію преподавателей съ врачами.

4. По примѣру прошлыхъ лѣтъ и во 2-мъ $^1/_2$-годіи 1904/5 уч. года можно надѣяться на гостепріимство хирургическихъ отдѣленій Маріинской больницы (Литейный, 56) и мужской Обуховской (Фонтанка, 106), изъ которыхъ, благодаря любезности и товарищеской предупредительности почетныхъ членовъ Общества *Г. И. Трахтенберга* и *А. А. Троянова*, врачи выносили для себя много поучительнаго.

5. Общество взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, устроило въ 8—10 мин. ходьбы отъ Еленинскаго Клиническаго Института квартиры (число комнатъ ограничено) и столовую (Таврическая, 17, кв. 61). *Въ интересахъ дѣла Бюро проситъ товарищей до пріѣзда въ Петербургъ письменно или телеграммой предупреждать завѣдующаго Бюро д-ра В. Г. Лѣсовою (В. О., Университетская, 3, кв. 97, телефонъ 4206) о своемъ желаніи пользоваться квартирами и столовой Общества.* Въ помѣщеніи столовой *члены Общества*, по пріѣздѣ въ Петербургъ могутъ оставлять свои вещи до пріисканія квартиры.

6. По соглашенію съ Бюро администрація меблированныхъ комнатъ «Пале Рояль» (Пушкинская, 20, въ 5—7 мин. ѣзды отъ Николаевскаго вокзала) дѣлаетъ *членамъ Общества* 10% уступки съ номинальныхъ цѣнъ.

7. Бюро Общества, по прежнему, очень охотно и безъ промедленія, даетъ провинціальнымъ товарищамъ справки по всевозможнымъ вопросамъ.

8. Желающіе вступить въ члены Общества благоволятъ направлять годовой членскій взносъ въ 5 р. на имя казначея Общества *Д. Л. Романовскаго* (Клиническій Институтъ, Кирочная, 41).

Завѣдующій Бюро *В. Лѣсовой.*

Петербургъ. 6/XII 1904 г.

CLVI. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему заявленію.

25-лѣтіе врачебной дѣятельности проф. *Д. О. Отта*, исполняющееся 19-го сего декабря, рѣшено было чествовать составленіемъ «Сборника» ученыхъ работъ, посвященнаго его имени. Тяжелыя событія, переживаемыя нашей родиной, рѣзко отразившись также и на врачебной семьѣ въ частности, помѣшали своевременному составленію «Сборника». Многіе изъ учениковъ *Д. О. Отта*, выразившихъ желаніе участвовать въ «Сборникѣ», находятся теперь на Дальнемъ Востокѣ; другіе, обремененные работой, могли лишь въ сжатомъ видѣ представить обѣщанныя статьи. Желая поэтому дать возможность бо́льшему числу учениковъ и почитателей *Дмитрія Оскаровича* принять участіе въ составленіи «Сборника», Комитетъ по чествованію 25-лѣтія врачебной дѣятельности *Дмитрія Оскаровича*, постановилъ отложить чествованіе, равно и составленіе «Сборника» на одинъ годъ, какъ это поступлено въ текущемъ году со многими юбилейными торжествами. Крайнимъ срокомъ присылки работъ назначается теперь 15-е августа 1905 г. Адрессъ остается прежній: Университетская линія, 3, проф. *В. В. Строганову.*

За предсѣдателя Комитета товарищъ предсѣдателя

проф. *А. Замшинъ.*

6 декабря 1904 г.

Спб., В. О., Университетская линія, 3.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2506. Московское терапевтическое Общество избрало проф. *Ивана Петровича Павлова почетнымъ членомъ* по случаю предстоящаго 19-го декабря 25-лѣтняго юбилея научной его дѣятельности («Русское Слово», 3 декабря).

2507. «Харьковскій Листокъ» (3 декабря) сообщаетъ, что проф. *А. В. Мартыновъ*, недавно занявшій каѳедру хирургической патологіи въ Харьковскомъ Университетѣ, *переходитъ въ Москву* на каѳедру, освободившуюся за смертью проф. *К. Ѳ. Клейна.*

2508. Въ В.-Медицинской Академіи защитили диссертаціи: 18-го ноября—*А. К. Ширманъ* на тему «*Процессы памяти при зрительномъ, слуховомъ и чувственно-двигательномъ воспріятіи*» («Кіевское Слово», 28 ноября) и 2-го декабря—*А. И. Левитскій* на тему «*О патолого-гистологическихъ измѣненіяхъ сердца при отравленіяхъ животныхъ* (*кроликовъ, собакъ и кошекъ*) *препаратами наперстянки*» и *В. Ф. Сирмонъ* на тему «*Къ токсикологіи пирамидона* (*Вліяніе пирамидона на кровь, селезенку, печень и почки у животныхъ*)» («Новости», 2 декабря).

2509. Въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ къ *испытаніямъ на степень доктора медицины* приступили, какъ сообщаетъ «Наша Жизнь» (8 декабря), 10 женщинъ-врачей, изъ нихъ 2—получившія врачебное образованіе въ заграничныхъ университетахъ.

2510. Въ № 47 «Врачебной Газеты» перепечатана изъ «Новаго Времени» (15 ноября) замѣтка по поводу инцидента на бывшемъ въ Одессѣ диспутѣ магистранта Брикмана, въ которой сообщается, будто «деканъ мед. факультета проф. *В. В. Подвысоцкій* ходатайствуетъ о недопущеніи посторонней публики на публичные диспуты». Многіе изъ провинціальныхъ товарищей обращались къ намъ по этому поводу съ запросомъ, дѣйствительно-ли возбуждено было подобное ходатайство? Считаемъ нужнымъ заявить, что *извѣстіе о возбужденіи подобнаго ходатайства есть чистѣйшій вымыселъ*; по самому существу своему диспутъ долженъ быть публичнымъ, и никакого ходатайства о недопущеніи публики на публичные диспуты не было, да и не могло быть возбуждаемо. Очевидно, первая газета, помѣстившая это вымышленное извѣстіе, была введена въ обманъ своимъ корреспондентомъ.

2511. Среди другихъ ходатайствъ (см. № 49, стр. 1676) Херсонское губернское земское Собраніе, какъ намъ сообщаютъ, возбуждаетъ *ходатайство* и *объ учрежденіи повторительныхъ курсовъ для врачей при Одесскомъ Университетѣ.*

2512. На медицинскомъ факультетѣ Казанскаго Университета всего *390* студентовъ («Астраханскій Листокъ», 21 ноября).

2513. При Казанскомъ Университетѣ на %% съ 2500 р., завѣщанныхъ А. Н. Глобо-Михаленко, учреждается *пособіе для взноса платы за слушаніе лекцій* одного изъ студентовъ медицинскаго факультета («Волжскій Листокъ», 1 декабря).

2514. «Новое Обозрѣніе» (27 ноября) передаетъ, что, въ виду ощущаемаго крупнаго недостатка въ ветеринарныхъ врачахъ, въ Министерствѣ земледѣлія и государственныхъ имуществъ возбужденъ вопросъ объ *учрежденіи еще одного ветеринарнаго Института на югѣ Россіи.* Мѣстомъ для Института избирается Одесса или одинъ изъ болѣе крупныхъ городовъ Закавказья—Тифлисъ, Баку, Батумъ и Кутаисъ.

2515. Отбылъ на Дальній Востокъ 5-го декабря изъ Ростова на Дону *2-й санитарный отрядъ* мѣстной Общины Краснаго Креста («Новое Время», 7 декабря).

2516. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 22) приводятъ *сводку нашихъ потерь въ бояхъ въ Манчжуріи:*

Офицеровъ— когда и въ какомъ сраженіи?	убиты:	ранены:	пропали безъ вѣсти:	всего:
17 и 18 апрѣля Тюренченъ	26	38	6	70
31 мая, 1—2 іюня Вафангоу	18	85	10	113
4—6 іюля Сяокалинъ	8	37	2	47
10—11 іюля Дашичао . .	4	30	3	37
18 іюля Янзелинскій пер., Конгуалинъ и др.	11	43	2	56
11—25 августа Ляоянъ . . .	87	419	10	516
25 сент.—7 окт. Мукденъ .	187	854	33	1074
Итого . . .	341	1506	66	1913

Нижнихъ чиновъ— когда и въ какомъ сраженіи?	убиты:	ранены:	пропали безъ вѣсти:	всего:
17 и 18 апрѣля Тюренченъ	564	1081	679	2324
31 мая, 1—2 іюня Вафангоу	459	2150	754	3363
4—6 іюля Сяокалинъ . . .	215	1069	224	1508
10—11 іюля Дашичао . . .	141	646	107	894
18 іюля Янзелинскій пер., Конгуалинъ и др.	355	1192	219	1766
11—25 августа Ляоянъ . . .	2027	12486	1461	15974
25 сент.—7 окт. Мукденъ .	4969	31002	6541	42612
Итого . . .	8730	49629	10085	68441

2517. Приводимъ дальнѣйшія выдержки *изъ «Вѣстей» изъ врачебно-этапнаго отряда Ярославскаго губернскаго Земства* (см. № 49, стр. 1674): «Въ госпиталѣ нашемъ состоитъ теперь свыше 200 чел., все тяжело раненые подъ Ляояномъ, Янтаемъ и каменноугольными копями. Раненыхъ доставляютъ на временно-санитарныхъ поѣздахъ, т. е., попросту сказать, въ обыкновенныхъ товарныхъ вагонахъ, ничѣмъ не оборудованныхъ и не только неприспособленныхъ совершенно для перевозки, но иногда даже невычищенныхъ отъ навоза послѣ прохода въ нихъ конней кавалеріи и артиллеріи. Такъ спѣшно производилась эвакуація, что не до того было, чтобы чистить и приспособлять вагоны. Такіе необорудованные поѣзда, безъ кухонь и посуды, идутъ отъ Ляояна до насъ 2-е сутокъ и даже отъ Мукдена не менѣе сутокъ, не смотря на 60-верстное разстояніе до насъ: такъ забиты желѣзнодорожные пути. Нѣкоторые раненые бы-

вально ѣдутъ нагими, валяясь по 20 чел. въ вагонѣ, на грязномъ полу, не только безъ постелей, но и безъ всякой подстилки, многіе еле-еле перевязанные вслѣдствіе спѣшности отступленія». — О работѣ земскихъ отрядовъ въ «Вѣстяхъ» говорится: «Объемъ и предѣлы работы земскихъ отрядовъ далеко вышли за рамки первоначальныхъ плановъ и предположеній. Разсчитанные на мелкое обслуживаніе врачебно-этапныхъ пунктовъ въ тылу арміи, на линіи ея сообщеній, оборудованные на 25 коекъ каждый, первые земскіе отряды, тотчасъ-же по прибытіи, оказываются въ первой передовой линіи военныхъ дѣйствій и принуждены превратиться въ летучіе полевые лазареты, развертываясь на вдвое и вчетверо большее число кроватей» («Вѣстникъ Ярославскаго Земства», № 20).

2518. 28-го ноября въ Орлѣ открытъ *лазаретъ для больныхъ и раненыхъ воиновъ*, устроенный на средства мѣстнаго духовенства («Правительственный Вѣстникъ», 2 декабря).—При колоніи инвалиднаго дома близь Можайска открывается *пріютъ для больныхъ и раненыхъ желѣзнодорожныхъ служащихъ*, эвакуированныхъ съ Дальняго Востока («Новости», 2 декабря).

2519. По словамъ «Харьковскаго Листка» (3 декабря), Съѣздъ южныхъ горнопромышленниковъ ходатайствовалъ передъ главнымъ в.-медицинскимъ инспекторомъ объ освобожденіи отъ призыва на военную службу врачей, завѣдующихъ больницами горныхъ и горнозаводскихъ предпріятій юга Россіи. На это ходатайство полученъ отвѣтъ, что военный министръ *не призналъ возможнымъ освободить отъ призыва врачей запаса, служащихъ на горныхъ промыслахъ и горныхъ заводахъ*, хотя-бы они завѣдывали больницами свыше 16 кроватей.

2520. «Восточное Обозрѣніе» (21 ноября) сообщаетъ, что въ Иркутскѣ будутъ развернуты *46 военныхъ госпиталей*. Каждый госпиталь разсчитанъ на 200 кроватей. Такимъ образомъ, съ имѣющимися уже 6 госпиталями предполагается размѣстить 10200 чел., не считая раненыхъ въ лазаретахъ Краснаго Креста, желѣзнодорожнаго кружка и др. Къ январю предполагается развернуть еще 1 мѣстный госпиталь, а къ лѣту число ихъ доведутъ до 10. Трудность разверстки, по словамъ газеты, заключается не только въ томъ, чтобы отыскать помѣщеніе, но и въ томъ, чтобы собрать необходимый врачебный персоналъ: на каждый госпиталь полагается 4 врача, 4 сестры милосердія и 16 фельдшеровъ, т. е. на всѣ 52 госпиталя необходимо 208 врачей, 208 сестеръ милосердія и 832 фельдшера, что, конечно, представитъ немалое затрудненіе. «Нужно думать, что все количество госпиталей въ Иркутскѣ открыть окажется невозможнымъ, даже и помимо мѣстныхъ причинъ».

2521. 21-го ноября въ Васильсурскѣ состоялись *теплые проводы* д-ра *В. Д. Диздирева*, отправлявшагося на Дальній Востокъ («Нижегородскій Листокъ», 29 ноября).

2522. «Нашей Жизни» (30 ноября) пишутъ изъ Вятки: «Въ Вятскомъ и Слободскомъ уѣздахъ имѣется много шубно-овчинныхъ заводовъ, владѣльцы которыхъ взяли огромную поставку полушубковъ для арміи. Овчины получены изъ Тургайской и Акмолинской областей. Работа кипитъ, спѣшатъ съ заказомъ вовсю, но дѣлается это въ ущербъ здоровью рабочихъ и въ ущербъ качеству полушубковъ. *Въ Вятскую уѣздную и въ Слободскую больницы поступаетъ* съ этихъ заводовъ *необычно много рабочихъ больныхъ Сибирской язвой*» (Заболѣванія эти оффиціально подтверждены. *Ред.*). «Условія для зараженія въ настоящемъ случаѣ чрезвычайно благопріятны: овчины, вмѣсто 3-хъ дней, мочатся въ квасильныхъ чанахъ только нѣсколько часовъ и, вѣроятно, даже безъ прибавленія обеззараживающихъ веществъ (какъ это полагается по правиламъ), или съ незначительной ихъ примѣсью, т. е. безъ соблюденія условій, при которыхъ зараза въ овчинахъ убивается. Прежде, при появленіи сибирской язвы, хоть врачей командировали на мѣста, а теперь, не смотря почти на эпидемію, врачей не тревожатъ. При недостаточной обработкѣ овчинъ мѣхъ выходитъ непрочнымъ. Сшиваютъ овчины такъ, что на 1 вершокъ приходится по 3 стежка; въ счетъ полушубковъ попадаетъ много дѣтскихъ. Не трудно предвидѣть и послѣдствія такого выполненія заказа. Наши солдатики будутъ гибнуть не только отъ подвезенныхъ изъ Японіи шрапнелей и пуль, но и отъ подвезенныхъ изъ Вятской губерніи полушубковъ, пока они будутъ держаться на плечахъ, а когда разлѣзутся—мерзнуть».

2523. Секретарь Общества Кіевскихъ врачей *В. Ф. Бушуевъ* проситъ насъ сообщить, что въ это Общество на *пособія нуждающимся семьямъ врачей юго-западнаго края*, командируемыхъ на театръ военныхъ дѣйствій, по 1 декабря поступило пожертвованій—*1770 р. 15 к.* Лица, желающія воспользоваться пособіемъ, благоволятъ обращаться къ президенту Общества проф. *К. Г. Тритшелю* (Тарасовская, 5).

2524. Съ разрѣшенія министра народнаго просвѣщенія въ Петербургѣ организована *Коммиссія по подготовкѣ въ учебныя заведенія дѣтей лицъ, участвующихъ въ войнѣ съ Японіей* (офицеровъ, врачей, священниковъ, санитаровъ, сестеръ милосердія и нижнихъ чиновъ). Коммиссія эта имѣетъ цѣлью безплатно подготовлять дѣтей указанныхъ лицъ во всѣ среднія учебныя заведенія, какъ военныя, такъ и гражданскія, а также обучать грамотѣ малолѣтнихъ дѣтей (обоего пола), готовить дѣтей старшаго возраста къ выпускнымъ экзаменамъ и репетировать дѣтей, уже находящихся въ учебныхъ заведеніяхъ. Лица, нуждающіяся въ услугахъ Коммиссіи, благоволятъ обращаться непосредственно къ предсѣдателю ея (Петербургъ, Шпалерная ул., д. 35).

2525. Мы слышали, что глубокоуважаемый *В. С. Кудринъ*, состоявшій со смерти *Вячеслава Авксентьевича Манассеина* предсѣдателемъ Комитета Главной вспомогательной медицинской Кассы Чистовича, *сложилъ съ себя это званіе*. Не сомнѣваемся, что уходъ этого честнѣйшаго, добросовѣстнѣйшаго и преданнѣйшаго дѣлу работника вызоветъ общее сожалѣніе.

2526. Высочайше учрежденная Коммиссія по борьбѣ съ чумою и холерой объявляетъ, что *съ 25 ноября по 1 декабря въ Бакинской губ.* увеличенія *холерныхъ заболѣваній* сравнительно съ предыдущею недѣлей *не замѣчается*; наиболѣе пораженными остаются Джеватскій и Ленкоранскій уѣзды, изъ коихъ въ 1-мъ заболѣли *264* и умерли *203* чел., а во 2-мъ—*177* и *152*. *Въ Баку* заболѣли *11*. *Въ Елисаветпольской губ.* было въ итогѣ *129* сл. заболѣванія, *въ Эриванской—1352* сл. заболѣванія (изъ нихъ 956 въ Эриванскомъ и 241 въ Нахичеванскомъ уѣздахъ) и *1107* сл. смерти (изъ нихъ 839 въ Эриванскомъ и 177 въ Нахичеванскомъ уѣздахъ). *Въ Эривани* заболѣли *154* и умерли *158* чел. *Въ поволжскихъ губерніяхъ* эпидемія холеры значительно ослабѣла, при чемъ число заболѣваній особенно уменьшилось въ Самарской губ., гдѣ съ 25 ноября по 1 декабря было всего *17* сл. заболѣванія противъ 197 за 2 предыдущія недѣли. *Въ Саратовской губ.* было *10* сл. заболѣванія въ Царицынѣ, а въ Астраханской губ. *1*—въ Астрахани. *Въ Закаспійской области*, помимо заболѣваній въ Серахскомъ приставствѣ, гдѣ наблюдалось 4 случая, вновь обнаружено *3* заболѣванія въ Асхабадѣ. Въ Ташкентѣ за указанное время заболѣли *11* чел., а въ Ташкентскомъ уѣздѣ *22*, изъ коихъ *16* умерли.

2527. VIII Съѣздъ представителей земскихъ учрежденій Харьковской губ. по санитарной части (см. № 49, стр. 1676) принялъ слѣдующія постановленія по вопросамъ *о борьбѣ съ эпидеміями вообще и холерой въ частности:* 1) Необходимо ходатайствовать объ отмѣнѣ новыхъ законоположеній (11 августа 1903 г. и 27 апрѣля 1904 г.), которыми всѣ противоэпидемическія мѣропріятія отданы въ распоряженіе администраціи, приводящей ихъ въ исполненіе, однако, за счетъ земствъ. 2) Необходимо ходатайствовать о предоставленіи земскимъ учрежденіямъ права приглашать медицинскій персоналъ къ себѣ на службу, не испрашивая на то утвержденія администраціи; въ докладѣ о противохолерныхъ мѣрахъ приводится рядъ фактовъ, свидѣтельствующихъ о невозможности своевременнаго замѣщенія медицинскихъ должностей при теперешнемъ порядкѣ опредѣленія кандидатовъ: іюльскія представленія не получили отвѣта еще въ октябрѣ; кандидаты, конечно, разбѣгаются, и утвержденіе приходитъ уже послѣ ихъ отказа. 3) Приняты слѣдующія положенія доклада д-ра *С. Н. Игумнова*: а) необходимо планомѣрное изученіе положенія населенія со всѣхъ сторонъ, имѣющихъ санитарное значеніе, какъ въ смыслѣ его физическаго состоянія и патологіи, такъ и въ культурно-экономическомъ, бытовомъ отношеніи и пр.; правильная постановка текущей статистики должна быть первымъ шагомъ къ этому; б) необходимо предоставленіе населенію доброкачественной медицинской помощи въ видѣ правильно поставленной и широко развитой постоянной врачебной организаціи; для содѣйствія въ этомъ отношеніи слабымъ уѣзднымъ силамъ крайне желательно содѣйствіе со стороны губернскаго Земства въ видѣ льготныхъ ссудъ и безвозвратныхъ пособій (на опредѣленныхъ условіяхъ) на крупныя улучшенія уѣздной организаціи въ родѣ устройства больничныхъ помѣщеній, заразныхъ отдѣленій, открытія новыхъ участковъ въ пограничныхъ мѣстностяхъ. 4) Временные противоэпидемическіе отряды признаны не имѣющими общественнаго значенія въ смыслѣ прекращенія эпидемій, но сохраняющими значеніе въ качествѣ лѣчебной мѣры въ смыслѣ помощи эпидемическимъ больнымъ и какъ средство распространенія гигіэническихъ понятій въ населеніи. Изъ противохолерныхъ мѣропріятій Съѣздомъ предложены: а) широкая организація народныхъ чтеній и бесѣдъ по гигіэнѣ, для чего, во 1-хъ, желательно участіе губернскаго Земства въ видѣ субсидій уѣздамъ, организующимъ у себя это дѣло; съ этой цѣлью испрашивается ассигновка въ 2500 р.; во 2-хъ, слѣдуетъ ходатайствовать о предоставленіи Земству права свободнаго устройства такихъ чтеній и бесѣдъ, безъ особаго разрѣшенія администраціи; б) указывается на цѣлесообразность устройства санитарныхъ Попечительствъ для проведенія въ жизнь разныхъ гигіэническихъ правилъ и наблюденія за надлежащимъ содержаніемъ источниковъ водоснабженія и пр.; в) необходимо устройство къ началу лѣтняго рабочаго движенія наблюдательныхъ лѣчебно-продовольственныхъ пунктовъ; г) организацію самой лѣчебной помощи въ случаѣ холеры предлагается производить по общимъ правиламъ, принятымъ для эпидемій вообще; д) на осуществленіе указанныхъ мѣропріятій, которыя въ подробностяхъ должны быть обсуждены въ санитарныхъ уѣздныхъ Совѣтахъ и экстренныхъ земскихъ Собраніяхъ, испрашивается Съѣздомъ кредитъ до 100000 р. («Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 10).

2528. По словамъ «Новаго Времени» (2 декабря), на послѣднемъ засѣданіи Правленія Пироговскаго Общества было выслушано *заявленіе д-ра С. И. Мицкевича*, который, ссылаясь на то, что на Правленіи лежитъ долгъ отозваться на насущнѣйшіе вопросы, поставленные исторіей передъ нашимъ временемъ, и прямая его обязанность—посильно способствовать осуществленію въ жизни тѣхъ началъ, которыя постоянно проводились на Пироговскихъ Съѣздахъ и получили столь полное выраженіе на послѣднемъ Съѣздѣ, приглашалъ Правленіе *принять участіе въ томъ освободительномъ движеніи, которое происходитъ въ настоящее время во всемъ русскомъ обществѣ*. Теперь, по мнѣнію автора заявленія, Правленію своевременно выступить съ иниціативой устройства по всей Россіи общихъ Собраній врачебныхъ Обществъ и медицинскихъ работниковъ для изложенія требованій врачей, нуждъ врачебнаго дѣла и народнаго

здравія, подобно тому, какъ это сдѣлано представителями другихъ группъ. Это заявленіе встрѣчено единодушнымъ сочувствіемъ членовъ Правленія, которые нашли его вполнѣ отвѣчающимъ настроенію и развивающимъ практическое осуществленіе постановленій IX Пироговскаго Съѣзда. При этомъ Правленіе постановило: 1) присоединить къ многочисленнымъ резолюціямъ общественныхъ группъ послѣдняго времени о неотложныхъ нуждахъ страны и соотвѣтствующее заявленіе отъ имени Правленія Пироговскаго Общества; 2) поставить въ число программныхъ вопросовъ будущаго Пироговскаго Съѣзда вопросъ о необходимыхъ измѣненіяхъ въ общихъ условіяхъ народной жизни, вызываемыхъ потребностями народнаго здравія и нуждами врачебно-санитарнаго дѣла, въ соотвѣтствіи съ назрѣвшими потребностями времени; 3) въ цѣляхъ подготовки матеріаловъ къ слѣдующему Съѣзду обратиться теперь-же во всѣ медицинскія Общества, санитарные Совѣты и Съѣзды врачей съ просьбой подвергнуть поставленный вопросъ всестороннему колегіальному обсужденію. —Ни минуты не сомнѣваемся, что Общества, Совѣты и частные Съѣзды врачей отнесутся къ предложенію Правленія Пироговскаго Общества съ тѣмъ сочувствіемъ и вниманіемъ, которыхъ оно заслуживаетъ.

2529. Изъявили согласіе быть завѣдующими отдѣлами на *X Пироговскомъ Съѣздѣ:* профф. *П. А. Минаковъ*—судебной медицины, *И. К. Спижарный* и *Л. Л. Левшинъ*—хирургіи, *В. К. Ротъ*—нервныхъ и душевныхъ болѣзней («Русскія Вѣдомости», 2 декабря).

2530. Засѣданія *5-го Съѣзда Россійскихъ хирурговъ* будутъ происходить 28-го, 29-го и 30-го декабря съ 10½ час. утра до 2 час. дня и съ 7 час. веч. въ старомъ зданіи Университета (ходъ съ Моховой). 27-го декабря тамъ-же имѣетъ быть товарищеская встрѣча съ 8 час. веч. Бюро Съѣзда будетъ открыто 27-го декабря отъ 1 час. до 4 час. и съ 7 час. веч.; остальные дни—въ часы засѣданій. До сихъ поръ заявлены слѣдующія сообщенія: 1) *В. М. Минцъ* (Москва). *О гедональ-хлороформномъ наркозѣ.* 2) *Б. П. Кестеръ* (Москва). *О мѣстной анэстезіи кокаиномъ.* 3) *В. М. Минцъ* (Москва). *Случай слѣпоты послѣ параффинопластики носа.* 4) *И. П. Алексинскій* (Москва). *Къ вопросу объ изсѣченіи верхней челюсти* (предъявленіе больныхъ). 5) *Ф. Т. Буткевичъ* (Москва). *Къ вопросу объ опухоляхъ околоушной железы.* 6) *В. М. Минцъ* (Москва). *Излѣченіе паралича лицевого нерва нервной пластикой* (предъявленіе больного). 7) *Д. Е. Гороховъ* (Москва). *Образованіе щеки пластикой* (предъявленіе больного послѣ образованія щеки, разрушенной т. наз. водянымъ ракомъ). 8) *І. А. Машинъ* (Москва). *Къ вопросу объ операціяхъ на грудной клѣткѣ.* 9) *С. Ф. Дерюжинскій* (Москва). *Повторное изсѣченіе реберъ съ изсѣченіемъ значительнаго участка грудобрюшной преграды по поводу первичной саркомы плейры и ея быстраго возврата. Выздоровленіе.* 10) *Ф. И. Протопоповъ* (Москва). *О забрюшинныхъ опухоляхъ.* 11) *К. Д. Есиповъ* (Москва). *О значеніи отгораживающихъ марлевыхъ салфетокъ при чревосѣченіяхъ.* 12) *И. П. Алексинскій* (Москва). *О рубцовыхъ сдуженіяхъ кишекъ.* 13) *И. П. Алексинскій* (Москва). *Обзоръ случаевъ аппендицита, наблюдавшихся въ Московской хирургической факультетской клиникѣ за послѣдніе 1½ года.* 14) *А. Н. Абрамовъ* (Москва). *Случай кровяной кисты селезенки.* 15) *А. Н. Гаманъ* (Москва). *О цистоскопіи и катетеризаціи мочеточниковъ.*

2531. Окружнымъ в.-медицинскимъ *инспекторомъ Казанскаго военнаго округа* назначенъ *В. П. Колодезниковъ* («Новое Время», 3 декабря).

2532. «Бессарабская Жизнь» (29 ноября) сообщаетъ, что согласно докладу, принятому Бендерскимъ уѣзднымъ земскимъ Собраніемъ въ текущемъ году, Бессарабская губернская земская Управа вноситъ на разсмотрѣніе предстоящаго очереднаго губернскаго земскаго Собранія докладъ о созывѣ *Съѣзда земскихъ врачей и представителей земствъ Бессарабской губ.* Съѣздъ имѣетъ въ виду выработать установленіе періодичности въ созывѣ Съѣздовъ, не менѣе чѣмъ въ 2 года разъ. Со времени послѣдняго Съѣзда прошло около 8 лѣтъ, и въ земско-медицинской жизни накопилось не мало вопросовъ, требующихъ серьезнаго компетентнаго разсмотрѣнія. Кромѣ того, такой Съѣздъ въ настоящее время пріобрѣтаетъ исключительный интересъ по случаю постигшаго Бессарабію неурожая, на почвѣ котораго возможно развитіе эпидемическихъ заболѣваній.

2533. Намъ сообщаютъ, что въ г. Сумахъ, Харьковской губ., 11-го ноября открылось *Сумское медицинское Общество.*—Отъ души желаемъ новому Обществу возможно живой дѣятельности и полнаго успѣха въ ней.

2534. По словамъ «Кіевской Газеты» (26 ноября), Кіевское Общество грамотности открываетъ рядъ *народныхъ чтеній по гигіенѣ.* Въ ближайшемъ будущемъ предполагаются чтенія по холерѣ, сифилису, дифтеріи, тифамъ и др. заразнымъ болѣзнямъ.

2535. Въ память покойнаго *И. М. Львова* (см. ниже) въ Казани, какъ намъ сообщаютъ, открывается подписка на учрежденіе въ Лихачевскомъ родильномъ домѣ *кровати его имени.*

2536. Въ засѣданіи Екатеринославскаго медицинскаго Общества, между прочимъ, было разсмотрѣно, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (4 декабря), сообщеніе д-ра *Караваева* относительно оскорбленія, нанесеннаго д-ру *Эпштейну* (см. выше, № 41, стр. 1392) комендантомъ станціи Бѣлостокъ. Постановлено выразить Бѣлостокскому медицинскому Обществу и д-ру *Эпштейну сочувствіе и соболѣзнованіе* съ пожеланіемъ добиться судебнымъ порядкомъ наказанія виновныхъ.

2537. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (3 декабря) напечатано слѣдующее *письмо врачей Дмитровскаго уѣзда, Московской губ.*, къ которому, безъ сомнѣнія, вмѣстѣ съ нами будутъ просить присоединить подписи и очень-очень много другихъ товарищей. «Прочтя въ № 240 «Русской Правды» въ статьѣ «*Ѳ. Ѳ. Эрисманъ*» предложеніе о томъ, чтобы поднять вопросъ о возвращеніи *Ѳ. Ѳ. Эрисмана* изъ изгнанія, мы, нижеподписавшіеся врачи Дмитровскаго уѣзда, Московской губ., горячо присоединяемся къ этому справедливому предложенію и высказываемъ искреннее пожеланіе, чтобы *Ѳедоръ Ѳедоровичъ* вернулся къ своей прежней весьма полезной для Россіи дѣятельности. *Н. Кудрявцевъ, А. Ивонинъ, В. Кирьяковъ, Г. Ростовцевъ, В. Крыловъ, Н. Шнеинъ, Розановъ, Е. Иноевсъ, И. Новодворный, Н. Королевъ, В. Маршева, В. Бёме, А. Дупокъ, Г. Земель, П. Дмитровъ, Е. Григорьевъ, Н. Печкинъ, Ю. Бородинъ, К. Харизменовъ, Б. С. Божковъ, А. И. Латухинъ*».

2538. Товарищъ *Н. П. Забусовъ помѣстилъ въ «Новомъ Времени»* (8 декабря) дышущее неподдѣльной искренностью чувства, муками поруганнаго человѣческаго достоинства, не нашедшими себѣ сочувственнаго отклика въ коронномъ судѣ, *письмо*, которое мы и позволяемъ себѣ перепечатать полностью въ твердой увѣренности, что въ судѣ интеллигентнаго русскаго общества вообще и врачей въ частности, къ которому теперь обращается «невинно погибающій» товарищъ, онъ найдетъ себѣ полную нравственную поддержку. «До сихъ поръ я не могъ писать ничего, такъ какъ надѣялся, что судъ такъ или иначе выяснитъ обстоятельства и причины звѣрскаго насилія, произведеннаго надо мной генераломъ Ковалевымъ. Въ то же время я былъ такъ глубоко потрясенъ происшедшимъ, что всякое воспоминаніе о нелѣпой и безцѣльной гнусности приводило меня въ болѣзненное состояніе. Энергія пала, духъ сломленъ. Но теперь мнѣ хочется не только писать, но кричать на площадяхъ и улицахъ, чтобы найти себѣ хоть тѣнь защиты у общества. Какъ можно сдѣлать насиліе надъ личностью и остаться весьма мало наказаннымъ—показываетъ гнуснѣйшее въ лѣтописяхъ Россіи «дѣло генерала Ковалева». Вотъ оно въ чемъ. Въ мартѣ 1904 года въ городѣ Асхабадѣ вечеромъ по телефону я былъ приглашенъ къ тяжело заболѣвшему Ковалеву; приглашеніе было весьма настойчивое и повторено дважды. Я тотчасъ же бросилъ свои дѣла и поѣхалъ черезъ 2—3 минуты, какъ только могъ найти извозчика. Ковалева я зналъ очень мало, не больше, чѣмъ обыкновенное шапочное знакомство, никогда его не лѣчилъ и тутъ естественно подумалъ, что съ нимъ случилось что-то экстренное, такъ какъ я по спеціальности—хирургъ. Голосъ изъ телефона увѣрялъ меня, что генералъ очень боленъ. Пріѣхавъ быстро къ нему на квартиру, я тотчасъ спросилъ, что у него болитъ? Онъ отвѣтилъ, что еще успѣется объ этомъ поговорить. Въ это время у него сидѣлъ какой-то неизвѣстный мнѣ молодой человѣкъ, какъ выяснилось потомъ, служащій въ службѣ сборовъ Средне-Азіатской желѣзной дороги, Самохненко. Ковалевъ приказалъ подать стулъ, предложилъ садиться, предлагалъ сигары и вино. Все время я сидѣлъ спиной къ сосѣдней комнатѣ и мелькомъ замѣтилъ тамъ нѣсколько человѣкъ нижнихъ чиновъ казаковъ, которыхъ принялъ за пѣсенниковъ. Ковалевъ о своей болѣзни ничего не говорилъ, но настойчиво предложилъ вина. Я отказывался, говоря, что не пью.—«Отчего?»—Потому что отъ вина у меня дѣлается сердцебіеніе—отвѣтилъ я.—«Это не отъ вина, а отъ того, что *вы любите не тою, кою слѣдуетъ*».—Удивленный этими словами, я попросилъ ихъ объясненія, котораго не получилъ. — «Ваше здоровье» — говоритъ Ковалевъ, чокаясь со мной стаканомъ; такъ же поступилъ и его собесѣдникъ. Не успѣлъ я поставить стаканъ на столъ, какъ сзади былъ неожиданно схваченъ нѣсколькими людьми, грубо раздѣтъ, и началось безпощадное *истязаніе*. Какъ ни былъ я потрясенъ, но все-таки и тутъ требовалъ объясненія; въ отвѣтъ же со стороны Ковалева раздавалось только неистовое: «Бей его, мерзавца»! Звѣрское истязаніе продолжалось и по животу; и тутъ уже понялъ, что меня хотятъ убить. Я былъ лишенъ малѣйшей возможности къ какой-бы то ни было самозащитѣ и, какъ врачъ, понималъ ясно, къ чему могутъ повести удары по животу. Далѣе я былъ одѣтъ и выведенъ подъ руки на извозчика. Какого-либо протеста со стороны присутствующаго г. Самохненко не было. Въ эту-же ночь все дѣло мною было обнародовано и даны оффиціальныя сообщенія. Это все произошло 14 марта. Глубоко потрясенный, я напрасно искалъ и ищу до этой минуты какого-либо объясненія всего происшедшаго. Но вотъ что изъ этого произошло. Насилію я подвергся 14 марта, дѣло разбиралось будто-бы въ Тифлисѣ въ началѣ ноября. Такимъ образомъ преступное дѣяніе Ковалева подпало подъ силу Высочайшаго манифеста. Далѣе ни я, какъ пострадавшій, ни мой повѣренный юрисконсультъ Ср.-Аз. жел. дор. А. А. Хонинъ не получали ни повѣстки, ни вообще какого-либо увѣдомленія отъ суда, и потому на судѣ были лишены возможности быть (пострадавшій не явился, какъ сказано было въ судѣ). Что было вообще на судѣ—намъ неизвѣстно по тѣмъ-же причинамъ. Ковалевъ будто-бы не былъ признанъ виновнымъ въ истязаніи, но я, какъ врачъ, протестую противъ этого и настаиваю, что здѣсь именно было преднамѣренное истязаніе. Ковалевъ судился и былъ осужденъ будто-бы только за превышеніе власти, но моя личность гражданина оставлена безъ вниманія. Но вѣдь я не военный, и мнѣ нѣтъ дѣла до дисциплинарныхъ отношеній Ковалева къ его подчиненнымъ. Съ ужасомъ прочиталъ я въ № 10333 «Новаго Времени» письмо генерала Уссаковскаго, который смѣло возводитъ на мою честь самое тяжелое обвиненіе; тяжело оно главнымъ образомъ потому, что тайное. Генералъ Уссаковскій, прося не залѣзать въ его душу, настолько признаетъ душу у меня, что вотъ что говоритъ

«Иной вопросъ, почему я считалъ себя обязаннымъ ходатайствовать за генерала Ковалева; это, конечно, дѣло моей совѣсти, и, надѣюсь, авторъ «Замѣтокъ» [1]) не станетъ забираться ко мнѣ въ душу, но могу указать одно: я знаю генерала Ковалева и, *что главное, знаю совершенно точно подкладку дѣла*, которую авторъ только угадываетъ и, конечно, неудачно. Бываетъ такъ въ жизни, что расправа звѣрская, а побужденія къ ней самыя благородныя; послѣднее, разумѣется, не можетъ оправдать расправы, но до нѣкоторой степени ее извиняетъ». Итакъ Ковалевъ, въ лицѣ своего защитника генерала Уссаковскаго, находитъ извиненіе: очевидно, что обвиняюсь я, врачъ Н. П. Забусовъ, въ совершеніи чего-то столь гнуснаго, столь постыднаго, что даже подлѣйшее насиліе изъ-за угла является мною лишь только заслуженнымъ, потому что «*побужденія къ нему самыя благородныя*», и съ точки зрѣнія генерала Уссаковскаго можетъ быть извиняемо. Генералъ Уссаковскій отрицаетъ, что своимъ ходатайствомъ на судѣ за Ковалева онъ произвелъ давленіе на судъ; можетъ быть, это,—такъ, я не юристъ; но давленіе на общественное мнѣніе онъ своимъ письмомъ въ № 10333 отъ 5 декабря пытается сдѣлать, и давленіе опять-таки въ пользу Ковалева. Генералъ Уссаковскій ясно намекаетъ, что за мной имѣется величайшая гадость и что наказаніе я заслужилъ (благородныя побужденія). Я безсиленъ опровергнуть эту вопіющую неправду, если мнѣ не будетъ дана возможность давать объясненія въ гражданскомъ судѣ, если не будутъ допрошены нѣкоторыя личности, если не будетъ выяснена роль г. Самохненки во всемъ этомъ постыдномъ дѣлѣ и если обвиненіе въ какой-то гнусности сдѣланной, которое высказывается теперь тайно, не будетъ высказано публично. Всего этого я былъ лишенъ до сихъ поръ и по желанію кого-то превратился изъ потерпѣвшаго въ обвиняемаго во вкусѣ метаморфозъ Овидія. Я заявляю въ окончательной формѣ вотъ что. Съ Ковалевымъ я имѣлъ только самое мимолетное шапочное знакомство, не сталкивался съ нимъ ни на почвѣ служебныхъ, ни на почвѣ частныхъ отношеній даже самымъ малѣйшимъ образомъ; ни въ одной общечеловѣческой слабости никогда въ жизни не имѣлъ съ нимъ ни малѣйшаго соприкосновенія, никогда о Ковалевѣ не говорилъ ни хорошаго, ни дурного, такъ какъ имъ совершенно не интересовался. Со всѣми знакомыми Ковалева былъ почти незнакомъ, исключая шапочнаго знакомства; Ковалева никогда не лѣчилъ—словомъ, къ Ковалеву я имѣлъ вообще такое же отношеніе, какъ и къ каждому жителю Марса. Я такъ усталъ душевно отъ безпощадной травли, что у меня едва хватаетъ силы жить. За что же это? Во имя какого принципа? Неужели 63-лѣтній старецъ Ковалевъ продолжаетъ думать, что онъ сдѣлалъ хорошее и достойное дѣло, неужели его поддерживаютъ только потому, что этого требуетъ солидарность касты? Неужели мой голосъ останется голосомъ вопіющаго въ пустынѣ, и никто не придетъ на помощь невинно погибающему нравственно человѣку? Я могу только сказать, что дѣятельность врачебная требуетъ отъ врача, чтобы онъ былъ и честнымъ человѣкомъ; какъ только этого нѣтъ, онъ не можетъ быть врачемъ, сама корпорація должна его изгнать изъ своей среды. Такъ и я долженъ быть отвергнутъ врачебной корпораціей какъ недостойный ея членъ, какъ позорящій ее. А это должно быть, если вѣрить генералу Уссаковскому. И такъ, вотъ моя ставка на общественномъ судѣ; но что поставятъ въ отвѣтъ на это Ковалевъ и другіе? По адрессу г. А. Ст—на скажу, что мнѣ удивительно, почему для него и для всѣхъ безпристрастныхъ людей особенно цѣнно *авторитетное* (?) свидѣтельство начальника области, что у подсудимаго были обстоятельства, извиняющія его поступокъ [2]). Нѣтъ, г. А. С—нъ, не авторитетное это свидѣтельство, а въ особенности для всѣхъ безпристрастныхъ людей, потому что это *авторитетное* свидѣтельство есть *обвиненіе*, а для безпристрастія «audiatur et altera pars», если ужъ меня ставятъ въ роль обвиняемаго. *Въ достаточной ли мѣрѣ* отражаютъ мѣстную жизнь газеты «Асхабадъ» и «Закаспійское Обозрѣніе», ясно изъ того, что *почему-то* (?!) ни въ одной изъ этихъ газетъ не появилось ни слова о насиліи надо мной. Можетъ быть, это и достаточно, но для кого? Старшій врачъ Ср.-Аз. ж. д. *Н. Забусовъ*».

2539. По словамъ «Кіевской Газеты» (1 декабря), *тифозная эпидемія въ Кіевѣ* принимаетъ все болѣе и болѣе грозные размѣры. 29 ноября въ Кіевскихъ больницахъ Кирилловской, Александровской, Николаевской и Еврейской находились на излѣченіи 139 тифозныхъ; изъ нихъ у 94 былъ сыпной тифъ, а у 45 брюшной.

2540. Въ «Отчетѣ о научномъ отпускѣ заграницу» д-ръ *Е. Ф. Печеркинъ* («Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи въ Московской губ.», № 11), между прочимъ, разсказываетъ о своей *попыткѣ посѣтить* въ Парижѣ *клинику* преславутаго *Doyen*'а: «Говорятъ—нельзя быть въ Римѣ и не видѣть папы. Вотъ и мы, русскіе врачи, рѣшили посмотрѣть медицинскаго папу. Разсказываютъ, что, когда *Doyen* еще не былъ знаменитъ и имѣлъ клинику за городомъ, то приглашалъ къ себѣ врачей и самъ оплачивалъ суточныя издержки пребыванія гостей и проѣздъ туда и назадъ. Теперь-же легче увидать въ Римѣ папу, чѣмъ *Doyen*'а въ Парижѣ. Сперва насъ научили обратиться къ нему черезъ Collin'а, его поставщика инструментовъ, что мы и сдѣлали. Отвѣта не послѣдовало. При случайной встрѣчѣ съ *Doyen*'омъ въ одномъ частномъ госпиталѣ я обратился къ нему съ просьбой разрѣшить посѣщеніе его клиники. На это онъ, разсыпаясь въ любезностяхъ, заявилъ, что стоитъ только написать ему о желаніи, какъ немедленно будетъ дано разрѣшеніе. Мы, русскіе врачи, въ числѣ 5 человѣкъ такъ и сдѣлали. Но отвѣта снова не послѣдовало».

2541. Въ полныхъ захватывающаго интереса воспоминаніяхъ г. Діонео о *цензурныхъ нравахъ очень недавняго прошлаго* («Страстотерпцы. Страничка изъ исторіи провинціальной печати». «Русскія Вѣдомости», 30 ноября) сообщается, между прочимъ, слѣдующій фактъ (какъ жаль, что онъ не былъ извѣстенъ покойному И. Ѳ. Горбунову!): «....Цензоръ Л. подверженъ былъ періодическимъ припадкамъ необыкновенной стыдливости; въ то время онъ былъ безпощаденъ въ вычеркиваніи «неприличнаго»... Въ репортерской замѣткѣ, сообщавшей о дракѣ, во время которой одного ударили ножемъ, такъ что выпалъ *сальникъ*, послѣднее слово было вычеркнуто, какъ неприличное».

2542. «Наша Жизнь» (7 декабря) передаетъ, что въ Петербургѣ учреждается *попечительный о санаторіяхъ Совѣтъ* изъ представителей отъ различныхъ заинтересованныхъ въ этомъ дѣлѣ учрежденій. Совѣтъ имѣетъ цѣлью обезпечить возможно лучшее выясненіе разнообразныхъ вопросовъ, относящихся къ дѣлу устройства и содержанія санаторій. Сочувствующіе намѣченной цѣли могутъ направлять всѣ свои заявленія въ Правленіе Кассы служащихъ въ Институтѣ путей сообщенія (Забалканскій пр., 11).

2543. Намъ сообщаютъ, что вмѣстѣ съ ч. пр. *Неёловымъ*, просившимъ сложить съ него званіе главнаго врача Маріинской Общины Краснаго Креста въ Кіевѣ (см. № 49, стр. 1676), *отказался отъ занимаемой при Общинѣ должности консультанта больницы и д-ръ Качковскій*. Поводомъ къ отказу, по заявленію обоихъ этихъ лицъ, послужило оскорбленіе, нанесенное имъ вице-предсѣдательницей Общины г-жей Рутковской. Не желая вредить дѣлу, ч. пр. *Неёловъ* оставилъ за собой преподаваніе и завѣдываніе Курсами для сестеръ милосердія до окончанія учебнаго года.

2544. Издавна установившіяся враждебныя отношенія между врачами-интернами и экстернами госпиталя бастіона № 29 въ Парижѣ обострились до того, что, по словамъ «Gazette médicale de Paris» (3 декабря), 28-го ноября въ помѣщеніи госпиталя дѣло дошло, будто-бы, до *общей свалки*, во время которой нѣсколько человѣкъ были избиты и ранены (! *Ред.*).

2545. 6-го декабря (н. ст.) праздновали въ Berlin'ѣ *70-лѣтіе жизни проф. H. Senator*'а. «Berliner klinische Wochenschrift» посвящаетъ ему по этому случаю свой послѣдній № (5 декабря).

2546. Англійскому министру просвѣщенія лорду Londonderry подана *петиція отъ 14718 врачей Великобританіи и Ирландіи о введеніи курса гигіены* во всѣ публичныя школы, съ обращеніемъ особаго вниманія на вредъ отъ спиртныхъ напитковъ («Deutsche medicinische Wochenschrift», 8 декабря).

2547. Въ послѣднемъ (8 декабря) № «Deutsche medicinische Wochenschrift» начатъ печатаніемъ помѣщенный въ «Русскомъ Врачѣ» (см. № 41, стр. 1379) *отвѣтъ бывшаго младшаго врача крейсера* 1-го ранга «Варягъ» д-ра *М. Л. Банщикова* на извѣстную читателямъ злобную статью японскаго врача *Wada*.

2548. Португальская королева Maria Amalia *закончила*, какъ передаетъ «Deutsche medicinische Wochenschrift» (8 декабря) со словъ одной Pest'ской газеты, *курсъ медицинскихъ наукъ* и теперь готовится къ сдачѣ экзамена на званіе практическаго врача.

2549. Вмѣсто заболѣвшаго проф. *W. Petersen*'а, во главѣ *посылаемаго Германскимъ Краснымъ Крестомъ* въ Иркутскъ *полевого лазарета* ѣдетъ д-ръ *Brentano*; съ нимъ отправляются нѣмецкіе врачи *Schütze* и *Colmers*, 2 русскихъ врача и нѣсколько русскихъ и нѣмецкихъ сестеръ. Лазаретъ разсчитанъ на 100—200 коекъ и ожидается въ Иркутскѣ въ концѣ декабря («Deutsche medicinische Wochenschrift», 8 декабря).

2550. «Gazette médicale de Paris» (3 декабря) въ замѣткѣ подъ заглавіемъ «*Медицинская реклама и выдающіеся врачи*» ставитъ на видъ цѣлому ряду врачей—*Chassevant*, *Reynier*, *Burlureaux*, *Rémy*, *Legueu*, *Calot*, *Lortet*, *Courtois-Suffit*, *Chaput*, *Morel Lavallée*, *Marcel Labbé*, *Clado* и др. — появленіе ихъ именъ въ рекламахъ о винѣ Mariani, разсылаемыхъ въ видѣ особой брошюры.

2551. Въ Rio-de-Janeiro противники оспопрививанія недавно устроили кровавую манифестацію—съ баррикадами, ружейнымъ огнемъ и т. п.—въ видѣ *протеста противъ закона объ обязательности прививокъ*, прошедшаго въ Конгрессѣ громаднымъ большинствомъ голосовъ («Journal de médecine de Paris», 4 декабря).

2552. «Journal de médecine de Paris» (4 декабря) передаетъ содержанія интересной *лекціи д-ра D. Duckworth*'а, читанной имъ недавно въ London'ской College of Physicians. Почтенный лекторъ поднялъ — и вполнѣ справедливо — голосъ противъ постоянной погони современныхъ врачей за фармацевтическими новостями, сопряженной съ забвеніемъ многаго стараго и цѣннаго; ежедневно появляются лѣкарства, одни имена которыхъ уже нѣтъ возможности запомнить, а, напр., кровопусканія, каломель—забыты. Увлеченію этому, очевидно, пора-бы положить предѣлъ.

2553. Покойный *проф. Tillaux оставилъ болѣе 500000 фр. Кассѣ обезпеченія рабочихъ* на случай старости, съ цѣлью содѣйствія, какъ сказано въ завѣщаніи, «соціальному миру и справедливости». Имъ-же завѣщено 10000 фр. Союзу врачей департамента Сены, 2000 фр. Обществу бывшихъ интерновъ Парижскихъ больницъ и еще рядъ суммъ на другія благотворительныя цѣли («Le Progrès médical», 10 декабря).

2554. По свѣдѣніямъ «Medical Record'а» (26 ноября) 30-го ок-

[1]) Въ «Новомъ Времени» г. А. Ст—нъ посвятилъ дѣлу ген. Ковалева одну изъ своихъ «Замѣтокъ».—*Ред.*

[2]) Г. А. Ст—нъ такими словами комментировалъ письмо ген. Уссаковскаго.—*Ред.*

здравія, подобно тому, какъ это сдѣлано представителями другихъ группъ. Это заявленіе встрѣчено единодушнымъ сочувствіемъ членовъ Правленія, которые нашли его вполнѣ отвѣчающимъ настроенію и развивающимъ практическое осуществленіе постановленій IX Пироговскаго Съѣзда. При этомъ Правленіе постановило: 1) присоединить къ многочисленнымъ резолюціямъ общественныхъ группъ послѣдняго времени о неотложныхъ нуждахъ страны и соотвѣтствующее заявленіе отъ имени Правленія Пироговскаго Общества; 2) поставить въ число программныхъ вопросовъ будущаго Пироговскаго Съѣзда вопросъ о необходимыхъ измѣненіяхъ въ общихъ условіяхъ народной жизни, вызываемыхъ потребностями народнаго здравія и нуждами врачебно-санитарнаго дѣла, въ соотвѣтствіи съ назрѣвшими потребностями времени; 3) въ цѣляхъ подготовки матеріаловъ къ слѣдующему Съѣзду обратиться теперь-же во всѣ медицинскія Общества, санитарные Совѣты и Съѣзды врачей съ просьбой подвергнуть поставленный вопросъ всестороннему колегіальному обсужденію. —Ни минуты не сомнѣваемся, что Общества, Совѣты и частные Съѣзды врачей отнесутся къ предложенію Правленія Пироговскаго Общества съ тѣмъ сочувствіемъ и вниманіемъ, которыхъ оно заслуживаетъ.

2529. Изъявили согласіе быть завѣдующими отдѣлами на *X Пироговскомъ Съѣздѣ:* профф. *П. А. Минаковъ*—судебной медицины, *И. К. Спижарный* и *Л. Л. Левшинъ*—хирургіи, *В. К. Ротъ*—нервныхъ и душевныхъ болѣзней («Русскія Вѣдомости», 2 декабря).

2530. Засѣданія *5-го Съѣзда Россійскихъ хирурговъ* будутъ происходить 28-го, 29-го и 30-го декабря съ $10^1/_2$ час. утра до 2 час. дня и съ 7 час. веч. въ старомъ зданіи Университета (ходъ съ Моховой). 27-го декабря тамъ-же имѣетъ быть товарищеская встрѣча съ 8 час. веч. Бюро Съѣзда будетъ открыто 27-го декабря отъ 1 час. до 4 час. и съ 7 час. веч.; остальные дни—въ часы засѣданій. До сихъ поръ заявлены слѣдующія сообщенія: 1) *В. М. Минцъ* (Москва). *О гедональ-хлороформномъ наркозѣ.* 2) *Б. П. Кестеръ* (Москва). *О мѣстной анэстезіи кокаиномъ.* 3) *В. М. Минцъ* (Москва). *Случай слѣпоты послѣ параффинопластики носа.* 4) *И. П. Алексинскій* (Москва). *Къ вопросу объ изсѣченіи верхней челюсти* (предъявленіе больныхъ). 5) *Ф. Т. Буткевичъ* (Москва). *Къ вопросу объ опухоляхъ околоушной железы.* 6) *В. М. Минцъ* (Москва). *Излѣченіе паралича лицевого нерва нервной пластикой* (предъявленіе больного). 7) *Д. Е. Гороховъ* (Москва). *Образованіе щеки пластикой* (предъявленіе больного послѣ образованія щеки, разрушенной т. наз. водянымъ ракомъ). 8) *І. А. Машинъ* (Москва). *Къ вопросу объ операціяхъ на грудной клѣткѣ.* 9) *С. Ф. Дерюжинскій* (Москва). *Повторное изсѣченіе реберъ съ изсѣченіемъ значительнаго участка грудобрюшной преграды по поводу первичной саркомы плейры и ея быстраго возврата. Выздоровленіе.* 10) *Ф. И. Протопоповъ* (Москва). *О забрюшинныхъ опухоляхъ.* 11) *К. Д. Есиповъ* (Москва). *О значеніи отторгающихъ марлевыхъ салфетокъ при чревосѣченіяхъ.* 12) *И. П. Алексинскій* (Москва). *О рубцовыхъ сужденіяхъ кишекъ.* 13) *И. П. Алексинскій* (Москва). *Обзоръ случаевъ аппендицита, наблюдавшихся въ Московской хирургической факультетской клиникѣ за послѣдніе $1^1/_2$ года.* 14) *А. Н. Абрамовъ* (Москва). *Случай кровяной кисты селезенки.* 15) *А. Н. Гайманъ* (Москва). *О цистоскопіи и катетеризаціи мочеточниковъ.*

2531. Окружнымъ в.-медицинскимъ *инспекторомъ Казанскаго военнаго округа* назначенъ *В. П. Колодезниковъ* («Новое Время», 3 декабря).

2532. «Бессарабская Жизнь» (29 ноября) сообщаетъ, что согласно докладу, принятому Бендерскимъ уѣзднымъ земскимъ Собраніемъ въ текущемъ году, Бессарабская губернская земская Управа вноситъ на разсмотрѣніе предстоящаго очереднаго губернскаго земскаго Собранія докладъ о созывѣ *Съѣзда земскихъ врачей и представителей земствъ Бессарабской губ.* Съѣздъ имѣетъ въ виду выработать установленіе періодичности въ созывѣ Съѣздовъ, не менѣе чѣмъ въ 2 года разъ. Со времени послѣдняго Съѣзда прошло около 8 лѣтъ, и въ земско-медицинской жизни накопилось не мало вопросовъ, требующихъ серьезнаго компетентнаго разсмотрѣнія. Кромѣ того, такой Съѣздъ въ настоящее время пріобрѣтаетъ исключительный интересъ по случаю постигшаго Бессарабію неурожая, на почвѣ котораго возможно развитіе эпидемическихъ заболѣваній.

2533. Намъ сообщаютъ, что въ г. Сумахъ, Харьковской губ., 11-го ноября открылось *Сумское медицинское Общество.*—Отъ души желаемъ новому Обществу возможно живой дѣятельности и полнаго успѣха въ ней.

2534. По словамъ «Кіевской Газеты» (26 ноября), Кіевское Общество грамотности открываетъ рядъ *народныхъ чтеній по гигіенѣ.* Въ ближайшемъ будущемъ предполагаются чтенія по холерѣ, сифилису, дифтеріи, тифамъ и др. заразнымъ болѣзнямъ.

2535. Въ память покойнаго *И. М. Львова* (см. ниже) въ Казани, какъ намъ сообщаютъ, открывается подписка на учрежденіе въ Лихачевскомъ родильномъ домѣ *кровати его имени.*

2536. Въ засѣданіи Екатеринославскаго медицинскаго Общества, между прочимъ, было разсмотрѣно, какъ передаютъ «Р[illegible]жевыя Вѣдомости» (4 декабря), сообщеніе д-ра *Караваев*[illegible] относительно оскорбленія, нанесеннаго д-ру *Эпштейну* (см. [illegible] № 41, стр. 1392) комендантомъ станціи Бѣлостокъ. Пос[illegible]лено выразить Бѣлостокскому медицинскому Обществу [illegible] *Эпштейну сочувствіе и соболѣзнованіе* съ пожеланіе[illegible]биться судебнымъ порядкомъ наказанія виновныхъ.

2537. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (3 декабря) на[illegible] слѣдующее *письмо врачей Дмитровскаго уѣзда, Московской губ.*, къ которому, безъ сомнѣнія, вмѣстѣ съ нами будутъ просить присоединить подписи и очень-очень много другихъ товарищей. «Прочтя въ № 240 «Русской Правды» въ статьѣ «*Ѳ. Ѳ. Эрисманъ*» предложеніе о томъ, чтобы поднять вопросъ о возвращеніи *Ѳ. Ѳ. Эрисмана* изъ изгнанія, мы, нижеподписавшіеся врачи Дмитровскаго уѣзда, Московской губ., горячо присоединяемся къ этому справедливому предложенію и высказываемъ искреннее пожеланіе, чтобы *Ѳедоръ Ѳедоровичъ* вернулся къ своей прежней весьма полезной для Россіи дѣятельности. *Н. Кудрявцевъ, А. Ивонинъ, В. Кирьяковъ, Г. Ростовцевъ, В. Крылов, Н. Шнеинъ, Розановъ, Е. Иноевсъ, И. Новодворный, Н. Ко[illegible]левъ, В. Маршева, В. Бёме, А. Дупокъ, Г. Земель, П. [illegible]ровъ, Е. Григорьевъ, Н. Печкинъ, Ю. Бородинъ, К. Х[illegible]меновъ, Б. С. Божковъ, А. И. Латухинъ*».

2538. Товарищъ *Н. П. Забусовъ помѣстилъ въ «Новом[illegible]мени»* (8 декабря) дышущее неподдѣльной искренности [illegible]ства, муками поруганнаго человѣческаго достоинства, но [illegible]шими себѣ сочувственнаго отклика въ коронномъ судѣ, [illegible] которое мы и позволяемъ себѣ перепечатать полностью [illegible]дой увѣренности, что въ судѣ интеллигентнаго русск[illegible]щества вообще и врачей въ частности, къ которому [illegible]ращается «невинно погибающій» товарищъ, онъ найд[illegible] полную нравственную поддержку. «До сихъ поръ я не [illegible]сать ничего, такъ какъ надѣялся, что судъ такъ или [illegible] яснитъ обстоятельства и причины звѣрскаго насили[illegible]деннаго надо мной генераломъ Ковалевымъ. Въ то [illegible] былъ такъ глубоко потрясенъ происшедшимъ, что [illegible]минаніе о нелѣпой и безцѣльной гнусности приво[illegible] болѣзненное состояніе. Энергія пала, духъ сломле[illegible] мнѣ хочется не только писать, но кричать на пло[illegible]цахъ, чтобы найти себѣ хоть тѣнь защиты у о[illegible] можно сдѣлать насиліе надъ личностью и остаться [illegible] наказаннымъ—показываетъ гнуснѣйшее въ лѣт[illegible] «дѣло генерала Ковалева». Вотъ оно въ чемъ. [illegible] года въ городѣ Асхабадѣ вечеромъ по телефону [illegible]шенъ къ тяжело заболѣвшему Ковалеву; пригл[illegible]ма настойчивое и повторено дважды. Я тотчас[illegible] дѣла и поѣхалъ черезъ 2—3 минуты, какъ то[illegible] извозчика. Ковалева я зналъ очень мало, не [illegible]новенное шапочное знакомство, никогда его [illegible] естественно подумалъ, что съ нимъ случило[illegible]ное, такъ какъ я по спеціальности—хирургъ. [illegible] на увѣрялъ меня, что генералъ очень болен[illegible] къ нему на квартиру, я тотчасъ спросилъ. Онъ отвѣтилъ, что еще успѣется объ этом[illegible] время у него сидѣлъ какой-то неизвѣстный [illegible]вѣкъ, какъ выяснилось потомъ, служащій Средне-Азіатской желѣзной дороги, Самох[illegible] казалъ подать стулъ, предложилъ садиться, [illegible] вино. Все время я сидѣлъ спиной къ сос[illegible]комъ замѣтилъ тамъ нѣсколько человѣк[illegible]заковъ, которыхъ принялъ за пѣсенник[illegible] болѣзни ничего не говорилъ, но настой[illegible] Я отказывался, говоря, что не пью.—«О[illegible] вина у меня дѣлается сердцебіеніе—о[illegible] вина, а отъ того, что *вы любите не*[illegible] Удивленный этими словами, я поп[illegible] котораго не получилъ. — «Ваше з[illegible] валевъ, чокаясь со мной стаканом[illegible] его собесѣдникъ. Не успѣлъ я пос[illegible] какъ сзади былъ неожиданно схва[illegible] грубо раздѣтъ, и началось безпощадн[illegible] я потрясенъ, но все-таки и тутъ тре[illegible] же со стороны Ковалева раздавалось [illegible] мерзавца»! Звѣрское истязаніе пр[illegible] тутъ уже понялъ, что меня хотятъ [illegible] шей возможности къ какой-бы то [illegible] врачъ, понималъ ясно, къ чему мог[illegible] Далѣе я былъ одѣтъ и выведен[illegible] кого-либо протеста со стороны [illegible] не было. Въ эту-же ночь все д[illegible] даны оффиціальныя сообщенія. Глубоко потрясенный, я напра[illegible] какого-либо объясненія [illegible] этого произошло. Нас[illegible] лось будто-бы въ Ти[illegible] преступное дѣяні[illegible] манифеста. Далѣ[illegible] юрисконсультъ [illegible] повѣстки, ни [illegible] тому на суд[illegible] давался, [illegible]

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Англійскіе.

The Lancet. 7 мая.

1. R. Hutchison. *Some disorders of the blood and bloodforming organs in early life.* Разстройства въ крови и кроветворныхъ органахъ у дѣтей. Лекція 1-ая. 2. G. Oliver. Лекція 2-ая. 3. E. N. Smith. *Abnormal muscular contractions.* 4. E. P. Baumann. *Mesenteric cysts.* 5. W. E. de Korte. *Amaas, or kaffir milk-pox.* Оспообразная болѣзнь на югѣ Африки. 6. W. J. Smyth. *A case for diagnosis.*

14 мая.

1. R. Hutchison. Лекція 2-ая. 2. E. M. Corner. *Acute infective gangrenous processes (necroses) of the alimentary tract.* Лекція 1-ая. H. W. Thomas and S. F. Linton. *A comparison of the animal reactions of the trypanosomes of Uganda and Congo Free State sleeping sickness with those of Trypanosoma gambiense.* (Предварительное сообщеніе). 4. V. G. Thorpe. *A chinese remedy for hydrophobia.* Китайское средство отъ водобоязни—порошки nux vomica, съ 1/33—1/13 грана стрихнина въ каждомъ. 5. N. B. Harman. *Aliens, dirt, and disease.* 6. J. W. Allan. *The relation of the pancreas to diabetes and the question of the transplantation of that gland as a remedy for disease.* 7. J. B. Hall. *A case of dermoid cyst of the mesentery.* 8. J. J. Evans. *Neuroretinitis in chlorosis.* 9. J. Haddon. *Fasting in therapeutics.* Значеніе поста въ терапіи (по поводу одного случая).

21 мая.

1. R. Hutchison. Лекція 3-ья. 2. E. M. Corner. Лекція 2-ая. 3. H. Tilley. *Some experiences in the surgical treatment of suppurative lesions of the nasal accessory sinuses.* 4. W. Pasteur. *Note on the value of hot-water injections as a substitute for nutrient enemata in the treatment of gastric ulcer.* 5. J. Chronnell. *Ankylostomiasis.* 6. H. M. W. Gray. *Transplantation of tendon for musculo-spiral paralysis.* 7. D. Lawson. *The results of treatment in 301 cases of phthisis by open-air methods.* 8. R. W. Murray. *Geographical distribution of hare-lip and cleft palate* (заячьей губы и расщепленнаго нёба). 9. H. C. Lawrence and C. Braine Hartnell. *Cases of congenital deformity in the foetus.*

28 мая.

1. F. Taylor. *On some disorders of the spleen.* О нѣкоторыхъ болѣзняхъ селезенки. Лекція 1-ая. 2. E. M. Corner. Лекція 3-ья. 3. J. L. Steven. *On the surgical treatment of diseases of the stomach from a physician's point of view.* 4. C. R. Keyser. *Five cases of carcinoma of the male breast.* 5 случаевъ рака мужскихъ грудей. 5. H. A. Gaitskell. *A case of congenital deficiency of both upper limbs.* Случай врожденнаго отсутствія обѣихъ верхнихъ конечностей. 6. F. Langmead. *On three cases of suprarenal apoplexy in children.* 7. A. B Green. *Further note on some additional points in connexion with chloroformed syncope.* 8. E. Wynstone-Waters. *Wound of the left thorax with extensive laceration of the pleura, etc.* Случай. 9. E. S. [illegible] *Gynaecomastia.* Случай.

[illegible] Marsh. *Intermittent hydrops of the joint...* О перемежающихся суставовъ. Лекція. 2. F. Taylor. *Some disorders of the spleen.* О нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ селезенки (въ томъ числѣ Banti'евой болѣзни). Лекція 2-ая. 3. E. T. Fison. *Acute haemorrhagic pancreatitis.* 4. T. J. Horder and [illegible]wood. *A case of pneumococcus ulcerative endocarditis...* [illegible]wilbe. *Appendicitis.* 6. W. B. Bell. *Some points in [illegible] of appendicitis.* 7. R. Lake. *Removal of the semicircular canals in a case of unilateral aural vertigo.* 8. E. E. [illegible] *case exhibiting the Adams-Stokes syndrome.*

[illegible] Lockwood. *The early diagnosis of tumours of the [illegible]* мочевого пузыря). 2. F. Taylor. *Some disorders of the [illegible]* Лекція 3-ья. 3. W. W. Cheyne and H. Wilbe. *A case [illegible]ted gastric ulcer in a boy aged 13 years; diseased appendix; operation; recovery.* 4. J. Hay. *200 cases of acute lobar [illegible]a.* 5. F. C. Wallis. *Four cases of acute intestinal in[illegible]ption; operation; recovery.* 6. E. O. Croft. *A case of acu[illegible]sion of the puerperal uterus; reduction by taxis; recovery.* [illegible] Muir. *Koplik's spots in the diagnosis of measles* (кори). [illegible] Butterworth. *A case of renal abnormality.* 9. W. L. [illegible]wn. *An unusual case of muscular atrophy.*

[illegible]8 іюня.

[illegible] W. Williams. *Deaths in childbed: a preventable mortality.* [illegible] предупрежденіи смертности у дѣтей при родахъ. Лекція. (Не [illegible]окончена). 2. P. R. W. de Santi. *The lymphatics of the larynx and their relation to malignant disease of that organ.* 3. M. Coplans. *On the etiology of scurvy.* Къ этіологіи цынги. 4. M. Faure. *The treatment of tabes dorsalis and its prognosis.* 5. P. Rendall. *Seven cases of hour-glass contraction of the [illegible]* 6. A. H. Allen and A. R. Tankard. *Notes on the [illegible]mination of urine.* Къ опредѣленію хлоридовъ, [illegible] и фосфатовъ въ мочѣ. 7. H. T. Cox. *Nephre[illegible]*

25 іюня.

1. R. Caton. 1) *The medicine and the [illegible] Egyptians; contemporary views of the circulati[illegible] in valvular disease.* Лекція. 2. W. Willian[illegible] лекція. 3. P. L. Mummery. *The diagnosis*

[illegible]ectum, li[illegible]mpound com[illegible] ankle-joint... 3. [illegible]y.

[illegible] treated by the general [illegible]culous spondylitis diagnosis

табря *въ гавани Портъ-Артура затонули* отъ японскаго огня *2 госпитальныхъ судна*, а 1 ноября—*3-ье*; всѣ бывшіе на этихъ судахъ, будто-бы, погибли.

2555. Д-ръ *E. B. Elder*, врачъ больницы въ Macon'ѣ (штатъ Georgia), съ револьверомъ въ рукахъ *отстоялъ* недавно *больницу отъ вторженія шайки «линчевателей»*, покушавшихся добраться до лежавшаго въ ней раненаго убійцы.

2556. Въ Chicago предстоитъ *судебное дѣло* по обвиненію въ обманѣ нѣкоего «Медицинскаго Института», пойманнаго на обманной торговлѣ пилюлями изъ хлѣба и сахарными («The Journal of the American Medical Association», 26 ноября).

2557. Въ Buffalo (штатъ New-York) образовалось *новое врачебное Общество* подъ названіемъ «*Medical Journal Club*», для совмѣстнаго чтенія и обсужденія, по 1 разу въ мѣсяцъ, наиболѣе интересныхъ статей въ главныхъ медицинскихъ журналахъ всѣхъ странъ и на всѣхъ языкахъ («The Journal of the American Medical Association», 26 ноября).

2558. Проф. *Debove* снова избранъ единогласно *деканомъ медицинскаго факультета въ Парижѣ* («The British Medical Journal», 10 декабря).

2559. Въ Вѣнѣ появился *цѣлитель, рекламирующій* себя въ качествѣ ортопедиста, «*дипломированнаго Императорской русской университетской клиникой хирургическаго факультета*» (sic). «Институтъ» его, гдѣ обѣщается излѣченіе длиннаго ряда недуговъ, заслуживаетъ, на взглядъ «Wiener medicinische Wochenschrift» (26 ноября), серьезнаго вниманія санитарныхъ властей.—Съ такимъ взглядомъ почтенной газеты мы безусловно согласны, какъ ни лестно русскому сердцу, что и на русскія учрежденія начинаютъ ссылаться заграницей.

2560. «Wiener medicinische Wochenschrift» (26 ноября) хвалитъ недавно вышедшую 5-мъ изданіемъ *книжку д-ра Mencke о задачахъ и устройствѣ больницъ въ небольшихъ городахъ*, которая можетъ служить хорошимъ руководствомъ для этой цѣли.

2561. Одинъ офицеръ пишетъ въ «Journal de médecine et de chirurgie pratiques» (10 декабря), что опытомъ убѣдился въ пользѣ дачи солдатамъ на походѣ въ жаркіе дни *воды съ глицирризиномъ и мятнымъ спиртомъ*.

2562. Редакціи «Berliner klinische Wochenschrift» пришлось пожалѣть о томъ, что она помѣстила *статью д-ра Küster*'а о гризеринѣ, носящую явно *рекламный характеръ*. Дѣло въ томъ, что теперь эта статья въ измѣненномъ видѣ, безъ разрѣшенія издателей, разсылается всѣмъ врачамъ вмѣстѣ съ объявленіемъ о новомъ препаратѣ. Въ объявленіи говорится, что всѣ изслѣдованія и опыты съ гризериномъ уже закончены и врачи могутъ, слѣд., безъ всякихъ колебаній назначать его своимъ больнымъ. Случай этотъ воочію показываетъ, съ какимъ строгимъ разборомъ медицинскія изданія должны относиться къ статьямъ о новыхъ препаратахъ для того, чтобы не служить невольными пособниками рекламѣ фабрикантовъ. Въ томъ-же №, въ которомъ редакція «Berliner klinische Wochenschrift» заявляетъ протестъ противъ такого образа дѣйствія д-ра *Küster*'а и К°, помѣщена статья проф. *Petruschky*, доказывающаго на основаніи экспериментальныхъ изслѣдованій, что гризеринъ внутри организма не имѣетъ обеззараживающаго дѣйствія; между тѣмъ на этомъ свойствѣ препарата д-ръ *Küster* и основывалъ его цѣлебное дѣйствіе при всякаго рода заразныхъ болѣзняхъ.

2563. О весьма *курьезномъ случаѣ изъ журнальной хроники* сообщаетъ «Münchener medizinische Wochenschrift». Этотъ серьезный журналъ, до сихъ поръ остающійся наилучшимъ изъ медицинскихъ изданій на нѣмецкомъ языкѣ, выпускаетъ почти ежегодно въ видѣ приложенія одинъ юмористическій №, въ которомъ въ остроумной формѣ и съ чисто München'скимъ юморомъ осмѣиваются отрицательныя и комическія стороны современнаго врачебнаго быта. Особенно удаченъ бываетъ обыкновенно отдѣлъ объявленій. Извѣстная Leipzig'ская газета «Leipziger Volkszeitung», всегда враждебно настроенная противъ врачей, не подозрѣвая шуточнаго характера №, перепечатала изъ него объявленіе, въ которомъ только-что кончившій врачъ заявляетъ, что онъ желаетъ получить мѣсто замѣстителя какого-нибудь временно уѣзжающаго врача, чтобы имѣть возможность такимъ путемъ изучить акушерство, о которомъ онъ-де не имѣетъ никакого представленія. Leipzig'ская газета разразилась по поводу этого объявленія цѣлымъ потокомъ негодующихъ фразъ и чуть не взываетъ къ полиціи, чтобы защитили народъ отъ врачей, которые смотрятъ на людей какъ на кроликовъ, предназначенныхъ для опытовъ. Leipzig'скіе врачи, разумѣется, отъ души смѣялись надъ неудачей враждебной имъ газеты, редакторъ которой, между прочимъ, состоитъ членомъ правленія одной изъ наиболѣе крупныхъ Leipzig'скихъ кассъ (inde ira).

2564. *Умерли:* 1) 25-го ноября въ Казани ч. пр. Казанскаго Университета по каѳедрѣ акушерства и женскихъ болѣзней *Иванъ Моисеевичъ Львовъ* («Волжскій Листокъ», 27-го ноября), родившійся въ 1856 г., а званіе врача получившій (въ Казани) въ 1879 г. [1]).—2) Въ Москвѣ младшій врачъ 3-го Нарвскаго полка *Павелъ Дмитріевичъ Приселковъ* («Биржевыя Вѣдомости», 2 декабря), родившійся въ 1877 г., а званіе врача получившій въ 1901 г.—3) 29-го ноября, въ Москвѣ, *Владиміръ Ѳедоровичъ Дейчъ* («Русскія Вѣдомости», 3 декабря), родившійся въ 1840 г., а званіе врача получившій въ 1866 г.—4) Въ Болдинѣ *Романъ Авеловичъ Паракецовъ* («Биржевыя Вѣдомости», 4 декабря), родившійся въ 1864 г., а званіе врача получившій въ 1897 г.—5) 2-го декабря, въ Кіевѣ, *отъ сыпного тифа*, завѣдывавшій палатой для больныхъ сыпнымъ тифомъ въ больницѣ для чернорабочихъ *Добровольскій* («Новое Время», 3 декабря) *Леонидъ Калистратовичъ*, родившійся въ 1875 г., а званіе врача получившій въ 1902 г.—6) 8-го ноября, въ Вѣнѣ, на 80-мъ году жизни, проф. *Albert Reder v. Schellmann* («Wiener klinische Wochenschrift», 24 ноября).—7) Въ Merida (Мексика), отъ желтой лихорадки, д-ръ *Zaldo Gocchi*, посланный туда итальянскимъ правительствомъ для изученія этой болѣзни и заразившійся во время занятій («Medical Record», 26 ноября).

[1]) Приводимъ для характеристики покойнаго изъ прекрасной надгробной рѣчи проф. *В. Н. Разумовскаго*, помѣщенной въ «Казанскомъ Телеграфѣ» (1 декабря), нѣсколько выдержекъ: «Талантливый, энергичный и въ тоже время внимательный, обходительный врачъ, ты быстро сдѣлался любимцемъ публики, популярнѣйшимъ врачемъ Казани, каковымъ неизмѣнно оставался въ теченіи 25-лѣтней врачебной дѣятельности. Но безпокойная, полная постоянныхъ волненій, моральныхъ потрясеній, жизнь акушера практика, гинеколога оператора не мѣшала тебѣ одновременно быть неутомимымъ научно-литературнымъ работникомъ. Въ русскихъ и заграничныхъ спеціальныхъ журналахъ тобою напечатано болѣе сотни научныхъ трудовъ по самымъ разнообразнымъ вопросамъ гинекологіи и акушерства. Нѣкоторые изъ этихъ трудовъ напечатаны тобой уже больнымъ, а послѣдняя работа «Къ ученію о внѣматочной беременности», можно сказать, почти на смертномъ одрѣ. По этой работѣ, между прочимъ, можно составить понятіе о тебѣ, какъ о гинекологѣ. При внѣматочной беременности, этомъ тяжкомъ, но къ счастью, не частомъ заболѣваніи, тобой произведено очень большое число—всего 59 операцій и только 3 со смертельнымъ исходомъ. Этотъ матеріалъ и эти результаты убѣдительно доказываютъ, что ты долженъ быть поставленъ въ одномъ ряду съ нашими наилучшими гинекологами. Тоже доказываетъ и цѣлая серія удачно произведенныхъ кесарскихъ сѣченій съ благопріятнымъ для матери и плода исходомъ.... Не могу не упомянуть о 2-хъ главныхъ научныхъ заслугахъ, оставляющихъ слѣдъ въ современной гинекологіи. Ты одинъ изъ первыхъ въ Россіи разрабатывалъ влагалищный способъ удаленія опухолей, расширилъ показанія къ нему и вообще былъ піонеромъ въ дѣлѣ распространенія этого способа, дающаго меньшій % смертности, чѣмъ брюшныя операціи. 2-ая твоя научная заслуга—изученіе вліянія общихъ заболѣваній и заболѣваній внутреннихъ органовъ (почекъ, сердца) на теченіе беременности и на роды. Это очень сложные клиническіе вопросы, требующіе отъ изслѣдователя, помимо большого опыта и эрудиціи, также тонкаго аналитическаго ума—качества, которыми ты несомнѣнно обладалъ. Не менѣе плодотворна была твоя дѣятельность, какъ университетскаго преподавателя, каковымъ ты состоялъ 19 лѣтъ. Участвуя нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ качествѣ члена факультетской Коммиссіи въ разборѣ и оцѣнкѣ твоихъ научныхъ трудовъ и дѣятельности, я тогда натолкнулся на слѣдующій фактъ. Къ тебѣ, на твой необязательный, частный и, замѣчу, платный (безплатныхъ курсовъ нельзя объявлять по университетскому уставу) въ теченіи многихъ лѣтъ записывалось большинство, даже всѣ студенты 5-го курса. Фактъ этотъ является много-говорящимъ, если принять во вниманіе, насколько обременены студенты обязательными занятіями на 5-мъ курсѣ. Онъ является еще болѣе знаменательнымъ, если прибавить, что штатнымъ преподавателемъ, профессоромъ акушерства и гинекологіи въ то время въ Казани былъ *Н. Н. Феноменовъ*, какъ извѣстно, отличный преподаватель и гинекологъ. Привлеченіе тобой такой массы слушателей, при томъ систематически, въ теченіи многихъ лѣтъ, составляетъ безпримѣрное явленіе, по крайней мѣрѣ, въ исторіи приватъ-доцентуры Казанскаго медицинскаго факультета. Твоя энергія, любовь къ дѣлу не ослабѣли и въ послѣдніе годы, когда тяжелый недугъ (чахотка), несомнѣнно полученный тобой, вслѣдствіе продолжительнаго пребыванія въ больничной атмосферѣ, уже замѣтно началъ подтачивать твое здоровье. По прежнему ты проводилъ ежедневно многіе часы въ твоемъ больничномъ (земскомъ) отдѣленіи, въ излюбленномъ Лихачевскомъ родильномъ домѣ, который ты сумѣлъ сдѣлать однимъ изъ благодѣтельнѣйшихъ учрежденій г. Казани. По прежнему ты ежегодно печаталъ по нѣсколько научныхъ работъ. Даже въ самое послѣднее время, едва держась на ногахъ, ты все же не въ состояніи былъ отказывать въ медицинскомъ совѣтѣ тѣмъ, кто обращался къ тебѣ!... И только за нѣсколько дней до смерти, когда уже началось задушеніе и отекъ легкихъ, ты прекратилъ свою врачебную дѣятельность... Если значеніе человѣческой жизни опредѣляется суммой сдѣланнаго добра, то твоя жизнь многозначительна... Много слезъ, горячихъ искреннихъ слезъ, прольется надъ твоей могилой»...

Опечатка. Въ помѣщенномъ въ № 49 письмѣ д-ра *А. В. Амстердамскаго* на стр. 1672, во-2-мъ столбцѣ, на 28 строкѣ св. напечатано: № 42 «Русскаго Врача» (стр. 1001); слѣдуетъ: № 45 «Русскаго Врача» (стр. 1522).

№№ 51 и 52, къ которымъ будетъ приложенъ «Указатель» въ 2-хъ частяхъ, выйдутъ съ опозданіемъ.—*Ред.*

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Англійскіе.

Medicine, апрѣль.

1. **A. K. Elliott.** *The treatment of Bright's disease.* 2. **E. S. Talbot.** *Relation of the nose and the genitalia.* 3. **W. M. Sweet.** *Roentgen-ray treatment of the eye and its appendages.* Лѣченіе глаза и его придатковъ х-лучами. 4. **J. F. Barnhill.** *The use of acetozone in otology and rhinology.* 5. **S. Egbert.** *The disposal of dejecta in small communities.* Объ удаленіи отбросовъ въ небольшихъ общинахъ. 6. **J. Mc Farland.** *A case of alleged ptomaine poisoning.*

Май.

1. **C. A. E. Codman.** *The early diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis.* 2. **L. F. Flick.** *Municipalities in the crusade against tuberculosis.* 3. **H. N. Meyer.** *Chronic brass poisoning.* О хроническомъ отравленіи латунью рабочихъ. 4. **C. L. Mix.** *Nervous complications of influenza.* 5. **J. H. Musser** and **J. T. Ullom.** *A case of status lymphaticus.* 6. **C. B. Farr.** *Intermittent cervical hernia of the lung of spontaneous origin.*

Іюнь.

1. **W. A. Newman Dorland.** *Rupture of the uterus...* Разборъ 50 случаевъ съ точки зрѣнія лѣченія. 2. **J. M. French.** *Some factors in the etiology of pneumonia.* 3. **J. M. Swan.** *Visceral syphilis.* 4. **C. W. Burr.** *Syphilis of the nervous system.* 5. **A. M. Fernandez de Ybarra.** *The dose as a variable therapeutic factor.*

Іюль.

1. **R. B. Preble.** *The treatment of pulmonary tuberculosis.* 2. **H. M. Thomas.** *The annual economic loss to Illinois from tuberculosis.* 3. **F. Billings.** *The diagnosis of pulmonary tuberculosis.* 4. **C. L. Mix.** *Factors causing tuberculosis or aiding its spread-suggestions for its prevention.* 5. **H. N. Moyer.** *The duty of the State in restricting tuberculosis.* 6. **J. Tyson.** *Appendicitis the case which completed my conversion.* 7. **J. D. Steele.** *Two cases of scarlatina-morbilli and one case of the so-called scarlatiniform serum-eruption in diphtheria.* 8. **L. H. Mettler.** *Polyneuritis.* 9. **E. J. Brown.** *Leukemia: with the consideration of its treatment by the Roentgen ray.* 10. **E. H. Butterfield.** *Chronic myocarditis occurring in elderly people...* О хроническомъ міокардитѣ у стариковъ. 11. **E. R. Larned.** *Vaccination—what to do; how to do it; what to expect* 12. **L. H. Bernd.** *Lilliputian delivered of a living child by caesarian section.*

Августъ.

1. **W. M. L. Coplin.** *The early lesions of arteriosclerosis...* 2. **P. S. Donnellan.** *Acute suppurative disease of the mastoid complicating influenza.* 3 случая. 3. **F. P. Norbury.** *The mental disorders of neurasthenia.* 4. **H. N. Moyer.** *The trophic disturbances of the fifth pair of nerves.* 5. **H. B. Hollen.** *The limitation of untoward effects in anesthesia.* Объ устраненіи опасностей при общемъ обезболиваніи.

2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Англійскіе.

The Medical Age, 10 мая.

1. **J. T. Herron.** *Membranous croup.* 9 случаевъ. 2. **F. L. Rose.** *The diagnosis and treatment of malpresentations.* 3. **J. S. Nowlin.** *Therapy of sodium chloride.*

25 мая.

1. **D. La Ferté.** *Harelip.* О заячьей губѣ. 2. **W. Lloyd.** *Are women fitted to work regularly?* 3. **Q. W. Hunter.** *Pregnancy following double ovariotomy.* Случай беременности послѣ двойной овариотоміи.

10 іюня.

1. **H. B. Hollen.** *Asthma and hay-fever: the hypothesis of identity.* 2. **J. W. Palmer.** *How we should treat rheumatism?* 3. **A. B. Cooke.** *Chronic dysentery—a protest.*

25 іюня.

1. **G. F. Lyndston.** *The surgery of the prostate.* 2. **N. E. Aronstam.** *Papilloma giganticum of the genial tract.*

10 іюля.

1. **R. R. Kime.** *Renal decapsulation-indications, limitations, and technique.* 2. **H B. Hollen.** *Notable advances in ocular therapeutics.*

10 августа.

1. **B. Robinson.** *Special topography of the ureter, rectum, liver, pancreas, and spleen.* 2. **L. L. Mc Arthur.** *Compound comminuted fracture associated with dislocation of the ankle joint...* 3. **E. W. Ryerson.** *Tubercular spondylitis-etiology.*

25 августа.

1. **J. T. Pratt.** *Chronic laryngitis as treated by the general practitioner.* 2. **J. L. Porter.** *Tuberculous spondylitis diagnosis and prognosis.*

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Англійскіе.

The Lancet. 7 мая.

1. **R. Hutchison.** *Some disorders of the blood and bloodforming organs in early life.* Разстройства въ крови и кроветворныхъ органахъ у дѣтей. Лекція 1-ая. 2. **G. Oliver.** Лекція 2-ая. 3. **E. N. Smith.** *Abnormal muscular contractions.* 4. **E. P. Baumann.** *Mesenteric cysts.* 5. **W. E. de Korte.** *Amaas, or kaffir milk-pox.* Оспообразная болѣзнь на югѣ Африки. 6. **W. J. Smyth.** *A case for diagnosis.*

14 мая.

1. **R. Hutchison.** Лекція 2-ая. 2. **E. M. Corner.** *Acute infective gangrenous processes (necroses) of the alimentary tract.* Лекція 1-ая. **H. W. Thomas** and **S. F. Linton.** *A comparison of the animal reactions of the trypanosomes of Uganda and Congo Free State sleeping sickness with those of Trypanosoma gambiense.* (Предварительное сообщеніе). 4. **V. G. Thorpe.** *A chinese remedy for hydrophobia.* Китайское средство отъ водобоязни—порошки nux vomica, съ $^1/_{33}$—$^4/_{13}$ грана стрихнина въ каждомъ. 5. **N. B. Harman.** *Aliens, dirt, and disease.* 6. **J. W. Allan.** *The relation of the pancreas to diabetes and the question of the transplantation of that gland as a remedy for disease.* 7. **J. B. Hall.** *A case of dermoid cyst of the mesentery.* 8. **J. J. Evans.** *Neuroretinitis in chlorosis.* 9. **J. Haddon.** *Fasting in therapeutics.* Значеніе поста въ терапіи (по поводу одного случая).

21 мая.

1. **R. Hutchison.** Лекція 3-ья. 2. **E. M. Corner.** Лекція 2-ая. 3. **H. Tilley.** *Some experiences in the surgical treatment of suppurative lesions of the nasal accessory sinuses.* 4. **W. Pasteur.** *Note on the value of hot-water injections as a substitute for nutrient enemata in the treatment of gastric ulcer.* 5. **J. Chronnell.** *Ankylostomiasis.* 6. **H. M. W. Gray.** *Transplantation of tendon for musculo-spiral paralysis.* 7. **D. Lawson.** *The results of treatment in 301 cases of phthisis by open-air methods.* 8. **R. W. Murray.** *Geographical distribution of hare-lip and cleft palate* (заячьей губы и расщепленнаго нёба). 9. **H. C. Lawrence** and **C. Braine Hartnell.** *Cases of congenital deformity in the foetus.*

28 мая.

1. **F. Taylor.** *On some disorders of the spleen.* О нѣкоторыхъ болѣзняхъ селезенки. Лекція 1-ая. 2. **E. M. Corner.** Лекція 3-ья. 3. **J. L. Steven.** *On the surgical treatment of diseases of the stomach from a physician's point of view.* 4. **C. R. Keyser.** *Five cases of carcinoma of the male breast.* 5 случаевъ рака мужскихъ грудей. 5. **H. A. Gaitskell.** *A case of congenital deficiency of both upper limbs.* Случай врожденнаго отсутствія обѣихъ верхнихъ конечностей. 6. **F. Langmead.** *On three cases of suprarenal apoplexy in children.* 7. **A. B Green.** *Further note on some additional points in connexion with chloroformed calf vaccine.* 8. **E. Wynstone-Waters.** *Wound of the left thorax with extensive laceration of the pleura, etc.* Случай. 9. **E. S. Crispin.** *Gynaecomastia.* Случай.

4 іюня.

1. **H. Marsh.** *Intermittent hydrops of the joint...* О перемежной водянкѣ суставовъ. Лекція. 2. **F. Taylor.** *Some disorders of the spleen.* О нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ селезенки (въ томъ числѣ и о *Banti*'евой болѣзни). Лекція 2-ая. 3. **E. T. Fison.** *A case of acute haemorrhagic pancreatitis.* 4. **T. J. Horder** and **A. E. Garrod.** *A case of pneumococcus ulcerative endocarditis...* 5. **R. Coombe.** *Appendicitis.* 6. **W. B. Bell.** *Some points in the diagnosis of appendicitis.* 7. **R. Lake.** *Removal of the semicircular canals in a case of unilateral aural vertigo.* 8. **E. E. Laslett.** *A case exhibiting the Adams-Stokes syndrome.*

11 іюня.

1. **C. B. Lockwood.** *The early diagnosis of tumours of the bladder* (мочевого пузыря). 2. **F. Taylor.** *Some disorders of the spleen.* Лекція 3-ья. 3. **W. W. Cheyne** and **H. Wilbe.** *A case of perforated gastric ulcer in a boy aged 13 years; diseased appendix; operation; recovery.* 4. **J. Hay.** *200 cases of acute lobar pneumonia.* 5. **F. C. Wallis.** *Four cases of acute intestinal intussusception; operation; recovery.* 6. **E. O. Croft.** *A case of acute inversion of the puerperal uterus; reduction by taxis; recovery.* 7. **J. C. Muir.** *Koplik's spots in the diagnosis of measles* (кори). 8. **R. Butterworth.** *A case of renal abnormality.* 9. **W. L. Brown.** *An unusual case of muscular atrophy.*

18 іюня.

1. **W. Williams.** *Deaths in childbed: a preventable mortality.* О предупрежденіи смертности у дѣтей при родахъ. Лекція. (Не окончена). 2. **P. R. W. de Santi.** *The lymphatics of the larynx and their relation to malignant disease of that organ.* 3. **M. Coplans.** *On the etiology of scurvy.* Къ этіологіи цынги. 4. **M. Faure.** *The treatment of tabes dorsalis and its prognosis.* 5. **P. Rendall.** *Seven cases of hour-glass contraction of the uterus.* 6. **A. H. Allen** and **A. R. Tankard.** *Notes on the analytical examination of urine.* Къ опредѣленію хлоридовъ, мочевой кислоты и фосфатовъ въ мочѣ. 7. **H. T. Cox.** *Nephrectomy after injury.*

25 іюня.

1. **R. Caton.** 1) *The medicine and the medicine god of the Egyptians; contemporary views of the circulation.* 2) *Prevention in valvular disease.* Лекція. 2. **W. Williams.** Окончаніе 1-ой лекціи. 3. **P. L. Mummery.** *The diagnosis of tumours in the*

upper rectum and sigmoid flexure by means of the electric sigmoidoscope. 4. **G. H. Edington.** *Strangulation of the fully descended testicle from torsion of a pedunculated mesorchium.* 5. **J. A. Mac Dougall.** *On the prophylactic use of morphine in cases of severe cerebral-injury.* 6. **G. R. Anderson.** *Notes on three cases of intestinal obstruction.* 7. **V. W. Low.** *A case of perforated gastric ulcer with appendicitis; operation; recovery.* 8. **A. E. Jones.** *The enumeration of leucocytes.* 9. **A. G. Bisset.** *Traumatic gangrene of the scrotum...* 10. **C. Brook.** *A case of mania from traumatic meningitis; trephining; evacuation of serous effusion; complete recovery.*

2 іюля.

1. **J. Mikulicz-Radecki.** *Experiments on the immunisation agains infection of operation wounds, especially of the peritoneum.* Практически *M.* предупреждаетъ зараженіе при чревосѣченіяхъ тѣмъ, что орошаетъ брюшную полость обильно нормальнымъ солевымъ растворомъ. 2. **W. Williams.** 2-ая лекція о дѣтской смертности при родахъ. 3. **E. W. Goodall.** *The causation, diagnosis, and treatment of perforating ulcer in typhoid fever.* 3. **E. J. Moore.** *On the beneficial effects of sodium arseniate employed hypodermically in tsetse-fly disease in cattle.* 5. **H. M. Jones.** *The Downes electro thermic angiotribe.* 6. **F. W. Pavy.** *On diabetic neuritis.* (Не окончена). 7. **T. J. Bokenham.** *The treatment of haemorrhoids and allied conditions by oscillatory currents of high tension.* 8. **W. H. Bowen.** *Accidental vaccinia of the nasal cavity.* 9. **H. de R. Morgan.** *The presence of bacteria in the organs of healthy animals.* 10. **J. W. W. Stephens.** *On non flagellate typhoid bacilli.* 11. **H. Collinson.** *A case of traumatic telanus; recovery.*

9 іюля.

1. **A. A. Bowlby.** *On cases of appendicitis.* Клиническая лекція. 2. **W. Williams.** 3-ья лекція о дѣтской смертности. 3. **F. W. Pavy.** Окончаніе статьи о діабетическомъ нейритѣ. 4. **A. E. Wright** *Pathological suggestions.* 5. **E. L. Evans.** *The treatment of congenital equino-varus during early infancy.* 6. **A. D. Waller** and **J. H. Wells.** *An examination of apparatus proposed for the quantitative administration of chloroform.* 7. **W. L. Symes.** *Note on the concentration of chloroform vapour in air drawn from beneath a Skinner's mask.* 8. **M. Frenkel.** *The medicinal peroxides hopogan and ektogan.* 9. **F. E. Taylor.** *On the frequency of aseptic necrobiosis or red degeneration of fibromyomata of the uterus.* 2 случая. 10. **S. J. M. Cameron** and **A. Leitch.** *Adenomyoma of the uterus.*

16 іюля.

1. **J. R. Bradford.** *Bright's disease and its varieties.* Клиническая лекція. Лекція 1-ая. 2. **T. Buzzard.** *Remissions and relapses in insular sclerosis.* Клиническая лекція. 3. **T. R. Bradshaw.** *On two cases of hemiplegia.* Клиническая лекція. 5. **H. W. Bruce.** *On Vincent's angina.* 5. **T. Schott.** *Diet in chronic heart disease.* 6. **P. C. Franze.** *The physiological action of the Nauheim springs and the indications for their use, chiefly in disorders of the circulation.* 7. **T. R. Fraser** and **R. H. Elliot.** *Contributions to the study of the action of sea-snake venom.* О дѣйствіи яда морской змѣи. 8. **R. H. Elliot, W. C. Sillar** and **G. C. Carmichael.** *On the action of the venom of Bungarus Coeruleus (the common krait).* 9. **T. J. Horder.** *A case of chronic streptococcus endocarditis treated by serum specially prepared by use of the organism obtained from the patient.*

23 іюля.

1. **J. R. Bradford.** 2-ая лекція о *Bright*'овой болѣзни. 2. **C. J. Macalister.** *Post-graduate demonstration on rheumatoid arthritis.* 3. **P. J. Freyer.** *110 cases of total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.* 4. **J. D. Malcolm.** *The method of closing an abdominal wound.* 5. **W. H. Hall.** *On the education of visual centres.* 6. **B. G. A. Moynihan.** *The radical cure of umbilical hernia.* 7. **J. B. Footner.** *A case of excision of the caecum; recovery.* 8. **W. Harris** *Post-diphtheritic chronic bulbar paralysis.* 9. **J. H. Targett** and **S. B. Atkinson.** *Case of wilful introduction of foreign bodies into the oesophagus; death.* 10. **W. H. Willcox.** *The use of phenylhydrazin in the clinical examination of urine.* 11. **A. C. Roper.** *One form of suppurative appendicitis.* 12. **F. H. Wiggin.** *Abdominal pain of intestinal origin.*

30 іюля.

1. **W. Collier.** *The growth and development of the Axford medical school.* 2. **W. S. Church.** *Our sanitary needs, with special reference to the national health.* 3. **R. C. Lucas.** *The hereditary bias and early environment in their relation to the diseases and defects of children.* 4. **J. R. Bradford.** 3-ья лекція о *Bright*'овой болѣзни. 5. **T. F. Ricketts** and **J. B. Byles.** *The red light treatment of small-pox.* Лѣченіе оспы краснымъ свѣтомъ. 6. **A. D. P. Hodges.** *Sleeping sickness: a résumé.* О сонной болѣзни. 7. **G. Heaton.** *The symptoms and treatment of the intracranial complications of otitis media.* 8. **S. Taylor.** *A case of multiple sarcoma.* 9. **R. E. Sedgwick.** *A case of acute arsenical poisoning.*

13 августа.

1. **F. J. Poynton.** *The value of the addition of citrate of soda to cow's milk in infant feeding.* Польза прибавки лимоннокислаго натра къ коровьему молоку при кормленіи дѣтей. 2. **H. P. Dunn.** *Infective cyclitis (so called sympathetic ophthalmia).* Лекція. 3. **J. W. Byers.** *Suggestions for the prevention of puerperal infection in private practice.* 4. **G. F. Still.** *Nephritis in infantile scurvy.* 5. **W. Ewart.** *«Interrupted circulation» as a therapeutic agent.* 6. **S. Snell.** *An epidemic of acute ophthalmia.* 7. **W. R. Williams.** *The prevalence of cancer and its increase.* 8. **R. T. Williamson.** *Paralysis from lesion on the upper papt of the brachial plxus.* 9. **E. W. Hey Groves.** *A case of anterior dislocation of the semilunar bone of the wrist* 10. **W. H. Brown.** *A case of sloughing pancreas; death from secondary haemorrhage.*

20 августа.

1. **E. M. Corner.** *The pathology and treatment of the herniae of children and their relation to conditions in the adult.* Лекція. 2. **T. Oliver.** *Electrocution on the railway: the dangers of the live rail.* 3. **G. Lamb** and **W. K. Hunter.** 2-ое сообщеніе о ядѣ кобры (см. № отъ 2 января). 4. **A. Wilson.** *The respiratory and cardiac reflex induced by peripheral impressions on; the pudic nerve during anaesthesia.* 5. **R. M. Mc Queen.** *A case of, latent portal cirrhosis with sudden onset of haematemesis and rapidly fatal toxaemia.* Случай скрытаго атрофическаго цирроза печени съ смертельнымъ кровотеченіемъ. 6. **F. Hare.** *The medical treatment of deep-seated haemorrhage.* Внутреннее лѣченіе глубокихъ кровотеченій. 7. **W. J. R. Simpson** and **R. T. Hewlett.** *The Rideal-Walker method of testing desinfectants...* Способъ опредѣленія силы обеззараживающихъ средствъ. 8. **H. M. W. Gray.** *A cause of intestinal obstruction after gastro-enterostomy.*

27 августа.

1. **W. J. R. Simpson.** *Preventive work in the tropics.* Сообщеніе. 2. **W. H. Battle.** *The diagnosis of osteo-sarcoma of the long bones* (длинныхъ костей). 3. **G. R. Murray.** *Note on the serum treatment of exophthalmic goitre (Basedow'ой* болѣзни). 4. **B. C. Stevens.** *The radical cure of patent urachus (urachal urinary fistula).* 5. **A. H. Carter.** *A case of acute diabetes insipidus with fatal coma.* 6. **J. O'Conor.** *A method of hysterectomy.* 7. **W. G. Barras.** *Meningeal infection by the diplococcus pneumoniae, simulating infective cerebro-spinal meningitis.* 8. **C. Fraser.** *Haemorrhagic small-pox.* Разборъ 36 случаевъ. 9. **W. S. Tebb.** *Formaldehyd in milk.* 10. **R. Rolfe.** *Two cases of poisoning by mussels—one fatal.* 11. **W. D'Este Emery.** *A new pathogenic bacterium causing basal meningitis in infants.*

3 сентября.

Статьи съ характеромъ учебно-справочныхъ (The Students'number).

10 сентября.

1. **A. Macphall.** *The anatomy of study.* 2. **C. Donovan.** *Human piroplasmosis.* 3. **J. G. Clegg** and **I. W. Hall.** *Epibullar melanotic sarcoma.* Случай. 4. **H. Rutherfurd.** *On ruptured urethra: its treatment by combined drainage (suprapubic and per urethram).* 5. **J. J. Redfern.** *A case of pseudo-leukaemia (lymphosarcoma) in a young child.* 6. **St. Clair** and **B. Shadwell.** *Tender spots on the spine in relation to pain in various parts of the body.* 7. **E. Down.** *A case of rupture of the uterus during labour; laparotomy; recovery of mother and child.* 8. **W. L. Ascherson.** *On a case of tumour of the centrum ovale with cerebellar symptoms.* 9. **A. H. Burgess.** *The treatment of rectal prolapse by the submucous injection of paraffin.* 10. **H. A. Lediard** and **R. E. Sedgwick.** *Cases of appendicitis with perforating duodenal and gastric ulcer.*

17 сентября.

1. **A. E. Barker.** *The surgical treatment of acute intestinal obstruction.* 2. **E. S. Bishop.** *Some remarks on pyosalpinx based upon notes of 23 cases.* 3. **T. F. Ricketts** and **J. B. Byles.** *The red light treatment of small-pox.* Лѣченіе оспы краснымъ свѣтомъ. 4. **A. B. Kelly.** *Inspection of the antrum of Highmore.* 5. **H. B. Harman.** *The visual fields in tobacco amblyopia.* 6. **H. Snow.** *Cancer facts and cancer fallacies.* 7. **H. S. Fremlin.** *The plate cultivation of anaerobic bacteria.* 8. **W. A. Mearns.** *Case of spontaneous gangrene of the skin in a hysterical female.* 9. **W. Sheen.** *A case of bullet wound of the brain...* 10. **S. Stephenson.** *Congenital word-blindness* (слѣпота на слова). 11. **C. R. Keyser.** *Epithelioma of the tongue* (языка) *in women.* 10 случаевъ.

24 сентября.

1. **T. D. Savill.** *On arterial sclerosis...* 2. **H. Davy.** *Fever in children caused by the indigestion of certain kinds of carbohydrate foods.* 3. **P. Hardy.** *An analysis of 150 cases of death from broncho pneumonia.* 4. **A. S. F. Grünbaum.** *A plea for the more extensive use of tuberculin as a curative and prophylactic measure.* 5. **H. W. Allingham** and **R. Thorpe.** *A case of perforated duodenal ulcer; operation; recurrent haemorrhage; gastro-enterostomy; recovery.* 6. **G. L. Thornton.** *A case of haematoporphyrinuria not due to sulphonal.* 7. **L. Kingsford.** *The channels of infection in tuberculosis in childhood.* 8. **J. T. C. Nash.** *Some points in the prevention of epidemic diarrhoea.* 9. **J. B. Blaikie.** *A case of nephritis simulating diabetes insipidus.* 10. **W. Berry.** *Death certification.* 11. **G. C. Steele-Perkins.** *A note on the pathology of lateral curvature of the spine.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Воскресенскій.

CCV. Изъ госпитальной хирургической клиники Варшавскаго Университета.

Объ операціи полнаго оскопленія у мужчинъ по поводу рака (émasculation totale).

Проф. В. В. Максимова.

Въ 1894 г. проф. *V. Chalot* (въ Toulouse'ѣ) ввелъ въ номенклатуру хирургическихъ операцій новое названіе «émasculation totale», подразумѣвая подъ этимъ удаленіе всѣхъ наружныхъ половыхъ частей у мужчины, съ корнями пещеристыхъ тѣлъ и, если нужно, то и съ луковицею мочеиспускательнаго канала, а также съ одновременнымъ вылущеніемъ болѣзненно-измѣненныхъ и вообще подозрительныхъ паховыхъ железъ съ одной или обѣихъ сторонъ. Съ той поры это названіе привилось настолько, что стало общеупотребительнымъ среди французскихъ хирурговъ.

Но самая операція, о которой идетъ рѣчь, имѣетъ за собою болѣе давнюю исторію. Не говоря уже о томъ, что оскопленіе примѣнялось еще въ древней Греціи и въ Римѣ, а также было въ ходу въ XVI вѣкѣ въ Италіи у пѣвцовъ-кастратовъ, оно и въ настоящее время находитъ довольно широкое примѣненіе на Востокѣ, именно въ Турціи, Египтѣ, Аравіи, Китаѣ и т. д., гдѣ существуетъ спросъ на евнуховъ. Не чуждо оно и нашему отечеству среди особыхъ сектантовъ, извѣстныхъ подъ именемъ скопцовъ.

Основателемъ этой секты, выработавшейся изъ другой, квакерски-хлыстовской, называютъ Орловскаго крестьянина Андрея Селиванова, а самымъ ярымъ его послѣдователемъ и помощникомъ—Александра Шилова. Первоначальная пропаганда этого ученія началась у насъ въ XVIII вѣкѣ въ Тульской губ., откуда она распространилась въ Сосновку—дворцовое село Тамбовской губ., которое и до сихъ поръ считается у сектантовъ какъ-бы скопческою Меккою. Не смотря на то, что скопчество строго преслѣдуется нашимъ законодательствомъ, не смотря на то, что самъ Селивановъ былъ наказанъ въ 1778 г. кнутомъ и сосланъ въ Камчатку, ученіе его пустило настолько глубокіе корни, что оно и доселѣ продолжаетъ существовать и распространяться по Россіи. Пробывъ 19 лѣтъ въ ссылкѣ въ Камчаткѣ, гдѣ онъ ревностно распространялъ свое ученіе, Селивановъ былъ возвращенъ оттуда и заключенъ въ домѣ умалишенныхъ въ Петербургѣ. Потомъ онъ былъ выпущенъ на свободу и занялся опять своею пропагандою, которая въ 20-хъ годахъ прошлаго 100-лѣтія нашла много послѣдователей въ самомъ Петербургѣ. Вслѣдствіе этого онъ былъ снова арестованъ и заключенъ въ Суздальскій монастырь, гдѣ и умеръ. Отсылая интересующихся ближе этимъ вопросомъ къ весьма интересной монографіи бывшаго директора медицинскаго Департамента *Пеликана* *), я не считаю нужнымъ останавливаться далѣе на этой исторической справкѣ, какъ не имѣющей прямого отношенія къ темѣ моей работы, преслѣдующей исключительно хирургическія цѣли.

Совершенно независимо отъ профессіональныхъ кастраторовъ, пользующихся для своихъ противоестественныхъ цѣлей примитивною, эмпирическою и тщательно скрываемою техникою, первую научную операцію полнаго удаленія наружныхъ половыхъ частей произвелъ *Annandale* (въ Edinburgh'ѣ) 15-го октября 1873 г. по поводу рака, съ исходомъ въ выздоровленіе.

Спустя 4 года операцію эту повторилъ *Paci* (въ Италіи) по тому-же поводу, но безъ успѣха: его больной умеръ черезъ 20 дней отъ истощенія.

Въ 1884 г., ту-же операцію сдѣлалъ *Morisani* **) (въ Napoli) и *Rubio* ***) (въ Madrid'ѣ). Въ 1886 г. ее произвелъ *Mércanton* ****) (въ Lausanne'ѣ). И только въ 1892 г. ее произвелъ *V. Chalot* (въ Toulouse'ѣ), разработавшій самый способъ и давшій обстоятельное описаніе его. Послѣ того эта операція была продѣлана нѣсколькими хирургами, преимущественно во Франціи, Испаніи и Италіи. Изъ нѣмецкихъ хирурговъ, а равно и изъ соотечественниковъ, её, кажется, никто еще не дѣлалъ. Въ общемъ въ настоящее время насчитывается не болѣе 23 обнародованныхъ въ печати случаевъ, что видно изъ слѣдующаго хронологическаго перечня: *Annandale*—1 сл. (1873), *Paci*—1 сл. (1877), *Morisani*—2 сл. (1884—1891), *Rubio*—6 сл. (1884—1894), *Mércanton*—1 сл. (1884), *Jackson Vincent*—1 сл. (1886), *Chalot*—2 сл. (1892—1894), *Petouraud*—1 сл. (1893), *Bazy* и *Carcy*—1 сл. (1894), *Albarran*—1 сл. (1894), *Tedenat*—1 сл. (1894), *Legueu*—1 сл. (1895), *Forgue*—1 сл. (1896) и *Pantaloni*—3 сл. (1896—1898). Если прибавить къ этой болѣе чѣмъ скромной казуистикѣ наши 2 случая, то общій итогъ операцій полной эмаскуляціи опредѣляется 25-ью случаями.

Большинство изъ перечисленныхъ хирурговъ насчитываетъ за собою не болѣе одного случая. Больше всѣхъ продѣлалъ эту операцію *Rubio* въ Madrid'ѣ (6 сл.).

Въ виду столь скромнаго казуистическаго матеріала и принимая во вниманіе, что «émasculation totale» пока еще не пользуется широкою популярностью, что видно, между прочимъ, изъ того, что она совершенно замалчивается въ нѣмецкой литературѣ, всякое новое оперативно-клиническое наблюденіе, вносящее извѣстныя данныя для оцѣнки этой операціи, не только желательно, но и необходимо, а потому я и счелъ умѣстнымъ обобщить и наши 2 случая, прошедшіе черезъ мою клинику.

Прежде чѣмъ рѣшиться на такую операцію, какъ полная эмаскуляція, необходимо взвѣсить всѣ данныя за и противъ, имѣя въ виду исключительное и едва-ли не единственное къ ней показаніе, каковымъ является ракъ наружныхъ половыхъ частей въ болѣе или менѣе широкой степени своего распространенія. Если ракомъ пораженъ только одинъ половой членъ или часть его, то въ этомъ случаѣ принято ограничиваться однимъ усѣченіемъ его, съ совмѣстнымъ вылущеніемъ завѣдомо-пораженныхъ или сомнительныхъ паховыхъ железъ. Но, если ракъ захватываетъ также и другія смежныя части, разрушивъ половой членъ до корня его и распространяясь на покровы мошонки, яички и сѣмянные канатики, то тутъ можно разсчитывать на оперативный успѣхъ развѣ только при условіи, если всѣ эти пораженныя части будутъ удалены in toto, и при томъ такъ, чтобы самое изсѣченіе ихъ производилось въ предѣлахъ здоровыхъ тканей, какъ это вообще дѣлается при всякой операціи по поводу рака, гдѣ-бы онъ ни находился, съ обязательнымъ и неуклоннымъ вылущеніемъ болѣзненно-измѣненныхъ или подозрительныхъ паховыхъ железъ съ той и другой стороны.

Итальянскіе и испанскіе хирурги предпочитаютъ производить эмаскуляцію, для вѣрности успѣха и болѣе надежнаго предотвращенія послѣдующаго возврата рака, даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ можно было-бы на первый взглядъ ограничиться только усѣченіемъ одного члена.

Если, съ одной стороны, мы и должны постоянно памятовать извѣстное изрѣченіе *Амвросія Парэ*, что половой приборъ, какъ предназначенный для воспроизведенія потомства и гарантирующій счастливую брачную жизнь, требуетъ со стороны хирурговъ особенно осторожнаго къ себѣ отношенія, то, съ другой стороны, нельзя забывать и того, что въ интересахъ сохраненія жизни больного, одержимаго ракомъ полового члена, выгоднѣе принести въ жертву in toto сомнительный и полуразрушенный приборъ, чѣмъ ограничиваться полумѣрами, ни мало не отдаляющими смертной катастрофы, къ которой неизбѣжно и очень быстро ведетъ раковый процессъ. Къ тому же въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ этотъ злокачественный недугъ бываетъ свойственъ тому возрасту, въ которомъ половая дѣятельность уже близка къ увяданію и даже полному прекращенію, когда половыя влеченія почти-что не существуютъ.

Что касается ближайшихъ и болѣе отдаленныхъ послѣдствій послѣ эмаскуляціи, то въ этомъ отношеніи операція эта, какъ показываетъ опытъ, даетъ весьма обнадеживающіе результаты. Среди вышеупомянутыхъ 25 случаевъ (считая въ томъ числѣ и моихъ 2) насчитывается всего 3 неудачи, а именно 1 больной умеръ черезъ 20 дней послѣ операціи, 2-ой—спустя болѣе продолжительное время отъ генерализаціи рака и 3-ій—черезъ 10 мѣсяцевъ отъ возврата. Конечно, имѣющійся клиническій матеріалъ еще слишкомъ незначителенъ для того, чтобы дѣлать на основаніи его какія-либо обобщенія, но уже и изъ этихъ немногихъ данныхъ выясняется, что собственно операція.

*) Судебно-медицинскія изслѣдованія скопчества. Петербургъ, 1872 г.

**) Съ благопріятнымъ исходомъ.

***) Въ періодъ времени съ 1884 по 1894 г. *Rubio* оперировалъ 6 больныхъ, всѣхъ съ успѣхомъ.

****) Операція у *Mércanton*'а увѣнчалась полнымъ успѣхомъ.

upper rectum and sigmoid flexure by means of the electric sigmoidoscope. 4. **G. H. Edington.** *Strangulation of the fully descended testicle from torsion of a pedunculated mesorchium.* 5. **J. A. Mac Dougall.** *On the prophylactic use of morphine in cases of severe cerebral-injury.* 6. **G. R. Anderson.** *Notes on three cases of intestinal obstruction.* 7. **V. W. Low.** *A case of perforated gastric ulcer with appendicitis; operation; recovery.* 8. **A. E. Jones.** *The enumeration of leucocytes.* 9. **A. G. Bisset.** *Traumatic gangrene of the scrotum...* 10. **C. Brook.** *A case of mania from traumatic meningitis; trephining; evacuation of serous effusion; complete recovery.*

2 іюля.

1. **J. Mikulicz-Radecki.** *Experiments on the immunisation agains infection of operation wounds, especially of the peritoneum.* Практически *M.* предупреждаетъ зараженіе при чревосѣченіяхъ тѣмъ, что орошаетъ брюшную полость обильно нормальнымъ солевымъ растворомъ. 2. **W. Williams.** 2-ая лекція о дѣтской смертности при родахъ. 3. **E. W. Goodall.** *The causation, diagnosis, and treatment of perforating ulcer in typhoid fever.* 3. **E. J. Moore.** *On the beneficial effects of sodium arseniate employed hypodermically in tsetse-fly disease in cattle.* 5. **H. M. Jones.** *The Downes electro thermic angiotribe.* 6. **F. W. Pavy.** *On diabetic neuritis.* (Не окончена). 7. **T. J. Bokenham.** *The treatment of haemorrhoids and allied conditions by oscillatory currents of high tension.* 8. **W. H. Bowen.** *Accidental vaccinia of the nasal cavity.* 9. **H. de R. Morgan.** *The presence of bacteria in the organs of healthy animals.* 10. **J. W. W. Stephens.** *On non flagellate typhoid bacilli.* 11. **H. Collinson.** *A case of traumatic tetanus; recovery.*

9 іюля.

1. **A. A. Bowlby.** *On cases of appendicitis.* Клиническая лекція. 2. **W. Williams.** 3-ья лекція о дѣтской смертности. 3. **F. W. Pavy.** Окончаніе статьи о діабетическомъ пейритѣ. 4. **A. E. Wright** *Pathological suggestions.* 5. **E. L. Evans.** *The treatment of congenital equino-varus during early infancy.* 6. **A. D. Waller** and **J. H. Wells.** *An examination of apparatus proposed for the quantitative administration of chloroform.* 7. **W. L. Symes.** *Note on the concentration of chloroform vapour in air drawn from beneath a Skinner's mask.* 8. **M. Frenkel.** *The medicinal peroxides hopogan and ektogan.* 9. **F. E. Taylor.** *On the frequency of aseptic necrobiosis or red degeneration of fibromyomata of the uterus.* 2 случая. 10. **S. J. M. Cameron** and **A. Leitch.** *Adenomyoma of the uterus.*

16 іюля.

1. **J. R. Bradford.** *Bright's disease and its varieties.* Клиническая лекція. Лекція 1-ая. 2. **T. Buzzard.** *Remissions and relapses in insular sclerosis.* Клиническая лекція. 3. **T. R. Bradshaw.** *On two cases of hemiplegia.* Клиническая лекція. 5. **H. W. Bruce.** *On Vincent's angina.* 5. **T. Schott.** *Diet in chronic heart disease.* 6. **P. C. Franze.** *The physiological action of the Nauheim springs and the indications for their use, chiefly in disorders of the circulation.* 7. **T. R. Fraser** and **R. H. Elliot.** *Contributions to the study of the action of sea-snake venom.* О дѣйствіи яда морской змѣи. 8. **R. H. Elliot, W. C. Sillar** and **G. C. Carmichael.** *On the action of the venom of Bungarus Coeruleus (the common krait).* 9. **T. J. Horder.** *A case of chronic streptococcus endocarditis treated by serum specially prepared by use of the organism obtained from the patient.*

23 іюля.

1. **J. R. Bradford.** 2-ая лекція о *Bright*'овой болѣзни. 2. **C. J. Macalister.** *Post-graduate demonstration on rheumatoid arthritis.* 3. **P. J. Freyer.** *110 cases of total enucleation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.* 4. **J. D. Malcolm.** *The method of closing an abdominal wound.* 5. **W. H. Hall.** *On the education of visual centres.* 6. **B. G. A. Moynihan.** *The radical cure of umbilical hernia.* 7. **J. B. Footner.** *A case of excision of the caecum; recovery.* 8. **W. Harris** *Post-diphtheritic chronic bulbar paralysis.* 9. **J. H. Targett** and **S. B. Atkinson.** *Case of wilful introduction of foreign bodies into the oesophagus; death.* 10. **W. H. Willcox.** *The use of phenylhydrazin in the clinical examination of urine.* 11. **A. C. Roper.** *One form of suppurative appendicitis.* 12. **F. H. Wiggin.** *Abdominal pain of intestinal origin.*

30 іюля.

1. **W. Collier.** *The growth and development of the Axford medical school.* 2. **W. S. Church.** *Our sanitary needs, with special reference to the national health.* 3. **R. C. Lucas.** *The hereditary bias and early environment in their relation to the diseases and defects of children.* 4. **J. R. Bradford.** 3-ья лекція о *Bright*'овой болѣзни. 5. **T. F. Ricketts** and **J. B. Byles.** *The red light treatment of small-pox.* Лѣченіе оспы краснымъ свѣтомъ. 6. **A. D. P. Hodges.** *Sleeping sickness: a résumé.* О сонной болѣзни. 7. **G. Heaton.** *The symptoms and treatment of the intracranial complications of otitis media.* 8. **S. Taylor.** *A case of multiple sarcoma.* 9. **R. E. Sedgwick.** *A case of acute arsenical poisoning.*

13 августа.

1. **F. J. Poynton.** *The value of the addition of citrate of soda to cow's milk in infant feeding.* Польза прибавки лимоннокислаго натра къ коровьему молоку при кормленіи дѣтей. 2. **H. P. Dunn.** *Infective cyclitis (so called sympathetic ophthalmia).* Лекція. 3. **J. W. Byers.** *Suggestions for the prevention of puerperal infection in private practice.* 4. **G. F. Still.** *Nephritis in infantile scurvy.* 5. **W. Ewart.** *«Interrupted circulation» as a therapeutic agent.* 6. **S. Snell.** *An epidemic of acute ophthalmia.* 7. **W. R. Williams.** *The prevalence of cancer and its increase.* 8. **R. T. Williamson.** *Paralysis from lesion on the upper papt of the brachial plxus.* 9. **E. W. Hey Groves.** *A case of anterior dislocation of the semilunar bone of the wrist.* 10. **W. H. Brown.** *A case of sloughing pancreas; death from secondary haemorrhage.*

20 августа.

1. **E. M. Corner.** *The pathology and treatment of the herniae of children and their relation to conditions in the adult.* Лекція. 2. **T. Oliver.** *Electrocution on the railway: the dangers of the live rail.* 3. **G. Lamb** and **W. K. Hunter.** 2-ое сообщеніе о ядѣ кобры (см. № отъ 2 января). 4. **A. Wilson.** *The respiratory and cardiac reflex induced by peripheral impressions on; the pudic nerve during anaesthesia.* 5. **R. M. Mc Queen.** *A case of, latent portal cirrhosis with sudden onset of haematemesis and rapidly fatal toxaemia.* Случай скрытаго атрофическаго цирроза печени съ смертельнымъ кровотеченіемъ. 6. **F. Hare.** *The medical treatment of deep-seated haemorrhage.* Внутреннее лѣченіе глубокихъ кровотеченій. 7. **W. J. R. Simpson** and **R. T. Hewlett.** *The Rideal-Walker method of testing desinfectants...* Способъ опредѣленія силы обеззараживающихъ средствъ. 8. **H. M. W. Gray.** *A cause of intestinal obstruction after gastro-enterostomy.*

27 августа.

1. **W. J. R. Simpson.** *Preventive work in the tropics.* Сообщеніе. 2. **W. H. Battle.** *The diagnosis of osteo-sarcoma of the long bones* (длинныхъ костей). 3. **G. R. Murray.** *Note on the serum treatment of exophthalmic goitre (Basedow'ой* болѣзни). 4. **B. C. Stevens.** *The radical cure of patent urachus (urachal urinary fistula).* 5. **A. H. Carter.** *A case of ocule diabetes insipidus with fatal coma.* 6. **J. O'Conor.** *A method of hysterectomy.* 7. **W. G. Barras.** *Meningeal infection by the diplococcus pneumoniae, simulating infective cerebro-spinal meningitis.* 8. **C. Fraser.** *Haemorrhagic small-pox.* Разборъ 36 случаевъ. 9. **W. S. Tebb.** *Formaldehyd in milk.* 10. **R. Rolfe.** *Two cases of poisoning by mussels—one fatal.* 11. **W. D'Este Emery.** *A new pathogenic bacterium causing basal meningitis in infants.*

3 сентября.

Статьи съ характеромъ учебно-справочныхъ (The Students'number).

10 сентября.

1. **A. Macphall.** *The anatomy of study.* 2. **C. Donovan.** *Human piroplasmosis.* 3. **J. G. Clegg** and **I. W. Hall.** *Epibulbar melanotic sarcoma.* Случай. 4. **H. Rutherfurd.** *On ruptured urethra: its treatment by combined drainage (suprapubic and per urethram).* 5. **J. J. Redfern.** *A case of pseudo-leukaemia (lymphosarcoma) in a young child.* 6. **St. Clair** and **B. Shadwell.** *Tender spots on the spine in relation to pain in various parts of the body.* 7. **E. Down.** *A case of rupture of the uterus during labour; laparotomy; recovery of mother and child.* 8. **W. L. Ascherson.** *On a case of tumour of the centrum ovale with cerebellar symptoms.* 9. **A. H. Burgess.** *The treatment of rectal prolapse by the submucous injection of paraffin.* 10. **H. A. Lediard** and **R. E. Sedgwick.** *Cases of appendicitis with perforating duodenal and gastric ulcer.*

17 сентября.

1. **A. E. Barker.** *The surgical treatment of acute intestinal obstruction.* 2. **E. S. Bishop.** *Some remarks on pyosalpinx based upon notes of 23 cases.* 3. **T. F. Ricketts** and **J. B. Byles.** *The red light treatment of small-pox.* Лѣченіе оспы краснымъ свѣтомъ. 4. **A. B. Kelly.** *Inspection of the antrum of Highmore.* 5. **H. B. Harman.** *The visual fields in tobacco amblyopia.* 6. **H. Snow.** *Cancer facts and cancer fallacies.* 7. **H. S. Fremlin.** *The plate cultivation of anaerobic bacteria.* 8. **W. A. Mearns.** *Case of spontaneous gangrene of the skin in a hysterical female.* 9. **W. Sheen.** *A case of bullet wound of the brain...* 10. **S. Stephenson.** *Congenital word-blindness* (слѣпота на слова). 11. **C. R. Keyser.** *Epithelioma of the tongue* (языка) *in women.* 10 случаевъ.

24 сентября.

1. **T. D. Savill.** *On arterial sclerosis...* 2. **H. Davy.** *Fever in children caused by the indigestion of certain kinds of carbohydrate foods.* 3. **P. Hardy.** *An analysis of 150 cases of death from broncho pneumonia.* 4. **A. S. F. Grünbaum.** *A plea for the more extensive use of tuberculin as a curative and prophylactic measure.* 5. **H. W. Allingham** and **R. Thorpe.** *A case of perforated duodenal ulcer; operation; recurrent haemorrhage; gastro-enterostomy; recovery.* 6. **G. L. Thornton.** *A case of haematoporphyrinuria not due to sulphonal.* 7. **L. Kingsford.** *The channels of infection in tuberculosis in childhood.* 8. **J. T. C. Nash.** *Some points in the prevention of epidemic diarrhoea.* 9. **J. B. Blaikie.** *A case of nephritis simulating diabetes insipidus.* 10. **W. Berry.** *Death certification.* 11. **G. C. Steele-Perkins.** *A note on the pathology of lateral curvature of the spine.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CCV. Изъ госпитальной хирургической клиники Варшавскаго Университета.

Объ операціи полнаго оскопленія у мужчинъ по поводу рака (émasculation totale).

Проф. В. В. Максимова.

Въ 1894 г. проф. *V. Chalot* (въ Toulouse'ѣ) ввелъ въ номенклатуру хирургическихъ операцій новое названіе «émasculation totale», подразумѣвая подъ этимъ удаленіе всѣхъ наружныхъ половыхъ частей у мужчины, съ корнями пещеристыхъ тѣлъ и, если нужно, то и съ луковицею мочеиспускательнаго канала, а также съ одновременнымъ вылущеніемъ болѣзненно-измѣненныхъ и вообще подозрительныхъ паховыхъ железъ съ одной или обѣихъ сторонъ. Съ той поры это названіе привилось настолько, что стало общеупотребительнымъ среди французскихъ хирурговъ.

Но самая операція, о которой идетъ рѣчь, имѣетъ за собою болѣе давнюю исторію. Не говоря уже о томъ, что оскопленіе примѣнялось еще въ древней Греціи и въ Римѣ, а также было въ ходу въ XVI вѣкѣ въ Италіи у пѣвцовъ-кастратовъ, оно и въ настоящее время находитъ довольно широкое примѣненіе на Востокѣ, именно въ Турціи, Эгиптѣ, Аравіи, Китаѣ и т. д., гдѣ существуетъ спросъ на евнуховъ. Не чуждо оно и нашему отечеству среди особыхъ сектантовъ, извѣстныхъ подъ именемъ скопцовъ.

Основателемъ этой секты, выработавшейся изъ другой, квакерски-хлыстовской, называютъ Орловскаго крестьянина Андрея Селиванова, а самымъ ярымъ его послѣдователемъ и помощникомъ—Александра Шилова. Первоначальная пропаганда этого ученія началась у насъ въ XVIII вѣкѣ въ Тульской губ., откуда она распространилась въ Сосновку—дворцовое село Тамбовской губ., которое и до сихъ поръ считается у сектантовъ какъ-бы скопческою Меккою. Не смотря на то, что скопчество строго преслѣдуется нашимъ законодательствомъ, не смотря на то, что самъ Селивановъ былъ наказанъ въ 1778 г. кнутомъ и сосланъ въ Камчатку, ученіе его пустило настолько глубокіе корни, что оно и доселѣ продолжаетъ существовать и распространяться по Россіи. Пробывъ 19 лѣтъ въ ссылкѣ въ Камчаткѣ, гдѣ онъ ревностно распространялъ свое ученіе, Селивановъ былъ возвращенъ оттуда и заключенъ въ домѣ умалишенныхъ въ Петербургѣ. Потомъ онъ былъ выпущенъ на свободу и занялся опять своею пропагандою, которая въ 20-хъ годахъ прошлаго 100-лѣтія нашла много послѣдователей въ самомъ Петербургѣ. Вслѣдствіе этого онъ былъ снова арестованъ и заключенъ въ Суздальскій монастырь, гдѣ и умеръ. Отсылая интересующихся ближе этимъ вопросомъ къ весьма интересной монографіи бывшаго директора медицинскаго Департамента *Пеликана* *), я не считаю нужнымъ останавливаться далѣе на этой исторической справкѣ, какъ не имѣющей прямого отношенія къ темѣ моей работы, преслѣдующей исключительно хирургическія цѣли.

Совершенно независимо отъ профессіональныхъ кастраторовъ, пользующихся для своихъ противоестественныхъ цѣлей примитивною, эмпирическою и тщательно скрываемою техникою, первую научную операцію полнаго удаленія наружныхъ половыхъ частей произвелъ *Annandale* (въ Edinburgh'ѣ) 15-го октября 1873 г. по поводу рака, съ исходомъ въ выздоровленіе.

Спустя 4 года операцію эту повторилъ *Paci* (въ Италіи) по тому-же поводу, но безъ успѣха: его больной умеръ черезъ 20 дней отъ истощенія.

Въ 1884 г., ту-же операцію сдѣлалъ *Morisani* **) (въ Napoli) и *Rubio* ***) (въ Madrid'ѣ). Въ 1886 г. ее произвелъ *Mércanton* ****) (въ Lausanne'ѣ). И только въ 1892 г. ее произвелъ *V. Chalot* (въ Toulouse'ѣ), разработавшій самый способъ и давшій обстоятельное описаніе его. Послѣ того эта операція была продѣлана нѣсколькими хирургами, преимущественно во Франціи, Испаніи и Италіи. Изъ нѣмецкихъ хирурговъ, а равно и изъ соотечественниковъ, её, кажется, никто еще не дѣлалъ. Въ общемъ въ настоящее время насчитывается не болѣе 23 обнародованныхъ въ печати случаевъ, что видно изъ слѣдующаго хронологическаго перечня: *Annandale*—1 сл. (1873), *Paci*—1 сл. (1877), *Morisani*—2 сл. (1884—1891), *Rubio*—6 сл. (1884—1894), *Mércanton*—1 сл. (1884), *Jackson Vincent*—1 сл. (1886), *Chalot*—2 сл. (1892—1894), *Petouraud*—1 сл. (1893), *Bary* и *Carcy*—1 сл. (1894), *Albarran*—1 сл. (1894), *Tedenat*—1 сл. (1894), *Legueu*—1 сл. (1895), *Forgue*—1 сл. (1896) и *Pantaloni*—3 сл. (1896—1898). Если прибавить къ этой болѣе чѣмъ скромной казуистикѣ наши 2 случая, то общій итогъ операцій полной эмаскуляціи опредѣляется 25-ью случаями.

Большинство изъ перечисленныхъ хирурговъ насчитываетъ за собою не болѣе одного случая. Больше всѣхъ продѣлалъ эту операцію *Rubio* въ Madrid'ѣ (6 сл.).

Въ виду столь скромнаго казуистическаго матеріала и принимая во вниманіе, что «émasculation totale» пока еще не пользуется широкою популярностью, что видно, между прочимъ, изъ того, что она совершенно замалчивается въ нѣмецкой литературѣ, всякое новое оперативно-клиническое наблюденіе, вносящее извѣстныя данныя для оцѣнки этой операціи, не только желательно, но и необходимо, а потому я и счелъ умѣстнымъ обобщить и наши 2 случая, прошедшіе черезъ мою клинику.

Прежде чѣмъ рѣшиться на такую операцію, какъ полная эмаскуляція, необходимо взвѣсить всѣ данныя за и противъ, имѣя въ виду исключительное и едва-ли не единственное къ ней показаніе, каковымъ является ракъ наружныхъ половыхъ частей въ болѣе или менѣе широкой степени своего распространенія. Если ракомъ пораженъ только одинъ половой членъ или часть его, то въ этомъ случаѣ принято ограничиваться однимъ усѣченіемъ его, съ совмѣстнымъ вылущеніемъ завѣдомо-пораженныхъ или сомнительныхъ паховыхъ железъ. Но, если ракъ захватываетъ также и другія смежныя части, разрушивъ половой членъ до корня его и распространяясь на покровы мошонки, яички и сѣмянные канатики, то тутъ можно разсчитывать на оперативный успѣхъ развѣ только при условіи, если всѣ эти пораженныя части будутъ удалены in toto, и при томъ такъ, чтобы самое изсѣченіе ихъ производилось въ предѣлахъ здоровыхъ тканей, какъ это вообще дѣлается при всякой операціи по поводу рака, гдѣ-бы онъ ни находился, съ обязательнымъ и неуклоннымъ вылущеніемъ болѣзненно-измѣненныхъ или подозрительныхъ паховыхъ железъ съ той и другой стороны.

Итальянскіе и испанскіе хирурги предпочитаютъ производить эмаскуляцію, для вѣрности успѣха и болѣе надежнаго предотвращенія послѣдующаго возврата рака, даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ можно было-бы на первый взглядъ ограничиться только усѣченіемъ одного члена.

Если, съ одной стороны, мы и должны постоянно памятовать извѣстное изрѣченіе *Амвросія Парэ*, что половой приборъ, какъ предназначенный для воспроизведенія потомства и гарантирующій счастливую брачную жизнь, требуетъ со стороны хирурговъ особенно осторожнаго къ себѣ отношенія, то, съ другой стороны, нельзя забывать и того, что въ интересахъ сохраненія жизни больного, одержимаго ракомъ полового члена, выгоднѣе принести въ жертву in toto сомнительный и полуразрушенный приборъ, чѣмъ ограничиваться полумѣрами, ни мало не отдаляющими смертной катастрофы, къ которой неизбѣжно и очень быстро ведетъ раковый процессъ. Къ тому же въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ этотъ злокачественный недугъ бываетъ свойственъ тому возрасту, въ которомъ половая дѣятельность уже близка къ увяданію и даже полному прекращенію, когда половыя влеченія почти-что не существуютъ.

Что касается ближайшихъ и болѣе отдаленныхъ послѣдствій послѣ эмаскуляціи, то въ этомъ отношеніи операція эта, какъ показываетъ опытъ, даетъ весьма обнадеживающіе результаты. Среди вышеупомянутыхъ 25 случаевъ (считая въ томъ числѣ и моихъ 2) насчитывается всего 3 неудачи, а именно 1 больной умеръ черезъ 20 дней послѣ операціи, 2-ой—спустя болѣе продолжительное время отъ генерализаціи рака и 3-ій—черезъ 10 мѣсяцевъ отъ возврата. Конечно, имѣющійся клиническій матеріалъ еще слишкомъ незначителенъ для того, чтобы дѣлать на основаніи его какія-либо обобщенія, но уже и изъ этихъ немногихъ данныхъ выясняется, что собственно операція,

*) Судебно-медицинскія изслѣдованія скопчества. Петербургъ, 1872 г.

**) Съ благопріятнымъ исходомъ.

***) Въ періодъ времени съ 1884 по 1894 г. *Rubio* оперировалъ 6 больныхъ, всѣхъ съ успѣхомъ.

****) Операція у *Mércanton*'а увѣнчалась полнымъ успѣхомъ.

сама по себѣ, не была повинна ни въ одной смерти. Можно сказать, что смертность послѣ нея до сихъ поръ была=0. Если принять во вниманіе, что почти всѣ оперированные больные были старики, то такой блестящій результатъ долженъ еще болѣе возвышать въ нашихъ глазахъ достоинство этой операціи. Изъ неблагопріятныхъ послѣдствій операціи у выздоровѣвшихъ больныхъ въ 1 случаѣ было отмѣчено наступившее недержаніе мочи; во 2-мъ случаѣ, наоборотъ, явилось задержаніе мочи. Въ остальныхъ случаяхъ судьба выздоровѣвшихъ послѣ операціи улучшилась до неузнаваемости. Почти у всѣхъ актъ мочеиспусканія остался нормальнымъ, если не считать того, что 4 оперированныхъ могли мочиться лишь при нѣкоторой натугѣ въ положеніи на корточкахъ, что объясняется старческою слабостью пузыря, утратившаго свою сократительную способность. У всѣхъ установлено улучшеніе позыва на ѣду, прибавленіе силъ, улучшеніе сна и полное отсутствіе прежнихъ мучительныхъ болей. Замѣчательно, что у 2-хъ изъ оперированныхъ было отмѣчено нѣсколько разъ даже выбрасываніе сѣмени въ теченіи нѣкотораго времени.

Относительно техники операціи нужно замѣтить, что заслуга разработки ея принадлежитъ *Chalot* *), который далъ намъ весьма обстоятельное изложеніе всего хода операціи. Способъ *Chalot*, какъ обоснованный на строго анатомическихъ данныхъ, заслуживаетъ предпочтенія передъ всѣми другими пріемами и способами, какими пользовались его предшественники. Описаніе способа *Chalot* принято также и другими авторами и приводится, напр., въ новѣйшемъ руководствѣ *Monod* и *Vanverts* **). Но у нѣмцевъ пока нѣтъ ни слова объ этой операціи.

Въ общихъ чертахъ мы придерживались въ нашихъ случаяхъ также способа *Chalot*, допустивъ лишь то уклоненіе, что, вмѣсто ножницъ, которыми совѣтуетъ пользоваться самъ *Chalot*, для перерѣзки сѣмянныхъ канатиковъ, равно какъ и для отсѣченія корня полового члена отъ лоннаго соединенія и пещеристыхъ тѣлъ, я предпочиталъ дѣйствовать исключительно ножемъ.—«Je recommande—говоритъ *Chalot*,—surtout l'emploi des ciseaux, parce que la perte de sang est beaucoup moindre qu'avec le bistouri». Но мнѣ кажется, что боязнь кровотеченія во время операціи слишкомъ преувеличивается, такъ какъ мы имѣемъ полную возможность не только справиться съ нимъ, но и предупредить его, накладывая немедленно, гдѣ нужно, лигатуры, примѣняя скручиваніе (torsio), ангіо- и акупрессуру.

Такъ какъ центръ тяжести настоящаго сообщенія сводится собственно къ выясненію достоинствъ этой новой операціи, то я и считаю умѣстнымъ привести здѣсь въ общихъ чертахъ описаніе ея техническаго выполненія.

Chalot расчленяетъ операцію на 5 актовъ. 1-й: *обнаженіе и изолированіе сѣмянныхъ канатиковъ* посредствомъ продольныхъ разрѣзовъ съ той и другой стороны; поперечная перерѣзка канатиковъ съ послѣдующею перевязкою сосудовъ, заключающихся въ нихъ (каждаго сосуда въ отдѣльности).

2-ой актъ состоитъ въ *отсѣченіи en bloc мошонки и члена*. Съ этою цѣлью оба продольные разрѣза продолжаются книзу и заворачиваются позади мошонки на встрѣчу одинъ къ другому. Всѣ перерѣзываемые при этомъ мошоночные сосуды тщательно перевязываются.—Верхніе концы продольныхъ разрѣзовъ соединяются однимъ поперечнымъ, который ведется выше корня полового члена, передъ лоннымъ соединеніемъ. Отсюда отсѣкается отъ кости прикрѣпленіе полового члена (поддерживающая связка — lig. suspensorium) такимъ образомъ, чтобы со всѣхъ сторонъ былъ обнаженъ корень его. Послѣдній перерѣзывается подъ лонною дугою (arcus pubis). Обнаруживающееся при этомъ сильное кровотеченіе тотчасъ же останавливается наложеніемъ пинцетовъ, лигатуръ и швомъ.

3-ій актъ: *отсѣченіе корней пещеристыхъ тѣлъ и пришиваніе центральнаго отрѣзка перерѣзаннаго мочеиспускательнаго канала къ промежности*. Въ центральный отрѣзокъ мочеиспускательнаго канала, который отдѣляется отъ пещеристыхъ тѣлъ до глубины ихъ корней, вводится зондъ. Пещеристыя тѣла отсепаровываются на всемъ ихъ протяженіи съ той и другой стороны отъ восходящей вѣтви сѣдалищной кости, возлѣ ея самой. Центральный отрѣзокъ мочеиспускательнаго канала расщепляется кзади, чтобы получить болѣе широкое отверстіе, и вшивается задній уголъ промежностной раны посредствомъ нѣсколькихъ швовъ *).

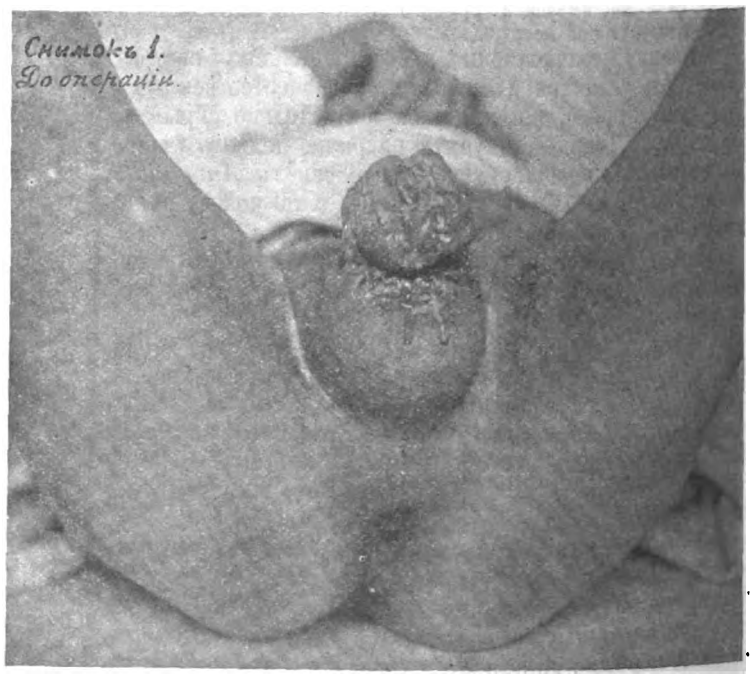
4-ый актъ: *вылущеніе паховыхъ железъ и сплошное сшиваніе всей раны*. Паховыя железы вылущиваются по общимъ правиламъ посредствомъ разрѣза, который составляетъ продолженіе уже имѣющагося горизонтальнаго разрѣза, удлиняемаго въ ту или другую сторону. По остановкѣ кровотеченія края лоскутныхъ разрѣзовъ сближаются въ видѣ буквы Т и сшиваются на всемъ протяженіи. Въ мочеиспускательномъ каналѣ оставляется катетеръ *Nélaton*'а à demeure.

Не смотря на то, что операція эта сопряжена съ перерѣзкою очень многихъ сосудовъ и пещеристыхъ тѣлъ, она вовсе не угрожаетъ большимъ кровотеченіемъ, какъ я могъ убѣдиться въ томъ на своихъ 2-хъ случаяхъ, въ которыхъ кровопотери были, сверхъ ожиданія, очень незначительны, вслѣдствіе быстраго примѣненія кровоостанавливающихъ мѣръ (лигатуръ и пр.).

1-ый нашъ случай полной эмаскуляціи относится къ 1902 г. Исторія его такова:

Доставленный въ завѣдуемую мною клинику больной Ф. А., чернорабочій, 55 л., оказался настолько глухимъ, что разговаривать съ нимъ было почти невозможно. Поэтому я ничего не могъ узнать лично отъ него самого относительно анамнеза и предшествовавшихъ явленій его болѣзни. Изъ разспросовъ у родныхъ выяснилось, что Ф. А. боленъ около 2-хъ лѣтъ.

Больной — средняго роста и сложенія; общее питаніе его замѣтно понижено соотвѣтственно недугу. Половой членъ представлялъ безобразную бугристую опухоль съ бородавчатыми выступами, величиною немногимъ меньше мошонки. Поверхность опухоли имѣла видъ одного сплошного изъязвленія съ крайне вонючимъ отдѣленіемъ. Опухоль занимала весь половой членъ, до глубины корня, обезобразивъ его до неузнаваемости, такъ что нельзя было узнать ни головки, ни крайней плоти, ни наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, и распространялась книзу



на мошонку, какъ это видно на свѣтописномъ снимкѣ (см. снимокъ 1). На ощупь опухоль была тверда. Въ ней имѣлись гномм-

*) *Chalot*. Traité élementaire de chirurgie et de médecine opératoire.

**) *Monod* et *Vanverts*. Traité de technique opératoire. 1902, т. II.

*) Расщепленіе отверстія мочеиспускательнаго канала кзади необходимо ради предупрежденія возможнаго послѣдующаго съуженія этого отверстія.

шіеся свищевые ходы, изъ которыхъ при мочеиспусканіи вытекала моча. Паховыя железы на той и другой сторонѣ были значительно увеличены и тверды. Больной страдалъ отъ сильныхъ болей, исходившихъ изъ опухоли. Мочеиспусканіе было болѣзненно.

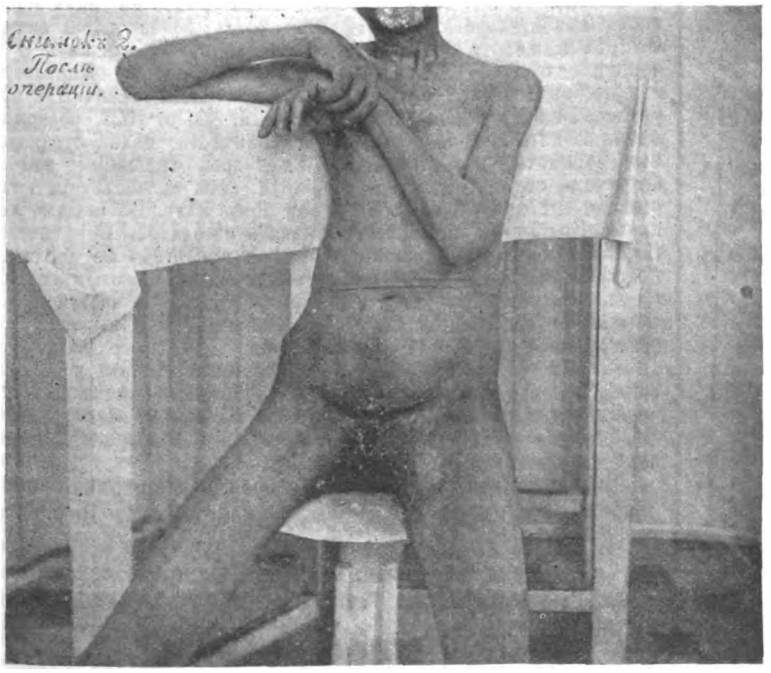
Распознанъ ракъ полового члена, мошонки и паховыхъ железъ.

Такъ какъ по значительной распространенности процесса не могло быть и рѣчи о простомъ усѣченіи члена, то рѣшено было сдѣлать полную эмаскуляцію.

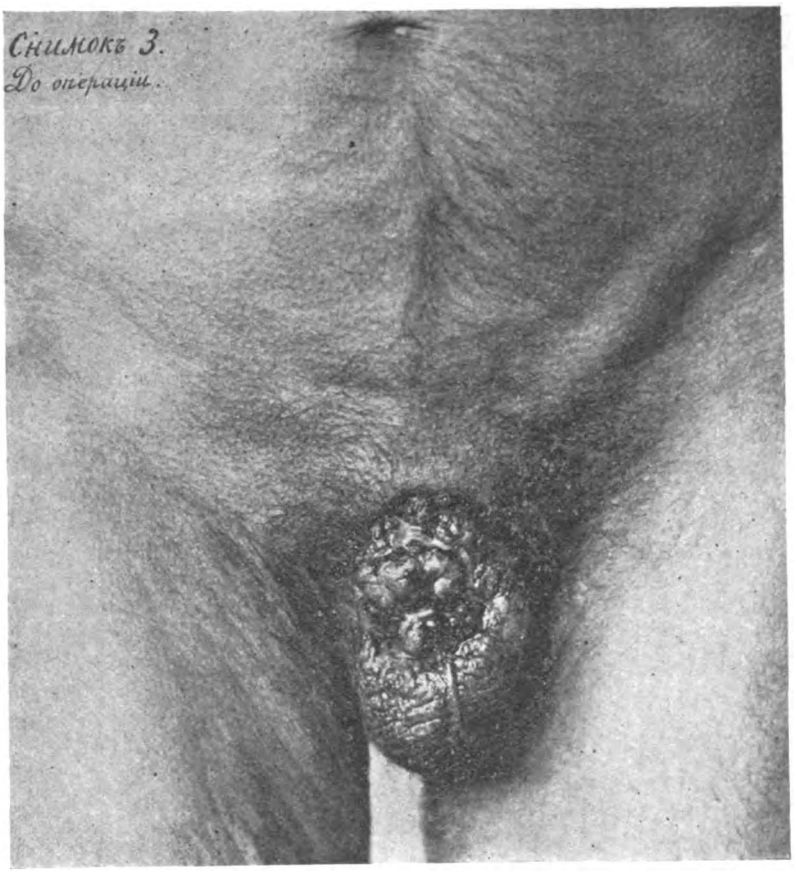
Операція эта была сдѣлана 15/v 1902 г. (моимъ старшимъ ассистентомъ *Г. М. Чарковскимъ*) по вышеописанному способу *Chalot*.

Послѣоперацiонное теченіе нельзя назвать гладкимъ, такъ какъ оно осложнилось рожистымъ процессомъ, начавшимся съ носа и распространившимся по лицу. Одновременно съ тѣмъ обнаружилось флегмонозное воспаленіе на правой сторонѣ живота, перешедшее въ гнойникъ, который потребовалъ вскрытія для опорожненія гноя. Явленія эти протекли при высокой температурѣ, державшейся въ теченіи 2-хъ недѣль, сопровождаясь все усиливавшеюся общею слабостью. Но затѣмъ рожа стала проходить, послѣ чего исподволь наступилъ поворотъ къ лучшему, при чемъ температура стала понижаться и дошла до нормы. Заживленіе операціонной раны тѣмъ временемъ шло въ общемъ удовлетворительно, хотя и при умѣренномъ гноеотдѣленіи изъ подъ нѣсколько разошедшихся по шву краевъ. Общее состояніе постепенно улучшалось, и Ф. А. съ хорошо зарубцевавшеюся раной 6/vш выписался изъ клиники вполнѣ здоровымъ (см. снимокъ 2). Послѣ того прошло болѣе 2-хъ лѣтъ, и о возвратѣ пока ничего не слышно *). Результатъ операціи, въ видѣ линейныхъ рубцовъ, виденъ на 2-мъ свѣтописномъ снимкѣ.

2-й случай, въ которомъ была примѣнена полная эмаскуляція, наблюдался въ самое послѣднее время.



4/x 1904 г. въ завѣдуемую мною клинику поступилъ крестьянинъ М. Х., 65 л., женатый (имѣетъ 3 взрослыхъ дѣтей), средняго роста и сложенія, съ заявленіемъ, что онъ боленъ около 8—10 мѣс. и что въ теченіи послѣднихъ 4—5 мѣс. онъ совершенно потерялъ свой половой членъ. И дѣйствительно, при осмотрѣ оказалось, что полового члена у больного совершенно не было: отъ него остался только слѣдъ въ видѣ плоской, узловато-бугристой, неправильной формы, изборожденной опухоли у самаго его корня, съ изъязвленною поверхностью, съ вонючимъ отдѣленіемъ и плотною инфильтраціею смежныхъ частей, при чемъ узловатое затвердѣніе прощупывалось отчасти и въ покровахъ мошонки, именно на передней ея сторонѣ. Железы въ паховыхъ областяхъ были значительно увеличены и плотны. Не было сомнѣнія, что дѣло имѣлось здѣсь съ раковымъ процессомъ въ членѣ и мошонкѣ съ пораженіемъ паховыхъ железъ на обѣихъ сторонахъ, съ полнымъ разрушеніемъ висящей части (partis pendulae) полового члена, какъ о томъ свидѣтельствуетъ и свѣтописный снимокъ. Среди этой бугристой плоской опухоли, соотвѣтственно основанію полового члена, съ трудомъ можно было



узнать отверстіе мочеиспускательнаго канала, напоминавшее собою скорѣе мочевой свищъ, изъ котораго при мочеиспусканіи струилась моча (см. снимокъ 3). Больной сильно мучился отъ болей и въ этомъ заключалась главная его жалоба.

Въ видахъ достиженія болѣе надежнаго результата мною была произведена 7/x 1904 г. полная эмаскуляція съ вылущеніемъ паховыхъ железъ съ той и другой стороны, по вышеизложенному способу, подъ глубокимъ хлороформнымъ наркозомъ.

Заживленіе раны получилось превосходное, безъ всякихъ осложненій, первымъ натяженіемъ по всему протяженію, за исключеніемъ того угла, гдѣ сходились вертикальный разрѣзъ съ горизонтальнымъ и гдѣ послѣдовало небольшое расхожденіе краевъ. Разошедшаяся здѣсь слегка рана закрылась путемъ развитія грануляцій.

Въ настоящее время М. Х. чувствуетъ себя совершенно здоровымъ и не ощущаетъ никакихъ отягощеній. Сонъ и позывъ на ѣду у него прекрасные, мочеиспусканіе нормальное, вѣсъ тѣла замѣтно прибавился.

Свѣтописный снимокъ 4-й показываетъ достигнутый путемъ операціи результатъ.

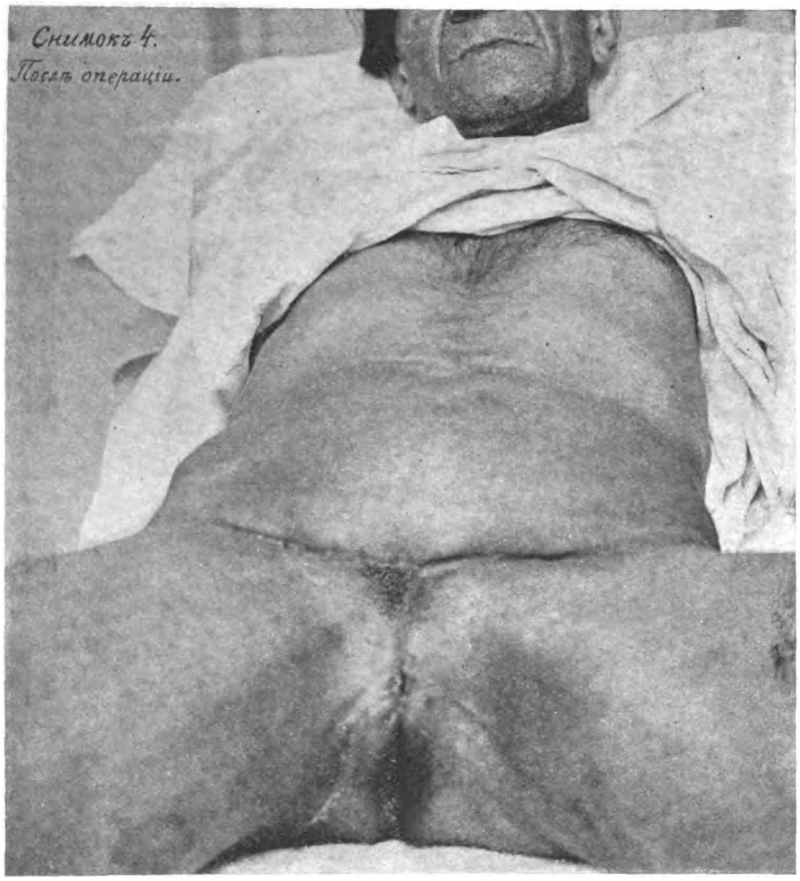
Изъ приведеннаго краткаго описанія и приложенныхъ свѣтописныхъ снимковъ видно, что дѣло въ обоихъ случаяхъ имѣлось съ тою клинической формою рака, которая, по классификаціи *Küttner*'а *), можетъ быть отнесена къ разряду сосочковыхъ разрощеній въ видѣ цвѣтной капусты и которая по гистологическому строенію представляетъ собою эпителіому, какъ это показало микроскопическое изслѣдованіе.

Эти 2 случая полной эмаскуляціи, произведенной по поводу рака наружныхъ половыхъ частей, въ связи съ вышеприведеннымъ казуистическимъ матеріаломъ другихъ хирурговъ, служатъ, мнѣ кажется, достаточнымъ основаніемъ для того, чтобы признать за этою новою операціею научное и практическое значеніе и присвоить ей полное право гражданства въ хирургіи, главнымъ образомъ въ виду того, что

1) она является пока единственно пригодною и вполнѣ раціональною операціею для тѣхъ случаевъ *распространеннаго рака*, когда въ этотъ процессъ вовлеченъ не только половой членъ, но въ большей или меньшей степени и другія части — мошонка, яички и сѣмянные канатики;

*) Больной отпущенъ съ просьбою увѣдомлять о своемъ здоровьѣ.

*) *Küttner* въ своемъ новѣйшемъ изслѣдованіи устанавливаетъ 3 характерныхъ типа рака полового члена: 1) сосочковыя разрощенія въ видѣ цвѣтной капусты, 2) раковая язва и 3) не сосочковая раковая опухоль.



2) она оказывается далеко не такою опасною операціею, какъ объ этомъ можно было-бы думать a priori, если производится опытною рукою и при условіяхъ соблюденія строгой асептики. Техника ея производства доведена до такого совершенства, что есть полная возможность справиться какъ съ наступающимъ кровотеченіемъ, такъ и съ удаленіемъ in toto всего пораженнаго ракомъ района, при совмѣстномъ вылущеніи паховыхъ железъ;

3) она переносится довольно хорошо больными даже въ преклонномъ возрастѣ, при относительно удовлетворительномъ общемъ состояніи и наличности силъ, и даетъ нормальное, безреактивное заживленіе раны съ образованіемъ линейнаго рубца;

4) предсказаніе при ней можно считать хорошимъ не только quoad vitam et valetudinem, но и по отношенію къ предотвращенію возврата рака, поскольку объ этомъ можно судить на основаніи имѣющихся клиническихъ наблюденій.

Поэтому, принимая во вниманіе указанныя достоинства этой операціи, можно со спокойною совѣстью пропагандировать болѣе широкое примѣненіе ея въ подходящихъ случаяхъ, въ которыхъ простое усѣченіе полового члена, по запущенности и распространенности процесса, не обѣщаетъ успѣха въ устраненіи мѣстнаго пораженія.

Литература. *Paci.* Asportazione totale della verga e dei testicoli con un nuovo processo operativo. «Giornale internationale della scienza medicha», 1880.—*Jackson V.* Epithelioma of penis and scrotum, with enlarged inguinal glands. Complete removal of external genitals, followed by recovery and an apparent cure. «The Lancet», 1887.—*Chalot V.* L'extirpation de la verge et des bourses ou émasculation totale, avec 4 fig. Congrès de chirurgie de Lyon, 1894.—*Онъ-же.* Nouv. élements de chirurgie. 1892.—*Chevereau.* Un cas d'épithelioma primitif de l'urètre; émasculation totale; cystite; meat hypogastrique. «Gazette des hôpitaux», 1895.—*Moussaron Fr.* De l'émasculation totale. Indications. Technique. Resultats. Toulouse'ская диссертація, 1895.—*Carbonell.* De l'émasculation totale et de ses indications dans le cancer de la verge. Montpellier'ская диссертація. 1896.—*Legueu. F.* Emasculation totale pour cancer de la verge. «Annales des organes génito-urinaires». 1896 —*Pantaloni J.* Trois cas d'émasculation totale pour cancer de la verge. «Archives provinciales de chirurgie». 1898.—*Serra.* Contribution à l'étude de l'epithelioma de la verge et de son traitement spécialement par l'émasculation totale. Nancy'ская диссертація, 1903.—*Küttner.* Ueber das Peniscarcinom und seine Verbreitung auf dem Lymphwege. «Beiträge zur klin. Chirurgie». 1900, т. XXVI.

CCVI. Изъ Яузской городской больницы въ Москвѣ.

Случай неопредѣленнаго зараженія.

А. М. Котовщикова.

Хотя уже въ самомъ заглавіи моей замѣтки имѣется указаніе на то, что наблюденіе проведено недостаточно полно—не выяснена причина болѣзни, тѣмъ не менѣе оно представляетъ, мнѣ кажется, нѣкоторый интересъ съ чисто клинической стороны, а потому я и позволяю себѣ предложить его вниманію товарищей.

11/IV 1904 г. въ одно изъ внутреннихъ отдѣленій Яузской больницы поступила А. З., 54 л., кухарка, съ распознаваніемъ нефрита. При осмотрѣ на слѣдующій день больная жаловалась на боли въ животѣ и въ бокахъ, которыя она чувствовала уже 4-й день и изъ-за которыхъ слегла въ постель. Небольшія боли чувствовала еще съ осени 1903 г. Отчего онѣ теперь усилились, сказать не можетъ: не было ни нарушенія діэты, ни простуды, ни травмы. 1½ года назадъ такъ-же хворала недѣли 3. 5 лѣтъ назадъ была желтуха съ болью въ правомъ боку. Съ тѣхъ поръ временами появляются боли въ правомъ боку, въ послѣднюю зиму сдѣлавшіяся очень частыми; болямъ этимъ обыкновенно предшествуютъ запоры, длящіеся дня по 2—3; послѣ слабительныхъ наступаетъ улучшеніе. Спиртными напитками не злоупотребляла.

Очень ожирѣлая, съ едва замѣтной желтушной окраской склеръ и всего лица. Органы дыханія рѣзкихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ; однако число дыханій въ 1 мин. 54, поверхностныхъ. Тоны сердца безъ шумовъ; п. 132, слабый. Языкъ, полость рта и зѣва красны и сухи; позыва на ѣду нѣтъ; жажда. Съ 10/IV очень частая рвота, появляющаяся тотчасъ послѣ питья. Не испражнялась съ 9/IV (2-ое сутокъ), когда было на низъ 1 разъ послѣ слабительнаго; животъ уже тогда болѣлъ очень сильно. Ожирѣлый животъ повсюду очень болѣзненъ. Грыжъ нѣтъ. О печени и селезенкѣ, за крайней болѣзненностью и ожирѣлостью живота, ничего опредѣленнаго сказать нельзя. Мѣсячныхъ нѣтъ уже съ 35 лѣтъ. Моча кислой реакціи, уд. в. 1025, содержитъ желчные пигменты и значительное количество бѣлка, стекловидные, зернистые и эпителіальные цилиндры, окрашенные желчью. Отечность стопъ, лодыжекъ и голеней; ноги за послѣднія 5 лѣтъ отекали нѣсколько разъ. Головной боли нѣтъ. Въ глазахъ нерцанье. Колѣнныхъ рефлексовъ вызвать не удалось. Сонъ плохой. Сознаніе хорошее. Безпокойство, хотя при этомъ-же бросается въ глаза рѣзкое несоотвѣтствіе между общимъ тяжелымъ состояніемъ и выраженіемъ лица больной: не смотря на частую, можно сказать, безпрерывную рвоту и сильныя боли, больная имѣетъ благодушный видъ и въ лицѣ ея нѣтъ ничего страдальческаго. Рвота происходитъ сейчасъ-же послѣ питья и, какъ у ребенка, легко, въ видѣ срыгиванья; рвотой извергается жидкость, слегка окрашенная, хотя и не каждый разъ, желчью въ желтый цвѣтъ, съ примѣсью слизи и слюны. Утр. въ день осмотра 37°,9, наканунѣ вечеромъ 37°,5.

Послѣ изслѣдованія распознаваніе перитонита являлось, на мой взглядъ, вполнѣ обоснованнымъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ, не имѣя прямыхъ данныхъ отрицать существованіе печеночныхъ камней, я не могъ также исключить и возможность аппендицита, какъ причины перитонеальныхъ явленій. Половые органы, въ виду давняго климактерія и отсутствія другихъ данныхъ, нельзя было считать исходнымъ пунктомъ перитонита. Распознаваніе нефрита отошло какъ то на задній планъ, чему способствовало то, что микроскопически моча была изслѣдована въ лабораторіи послѣ ухода изъ палатъ; иначе, съ этимъ распознаваніемъ пришлось-бы считаться гораздо болѣе.

Въ тотъ-же день больную видѣлъ и изслѣдовалъ главный врачъ больницы, *Ѳ. И. Березкинъ*, категорически высказавшійся за распознаваніе печеночныхъ коликъ и холецистита. При этомъ, по его мнѣнію, не было данныхъ сейчасъ-же приступать къ операціи, что было-бы, пожалуй, показано, если-бы всѣ наблюдавшіяся явленія зависѣли отъ сильнаго ущемленія камня и можно было-бы опасаться паралича сердца; здѣсь-же часть явленій, по его мнѣнію, слѣдовало приписать холециститу, и потому можно было ждать стиханія болѣзненныхъ припадковъ и оперировать надъ желчными путями, такъ сказать, à froid.

Въ дальнѣйшемъ болѣзнь текла такъ:

13/IV: 37° (наканунѣ веч.), 37°,6 (во влагалищѣ); п. 130, лучше, чѣмъ вчера; дых. 44, глубже. На низъ не было. Рвота преде-

жается. Болѣзненность въ животѣ таже; чувствительнѣе другихъ мѣстъ правое подреберье и лѣвая подвздошная ямка, а болѣе всего подложечная ямка.

14/IV: 36°,6—36°,5; п. 112; дых. 28. Рвота рѣже. Боли въ животѣ тише. Не смотря на промывательное, послабленія не было. Моча: желтая, мутная, кислая, уд. в. 1017, теперь только со слѣдами бѣлка; подъ микроскопомъ—единичные кровяные шарики и стекловидные цилиндры.

15/IV: 36°,8—36°,6; п. 118; дых. 32. Рвота еще продолжается. Изжога. Боль въ животѣ всего рѣзче въ области S-образной кишки. Послѣ промывательнаго немного прослабило.

16/IV: 36°,8—37°; п. 100; дых. 24. Рвота меньше. Языкъ влаженъ. Чувствительность живота гораздо меньше. На низъ не было.

17/IV: П. 92. Рвота почти прекратилась. Животъ чувствителенъ только въ области S-образной кишки. Не испражнялась. Появился небольшой позывъ на ѣду.

18/IV: 37°—36°,5; п. 88; дых. 24. Какъ вчера; послѣ промывательнаго почти ничего не вышло. Назначено касторовое масло.

19/IV: 37°,4—36°,9; п. 84; дых. 24. На низъ было. Сегодня снова чувствительность по всему животу, но не большая.

20/IV: 37°—36°,7; п. 84; дых. 28. Отрыжка; изжога; жалуется на боль въ животѣ, но при давленіи сколько-нибудь выраженной чувствительности нѣтъ.

21/IV: 36°,7—36°,3. На низъ произвольно; испражненія имѣли видъ колбасокъ, зелено-чернаго цвѣта. Животъ чувствителенъ къ давленію.

22/IV: 36°,6—36°,2.

23/IV: 36°,6—36°,6. Испражнялась послѣ промывательнаго 3 раза. Боли въ животѣ сильнѣе.

24/IV: 37°,3—36°,6; п. 80; дых. 28. На низъ было. Чувствительность при ощупываніи подъ ложечкой и въ подреберьяхъ. Печень ощупывается и чувствительна.

25/IV: 39°,8—36°,6; въ 10 час. утра 38°,3; п. 104; дых. 24. Вчера около 2 час. дня знобило, потомъ бросало въ жаръ, вечеромъ потѣла. Вчера весь день была рвота желчью; сегодня рвота меньше. Не испражнялась. Боль въ животѣ: подъ ложечкой, въ области печени, меньше въ области S-образной кишки и пупка. Боль въ правой ногѣ, рѣзче всего—въ икрѣ, гдѣ она до того сильна, что затрудняетъ движенія ногой.

26/IV: 39°,3—39°,3; п. 140; дых. 36. Снова частая желчно-водянистая рвота, происходящая такъ-же легко, какъ и прежде, но выраженіе лица рѣзко измѣнилось: оно осунулось и полно страданія. Испражнялась произвольно 1 разъ, дов. обильно и густо. Сильная болѣзненность подъ ложечкой и въ области печени; чувствительность лѣваго подреберья и области слѣпой кишки. Болѣзненность въ правой икрѣ держится. Въ крови спирохэтъ *Obermeier*'а не найдено (кровь изслѣдовалась на спирохэтъ въ виду существованія въ больницѣ отдѣленія для возвратно горячечныхъ, при чемъ отдѣльныя больныя попадали и въ эту палату).

26/IV: 39°,7—38°,6; п. 160; дых. 44. Общая слабость; на лбу потъ. Болѣзненность всего живота, особенно справа въ области печени. Желтухи нѣтъ. Не испражнялась. Рвота продолжается; теперь въ рвотныхъ массахъ есть примѣсь крови въ видѣ мелкихъ черныхъ сгустковъ. Языкъ сухой. Сознаніе сохранено. На лицѣ страданіе. Нѣкоторое безпокойство. Моча, выпущенная катетеромъ, желтоватокрасная, мутная, кислой реакціи, уд. в. 1015, содержитъ много индикана, слѣды желчныхъ пигментовъ и уробилина, бѣлокъ, цилиндры зернистые и съ мочекислыми солями; лейцина и тирозина нѣтъ. Въ этотъ день около 3 час. дня больная скончалась.

На вскрытіи 29/IV *(В. И. Князьковъ)* найдено: мягкая мозговая оболочка нѣсколько склерозирована; вены ея значительно наполнены темной кровью. Въ веществѣ головнаго мозга ничего особаго. Плейры не измѣнены. Паренхима легкихъ гипостатична и отечна; очаговъ уплотненія не видно. Сердце очень дряблое, расширено; мышца его желтая, перерождена; заслонки удовлетворительны. Аорта атероматозна. Сывороточный покровъ брюшной полости красноватый; обухомъ скальпеля съ него снимается немного бѣловатой, гнойно-фибринной смазки. Селезенка увеличена, дрябла, полнокровна. Печень объемиста; край ея закругленъ; паренхима дряблая, желтаго цвѣта съ легкимъ буроватымъ оттѣнкомъ. Желчные пути и пузырь замѣтныхъ измѣненій не представляютъ. Артеріальные сосуды, отходящіе отъ аорты, въ брюшной полости атероматозны; закупорки ихъ не найдено. Почки дряблыя, перерождены. На слизистой оболочкѣ желудочно-кишечнаго канала никакихъ замѣтныхъ измѣненій; въ толстыхъ кишкахъ плотный калъ; червеобразный придатокъ нормаленъ. Матка атрофирована; около трубъ нѣсколько соединительно-тканныхъ спаекъ; трубы обычной ширины; въ просвѣтѣ ихъ немного густой, бѣловатой жидкости. Значительное общее ожирѣніе. Анатомическое распознаваніе: острое набуханіе селезенки; міокардитъ; жировое перерожденіе печени и почекъ; начинающійся фибринозный перитонитъ; гнилокровіе.

Бактеріологическаго и микроскопическаго изслѣдованія сдѣлано не было, а потому, что касается этіологіи заболѣванія въ описываемомъ случаѣ, то на этотъ счетъ возможны лишь однѣ догадки. Жаль, что не были обслѣдованы хотя-бы однѣ почки, ибо при первыхъ изслѣдованіяхъ мочи получены были данныя, какія обыкновенно получаются при остромъ или обострившемся нефритѣ, и, если-бы таковой былъ установленъ, онъ могъ-бы способствовать пониманію характера имѣвшагося въ данномъ случаѣ перитонита. Характерныя для послѣдняго явленія въ самомъ началѣ болѣзни были выражены рѣзко, а затѣмъ они настолько стихли, что можно было думать объ излѣченіи больной отъ перитонита или вообще о существованіи у нея только перитонизма; къ концу болѣзни они, однако, возобновились въ еще болѣе рѣзкой степени и сопровождались повышеніемъ температуры, а на вскрытіи перитонитъ былъ обозначенъ, какъ «начинающійся фибринозный».

2-ая интересная сторона случая заключалась въ слѣдующемъ: картина болѣзненныхъ припадковъ такъ походила на таковую при желчной коликѣ съ холециститомъ, что опытный врачъ-хирургъ, видѣвшій не одинъ разъ больную, былъ увѣренъ въ такомъ распознаваніи и думалъ о послѣдовательномъ хирургическомъ вмѣшательствѣ. Наконецъ, можно отмѣтить и еще одну интересную особенность, которую слѣдовало бы закрѣпить фотографически, а именно—крайнее несоотвѣтствіе выраженія лица больной, кажущееся ея благодушіе съ тѣми тяжелыми явленіями, которыя у нея наблюдались. Правда, это было только въ 1-мъ періодѣ болѣзни, и я не знаю, чему приписать такой диссонансъ—значительной ли полнотѣ лица и отсюда вынужденной мимикѣ, или вообще слабому развитію послѣдней вслѣдствіе отсутствія сложныхъ и тонкихъ психическихъ процессовъ въ предшествующей жизни больной. А между тѣмъ общій видъ больного, выраженіе его лица играетъ немаловажную роль въ опредѣленіи какъ тяжести заболѣванія, такъ и его свойствъ. Не могу не упомянуть здѣсь, что по почину д-ра *Н. А. Берензона*, бывшаго главнаго врача Яузской больницы, въ ней и теперь съ успѣхомъ пользуются видомъ больныхъ для различенія тифовъ въ ранніе ихъ періоды и въ сомнительныхъ случаяхъ: если больной подавленъ, лицо его и конъюнктивы склеръ красны, то съ большою вѣроятностью, принимая, конечно, въ соображенія и другія данныя, предполагаютъ тифъ сыпной; если-же лицо и конъюнктивы не налиты кровью, то—брюшной; если-же лицо и склеры желтушнаго оттѣнка, то—возвратный.

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Проказа, въ особенности въ Приморской области[1]).

На проказу за послѣднее 10-лѣтіе обращено особое вниманіе. Этому явленію нѣсколько причинъ. Во 1-хъ, забота объ оздоровленіи населенія все болѣе стало проникать въ обязательныя постановленія земствъ и городскихъ думъ и административныя санитарныя распоряженія, въ особенности въ примѣненіи къ борьбѣ съ заразными болѣзнями. Во 2-хъ, открытіе возможности предохранять отъ нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзней и даже лѣчить уже заболѣвшихъ ими путемъ впрыскиванія сыворотокъ увлекаетъ многихъ врачей работать въ томъ направленіи, чтобы концентрировать извѣстныхъ больныхъ въ спеціальныхъ заведеніяхъ. Въ 3-хъ, для Сибири имѣется еще частный, спеціальный поводъ особаго интереса къ проказѣ—легендарное путешествіе въ Якутскъ извѣстной сестры милосердія Кэтъ Марсденъ въ поискахъ за мифической травой, исцѣляющей проказу... Въ Забайкальѣ, 10—20 лѣтъ тому назадъ, сельскіе врачи вотще докладывали о томъ, что среди населенія обрѣтаются и прокаженные, напрасно взывали о помощи не только цѣлымъ селеніямъ (напр. «Горемыкѣ» на Байкалѣ), но хотя-бы отдѣльнымъ семьямъ (напр. въ Усть Баргузинѣ), гдѣ были такіе больные. Никого это не трогало. Да и въ настоящее время, кромѣ болѣе строгой записи прокаженныхъ, иныхъ мѣропріятій въ Забайкальѣ къ нимъ, кажется, не примѣняютъ. Это зависитъ, съ одной стороны, отъ непризнанія большой опасности отъ разсѣиванія прокаженныхъ, а съ другой—отъ состава населенія области.

[1]) Въ извлеченіи сообщено на Съѣздѣ врачей въ Хабаровскѣ въ 1901 г.—Просимъ уважаемаго автора великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи его статьи. *Ред.*

Русское населеніе, преимущественно старообрядцы, не видитъ въ болѣзни никакой заразы, которую могла-бы предотвратить человѣческая предусмотрительность; по его понятію, всякая болѣзнь ниспосылается Богомъ въ наказаніе за грѣхи людскіе, бороться съ нею непристойно человѣку, она сама найдетъ себѣ предѣлъ, какъ предуказано; поэтому никакія мѣры предосторожности этому населенію, не просвѣщаемому къ тому же школою, непонятны. Полную противоположность представляетъ инородческій элементъ населенія. Номады исторически выработали паническій страхъ передъ заразными болѣзнями; когда все спокойно, они охотно ѣздятъ въ сосѣднія села и принимаютъ сами проѣзжихъ путниковъ; но, разъ слышатъ про сильную заболѣваемость или смертность въ какой-либо деревнѣ, откочевываютъ, прекращаютъ всякія сношенія и не пускаютъ къ себѣ проходящихъ; даже при появленіи повальной болѣзни въ средѣ своего улуса, ставятъ строгій карантинъ около больныхъ или спѣшно откочевываютъ, оставляя больныхъ въ какой-либо юрточкѣ, снабдивъ ихъ водою, запасомъ пищи и дровами; обыкновенно такіе больные погибаютъ. Такъ, орочоны часто вымираютъ даже отъ невинныхъ сравнительно болѣзней, каковы корь, гриппъ, цѣлыми юртами. Лѣтъ 150 назадъ изоляція юрты (собственно одежды) примѣнялась и относительно многихъ хроническихъ накожныхъ страданій. Но съ развитіемъ ламаизма, съ появленіемъ «тибетскихъ» врачей у бурятъ и тунгусовъ укоренился взглядъ на возможность излѣченія многихъ болѣзней лѣкарствами, а потому примѣнимость ограниченія сношеній съ больными въ настоящее время у нихъ съужена настолько, что прокаженнаго отдѣлили-бы въ юрту развѣ лишь при обширныхъ рѣзкихъ измѣненіяхъ на лицѣ или на рукахъ; по крайней мѣрѣ, на о. Ольхонѣ такъ въ дѣйствительности и относятся къ прокаженнымъ (буряты). Якуты и нынѣ держатся старины. Такъ, прокаженныхъ они безжалостно изгоняютъ изъ своихъ юртъ, устраиваютъ имъ верстахъ въ 2-хъ отъ улуса логово-землянку или юрточку, крайне тѣсную, напоминающую нѣсколько кельи-пещерки древнихъ отшельниковъ; оттуда больные ходить въ улусъ не смѣютъ, не должны даже приближаться къ проходящимъ мимо здоровымъ подъ страхомъ быть застрѣленными; имъ даютъ съ собою лишь лохмотья-платья и немного утвари; если они слабѣютъ, имъ приносятъ пищу къ самой юртѣ, но подаютъ ее на длинной палкѣ; близкіе родные иногда доставляютъ слабымъ и дрова, но сами въ юрту не входятъ; вообще-же прокаженные должны добывать себѣ сами и пищу въ видѣ дикихъ съѣдобныхъ кореньевъ, ягодъ и пр. Но до того-ли имъ? Прокаженный якутъ помнитъ прежде всего, что онъ—приговоренный къ смерти, вѣчный отверженецъ. Первое, что онъ дѣлаетъ, это себѣ крестъ намогильный и гробъ. Подлѣ его жилища уже съ самаго начала обитанія можно видѣть готовыми эти символы приближающейся смерти. Иные и спятъ въ гробу, особенно въ послѣдней ступени болѣзни, когда подъ ними скопляются испражненія, и у нихъ нѣтъ силъ подняться. Изнуждаются обыкновенно прокаженные якуты быстро—въ $1^1/_2$—2 года—хотя ихъ выселяютъ задолго до появленія язвъ или грубыхъ измѣненій на лицѣ. Умираютъ они преимущественно отъ случайныхъ болѣзней, помимо проказы. Обыкновенно прокаженные живутъ по двое. Очень немногіе изъ нихъ пользуются лучшимъ вниманіемъ родственниковъ, сохраняютъ бодрость духа и тянутъ впроголодь по 15 и даже 20 лѣтъ, бродя въ тѣсномъ пространствѣ строго очерченнаго района, подлѣ своего гроба—жилья.

Какъ распознаютъ якуты проказу? Они думаютъ, во 1-хъ, что болѣзнь эта передается по наслѣдству, почти исключительно по женскому колѣну; передача эта необязательна, но во всякомъ случаѣ за дѣтьми женщины, въ роду которой были прокаженные, особенно слѣдятъ. Они знаютъ, во 2-хъ, мѣстности, гдѣ проказа чаще поражаетъ жителей, а именно подлѣ озеръ со стоячей водой (напр., въ Колымскомъ округѣ); весьма часто въ этихъ озерахъ-прудахъ, безъ проточной воды, они находятъ и прокаженную по ихъ понятіямъ рыбу—окунь, карась, щуку—съ видимыми уродливостями, опухолями. Они полагаютъ, въ 3-хъ, что проказа можетъ передаваться и непосредственно отъ больного здоровому при совмѣстной жизни; поэтому болѣе состоятельные изъ нихъ, выдѣливъ прокаженнаго въ особое жилье, свою общую юрту сжигаютъ.

Поводъ заподозрить проказу можетъ дать самая невинная сыпь или язва. Непосредственное опредѣленіе болѣзни производится старцами такъ: подозрѣваемаго ставятъ противъ солнца и смотрятъ сквозь его тѣло—чрезъ пальцы, ушныя раковины и прочія просвѣчивающія части; если цвѣтъ этихъ тканей покажется имъ нерозовымъ, а чернымъ, это свидѣтельствуетъ о порчѣ крови, и приговоръ готовъ,—проказа на лицо! Есть еще другой, болѣе вѣрный, способъ распознаванія проказы, но не въ начальной ступени болѣзни. Къ заподозрѣнному тайкомъ подкрадываются во время сна и прикладываютъ къ видимымъ пятнамъ на кожѣ (рубцамъ, утолщеніямъ или пигментированнымъ участкамъ) раскаленный гвоздь; достаточно, чтобы при этомъ испытаніи спящій не проснулся: окружающіе вполнѣ убѣжденно признаютъ его прокаженнымъ, т. е., подлежащимъ изгнанію. Въ рѣдкихъ случаяхъ ближайшіе родные укрываютъ такого больного въ своей средѣ до появленія грубыхъ явленій, замѣчаемыхъ посторонними, или до крупной семейной ссоры; но такая трогательная родственная связь строго преслѣдуется, расшатывается якутскимъ общественнымъ мнѣніемъ. Признаннаго прокаженнымъ даже не оплакиваютъ, съ нимъ не прощаются, а въ паническомъ ужасѣ бѣгутъ отъ него, спѣшатъ его водворить въ ближайшее жилище, гдѣ уже находится прокаженный или недавно былъ таковой; къ этому мѣсту—среди тайги—никто не приближается даже въ бурю, около него не пасутъ скотъ, не собираютъ ягодъ... Бываетъ, какъ исключеніе, что малолѣтняго больного проказою ребенка сопровождаетъ мать, не имѣющая другихъ дѣтей, хотя бы у нея и не было никакихъ признаковъ болѣзни, или за больнымъ состоятельнымъ мужемъ слѣдуетъ здоровая жена. Но такіе примѣры самоотверженности не вызываютъ особаго состраданія въ средѣ окружающихъ, и обратно этихъ здоровыхъ лицъ, похоронившихъ своихъ больныхъ, принимаютъ въ улусъ лишь послѣ продолжительнаго, тщательнаго наблюденія, и то позволяя имъ жить лишь вблизи, но въ отдѣльной юртѣ. Извѣстны отдѣльные случаи, когда въ качествѣ здоровыхъ, по истеченіи нѣсколькихъ лѣтъ уединенной жизни, возвращались въ улусъ и признанные прокаженными; болѣзнь ихъ излѣчивалась, какъ думаютъ якуты, благодаря какимъ-то корешкамъ.

Насколько ненадежны способы распознаванія проказы у якутовъ, знаютъ они сами, разсказывая о злоупотребленіяхъ, встрѣчающихся въ ихъ средѣ. Такъ, одинъ якутъ устранилъ отъ наслѣдства свою родную сестру, выдавъ ее за страдающую этой ужасной болѣзнью... Оговоръ проказою—ужасное орудіе мстительныхъ людей. Для толпы достаточно убѣдительна скорая смерть такихъ выселяемыхъ больныхъ или появленіе у нихъ язвъ чрезъ нѣкоторое время пребыванія въ прокаженномъ обиталищѣ, безъ омовеній, безъ перемѣны одежды.

И при такомъ суровомъ отношеніи къ прокаженнымъ болѣзнь эта у якутовъ не переводится. Въ одномъ Колымскомъ округѣ, напр., на 3000 населенія насчитываютъ 42 прокаженныхъ. Неудивительно, поэтому, что вѣсти о широкомъ распространеніи проказы у якутовъ дошли до сердобольной г-жи Марсденъ, смѣлой туристки по странамъ Востока (передней Азіи). Впрочемъ, весной 1891 г. она отправилась въ Якутскую область не ради помощи собственно якутамъ, не съ цѣлью облегчить положеніе сѣверянъ прокаженныхъ, безжалостно бросаемыхъ родными на произволъ судьбы, а, какъ я упоминалъ уже, въ надеждѣ открыть извѣстную якутамъ таинственную панацею. Отъ Иркутска сопровождать г-жу Марсденъ получилъ приглашеніе д-ръ *П. С. Алексѣевъ*. Кажется, уважаемому товарищу до сихъ поръ не удалось огласить подробностей своей поѣздки, о чемъ нельзя не пожалѣть. Уже въ передній путь на паузкѣ по Ленѣ онъ настолько разочаровался въ серьезности намѣреній своей спутницы и въ полезности ея миссіи, что въ Якутскѣ рѣшилъ ее оставить и сдалъ ее другимъ лицамъ, знающимъ англійскій языкъ. Что д-ръ *Алексѣевъ* не ошибся въ своемъ заключеніи, подтверждаютъ мнѣнія многихъ врачей, знакомыхъ съ предпріятіемъ изученія якутской проказы г-жей Марсденъ. Она не нашла ни одного новаго факта, который могла-бы прибавить къ наблюденіямъ, собраннымъ гораздо ранѣе ея прибытія мѣстными врачами. Какъ-бы то ни было, наше общественное мнѣніе было заинтересовано необычайнымъ подвигомъ сестры-иностранки, и, благодаря посѣщенію ею трущобъ Якутской области, возникъ вопросъ о болѣе гуманномъ призрѣніи прокаженныхъ якутовъ... въ *Вилюйской спеціальной колоніи*.

Въ концѣ 1891 г., уже послѣ проѣзда г-жи Марсденъ обратно въ Европу, мнѣ пришлось быть на одномъ засѣданіи Общества врачей Восточной Сибири въ Иркутскѣ. Д-ръ *П. Ф. Астаховскій* показалъ тамъ одну больную проказой, находившуюся на пользованіи въ городской Кузнецовской больницѣ. Кто-то изъ присутствовавшихъ коснулся вопроса о центральной лепрозоріи въ Вилюйскѣ и предложилъ направлять туда всѣхъ прокаженныхъ изъ Иркутскаго района, не исключая и бурятъ съ о. Ольхона. Предложеніе это при ближайшемъ разсмотрѣніи было признано всѣми непріемлемымъ: всѣ признали, что заточеніе въ лепрозоріи равносильно безсрочному заключенію въ смирительномъ домѣ, безъ надежды на помилованіе; единогласно было рѣшено, что одна тоска убивала-бы больныхъ, доставленныхъ съ юга, напр., ламаитовъ номадовъ, или евреевъ, лишенныхъ возможности чувствовать отраду отъ выполненія религіозныхъ обрядовъ; всѣ согласились, что врачи призваны бороться съ болѣзнью, а не съ больными, что нельзя даже съ точки зрѣнія безусловной (фиктивной) общественной опасности говорить объ уединеніи прокаженныхъ, когда со дня на день можно ожидать, что наука дастъ специфическое средство противъ этой болѣзни, въ родѣ, напр., антилепрозной сыворотки.

Какъ-бы то ни было, Вилюйская лепрозорія скоро осуществилась; но, не смотря на широкую распланировку ея, она не сдѣлалась центральною даже для Якутской области: пришлось, кажется, остановиться предъ трудностями и дороговизною перевозки больныхъ изъ дальнихъ мѣстностей. Въ настоящее время въ Вилюйской колоніи около 70 прокаженныхъ; расходуется на нее болѣе 10000 р. въ годъ; имѣется спеціальный врачъ; но, насколько проникаютъ о ней въ печать замѣтки, слагается убѣжденіе не въ ея пользу.

Борба съ проказою путемъ устройства спеціальныхъ лепрозорій-пріютовъ съ режимомъ почти чумныхъ карантиновъ была указана если не лично покойнымъ проф. *Минхомъ*, убѣжденнымъ сторонникомъ того мнѣнія, что прокаженные могутъ передавать заразу окружающимъ, то его усердными послѣдователями-учениками. Вводя подобные, средневѣковаго типа, общежитія для прокаженныхъ, предполагаютъ, что слѣдуютъ примѣру Норвегіи, успѣшно борющейся съ проказой системою спеціальныхъ колоній. Дѣйствительно, въ Норвегіи въ 1856 г., какъ видно изъ статьи д-ра *Моркотуна* («Вѣстникъ общественной гигіены», 1898 г., августъ) считали 2833 прокаженныхъ. Съ тѣхъ поръ, послѣ устройства нѣсколькихъ центральныхъ лепрозорій (въ Bergen'ѣ, Drontheim'ѣ, Molde) число такихъ больныхъ изъ году въ годъ стало падать, и къ 1890 г. ихъ оставалось всего лишь 95.

Лепрозоріи обставлены тамъ со всѣми удобствами лучшихъ больницъ и поражаютъ посѣтителя чистотой, порядкомъ. Поступленіе въ нихъ никогда не было обязательнымъ для больныхъ, не смотря на безплатное содержаніе, а *всегда добровольнымъ*; но и при такомъ условіи лишь $^1/_2$ общаго числа прокаженныхъ прибѣгали къ этимъ спеціальнымъ пріютамъ, а прочіе оставались въ своихъ домахъ, принимая доступныя имъ мѣры ограниченія ближайшаго общенія съ односельчанами, но не оставляя своего двора и веденія хозяйства. Но и при такомъ во истину человѣчномъ отношеніи къ прокаженнымъ душевное ихъ состояніе оказывалось настолько потрясеннымъ, что они служили благодарной почвой для бугорчатки: вскрытіями обнаружено, что 40% умершихъ въ лепрозоріяхъ погибли отъ бугорчатки.

Всего съ 1856 г. по 1890 г. въ Норвегіи, кромѣ начальной цифры 2833 прокаженныхъ, занесено въ списки прибывшихъ 4606; изъ нихъ умерли 6135, выздоровѣли 207, вышли изъ-подъ наблюденія 288. Такимъ образомъ нельзя говорить о полной неизлѣчимости проказы: правда, излѣченіе наступаетъ лишь въ случаяхъ анэстетической (пятнистой) формы; но и узловатая форма часто даетъ временныя улучшенія и съ возвратами тянется 8—10 лѣтъ.

Изъ вышеприведенныхъ цифръ интересно отмѣтить, что, не смотря на точную запись прокаженныхъ въ Норвегіи (что возможно, благодаря поголовной грамотности населенія), часть больныхъ успѣваетъ скрыться. Нѣтъ сомнѣнія, что главнымъ образомъ эти «опороченные» на родинѣ больные переселились въ Сѣверную Америку: такъ тяжело имъ было чувствовать себя на положеніи отверженныхъ въ своемъ отечествѣ. Но и въ Соединенныхъ Штатахъ ихъ не оставили въ покоѣ. Приверженцы крутыхъ мѣръ, не смотря на культъ широкой свободы личности, Американцы постановили выселить прокаженныхъ изъ общихъ больницъ въ спеціальныя. Правда, такое рѣшеніе—не повсемѣстное, и противъ него протестуетъ часть населенія; такъ, въ Louisian'ѣ сожгли даже вновь построенную лепрозорію («Врачъ», 1901 г., № 24, стр. 787).

И такъ, возвращаясь къ Норвегіи, едва ли можно принять безъ возраженія тотъ выводъ, будто-бы ослабленіемъ проказы страна эта обязана лепрозоріямъ. Послѣднія доставили больше удобствъ по уходу за больными, но не вмѣстили въ себя всѣхъ гнѣздъ проказы, и прокаженные оставались разсѣянными въ сотняхъ домовъ и селеній. Уменьшеніе числа новыхъ заболѣваній зависитъ и не отъ вымиранія больныхъ фамилій, потому что прокаженные имѣютъ семьи, не всѣ члены которыхъ заболѣваютъ, при чемъ извѣстны случаи многолѣтнихъ брачныхъ сожитій больныхъ супруговъ со здоровыми, производящими здоровыхъ дѣтей. Остается признать наличность подъема общаго санитарнаго состоянія страны, распространенія гигіеническихъ свѣдѣній среди всего населенія, улучшенія домашней обстановки и діэты въ селеніяхъ, главнымъ образомъ благодаря систематическимъ народнымъ чтеніямъ, многочисленнымъ популярнымъ брошюрамъ и т. д. Для Норвегіи является анахронизмомъ утвержденіе, будто уменьшенію проказы она обязана лепрозоріямъ, карантинамъ, воспитывавшимъ и поддерживавшимъ въ населеніи безотчетный страхъ предъ заразой; напротивъ, вполнѣ возможно изъ исторіи Норвегіи сдѣлать выводъ, что мягкія, осторожныя, гуманныя мѣропріятія въ борьбѣ съ проказой, соотвѣтствующія неяснымъ нашимъ свѣдѣніямъ о сущности болѣзни, вполнѣ оказались цѣлесообразными.

Въ Приморской области необходимо отмѣтить 3 самостоятельныхъ района распространенія проказы: 1) сѣверные округи—Камчатскій и Охотскій, 2) низовье Амура и 3) Южно-Уссурійскій округъ.

1) Существуетъ мнѣніе, что туземцы сѣвера Приморской области не знали ни сифилиса, ни проказы. Полагаютъ, что сифилисъ занесенъ къ нимъ русскими завоевателями въ 17-мъ вѣкѣ, а проказа—якутами въ 30-хъ годахъ прошлаго 100-лѣтія. Якуты были вызваны въ Камчатку для развитія скотоводства и заселенія почтоваго тракта. Въ 1851 г. прибыло нѣсколько казачьихъ семей изъ Иркутской губ. для разведенія хлѣбопашества. По даннымъ д-ра *Шиманскаго*, посѣтившаго Камчатку въ 1897 г. и спеціально изучавшаго вопросъ о проказѣ по предложенію ген.-губ. Духовскаго, 1-ый случай смерти отъ проказы въ Петропавловскомъ округѣ отмѣченъ въ 1843 г.; всего умершихъ прокаженныхъ до лѣта 1897 г. было тамъ 120 чел., на лицо оставалось 10 больныхъ (изъ нихъ 4 съ узловатой формой, 4—съ пятнистой, нервной и 2—со смѣшанной).

До послѣдняго времени проказу, видимо, смѣшивали съ сифилисомъ. О развитіи послѣдняго къ срединѣ 70-хъ годовъ были получены столь тревожныя свѣдѣнія, что въ Камчаткѣ были открыты спеціальныя лѣчебницы, находившіяся въ завѣдываніи спеціально командированныхъ врачей. Но это продолжалось лишь 5—6 лѣтъ; затѣмъ больныхъ сифилисомъ стали находить для больничнаго пользованія не болѣе 40 чел. въ годъ, и, израсходовавъ 100000 р., всѣхъ врачей отозвали, и больнички закрыли.

Первые больные проказой были якуты; вслѣдъ за ними стали болѣть казаки-хлѣбопашцы, поселившіеся въ тѣхъ-же домахъ, гдѣ жили и болѣвшіе якуты. Въ настоящее время болѣютъ лишь осѣдлые жители, весьма бѣдные, изъ якутовъ, русскихъ и помѣсей съ камчадалами, но инородцы-кочевники (скотоводы, не рыболовы) не заболѣваютъ. Д-ръ *Слюнинъ*, нѣсколько лѣтъ путешествовавшій по Камчаткѣ, также отмѣчаетъ, что проказою болѣютъ преимущественно метисы, живущіе весьма грязно и употребляющіе въ пищу рыбу не только сырую, но и больную, т. наз. «саранную», у которой ему удалось найти чужеядное Myxololus *Pfeiffer*'a, род. Myxosporidae, сем. Sporozoa. Чужеядное это чаще вызываетъ тяжелыя эпидеміи у рыбъ, кажется, въ тѣхъ районахъ, гдѣ болѣе прокаженныхъ. Д-ръ *Слюнинъ* насчитывалъ прокаженныхъ въ Камчаткѣ въ 1898 г. 23 чел.; для 1889 г. онъ показалъ ихъ цифру въ 39 чел. О теченіи болѣзни онъ замѣчаетъ, что болѣзнь часто начинается ощущеніемъ одеревенѣлости на кистяхъ рукъ или предплечьи, съ отекомъ въ 0,5—2 стм. въ діаметрѣ; въ такой ступени болѣзнь держится около $1^1/_2$ лѣтъ; чрезъ 1 годъ появляется отекъ лица, который часто, продержавшись 2—4 мѣс. проходитъ; многіе больные пользуются мѣстными горячими водами, напр., Паратунскими.

Само населеніе склонно приписывать происхожденіе болѣзни передачѣ отъ зараженнаго. Такъ, въ Нижнекамчатскѣ больной К. разсказывалъ, что у нихъ въ селѣ не было проказы, пока не приплылъ изъ Петропавловска больной ею матросъ, котораго онъ и принялъ къ себѣ въ домъ: прежде всѣхъ заболѣла жена К., мывшая бѣлье больного; затѣмъ 2 сына К.; всѣ трое, какъ и больной матросъ, умерли; а наконецъ заболѣлъ и онъ самъ.

Наиболѣе неблагополучнымъ мѣстомъ по частотѣ проказы оказывается с. Николаевское, гдѣ въ рѣдкомъ домѣ не было прокаженнаго. Затѣмъ извѣстны больные въ Паратунскомъ, Петропавловскѣ, Авачѣ, Ключевскомъ, Нижнекамчатскомъ, Тигилѣ, Палланскомъ. Хотя въ настоящее время число прокаженныхъ въ Петропавловскомъ округѣ около 10, но ослабленія болѣзни предполагать нельзя въ виду недостаточности медицинскаго персонала въ округѣ и малоизвѣстности общей заболѣваемости населенія.

Въ округахъ Гижигинскомъ, Анадырскомъ случаевъ проказы не отмѣчено. По указаніямъ извѣстнаго знатока сѣвера г. Богораза, у чукочъ встрѣчаются неопредѣленныя накожныя болѣзни подъ названіемъ «пестрая», «мохнатая», «черная», но онѣ не считаются опасными для окружающихъ.

Въ Охотскомъ округѣ проживаютъ якуты, частью смѣшавшіеся съ мѣстными русскими тунгусами и даже коряками; среди нихъ-то и встрѣчается проказа. За послѣдніе 4 года записано 20 случаевъ ея; въ настоящее время числятся лишь 6 прокаженныхъ. Усиленная смертность обусловливается тѣмъ, что больныхъ отдѣляютъ отъ здоровыхъ, и они испытываютъ такое тяжелое нравственное состояніе, что физическое ихъ здоровье быстро падаетъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ, судьбу больного раздѣляютъ и здоровые члены семьи: такъ, изъ Охотска былъ выдѣленъ въ отдѣльный домикъ, въ 10 вер. отъ города, больной казакъ; за нимъ пошла и жена его; точно также за однимъ якутомъ изъ с. Инскаго послѣдовала его жена. Но вообще, по замѣчанію д-ра *Иволина*, душевное настроеніе прокаженныхъ—угнетенное; многіе изъ нихъ доходятъ до мысли о самоубійствѣ. Впрочемъ, о строгомъ отдѣленіи прокаженныхъ въ Охотскомъ округѣ, какъ и на Камчаткѣ, говорить нельзя: родственныя чувства тамъ не совсѣмъ еще порваны традиціоннымъ страхомъ заразы, очевидно привитымъ извнѣ, и больныхъ нерѣдко посѣщаютъ не только близкіе, но и просто знакомые. Конечно, въ этихъ сношеніяхъ замѣчается крайность неосторожности вслѣдствіе невѣжества населенія. На сѣверѣ бань нѣтъ, и не знаютъ не только стирки бѣлья, но даже его употребленія. Д-ръ *Иволинъ* склоненъ видѣть благопріятное условіе для распространенія проказы въ ненормальномъ питаніи населенія безъ соли, проквашенною или полусырою, вяленою рыбой; поэтому онъ признаетъ необходимымъ отмѣнить существующія стѣсненія по производству промысловой охоты, по недоразумѣнію распространенныя на инородцевъ. Вообще всѣ врачи относительно сѣвера Приморской области указываютъ на бѣдственное экономическое положеніе населенія, особенно инородцевъ, ихъ безпомощность во время голодовокъ («недорода рыбы»), крайнюю тяжесть отбываемыхъ повинностей, каковы: починка дорогъ, мостовъ, разстановка зимнихъ вѣхъ, содержаніе перевозовъ черезъ рѣки, отпускъ подводъ чиновникамъ, священникамъ, подъ почту (по 2 года не получаютъ ассигнованныхъ прогонныхъ денегъ), нарочныхъ, выгрузка и перевозка казенныхъ припасовъ, и къ этому еще содержаніе прокаженныхъ [1]).

Въ Петропавловскомъ округѣ о судьбѣ прокаженныхъ послѣ закрытія больницъ до послѣдняго времени заботились сельскія Общества. Правда, въ 1889 г. было выбрано для колоніи прокаженныхъ мѣсто на устьѣ р. Кихчики, но дальше разговоровъ дѣло не пошло. Въ 1898 г. было предположено построить лепрозорію около г. Петропавловска. Нѣкоторые предполагали для лепрозоріи скупить всѣ дома въ с. Николаевскомъ (47 в. отъ Петропавловска), а здоровыхъ жителей переселить въ другія мѣстности. Предложеніе это основывалось на томъ обстоятельствѣ, что въ большинствѣ жилыхъ построекъ въ этомъ селеніи живутъ прокаженные. Но по подсчету на удовлетвореніе владѣльцевъ потребовалось-бы свыше 5000 р., а отпущено было въ 1899 г. на постройку лепрозоріи лишь 4000 р. На эту сумму предполагалось еще построить спеціальныя зданія на какомъ-либо минеральномъ ключѣ, напр., на Паратунскихъ горячихъ водахъ (около 60 в. отъ Петропавловска); но проэктъ этотъ тоже не былъ осуществленъ. Кажется, остановились на постройкѣ лепрозорій въ нѣсколькихъ верстахъ отъ Петропавловска.

Кромѣ того, насколько мнѣ извѣстно, была составлена слѣдующая смѣта для Петропавловской лепрозоріи въ 1900 г.:

[1]) Въ Охотскомъ округѣ на содержаніе прокаженныхъ производится благотворительный сборъ между состоятельными и отзывчивыми обывателями города, чтобы избѣжать нищенства, побиранія милостыни прокаженными или ихъ семьями. Въ 1900 г. такимъ путемъ было собрано 951 р. 25 к.

фельдшеру (онъ-же смотритель лепрозоріи) 600 р., на освѣщеніе 100 р., на отопленіе 332 р., на лѣкарства 200 р., на ремонтъ зданія 200 р., на ремонтъ бѣлья 150 р., на разъѣзды врача 200 р., на продовольствіе 15 больныхъ и служащихъ въ лепрозоріи 1230 р., на малые расходы 100 р., а всего 3112 р. Едва-ли въ составленіи такой смѣты принимали участіе врачи: въ ней видна забота только о «хозяйственной» части, а не о больныхъ. Врачи смотрятъ на лепрозорію, какъ на спеціальный пріютъ-больницу, и прежде всего считаютъ необходимымъ присутствіе въ ней сестры милосердія; между тѣмъ о сестрѣ милосердія и о вознагражденіи ей въ смѣтѣ ничего не упоминается.

Относительно сѣвера области (Петропавловская колонія должна играть роль центральной для всего Охотско-Камчатскаго края) администрація за послѣднее время энергичнаго попеченія въ дѣлѣ устройства прокаженныхъ не прилагала. Такъ, на громадные районы въ 160000—340000 кв. верстъ приходилось лишь по 1 врачу [1]), хотя въ ненавигаціонное время, особенно зимою, нѣтъ возможности командировать ему замѣстителя въ случаѣ его смерти или болѣзни. Ради приведенія въ извѣстность числа прокаженныхъ до сихъ поръ систематическаго объѣзда всѣхъ населенныхъ мѣстъ врачами въ сѣверныхъ округахъ не дѣлалось. Правда, на бумагѣ былъ предписанъ подобный поголовный осмотръ населенія, но для такой поѣздки врачамъ не отпустили прогонныхъ денегъ, и они не сочли возможнымъ обременять населеніе безплатными подводами и проводниками на сотни верстъ хотя-бы и ради научныхъ цѣлей. Дѣйствительно, какой-бы смыслъ имѣлъ объѣздъ врача, если почти нѣтъ постоянныхъ фельдшерскихъ пунктовъ и само населеніе не видитъ цѣли показывать всѣхъ своихъ сомнительныхъ больныхъ? При страхѣ предъ выселеніемъ изъ родныхъ мѣстъ на вѣки въ учрежденіе съ неизвѣстнымъ уставомъ, сами больные, естественно, уклонятся отъ санитарнаго осмотра врача, уйдутъ на время его проѣзда въ тайгу, а родные ихъ заявятъ, что отсутствующіе члены семьи—здоровы, ушли на охоту или рыбную ловлю, можетъ быть, на цѣлый мѣсяцъ; не задерживаться-же въ селеніи врачу въ ожиданіи возвращенія лицъ, не подвергнутыхъ еще осмотру [2]).

2) Гораздо больше и гуще населеніе въ низовьяхъ Амура [3]). Проказа въ краѣ существуетъ издавна. Около Николаевска встрѣчаются прокаженные среди якутовъ, перешедшихъ черезъ Становой Хребетъ въ бассейнъ р. Амура, что неудивительно, если вспомнить, что въ Камчатку и на Амуръ переселились семьи, «подозрительныя по проказѣ». По р. Дондону (лѣвому притоку Амура) извѣстны цѣлыя урочища, гдѣ гольды поголовно вымерли отъ проказы: больныхъ, какъ только природа ихъ страданія распознавалась сородичами, выселяли на необитаемые острова, гдѣ они и гибли. Такія злополучныя мѣстности среди гольдскаго населенія указываются во многихъ пунктахъ по берегамъ Амура. Такъ, близь с. Пермскаго въ гольдскомъ становищѣ Мылки и по сосѣдству съ нимъ съ 1855 г. по 1858 г. вымерли отъ проказы 8 инородческихъ семей; такое-же вымираніе гольдовъ отмѣчается и въ с. Иннокентьевскомъ. Не смотря на безотчетный страхъ передъ проказою у гольдовъ, не смотря на полное уединеніе не только больныхъ, выдѣляемыхъ въ пустынные районы, но и всей семьи, гдѣ они оказались, проказа среди гольдовъ распространяется и въ настоящее время. Впрочемъ, гольды берегутся лишь опороченныхъ—опознанныхъ больныхъ, выгоняютъ ихъ въ особыя юрты, которыя по смерти прокаженныхъ и сжигаютъ со всѣмъ скарбомъ, не роднятся съ семьями, гдѣ обнаружена болѣзнь, и вообще избѣгаютъ сношеній съ ними, но мѣстностей, гдѣ была цѣлая эпидемія, не бросаютъ; напр., въ дер. Синда въ 80-ые годы вымерло отъ проказы 7 юртъ, но инородцы живутъ тамъ и въ настоящее время, хотя проказа тамъ не переводится. Гиляки и тунгузы въ низовьяхъ р. Амура также подвержены проказѣ, хотя ихъ сородичи на о. Сахалинѣ до сихъ поръ свободны отъ этой болѣзни.

Среди русскаго населенія, по имѣющимся свѣдѣніямъ, проказа появилась съ 1876 г. Въ это время отмѣчены были 3 неблагополучныхъ пункта:

1) Въ с. Горюнѣ или Среднетамбовскомъ заболѣла проказою поселенка Г., мѣсто родины которой и начало болѣзни неизвѣстны; умерла она въ 1883 г. Служанкою у нея была крестьянка А. Б., у которой впослѣдствіи тоже обнаружена была проказа, и ее выдѣлили въ селѣ-же въ отдѣльную (въ $^1/_2$ в. разстоянія) избушку, куда ей носилъ пищу (хлѣбъ) старикъ С. Въ 1891 г. Б. умерла, и тѣло ея обмывалъ крестьянинъ П. В.; вскорѣ и у С. и у П. В. обнаружилась проказа.

2) Въ с. Малмыжскомъ заболѣлъ крестьянинъ П., часто ѣздившій къ гольдамъ; онъ былъ женатъ, имѣлъ дѣтей, умеръ въ въ 1891 г., по истеченіи 15 лѣтъ болѣзни, 38 л. Въ семьѣ его проказы не было. Но въ годъ его смерти обнаружилась проказа въ томъ-же селеніи у жены солдата А. Г., а затѣмъ и у ея отца матроса С. К., 60 л. Послѣдніе двое часто ѣздили въ с. Орловское къ Ш. (см. ниже), гдѣ также были прокаженные.

3) Въ с. Орловскомъ въ 70-ые годы болѣли проказой 3 брата Ш.; 1-ый изъ нихъ зараженіе приписывалъ гольдамъ, среди которыхъ онъ скупалъ пушнину. Въ томъ-же селеніи проказа была въ 1876 г. у А. К., а съ 1881 г. и у крестьянина С. Б., 40 л., имѣвшаго мало общенія съ Ш.; послѣдніе были очень зажиточными людьми, гоняли почту на ст. Хамми. Въ 1890 г. Ш. переселились въ Никольскъ-Уссурійскій. С. В. тоже былъ изъ зажиточныхъ крестьянъ, братъ его держалъ почтовую тройку (лодку) въ с. Орловскомъ. Впрочемъ, и эти «состоятельные» поселяне питались подобно прочимъ недоброкачественными продуктами, но лишь въ большемъ количествѣ.

Съ 80-хъ годовъ стало извѣстно уже нѣсколько новыхъ пунктовъ проказы среди русскаго населенія низовьевъ Амура. Такъ прибавились:

4) С. Вознесенское, гдѣ заболѣла родственница А. К. (изъ с. Орловскаго) А. К., 45 л.; она была отдѣлена въ особый домикъ внѣ селенія; пищу къ ней носилъ К. К., 17 л., у нея-же часто бывалъ Е. В. 23 л.; оба послѣдніе въ 1886 г. оказались пораженными проказой. Отецъ В. содержалъ почтовый станокъ Хутари.

5) С. Пермское, въ которомъ обнаружилась зараза у крестьянина Ф. П. (умершаго черезъ 7 лѣтъ болѣзни въ 1891 г.), приписывавшаго зараженіе общенію съ гольдами, съ которыми онъ вмѣстѣ косилъ сѣно. П. торговалъ приказчикомъ въ кабакѣ, принадлежавшемъ богатому крестьянину К; сынъ послѣдняго М. съ 1887 г., будучи уже 40 л., заболѣлъ проказою. Нѣсколько ранѣе заболѣла проказою крестьянка М. Ч., служившая до того служанкою у Ш.

6) Николаевскъ, гдѣ на пріемахъ въ гражданской больницѣ отмѣченъ больной проказою (безъ имени). Изъ Николаевска-же въ 1888 г. явилась въ Хабаровку дѣвушка, 16—17 л. (имя ея не сохранилось), съ выпавшими бровями и буграми на лицѣ; она желала поступить въ услуженіе, но была отправлена обратно.

Въ это-же время было извѣстно нѣсколько случаевъ заболѣваній проказою и среди китайцевъ, проживавшихъ въ гольдскихъ стойбищахъ цѣлыми десятками лѣтъ, бравшихъ себѣ въ жены гольдячекъ. Эти китайцы имѣли мелочныя лавки и занимались скупкою пушнины у инородцевъ; изъ нихъ можно назвать В. въ стойбищѣ Андахъ (на берегу Амура противъ с. Горюна), Х. (на 9 верстъ ниже дер. Листвяничной). Въ русскихъ селеніяхъ прокаженныхъ съ явными признаками болѣзни выдѣляли, помѣщали въ хаткахъ-юрточкахъ (зимовьяхъ) вблизи деревень. Ухода за ними въ смыслѣ, напр., перевязки ранъ, не было никакого; даже пища доставлялась неисправно, и больные, истощенные одиночнымъ пребываніемъ въ своемъ логовѣ, часто вынуждены были просить хлѣба раздирающимъ душу крикомъ, доносившимся до деревни (въ разстояніи сотенъ саженъ).

Въ 90-ые годы администрація стала обращать больше вниманія на прокаженныхъ въ краѣ. Были открыты еще новые центры болѣзни; такъ: 7) въ с. Воронежскомъ заболѣла крестьянка Б., 42 л.; 8) въ с. Троицкомъ крестьянинъ С. (умеръ въ 1893 г.), торговавшій съ гольдами по р. Дондону; позднѣе заболѣли крестьяне Д. и Р. Г., 9) въ с. Маріинскомъ—крестьянинъ З.; 10) въ с. Больше-Михайловскомъ—крестьянка В. 27 л., крестьянинъ А. П. 48 л.; 11) въ с. Нижне-Тамбовскомъ—крестьянинъ Н. 50 л. У многихъ изъ вновь заболѣвшихъ были большія семьи, большинство членовъ которыхъ оставались здоровыми, не смотря на

[1]) Плотность населенія въ 0,02—0,04 чел. на 1 кв. версту.

[2]) На всемъ сѣверѣ Приморской области населенія числится около 35000 чел.; изъ нихъ коренныхъ русскихъ и обрусѣвшихъ инородцевъ лишь 2500 ч., разсѣянныхъ въ 32 населенныхъ пунктахъ, не считая временныхъ обиталищъ во время рыбной ловли, охоты и стойбищъ туземцевъ.

[3]) Русскіе стали селиться здѣсь на протяженіи 1000 верстъ между Хабаровскомъ и Николаевскомъ съ 1855 г. Къ концу 1860 г. ихъ было уже около 3000 душъ. Въ настоящее время, не считая городского населенія (въ Хабаровскѣ 15000, а въ Николаевскѣ 7000) поселянъ русскихъ въ 30 населенныхъ пунктахъ около 2000. Къ нимъ надо прибавить столько же туземцевъ-гольдовъ, гилякъ, тунгусовъ, имѣющихъ сотни населенныхъ пунктовъ осѣдлости. Кромѣ того, по р. Аргуни, притоку Амура, съ 70-хъ годовъ разрабатываются золотые пріиски, пришлое населеніе которыхъ составляетъ до 6000 чел. Наконецъ, по Амуру ходятъ рѣчные пароходы, баржи; въ Николаевскѣ они побываютъ за навигацію разъ 120 и перевезутъ не менѣе 8000 пассажировъ сверху и около 9000 снизу; сверхъ того морскіе пароходы, тоже дѣлающіе до 120 посѣщеній за навигаціонный періодъ, доставляютъ около 2500, а увозятъ около 1500 чел.; зимою-же по Амуру идутъ почты и проѣзжаютъ пассажиры, слѣдующіе на пріиски, въ Николаевскъ, на Сахалинъ и обратно. Сельское населеніе Амура живетъ не земледѣліемъ, а прежде всего рыболовствомъ, затѣмъ рубкою дровъ для пароходовъ, скотоводствомъ (рогатый скотъ), огородничествомъ (доставкой съѣстныхъ продуктовъ проѣзжающимъ) и охотой. Край имѣетъ вволю рыбы, но не умѣетъ ее сберегать (отсутствіе и дороговизна соли). Мука яричная, пшеничная еще недавно доставлялась изъ Забайкалья или Одессы, обыкновенно горькая, тухлая, въ комьяхъ; въ послѣдніе годы она привозится изъ Уссурійскаго края и Манчжуріи, но не всегда доброкачественная; населеніе болѣе любитъ крупчатку, доставляемую американцами (но на нее со введеніемъ таможни въ 1901 г.—налогъ), и рисъ, привозимый японцами рыбопромышленниками и китайцами (низшаго качества). Мясо доставляется изъ Забайкалья, а въ послѣднее время и изъ Манчжуріи, сохраняется примитивно. Въ послѣдніе годы развилась рыбопромышленность: рыбу скупаютъ у населенія за безцѣнокъ капиталисты; за 1900 г. внезапно около Николаевска была введена новая система налога на рыбный промыселъ, давшая вдругъ казнѣ до 150000 р. дохода. Населеніе вообще нищенствуетъ, хронически голодаетъ, какъ по качеству пищи, такъ и по количеству (рыба, усиленно добываемая, усиленно и вывозится изъ края). Въ первыя 10-лѣтія, послѣ устройства поселеній (чуть-ли не по образцу Аракчеевскихъ), въ области были сильныя и постоянныя эпидеміи цынги. И за послѣднее время дороговизна съѣстныхъ припасовъ—прямо невѣроятная, особенно въ долгую зиму.

многолѣтнее тѣсное сожительство. До сихъ поръ односельчане мало настаивали на выдѣленіи прокаженныхъ за черту деревни; обыкновенно сами больные, видя, что ими всѣ брезгаютъ, что они доставляютъ массу хлопотъ роднымъ, находили нужнымъ, по примѣру инородцевъ, селиться отдѣльно; болѣе зажиточные высматривали себѣ избушку на задахъ своихъ дворовъ; бѣдныхъ заставляли выселяться, но при этомъ ни семьямъ ихъ, ни имъ самимъ опредѣленныхъ вспоможеній отъ однообщественниковъ не оказывалось.

Съ своей стороны, администрація съ 1893 г. принимала мѣры къ оздоровленію селъ, заставляя насильственно выселять прокаженныхъ даже въ начальной ступени болѣзни; при этомъ было сдѣлано распоряженіе о содержаніи такихъ больныхъ на счетъ сельскихъ Обществъ. Сельскіе старосты сами не вѣдали прокормленіемъ прокаженныхъ, а передавали деньги на пропитаніе ихъ родственникамъ. Начальство требовало лишь составленія приговоровъ о содержаніи прокаженныхъ, но въ подробности дѣйствительнаго питанія больныхъ, своевременнаго отпуска средствъ на это не входило. Такимъ образомъ новое и, слѣд., неукоснительное распоряженіе о сельскомъ отдѣленіи прокаженныхъ вводилось въ жизнь безъ соображенія съ дѣйствительнымъ положеніемъ отверженныхъ. Въ результатѣ отдѣленіе соблюдалось родными не строго, но отдѣленные, и при крѣпости физическихъ силъ, были лишены права и возможности работать на семьи, кормить своихъ близкихъ; даже отъ ближайшихъ родственниковъ ихъ, вполнѣ здоровыхъ, отняли много заработковъ, напр. запретили держать обывательскія квартиры, содержать почтовую гоньбу.

Въ Николаевскѣ-же не оказалось даже возможнымъ устроить отдѣленіе прокаженныхъ. Въ 1893 г. д-ръ *Колмовскій*, ссылаясь на факты, указывалъ, что пораженные проказой побираются по домамъ, другіе пьянствуютъ въ кабакахъ, или находятся въ услуженіи, или наконецъ, содержатся въ тюрьмѣ. При этомъ формы, ступени болѣзни не различались, и всѣ прокаженные считались безусловно опасными для окружающихъ. Впрочемъ и изъ селеній временами доходили слухи о передвиженіяхъ прокаженныхъ; напр., крестьянинъ Н., бондарь, не считалъ возможнымъ просить милостыню, а пошелъ бродить по деревнямъ, зарабатывая средства къ жизни личнымъ трудомъ; при этомъ съ нимъ случался грѣхъ; онъ попался на мелкомъ воровствѣ,—и сельскія власти не знали, какъ съ нимъ поступить; порѣшили на томъ, что завели его въ какую-то баню съ маленькими окнами и заколотили для вѣрности дверь, а кормили черезъ форточку, не заботясь объ очисткѣ помѣщенія. *Н. Кириловъ.*

(Окончаніе слѣдуетъ).

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

Фармакологія. 1016. Д-ръ *Peter Rixer* (Berlin) изучалъ *дѣйствіе нейронала* (*neuronal*) *при падучей* и на основаніи своихъ наблюденій приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. При состояніяхъ эпилептическаго возбужденія или растерянности нейроналъ является дѣйствительнымъ успокаивающимъ средствомъ; въ большинствѣ случаевъ для успокоенія больного достаточно 1,0—2,0 грм.; при сильномъ возбужденіи и двигательномъ безпокойствѣ успѣшный результатъ достигается отъ пріема въ 3—4 грм. Особенно благопріятно дѣйствіе нейронала при сильной головной боли, наступающей послѣ эпилептическихъ припадковъ, а также при нервныхъ разстройствахъ мѣсячныхъ. Неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій не наблюдалось (Münchener med. Wochenschrift, № 48). *А. Коварскій.*

1017. Д-ръ *R. Riegner* изложилъ свои наблюденія надъ *новымъ производнымъ гексаметилентетрамина—хетралиномъ*, который, по своему химическому составу, является діоксибензолъ-гексаметилентетраминомъ и представляетъ бѣлое кристаллическое вещество, легко растворимое въ водѣ, не измѣняющееся на воздухѣ и разлагающееся лишь при 160° Ц. Хетралинъ имѣется въ продажѣ въ формѣ табличекъ по 0,5 грм. Авторъ примѣнялъ его при воспаленіяхъ мочевого пузыря наравнѣ съ уротропиномъ и другими обеззараживающими мочу средствами, въ количествахъ отъ $1^1/_2$—до 3 грм. въ день, и, наглядно пояснивъ дѣйствіе средствъ 6-ью приведенными исторіями различныхъ заболѣваній, осложненныхъ страданіями мочевого пузыря, добавилъ, что онъ ни разу не наблюдалъ при его употребленіи какихъ-либо вредныхъ послѣдствій и что даже при длительномъ его назначеніи больные переносили его вполнѣ хорошо. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ болѣзненныя измѣненія мочевыхъ путей не зашли еще далеко, хетралинъ задерживалъ или даже предупреждалъ разложеніе мочи и, если нельзя установить его лучшаго дѣйствія надъ уротропиномъ, то все-же его, по мнѣнію автора, слѣдуетъ признать безвреднымъ и при извѣстныхъ условіяхъ весьма удобнымъ его замѣстителемъ (Wiener kl.-th. Wochenschrift, № 27). *Г. Александровъ.*

1018. Д-ръ *Max Hackl* (Solln-München) предлагаетъ вмѣсто обыкновеннаго теоцина, назначать теоцинъ-уксуснокислый натръ (*Theocin-Natrum aceticum*), представляющій двойную соль теоцинъ-натра и уксусно-кислаго натра. Преимущество новаго препарата заключается въ томъ, что при его примѣненіи не наблюдается тѣхъ неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій (тошноты, рвоты), что при теоцинѣ. Дается онъ въ видѣ порошка или въ растворѣ, по 0,3—0,5 грм. на пріемъ, 3 раза въ день; слѣдуетъ принимать его всегда послѣ ѣды. Препаратъ этотъ хорошо дѣйствуетъ также и при назначеніи его въ видѣ свѣчекъ. Онъ имѣется въ продажѣ и въ видѣ таблетокъ, по 0,1 и 0,25 грм., но авторъ не совѣтуетъ прописывать его въ этомъ видѣ, такъ какъ больные относятся съ недовѣріемъ ко всѣмъ лѣкарствамъ въ фабричной упаковкѣ (Therapie der Gegenwart, декабрь). *А. Коварскій.*

Внутреннія болѣзни. 1019. Д-ръ *Milchner* (изъ поликлиники проф. *Senator*'а въ Berlin'ѣ) описываетъ интересный случай заболѣванія почки, доказывающій, что *правильное и безошибочное распознаваніе бугорчатки почекъ* можетъ быть сдѣлано лишь тогда, когда въ мочѣ *при помощи опыта на животномъ* доказано присутствіе настоящихъ бугорчатковыхъ палочекъ.

Дѣвочка, 11 л., 3 мѣсяца страдала почечными кровотеченіями. Кровь въ мочѣ появлялась черезъ каждые 8—14 дней и послѣ 2-дневнаго промежутка смѣнялась густымъ гноемъ. Кровотеченія сильно истощили ребенка: дѣвочка была худа и блѣдна; однако, всѣ органы груди и живота, за исключеніемъ лѣвой почки, не представляли уклоненій отъ нормы. Лѣвую почку легко можно было прощупать; она была замѣтно увеличена и болѣзненна при надавливаніи. Въ мочѣ всегда было много гноя и слѣды бѣлка; при окраскѣ осадка по способу *Galbet*'а найдено было много кислотоупорныхъ палочекъ. Изслѣдованіе мочи, полученной при помощи катетеризаціи мочеточниковъ послѣ предварительнаго впрыскиванія флоридзина, дало слѣдующій результатъ:

	правая почка:	*лѣвая почка:*
количество	20	40
осадокъ	никакого	гнойныя клѣтки
уд. в.	*1005* *) (?)	1002
точка замерзанія	—1°,09 Ц.	—0°,4 Ц.
количество мочевины	0,8	0,5
количество сахара	2,15%	0,25

На основаніи этихъ данныхъ, ясно указывавшихъ на бугорчатковое пораженіе лѣвой почки, была сдѣлана операція, давшая совершенно неожиданный результатъ: въ почкѣ не оказалось никакихъ признаковъ бугорчатковаго заболѣванія; вмѣсто него найденъ былъ ясно выраженный гидронефрозъ съ сильнымъ перегибомъ лѣваго мочеточника у самаго его начала. Почка и мочеточникъ были удалены и ребенокъ послѣ операціи быстро поправился: черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи отмѣчена прибавка въ вѣсѣ на 15 ф. Моча все время оставалась совершенно прозрачной; крови въ ней больше не появлялось. Чтобы рѣшить вопросъ о происхожденіи кислотоупорныхъ палочекъ, авторъ изслѣдовалъ мочу послѣ операціи,—и въ ней оказались тѣже палочки; между тѣмъ при изслѣдованіи мочи, добытой катетеромъ, кислотоупорныхъ палочекъ найдено не было. Дальнѣйшее изслѣдованіе обнаружило, что кислотоупорныя палочки гнѣздились между срамныхъ губъ ребенка.

На основаніи вышеприведеннаго случая авторъ настаиваетъ на томъ, чтобы въ каждомъ случаѣ предполагаемой бугорчатки почекъ, не смотря на наличность всѣхъ клиническихъ признаковъ, говорящихъ въ пользу распознаванія этой болѣзни, непремѣнно былъ сдѣланъ опытъ на животномъ, такъ какъ только этимъ путемъ распознаваніе можетъ быть поставлено безошибочно (Berliner klinische Wochenschrift, № 49). *А. Коварскій.*

Хирургическія болѣзни. 1020. Д-ръ *Leusden* описываетъ *интересный случай двойного выпаденія кишекъ изъ свища при бугорчатковомъ воспаленіи брюшины.*

Мальчикъ—3 л. Родители больны бугорчаткой. 4 недѣли—боли и вздутіе живота, замѣтное истощеніе, вечернія повышенія температуры. При поступленіи: сильное вздутіе живота съ притупленіемъ въ отлогихъ частяхъ. Проясненія звука при перемѣнѣ положенія, равно какъ и зыбленія нѣтъ. Чревосѣченіе: брюшина утолщена и покрыта множествомъ бугорковъ; кишки между собою спаяны; въ брюшной полости значительное скопленіе жидкости. Наиболѣе крѣпкія срощенія кишекъ съ переднею

*) Здѣсь, очевидно, вкралась опечатка, такъ какъ при содержаніи сахара въ 2,15% и точкѣ замерзанія въ —1°,09 уд. в. въ *1005* немыслимъ. *Реф.*

стѣнкою у пупка. Глухой шовъ. Спустя 23 дня въ срединѣ рубца, соотвѣтственно пупку, образовался каловой свищъ. Спустя еще нѣсколько мѣсяцевъ всѣ испражненія стали выходить только черезъ свищъ, при чемъ произошло выпаденіе черезъ свищъ и приводящаго, и отводящаго концовъ (Hammerdarm). 2-ая операція: кишки вправлены; кожа вокругъ свища отслоена и сшита; область живота послѣ этого вторично вымыта, затѣмъ вскрыта брюшная полость; стѣнка кишки, образовавшая свищъ, иссѣчена вмѣстѣ съ покрывавшей ее кожею, и оба кишечныхъ конца соединены швомъ. Замѣчательно, что вся брюшина имѣла совершенно гладкій видъ. Найдено было лишь одно сыровидно перерожденное бугорчатковое гнѣздо. Свободной жидкости не было. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ подслизистой ткани найдено нѣсколько бугорковъ въ состояніи обратнаго развитія. Полное, гладкое выздоровленіе.

Случай этотъ, между прочимъ, показываетъ возможность полнаго выздоровленія даже при очень тяжелыхъ формахъ бугорчатковаго пораженія брюшины (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXII). *Б. К. Финкельштейнъ.*

1021. Проф. *Kappeler* описываетъ *случай успѣшнаго наложенія шва на колоторѣзаную рану лѣваго предсердія.* Въ литературѣ это—2-ой случай оперативнаго лѣченія раны предсердія (въ остальныхъ случаяхъ было раненіе желудочковъ).

Мужчина, 42 л., нанесъ себѣ длиннымъ ножемъ въ припадкѣ меланхоліи 2 раны въ грудь. Одна рана, длиною въ 2,5 стм.,—надъ 3-мъ ребромъ, на 3 поперечныхъ пальца влѣво отъ края грудины, 2-ая—нѣсколько кнутри и книзу въ 3-мъ межреберьѣ. Изъ ранъ сперва было незначительное кровотеченіе. Спустя 2 часа пульсъ участился до 138 ударовъ; слѣва сзади—притупленіе съ сильнымъ ослабленіемъ дыханія; изъ ранъ появилось сильное кровотеченіе; блѣдность, похолоданіе конечностей, жажда, дых. 40. Сердечная тупость—съ верхняго края 4-го ребра, вправо заходитъ на поперечный палецъ за край грудины, влѣво—нормальна. При попыткѣ больного подняться изъ ранъ хлынула алокрасная кровь. Подъ кожу впрыснута соль; возбуждающія. Операція. Образованъ лоскутъ съ основаніемъ внутрь. Найдено раненіе плейры и околосердечной сорочки. У основанія лѣваго ушка, по расширеніи раны околосердія, найдена рана, длиною въ 1 стм., откуда при каждомъ расширеніи сердца выливалась струя крови. При сокращеніи сердечной мышцы кровотеченіе останавливалось. Рана предсердія зашита; зашита также и рана околосердія (по удаленіи изъ послѣдняго крови); лоскутъ приложенъ на мѣсто; въ полость плейры—дренажъ. Выздоровленіе затянулось вслѣдствіе нагноенія въ плейрѣ, потребовавшаго изсѣченія реберъ и дренированія полости (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXII). *Б. Финкельштейнъ.*

1022. Д-ръ *Hertle* описываетъ *случай удаленія большой носоглоточной фибромы посредствомъ временного изсѣченія обѣихъ верхнихъ челюстей по Kocher*'у. Въ литературѣ описано всего 5 случаевъ подобной операціи.

Больной, 20 л., уже былъ оперированъ по поводу большой носоглоточной фибромы путемъ временного изсѣченія одной челюсти по *Langenbeck*'у. Поступилъ съ жалобой на закупорку лѣвой ноздри вновь образовавшейся опухолью и на сильныя носовыя кровотеченія. Мягкое небо оттѣснено книзу; вся носоглоточная полость занята большою опухолью, покрытой слизисто-гнойнымъ налетомъ. Сперва нижнее горлосѣченіе и тампонада дыхательнаго горла помощью *Trendelenburg*'овской трубки. Разсѣчена срединнымъ разрѣзомъ верхняя губа, на мѣстѣ переходной складки слизистой оболочки щеки на ячеистый отростокъ проведены съ обѣихъ сторонъ разрѣзы, длиною въ 6 стм., до кости и отъ мѣста соединенія ихъ отвѣсный разрѣзъ книзу между средними верхними рѣзцами. По отслойкѣ надкостницы изъ поперечнаго разрѣза на 1 стм., широкимъ долотомъ пересѣчены спереди назадъ ячеистые отростки съ частью *Highmor*'овой полости. Затѣмъ отростки разъединены по срединѣ, такъ что осталась нетронутой только часть мягкаго неба и язычекъ. Тампонада сильно кровоточившей раны и раздвиганіе челюстей крючками. Найдено, что опухоль выполняетъ все лѣвое носоглоточное пространство и распадается на 2 части, изъ которыхъ передняя занимаетъ переднюю носовую и лѣвую *Highmor*'ову полость, задняя — полость глотки собственно (cavum pharyngeale). Опухоль удалена; ножка ея на основаніи черепа прижжена приборомъ *Paquelin*'а. Остановка кровотеченія тампонадой и прижиганіемъ. Шовъ слизистой оболочки неба. Гладкое теченіе. Небольшая недостача твердаго неба, образовавшаяся вслѣдствіе перелома, закрыта спустя 6 недѣль пластикой. Уже спустя 10 дней больной могъ пережевывать твердую пищу. Спустя 7 мѣсяцевъ возврата не было. Косметическій результатъ вполнѣ удовлетворительный (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXIII). *Б. Финкельштейнъ.*

1023. Д-ръ *Hartmann* описываетъ *рѣдкій случай первичнаго воспаленія слѣпой кишки съ послѣдовательнымъ пораженіемъ червеобразнаго отростка.*

Больной—30 л. Боли въ правой подвздошной области—4 года. За 8 дней до поступленія онѣ усилились. Въ правой подвздошной впадинѣ плотная, болѣзненная опухоль, съ голубиное яйцо. Чревосѣченіе. На наружной поверхности слѣпой кишки множественныя, плоскія, лентообразныя сращенія. Такія-же сращенія образуютъ съ заднею стѣнкою слѣпой кишки карманъ, въ которомъ лежалъ червеобразный отростокъ. Послѣдній легко былъ извлеченъ и удаленъ. Микроскопически—т. наз. зернистый аппендицитъ (appendicitis granulosa).

Авторъ предполагаетъ на основаніи найденныхъ измѣненій, что первичное воспаленіе слѣпой кишки вызвало послѣдовательное небольшое пораженіе отростка (Zeitschrift für Chirurgie, т. LXII). *Б. Финкельштейнъ.*

Физіотерапія. 1024. Вопросъ о *вліяніи Roentgen'овскихъ лучей на кроветворящіе органы* изученъ еще сравнительно мало. Изъ опытовъ *Heinecke* извѣстно лишь, что подъ вліяніемъ этихъ лучей происходитъ разрушеніе фолликуловъ селезенки и лимфатическихъ железъ. О вліяніи х-лучей на костный мозгъ экспериментальныхъ данныхъ до сихъ поръ не было, и поэтому *R. Milchner* и *M. Mosse* (изъ поликлиники проф. *Senator*'а) рѣшились пополнить этотъ пробѣлъ. Они подвергали одну изъ заднихъ конечностей кроликовъ дѣйствію *Roentgen*'овскихъ лучей, при чемъ другую конечность защищали свинцовыми листами. Примѣнялись твердыя трубки при силѣ тока въ 3 ампера, ртутномъ прерывателѣ съ 2000 перерывовъ въ минуту при индукторѣ въ 50 стм. длины искры и при разстояніи трубки въ 10—12 стм. Каждый сеансъ длился 15—30 мин.; въ общемъ каждый кроликъ подвергался дѣйствію лучей 3—4 часа. Въ результатѣ оказалось, что лучи проявляли избирательное дѣйствіе исключительно на бѣлые кровяные шарики: многіе изъ нихъ совершенно были разрушены, а въ остальныхъ исчезла зернистость; измѣненію подверглись одинаково лимфоидные и миэлоидные элементы; что касается красныхъ кровяныхъ шариковъ, то какъ ядросодержащіе, такъ и безъядерные, по видимому, остались совершенно неизмѣненными. Это обстоятельство имѣетъ значеніе для вопроса о лѣченіи *Roentgen*'овскими лучами тяжелыхъ малокровій; на основаніи этихъ данныхъ нѣтъ основанія ожидать, что рентгенотерапія окажется полезной при лѣченіи этой болѣзни крови. Авторы дѣлаютъ изъ своихъ опытовъ дальнѣйшій выводъ; тотъ фактъ, что число красныхъ кровяныхъ шариковъ остается неизмѣненнымъ при сильномъ разрушеніи бѣлыхъ, говоритъ за то, что красные кровяные шарики происходятъ не изъ бѣлыхъ, какъ думаютъ многіе изслѣдователи, а путемъ дѣленія красныхъ-же (Berliner klinische Wochenschrift, № 49). *А. Коварскій.*

1025. Д-ръ *Joachim* и *Kurpjuweit* (изъ клиники проф. *Lichtheim*'а въ Königsberg'ѣ) описываютъ *2 случая успѣшнаго лѣченія бѣлокровія Roentgen'овскими лучами.*

1-ый изъ этихъ случаевъ представлялъ костномозговую форму. Составъ крови былъ слѣдующій: гэмоглобина 40%, красныхъ кровяныхъ шариковъ 2500000, бѣлыхъ 693000, изъ нихъ 58% миэлоцитовъ; селезенка была сильно увеличена и доходила до лоннаго соединенія; количество мочевой кислоты 1,22 за сутки. Сейчасъ-же вслѣдъ за началомъ лѣченія *Roentgen*'овскими лучами началось улучшеніе какъ общаго состоянія больной, такъ и состава крови. Послѣ 3-мѣсячнаго лѣченія, при чемъ рентгенизація была прервана на цѣлый почти мѣсяцъ—промежутокъ вслѣдствіе лихорадки, состояніе больной настолько улучшилось, что она прибавилась въ вѣсѣ на 13 клгрм., число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ упало до 6400, а число красныхъ увеличилось вдвое. Селезенка сильно уменьшилась въ объемѣ, и количество мочевой кислоты упало до нормы.

Во 2-мъ случаѣ было лимфатическое бѣлокровіе. Составъ крови: гэмоглобина 55%, красныхъ кровяныхъ шариковъ 3200000, бѣлыхъ 385000, изъ нихъ 98—99% лимфоцитовъ; селезенка была увеличена и доходила до пупка; кромѣ того, были опухоли подмышковыхъ, паховыхъ и челюстныхъ железъ. И здѣсь, какъ и въ 1-мъ случаѣ, подъ вліяніемъ рентгенизаціи получилось значительное улучшеніе общаго состоянія и всѣхъ признаковъ болѣзни: селезенка уменьшилась значительно, уменьшилась рѣзко и припухлость лимфатическихъ железъ и улучшился значительно составъ крови. Не смотря на то, что лѣченіе, по винѣ больного, было прервано, возврата не наступило, и количественный составъ крови не измѣнился.

Не смотря на такой блестящій результатъ лѣченія, авторы однако не рѣшаются говорить о полномъ излѣченіи: дѣло въ томъ, что ближайшее изслѣдованіе крови показываетъ, что, хотя количественный ея составъ и улучшается, т. е. общее число бѣлыхъ шариковъ уменьшается, а красныхъ—увеличивается, качественный составъ крови все-же остается ненормальнымъ; въ 1-мъ случаѣ и послѣ лѣченія большую часть бѣлыхъ шариковъ составляли миэлоциты, а во 2-мъ лимфоциты (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 49). *А. Коварскій.*

1026. О хорошемъ результатѣ *лѣченія бѣлокровія Roentgen'овскими лучами* сообщаетъ также д-ръ *Cahen* (Mannheim). Этотъ авторъ видѣлъ, какъ подъ вліяніемъ рентгенизаціи въ 1 случаѣ лимфатическаго бѣлокровія отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ къ краснымъ съ 1:40 уменьшилось до 1:1073, при чемъ и общее состояніе улучшилось и сильно увеличенная селезенка уменьшилась до нормальной величины. Такой результатъ получился послѣ 22 сеансовъ, при чемъ дѣйствію лучей подвергалась область селезенки. Примѣнялась твердая трубка на разстояніи 25 стм. отъ кожи. Продолжительность дѣйствія лучей была сначала 8 мин., а затѣмъ доходила до 12. Не смотря на полученное почти полное выздоровленіе, авторъ продолжалъ рентгенизацію, которая, послѣ того какъ на кожѣ въ области селезенки получилась эритема, была направлена на кости. Всего больной подвергся дѣйствію лучей 40 разъ.—Довольно пессимистически относится къ вопросу о дѣйствіи *Roentgen*'овскихъ лучей при бѣлокровіи д-ръ *E. Schenk* (изъ нѣмецкаго госпиталя въ London'ѣ), которому въ описанномъ имъ случаѣ лимфатическаго бѣлокровія не удалось при помощи этого способа лѣченія спасти больную отъ смерти. Хотя подъ вліяніемъ рентгенизаціи и получилось уменьшеніе селезенки и числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, но за то и число красныхъ непрерывно также уменьшалось, и вообще не смотря на улучшеніе отдѣльныхъ припадковъ, общее теченіе болѣзни по существу не измѣнилось. На основаніи фактическихъ и теоретическихъ данныхъ авторъ сомнѣвается въ томъ, возможно-ли путемъ рентгенизаціи достигнуть полнаго излѣченія бѣлокровія; онъ указываетъ, между прочимъ, на вредныя побочныя дѣйствія х-лучей: нѣкоторые авторы отмѣчаютъ, что подъ вліяніемъ рентгенизаціи появляются сердцебіеніе, рвота, головная боль и нервность (Münchener med. Wochenschrift, № 48). *А. Коварскій.*

Глазныя болѣзни. 1027. Д-ръ *Ahlström* (Gothenburg) наблюдалъ *случай полнаго излѣченія сочувственнаго воспаленія глаза отъ приступовъ лихорадки.*

Означенное воспаленіе, развившись у 25 лѣтняго инженера черезъ 3 мѣсяца послѣ поврежденія праваго глаза, осколкомъ стекла нисколько не улучшилось послѣ вылущенія поврежденнаго глаза, какъ и отъ ртутныхъ втираній, и зрѣніе постепенно понижаясь, упало до простого свѣтоощущенія. Къ этому времени у больного появился приступъ лихорадки (Klima-Fieber), которой онъ и до того страдалъ время отъ времени и которая, какъ всегда, поддалась дѣйствію хинина, поднявъ температуру выше 40° и продержавшись 2 дня. Сверхъ всякаго ожиданія, съ исчезновеніемъ лихорадочнаго приступа наступило рѣзкое улучшеніе глаза: краснота уменьшилась, роговица стала прозрачнѣе, водянистая влага чище и зрачекъ сталъ расширяться подъ вліяніемъ атропина, такъ что черезъ недѣлю послѣ приступа больной уже могъ считать пальцы съ разстоянія 5 метровъ. Черезъ 3 недѣли появился новый приступъ лихорадки съ точно такимъ-же теченіемъ, а еще черезъ 4 недѣли послѣдовалъ такой-же приступъ въ 3-ій разъ. Послѣ каждаго изъ этихъ приступовъ состояніе глаза улучшалось, и мѣсяца черезъ 3 послѣ начала лѣченія зрѣніе оказалось въ $^6/_9$ противъ нормы, что дало больному возможность заняться отвѣтственной работой; зрѣніе это оставалось таковымъ и впослѣдствіи (Centralbl. für prakt. Augenheilk., іюль). *Р. Кацъ.*

1028. Д-ръ *Fejér* (Budapest) наблюдалъ *отекъ роговицы у новорожденнаго отъ наложенія щипцовъ.*

Помутнѣніе роговицы (лѣвой) замѣчено было на 2-ой день послѣ родовъ; на 3-ій оно было изслѣдовано авторомъ. Вся роговица была мутна и бѣла, какъ молоко, такъ что едва можно было различить зрачекъ, но блескъ свой она сохранила; лишь у наружнаго края роговицы эпителій представлялся въ одномъ мѣстѣ какъ-бы нѣсколько наколотымъ. По виду роговицы можно было думать о врожденномъ ея воспаленіи, но припухлость вѣкъ и окружающихъ частей, нѣсколько ссадинъ на кожѣ и кровоподтеки свидѣтельствовали о трауматическомъ происхожденіи помутнѣнія. Подъ вліяніемъ теплыхъ примочекъ мутность стала исчезать, и на 8-ой день вся роговица совершенно прояснилась (Centralbl. f. prakt. Augenheilk., августъ). *Р. Кацъ.*

1029. Д-ръ *Beykovsky* (изъ 1-ой Вѣнской глазной клиники проф. *Schnabel*'я) сообщаетъ поучительный *случай внезапной смерти при параличѣ глазодвигательнаго нерва* вслѣдствіе анейризмы внутренней сонной артеріи.

40-лѣтняя женщина, уже нѣсколько дней страдавшая полнымъ параличемъ праваго глазодвигательнаго нерва, во время изслѣдованія внезапно лишилась чувствъ и черезъ нѣсколько часовъ умерла. Вскрытіе показало кровоизліяніе между мозговыми оболочками вслѣдствіе разрыва анейризмы правой внутренней сонной артеріи близь мѣста отхожденія задней соединительной артеріи. Анейризма эта, съ горошину, была крѣпко срощена съ глазодвигательнымъ нервомъ, который былъ ею уплощенъ на подобіе ленты (Wiener medicin. Wochenschr., № 19; Centrabl. für Augenheilkunde, сентябрь). *Р. Кацъ.*

1030. Д-ръ *Bondi* сообщаетъ *2 случая истерическихъ параличей глазныхъ мышцъ въ одной семьѣ*—у матери и дочери.

У матери имѣлась картина паралича отводящаго нерва на лѣвомъ глазу. Какъ на причину паралича, больная указывала на простуду, въ виду чего и назначено было соотвѣтствующее лѣченіе. Съ теченіемъ времени, однако-же, параличемъ оказался пораженнымъ тотъ-же нервъ другого глаза. Это обстоятельство возбудило подозрѣніе объ истерической природѣ разстройства, и дѣйствительно, дальнѣйшее наблюденіе и повторныя изслѣдованія показали, что дѣло имѣлось не съ параличемъ наружной прямой мышцы, а съ судорогой внутренней прямой.

У дочери, 12 л., перенесшей за 5 лѣтъ до того паренхиматозный кератитъ на обоихъ глазахъ, недѣль черезъ 5 послѣ заболѣванія матери развилось опущеніе верхнихъ вѣкъ. Случилось это послѣ сильнаго испуга и ослѣпленія отъ яркой молніи въ ночную грозу. Съ тѣхъ поръ правый глазъ открывался въ умѣренной степени лишь черезъ 2 часа послѣ сна, лѣвый-же въ незначительной степени открывался только къ полудню. Черезъ 10 дней опущеніе верхняго вѣка на правомъ глазу прекратилось, на лѣвомъ-же вѣко продолжало свѣшиваться до почти полнаго закрытія глазной щели. Предположивъ и здѣсь судорожное явленіе на истерической почвѣ, хотя другихъ признаковъ истеріи не было, авторъ примѣнилъ постоянный токъ: тотчасъ-же глазъ открылся, и глазная щель стала совершенно нормальной (Prager med. Wochenschrift, № 33; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 22 сентября). *Р. Кацъ.*

1031. Проф. *Peters* (Rostock) обращаетъ вниманіе на *разстройства зрѣнія у дѣтей отъ самовнушенія.*

11-лѣтній мальчикъ, страдавшій легкимъ воспаленіемъ горла, увѣрялъ, что уже 4 недѣли ничего не могъ видѣть вблизи. Изслѣдованіе показало на обоихъ глазахъ остроту зрѣнія въ $^5/_6$ противъ нормы безъ стеколъ и въ $^5/_5$ при приставкѣ + 1 D, а на близкомъ разстояніи мальчикъ безъ очковъ ничего не разбиралъ; съ помощью же + 4 D онъ читалъ хорошо. Не подлежало сомнѣнію, что у мальчика былъ послѣ-дифтерійный параличъ приспособленія. Въ дѣйствительности, однако-же, ничего подобнаго не оказалось: при приставкѣ совершенно простыхъ, плоскихъ стеколъ получилось вполнѣ нормальное зрѣніе и вдаль, и вблизи. Изъ разспросовъ выяснилось, что мальчикъ былъ очень нервный и что ему давно хотѣлось очковъ, какіе уже были у нѣкоторыхъ изъ его товарищей.

Въ другихъ 2 случаяхъ—у брата и сестры—распознана была слабость зрѣнія при астигматизмѣ, но прописанныя стекла не переносились дѣтьми и забрасывались ими, а по приставкѣ плоскихъ стеколъ оказалась нормальная или почти нормальная острота зрѣнія вдаль, какъ и на близкомъ разстояніи. (См. выше, стр. 1365, гдѣ въ статьѣ: «Мнимый упадокъ зрѣнія у дѣтей» мною приведенъ цѣлый рядъ такихъ случаевъ изъ наблюденій въ народныхъ школахъ Петербурга. *Реф.*). Авторъ совѣтуетъ о *подобныхъ* случаяхъ сообщать домашнему врачу, такъ какъ впослѣдствіи такое наблюденіе можетъ оказаться немаловажнымъ для распознаванія истинной природы болѣзни, но къ тому, чтобы въ этихъ мнимыхъ разстройствахъ зрѣнія усматривать проявленіе настоящей истеріи, онъ видитъ мало основанія (Zeitschrift für Augenheilkunde, XII, 1; Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 29 сент.). *Р. К.*

1032. Д-ръ *Gonin* сообщаетъ *2 случая пораженія глазъ отъ молніи.*

Въ 1-мъ случаѣ больной былъ лишь ослѣпленъ молніей, но не былъ ею пораженъ, и у него развилась на 1 глазу большая центральная скотома при поблѣдненіи зрительнаго нерва.

Во 2-мъ случаѣ больной былъ весь пораженъ молніей, но ослѣпленія ею не испыталъ; здѣсь произошло затуманиваніе роговой оболочки на обоихъ глазахъ при помутнѣніи задняго корковаго слоя хрусталиковъ, а впослѣдствіи и передняго, и поблѣднѣли оба соска зрительныхъ нервовъ, при чемъ съузились кровеносные сосуды сѣтчатокъ (Annales d'oculistique, CXXXI; Archiv für Augenheilkunde, L, 4). *Р. Кацъ.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 1033. Д-ръ *Arnold Leo* разбираетъ вопросъ о *значеніи для распознаванія предсказанія микроскопическаго изслѣдованія послѣродовыхъ выдѣленій* (лохій). На основаніи своихъ изслѣдованій, произведенныхъ въ женской клиникѣ въ Halle подъ руководствомъ проф. *Bumm*'а, онъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Отсутствіе цѣпекокковъ во влагалищныхъ, а слѣд., и въ маточныхъ послѣродовыхъ выдѣленіяхъ съ полной достовѣрностью исключаетъ тяжелыя послѣродовыя пораженія мочеполового прибора. Наличность лихорадки при отсутствіи цѣпекокковъ можетъ быть обусловлена: а) лежащей внѣ половыхъ органовъ причи-

ной, б) простымъ застоемъ отдѣляемаго, в) сапрэмическимъ отравленіемъ, г) зараженіемъ гонококками—или что еще рѣже—дифтерійными, кишечными или столбняковыми палочками. Такимъ образомъ отсутствіе цѣпекокковъ значительно улучшаетъ предсказаніе. 2. Присутствіе даже очень большого количества и состоящихъ даже изъ длинныхъ цѣпочекъ цѣпекокковъ въ отдѣляемомъ матки, не говоря уже объ отдѣляемомъ влагалища, само по себѣ недостаточно для того, чтобы съ полной увѣренностью признать наличность тяжелаго страданія полового прибора: а) цѣпекокковъ изъ 4-хъ члениковъ очень часто находятъ въ отдѣляемомъ влагалища и матки у вполнѣ здоровыхъ родильницъ, а потому изъ ихъ присутствія нельзя дѣлать никакихъ заключеній, б) цѣпекокковъ съ бо́льшимъ числомъ члениковъ въ отдѣляемомъ влагалища дѣлаетъ наличность заболѣванія полового прибора болѣе вѣроятной, такъ какъ болѣе длинные цѣпекокки могутъ обусловить или лихорадку, или подлихорадочныя температуры; в) цѣпекокки съ бо́льшимъ, чѣмъ 4, числомъ члениковъ находятъ въ отдѣляемомъ матки только при лихорадкѣ. Однако на основаніи длины цѣпочекъ нельзя дѣлать вѣрнаго вывода относительно тяжести заболѣванія. 3. Извѣстное значеніе для предсказанія имѣетъ также степень развитія фагоцитоза. Въ первые дни послѣродового періода находятъ мало бѣлыхъ шариковъ съ заключенными внутри ихъ цѣпекокками. По мѣрѣ увеличенія числа бактерій увеличивается и фагоцитозъ. Послѣдній такимъ образомъ служитъ показателемъ сопротивляемости организма. Полное отсутствіе его сильно ухудшаетъ предсказаніе. При оцѣнкѣ результата изслѣдованія слѣдуетъ всегда имѣть въ виду, на какой день послѣ родовъ взятъ матеріалъ для изслѣдованія? Если неблагопріятный результатъ изслѣдованія относится уже къ первымъ днямъ, то предсказаніе ухудшается, такъ какъ въ это время матка мало защищена отъ вторженія микроорганизмовъ. Тотъ-же результатъ, но относящійся къ матеріалу, взятому гораздо позже, теряетъ уже въ своемъ значеніи, такъ какъ матка тогда уже можетъ противостоять вторженію бактерій. Точно также не имѣетъ значенія и присутствіе цѣпекокковъ въ послѣродовыхъ выдѣленіяхъ вслѣдъ за излѣченіемъ послѣродового заболѣванія, такъ какъ извѣстно, что эти микроорганизмы обыкновенно долго еще остаются въ отдѣляемомъ. Получить стерильнымъ путемъ матеріалъ изъ влагалища не трудно. Чтобы добыть его изъ матки, больную помѣщаютъ на поперечной кровати и захватываютъ шейку крючкомъ. Авторъ предлагаетъ ввести изслѣдованіе послѣродовыхъ выдѣленій въ практику лѣченія послѣродового періода, такъ какъ оно можетъ дать врачу подчасъ цѣнныя точки опоры и указанія какъ для предсказанія, такъ и для лѣченія (Münchener med. Wochenschrift, № 48). *А. Коварскій.*

1034. Ч. пр. *F. Schenk* и д-ръ *A. Scheib* изучали *морфологическія и біологическія свойства цѣпекокковъ*, выдѣленныхъ изъ маточныхъ послѣродовыхъ выдѣленій у здоровыхъ женщинъ, и нашли, что полученныя разводки принадлежатъ къ тому-же роду, что и гноеродный цѣпекоккъ; въ большинствѣ случаевъ онѣ вирулентны и частью относятся къ виду короткихъ (streptococcus brevis), частью длинныхъ стрептококковъ (str. longus); онѣ отличаются другъ отъ друга лишь въ опредѣленныхъ пунктахъ и настолько-же, насколько отличаются другъ отъ друга цѣпекокки, выдѣленные изъ патологическихъ послѣродовыхъ выдѣленій. При помощи реакціи склеиванія удалось также доказать, что цѣпекокки, выдѣленные изъ отдѣляемаго послѣродовой матки у здоровыхъ женщинъ, тождественны съ гноеродными цѣпекокками. Дать вполнѣ правильное объясненіе тому обстоятельству, что болѣзнетворные микроорганизмы находятся въ послѣродовой маткѣ у здоровыхъ женщинъ безъ вреда для послѣднихъ, въ настоящее время еще нельзя. Однако ближайшее знакомство съ дѣломъ показываетъ, что цѣпекокковъ находятъ главнымъ образомъ въ позднѣйшей ступени послѣродового періода (съ 8—10-го дня), когда слизистая оболочка матки уже не представляетъ благопріятныхъ условій для дальнѣйшаго распространенія и развитія ихъ. Наоборотъ, въ первые дни послѣ родовъ полость матки въ большинствѣ случаевъ представляется стерильной. Если, слѣд., основаніе думать, что находимые въ полости матки въ позднѣйшій послѣродовой періодъ цѣпекокки попадаютъ въ нее уже тогда, когда нѣтъ благопріятныхъ условій для развитія губительнаго дѣйствія ихъ на организмъ (Münchener med. Wochenschrift, № 48). *А. Коварскій.*

1035. Д-ръ *von Leuwen* приводитъ свои заключенія по поводу 117 случаевъ *повторнаго кесарскаго сѣченія* (изъ Голландскихъ клиникъ). Вопросъ о работоспособности послѣ этой операціи изученъ еще мало. По статистикѣ *Zweifel*'я и автора, она нарушается только временно и въ очень ограниченномъ числѣ случаевъ. Плодовитость женщинъ нисколько не страдаетъ (137 женщинъ перенесли 194 беременности послѣ однократной операціи; въ 117 случаяхъ операція производилась повторно). Что касается заживленія маточной раны и состоянія маточнаго рубца при слѣдующихъ беременностяхъ, то на 194 беременности послѣ кесарскаго сѣченія 24 раза было отмѣчено неполное заживленіе, 4 раза разрывъ матки въ мѣстѣ рубца, 14 разъ разрѣженіе ткани всего рубца, 6 разъ частичное разрѣженіе. Неудачи эти *L.* приписываетъ зараженію и недостаткамъ операціонной техники. Сращенія съ брюшиной послѣ повторной операціи были найдены въ 67% случаевъ. По мнѣнію *L.*, сращенія служатъ источникомъ различныхъ опасностей и разстройствъ, но онъ не соглашается съ тѣми, которые приписываютъ имъ учащеніе выкидышей послѣ кесарскаго сѣченія (безъ кесарскаго сѣченія 7,5% выкидышей на 7718 беременностей и всего 2,4% на 331 беременность послѣ кесарскаго сѣченія). Причиной, способствующей сращеніямъ, *L.* считаетъ съуженія таза, продолжительный покой, давящую повязку, узлы маточныхъ швовъ, зараженіе и т. п. Зараженіе послѣ кесарскаго сѣченія, по наблюденіямъ *L.*, бываетъ очень часто: изъ 59 случаевъ въ 90% температура подъ мышкой превышала 37°,5. Смертность при повторномъ сѣченіи меньшая (3%) чѣмъ при первомъ. На основаніи сказаннаго *L.* приходитъ къ выводу, что не слѣдуетъ, во избѣжаніе наступленія новой беременности, вызывать безплодіе у женщинъ, перенесшихъ кесарское сѣченіе (Annales de gynécologie et d'obstétrique, октябрь). *А. Г-ръ.*

Дѣтскія болѣзни. 1036. Д-ръ *Б. А. Кораблевъ* изучалъ *измѣненія лимфатическихъ железъ при дифтеріи, скарлатинѣ, корьѣ и гастроэнтеритѣ.* Авторъ изслѣдовалъ 5 больныхъ чистой дифтеріей зѣва (въ возрастѣ 1 г. 2 мѣс. до 6 лѣтъ), 5—скарлатиной (въ возрастѣ $1^1/_2$—12 л.), 6—чистой корью и 2 — корью съ дифтерійнымъ ларингитомъ (въ возрастѣ отъ 10 м.—14 лѣтъ) и 11—гастроэнтеритомъ (въ возрастѣ отъ 13 дней до 1 г. 3 мѣс.). При дифтеріи зѣва въ шейныхъ лимфатическихъ железахъ развивается острое паренхиматозное воспаленіе, характерной особенностью котораго является отложеніе фибрина въ видѣ сѣтокъ въ сосудахъ, фолликулахъ и лимфатическихъ пазухахъ. При скарлатинѣ воспаленіе лимфатическихъ железъ не имѣетъ ни одного признака, который можно было-бы назвать специфическимъ; въ шейныхъ железахъ при скарлатинѣ наблюдается обычная картина гиперпластическаго лимфаденита. Особенность коревыхъ железъ въ сравненіи съ другими заразными аденитами—увеличеніе числа фолликуловъ и гиперплязія ихъ клѣточныхъ элементовъ. Острый гастроэнтеритъ маленькихъ дѣтей обусловливаетъ въ брыжеечныхъ и паховыхъ железахъ развитіе свойственнаго заразнымъ болѣзнямъ паренхиматознаго воспаленія и размноженіе веретенообразныхъ элементовъ соединительнотканнаго остава железъ. Наиболѣе рѣзкія патологическія измѣненія при всѣхъ указанныхъ болѣзняхъ обнаруживаются въ фолликулахъ корковаго вещества. Изъ всѣхъ перечисленныхъ болѣзней серьезное и непосредственное значеніе въ этіологіи затяжныхъ гиперплязій периферическихъ железъ авторъ признаетъ только за гастроэнтеритомъ. Роль дифтеріи и скарлатины въ этомъ отношеніи представляется второстепенной, а вопросъ о связи между затяжными лимфаденитами и корью остается, по автору, пока открытымъ (Петербургская диссертація). *С. О.*

1037. Д-ръ *Kirchgessner* описываетъ *случай подкожной эмфиземы у новорожденнаго.* Кромѣ своего случая, автору удалось отыскать въ литературѣ всего еще 1 подобный, вызванный разрывомъ легочной ткани.

У 37-лѣтней многорожавшей съ умѣренно плоскимъ тазомъ раскрытіе маточнаго зѣва равнялось по величинѣ маленькой тарелкѣ. Черезъ напряженный пузырь рядомъ съ повернутой вправо головкой прощупывалась ручка. Ребенокъ во 2-мъ черепномъ положеніи. Сдѣланъ проколъ пузыря, при чемъ съ большимъ количествомъ плотной жидкости слѣва выпадала петля пуповины. Вправить ее удалось съ трудомъ. Въ виду ухудшенія пульса у плода рѣшено быстро закончить роды поворотомъ съ извлеченіемъ. По низведеніи ножки оказалось, что плодъ сидѣлъ верхомъ на пуповинѣ, которую вправить было нельзя; она была перерѣзана между 2-хъ лигатуръ. Дальнѣйшее извлеченіе также сопряжено было съ затрудненіями. Для низведенія лѣвой ручки, поднятой кверху позади затылка, пришлось ввести лѣвую руку и съ большой осторожностью протолкнуть эту ручку къ крестцу. По извлеченіи груди на ней слѣва замѣчена широкая и плоская опухоль, доходившая съ одной стороны до передней подмышковой линіи, съ другой—до лѣваго края грудины, кверху—до соска. Головка прошла безъ затрудненій. Ребенокъ, хорошо развитая дѣвочка, родился въ глубокой асфиксіи, съ очень слабымъ пульсомъ. Только послѣ 10-минутныхъ попытокъ оживленія онъ издалъ первый громкій крикъ. Для оживленія черезъ катетеръ воздуха не вдували. Въ то время, какъ ребенокъ (для выжиманія послѣда у матери) былъ на минуту оставленъ, у него на шейкѣ слѣва-же образовалась зобовидная опухоль, съ дѣтскій кулакъ, въ связи съ описанной выше. Обѣ опухоли имѣли всѣ признаки кожной эмфиземы. Выдыханіе вызывало увеличеніе и напряженіе опухолей. Воздухъ изъ нижней опухоли былъ по возможности удаленъ легкимъ массажемъ кверху; была наложена слегка давящая повязка. Ни перелома реберъ, ни перелома ключицы нельзя было установить, но замѣтна была ослабленная подвижность лѣвой ручки. Дыханіе въ обоихъ легкихъ было нормальное. На 2-ой день эмфизема распространилась еще влѣво и на спинку. Безъ вліянія на общее состояніе ребенка опухоль оставалась въ томъ же положеніи до 6-го дня. Съ этого времени она стала уменьшаться и на 9-ый день замѣтна была только подъ лѣвой ключицей. Движеніе лѣвой ручки стало нормальнымъ. На 10-ый день мать съ ребенкомъ, совершенно здоровымъ (дѣвочка прибавилась въ вѣсѣ на 100 грм.) оставила клинику. *Roentgen*'скопія на 7-ой день по рожденіи, давшее очень ясное изображеніе, не обнаружила ни на ключицѣ, ни на ребрахъ никакихъ слѣдовъ мозоли.

Авторъ объясняетъ себѣ происхожденіе этой эмфиземы слѣдующимъ образомъ. Ребенокъ дышалъ еще въ полости матки вслѣдствіе нарушеннаго послѣдоваго кровообращенія. При глубокомъ вдыханіи слизистая пробка попала въ лѣвый бронхъ и не могла снова оттуда выскочить при выдыханіи. Отъ избытка давленія въ легкихъ, вслѣдствіе бокового сдавленія грудной клѣтки при введеніи руки акушера, произошелъ разрывъ легочныхъ пузырьковъ безъ разрыва плейры. Получилась межуточная эмфизема, дошедшая до кожи тѣмъ-же путемъ, какъ это иногда происходитъ у роженицъ (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie, т. 9, тетр. 1). *А. Г-ръ.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 1038. Д-ръ *Weiss* (New-York) совѣтуетъ слѣдующій *способъ лѣченія потливости ногъ.* По вечерамъ каждая стопа погружается на 15 мин. въ 40°-ый (Ц.) (104° F.) растворъ марганцовокислаго кали; начинаютъ съ 1%-го раствора, на 3-ій день берутъ уже 2%-ный, черезъ недѣлю—3%-ный растворъ. Послѣ ножной ванны ногъ не вытираютъ, оставляя ихъ высохнуть на воздухѣ; на ночь лишь легко прикрываютъ ихъ. Послѣ ваннъ больной сразу получаетъ пріятное ощущеніе сухости ногъ. По утрамъ ноги посыпаются порошкомъ слѣдующаго состава: марганцовокислаго кали 13,0, квасцовъ 1,0, талька 50,0, окиси цинка и углецинковой соли (галмей, lapis calaminaris) по 18,0; между пальцами закладываются кусочки ваты. Лѣченіе продолжается 3 недѣли. Преимущества своего способа авторъ видитъ въ томъ, что онъ простъ, совершенно безопасенъ, трещины залѣчиваются безболѣзненно, лѣченіе можетъ примѣняться при всѣхъ формахъ и степеняхъ потливости; возвраты наблюдаются рѣже, чѣмъ при другихъ способахъ и во всякомъ случаѣ не ранѣе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Дѣйствіе марганцовокислаго кали обусловливается легкостью, съ какою онъ отдаетъ кислородъ въ присутствіи органическихъ веществъ, въ образованіи на больной кожѣ слоя перекиси марганца и въ способствованіи ороговѣнію эпителіальнаго слоя кожи. Непріятная окраска легко устраняется обмываніемъ слабымъ растворомъ щавелевой кислоты или предлагаемой авторомъ смѣсью изъ 120,0 сѣрноватистокислаго натра, 250,0 воды и 60,0 разведенной соляной кислоты (The Journal of the American Medical Association, 6 авг.). *А. С.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CLV—CLVI. Изъ Петербургскаго Общества врачей по горловымъ, носовымъ и ушнымъ болѣзнямъ.

(Засѣданіе 10 октября).

Предъ началомъ засѣданія предсѣдатель Общества сообщилъ о тяжелой утратѣ, понесенной Обществомъ весною и лѣтомъ текущаго года: умерли члены Общества *А. А. Студентскій, Ф. И. Аргентовъ* и *И. А. Гентеръ.* Присутствовавшіе, по предложенію предсѣдателя, почтили память покойныхъ вставаніемъ.

В. И. Волчекъ. 2 случая гноекровія ушного происхожденія. Опасности для жизни, обусловливаемыя болѣзненнымъ процессомъ въ полости средняго уха, являются слѣдствіемъ близости слухового прибора къ мозгу и большимъ кровеноснымъ сосудамъ, что чрезвычайно облегчаетъ переходъ процесса на эти послѣдніе. Если болѣзненный процессъ распространяется на центральную нервную систему или общій кровяной токъ, то исходъ болѣзни рѣдко бываетъ благопріятнымъ, хотя и не всѣ случаи зараженія крови бываютъ похожи другъ на друга: нѣкоторые съ самаго начала нужно признать безнадежными, другіе выражаются болѣе легкими явленіями и оканчиваются излѣченіемъ. Въ примѣръ докладчикъ привелъ 2 наблюденія изъ клиники проф. *Н. П. Симановскаго.* Въ 1-мъ случаѣ больной поступилъ въ клинику съ гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха, начавшимся 15 лѣтъ назадъ. Изслѣдованіе указало на костоѣду височной кости, почему и была сдѣлана коренная операція, при чемъ обнажена была твердая мозговая оболочка и поперечная пазуха. Чрезъ 2 дня послѣ операціи обнаружилась закупорка яремной вены; пораженная часть вены была изсѣчена, а пазуха вскрыта и дренирована. Не смотря на это, состояніе больного не улучшалось, и на 6-ой день послѣ операціи онъ погибъ при явленіяхъ pyopneumothorax'а и общаго гнилокровія. Во 2-мъ случаѣ давность гнойнаго воспаленія средняго уха не превышала нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Въ виду повышенія температуры (скачками), болѣзненности въ конечностяхъ и плохого общаго состоянія была произведена antrotomia, при чемъ въ сосцевидномъ отросткѣ оказалось гнойное пропитываніе. Послѣ операціи гноекровныя явленія продолжались, и на 9-ый день послѣ 1-ой операціи были вскрыты 3 переносныхъ гнойника на лѣвой рукѣ. Послѣ этого состояніе больного стало мало по малу улучшаться, и чрезъ 2 мѣсяца осталась не полная подвижность въ суставахъ оперированной руки и гноетеченіе изъ уха, для устраненія котораго была сдѣлана коренная операція. Далѣе докладчикъ коснулся господствующихъ въ настоящее время мнѣній о происхожденіи ушного гноекровія: тогда какъ, по общепринятому взгляду, гнойный процессъ не можетъ возникнуть безъ участія закупорки одной изъ пазухъ твердой мозговой оболочки (синуозная піэмія), *Körner* и *Hessler* думаютъ, что исходнымъ пунктомъ гноекровія бываетъ и гнойное воспаленіе мелкихъ венъ височной кости, т. наз. остеофлебитъ (остеофлебитическая піэмія), а *Jansen* полагаетъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ зараженіе крови можетъ произойти непосредственно изъ гнойнаго гнѣзда въ сосцевидномъ отросткѣ или въ другомъ мѣстѣ височной кости, безъ предварительнаго воспаленія венныхъ сосудовъ. 1-ый случай можетъ служить примѣромъ синуозной піэміи: гнойный процессъ, перешедшій на поперечную пазуху, достигъ, съ одной стороны, какъ показало вскрытіе, до общаго веннаго стока (torcular Herophili), съ другой—до безымянной вены; отъ распадающихся гнойныхъ тромбовъ отдѣлялись сравнительно крупные куски, которые не могли пройти чрезъ сѣть легочныхъ кровеносныхъ сосудовъ и вызвали переносы въ легкихъ. 2-ой случай похожъ болѣе на остеофлебитическое гноекровіе: образовавшіеся въ мелкихъ сосудахъ небольшія пробки могли проскользнуть чрезъ легочные капилляры въ большой кругъ кровообращенія и вызвать гнойники въ мышцахъ руки.

П. П. Геллатъ показалъ а) больную *съ раковымъ пораженіемъ пищевода* и б) мальчика *съ волчьей пастью.*

Въ томъ-же засѣданіи *Я. Б. Капланъ* показалъ больного съ *риносклеромой* (scleroma respiratorium).

Я. Б. Капланъ показалъ больного съ риносклеромой (scleroma respiratorium) изъ клиники проф. *Н. П. Симановскаго.* В., 37 л., жалуется на затрудненное дыханіе носомъ и одышку, особенно усиливающуюся при движеніяхъ. Болѣзнь сталъ замѣчать около 15 лѣтъ назадъ. Женатъ, имѣетъ 3 дѣтей; выкидышей у жены не было. Входъ въ полость носа съ обѣихъ сторонъ съуженъ до небольшихъ щелей инфильтратомъ, исходящимъ со дна, перегородки и наружной стѣнки носа; зондъ съ обѣихъ сторонъ проникаетъ чрезъ эти щели до носоглоточнаго пространства. При заднемъ осмотрѣ носа хоаны въ нижнемъ отдѣлѣ представляются въ видѣ узкихъ щелей, остальныя части закрыты дов. равномѣрнымъ инфильтратомъ. Въ гортани инфильтратъ гнѣздится въ подсвязочномъ пространствѣ, кольцевидно

окружая полость ея и съуживая ея просвѣтъ до небольшого овала; въ верхнихъ отдѣлахъ гортань почти нормальна. Общее состояніе больного удовлетворительное. Слухъ нѣсколько пониженъ; обонянiе сохранено. Характеръ и мѣстоположеніе болѣзненнаго процесса, продолжительное теченіе его при отсутствіи явленій распада и изъязвленія и удовлетворительное общее состояніе больного—все это дало возможность поставить распознаваніе склеромы. На препаратахъ изъ носовой слизи было найдено много осумкованныхъ палочекъ, и послѣ обычнаго выдѣленія получены чистыя разводки палочекъ склеромы. На показанныхъ Обществу препаратахъ палочки были очень удачно окрашены растворомъ далія, предложеннымъ *Erlich*'омъ для окраски базофильной зернистости: безводнаго спирта 50 к. стм., воды 100 к. стм., уксусной кислоты 12,5 грм., далія—въ избыткѣ. Въ вопросѣ о лѣченіи болѣзни, какъ и въ исторіи этой формы заболѣванія, слѣдуетъ отмѣтить 2 періода: до и послѣ открытія въ 1882 г. *Frisch*'омъ палочекъ риносклеромы. *Hebra*, впервые описавшій эту болѣзнь въ 1870 г., указалъ на недѣйствительность внутренняго лѣченія. Изъ наружныхъ средствъ примѣнялись различныя прижигающія и хирургическое вмѣшательство. Со времени открытія палочекъ риносклеромы начали примѣнять различныя обеззараживающія средства: впрыскиванія и орошеніе растворами салициловой и карболовой кислоты и сулемы. Покойный проф. *М. И. Стуковенковъ* предложилъ впрыскиваніе мышьяка (*Fowler*'ова раствора), проф. *А. Д. Павловскій* съ нѣкоторымъ успѣхомъ примѣнялъ впрыскиваніе глицериновыхъ и водныхъ вытяжекъ изъ старыхъ (2-недѣльныхъ) разводокъ палочекъ риносклеромы. Въ настоящемъ случаѣ рѣшено было испытать впрыскиваніе тіозинамина (thyosinamin), уже испробованное ранѣе д-ромъ *Emil*'емъ *Glas*'омъ. Для впрыскиваній примѣнялся 5—10%-ый спиртный растворъ средства. Сначала было впрыснуто 4 дѣленія шприца *Pravaz*'а 5%-го раствора въ инфильтратъ, закрывающій входъ въ носъ; затѣмъ сдѣлано 5 впрыскиваній по 4—6 дѣленій шприца 10%-го раствора въ инфильтратъ и глубже лежащія части при помощи длинной иглы. На 2-й день послѣ 3-го впрыскиванія наблюдалась припухлость и краснота на щекѣ, исчезнувшая чрезъ 3 дня. Пока, какъ результатъ впрыскиваній, отмѣчено небольшое мѣстное уменьшеніе инфильтрата; въ случаѣ успѣха лѣченія больной будетъ показанъ вновь.

Д-ръ *Левенсонъ* по поводу лѣченія тіозинаминомъ замѣтилъ, что ему пришлось считаться съ невыносимыми болями при впрыскиваніи 15%-го спиртнаго раствора тіозинамина подъ кожу спины больной, одержимой волчанкой лица.

Ч. пр. *П. П. Геллатъ* показалъ 2-хъ больныхъ.

(Торжественное годовое засѣданіе 6 ноября).

Ф. Л. Кобылинскій. Canalis caroticus и bulbus v. jugularis въ практической отіатріи. Каменистая часть височной кости принимаетъ участіе въ образованіи костныхъ вмѣстилищъ для внутренней сонной артеріи и верхней луковицы яремной вены. Задняя стѣнка канала сонной артеріи на мѣстѣ перехода его изъ вертикальнаго положенія въ горизонтальное граничитъ съ передней частью мыса (promontorii) и въ нѣкоторыхъ случаяхъ выпячивается въ полость средняго уха. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ каналъ сонной артеріи можетъ закрывать весь мысъ, съуживая барабанную полость, что при выпотныхъ воспаленіяхъ средняго уха сказывается сильнымъ повышеніемъ въ немъ давленія. Налегая на улитковый нервъ (n. cochlearis), стѣнка канала вызываетъ его раздраженіе, сопровождающееся субъективными бьющимися шумами, исчезающими при прижатіи сонной артеріи на шеѣ. Къ самымъ важнымъ послѣдствіямъ можетъ привести эта неправильность при проколѣ барабанной перепонки въ передне-нижнемъ квадрантѣ, когда инструментъ можетъ проникнуть чрезъ истонченную стѣнку канала въ его полость и проколоть сонную артерію. Но и при нормальномъ ходѣ канала смежное съ среднимъ ухомъ положеніе сонной артеріи можетъ быть гибельнымъ для больного въ случаяхъ заболѣваній барабанной полости, сопровождающихся костоѣдой ея стѣнокъ: описанъ рядъ случаевъ стерильныхъ кровотеченій изъ сонной артеріи, вызванныхъ прободеніемъ ея стѣнки при гнойныхъ воспаленіяхъ средняго уха, гдѣ костоѣда перешла на каналъ сонной артеріи; смертельный исходъ наступалъ чрезъ различные промежутки времени—отъ нѣсколькихъ минутъ, послѣ однократнаго неудержимаго кровотеченія, до нѣсколькихъ недѣль при постоянно возобновлявшихся потеряхъ крови. Поучителенъ случай пораненія аневризмы сонной артеріи, описанный *Schulte*, гдѣ часть аневризмы, выступавшая изъ средняго уха чрезъ прободное отверстіе въ барабанной перепонкѣ, была принята за полипъ и, послѣ неудачныхъ попытокъ удалить его, была прижжена хромовой кислотой, а затѣмъ разрѣзана; появившееся кровотеченіе было остановлено только послѣ перевязки общей сонной артеріи и впрыскиванія подъ кожу желатины. Что касается луковицы яремной вены, то нижняя стѣнка барабанной полости представляетъ покрышку боковой части яремной ямки, и, чѣмъ сильнѣе развита луковица, чѣмъ глубже яремная ямка, тѣмъ тоньше дно барабанной полости и тѣмъ болѣе выстоитъ луковица въ полость средняго уха. Въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ выстоянія луковицы въ полость средняго уха на прозрачной барабанной перепонкѣ замѣчается голубоватое окрашиваніе въ задне-нижнемъ квадрантѣ; эта синяя тѣнь имѣетъ выпуклое очертаніе или волнообразную верхнюю границу. Въ одномъ изъ 3-хъ, описанныхъ *Gompers*'емъ, случаевъ выпячиваніе луковицы на днѣ барабанной полости наблюдалось въ видѣ темно-синей выпуклости чрезъ большое прободеніе барабанной перепонки. Въ литературѣ имѣется не одно описаніе пораненія луковицы при описанной неправильности: его наблюдали при проколѣ барабанной перепонки въ задне-нижнемъ квадрантѣ, удаленіи инороднаго тѣла (*Moos*), ожогѣ уха крѣпкой минеральной кислотой (*Erwin Jurgens*), концомъ гальванокаутера при расширеніи отверстія въ барабанной перепонкѣ (*Brieger*); во всѣхъ случаяхъ кровотеченіе было остановлено тампонадой; въ послѣднемъ случаѣ больной погибъ отъ гноекровія на почвѣ закупорки внутренней яремной вены. Докладчику въ клиникѣ проф. *Н. П. Симановскаго* привелось наблюдать случай свободнаго выпячиванія яремной луковицы въ просвѣтъ костной части наружнаго слухового прохода, по сю сторону барабанной перепонки. Случайно, при осмотрѣ лѣваго уха (больной жаловался на правое) было обнаружено въ слуховомъ проходѣ какое-то упругое тѣло, темно-фіолетоваго цвѣта, заслонявшее почти всю нижнюю ½ барабанной перепонки и проходившее чрезъ слуховой проходъ, поднимаясь къ передней его стѣнкѣ; въ длину оно имѣло 7—8, въ вышину 5—6 млм.; отъ края наружнаго отверстія слухового прохода отстояло на 15 млм. и имѣло выпуклое сверху очертаніе. Очевидно, здѣсь имѣлось дѣло съ луковицей яремной вены, аномально выпятившейся въ слуховой проходъ черезъ недостачу въ нижней и передней его стѣнкахъ. Ранѣе случай подобной неправильности былъ предъявленъ проф. *Gruber*'омъ въ Австрійскомъ отологическомъ Обществѣ. Докладчикъ показалъ затѣмъ рисунокъ, снятый съ натуры, другого случая ненормальнаго хода веннаго ствола: дов. толстый венный сосудъ, начинаясь близь верхней окружности барабанной перепонки, въ костной стѣнкѣ слухового прохода, переходитъ по сосудистой бороздкѣ на рукоятку молоточка и идетъ по заднему краю до нижняго его конца, гдѣ, закругляясь кзади и постепенно истончаясь, исчезаетъ въ задне-верхнемъ квадрантѣ барабанной перепонки.

А. В. Захеръ показалъ больного съ труднымъ для распознаванія *сифилитическимъ заболѣваніемъ языка и гортани.*

Секретарь Общества проф. *Б. В. Верховскій* прочелъ *годовой отчетъ*, гдѣ, между прочимъ, напомнивъ вкратцѣ исторію возникновенія Общества, отмѣтилъ, что въ настоящее время Общество насчитываетъ 46 членовъ, тогда какъ возникло оно при 31 членѣ; изъ числа членовъ 3 умерли весною и лѣтомъ текущаго года и 8 находятся на театрѣ военныхъ дѣйствій.

Казначей Общества *А. Э. Спенглеръ* доложилъ о *состояніи денежныхъ суммъ* Общества.

Открытой баллотировкой были избраны почетными членами Общества: проф. *Н. П. Симановскій*, проф. *И. П. Павловъ* (по случаю исполняющагося въ декабрѣ 25-лѣтія ученой его дѣятельности) и *К. А. Раухфусъ*. *А. Сибирскій.*

CLVII. *Изъ Общества охраненія народнаго здравія.*

(Соединенное засѣданіе 2-го Отдѣленія и состоящей при немъ Коммиссіи для борьбы съ бугорчаткой 18-го октября).

Л. Б. Бертенсонъ (предсѣдатель Коммиссіи). 1) *Постановленія бывшей въ Копенгагенѣ въ маѣ 1904 г. Международной Конференціи по борьбѣ съ бугорчаткой*; 2) *Уставъ Международнаго Союза по борьбѣ съ бугорчаткой*; 3) *Норвежскій законъ, относящійся къ лицамъ, одержимымъ бугорчаткой.* Съ 26 по 29 мая н. ст. въ Копенгагенѣ состоялась Конференція Международнаго центральнаго Бюро по борьбѣ съ бугорчаткой, въ трудахъ которой докладчикъ участвовалъ въ качествѣ представителя медицинскаго Совѣта. Обсужденію Конференціи, сперва въ Коммиссіяхъ, а затѣмъ въ общихъ Собраніяхъ, подверглись вопросы: а) о запретѣ отплевывать мокроту въ закрытыхъ пространствахъ; б) объ обязательномъ заявленіи о случаяхъ т. наз. открытой бугорчатки легкихъ и гортани; в) о насажденіи въ школахъ знаній, касающихся бугорчатки; г) о предрасположеніи къ бугорчаткѣ и д) о записяхъ легочной бугорчатки. По всѣмъ этимъ вопросамъ выработанъ рядъ постановленій, при чемъ Конференція рѣшила обратиться ко всѣмъ правительствамъ, заинтересованнымъ въ борьбѣ съ бугорчаткой, съ ходатайствомъ о всяческомъ содѣйствіи со стороны его органовъ къ выполненію и проведенію въ жизнь всѣхъ мѣропріятій, вытекающихъ изъ ея постановленій. По вопросу о запретѣ отплевывать мокроту въ закрытыхъ помѣщеніяхъ постановлено: а) предложить общественнымъ и правительственнымъ властямъ всѣхъ государствъ издавать соотвѣтственныя обязательныя постановленія для закрытыхъ помѣщеній арміи, флота, учебныхъ заведеній, промышленныхъ и коммерческихъ предпріятій, желѣзныхъ дорогъ, трамваевъ, административныхъ (правительственныхъ и общественныхъ) учрежденій, мѣстъ заключенія, ресторановъ, трактировъ, учрежденій по охраненію народнаго здравія и пр.; б) строгое исполненіе этихъ обязательныхъ постановленій должно быть обезпечено узаконенными карательными мѣрами и фактическимъ санитарнымъ надзоромъ; в) какъ для борьбы съ заразными болѣзнями вообще, такъ и для борьбы съ бугорчаткой въ частности каждое государство должно обладать свѣдущими и власть имущими органами санитарнаго надзора. Въ интересахъ этого надзора недостаточно имѣть врачей-спеціалистовъ, правительственныхъ и общественныхъ; необходимо еще образовать кадръ свѣдущихъ въ санитаріи лицъ, которыя могли-бы оказывать врачамъ помощь по надзору и насажденію гигіеническихъ знаній въ населеніи.—По вопросу объ обязательномъ заявленіи о случаяхъ т. наз. открытой бугорчатки легкихъ и гортани Конференція признала необходимымъ: а) чтобы заявленіе о каждомъ случаѣ смерти отъ открытой бугорчатки легкихъ и гортани было обязательно и обусловливало принятіе соотвѣтственныхъ

предохранительныхъ мѣръ со стороны властей, вѣдающихъ санитаріей; б) чтобы государства употребляли возможныя усилія сдѣлать обязательнымъ заявленіе о всѣхъ случаяхъ открытой легочной и гортанной бугорчатки и, прежде всего, при переѣздѣ больного съ одной квартиры на другую. Достиженіе этого облегчится насажденіемъ гигіеническихъ знаній въ населеніи и увеличеніемъ денежныхъ средствъ, предоставляемыхъ общественнымъ и государственнымъ учрежденіямъ для ихъ санитарной дѣятельности; в) въ тѣхъ государствахъ, въ которыхъ обязательное заявленіе о всѣхъ случаяхъ бугорчатки не могло-бы быть проведено, оно должно быть узаконено, по крайней мѣрѣ, для помѣщеній, въ которыхъ живутъ люди скопомъ, постоянно или временно, какъ, напр., гостинницы, постоялые дворы, меблированныя комнаты и пр.; г) въ государствахъ, гдѣ нельзя ввести обязательнаго заявленія, необходимо всячески содѣйствовать проведенію въ жизнь заявленій добровольныхъ.—По вопросу о насажденіи среди населенія свѣдѣній о бугорчаткѣ Конференціей было рѣшено: а) возложить на делегатовъ государствъ сдѣлать своимъ правительственнымъ и общественнымъ учрежденіямъ представленіе о необходимости введенія преподаванія гигіены какъ въ среднихъ, такъ и въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ. Преподаваніе гигіены и экзаменъ по этому предмету должны быть обязательными; б) Поручить тѣмъ-же делегатамъ представить Международному Союзу по борьбѣ съ бугорчаткой отчетъ о борьбѣ съ этой болѣзнью въ зависимости отъ мѣропріятій по насажденію о ней свѣдѣній.—Вопросъ о предрасположеніи къ бугорчаткѣ былъ расчлененъ на 2 части: на вопросъ о введеніи однообразной номенклатуры и на вопросъ объ установленіи одинаковой для всѣхъ странъ системы записи заболѣваній. По 1-му вопросу, принята въ исправленномъ и дополненномъ видѣ, схема д-ра *Turban*'а. Рѣшеніе 2-го вопроса было отсрочено до слѣдующаго Съѣзда по борьбѣ съ бугорчаткой, имѣющаго быть въ Парижѣ осенью 1905 г., при чемъ было поручено профф. *Schrötter*'у (Вѣна) и *Landouzy* (Парижъ) выработать къ этому времени схему однообразной для всѣхъ странъ карточки для записей.—Предлагая эти постановленія на обсужденіе Общества охраненія народнаго здравія, докладчикъ высказался за необходимость расширить занятія Коммиссіи при Обществѣ постояннымъ общеніемъ съ Коммиссіей при Пироговскомъ Обществѣ, положивъ начало этому общенію обмѣномъ мыслей по поводу постановленій Копенгагенской Конференціи. Съ этой-же Коммиссіей слѣдуетъ, по мнѣнію докладчика, придти къ соглашенію на счетъ представительства въ «Международномъ Союзѣ по борьбѣ съ бугорчаткой». Ознакомивъ затѣмъ Собраніе съ уставомъ этого Международнаго Союза въ его первоначальномъ видѣ и съ проэктируемыми измѣненіями въ немъ, докладчикъ подробно остановился на Норвежскомъ законѣ 1900 г., относящемся къ лицамъ, одержимымъ бугорчаткою. По этому закону о всѣхъ случаяхъ заболѣванія бугорчатковаго свойства съ выдѣленіями, которыя могутъ представлять опасность въ смыслѣ распространенія болѣзни, пользующій врачъ обязанъ увѣдомлять предсѣдателя городской или уѣздной санитарной Коммиссіи. Точно также подлежатъ обязательному заявленію всѣ случаи смерти отъ бугорчатки, даже если больной и не находился подъ наблюденіемъ врача. Кромѣ того, общинныя Управленія путемъ обязательныхъ постановленій могутъ требовать оповѣщенія о каждомъ переѣздѣ больного, одержимаго бугорчаткой, съ одной квартиры на другую. Послѣ умершихъ отъ бугорчатки и послѣ переѣзда больного, одержимаго этой болѣзнью, съ одной квартиры на другую, помѣщенія, а также остающіяся въ немъ вещи, подвергаются обязательному обеззараживанію.

Докладъ вызвалъ продолжительныя пренія. Предложенія докладчика объ установленіи болѣе тѣсной связи между Коммиссіей по борьбѣ съ бугорчаткой, работающей при Обществѣ охраненія народнаго здравія, и другими Обществами, работающими въ томъ-же направленіи, а также объ участіи Общества охраненія народнаго здравія, какъ дѣйствительнаго члена, въ «Международномъ Союзѣ по борьбѣ съ бугорчаткой», Собраніемъ приняты. Точно также принятъ 1-й пунктъ постановленій Конференціи о запретѣ отплевывать мокроту въ закрытыхъ помѣщеніяхъ. Что касается 2-го пункта—объ обязательности заявленій о случаяхъ т. наз. открытой бугорчатки легкихъ и гортани, то было указано на то, что современная постановка записей заболѣваемости и смертности въ Россіи вообще крайне неудовлетворительна. Собраніе выразило пожеланіе, чтобы была улучшена постановка этого вопроса по отношенію вообще къ заразнымъ болѣзнямъ, въ частности-же и къ бугорчаткѣ. По существующимъ условіямъ выполненіе указаній Конференціи, въ высшей степени желательныхъ, возможно лишь для городовъ и большихъ населенныхъ мѣстъ; въ нихъ, кромѣ введенія записей, возможно и послѣдовательное принятіе соотвѣтственныхъ предупредительныхъ мѣръ. Послѣдующіе пункты Собраніемъ приняты, при чемъ разработка вопроса о предрасположеніи къ бугорчаткѣ поручена работающей при Обществѣ Коммиссіи.

Д. А. Дрилъ заявилъ, что осенью 1905 г. предполагается въ Парижѣ Международный Съѣздъ по борьбѣ съ бугорчаткой. Проф. *В. Д. Шервинскій*, которому поручено составить русскій организаціонный Комитетъ для Съѣзда, выразилъ желаніе, совмѣстно съ Обществомъ охраненія народнаго здравія и работающими по этому вопросу Коммиссіями, обсудить организацію такого Комитета. Собраніе постановило устроить для этой цѣли соединенное засѣданіе 2-го отдѣленія Общества Коммиссіи по борьбѣ съ бугорчаткой, Коммиссіи по борьбѣ съ алкоголизмомъ и Общества попеченія о больныхъ бугорчаткой въ Петербургѣ.

Г. Дембо.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CLVII. М. Г.! Отъ души присоединяясь къ предложенію многоуважаемаго *Н. М. Какушкина*, прошу передать прилагаемые 10 р на учрежденіе фонда народнаго образованія въ память *Н. И. Пирогова* [1]). *К. Шульгинъ.*

Кагызманъ, Карской обл. 25 ноября 1904 г.

CLVIII. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

16 іюня сего года мною послано въ Петербургскій книжный магазинъ А. Л. Ярошевской 5 р. 40 к. для высылки книгъ; какъ видно изъ оффиціальной справки мѣстной почтовой конторы отъ 7 декабря за № 1908, означенныя деньги 23 іюня приняты г жей А. Ярошевской. Долго не получая заказа, я 23 сентября послалъ заказное письмо съ просьбой ускорить высылкой таковаго; письмо было выдано по довѣренности подъ росписку К. Романова, но ни книгъ, ни отвѣта и до сихъ поръ нѣтъ! Не побудитъ ли настоящее письмо книжный магазинъ г жи Ярошевской быть болѣе внимательнымъ къ своимъ кліентамъ.

Г. Буй, Костромской губ. 8 декабря 1904 г.

А. Фесенко.

CLIX. М. Г.! Въ Коммиссіи по пересмотру устава вспомогательной медицинской Кассы, учрежденной *Я. А. Чистовичемъ*, возникли нѣкоторыя разногласія, какъ мнѣ кажется, не касающіяся существа дѣла; къ сожалѣнію, они обострились. Какъ членъ этой Коммиссіи, я долженъ сказать по этому поводу нѣсколько словъ.

Коммиссія наша работала усердно; нѣкоторые члены ея относились къ дѣлу съ особой любовью (я работалъ менѣе остальныхъ членовъ въ этой Коммиссіи); къ нимъ относится и *А. В. Амстердамскій*, по почину котораго была выбрана наша Коммиссія; онъ нерѣдко вступалъ въ оживленные споры съ другими членами Коммиссіи; но вѣдь это и хорошо—изъ споровъ выясняется истина.

Въ отчетѣ объ общемъ Собраніи Кассы 21 го октября (въ № 45 «Русскаго Врача») *А. В. Амстердамскій*, увлекаясь общими мыслями о дѣятельности Кассы (многія изъ нихъ заслуживаютъ всяческой поддержки, напр., бо́льшая гласность и др.), употреблялъ не всегда парламентскія выраженія о нѣкоторыхъ почтенныхъ и глубокоуважаемыхъ дѣятеляхъ Кассы, которые для нея много и плодотворно поработали. Вслѣдствіе этого я подписалъ письмо (въ № 47 «Русскаго Врача»), обращенное къ д ру *Амстердамскому*, вмѣстѣ съ другими сочленами Коммиссіи. Разъясненіями д-ра *Амстердамскаго* (въ 49 «Русскаго Врача») я удовлетворенъ. Поэтому я и не подписалъ новаго заявленія товарищей по Коммиссіи, обращеннаго къ д-ру *Амстердамскому* (въ № 50 «Русскаго Врача»). Что касается того—было или нѣтъ ему сказано въ мартѣ этого года о томъ, что онъ можетъ получить деньги изъ Комитета Кассы на печатаніе его работы, то, по видимому, и онъ не стоитъ за свою хронологію, какъ выяснилось изъ частной бесѣды съ нимъ, на которой были всѣ члены нашей Коммиссіи.

Крайне желательно, чтобы единеніе врачей между собою росло, что̀ и въ интересахъ общественной пользы. Только при полномъ единеніи врачей между собою можетъ осуществиться предвѣдѣніе покойнаго геніальнаго общественнаго дѣятеля Вилльяма Гладстона, что въ будущемъ управлять государствами будутъ врачи; и дѣйствительно въ кругъ ихъ вѣдѣнія, если вдуматься, входитъ дѣятельность всего соціальнаго организма, именуемаго государствомъ. Viribus unitis! *Л. Карчагинъ.*

Петербургъ. 14-го декабря 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2565. Заслуженный ординарный профессоръ Харьковскаго Университета *Н. Ф. Толочиновъ уволенъ отъ службы*, согласно прошенію («Правительственный Вѣстникъ», 9 декабря).

2566. Въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ въ Петербургѣ *свободны каѳедры*: а) *оперативной хирургіи съ топографической анатоміей* и б) *факультетской акушерско-гинекологической клиники*, на занятіе которыхъ и объявленъ конкурсъ. Желающіе занять эти каѳедры должны удовлетворять требованіямъ, указаннымъ въ ст. 15 Высочайше утвержденнаго 10-го мая 1904 г. Положенія о Петербургскомъ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ (ст. 499, т. XI ч. I изд. 1893 г.), и представить Совѣту Института 1) заявленіе о желаніи занять каѳедру, 2) свои ученые труды и 3) свою аутобіографію (curriculum vitae), по 1-ой каѳедрѣ *не позже 7-го марта*, а по 2-ой *не позже 18-го марта 1905 г.*

2567. Магистръ фармаціи г. *Гинзбергъ* и д-ръ *Д. К. Заболотный* назначены *экстраординарными профессорами* (*Д. К. З.*—исправляющимъ должность) Женскаго Медицинскаго Института: первый—по каѳедрѣ фармаціи и фармакогнозіи, а второй—по каѳедрѣ бактеріологіи («Правительственный Вѣстникъ», 9 декабря).

[1]) Охотно исполнимъ порученіе многоуважаемаго товарища. *Ред.*

2568. На освободившуюся въ Кіевѣ каѳедру діагностики съ пропедевтической клиникой *избранъ* проф. Новороссійскаго Университета *Ѳ. Г. Яновскій*, занимавшій тамъ каѳедру госпитальной терапевтической клиники. Такимъ образомъ въ Одессѣ на медицинскомъ факультетѣ свободны теперь *4 каѳедры*: хирургической патологіи съ десмургіей, акушерства и женскихъ болѣзней, гигіены и госпитальной терапевтической клиники.

2569. *Временное преподаваніе* по гигіенѣ въ Одесскомъ Университетѣ, за уходомъ проф. *Г. В. Хлопина*, поручено проф. *М. Б. Блаубергу*, преподаваніе же по эпизоотологіи—ч. пр. *Л. А. Тарасевичу*.

2570. Д-ръ *Б. А. Дробный* избранъ Одесскимъ медицинскимъ факультетомъ ч. *преподавателемъ* по мочеполовымъ болѣзнямъ.

2571. Медицинскій факультетъ въ Одессѣ возбудилъ ходатайство объ учрежденіи на немъ *повторительныхъ курсовъ для врачей*. По проэкту факультета курсы будутъ открываться въ весеннемъ ½-годіи, по прекращеніи студенческихъ занятій, и продолжаться въ теченіи 3-хъ недѣль. Число слушателей на каждомъ курсѣ опредѣляется заранѣе лекторомъ его. Плата за участіе въ каждомъ курсѣ установлена въ 10 р., при чемъ одна ½ этой суммы пойдетъ на нужды даннаго учебно-вспомогательнаго учрежденія, а другая ½ въ пользу лектора.

2572. *Предсѣдателями медицинскихъ испытательныхъ Коммиссій* во всѣхъ университетахъ назначены деканы медицинскихъ факультетовъ тѣхъ-же университетовъ. Испытанія по ускоренному выпуску врачей начнутся 14—15 февраля и закончатся 30—31 марта.

2573. Въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ въ текущемъ году выпущено *со званіемъ лѣкаря 250 слушательницъ* («Наша Жизнь», 14 декабря).

2574. «Кіевская Газета» (10 декабря) сообщаетъ, что во время зимнихъ каникулъ *въ зданіяхъ Кіевскаго Университета будутъ расквартированы войска*, а именно—380 нижнихъ чиновъ, 5 офицеровъ и 5 лошадей. Лекціи въ Университетѣ прекращены 8-го декабря въ виду необходимости приспособить нѣкоторыя его помѣщенія для новыхъ цѣлей.—По видимому, это—1-ый и единственный въ своемъ родѣ случай стоянки войскъ въ зданіяхъ университета.

2575. Московскій бактеріологическій Институтъ собралъ интересныя свѣдѣнія *о дѣйствіи прививокъ противозаразной сыворотки*, сдѣланныхъ врачамъ и персоналу санитарныхъ отрядовъ, отправленныхъ на Дальній Востокъ. Оказывается, что въ тѣхъ отрядахъ, гдѣ прививки были сдѣланы, заболѣваній почти незамѣтно, въ остальныхъ-же отрядахъ число ихъ довольно значительно («Наша Жизнь», 9 декабря).

2576. По словамъ «Новаго Времени» (11 декабря), Полтавское губернское земское Собраніе, согласно предложенію гл. Ходолея, постановило *ходатайствовать о допущеніи* по случаю войны, потребовавшей массу врачей, *въ теченіи 3-хъ лѣтъ къ земской практикѣ врачей съ иностранными врачебными дипломами*.

2577. Русское Общество охраненія народнаго здравія постановило, какъ сообщаетъ «Новое Время» (11 декабря), предоставить въ своихъ колоніяхъ (Старой Руссѣ, Гапсалѣ, Аренсбургѣ, Ревелѣ и Друскеникахъ) на лѣтніе мѣсяцы 1905 г. *для дѣтей врачей, работающихъ на Дальнемъ Востокѣ, 25 мѣстъ съ полнымъ содержаніемъ*. Дѣти будутъ приниматься обоего пола, въ возрастѣ отъ 5 до 14 л.

2578. «Кіевская Газета» (10 декабря) передаетъ, что г-жа Балашова предоставила средства и помѣщеніе *для устройства лазарета на 40 кроватей* для больныхъ и раненыхъ воиновъ въ своемъ имѣніи. Такой-же *лазаретъ на 12 чел.* устроила въ своемъ имѣніи въ Липинскомъ уѣздѣ Подольской губ. г-жа Беннетъ.—Въ имѣніи Емильчино (Ровенскаго уѣзда) кн. Уваровой устроенъ *пріемный покой* на 75 коекъ для эвакуируемыхъ раненыхъ воиновъ («Биржевыя Вѣдомости», 9 декабря).

2579. Высочайше учрежденная Коммиссія по борьбѣ съ холерой и чумою объявляетъ, что съ 2 по 8 декабря *въ Эриванской губ. заболѣли холерой* 324 и умерли отъ нея 279 чел., въ томъ числѣ въ гор. Эривани наблюдалось 31 заболѣваніе. *Въ Баку* было 10 случаевъ, Балаханахъ—3 и въ 6 уѣздахъ Бакинской губ.—168. *Въ Елисаветпольской губ.* холера наблюдалась въ Зангезурскомъ уѣздѣ, гдѣ обнаружено 9 заболѣваній, изъ коихъ 5 окончились смертью. Заболѣванія *въ Закаспійской области* были только въ Асхабадѣ — 5 случаевъ, въ Ташкентѣ — 4 и въ Ташкентскомъ уѣздѣ — 28. *Въ поволжскихъ губерніяхъ* наибольшее число заболѣваній было въ Самарской, гдѣ въ 4-хъ уѣздахъ заболѣли 69 чел.; кромѣ того, 1 заболѣваніе было въ гор. Николаевскѣ. *Въ Астраханской губ.* обнаружено 3 случая, *въ* гор. *Царицынѣ*, Саратовской губерніи,—11.

2580. Къ числу Земствъ, признавшихъ *несостоятельность организаціи Коммиссіи, вѣдающей дѣло борьбы съ заразными болѣзнями* (см. № 44, стр. 1490, № 47, стр. 1602, № 49, стр. 1675, № 50, стр. 1711), присоединилось и Земство Рязанское. Россійское телеграфное агентство разослало общимъ газетамъ (отъ 14 декабря) слѣдующую телеграмму: «Рязань, 13 декабря. Губернское Собраніе поручило Управѣ представить Правительству мотивированное ходатайство объ отмѣнѣ Высочайше утвержденныхъ правилъ о принятіи мѣръ къ прекращенію холеры и чумы и временныхъ правилъ для санитарно-исполнительныхъ Коммиссій о мѣрахъ къ предупрежденію и борьбѣ съ заразными болѣзнями».

2581. Петербургская губернская земская Управа вноситъ на земское Собраніе, какъ сообщаетъ «Наша Жизнь» (14 декабря), доклады: 1) *объ аптекарскомъ уставѣ* и 2) *объ условіяхъ борьбы съ холерными и другими эпидеміями*. Санитарный Совѣтъ губернскаго Земства, обсуждавшій оба эти вопроса, по 1-му изъ нихъ пришелъ къ заключенію, что выработанный Министерствомъ проэктъ аптекарскаго устава *далеко не удовлетворителенъ*. По мнѣнію Совѣта, аптечное дѣло въ Россіи должно быть поставлено на совершенно новыхъ началахъ. Прежде всего необходимо отказаться отъ монопольной системы; затѣмъ слѣдуетъ уравнять во всѣхъ отношеніяхъ оба разряда аптекъ—сельскія и городскія и, наконецъ, повысить требованія образовательнаго ценза для провизоровъ: послѣдними должны быть лица съ высшимъ образованіемъ, въ виду чего желательно учрежденіе фармацевтическихъ факультетовъ при университетахъ. Въ этомъ смыслѣ и предполагается представить отъ Управы докладъ на земское Собраніе. По 2-му вопросу санитарный Совѣтъ призналъ, что существующія правила, по которымъ Высочайше учрежденной Коммиссіи по борьбѣ съ эпидеміями принадлежитъ исключительное право объявлять ту или другую мѣстность «неблагополучной» и руководить дѣятельностью земствъ въ борьбѣ съ эпидеміями, *стѣснительны для земства*. По мнѣнію Совѣта, необходимо, чтобы губернскія Коммиссіи по борьбѣ съ эпидеміями состояли не при губернаторахъ, а при губернскихъ Управахъ, при чемъ въ эти Коммиссіи, по прежнему, должны входить представители отъ всѣхъ заинтересованныхъ вѣдомствъ.

2582. Саратовскій санитарный Совѣтъ принялъ, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (8 декабря), *слѣдующія постановленія*: 1) ходатайствовать, чтобы временно приглашаемые на борьбу съ холерой врачи не подлежали утвержденію администраціи; 2) обратить вниманіе Астраханскаго губернатора на необезпеченность медицинскою помощью мѣстностей, прилегающихъ къ Саратовской губ.; 3) не страховать врачебнаго персонала на случай смерти отъ эпидеміи и выдавать въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ пособіе; сумму пособія Совѣтъ обозначить отказался, полагая, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ вопросъ будетъ рѣшаться на земскомъ Собраніи; 4) вопросъ объ устройствѣ лепрозорія отложить на рѣшеніе IX Съѣзда земскихъ врачей; 5) ввести безплатное лѣченіе всѣхъ острыхъ и буйныхъ психическихъ больныхъ; 6) ввести безплатное лѣченіе на *Pasteur*'овской станціи всѣхъ укушенныхъ бѣшеными животными уроженцевъ земскихъ губерній. Вмѣстѣ съ тѣмъ Совѣтъ постановилъ продолжать разработку данныхъ о безплатномъ лѣченіи во всѣхъ земскихъ губерніяхъ.

2583. Кіевская уѣздная земская Управа обратилась въ губернскую Управу съ просьбой *о созывѣ врачей всей губерніи* для изысканія наиболѣе раціональныхъ мѣръ по предупрежденію занесенія и развитія холерной эпидеміи («Кіевское Слово», 8 декабря).

2584. Въ 1905 г. исполняется *100 лѣтіе Виленскаго медицинскаго Общества* («Сѣверо-Западное Слово», 4 декабря).

2585. Въ годовомъ засѣданіи *Общества Батумскихъ врачей избраны*, какъ передаетъ «Казбекъ» (9 декабря), предсѣдателемъ—д-ръ *Б. К. Финкельштейнъ*, а товарищемъ его—д-ръ *И. Н. Соколовскій*.

2586. Многоуважаемый товарищъ, членъ Студенческаго медицинскаго Общества при Московскомъ Университетѣ, прислалъ намъ слѣдующее описаніе *засѣданія Общества, посвященнаго памяти А. П. Чехова*. «Засѣданіе происходило 3-го декабря въ большой физической аудиторіи Университета. Аудиторія была переполнена: присутствовало болѣе 700 чел. слушателей. Предсѣдательствовалъ проф. *П. И. Дьяконовъ*, предложившій почтить память *А. П.* вставаніемъ. Въ аудиторіи были повѣшены 2 послѣднихъ портрета *А. П. Чехова*. Первымъ говорилъ рѣчь студентъ *Невядомскій* на тему: «*Чеховъ, его болѣзнь и творчество*». Ораторъ, помимо очень тонкой, взвѣшенной оцѣнки *Чехова*-писателя, подробно изложилъ на основаніи крайне разбросаннаго матеріала все теченіе болѣзни *Чехова* и показалъ ясную связь его недуга съ нѣкоторыми сторонами его творчества. Далѣе слѣдовали «*Личныя воспоминанія о Чеховѣ*» *Г. И. Россолимо*. Послѣдній былъ товарищемъ *А. П.* по Московскому Университету, съ какого времени онъ и началъ свои воспоминанія. *Чеховъ*-студентъ былъ совершенно незамѣтенъ среди товарищей въ силу своей чрезвычайной скромности. Медициной *Чеховъ* занимался съ большимъ интересомъ. Рѣзкая перемѣна произошла въ *А. П.* послѣ его поѣздки въ Сибирь и на Сахалинъ; оттуда онъ вернулся какимъ-то другимъ даже по внѣшности человѣкомъ, говорилъ чрезвычайно оживленно; по видимому, кругъ его интересовъ очень расширился. Не нужно забывать, что «Островъ Сахалинъ» купленъ цѣной перваго кровохарканья. *А. П. Чеховъ* неоднократно говорилъ автору воспоминаній, что очень мечтаетъ о преподавательской дѣятельности студентамъ; онъ очень сожалѣлъ, что ему не удалось написать диссертаціи, и скромно высказывалъ возможность той глубокой радости, которую онъ могъ-бы получить, если-бы Медицинскій факультетъ нашелъ «хотя-бы капельку» общественно-медицинскаго значенія въ «Островѣ Сахалинѣ» и допустилъ представить послѣдній на соисканіе степени доктора медицины. *Чеховъ* мечталъ быть преподавателемъ «частной патологіи и терапіи»; онъ мечталъ такъ описывать страданія больного, чтобы заставлять слушателей переживать эти страданія, мечталъ учить будущихъ врачей понимать страданія больныхъ. Изъ многихъ подробностей въ воспоминаніяхъ *Г. И. Россолимо* объ *А. П.* упомяну о слѣдующей. Авторъ воспоминаній, по порученію Московскаго педагогическаго Общества, обратился къ *А. П.* съ

просьбой написать что-нибудь для дѣтей. *А. П.* отвѣтилъ, что онъ не понимаетъ «дѣтской» литературы, что дѣло педагога выбрать изъ общей литературы то, что могутъ понимать дѣти; спеціально-же «дѣтская» литература—такой-же абсурдъ, какъ и то, напр., обстоятельство, если-бы были спеціально «дѣтскія» лѣкарства: дѣтей лѣчатъ тѣми-же средствами, какъ и взрослыхъ; все дѣло только въ дозировкѣ. Когда *Г. И. Россолимо* года 2 назадъ обратился къ *А. П.* съ просьбой написать свою автобіографію для альбома врачей выпуска 1883 г., къ которому принадлежалъ *Чеховъ* (автобіографія эта была напечатана вскорѣ послѣ смерти *А. П.* въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ»), *А. П.* прислалъ очень краткія свѣдѣнія исключительно внѣшняго характера, мотивируя бѣдноту данныхъ свѣдѣній, со свойственнымъ ему юморомъ, присущей ему болѣзнью—«автобіографофобіей». Въ заключеніе авторъ воспоминаній прочелъ нѣсколько отрывковъ изъ предсмертныхъ писемъ *А. П.* и показалъ на экранѣ послѣднія слова, написанныя *Чеховымъ* при жизни: «Будьте здоровы и счастливы! Вашъ Антонъ Чеховъ». Это было очень кстати. *Г. И. Россолимо* остановился также на томъ вопросѣ, почему *Чеховъ* не написалъ ни одного дѣйствительно крупнаго по объему произведенія. Этому мѣшали, постоянная «дума о кускѣ хлѣба и болѣзнь *А. П.*». Что *Чеховъ* думалъ о такомъ произведеніи, доказываетъ то, что онъ неоднократно говорилъ даже о формѣ его. Ему очень хотѣлось одно время придать этому предполагаемому произведенію форму «Мертвыхъ Душъ», при чемъ герой его долженъ-бы былъ подойти близко ко всѣмъ событіямъ XIX вѣка; въ другое время *Чеховъ* мечталъ написать нѣчто въ родѣ «Притчей Соломона». 3-мъ говорилъ студ. *Данилевичъ* на тему: «*Чеховъ-писатель и его общественное значеніе*». Рѣчь его была страстная, красивая, можетъ быть, страдавшая черезчуръ сильной реакціей на событія дня, но отличалась такой красотой слога и образностью, что закончилась цѣлой оваціей. Ораторъ опровергнулъ довольно распространенное мнѣніе о *Чеховскомъ* индифферентизмѣ къ общественнымъ вопросамъ цѣлымъ рядомъ выдержекъ изъ произведеній и писемъ писателя и указалъ на ту великую роль *Чехова*, которую онъ сыгралъ въ сознаніи всѣми нами всѣхъ ненормальностей и уродствъ нашей дѣйствительности.... Такъ тепло, такъ удачно Студенческое медицинское Общество почтило память своего дорогого товарища. Характерная подробность: на засѣданіи, о которомъ было оповѣщено въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ», кромѣ предсѣдательствовавшаго проф. *Дьяконова*, не было ни одного члена факультета, изъ числа-же чч. преподавателей—а число это заходитъ, кажется, далеко за 100—было только 3; немного было и врачей. Неужели всѣ отсутствовавшіе забыли, что *Чеховъ* былъ воспитанникомъ Московскаго медицинскаго факультета? Неужели случаи какого-нибудь актиномикоза или перерѣзки какой-либо артеріи отнимаютъ все время нашихъ ученыхъ работниковъ, или, можетъ быть, всѣхъ ихъ дѣйствительно «разрываютъ на части»? Неужели почти никому и въ голову не пришло, что подобное игнорированіе можетъ быть даже неприличнымъ»?.—Какъ горько-справедливы заключительныя слова молодого товарища и какъ тяжело слышать ихъ!

2587. *Въ Петрозаводскѣ* возникло *Общество врачей* («Биржевыя Вѣдомости», 9 декабря).—Желаемъ новому Обществу полнаго успѣха въ его дѣятельности.

2588. Отъ умершей г. Томилиной, по завѣщанію, поступило въ *Общество Донскихъ врачей пожертвованіе* въ 1400 р. («Донская Рѣчь», 8 декабря).

2589. 5-го декабря состоялось, какъ сообщаетъ «Наша Жизнь» (10 декабря), *годовое засѣданіе Тамбовскаго Общества ветеринарныхъ врачей*, на которомъ обсуждался вопросъ о вліяніи ветеринарныхъ законовъ 12 іюня 1902 г. и 10 іюня 1903 г. на строй земской ветеринаріи. Признавъ, что эти законы могутъ затормазить развитіе земской ветеринаріи и измѣнить ея продуктивную работу въ полицейскую и канцелярскую, Общество постановило возбудить предъ министромъ внутреннихъ дѣлъ *ходатайство о новомъ пересмотрѣ упомянутыхъ законовъ* при посредствѣ земскихъ Собраній, городскихъ Думъ, сельско-хозяйственныхъ и ветеринарныхъ Обществъ. Для того, чтобы сдѣлать возможнымъ обсужденіе въ спеціальной печати всѣхъ вообще вопросовъ ветеринарнаго быта, Общество ходатайствуетъ *объ освобожденіи ея отъ предварительной цензуры*. Одновременно возбуждено ходатайство *о пересмотрѣ дѣла* о внезапномъ переводѣ въ 1901 г. *ветеринарнаго врача Нелюбина* изъ Тамбовской губ. на крайній сѣверъ Европейской Россіи. Ходатайства изложены въ телеграммѣ.

2590. Въ «*Отчетѣ о научной командировкѣ*» («Врачебно-санитарная Хроника Курской губ.», № 9) ординаторъ психіатрической больницы Курскаго губернскаго Земства *П. И. Растегаевъ* указываетъ на затруднительное положеніе въ Россіи врачей-психіатровъ, желающихъ пополнить свои знанія, такъ какъ въ единственномъ учрежденіи для пополненія врачами знаній — въ Елеинскомъ Институтѣ — психіатрическихъ курсовъ нѣтъ. Въ психіатрическихъ клиникахъ врачъ является гостемъ, «котораго очень любезно принимаютъ, но до котораго клиническому персоналу никакого дѣла нѣтъ, такъ какъ этотъ персоналъ занятъ своими обязанностями—занятіями со студентами. Какъ-бы ни были хорошо организованы лекціи и практическія занятія, въ клиникахъ они прежде всего имѣютъ въ виду интересы студентовъ, и врачъ, работающій особенно въ какой-нибудь спеціальной области, на этихъ лекціяхъ и занятіяхъ рѣдко встрѣтитъ что-нибудь для себя поучительное». Во время своей командировки въ Петербургѣ авторъ занимался какъ въ Елеинскомъ Институтѣ, такъ и въ клиникѣ проф. *В. М. Бехтерева*. «Болѣе или менѣе систематическій курсъ проф. *Бехтереву* удалось читать только по нервнымъ болѣзнямъ. Хотя лекцій было мало, но всѣ онѣ отличались такимъ богатымъ подборомъ клиническаго матеріала, разборъ больныхъ поражалъ такой тонкостью клиническаго анализа, каждый симптомъ получалъ такое яркое освѣщеніе, что, слушая проф. *Бехтерева*, нельзя было удивляться, что онъ пользуется такой славой, какъ нейропатологъ». «Чтеніе лекцій проф. *Бехтеревымъ* сопровождалось демонстраціей посредствомъ волшебнаго фонаря многочисленныхъ снимковъ съ больныхъ и съ патолого-анатомическихъ препаратовъ. Лекцій по психіатріи было мало, и касались онѣ вопросовъ общей психопатологіи, которые онъ излагалъ въ сжатомъ видѣ, демонстрируя больныхъ для поясненія разстройствъ разныхъ сферъ психической жизни. Проф. *Бехтеревъ* частной психопатологіи при мнѣ не читалъ и разбора больныхъ не дѣлалъ, какъ не дѣлалъ и обходовъ клиники со слушателями». Объ отдѣльныхъ курсахъ въ Елеинскомъ Институтѣ авторъ даетъ такіе отзывы: «Нервныя болѣзни читаетъ проф. *Л. В. Блюменау*, выбранный на эту каѳедру недавно. Чтеніе лекцій и веденіе занятій проф. *Л. В. Блюменау* не могло удовлетворить не только врача, немного знакомаго съ вопросами нейропатологіи, но даже обыкновеннаго врача, занимающагося нейропатологіей на ряду съ другими отдѣлами медицины. Читая клинику нервныхъ болѣзней, проф. *Л. В. Блюменау* показывалъ больного, очень мало останавливался на разборѣ болѣзненныхъ симптомовъ даннаго больного, больного уводили, и профессоръ начиналъ читать о болѣзни, совершенно забывая того больного, котораго онъ только демонстрировалъ. Это были клиническія лекціи «при больномъ», а не «на больномъ». Чтенія его поражали большой эрудиціей, знакомствомъ со множествомъ авторовъ, подробнымъ перечисленіемъ симптомовъ съ обозначеніемъ фамилій авторовъ, впервые описавшихъ эти симптомы. Лѣченіе больныхъ вообще, а не даннаго больного, профессоръ разбиралъ подробно и знакомилъ слушателей со всѣми новинками въ терапіи даннаго страданія. Читая курсъ электротерапіи, проф. *Л. В. Блюменау* много мѣста удѣлялъ физическимъ законамъ электричества въ ущербъ собственно электротерапіи». «Амбуляторный матеріалъ его поликлиники не можетъ похвастаться обиліемъ и разнообразіемъ болѣзненныхъ формъ, благодаря чему проф. *Блюменау* полнаго курса нервныхъ болѣзней провести не можетъ. Посѣщавшіе его клинику и поликлинику врачи со стороны профессора и ординаторовъ встрѣчали полную готовность служить имъ, чѣмъ могли». Курсъ патологической гистологіи проф. *Н. В. Петрова* «продолжался ровно 2 мѣсяца; въ теченіи его проф. *Петровъ* успѣлъ пройти полный курсъ патологической гистологіи. Читаетъ онъ просто, ясно и понятно, чтенія сопровождаетъ демонстраціей большого числа микроскопическихъ препаратовъ патологически измѣненныхъ органовъ и, кромѣ того, даетъ возможность слушателямъ и самимъ готовить препараты изъ готовыхъ уже срѣзовъ. Приступая къ изложенію болѣзненныхъ измѣненій даннаго органа, проф. *Н. В. Петровъ* знакомитъ раньше съ нормальнымъ гистологическимъ строеніемъ органа». «Строгая систематичность, простота и ясность изложенія выдѣляютъ выгодно этотъ курсъ среди другихъ». Занятія по микроскопической техникѣ велъ д-ръ *С. П. Шуениновъ*. «Знакомя въ сжатой формѣ съ пріемами микроскопической техники, д-ръ *Шуениновъ* въ то-же время заставлялъ продѣлывать всѣ окраски самимъ слушателямъ, вслѣдствіе чего то, что было кратко изложено у проф. *Н. В. Петрова*, здѣсь разъяснялось, и число препаратовъ, приготовленныхъ самими слушателями, увеличивалось. Въ продолженіи всего времени занятій д-ръ *С. П. Шуениновъ* готовъ былъ каждую минуту придти къ каждому на помощь, объяснить, сдѣлать сложную окраску самъ. Благодаря его добросовѣстному отношенію къ дѣлу, врачи, совсѣмъ не знакомые съ тѣмъ, какъ обращаться съ микроскопомъ, пріобрѣтали за короткій срокъ необходимый навыкъ для патолого-гистологическихъ изслѣдованій». Въ своемъ «Отчетѣ» авторъ описываетъ также нѣкоторыя изъ осмотрѣнныхъ имъ Петербургскихъ психіатрическихъ больницъ: «Больница на Ново-Знаменской дачѣ, разсчитанная на спокойныхъ больныхъ, теперь имѣетъ цѣлыя отдѣленія для безпокойныхъ больныхъ съ постельнымъ содержаніемъ. Ванны, какъ лѣчебный факторъ, примѣняются рѣдко. Въ изоляторѣ я засталъ больную, которую помѣстили туда, «потому что она кидается и цѣлуетъ ноги». Въ этой больницѣ хорошо организованы и ведутся работы больныхъ, при чемъ необходимыя орудія для работъ дѣлаютъ иногда сами больные. Больница Пантелеймона на Удѣльной произвела на меня тяжелое, удручающее впечатлѣніе: помѣщенія стары, ветхи, свѣта мало; въ мужскихъ мало воздуха, воздухъ пропитанъ табакомъ, испареніями отъ больныхъ. Есть отдѣленія, носящія совсѣмъ не подходящія для больницы названія, какъ, напр., Сахалинъ. Работаютъ мало, что можетъ быть объяснено составомъ больныхъ; главная работа для мужчинъ—пилка и рубка дровъ. Прачешная по своей антисанитарной обстановкѣ можетъ смѣло участвовать въ конкурсѣ антисанитарныхъ жилищъ и помѣщеній. Пансіонерскій столъ мало отличается отъ штатнаго. Больные вслѣдствіе скученности, отсутствія комфорта въ помѣщеніяхъ производятъ тяжелое впечатлѣніе. Какъ это ни покажется страннымъ, но больница Николая Чудотворца производитъ совсѣмъ не такое тяжелое впечатлѣніе, какъ можно было-бы ожидать на основаніи тѣхъ свѣдѣній, которыя попадаются о ней и въ общей, и въ медицинской печати. Поражаетъ прежде всего чистота воздуха какъ въ жилыхъ отдѣленіяхъ, такъ въ спальняхъ и клозетахъ». «Не смотря на переполненіе въ нѣкоторыхъ отдѣленіяхъ, видны старанія создать уютную и пріятную обстановку, напоминающую

домашнюю». «Не смотря на тѣсноту, проводятъ постельный режимъ, и, конечно, не вина врачей, если имъ приходится прибѣгать еще къ такимъ методамъ успокоенія, какъ изоляція и камзолъ». «Въ больницѣ Александра III дѣлается и сдѣлано все, чтобы приблизить больничную обстановку къ домашней. Прекрасныя помѣщенія съ мебелью, цвѣтами, украшеніями, паркетными полами, красивая больничная обстановка, хорошее бѣлье, все вмѣстѣ взятое производитъ сильное впечатлѣніе, но, къ несчастью, все это доступно только людямъ со средствами».

2591. Въ только-что вышедшемъ № 3—4 «Научнаго Архива Виленской окружной лѣчебницы» помѣщенъ, между прочимъ, *отчетъ за 1903 годъ, составленный директоромъ лѣчебницы Н. В. Краинскимъ*. Въ своемъ введеніи къ отчету д-ръ *Н. В. Краинскій* говоритъ: «И вотъ черезъ 2 почти года существованія лѣчебницы, когда я пишу эти строки, я со скорбью долженъ сознаться—и къ чему скрывать?—признать, что достигнутые результаты далеко не соотвѣтствуютъ нашимъ первоначальнымъ надеждамъ. Это громадное существо—живая для насъ лѣчебница—къ сожалѣнію, живетъ неполною жизнью. Если я сравниваю ее съ тѣмъ идеаломъ, который рисовался въ нашихъ планахъ, то невольно думается, что это не та лѣчебница, не то дѣло, которое должно было выдти. Съ первыхъ же шаговъ пришлось встрѣтиться съ цѣлымъ рядомъ неблагопріятныхъ факторовъ и сильно считаться съ ними, а впослѣдствіи сдѣлать рядъ крупныхъ уступокъ и измѣненій. Главныя неудачи получились при подборѣ служебнаго персонала, изъ котораго много лицъ оказалось неподходящими. Съ ними пришлось разстаться. Примѣненіе основного принципа благоустройства современныхъ психіатрическихъ больницъ—свободнаго режима—встрѣтило большія препятствія. Стремленія къ устраненію ненужнаго формализма были непоняты и вызвали неудовольствія. Любовь къ ближнему и проявленіе гуманности въ силу независящихъ отъ насъ обстоятельствъ скованы рамками формальнаго режима и регистрируемаго часами и бумажными записями педантичнаго труда. Зараза снотворныхъ, но спокойныхъ рутинныхъ традицій старыхъ сумашедшихъ домовъ проникла сквозь новыя стѣны Виленской окружной лѣчебницы, и мы замкнулись отъ контроля гласности и общественнаго мнѣнія за рамки формальныхъ часовъ свиданій и посѣщеній и за крѣпкіе запоры взамѣнъ широкой системы oppen door. Не безъ жестокой и бурной схватки свершился этотъ переломъ, и побѣжденный, я теперь взираю не безъ боли въ душѣ, какъ тихо все кругомъ... спокойно... спитъ мирнымъ сномъ. «Все обстоитъ благополучно». И это правда. Лѣчебница не хуже другихъ, а во многомъ несомнѣнно лучше. 80% больныхъ прибываетъ въ вѣсѣ тѣла, нѣтъ цынги, ребра хотя и ломаютъ, но рѣдко, врачи посѣщаютъ отдѣленія ежедневно 2 раза и работаютъ по истинѣ больше, чѣмъ отъ нихъ можно требовать.—Чего же больше? Пусть однако не думаютъ, что я собираюсь обрушиться съ обвинительнымъ актомъ на какихъ-либо отдѣльныхъ лицъ. Я просто думаю, что въ Россіи еще нельзя, не настало время создать психіатрическую больницу, по благоустройству равную образцовымъ нѣмецкимъ. Въ Россіи, какъ и вообще въ славянскихъ странахъ, все спитъ или размѣнивается на мелочи. Нѣтъ исторически подготовленной эрудиціи. Работаютъ и въ университетскихъ клиникахъ вяло, а попытку развивать науку въ глуши встрѣчаютъ часто съ скептицизмомъ и неумѣстною скромностью. «куда-де намъ». Огромный матеріалъ въ русскихъ психіатрическихъ больницахъ научно не разработывается, книги въ библіотекѣ остаются неразрѣзанными, а лабораторіи съ богатыми приборами пустуютъ и покрываются пылью». Для полноты изображенной д-ромъ *Н. В. Краинскимъ* картины считаемъ, однако, весьма и весьма нелишнимъ привести тутъ-же выдержки изъ лежащихъ предъ нами «Нѣсколькихъ словъ по поводу введенія къ отчету по Виленской окружной лѣчебницѣ». Эти «Нѣсколько словъ» подписаны 7 ординаторами лѣчебницы и начинаются многозначительными словами, что «подлинное возраженіе, врученное 31/x с. г. редактору «Научнаго Архива В. О. Л. д-ру *Н. В. Краинскому*, оказалось, вопреки данному 30/x с. г. редакторомъ обѣщанію, не напечатаннымъ въ №№ 3 и 4 Архива, вышедшихъ 6/xi с. г.». Далѣе товарищи говорятъ: «Мы вполнѣ согласны и раздѣляемъ взглядъ д-ра *Краинскаго*, что достигнутые результаты далеко не соотвѣтствуютъ первоначальнымъ надеждамъ не только его самого, но и нашимъ позднѣйшимъ; мы сами хорошо видимъ, что здѣсь далеко не осуществлены тѣ обычные принципы, о которыхъ говорится въ началѣ введенія: лѣчебница живетъ не только «не полною жизнью», но и извращенной—и мы, съ своей стороны, считаемъ необходимымъ сдѣлать нѣкоторыя поясненія о происхожденіи этихъ неудачъ. Тѣ обычные принципы, о которыхъ такъ громко говорится на первой страницѣ введенія, оказались невыполненными. Невольно является вопросъ, въ чемъ же причина? Мы убѣждены, что любовь къ ближнему и проявленіе гуманности не должны сковываться «рамками формальнаго режима», и спрашиваемъ, кто-же заставилъ сковывать любовь къ ближнему и прибѣгать къ «бумажнымъ записямъ педантичнаго труда». Хотя д-ръ *Краинскій* и говоритъ, что врачи работаютъ, по истинѣ, больше, чѣмъ отъ нихъ можно требовать, но мы заявляемъ, что мы не считаемъ нашу работу вполнѣ продуктивной, такъ какъ мы, въ силу независящихъ отъ насъ обстоятельствъ, почти все время заняты писаніемъ объемистыхъ исторій болѣзни въ кабинетѣ. Мы заявляемъ, что не только не сочувствуемъ тому, что замкнулись отъ контроля гласности и общественнаго мнѣнія, но, наоборотъ, мы желаемъ и мечтаемъ о томъ, чтобы гласность и общественное мнѣніе проникали въ стѣны окружныхъ лѣчебницъ, и видимъ въ этомъ спасеніе отъ «мирнаго сна», прерываемаго, къ сожалѣнію, бурными эпизодами, изъ которыхъ нерѣдко можемъ хорошо видѣть, насколько послѣдовательно проводится провозглашаемый принципъ гуманности. Мы полагаемъ, что никакая больница не можетъ ожидать хорошихъ результатовъ отъ своей дѣятельности, будучи построена на шаткихъ и неправильныхъ основахъ. Мы полагаемъ, что многія изъ лучшихъ земскихъ больницъ были построены на принципахъ здраваго смысла и гуманности и достигли такой высоты, какой, конечно, едва-ли достигнетъ, при существующихъ условіяхъ, Виленская окружная лѣчебница, въ которой нѣтъ столь широкой коллегіальности въ управленіи, нѣтъ и свободы и безопасности отдѣльныхъ членовъ коллегіи. Въ нашей больницѣ, при существующихъ условіяхъ, трудно достигнуть чего-нибудь хорошаго на дѣлѣ, а не на словахъ и врядъ-ли мы найдемъ другую больницу, которая такъ легко и скоро замкнулась бы отъ контроля гласности и общественнаго мнѣнія, какъ это, къ сожалѣнію, произошло въ Виленской окружной лѣчебницѣ и къ тому же послѣ такихъ, въ сущности, пустыхъ поводовъ. Общественное недовѣріе и скептицизмъ побѣждаются не такими способами, какіе примѣнялись въ Виленской окружной лѣчебницѣ: для этого нужны другіе способы и, прежде всего, та-же гласность. Въ введеніи сказано, что «намъ грозитъ въ будущемъ утомленіе въ борьбѣ съ обществомъ», а мы заявляемъ, что не солидарны съ д-ромъ *Краинскимъ* въ его обвиненіяхъ общества и гласности, и наше желаніе, чтобы и окружныя лѣчебницы не были изъяты отъ общественнаго контроля и гласности, не замыкались отъ нихъ; тогда создадутся и въ нихъ условія для широкаго и плодотворнаго труда на пользу страждущихъ и для осуществленія принциповъ гуманности. Конечно, нашъ директоръ всегда будетъ сторонникомъ той формы управленія, которая установлена для окружныхъ лѣчебницъ; но тогда пусть онъ въ неудачахъ не обвиняетъ ни служащихъ, ни общество, ни печать: служить двумъ богамъ всегда неудобно...! Мы оставляемъ на отвѣтственности д-ра *Краинскаго* утвержденіе, что «въ Россіи все спитъ или размѣнивается на мелочи», и только спросимъ, неужели не ясна для него основная причина этого явленія? Pro domo sua сдѣлаемъ еще нѣсколько поправокъ къ частнымъ вопросамъ: «книги въ библіотекахъ остаются неразрѣзанными»; у насъ лишь въ половинѣ октября сего года библіотека начала нѣсколько упорядочиваться, и на столѣ лежатъ 3 спеціальныхъ журнала, а до сихъ поръ журналы были недоступны врачамъ. Лабораторіи въ больницѣ пустуютъ, ибо ихъ нѣтъ. Мы заявляемъ, что «Научный Архивъ» не можетъ служить показателемъ нашего прогресса: въ редактированіи журнала и его направленіи мы участія не принимаемъ. Научныя еженедѣльныя Собранія (за 13 мѣсяцевъ было 40 докладовъ) едва-ли будутъ существовать, если не измѣнятся условія, при которыхъ не всякій охотно согласится активно участвовать въ нихъ. Закончимъ наши объясненія указаніемъ на наше несогласіе со словами д-ра *Краинскаго* «все обстоитъ благополучно»; мы думаемъ—не все обстоитъ благополучно».—Можемъ добавить, что по даннымъ общихъ газетъ («Новости», 10 декабря и др.) въ Лѣчебницѣ назначена правительственная ревизія.

2592. Для *увѣковѣченія памяти Ѳ. П. Гааза* Коммиссія при Московской Думѣ рѣшила построить въ одномъ изъ городскихъ имѣній подъ Москвой *пріютъ для содержанія 25 чел. безпаспортныхъ*, выходящихъ изъ тюремныхъ больницъ, а Московскій мужской тюремный благотворительный Комитетъ—издать *брошюру о Ѳ. П.* по неизвѣстнымъ до сихъ поръ архивнымъ матеріаламъ стараго Московскаго тюремнаго Комитета («Новое Время», 9 и 10 декабря).

2593. Члены Одесскаго портоваго санитарнаго Попечительства *тепло прощались* съ своимъ предсѣдателемъ проф. *Г. В. Хлопинымъ* и поднесли ему адрессъ («Южное Обозрѣніе», 4 декабря).—*Г. В.* тепло провожали также товарищи его по факультету и студенты-слушатели.

2594. 3-го декабря Сумское Земство *праздновало 30-лѣтній юбилей* службы завѣдующаго Сумской земской больницей д-ра *Л. В. Шеболдаева* («Харьковскій Листокъ», 8 декабря).

2595. *Завѣдующимъ отдѣленіемъ душевныхъ болѣзней при Петербургскомъ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ*, на мѣсто *Н. И. Якимова*, назначеннаго главнымъ врачемъ Московскаго военнаго госпиталя назначенъ ч. пр. *П. Я. Розенбахъ* («В. Медицинскій Журналъ», декабрь).

2596. *Главнымъ врачемъ Кіевской Маріинской Общины Краснаго Креста*, вмѣсто ч. пр. *Неёлова*, единогласно избранъ главный врачъ Кіевскаго военнаго госпиталя *М. Ф. Милоевдовъ*.

2597. По поводу предполагаемой *реформы фармацевтическаго образованія* мы получили отъ одного лица, близко знакомаго съ современной постановкой этого дѣла у насъ въ Россіи, слѣдующее письмо, которое и позволяемъ себѣ привести полностью, какъ ярко характеризующее дѣйствительную потребность реформы. «Въ виду предпринятой Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ выработки проэкта новаго закона о фармацевтическомъ образованіи, представляется своевременнымъ ознакомиться съ тѣмъ, какова въ настоящее время подготовка фармацевтовъ къ научной дѣятельности. По существующимъ нынѣ законоположеніямъ каждый, желающій посвятить себя изученію фармаціи, послѣ окончанія 4-хъ классовъ гимназіи и по выдержаніи испытанія по латинскому языку, поступаетъ въ аптеку на 3 года, гдѣ онъ и проходитъ т. наз. ученическую практику. Практика эта сводится почти исключительно на пользу содержателя аптеки, къ механической безсознательной работѣ, иногда очень односторонней, часто безъ всякихъ научныхъ разъясненій. Въ разныхъ аптекахъ дѣло ведется, конечно, различно. Существуютъ аптеки, гдѣ пер-

вые годы ученики завязываютъ бутылки, разсыпаютъ готовые уже порошки, изрѣдка присматриваются въ промежуткахъ работы къ работѣ старшихъ товарищей. Но не мало и такихъ аптекъ, гдѣ ученики сидятъ все время своего обученія на работѣ одного типа, напр. въ порошковомъ отдѣленіи, какъ это бываетъ въ большихъ аптекахъ-фабрикахъ. Бываютъ и такія аптеки, гдѣ все дѣло лежитъ на ученикѣ, который вполнѣ предоставленъ самому себѣ. Ему приходится придумывать способы приготовленія лѣкарства, при чемъ главное вниманіе, конечно, обращается на внѣшнюю показную сторону дѣла. Существуютъ, наконецъ, и такія аптеки, гдѣ при маломъ количествѣ рабочихъ рукъ и массѣ работы, которую трудно выполнить, работающіе въ аптекахъ, не понимая ни важности, ни смысла назначенія, измѣняютъ при изготовленіи лѣкарства его составныя части, чтобы легче было сдѣлать лѣкарство и т. д. Надзоръ за аптеками лежитъ исключительно на врачебныхъ инспекторахъ, и безъ того заваленныхъ обширной административной дѣятельностью. Фармацевты при врачебныхъ Управленіяхъ, которые, казалось бы, должны быть единственными контролерами-спеціалистами, играютъ подчиненную роль и по своей научной подготовкѣ не возвышаются надъ уровнемъ содержателей контролируемыхъ учрежденій. О теоретическихъ познаніяхъ аптекарскихъ учениковъ при такихъ условіяхъ, разумѣется, и рѣчи быть не можетъ. Начать съ того, что аптекарю нѣтъ ни разсчета, ни интереса терять время на занятія съ ученикомъ, содержатель аптеки платитъ ученику жалованье (отъ 5 р. въ мѣсяцъ и выше) и требуетъ, чтобы онъ дѣлалъ за эти деньги то, что нужно для аптеки. Онъ—хозяинъ, а ученикъ—его служащій, дешевая рабочая сила, которую онъ долженъ возможно лучше использовать для торговаго предпріятія. Обладаетъ-ли каждый содержатель аптеки самъ достаточными знаніями для обученія? Далеко не всегда. А если обладаетъ, то чувствуетъ-ли онъ себя нравственно обязаннымъ отдавать свои силы на обученіе ученика, если даже за полное невѣжество, обнаруженное послѣднимъ на экзаменѣ послѣ 3-хъ лѣтъ обученія въ аптекѣ, никто и не подумаетъ обвинить аптекаря, законъ-же не налагаетъ на него никакой отвѣтственности за плохое обученіе аптекарскаго ученика? И такъ, аптека не даетъ, да и не можетъ дать ученику не только научной подготовки, но въ большинствѣ случаевъ и нужной для его профессіональнаго образованія практики. Послѣ 3-лѣтняго пребыванія, т. е. службы, въ аптекѣ ученики у постороннихъ лицъ, за особую плату, стремятся пріобрѣсти тѣ несложныя свѣдѣнія, которыя нужны имъ для выдержанія экзамена на 1-ую фармацевтическую степень аптекарскаго помощника. Ученикъ уходитъ изъ аптеки на нѣсколько (3—6) недѣль, нанимаетъ себѣ учителя, обыкновенно провизора, спеціально занимающагося т. наз. «натаскиваніемъ» будущихъ аптекарскихъ помощниковъ. «Натаскиваніе» это заключается въ заучиваніи почти машинально отвѣтовъ на стереотипные несложные вопросы, обычно задаваемые экзаменаторами. Въ результатѣ довольно легко выдерживается формальный экзаменъ, и ученикъ становится уже фармацевтомъ аптекарскимъ помощникомъ, хотя по существу дѣла онъ ничѣмъ не отличается отъ аптекарскаго ученика: почти никакихъ знаній у него не прибавилось. Аптекарскій помощникъ по прежнему безсознательно продолжаетъ работать еще въ продолженіи 3-хъ лѣтъ и тогда получаетъ право приступить къ экзамену на степень провизора, въ большинствѣ-же случаевъ, въ виду малой разницы въ жалованіи провизора и помощника, онъ остается помощникомъ на всю жизнь и совершенствуется развѣ въ практикѣ—ловчѣе вертитъ пилюли, скорѣе развѣшиваетъ порошки и т. д. Изъ изложеннаго явствуетъ, что въ аптекахъ работаютъ ученики и помощники, т. е. лица, не получившія при нынѣшнихъ условіяхъ никакой научной подготовки, между тѣмъ общество довѣряетъ этимъ людямъ свое здоровье и жизнь. Въ настоящее время нѣтъ ни одной спеціальности, гдѣ-бы не требовалась спеціальная школьная подготовка, строгая провѣрка знанія и свидѣтельство спеціалиста; одни только фармацевты находятся на особомъ положеніи. Для зубныхъ врачей, для повивальныхъ бабокъ, массажистовъ и то устраиваются спеціальныя школы, замѣнившія собою ремесленное обученіе. Въ виду изложеннаго слѣдуетъ указать, что въ цѣляхъ охраненія народнаго здоровья, въ цѣляхъ подготовки свѣдущихъ фармацевтовъ, въ цѣляхъ возможности предоставить русскимъ фармацевтамъ способы для конкуренціи ихъ съ заграничными, въ цѣляхъ борьбы съ поддѣлкою фармацевтическихъ средствъ, въ цѣляхъ, наконецъ, необходимости отвоевать мѣсто отечественной фармаціи на міровомъ рынкѣ—прежде всего слѣдуетъ принять мѣры къ уничтоженію ученичества въ аптекахъ и къ проведенію въ законодательномъ порядкѣ школьнаго обученія будущихъ фармацевтовъ путемъ учрежденія спеціальныхъ фармацевтическихъ школъ, которыя и должны приготовить обществу интеллигентныхъ и сознательно относящихся къ своему дѣлу работниковъ. Это—самое главное и важное, и съ этого нужно начинать реформу фармацевтическаго образованія въ Россіи».

2598. Обществу охраненія здоровья женщины разрѣшено открыть *вольную аптеку*. Общество предполагаетъ устроить при ней *женскую фармацевтическую школу* для приготовленія аптекарскихъ помощницъ («Наша Жизнь», 10 декабря).

2599. Государственный Совѣтъ постановилъ передать *зубоврачебныя школы* изъ вѣдомства Министерства внутреннихъ дѣлъ *въ вѣдомство Министерства народнаго просвѣщенія*. Предварительно, однако, такой передачи медицинскимъ факультетамъ предложено войти въ обсужденіе различныхъ вопросовъ, касающихся существующихъ законоположеній о зубоврачебныхъ школахъ.

2600. Бендерское земское Собраніе рѣшило прогрессивно *увеличивать жалованіе* медицинскому персоналу («Бессарабская Жизнь», 5 декабря).

2601. Въ засѣданіи Херсонскаго санитарнаго Попечительства д-ръ *Штейнгаузъ*, какъ передаетъ «Сибирскій Вѣстникъ» (30 ноября), сообщилъ, что въ городѣ на многихъ фабрикахъ и заводахъ *врачебная помощь рабочимъ организована плохо*. Медицинскій надзоръ является часто фиктивнымъ по наблюденію какъ за здоровьемъ рабочихъ, такъ и за санитарной обстановкой самаго производства и заводскихъ помѣщеній. Фабричные врачи не всегда посѣщаютъ фабрики и заводы для медицинскаго осмотра рабочихъ. Въ засѣданіи выяснилось, что владѣльцы нѣкоторыхъ заводовъ и фабрикъ съ небольшимъ числомъ рабочихъ, обязанные имѣть фабричныхъ врачей, нанимаютъ такихъ врачей за мизерную годовую плату (до 50 р. въ годъ). Такіе врачи никогда, конечно, на фабрику не являются. Попечительство постановило устроить особое засѣданіе, въ которомъ будетъ обсуждаться инструкція для фабричныхъ врачей. Кромѣ того, Попечительство избрало спеціальную Коммиссію, которая займется обслѣдованіемъ санитарныхъ условій всѣхъ мелкихъ ремесленныхъ заведеній въ районѣ Попечительства, не имѣющихъ врачей.

2602. Въ Ростовѣ н/Д. открыта *дѣтская больница* г-жи Емельяновой («Биржевыя Вѣдомости», 8 декабря).

2603. «Новое Время» (14 декабря) сообщаетъ, что Ялтинское Отдѣленіе Русскаго Общества охраненія народнаго здравія возбуждаетъ ходатайство о предоставленіи *больнымъ евреямъ права временно селиться въ Ялтѣ*, бывшей раньше въ чертѣ осѣдлости.

2604. «Харьковскій Листокъ» (5 декабря) передаетъ, что на обсужденіе предстоящаго Харьковскаго губернскаго земскаго Собранія вносится, между прочимъ, *вопросъ о расширеніи дѣятельности земскихъ и санитарныхъ врачей по надзору за начальными школами*. На обязанность врачей долженъ быть возложенъ не только періодическій осмотръ школъ и учащихся, но также и участіе при разсмотрѣніи проэктовъ и плановъ новыхъ школъ, которыя предполагаетъ устраивать земство.

2605. Совѣщаніе участковыхъ врачей Кіевскаго уѣзда разсматривало, какъ сообщаетъ «Кіевская Газета» (8 декабря), ходатайство д-ра *М. Ф. Левицкаго* объ *изданіи для народа на счетъ земскихъ суммъ общепонятныхъ брошюръ и листковъ* съ цѣлью возможно широкаго распространенія среди мѣстнаго населенія свѣдѣній о заразныхъ болѣзняхъ, способахъ ихъ распространенія и необходимыхъ мѣрахъ предосторожности и лѣченія. Брошюры предполагается раздавать безплатно амбуляторнымъ больнымъ. Въ Собраніи обсуждался и вопросъ о томъ, *на какомъ языкѣ* предпочтительнѣе издать эти брошюры: на малороссійскомъ или русскомъ? Совѣщаніе нашло, что 1) малороссійскій языкъ наиболѣе понятенъ и доступенъ мѣстному населенію, чтобы усвоить прочитанное; 2) при изданіи необходимо считаться съ мѣстными выраженіями, различными не только въ разныхъ уѣздахъ, но и въ разныхъ частяхъ одного и того же уѣзда; 3) изданіе подобнаго рода брошюръ и распространеніе ихъ среди населенія очень желательно и полезно, такъ какъ въ значительной степени можетъ облегчить трудъ врачей при амбуляторномъ лѣченіи больныхъ, и 4) распространять эти брошюры и листки слѣдуетъ не только въ Кіевскомъ уѣздѣ, но и въ смежныхъ съ нимъ, или даже во всей губерніи. Въ виду приведенныхъ соображеній Совѣщаніе признало весьма полезнымъ осуществить изданіе брошюръ на мѣстномъ нарѣчіи. Кіевская-же уѣздная Управа, передавая мнѣнія врачей на заключеніе врачебно-санитарной Коммиссіи при губернской Управѣ по дѣламъ земскаго хозяйства, высказалась за желательность распространенія подобнаго рода брошюръ почему-то на русскомъ языкѣ. Мы полагаемъ, что навязываніе многомилліонному населенію, говорящему по малороссійски, трудно понятныхъ изданій на русскомъ языкѣ было-бы насиліемъ, ничѣмъ не оправдываемымъ, да и не достигающимъ просвѣтительной цѣли: такихъ малопонятныхъ брошюръ населеніе читать не будетъ.

2606. Д-ромъ *Н. Г. Котикомъ* подана военному начальству въ Одессѣ *жалоба на военнаго врача А. А. Цѣвницкаго за нанесеніе ему*, д-ру *К.*, д-ромъ *П. побоевъ* (! *Ред.*). Возмутительнѣйшій видъ самораправы, несомнѣнно въ большей мѣрѣ попирающій человѣческое достоинство въ прибѣгающихъ къ нему, чѣмъ въ тѣхъ, кто ему подвергается, всегда былъ и будетъ, не смотря ни на какія побужденія къ нему, явленіемъ позорнымъ, и, если гг. Ковалены нетерпимы въ интеллигентномъ обществѣ вообще, то въ средѣ врачей они не должны быть терпимы въ особенности.

2607. «Фармацевтическій Вѣстникъ» (5 декабря) заимствуетъ изъ ноябрьской книжки «Вѣстника общественной гигіены» извѣстіе, что 7/IX Медицинскимъ Совѣтомъ отклонено *ходатайство японскаго врача Urukaba о правѣ практики среди японцевъ въ Пермской губ.*

2608. По сообщенію проф. *Bouvier* въ засѣданіи Парижской Académie des sciences 5 декабря д-ромъ *M. Baudouin*'омъ еще въ 1887 г. открытъ на берегахъ Вандеи, гдѣ ловится множество сардинки (Clupea sardina), *новое чужеядное этой рыбы*, которымъ и слѣдуетъ объяснять уменьшеніе ловли ея за послѣдніе годы; чужеядное это относится къ роду Lernocenicus, изъ семейства Crustaceae.

2609. Въ послѣднемъ № (15 декабря) «Deutsche medicinische Wochenschrift» законченъ печатаніемъ (NB въ фельетонѣ) *отвѣтъ д-ра Банщикова японскому врачу Wada*.—Редакція не обмолвилась по поводу всего происшествія ни единымъ словомъ, очевидно, слѣдуя мудрой восточной пословицѣ: «слово серебро, а молчаніе—золото».

2610. Американскіе морскіе врачи жалуются на *распространеніе среди командъ притворныхъ болѣзней*, главными изъ которыхъ являются: тоска по родинѣ, частичная слѣпота и меланхолія («American Medicine», 3 декабря).

2611. Въ Италіи за 1903 г. *умерли отъ пеллагры* 2648 чел. («The British Medical Journal», 17 декабря).

2612. Американскій секретарь по иностраннымъ дѣламъ г. Hay недавно получилъ отъ International Reform Bureau петицію *о прекращеніи дипломатическимъ путемъ ввоза опія въ Китай*. Г. Hay обѣщалъ передать петицію президенту республики («The British Medical Journal», 17 декабря).

2613. Одинъ изъ корреспондентовъ «The British Medical Journal» (17 декабря) поднимаетъ любопытный, но едва-ли нуждающійся въ рѣшеніи, вопросъ о томъ, *прилично-ли женамъ врачей выхвалять достоинства своихъ мужей въ ущербъ коллегамъ послѣднихъ?* На взглядъ газеты, за такія дѣянія жены нравственно отвѣчаетъ ея мужъ.

2614. *Ходъ чумы въ Британскихъ владѣніяхъ* (по «The British Medical Journal», 17 декабря). Въ Индіи за недѣли по 5 и 12 ноября умерли отъ чумы 14397 и 15197 чел., при чемъ 60 и 79 случаевъ смерти далъ городъ Bombay, 9554 и 7603 Bombay'скій округъ, 5 и 6 Calcutta, 2146 и 2746 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh и 336 (за послѣднюю недѣлю) Bengal. Южная Африка: за недѣли по 12 и 19 ноября чума имѣлась лишь въ Port-Elizabeth'ѣ—1 и 4 случая заболѣванія, 0 и 1 смерти, 5 больныхъ остались на лѣченіи. Островъ св. Маврикія за недѣли по 1 и 8 декабря: 35 и 25 заболѣваній, 25 и 14 случаевъ смерти. *London: 30 ноября въ портъ прибылъ изъ рѣки Лаплаты пароходъ «Weybridge» съ больнымъ чумою матросомъ*; послѣдній свезенъ въ портовую больницу, а судно и экипажъ (пассажировъ не было) помѣщены подъ наблюденіе.

2615. New-York является теперь центромъ обширнаго района, серьезно взявшагося за *борьбу съ фибринозною пнеймоніею*. 30 больницъ обѣщали свое содѣйствіе въ изученіи болѣзни и мѣръ противъ нея («American Medicine», 26 ноября).

2616. Д-ръ *Yersin* отказался, какъ сообщаетъ «American Medicine» (26 ноября), отъ управленія медицинскою школою въ Hanoi и *становится во главѣ Pasteur'овскаго Института въ Nha Trang'ѣ*.

2617. На VI Съѣздѣ физіологовъ въ Bruxelles'ѣ, по почину предсѣдателя проф. *Heger*'а, организована подписка на *памятникъ изобрѣтателю сфигмографа Marey'ю* («American Medicine», 26 ноября).

2618. «American Medicine» (3 декабря) сообщаетъ, со словъ «Westminster Gazette», о выдающейся своею *долговѣчностью семьѣ* изъ 5 братьевъ и 3 сестеръ, изъ которыхъ послѣднія всѣ живы и старшая, имѣя 101 г., сохранила силу для движеній, зрѣніе и слухъ:

	Годъ рожденія.	Годъ смерти.	Возрастъ.
1	1802	1890	88
2	1803	жива	101
3	1805	1887	82
4	1808	1899	91
5	1809	1884	75
6	1811	1893	82
7	1813	жива	91
8	1817	жива	87

Итого въ суммѣ 697 лѣтъ на 8 чел., по 87 на каждаго.

2619. Изъ статистики New-York'скаго страховаго общества оказывается, что *вовсе не-пьющіе люди живутъ на 20—50% долѣе, чѣмъ умѣренно выпивающіе;* поэтому предполагается въ скоромъ времени понизить для первыхъ пошлины за страхованіе («The Journal of the American Medical Association», 3 декабря).

2620. Врачъ Pennsylvani'йскаго санитарнаго Бюро д-ръ *B. Lee* обнародовалъ свои весьма поучительныя изслѣдованія о *роли кресса (watercress) въ передачѣ заразныхъ болѣзней:* воды въ сосѣдствѣ съ грядами кресса дали 36000 колоній микроорганизмовъ на 1 к. стм., въ нѣкоторомъ разстояніи отъ грядъ—21000, обезпложенная-же вода, въ которой была вымыта горсть кресса, дала 5.000000 колоній; во всѣхъ этихъ образцахъ воды оказалась кишечная палочка («American Medecine», 26 ноября).

2621. «The British Medical Journal» (17 декабря) заимствуетъ изъ ежедневныхъ газетъ извѣстіе, будто *И. И. Мечниковъ* и д-ра *Gallois, Blondel, Jean* и *Stoeber*, приглашенные нѣсколько недѣль назадъ *Doyen*'омъ для *провѣрки сдѣланнаго имъ открытія касательно микроорганизма рака*, подтверждаютъ это открытіе. *И. И. Мечниковъ* удостовѣрилъ, будто-бы, что «micrococcus neoformans» обыкновенно (sic) имѣется въ раковыхъ опухоляхъ и что сыворотка *Doyen*'а обыкновенно вызываетъ въ послѣднихъ измѣненія благопріятнаго характера. Ожидая полнаго отчета Коммиссіи, газета замѣчаетъ, что общественное мнѣніе въ Англіи и Америкѣ теперь противъ чужеядной теоріи рака и что 2 члена Коммиссіи, д-ра *Netter* и *Variot*, отказались присоединиться къ мнѣнію остальныхъ.

2622. Въ London'ѣ вышелъ, какъ передаетъ «The Lancet» (17 декабря), *медицинскій отчетъ о Южно-Африканской войнѣ*, на 395 стр. съ рисунками, картами и планами.

2623. Къ декабрю мѣсяцу относятся, какъ напоминаетъ «Gazzetta degli ospedali e delle cliniche» (8 декабря), слѣдующія *событія во врачебной семьѣ всѣхъ народовъ:* 5 числа (н. ст.) въ 1881 г. умеръ *Николай Ивановичъ Пироговъ*, 6 декабря въ 1771 г. умеръ въ Padova *Giovan Battista Morgagni*, 7 декабря въ 1810 г. родился въ Neuss'ѣ *Theodor Schwann*, а въ 1811 г. *Joseph Hyrtl*, наконецъ, 11 декабря въ 1843 г. *Robert Koch*.

2624. По свѣдѣніямъ «Gazzette degli ospedali e delle cliniche» (8 декабря), итальянскій министръ просвѣщенія принималъ недавно *депутацію отъ чч. преподавателей съ изложеніемъ пожеланій ихъ*. Министръ отвѣчалъ, что приватъ-доцентура должна считаться за «функцію, раздѣльную и автономную отъ оффиціальнаго обученія» и что онъ считаетъ нужною реформу въ этомъ смыслѣ, которая должна быть проведена законодательнымъ путемъ; между прочимъ, имѣется въ виду узаконить представительство чч. преподавателей въ академическихъ Совѣтахъ, участіе ихъ въ экзаменаціонныхъ Коммиссіяхъ, урегулировать назначеніе ихъ на должности и т. д.—Вопросы эти, безспорно, заслуживаютъ полнаго вниманія и законнаго упорядоченія,—того требуютъ интересы и обученія, и науки. Какъ мы слышали, подобное-же движеніе существуетъ и среди нашихъ чч. преподавателей, по крайней мѣрѣ въ В.-Медицинской Академіи. Въ добрый часъ!

2625. По почину совѣтника (consigliere) проф. *Angelo Banti*, ч. пр. въ Римѣ, Совѣтъ итальянскаго Министерства просвѣщенія (Consiglio Superiore della Pubblica instruzione) постановилъ: «Принимая во вниманіе, 1) что институтъ чч. преподавателей, вслѣдствіе прогресса науки, получилъ за послѣдніе годы значительное развитіе; 2) что законъ Casati 1859 г. оказался несоотвѣтствующимъ видамъ свободнаго обученія; 3) что измѣнчивые взгляды на цѣли и на развитіе свободной доцентуры могутъ лишь вредить этому институту; 4) что приватъ-доцентура имѣетъ нужду въ опредѣленной и стойкой регламентаціи, Совѣтъ представляетъ министру о предложеніи Парламенту *спеціальнаго закона о приватъ-доцентурѣ*» («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 13 декабря).

2626. Изъ *японскихъ военныхъ врачей* съ начала войны *умерли*, какъ передаетъ «Deutsche Medizinal-Zeitung» (15 декабря), *13*,—частью отъ болѣзней, частью отъ ранъ.

2627. Ни въ одной странѣ, какъ во Франціи, пишетъ «Wiener medizinische Presse» (18 декабря), нѣтъ столькихъ *врачей на спеціально выдающихся и вліятельныхъ постахъ*. Такъ, въ Сенатѣ и Палатѣ депутатовъ тамъ засѣдаютъ не менѣе 60 врачей, въ Министерствѣ публичныхъ работъ 7, въ Министерствѣ финансовъ 6, внутреннихъ дѣлъ 4 (не считая *Combes*'а), иностранныхъ дѣлъ 4, просвѣщенія 2, юстиціи 1; въ статсъ-секретаріатѣ почтъ и телеграфовъ засѣдаютъ 27 врачей, 2 хирурга (?) и 5 женщинъ-врачей.

2628. *Умерли*: 1) Въ Новороссійскѣ отравился морфіемъ *Николай Андреевичъ Ландшевскій* («Новое Обозрѣніе», 3 декабря), родившійся въ 1860 г., а званіе врача получившій въ 1883 г.—2) Въ Варшавѣ *Людовикъ Адольфовичъ Вольбергъ* («Medycyna», 17 декабря), родившійся въ 1857 г., а званіе врача получившій въ 1878 г.—3) 9-го декабря, въ Москвѣ, *Генрихъ Францевичъ Поль* («Русское Слово», 10 декабря), родившійся въ 1845 г., а званіе врача получившій въ 1879 г.—4) Сквирскій, Кіевской губ., уѣздный врачъ *Леонидъ Павловичъ Омельяновскій*, родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1876 г.—5) 1-го декабря въ Padova, проф. гр. *Pietre Gradenigo*, директоръ глазной клиники въ мѣстномъ Университетѣ. Происходя изъ древней патриціанской семьи, которая дала Венеціанской Республикѣ 4 дожей, покойный изучалъ медицину въ Padova, гдѣ кончилъ курсъ въ мартѣ 1855 г. Еще ранѣе того, въ 17-лѣтнемъ возрастѣ, онъ дрался волонтеромъ въ 1848—49 годахъ, а по окончаніи курса работалъ сначала младшимъ медико-хирургомъ въ Венеціанскомъ госпиталѣ, затѣмъ 3 года ассистентомъ при глазной клиники въ Padova и потомъ опять въ Венеціи, гдѣ оставался 10 лѣтъ. Въ 1870 г. получилъ доцентуру. Въ 1873 г., послѣ смерти проф. *Gioppi*, былъ избранъ по конкурсу на каѳедру въ Padova, на которой и умеръ. Многочисленные ученые труды покойнаго имѣютъ широкую извѣстность («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 11 декабря).—6) Въ London'ѣ заслуженный профессоръ University College'а *Vivian Poore*, 61 года, а въ Амстердамѣ проф. хирургіи *Wurfbain* («Wiener medizinische Presse», 18 декабря).

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *Р. А. Паракецова* (см. № 50, стр. 1714) помѣщаемъ слѣдующія посвященныя его памяти строки, любезно присланныя намъ *І. А. Фалькомъ*. «Покровскій уѣздъ постигла тяжелая потеря: ночью на 30 ноября скончался скоропостижно отъ сахарнаго мочеизнуренія, послѣ только-что перенесеннаго гриппа, земскій врачъ Болдинскаго участка *Р. А. Паракецовъ*. *Р. А.*, одинъ изъ талантливѣйшихъ учениковъ покойнаго *Н. Ѳ. Филатова*, съумѣлъ въ теченіи 3-лѣтней своей земской службы пріобрѣсти своей неутомимой дѣятельностью и своимъ сердечнымъ отношеніемъ къ больнымъ любовь всѣхъ, кому хоть разъ приходилось обращаться къ нему. Въ лицѣ его преждевременно погибъ врачъ, до фанатизма преданный своему дѣлу, просвѣщенный дѣятель и прекрасный товарищъ».

Спѣшимъ исправить допущенную нами досадную *неточность*: въ Кіевѣ скончался отъ сыпного тифа не *Леонидъ Каллистратовичъ Добровольскій* (см. № 50, стр. 1714), который, слава Богу, здравствуетъ, а товарищъ *Добровольскій*, начальныя буквы имени и отчества котораго—«*К. М.*». Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. покойный не значился. *Ред.*

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

2-МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Дѣтская Медицина, № 1.

1. **И. Рахманиновъ.** *Къ вопросу о шелушеніи кожи послѣ брюшного тифа у дѣтей.* 2. **Л. Ф. Маньковскій.** *Гэмофилія по даннымъ больницы св. Ольги.* 3. **А. Воскресенскій.** *Къ окраскѣ дифтерійныхъ бациллъ.* Краситъ палочки 2—3 минуты, смѣсью изъ 6 частей раствора метиленовой синьки по *Neisser'у* (1 грм. краски на 20,0 алкоголя 96°, ледяной уксусной кислоты 50,0 и воды 950,0) и 1 части не-стараго насыщеннаго раствора фуксина; промывать послѣ окраски не надо, достаточно удалить краску пропускной бумагой; тѣла бактерій окрашиваются въ красный цвѣтъ, а зерна ихъ въ черный или темно-фіолетовый. 4. **И. Рахманиновъ.** *Случай остро развившейся полной глухоты.* 5. **Онъ же.** *Случай остраго отравленія ребенка водкой.*

№ 2.

1. **Л. Александровъ.** *О возвратахъ мочепузырныхъ камней.* 2. **А. Морозовъ.** *Гнойный цереброспинальный менингитъ, обусловленный бациллами инфлюенцы Пфейффера.* 3. **Н. Лапинеръ.** *Къ вопросу объ аутоинтоксикаціяхъ кишечнаго происхожденія у дѣтей, въ связи съ современнымъ состояніемъ вопроса о пищеваренія и всасываніи.* 4. **А. Баларужевъ.** *Краткія свѣдѣнія о сахарномъ мочеизнуреніи у дѣтей съ описаніемъ случая.*

№ 3.

1. **П. Истоминъ.** *Къ вопросу о диплококковой пурпурѣ.* 2. **А. Кисель.** *Случай водяного рака щеки послѣ кори у дѣвочки 1 г. 3 м., окончившійся выздоровленіемъ.* 3. **Г. Шолле.** *Случай 8 дневной ануріи въ теченіи скарлатины.* 4. **В. Жуковскій.** *Melaena vera neonatorum.* Случай выздоровленія. 5. **В. Колли** *Нѣсколько случаевъ лѣченія скарлатины сывороткой.*

Вѣстникъ Офталмологіи, т. XXI, 1904 г., январь—февраль.

1. **А. Маклаковъ.** *Измѣненія глубины передней камеры, радіусовъ и толщины хрусталика при аккомодаціи.* 2. **С. Головинъ.** *Опухоли зрительнаго нерва и ихъ оперативное лѣченіе.* 5 случаевъ. (Не окончена). 3. **К. Снегиревъ.** *О двустороннемъ совмѣстномъ заболѣваніи слезныхъ и слюнныхъ железъ.* (Не окончена). 4. **А. Натансонъ.** *Зрительная трудоспособность. Уменьшеніе ея вслѣдствіе поврежденій глазъ. Оцѣнка степени ея.* (Не окончена).

Мартъ—апрѣль.

1. **А. Чемолосовъ.** *О вліяніи бокового освѣщенія на измѣненіе центральнаго зрѣнія.* 2. **А. Натансонъ.** (Продолженіе). 3. **В. Страховъ.** *По поводу удаленія слезнаго мѣшка.* 4. **Л. Комаровичъ.** *О промываніи слезнаго мѣшка черезъ слезныя точки.* 5. **М. Ликерникъ.** *Простое механическое лѣченіе трахомы.*

Май—іюнь.

1. **Е. Браунштейнъ.** *Объ оперативномъ лѣченіи трахомы.* 2. **А. Масленниковъ.** *Кавернозная ангіома глазницы. Операція Krönlein'a.* 3. **А. Натансонъ.** (Окончаніе). 4. **Ф. Кубли.** *О желательно большемъ ограниченіи примѣненія атропина и вообще мидріатическихъ средствъ при нѣкоторыхъ глазныхъ заболѣваніяхъ.* 5. **С. Сегаль.** *Офталмологическія наблюденія.* 6. **А. Поль.** *Лимонно-кислая мѣдь при трахомѣ.*

Іюль—августъ.

1. **И. Огневъ.** *О Мюллеровскихъ волокнахъ ретины.* 2. **Ф. Евецкій.** *Личинка мухи въ передней камерѣ глаза.* Случай 3. **Н. Гагаринъ.** *Случай evulsions nerv. optic. utriusque.* 4. **Р. Кацъ.** *Индивидуальность въ школьной гигіенѣ глазъ.* 5. **Д. Благовѣщенскій.** *Кровоизлеченіе при куриной слѣпотѣ, какъ лѣчебное средство.* 6. **М. Іерусалимскій.** *Случай arteriae hyaloideae persistentis completae.* 7. **А. Скоробогатый.** *Къ техникѣ кантопластики.*

Сентябрь—октябрь.

1. **Ѳ. К. Верике.** *Къ анатоміи слезнаго мѣшка и въ частности о его железахъ.* 2. **К. В. Снегиревъ.** (Окончаніе). 3. **К. Х. Орловъ.** *Измѣненія въ тканяхъ глаза при Верльгофовой болѣзни.* 4. **Л. Л. Клыковъ.** *Keratitis solaris exfoliativa.* Итоги 15 наблюденій. 5. Ж.-вр. **А. П. Неволина.** *Случай инороднаго тѣла глазницы.* 6. **И. И. Казасъ.** *Случай извлеченія пистоннаго осколка изъ хрусталика съ сохраненіемъ его прозрачности.*

Ноябрь—декабрь.

1. **С. Я. Лившицъ,** студ. *Новый офтальмотонометръ (измѣненный тонометръ Fick'a).* 2. **В. Гурвичъ.** *Клиническое примѣненіе тонометра Fick—Лившица.* 3. **Я. В. Зеленковскій,** ч. пр. *О токсинной и другихъ теоріяхъ симпатическаго воспаленія на основаніи новыхъ работъ.* 4. **В. А. Лавровъ.** *Матеріалы къ вопросу о развитіи куриной слѣпоты среди русскихъ, татаръ, мордвы и чувашъ.*

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику, январь.

1. **Н. Вестенрикъ.** *Отчетъ о командировкѣ на XIV Международный Съѣздъ врачей въ Мадридѣ.* 2. **В. Палимпсестовъ.** *О терапевтическомъ дѣйствіи Albargin'a (Gelatose-Silber) при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ соединительной оболочки глаза.* (Не окончена). 3. **В. Кораблевъ.** *Объ измѣненіяхъ лимфатическихъ железъ при нѣкоторыхъ остро заразныхъ болѣзняхъ дѣтскаго возраста.* (Не окончена). 4. **К. Зиновьевъ.** *Пищевое довольствіе нижнихъ чиновъ русскаго и иностранныхъ флотовъ.* 5. **И. Ястребовъ.** *Санитарныя условія Корейскихъ портовъ (Чемульпо, Фузана и Гензана) и болѣзни, наичаще встрѣчающіяся въ нихъ.* 6. **Г. Гривцовъ.** *Случай «transformationis in situ» неспецифической сыпи въ сифилидѣ.*

Февраль.

1. **Н. Вестенрикъ.** (Продолженіе). 2. **В. Палимпсестовъ.** Тоже. 3. **В. Кораблевъ.** Тоже. 4. **Г. Шлатеръ.** *Клѣтка, цитобластъ и живое вещество.* Критическій очеркъ. (Не окончена). 5. **К. Зиновьевъ.** (Продолженіе).

Мартъ.

1. **Н. Вестенрикъ.** Окончаніе статьи. 2. **В. Палимпсестовъ.** (Продолженіе). 3. **В. Кораблевъ.** Тоже. 4. **Г. Шлатеръ.** Тоже. 4. **К. Зиновьевъ.** Тоже.

Апрѣль.

1. **В. Палимпсестовъ.** (Продолженіе). 2. **В. Кораблевъ.** Тоже. 3. **П. Юрьевъ.** *Myasthenia gravis.* Случай. 4. **Г. Макаровъ.** *Къ вопросу о стойкости красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.* (Не окончена). 5. **Г. Шлатеръ.** (Продолженіе). 6. **К. Зиновьевъ.** Тоже. 7. **Н. Августовскій.** *Портъ Никоо.*

Французскіе.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, октябрь, т. II.

1. **E. S. Auscher.** *Moyens de recherches l'origine de la contamination des eaux.* Сравнительная оцѣнка способовъ изслѣдованія источниковъ зараженія воды. 2. **Dubrandy.** *Viol d'une petite fille de six ans avec arrachement des organes génitaux internes et du gros intestin.* Описаніе случая. 3. **Frilet et Dufour.** *Sur un cas d'asphyxie par submersion.* Протоколъ вскрытія. 4. **A. Deblon.** *Les eaux alimentaires de l'agglomération bruxelloise.* Санитарная оцѣнка питьевой воды. 5. **Icard.** *De la constatation des décès en temps d'épidémie.* Предлагаетъ свой способъ распознаванія смерти во время эпидемій.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques, сентябрь, № 150.

1. **Stéphane Leduc** *Les ions en médecine.* Литературно-критическій обзоръ. 2. **H. Bordier.** *Guérison d'un naevus vasculaire plan étendu par la photothérapie.* Описаніе случая и рисунки. 3. **A. Zimmern.** *Le traitement électrique de la névralgie faciale perfectionnement apporté à la méthode.* Краткая замѣтка. 4. **A. Moutier.** *Traitement de l'artério-sclérose par la d'arsonvalisation.* Критическій очеркъ.

Октябрь, № 151.

1. **André Broca.** *Rapport sur les rayons N.* Критическій обзоръ вопроса о лучахъ N. 2. **A. Zimmern et G. Dimier.** *De l'epilepsie experimentale.* Предварительное сообщеніе.

№ 152.

1. **J. Belot.** *La radiothérapie appliquée a dermatoses prurigineuses.* По мнѣнію автора, раціональное примѣненіе радіотерапіи даетъ надежные результаты. 2. **Stéphane Leduc.** *Action physiologiques des courants intermittents de basse tension.* О дѣйствіи прерывистыхъ токовъ низкаго напряженія. 3. **H. Bordier.** *Traitement des épithéliomes cutanés par les étincelles de haute fréquence.* Лѣченіе дало прекрасные результаты. 4. **Th. Nogier.** *Rhéostat pneumatique.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Archives italiennes de biologie, сентябрь, т. XLI, кн. III.

1. **C. Foà.** *Recherches sur les nucléoprotéides et sur leurs produits de scission.* Критическій обзоръ вопроса. 2. **A. Mosso et G. Marro.** *La respiration des chiens et la polypnée thermique sur le sommet du Mont Rosa. Analyse des gaz du sang après un long séjour à 4560 mètres d'altitude.* Измѣненіе состава кровяныхъ газовъ на значительныхъ высотахъ 3. **G. Galeotti.** *Modifications du réflexe de la déglutition étudiée dans la «Capanna Regina Margherita».* Вліяніе пребыванія на высокихъ горахъ на состояніе рефлексовъ у человѣка. 4. **A. Mosso.** *Expériences faites sur les singes avec la dépression barométrique.* Опыты на обезьянахъ. Изучалось вліяніе барометрическаго давленія. 5. **Онъ же.** *Expériences faites sur les singes à Turin et sur le sommet du Mont Rosa.* Дыханіе и газовый обмѣнъ у обезьянъ на высокихъ горахъ. 6. **A. Aggazzotti.** *L'echange respiratoire des cobayes dans l'air raréfié.* Экспериментальное изслѣдованіе газоваго обмѣна у морскихъ свинокъ въ разрѣженномъ воздухѣ. 7. **A. Mosso.** *La rapidité de l'échange gazeux dans les poumons. Durée de la réaction provoquée par l'anhydride carbonique inspiré. L'expiration active.* Изслѣдованіе скорости газоваго обмѣна въ легкихъ. 8. **Онъ-же.** *Dans la dépression barométrique la sensibilité pour l'onhydride carbonique diminue. Expériences sur les animaux.* Опыты, показавшіе, что чувствительность къ угольному ангидриду уменьшается съ пониженіемъ барометрическаго

давленія. 9. Онъ-же. *L'arrêt de la respiration et les modifications de sa durée dans l'air raréfié et sur les montagnes.* Вліяніе горныхъ высотъ на дыханіе.

Archives de médecine et de pharmacie militaires, октябрь, № 10.

1. **Vialle.** *Étude de la fracture du scaphoïde du carpe.* По поводу 1 случая, изслѣдованнаго рентгенографически. 2. **Bouquet de Jolenière.** *Observations de blessures de guerre par projectiles de différents calibres. Considérations sur les caractères particuliers des blessures par balles de gros calibre, et sur les conséquences qui en resultent au point de vue du traitement.* Объ огнестрѣльныхъ раненіяхъ. (Продолженіе). 3. **M. Guichard.** *Blessures par armes de guerre observées à la suite du combat de Monkhilat, le 25 Juillet 1903.* 16 наблюденій. 4. **M. Taillade.** *Blessures par armes de guerre observées au Touat en 1903.* 4 случая.

Archives de neurologie, октябрь, т. XVIII, № 106.

1. **E. Marandon de Montyel.** *Obsessions et vie sexuelle.* 3 случая тяжелыхъ разстройствъ нервной системы вслѣдствіе половыхъ извращеній. 2. **С. А. Сухановъ.** *Sur les associations psychiques obsédantes de contraste dans les états mélancoliques.* По поводу 1 случая. 3. **Etienne Jourdan.** *Des rapports de l'anesthésie avec les rêves et les cauchemars chez une hystérique.* 1 случай.

Bulletin de L'Institut Pasteur, октябрь, № 19.

1. **P. Remlinger.** *Les travaux récents sur la rage.* Обзоръ новѣйшихъ работъ по бѣшенству.

La Médication martiale, сентябрь, т. XVIII, № 9.

1. **Oettinger et Braillon.** *Sur l'endocardite tuberculeuse primitive.* Рѣдкій случай первичной бугорчатки эндокардія. 2. **Robert Odier.** *Lésions produites par la toxine tétanique dans les nerfs et les terminaisons motrices.* Экспериментальное изслѣдованіе. 3. **Ménétrier.** *Polynévrite blennorrhagique terminée par la mort; examen anatomique du système nerveux.* Описаніе случая.

Сентябрь, т. XVIII, № 10.

1. **A. Poncet.** *Rhumatisme tuberculeux provoqué par la suppression accidentelle de la toux et de l'expectoration chez un phtisique cavitaire.* Описаніе одного рѣдкаго случая. 2. **M. A. Courcoux.** *Les albuminuries orthostatiques.* Обзоръ теорій объ ортостатической альбуминуріи. 3. **Babinsky.** *Les réflexes cutanés.* Значеніе кожныхъ рефлексовъ для распознаванія болѣзней внутреннихъ органовъ. 4. **B. Auché.** *De la persistance des bacilles de Klebs-Loeffler dans la gorge des enfants atteints d'angine diphthérique.* Палочки *Löffler*'а могутъ оставаться въ зѣвѣ больного до 3—4 недѣль послѣ исчезанія пленокъ.

Le radium, іюль, № 1.

1. **Albert Labord.** *Radioactivité des eaux minérales.* Историческій очеркъ и способы изслѣдованія. 2. **L. Matout.** *Le rayonnement du radium.* Изслѣдованіе свѣтоизлученія радія. 3. **A. Beclère.** *Radiothérapie.* Описаніе случая и рисунокъ. 4. **J. Petit.** *Nouveau procédé de fabrication du platinocyanure de baryum.* Описаніе способа изготовленія двойной соли ціанистой платины и барія.

Августъ, № 2.

1. **E. Bloch.** *L'Ionisation par le phosphore et par les actions chimiques.* Свойства іонизированныхъ газовъ. 2. **H. du Boistesselin.** *Applications des rayons x à l'analyse chimique.* Способъ приготовленія лучей-х къ химическому анализу. 3. **H. Mouton.** *Actions physiologiques de quelques radiations.* Краткій литературный очеркъ. 4. **L. Secker.** *Un nouveau minéral «La Thorianite».* Физическія свойства минерала. 5. **Bertram B. Boltwood.** *Quantités relatives de radium et d'uranium dans quelques minéraux.* Пріемы для опредѣленія относительно содержанія радія и урана въ нѣкоторыхъ минералахъ. 6. **W. Berthier.** *Electrolyse des solutions de sels de baryum radifère.* Краткая замѣтка.

Сентябрь, № 3.

1. **A. Turpain.** *La production des courants de haute fréquence.* О токахъ высокаго напряженія. 2. **Moulin.** *Les rayons x.* Основы радіоскопіи. 3. **A. Darier.** *Action analgésiante des substances radioactives.* Критическій очеркъ.

Октябрь, № 4.

1. **Ch. Ed. Guillaume.** *Les radiations.* Критическій обзоръ вопроса о радіаціи. 2. **L. Matout.** *Conséquences hypothétiques d'un phénomène accessoire de la radioactivité.* О побочныхъ явленіяхъ радіоактивности. 3. **M. Moulin.** *Les rayons N.* Что такое лучи-N? 4. **O. Boudouard.** *Les terres rares.* Характеристика нѣкоторыхъ элементовъ.

Revue d'hygiène et de police sanitaire, сентябрь, т. XXVI, № 9.

1. **Ed. Imbeaux.** *Les progrès de l'hygiène urbaine dans la république Argentine.* Статистическій очеркъ.

Revue de médecine, октябрь, № 10.

1. **П. Преображенскій и М. Маргулисъ.** *Contribution à l'étude de la polymyosite.* Случай полиомiозита. (Не окончена). 2. **G. Catola.** *Étude clinique et anatomo pathologique sur les lacunes de désintégration cérébrale.* Микроскопическое изслѣдованіе измѣненій въ центральной нервной системѣ въ 1 случаѣ. 3. **L. Lortat-Jacob et G. Sabaréanu.** *Deux observations d'ictère chronique familial avec splénomégalie.* 2 наблюденія. 4. **G. Tolot.** *Hémorragie méningée sous-arachnoidienne bilatérale chez un alcoolique brightique mort à la suite de crises épileptiformes.* Краткое описаніе случая.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, октябрь, № 19.

1. **Jumon.** *Sur le traitement des néphrites.* Клиническая лекція.

Октябрь, № 20.

1. **A. Darier.** *Action analgésiante des substances radioactives.* Обзоръ случаевъ, когда радій оказываетъ обезболивающее дѣйствіе. 2. **Albert Mathieu.** *Note sur les indications dans le traitement de la colite muco-membraneuse.* Показанія въ лѣченіи слизисто-перепончатаго колита. 3. **Jules Regnault.** *Opothérapie hépatique.* Случай органотерапіи при заболѣваніи печени.

Revue médicale de la Suisse Romande, октябрь, № 10.

1. **Paris.** *La tuberculine Béraneck dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.* Въ 9 случаяхъ получилъ облегченіе. 2. **Charles Du Bois.** *Les teignes pyogènes du cuir chevelu de l'enfant.* 3 случая. 3. **C. G. Yersin.** *Note sur une endémie typhique.* Краткая замѣтка. 4. **E. Patry.** *Plaie pénétrante du rectum et de la vessie. Guérison.* Описаніе случая.

Journal de physiologie et de pathologie générale, сентябрь, т. VI, № 5.

1. **J. Lefèvre.** *Étude du rayonnement chez le lapin.* О теплоизлученіи у кроликовъ. 2. **L. Lapicque.** *Oscillogrammes de diverses ondes électriques appliquées à l'excitation musculaire.* Опыты съ осциллографомъ. 3. **N. C. Paulesco.** *L'action des sels des métaux alcalino-terreux sur la substance vivante.* Изучалъ соотношенія между молекулярнымъ вѣсомъ щелочно-земельныхъ солей и количествами ихъ, достаточными для прекращенія выдѣленія углекислоты въ пивныхъ дрожжахъ. 4. **Н. Е. Введенскій.** *Réponse à la «réponse» de M. Tchiriew.* Полемическая статья. 5. **Simon.** *Observations sur l'état de la «glande interstitielle» dans les ovaires transplantés.* Опыты съ пересадкой яичника кролика въ толщу брюшныхъ мышцъ. Микроскопическое изслѣдованіе. 6. **Ch. Lesieur.** *Recherche directe des microbes dans le sang (du bacille de Koch en particulier) par le procédé de la sangsue.* Новый способъ бактеріологическаго изслѣдованія крови больныхъ съ помощью піявокъ. 7. **Léon Bernard et M. Salomon.** *Recherches sur la tuberculose rénale.* Измѣненія въ почкахъ послѣ введенія въ нихъ туберкулина. 8. **André Jousset.** *Septicémies tuberculeuses expérimentales.* Опыты на кроликахъ. 9. **J. Nicolas et Ch. Lesieur.** *Le traitement antirabique dans la région lyonnaise.* Годовой отчетъ *Pasteur*'овской станціи.

Англійскіе.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, сентябрь, т. XV, № 162.

1. **William Stewart Halsted.** *The training of the surgeon.* Воспитаніе хирурга. 2. **Henry K. Cushing.** *Notes suggested by the Franklin-Heberden pamphlet of 1759.* 3. **John. A. Sampson.** *Vesico-vaginal fistulae following hysterectomy for carcinoma cervicis utere, with special reference to their origin and closure.* Пузырно-влагалищная киста, развившаяся вслѣдъ за удаленіемъ матки. 4. **Howard A. Kelly.** *The piezometer, an instrument for measuring resistances.* Піезометръ, какъ приборъ для измѣренія сопротивленія. 5. **Bernard C. Steiner.** *Dr. Richard Brooke, the first scientific observed in Maryland.*

The Journal of Hygiene, октябрь, т. IV, № 4.

1. **A. E. Boycott.** *Further observations on the diagnosis of ankylostoma infection with special reference to the examination of the blood.* Новый способъ распознаванія анкилостомiаза и спеціальное изученіе крови при немъ. 2. **Charles Todd.** *On a dysentery toxin and antitoxin.* Дизентерійные токсинъ и антитоксинъ. 3. **Aldo Castellani.** *Some researches on the etiology of dysentery in Ceylon.* Нѣкоторыя изслѣдованія причинъ дизентеріи на Цейлонѣ. 4. **Erik Ekelöf.** *Medical aspects of the swedish antarctic expedition, october 1901—january 1904.* Шведская полярная экспедиція 1901—1904 г. въ медицинскомъ отношеніи.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Врачебная Газета, 6 марта.

1. **В. Штанге.** *Задачи медицинскаго образованія.* Рѣчь. 2. **А. Кораблевъ.** *Къ вопросу о вліяніи веронала на животный организмъ.* (Предварительное сообщеніе). 3. **Е. Отоцкая.** *О содержаніи фосфора въ пищевыхъ продуктахъ и о значеніи его для организма.* (Не окончена). 4. **Л. Якобсонъ.** *Частная профилактика венерическихъ болѣзней.* 5. **В. Мандельбергъ.** *Ляписъ (Argentum nitricum) при терапіи болѣзней желудка.* Хвалитъ ляписъ 0,1 на 180 воды, по столовой ложкѣ 3 раза въ день передъ ѣдой—противъ всѣхъ припадковъ хроническихъ страданій желудка. 6. **Г. Нандельштедтъ.** *О примѣненіи сухихъ прессованныхъ дрожжей при сахарномъ діабетѣ.* 1 случай благопріятнаго дѣйствія. Дрожжи давались по 5 грм., 3 раза въ день, въ рюмкѣ воды.

13 марта.

1. **Г. Цейдлеръ.** *Объ оперативномъ вмѣшательствѣ при легочныхъ нагноеніяхъ.* 2. **Л. Якобсонъ.** (Продолженіе). 3. **Е. Отоцкая.** (Окончаніе). 4. **В. Ставскій.** *2 случая тифа, осложнившіеся острымъ помѣшательствомъ.*

20 марта.

1. **С. Станкевичъ.** *Случай острой желтой атрофіи печени.* (Не окончена). 2. **С. Генеропитомцевъ.** *Бугорчатка въ Парафіевской волости, Борзенскаго уѣзда, за 5 послѣднихъ лѣтъ по*

данныхъ посемейной записи. (Не окончена). 3. **Л. Якобсонъ.** (Продолженіе). 4. **М. Камневъ.** *Вывихъ большого пальца стопы въ межфаланговомъ сочлененіи.* Случай. 5. **Т. Гликманъ.** *Къ вопросу о вліяніи первыхъ мѣсяцевъ казарменной жизни на физическое развитіе и здоровье молодыхъ солдатъ.* (Не окончена).

Практическій Врачъ, 6 марта.

1. **М. Жирмунскій.** *Къ оперативному лѣченію искривленій носовой перегородки.* 2. **O. Vulpius.** Продолженіе статьи о пересадкѣ сухожилій. 3. **Г. Зеленскій.** Окончаніе статьи «Случай бугорковой проказы».

13 марта.

1. **А. Богаевскій.** *78 случаевъ эхинококка у человѣка, наблюдавшихся въ Кременчугской губернской земской больницѣ съ 20-го октября 1884 г. по 5-ое октября 1903 г.* (Не окончена). 2. **O. Vulpius.** (Окончаніе). 3. **Н. Мансуровъ.** *Къ лѣченію эклампсіи.*

20 марта.

1. **Н. Титовъ.** *О нѣкоторыхъ механическихъ условіяхъ образованія тромба въ аневризмѣ восходящей аорты и ея дуги.* (Не окончена). 2. **А. Богаевскій.** (Окончаніе). 3. **Л. Чайковскій.** *Адреналинъ при глазныхъ болѣзняхъ.* Замѣтка.

Англійскіе.

The Lancet. 1 октября.

1. **H. A. Ballance.** *A case of sacculated aneurysm of the arch of the aorta...* Лѣченіе электролизомъ. 2. **J. F. Strickland, J. F. Hodgson** and **W. B. Anderton.** *A case of Banti's disease.* Случай со вскрытіемъ. Женщина, 46 л. 3. **F. Hare.** *The medical treatment of deep-seated haemorrhage.* Хвалитъ вдыханія амиль-нитрита при кровохарканіи и т. п. 4. **G. Herschell.** *The treatment of constepation by the injection of olive oil.* 5. **P. S. Blaker.** *A retropharyngeal blood cyst in a case of purpura haemorrhagica.* 6. **H. W. Gadd** and **S. C. Gadd.** *The distribution of fat* (жира) *and strychnine in nux vomica seeds.* 7. **R. Saundby.** *Three cases of skin disease.* 8. **G. Carpenter.** *Uncomplicated myocarditis in a girl in her 8 th year associated with signs of cardiac failure and followed by sudden death.* 9. **P. G. Harvey.** *A case of aniline poisoning.* 10. **H. T. D. Acland.** *Cervical fibroid of the uterus obstructing labour; caesarean section; supravaginal hysterectomy.* 11. **F. Milton.** *Lithotrity in Egypt for large stones.* 12. **E. J. Moure.** *Some observations pointing to an intracorpuscular stage of development in the trypanosome.*

8 октября.

1. **W. Macewen.** *On the function of the coecum and appendix.* Лекція. 2. **A. Macalister.** *On the evolution of the medical curriculum.* 3. **B. G. A. Moynihan.** *On exclusion of the intestine.* 4. **J. W. Springthorpe.** *Six cases of splenic anaemia in one family.* 5. **A. T. Davies** and **W. L. Brown.** *A case of pneumococcic pyaemia with recovery.* 6. **A. C. Gowdey.** *Notes on a case of quadruplets.* 7. **J. L. Bunch.** *Some cases from Prof. Gaucher's clinic at the Hôpital St. Louis, Paris.*

15 октября.

1. **W. R. Gowers.** *On insanity and epilepsy in relation to life assurance.* 2. **P. H. Pye-Smith.** *On knowledge and the methods of reaching it.* 3. **O. Liebreich.** *On the relation of therapeutics to other sciences in the XIX-th century.* 4. **A. M. Sheild.** *A case of diagnostic renal calculus.* 5. **E. Ringrose.** *A case of fracture-dislocation of the cervical vertebrae.* 6. **J. L. Steven.** *Pulsating gangrene of the lung.* 7. **I. Owen.** *A case of blood poisoning from tonsillitis.*

22 октября.

1. **M. Morris** *On the treatment of lupus vulgaris during the last 25 years.* 2. **W. H. Goddard.** *The physiological action of ethyl alcohol considered as a food: a research.* 3. **T. B. Heggs.** *The value of hetol in pulmonary tuberculosis.* 4. **A. E. Wright** and **S. R. Douglas.** *On the action exerted upon the tubercle bacillus by human blood fluids.* 5. **S. West.** *The treatment of pyopneumothorax.* 6. **H. S. Pendleburg.** *Drainage of the pericardium.* 7. **G. Lamb** and **W. K. Hunter.** *On the action of venoms of different species of poisonous snakes on the nervous system.* О дѣйствіи змѣинаго яда на нервную систему. Сообщеніе 3-ье.

29 октября.

1. **C. A. Ballance.** *Some remarks on the application of the principles of surgery to the treatment of injury and acute infection when occurring within the abdomen.* О принципахъ брюшной хирургіи. 2. **J. Beard.** *On the problems of cancer.* 3. **J. W. Barrett** and **W. F. Orr.** *The wreck of the «Australia».* Крушеніе парохода «Австралія» 20 іюня 1904 г. Причина—недостатки ярѣнія у служащихъ. 4. **R. Knox.** *A clinical study of actinomycosis.* 5. **R. D. Pedley.** *Dental disease and the medical profession.* 6. **A. G. Wilson.** *A case of ulcerative colitis with multiple perforations.* 7. **J. Phillips.** *A case of fibromyoma of the fundus with carcinoma of the cervix uteri.* 8. **W. A. Potts.** *The problem of the morally defective.* 9. **S. Anderson.** *On streptococcal infection and the use of antistreptococcs serum.* 10. **C. F. A. Moss.** *Notes of midwitery cases* (акушерская казуистика) *in Madagascar.*

5 ноября.

1. **F. Semon,** проф. *Cancer of the larynx.* 2. **N. R. Finsen,** проф. *The red light treatment of small-pox: a reply.* Отвѣтъ покойнаго *Finsen*'а на статью *Ricketts*'а и *Byles*'а въ «Lancet'ѣ» 30 іюля. 3. **G. Lamb.** *On the serum therapeutics of cases of snake-bite.* Серотерапія при ужаленіи змѣями. 4. **A. E. Barker.** *A remarkable sequel to a case of gastro-enterostomy.* 5. **E. Somerville.** *Suture of wound of the heart.* Случай удачнаго наложенія шва на сердце. 6. **L. Grant.** *On haemophilia and its treatment.* 7. **J. S. Mackintosh.** *A case of hysteria major.* 8. **W. G. Barras.** *Outbreak of enteric fever the result of infected ice-cream.* Взрывъ брюшного тифа отъ зараженнаго мороженаго. 9. **E. O. Croft.** *A case of acute inversion of the uterus; reduction by taxis on the 7-th day after labour.* 10. **L. J. Kidd.** *A fatal case of tabetic gastric crisis.*

12 ноября.

1. **A. Newsholme.** *Social evolution and public health.* 2. **J. Taylor.** *Paralysis as it occurs in children.* О дѣтскихъ параличахъ. 3. **C. J. Cullingworth** and **E. M. Corner.** *A case of carcinoma of the appendix.* Случай операціи. 4. **J. H. Abram.** *Inflammation of the muscles, with special reference to two cases of infective myositis.* 5. **T. H. Morse.** *The treatment of obstructed labour when caused by the impaction of a tumour in the pelvis, illustrated by four cases.* 6. **H. H. Borland.** *A case of exophthalmos in the newly born.*

19 ноября.

1. **F. H. Wiggin.** *Some practical points in abdominal surgery...* Лекція. 2. **G. F. Still.** *Infantile syphilis.* Лекція. 3. **F. W. Hewitt.** *Clinical observations on the anaesthetic effects of methyl oxide, ethyl chloride, and the so-called «somnoform».* 4. **C. H. Melland.** *Non-fatal rupture of aortic aneurysm.* Случай. 5. **P. W. Latham.** *On the action of perchloride of iron in blood poisoning and other disorders.* 6. **F. Taylor.** *A case of encephalitis cerebelli.* 7. **P. A. Nightingale.** *Hill diarrhoea in the plains.*

26 ноября.

1. **F. F. Caiger.** *On the treatment of enteric fever.* Лекція. 2. **E. Klein.** *The life-history of saprophytic and parasitic bacteria and their mutual relation.* 3. **F. W. Hewitt.** Окончаніе статьи объ обезболиваніи. 4. **J. T. C. Nash.** *Memorandum on the red light treatment of small-pox.* Лѣченіе оспы краснымъ свѣтомъ, 18 случаевъ. 5. **T. F. Ricketts** and **J. B. Byles.** *Further note on the red light treatment of small-pox.* Тоже. 6. **R. J. Ewart.** *The mechanism of the aortic valves in health and disease.*

Medical News, 7 мая.

1. **A. W. Hollis.** *The diastolic murmur in diagnosis.* 2. **M. P. Ravenel,** *The influence of bovine tuberculosis on humain health.* 3. **J. W. Bell.** *Clinical aspect of chronic myocarditis.* 4. **G. N. Best.** *Acute appendicitis and its medical treatment.* 5. **G. Crile.** *Summary of an experimental research into the use of alcohol, nitroglycerin and amyl nitrate in shock and collapse.* Опыты на собакахъ.

14 мая.

1. **M. Manges.** *Intraspinal injection of lysol solution in the treatment of cerebrospinal meningitis.* 3 случая. 2. **S. Tousey.** *A case of carcinoma of retained testis.* 3. **C. Savini.** *The modification of Mattoli in the operation of von Hacker for gastroenterostomy.* 4. **D. H. Wiesner.** *Asthenopia: a clinical study.* 5. **J. A. Blake.** *Some considerations in the treatment of tuberculosis of the testicle.* 6. **A. B. Johnson.** *Some remarks on tuberculosis of the urinary bladder.* 7. **W. K. Walker.** *A few considerations concerning the mechanism of developing mental disorder.* 8. **W. Van Hook.** *The ammonium sulphate method of sterilising catgut.* 9. **T. Diller.** *A severe case of major hysteria (traumatic neurosis).*

21 мая.

1. **E. L. Opie.** *Lesions peculiar to the pancreas and their clinical aspect.* 2. **G. R. Butler.** *The prophylaxis and medical treatment of diseases of the pancreas.* 3. **C. G. Stockton.** *The classification and the symptomatology of diseases of the pancreas.* 4. **J. M. Van Cott.** *Renal decapsulation from the pathologist's point of view.* 5. **J. G. Sherrill.** *Cancer of the intestine.* 6. **C. J. Aldrich.** *Fracture of the base of the skull as a cause of epilepsy.* Случай.

28 мая.

1. **W. N. Berkeley.** *Some notes on volal fremitus.* 2. **R. S. Fowler.** *Results in diffuse septic peritonitis treated by the elevated head and trunk position.* 3. **E. B. Coburn.** *Two appliances to facialitate eye and throat work.* 4. **J. A. Miller.** *A study of the tuberculosis problem in New-York city.* 5. **G. W. M'Caskey.** *A remarkable case of gastric cancer...* 6. **A. E. Gallant.** *Postpartum tubo-ovarian abscess causing hydronephrosis.* 7. **A. F. Erdmann.** *Ethyl chloride as a general anesthetic.*

4 іюня.

1. **T. E. Satterthwaite.** *Some considerations on infection and immunity.* 2. **H. D. Chapin.** *Notes on the epidemic of cerebrospinal meningitis.* 3. **H. Koplik.** *The clinical features of cerebrospinal meningitis...* 4. **P. A. Morrow.** *A plea for the organisation of a «Society of sanitary and moral prophylaxis».* 5. **J. D. Voothees.** *The management of occipitoposterior positions of the vertex.* 6. **W. F. Cheney.** *Scurvy* (цынга) *in infants.*

11 іюня.

1. **J. H. Musser.** *Some aspects of medical education.* 2. **W. J. Mayo.** *The association of surgical lesions in the upper abdomen.* 3. **G. Dock.** *Prognosis: its theory and practice.* 4. **H. M. Biggs.** *Preventive medicine: its achievements, scope and possibilities.* 5. **E. Elliot.** *Pathology and treatment of simple fracture of the patella.*

18 іюня.

1. **E. W. Murray.** *Management of fever in childhood.* 2. **J. H. Lloyd.** *Two cases of paralysis of the ulnar nerve...* 3. **W. Van Hook.** *Apparatus for nitrous oxide-ether anesthesia.* 4. **H. Lilienthal.** *A brief report of four years of genito-urinary work in the second surgical division of Mount Sinai Hospital.* (Не окончена). 5. **F. C. Valentine** and **T. M. Townsend.** *Vesical retention of urine.* 6. **T. D. Crothers.** *The danger of the use of opium in infancy.* 7. **J. Clements.** *Water anesthesia in surgery, and its suggestions in medicine.*

25 іюня.

1. **A. Stabler.** *Iodine and mercury to combat local infections.* 2. **H. Lilienthal.** Окончаніе. 3. **A. Abrams.** *The tracheal traction test as an aid in the recognition of the asthmatic lung.* 4. **B. H. Wells.** *Acute thyroidism following curettage.*

2 іюля.

1. **L. W. Hotchkiss.** *A consideration of the question of drainage in cases of acute appendicitis with spreading peritonitis.* 2. **R. M. Daley.** *Primary Myokymia.* 3. **H. A. Brav.** *Diagnosis and treatment of internal hemorrhoids.* 4. **J. F. Mc Nulty.** *Observations on obstetrics in general practice.*

9 іюля.

1. **J. Wright.** *The theory of mutation in its relation to medicine.* 2. **E. H. Grandin.** *Race suicide from the gynecological standpoint.* 3. **H. N. Vineberg.** *Sterility due to abnormal conditions of the uterus.* 4. **J. N. West.** *Sterility from vaginal causes.* 5. **J. H. Claiborne** and **E. B. Coburn.** *Yohimbin; its use in the treatment of eye, ear, nose and throat diseases.* 6. **E. L. Keyes.** *Prognosis and treatment of urethral stricture.* 7. **T. J. Harris.** *The submerged tonsil.* 8. **L. K. Hirschberg.** *Pseudobulbar (glosso-pharyngo-labial) paralyses.* 9. **C. E. Page.** *The rational os the «regular» treatment for typhoid fever.*

16 іюля.

1. **G. Woolsey.** *The relations of surgery to the recent advances in the knowledge of the pancreas.* 2. **R. B. Canfield.** *The application of conservative and radical surgery to chronic nasal accessory sinus disease.* 3. **W. H. Dukeman.** *Treatment of lobar pneumonia in the adult.* 4. **J. B. Bissell.** *The treatment of tuberculous testicle.* 5. **C. J. Douglas.** *Cocainism.* 6. **C. E. Briggs.** *The extraperitoneal relations of the appendix vermiformis to the posterior surface of the coecum, with the report of a form hitherto undescribed.*

23 іюля.

1. **W. S. Stone.** *Some surgical aspects of obstetrics.* 2. **C. E. Simon** and **D. G. J. Campbell.** *Myelogenous leucemia with disappearance of the splenomegaly and the myelocytes.* 3. **S. E. Jelliffe.** *A visit to Gheel* 4. **C. S. Cole.** *Personal experience in the treatment of typhoid fever.* 5. **W. L. Wallace.** *Extrauterine pregnancy...* 6. **L. W. Ely.** *A new brace for the shoulder joint.* 7. **F. P. Vale.** *The early diagnosis of Pott's disease.*

6 августа.

1. **G. Bacon.** *Conservatism in otology.* 2. **E. Beer.** *Intrahepatic cholelithiasis.* 3. **R. C. Kemp.** *Observations on dilatation of the stomach and on gastroptosis.* 4. **J. H. Claiborne** and **E. B. Coburn.** *Experiments to determine the value of collargolum and antistreptococcic serum in infected wounds of the eye* (при зараженныхъ ранахъ глазъ). 5. **S. Chandler.** *Puerperal sepsis.* 6. **N. G. Richmond.** *Vaccination and the law.* 7. **W. L. Howard.** *Dipsomania and its treatment.*

13 августа.

1. **J. W. Coe.** *Report of a case of ruptured ectopic gestation.* 2. **J. J. G. Williams.** *Some interesting obstetric experience.* 3. **B. F. Curtis** and **F. C. Wood.** *Chronic mastitis and diffuse fibro adenoma of the breast.* 4. **H. S. Kinne.** *Hereditary syphilis.* 5. **T. W. Kilmer.** *Difficult cases of infant feeding.* 6. **A. Gordon.** *Transition of obsessions to delusions.* 2 случая. 7. **M. W. Ware.** *Moot points in the treatment of fractures.*

20 августа.

1. **H. D. Collins.** *Technical errors in the use of rubber gloves* (резиновыхъ перчатокъ). 2. **E. S. Talbot.** *Interstitial gingivitis or scorbutus.* 3. **L. Brown.** *Some wather observations in the Adirondacks.* 4. **A. Spingarn.** *The biological interpretation of cancer.* 5. **E. N. Liell.** *Appendicitis: pathology and surgical treatment.* 6. **C. L. Allen.** *Beginning general paresis, its recognition and management.* 7. **R. H. Johnston.** *The bacteriology of panophthalmitis.* 8. **C. Mayfield.** *Auto intoxication of gastro-intestinal origin.* 9. **A. R. Elliott.** *Bacteriuria, with special reference to coli bacilluria.* 10. **R. H. Boggs.** *The uses of x-ray in medicine and surgery.*

27 августа.

1. **P. Bailey.** *Delirium from nervous shock.* 2. **T. C. Janeway.** *A new portable sphygmomanometer; also a blood pressure chart.* 3. **A. v. Moschcowitz.** *Osteoplastic amputations.* 4. **J. F. Mc Caw.** *Need of more accurate knowledge in the diagnosis and treatment of chronic suppurative otitis media.* 5. **C. A. Mc Williams.** *Intestinal obstruction following appendicitis operations.* 86 случаевъ. 6. **M. Krotoszyner** and **W. P. Willard.** *Aseptic catheterisation of the urinary passages.* 7. **I. S. Wile.** *Valuable suggestions from the inspection,—of urine.* 8. **K. M. Vogel.** *Quantitative albumin determinations.*

3 сентября.

1. **W. W. Goodrich.** *Comparative progress of medicine and law* (закона). 2. **A. D. Mabie.** *High-frequency currents...* О токахъ высокой частоты. 3. **L. Kolipinski.** *Arthritis deformans and its treatment.* 4. **T. H. Evans.** *Paratyphoid; a case of the hemorrhagic variety.* 5. **C. A. Mc Williams.** *Intestinal obstruction following appendicitis operations.* Разборъ 86 случаевъ. 6. **C. M. Harris.** *A case of Ludwig's angina.* 7. **V. Coblentz.** *Endermol, a new vehicle for ointments.* 8. **H. G. Beck.** *A simple and accurate method for estimation of sugar in the urine.* 9. **J. W. Kime.** *Present-day treatment of tuberculosis.*

10 сентября.

1. **C. C. Ransom.** *An analytical study of 28 cases of arthritis...* 2. **L. Weiss.** *Contributions to the pathology and treatment of acute gonorrhea.* (Не окончена). 3. **N. P. Barnes.** *Recent advances in the therapeutics of pediatrics.* 4. **M. Mackay.** *Hereditary chorea in 18 members of a family, with a report of 3 cases.* 5. **K. E. Kellogg.** *Influenza in children* (у дѣтей). 6. **D. Symmers.** *Report of a case of Addison's disease treated by means of suprarenal extract and adrenalin chloride.* 7. **A. M. Pond.** *The gastro intestinal crisis of erythema exudativum, similating appendicitis.*

17 сентября.

1. **M. H. Fussell, H. S. Carmany** and **H. Hudson.** *Polyuria in tyhoid fever.* Случай. 2. **J. A. Donowan.** *Treatment of acute middle-ear disease.* 3. **F. R. Packard.** *The value of early incision of the membrana tympani in the treatment of acute suppuration of the middle ear.* 4. **L. Weiss.** Окончаніе статьи. 5. **G. W. Norris.** *The diagnosis of incipient pulmonary tuberculosis.* 6. **F. A. Craig.** *Diagnosis of advanced tuberculosis.* 7. **H. R. M. Landis.** *Differential diagnosis between pulmonary tuberculosis and conditions resembling it.* 8. **C. J. Hatfield.** *History taking* (собираніе анамнеза) *in cases of pulmonary tuberculosis*

24 сентября.

1. **J. W. Brannan.** *Home treatment of tuberculosis...* 2. **J. E. Newcombe.** *Bone and cartilage in the tonsil.* 3. **R. Whitman.** *The distinction between fracture of the neck of the femur and epiphyseal disjunction in early life...* 4. **M. Manges.** *The rectal administration of the newer hypnotics.* 5. **A. J. Hall.** *The medical treatment of appendicitis.* 6. **S. C. Emley.** *The correction of abnormal conditions of the blood relative to surgical operations.* 7. **C. F. Withington.** *Addison's disease, with and without adrenal tuberculosis.*

1 октября.

1. **G. Woolsey.** *A case of tumor of the spinal cord.* Эндотеліома спинного мозга, удачно насѣченная. 2. **G. A. Soper.** *The reed of efficient public health work in the suburbs.* 3. **H. S. Carter.** *A contribution to cytodiagnosis in pleural effusions, with especial reference to the tuberculous form.* При бугорчатковомъ плевритѣ и водянкѣ плевры всегда лимфоцитозъ, при послѣпнеймоническомъ плевритѣ—многоядерный лейкоцитозъ жидкости. 4. **W. S. Thayer.** *An analysis of 42 cases of venous trombosis occurring in the course of typhoid fever.* 5. **H. A. Kelly.** *The treatment of simple rectal fistula by excision and suture without cutting the external sphincter muscle.* 6. **W. G. Harrison.** *Observations on the blood and circulation in uncinariasis.* 7. **G. T. Mundorff.** *Report of a case of obstinate phosphatic diathesis cured by systematic dilatations of the posterior urethra.*

8 октября.

1. **C. P. Howard.** *The incidence of gastric ulcer in America.* Въ Америкѣ, особенно на югѣ круглая язва желудка менѣе часта, чѣмъ въ Лондонѣ и на континентѣ Европы. 2. **T. B. Futcher.** *The condition of the blood and urine in gastric ulcer.* Кровь и моча при круглой язвѣ. 3. **H. Brooks.** *The pathological anatomy of gastric ulcer.* 4. **M. Manges.** *Complications and sequelae of gastric ulcer.* 5. **M. Einhorn.** *Symptomatology and course of gastric ulcer.* 6. **F. H. Murdoch.** *Further remarks on orthoformy in the diagnosis of gastric ulcer.* 7. **E. P. Carlton.** *Two old friends: castor oil and salts.* 8. **J. N. Hall.** *Internal antisepsis.*

15 октября.

1. **L. Brown.** *The early physical signs of pulmonary tuberculosis.* 2. **J. Punton.** *Are the insane responsible for criminal acts?* О судебной отвѣтственности помѣшанныхъ. 3. **W. G. Mac Callum.** *On the mechanism of exopthalmos.* 4. **I. W. Voorhees.** *Some notes on a case of erythromelalgia; with treatment.* 5. **H. M. Hays.** *A factor in the causation of emaciation in tuberculosis of the lungs.* 6. **W. L. Baum.** *The silver salts in gonorrhea.* 7. **H. Jarecki.** *Urgent adenectomy during the progress of a pneumonia.*

22 октября.

1. **C. H. Mayo.** *The surgical physiology of the lymphatic system.* 2. **F. Bierhoff.** *A contribution to the study of infections of the prostate from the urethra.* 3. **T. W. Tallquist.** *The use of absorbent paper in the service of practical hematology.* 4. **G. Hinsdall.** *The climate and waters of Hot Springs, Virginia.* 5. **H. F. Vickery** and **O. Richardson.** *Three cases of probable psittacosis.* 6. **A. W. Fairbanks.** *The district nurse in her relation to cases of pulmonary disease.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

CCVII. Объ изслѣдованіи освѣщенія въ учебныхъ помѣщеніяхъ и о фотометрѣ Wingen'а.

М. И. Рейхъ.

Введеніе. — Новѣйшіе и простѣйшіе способы изслѣдованія. — Указанія для примѣненія прибора *Wingen*'а.—Какъ улучшить освѣщеніе?—Руководство для изслѣдованія освѣщенія (проф. *Flügge*).

У насъ фотометръ *Wingen*'а появился, по видимому, впервые на выставкѣ «Дѣтскій Міръ» въ Петербургѣ зимою 190³/₄ года, гдѣ былъ примѣненъ мною и для опредѣленія освѣщенія въ «примѣрномъ классѣ», устроенномъ на выставкѣ по моимъ указаніямъ, и для нѣкоторыхъ другихъ изслѣдованій.

Въ виду того, что очень полезный приборъ этотъ не получилъ еще у насъ той извѣстности, которую онъ заслуживаетъ, и въ русской врачебной литературѣ почти не отмѣченъ,—я и позволилъ себѣ написать нижеслѣдующія строки, надѣясь на то, что ими заинтересуются врачи при учебныхъ заведеніяхъ обширнаго нашего отечества, въ особенности внѣ столицъ. Цѣна прибора (16 р.) настолько невысока, что доступна всякому учебному заведенію и всякому частному пансіону.

Очень часто освѣщеніе въ учебномъ заведеніи «считается» и даже «кажется» совершенно достаточнымъ, а между тѣмъ случайное точное опредѣленіе таковаго обнаруживаетъ и неожиданно плохія и поразительно недостаточныя условія освѣщенія. Въ нѣкоторыхъ прекрасныхъ учебныхъ заведеніяхъ Петербурга реформа искусственнаго освѣщенія началась лишь послѣ обнаруженія такихъ вопіющихъ условій точнымъ приборомъ, дающимъ результаты неопровержимые, неумолимые и не терпящіе откладыванія реформы. Даже въ Петербургѣ число учебныхъ заведеній съ вполнѣ удовлетворительнымъ искусственнымъ освѣщеніемъ весьма невелико, хотя въ нѣкоторыхъ, какъ, напр., въ Александровскомъ кадетскомъ корпусѣ, нѣкоторыхъ гимназіяхъ, училищѣ Св. Петра и др., освѣщеніе это устроено, какъ я имѣлъ случай въ томъ убѣдиться лично, очень хорошо, достаточно и гигіенично, электрическими лампами съ моими большими абажурами съ контррефлекторами. Можно смѣло думать, что внѣ столицъ дѣло искусственнаго освѣщенія въ учебныхъ заведеніяхъ находится, за немногими исключеніями, и по настоящее время еще на весьма низкой ступени развитія. Поэтому простой и дешевый способъ опредѣленія искусственнаго (или дневного) освѣщенія можетъ принести громадную пользу, какъ дающій возможность легкимъ и быстрымъ изслѣдованіемъ убѣдиться въ томъ, насколько дневное и искусственное освѣщеніе на учебныхъ столахъ удовлетворяетъ хотя-бы минимальнымъ требованіямъ гигіены. Опредѣленіе условій дневного и искусственнаго освѣщенія въ нашихъ учебныхъ заведеніяхъ, какъ уже построенныхъ, такъ еще и строящихся, и до настоящаго времени производится довольно рѣдко, съ одной стороны, потому, что педагоги не придаютъ этому дѣлу надлежащаго значенія, а съ другой—потому, что выполненіе таковаго считается многими и сложнымъ, и труднымъ, и дорогимъ. Но въ самые послѣдніе годы въ Германіи, гдѣ школьная гигіена въ гораздо большемъ почетѣ, чѣмъ у насъ, предложено нѣсколько приборовъ такихъ простыхъ, удобныхъ и вполнѣ удовлетворяющихъ цѣли опредѣленія степени освѣщенія, что примѣненіе ихъ вводится въ Германіи въ широкихъ размѣрахъ. Въ виду важности дѣла освѣщенія въ учебныхъ заведеніяхъ Прусское Министерство народнаго просвѣщенія предложило Университетскимъ гигіеническимъ Институтамъ въ Berlin'ѣ, Breslau и Göttingen'ѣ основательно испытать новый способъ *Wingen*'а и нѣкоторые другіе. Результатомъ этого испытанія явились отчеты проф. *Reichenbach*'а и чч. преподавателей *Gottschlich*'а и *Wolpert*'а, напечатанные въ «Klinisches Jahrbuch» за 1904 г. Крайне желательно введеніе обязательности изслѣдованія условій освѣщенія и въ нашихъ учебныхъ заведеніяхъ, во многихъ, даже наилучшихъ, изъ которыхъ это дѣло еще вовсе не тронуто и воспитанницы и воспитанники которыхъ принуждены испытывать послѣдствія безучастія къ этому дѣлу начальствъ учебныхъ заведеній.

Да позволено мнѣ будетъ предварительно напомнить читателю, что дневное освѣщеніе [1]) учебныхъ столовъ, которые и интересуютъ насъ прежде всего, обусловливается главнымъ образомъ величиною площади [2]) незаслоненнаго ничѣмъ неба, отъ которой свѣтовые лучи падаютъ на столы, а затѣмъ величиною угла паденія лучей на эти послѣдніе. Уголъ, образуемый 2-мя прямыми линіями, встрѣчающимися на рабочемъ мѣстѣ, изъ которыхъ одна проведена отъ верхняго края окна, а другая отъ границы видимаго (съ рабочаго мѣста) горизонта, называется «угломъ отверстія» для этого мѣста. Уголъ, образуемый 2-мя прямыми, встрѣчающимися на рабочемъ мѣстѣ, изъ которыхъ одна горизонтальна, а другая идетъ отъ верхняго края окна, называется «верхнимъ угломъ паденія». При равной по величинѣ площади небеснаго свода, дающей помѣщенію свѣтъ, освѣщеніе рабочихъ мѣстъ будетъ тѣмъ лучше, чѣмъ болѣе верхній уголъ паденія лучей.

Путемъ многочисленныхъ изслѣдованій опредѣлено, что рабочее мѣсто (на учебномъ столѣ и т. п.) можетъ получать достаточно свѣта (отъ неба) лишь при томъ условіи, если «уголъ отверстія» не менѣе 4°, а «верхній уголъ паденія» не менѣе 27° (углы эти разсчитаны не на ясные солнечные дни, а на дни пасмурные). Для опредѣленія этихъ угловъ придуманы различные приборы, безъ которыхъ (какъ увидимъ ниже) можно и обойтись, если не требуется очень точныхъ опредѣленій [3]).

Степень освѣщенности какой-либо поверхности (напр., учебнаго стола, стѣны и т. д.) принято выражать числомъ единицъ того освѣщенія, которое получается на бѣлой поверхности отъ источника свѣта опредѣленной силы, и при условіи паденія изъ него свѣтовыхъ лучей перпендикулярно къ этой поверхности съ разстоянія въ 1 метръ.

Такимъ источникомъ свѣта, «единицею» его, почти всюду признается лампа или свѣча *Hefner*'а, силу свѣта которой называютъ 1 пиръ (вмѣсто «нормальная свѣча»); а освѣщеніе, которое даетъ свѣча *Hefner*'а [1 *Hefner* = 1 пиръ [4])] на бѣлой поверхности, на разстояніи 1 метра отъ нея (при перпендикулярномъ къ ней паденіи лучей), называется 1 lux или 1 метросвѣча.

Освѣщеніе какой-либо плоскости въ 10 lux'овъ или 10 метросвѣчей значитъ: плоскость эта освѣщена какъ-бы 10 свѣчами (10 фотами), поставленными отъ нея на разстояніи 1 метра и такъ, что свѣтовые лучи падаютъ перпендикулярно къ плоскости.

Объ удовлетворительности или неудовлетворительности рабочихъ мѣстъ относительно освѣщенія дневнымъ свѣтомъ можно судить до извѣстной степени на основаніи данныхъ, получаемыхъ при опредѣленіи «угла отверстія» и «верхняго угла наклоненія» (о чемъ сказано ниже въ «Руководствѣ») безъ какихъ-либо особыхъ приборовъ. Но для опредѣленія степени искусственнаго освѣщенія рабочихъ мѣстъ (на учебныхъ столахъ и т. п.) требуются особые болѣе или менѣе точные приборы.

Самымъ точнымъ приборомъ для этого опредѣленія вообще служитъ фотометръ *Weber*'а, но сложность и дороговизна его (около 400 мар.) служатъ препятствіемъ къ его широкому распространенію. У насъ въ Россіи школьный фотометръ *Петрушевскаго*, въ основу котораго положенъ принципъ *Weber*'а-же, гораздо болѣе простой и болѣе дешевый, сослужилъ хорошую службу въ рукахъ врачей и педагоговъ, интересовавшихся заботами объ освѣщеніи классовъ и пансіоновъ; но все-таки громоздкій фотометръ этотъ въ теченіи 25 лѣтъ не подвергся никакому усовершенствованію, и цѣна его осталась такою-же сравнительно высокою (30 р.).

Въ Германіи различные изобрѣтатели старались придумывать для потребностей школы и самые недорогіе, но тѣмъ не менѣе достаточно точные способы быстраго опредѣленія степени освѣщенія рабочихъ мѣстъ, и приборы до такой степени простые, что примѣненіе ихъ не требуетъ никакихъ спеціальныхъ знаній и вполнѣ доступно всякому

---

[1]) Я говорю о диффузномъ, разсѣянномъ освѣщеніи, получаемомъ не непосредственно отъ солнца, а отъ небеснаго свода (отъ неба чистаго или облачнаго), дающаго свѣтъ разсѣянный.

[2]) Въ виду того, что ширина оконъ различныхъ зданій часто болѣе или менѣе одинакова, заслоненіе-же оконъ (зданіями, деревьями и т. п.) по высотѣ ихъ крайне разнообразно, то изъ размѣровъ площади неба, видимой изнутри помѣщенія, главное значеніе получаетъ высота, измѣряемая угломъ отверстія (см. ниже).

[3]) Для опредѣленія «угла пространственнаго» (*Weber*), обнимающаго всѣ размѣры освѣщающей части небеснаго свода, уже нуженъ довольно сложный приборъ *Weber*'а (Raumwinkelmesser).

[4]) 1 единица *Hefner*'а = 0,81 нѣмецкой свѣчи.

интеллигентному человѣку. Въ самые послѣдніе годы такими способами и приборами являются: 1) фотохимическій способъ дневного освѣщенія *Wingen*'а, 2) свѣтоизмѣритель *Pfeiffer*'а и 3) фотометръ *Wingen*'а.

Фотохимическій способъ опредѣленія дневного освѣщенія Wingen'а.

Сущность способа состоитъ въ слѣдующемъ. На всѣхъ столахъ класса, на которыхъ желательно опредѣлить степень дневного освѣщенія, одновременно выставляются въ теченіи часа кусочки особой чувствительной фотографической бумаги (аристо, аураминовая, родаминовая), которые затѣмъ фиксируются, промываются, высушиваются и сравниваются съ пробной бумагой, потемнѣвшей отъ вліянія свѣта въ 50 метросвѣчей въ теченіи часа-же. Бумажки, получившія окраску болѣе слабую, чѣмъ окраска пробной, лежали, очевидно, на такихъ мѣстахъ, гдѣ дневное освѣщеніе было слабѣе 50 метросвѣчей и потому гигіенически неудовлетворительно. Фотохимическій способъ *Wingen*'а не быстръ, довольно кропотливъ, недостаточно еще разработанъ и даже неточенъ, на что весьма подробно указываютъ изслѣдованія *Reichenbach*'а [1]); во всякомъ случаѣ для опредѣленія освѣщенія предлагать его такъ нельзя, почему я и не буду упоминать о какихъ-либо частностяхъ, относящихся къ этому способу.

Свѣтоизмѣритель Pfeiffer'а.

Приборъ *Pfeiffer*'а представляетъ изъ себя мѣдную трубку, длиною около 20 стм., установленную вертикально на металлическомъ треножникѣ, высотою около 25 стм. Чрезъ трубку это осматривается напр., листъ бумаги, который и кладется на то мѣсто, освѣщеніе котораго желательно опредѣлить. Въ окулярѣ трубки имѣется подвижная лупа, которую можно вытянуть на 5 стм. На разстояніи 5 стм. отъ верхняго края трубки, внутри ея, установлена горизонтальная металлическая пластинка съ вырѣзами—1 большимъ круглымъ въ центрѣ и 8 очень маленькими круглыми-же, расположенными кругомъ центральнаго. Металлическая пластинка лежитъ на пластинкѣ молочнобѣлаго стекла или на очень тонкой бумагѣ. Внизу въ трубкѣ установлена ирисовая діафрагма, рычажекъ которой съ указательною стрѣлкою движется передъ скалою. Скала эта непосредственно показываетъ число метросвѣчей (10, 20, 30, 40, 60, 70 и 100).

Принципъ прибора вкратцѣ слѣдующій: чѣмъ болѣе оказывается необходимымъ увеличивать діаметръ діафрагмы т. е. усиливать освѣщеніе, чтобы увидѣть кругъ маленькихъ отверстій, тѣмъ хуже освѣщено мѣсто, ибо стеклянная пластинка молочнобѣлаго стекла, или бумажка, на которой лежитъ металлическая пластинка съ отверстіями, получаетъ исключительно свѣтъ отраженный отъ подложеннаго листа и проходящій чрезъ діафрагму.

Опредѣленіе освѣщенія производится такъ:

1) обращенный къ наблюдателю рычажекъ діафрагмы переставляется возможно болѣе вправо, за число 10 на скалѣ; тогда діафрагма имѣетъ наибольшій діаметръ, и поле зрѣнія свѣтлое. Лупа устанавливается такъ, чтобы маленькія отверстія (8) представлялись совершенно рѣзко очерченными. Затѣмъ

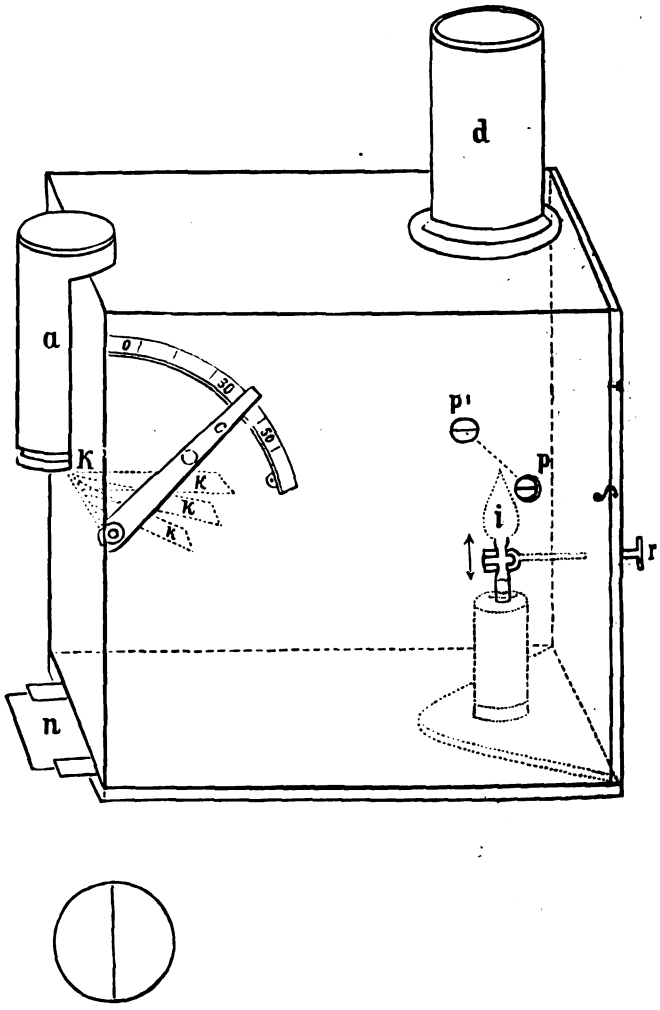
2) рычажекъ переводится ad maximum влѣво, за число 100 на скалѣ; діафрагма при этомъ закрыта, поле зрѣнія совершенно темно.

3) Діафрагму открываютъ, но весьма постепенно; въ полѣ зрѣнія появляется большое среднее отверстіе. Затѣмъ весьма осторожно и постепенно передвигаютъ рычажекъ до тѣхъ поръ, пока 8 маленькихъ отверстій не станутъ видимы настолько отчетливо, что ихъ можно бываетъ пересчитать; тогда на скалѣ увидимъ указаніе числа метросвѣчей, которому соотвѣтствуетъ освѣщеніе изслѣдуемаго мѣста.

Казалось-бы, что опредѣленіе освѣщенія на любомъ мѣстѣ всего проще и всего быстрѣе производить именно этимъ простымъ приборомъ *Pfeiffer*'а. Но для работы съ нимъ требуется много навыка, и безъ предварительнаго, дов. продолжительнаго отдыха глазъ (защитою отъ посторонняго свѣта) легко получаются совершенно невѣрные результаты; можетъ даже случиться, что въ приборѣ ничего не будетъ видно. Результаты измѣреній, полученные при помощи этого прибора, у различныхъ наблюдателей расходятся между собою гораздо болѣе, чѣмъ при примѣненіи прибора *Wingen*'а, къ описанію котораго я и перехожу.

Фотометръ Wingen'а.

Приборъ *Wingen*'а состоитъ изъ небольшого, внутри вычерненнаго, деревяннаго ящичка (шириной въ 10, высотой и длиной въ 17 и 19 стм.), на одномъ концѣ котораго установлена маленькая бензиновая лампочка (высотою въ 5 стм.), а на другомъ—небольшой кусокъ (2+4 стм.) бѣлаго картона, часть котораго видна при взглядѣ сверху въ трубку (a) и положеніе котораго можно измѣнять передвиженіемъ стрѣлки (c). При установкѣ стрѣлки на 0 положеніе картона (k) внутри ящика—горизонтальное, при чемъ освѣщеніе его пламенемъ лампочки—минимальное (почти 0). При передвиженіи стрѣлки по дуговой скалѣ отъ 0 до 60 картонъ все болѣе и болѣе наклоняется книзу и при взглядѣ въ трубу кажется наблюдателю все болѣе и болѣе освѣщеннымъ. Степени освѣщенности картона при различныхъ его положеніяхъ провѣрены точнымъ фотометромъ и указаны на скалѣ соотвѣтственными числами. Такъ, напр., при положеніи стрѣлки на 20, картонъ наклонился настолько, что показываетъ глазу (смотрящему въ трубу) освѣщенность въ 20 метросвѣчей или lux'овъ, и т. д.



Посредствомъ измѣненій наклоненія картона къ горизонту, при неподвижномъ источникѣ освѣщенія (i), получаются степени освѣщенія его отъ 0 до 60 lux'овъ. Снаружи ящика, у его основанія, въ 2 металлическихъ паза вставляется кусочекъ (n) точно такаго-же картона, какъ и освѣщаемый пламенемъ лампочки. Этотъ наружный картонъ освѣщается свѣтомъ, падающимъ на ту плоскость, на которую поставленъ приборъ.

При взглядѣ въ трубу (a) (на разстояніи 25—30 стм. отъ ея края) по ея оси, наблюдатель видитъ, въ небольшомъ кругломъ полѣ зрѣнія, въ одной его $^1/_2$ картонъ внутренній, освѣщенный лампочкой, а въ другой — картонъ наружный, освѣщенный свѣтомъ внѣ прибора. Обѣ половины поля зрѣнія освѣщены неодинаково или неодинаково ярко, но цвѣтъ ихъ всегда одинаковый — красный, такъ какъ въ просвѣтѣ трубки установлено красное стекло.

Назначеніе краснаго стекла—по возможности устранить затрудненія въ опредѣленіи одинаковой или неодинаковой (по яркости) освѣщенности обѣихъ половинъ поля зрѣнія. Даже при количественно совершенно одинаковомъ освѣщеніи ихъ, обыкновенно не совсѣмъ легко убѣдиться въ такой одинаковости, если цвѣтъ не вполнѣ одинаковъ, напр., когда одна $^1/_2$ освѣщена пламенемъ бензиновой лампочки, а другая — свѣтомъ дневнымъ, спиртокалильнымъ, лампочекъ накаливанія, керосиновымъ и др.

Вынувъ приборъ изъ футляра, трубку (d) отъ лампочки (по-

[1]) *Reichenbach*, проф. Die Tageslichtmessung in den Schulen. «Klin. Jahrbuch», 1904 г. Труды *Ruzicka* («Archiv f. Hygiene». 1904 г., т. 51, тетр. 2), «по относительной фотометріи» химическимъ способомъ также не привели еще къ желаемымъ результатамъ.

торая при укладкѣ прибора въ футляръ задвигается внутрь ящика, при чемъ частью накрываетъ лампочку) выдвигаютъ кверху; затѣмъ открываютъ дверцы, вмѣстѣ съ которыми выдвигается и лампочка. Лампочку наполняютъ [1]) чистымъ бензиномъ и вставляютъ плотно въ ея пріемникъ, при чемъ металлическую пластинку донышка поддерживаютъ снизу другой рукой. Необходимо обращать особое вниманіе на то, чтобы кольцевидный выступъ передвижной мѣдной трубочки, окружающей свѣтильню, помѣщался въ вилочкѣ (захватывающей кольцевидный выступъ), посредствомъ которой регулируется (рукояткой г) высота пламени, подниманіемъ или опусканіемъ трубочки, обнажающей при этомъ бо́льшую или меньшую часть конца свѣтильни.

Верхушка пламени должна точно совпадать съ горизонтальною прямою линіей, соединяющей обѣ видимыя черныя черты, изъ которыхъ одна изображена на стеклѣ узенькаго окошечка (р), чрезъ которое наблюдаютъ за пламенемъ, а другая (p_1)—внутри на противоположной стѣнкѣ ящика. Въ началѣ горѣнія за пламенемъ наблюдаютъ почаще; по истеченіи нѣсколькихъ минутъ высота его остается постоянною.

Внутренній и наружный кусочки бѣлаго картона должны быть вырѣзаны изъ одного и того-же гладкаго, неблестящаго матеріала.

Опредѣленіе освѣщенности (степени освѣщенія) какого-либо мѣста производится такъ.

Приборъ наружнымъ (или внѣшнимъ) картономъ устанавливаютъ на соотвѣтственномъ мѣстѣ стола. Затѣмъ наблюдатель, смотря въ трубку (а) по направленію ея оси (на разстояніи 25—30 стм. отъ верхняго края), сравниваетъ видимое имъ освѣщеніе обоихъ картоновъ, представляющихся ему въ видѣ 2-хъ непосредственно прилегающихъ одна къ другой половинъ краснаго круга [2]). Если освѣщеніе оказывается не одинаковымъ, то наблюдатель передвигаетъ стрѣлку (с) до тѣхъ поръ, пока весь видимый въ трубу кругъ покажется однороднымъ, т. е. когда обѣ половины его вполнѣ сравняются какъ по цвѣту, такъ и по яркости освѣщенія. Стрѣлка укажетъ (въ метросвѣчахъ или lux'ахъ) степень освѣщенія внутренняго картона, а тѣмъ самымъ, конечно, и внѣшняго [3]).

Стрѣлка показываетъ 10, 20, 30, 40, 50 и 60 метросвѣчей; промежуточныя степени опредѣляются положеніемъ на глазъ.

Если-бы оказалось, что при положеніи стрѣлки даже и на 60 освѣщеніе наружнаго картона все-же сильнѣе внутренняго, т. е. что освѣщеніе наружнаго картона сильнѣе 60 метросвѣчей (что бываетъ при дневномъ освѣщеніи около самыхъ оконъ), то въ разрѣзъ нижней части трубки (а) вставляютъ прилагаемое къ прибору дымчатаго цвѣта стекло, поглощающее 80% падающаго на него свѣта, снова передвигаютъ стрѣлку и устанавливаютъ ее до уравненія обѣихъ половинъ краснаго круга. Если стрѣлка укажетъ 20 метросвѣчей, то истинное освѣщеніе наружнаго картона будетъ на 80% сильнѣе, т. е. $20 \times 5 = 100$ метросвѣчей или lux'овъ.

Такимъ образомъ приборъ *Wingen*'а примѣнимъ и для опредѣленія довольно высокихъ степеней освѣщенія—до 300 метросвѣчей, что̀ для учебныхъ заведеній больше, чѣмъ достаточно [4]).

При правильно установленной высотѣ пламени лампочки, должна получиться одинаковость освѣщенія обѣихъ половинъ круга какъ при установкѣ стрѣлки на 50 безъ дымчатаго стекла, такъ и при установкѣ ея на 10 при вставленномъ 80%-мъ дымчатомъ стеклѣ. Такая проба можетъ служить провѣркою вѣрности показаній прибора.

Примѣненіе прибора *Wingen*'а, какъ видно изъ предыдущаго, крайне просто. Къ недостаткамъ прибора относится то, что онъ даетъ возможность опредѣлять освѣщеніе лишь на горизонтальной или очень малонаклонной плоскости, а также то, что разстояніе обѣихъ трубъ его нѣсколько мало (всего 9 стм.), такъ что голову наблюдателя, во избѣжаніе вліянія свѣта и температуры отъ трубки надъ лампой, иногда приходится отдѣлять отъ послѣдней кускомъ картона или чѣмъ-нибудь другимъ. Степень точности показаній прибора (возможны ошибки около 6°) для практическихъ цѣлей вполнѣ достаточна.

Если мы находимъ освѣщеніе какого-либо мѣста на учебномъ (или другомъ) столѣ равнымъ 50 метросвѣчамъ или lux'амъ и болѣе, то освѣщеніе это—весьма хорошее; освѣщеніе въ 40—30 lux'овъ—хорошее; освѣщеніе слабѣе 10 lux'овъ уже не должно быть допускаемо, какъ весьма неудовлетворительное. Фотометръ *Wingen*'а легко и быстро убѣждаетъ въ томъ, какъ слабо освѣщеніе въ 8,6 метросвѣчей и менѣе, и насколько выше требуемаго minimum'а (10 метросвѣчей), напр., освѣщеніе книги или тетради у окна даже въ самый пасмурный декабрьскій день.

Приходится слышать опасенія, что освѣщеніе въ 60, 100, 120 метросвѣчей или lux'овъ уже слишкомъ сильно и можетъ даже вредить глазамъ. Кто-же однако скажетъ, что слишкомъ много свѣта у окна въ самый пасмурный, облачный день; а здѣсь освѣщеніе рѣдко слабѣе 150 метросвѣчей и можетъ доходить до 1200 и даже болѣе—въ облачные дни? Колебанія получаются очень значительныя въ зависимости отъ времени года, времени дня и большей или меньшей толщины слоя облаковъ. Въ безоблачные дни освѣщеніе у оконъ можетъ получаться и въ 2000, и въ 3000 метросвѣчей и даже больше, и при томъ на мѣстахъ, освѣщаемыхъ лишь небеснымъ сводомъ (свѣтомъ разсѣяннымъ), а не солнцемъ непосредственно.

Безъ фотометрическихъ изслѣдованій трудно повѣрить, какъ быстро и рѣзко ухудшается дневное освѣщеніе съ удаленіемъ отъ оконъ. Такъ, напр., 16/x 1904 г. въ 12 час. дня на подоконникѣ одной изъ Петербургскихъ гимназій я нашелъ около 200 метросвѣчей; на разстояніи 5—6 аршинъ лишь около 15, а на разстояніи 9—10 аршинъ уже много менѣе 10.

Отвѣтъ на самъ собою напрашивающійся вопросъ, что-же предпринять, когда при изслѣдованіи оказываются мѣста съ освѣщеніемъ менѣе 10 lux'овъ или метросвѣчей, не входитъ въ планъ этой моей работы; тѣмъ не менѣе я позволю себѣ привести по поводу его хотя-бы самыя краткія указанія.

Если дѣло касается дневного освѣщенія, то приходится: 1) пересаживать учениковъ на достаточно освѣщенные мѣста: ближе къ окнамъ,—если это возможно, т. е., если такія мѣста имѣются; 2) срубать передъ окнами деревья, если они заслоняютъ собою свѣтъ; 3) увеличивать размѣры оконъ главнымъ образомъ въ высоту, что технически обыкновенно выполнимо,—хоть до потолка.

При недостаточности искусственнаго освѣщенія: 1) пересаживать учениковъ на мѣста, достаточно освѣщенныя, если таковыя имѣются свободныя; если этого недостаточно, то 2) усилить освѣщеніе лучшимъ использованіемъ уже имѣющихся источниковъ свѣта, наиболѣе соотвѣтствующими абажурами, не примѣняя много поглощающихъ свѣта матовыхъ стеколъ [или матовыхъ электрическихъ лампочекъ [1])].

Если дѣло касается освѣщенія лампочками накаливанія (электрическаго), то 9-ю—10-свѣчными лампочками легко освѣтить учебные столы на площади въ $7 \times 7 = 49$ кв. метровъ такъ хорошо, что освѣщеніе получится отъ 45 метросвѣчей (подъ самыми лампами) до 20 (между лампами); освѣщеніе въ 10 метросвѣчей получится лишь у самыхъ стѣнъ, гдѣ мѣста освѣщаются лишь съ одной стороны, отъ одной лампы. Для этого лампочки (нематовыя) накрываютъ $^1/_2$-шаровидными абажурами молочно-бѣлаго стекла, діаметромъ въ 25—26 стм., и подвѣшиваютъ ихъ на высотѣ метра надъ столами, въ разстояніи 2 метровъ одну лампу отъ другой [2]). Гдѣ въ распоряженіи учебнаго заведенія имѣется электрическая энергія въ размѣрахъ очень скромныхъ, тамъ во всякомъ случаѣ можно получить достаточный на весь классъ minimum освѣщенія; надо только пользоваться надлежащими абажурами и не терять на-

[1]) Для равномѣрности пламени весьма важно не давать выгорать бензину вполнѣ; весьма желательно, чтобы лампочка постоянно содержала бензина не менѣе $^1/_3$ ея вмѣстимости, равной 15 к. стм.

[2]) Если смотрѣть въ трубу не по направленію ея оси, то поле зрѣнія временами кажется не сплошнымъ, а состоящимъ изъ 2-хъ $^1/_2$-круговъ, раздѣленныхъ черною полоскою; тогда сравненіе освѣщенности половинъ менѣе легко.

[3]) Обыкновенно такое уравненіе обѣихъ половинъ поля зрѣнія удается очень легко, въ особенности послѣ нѣкотораго упражненія и если брать среднее изъ нѣсколькихъ установокъ.

[4]) *Wingen*'овскій приборъ для опредѣленія освѣщенія до 1200 свѣчей стоитъ 120—160 марокъ.

[1]) Это не касается матовыхъ и весьма отлогихъ контррефлекторовъ, очень выгодныхъ подъ очень большими и очень плоскими абажурами.

[2]) Такіе абажуры можно пріобрѣсти чрезъ контору Кольбе въ Петербургѣ (Вознесенскій, 36)—по 1 р.

прасно свѣта. Гдѣ-же электрической энергіи достаточно, тамъ я могу лишь совѣтовать устроить освѣщеніе неравномѣрноразсѣяннымъ свѣтомъ примѣненіемъ лампъ съ моими абажурами [1]), какъ это сдѣлано въ нѣсколькихъ учебныхъ заведеніяхъ Петербурга. Гдѣ электрической энергіи очень много, тамъ всего предпочтительнѣе во всѣхъ отношеніяхъ освѣщеніе равномѣрноразсѣяннымъ свѣтомъ, отражаемымъ отъ непрозрачныхъ контръ-абажуровъ къ потолку и верхнимъ частямъ стѣнъ [2]). Гдѣ вовсе нѣтъ электрической энергіи, тамъ всего выгоднѣе пользоваться для достаточнаго освѣщенія горѣлками керосиновыми или спирто-калильными съ очень плоскими развернутыми контръ-рефлекторами и моими большими абажурами, 1 метръ въ діаметрѣ [2]).

Руководство для изслѣдованія дневного освѣщенія рабочихъ мѣстъ въ школахъ, конторахъ и т. п. [3]).

1. *Обсужденіе строительныхъ проэктовъ.*

Требуется планъ постройки, на которомъ должны быть обозначены страны свѣта, куда обращены окна, а также ширина послѣднихъ. Слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы въ учебныхъ заведеніяхъ окна были обращены на сѣверъ, сѣверозападъ или на западъ [4]), чтобы въ стѣнѣ съ окнами было, по возможности, менѣе стѣнной кладки, а простѣнки и пилястры были сильно скошены кнутри. Площадь стекла въ окнахъ должна составлять не менѣе $^1/_4$ площади пола.

Важны далѣе чертежи вертикальныхъ разрѣзовъ зданій по линіи оконъ съ указаніемъ высоты и разстояній зданій, деревьевъ и пр., противъ оконъ. Если горизонтъ для различныхъ оконъ неодинаковъ, то желательны чертежи, на которыхъ для каждаго окна имѣлся-бы особый разрѣзъ (безъ частностей). На этихъ разрѣзахъ прежде всего опредѣляютъ, не превосходитъ-ли глубина помѣщенія высоту оконъ (считая отъ уровня стола до верхняго края окна болѣе, чѣмъ вдвое). Если это такъ, то часть помѣщенія за указаннымъ предѣломъ глубины для рабочихъ мѣстъ непригодна; въ такомъ случаѣ приходится или уменьшить глубину помѣщеній, или увеличить высоту оконъ. Затѣмъ слѣдуетъ опредѣлить границу небеснаго свѣта; для этого высшую точку горизонта, если она выше верхняго края окна, соединяютъ съ этимъ краемъ, и полученную прямую доводятъ до верхней доски рабочаго стола (или ея продолженія). Мѣста на столахъ, расположенныя отъ окна далѣе точки пересѣченія этой прямой съ доскою столовъ, не получатъ свѣта непосредственно отъ неба, а потому для чтенія и письма будутъ безусловно непригодны (это мѣсто не имѣетъ угла отверстія).

Кромѣ того, пригодны лишь въ крайнемъ случаѣ, въ ясные дни, тѣ мѣста, которыя хотя и получаютъ свѣтъ непосредственно отъ неба, но для которыхъ уголъ отверстія менѣе 4°.

Чтобы найти пограничную черту этихъ мѣстъ, отмѣриваютъ приблизительно $^1/_2$ [5]) разстоянія между найденною границею получаемаго небеснаго свѣта и окномъ, и откладываютъ ее отъ этой границы въ сторону окна. Лишь тѣ мѣста, разстояніе которыхъ отъ окна не далѣе этой послѣдней границы, получаютъ достаточно дневного свѣта и въ пасмурные дни.

Если требуется опредѣлить условія освѣщенія отдѣльнаго мѣста точнѣе, то отъ послѣдняго проводятъ одну прямую къ верхнему краю окна и вторую—къ видимому горизонту и затѣмъ опредѣляютъ (транспортиромъ, построеніемъ) уголъ между ними (= уголъ отверстія), а также верхній уголъ паденія, образуемый верхнимъ пограничнымъ лучемъ и доскою стола.

2. *Обсужденіе условій освѣщенія въ готовыхъ зданіяхъ.*

Прежде всего убѣждаются въ томъ, выполнены-ли требованія, указанныя въ предыдущемъ отдѣлѣ, и въ томъ, имѣются-ли рабочія мѣста, разстояніе которыхъ отъ оконъ болѣе чѣмъ въ 2 раза превосходитъ высоту оконъ (отъ уровня учебнаго стола до верхняго края окна).

Затѣмъ при помощи карманнаго зеркала [6]), которое изслѣдователь держитъ въ рукѣ, на уровнѣ верхней доски учебнаго стола, въ положеніи слегка наклонномъ къ окну, и въ которое смотритъ по возможности отвѣсно сверху внизъ, онъ опредѣляетъ границы небеснаго свѣта. Начинаютъ съ мѣстъ, ближайшихъ къ окнамъ, гдѣ въ зеркалѣ еще отражается часть небеснаго свода, и медленно отходятъ отъ оконъ (при чемъ зеркалу даютъ постепенно все болѣе и болѣе наклонное положеніе)—до тѣхъ поръ, пока эта часть не исчезнетъ въ зеркалѣ. Пограничное мѣсто отмѣчаютъ на столѣ. Наблюденіе это повторяютъ, въ особенности при неодинаковомъ горизонтѣ, въ различныхъ мѣстахъ комнаты. Линія, соединяющая отдѣльные пограничные пункты, помѣченные на столахъ, указываетъ границу, до которой доходитъ непосредственный прямой свѣтъ неба и до которой допустимо размѣщеніе классныхъ столовъ.

Затѣмъ провѣряютъ разстояніе этой пограничной линіи отъ окна и прибавляютъ $^1/_5$ такового отъ пограничной линіи въ сторону окна. Такимъ образомъ находятъ точку, а путемъ многихъ опредѣленій и линію, до которой мѣста, расположенныя въ сторону оконъ, имѣютъ уголъ отверстія болѣе 4° и потому всегда освѣщены достаточно.

Если требуется опредѣлить условія освѣщенія опредѣленнаго мѣста поточнѣе (что на практикѣ требуется рѣдко), то

или: въ окнѣ устанавливаютъ вертикально масштабъ съ ясными дѣленіями (напр., планку съ дѣленіями, на метры и см); съ изслѣдуемаго мѣста (глаза приходится на уровнѣ высоты стола) смотрятъ, на какой высотѣ надъ столомъ линія или граница видимаго горизонта пересѣкаетъ масштабъ? Изъ этого размѣра, извѣстной высоты оконъ и разстоянія мѣста отъ окна легко вычисляется или строится уголъ отверстія и верхній уголъ паденія;

или: оба эти угла опредѣляются непосредственно особымъ зеркальнымъ приборомъ, похожимъ на секстантъ и предложеннымъ *Gottschlich*'омъ;

или опредѣленіе производится приборомъ *Weber*'а, указывающимъ пространственный уголъ,—уже болѣе сложнымъ и дорогимъ.

Приборъ *Wingen*'а имѣется теперь у всѣхъ лучшихъ оптиковъ.

[1]) Ихъ изготовляютъ фирмы Сименсъ и Гальске и Германъ.

[2]) Такое освѣщеніе устраиваетъ, напр., и фирма Ф. К. Германъ въ Петербургѣ, Лиговка, 95.

[3]) Составлено проф. *Flügge* и д-ромъ *Gottschlich*'омъ.

[4]) Въ сѣверной полосѣ нашего отечества, гдѣ ясныхъ, необлачныхъ дней такъ мало, предпочтительнѣе имѣть окна въ классахъ на югъ и защищаться противъ рѣдкаго гостя, т. е. непосредственно падающихъ въ классъ лучей, шторами и боковыми занавѣсями. *М. Р.*

[5]) Дробь эта, въ дѣйствительности, непостоянна; но для обыкновенныхъ условій ширины улицъ, высоты домовъ и т. д. вполнѣ примѣнима безъ существенныхъ ошибокъ.

[6]) *Gottschlich* предложилъ (см. «Klin. Jahrbuch», 1904 г.) особый маленькій зеркальный приборъ, въ которомъ стрѣлка указываетъ уголъ наклоненія зеркала и уголъ отверстія; но можно легко обойтись и обыкновеннымъ зеркальцемъ.—*М. Р.*

ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

Проказа, въ особенности въ Приморской области.

(*Окончаніе. См. № 51, стр. 1721*).

Въ 1894 году было рѣшено построить спеціальную лепрозорію около г. Николаевска, въ 4 верстахъ отъ него, и собрать въ неё всѣхъ прокаженныхъ. На отпущенные 10.000 р. была воздвигнута и 11/XI 1896 г. открыта лепрозорія. Въ первое время въ неё помѣстили больныхъ изъ г. Николаевска и ближайшихъ окрестностей, а на слѣдующее лѣто стали свозить прокаженныхъ со всего побережья Амура въ Хабаровской и Удской округахъ. Розыски больныхъ усилились. Въ виду недостатка гражданскихъ врачей и неимѣнія возможности отпустить прогонныя деньги для командированія военныхъ, администрація ограничивалась донесеніями полицейскихъ чиновъ, составлявшихъ свои черные списки по словеснымъ указаніямъ сельскихъ старостъ, по молвѣ народной. Впрочемъ, 2 гражданскихъ чиновника получили и спеціальныя командировки для осмотра прокаженныхъ: одинъ—по всему Амуру въ предѣлахъ области (онъ совершилъ объѣздъ на почтовомъ пароходѣ съ случайными краткосрочными остановками въ нѣсколькихъ пунктахъ, гдѣ пароходъ бралъ дрова), другой—начальникъ Хабаровской округи—въ предѣлахъ ввѣренной ему территоріи. Первый въ 1897 г. нашелъ 12 прокаженныхъ въ Удской и 14 больныхъ въ Хабаровской округѣ; кромѣ того, получилъ свѣдѣнія о нѣсколькихъ прокаженныхъ инородцахъ, отлученныхъ на необитаемые острова, а равно и о 4 подозрительныхъ на проказу личностяхъ. Вообще отчетъ былъ данъ весьма подробный съ поименованіемъ родственниковъ больныхъ и состава семей; интересно въ немъ указаніе, на то, что въ с. Троицкомъ прокаженный Г., отецъ 4-хъ дѣтей, ходилъ по домамъ побираться, какъ нищій.

2-ой инспектировавшій, проѣзжалъ въ 1899 г. и составилъ списокъ больныхъ въ 21 чел., какъ подлежащихъ помѣщенію въ лепрозорію. Изъ его отчета интересно отмѣтить, что въ с. Николо-Александровскомъ крестьянинъ Б. П. В., 29 л., былъ отдѣленъ уже въ теченіи 3 лѣтъ; его содержала жена, ожидая, что староста выполнитъ обѣщаніе выдавать на его содержаніе по 15 р. въ мѣсяцъ; между тѣмъ она получила вмѣсто 540 р. всего лишь 48 р!.. (Кстати замѣчу, что за свой объѣздъ этотъ чиновникъ получилъ прогонныхъ денегъ 438 р. 43 к. отъ казны и 111 р. 55 к. отъ мѣстнаго уполномоченнаго Общества борьбы съ заразными болѣзнями). Къ счастію однакоже, когда вскорѣ собрали больныхъ, занесенныхъ въ списки окружнымъ начальникомъ, чтобы отправить ихъ въ Николаевскую колонію для прокаженныхъ,—при ихъ осмотрѣ присутствовалъ и д-ръ *Горшковъ*, который установилъ, что гилякъ Г. Г., 32 л., *по ошибкѣ* считался прокаженнымъ, а его держали *обособленно въ теченіи 2½ лѣтъ!* У него были язвы на ногахъ послѣ паденія въ прорубь, но послѣ того онъ совершенно оправился...

По низовьямъ р. Амура работаютъ 2 сельскихъ и 2 окружныхъ врача. При своихъ разъѣздахъ они пользуются, какъ и всѣ чины полиціи, безплатными мѣстами на проходящихъ пароходахъ; но и при льготныхъ условіяхъ проѣзда, разумѣется, не успѣваютъ произвести систематическаго санитарнаго осмотра селеній и живущихъ въ нихъ, не говоря уже объ инородческихъ

стойбищахъ. Открывать прокаженныхъ приходится по неволѣ по людской молвѣ, при чемъ осмотръ такихъ больныхъ производится въ присутствіи участковаго полицейскаго пристава. Такому-же осмотру обыкновенно подвергаются и всѣ ближайшіе родственники прокаженныхъ, находящіеся въ деревнѣ. Совершается это генеральное освидѣтельствованіе чаще всего во время сбора больныхъ для отправки въ колонію. Противъ селенія останавливается въ р. Амурѣ пароходъ, принимающій караванъ прокаженныхъ, и во время его непродолжительной стоянки надо закончить процедуру вылавливанія отверженныхъ: тутъ уже не дается срока для окончанія хозяйственныхъ распоряженій, для прощанія съ дѣтьми, близкими... Гольдовъ пока не спѣшатъ препровождать въ лепрозорію: ихъ трудно найти, еще труднѣе доставить къ пароходу; къ тому-же они страшно боятся неизвѣстнаго далекаго (гольды живутъ близь г. Хабаровска) путешествія въ колонію и предпочитаютъ истощаться и истлѣвать близь родныхъ мѣстъ. Впрочемъ, объ отношеніи самихъ больныхъ и населенія къ насильственному водворенію въ Николаевскую лепрозорію удобнѣе будетъ сказать, закончивъ предварительно очеркъ распространенія проказы по Амуру и въ Уссурійскомъ краѣ.

За послѣдніе годы число прокаженныхъ и число пунктовъ, гдѣ болѣзнь обнаружена, все увеличивается. Происходитъ-ли это отъ болѣе точной записи заболѣвшихъ, или распространяется сама зараза,—мнѣнія не установились; среди вновь заболѣвающихъ преобладаютъ родственники прежде болѣвшихъ.

Изъ оныхъ очаговъ отмѣчаются:

12) с. Сергіевское—крестьянка У. Щ.;

13) с. Богородское—крестьянинъ А. С., 36 л. (у него семья: жена, 3 дѣтей, всѣ здоровы);

14) с. Зеленый Боръ—поселенный Ц., 58 л.;

15) с. Циммермановка—М. и А. Н.;

16) дер. Красная Рѣчка—крестьянинъ Б. (о выдѣленіи его въ лепрозорію сдѣлала заявленіе его жена).

Изъ гольдскихъ стойбищъ болѣе замѣчательны:

17) с. Чураканъ; больна проказою гольдячка С. С.-Э., 40 л., родомъ со стойбища Эконь; удалилась на островъ съ мужемъ, здоровымъ;

18) с. Подоли; гольдъ Г. А., 47 л., прокаженный, удалился на островъ вмѣстѣ со здоровой семьей, состоящей изъ жены и 3 дѣтей;

19) ст. Синдэ (близь Сарапуля); прокаженная гольдячка Т. О., при ней мужъ китаецъ В.-Ч.-Т., здоровый;

20) ст. Чукчи; прокаженныхъ двое дѣтей, прижитыхъ гольдячкой отъ китайца М.-Ф.; родители здоровы;

21) ст. Анды; больны проказою двое дѣтей гольдячки и китайца В. Т., сынъ Ч., 17 л., и дочь С., 15 л.; родители здоровы; по первому медицинскому осмотру, въ мартѣ 1901 г., когда былъ обнаруженъ характеръ болѣзни, было заявлено о необходимости отдѣлить и отправить ихъ въ Николаевскую лепрозорію; юношей отдѣлили въ тайгу при хорошемъ общемъ соматическомъ состояніи; въ маѣ дѣти умерли, не дождавшись открытія навигаціи.

На сколько вѣрно распознаваніе проказы въ указанныхъ случаяхъ, судить трудно; распознаваніе это приходится ставить врачу по единичному осмотру при случайномъ посѣщеніи. Что ошибки въ этомъ случаѣ возможны, указываетъ слѣдующій фактъ: д-ръ *Н.* нашелъ проказу у обратившагося къ нему за пособіемъ гиляка И., родомъ со ст. Подоли, проживавшаго на ст. Кулусы; согласно такому опредѣленію, больной былъ немедленно переданъ сельской полиціи въ с. Больше-Михайловскомъ (гдѣ жилъ д-ръ *Н.*) и отправленъ за сельскимъ конвоемъ въ г. Николаевскъ къ окружному начальнику, который и распорядился помѣстить *И.* въ лепрозорію; черезъ сутки его увидѣлъ окружный врачъ, созвалъ на совѣщаніе еще 2-хъ врачей, и всѣ они не нашли у *И.* признаковъ проказы, почему и отпустили его домой.

3) Въ Уссурійскомъ Краѣ, причисляя къ нему и г. Хабаровскъ, носителями проказы являются единичныя личности, явившіяся съ низовьевъ Амура, оставшіеся въ небольшомъ числѣ гольды, а чаще всего захожіе корейцы и китайцы.

Такъ, въ г. Хабаровскѣ извѣстны взятые подъ наблюденіе прокаженные: отставной солдатъ К. Т. (содержался до отправки въ Николаевскую лепрозорію на одной отдѣленной заимкѣ близь города); китаецъ К. В. Л., зимою 1899 г. до открытія навигаціи по р. Амуру и препровожденія въ Николаевскъ, былъ принятъ въ гражданскую больницу, гдѣ и умеръ 25/III 1900 г.; крестьянинъ изъ ссыльныхъ П. Л., отправленъ въ лепрозорію.

Въ г. Никольскъ-Уссурійскомъ (имѣющемъ до 22.000 жителей) врачъ *К.* заподозрѣлъ проказу у крестьянки О. З.,—но окружной врачъ опредѣлилъ т. наз. пузырчатую рожу. Здѣсь же былъ найденъ прокаженный китаецъ С. Г. Т. и отправленъ во Владивостокскую больницу.

Въ г. Владивостокѣ (свыше 40.000 жителей во время теплаго навигаціоннаго сезона) отмѣчены прокаженные: отставной солдатъ М. К., посѣщалъ Камчатку, служилъ въ бухтѣ Діомидъ; отставной матросъ В. С., въ 1891 г. былъ въ Николаевскѣ, жилъ въ публичномъ домѣ и въ трактирахъ; кореецъ Ч. Г., изъ корейскаго города Коганду. У первыхъ 2-хъ имѣлась сифилитическая почва. Всѣ эти больные содержались въ городской больницѣ; первые 2 умерли; кореецъ-же и препровожденный изъ Никольска китаецъ высланы заграницу.

Въ Уссурійской казачьей округѣ (имѣющей населенія до 25000 чел.) проживаетъ нѣсколько сотъ гольдовъ, но сельской медицины нѣтъ и прокаженныхъ не найдено.

Въ Южно-Уссурійскомъ округѣ (до 110.000 жителей) имѣется 6 сельскихъ врачей; прокаженные открыты были:

а) въ 6 верстахъ отъ с. Бѣльцево—въ фанзѣ китайца В. Ч. Х. была обнаружена проказа у жены его гольдячки Л. К., 20 л.; предположено было выселить больную въ лепрозорію, но она скоро умерла; говорили, что изъ страха передъ перевозкой она приняла внутрь опій; б) по р. Кабаргѣ были прокаженные гольды, но по обнаруженіи ихъ пребыванія они, неизвѣстно куда, выдворились; в) на заимкѣ крестьянина Ч. близь г. Никольскъ-Уссурійскаго проявилась проказа у крестьянина Е. Ш., переселившагося съ Амура и жившаго въ обособленной избѣ; больной перевезенъ въ Николаевскую лепрозорію; г) въ корейской деревнѣ Нагорной, близь урочища Посьетъ, обнаружена проказа у корейца А.; больной скрылся заграницу прежде, чѣмъ успѣли сдѣлать распоряженіе о переводѣ его въ лепрозорію; д) на Сучанѣ въ дор. Голубевкѣ опредѣлена проказа въ крестьянской семьѣ Р., переселившейся изъ с. Нижне-Тамбовскаго на Амурѣ; семья состоитъ изъ матери С., 40 л., сына К., 4 л., дочерей: А. 9 л. и Н., 11 л.; мать неоднократно лѣчилась отъ ломоты въ ногахъ на Анненскихъ теплыхъ водахъ (на Амурѣ). Вся семья была взята и направлена въ Николаевскъ въ лепрозорію.

Казалось-бы, при такой рѣдкости появленія прокаженныхъ среди почти 200000-го населенія Уссурійскаго Края не требуется примѣнять драконовыхъ мѣръ, вызывать панику у населенія и приводить въ удручающее душевное настроеніе самихъ больныхъ. Въ сосѣднихъ намъ Кореѣ, Китаѣ и Японіи проказа тоже существуетъ, но больные ею не терпятъ тамъ такихъ гоненій, чтобы вполнѣ лишаться свободы передвиженія и распоряженія собою и имуществомъ. Прокаженныхъ не пускаютъ въ дома, нѣкоторые родные отказываются отъ нихъ при развитіи болѣзни, но большинство больныхъ остаются жить при своемъ домѣ лишь въ отдѣльномъ жилищѣ; такъ отдѣляютъ тамъ себя не только прокаженные, но и заболѣвшіе другими болѣзнями, тяжелыми для окружающихъ. Если родственники не состоятельны, а сами больные не могутъ принимать участіе въ работѣ, то они по неволѣ идутъ нищенствовать.

Японцы, какъ народъ болѣе культурный, ищутъ исцѣленія на многочисленныхъ минеральныхъ водахъ (термахъ). На нѣкоторыхъ ключахъ для прокаженныхъ отведены тамъ особыя помѣщенія, ванны (источники). Больные проказою часто кормятся около монастырей, входятъ въ городъ, надѣвая на голову особыя корзины-шляпы, закрывающія все лицо, въ халатахъ съ длинными рукавами и съ котелками на длинныхъ рукояткахъ для пріема подаяній: такимъ образомъ они скрываютъ отъ прохожихъ свой отталкивающій видъ (послѣдствіе болѣзни). Спеціальныхъ убѣжищъ для прокаженныхъ нѣтъ; ихъ принимаютъ въ общія больницы; помѣщеніе въ лѣчебное заведеніе всегда зависитъ отъ добровольнаго согласія больного.

Корея—страна бѣдная. Населеніе мало занимается мореходствомъ и рыболовствомъ, не смотря на близость моря; лишь на югѣ между островами корейскіе рыбаки промышляютъ въ большемъ числѣ. Прокаженные встрѣчаются здѣсь нерѣдко и преобладаютъ на югѣ. Населеніе ими брезгаетъ не болѣе, чѣмъ страдающими другими кожными болѣзнями.

Среди китайцевъ проказа развита въ большей степени въ провинціяхъ южныхъ. Многіе врачи считаютъ вообще проказу болѣзнью тропическаго пояса. Долго даже предполагали, что Манчжурія и Пекинская провинція свободны отъ проказы, и лишь въ послѣднее 10-лѣтіе убѣдились въ противномъ. Въ Амоѣ, Кантонѣ (Гонконгѣ), дѣйствительно, всегда попадается множество прокаженныхъ; ихъ не принимаютъ тамъ въ дома на ночлегъ и не приглашаютъ къ общему столу; цырульники отказываютъ имъ въ уборкѣ косы; но такія предосторожности соблюдаются лишь при явныхъ признакахъ болѣзни на открытыхъ частяхъ тѣла. Скопленіе больныхъ проказою на южномъ побережьи Китая можно объяснить 2-мя причинами: 1) фактическимъ болѣе частымъ заболѣваніемъ мѣстнаго густого населенія, живущаго круглый годъ на водѣ (рыбаки, мореходы,—джонки и плоты-дома на Жемчужной рѣкѣ подлѣ Кантона) и скудно питающагося вслѣдствіе непостоянства и низкой нормы заработковъ и конкурренціи со стороны рабочихъ, бродячихъ, и 2) естественнымъ влеченіемъ всѣхъ хрониковъ въ теплыя мѣстности, гдѣ не надо заботиться о жилищѣ, даже одеждѣ, гдѣ къ тому-же имѣются человѣколюбивыя учрежденія—амбуляторіи, больницы, пріюты (миссіонерскіе). Такимъ образомъ по Китаю прокаженные передвигаются свободно. Даже тѣ, у кого имѣется неизгладимая печать безобразія на лицѣ, допускаются въ города и селенія за подаяніемъ; но ихъ рѣдко кто возьметъ на работу и еще рѣже разрѣшитъ остановиться и пожить. На проказу народъ смотритъ, какъ на болѣзнь отчасти прилипчивую, отчасти неизлѣчимую, отвратительную, «вредную для глаза беременныхъ» (могутъ родиться дѣти уроды, съ разными пороками). Поэтому прокаженные вблизи Кантона основали даже особую деревню съ сотнями домовъ, гдѣ живутъ семьями, имѣя свои огороды, лавки, мастерскія, весь обиходъ. Населеніе такой оригинальной самоуправляющейся колоніи прокаженныхъ постоянно обновляется, благодаря наплыву новыхъ переселенцевъ, прибывающихъ часто за тысячи верстъ изъ глубины континента или изъ сѣверныхъ провинцій. Многія семьи живутъ тѣмъ, что одного изъ своихъ членовъ высылаютъ изъ прокаженнаго поселка въ Кантонъ за милостыней. Кромѣ того, среди больныхъ имѣются все-же и здоровые родственники,—люди смѣлые, фаталисты по природѣ или, дѣйствительно, невосприимчивые къ проказѣ, которые ходятъ на заработки и приносятъ домой значительныя средства. Но и при такихъ условіяхъ жизнь прокаженныхъ тяжела; болѣзнь часто течетъ при подавленной психикѣ, скоротечно: во 1-хъ, заболѣваетъ проказою преимущественно бѣдный людъ; во 2-хъ, и болѣе состоятельный, бу-

дучи пораженъ этой болѣзнью, лѣчится долгое время у разныхъ знахарей, платитъ за лѣкарство все, что имѣетъ, лишь-бы вернуть себѣ здоровье, и въ концѣ концовъ разоряется. Истощивъ свои средства, отчаявшись въ исцѣленіи недуга, видя невольно грубое пренебреженіе со стороны своихъ односельчанъ, прокаженный идетъ бродяжничать. Если встрѣчается малѣйшая возможность, онъ съ готовностью оставляетъ свое отечество и переселяется въ С.-Франциско, Формозу, Гавайи и далѣе. Но прямого гоненія прокаженныхъ въ Китаѣ нигдѣ нѣтъ. Въ больницы (миссіонерскія) принимаютъ ихъ въ общія; изъ спеціальныхъ пріютовъ-богадѣленъ, существующихъ въ портахъ Южнаго Китая, выпускаютъ по желанію, свободно. Въ Сѣверномъ Китаѣ, Манчжуріи число прокаженныхъ не велико, но наличность ихъ установлена европейскими врачами. Больные здѣсь также чувствуютъ потребность не обременять собою ближнихъ и, съ установленіемъ хорошихъ отношеній, охотно стремятся къ намъ (на Квантунъ), въ Уссурійскій край. Положимъ, у насъ слабосильные старики, калѣки, нищіе изъ китайцевъ и корейцевъ вообще не допускаются, даже изгоняются обратно за границу; но среди 30000 первыхъ и 15000 вторыхъ, ежегодно періодически являющихся къ намъ на теплый сезонъ работъ, конечно, могутъ попадать и прокаженные въ начальныхъ ступеняхъ болѣзни; а, такъ какъ ежегодно часть рабочихъ осѣдаетъ, не возвращается обратно, то, естественно, могутъ оказаться въ краѣ зимующими именно больные хроники, пристроившись къ своимъ соплеменникамъ въ сельскихъ фанзахъ, часто расположенныхъ въ мало доступныхъ, глухихъ мѣстностяхъ. Японцевъ такое замѣчаніе не касается, хотя и они такіе-же аболиціонисты относительно прокаженныхъ, какъ китайцы и корейцы. Дѣло въ томъ, что японцы-рыболовы и мореходы, прибывающіе къ намъ на лѣто, вербуются строго изъ полносильныхъ, здоровыхъ жителей и никогда у насъ не зимуютъ; кромѣ того, они менѣе входятъ въ тѣсныя отношенія къ туземцамъ, да и приходитъ ихъ немного менѣе 2000 чел. [1]); наконецъ, они не безпомощны въ медицинскомъ и даже санитарномъ отношеніи: среди нихъ всегда имѣется, если не врачъ, то лицевціатъ (классный фельдшеръ), обученный европейской медицинѣ. Если-бы среди рыбаковъ былъ обнаруженъ даже неожиданно прокаженный, его японцы съумѣютъ надлежащимъ образомъ уединить отъ прочихъ рабочихъ, согласно мѣстнымъ установленіямъ; но такой случай и предположить трудно, потому что передъ посадкой на суда въ Японіи производится уже санитарный осмотръ въ интересахъ хозяевъ предпріятій.

Корейцы и китайцы, пораженные проказой, могутъ свободно проникать въ Уссурійскій край, если не моремъ (на шаландахъ), то сухимъ путемъ чрезъ открытую пограничную линію. При стѣсненіи проживанія въ городахъ, эти безпомощные люди, конечно, найдутъ въ селеніяхъ сердобольныхъ соотечественниковъ, которые пріютятъ ихъ и укроютъ отъ гоненій. Фанзы китайцевъ и корейцевъ расположены разсѣянно, среди полей, въ глухихъ долинахъ. Къ нимъ не проникаетъ наша книжка или грамота на ихъ родномъ языкѣ; они и лѣчатся главнымъ образомъ своими средствами, своими докторами, прибывающими изъ глубинъ Китая и Кореи съ цѣлыми аптеками. Въ нѣкоторыхъ корейскихъ селеніяхъ имѣются школы, фельдшера, но міросозерцаніе народной массы остается еще при тѣхъ основахъ, какія воспитаны опытомъ предъидущихъ поколѣній. Всякія оффиціальныя санитарныя ограниченія, непонятныя массѣ иноземцевъ, вызываютъ съ ихъ стороны желаніе обойти требуемое, защитить своего сосѣда отъ преслѣдованій; въ результатѣ—множество больныхъ корейцевъ изъ манзъ идетъ къ нашимъ врачамъ съ боязнью; слѣд., дѣло раціональной постановки борьбы съ заразными болѣзнями тормозится.

По отношенію къ прокаженнымъ въ Приморской области примѣняется ст. 948 Устава Врачебнаго изд. 1887 г. Такимъ образомъ усвоенъ взглядъ на проказу, какъ на болѣзнь не только прилипчивую, но и менѣе опасную для окружающихъ, чѣмъ дифтерія или холера. Дѣйствительно, для эпидемій послѣднихъ по теоріи необходимо быстрое выдѣленіе больныхъ въ особую хату, щепетильное соблюденіе правилъ обеззараживанія, карантиннаго содержанія для самихъ больныхъ и персонала, ухаживающаго за ними. Но дѣйствительная жизнь учитъ, что это—невыполнимо; а, если гдѣ-либо и проводятся такія мѣры со всею строгостью, то онѣ стоятъ слишкомъ дорого и требуютъ много нравственныхъ жертвъ со стороны подпавшихъ подъ несчастье, почему элементарная справедливость и взываетъ о вознагражденіи потерпѣвшихъ со стороны общества, здоровье котораго охраняется такими репрессивными установленіями.

Что-же дѣлается у насъ при проказѣ?

Больной проказою обнаруживается внезапно уже въ развитой ступени болѣзни. Предполагается опасность не только въ немъ самомъ, но и во всѣхъ его выдѣленіяхъ, попавшихъ на его бѣлье, одежду, постель, въ помѣщеніе; очагъ заразы понимается такъ широко, что опасаются покупать рыбу, пойманную прокаженнымъ (или его родственниками), садиться въ его лодку, подходить къ его жилищу. При такомъ основномъ положеніи для мѣропріятій, въ дѣйствительности мы не видимъ однако-же производства полнаго обеззараживанія тѣхъ жилищъ, вещей, среди которыхъ находился прокаженный въ моментъ его удаленія,—нѣтъ обсерваціи для бывшихъ съ больнымъ въ соприкосновеніи. Дѣло ограничивается выдѣленіемъ больного, препровожденіемъ его въ Николаевскую лепрозорію. Понятна боязнь манзъ, корейцевъ, гольдовъ попасть за 1000—2000 верстъ въ невѣдомыя, чуждыя условія. Да и всѣ больные, обреченные на высылку, чувствуютъ себя погибшими. Заявленія нѣкоторыхъ утѣшителей, что въ лепрозоріи могутъ вылѣчить отъ болѣзни, не внушаютъ имъ надежды. Иные даже протестуютъ. Впрочемъ, обыкновенно они просятъ не о разрѣшеніи остаться дома, а лишь объ отсрочкѣ ссылки. Семьи ихъ часто устраиваютъ раздирающую душу сцену, когда изъ ихъ среды вырываютъ кормильца, полносильнаго работника. Но приговоръ неумолимъ; аппеляціи нѣтъ; исполненіе не задерживается; рьяные исполнители отзываются, что творятъ волю пославшихъ, и населеніе покоряется насильственному лишенію свободы, правъ гражданскихъ, семейныхъ.

«Отношеніе медицинскаго персонала къ населенію по поводу проказы--проклятіе для края», писалъ въ 1898 г. мировой судья Захаровъ, представляя свой отзывъ по дѣлу «о заключеніи» крестьянина Тамбовскаго селенія Г. П., 36 л., въ годовой карантинъ на испытаніе изъ-за подозрительной сыпи на спинѣ». П. цѣлый годъ прожилъ въ $^1/_2$-верстѣ отъ селенія, оторванный отъ семьи, и жена его, наконецъ, пожаловалась мировому на столь безжалостную судьбу. При переосвидѣтельствованіи П. въ мартѣ 1898 г. оказалось, что онъ истощенъ, имѣетъ нѣсколько анэстезированныхъ пятенъ на спинѣ, блестящихъ, бѣлыхъ, величиною отъ гривенника до рубля; другихъ измѣненій не было; вполнѣ работоспособенъ; поэтому ему и разрѣшено было вернуться въ семью, въ деревню.

Но не всѣмъ протестантамъ выпадаетъ такая удача. Такъ, крестьянинъ П., 48 л., изъ с. Воскресенскаго, имѣющій семью, служившій писаремъ у окружнаго начальника, обладающій средствами, будучи помѣщенъ въ лепрозорію, просилъ отпустить его въ Японію лѣчиться; жена его, желая ухаживать лично за дорогимъ ей человѣкомъ, просила отпустить его къ ней, обѣщала имѣть о немъ особое попеченіе, соблюдать всѣ врачебныя требованія. Но просьбы эти уважены не были. Или—въ началѣ 1899 г. крестьянинъ В. М., 64 л., признанный по осмотру врачей въ Николаевскѣ больнымъ проказою и подлежащимъ помѣщенію въ лепрозорію, умолялъ высшее начальство края слѣдующими телеграммами: 1) «35 лѣтъ болѣю лишаями; лѣчился въ Японіи водами; семья здорова. За что въ колонію? Защитите. Весь здоровъ. Домохозяинъ. 2) «Признанъ прокаженнымъ; язвъ нѣтъ, пятна. Послѣ Крещенія возьмутъ въ колонію. Разрѣшите до весны быть дома; обѣщаю не сообщаться. Построю въ колоніи свой домъ, чтобы не сближаться съ прочими больными. Завѣщаю наслѣдникамъ 15000 р. Разрѣшите ѣхать въ Японію, гдѣ я уже лѣчился». На это послѣдовала резолюція областной власти: «Помѣстить въ убѣжище; можетъ осенью выстроить домъ въ чертѣ колоніи». Мѣстное окружное административное начальство истолковало этотъ отвѣтъ, какъ распоряженіе о немедленномъ заключеніи М. въ общую палату съ тяжко больными, что и было выполнено безъ всякой поблажки.

Вообще администрація борьбу съ проказой прежде всего сводитъ къ принудительной ссылкѣ больныхъ въ Николаевскую колонію. На доставку ихъ туда тратятся не малыя суммы. Отправка больныхъ отъ Хабаровска до Николаевска въ 1899 г. стоила по 31 р. съ человѣка; на 1901 г. былъ испрошенъ на этотъ предметъ авансъ въ 750 р., по 50 р. на больного. Насильственная эвакуація производится съ такой энергіей, что и продовольствіе пересылаемыхъ принимается на счетъ суммъ для транспортировки: такъ, на препровожденіе Р. съ 4-мя дѣтьми съ Сучана въ Николаевскъ было отпущено 100 р. [1]). Расходы на транспортировку покрываются изъ средствъ Общества борьбы съ заразными болѣзнями.

Колонія для прокаженныхъ въ началѣ состояла изъ 2-хъ небольшихъ павильоновъ въ 4-хъ верстахъ отъ г. Николаевска: въ одномъ были больные, въ другомъ команда изъ 20 ссыльно-каторжныхъ, спеціально присланныхъ съ о. Сахалина для по-

[1]) Японцевъ на Сахалинѣ является въ рыболовный сезонъ до 9000 чел., но тамъ санитарный надзоръ организованъ лучше, чѣмъ въ Приморской области; вообще-же на Сахалинѣ прокаженныхъ не найдено.

[1]) Къ сожалѣнію, сумма эта не была своевременно получена по назначенію: д-ръ *І. А. Веселитскій*, завѣдующій Николаевской лепрозоріей, свидѣтельствуетъ, что семья Р. явилась въ Николаевскъ осенью безъ теплой одежды, въ пути кормилась подаяніемъ... Кстати упомяну, что больною проказой оказалась лишь одна дѣвочка, прочіе члены семьи Р. были отпущены.

стройки зданій и ухода за больными. Въ слѣдующемъ 1897 г. пристроили баню. Помѣщеніе было такое тѣсное, что нѣкоторые больные помѣщались на чердакѣ. Въ 1899 г. построенъ былъ еще одинъ обширный павильонъ, и больные размѣстились по просторнѣй. Наконецъ, въ 1900 г. поставлены были еще 2 корпуса и выстроена новая баня. Въ устройствѣ послѣднихъ пришло на помощь Общество борьбы съ заразными болѣзнями. Часовни, погреба, прачешной, склада бѣлья, кладовыхъ для съѣстныхъ припасовъ нѣтъ; огорода, сада, какихъ либо мастерскихъ при колоніи нѣтъ тоже.

Больные содержатся въ собственномъ платьѣ и бѣльѣ самого разнообразнаго качества по чистотѣ, неряшеству, покрою, теплотѣ. Съ убываніемъ числа ссыльно-каторжныхъ, выходящихъ за окончаніемъ срока работъ на поселеніе, число прислуги все уменьшалось и къ 1901 г. дошло до 4 чел. при 31 больномъ. Варить пищу, мыть полы, подметать, носить воду, топить печи, колоть дрова некому, потому что больные не считаютъ себя арестантами и—вполнѣ основательно—не соглашаются безплатно исполнять хозяйственныхъ работъ. Психическое настроеніе больныхъ угнетенное, изъ-за оторванности отъ семействъ, рѣзкой перемѣны образа жизни, сожитія съ исключенными-же физически и нравственно несчастными людьми, сознанія безвыходности, вѣчности заключенія вплоть до смерти отъ ужасныхъ мученій. Занятій для больныхъ, развлеченій, бесѣдъ никакихъ нѣтъ. Довольствіе больныхъ въ первое время было скудное: чай да хлѣбъ. Вслѣдствіе однообразія и недостаточности питанія, а также полнаго бездѣйствія развилась цынга, которая и унесла нѣсколько жертвъ.

На содержаніе прокаженныхъ въ колоніи средства собирались путемъ благотворительности; но ихъ было крайне недостаточно. По видимому, было предложено селеніямъ, откуда были взяты больные, платить за содержаніе таковыхъ и платить крупныя суммы; такъ извѣстно, что съ с. Троицкаго взыскивалось 611 р. 60 к. за 2-хъ больныхъ, съ с. Сергіевскаго—886 р. 80 к. Правда, въ настоящее время на колонію отпускаются средства изъ земскихъ сборовъ въ суммѣ 5875 р. 50 к., но и этого слишкомъ еще недостаточно. На фельдшера положено 600 р. (къ этому 300 р. прибавляется отъ Общества борьбы съ заразными болѣзнями). Сестры милосердія до сихъ поръ не было, да и на нее ассигнуется лишь 300 р. въ годъ, когда въ г. Николаевскѣ неграмотные сторожа часто получаютъ бо́льшее жалованье. Въ дѣлѣ приглашенія сестры милосердія (даже 2-хъ, для посмѣннаго дежурства) до сихъ поръ не пришло на помощь и Общество борьбы съ заразными болѣзнями.

На тяжесть положенія прокаженныхъ внутри лепрозоріи (въ Николаевской «колоніи» нѣтъ ни перевязочной комнаты, ни пріемной врача, не соблюдено и многихъ другихъ элементарныхъ требованій) обращала вниманіе сама администрація; объ этомъ неоднократно гласно извѣщалась публика статьями въ «Приамурскихъ Вѣдомостяхъ» (напр., №№ 152, 162, 274). О томъ обстоятельствѣ, что для больныхъ нѣтъ лѣченія, нѣтъ призора, нѣтъ труда, свидѣтельствуетъ самъ завѣдующій лепрозоріей д-ръ *І. А. Веселитскій.*

Прибавляю еще слѣдующее. Всего въ колонію по 1901 г. приняты были 45 чел.: въ 1896 г.—9, въ 1897 г.—6, въ 1898 г.—5, въ 1899 г.—24, въ 1900 г.—1; въ 1901 г. пока (по сентябрь) доставлены еще 11 чел.

Возрастной составъ прокаженныхъ при поступленіи: мужчины—11, 12, 15, 15, 15, 17, 17, 18, 19, 23, 25, 28, 29, 29, 30, 32, 36, 40, 42, 48, 48, 50, 58, 60, 62, 64, 64, 68 л. всего 28 чел., женщины:—9, 16, 16, 19, 27, 28, 30, 30, 31, 43, 47, 57, 57, 60, 61, 61, 70 л, всего 17 чел. Въ этомъ числѣ: русскихъ 23 мужчины, 12 женщинъ, изъ нихъ 25 крестьянъ, 5 поселенцевъ, 3 отставныхъ солдатъ и матросовъ, 1 мѣщанинъ; инородцевъ: 5 мужчинъ и 5 женщинъ; изъ нихъ—2 якутки, 1 гольдячка, прочія—гиляки.

Умерли по 1/I 1901 г. всего 19. Возрастъ умершихъ и продолжительность теченія болѣзни (въ скобкахъ): русскіе а) мужчины: 43 ($8^1/_2$), 53 ($4^1/_2$), 50 (11), 50 (2), 60 ($2^1/_2$), $62^1/_2$ (3), $67^1/_2$ (2), 68 ($5^1/_2$); б) женщины: 32 (6) 61 (7); инородцы: а) мужчины: $15^1/_2$ (?), $17^1/_2$ (?), 21 (?), 30 (?); б) женщины: 21 (4), 27 (2), 31 ($4^1/_2$), 60 (2), 70 (3). Такимъ образомъ изъ инородцевъ живетъ въ лепрозоріи лишь 1 глухонѣмой идіотъ гилякъ; всѣ прочіе погибли.

Но оставлю картины жизни прокаженныхъ, заживо погребенныхъ въ колоніи и обращусь къ разсмотрѣнію научныхъ основаній, изложенныхъ мѣропріятій, имѣющихъ въ виду охранить интересы общественной безопасности.

Можно-ли считать проказу болѣзнью такой опасной въ общежитіи, чтобы государство принимало противъ нея мѣры борьбы столь жестокія, какъ насильственное заключеніе больныхъ, лишеніе ихъ всякой надежды возвратиться домой? Повторяю, всѣхъ прокаженныхъ въ Россіи по отчету медицинскаго Департамента на 1/I 1901 г. считалось 1568 чел.; изъ нихъ въ лепрозоріяхъ были 538. Если полагаютъ, что зараза проказы передается лишь отъ больного человѣка, хотя это и недоказано, то послѣдовательность требуетъ отдѣлить и всѣхъ тѣхъ, у кого болѣзнь находится въ зачаточномъ періодѣ, т. е. считать подозрительными, подвергнуть обсерваціи на цѣлые годы всѣхъ, приходившихъ съ больными въ соприкосновеніе. Конечно, выдѣленнымъ необходимо предоставить всѣ жизненныя удобства, чтобъ скрасить ихъ судьбу за тѣ лишенія, которымъ они должны подвергнуться ради блага ближнихъ. Но, усвоивъ подобный взглядъ, необходимо подвергнуть все населеніе такому санитарному сыску на проказу, что атмосфера здравыхъ человѣческихъ отношеній будетъ нарушена, въ обществѣ поднимутся дурные элементы, будутъ воспитываться антисоціальные инстинкты ненавистничества, доноса, взаимной подозрительности. И какой фанатикъ можетъ съ увѣренностью обѣщать выловить при этихъ условіяхъ всѣхъ носителей заразы? Какъ должно при этомъ смотрѣть общество на врачей, отъ которыхъ требуется соблюденіе тайны больного, уваженіе неприкосновенности личности его, крайняя осторожность при рѣшеніи вопроса объ ограниченіи гражданскихъ правъ? Пусть даже на самомъ дѣлѣ въ Россіи дѣйствительное число прокаженныхъ 10000. Составляетъ-ли это число такое зло, чтобы бить особую тревогу? Или драконовы мѣры не будутъ примѣняться къ людямъ интеллигентнымъ, принадлежащимъ къ т. наз. привиллегированнымъ сословіямъ? Не будетъ-ли это несправедливостью? Можно-ли ручаться наконецъ, что лица интеллигентныя поставятъ свою прислугу въ такія условія, что зараза не распространится? Разумѣется, нѣтъ.

Мы уже на столько сильны въ санитарныхъ мѣропріятіяхъ, что имѣемъ полное право осудить вышеуказанный способъ борьбы съ проказою, какъ нецѣлесообразный. Развѣ для здоровья народнаго не опаснѣе сифилисъ, передающійся и внѣполовымъ путемъ и подтачивающій здоровье цѣлыхъ деревень? А въ средніе вѣка пробовали выселять сифилитиковъ на корабли, клеймили ихъ. Эразмъ-же Ротердамскій предлагалъ даже сжигать супруговъ-сифилитиковъ. Теперь-же о сифилисѣ можно сказать, что онъ излѣчимъ. Сравнимъ проказу съ бугорчаткой или ракомъ. Больныхъ бугорчаткой или ракомъ—сотни тысячъ. Объ этихъ болѣзняхъ мы знаемъ, что онѣ не только заразныя, но и заразительныя. Тѣмъ не менѣе объ отдѣленіи всѣхъ такихъ больныхъ, о воспрещеніи имъ появляться въ общественныхъ мѣстахъ, принимать участіе въ общихъ работахъ, нѣтъ и рѣчи; больные-хроники часто даже не принимаются въ больницы, а остаются въ своихъ домахъ. Едва-ли можно говорить объ излѣчимости этихъ болѣзней. Почему же такое удивительное исключеніе дѣлается проказѣ? Конечно, имѣютъ значеніе традиціи, историческій пережитокъ—страхъ передъ неизвѣстнымъ грознымъ болѣзнетворнымъ началомъ? Но, если страхомъ заражена темная масса, то врачамъ нельзя подражать ей въ этомъ, нельзя поддерживать предразсудокъ. Прокаженные невольно возбуждаютъ сожалѣніе къ себѣ. Для нихъ необходимо имѣть спеціальные благоустроенные пріюты, созданные на средства благотворительности (напр., Общества борьбы съ заразными болѣзнями). Эти пріюты-больнички должны быть не за тысячи верстъ, а вблизи очаговъ болѣзни. Помѣщеніе въ нихъ должно быть добровольное. Къ тому-же надо оказывать поддержку и семьямъ, въ которыхъ оказываются такіе больные, чтобы, улучшивъ ихъ общее благосостояніе, не имѣть среди нихъ новыхъ случаевъ заболѣванія; прямая прививка палочки проказы, какъ извѣстно, недостаточна; нужна наличность еще и другихъ условій, изъ которыхъ 1-ое—недоброкачественность пищи, а 2-ое — невѣжество. Борьба съ послѣдними, какъ реально возможная, и должна быть нашей цѣлью [1]).

Н. Кириловъ.

---

[1]) Съѣздъ по вопросу о проказѣ принялъ слѣдующее постановленіе: «Проказа не опаснѣе бугорчатки или рака; поэтому принудительное помѣщеніе прокаженныхъ въ лепрозоріи въ первой степени болѣзни несправедливо и не оправдывается дѣйствительной надобностью. Обязательное отдѣленіе и призрѣніе больныхъ въ лепрозоріяхъ, сельскихъ и центральныхъ, подъ надзоромъ врача, необходимы только въ случаяхъ значительнаго развитія болѣзни при безпомощномъ положеніи больного. Необходимо разсѣять ложный страхъ передъ проказой какъ пережи-

ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

Фармакологія. 1039. Ч. пр. *P. F. Richter* (изъ клиники проф. *Senator*'а въ Berlin'ѣ) предлагаетъ *новый способъ фармакодинамическаго испытанія мочегонныхъ средствъ* при опытахъ на животныхъ. Способъ этотъ представляетъ то преимущество, что даетъ возможность изучать дѣйствіе мочегоннаго препарата при условіяхъ близкихъ къ тѣмъ, при которыхъ приходится примѣнять эти препараты, т. е. при наличности болѣзни почекъ и водянки. До сихъ поръ этого нельзя было сдѣлать, такъ какъ не было способа вызвать у животныхъ нефритическую водянку. Автору удалось добиться этого при помощи впрыскиванія животнымъ (кроликамъ) незначительныхъ количествъ азотнокислаго урана. Подъ вліяніемъ этого яда развивается острый паренхиматозный нефритъ, сопровождающійся незначительными выпотами въ полости живота и груди. При извѣстной постановкѣ опыта, заключающейся въ томъ, что животнымъ ежедневно черезъ зондъ вводится 25—50 к. стм. воды, содержащей около 1 грм. поваренной соли, количество выпотѣвшей жидкости удается увеличить такъ рѣзко, что въ полости живота она доходитъ до 100, а въ полости груди до 40 к. стм. Нерѣдко у животныхъ получается также и отекъ кожи. На такихъ животныхъ можно хорошо изучать дѣйствіе различныхъ мочегонныхъ средствъ на больныя почки (Therapie der Gegenwart, декабрь). *А. Коварскій.*

Хирургическія болѣзни. 1040. Д-ръ *Calmann* (Hamburg) совѣтуетъ *во избѣжаніе оставленія компрессовъ въ полости живота при операціяхъ* пользоваться слѣдующимъ пріемомъ, совершенно устраняющимъ необходимость провѣрки и счета употребленныхъ компрессовъ: къ каждому компрессу крѣпко пришивается узкая тесьма, въ 2 метра длиною; обезпложивается компрессъ вмѣстѣ съ этою тесьмой. Всѣ тесемки взятыхъ для операціи компрессовъ связываются вмѣстѣ свободными концами и прикрѣпляются къ какому-нибудь мѣсту операціоннаго стола такъ, чтобы концы эти не мѣшали свободѣ движеній оперирующаго; проще всего устроить такъ, чтобы ассистентъ, подающій инструменты, подавалъ и компрессы, и тогда свободные концы тесемокъ можно прикрѣпить къ той ножкѣ операціоннаго стола, которая находится у головного конца больного на той сторонѣ, гдѣ помѣщается подающій инструменты помощникъ; употребленные компрессы бросаются на полъ (Münchener med. Wochenschrift, № 50). *К.*

1041. Д-ръ *Bertelsmann* говоритъ *о результатахъ бактеріологическаго изслѣдованія крови при различнаго рода заразныхъ хирургическихъ болѣзняхъ* (острое воспаленіе лимфатическихъ сосудовъ и железъ, воспаленіе кожи и подкожной клѣтчатки, сибирская язва, рожа, воспаленіе венныхъ сосудовъ и пазухъ, мочевые затеки, гнойное воспаленіе суставовъ и костнаго мозга, послѣродовое гноекровіе, острое воспаленіе брюшины). Въ этомъ направленіи изслѣдованы 154 больныхъ. Въ 48 случаяхъ изслѣдованіе крови на бактеріи дало положительный, въ 106 отрицательный результатъ. У 28 больныхъ въ крови найденъ цѣпекоккъ (19 выздоровѣли, 9 умерли), у 13—золотистый гроздекоккъ (4 выздоровѣли, 9 умерли), у 2—бѣлый гроздекоккъ (оба выздоровѣли), у 2—смѣшанное зараженіе (оба погибли), у 1—пнеймококкъ (выздоровленіе), у 1—палочки сибирской язвы (выздоровленіе), у 1 — кишечная палочка (выздоровленіе). Такимъ образомъ изъ 48 больныхъ съ найденными въ крови бактеріями умерли 20 (42%), при чемъ во всѣхъ этихъ 20 случаяхъ бактеріи находились въ крови на высотѣ болѣзни, а не только во время агоніи. Изъ 106 больныхъ, у которыхъ бактерій не найдено, умерли 17 (16%), при чемъ въ числѣ умершихъ 14 погибли отъ разлитого воспаленія брюшины, исходящаго изъ кишекъ, 1—отъ воспаленія мозговыхъ пазухъ, 1—отъ рожи и 1—отъ мочевыхъ затековъ. Чаще всего бактеріи въ крови находили при гнойномъ воспаленіи сухожильныхъ влагалищъ (въ 8 сл. изъ 14), при остромъ воспаленіи костнаго мозга (100%), при разлитыхъ воспаленіяхъ подкожной клѣтчатки; не нашли ихъ ни въ одномъ случаѣ при ограниченныхъ гнойникахъ (перипроктитѣ, грудницѣ, нарывахъ шеи) и разлитыхъ воспаленіяхъ брюшины. Воздерживаясь отъ какихъ-либо опредѣленныхъ (въ виду ограниченности наблюденій) выводовъ, авторъ отмѣчаетъ слѣдующія главнѣйшія положенія, вытекающія изъ его изслѣдованій: При очень многихъ—по видимому, мѣстныхъ—зараженіяхъ бактеріи проникаютъ въ кровь въ такомъ числѣ, которое превосходитъ число ихъ при очень рѣзко выраженномъ гноекровіи. Внѣдреніе бактерій зависитъ и отъ степени ихъ ядовитости и отъ анатомическихъ условій очага заболѣванія. Само по себѣ внѣдреніе бактерій въ кровь можетъ и не вызывать никакихъ опредѣленныхъ клиническихъ признаковъ, благодаря бактеріиубивающимъ свойствамъ крови. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ядовитость бактерій настолько сильна, что возникаетъ форма молніеноснаго гнилокровія. Цѣлый рядъ заразныхъ хирургическихъ болѣзней заканчиваются смертельно, хотя бактерій въ крови и нельзя найти, по крайней мѣрѣ, современными способами изслѣдованія. Какихъ-либо опредѣленныхъ показаній къ производству усѣченій конечности изслѣдованіе крови не даетъ (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXXII). *Б. К. Финкельштейнъ.*

1042. Д-ръ *Borchardt* (Dresden) путемъ экспериментальныхъ изслѣдованій старался выяснить вопросъ, *возможно-ли путемъ впрыскиваній жидкостей въ полость брюшины повысить естественную сопротивляемость послѣдней по отношенію къ различнаго рода заразнымъ началамъ.* Изслѣдованія эти привели автора къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Возможно повысить сопротивляемость брюшины по отношенію къ заразнымъ началамъ и этимъ путемъ понизить опасность операцій, сопряженныхъ съ вскрытіемъ полости брюшины. 2. Для этой цѣли слѣдуетъ предварительно впрыснуть нуклеиновую кислоту, лошадиную сыворотку или физіологическій растворъ поваренной соли. Послѣдній, будучи впрыснутъ въ большихъ количествахъ, даетъ такіе-же благопріятные результаты, какъ и болѣе ядовитая нуклеиновая кислота. 3. Наиболѣе благопріятные результаты впрыскиванія получались тогда, если оно произведено было за 48 час. до операціи. 4. Достигнутая впрыскиваніями невосприимчивость къ заразѣ продолжается приблизительно 4 дня. Проф. *Adolf Schmidt* (Dresden) на основаніи этихъ экспериментальныхъ данныхъ рѣшилъ дѣлать также *предохранительныя впрыскиванія въ полость брюшины больнымъ*, которымъ предстоитъ чревосѣченіе. Еще раньше него *Mikulicz* пользовался тѣмъ-же принципомъ для предотвращенія зараженія при чревосѣченіяхъ, но онъ не рѣшался впрыскивать жидкости въ полость брюшины изъ опасенія поранить при этомъ кишки, а вводилъ жидкости подкожно. *Schmidt* придумалъ особый троакаръ, позволяющій вводить жидкости въ полость брюшины, при чемъ совершенно исключается возможность поранения кишекъ. Троакаръ этотъ представляетъ изъ себя полую иглу, длиною въ 1—1,25 стм.; небольшой поперечный щитъ не позволяетъ этой иглѣ проникать въ ткани дальше ея длины. Въ троакаръ входитъ тупая игла шприца. Короткій троакаръ служитъ только для того, чтобы проколоть кожу и фасцію брюшныхъ мышцъ; когда это сдѣлано, въ него вводятъ тупую иглу шприца и однимъ сильнымъ надавливаніемъ проталкиваютъ ее черезъ брюшину; при этомъ всегда слышенъ трескъ; когда жидкость впрыснута (въ тупой иглѣ имѣются боковыя отверстія), троакаръ удаляютъ и залѣпляютъ отверстіе липкимъ пластыремъ. Введеніе жидкости при помощи троакара противопоказано въ тѣхъ случаяхъ, когда есть основаніе думать, что имѣются воспалительныя сращенія кишекъ съ пристѣночной брюшиной. Хотя въ этихъ случаяхъ впрыскиваемая жидкость и попадаетъ въ кишку, тѣмъ не менѣе можно опасаться, что при отдѣленіи сращенія во время операціи содержимое кишки попадетъ въ полость брюшины черезъ искус-

---

токъ стараго времени, публичными чтеніями, бесѣдами врачей и брошюрами.

Медицинскій Совѣтъ въ 1902 г. сдѣлалъ разъясненіе, что при анэстетической формѣ проказы выдѣлять больныхъ нѣтъ необходимости. Благодаря такому указанію, часть больныхъ изъ Николаевской лепрозоріи была выпущена. Въ лепрозорію эту, кромѣ того, Общество борьбы съ заразными болѣзнями откомандировало сестру милосердія. *Н К.*

ственно сдѣланное отверстіе. Авторъ вводилъ въ полость брюшины лошадиную сыворотку (5—10 к. стм.) въ смѣси съ физіологическимъ (0,9%) растворомъ поваренной соли (200—500 к. стм.). Всего этотъ способъ былъ примѣненъ 5 разъ. На основаніи такого незначительнаго числа случаевъ о дѣйствіи способа, конечно, съ опредѣленностью высказаться трудно. Въ 1 изъ этихъ случаевъ не произошло зараженія, не смотря на то, что черезъ нѣсколько дней послѣ операціи черезъ разошедшіеся края раны произошло выпаденіе кишекъ. Авторъ думаетъ, что, можетъ быть, будетъ возможно примѣнять впрыскиваніе сыворотки и раствора поваренной соли при лѣченіи заболѣваній брюшины. По его мнѣнію, такія предохраняющія впрыскиванія умѣстны при всѣхъ процессахъ, при которыхъ можно опасаться развитія общаго воспаленія брюшины (при начинающемся воспаленіи червеобразнаго отростка, при заболѣваніяхъ придатковъ матки, язвахъ и т. п.). Въ этихъ случаяхъ повышеніе сопротивляемости брюшины можетъ устранить опасность и облегчить примѣненіе тѣхъ или другихъ терапевтическихъ мѣръ (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 49]. *А. Коварскій.*

1043. На основаніи цѣлаго ряда собственныхъ наблюденій проф. *Krönlein* говоритъ *о почечной бугорчаткѣ и ея оперативномъ лѣченіи.* Бугорчатка почекъ по наблюденіямъ *Krönlein*'а встрѣчается относительно часто: 51 случай на 171 случай различныхъ хирургическихъ заболѣваній почекъ. Изъ 51 больного 13 были мужчины и 38—женщины. Большинство (37 чел.) были въ возрастѣ между 20 и 40 годами. Въ 24 случаяхъ поражена была правая, въ 23 — лѣвая почки, въ 4 обѣ. Преобладаніе женщинъ авторъ объясняетъ слѣдующимъ образомъ: относительная частота гнойныхъ воспаленій пузыря съ послѣдовательнымъ пораженіемъ лоханокъ у беременныхъ и родильницъ, очень частое у женщинъ смѣщеніе почекъ съ перегибомъ мочеточниковъ и послѣдовательнымъ застоемъ мочи—всѣ эти условія благопріятствуютъ внѣдренію бугорчатковыхъ палочекъ. Оперативному лѣченію подвергнуты были 39 больныхъ: 3 раза былъ вскрытъ большой околопочечный гнойникъ, 2 раза было сдѣлано сѣченіе почки по поводу внутрипочечныхъ гнойныхъ очаговъ и 34 раза больная почка была удалена. Во всѣхъ послѣднихъ случаяхъ распознаваніе было подтверждено микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Патологоанатомически *Krönlein* различаетъ 2 формы: бугорчатку съ образованіемъ нарывовъ и плотную бугристую форму Въ большинствѣ случаевъ въ страданіе бываетъ вовлечена и слизистая оболочка лоханокъ, но никогда авторъ не видѣлъ пораженія лоханокъ при цѣлости собственно почечной ткани. Изъ 34 случаевъ полнаго изсѣченія почки въ 12 бугорчатка была найдена только въ почкѣ, въ остальныхъ 22 были пораженія и другихъ органовъ (легкихъ, мочевого пузыря, костей и суставовъ, половыхъ органовъ и шейныхъ железъ). По *Krönlein*'у пораженіе почекъ происходитъ черезъ кровь. Восходящее пораженіе (черезъ мочевой пузырь и мочеточники) авторъ отрицаетъ. Пораженіе другихъ органовъ не должно служить противопоказаніемъ къ операціи, разъ доказаны отсутствіе заболѣванія и способность къ отправленію другой почки и разъ существуетъ увѣренность, что главное, грозящее опасностью страданіе, лежитъ именно въ почкѣ. Палочки въ мочѣ найдены въ 17 случаяхъ. Въ 14 случаяхъ отмѣчена наслѣдственность. Давность страданія—2—4 года. При удаленіи почки примѣнялся исключительно внѣбрюшинный (поясничный) способъ. Въ 31 случаѣ операція сдѣлана типично (удаленіе всего органа вмѣстѣ съ оболочкой), въ 3 атипично (удаленіе по частямъ вслѣдствіе значительныхъ разрушеній). Изсѣченіе только части заболѣвшей почки авторъ считаетъ нецѣлесообразнымъ. Изъ 34 больныхъ съ удаленною почкой умерли 10: 2—въ первые дни послѣ операціи, 6—спустя 2—9 мѣс. и, наконецъ, 2—спустя 7—11 лѣтъ. Вскрытіе (въ 9 случаяхъ изъ 10) показало, что въ 6 случаяхъ другая почка была совершенно здорова, въ 2 поражена была тоже бугорчаткой и въ 1—разлитымъ (не бугорчатковымъ) воспаленіемъ. Причины смерти: истощеніе и кровепотеря (2 случая), мочекровіе (2), бугорчатка другихъ органовъ (6). Остальные 24 больныхъ пользуются прекраснымъ здоровьемъ (время наблюденія 1—14 лѣтъ). Такимъ образомъ непосредственная смертность отъ операціи изсѣченія пораженной бугорчаткою почки не превышаетъ 5—6%. Предсказаніе очень благопріятно для случаевъ пораженія бугорчаткою только почки (смертность, по даннымъ автора, 0) и сравнительно неблагопріятно при пораженіи и другихъ органовъ (смертность 36,3%) (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXIII). *Б. К. Финкельштейнъ.*

Физіотерапія. 1044. Д-ръ *A. Montier* въ статьѣ *лѣченіе артеріо-склероза арсонвализаціей* приводитъ сводку своихъ работъ по этому вопросу. Авторъ нашелъ, что электричество въ формѣ арсонвализаціи понижаетъ кровяное давленіе и доводитъ его до нормы въ случаяхъ, гдѣ оно постоянно оставалось выше ея. Наблюденія автора начата еще съ 1899 г., при чемъ онъ пришелъ къ заключенію, что съ усовершенствованіемъ приборовъ въ послѣднее время получаются и лучшіе результаты. Пониженіе кровяного давленія наблюдается уже въ началѣ лѣченія. У лицъ съ нормальнымъ давленіемъ или съ давленіемъ ниже нормы пониженія не наблюдается вовсе. Быстрота пониженія давленія не находится, по видимому, въ зависимости отъ тяжести случая, давности артеріосклероза или степени повышенія давленія. Дѣйствіе арсонвализаціи проявляется уже черезъ нѣсколько минутъ (2—3—5); сеансы слѣдуетъ продолжать 5—10 мин.; достаточно 2—3 сеансовъ въ недѣлю. Полезно совмѣстное лѣченіе слабительными и мочегонными. Авторъ находитъ, что арсонвализація составляетъ лучшее средство для лѣченія повышеннаго кровяного давленія и артеріосклероза и предохранительное средство противъ мозговыхъ кровоизліяній (Archives d'électricité médicale, 25 сентября). *И. Вирскій.*

1045. Д-ръ *H. Bordier* (Lyon) описываетъ *случай излѣченія сосудистыхъ пятенъ (naevus vasculosus planus) свѣтомъ*

У молодой дѣвушки на правой щекѣ было 3 пятна виннаго цвѣта. Авторъ пользовался приборомъ проф. *Marie*, который, по его мнѣнію, лучшій во всѣхъ отношеніяхъ. Каждый разъ примѣнялся компрессоръ, при чемъ здоровая кожа подъ компрессоромъ защищалась оловяной бумагой. Компрессоръ прикрѣплялся каучуковымъ бинтомъ такъ сильно, чтобы кожа подъ нимъ была совершенно бѣлая. На это обстоятельство авторъ обращаетъ особое вниманіе и приписываетъ ему успѣхъ лѣченія. Сила тока равнялась 16—18 амперамъ: продолжительность каждаго сеанса 1 часъ. Поверхность пятна подвергалась дѣйствію ультрафіолетовыхъ лучей ежедневно, пока не наступала реакція, затѣмъ сеансы прекращались на 12 дней до исчезновенія воспалительныхъ явленій, а затѣмъ начинались вновь. Такихъ серій свѣтолѣченія пришлось примѣнить 3 для болѣе свѣтлыхъ пятенъ и 4 для одного болѣе темнаго. Каждый разъ послѣ серіи сеансовъ наблюдались воспалительная реакція и болѣзненность, при чемъ окраска съ каждымъ разомъ становилась слабѣе. Къ концу лѣченія черезъ 3 мѣсяца пигментація совершенно исчезла (Archives d'électricité médicale, 25 сентября). *И. Вирскій*

Глазныя болѣзни. 1046. При *тяжелыхъ золотушныхъ воспаленіяхъ роговой оболочки* д-ръ *M. Эліасбергъ* наблюдалъ весьма благопріятное дѣйствіе отъ *примѣси азотнокислаго серебра* (1/2%) *къ желто-осадочной ртутной мази* съ атропиномъ и кокаиномъ (азотнокислымъ). Эта-же примѣсь оказывалась полезной и при экзематозномъ, какъ и язвенномъ, воспаленіи свободнаго края вѣкъ. Во избѣжаніе разложенія азотнокислаго серебра, мазь должна отпускаться въ черной баночкѣ, приготовлять ее слѣдуетъ такъ: растерши ртуть съ частью вазелина и прибавивъ туда, если нужно, кокаинъ и атропинъ, растираютъ послѣ того адскій камень съ остальной частью вазелина и затѣмъ уже растираютъ обѣ части вмѣстѣ. При такомъ приготовленіи мазь эта по внѣшнему своему виду бываетъ похожа на обыкновенную *Pagenstecher*'овскую и можетъ простаивать цѣлые мѣсяцы, не разлагаясь, а лишь только ее переложатъ въ бѣлую баночку, она тотчасъ-же чернѣетъ (Klinische Monatsbl. für Augenheilkunde, ноябрь, отд. отт.). *К.*

1047. Проф. *Kreibich* (Graz) замѣтилъ въ нѣсколькихъ случаяхъ свѣтового пораженія кожи въ видѣ пигментныхъ пятенъ и лишаевъ, что соединительная оболочка представляла при этомъ картину весенняго катарра, которая исчезала отъ наложенія повязки. Отсюда авторъ заключаетъ, что *весенній катарръ глазъ вызывается химическими лучами солнца.* Кореннымъ лѣченіемъ этого страданія онъ, въ виду сказаннаго, считаетъ наложеніе повяз-

ки на глазъ, предохранительнымъ-же средствомъ—ношеніе красныхъ защищающихъ очковъ (Wiener klinische Wochenschrift, № 24; Centralblatt für Augenheilkunde, сентябрь). *Р. Кацъ.*

1048. Д-ръ *Manolesco* изучалъ вліяніе *вкапываній горячей воды на глубокія пропитыванія роговицы и межуточное ея воспаленіе.* По обезболиваніи глаза кокаиномъ, на роговицу лили по каплямъ горячую жидкость въ 70—80° впродолженіи 5—10 мин., и такое вкапываніе повторяли 2 раза въ день. Тотчасъ-же вслѣдъ за вкапываніемъ увеличивалось околороговичное налитіе сосудовъ; реакція эта держалась отъ 2 до 5 часовъ. Результаты, по словамъ автора, получились весьма благопріятные во всѣхъ случаяхъ затяжного пропитыванія роговой оболочки (Annales d'oculistique, CXXXI; Archiv für Augenheilkunde, L, 4). *К.*

1049. Проф. *Hirschberg выступаетъ противъ нынѣшняго увлеченія полнымъ исправленіемъ близорукости.* Отъ подобнаго исправленія онъ видѣлъ весьма немалый вредъ при высокихъ степеняхъ близорукости. По мнѣнію автора, вполнѣ исправляющія стекла для дали и близи можно дать лишь при степеняхъ близорукости, не превышающихъ 3 D. При среднихъ степеняхъ (3—6 D) вполнѣ или почти вполнѣ исправляющія стекла должны назначаться лишь для зрѣнія вдаль; занятія-же на близкомъ разстояніи должны производиться въ болѣе слабыхъ стеклахъ или вовсе безъ очковъ. Наконецъ, при болѣе высокихъ степеняхъ близорукости (выше 6 D) слѣдуетъ постоянно прописывать 2 пары очковъ, при чемъ стекла для близи должны быть приблизительно вдвое слабѣе очковъ для дали. Вообще-же стекла сильнѣе 9 D слѣдуетъ назначать только для зрѣнія вдаль, да и то лишь на короткое время (Die Deutsche Klinik; Centralblatt für Augenheilkunde, іюль). *Р. К.*

Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни. 1050. Д-ръ *Hitschmann* сообщаетъ *случай трубной беременности при одновременномъ остромъ гнойномъ воспаленіи Fallopi'евой трубы.*

Больная, 28 л., до того ничѣмъ не хворавшая, многорожавшая послѣ 6-недѣльной аменорреи заболѣла 3-дневнымъ кровотеченіемъ, вслѣдъ за которымъ снова наступила временная аменоррея. Въ клинику больную доставили съ незначительнымъ кровотеченіемъ изъ половыхъ органовъ при угрожавшихъ признакахъ внутренняго кровотеченія и съ сильными болями внизу живота. Изслѣдованіе передъ операціей подъ наркозомъ обнаружило справа, соотвѣтственно придаткамъ, мягкую, подвижную опухоль, съ куриное яйцо, нѣсколько увеличенную матку, чувствительность и противодѣйствіе въ *Douglas*'овомъ пространствѣ. При чревосѣченіи въ брюшной полости найдено много сгустковъ и жидкой крови. Правая труба, толщиною въ палецъ, слегка срощенная съ окружающими тканями и яичникомъ, и образовала упомянутую опухоль. Беременная труба съ небольшимъ прободеніемъ въ одномъ мѣстѣ была удалена. Лѣвосторонніе придатки, срощенные съ *Douglas*'овымъ пространствомъ и кишками, освобождены. На 14-ый день оперированная выписалась здоровой. Удаленная труба—нормальной длины и плотности, исключая маточнаго конца, который болѣе твердъ и утолщенъ до размѣровъ черешка; на задней поверхности этого утолщенія—чечевицеобразное отверстіе, источникъ кровотеченія; черезъ него видна ткань ворсистой оболочки. Тщательное микроскопическое изслѣдованіе многочисленныхъ срѣзовъ трубы показало наличность свѣжаго гнойнаго воспаленія части трубы между зародышемъ и маткой. Въ бѣлыхъ тѣльцахъ крови найдены диплококки, по всѣмъ признакамъ *Neisser*'а. Часть трубы по ту сторону яичка, между нимъ и бахромками, оказалось совершенно свободной отъ воспаленія.

По поводу этого случая авторъ сообщилъ свои и д-ра *Lindenthal*'я заключенія относительно *происхожденія трубной беременности.* Ихъ изслѣдованія показали, что оплодотворенное яичко двигается впередъ по трубѣ по строго опредѣленнымъ законамъ, проходя въ опредѣленный промежутокъ времени опредѣленное пространство. Точно такъ-же закономѣрно происходятъ измѣненія и въ самомъ яичкѣ, которое только тогда укрѣпляется въ ткани, когда достигнетъ опредѣленной степени развитія. Нормально этотъ моментъ наступаетъ подъ конецъ его передвиженій, когда оно попадаетъ въ матку. Всѣ обстоятельства, задерживающія передвиженія, но не могущія измѣнить хода развитія яйца, могутъ повлечь за собою наступленіе трубной беременности. Этой теоріей объясняются случаи всѣхъ видовъ трубной беременности какъ въ здоровой, такъ и въ больной трубѣ. *Keller* въ своей недавней работѣ высказываетъ почти тождественные взгляды (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LIII, тетр. 1). *А. Г—ръ.*

1051. Д-ръ *E. Pollak*, примѣнивъ еще въ 6 случаяхъ *способъ механическаго расширенія маточной шейки по Bossi*, въ 1 изъ нихъ получилъ разрывъ шейки съ обильнымъ кровотеченіемъ, при сохраненіи цѣлости наружнаго зѣва. Разсмотрѣвъ всесторонне всѣ возможныя причины такого разрыва, *P.* пришелъ къ заключенію, что въ данномъ случаѣ онъ произошелъ вслѣдствіе измѣненій въ питаніи ткани шейки и ослабленія упругости, вызванныхъ застарѣлымъ параметритомъ. Случай этотъ указываетъ, по мнѣнію *P*, на то, что при остаткахъ хроническихъ параметритовъ расширеніе по *Bossi* противопоказано. Кромѣ того, *P.* собралъ 82 случая кесарскаго сѣченія при эклампсіи для сравненія ихъ съ *72 случаями примѣненія при ней механическаго расширенія по Bossi.* Отобравъ изъ обѣихъ группъ сравнимый матеріалъ, т. е. случаи тяжелой эклампсіи при полномъ отсутствіи родовыхъ схватокъ и измѣненій въ шейкѣ, *P.* въ 1-ой группѣ получилъ 32 случая, во 2-ой—21. Въ 1-ой группѣ смертность матерей дала 46,87%, смертность-же плода—31,25%; въ 2-ой группѣ смертность матерей 14,28%, смертность плода—18,75%. Сравненіе оказалось несомнѣнно въ пользу механическаго расширенія (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XX, тетр. 3—4). *А. Г—ръ.*

1052. Д-ръ *Rosenstein* послѣ тщательнаго анатомическаго изученія 7 случаевъ *бугорчатки женскихъ половыхъ органовъ съ цѣлью выясненія способа зараженія* пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Существованіе обособленной бугорчатки яичниковъ до сихъ поръ еще не доказано, оно сопровождается бугорчаткою брюшины и трубъ. При бугорчаткѣ *Fallopi*'евыхъ трубъ чаще всего встрѣчается низходящая форма, при чемъ зараженіе происходитъ черезъ кровеносную систему, тогда какъ восходящая форма наблюдалась съ достовѣрностью лишь въ рѣдкихъ случаяхъ. Трубная бугорчатка, по видимому, всегда бываетъ двусторонней и гнѣздится вначалѣ въ слизистой оболочкѣ. Какъ бугорчатка трубъ, такъ и бугорчатка яичниковъ особенно быстро подвергаются обратнымъ измѣненіямъ и творожистому распаду. Желѣзистыя разрощенія эпителія слизистой оболочки у маточнаго устья трубы не составляютъ необходимой принадлежности картины бугорчатки *Fallopi*'евыхъ трубъ. Чтобы признать бугорчатку придатковъ, нѣтъ надобности въ бактеріологическомъ изслѣдованіи, такъ какъ гистологическія измѣненія сами по себѣ уже достаточно характерны (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XX, тетр. 3—4). *А. Г—ръ.*

Судебная медицина. 1053. Д-ръ *Dubrandy* (Hyères) описываетъ *случай изнасилованія 6-лѣтней дѣвочки съ разрывомъ внутреннихъ половыхъ органовъ и толстыхъ кишекъ.*

Дѣвочка послѣ долгихъ поисковъ была найдена на морскомъ берегу жалобно стонавшей. Скрывшійся преступникъ, изнасиловавъ и изувѣчивъ ее, бросилъ ее въ море, откуда она и выбралась съ трудомъ. На кожѣ по всему тѣлу, на губахъ и на деснахъ было много ссадинъ отъ ногтей. На рукахъ кровоподтеки и отпечатки давленія пальцевъ. Изъ влагалища и влагалищно-заднепроходной раны выступали петли тонкихъ кишекъ и внутренніе половые органы. Рана была промыта; наложена повязка. Черезъ 8 часовъ послѣ раненія дѣвочка скончалась. На вскрытіи найдено, что рана занимала всю промежность; черезъ нее рука свободно проходила въ полость таза и ощупывала стѣнки его; полость малаго таза была совершенно пуста; матка съ придатками висѣла въ наружной половой щели; прямой кишки не было совсѣмъ. Во время вскрытія принесены найденныя на мѣстѣ преступленія толстыя кишки, длиною въ 2,14 м. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, октябрь). *И. В.*

Кожныя и венерическія болѣзни. 1054. *A. Romer*, въ дополненіе къ ранѣе сообщеннымъ случаямъ развитія *рака на сифилитической почвѣ* описалъ 2 такихъ наблюденія изъ Bonn'ской клиники сифилитическихъ и кожныхъ болѣзней.

1) У 55-лѣтняго инвалида, имѣвшаго раздробленную, въ походѣ 1870 г., сквознымъ выстрѣломъ правую лопатку, образовавшійся послѣ оперативнаго пособія рубецъ многократно разростался и въ 1894 г. началъ воспаляться. Въ 1900 г. язвенная поверхность его достигла величины ладони, признана была сифилитической и, уступая дѣйствію специфическаго лѣченія, отчасти зарубцевалась. При микроскопическомъ изслѣдованіи вырѣзанныхъ изъ краевъ оставшагося кратерообразнаго изъязвленія кусочковъ обнаружено было значительное разростаніе плоскаго эпителія въ промежуткѣ гуммозныхъ грануляцій. Больному была сдѣлана соотвѣтственная операція.

2) У 44-лѣтней женщины, никогда не выкидывавшей и родившей 11 дѣтей, на правой груди развилась въ теченіи года опухоль, съ голубиное яйцо. Отъ бывшаго на 12-мъ году сифилитическаго страданія имѣлись недостатокъ мягкаго неба и рубцовыя измѣненія. Страданіе грудной железы было распознано за явленія третичнаго сифилиса и больной были назначены впрыскиванія 10 стм. 25% іодипина, вызвавшія нѣкоторое улучшеніе мѣстныхъ явленій. Но въ виду шедшаго всетаки впередъ уплотненія груди было произведено изслѣдованіе изсѣченнаго кусочка ея, которое и установило раковое новообразованіе. Было сдѣлано полное изсѣченіе груди и раковоперерожденныхъ подмышковыхъ железъ, послѣ чего, спустя еще 8 мѣсяцевъ, не обнаружено никакихъ возвратовъ (Диссертація, по пер. въ «Deutsche Med. Zeitung», № 8). *А. Гаринъ.*

1055. Проф. *И. Ф. Зеленовъ* въ статьѣ *«Къ патологіи свободныхъ сальныхъ железъ: a) cheilitis exfoliativa et keratosis follicularis и б) adenomatosis hypertrophica cystoides labiorum minorum vulvae»* описалъ 2 наблюдавшихся имъ случая такихъ заболѣваній, подробнымъ біоптическимъ изслѣдованіемъ которыхъ доказываются, по его мнѣнію, интересные факты, имѣющіе общепатологическое значеніе: 1) полная аналогія гипертрофическаго развитія и образованія множественныхъ кистаденомъ свободныхъ и несвободныхъ сальныхъ железъ на малыхъ губахъ у женщинъ и на губахъ рта у мужчинъ съ гипертрофіей и кистами потовыхъ железъ; 2) полная возможность образованія свободныхъ сальныхъ железъ на малыхъ губахъ у женщинъ изъ эпителіальныхъ отростковъ соотвѣтственно тому, что онъ нашелъ для другихъ областей, въ которыхъ встрѣчаются свободныя сальныя железы (напр. слизистая оболочка губъ, рта, щекъ и проч.); 3) такая-же ясная связь кисты и образованія ея стѣнокъ съ эпителіальнымъ слоемъ; 4) аналогія измѣненій свободныхъ и не свободныхъ сальныхъ железъ; 5) кожистое строеніе малыхъ губъ; существованіе на нихъ придатковъ кожи — волосъ, сальныхъ железъ; 6) dermatitis exfoliativa и гипертрофія — атрофія *Malpighi*'евой сѣти наблюдаются и на малыхъ губахъ женщинъ. При установленной аналогіи измѣненій свободныхъ сальныхъ железъ малыхъ губъ женщинъ съ измѣненіемъ такихъ-же железъ на губахъ рта, отсутствіе зернышекъ бурозолотистаго пигмента, найденнаго авторомъ при cheilitis pigmentosa, придаетъ и самымъ образованіямъ свободныхъ сальныхъ железъ на малыхъ губахъ скорѣе сѣрый цвѣтъ, а не желтый, каковымъ онъ бываетъ на губахъ рта (Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 8). *А. Гаринъ.*

ОТЧЕТЫ

изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

CLVIII и CLIX. Изъ Петербургскаго офталмологическаго Общества.

(Годовое засѣданіе 30-го сентября).

Предсѣдатель Общества сообщилъ о смерти почетнаго члена Общества гр. *И. Х. Магавли* и предложилъ почтить память покойнаго вставаніемъ.

Секретарь *С. В. Лобановъ* прочиталъ *отчетъ о дѣятельности Общества за истекшій 1903—1904 г.* Изъ отчета видно, что Общество имѣло въ истекшемъ году 7 засѣданій—1 годовое и 6 очередныхъ, на которыхъ было сдѣлано 17 докладовъ и 12 предъявленій больныхъ, различныхъ приборовъ, снарядовъ и пр. Составъ Общества къ началу настоящаго года состоитъ изъ 2 почетныхъ членовъ, 42 дѣйствительныхъ и 12 членовъ-корреспондентовъ, а всего изъ 56 членовъ. Въ истекшемъ году Общество лишилось за смертью 3 членовъ: *Ѳ. Ю. Шредера*, проф. *В. И. Добровольскаго* и гр. *И. Х. Магавли.*

Казначей *Э. Ф. Блессигъ* доложилъ *отчетъ о состояніи суммъ Общества*, изъ котораго видно, что Общество имѣетъ основного капитала 1465 р., оборотнаго—730 р. 98 коп.

Членъ ревизіонной Коммиссіи *І. С. Фельзеръ* прочиталъ актъ ревизіонной Коммиссіи.

Предсѣдатель проф. *Л. Г. Беллярминовъ* произнесъ рѣчь, поздравилъ Общество со вступленіемъ въ 8-ую годовщину его существованія и пожелалъ дальнѣйшаго процвѣтанія и развитія.

Ѳ. М. Кубли предложилъ выразить благодарность съ внесеніемъ ея въ протоколъ Правленію Общества за его дѣятельность въ истекшемъ году.

Затѣмъ были произведены выборы членовъ Правленія и ревизіонной Коммиссіи на будущій годъ, при чемъ избранными оказались: предсѣдателемъ—проф. *Л. Г. Беллярминовъ*, товарищемъ его *Н. И. Тихоміровъ*, секретарями—*Н. В. Гагаринъ* и *С. В. Лобановъ*, казначеемъ—*Э. Ф. Блессигъ*, библіотекаремъ—*Н. Р. Ботвинникъ* и членами ревизіонной Коммиссіи—*М. И. Рейхъ, І. С. Фельзеръ* и *А. С. Чемолосовъ.*

(Засѣданіе 18-го ноября 1904 г.)

Ѳ. Ѳ. Германъ. Офталмологическій Съѣздъ въ Люцернѣ въ 1904 г. Докладчикъ сообщилъ о послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ глазныхъ врачей въ Люцернѣ и привелъ содержаніе наиболѣе интересныхъ въ практическомъ отношеніи докладовъ и обмѣна мнѣній по поводу ихъ. Слѣдующій Съѣздъ состоится черезъ 5 лѣтъ въ Неаполѣ.

А. К. Леценіусъ. Къ вопросу объ этіологіи слоистой катаракты (cataractae zonularis). Докладчикъ разобралъ различныя существующія въ литературѣ теоріи и предположенія о причинахъ и происхожденіи т. наз. слоистой катаракты и привелъ статистику этихъ катарактъ на основаніи матеріала Петербургской глазной лѣчебницы. На основаніи литературнаго изученія вопроса и собственныхъ наблюденій докладчикъ пришелъ къ выводу, что слоистая катаракта бываетъ или врожденной или развивается въ первые годы жизни и что въ происхожденіи ея рахитъ играетъ роль не самъ по себѣ, а путемъ сопровождающихъ его судорогъ.

Ѳ. М. Кубли полагаетъ, что слоистыя катаракты бываютъ врожденныя, такъ какъ никому не приходилось наблюдать появленіе и развитіе ихъ у больного. Кромѣ рахита, имѣющаго въ происхожденіи этихъ катарактъ первенствующее значеніе, можно еще предполагать вліяніе золотухи и наслѣдственнаго сифилиса. Катаракты эти нерѣдко сопровождаются и другими разстройствами глазъ: нистагмомъ, косоглазіемъ, высокой M, hemeralopi'ей и пр., а также пониженіемъ остроты зрѣнія, несоотвѣтствующимъ степени помутнѣнія хрусталика. Поэтому результаты операцій при этого рода катарактахъ не особенно хороши. Можно думать, что при слоистой катарактѣ имѣется заболѣваніе не одного хрусталика, а всего глаза съ разстройствомъ питанія его, вызывающимъ катаракту; эти измѣненія въ глазу могутъ указывать на нѣкоторую степень вырожденія больного.

Э. Ф. Блессигъ согласился съ тѣмъ, что слоистую катаракту всегда приходится видѣть уже готовой, и призналъ, что, пожалуй, правы тѣ авторы, которые ставили въ связь существованіе этихъ катарактъ съ неразвитіемъ нѣкоторыхъ зубовъ у больного, что указываетъ на недоразвитіе вообще эктодермальнаго слоя.

По мнѣнію *Ѳ. Ѳ. Германа*, слоистыя катаракты можно раздѣлить на 2 группы: однѣ, замѣчаемыя родителями на 1—2-мъ годахъ жизни ребенка вслѣдствіе ясности картины помутнѣнія хрусталика, другія—открываемыя врачами у дѣтей школьнаго возраста, обращающихся къ врачебной помощи изъ за плохого зрѣнія; послѣдніе случаи показываютъ, что здѣсь катаракта или не отъ рожденія, а образовалась впослѣдствіи, или что она была прирожденной, но постепенно все развивалась и увеличивалась.

Э. Ф. Блессигъ возразилъ, что школьные случаи не доказываютъ того, что слоистая катаракта увеличилась къ этому возрасту: дѣти обращаются въ это время потому, что недостатокъ зрѣнія наиболѣе замѣчается при началѣ школьныхъ занятій.

В. П. Калашниковъ обратилъ вниманіе на то, что слоистая катаракта нерѣдко бываетъ у дѣтей,—страдающихъ въ 1-ый годъ жизни spasmus nutans (т. наз. родимчикомъ) и что она часто сопровождается нистагмомъ и внутреннимъ косоглазіемъ.

А. С. Чемолосовъ напомнилъ о послѣдней работѣ *Peters*'а въ «Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde» въ этомъ году: слоистая катаракта—совершенно такая-же, какая искусственно вызывается отъ эрготина и нафталина, и образованіе ея объясняется судорогами; при этомъ происходятъ измѣненія въ рѣсничномъ эпителіи, мѣняются его физіологическія свойства, увеличивается количество солей влаги, осмотическія свойства хрусталика измѣняются, и наступаетъ его помутнѣніе; кромѣ того, страдаетъ нервный слой сѣтчатой оболочки и ея пигментъ; этимъ могутъ быть объяснены случаи слоистой катаракты съ сильно пониженнымъ зрѣніемъ. Вѣрнѣе, что эти катаракты происходятъ вслѣдствіе химическихъ причинъ. Катаракты отъ поврежденій не имѣютъ ничего общаго со слоистой катарактой: при поврежденіи образуется т. наз. задняя корковая катаракта (cataracta corticalis posterior), которая безслѣдно исчезаетъ.

І. С. Фельзеръ спросилъ, какъ часто слоистая катаракта распространяется на весь хрусталикъ, и привелъ случай, гдѣ такая катаракта оставалась до пожилаго возраста.

Проф. *Л. Г. Беллярминовъ* находитъ, что смотрѣть на слоистую катаракту, какъ на общій процессъ измѣненій глаза, или ставить ее въ зависимость отъ золотухи, наслѣдственнаго сифилиса—едва-ли возможно; во всякомъ случаѣ это—недоказано. Въ происхожденіи этихъ катарактъ повиненъ не одинъ рахитъ, такъ какъ тогда, въ виду его сильнаго распространенія среди дѣтей, катаракты эти встрѣчались-бы чаще, а рахитъ совмѣстно съ эклампсіей. Онъ согласенъ, что никому не приходилось наблюдать постепеннаго развитія слоистой катаракты, если не считать одного случая, описаннаго *Graefe*, который нельзя, однако, признать несомнѣннымъ; но не согласенъ съ тѣмъ, что операція при этихъ катарактахъ часто даетъ плохое зрѣніе: въ очень многихъ случаяхъ зрѣніе получается хорошее; слѣдуетъ дѣлать не иридектомію, а дисцизію.

Г. Е. Выюдскій полагаетъ, что операція иридектоміи имѣетъ то преимущество, что сохраняетъ глазу приспособленіе; какъ бы то ни было, при выборѣ операціи необходимо сообразоваться съ особенностями каждаго случая порознь.

Докладчикъ замѣтилъ, что въ объясненіи того, какимъ путемъ рахитъ способенъ вызвать слоистую катаракту, въ литературѣ имѣются 2 предположенія: а) химическимъ и б) механическимъ путемъ. Пока 1-й путь не доказанъ, остается принять 2-ой, имѣющій за себя нѣкоторое основаніе въ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ и объясняющій достаточно ясно всѣ явленія. Что слоистая катаракта совершенно такая-же, какъ полулучающаяся отъ нафталина, докладчику извѣстно, и онъ самъ наблюдалъ и описалъ случай такой «нафталиновой» катаракты. Измѣненія въ эпителіи рѣсничнаго тѣла и др., находили при микроскопическомъ изслѣдованіи слоистыхъ катарактъ различные авторы, между ними и *Peters*, который и описалъ ихъ года 2 назадъ; новѣйшія-же изслѣдованія *Peters*'а докладчику остались неизвѣстны.

Ѳ. М. Кубли показалъ *свѣтописные снимки больного*, страдающаго слѣдующимъ интереснымъ и исключительнымъ явленіемъ: 5—6 разъ въ году у него начинаетъ чесаться въ носу и опухаютъ довольно сильно оба глаза (вѣки); явленія въ носу проходятъ черезъ 2—3 часа, въ глазахъ-же держатся 3—4 дня и затѣмъ безслѣдно исчезаютъ. Больной—въ остальномъ человѣкъ совершенно здоровый и имѣетъ вполнѣ здоровые глаза. Что за причина этого явленія, *К.* объяснить не можетъ; въ литературѣ онъ не нашелъ никакихъ указаній на такія заболѣванія.

Г. Е. Выгодскій наблюдалъ одну даму, у которой вслѣдствіе идіосинкразіи къ запаху лошадей всегда, когда она ѣхала въ открытомъ экипажѣ или входила въ конюшню, появлялся насморкъ и опухали глаза.

Э. Ф. Блессигъ наблюдалъ такой-же случай идіосинкразіи къ запаху лошади.

Э. Ф. Блессигъ показалъ извлеченный изъ глазницы черезъ раву верхняго вѣка на 9-ый день послѣ поврежденія глаза *кусочекъ*, въ 3 стм. длиной, *деревянной ручки пера*, вырвавшейся изъ руки, сломавшейся и попавшей въ глазъ.

Н. В. Гагаринъ показалъ дробинку, извлеченную изъ передней камеры глаза: при выстрѣлѣ изъ ружья дробинка попала въ глазъ и вышла въ переднюю камеру, откуда и была удалена.

Сообщеніе *Г. Е. Выгодскаго—По поводу лѣченія глаукомы*, за позднимъ временемъ, отложено до слѣдующаго засѣданія.

С. Лобановъ.

РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

Докторъ Ѳ. Габеркорнъ. Малярія (болотная лихорадка). Краткое и общедоступное наставленіе, какъ себя предохранять отъ болотной лихорадки и ее успѣшно лѣчить общедоступными средствами. 16°—14 стр. С.-Петербургъ, 1904 г.

При томъ громадномъ значеніи, которое имѣетъ для народа общедоступное изложеніе о заразныхъ болѣзняхъ, слѣдуетъ отнестись съ большимъ вниманіемъ ко всякому вновь появляющемуся труду въ этомъ направленіи. Велика польза такихъ изданій, когда они составлены съ полнымъ знаніемъ дѣла, но великъ также и вредъ, когда распространяются, въ народѣ свѣдѣнія, вытекающія изъ грубаго эмпиризма безъ желанія считаться съ современными научными основами излагаемаго предмета. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ мы имѣемъ дѣло собственно съ знахарствомъ, прикрытымъ званіемъ и правомъ врача.

Къ этой послѣдней группѣ медицинскихъ общедоступныхъ изданій слѣдуетъ отнести и разбираемое наставленіе д-ра *Габеркорна* о предохраненіи и лѣченіи болотной лихорадки. Чтобы не быть голословными, приведу нѣкоторыя выдержки изъ этого труда.

«Малярійная зараза», говоритъ авторъ, «передается чрезъ воздухъ, пищею (плодами) и водой; чрезъ молоко матери малюткѣ, (даже coitu)». Малярія бываетъ съ разными осложненіями и между прочимъ съ «чернокровіемъ». «Зараза—въ каждомъ человѣкѣ и ждетъ только случая проявиться. Почему и слѣдуетъ принимать предохранительныя мѣры». Въ числѣ многихъ предохранительныхъ мѣръ авторъ совѣтуетъ «ѣсть хрѣнъ»... «Полезны и рѣдька, редиска, лукъ, чеснокъ, тминъ, мята и друг. пряныя, употребляемыя мѣстнымъ населеніемъ (на Кавказѣ), травы».

«Чтобы не образовались (какъ склады заразы) завалы въ подреберьяхъ (около ложечки)... слѣдуетъ, въ виду предупрежденія заболѣванія лихорадкой, заблаговременно продолжительно растирать и разминать животъ у нижняго края реберъ (въ постели) утромъ и вечеромъ».

«Важное, не только лѣчебное, но и предохраняющее отъ заболѣванія малярiей, общедоступное, вѣрное средство представляютъ сѣмена горчицы черной и желтой». «Горчица устраняетъ и всѣ вызванныя ею (заразой), послѣдствія». Описанію употребленія горчицы и ея эѳирнаго масла посвящено 4 стр. изъ 14 стр. составляющихъ книжечку. Очевидно, лучшаго средства противъ малярiи авторъ не знаетъ и о хининѣ говоритъ только, что горчица дѣйствуетъ безъ дурныхъ послѣдствій (какъ хинина (хининъ!) и др.)... Значитъ хининъ не вреденъ и только.

Выздоравливающимъ авторъ даетъ между прочимъ, такіе совѣты: «ѣсть хорошо прожаренную печень, жареные мозги, творогъ съ тминомъ,.....». Приведенныхъ выдержекъ достаточно чтобы имѣть представленіе объ общедоступномъ наставленіи д-ра *Габеркорна*. Подобныя произведенія не заслуживаютъ даже научной критики. Если я рѣшился написать этотъ отзывъ, то только съ одной цѣлью—предостеречь товарищей отъ покупки и распространенія этой безграмотной, и не только безполезной, но даже вредной книги, дающей совершенно превратныя свѣдѣнія о разумныхъ мѣрахъ борьбы съ малярiей.

Г. Габричевскій.

ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

CLX. Открытое письмо Правленія Общества Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ товарищамъ, интересующимся гинекологіей и акушерствомъ.

Многоуважаемые товарищи!

Въ ближайшемъ будущемъ семья русскихъ гинекологовъ и акушеровъ ожидала у насъ 2 Съѣзда: 2-ой Россійскій Съѣздъ, предполагавшійся на декабрь этого года въ Москвѣ, и 5-ый Международный, который, согласно постановленію распорядительнаго Собранія на послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ въ Римѣ и рѣшенію организаціоннаго Комитета, долженъ состояться въ Петербургѣ осенью 1905 г.

Но, къ несчастію, година тяжелыхъ испытаній, посланныхъ на насъ судьбою, потребовала со стороны русскихъ врачей, наряду съ прочими сынами земли Русской, такое напряженіе силъ, которое должно было-бы неблагопріятно отозваться на успѣшности и продуктивности очереднаго русскаго Съѣзда.

Нежеланіе поставить блестяще начатое дѣло русскихъ Съѣздовъ въ неблагопріятныя условія въ самомъ началѣ ихъ развитія, а также необходимость сберечь наши силы для ожидаемаго Международнаго Съѣзда, отказаться отъ котораго намъ не позволила наша національная гордость и достоинство нашего отечества, привели организаціонный Комитетъ 2-го Съѣзда Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ къ убѣжденію о необходимости отложить созваніе этого Съѣзда до болѣе благопріятнаго времени, съ чѣмъ единогласно согласились и всѣ члены Правленія Общества, которое и постановило: *2-й Съѣздъ Общества Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ отложить.*

Извѣщая объ этомъ постановленіи, Правленіе позволяетъ себѣ высказать надежду, что это обстоятельство, вынужденное временными событіями, отнюдь не затормазитъ того прогресса, который мы въ правѣ были ожидать отъ столь удачно начавшагося дѣла Русскихъ Съѣздовъ, и что тѣ силы, которыя могли-бы быть посвящены 2-му Русскому акушерско-гинекологическому Съѣзду въ Москвѣ, найдутъ себѣ успѣшное примѣненіе на 5-мъ Международномъ Съѣздѣ въ Петербургѣ, достойно представивъ на немъ наше отечество со стороны какъ научной, такъ и общей организаціи.

Предсѣдатель проф. *Дм. Оттъ.*

Секретарь д-ръ *В. Преображенскій.*

Петербургъ. 16-го декабря 1904 г.

CLXI. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Екатеринославское Медицинское Общество въ засѣданіи 9-го октября сего года, выслушавъ горячую рѣчь своего члена *А. Л. Караваева* объ извѣстномъ оскорбленіи, нанесенномъ д-ру *Эпштейну* и Бѣлостокскому Медицинскому Обществу комендантомъ станціи Бѣлостокъ, единогласно постановило напечатать въ «Русскомъ Врачѣ» и послать д-ру *Эпштейну* и Бѣлостокскому Медицинскому Обществу письма слѣдующаго содержанія:

1) Врачу *Эпштейну.*

Многоуважаемый товарищъ!

Екатеринославское Медицинское Общество, выслушавъ въ засѣданіи 9-го октября сего года сообщеніе своего члена *А. Л. Караваева* объ оскорбленіи, нанесенномъ Вамъ при отъѣздѣ Вашемъ на войну комендантомъ станціи Бѣлостокъ, и возмутившись до глубины души дикой выходкой Вашего оскорбителя, постановило выразить Вамъ свое сердечное сочувствіе и искреннее соболѣзнованіе по поводу полученнаго Вами оскорбленія. Вмѣстѣ съ тѣмъ Общество сознаетъ, что нанесенная Вамъ обида должна быть особенно тяжка и горька въ виду того, что обида эта нанесена Вамъ, призванному наравнѣ съ другими гражданами, полными правами коихъ Вы въ мирное время не пользуетесь, къ исполненію высокаго и вмѣстѣ съ тѣмъ тяжелаго долга, въ торжественный моментъ — въ минуты разлуки Вашей съ дорогими близкими Вамъ лицами, въ моментъ отъѣзда Вашего на войну для самоотверженныхъ подвиговъ и тяжкихъ трудовъ на помощь страждущему брату безъ различія его національности или вѣроисповѣданія. Медицинское Общество выражаетъ Вамъ также пожеланіе успѣха въ дѣлѣ полученія путемъ судебнаго приговора примѣрнаго наказанія оскорбителя.

2) Въ Бѣлостокское Медицинское Общество.

Екатеринославское Медицинское Общество въ засѣданіи 9-го октября сего года, выслушавъ сообщеніе члена Общества *А. Л. Караваева* о томъ оскорбленіи, которое было нанесено по-

мендантомъ станціи Бѣлостокъ мѣстному Медицинскому Обществу въ лицѣ его члена д-ра *Эпштейна* въ моментъ отъѣзда его на войну, и относясь съ глубокимъ негодованіемъ къ этой дикой выходкѣ, постановило выразить свое искреннее сожалѣніе по поводу полученнаго Медицинскимъ Обществомъ оскорбленія и пожелать ему успѣха въ помощи, которую оно можетъ оказать д-ру *Эпштейну*, въ полученіи имъ путемъ судебнаго приговора удовлетворенія за понесенное имъ оскорбленіе.

Вице-предсѣдатель *М. Заусайловъ*.
Секретарь *М. Болоховскій*.

Екатеринославъ. 7-го декабря 1904 г.

CLXII. М. Г.! Не откажите въ помѣщеніи слѣдующихъ строкъ.

Совѣщаніе врачей Анапьевскаго Земства, собравшись на своемъ очередномъ засѣданіи, постановило выразить сочувствіе товарищу *Забусову*, сдѣлавшемуся жертвой гнуснаго насилія генерала Ковалева. Глубоко возмущенные какъ отвратительнымъ поступкомъ генерала Ковалева, такъ и дальнѣйшимъ ходомъ этого дѣла, врачи надѣются, что не только всѣ русскіе врачи, но и все мыслящее русское общество присоединится къ этому протесту.

Земскіе врачи: *Гиндинъ*, *Гребенниковъ*, *Маленюкъ*, *С. Яблоневъ*, *Б. Поповъ*, *К. Бергеръ*, *С. Скворцовъ*, *В. Товстицкій*, *Стонисъ*, *Рейкманъ*, *Мацієвскій*.

Анапьевъ. 15-го декабря 1904 г.

CLXIII. Открытое письмо врачамъ Московскаго Университета выпуска 1903 г.

Довожу до свѣдѣнія товарищей, врачей Московскаго Университета выпуска 1903 г., что Уставъ нашего Общества, выработанный Бюро, избраннымъ на послѣднемъ курсовомъ Собраніи 15/x 1903 г., и принятый на общемъ Собраніи товарищей 17/III 1904 г., по видимому, близокъ къ утвержденію министромъ внутреннихъ дѣлъ. Въ виду этого необходимо, чтобы товарищи сообщили свои настоящіе адресса и внесли членскіе взносы за 1904 г.

Вслѣдствіе моего отъѣзда на Дальній Востокъ, секретаремъ и казначеемъ нашего Общества избранъ *А. Н. Рябинкинъ* (Москва, Нѣмецкая ул., собств. д.), къ которому и слѣдуетъ обращаться по всѣмъ дѣламъ.

Михаилъ Колосовъ.

Москва. 16/XII 1904 г.

CLXIV. М. Г.! Позвольте мнѣ чрезъ посредство «Русскаго Врача» обратиться къ бывшимъ сотрудникамъ «Спутника Здоровья» съ просьбою, чтобы они сообщили мнѣ, какъ поступить съ оригиналами ихъ статей, сданныхъ въ редакцію до сентября 1904-го года. Дѣло въ томъ, что съ февраля по іюнь (когда «Спутникъ Здоровья» прекратился) я завѣдывала дѣлами редакціи; съ сентября-же, когда этотъ журналъ началъ выходить въ новомъ видѣ, я въ немъ больше не работаю и, не имѣя никакихъ инструкцій отъ издателя д-ра *А. О. Дуката*, не знаю, какъ слѣдуетъ распорядиться съ оставшимся у меня редакціоннымъ матеріаломъ.

Добиваться инструкцій отъ *А. О. Дуката* было-бы слишкомъ мѣшкотно: на это у меня пошло уже 4 мѣсяца, а такъ какъ д-ръ *Дукатъ* служитъ на войнѣ, на санитарномъ поѣздѣ, который постоянно крейсируетъ, то дальнѣйшая переписка съ нимъ, очевидно, не обѣщаетъ особеннаго успѣха.

Въ виду этого я позволяю себѣ обратиться съ вышеизложенной просьбой непосредственно къ авторамъ статей. Мой адрессъ: Волосово, ст. Балтійской ж. дороги, село Клопицы, земскому врачу.

Л. А. Егунова.

18/XII 1904 г.

CLXV. М. Г.! Въ № 50 «Русскаго Врача» помѣщено письмо д-ра *Н. А. Золотавина*, недоумѣвающаго о причинахъ невыхода «Трудовъ» 2-го Съѣзда дѣятелей по климатологіи, гидрологіи и бальнеологіи, бывшаго въ сентябрѣ 1903 г. въ Пятигорскѣ. Спѣшу успокоить товарища, что «Труды» печатаются и будутъ разосланы членамъ Съѣзда весною 1905 г. Задержка вызвана главнымъ образомъ самими членами Съѣзда, ибо нѣкоторые доклады удалось получить лишь черезъ годъ. Сколь-же интересующій товарища докладъ Русскаго бальнеологическаго Общества уже «увѣковѣченъ» въ печати и былъ въ видѣ отдѣльной брошюры розданъ всѣмъ членамъ Съѣзда до засѣданія и, кромѣ того, напечатанъ въ «Протоколахъ» Общества.

Бывшій предсѣдатель Правленія 2-го Съѣзда *В. Сигристъ*.

Петербургъ. 19-го декабря 1904 г.

CLXVI. Открытое письмо къ д-ру Н. П. Забусову.

Общество Ярославскихъ врачей въ засѣданіи 20-го сего декабря постановило выразить Вамъ, товарищъ, свое сожалѣніе по поводу Вашихъ несбывшихся надеждъ на судебное разбирательство, къ которому ни Вы, ни Вашъ повѣренный «по упущенію» не были даже вызваны и свое глубокое негодованіе по поводу тайныхъ обвиненій ген. Уссаковскаго и прочихъ, надѣясь вмѣстѣ съ Вами, что Вамъ будетъ дана возможность найти правду въ судѣ. Ваше дѣло, товарищъ, есть дѣло всего врачебнаго сословія, больше того, всего русскаго общества.

Предсѣдатель Общества Ярославскихъ врачей *Георгіевскій*.

Ярославль. 21-го декабря 1904 г.

CLXVII. М. Г.! Не откажите помѣстить слѣдующее постановленіе Правленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи.

Правленіе Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи, слѣдя за дѣломъ д-ра *Н. П. Забусова* съ самаго возникновенія этого дѣла и воздерживаясь отъ какихъ-бы то ни было окончательныхъ сужденій и мѣропріятій въ ожиданіи праваго судебнаго приговора, по разсмотрѣніи всей совокупности данныхъ, которыя имѣются въ распоряженіи Правленія въ настоящее время, постановило:

1) Не ограничиваясь выраженіями сочувствія потерпѣвшему члену Общества *Н. П. Забусову* и негодованія по поводу тяжкаго физическаго и нравственнаго истязанія, которому подвергъ его ген. Коваленъ, оказать самое дѣятельное моральное и матеріальное содѣйствіе пострадавшему товарищу въ правдивомъ освѣщеніи этого дѣла.

2) Такъ какъ этой звѣрской расправѣ д-ръ *Н. П. Забусовъ* подвергся, будучи обманнымъ образомъ призванъ къ исполненію долга врача, отъ чего онъ по нравственному обязательству не могъ уклониться, — возбудить въ надлежащихъ сферахъ ходатайства о законодательныхъ гарантіяхъ неприкосновенности личности врача при исполненіи имъ профессіональныхъ обязанностей, тѣмъ болѣе, что по существующимъ законоположеніямъ врачъ за неявку къ больному можетъ подлежать уголовной отвѣтственности.

3) Въ цѣляхъ всесторонняго обсужденія дѣла д-ра *Н. П. Забусова* и вытекающихъ изъ него вопросовъ созвать въ ближайшемъ будущемъ экстренное Собраніе членовъ Общества [1]).

М. Нижегородцевъ, *П. Садовскій*, *А. Рутковскій*.

Петербургъ. 21-го декабря 1904 г.

CLXVIII. Открытое письмо врачамъ выпуска 1880 г. Медико-Хирургической Академіи.

Въ половинѣ декабря 1905 г. исполняется 25-лѣтіе дѣятельности врачей выпуска 1880 г. Медико-Хирургической Академіи. Не найдутъ-ли товарищи нужнымъ вспомнить прожитую $^1/_4$ вѣка и подвести итоги за это время? Думаю, что небезинтересно да и небезполезно подѣлиться, что сдѣлано, пережито и передумано за это время. Изъ 246 окончившихъ курсъ не мало есть профессоровъ, военныхъ, земскихъ и др. врачей, работающихъ на различныхъ поприщахъ медицинской дѣятельности. Съ своей стороны, я-бы предложилъ товарищамъ, живущимъ въ Петербургѣ, образовать изъ себя Комитетъ и выработать планъ предстоящаго ознаменованія 25-лѣтія.

Д. Никольскій.

Петербургъ. 20/XII 1904 г.

CLXIX. М. Г.! Въ № 47 «Русскаго Врача» помѣщено письмо *Д. А. Соколова*, въ которомъ, между прочимъ, указывается на нѣкоторые пропуски въ протоколахъ, напечатанныхъ въ «Трудахъ» Общества дѣтскихъ врачей за 17-й и 18-й годы.

Общество дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ, въ засѣданіи своемъ 8-го декабря 1904 г., выслушавъ по поводу этого письма объясненія секретаря, составлявшаго протоколы, д-ра *М. А. Гржибовскаго*, нашло замѣчанія *Д. А. Соколова* справедливыми и постановило просить Васъ, чтобы возстановить происходившее, напечатать въ «Русскомъ Врачѣ» слѣдующее:

1) Въ засѣданіи Общества дѣтскихъ врачей 15-го мая 1902 г. *Д. А. Соколовъ* демонстрировалъ 9-лѣтняго мальчика съ *циррозомъ печени*, поступившаго въ клинику дѣтскихъ болѣзней Женскаго Медицинскаго Института въ сентябрѣ 1901 г.; у мальчика былъ рѣзко выраженный асцитъ, отеки ногъ и мошонки; поставленное на основаніи анамнеза и объективнаго изслѣдованія распознаваніе цирроза печени подтвердилось дальнѣйшимъ изслѣдованіемъ выпущенной изъ брюшной полости жидкости, оказавшейся транссудатомъ.

Послѣ безплоднаго лѣченія общепринятыми способами и новаго накопленія транссудата послѣ прокола, примѣнено было *кормленіе* исключительно *печенкой*, при чемъ черезъ недѣлю наступило рѣзкое увеличеніе количества мочи, отеки и асцитъ стали исчезать, и мальчикъ въ дальнѣйшемъ совершенно оправился и поднялся въ вѣсѣ; печень оказалась неравномѣрно уменьшенной въ размѣрахъ, плотной и неровной.

---

[1]) Мы получили извѣстіе, что по поводу дѣла товарища *Н. П. Забусова* собираетъ своихъ членовъ на экстренное Собраніе и Общество русскихъ врачей въ Петербургѣ. Правленіе Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*, по словамъ общихъ газетъ, тоже предложило товарищу *Забусову* активную помощь. Горячо привѣтствуемъ этотъ добрый починъ глубокоуважаемыхъ Обществъ. Быть можетъ, объединеннымъ протестомъ оскорбленной многотысячной отечественной врачебной семьѣ и удастся добиться справедливости по этому дѣлу у судей нелицепріятныхъ. *Ред.*

2) Въ томъ-же засѣданіи д-ръ *П. Я. Корольковъ* сдѣлалъ сообщеніе о «*Случаѣ мелкоклѣточковой саркомы забрюшинныхъ железъ у ребенка*» и показалъ больного съ *спастической диплегіей*.

3) Въ засѣданіи 16-го апрѣля 1903 г. *Д. А. Соколовъ* показалъ изготовленныя по его указаніямъ *интубаціонныя трубки изъ краснаго мягкаго каучука*.

Вице-предсѣдатель Общества *Р. Петерсъ*.

Петербургъ. 23/XII 1904 г.

CLXX. М. Г.! По поводу Общаго Собранія Кассы *Чистовича* 21-го октября 1904 г. и «моего обычнаго о немъ отчета въ № 45 и 49 «Русскаго Врача» часть членовъ Коммиссіи по пересмотру устава помѣстила въ №№ 47 и 50 по моему адресу 2 крайне оскорбительныя письма, направленныя противъ меня, какъ личности и какъ дѣятеля Кассы *Чистовича*.

Имѣя въ виду интересы дѣла товарищеской самопомощи, я не считалъ себя вправѣ уклониться отъ брошеннаго мнѣ вызова; а изъ уваженія къ печатному органу и его аудиторіи ограничилъ свою послѣдующую полемику (см. № 49) приведеніемъ лишь фактовъ, игнорируя некорректность литературныхъ пріемовъ моихъ оппонентовъ, какъ чисто личное дѣло. Ничего не возражая по существу публично предъявленныхъ мною фактовъ, 4 мои оппонента (5-ый д-ръ *Корчагинъ* въ дальнѣйшемъ отказался присоединиться къ нимъ; см. его письмо въ № 51) теперь сами желаютъ прекратить начатую ими полемику и предлагаютъ передать все дѣло на товарищескій судъ. Противъ собственнаго желанія вовлеченный въ полемику, я съ самаго ея начала заявилъ редактору «Русскаго Врача» о предпочтительности въ данномъ случаѣ суда товарищескаго. Та часть конфликта, которая представляетъ общественный интересъ для всѣхъ участниковъ Кассы, уже достаточно выяснена въ № 45, 48 и 49 «Русскаго Врача». Наконецъ, главная цѣль, къ которой я настойчиво стремился цѣлыхъ 5 лѣтъ—пересмотръ устава—мнѣ удалось добиться: пересмотръ начатъ въ Общемъ Собраніи 1 декабря. Всѣ остальныя подробности этой партійной борьбы и возникшаго на ея почвѣ остраго конфликта между мной и оппозиціонной частью участниковъ, съ одной стороны, и частью Коммиссіи и Комитета, съ другой—имѣютъ характеръ, по видимому, личныхъ счетовъ и едва ли представляютъ интересъ для публики. И некогда, да и не хочется, особенно теперь, заполнять страницы этимъ мертвымъ балластомъ. Поэтому я очень радъ согласію моихъ оппонентовъ воспользоваться товарищескимъ судомъ и предлагаю его въ той именно формѣ, за которую я всегда ратовалъ и устно и печатно: судъ третейскій. Въ случаѣ ихъ согласія прошу указать своего представителя, дабы совмѣстно съ моимъ выбрать 3-го арбитра и возможно скорѣе закончить самое дѣло.

Отказываясь отъ дальнѣйшей полемики, я не считаю возможнымъ обойти молчаніемъ и то послѣднее обвиненіе, отъ котораго не удержались мои оппоненты въ письмѣ въ № 50: «Для характеристики укажемъ на слѣдующій пріемъ д-ра *Амстердамскаго*: обвинивъ въ Общемъ Собраніи 21 октября предсѣдателя Коммиссіи въ томъ, что 6 мѣсяцевъ онъ не даетъ дальнѣйшаго хода выработанному Коммиссіей проэкту устава, д-ръ *Амстердамскій* скрылъ отъ Общаго Собранія, что проэктъ въ теченіи всего этого времени онъ д-ръ *А.*, самъ задержалъ у себя и *забросилъ* секретарю Коммиссіи только за *1—2 дня* до этого Общаго Собранія. Секретарь, не бывъ въ Общемъ Собраніи 21 октября, не могъ во-время открыть глаза присутствовавшимъ на поступокъ д-ра *Амстердамскаго*». Подписали этотъ документъ предсѣдатель Коммиссіи *А. Заболотскій* и члены *В. Гребенщиковъ*, *Ф. Чистовичъ*, секретарь *Г. Епифановъ*.

Безъ лишнихъ словъ я сошлюсь на подлинное заявленіе д-ра *Заболотскаго*, сдѣланное имъ въ Общемъ Собраніи 21-го октября, что *проэктъ устава пролежалъ у него все лѣто на письменномъ столѣ безъ движенія*, такъ какъ онъ, *Заболотскій*, не считалъ себя въ правѣ передавать дѣло Комитету до тѣхъ поръ, пока д-ръ *Амстердамскій* не представитъ ему отдѣльнаго экземпляра своей работы. Спрашивается — какая тутъ логическая связь между фактомъ нахожденія одного экземпляра устава у д-ра *Заболотскаго* вмѣстѣ со всѣми остальными матеріалами Коммиссіи, закончившей свою работу, и фактомъ нахожденія другого экземпляра у меня? Экземпляръ этотъ полученъ мною отъ секретаря въ самомъ концѣ мая (позднѣе 24-го); взятъ для исправленія моего собственнаго экземпляра проэкта, при томъ на короткій срокъ—всего на нѣсколько дней и уже въ первыхъ числахъ іюня, не позднѣе 5-го, былъ лично мною принесенъ по адресу секретаря. Но за его отъѣздомъ на продолжительный срокъ изъ Петербурга, экземпляръ остался у меня на сохраненіи до востребованія. Таковое послѣдовало только въ октябрѣ. Заѣхавъ въ мое отсутствіе ко мнѣ на квартиру, д-ръ *Епифановъ* просилъ вернуть ему экземпляръ, что мною и было исполнено вскорѣ. Такъ какъ д-ра *Епифанова* я не засталъ дома, то передалъ уставъ швейцару.

Комментаріи, конечно, излишни; предоставляю самимъ читателямъ оцѣнить по достоинству выходку д-ра *Заболотскаго* и его сотоварищей.

А. Амстердамскій.

Петербургъ. 23-го декабря 1904 г.

ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

2629. Проф. Московскаго Университета *А. И. Поспѣловъ*, прослужившій 30 лѣтъ, Совѣтомъ медицинскаго факультета *избранъ профессоромъ еще на 5 лѣтъ* («Русское Слово», 14 декабря).

2630. Д-ръ *К. К. Скробанскій* по прочтеніи 2-хъ пробныхъ лекцій удостоенъ Конференціей В.-Медицинской Академіи званія *ч. преподавателя* по каѳедрѣ акушерства и женскихъ болѣзней («Новости», 14 декабря).

2631. Въ Харьковскомъ Университетѣ защищалъ диссертацію д-ръ *Гурченовъ* на тему—«*Къ вопросу о вліяніи фармакологическихъ веществъ на сократительную дѣятельность матки*» («Харьковскій Листокъ», 12 декабря).

2632. 11-го декабря въ Кіевѣ *тепло провожали* д-ра *А. З. Лазарева*, отправлявшагося на Дальній Востокъ («Кіевское Слово», 12 декабря).

2633. Отбыли на Дальній Востокъ: 14-го декабря, изъ Петербурга, *санитарный поѣздъ* имени Наслѣдника Цесаревича въ составѣ 3 врачей, 10 сестеръ милосердія и 45 санитаровъ и 21-го декабря, изъ Петербурга-же *Гессенскій полевой лазаретъ* на 50 кроватей въ составѣ 2 врачей, 3 сестеръ милосердія, 3 фельдшеровъ и 86 санитаровъ («Новое Время», 15 и 22 декабря).

2634. Ямбургская уѣздная земская Управа предоставляетъ эвакуируемымъ съ Дальняго Востока раненымъ *15 безплатныхъ коекъ въ Ямбургской и 10 въ Нарвской земскихъ больницахъ* («Новое Время», 17 декабря).

2635. Л. В. Голубевъ открылъ въ Читѣ на свои средства *здравницу для слабыхъ воиновъ* («Сибирская Жизнь», 8 декабря).

2636. Канцелярія женскаго патріотическаго Общества проситъ насъ сообщить, что на дняхъ поступятъ въ обращеніе, на ряду съ обыкновенными почтовыми марками, особыя *художественно исполненныя* Экспедиціею заготовленія государственныхъ бумагъ *марки большого формата*: заграничныя, загородныя, городскія и для открытыхъ писемъ. На заграничныхъ маркахъ изображенъ видъ Кремля, на загородныхъ—памятникъ Петра Великаго въ Петербургѣ, на городскихъ—памятникъ Минина и Пожарскаго, а на маркахъ, предназначенныхъ для открытыхъ писемъ—памятникъ адм. Нахимова въ Севастополѣ. Въ продажѣ каждая такая марка будетъ стоить на 3 копѣйки дороже соотвѣтствующей ей по номинальной стоимости. Полученный этимъ путемъ доходъ послужитъ къ усиленію средствъ образованнаго при женскомъ патріотическомъ Обществѣ *фонда въ пользу сиротъ воиновъ дѣйствующей арміи*. Продажа марокъ будетъ производиться не только у завѣдующаго этимъ дѣломъ почетнаго старшины Общества Ф. Б. Бернштейнъ (Петербургъ, Адмиралтейскій каналъ, 23), но и въ почтово-телеграфныхъ конторахъ обѣихъ столицъ, губернскихъ и нѣкоторыхъ большихъ городовъ. Изданіе марокъ ограничено опредѣленнымъ количествомъ, по распродажѣ котораго марки эти воспроизводимы не будутъ.

2637. Въ числѣ пропавшихъ болѣе 100 тюковъ изъ 120, посланныхъ Москвою на Дальній Востокъ, украденъ и тюкъ *съ приборами для Roenigen'овскаго кабинета* («Новое Время», 17 декабря).

2638. Высочайше учрежденная Коммиссія по борьбѣ съ чумою и холерой объявляетъ, что *въ Гурьевскомъ уѣздѣ, Уральской области*, въ Сарайчиковской и Яманхалинской станицахъ въ серединѣ ноября появились заболѣванія, которыя по признакамъ и по очень большой смертности возбудили подозрѣніе относительно *легочной формы бубонной чумы*. Откуда была занесена эпидемія, пока не установлено; выяснилось только, что первые случаи заболѣванія появились въ одной киргизской семьѣ, гдѣ умерли 2; затѣмъ болѣзнь стала распространяться сначала среди киргизовъ, потомъ перешла и на казачье населеніе. Съ начала эпидеміи—съ 11 ноября по 13 декабря умерли въ станицахъ Яманхалинской и Зарайчиковской и въ 9 землянкахъ 190 чел. Съ 13 по 15 декабря вновь заболѣли чумой въ станицахъ Сорочинской—5, Яманхалинской—6 и Сарайчиковской—23, умерли въ станицахъ Сорочинской—4, Яманхалинской—3 и Сарайчиковской—28.

Холерная эпидемія на Кавказѣ—въ мѣстѣ наибольшаго ея распространенія—въ Эриванской губ. значительно ослабѣла. Съ 8 по 15 декабря въ губерніи заболѣли 25, умерли 26 чел. Изъ остальныхъ мѣстностей Кавказа заболѣванія продолжаютъ наблюдаться главнымъ образомъ въ Ленкоранскомъ уѣздѣ, Бакинской губ., гдѣ съ 1 по 8 декабря умерли отъ холеры 268 чел. *Въ Баку* съ 8 по 11 декабря заболѣли 5, умерли 4, въ Балахахъ заболѣли 2, умеръ 1. Въ Елизаветпольской губ. наблюдались единичные случаи. Въ Тифлисѣ холерныхъ заболѣваній съ 24 ноября по 11 декабря не было. *Въ Закаспійской области* единичные случаи продолжали наблюдаться только въ Асхабадѣ, гдѣ съ 3 по 8 декабря заболѣли 3; въ Ташкентѣ 12 декабря заболѣлъ 1. *Въ Саратовской губ.* съ 8 по 14 декабря въ Царицынѣ заболѣли 8, умерли 3. *Въ Самарской губ.* заболѣванія наблюдались только въ Николаевскомъ уѣздѣ, гдѣ съ 8 по 14 декабря обнаруженъ 1 случай. *Въ Астраханской губ.* съ 7 по 14 декабря былъ 1 случай холеры въ хуторѣ Букатинѣ.

2639. *Объ отмѣнѣ новыхъ санитарныхъ правилъ* отъ 11 ав-

густа 1903 г. и 10 іюня 1904 г. *по борьбѣ съ чумою и холерой* постановило ходатайствовать и *Екатеринославское* губернское земское Собраніе (см. № 44, стр. 1490, № 47, стр. 1602, № 49, стр. 1675, № 50, стр. 1711, № 51, стр. 1732). Собраніе, по словамъ «Новаго Времени» (15 декабря), приняло, кромѣ того, предложеніе Управы ходатайствовать о временномъ возстановленіи прежде дѣйствовавшихъ правилъ, объ общемъ пересмотрѣ при участіи представителей земствъ законодательства о борьбѣ съ эпидеміями и разрѣшило кредитъ въ 200000 р. для выполненія предположеній Управы относительно борьбы съ холерной эпидеміей, заключающихся въ производствѣ санитарныхъ осмотровъ, организаціи санитарныхъ Попечительствъ, изслѣдованіи питьевой воды и широкой организаціи врачами популярныхъ чтеній о холерѣ, устройствѣ и оборудованіи изоляціонныхъ бараковъ и пр.

2640. Бюро совѣщательнаго Съѣзда желѣзнодорожныхъ врачей любезно извѣстило насъ, что 9-го марта 1900 г. при Управленіи желѣзныхъ дорогъ учреждена денежная *премія имени желѣзнодорожнаго врача А. А. Вырубова для поощренія русскихъ работъ въ области желѣзнодорожной медицины и гигіены*. Разсмотрѣніе работъ, представляемыхъ на соисканіе преміи, возложено 3-мъ совѣщательнымъ Съѣздомъ желѣзнодорожныхъ врачей на Бюро Съѣзда. Работы, признанныя Бюро наилучшими, будутъ представлены затѣмъ на оцѣнку будущему 4-му совѣщательному Съѣзду, которымъ и будетъ присуждена премія. Премія образуется изъ наросшихъ въ теченіи 3-хъ лѣтъ %-въ съ основного капитала въ 2000 р. и тѣхъ приращеній къ нему, кои могутъ образоваться изъ новыхъ поступленій на ту-же премію. Премія присуждается полностью и ни въ какомъ случаѣ не раздѣляется. На соисканіе преміи могутъ быть представлены печатные труды, вышедшіе въ свѣтъ не ранѣе 1902 г., а равно и рукописи, съ тѣмъ однако условіемъ, чтобы, въ случаѣ назначенія преміи за рукописный трудъ, таковая выдавалась не прежде напечатанія средствами автора премированнаго труда. Работы на соисканіе преміи должны быть доставлены не позже *1-го мая 1905 г.* въ Бюро совѣщательнаго Съѣзда желѣзнодорожныхъ врачей (Петербургъ, Екатерининскій каналъ, д. 10).

2641. 18-го декабря Петербургскіе врачи по обычаю праздновали *годовой день основанія* воспитавшей ихъ *Академіи*. На этотъ разъ дѣло не ограничилось однимъ лишь традиціоннымъ обѣдомъ, а, отдаваясь охватившему въ послѣднее время все интеллигентное русское общество политико-соціальному движенію, Петербургскіе врачи, собравшіеся на товарищескій ужинъ въ числѣ болѣе 300 чел., послѣ горячихъ рѣчей нѣсколькихъ товарищей, восторженно приняли выработанную ad hoc резолюцію, аналогичную резолюціямъ цѣлаго ряда другихъ общественныхъ группъ, и послали привѣтственныя телеграммы *Ѳ. Ѳ. Эрисману*, Московскому городскому головѣ кн. Голицыну и предсѣдателю Черниговскаго губернскаго земскаго Собранія г. Муханову.

2642. 29-го октября въ засѣданіи Воронежскаго Общества охраненія народнаго здравія обсуждалась *судьба* издающагося Обществомъ органа общественной медицины *«Медицинская Бесѣда»*. Оказывается, цензура въ Воронежѣ положительно свирѣпствуетъ: не только оригинальныя статьи, предназначенныя къ печати, возвращаются цензурой въ редакцію журнала на $^3/_4$ изуродованными, но перечеркиваются краснымъ карандашемъ даже перепечатки изъ другихъ изданій. Все это обезличиваетъ журналъ и дѣлаетъ его безъинтереснымъ, что, конечно, вызываетъ сокращеніе подписки. Вслѣдствіе такого положенія вещей, денежныя дѣла «Медицинской Бесѣды» пришли въ состояніе крайняго упадка, и Совѣтъ Общества принужденъ внести на разсмотрѣніе Общества вопросъ о прекращеніи этого послѣдняго въ Россіи органа общественной медицины, какъ выразился д-ръ *А. И. Шингаревъ*; средства у Общества на изданіе журнала изсякли, а въ перспективѣ предстоятъ одни дефициты. Послѣ горячихъ преній Обществомъ было постановлено: продолжать пока изданіе «Медицинской Бесѣды» на прежнихъ условіяхъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ ходатайствовать объ отмѣнѣ предварительной цензуры, которой оно подлежитъ; кромѣ того, постановлено изыскать средства къ поддержанію изданія путемъ публичныхъ лекцій и обращенія къ членамъ Общества съ просьбой скорѣйшаго ими внесенія членскихъ взносовъ. Такимъ образомъ гибель «Медицинской Бесѣды» надо считать пока отсроченной («Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», № 23).

2643. Въ декабрѣ текущаго года исполнилось *25-лѣтіе «Kroniki lekarskiej»*.—Отъ души желаемъ почтенному журналу дальнѣйшей плодотворной дѣятельности.

2644. Глубокоуважаемый *А. В. Рутковскій*, секретарь Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи, проситъ насъ сообщить, что *въ субботу 8-го января* будетъ *экстренное Общее Собраніе* членовъ Общества, главнымъ предметомъ котораго будетъ *дѣло д-ра Н. П. Забусова*.

2645. Съ необычайнымъ удовольствіемъ перепечатываемъ изъ «Новаго Времени» (19 декабря) слѣдующія строки: «Профессора Казанскаго Университета: *Д. Гольдгаммеръ*, *Н. Заюскинъ*, *А. Піонтковскій*, *Д. Зейлигеръ*, *К. Арнштейнъ*, *Г. Шершеневичъ*, *М. Капустинъ*, *Б. Польновъ*, *Д. Корсаковъ*, *А. Александровъ*, *Н. Любимовъ*, *Н. Масловскій*, *Д. Тимоѳеевъ*, *И. Савченко* и *А. Остроумовъ* просятъ насъ напечатать слѣдующее заявленіе: Возмущенные до глубины души возможностью въ Россіи такого истязанія, физическаго и нравственнаго, какому подвергся врачъ *Н. П. Забусовъ*, и съ ужасомъ прочтя его трагическій вопль о помощи, мы считаемъ своимъ нравственнымъ долгомъ выразить *Н. П. Забусову* полное наше сочувствіе и твердую надежду, что дѣло его не останется безъ пересмотра и что для русскаго врача въ XX вѣкѣ найдется такой судъ, которымъ гордился прусскій мельникъ въ XVIII».—Честь и слава ученой коллегіи, первой откликнувшейся изъ стѣнъ храма науки на живое дѣло, лежащееся позоромъ на все русское общество!

2646. Напечатанный въ «Нашихъ Дняхъ» (20 декабря) отчетъ объ *общемъ Собраніи Петербургскихъ присяжныхъ повѣренныхъ* 19-го декабря заканчивается слѣдующими словами: «Въ заключеніе общее Собраніе постановило выразить сочувствіе прибывшему въ Петербургъ д-ру *Забусову* и сообщить ему, что нѣкоторые члены охотно готовы оказать ему возможную юридическую помощь и содѣйствіе для возстановленія его попранныхъ правъ»...

2647. «Наши Дни» (19 декабря) сообщаютъ, что группа лицъ изъ Петербургской интеллигенціи *послала въ Асхабадъ д-ру Н. П. Забусову телеграмму* съ выраженіемъ своего сочувствія и съ совѣтомъ немедленно хлопотать о пересмотрѣ дѣла.

2648. Въ Виленскомъ медицинскомъ Обществѣ на 1905 г. *избраны*: предсѣдателемъ *А. В. Войничъ*, товарищемъ его *С. Т. Мареничъ*, секретарями д-ръ *Ѳ. А. Ляпидесъ* и д-ръ *Завадскій*, библіотекаремъ—*Ю. И. Суморокъ*, кассиромъ *Л. М. Рудзевичъ*, лаборантомъ—*А. В. Войничъ* и консерваторомъ—*К. П. Стефановскій* («Сѣверо-Западное Слово», 16 декабря).

2649. Намъ сообщаютъ, что въ составъ Правленія открывшагося въ Петрозаводскѣ *Общества врачей Олонецкой губерніи* (см. № 51, стр. 1733) избраны: предсѣдателемъ *Н. И. Гуревичъ*, вице-предсѣдателемъ *И. И. Степановъ*, секретаремъ и казначеемъ *И. А. Шехманъ* и библіотекаремъ *И. К. Мейеръ*.

2650. Мы уже сообщали о томъ (см. № 49, стр. 1675), что 27-го минувшаго октября въ Хабаровскѣ открылось *временное медицинское Общество*. Открытіе этого Общества, какъ передаютъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 23), состоялось не совсѣмъ обычнымъ путемъ, т. е. не по почину врачей, а по приказу начальства—ген. Линевича. Приказомъ этимъ предлагалось «всѣмъ врачамъ, проживающимъ въ Хабаровскѣ, составить свое медицинское Общество, въ которомъ каждый изъ врачей могъ-бы подѣлиться своими наблюденіями съ товарищами-коллегами». Приведя приказъ объ учрежденіи Общества, «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» говорятъ: «И такъ, новое медицинское общество открылось и начало дѣйствовать во славу медицинской науки! Нѣтъ сомнѣнія, что въ Амурскомъ краѣ начнутъ учреждаться медицинскія общества и въ другихъ гарнизонахъ, какъ это предлагается начальствомъ. Работа этихъ новыхъ ученыхъ обществъ на востокѣ пойдетъ какъ по маслу. Иначе и не можетъ быть въ военное время и по военному приказу. Послѣднимъ все намѣчено впередъ: дни и часы собраній, предсѣдатели, порядокъ занятій, будутъ намѣчены даже научныя темы для разработки и предложены членамъ. Не забыть вопросъ и о публикѣ. Публика военнаго собранія: члены, гости и дамы присутствуютъ на засѣданіяхъ безплатно. Однимъ словомъ, будетъ соединено пріятное съ полезнымъ, а, такъ какъ всѣ доклады и вопросы, прежде чѣмъ будутъ доложены на собраніи, пройдутъ цензуру правленія, то всякое неудобство отъ присутствія собранскихъ дамъ и гостей будетъ заранѣе устранено, и щекотливые доклады изъяты. Поживемъ, увидимъ, что изъ всей этой генеральской затѣи выйдетъ, и дѣйствительно-ли у насъ возможно создавать ученыя общества, которымъ начальство приказываетъ «работать на пользу науки». Видимо, лавры ген. Надарова въ Харбинѣ не давали спокойно спать кому-то въ Хабаровскѣ».

2651. Намъ сообщаютъ, что въ г. Луцкѣ 30-го минувшаго ноября *тепло чествовали д-ра Л. Ф. Яра* по поводу исполнившагося *50-лѣтія его врачебной дѣятельности*. Собравшимися въ домѣ юбиляра прочитаны были адрессы—одинъ отъ всѣхъ врачей, проживающихъ въ Луцкѣ, другой—отъ членовъ Совѣта еврейской больницы, которою онъ завѣдывалъ нѣсколько лѣтъ. Въ послѣднемъ адрессѣ приведено постановленіе Совѣта повѣсить портретъ юбиляра въ больницѣ.

2652. Намъ сообщаютъ, что товарищи и сослуживцы Яузской больницы въ Москвѣ *тепло чествовали* старшаго врача этой больницы *И. И. Шлоссберга* по случаю *30-лѣтія его службы въ больницѣ*, при чемъ собрали 100 р. для внесенія членскаго взноса имени *И. И.* въ учреждаемое Общество Крымскаго Санаторія для врачей. Кромѣ того, посланы были телеграммы находящимся на войнѣ ординаторамъ больницы д-рамъ *Померанцеву*, *Огородову* и *Ярусову* съ сожалѣніемъ объ ихъ отсутствіи въ этотъ день въ средѣ товарищей.

2653. Общество врачей Восточной Сибири избрало *въ почетные члены* врача Кузнецовской больницы, завѣдующаго психіатрическимъ ея отдѣленіемъ *В. А. Брянцева* по поводу исполняющагося 25-лѣтія завѣдыванія имъ этимъ отдѣленіемъ, и бывшаго врачебнаго инспектора Иркутской губерніи — *Н. Е. Маковецкаго* («Восточное Обозрѣніе», 4 декабря).

2654. Намъ пишутъ, что 11 го минувшаго октября въ с. Желѣзницѣ, Порховскаго уѣзда, Псковской губ. *тепло провожали* врача мѣстной частной больницы *В. Е. Немеля*, прослужившаго въ ней 19 лѣтъ, со времени ея открытія, и перешедшаго на другое мѣсто. Позволяемъ себѣ привести изъ полученнаго нами объ этомъ письма нѣсколько строкъ. «Поселившись первымъ медицинскимъ піонеромъ въ нашей непроглядной глуши, переполненной сифилитиками, глазными и другими хроническими больными и вдабавокъ населенной раскольниками, съ недовѣріемъ относящимися къ научной медицинѣ и привыкшими лѣчиться у своихъ знахарей, *В. Е.* долженъ былъ не мало потрудиться надъ тѣмъ, чтобы убѣдить населеніе въ пользѣ врачеванія научнымъ путемъ и пріучить его лѣчиться въ больницѣ и

амбуляторіи»... «За день до отъѣзда вмѣстѣ съ старшинами собралось все окружающее населеніе проститься съ *В. Е.*, при чемъ Догожскимъ волостнымъ старшиной прочитанъ былъ адрессъ, въ которомъ выражалась безграничная благодарность *В. Е.* за понесенный трудъ и оказанную пользу здѣшнему населенію, а также и глубокое сожалѣніе объ его уходѣ»... «Учителями Лемтюховской школы были сказаны очень сердечныя прощальныя рѣчи».

2655. Въ корреспонденціи изъ м. Рокитно, Васильковскаго уѣзда, помѣщенной въ «Кіевскомъ Словѣ» (14 декабря), имѣются *теплыя строки о д-рѣ Карповичѣ*, покинувшемъ это мѣстечко.

2656. *Симбирское уѣздное земское Собраніе постановило*, между прочимъ, *возбудить* слѣдующія *ходатайства*: 1) о томъ, чтобы пришлое населеніе лѣчилось за счетъ тѣхъ земствъ, гдѣ рабочій заболѣлъ; 2) о предоставленіи врачамъ права участія въ уѣздныхъ училищныхъ и спеціальныхъ Совѣтахъ по вопросамъ, касающимся медицинской и санитарной части, съ правомъ совѣщательнаго голоса; 3) о томъ, чтобы земскіе врачи были освобождены отъ рекрутскихъ наборовъ; 4) объ освобожденіи отъ пошлины выписываемыхъ изъ заграницы медикаментовъ («Вѣстникъ Ярославскаго Земства», № 21).

2657. *На медицинскія нужды* Ярославской губ. земскимъ Собраніемъ отпущено *22%* общей смѣты («Днѣпровскій Вѣстникъ», 15 декабря).

2658. Въ статьѣ д-ра *К. Х. Кондорскаго «о больничныхъ библіотечкахъ»* («Врачебно-санитарная хроника Воронежской губ.», № 10) приводится выработанный Валуйскимъ санитарнымъ Совѣтомъ *примѣрный списокъ книгъ для чтенія больныхъ*. Стоимость библіотечки по этому каталогу, содержащему 261 заглавіе, опредѣляется *всего въ 20 р.* Сравнительно съ расходами земства на фармацевтическое лѣченіе, говоритъ авторъ, «этотъ расходъ является ничтожнымъ, между тѣмъ онъ даетъ возможность заполнить пробѣлъ, существующій въ настоящее время въ большинствѣ больницъ,—отсутствіе заботъ о психическомъ воздѣйствіи при лѣченіи болѣзней и усилить просвѣтительное значеніе врачебныхъ пунктовъ». Въ составленномъ Валуйскимъ Совѣтомъ спискѣ «есть дѣтскія книги въ виду того, что въ больницахъ лежатъ и дѣти; далѣе въ немъ больше всего книгъ для легкаго чтенія по беллетристикѣ и при томъ авторовъ, являющихся видными представителями русской и иностранной литературы; затѣмъ слѣдуютъ брошюрки популярно-научныя, составленныя лучшими нашими популяризаторами по географіи, исторіи, естествознанію, сельскому хозяйству и медицинѣ; послѣднія всѣ рекомендованы Пироговскимъ Обществомъ. Брошюрки преимущественно небольшія, чтобы они могли быть скоро прочитаны малограмотными людьми и оставляли цѣльное «впечатлѣніе; на всякій случай внесено 4 брошюрки побольше для лицъ болѣе интеллигентныхъ».

2659. Въ г. Бѣльцахъ открыта *еврейская больница* («Бессарабская Жизнь», 12 декабря).

2660. «Днѣпровскій Вѣстникъ» (15 декабря), со словъ «Бакинскихъ Извѣстій», передаетъ, что *фельдшера Сабунчинской больницы подали коллективный ультиматумъ* завѣдывающему больницей д-ру *Канцелю* со слѣдующими требованіями: «обращаться съ ними по человѣчески—вѣжливо; отвести имъ болѣе подходящія квартиры; предоставить увольненіе фельдшеровъ санитарно-врачебному Совѣту съ участіемъ въ Совѣтѣ 2-хъ представителей отъ фельдшеровъ».

2661. Въ Ялтѣ полиціей и городскимъ санитарнымъ надзоромъ привлекается къ отвѣтственности дачевладѣлецъ городовой врачъ д-ръ *Берлинъ*, въ домѣ котораго случайно, вслѣдствіе смерти угорѣвшаго жильца, обнаружены *совершенно непригодныя жилыя помѣщенія, переполнявшіяся сезонными пріѣзжими больными* («Новое Время», 18 декабря).

2662. 14-го декабря въ Парижскомъ хирургическомъ Обществѣ г. *Doyen* показалъ 5 раковыхъ больныхъ, лѣченныхъ его сывороткой, получаемой путемъ зараженія животнымъ микробомъ, описаннымъ имъ еще въ 1900 г. подъ названіемъ «micrococcus neoformans». Бывшій осенью текущаго года французскій Съѣздъ хирурговъ, какъ мы уже сообщали (см. № 44, стр. 1492), передалъ весь вопросъ о *лѣченіи рака сывороткой Doyen*'а смѣшанной Коммиссіи изъ хирурговъ и бактеріологовъ, при чемъ бактеріологическая сторона дѣла передана была *Pasteur*'овскому Институту, въ частности *И. И. Мечникову*. Показавъ своихъ больныхъ, *Doyen* прочиталъ записку *И. И. Мечникова* касательно микробіологіи раковыхъ опухолей. Въ запискѣ этой сообщается, что въ нѣсколькихъ кусочкахъ неизъязвленныхъ раковъ грудной железы и въ вылущенныхъ лимфатическихъ железахъ обнаруженъ въ чистой разводкѣ «micrococcus neoformans» *Doyen*'а, въ изъязвленныхъ-же этого микроба не было, а найдена синегнойная палочка и стрептококкъ. *И. И. Мечниковъ*, естественно, воздерживается пока отъ всякихъ выводовъ по поводу этой находки, но все-же замѣчаетъ, что въ нѣсколькихъ случаяхъ рака, гдѣ примѣнено было лѣченіе сывороткой *Doyen*'а, «получалось впечатлѣніе», будто замѣтно было улучшеніе. Какъ извѣстно, *Doyen* считаетъ свой «micrococcus neoformans» причиною рака. Предпринятые въ *Pasteur*'овскомъ Институтѣ опыты надъ животными вскорѣ покажутъ, какое значеніе можетъ имѣть находимый въ раковыхъ опухоляхъ микрококкъ для теченія болѣзненнаго процесса и какую роль играетъ увлеченіе въ наболѣвшемъ вопросѣ о чужеядномъ происхожденіи раковъ.

2663. Изъ-за разногласія на врачебномъ Совѣщаніи *между 2-мя венгерскими врачами* д-ромъ *Friedrich*'омъ и д-ромъ *Ungar*'омъ въ Будапештѣ *состоялась дуэль*, во время которой оба врача были ранены («Gazette médicale de Paris», 10 декабря).

2664. Недавно умершій проф. *Tillaux* завѣщалъ *500000 фр.* Парижской Кассѣ потерявшихъ способность къ труду рабочихъ.

2665. Корреспондентъ «The British Medical Journal'а» (24 декабря) передаетъ, что въ Brisbane (Австралія) мѣстная Палата мануфактуръ приняла въ августѣ рядъ рѣшеній, ограничивающихъ *продажу средствъ изъ разряда «собственныхъ»*.

2666. «Medical Record» (17 декабря) даетъ извлеченіе изъ *медицинскаго отчета по американскому флоту за прошлый 1903 г.* Средняя численность личнаго состава равнялась въ отчетномъ году 37248,—немного болѣе, чѣмъ въ 1902 г. Всѣхъ поступленій было 28569, т. е. 782.24‰ (противъ 767.63 въ 1902 г.),—въ томъ числѣ 24545 (671.82‰) по поводу болѣзней и 4024 (110.4) изъ-за поврежденій. Среднее ежедневное число больныхъ было 1289.03 (35.23‰), а общее число больничныхъ дней 470496 или по 12.88 дней на каждаго человѣка личнаго состава и по 16.49 дней на каждый случай заболѣванія. Уволены по неспособности въ отчетномъ году 1541 или 41.37 на 1000 состава (много выше прежнихъ лѣтъ),—въ томъ числѣ 1348 (36.19‰) изъ-за болѣзней и 193 (5.18‰) изъ-за поврежденій. Умершихъ было 224 или 6.01 на 1000,—164 отъ болѣзней (4.4 на 1000 состава) и 60 (1.6) отъ поврежденій. Увеличилась за отчетный годъ заболѣваемость болѣзнями органовъ пищеваренія (болотная лихорадка, поносы, «dengue» и алкоголизмъ дали пониженіе), особенно же венерическими болѣзнями; послѣднія были причиной потери 114571 больничнаго дня; изъ нихъ 1052 заболѣвавія далъ перелой и 816 сифилисъ.

2667. «The Lancet» (24 декабря) въ рубрикѣ военной медицины отмѣчаетъ предложеніе д-ра *W. J. van Slocum*'а, заявленное недавно въ «Centralblatt für Chirurgie» (№ 26), употреблять *для первой перевязки ранъ на полѣ сраженія Перувіанскій бальзамъ*. По *S.*, никакого обеззараживанія раны при этомъ не нужно, и повязка можетъ лежать безъ смѣны не менѣе 20 дней; открытые переломы при такой повязкѣ сопровождаются нагноеніемъ лишь въ 4,5% всѣхъ случаевъ, противъ 17% при лѣченіи по противогнилостной системѣ.

2668. Продолжая свой *календарь событій во врачебномъ мірѣ*, «Gazzetta degli ospedali e delle cliniche» (22 декабря) отмѣчаетъ, что 18 декабря было днемъ смерти *R. Owen*'а (1892), 20—*A. Paré* (1590), а 21 декабря (въ 1811 г.) родился извѣстный анатомъ *K. B. Reichert*.

2669. *Умерли:* 1) 11-го декабря въ Нижнемъ Новгородѣ *Анатолій Викторовичъ Плетневъ* («Нижегородскій Листокъ», 14 декабря), родившійся въ 1868 г., а званіе врача получившій въ 1894 г.—2) Дивизіонный врачъ 51 пѣхотной дивизіи *Василій Ивановичъ Васильевъ* («Правительственный Вѣстникъ», 16 декабря), родившійся въ 1843 г., а званіе врача получившій въ 1866 г.—3) Старшій врачъ Чугуевскаго мѣстнаго лазарета *Михаилъ Ѳедоровичъ Зеленевъ* (тамъ-же), родившійся въ 1861 г., а званіе врача получившій въ 1886 г.—4) Старшій врачъ 1-го Сунженско-Владикавказскаго полка *Іосифъ Максимовичъ Евтлюв* (тамъ-же), родившійся въ 1857 г., а званіе врача получившій въ 1882 г.—5) Окружной врачъ 1-го округа Астраханскаго казачьяго войска *Виталій Александровичъ Басовъ* (тамъ-же), родившійся въ 1858 г., а званіе врача получившій въ 1883 г.—6) Младшій врачъ 43-го Охотскаго полка *Валентинъ Валентиновичъ Чекаевскій* (тамъ-же), родившійся въ 1875 г., а званіе врача получившій въ 1900 г.—7) Младшій врачъ 44-го Камчатскаго полка *Анатолій Ивановичъ Федоровъ* (тамъ-же), родившійся въ 1862 г., а званіе врача получившій въ 1890 г.—8) Младшій врачъ Бендерскаго мѣстнаго лазарета *Лебедевъ* [1]) (тамъ-же).—9) 14-го декабря на Дальнемъ Востокѣ *отъ брюшного тифа Николай Николаевичъ Розановъ* («Биржевыя Вѣдомости», 18 декабря).—10) Въ Иркутскѣ прибывшій съ санитарнымъ отрядомъ изъ Сочи *Иванъ Александровичъ Смирновъ* («Наши Дни» 19 декабря), родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1872 г.—11) Въ Стопницкомъ уѣздѣ *Евсевій Ѳомичъ Патекъ* («Przegląd lekarski», 24 декабря), родившійся въ 1850 г., а званіе врача получившій въ 1875 г.—12) Въ Вержболовѣ *Владиславъ Ивановичъ Синневскій* (тамъ-же), родившійся въ 1837 г., а званіе врача получившій въ 1860 г.—13) Въ Lisboa профессоръ анатоміи *José Antonio Serrano*, родившійся въ 1851 г., а степень врача получившій (въ Lisboa-же) въ 1875 г.,—одинъ изъ выдающихся медиковъ Португаліи («The British Medical Journal», 24 декабря).

Многоуважаемый товарищъ *А. П. Виноградовъ*, Астраханскій врачебный инспекторъ, любезно извѣстилъ насъ, что въ Астраханской губ. имѣются вакантныя должности участковыхъ врачей съ содержаніемъ по 1500 р. въ годъ и разъѣздными по мѣрѣ надобности, а въ нѣкоторыхъ участкахъ и съ квартирою при больницѣ.

Въ 1-ой половинѣ «Указателя» среди русскихъ именъ *пропущены:* на букву Е. (стр. VI)—Ельцина 547 и на букву Л. (стр. VII)—Левоневскій 837.

Усердно просимъ товарища *Н. П. Забусова* не отказать пожаловать въ редакцію или сообщить намъ свой адрессъ.

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» на 1904 г. не значился.

ПРИЛОЖЕНІЕ.

Краткое содержаніе журнальной литературы.

ТОМОВЫЯ ИЗДАНІЯ.

Нѣмецкія.

Archiv für Augenheilkunde, т. XLIX, кн. 4.

1. **S. Brandes.** *Astigmatische Accomodation unter dem Einfluss einseitiger Einwirkung von Homatropin und Eserin.* 23 наблюденія. 2. **L. Alexander.** *Ueber subconjunctivale Kochsalzinjectionen und Schädigungen des Auges nach ihrer Anwendung.* О субконъюнктивальныхъ впрыскиваніяхъ NaCl и о поврежденіяхъ глаза при нихъ. Поврежденія эти—срощенія, гангрена—наблюдаются, по *A.*, въ 5—10% всѣхъ случаевъ. 3. **M. Awerbach** (Москва). *Ueber Pilzconcremente in den Thränenröchen.* О грибковыхъ сросткахъ въ слезныхъ канальцахъ. 4. **R. Kothe.** *Ueber Längsdisparationen und über die Ueberplasticität naher Gegenstände.*

Т. L, кн. 1.

1. **J. Oeller.** *Ein überzähliges monströses Oberlid mit Oberlidcolobom beider Augen.* Случай. 2. **W. Reis.** *Zur Differentialdiagnose der mit Phthisis bulbi combinirten Sarkome.* 3. **J. Fejér.** *Ueber die Erkrankungen des Tarsus mit besonderer Rücksicht auf die Pathologie des Chalazion.* 4. **H. Feilchenfeld.** *Sind die anomalen Trichromaten tauglich zum Eisenbahndienst?* 5. **J. J. Streiff.** *Kryptenblatt und Kryptengrundblatt der serösen Cysten an der vorderen Seite der Iris.*

Т. L, кн. 2.

1. **A. Staerkle.** *Ueber die Schädlichkeit moderner Lichtquellen auf das Auge und deren Verhütung.* Вредъ для глаза новыхъ источниковъ свѣта и предупрежденіе его. 2. **W. Albrand.** *Bemerkungen zu den Leichenveränderungen des menschlichen Auges.* О трупныхъ измѣненіяхъ человѣческаго глаза. 3. **Wicherkiewicz.** *Ueber ein geeignetes Verfahren gegen kleinere Lidcolobome.*

Т. L, кн. 3.

1. **A. Martin.** *Ein neuer Fall von Keratomycosis aspergillina.* 2. **Loeser.** *Zur Kenntniss der oculären Symptome bei Aneurysmen der Carotis interna.* 3. **Cirincione.** *Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage hinsichtlich der Genesis des Glaskörpers.* О генезѣ стекловиднаго тѣла; обзоръ. 4. **А. В. Лотинъ** (Петербургъ). *Zur Frage der gummösen Geschwülste der Sclera.* 5. **A. Senn.** *Meine Erfahrungen über Subconjunctivaltherapie.*

МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Шведскіе.

Hygiea, май.

1. **A. Josefson.** *Jätteväxt.* Случай исполинскаго роста съ признаками акромегаліи (шведъ, 21 г., ростъ 211,5 стм., увеличеніе нижней челюсти). 2. **O. Schauman** och **J. Grönberg.** *Utöfvar den breda bandmasken nagot inflytande på magsaftssekretionen?* Выводитъ изъ 10 наблюденій, что присутствіе широкаго лентеца въ кишкахъ не измѣняетъ замѣтно состава желудочнаго сока. 3. **C. Runborg.** *Hurusom vunnen erfarenhet om lungtuberkulosens spridningssätt indicerar kraftiga profylaktiska åtgärder mot sjukdomen.* Способы распространенія чахотки и ея предупрежденіе. 4. **I. Holmgren.** *Ett praktiskt system för beteckning af andningsljud på schabloner.* Предлагаетъ графическій способъ для обозначенія дыхательныхъ шумовъ на шемахъ. 5. **A. Reuterskiöld.** *Två fall af pankreasblödning* (кровотеченія).

Іюнь.

1. **B. Carlson.** *Om några former af kronisk peritonit i bukens vänstra sidoregion.* О нѣкоторыхъ формахъ затяжного перитонита въ лѣвой сторонѣ живота. 2. **G. Thollander.** *Om difteri i Kisa 1899—1902.* 3. **E. Ekelöf.** *Hälso-och sjukvården under den svenska sydpolarexpeditionen oktober 1901—januari 1904.* Медицинскій отчетъ объ экспедиціи.

Іюль.

1. **J. Widmark.** *Om förekomsten af närsynthet i Djursholms skola jämte några därtill knutna betraktelser.* О близорукости въ школахъ. 2. **M. Möller.** *Iakttagelser vid gonorré hos män.* (Не окончена). 3. **M. Ramström.** *En undersökning öfver nervfördelningen i främre bukväggen i synnerhet i dess peritoneum.* О распредѣленіи нервовъ въ передней стѣнкѣ живота и особенно въ брюшинѣ. 4. **E. Essen-Möller.** *Meddelanden från obstetrisk-gynekologiska kliniken i Lund.* Казуистика.

Августъ.

1. **M. Möller.** Продолженіе статьи о гонорреѣ у мужчинъ. 2. **E. S. Perman.** *Om indikationerna för operation vid appendicit samt redogörelse för å Sabbatsbergs sjukhus opererade fall.* О показаніяхъ къ операціи при аппендицитѣ. Стоитъ за раннюю операцію. 3. **A. Widstrand.** *Studier öfver diazo-reaktionen vid lungentuberkulos och dess prognostiska betydelse.* О діазо-реакціи при легочной бугорчаткѣ и ея значенія для предсказанія. Признаетъ это значеніе большимъ. 4. **A. Josefson.** *Sällsyntare sjukdomsfall II.* Казуистика. (Не окончена). 5. **G. Ahlström.** *Några komplikationer vid herpes zoster ophthalmicus.*

Итальянскіе.

La Clinica Medica Italiana, май.

1. **V. Putti.** *Azione della formalina sul rene.* Опыты. 2. **R. Supino.** *Sul significato vero della bilirubina nelle feci.* 3. **M. Sciallero.** *La cefalopina e l'organoterapia cerebrale.* 4. **G. Galli.** *L'aumento del peso nei malati di cancro dello stomako.* Объ увеличеніи вѣса тѣла у больныхъ ракомъ желудка. 5. **E. Cioffi.** *Sulla pretesa specifica delle nefrolisine.* Отрицаетъ специфичность т. наз. нефролизиновъ.

Іюнь.

1. **M. Truffi.** *Ricerche sulla tricofitina.* 2. **C. Tarchetti.** *Un caso di anchilostomiasi.* Случай со вскрытіемъ. 3. **G. R. Ruata.** *Kala-Azar o splenomegalia tropicale.* 4. **E. Galvagni.** *Sopra un speciale fenomeno appartenente all'ascoltazione della bocca (espirazione sistolica interciia o soffio del cavo orale?).*

Іюль—августъ—сентябрь.

Книжка посвящена проф. *Camillo Bozzolo* въ Torino по случаю 25-лѣтія (1879—1904) его преподавательской дѣятельности.

1. **C. Tarchetti.** *Sull'eziologia dell'infezione tifoide. Bacillo del tifo o bacterium coli.* 2. **P. F. Zuccola.** *Sul modo di comportarsi dei riflessi nelle nefriti.* Рефлексы при нефритахъ. 3. **Онъже.** *Sull'eliminazione del bleu di metilene nelle malattie infettive.* 4. **V. L. Camurri.** *Influenza della caffeina sulla eliminazione dell'acido urico dall'organismo animale.* 5. **S. Mircoli.** *L'emottisi tubercolare dai moderni punti di vista.* 6. **C. A. Crispolti.** *Per la diagnosi del sarcoma delle glandole retroperitoneali.* По поводу 1 случая. 7. **A. Bruno.** *Influenza dell'azione cardiaca sul comparire e scomparire dell'ascite nei cirrotici.* 8. **P. Boveri.** *Sulla insufflazione dell'intestino.* 9. **A. Musumeci.** *Sull'alcalinità del sangue.* 10. **E. Pittarelli.** *Nuove ricerche critiche e sperimentali sulla così detta glicosuria fisiologica.* 11. **C. Moreschi.** *Contributo clinico all'etiologia dell'ascesso polmonare metapneumonico...* Случай. 12. **C. Cavazzeni ed E. San Pietro.** *Ricerche sul ricambio materiale nel tifo.* Обмѣнъ при тифѣ, 1 наблюденіе.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Англійскіе.

Medical News, 29 октября.

1. **H. L. K. Shaw.** *The treatment of scarlet fever with the Moser antistreptococcus serum.* 2. **J. Howland.** *A case of typhoid fever with repeated chills.* 3. **W. Meyer.** *Osteoplastic gastrotomy for impermeable cicatrical stricture of the oesophagus.* 4. **F. G. Connell.** *The etiology of gastric hemorrhage.* 5. **L. Newmark.** *A series of nearly 600 spasms in an epileptic without disturbance of consciousness in the internals.* Исторія одной падучной—около 600 приступовъ судорогъ безъ разстройствъ сознанія въ промежуткахъ.

5 ноября.

1. **C. K. Mills**, проф. *Subdivisions of the concrete concept area of the human cerebrum.* 2. **W. F. Cheney**, проф. *Report of a case of splenomedullary leucemia treated for nine months by the x-ray.* Наблюдалось значительное улучшеніе. 3. **M. G. Schlapp** and **J. J. Walsh.** *A complete case of syringomyelia.* 4. **H. R. Carter.** *The conveyance of yellow fever.* О передачѣ желтой лихорадки. 5. **J. J. Richardson.** *Endotracheal medication.*

12 ноября.

1. **E. Eliot.** *Hepatoptosis complicated by gastroptosis; a suggestion as to treatment.* 2. **J. B Huber.** *Races and peoples with regard to tuberculosis.* 3. **W. S. Carter**, проф. *The consumption and elimination of water in dry and moist climates, with special reference to the cause of Bright's disease.* 4. **R. E. Van Gieson.** *Infant feeding and milk modification.* 5. **G. Kolischer.** *Cicatrisation—blood vessels in ulcers of the bladder.* 6. **J. Greenwood.** *Tuberculosis in our public institutions.* 7. **W. R. Williams.** *Colloids and ions.*

19 ноября.

1. **J. C. Wilson.** *A case of enteric fever* (брюшного тифа) *complicated by polyuria.* 2. **E. S. Bullock.** *Report of the medical director of St. Joseph's sanatorium to the advisory Board.* 3. **C. G. Wagner.** *Feigned insanity: malingery revealed by the use of ether.* Притворство помѣшательства, раскрытое при помощи эѳира. 4. **G. Dock** and **A. S. Warthin.** *A new case of chloroma with leucemia, with a study of cases reported sine 1893.* (Не окончена). 5. **L. Fischer.** *Complications of diphtheria: with suggestions for the feeding medicinal and hygienic treatment.* 6. **J. L. Nicholson** and **W. S. Rankin**, проф. *Uncinariasis as seen in North Carolina...* 7. **F. J. Given.** *A case of pneumomelanosis.*

American Medicine, 7 мая.

1. **T. M. Rotch.** *The diarrheas of infancy and early childhood.* 2. **M. I. Knapp.** *Examination of the testbreakfast.* Изслѣдованіе при помощи пробнаго завтрака. 3. **T. Diller.** *Two fatal cases of «Landry's paralysis», with autopsy findings in one of them.* 4. **C. N. Spratt.** *The removal of septal spurs and the correction of deviations of the septum by more rational methods.* 5. **R. H. Skillern.** *The efficiency of local treatment as a factor in the cure of laryngeal tuberculosis.* 6. **O. P. Johnston.** *A modification of existing methods for staining flagella.* Въ окраскѣ бичей у бактерій.

14 мая.

1. **W. M. L. Coplin.** *Carcinoma of the oesophagus.* По поводу 1 случая. 2. **J. W. Wherry.** *Is the epileptic attack explosive in character?* 3. **J. F. Arteaga.** *A contribution to the physiologic study of the normoblasts.* 4. **A. E. Gallant.** *The puerpera: her care and comfort during convalescence...* 5. **R. S. Donnellan.** *Further experiences with intratracheal medication.* 6. **S. T. Rucker.** *The correct technic for packing the urethra, in gonorrhea, gleet and stricture; two new instruments.*

21 мая.

1. **O. Horwitz.** *A study of 91 operations for the relief of various forms of hernia, with their complications.* 2. **G. M. Gould.** *Malposition of the head (torticollis, canted or tilted head) with resultant ill-health, spinal curvature, etc., due to eyestrain.* 3. **J. A. Storck.** *Some facts concerning radium and the use of the intragastric radiode.* 4. **R. S. Thornton.** *The treatment of pneumonia.* 5. **C. H. Weber.** *Preliminary report of a case of splenomyelogenous leukemia showing marked improvement under the use of the Röntgen ray.* 6. **J. R. Johns.** *The therapy of acetanilid.*

28 мая.

1. **De Forest Willard.** *Empyema.* По поводу 1 случая. 2. **R. M. Pearce.** *Experimental pancreatitis considered in its relation to the acute forms of pancreatitis in man.* 3. **A. Gordon.** *Acute anterior poliomyelitis in adults...* 4. **W. R. Nicholson** *Neuritis as a complication of some portion of the child-bearing process.* 5. **B. Robinson.** *Clinical report of a case of lithogenous icterus.* 6. **W. L. Wallace.** *Posterior gastroenterostomy, with enteroenterostomy: a study of conditions found at autopsy.*

4 іюня.

1. **A. W. Morton.** *The conservative treatment of acute appendicitis.* 2. **J. Mc Farland.** *The Leishman-Donovan blood parasites.* Обзоръ. 3. **H. D. Furniss.** *Varicocele.* 4. **C. L. Leonard.** *The results of the Röntgen method in the diagnosis of renal calculus.* 5. **G. Hudson-Makuen.** *Neuroses of nasal origin.* 6. **A. Woldert.** *The importance of a correct diagnosis in the treatment of diseases of the stomach.* 30 случаевъ. 7. **W. P. Eagleton.** *Influence of old age, diabetes, arterial sclerosis, and gout on the healing of wounds.*

11 іюня.

1. **C. G. Stockton.** *Tuberculous pericarditis.* 3 случая. 2. **G. Dock.** *Prognosis: its theory and practice.* 3. **W. J. Mayo.** *The association of surgical lesions in the upper abdomen.* 4. **H. M. Biggs.** *Preventive medicine: its achievements, scope, and possibilities.*

18 іюня.

1. **A. Lorenz.** *Some remarks on the treatment and after-treatment of congenital dislocations of the hip.* О лѣченіи врожденныхъ вывиховъ бедра. 2. **B. M. Ricketts.** *Surgery of hydrocephalus.* 3. **A. G. Pohlman.** *Concerning the embryology of kidney anomalies.* Эмбріологія почечныхъ аномалій. 4. **J. Marshall.** *Two cases of fatal poisoning (criminal) by strychnin...* 5. **S. M. Wilson.** *The antiseptic treatment of small-pox* (оспы). 6. **E. Marvel.** *Strangulated femoral hernia containing the vermiform appendix.*

25 іюня.

1. **C. G. Stockton.** *Abdominal pain from unsuspected irritation at the internal hernial ring.* 2. **F. T. Stewart.** *Primary typhoidal cholecystitis, with calculi.* 3. **E. E. Smith.** *The pathologic increase of uric acid.* 4. **S. Mc Clintock Hamill.** *Primary streptococcal membranous laryngitis in an adult.* 5. **R. C. Rosenberger** and **J. W. England.** *Lithiomercuric iodid.* Опыты касательно противомикробнаго дѣйствія. 6. **W. G. B. Harland.** *The larynx in beginning pulmonary tuberculosis.* 7. **B. Kohn.** *Three points of interest concerning small-pox and vaccination.*

30 іюля.

1. **L. F. Flick.** *The treatment and control of the tuberculous patient in his home.* 2. **S. J. Meltzer.** *Edema. A consideration of the physiologic and pathologic factors concerned in its formation.* 3. **A. L. Smith.** *The immediate repair of lacerations of the perineum...* О зашиваніи свѣжихъ разрывовъ промежности. 4. **J. D. Dunham.** *Carcinomatous transformation of ulcer of the stomach.* 5. **H. T. Byford.** *Treatment of gonorrhea.* 6. **P. Kintzing.** *On the persistence of certain racial characteristics.*

6 августа.

1. **A. A. Stevens.** *The recognition and treatment of chronic myocardial disease.* 3. **J. N. Hall.** *Enlargements of the liver.* Объ увеличеніяхъ печени. 3. **B. K. Fletcher** and **S. W. Sappington.** *Splenohepatic fibrosis with a remarkable leukocytosis* Случай. 4. **P. G. Woolley.** *Frambesia: its occurrence in natives of the Philippine islands.* 5. **J. De Vinne Singley.** *Subcapsular nephrectomy for pyonephrosis.* Случай. 6. **G. Childs-Macdonald.** *Surgical aspect of a case of Jacksonian epilepsy.* 7. **H. Lowenburg.** *Treatment of chronic internal hydrocephalus by lumbarpuncture.*

13 августа.

1. **E. van de Warker.** *The surgery of the female urethra.* 2. **G. G. Ross.** *Fistula in ano.* 3. **J. T. Rugh.** *The report of experiments to determine whether plaster-of-Paris contracts or expands in setting.* Опыты по вопросу о томъ, сокращается или расширяется гипсовая повязка по наложеніи. 4. **G. H. Evans.** *Illustrative cases of myelogenous leukemia.* 2 случая. 5. **M. F. Porter.** *Case of acute suppurative pancreatitis, death in 66 hours: remarks.* 6. **B. F. Stevens.** *A plea for the more general use of ether, with description of the drop method of administration.*

20 августа.

1. **J. M. Baldy.** *Laceration of the cervix uteri.* 2. **G. L. Reabody.** *A case of malignant adenoma of the liver* (печени). 3. **D. N. Eisendrath.** *The existence of cervical ribs in man.* Шейныя ребра у человѣка. 4. **W. E. Ford.** *The value of nonoperative local treatment in gynecology.* 5. **F. Warner.** *The modern treatment of pulmonary tuberculosis.* 6. **G. E. Pettey.** *A plea for a more just judgement of narcotic drug users.* 7. **W. J. Lederer.** *Open oral questions.* 8. **H. Schiller.** *Meteorism in pneumonia: its prognostic importance. Report of a case of peritonitis complicating pneumonia.*

27 августа.

1. **A. Vanderveer.** *Abstract of paper reporting 615 cases, with operations done at the Albany Hospital from March 1, 1902, to March 1, 1903, with remarks.* Извлеченіе изъ отчета. 2. **O. F. Martin.** *The injection treatment of internal hemorrhoids.* 3. **H. G. Wetherill.** *The beneficent agency of peritoneal exudates, adhesions, aperistolsis and meteorism in peritonitis.* 4. **E. J. Mellish.** *Retrodeviations of the uterus.* 5. **J. Shoup.** *Treatment of chronic colitis.* 6. **C. S. Hirsch.** *Paraphimosis: its management and treatment.* 7. **T. H. Evans.** *A theory of the symptom-reflex.*

3 сентября.

1. **J. M. Anders.** *Meteorologic conditions in the causation of lobar pneumonia.* Разработка смертности отъ пнеймоніи въ Филадельфіи за время съ 1894 по 1903 г. 2. **L. E. Holmes.** *Latent malaria, as seen in the mountains.* 3. **J. S. Mc Lester.** *On the significance of a heart murmur.* 4. **W. R. Jackson.** 5. **J. J. Richardson.** *Hypertrophy of the lingual tonsil.* 6. **A. Nelken.** *The antiblennorrhagic drugs in gonorrheal urethritis: the question of their value.*

10 сентября.

1. **C. P. Noble.** *The nature of the indications for operation for fibroid tumors of the uterus.* 2. **W. G. Mac Callum.** *On the pathogenesis of chronic gastric ulcer.* 3. **T. Sollmann.** *Recent experimental work on anesthesia.* 4. **A. S. Lobingier.** *The early recognition and treatment of intestinal obstruction.* 5. **F. M. Pottenger.** *The role of the general practitioner in the prevention of pulmonary tuberculosis.* 6. **G. Richter.** *The principles of the preservation of food.*

17 сентября.

1. **C. W. Burr.** *Intermittent lameness and other nervous symptoms of peripheral arterial disease.* 2. **M. I. Wilbert.** *The Röntgen rays in injuries near the wrist.* Х-лучи при поврежденіяхъ въ области кистевого сустава. 3. **W. L. Phillips.** *Eyestrain as a causative factor in sinusitis.* Напряженіе зрѣнія, какъ причина воспаленій лобной пазухи. 4. **T. J. Strong.** *Administration of chloroform and ether.* 5. **H. F. Hansell.** *Traumatic emphysema of the orbit and lids.* 6. **T. G. Youmans.** *Contracture of the neck of the bladder.* Контрактуры шейки мочевого пузыря.

24 сентября.

1. **C. F. Painter** and **W. G. Erving.** *Tuberculosis of the abdominal lymphglands: its complications, differential diagnosis, and treatment.* 2. **A. Gordon.** *Concerning the syndrome of conus medullaris and cauda equina.* 3. **H. L. Taylor.** *Case of congenital supracotyloid dislocation of the hips with cross-legged progression.* 4. **H. B. Gessner.** *Nerve blocking to prevent amputation shock.* 5. **W. H. Teller** and **M. Behrend.** *A case of ruptured tubal pregnancy...* Выздоровленіе послѣ операціи. 6. **J. Knott.** *Garlic: a new cure for tuberculosis and lupus.* Лѣченіе бугорчатки чеснокомъ. 7. **C. J. Aldrich.** *Insomnia of the aged.* 8. **J. J. Richardson.** *Button in the ear 27 years. Deafness cured by its removal.* Пуговка въ ухѣ 27 лѣтъ; излѣченіе глухоты ея удаленіемъ.

1 октября.

1. **M. B. Tinker.** *The advantages of combining various modern methods in the radical cure of hernia and the use of local anesthesia.* 2. **R. Hessler.** *Atypical cases and dust infection, and preliminary description of dust disease.* О «пылевой лихорадкѣ». 3. **B. Chance.** *Total coloboma of the optic disc without affection of the choroid...* Случай операціи. 4. **A. B. Craig.** *Ethyl chlorid as a general anesthetic.* 5. **J. G. Huizinga.** *Treatment of chronic suppurative otitis media.* 6. **R. Wallace.** *The present status of the etiology of malignant growths.*

8 октября.

1. **H. D. Beyea.** *Gastroptosis, with special reference to the surgical treatment: the operation of gastropexy.* 2. **H. W. Bettmann.** *The differential diagnosis of gastric ulcer.* 3. **J. B. Briggs.** *The mild and abortive forms of typhoid fever.* 4. **J. W. Long.** *Penetrating gunshot wounds of the abdomen.* 5. **J. J. Gilbride.** *Dilatation of the stomach.* 48 случаевъ. 6. **B. Robinson.** *Lessons learned in abdominal postmortems.*

15 октября.

1. **T. C. Allbutt.** *The historical relations of medicine and surgery.* 2. **F. Semon.** *Relations of laryngology, rhinology, and otology with other arts and sciences.* 3. **W. S. Pugh.** *The iodin treatment of suppuration.* Хвалитъ смазыванія іодной настойкой при нагноеніяхъ,—дѣйствуютъ много лучше множества новыхъ противогнилостныхъ. 4. **R. W. Lobenstine.** *The molecular con-*

centration of the blood and of the urine, in pregnancy, in the puerperium and in eclampsia.

22 октября.

1. **T. Smith.** *Some problems in the life history of pathogenic microorganisms.* 2. **W. T. Councilman.** *The modern conceptions and methods of medical science.* 3. **W. F. Cheney.** *The early diagnosis of pulmonary tuberculosis.* 4. **J. M. Fisher.** *Dilatation and curetment of the uterus.* 5. **A. R. Reynolds.** *«Shorten the time from the cow to the baby».*

Medical Record, 7 мая.

1. **J. R. Goffe.** *The physiological function of menstruation and the part played therein by the Fallopian tubes.* 2. **A. H. Cordier.** *Gallstones in the common duct.* Желчные камни въ общемъ протокѣ. 3. **C. G. Cumston.** *Dentigerous cysts.* О зубосодержащихъ кистахъ. 4. **L. E. Blair.** *A case of recurring membranous stomatitis, associated with erythema exudativum multiforme (Hebra).* 5. **W. W. Sandford.** *The hospital car...* О вагонахъ-лазаретахъ. 6. **J. B. Huber.** *The prevention of disease.* 7. **H. M. Rahmi.** *The Syrian climates.*

14 мая.

1. **H. R. Carter.** *Some characteristics of stegomyia fasciata which affect its convegance of yellow fever.* Stegomyia f. и желтая лихорадка. 2. **W. B. Pritchard.** *A diagnostic syndrome for intracranial syphilis...* 3. **A. V. Moschcowitz.** *Claudius catgut.* 4. **E. B. Finch.** *A case of Hodgkin's disease treated by x-rays.* 5. **W. F. Church.** *Local applications in pneumonia.*

4 іюня.

1. **G. L. Peabody.** *Some thoughts suggested by the statistics of the health department, especially concerning typhoid fever and small pox.* 2. **E. H. Eising.** *Pathological distinctions discernible in the radiograph in certain diseases of the long bones.* 3. **C. E. Nammack.** *The treatment of epidemic cerebrospinal meningitis by intraspinal antiseptic injections.* 4. **J. W. Boyce.** *Myocardial change from the clinical side.* 5. **W. S. Schley.** *The use of rubber tissue and boracic acid in the treatment of surface granulating wounds and especially of the varicose ulcers of the leg.* 6. **T. N. Rafferty** and **H N. Rafferty.** *A case of Bilharzia haematobia infection.* 7. **L. D. Weiss.** *X-ray diagnosis of an interesting case.*

11 іюня.

1. **W. J. Mayo.** *The association of surgical lesions in the upper abdomen.* 2. **G. Dock.** *Prognosis; its theory and practice.* 3. **H. M. Biggs.** *Preventive medicine: its achievements, scope, and possibilities.* 4. **L. Barkan.** *Exercise in relation to diabetes.*

18 іюня.

1. **S. J. Meltzer.** *Myelopathic albumosuria (Kahler's disease; multiple myeloma).* Случай. 2. **A. A. Berg.** *The present status of the surgical treatment of chronic Bright's disease.* 3. **H. G. Piffard.** *A few words concerning radium.* 4. **A. Jacoby.** *Hydrocele of the cord.*

16 іюля.

1. **E. B. Cragin.** *Pyelitis complicating pregnancy.* Піэлитъ, какъ осложненіе беременности. 2. **R. C. Newton.** *The true education of mind and body.* 3. **W. D. Haggard.** *A study of intestinal perforation and peritonitis in typhoid fever...* Разборъ 295 случаевъ операціи. 4. **J. T. Gwathmey.** *Improvements in anaesthetic apparatus and technique.* 5. **R. W. Parsons.** *Hayfever...* О сѣнной лихорадкѣ.

13 августа.

1. **S. Baruch.** *The success of physical remedies in pulmonary phthisis as an index of their value in other chronic diseases.* 2. **L. Fischer.** *Cerebrospinal meningitis, with remarks on its diagnosis, prognosis and treatment.* 3. **E. B. Coburn.** *Associated movements of the upper eyelid and lower jaw.* О сочетанныхъ движеніяхъ верхняго вѣка и нижней челюсти. 4. **A. L. Chute.** *Acute cholecystitis simulating appendicitis.* 2 случая. 5. **L. T. Royster.** *The treatment of syphilis by hypodermic injections of mercury.* 6. **B. H. Stone.** *A new pathogenic throat organism.*

27 августа.

1. **R. Abbe.** *The subtle power of radium.* 2. **F. P. Vale.** *Concerning shock.* 3. **W. A. Plecker.** *The climate of tidewater Virginia.* 4. **J. G. W. Greeff.** *Pyloric stenosis in infants.* 5. **Z. Feldstein.** *The modern view as to the etiology and treatment of eczema.* 6. **H. Lilienthal.** *A method for preventing the pain following clamp-and-cautery operations for hemorrhoids.*

3 сентября.

1. **J. Collins** and **E. G. Zabriskie.** *Arteriosclerosis of the spinal cord* (спинного мозга). 2. **S. Tousey.** *The treatment of tuberculosis of the larynx and of the prostate gland by the x-ray, high-frequency currents, and the Cooper-Hewitt light.* 3. **C. C. Miller.** *Internal urethrotomy in the treatment of stricture of the membranous urethra.* 4. **T. D. Crothers.** *Alcoholism and inebriety; an etiological study.* 5. **F. W. Higgins.** *Minus cylinders* (очки). 6. **H. W. Lincoln.** *Gastrostomy for stoppage at the cardia.* 7. **A. Abrams.** *The stomach reflex and percussion of the stomach.*

10 сентября.

1. **S. J. Maher.** *The cycle of the tubercle bacillus.* 2. **H. W. Berg.** *Clinical and other features of the recent epidemic of cerebrospinal meningitis.* 3. **S. Oppenheimer.** *Report of 2 cases of mastoiditis with paralysis of facial nerve; recovery of paralysis following operation.* 4. **J. W. Wainwright.** *Regarding Hamlet's sanity.* 5. **E. V. Hubbard.** *Illuminating gas poisoning; its rational treatment.*

17 сентября.

1. **D. B. Delavan.** *Malignant disease of the larynx.* 2. **E. Mayer.** *Post-typhoid perichondritis of the larynx.* 3. **W. B. Mc Laughlin.** *The treatment of pulmonary hemorrhage.* 4. **F. J. Parker.** *Non-operative treatment of trachoma.* 5. **R. Cadwallader.** *Malaria.* 6. **R. S. Wilcox.** *Practical hygiene in the public schools.*

24 сентября.

1. **C. S. Bull.** *Operations upon the eyeball in the presence of an infected conjunctival sac.* 2. **R. E. Coughlin.** *The use and abuse of athletics.* 3. **H. E. Lewis.** *A clinical study of certain forms of pericarditis...* 4. **I. C. Philbrick.** *Social causes of criminal abortion.* 5. **A. E. Gibson.** *The genesis of sleep.* Происхожденіе сна. 6. **B. C. Hyde.** *Icterus in secondary syphilis.* 7. **R. O. Marcour.** *Polymazia among enlisted men of the marine corps.* 3 случая избыточнаго соска у морскихъ новобранцевъ.

1 октября.

1. **A. M. Galbraith.** *A critical review of the study of cancer.* 2. **A. D. Rockwell.** *Electricity in medicine.* 3. **R. T. Morris.** *The idea of gross cleanliness in surgery, and its harmful results.* Идея большой чистоты въ хирургіи и ея вредныя послѣдствія. 4. **P. Bailey.** *Traumatic apoplexy.* 5. **F. H. Murdoch.** *The indications for surgical intervention in chronic gastric ulcer.* 6. **W. R. Blailock.** *Peculiar nervous symptoms following operation.* 7. **A. Brothers.** *Some thoughts concerning two recent cases of ectopic gestation.* 8. **H. A. Bernstein.** *Oesophageal diverticulum; diagnosis confirmed by x-ray examination.*

8 октября.

1. **H. H. Morton.** *Perineal prostatectomy...* 10 случаевъ. 2. **J. M. Ferrer.** *Hospital notes on epidemic cerebrospinal meningitis.* 3. **H. Richardson.** *Early cirrhosis of the liver and its treatment.* 4. **J. J. Buchanan.** *Case of strangulated umbilical hernia with unusual features.* 5. **D. M. Barstow.** *A case of supposed primary tuberculosis of the pharyngeal tonsil.* 6. **L. Weber.** *Le diabète à deux.*

15 октября.

1. **C. C. Barrows.** *Prolapse of the ovary. An operation for its cure, with report of 12 cases.* 2. **J. Schreiber.** *Unusual forms and favorite localisations of the rheumatic process.* 3. **J. M. Hackett.** *The specific treatment of typhoid fever.* Лѣчитъ тифъ ртутью,—«синія пилюли» по 1—2 грана до слюнотеченія. 4. **J. Punton.** *Why railroad and similar corporations lose their damage suits.* 5. **W. S. Schley.** *Acute tetanus cured by intraneural injections of antitoxin.*

22 октября.

1. **A. G. Goelet,** prof. *The gynecological importance of prolapsed kidney.* Значеніе подвижной почки въ гинекологіи. 2. **W. J. Dougherty.** *The pathogenesis and treatment of oedema.* 3. **J. B. Huber.** *The history of tuberculosis.* 4. **J. Rosenberg.** *My experience with ligh therapy.* 5. **H. N. Blum.** *Ainhum.* Случай. 6. **I. S. Gaynes,** prof. *Report of two fatal cases* (1, гипертрофическій циррозъ печени, операція *Talma*; 2, ракъ головки поджелудочной железы, холецистентеростомія). 7. **J. J. Richardson.** *Aural reflex phenomena.* 8. **E. C. Savidge.** *A case illustrative of the unclassified troubles of women.*

29 октября.

1. **A. G. Gerster.** *Surgical reflections on the diagnosis of cancer of the stomach.* 2. **H. Roth.** *Conditions simulating and mistaken for acute appendicitis.* 3. **A. A. Eshner.** *Some random considerations on tuberculosis.* 4. **S. G. Gant,** prof. *Sterile water anaesthesia in the operative treatment of anorectal disease.* 320 случаевъ. 5. **A. L. Wolbarst.** *The role of the prostate in affection of the urinary tract.* 6. **F. S. Kennedy.** *Music as a therapeutic agent.*

ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

Итальянскіе.

Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, 15 мая.

1. **U. Baccarani.** *Contributo alla setticemia pura da tetrageno.* 2. **S. Ceraulo.** *Il riflesso di Babinski.* 3. **G. Bassi.** *Limitazione dell'area cardiaca mediante il palpamento.* 4. **A. Ceccherelli.** *Contributo alla splenopessia.* 5. **G. Raineri.** *Mola vescicolare ed eclampsia.* 6. **A. De Blasi.** *Emoglobinuria nei malarici: ancora un caso di itteroemoglobinuria da chinina.*

17 и 19 мая.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

22 мая.

1. **L. Borelli.** *Sulla presenza del peptone di Kühne nell'orina.* 2. **R. Vigliani.** *Alcune considerazioni sul potere saccarificante del sangue in condizioni normali e patologiche.* 3. **A. De Giovanni.** *Intorno alle acque minerali di Recoaro.* 4. **V. Ingraldi.** *Contributo allo studio dei tumori maligni nel seno mascellare* (въ челюстной пазухѣ). 5. **G. Marelli.** *Varia sintomatologia del carcinoma gastrico.* О 4 случаяхъ рака желудка.

24 и 26 мая.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

29 мая.

1. **A. Campani.** *Sull'inizio anomalo di alcune infezioni.* 2. **P. Ferri.** *La dissociazione delle sensibilità elementari nell'emiplegia.* 3. **Calderi Valeri Tesco.** *Un caso di idromeningocele trattato con cura chirurgica radicale.* 4. **F. Scaramucci.** *Contributo alla cura ed alla etiologia del vomito incoercibile lelle gravide.* 5. **V. Valeriano.** *Gravissimi riflessi nervosi in gravidanza fisiologica. Opoterapia tiroidea. Guarigione.* Случай. 6. **G. Binetti.** *Sindrome di peritonite da perforazione nel corso di ulcera gastrica.*

31 мая и 2 іюня.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

5 іюня.

1. **C. Tarchetti.** *Per la ricerca dei bacilli tubercolari.* Совѣтуетъ обезцвѣчивать препараты послѣ окраски *Ziehl*'евскимъ фуксиномъ (10—15 мин. на холоду) насыщеннымъ растворомъ пикриновой кислоты въ спиртѣ. 2. **G. Baroni.** *La sutura ossea nelle fratture della claricola.* 3. **L. A. Oliva.** *Nuovo contributo alla tecnica della ipodermoclisi e delle iniezioni endovenose.* 4. **A. Campani.** *Sublimato corrosivo e tubercolosi.* Итоги неудовлетворительные. 5. **G. Tito.** *Un caso di morbo maculoso di Werlhof curato con iniezioni ipodermiche di adrenalina.* 6. **A. Germani.** *Contributo clinico allo studio dell'osteite vertebrale postifica.*

7 и 9 іюня.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

12 іюня.

1. **S. Mircoli.** *Sull'iperglobulia dei tubercolosi.* 2. **T. Prodi.** *Gonoidrastro bilaterale e scomparsa dei disturbi visivi in un caso di acromegalia.* 3. **S. Rebaudi** e **L. Alfonso.** *Sulla genesi tubercolinica, delle iperglobulie tubercolari.* 4. **V. Livio.** *Di un'epidemia di disturbi intestinali da un colibacillo virulento nell'acqua potabile.* 5. **N. Giannettasio.** *Echinococco primitivo del polmone sinistro.* Случай. 6. **S. Calasuonno.** *Il siero Maragliano nella profilassi e nei casi incipienti della tubercolosi.* 7. **S. Pascoletti.** *Le iniezioni intramuscolari di antipirina nelle neuralgie ischiatiche.*

16 іюня.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

19 іюня.

1. **G. Berghinz.** *Sovra un caso di pericardite acuta reumatica.* 2. **E. Chilesotti.** *Studio di un caso di pseudoleucemia linfatica con decorso clinico particolare.* 3. **A. Ferrannini.** *Per l'analisi dell'acido glicuronico e degli zuccheri.* 4. **Latis.** *A proposito di un caso di supposto infanticidio.*

21 и 23 іюня.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

26 іюня.

1. **C. Tarchetti.** *A proposito di nefrolisine.* 2. **G. Curlo.** *Contributo allo studio dei disturbi di secrezione dello stomaco. Due casi di acloridria.* 3. **C. Momo.** *L'inibizione traumatica nella legge sugli infortuni del lavoro.* 4. **F. Melocchi.** *Le cure d'uva.* 5. **E. Bracchi.** *Polinevrite e paralisi di Landry in seguito ad influenza.*

28 іюня.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

3 іюля.

1. **C. A. Crispotti.** *Su di un caso di tabe dorsale spasmodica (Malattia di Erb-Charcot).* 2. **A. Ghelfi.** *Sul reattivo di Schoenbein Almén per la ricerca del sangue.* 3. **A. Campani.** *Acidità urinaria in rapporto all'età, constituzione individuale e alla tubercolosi.* 4. **L. Masciangioli.** *Sulla febbre apiretica.* 5. **A. Montini.** *Orchiopessi bilaterale per criptorchidia inguinale.* 6. **L. Carini.** *La cura medica dei fibro-miomi uterini.* 7. **E. Debenedetti.** *Un caso di ittero maligna.* 8. **C. Rubino.** *Sopra un caso di pneumonite traumatica.* 9. **V. Valerio.** *Vasta leucoma aderente cicatriziale ad ambo gli occhi con quasi totale cecità—ricupero della vista.* Случай.

5 и 7 іюля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

10 іюля.

1. **D. Maragliano.** *Ileo precoce acuto da aderenze, dopo laparotomie asettiche.* 5 случаевъ. 2. **G. Dal Fabbro.** *Sulla genesi dei calcoli salivari.* 3. **G. Corsini.** *Della presenza del bacillo di Eberth nelle urine dei tifosi.* 4. **G. Companella.** *Sulla diazoreazione.* 5. **V. de Cigna.** *La soluzione eterea di jodoformio nella otite media purulenta cronica.* 6. **S. Pascoletti.** *Contributo alla casuistica ostetrica.*

12 и 14 іюля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

17 іюля.

1. **O. Cozzolino.** *Su di una rara forma di cardiopatia congenita.* О т. наз. болѣзни *Roger.* Случай. 2. **E. Benigni.** *Persistenza della vena ombellicale nell'adulto.* Юноша 18 лѣтъ. 3. **A. Pellegrini** e **G. Conforti.** *Contributo allo studio delle esostosi. Esostosi solitarie in sedi rare (ileo, rotula, astragalo).* 4. **F. Mossola.** *A proposito di un caso di irritazione del vago.* 5. **E. Leonardi.** *Anchilostomiasi ed anguillulosi.* 6. **C. Guilio.** *Le inspirationi anormali nella diagnosi precoce della tubercolosi polmonare.*

19 и 21 іюля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

24 іюля.

1. **M. Gay.** *Fra i reattivi dell'incoordinazione dei movimenti—Fenomeni «del piede sollevato» e cause che lo influenzano.* 2. **B. Bonardi.** *L'attuale varole dell'inoscopia.* 3. **M. Chiadini.** *Un caso di stenosi unica tubercolare dell'ileo.* 4. **A. Zampetti.** *Di un caso di recidiva di tifo dopo due mesi dalla guarigione apparente della malattia.* 5. **L. Carini.** *La mancanza del polso radiale.*

26 и 28 іюля, 9 и 11 августа.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

14 августа.

1. **E. Tedeschi.** *Ricerche sulla produzione di «plasteine» nello stomaco dell'uomo allo stato normale e patologico.* 2. **P. Fiorentini.** *Le iniezioni endovenose di timolo nel decorso della infezione sperimentale da stafilococco piogene aureo.* Опыты. 3. **P. Marfori.** *Intorno all'uso dei preparati di ferro in terapia.* Аутореферать лекціи. 4. **E. Crosso.** *Il mesotan nella cura delle affezioni reumatiche.* 5. **A. Chiesi.** *La morfologia del bacillo tubercolare e il suo valore semeiologico.*

16 и 18 августа.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

21 августа.

1. **C. Trevisanello.** *Due casi di insufficienza delle valvole aortiche in seguito a trauma.* 2. **A. Perez.** *Intorno ad una epidemia di meningite cerebro-spinale.* 3. **C. Mastri.** *Quattro casi di tetano traumatico curati col metodo Baccelli.* 4. **A. Montini.** *Contributo alla cura chirurgica della peritonite acuta* 5. **M. Capuano.** *Sulla cura della pneumonite lobare acuta e sull'uso della digitale a dosi tossiche.* 6. **A. Santini.** *Iniezioni endo-articolari di salicilato di soda nel reumatismo articolare comune.*

25 августа.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

28 августа.

1. **N. Muglia.** *Note cliniche sopra un'epidemia di scarlattina* 2. **G. Corsini.** *Sull'eziologia della pertosse.* 3. **A. Lanni.** *Contributo alla cura delle infezioni puerperali con le iniezioni endovenose di subblimato.* Случай. 4. **M. Landolfi.** *Un caso non comune di versamento peritoneale.* 5. **C. Ortali.** *Nevrosi ed anomalie di sviluppo.*

30 августа и 1 сентября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

1 и 4 сентября.

1. **G. Baccelli.** *Cancro primitivo della milza.* Первичный ракъ селезенки. Клиническая лекція. 2. **D. Maragliano.** *Asensi clinica ed asepsi batteriologica.* 3. **G. Campanella.** *La diagnosi del dolore.* 4. **L. Camurri.** *I solfati ferroso e manganoso nell'ipodermoterapia.* 5. **A. Balduzzi.** *Un altro caso di pustola maligna curata col siero Sclavo.* 6. **E. De Benedetti.** *Le iniezioni cerebrali nel tetano.* 7. **D. Palieri.** *Sulla incopatica al lavore per ernia.* 8. **V. Tischritta.** *Edema artritico delle palpebre nei lattanti.* 9. **G. Monzardo.** *Un caso di ernia in terstiziale properitoneale.*

6 и 8 сентября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

11 сентября.

1. **S. Mircoli.** *Della bozza pilorica.* О расширеніяхъ желудка въ области привратника. 2. **G. Dal Fabbro.** *Isterectomie addominali per emisezione e per decollazione dell'utero.* 3. **G. De Franchis.** *Contributo al trattamento operativo dei voluminosi tumori emorroidarii.* 4. **P. Tumminia.** *Studio sperimentale sulle iniezioni endovenose di sublimato corrosivo, come cura nelle infezioni interne dell'occhio.* 5. **U. Alessi.** *Il bagno caldo per i neurastenici.* 6. **M. Chiadini.** *Erusione vescicolare ed ulcera della cornea menstruale, recidivante in donna isterica.*

13 и 15 сентября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

18 сентября.

1. **G. Foschini.** *Simpatectomie utero-ovariche.* 3 случая. 2. **G. Cavazzani.** *Cisti dermoide.* 3. **A. Cernezzi.** *Cistocele crurale extraperitoneale. Resezione. Guarigione.* 4. **A. Curci.** *Sul meccanismo della infiammazione.* 5. **R. Massalongo** e **G. Zambelli.** *Sulla tecina.* 6. **De Simoni.** *Il tachiolo nella otite media purulenta cronica.*

20 и 22 сентября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

25 сентября.

1. **De Renzi.** *Sulle polinevriti.* Клиническая лекція. 2. **G. Barbanti.** *Interno a 275 ernie inguinali curate coi processi del Bassini, del Postempski e del Mugnai.* 3. **A. Montini.** *Sopra un caso ostetrico.*

27 и 29 сентября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

Редакторы | Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Отчетъ Вспомогательной Медицинской Кассы, учрежденной Я. А. Чистовичемъ за 1903 г.

ЖУРНАЛЪ

засѣданія Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 17-го января 1903 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, казначей А. В. Поповъ, секретарь М. Г. Бовинъ и члены: С. В. Шидловскій, М. Н. Нижегородцевъ и В. Ф. Штромъ.

I. Доложена просьба бездѣтной вдовы доктора Александра Ивановича **Діомидова** Натальи Яковлевны о назначеніи ей пособія въ виду ея болѣзни и тяжелаго матеріальнаго положенія.

Врачи: Тутышкинъ, Ситниковъ и Ламановъ удостовѣряютъ бѣдственное положеніе просительницы.

А. И. Діомидовъ сдѣлалъ единовременный 200 рубл. взносъ 22-го марта 1893 года за № 184. Вдовѣ его послѣдній разъ было выдано пособіе 24-го марта 1901 года въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Г. предсѣдателемъ Главной Кассы 23-го декабря 1902 года назначено вновь пособіе въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

II. Доложено прошеніе старшаго врача 8-го Кавказскаго стрѣлковаго баталіона Платона Андреевича **Антоновскаго** о назначеніи ему пособія въ виду его болѣзни, повлекшей къ ампутаціи бедра и труднаго матеріальнаго положенія вслѣдствіе прекращенія содержанія по службѣ съ октября 1902 г.

Г. Антоновскій состоитъ участникомъ Кассы съ 1884 г.

Г. предсѣдателемъ Главной Кассы 23-го декабря 1902 г. назначено П. А. Антоновскому сто рублей единовременнаго пособія изъ суммъ Главной Кассы.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

III. Доложено прошеніе вдовы военнаго врача Петра Ивановича Ермакова Надежды Федосѣевны о назначеніи ей пособія въ виду недостаточности средствъ къ существованію.

Г-жа Ермакова по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 10-го декабря 1900 года, утвержденнаго Общимъ Собраніемъ, получала пенсію съ 1-го января 1901 года въ размѣрѣ 325 рублей, но 21-го сентября 1901 года пенсія ей прекращена, въ виду назначенія правительственной пенсіи, въ размѣрѣ 338 рублей 40 коп. въ годъ.

8-го марта 1902 года ей было назначено 50 рублей пособія изъ суммъ Главной Кассы.

Участники Кассы Затворницкій и Алексѣевъ удостовѣряютъ, что г-жа Ермакова имѣетъ семь человѣкъ дѣтей въ возрастѣ отъ 2-хъ до 13-ти лѣтъ и нуждается въ помощи.

Опредѣлено: назначить Н. Ф. **Ермаковой** единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

IV. Доложено прошеніе пенсіонерки Кассы Станиславы Казановны Мерло о назначеніи ей пособія въ виду скудности ея средствъ.

Врачъ Крошевскій утверждаетъ, что просительница въ виду болѣзненнаго состоянія не можетъ зарабатывать на свое содержаніе.

По постановленію XXI-го Общаго Собранія отъ 20-го іюня 1880 года г-жа Мерло получаетъ 40 рублей пенсіи изъ Туркестанской Кассы въ дополненіе къ 110-ти рубл. правительственной пенсіи.

Г-жа Мерло получила 50 рублей пособія изъ Главной Кассы 1-го марта 1898 года и 2-го февраля 1901 года.

Опредѣлено: назначить С. К. **Мерло** единовременное пособіе въ размѣрѣ 25 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

V. Доложено прошеніе вдовы врача Ивана Порфирьевича Широкова Ольги Васильевны о назначеніи ей пособія въ виду того, что послѣ смерти мужа, послѣдовавшей 18-го декабря 1902 года, она осталась съ тремя малолѣтними дѣтьми безъ средствъ къ жизни.

Документы: а) Четыре квитанціи Главной Кассы въ полученіи отъ врача И. П. Широкова членскихъ взносовъ за 1899, 1900, 1901 и 1902 года.

б) Удостовѣреніе участниковъ Кассы И. Камнева, М. Камнева и Л. Бычковскаго въ томъ, что О. В. Широкова осталась послѣ смерти мужа съ тремя дѣтьми въ крайней бѣдности.

Опредѣлено: назначить О. В. **Широковой** единовременное пособіе въ размѣрѣ 75 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

VI. Доложено прошеніе врача Виктора Осиповича **Гродецкаго** Станиславы Федоровны о назначеніи ей съ четырьмя малолѣтними дѣтьми пенсіи въ виду недостаточности средствъ къ существованію.

Документы: а) Квитанція Главной Кассы за № 417 въ полученіи отъ В. О. Гродецкаго единовременнаго пожизненнаго взноса въ 200 рублей 2-го іюля 1888 года.

б) Свидѣтельство участниковъ Кассы Тритшль, Писемскаго и Волковича въ томъ, что послѣ смерти врача В. О. Гродецкаго, послѣдовавшей 11-го ноября 1902 года, осталась жена съ четырьмя малолѣтними дѣтьми, которая не имѣетъ средствъ и права на полученіе пенсіи.

в) Копія изъ метрической выписи о смерти врача В. Гродецкаго 11-го ноября 1902 года.

г) Копіи метрическихъ выписей о рожденіи у В. О. Гродецкаго дѣтей: Константина-Виктора 1-го октября 1888 года, Валерія-Марта- Идолія 29-го іюня 1895 года, Анны 11-го іюня 1890 года, Софіи 26-го октября 1898 года.

д) Формулярный списокъ земскаго врача Роменскаго уѣзда В. Гродецкаго.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи С. Ф. Гродецкой съ четырьмя малолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. д. § 22 Устава Кассы въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ съ 1-го января 1903 года изъ суммъ Главной Кассы.

VII. Доложено прошеніе пенсіонерки Кассы Агрипины Андреевны Сторостиной о назначеніи ей пособія въ виду выпавшихъ на ея долю расходовъ вслѣдствіе выхода ея дочери замужъ.

Г-жа Сторостина съ дочерью, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 18-го сентября 1898 года получала пенсію съ 1-го іюля 1898 года въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ изъ Вологодской Кассы и 19-го марта 1899 года пенсія была увеличена на 25 рублей для воспитанія дочери.

Опредѣлено: назначить А. А. **Сторостиной** единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 14-го марта 1903 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, казначей А. В. Поповъ, секретарь М. Г. Бовинъ. Члены: С. В. Шидловскій, М. Н. Нижегородцевъ и В. Ф. Штромъ.

I. Доложено прошеніе Ливенскаго уѣзднаго врача Романа Михаиловича Эйгеса объ возвращеніи ему членскихъ взносовъ съ 1881 по 1900 годъ включительно и при прошеніи представилъ квитанціи Главной Кассы за упомянутые годы.

Просьбу свою г. Эйгесъ мотивируетъ тѣмъ, что семья его состоитъ изъ 10-ти человѣкъ, дѣти находятся въ разныхъ учебныхъ заведеніяхъ и двѣ дочери больны, изъ нихъ старшая находится въ больницѣ Св. Николая Чудотворца, вторая нуждается въ отправленіи для лѣченія въ Крымъ, а потому онъ весьма нуждается въ средствахъ.

5-го февраля 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы выдано г. Эйгесу единовременное пособіе въ размѣрѣ 100 рублей.

Опредѣлено: сдѣланный расходъ утвердить, въ возвращеніи же взносовъ, на основаніи § 7 Устава Кассы, отказать.

II. Доложено прошеніе вдовы врача Міосскаго Золотопромышленнаго Товарищества Николая Александровича **Соколова** Евгеніи Георгіевны съ 5-ю малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пенсіи и пособія на воспитаніе дѣтей, въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) Удостовѣреніе полицейскаго надзирателя Міосскаго завода Троицкаго уѣзда Оренбургской губ. отъ 16-го декабря 1902 года за № 3856 въ томъ, что врачъ Соколовъ умеръ 5-го ноября 1902 года и послѣ него не осталось никакого имущества.

б) Метрическія свидѣтельства о рожденіи у доктора Соколова дѣтей: Сергѣя 19-го января 1889 года, Бориса 1-го января 1891 г., Александра 11-го марта 1894 г., Риммы 5-го декабря 1895 г. и Всеволода 27-го марта 1897 года.

с) Удостовѣреніе пристава 3-го стана Троицкаго уѣзда Оренбургской губерніи отъ 19-го февраля 1903 года за № 484 въ томъ, что вдова врача Е. Г. Соколова пенсіи отъ казны не получаетъ.

д) Удостовѣреніе директора Елисаветградскаго реальнаго училища отъ 18-го февраля 1903 года за № 75 въ томъ, что Борисъ и Сергѣй Соколовы находятся въ числѣ учениковъ названнаго училища. Плата за право ученія братьевъ Соколовыхъ внесена Дубровинскимъ.

Справка: Н. А. Соколовъ былъ участникомъ Главной Кассы съ 1895 по 1902 годъ включительно.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Евгеніи Георгіевнѣ **Соколовой** съ 5-ю малолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. д. § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 300 руб. въ годъ и 50 рубл. на воспитаніе дѣтей Бориса и Сергѣя (всего 350 рублей въ годъ) съ 1-го января 1903 года изъ суммъ Главной Кассы.

III. Доложено объ открытіи отдѣленія Кассы въ гор. Томскѣ 29 декабря 1902 года. Избраны: предсѣдателемъ Михаилъ Георгіевичъ Курловъ, товарищемъ предсѣдателя Алексѣй Евфимовичъ Смирновъ, казначеемъ Сергѣй Михаиловичъ Тимашевъ, секретаремъ Александръ Евдокимовичъ Закаурцевъ.

Опредѣлено: доложить Общему Собранію.

IV. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Александры Виссаріоновны **Поповой** о назначеніи ей пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Мужъ просительницы Иванъ Михайловичъ Поповъ сдѣлалъ взносъ въ Главную Кассу только въ 1876 году и льготнымъ участникомъ не былъ.

Послѣдній разъ ей было выдано пособіе въ размѣрѣ 25 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: назначить вновь пособіе въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

V. Доложено ходатайство Комитета Харьковской Кассы, согласно просьбы А. П. Сѣриковой, опекунши сиротъ д-ра **Завитаева** о назначеніи постояннаго пособія на воспитаніе сыну доктора Завитаева Петру, 8-ми лѣтъ, изъ капитала В. А. Манассеина до достиженія имъ 10-ти лѣтняго возраста, когда онъ будетъ имѣть право на пособіе изъ Кассы, въ виду необходимости посѣщать первоначальную школу.

Справка: сироты доктора Завитаева Иванъ и Петръ, согласно опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 28 го марта 1897 года, утвержденному Общимъ Собраніемъ участниковъ Главной Кассы получаютъ пенсію съ 1-го іюля 1897 года въ размѣрѣ 100 рублей въ годъ и 25 рублей на воспитаніе Ивана изъ суммъ Харьковской Кассы. Мать сиротъ А. П. Завитаева, бывшая пенсіонерка Харьковской Кассы, вышла замужъ за г. Сѣрикова и пенсія ей была прекращена.

Опредѣлено: назначить Петру Завитаеву единовременное пособіе въ размѣрѣ 25 рублей изъ капитала В. А. Манассеина, въ постоянной же выдачѣ отказать, согласно Уставу этого капитала, изъ котораго постоянныя пособія не выдаются.

VI. Доложено ходатайство Комитета Казанской Кассы о назначеніи пособія врачу Дмитрію Яковлевичу **Попову**, въ виду потери слуха послѣ инфлюэнцы и невозможности вслѣдствіе этого содержать себя трудомъ.

Докторъ Поповъ, льготный участникъ Казанской Кассы сдѣлалъ взносы: за 1901 годъ (годъ окончанія курса) въ апрѣлѣ 1902 г. (квитанція № 701) и 1902 г. (25 сентября квитанція № 777).

Опредѣлено: назначить **Д. Я. Попову** единовременное пособіе изъ суммъ Главной Кассы въ размѣрѣ 100 рублей, засчитавъ его въ счетъ пенсіи, если таковая будетъ назначена впослѣдствіи.

VII. Доложено прошеніе пенсіонерки Главной Кассы Александры Александровны **Мнинской** объ увеличеніи пенсіи на воспитаніе сына Бориса, достигшаго 10-лѣтняго возраста.

При прошеніи представлено удостовѣреніе директора Харьковскаго реальнаго училища отъ 30-го января 1903 года за № 84 въ томъ, что Борисъ Мнинскій въ настоящее время находится въ числѣ учениковъ названнаго училища.

Справка: А. А. Мнинская, согласно опредѣленія Комитета Главной Кассы отъ 8-го мая 1897 года, утвержденнаго Общимъ Собраніемъ участниковъ Главной Кассы, получаетъ съ двумя малолѣтними дѣтьми пенсію съ 17-го іюля 1897 года въ размѣрѣ 250 рублей въ годъ изъ суммъ главной Кассы.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ увеличеніи А. А. **Мнинской** пенсіи на 25 рублей въ годъ съ 1-го января 1903 года для воспитанія сына Бориса (всего 275 рублей въ годъ) изъ суммъ Главной Кассы.

VIII. Доложено прошеніе вдовы врача Балтійской желѣзной дороги Леонида Павловича **Шестопалова** Александры Ивановны о назначеніи ей пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Мужъ просительницы сдѣлалъ взносы въ 1868 году въ Орловскую Кассу и въ 1869 и 1870 гг. въ Московскую Кассу и скончался въ 1873 году.

2-го февраля 1901 года и 24-го апрѣля 1902 года ей были назначены пособія по 30 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: назначить А. И. **Шестопаловой** 30 рублей пособія изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

IX. Доложено прошеніе вдовы Ошмянскаго уѣзднаго врача Владиміра Яковлевича **Усъ** Леонтины Михаиловны о назначеніи ей пособія для уплаты за нее 50 рублей за право слушанія лекцій въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

Докторъ Усъ былъ участникомъ Главной Кассы съ 1894 по 1899 годъ включительно. Вдова его получила Правительственную пенсію въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ. Отъ Кассы получила пособія: 24-го марта 1900 года 100 рублей, 1-го февраля и 24-го октября 1902 года по 50 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: назначить Л. М. **Усъ** вновь пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

X. Доложено прошеніе вдовы ординатора Рижскаго военнаго госпиталя Ольги Ивановны **Голубевой** о назначеніи ей пособія въ виду ея болѣзни и тяжелаго матеріальнаго положенія.

При прошеніи приложено свидѣтельство младшаго врача 146 пѣх. Царицынскаго полка Поспѣлова о болѣзни г-жи Голубевой.

Мужъ просительницы участникомъ Кассы не былъ.

3-го марта 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XI. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Анны Адріановны **Климовой** о назначеніи ей пособія въ виду стѣснительнаго матеріальнаго положенія.

Право просительницы на пособіе изложено въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 24-го августа 1896 года (мужъ ея былъ участникомъ Кассы 4 года).

Г-жа Климова получала много разъ пособія съ 1897 года. Послѣдній разъ ей было назначено пособіе 24-го октября 1902 года въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: назначить А. А. **Климовой** единовременное пособіе въ размѣрѣ 25 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

XII. Доложено ходатайство Комитета Московской Кассы объ увеличеніи пенсіи А. Е. **Блюменталь** на воспитаніе сына Владимира, достигшаго 10 лѣтняго возраста и учащагося въ частной школѣ—Межакъ въ гор. Самарѣ, въ чемъ приложено удостовѣреніе содержательницы школы.

Справка: Анна Евгеніевна Блюменталь съ 3-мя дѣтьми получаетъ пенсію съ 1-го января 1896 года по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 27-го апрѣля 1896 года въ размѣрѣ 300 рублей изъ суммъ Московской Кассы.

По опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 8-го марта 1902 года, утвержденному Общимъ Собраніемъ пенсія была увеличена на 25 рублей на воспитаніе дочери Татьяны.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ увеличеніи пенсіи А. Е. **Блюменталь** на 25 рублей въ годъ на воспитаніе сына Владимира съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Московской Кассы (всего 350 рублей въ годъ).

XIII. Доложено, что отецъ участника Кассы Николай Федосѣевичъ **Захаровъ** крестьянинъ Федосѣй Егоровичъ, которому Общимъ Собраніемъ, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 24-го октября 1902 года назначена (съ женою) пенсія съ 17-го іюля 1902 года въ размѣрѣ 300 рублей, въ настоящее время скончался. Вдова его Евдокія Матвѣевна проситъ о назначеніи ей пенсіи.

При прошеніи приложены документы:

а) Метрическая выпись о смерти отставного фельдфебеля Федосея Егоровича Захарова, послѣдовавшей 9-го января 1903 года.

б) Удостовѣреніе пристава 1-го стана Яронскаго уѣзда, Вятской губерніи, отъ 14-го февраля 1903 года, за № 138 въ томъ, что имущественное положеніе матери врача Евдокіи Матвѣевны Захаровой нисколько не улучшилось.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи матери участника Кассы Евдокіи Матвѣевны **Захаровой** пенсіи, согласно п. з. § 22 Устава Кассы въ размѣрѣ 200 рубл. въ годъ съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Главной Кассы.

ЖУРНАЛЪ

засѣданія Комитета Главной Вспомогательной Медицинской кассы 25 апрѣля 1903 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, т. предсѣд. Н. Я. Чистовичъ, казначей А. В. Поповъ, секретарь М. Г. Бовинъ и члены: М. Н. Нижегородцевъ и В. Ф. Штромъ.

I. Доложено прошеніе вдовы врача Леонтія Ивановича **Тимешева** Юліи Николаевны съ 2 малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы:

а) Квитанція Владимірской Кассы въ полученіи отъ Л. И. Тимешева членскаго взноса за 1890 г. и 12 квитанцій Главной Кассы въ полученіи взносовъ съ 1891 по 1902 г. включительно.

b) Копія метрической выписи изъ книгъ Московской Михайло-Архангельской среди университетскихъ клиникъ церкви о смерти Л. И. Тимешева, послѣдовавшей 17 декабря 1902 года.

c) Свидѣтельство Зарайскаго Уѣзднаго Полицейскаго Управленія отъ 4 марта 1903 года за № 80 въ томъ, что Ю. Н. Тимешева имѣетъ дѣтей: Николая, родившагося 20 апрѣля 1887 г. и обучающагося въ Зарайскомъ реальномъ училищѣ и Надежду, родившуюся 30 августа 1895 г. и что средствъ никакихъ не имѣетъ.

d) Зарайская уѣздная Управа, Рязанской губерніи, 12-го марта 1903 года, сообщила Комитету Главной Кассы о томъ, что Л. И. Тимешевъ состоялъ послѣднее время врачемъ на службѣ Зарайскаго Земства и вдова съ 2 малолѣтними дѣтьми получаетъ изъ эмеритальной кассы Рязанскаго губернскаго Земства пенсіи 200 рублей въ годъ.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи **Ю. Н. Тимешевой** съ 2 малолѣтними дѣтьми пенсіи согласно п. г. § 22 Устава Кассы, въ размѣрѣ 50 рублей въ годъ, въ дополненіе къ 200 р. пенсіи отъ Земства и 25 руб. въ годъ на воспитаніе сына Николая (всего 75 руб. въ годъ) съ 1-го іюля 1903 г. изъ суммъ Владимірской кассы.

II. Доложено прошеніе вдовы врача Николая Николаевича **Мансвѣтова** Юліи Петровны о назначеніи ей съ 3 дѣтьми пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Докторъ Мансвѣтовъ былъ участникомъ Туркестанской кассы съ 1881 по 1888 г. включительно. Кромѣ пособій вдовѣ его съ 3 дѣтьми Общимъ Собраніемъ 12 мая 1890 г. назначена пенсія съ 1-го іюля 1890 года въ размѣрѣ 300 р. въ годъ, впредь до полученія пенсіи, которую она и получила въ 1891 году. Г-жа Мансвѣтова получала пособія много разъ: послѣдній разъ получила 25 руб. изъ суммъ Главной Кассы 24 апрѣля и 24 октября 1902 года.

Опредѣлено: назначить Ю. П. **Мансвѣтовой** вновь пособіе въ размѣрѣ 25 руб. изъ суммъ Главной Кассы.

III. Доложено ходатайство Комитета Минской кассы о назначеніи дѣтямъ д-ра И. К. **Стржалко** пенсіи въ виду тяжелаго ихъ матеріальнаго положенія, при чемъ Минскій Комитетъ удостовѣряетъ, 1) что Иванъ Карловичъ Стржалко состоялъ участникомъ Минской кассы съ 1874 по 1898 г. включительно и умеръ 14 апрѣля 1899 года.

2) что у И. К. Стржалко остались трое круглыхъ сиротъ: дочери Генріэта 29 л. и Ядвига 28 л. и больной сынъ Витольдъ.

3) что д-ръ Стржалко не оставилъ ни какихъ матеріальныхъ средствъ своимъ дѣтямъ и пенсіи не получалъ.

Документы: а) копія метрической выписи изъ книгъ Минско-Маріинскаго Римско-Католическаго кастела о рожденіи у д-ра И. К. Стржалко сына Витольда 29 ноября 1881 года. в) Свидѣтельство ординатора больницы младенца Іисуса Хелховскаго отъ 5 марта 1903 г. за № 226 о болѣзни Витольда Стржалко.

Опредѣлено: въ виду совершеннолѣтія сиротъ д-ра **Стржалко** въ назначеніи пенсіи имъ отказать, но Витольду Стржалко въ виду его болѣзни назначить единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

IV. Доложено увѣдомленіе Комитета Кіевской кассы о смерти сына пенсіонерки Северины Карловны **Дзѣгановской** Станислава, послѣдовавшей 29 ноября 1902 года, почему ея пенсія въ 225 руб., назначенная 13 декабря 1902 года, должна быть уменьшена до 150 руб. въ годъ.

Опредѣлено: уменьшить пенсію С. К. **Дзѣгановской**, согласно п. а § 22 Устава Кассы до 150 рублей въ годъ съ 1 января 1903 года.

V. Доложено прошеніе вдовы врача Екатерины Фоминишны **Голынецъ** съ 4 малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пособія, въ виду ея болѣзни и тяжелаго матеріальнаго положенія, такъ какъ получаетъ пенсіи всего 17 руб. въ мѣсяцъ. Мужъ просительницы участникомъ кассы не былъ. Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 26 марта 1903 года назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 25 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: сдѣланный расходъ утвердить.

VI. Доложено прошеніе вдовы военнаго врача Александры Александровны **Борисовичъ** о назначеніи ей пособія въ виду ея бѣдности и болѣзненнаго состоянія. При прошеніи представлены 2 свидѣтельства д-ра Шмидта отъ 26 ноября 1902 года и 8 февраля 1903 года о болѣзни г-жи Борисовичъ, потребовавшей операцію трахеотоміи. Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы назначено г-жѣ Борисовичъ пособіе въ размѣрѣ 30 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

VII. Доложено прошеніе жены врача Петра Михайловича **Лаврова** Анны Васильевны съ 3 малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пособія въ виду болѣзни мужа и отсутствія средствъ къ жизни. Права г-жи Лавровой изложены въ журналѣ Комитета Главной Кассы отъ 15 ноября 1902 года, когда ей было назначено пособіе въ размѣрѣ 100 руб. П. М. Лавровъ состоялъ участникомъ Главной и Тульской кассъ съ 1887 по 1901 г. включительно. Въ настоящее время онъ находится на излѣченіи въ психіатрической клиникѣ Московскаго Университета и по словамъ просительницы ему испрашивается правительственная пенсія.

Опредѣлено: назначить А. В. **Лавровой** единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

VIII. Доложена просьба бездѣтной вдовы д-ра Александра Ивановича **Діомидова** Натальи Яковлевны о назначеніи ей пособія въ виду ея болѣзни и тяжелаго матеріальнаго положенія. Врачи Ситниковъ и Ломаковъ удостовѣряютъ бѣдственное положеніе просительницы. А. И. Діомидовъ сдѣлалъ единовременный взносъ въ 200 руб. 22 марта 1893 года за № 184. Вдовѣ его было выдано послѣдній разъ пособіе 23 декабря 1902 года въ размѣрѣ 30 рублей по назначенію г. Предсѣдателя Главной Кассы; расходъ утвержденъ Комитетомъ 17 января 1903 года.

Опредѣлено: назначить Н. Я. **Діомидовой** единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 руб. изъ капитала Я. А. Чистовича.

IX. Доложено прошеніе матери участника кассы Людвига Алексѣевича **Созановичъ-Толстяковичъ** Соломеи Ивановны о назначеніи ей пособія. Д-ръ Л. А. Созановичъ сдѣлалъ взносъ въ Главную кассу въ 1897 и 1898 г. 8 марта 1902 года просительницѣ было выдано 50 руб. пособія изъ суммъ Главной Кассы.

Опредѣлено: назначить вновь пособіе въ размѣрѣ 30 р. изъ капитала Я. А. Чистовича.

X. Доложена просьба ветеринарнаго врача Ипполита Игнатьевича **Транчукъ** о назначеніи ему пособія для лѣченія на минеральныхъ водахъ, такъ какъ получаемой имъ пенсіи изъ Вятскаго Земства едва хватаетъ на пропитаніе. Г. Транчукъ сдѣлалъ взносъ въ кассу въ 200 руб. 6 февраля 1876 года.

Документы: а) удостовѣреніе Тюменскаго Полицейскаго Управленія отъ 10 марта 1903 года въ томъ, что И. И. Транчукъ кромѣ получаемой имъ пенсіи никакихъ средствъ не имѣетъ и частной практикой по болѣзни не занимается. в) Свидѣтельство Тюменскаго сельско-участковаго врача Миловидова отъ 17 марта 1903 года о болѣзни г. Транчука.

Опредѣлено: назначить И. И. **Транчуку** единовременное пособіе въ размѣрѣ 100 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

XI. Доложена просьба пенсіонерки кассы Ольги Ивановны **Тополевой** о назначеніи ей пособія въ виду ея болѣзни, въ удостовѣреніе, которой представила копію свидѣтельства о болѣзни своей, выданную Рѣжицкимъ Городскимъ Врачемъ Одинцемъ 24 марта 1903 года. Г-жа Тополева съ 2 дѣтьми получаетъ пенсію изъ суммъ Главной Кассы въ размѣрѣ 250 р. въ годъ (опредѣленную Комитетомъ Главной Кассы 30 октября 1901 года), кромѣ того получала пособія. Послѣдній разъ ей выдано 50 руб. пособія 24 октября 1902 года.

Опредѣлено: назначить Ольгѣ Ив. **Тополевой** 25 руб. пособія изъ суммъ Главной Кассы.

XII. Доложено прошеніе вдовы Двинскаго уѣзднаго врача Ивана Андреевича **Добычина** Анны Александровны съ 5 малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни. Бѣдственное положеніе просительницы удостовѣряетъ д-ръ Епифановъ.

Документы: а) свидѣтельство Двинскаго городского полицейскаго управленія отъ 22 марта 1902 года за № 86 о смерти врача И. А. Добычина, послѣдовавшей 13 ноября 1902 года.

b) квитанціи Витебской кассы въ полученіи отъ И. А. Добычина членскихъ взносовъ съ 1893 по 1902 г. включительно.

c) удостовѣреніе Двинскаго городского полицейскаго управленія отъ 14 апрѣля 1903 года о томъ, что г-жа Добычина съ 5 малолѣтними дѣтьми средствъ къ жизни не имѣетъ; пенсія отъ казны ей можетъ быть назначено въ размѣрѣ отъ 200 до 300 руб. въ годъ.

d) свидѣтельство Двинскаго городского полицейскаго управленія отъ 22 мая 1903 года за № 130, изъ котораго видно, что у г-жи Добычиной дѣти родились: Леонидъ 5 іюня 1894 г., Дмитрій 13 октября 1895 г., Николай 13 ноября 1898 г., Ольга 10 іюня 1897 г. и Вѣра 25 сентября 1902 г.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Аннѣ Александровнѣ **Добычиной** съ 5 малолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. д § 22 Уст. Кассы, въ размѣрѣ 300 р. въ годъ съ 1 іюля 1903 года, изъ суммъ Главной Кассы впредь до полученія казенной пенсіи.

XIII. Доложена просьба врача Абрама-Герша Альтеровича **Батлажана** о разрѣшеніи сдѣлать ему взносъ за 1901 годъ Онъ получилъ дипломъ 11 декабря 1901 года и сдѣлалъ первый взносъ въ Херсонскую кассу въ сентябрѣ 1902 года и, по незнанію Устава Кассы, не сдѣлалъ взноса за годъ окончанія курса.

Опредѣлено: въ виду того, что Уставъ Кассы разрѣшаетъ зачислять взносы по уважительнымъ причинамъ только за прерванное время, а не за годъ до перваго взноса, въ просьбѣ г. Батлажана отказать.

XIV. Доложено прошеніе вдовы врача Аграфены Савишны **Павленко** о назначеніи ей пособія для лѣченія на грязяхъ. Мужъ просительницы Андрей Касьяновичъ Павленко былъ участникомъ кассы съ 1881 по 1891 г. включительно. Права его и семьи на пособіе изложены въ журналѣ Комитета Главной Кассы отъ 30 октября 1891 года и 19 февраля 1892 г. Г-жа Павленко получаетъ пенсію отъ Правительства въ размѣрѣ 340 руб. въ годъ. Просительницѣ были выданы пособія изъ суммъ Главной Кассы: въ 1891 году 100 руб., въ 1895, 6, 7, 9 и 1900 г. по 50 р. и 24 апрѣля 1901 г. 30 руб.

Опредѣлено: назначить А. С. Павленко единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 р. изъ суммъ Главной Кассы.

XV. Доложено прошеніе вдовы врача Александра Петровича **Бѣляева** Варвары Федоровны съ 2 малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пособія въ виду отсутствія средствъ къ жизни. Д-ръ А. П. Бѣляевъ сдѣлалъ въ Главную Кассу взносы въ 1901 и 1902 годахъ, льготнымъ участникомъ не былъ (окончилъ Московскій Университетъ въ 1891 г.) и умеръ 22 ноября 1902 г.

Документы: а) Удостовѣреніе участниковъ кассы Н. Н. Ментова, Н. В. Алексѣева и М. П. Дурасова въ томъ, что г-жа Бѣляева имѣетъ двоихъ дѣтей, изъ которыхъ одинъ грудной, другой же (дѣвочка) больной и средствъ къ жизни не имѣетъ.

b) Копія диплома Московскаго Университета о полученіи А. П. Бѣляевымъ званія лѣкаря 28 января 1891 года.

c) Копія выписей о рожденіи у А. П. Бѣляева дѣтей: Петра 30 іюня 1902 года и Маріи 25 іюля 1900 года.

Опредѣлено: назначить единовременное пособіе въ размѣрѣ 20 руб. изъ капитала Я. А. Чистовича.

XVI. Доложена просьба Александры Михайловны **Буринской** о назначеніи ей пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія, извѣстнаго Комитету Главной Кассы. Главной Кассой 27 марта 1903 года назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XVII. Доложено ходатайство комитета Казанской кассы о назначеніи пособія матери участника кассы Ульянѣ Анисимовнѣ **Елагиной** въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія. Сынъ просительницы врачъ Александръ Ивановичъ Елагинъ сдѣлалъ въ кассу 6 взносовъ, но былъ участникомъ менѣе 6 лѣтъ, почему въ назначеніи пенсіи матери его 18 сентября 1898 г. было отказано. Г-жа Елагина получала ежегодно два раза пособіе по 50 руб. Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 17 марта 1903 г. вновь назначено пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено утвердить сдѣланный расходъ.

XVIII. Доложена просьба земскаго врача Сергѣя Николаевича **Хлѣбникова** о разрѣшеніи ему сдѣлать взносъ за 1902 годъ. Г. Хлѣбниковъ состоялъ льготнымъ участникомъ кассы съ 1899 года (годъ окончанія имъ курса). Причину пропуска въ 1902 г. взноса г. Хлѣбниковъ объясняетъ незнаніемъ устава кассы, онъ думалъ, что стоитъ только внести за просроченный годъ и членъ востановляется въ своихъ правахъ; къ тому-же у него не было средствъ. Какъ разъ въ концѣ этого года, вслѣдствіе пріобрѣтенія теплой одежды и расходовъ по устройству въ селѣ народной библіотеки десяти рублей на посылку въ кассу не хватило. Взносъ былъ высланъ въ 1903 году, но Московская касса отказалась принять за 1902 г. какъ просроченный.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о разрѣшеніи С. Н. Хлѣбникову сдѣлать взносъ за 1902 г. безъ потери непрерывности во взносахъ, но безъ возстановленія правъ льготнаго участника.

XIX. Доложено прошеніе доктора Владиміра Адольфовича **Обольянинова** о назначеніи ему пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія и болѣзни. Д-ръ Обольяниновъ участникомъ кассы не былъ. Въ теченіи 25 л. онъ прослужилъ земскимъ врачемъ и въ настоящее время боленъ и совершенно не имѣетъ средствъ.

Опредѣлено: назначить В. А. Обольянинову единовременное пособіе въ размѣрѣ ста рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

XX. Доложена просьба вдовы врача Льва Дмитріевича **Скрябина** Евгеніи Степановны о назначеніи ей съ 3 малолѣтними дѣтьми пособія на подготовку сына Льва въ учебное заведеніе. Врачи Вершининъ и Собчицскій удостовѣряютъ бѣдственное положеніе просительницы, а равно и Воронежское Городское Полицейское Управленіе. Мужъ просительницы А. Д. Скрябинъ участникомъ кассы не былъ.

Опредѣлено: назначить г-жѣ Скрябиной единовременное пособіе въ размѣрѣ 40 руб. изъ капитала А. Г. Баталина.

XXI. Казначеемъ Главной Кассы доложено о состояніи денежныхъ суммъ Главной Кассы и находящихся при ней капиталовъ.

ЖУРНАЛЪ

засѣданія Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 9 мая 1903 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, т. предс. Н. Я. Чистовичъ, казначей А. В. Поповъ, секретарь М. Г. Бовинъ и члены М. Н. Нижегородцевъ и В. Ф. Штромъ.

I. Доложено прошеніе жены врача Анны Андреевны **Ивановой** съ 3 дѣтьми о назначеніи пособія въ виду весьма тяжелаго матеріальнаго положенія, извѣстнаго Комитету. Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 29 апрѣля 1903 г. назначено 50 руб. пособія изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

II. Доложено прошеніе пенсіонерки кассы Маріи Леопольдовны **Абрамовичъ** о назначеніи ей пособія въ виду весьма тяжелаго матеріальнаго положенія, такъ какъ дѣти ея находятся въ школьномъ возрастѣ и она обременена долгомъ. Секретарю и Казначею Главной Кассы извѣстно тяжелое положеніе просительницы. Г-жа Абрамовичъ съ 7 дѣтьми, по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 15 сентября 1900 г., утвержденнаго Общимъ Собраніемъ участниковъ Главной Кассы, получаетъ пенсію изъ суммъ Курской Кассы съ 1-го января 1901 года въ размѣрѣ 375 р. въ годъ.

Опредѣлено: назначить М. Л. Абрамовичъ единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 руб. изъ суммъ Главной Кассы.

III. Доложено прошеніе вдовы врача Клавдіи Николаевны **Шкляревской** съ 2 малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пособія въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія, удостовѣреннаго Комитетомъ Саратовской Кассы. Мужъ просительницы Алексѣй Арестовичъ Шкляревскій сдѣлалъ въ Московскую кассу только 3 взноса (за 1897, 8 и 9 гг.).

Опредѣлено: назначить К. Н. Шкляревской единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

IV. Доложено прошеніе жены отставного канцелярскаго служителя Елизаветы Васильевны Москвиной, мачехи врача Германа Алексѣевича **Москвина** о назначеніи ей пособія и пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: a) 5 квитанцій Орловской кассы въ полученіи отъ Г. А. Москвина членскихъ взносовъ съ 1898 г. по 1902 годъ включительно и квитанція Московской Кассы въ полученіи взноса за 1903 годъ. b) Свидѣтельство Ялтинскаго Земскаго врача Волкова отъ 30 марта 1903 года о смерти Г. А. Москвина, послѣдовавшей 8 февраля 1903 года, c) ходатайство Комитета Орловской Кассы о назначеніи г-жѣ Москвиной единовременнаго пособія для покрытія расходовъ, сдѣланныхъ во время болѣзни и смерти д-ра Москвина, d) удостовѣреніе участниковъ Кассы Волкова, Горохова и Правосуда въ томъ, что отецъ д-ра Москвина съ 1892 года никакой матеріальной поддержки ни женѣ своей, ни сыну не оказывалъ въ виду ограниченности своего содержанія; д-ръ же Москвинъ во время пребыванія въ Университетѣ находился на иждевеніи своей мачехи; получивъ званіе врача, г. Москвинъ заболѣлъ и долженъ былъ переѣхать на югъ, гдѣ пользовался уходомъ своей мачехи и умеръ, оставивъ ее безъ средствъ и съ долгами, связанными съ болѣзнью и смертью.

Опредѣлено: Е. В. Москвиной назначить единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 руб.; въ назначеніи же пенсіи отказать, такъ какъ по уставу Кассы мачеха не имѣетъ права на таковую.

V. Доложено ходатайство Комитета Ростовской на Дону кассы о перенесеніи выдачи пенсіи А. В. **Солодовниковой** въ размѣрѣ 150 руб. изъ суммъ Ростовской кассы на средства Главной, а выдачу пенсіи г-жѣ **Суходольской** такъ-же въ размѣрѣ 150 руб., какъ живущей въ Ростовѣ, изъ суммъ Главной Кассы, на суммы Ростовской кассы съ 1 іюля 1903 года.

Опредѣлено: согласиться съ предложеніемъ Ростовской кассы и доложить Общему Собранію.

LXIV ОБЩЕЕ СОБРАНІЕ

УЧАСТНИКОВЪ ГЛАВНОЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАССЫ.

9 мая 1903 г.

Общее Собраніе, состоявшееся изъ 21-го участника, открыто Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы В. С. Кудринымъ, который сообщилъ о кончинѣ участниковъ Кассы Бражасъ С. Ю., Андерсонъ Э. Ф., Бетлингъ Н. П., Большесольскаго П. К., Бурцева П. А., Варавина В. С., Витковскаго Ф. Н., Вознесенскаго П. П., Вальтеръ А. А., Гальковскаго П. І., Гродецкаго В. О., Добычина П. А., Затворницкаго А. П., Зеландъ Н. Л., Зейлеръ Э. О., Захарова Н. Ф., Краснитскаго В. Е., Левитскаго Н. М., Неаронова В. М., Потоцкаго М. Ф., Полозова В. М., Рудова В. И., Соколова П. А., Тимашова Л. И., Фролова В. Я., Широкова И. П., Шнейдеръ Р. Ю., Янченко В. М. и Комовскаго М. И. память которыхъ была почтена вставаніемъ.

II. Казначей Кассы А. В. Поповъ доложилъ Собранію о состояніи денежныхъ суммъ Главной Кассы и состоящихъ при ней капиталовъ за 1902 и 1903 гг. по день весенняго собранія Ревизіонной Коммиссіи.

III. Собраніе выслушало журналы засѣданія Комитета Главной Кассы о назначеніи пенсій отъ 13 декабря 1902 г. и 17 января, 14 марта, 25 апрѣля и 8 мая 1903 г., которые и были утверждены.

IV. Доложено, что ревизіонная Комиссія Главной Вспомогательной Медицинской Кассы въ засѣданіи своемъ 30-го апрѣля 1903 г., провѣривъ всѣ приходо-расходныя книги Главной Кассы и состоящихъ при ней капиталовъ, всѣ денежные документы и деньги, нашла, что книги ведены правильно, всѣ деньги и денежные документы находятся на лицо въ цѣлости и хранятся надлежащимъ образомъ; расходы удостовѣрены оправдательными документами.

Комиссіею утверждена вѣдомость о движеніи денежныхъ суммъ при Главной Кассѣ (съ состоящими при ней капиталами кассъ): 1) Кавказской, 2) Тульской, 3) Туркестанской и капиталами: 4) Я. А. Чистовича, 5) В. А. Манассеина, 6) Е. Н. Чистовичъ, 7) Н. И. Пирогова, 8) А. Г. Баталина, 9) Э. Э. Эйхвальда, 10) Ю. В. Иванова, 11) стипендіи при капиталѣ Манассеина, 12) въ память 100-лѣтія Военно-Медицинской Академіи и 13) врачебнаго выпуска 1873 изъ Академіи) за весь 1902 годъ и съ 1-го января по 30-е апрѣля 1903 года.

Коммиссіею сдѣланы надписи на самыхъ приходо-расходныхъ книгахъ о состояніи суммъ.

V. Вслѣдствіе предложенія Комитета Западно-Сибирской Кассы Общее Собраніе постановило принимать запоздалые взносы каждаго текущаго года (съ 1-го октября по 1-е января) по усмотрѣнію Комитетовъ мѣстныхъ кассъ, которымъ лучше извѣстны причины несвоевременности взносовъ.

VI. Были произведены выборы членовъ Комитета, вмѣсто выбывающихъ по очереди, согласно § 38 Устава Кассы В. С. Кудрина, М. Г. Бовина, А. А. Троянова и В. Ф. Штрома, при чемъ Собраніе закрытою баллотировкою избрало Предсѣдателемъ В. С. Кудрина, Секретаремъ М. Г. Бовина и членами А. А. Троянова и В. Ф. Штрома.

Такимъ образомъ составъ Комитета на будущій годъ слѣдующій: Предсѣдатель В. С. Кудринъ, Товарищъ Предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, Секретарь М. Г. Бовинъ, Казначей А. В. Поповъ и члены М. Н. Нижегородцевъ, А. А. Трояновъ, С. В. Шидловскій и В. Ф. Штромъ.

VII. Въ составъ ревизіонной Коммиссіи до слѣдующаго весенняго Собранія избраны Н. Ф. Боргсеніусъ, А. П. Заболотскій, М. М. Шершевскій, О. В. Петерсенъ, А. А. Лозинскій, Г. Г. Епифановъ и Л. Г. Корчагинъ.

VIII. Доложено ходатайство Комитета Кіевской Кассы о перенесеніи выдачи пенсіи пенсіонерки Кіевской Кассы Варвары Ивановны Соколовой изъ суммъ Кіевской Кассы на средства другой Кассы въ виду состоявшагося назначенія новыхъ выдачъ пенсій изъ Кіевской Кассы.

Справка В. И. Соколова съ 3-мя малолѣтними дѣтьми, согласно опредѣленія Комитета Главной Кассы отъ 15-го сентября 1900 г., утвержденнаго Общимъ Собраніемъ получаетъ пенсію съ 1-го іюля 1900 г. изъ суммъ Кіевской Кассы.

Постановлено: Выдачу пенсіи В. И. Соколовой съ 1 января 1903 года производить изъ суммъ Главной Кассы.

IX. Коммиссія по пересмотру Устава Кассы доложила о ходѣ работы, которая еще не окончена.

Засѣданій коммиссій было 19.

ЖУРНАЛЪ

засѣданія Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 3-го октября 1903 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, т. предсѣд. Н. Я. Чистовичъ, казначей А. В. Поповъ, секретарь М. Г. Бовинъ и члены: М. Н. Нижегородцевъ и А. А. Трояновъ, В. Ф. Штромъ и С. В. Шидловскій.

I. Доложено ходатайство Комитета Тульской Кассы о назначеніи пенсіи вдовѣ Бѣлевскаго уѣзднаго врача Августина Федоровича Голицинскаго—Элеонорѣ Вилибальдовнѣ съ 4-мя малолѣтними дѣтьми о назначеніи пенсіи и пособія въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) прошеніе Э. В. Голицинской о назначеніи ей пенсіи и пособія, такъ какъ она послѣ смерти мужа, послѣдовавшей 4-го марта 1903 года осталась безъ всякихъ средствъ.

b) 17-ть квитанцій Тульской Кассы въ полученіи отъ А. Ф. Голицинскаго членскихъ взносовъ съ 1886 по 1902 г. включительно.

с) Свидѣтельство Бѣлевскаго земскаго врача Металлова отъ 17-го марта 1903 года о болѣзни Э. В. Голицинской.

д) Свидѣтельство Бѣлевскаго уѣзднаго Полицейскаго Управленія отъ 1-го мая 1903 года за № 69 въ томъ, что послѣ смерти А. Ф. Голицинскаго осталась вдова съ 4-мя малолѣтними дѣтьми безъ средствъ къ существованію и что двѣ дочери обучаются въ Бѣлевскомъ Эпархіальномъ училищѣ, плата за ученіе которыхъ вносилась раньше ихъ отцемъ.

е) Копія формулярнаго списка Бѣлевскаго уѣзднаго врача А. Ф. Голицинскаго, изъ которой видно, что онъ имѣетъ дѣтей: Елену, родившуюся 22-го апрѣля 1889 года, Евгенію, родившуюся 1-го января 1892 года, Владиміра, родившагося 7-го іюля 1894 года и Федора родившагося 30-го іюля 1896 года.

г) Удостовѣреніе Бѣлевскаго Эпархіальнаго женскаго училища отъ 13-го іюля 1903 года въ томъ, что Елена и Евгенія Голицинскія обучались въ этомъ училищѣ на средства родителей.

Комитетъ Тульской Кассы удостовѣряетъ, что въ настоящее время г-жа Голицинская никакой пенсіи не получаетъ.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Элеонорѣ Вилибальдовнѣ **Голицинской** съ четырьмя малолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. д. § 22-го Устава Кассы въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ и 50 рублей на воспитаніе дѣтей (всего 350 рублей въ годъ) съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Главной Кассы.

II. Доложено объ открытіи 31-го марта 1903 года въ Оренбургѣ Отдѣленія Кассы. Предсѣдателемъ избранъ А. А. Шимаевъ, секретаремъ и казначеемъ И. Т. Косьяновъ.

Опредѣлено: доложить Общему Собранію.

III. Доложена просьба вдовы доктора Константина Львовича **Сирскаго** Маріи Ивановны о назначеніи ей пособія въ виду ея болѣзни и тяжелаго матеріальнаго положенія, удостовѣреннаго докторомъ П. Н. Степенко.

Докторъ К. Л. Сирскій былъ участникомъ Кассы съ 1886 по 1890 годъ включительно. Вдова его получаетъ пенсію отъ казны въ размѣрѣ 238 рублей 90 коп.

Г-жа Сирская получала нѣсколько разъ пособія. Послѣдній разъ ей было выдано 50 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ 14-го декабря 1901 года.

9-го іюля 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

IV. Доложено прошеніе вдовы старшаго ординатора СПБ. Николаевскаго госпиталя Сергѣя Николаевича **Эвенхова** Софіи Яковлевны съ двумя малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пособія, такъ какъ въ виду внезапности кончины мужа, не имѣетъ ни откуда никакой помощи.

Г. предсѣдателемъ Главной Кассы 9-го іюля 1903 года назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

V. Доложено: по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 28 сентября 1899 года, утвержденному Общимъ Собраніемъ, была назначена пенсія родителямъ участника Кассы Михаила Ивановича Сергѣева Ивану Андреевичу и Евдокіи Борисовнѣ Сергѣевымъ въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ съ 1-го іюля 1899 года.

3-го іюня 1903 года Евдокія Борисовна увѣдомила, что мужъ ея умеръ и проситъ о назначеніи ей пенсіи.

При прошеніи приложено свидѣтельство Константиноградскаго уѣзднаго Полицейскаго Управленія отъ 22-го мая 1903 года за № 209, изъ котораго видно, что вдовѣ Е. Б. Сергѣевой 65 лѣтъ и что имущественное ея положеніе не измѣнилось.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Евдокіи Борисовнѣ **Сергѣевой** пенсіи, согласно п. з. § 22 Уст. Кассы въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ, съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Главной Кассы.

VI. Доложена просьба вдовы Миленковскаго земскаго врача Ивана Порфирьевича **Широкова** Ольги Васильевны о назначеніи ей съ тремя малолѣтними дѣтьми пособія въ виду того, что послѣ смерти мужа, послѣдовавшей 18-го декабря 1902 года, она осталась безъ средствъ къ жизни.

Документы: а) Копія свидѣтельства Меленковскаго уѣзднаго Полицейскаго Управленія отъ 16-го января 1903 года за № 4 въ томъ, что О. В. Широкова имѣетъ трехъ малолѣтнихъ дѣтей и имущества никакого не имѣетъ.

b) Свидѣтельство бывшаго земскаго врача Металлова отъ 16-го іюля 1903 года о болѣзни О. В. Широковой.

По справкѣ оказалось, что И. П. Широковъ сдѣлалъ взносы въ Главную Кассу въ 1899, 1900, 1901 и 1902 гг. 17-го января 1903 г. вдовѣ его было назначено 75 рублей пособія изъ суммъ Главной Кассы.

Г. предсѣдателемъ Главной Кассы 23-го іюля 1903 года назначено г-жѣ Широковой 30 рублей пособія изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

VII. Доложена просьба вдовы Вилейскаго уѣзднаго врача Леонида Евгеньевича **Беневоленскаго** Екатерины Фирсовны о назначеніи ей пособія на лѣченіе, такъ какъ она, кромѣ получаемой отъ Правительства пенсіи въ размѣрѣ 25 рублей въ мѣсяцъ, средствъ не имѣетъ и должна обучать дочь въ женской гимназіи.

Документы: а) свидѣтельство Гомельскаго Полицейскаго Управленія отъ 29-го іюля 1903 года, изъ котораго видно, что г-жа Беневоленская существуетъ съ дочерью Вѣрою на правительственную пенсію въ 228 рублей въ годъ.

b) Свидѣтельство доктора Кострицкаго отъ 2-го іюня 1903 года о тяжкой болѣзни г-жи Беневоленской.

Справка. Мужъ просительницы докторъ Беневоленскій сдѣлалъ 200-рублевый взносъ въ Владимірскую Кассу 10-го іюля 1885 года и умеръ 31-го октября 1896 года. Въ назначеніи пенсіи вдовѣ его 15-го сентября 1897 года было отказано въ виду назначенія 380 рублей правительственной пенсіи. Въ 1897 году г-жа Беневоленская получила 100 рублей пособія изъ Владимірской Кассы.

10-го іюля 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы Е. Ф. **Беневоленской** назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Е. Н. Частовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

VIII. Доложено прошеніе вдовы доктора медицины Николая Анфиловича **Небогина** Александры Федоровны о назначеніи ей съ двумя малолѣтними дѣтьми пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) Выпись изъ метрической книги Виленскаго Пречистенскаго Собора о смерти доктора Н. А. Небогина, послѣдовавшей 22 февраля 1903 года.

b) Свидѣтельство доктора Дункеля отъ 9-го іюля 1903 года о болѣзни А. Ф. Небогиной.

Докторъ Н. А. Небогинъ состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1890 года по 1902 г. включительно.

По справкѣ въ Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи оказалось, что г-жѣ Небогиной съ двумя дѣтьми назначена пенсія въ 282 рубля въ годъ и выдано изъ эмеритальной Кассы пособіе въ размѣрѣ 967 рублей 50 коп.

Опредѣлено: въ назначеніи пенсіи А. Ф. Небогиной, согласно § 23 Уст. Кассы отказать.

IX. Доложено, что пенсіонерка Главной Кассы Станислава

Эдуардовна Пржецишевская, получающая 150 рублей въ годъ пенсіи изъ Главной Кассы, по удостовѣренію Россіенскаго уѣзднаго Предводителя дворянства, отъ 25-го іюня 1903 года, получила вмѣстѣ съ Целиной Дрожневичъ въ концѣ 1902 года наслѣдство послѣ дворянки Стефаніи Страшевичъ, заключающееся въ имѣніи «Скавдвили» въ 420 десятинъ, оцѣненное по окладному листу Ковенской Казенной Палаты въ 15,860 рублей. На этомъ имѣніи числится долга Виленскому Земельному Банку около 9000 рублей и частнымъ лицамъ около 20,000 рублей.

Опредѣлено: сохранить пенсію г-жѣ **Пржецишевской** до дальнѣйшаго выясненія ея имущественнаго положенія.

X. Доложено, что пенсіонерка Московской Кассы Надежда Николаевна **Тютнева** переѣхала на жительство изъ г. Москвы въ С.-Петербургъ, почему выдачу ей пенсіи представляется болѣе удобнымъ производить изъ суммъ Главной Кассы.

Г-жа Тютнева, согласно опредѣленія Комитета Главной Кассы отъ 5-го ноября 1899 года получаетъ пенсію въ 150 рублей въ годъ съ 1-го января 1900 года изъ суммъ Московской Кассы.

Опредѣлено: перевести выдачу пенсіи г-жѣ Тютневой изъ суммъ Московской Кассы на средства Главной съ 1-го іюля 1903 года.

XI. Доложено сообщеніе Воронежской Кассы о томъ что Воронежская Касса имѣетъ на расходы въ текущемъ году 384 рубля и потому не можетъ высылать пенсіи г-жѣ Крыжановской 300 рублей въ годъ и Фіалковской 200 рублей въ годъ.

По распоряженію г. предсѣдателя Главной Кассы пенсія за вторую половину 1903 года г-жѣ Крыжановской 26 іюля выслана въ Воронежскій Комитетъ изъ суммъ Главной Кассы.

Опредѣлено: съ 1-го января 1904 года выдачу пенсіи г-жѣ **Фіалковской** перевести на средства Главной Кассы, оставивъ на Воронежской Кассѣ выдачу пенсіи г-жѣ **Крыжановской**.

XII. Доложено ходатайство Ростовской на Дону Кассы объ увеличеніи пенсіи пенсіонерки Ростовской Кассы Лукіи Ивановнѣ **Суходольской** до 200 рублей (вмѣсто получаемой ею въ 150 рублей), при чемъ Ростовскій Комитетъ удостовѣряетъ ея болѣзнь, неспособность къ труду и необходимость ухода за нею.

Г-жа Суходольская, согласно опредѣленію Главнаго Комитета Кассы отъ 27-го сентября 1889 года, утвержденному Общимъ Собраніемъ, получала пенсію съ 1-го января 1890 года изъ Главной Кассы, а съ 1-го іюля 1903 года получаетъ 150 рублей изъ Ростовской Кассы.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ увеличеніи пенсіи **Л. И. Суходольской** до 200 рублей въ годъ, согласно п. б. § 22 Уст. Кассы съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Ростовской Кассы.

XIII. Доложена просьба бездѣтной вдовы военнаго врача Леонида Афонасьевича **Когана** Маріи Васильевны о назначеніи ей пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго ея положенія, такъ какъ она кромѣ пенсіи отъ правительства въ размѣрѣ 13 рубл. 64 коп. въ мѣсяцъ другихъ средствъ не имѣетъ.

Права на пособіе г-жи Коганъ изложены въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 18-го сентября 1898 года п. XI.

Докторъ Коганъ состоялъ участникомъ Кассы съ 1873 года по 1898 г. включительно. Вдовѣ его въ назначеніи пенсіи отказано въ виду того, что она получаетъ пенсію отъ казны въ большемъ размѣрѣ, чѣмъ могла бы получить отъ Кассы, но нѣсколько разъ были назначаемы единовременныя пособія.

Послѣдній разъ получила пособія 2-го августа 1902 года въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича. 3-го сентября 1903 г. предсѣдателемъ Главной Кассы назначено 40 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XIV. Доложена просьба врача для командировокъ Врачебнаго Отдѣленія Енисейскаго губернскаго Управленія Семена Игнатьевича **Іофа** о назначеніи ему пособія для выѣзда изъ С.-Петербурга, куда онъ пріѣхалъ лѣчиться отъ поврежденія ноги, причиненнаго ему при разъѣздахъ по службѣ: лошадь его выбросила изъ экипажа.

Г. Іофъ состоитъ участникомъ Главной Кассы съ 1891 года по 1903 г.

21-го іюля 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы назначено заимообразно пособіе въ размѣрѣ 75 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XV. Доложено, что въ мѣстечкѣ Дубровы, Могилевской губерніи умеръ сельскій врачъ Н. К. **Крыловъ** и оставилъ 5 человѣкъ дѣтей (отъ 5 до 13 лѣтъ) газета «Русскій Врачъ» (№ 30 стр. 1090 за 1903 годъ 26/VIII) принимаетъ на себя передачу пособій въ пользу осиротѣвшей семьи.

По распоряженію г. предсѣдателя Главной Кассы отъ 5-го августа 1903 г. выслано пособіе въ размѣрѣ 40 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XVI. Доложено, что пенсіонерка Кассы Васса Львовна **Листова**, получающая съ больной дочерью по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 19-го октября 1901 года пенсію съ 1-го января 1902 г. въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ, 30-го іюля 1903 г. заявила, что получила пенсію отъ Правительства въ размѣрѣ 21 рубля и 7-ми руб для дочери. Не имѣя возможности на 7 рублей содержать больную (взрослую) дочь г-жа Листова проситъ оставить за дочерью право получать причитающуюся ей часть.

Опредѣлено. Въ просьбѣ г-жи Листовой, согласно 23-го § Уст. Кассы, отказать.

XVII. Доложено прошеніе вдовы Саранскаго земскаго врача Николая Александровича **Шелешкова** Маріи Алексѣевны о назначеніи ей съ сыномъ единовременнаго пособія въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Врачи Витевскій и Кудрявцевъ удостовѣряютъ бѣдственное положеніе просительницы.

Г-жа Шелешкова получила пособіе въ 1899 и 1901 гг. по 50-ти рублей.

Г. предсѣдательемъ Главной Кассы 3-го сентября 1903 года назначено вновь пособіе г-жѣ Шелешковой въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XVIII. Доложено прошеніе вдовы военнаго врача Михаила Васильевича **Попова** Софіи Александровны о назначеніи ей пособія для обмундированія ея сына Сергѣя, окончившаго въ іюнѣ 1903 года X-ю гимназію и поступившаго въ С.-Петербургскій университетъ.

Мужъ просительницы былъ участникомъ Главной Кассы съ 1881 по 1892 гг. включительно.

Г-жа С. А. Попова 14-го декабря 1901 года получила пособіе въ 50 рублей изъ Главной Кассы.

28-го августа 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы г-жѣ **Поповой** вновь назначено пособіе въ размѣрѣ 75 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XIX. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Болеслава Станиславовича **Малиновскаго** Ядвиги Антоновны съ дочерью Маріею о назначеніи ей пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни и болѣзни.

Документы: a) Свидѣтельство Гродненскаго уѣзднаго Полицейскаго Управленія отъ 9-го мая 1903 года за № 190 въ томъ, что послѣ смерти земскаго врача Б. С. Малиновскаго не осталось никакого имущества. На попеченіи вдовы его Ядвиги Антоновны находится ея 4-хъ лѣтняя дочь.

b) Копія метрической выписи изъ книгъ Гомельскаго Римско-католическаго костела Могилевской губерн. о смерти врача Б. С. Малиновскаго, послѣдовавшей 9-го апрѣля 1903 года.

c) 2 свидѣтельства о болѣзни Я. А. Малиновской, выданныя 11-го мая 1903 года врачемъ Шильдкретомъ и 20-го іюня 1903 года завѣдующимъ Городнянскою земскою больницею.

d) Копія метрической выписи изъ книги Московской Римско-католической Петропавловской церкви за № 130 о рожденіи у Б. С. Малиновскаго дочери Маріи 23-го марта 1899 года.

Справка. Б. С. Малиновскій первый взносъ сдѣлалъ 20-го марта 1900 года (№ 139) за 1899 годъ (годъ окончанія имъ курса Московскаго Университета). Кромѣ того, имъ были сдѣланы взносы за 1900, 1901 и 1903 гг. за №№ 604, 505, 508, и 11.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи вдовѣ льготнаго участника Кассы Ядвигѣ Антоновнѣ Малиновской съ дочерью пенсіи, согласно п. в. § 22 Уст. Кассы, въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ съ 1-го января 1904 года изъ суммъ Пермской Кассы.

XX. Доложена просьба врача Якова Владимировича **Лурье** о назначеніи ему пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго поло-

Постановлено: Выдачу пенсіи В. И. Соколовой съ 1 января 1903 года производить изъ суммъ Главной Кассы.

IX. Коммиссія по пересмотру Устава Кассы доложила о ходѣ работы, которая еще не окончена.

Засѣданій коммиссій было 19.

ЖУРНАЛЪ

засѣданія Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 3-го октября 1903 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, т. предсѣд. Н. Я. Чистовичъ, казначей А. В. Поповъ, секретарь М. Г. Бовинъ и члены: М. Н. Нижегородцевъ и А. А. Трояновъ, В. Ф. Штромъ и С. В. Шидловскій.

I. Доложено ходатайство Комитета Тульской Кассы о назначеніи пенсіи вдовѣ Бѣлевскаго уѣзднаго врача Августина Федоровича Голицинскаго—Элеонорѣ Вилибальдовнѣ съ 4-мя малолѣтними дѣтьми о назначеніи пенсіи и пособія въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: a) прошеніе Э. В. Голицинской о назначеніи ей пенсіи и пособія, такъ какъ она послѣ смерти мужа, послѣдовавшей 4-го марта 1903 года осталась безъ всякихъ средствъ.

b) 17-ть квитанцій Тульской Кассы въ полученіи отъ А. Ф. Голицинскаго членскихъ взносовъ съ 1886 по 1902 г. включительно.

c) Свидѣтельство Бѣлевскаго земскаго врача Металлова отъ 17-го марта 1903 года о болѣзни Э. В. Голицинской.

d) Свидѣтельство Бѣлевскаго уѣзднаго Полицейскаго Управленія отъ 1-го мая 1903 года за № 69 въ томъ, что послѣ смерти А. Ф. Голицинскаго осталась вдова съ 4-мя малолѣтними дѣтьми безъ средствъ къ существованію и что двѣ дочери обучаются въ Бѣлевскомъ Эпархіальномъ училищѣ, плата за ученіе которыхъ вносилась раньше ихъ отцемъ.

e) Копія формулярнаго списка Бѣлевскаго уѣзднаго врача А. Ф. Голицинскаго, изъ которой видно, что онъ имѣетъ дѣтей: Елену, родившуюся 22-го апрѣля 1889 года, Евгенію, родившуюся 1-го января 1892 года, Владиміра, родившагося 7-го іюля 1894 года и Федора родившагося 30-го іюля 1896 года.

f) Удостовѣреніе Бѣлевскаго Эпархіальнаго женскаго училища отъ 13-го іюля 1903 года въ томъ, что Елена и Евгенія Голицинскія обучались въ этомъ училищѣ на средства родителей.

Комитетъ Тульской Кассы удостовѣряетъ, что въ настоящее время г-жа Голицинская никакой пенсіи не получаетъ.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Элеонорѣ Вилибальдовнѣ **Голицинской** съ четырьмя малолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. д. § 22-го Устава Кассы въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ и 50 рублей на воспитаніе дѣтей (всего 350 рублей въ годъ) съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Главной Кассы.

II. Доложено объ открытіи 31-го марта 1903 года въ Оренбургѣ Отдѣленія Кассы. Предсѣдателемъ избранъ А. А. Шимаевъ, секретаремъ и казначеемъ И. Т. Косьяновъ.

Опредѣлено: доложить Общему Собранію.

III. Доложена просьба вдовы доктора Константина Львовича **Сирскаго** Маріи Ивановны о назначеніи ей пособія въ виду ея болѣзни и тяжелаго матеріальнаго положенія, удостовѣреннаго докторомъ П. Н. Стеценко.

Докторъ К. Л. Сирскій былъ участникомъ Кассы съ 1886 по 1890 годъ включительно. Вдова его получаетъ пенсію отъ казны въ размѣрѣ 238 рублей 90 коп.

Г-жа Сирская получала нѣсколько разъ пособія. Послѣдній разъ ей было выдано 50 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ 14-го декабря 1901 года.

9-го іюля 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

IV. Доложено прошеніе вдовы старшаго ординатора СПБ. Николаевскаго госпиталя Сергѣя Николаевича **Эвенхова** Софіи Яковлевны съ двумя малолѣтними дѣтьми о назначеніи ей пособія, такъ какъ въ виду внезапности кончины мужа, не имѣетъ ни откуда никакой помощи.

Г. предсѣдателемъ Главной Кассы 9-го іюля 1903 года назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

V. Доложено: по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 28 сентября 1899 года, утвержденному Общимъ Собраніемъ, была назначена пенсія родителямъ участника Кассы Михаила Ивановича Сергѣева Ивану Андреевичу и Евдокіи Борисовнѣ Сергѣевымъ въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ съ 1-го іюля 1899 года.

3-го іюня 1903 года Евдокія Борисовна увѣдомила, что мужъ ея умеръ и проситъ о назначеніи ей пенсіи.

При прошеніи приложено свидѣтельство Константиноградскаго уѣзднаго Полицейскаго Управленія отъ 22-го мая 1903 года за № 209, изъ котораго видно, что вдовѣ Е. Б. Сергѣевой 65 лѣтъ и что имущественное ея положеніе не измѣнилось.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Евдокіи Борисовнѣ **Сергѣевой** пенсіи, согласно п. з. § 22 Уст. Кассы въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ, съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Главной Кассы.

VI. Доложена просьба вдовы Миленковскаго земскаго врача Ивана Порфирьевича **Широкова** Ольги Васильевны о назначеніи ей съ тремя малолѣтними дѣтьми пособія въ виду того, что послѣ смерти мужа, послѣдовавшей 18-го декабря 1902 года, она осталась безъ средствъ къ жизни.

Документы: a) Копія свидѣтельства Меленковскаго уѣзднаго Полицейскаго Управленія отъ 16-го января 1903 года за № 4 въ томъ, что О. В. Широкова имѣетъ трехъ малолѣтнихъ дѣтей и имущества никакого не имѣетъ.

b) Свидѣтельство бывшаго земскаго врача Металлова отъ 16-го іюля 1903 года о болѣзни О. В. Широковой.

По справкѣ оказалось, что И. П. Широковъ сдѣлалъ взносы въ Главную Кассу въ 1899, 1900, 1901 и 1902 гг. 17-го января 1903 г. вдовѣ его было назначено 75 рублей пособія изъ суммъ Главной Кассы.

Г. предсѣдателемъ Главной Кассы 23-го іюля 1903 года назначено г-жѣ Широковой 30 рублей пособія изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

VII. Доложена просьба вдовы Вилейскаго уѣзднаго врача Леонида Евгеньевича **Беневоленскаго** Екатерины Фирсовны о назначеніи ей пособія на лѣченіе, такъ какъ она, кромѣ получаемой отъ Правительства пенсіи въ размѣрѣ 25 рублей въ мѣсяцъ, средствъ не имѣетъ и должна обучать дочь въ женской гимназіи.

Документы: a) свидѣтельство Гомельскаго Полицейскаго Управленія отъ 29-го іюля 1903 года, изъ котораго видно, что г-жа Беневоленская существуетъ съ дочерью Вѣрою на правительственную пенсію въ 228 рублей въ годъ.

b) Свидѣтельство доктора Кострицкаго отъ 2-го іюня 1903 года о тяжкой болѣзни г-жи Беневоленской.

Справка. Мужъ просительницы докторъ Беневоленскій сдѣлалъ 200-рублевый взносъ въ Владимірскую Кассу 10-го іюля 1885 года и умеръ 31-го октября 1896 года. Въ назначеніи пенсіи вдовѣ его 15-го сентября 1897 года было отказано въ виду назначенія 380 рублей правительственной пенсіи. Въ 1897 году г-жа Беневоленская получила 100 рублей пособія изъ Владимірской Кассы.

10-го іюля 1903 года г. предсѣдательемъ Главной Кассы Е. Ф. **Беневоленской** назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Е. Н. Частовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

VIII. Доложено прошеніе вдовы доктора медицины Николая Анфиловича **Небогина** Александры Федоровны о назначеніи ей съ двумя малолѣтними дѣтьми пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: a) Выпись изъ метрической книги Виленскаго Пречистенскаго Собора о смерти доктора Н. А. Небогина, послѣдовавшей 22 февраля 1903 года.

b) Свидѣтельство доктора Дункеля отъ 9-го іюля 1903 года о болѣзни А. Ф. Небогиной.

Докторъ Н. А. Небогинъ состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1890 года по 1902 г. включительно.

По справкѣ въ Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи оказалось, что г-жѣ Небогиной съ двумя дѣтьми назначена пенсія въ 282 рубля въ годъ и выдано изъ эмеритальной Кассы пособіе въ размѣрѣ 967 рублей 50 коп.

Опредѣлено: въ назначеніи пенсіи А. Ф. Небогиной, согласно § 23 Уст. Кассы отказать.

IX. Доложено, что пенсіонерка Главной Кассы Станислава

Эдуардовна Пржецишевская, получающая 150 рублей въ годъ пенсіи изъ Главной Кассы, по удостовѣренію Россіенскаго уѣзднаго Предводителя дворянства, отъ 25-го іюня 1903 года, получила вмѣстѣ съ Целиной Дрожневичъ въ концѣ 1902 года наслѣдство послѣ дворянки Стефаніи Страшевичъ, заключающееся въ имѣніи «Скавдвили» въ 420 десятинъ, оцѣненное по окладному листу Ковенской Казенной Палаты въ 15,860 рублей. На этомъ имѣніи числится долга Виленскому Земельному Банку около 9000 рублей и частнымъ лицамъ около 20,000 рублей.

Опредѣлено: сохранить пенсію г-жѣ **Пржецишевской** до дальнѣйшаго выясненія ея имущественнаго положенія.

X. Доложено, что пенсіонерка Московской Кассы Надежда Николаевна **Тютнева** переѣхала на жительство изъ г. Москвы въ С.-Петербургъ, почему выдачу ей пенсіи прдставляется болѣе удобнымъ производить изъ суммъ Главной Кассы.

Г-жа Тютнева, согласно опредѣленія Комитета Главной Кассы отъ 5-го ноября 1899 года получаетъ пенсію въ 150 рублей въ годъ съ 1-го января 1900 года изъ суммъ Московской Кассы.

Опредѣлено: перевести выдачу пенсіи г-жѣ Тютневой изъ суммъ Московской Кассы на средства Главной съ 1-го іюля 1903 года.

XI. Доложено сообщеніе Воронежской Кассы о томъ что Воронежская Касса имѣетъ на расходы въ текущемъ году 384 рубля и потому не можетъ высылать пенсіи г-жѣ Крыжановской 300 рублей въ годъ и Фіалковской 200 рублей въ годъ.

По распоряженію г. предсѣдателя Главной Кассы пенсія за вторую половину 1903 года г-жѣ Крыжановской 26 іюля выслана въ Воронежскій Комитетъ изъ суммъ Главной Кассы.

Опредѣлено: съ 1-го января 1904 года выдачу пенсіи г-жѣ **Фіалковской** перевести на средства Главной Кассы, оставивъ на Воронежской Кассѣ выдачу пенсіи г-жѣ **Крыжановской**.

XII. Доложено ходатайство Ростовской на Дону Кассы объ увеличеніи пенсіи пенсіонерки Ростовской Кассы Лукіи Ивановнѣ **Суходольской** до 200 рублей (вмѣсто получаемой ею въ 150 рублей), при чемъ Ростовскій Комитетъ удостовѣряетъ ея болѣзнь, неспособность къ труду и необходимость ухода за нею.

Г-жа Суходольская, согласно опредѣленію Главнаго Комитета Кассы отъ 27-го сентября 1889 года, утвержденному Общимъ Собраніемъ, получала пенсію съ 1-го января 1890 года изъ Главной Кассы, а съ 1-го іюля 1903 года получаетъ 150 рублей изъ Ростовской Кассы.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ увеличеніи пенсіи **Л. И. Суходольской** до 200 рублей въ годъ, согласно п. б. § 22 Уст. Кассы съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Ростовской Кассы.

XIII. Доложена просьба бездѣтной вдовы военнаго врача Леонида Афонасьевича **Когана** Маріи Васильевны о назначеніи ей пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго ея положенія, такъ какъ она кромѣ пенсіи отъ правительства въ размѣрѣ 13 рубл. 64 коп. въ мѣсяцъ другихъ средствъ не имѣетъ.

Права на пособіе г-жи Коганъ изложены въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 18-го сентября 1898 года п. XI.

Докторъ Коганъ состоялъ участникомъ Кассы съ 1873 года по 1898 г. включительно. Вдовѣ его въ назначеніи пенсіи отказано въ виду того, что она получаетъ пенсію отъ казны въ большемъ размѣрѣ, чѣмъ могла бы получить отъ Кассы, но нѣсколько разъ были назначаемы единовременныя пособія.

Послѣдній разъ получила пособія 2-го августа 1902 года въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича. 3-го сентября 1903 г. предсѣдателемъ Главной Кассы назначено 40 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XIV. Доложена просьба врача для командировокъ Врачебнаго Отдѣленія Енисейскаго губернскаго Управленія Семена Игнатьевича **Іофа** о назначеніи ему пособія для выѣзда изъ С.-Петербурга, куда онъ пріѣхалъ лѣчиться отъ поврежденія ноги, причиненнаго ему при разъѣздахъ по службѣ: лошадь его выбросила изъ экипажа.

Г. Іофъ состоитъ участникомъ Главной Кассы съ 1891 года по 1903 г.

21-го іюля 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы назначено заимообразно пособіе въ размѣрѣ 75 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XV. Доложено, что въ мѣстечкѣ Дубровы, Могилевской губерніи умеръ сельскій врачъ Н. К. **Крыловъ** и оставилъ 5 человѣкъ дѣтей (отъ 5 до 13 лѣтъ) газета «Русскій Врачъ» (№ 30 стр. 1090 за 1903 годъ 26/VIII) принимаетъ на себя передачу пособій въ пользу осиротѣвшей семьи.

По распоряженію г. предсѣдателя Главной Кассы отъ 5-го августа 1903 г. выслано пособіе въ размѣрѣ 40 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XVI. Доложено, что пенсіонерка Кассы Васса Львовна **Листова**, получающая съ больной дочерью по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 19-го октября 1901 года пенсію съ 1-го января 1902 г. въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ, 30-го іюля 1903 г. заявила, что получила пенсію отъ Правительства въ размѣрѣ 21 рубля и 7-ми руб для дочери. Не имѣя возможности на 7 рублей содержать больную (взрослую) дочь г-жа Листова проситъ оставить за дочерью право получать причитающуюся ей часть.

Опредѣлено. Въ просьбѣ г-жи Листовой, согласно 23-го § Уст. Кассы, отказать.

XVII. Доложено прошеніе вдовы Саранскаго земскаго врача Николая Александровича **Шелешкова** Маріи Алексѣевны о назначеніи ей съ сыномъ единовременнаго пособія въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Врачи Витевскій и Кудрявцевъ удостовѣряютъ бѣдственное положеніе просительницы.

Г-жа Шелешкова получила пособіе въ 1899 и 1901 гг. по 50-ти рублей.

Г. предсѣдательемъ Главной Кассы 3-го сентября 1903 года назначено вновь пособіе г-жѣ Шелешковой въ размѣрѣ 30 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XVIII. Доложено прошеніе вдовы военнаго врача Махаила Васильевича **Попова** Софіи Александровны о назначеніи ей пособія для обмундированія ея сына Сергѣя, окончившаго въ іюнѣ 1903 года X-ю гимназію и поступившаго въ С.-Петербургскій университетъ.

Мужъ просительницы былъ участникомъ Главной Кассы съ 1881 по 1892 гг. включительно.

Г-жа С. А. Попова 14-го декабря 1901 года получила пособіе въ 50 рублей изъ Главной Кассы.

28-го августа 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы г-жѣ **Поповой** вновь назначено пособіе въ размѣрѣ 75 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XIX. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Болеслава Станиславовича **Малиновскаго** Ядвиги Антоновны съ дочерью Маріею о назначеніи ей пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни и болѣзни.

Документы: a) Свидѣтельство Гродненскаго уѣзднаго Полицейскаго Управленія отъ 9-го мая 1903 года за № 190 въ томъ, что послѣ смерти земскаго врача Б. С. Малиновскаго не осталось никакого имущества. На попеченіи вдовы его Ядвиги Антоновны находится ея 4-хъ лѣтняя дочь.

b) Копія метрической выписи изъ книгъ Гомельскаго Римско-католическаго костела Могилевской губерн. о смерти врача Б. С. Малиновскаго, послѣдовавшей 9-го апрѣля 1903 года.

c) 2 свидѣтельства о болѣзни Я. А. Малиновской, выданныя 11-го мая 1903 года врачемъ Шильдкретомъ и 20-го іюня 1903 года завѣдующимъ Городнянскою земскою больницею.

d) Копія метрической выписи изъ книги Московской Римско-католической Петропавловской церкви за № 130 о рожденіи у Б. С. Малиновскаго дочери Маріи 23-го марта 1899 года.

Справка. Б. С. Малиновскій первый взносъ сдѣлалъ 20-го марта 1900 года (№ 139) за 1899 годъ (годъ окончанія имъ курса Московскаго Университета). Кромѣ того, имъ были сдѣланы взносы за 1900, 1901 и 1903 гг. за №№ 604, 505, 508, и 11.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи вдовѣ льготнаго участника Кассы Ядвигѣ Антоновнѣ Малиновской съ дочерью пенсіи, согласно п. в. § 22 Уст. Кассы, въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ съ 1-го января 1904 года изъ суммъ Пермской Кассы.

XX. Доложена просьба врача Якова Владимировича **Лурье** о назначеніи ему пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго поло-

Постановлено: Выдачу пенсіи В. И. Со
1903 года производить изъ суммъ Главн
IX. Коммиссія по пересмотру Устава К
дѣ работы, которая еще не окончена.
Засѣданій коммиссій было 19.

ЖУРНАЛЪ

засѣданія Комитета Главной Вспомогате
сы 3-го октября 1903 г

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Ку
Чистовичъ, казначей А. В. Поповъ, секрета
М. Н. Нижегородцевъ и А. А. Трояновъ, В.
ловскій.

I. Доложено ходатайство Комитета Т
ченіи пенсіи вдовѣ Бѣлевскаго уѣзднаг
ровича Голицинскаго—Элеонорѣ Вили
лѣтними дѣтьми о назначеніи пенсіи и
ствія средствъ къ жизни.

Документы: а) прошеніе Э. В. Гол
пенсіи и пособія, такъ какъ она пос
вавшей 4-го марта 1903 года осталас

b) 17-ть квитанцій Тульской Кассы
Голицинскаго членскихъ взносовъ съ
тельно.

с) Свидѣтельство Бѣлевскаго зем
17-го марта 1903 года о болѣзни Э.

д) Свидѣтельство Бѣлевскаго уѣзд
ленія отъ 1-го мая 1903 года за
смерти А. Ф. Голицинскаго осталась
дѣтьми безъ средствъ къ существова
чаются въ Бѣлевскомъ Эпархіальном
ніе которыхъ вносилась раньше ихъ

е) Копія формулярнаго списка Бѣле
Ф. Голицинскаго, изъ которой вид
Елену, родившуюся 22-го апрѣля
шуюся 1-го января 1892 года, Е
іюля 1894 года и Федора родивш

г) Удостовѣреніе Бѣлевскаго Эп
лища отъ 13-го іюля 1903 года в
Голицинскія обучались въ этомъ у
телей.

Комитетъ Тульской Кассы удостов
время г-жа Голицинская никакой по

Опредѣлено: ходатайствовать пер
назначеніи Элеонорѣ Вилибальдовнѣ Г
малолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно
въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ и 50 р
(всего 350 рублей въ годъ) съ 1-го ію
Главной Кассы.

II. Доложено объ открытіи 31-го ма
бургѣ Отдѣленія Кассы. Предсѣдателем
секретаремъ и казначеемъ И. Т. Косьян

Опредѣлено: доложить Общему Собр

III. Доложена просьба вдовы доктора
Сирскаго Маріи Ивановны о назначеніи
болѣзни и тяжелаго матеріальнаго пол
докторомъ П. Н. Стеценко.

Докторъ К. Л. Сирскій былъ участник
1890 годъ включительно. Вдова его полу
ны въ размѣрѣ 238 рублей 90 коп.

Г-жа Сирская получала нѣсколько р
разъ ей было выдано 50 рублей изъ капит
14-го декабря 1901 года.

9-го іюля 1903 года г. предсѣдателемъ Г
начено единовременное пособіе въ размѣрѣ 2
тала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

IV. Доложено прошеніе вдовы старшаго о
колаевскаго госпиталя Сергѣя Николаев
Яковлевны съ двумя малолѣтними дѣтьм
бія, такъ какъ въ виду внезапности ко
ни откуда никакой помощи.

Г. предсѣдателемъ Главной Кассы
начено единовременное пособіе въ ра
тала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланны

Жмуйдзиновичъ Екатерины Георгіевны въ виду затруднительности ея матеріальнаго положенія.

Справка на пособіе изложены въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 19-го марта 1899 года, когда ей было выдано пособіе въ 100 рублей.

Георгій Жмуйдзиновичъ былъ участникомъ съ 1877 по 1889 г. Нижегородской Кассы и съ 1889 по 1892 г. Главной Кассы. Скончался 18-го февраля 1899 года.

24-го марта и 10-го декабря 1900 года и 24-го апрѣля 1902 г. просительницѣ были выданы пособія по 25 рублей.

По заявленію просительницы она въ настоящее время получаетъ правительственной пенсіи 57 рублей, сынъ ея студентъ и получаетъ стипендію въ 222 рубля, дочь Розалія учится на высшихъ женскихъ курсахъ и дочь Изабелла получаетъ жалованіе въ 500 рублей въ частномъ учебномъ заведеніи въ Тифлисѣ. Кромѣ того при г-жѣ Жмуйдзиновичъ находится внучка Викторія отъ ея старшаго умершаго сына.

Опредѣлено: Въ назначеніи пособія отказать.

XXVII. Доложено опредѣленіе Комитета Казанской кассы о прощеніи пенсіи Амаліи Егоровнѣ **Шуллеръ** съ 1-го января 1904 г., выдаваемой изъ суммъ Казанской кассы въ размѣрѣ 100 рублей въ виду того, что одна изъ ея дочерей Аделаида Егоровна имѣетъ званіе врача и получаетъ около 100 рублей въ мѣсяцъ жалованья, живетъ въ Казани вмѣстѣ со своею матерью въ собственномъ (матери) домѣ; вторая дочь замужемъ и живетъ въ городѣ Алатырѣ, получающемъ 1500 рублей въ годъ жалованія при квартирѣ отъ земства.

Справка. Г-жѣ Шуллеръ съ 6-ю дѣтьми 26 октября 1876 г. назначена была пенсія съ 1-го января 1877 года въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ изъ суммъ Казанской и Московской Кассъ. 5-го апрѣля 1889 г. пенсія эта сокращена до 100 рублей въ годъ съ выдачею изъ Казанской кассы, такъ какъ доложено было, что у Шуллеръ имѣется имущество на 2500 рублей.

Опредѣлено. Согласиться съ опредѣленіемъ Казанской кассы.

XXVIII. Доложено прошеніе вдовы врача Николая Никоновича **Мансвѣтова**, Юліи Петровны о возобновленіи ей съ семью дѣтьми пенсіи въ виду ея труднаго матеріальнаго положенія и уменьшеніи размѣра получаемой правительственной пенсіи до 14 рублей 58 коп. въ мѣсяцъ въ виду возраста дѣтей.

Общимъ Собраніемъ участниковъ Главной Кассы 12-го мая 1890 года назначена г-жѣ Мансвѣтовой съ тремя дѣтьми пенсія въ размѣрѣ 300 рублей съ 1-го іюля 1890 года изъ Главной и Московской Кассъ впредь до полученія правительственной пенсіи, которую она и получила въ 1891 году.

Документы: а) 3 свидѣтельства Туркестанской Духовной Консисторіи о рожденіи у Н. Н. Мансвѣтова дѣтей: Юліи 18-го мая 1882 года, Николая 14-го декабря 1883 года и Петра 21-го мая 1886 года.

б) Удостовѣреніе Пристава 3-й части города Твери отъ 29-го сентября 1903 года въ томъ, что Ю. П. Мансвѣтова получаетъ пенсію изъ Тверского губернскаго Казначейства въ размѣрѣ 14 рублей 58 коп. въ мѣсяцъ.

в) Удостовѣреніе Тверского городского училища отъ 27-го сентября 1903 года за № 143 въ томъ, что Петръ Мансвѣтовъ учится въ этомъ училищѣ.

г) Удостовѣреніе Директора Тверской гимназіи отъ 29-го сентября 1903 года въ томъ, что Николай Мансвѣтовъ въ маѣ 1903 г. окончилъ курсъ ученія въ Тверской гимназіи.

Г-жа Мансвѣтова въ прошеніи своемъ сообщила, что сынъ ея Николай, по недостатку средствъ не поступилъ на этотъ годъ въ высшее учебное заведеніе.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ возобновленіи выдачи Ю. П. **Мансвѣтовой** съ 2-мя несовершеннолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. г. § 22 Уст. Кассы, въ размѣрѣ 75 рублей 4 коп. въ годъ въ дополненіе къ 174 рублямъ 96 к. правительственной пенсіи, и 25 рублей въ годъ на воспитаніе сына Петра съ 1-го января 1904 года изъ суммъ Московской кассы (всего 100 рублей 4 коп. въ годъ).

XXIX. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Валентина Ивановича Коравко Маріи Анатольевны о назначеніи ей 50 руб. для взноса за право слушанія лекцій въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

Просительницы сдѣлалъ взносы въ Московскую Кассу за 1902 годъ и умеръ 23-го октября 1903 года.

Опредѣлено: назначить М. А. **Коравко** 50 рублей пособія изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

XXX. Доложено прошеніе вдовы врача Владиміра Яковлевича Усъ Леонтины Михайловны о назначеніи ей пособія для уплаты взноса за право слушанія лекцій въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

Мужъ ея состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1894 по 1899 годъ включительно.

Г-жа Усъ получаетъ 300 рублей правительственной пенсіи. Ей были выданы пособія: 24-го марта 1900 года,—100 рублей изъ Главной Кассы и 1-го февраля и 24 октября 1902 года по 50 руб. и 14-го марта 1903 года 50 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: Назначить Л. М. **Усъ** 50 рублей пособія изъ капитала Я. А. Чистовича.

XXXI. Доложено прошеніе врача Тифлисской желѣзно-дорожной больницы Евгенія Георгіевича **Федорова** о разрѣшеніи ему сдѣлать взносъ за 1902 годъ безъ потери непрерывности во взносахъ съ 1900 года.

Пропускъ взноса г. Федоровъ объясняетъ тѣмъ, что лишившись мѣста въ 1902 году, терпѣлъ нужду и долженъ былъ поддерживать семью умершаго брата.

Завѣдывающій Кавказскою Кассою удостовѣряетъ заявленіе г. Федорова.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ удовлетвореніи просьбы г. Федорова.

XXXII. Доложено прошеніе Одоевскаго Санитарнаго врача Константина Николаевича **Городецкаго** о назначеніи ему пособія на лѣченіе. Въ виду тяжелой болѣзни онъ долженъ былъ взять долгосрочный отпускъ безъ сохраненія содержанія.

Профессоръ Варшавскаго университета Щербакъ удостовѣряетъ болѣзнь г. Городецкаго.

Г. Городецкій состоитъ участникомъ кассы (Кіевской и Главной) съ 1899 года.

Опредѣлено: назначить К. Н. Городецкому единовременное пособіе въ размѣрѣ 100 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

XXXIII. Доложено заявленіе бывшаго опекуна надъ личностью и имуществомъ вдовы врача Маріи Алексѣевны **Усенко**, надворнаго совѣтника Александра Карловича **Гаммера** о томъ, что могилы благотворителя кассы Афонасія Павловича Усенко и жены его Маріи Алексѣевны, находящіяся на Волковомъ православномъ кладбищѣ, не обдѣланы, полисадникъ пришелъ въ окончательный упадокъ и надмогильный крестъ въ основаніи своемъ сгнилъ и распадается, а потому г. Гаммеръ проситъ выдать ему 250 рублей для приведенія могилъ въ надлежащій видъ и на постановку металлическаго креста доктору Усенко.

Докторъ Усенко пожертвовалъ въ Главную Кассу (по духовному завѣщанію) въ 1902 году 5453 рубля 14 к.

Опредѣлено: Поручить г. Гаммеру исправить могилы доктора Усенко и его жены и поставить памятникъ доктору Усенко, стоимостью за все не свыше 250 рублей и предъявить счета для уплаты.

XXXIV. Доложено прошеніе участника кассы И. С. **Вегера** о назначеніи ему заимообразно пособія въ размѣрѣ 200 рублей для экипировки дѣтей и опредѣленія ихъ въ учебное заведеніе.

Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 8-го августа 1903 года назначено заимообразно пособіе въ 200 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XXXV. Доложено прошеніе земскаго врача Александра Митрофановича **Готмана** о назначеніи ему пособія на лѣченіе болѣзни, развившейся у него съ 26-го августа 1903 года вслѣдствіе пораженія молніей. Отпускъ съ сохраненіемъ содержанія отъ земства истекъ, а другихъ средствъ, кромѣ жалованія онъ не имѣетъ.

Документы: а) Удостовѣреніе врача А. Жуковскаго въ томъ, что врачъ Новоладожскаго земства А. М. Готманъ имѣетъ жену и дочь 5-ти лѣтъ и никакихъ средствъ, кромѣ получаемаго содержанія отъ земства не имѣетъ.

в) Удостовѣреніе проф. Бехтерева о болѣзни А. М. Готмана.

Справка: докторъ А. М. Готманъ состоитъ участникомъ Казанской Кассы съ 1896 года.

Опредѣлено: назначить А. М. **Готману** единовременное пособіе въ размѣрѣ 100 рублей изъ Главной Кассы.

XXXVI. Доложена просьба врача Антона Венедиктовича о разрѣшеніи ему сдѣлать взносъ въ кассу за 1902 го

женія вслѣдствіе болѣзни его жены и дѣтей, а также пожара, постигшаго его городъ (Острогъ, Волынской губ.), уничтожившаго достояніе 300 семействъ.

Докторъ Лурье состоитъ участникомъ Главной Кассы съ 1886 года. Получилъ пособіе отъ Кассы: 2-го ноября 1900 года 50 рубл. и 8-го марта 1902 года 50 рублей изъ суммъ Кассы.

10-го сентября 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XXI. Доложено прошеніе вдовы Соликамскаго земскаго врача доктора медицины Ивана Михайловича **Маліева** Августы Петровны о назначеніи ей съ 3-мя дѣтьми пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) метрическія выписи изъ книгъ Соликамскаго Свято-Троицкаго собора о смерти д ра медицины Ивана Михайловича Маліева, послѣдовавшей 31-го марта 1903 года и о рожденіи его дѣтей Михаила 30-го октября 1885 года, Николая 26-го іюня 1891 года и Петра—26-го апрѣля 1894 года.

б) Свидѣтельство Соликамскаго уѣзднаго Полицейскаго управленія отъ 5-го іюля 1903 года за № 193 въ томъ, что А. П. Маліева никакой пенсіи не получаетъ и нуждается въ назначеніи таковой.

Комитетъ Пермской Кассы удостовѣряетъ, что И. М. Маліевъ состоялъ участникомъ Пермской Кассы съ 1886 по 1903 г. включительно и что просьба вдовы его заслуживаетъ уваженія

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи пенсіи Августѣ Петровнѣ **Маліевой** съ 3-мя малолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. д. § 22 Уст. Кассы, въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ и 50 рублей на воспитаніе дѣтей Михаила и Николая (всего 350 рублей въ годъ) съ 1-го января 1904 года изъ суммъ Казанск. Кассы.

XXII. Доложено ходатайство Комитета Московской Кассы о назначеніи пенсіи вдовѣ врача Семена Семеновича **Мануйлова** Маріи Аркадьевны съ 5-ю малолѣтними дѣтьми въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) 2 квитанціи Воронежской Кассы и 8 квитанцій Московской Кассы въ полученіи отъ врача С. С. Мануйлова членскихъ взносовъ съ 1894 по 1903 г. включительно.

б) Метрическая выпись изъ книги Александро-Невской церкви города Новочеркасска о смерти врача С. С. Мануйлова, послѣдовавшей 27-го іюля 1903 года.

в) Удостовѣреніе члена Кассы Коринскаго въ томъ, что М. А. Мануйлова не имѣетъ ни движимаго, ни недвижимаго имущества и пенсіи ни откуда не получаетъ, на ея попеченіи находятся 5-ть человѣкъ дѣтей.

г) Удостовѣренія въ томъ же врачей Рессера, Тихова и Стурцева.

д) Удостовѣреніе Елисаветинской женской гимназіи въ Москвѣ отъ 23-го августа 1903 года въ томъ, что дѣти Мануйловы Вѣра 13 лѣтъ, Серафима 12 лѣтъ и Елена 11 лѣтъ состоятъ ученицами Елисаветинской гимназіи

е) Копіи метрич. выписей о рожденіи у С. С. Мануйлова дѣтей: Вѣры—16 октября 1889 г., Серафимы—16 марта 1891, Елены – 30 іюля 1892 г., Анны—23 іюня 1894 г. и Маріи—10 сент. 1895 г.

Комитетъ Московской Кассы выдалъ г-жѣ Мануйловой единовременное пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала А. Герольдштейна.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Маріи Аркадьевнѣ **Мануйловой** съ 5-ю малолѣтними дѣтьми пенсіи согласно п. д. § 22-го Уст. Кассы въ размѣрѣ 300 рубл. въ годъ и 75 рублей на воспитаніе трехъ старшихъ дочерей ея съ 1-го января 1904 года изъ суммъ Западн. Сибирск. и Херсонской Кассъ.

XXIII. Доложено ходатайство Комитета Московской Кассы о назначеніи пенсіи вдовѣ базарнаго смотрителя врача Алексѣя Дмитріевича **Ромашева** Конкордіи Леонидовнѣ съ дочерью въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) Свидѣтельство священника Московскаго Алексѣевскаго монастыря Грузова отъ 21-го мая 1903 года о смерти врача Алексѣя Дмитріевича Ромашева, послѣдовавшей 27-го марта 1903 г.

б) Удостовѣреніе о личности К. Л. Ромашевой, выданное Приставомъ 2-го участка Мѣщанской части гор. Москвы.

в) Свидѣтельство Мирового Судьи Никольскаго участка гор Москвы отъ 10-го мая 1903 года за № 720 въ томъ, что послѣ смерти врача Алексѣя Дмитріевича Ромашева не осталось ни движимаго, ни недвижимаго имущества.

г) Свидѣтельство Инспектора 2-й Московской женской гимназіи отъ 5-го мая 1903 года въ томъ, что Марія Ромашева обучается въ гимназіи и что плата за ученіе вносилась до сихъ поръ ея отцемъ.

д) Удостовѣреніе Московской городской Управы отъ 12-го мая 1903 года за № 7661 въ томъ, что К. Л. Ромашева послѣ смерти мужа пенсіи изъ городской Управы не получаетъ.

е) Метрич. выпись о рожденіи у д-ра А. Д. Ромашева дочери Маріи 1 апр. 1888 г.

А. Д. Ромашевъ состоялъ участникомъ Московской Кассы съ 27 февр. 1894 г. по 1903 г.

Комитетомъ Московской Кассы въ маѣ и іюлѣ 1903 года были выданы г-жѣ Ромашевой пособія по 50 рублей въ счетъ пенсіи изъ суммъ благотворительнаго капитала профессора Новацкаго.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Конкордіи Леонидовнѣ **Ромашевой** съ дочерью пенсіи, согласно п. в. § 22-го Уст. Кассы, въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ и 25 рублей на воспитаніе дочери (всего 225 рублей въ годъ) съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Орловской Кассы, засчитавъ выданныя ей пособія (100 рублей) въ счетъ пенсіи.

XXIV. Доложено ходатайство Комитета Таврической Кассы о назначеніи пенсіи вдовѣ врача Бердянской городской амбулаторіи Владиміра Александровича **Самсонова** Наталіи Ивановнѣ съ дочерью Галей 16 лѣтъ въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) 26 квитанцій Таврической Кассы въ полученіи отъ врача В. А. Самсонова членскихъ взносовъ съ 1868 по 1887 г. включительно и съ 1896 по 1901 г. включительно.

б) Выпись изъ метрической книги Бердянскаго Вознесенскаго собора за № 138 о смерти врача В. А. Самсонова, послѣдовавшей 16-го апрѣля 1903 года.

в) Удостовѣреніе Бердянской городской Управы отъ 27-го іюля 1903 года за № 2597 въ томъ, что послѣ смерти В. С. Самсонова остался въ Бердянскѣ небольшой домъ, оцѣненный для платежа налоговъ въ 300 рублей; другого имущества никакого не осталось. Вдова умершаго Наталья Ивановна Самсонова государственной пенсіи не получаетъ; городской же пенсіи въ Бердянскомъ городскомъ Управленіи не существуетъ и она нуждается въ средствахъ къ жизни.

г) Свидѣтельство Бердянскихъ врачей Амаева, Збандуто, Кернера и Тяпочкина отъ 28-го іюня 1903 года въ томъ, 1) что послѣ смерти В. А. Самсонова остались вдова съ дочерью Галею 16 лѣтъ и тремя совершеннолѣтними дѣтьми. Дочь Галя учится въ Бердянской женской гимназіи; 2) что оставшійся послѣ смерти В. А. Самсонова домикъ въ Бердянскѣ оцѣненъ для платежа налоговъ въ 300 рублей; 3) что семья доктора Самсонова пенсіи не получаетъ и 4) что докторъ Самсоновъ не могъ произвести членскаго взноса въ Кассу за 1902 годъ по болѣзни.

д) Копія метрической выписи Бердянской Вознесенской церкви о рожденіи у В. А. Самсонова дочери Гали 17 марта 1887 г.

Опредѣлено: Ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Наталіи Ивановнѣ **Самсоновой** съ дочерью Галею пенсіи, согласно п. в. § 22-го Уст. Кассы, въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ и 25 рублей на воспитаніе дочери Гали съ 1-го января 1904 года изъ суммъ Тамбовской Кассы.

XXV. Доложена просьба вдовы врача Кизилъ-Арватскаго участка бывшей военной ж. д. Маріи Семеновны Тезавриной о назначеніи ей пособія въ виду того, что вспомогательныя средства къ пенсіи отъ правительства (получаетъ 26 рублей и эмеритуру) съ переѣздами и обмундировкой сына, оканчивающаго университетъ въ 1904 году, истощились.

Мужъ просительницы Н. И. Тезавринъ состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1885 года по 1900 годъ включительно.

28-го января 1900 года г-жѣ Тезавриной было назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 100 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: назначить **М. С. Тезавриной** вновь пособіе въ размѣрѣ 35 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

XXVI. Доложено прошеніе вдовы врача Іосифа Доминико-

вича **Жмуйдзиновичъ** Екатерины Георгіевны въ виду затруднительности ея матеріальнаго положенія.

Права на пособіе изложены въ журналѣ засѣданія Комитета Главной Кассы 19-го марта 1899 года, когда ей было выдано пособіе въ 100 рублей.

Докторъ Жмуйдзиновичъ былъ участникомъ съ 1877 по 1888 г. Нижегородской Кассы и съ 1889 по 1892 г. Главной Кассы. Скончался 18-го февраля 1899 года.

24-го марта и 10-го декабря 1900 года и 24-го апрѣля 1902 года просительницѣ были выданы пособія по 25 рублей.

По заявленію просительницы она въ настоящее время получаетъ правительственной пенсіи 57 рублей, сынъ ея студентъ Эдуардъ получаетъ стипендію въ 222 рубля, дочь Розалія учится на высшихъ женскихъ курсахъ и дочь Изабелла получаетъ жалованіе въ 500 рублей въ частномъ учебномъ заведеніи въ гор. Юрьевѣ. Кромѣ того при г-жѣ Жмуйдзиновичъ находится ея внучка Викторія отъ ея старшаго умершаго сына.

Опредѣлено: Въ назначеніи пособія отказать.

XXVII. Доложено опредѣленіе Комитета Казанской кассы о прекращеніи пенсіи Амаліи Егоровнѣ **Шуллеръ** съ 1-го января 1904 г., выдаваемой изъ суммъ Казанской кассы въ размѣрѣ 100 рублей въ виду того, что одна изъ ея дочерей Аделаида Егоровна имѣетъ званіе врача и получаетъ около 100 рублей въ мѣсяцъ жалованья, живетъ въ Казани вмѣстѣ со своею матерью въ собственномъ (матери) домѣ; вторая дочь замужемъ за врачемъ въ городѣ Алатырѣ, получающемъ 1500 рублей въ годъ жалованія при квартирѣ отъ земства.

Справка. Г-жѣ Шуллеръ съ 6-ю дѣтьми 26 октября 1876 года назначена была пенсія съ 1-го января 1877 года въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ изъ суммъ Казанской и Московской кассъ. 5-го апрѣля 1889 г. пенсія эта сокращена до 100 рублей въ годъ съ выдачею изъ Казанской кассы, такъ какъ доказано было, что у Шуллеръ имѣется имущество на 2500 рублей.

Опредѣлено. Согласиться съ опредѣленіемъ Казанской кассы.

XXVIII. Доложено прошеніе вдовы врача Николая Николаевича **Мансвѣтова**, Юліи Петровны о возобновленіи ей съ двумя дѣтьми пенсіи въ виду ея труднаго матеріальнаго положенія и уменьшеніи размѣра получаемой правительственной пенсіи до 14 рублей 58 коп. въ мѣсяцъ въ виду возраста дѣтей.

Общимъ Собраніемъ участниковъ Главной Кассы 12-го мая 1890 года назначена г-жѣ Мансвѣтовой съ тремя дѣтьми пенсія въ размѣрѣ 300 рублей съ 1-го іюля 1890 года изъ Главной и Московской Кассъ впредь до полученія правительственной пенсіи, которую она и получила въ 1891 году.

Документы: а) 3 свидѣтельства Туркестанской Духовной Консисторіи о рожденіи у Н. Н. Мансвѣтова дѣтей Юліи 18-го мая 1882 года, Николая 14-го декабря 1883 года и Петра 21-го мая 1886 года.

б) Удостовѣреніе Пристава 3-й части города Твери отъ 29-го сентября 1903 года въ томъ, что Ю. П. Мансвѣтова получаетъ пенсію изъ Тверского губернскаго Казначейства въ размѣрѣ 14 рублей 58 коп. въ мѣсяцъ.

в) Удостовѣреніе Тверского городского училища отъ 27-го сентября 1903 года за № 143 въ томъ, что Петръ Мансвѣтовъ учится въ этомъ училищѣ.

г) Удостовѣреніе Директора Тверской гимназіи отъ 29-го сентября 1903 года въ томъ, что Николай Мансвѣтовъ въ маѣ 1903 г. окончилъ курсъ ученія въ Тверской гимназіи.

Г-жа Мансвѣтова въ прошеніи своемъ сообщила, что сынъ ея Николай, по недостатку средствъ не поступилъ на этотъ годъ въ высшее учебное заведеніе.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ возобновленіи выдачи Ю. П. **Мансвѣтовой** съ 2-мя несовершеннолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. г. § 22 Уст. Кассы, въ размѣрѣ 75 рублей 4 коп. въ годъ въ дополненіе къ 174 рублямъ 96 к. правительственной пенсіи, и 25 рублей въ годъ на воспитаніе сына Петра съ 1-го января 1904 года изъ суммъ Харьковской кассы (всего 100 рублей 4 коп. въ годъ).

XXIX. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Валентина Федоровича **Коравко** Маріи Анатольевны о назначеніи ей 50 руб. пособія для взноса за право слушанія лекцій въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

Мужъ просительницы сдѣлалъ взносы въ Московскую Кассу за 1903 годъ и умеръ 23-го октября 1903 года.

Опредѣлено: назначить М. А. **Коравко** 50 рублей пособія изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

XXX. Доложено прошеніе вдовы врача Владиміра Яковлевича Усъ Леонтины Михайловны о назначеніи ей пособія для уплаты взноса за право слушанія лекцій въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ.

Мужъ ея состоялъ участникомъ Главной Кассы съ 1894 по 1899 годъ включительно.

Г-жа Усъ получаетъ 300 рублей правительственной пенсіи. Ей были выданы пособія: 24-го марта 1900 года,—100 рублей изъ Главной Кассы и 1-го февраля и 24 октября 1902 года по 50 руб. и 14-го марта 1903 года 50 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: Назначить Л. М. **Усъ** 50 рублей пособія изъ капитала Я. А. Чистовича.

XXXI. Доложено прошеніе врача Тифлисской желѣзно-дорожной больницы Евгенія Георгіевича **Федорова** о разрѣшеніи ему сдѣлать взносъ за 1902 годъ безъ потери непрерывности во взносахъ съ 1900 года.

Пропускъ взноса г. Федоровъ объясняетъ тѣмъ, что лишившись мѣста въ 1902 году, терпѣлъ нужду и долженъ былъ поддерживать семью умершаго брата.

Завѣдывающій Кавказскою Кассою удостовѣряетъ заявленіе г. Федорова.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ удовлетвореніи просьбы г. Федорова.

XXXII. Доложено прошеніе Одоевскаго Санитарнаго врача Константина Николаевича **Городецкаго** о назначеніи ему пособія на лѣченіе. Въ виду тяжелой болѣзни онъ долженъ былъ взять долгосрочный отпускъ безъ сохраненія содержанія.

Профессоръ Варшавскаго университета Щербакъ удостовѣряетъ болѣзнь г. Городецкаго.

Г. Городецкій состоитъ участникомъ кассы (Кіевской и Главной) съ 1899 года.

Опредѣлено: назначить К. Н. Городецкому единовременное пособіе въ размѣрѣ 100 рублей изъ суммъ Главной Кассы.

XXXIII. Доложено заявленіе бывшаго опекуна надъ личностью и имуществомъ вдовы врача Маріи Алексѣевны **Усенко**, надворнаго совѣтника Александра Карловича **Гаммера** о томъ, что могилы благотворителя кассы Афонасія Павловича Усенко и жены его Маріи Алексѣевны, находящіяся на Волковомъ православномъ кладбищѣ, не обдѣланы, полисадникъ пришелъ въ окончательный упадокъ и надмогильный крестъ въ основаніи своемъ сгнилъ и распадается, а потому г. Гаммеръ проситъ выдать ему 250 рублей для приведенія могилъ въ надлежащій видъ и на постановку металлическаго креста доктору Усенко.

Докторъ Усенко пожертвовалъ въ Главную Кассу (по духовному завѣщанію) въ 1902 году 5453 рубля 14 к.

Опредѣлено: Поручить г. Гаммеру исправить могилы доктора Усенко и его жены и поставить памятникъ доктору Усенко, стоимостью за все не свыше 250 рублей и предъявить счета для уплаты.

XXXIV. Доложено прошеніе участника кассы И. С. **Вегера** о назначеніи ему заимообразно пособія въ размѣрѣ 200 рублей для экипировки дѣтей и опредѣленія ихъ въ учебное заведеніе.

Г. Предсѣдателемъ Главной Кассы 8-го августа 1903 года назначено заимообразно пособіе въ 200 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

XXXV. Доложено прошеніе земскаго врача Александра Митрофановича **Готмана** о назначеніи ему пособія на лѣченіе болѣзни, развившейся у него съ 26-го августа 1903 года вслѣдствіе пораженія молніей. Отпускъ съ сохраненіемъ содержанія отъ земства истекъ, а другихъ средствъ, кромѣ жалованія онъ не имѣетъ.

Документы: а) Удостовѣреніе врача А. Жуковскаго въ томъ, что врачъ Новоладожскаго земства А. М. Готманъ имѣетъ жену и дочь 5-ти лѣтъ и никакихъ средствъ, кромѣ получаемаго содержанія отъ земства не имѣетъ.

в) Удостовѣреніе проф. Бехтерева о болѣзни А. М. Готмана.

Справка: докторъ А. М. Готманъ состоитъ участникомъ Казанской Кассы съ 1896 года.

Опредѣлено: назначить А. М. **Готману** единовременное пособіе въ размѣрѣ 100 рублей изъ Главной Кассы.

XXXVI. Доложена просьба врача Антона Венедиктовича **Меера** о разрѣшеніи ему сдѣлать взносъ въ кассу за 1902 годъ безъ

потери непрерывности во взносахъ. Несвоевременность взноса г. Мееръ объясняетъ болѣзнью своей и его семьи.

Г. Мееръ состоитъ участникомъ кассы съ 1894 года по 1901 годъ включительно.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ удовлетвореніи просьбы А. В. Меера.

XXXVII. Доложена просьба врача Веніамина Григорьевича **Спивака** о разрѣшеніи ему сдѣлать взносъ за 1902 годъ въ теченіи первой четверти 1904 года, такъ какъ теперь онъ находится въ стѣснительныхъ обстоятельствахъ вслѣдствіе того, что долженъ поддерживать семью, оставшуюся послѣ смерти брата.

Пропускъ во взносѣ г. Спивака объясняетъ неаккуратностью лица, которому онъ далъ деньги для взноса въ кассу.

Справка: В. Г. Спивакъ состоитъ участникомъ Главной Кассы съ 1893 года.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ удовлетвореніи просьбы доктора **Спивака**.

XXXVIII. Доложена просьба Георгія Минаевича **Влаева** о разрѣшеніи зачислить взносъ за 1902 годъ безъ потери непрерывности во взносахъ.

Докторъ Влаевъ состоитъ участникомъ кассы съ 1894 г. по 1901 г включительно. Взносъ за 1902 годъ онъ переслалъ черезъ г-жу Сполатбакъ доктору А. М. Могилянскому еще въ 1901 году, которая передала ихъ безъ обозначенія въ какую именно кассу и докторъ Могилянскій записалъ ихъ въ кассу Общества вспомоществованія недостаточнымъ студентамъ Медицинской Академіи.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ удовлетвореніи просьбы г. **Влаева**.

XXXIX. Доложено прошеніе Надежды Николаевны **Тютневой** объ увеличеніи ей пенсіи до 200 рублей въ годъ въ виду ея **бѣдности и болѣзни**.

Тяжелое болѣзненное состояніе просительницы удостовѣряетъ Ассистентъ Московской клиники нервныхъ болѣзней Н. И. Коротневъ.

1-го сентября 1903 года г. предсѣдателемъ Главной Кассы назначено пособіе въ размѣрѣ 25 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Г-жа Тютнева, согласно опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 5-го ноября 1899 года получаетъ пенсію въ 150 рублей въ годъ съ 1-го января 1900 года.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ объ увеличеніи пенсіи Н. Н. **Тютневой**, согласно п. б § 22-го Уст. Кассы до 200 рублей въ годъ съ 1-го іюля 1903 года изъ суммъ Главной Кассы.

XL. Доложена просьба пенсіонерки кассы Софіи Михайловны Янушевской о сохраненіи за ней пенсіи въ размѣрѣ 300 рублей и 25 рублей на воспитаніе сына Витольда.

Согласно опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 28-го сентября 1899 года, утвержденному Общимъ Собраніемъ, г-жѣ Янушевской съ 4-мя дѣтьми назначена была пенсія съ 1-го іюля 1899 г. въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ и 50 рублей на воспитаніе дѣтей. Въ настоящее время у г-жи Янушевской осталось только 2-е дѣтей малолѣтнихъ, но изъ взрослыхъ дѣтей Вячеславъ къ труду не способенъ и находится на ея рукахъ. Свидѣтельство о болѣзненномъ состояніи Вячеслава имѣется при дѣлахъ Кассы.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о сохраненіи за г-жею **Янушковской** съ 1-го января 1904 года прежней пенсіи въ размѣрѣ 300 рублей въ годъ, приравнивая сына Вячеслава къ малолѣтнимъ и 25 рублей на воспитаніе сына Витольда, изъ суммъ Главной Кассы.

XLI. Казначеемъ Кассы доложено о состояніи денежныхъ суммъ Главной Кассы и находящихся при ней капиталовъ.

LXV ОБЩЕЕ СОБРАНІЕ

УЧАСТНИКОВЪ ГЛАВНОЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАССЫ.

19 октября 1903 г.

I. Предсѣдатель, открывая Общее Собраніе, сказалъ прочувственное слово по поводу той тяжелой утраты, которую понесла Вспомогательная Медицинская Касса въ лицѣ безвременно скоропостижно скончавшагося дорогого товарища Александра Васильевича Попова. Онъ принадлежалъ къ числу старѣйшихъ участниковъ Кассы и 18-ть лѣтъ состоялъ членомъ Главнаго Комитета Кассы и казначеемъ. Не мало силъ и труда потрачено было покойнымъ при исполненіи этой крайне хлопотливой и отвѣтственной должности. Онъ былъ идеальный казначей въ полномъ смыслѣ этого слова: помимо самой тщательной аккуратности при веденіи финансовыхъ дѣлъ Кассы, онъ отличался еще и большою сердечностію, что крайне необходимо при исправленіи казначейскихъ обязанностей. Нашему Комитету хорошо извѣстно, какъ Александръ Васильевичъ всегда подавалъ голосъ свой за увеличеніе цифры пособія, а не за уменьшеніе ея, сообразно съ незначительными средствами нашихъ благотворительныхъ капиталовъ. Всѣмъ намъ хорошо извѣстно также съ какою любовью относился Александръ Васильевичъ всегда къ Кассѣ и являлся энергичнымъ защитникомъ ея интересовъ. Въ послѣднее время онъ избранъ былъ предсѣдателемъ Коммиссіи по пересмотру Устава Кассы, но неожиданная кончина не дала ему возможности закончить возложенную на него работу. Не смотря на свои скромныя средства А. В. сдѣлалъ еще и пожертвованія въ Кассу 300 рублей. Скончался А. В. на 53-мъ году, 13 октября въ понедѣльникъ: вечеромъ въ этотъ день была обычная ревизія Кассы. Коммиссіей все, разумѣется, найдено было въ блестящемъ порядкѣ, а спустя часъ послѣ этого Александръ Васильевичъ скончался въ квартирѣ своихъ знакомыхъ. По предложенію предсѣдателя память покойнаго почтена была вставаніемъ. Въ заключеніе предсѣдатель предложилъ Общему Собранію обсудить еще вопросъ, не признаетъ-ли оно, во вниманіе къ заслугамъ покойнаго, принять похороны его на счетъ суммъ Кассы. Предложеніе это было принято единогласно закрытою баллотировкой.

II. Доложена телеграмма предсѣдателя Кіевской Кассы В. Н. Сахновскаго слѣдующаго содержанія. «Шлю Главной Медицинской Кассѣ выраженіе глубокой скорби по поводу безвременной смерти дорогого товарища Александра Васильевича Попова, столько потрудившагося для нашей медицинской Кассы. Вѣчная, добрая ему память».

Общее Собраніе постановило благодарить д-ра Сахновскаго.

III. Доложено, что ревизіонная Коммиссія Главной Вспомогательной Медицинской Кассы въ засѣданіи своемъ 13 октября 1903 года, провѣривъ всѣ приходо-расходныя книги Главной Кассы и состоящихъ при ней капиталовъ, всѣ денежные документы и деньги нашла, что книги ведены правильно, всѣ деньги и документы находятся на лицо въ цѣлости и хранятся надлежащимъ образомъ, расходы удостовѣрены оправдательными документами.

Коммиссіею утверждена вѣдомость о движеніи денежныхъ суммъ со дня весенней ревизіи 30 апрѣля по день настоящей ревизіи 13 октября и сдѣланы надлежащія надписи на самыхъ приходо-расходныхъ книгахъ.

IV. Доложенъ журналъ засѣданія Комитета Главной Кассы отъ 3-го октября 1903 г., который и былъ утвержденъ.

V. За смертію Александра Васильевича Попова были произведены выборы въ члены Комитета Главной Кассы, при чемъ закрытою баллотировкою былъ избранъ А. П. Заболотскій.

VI. Былъ произведенъ выборъ казначея Главной Вспомогательной Медицинской Кассы изъ членовъ кассы, при чемъ закрытою баллотировкою былъ избранъ В. Ф. Штромъ.

ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 28 ноября 1903 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, товарищъ предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, члены: М. Н. Нижегородцевъ, А. А. Трояновъ, С. В. Шадловскій, А. П. Заболотскій казначей В. Ф. Штромъ и секретарь М. Г. Бовинъ.

I. Доложено прошеніе вдовы младшаго врача Закаспійской бригады Отдѣльнаго Корпуса Пограничной Стражи Петра Іосифовича Холодкова Марцелины Александровны о назначеніи ей съ дочерью пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Прошеніе это было подано 15-го февраля 1901 года, причемъ г-жа Холодкова заявила, что будутъ высланы всѣ нужные документы, которые были получены въ концѣ октября 1903 года.

Документы: a) удостовѣреніе Завѣдующаго Капнахасырскимъ лазаретнымъ отдѣленіемъ 3-й Закаспійской бригады Отдѣльнаго Корпуса пограничной стражи о смерти доктора Холодкова, послѣдовавшей 24-го декабря 1900 года;

b) 9 квитанцій Главной Кассы въ полученіи отъ П. І. Холодкова членскихъ взносовъ съ 1893 по 1901 г. включительно. Взносъ за 1901 г. записанъ 21 декабря 1900 г. за № 1240;

c) метрическая выпись изъ книгъ Троицкой церкви м. Чуднова, Житомирскаго уѣзда отъ 21 октября 1903 г. о смерти дочери П. І. Холодкова Антонины, послѣдовавшей 27-го мая 1901 года;

d) удостовѣреніе Пристава 3-го Стана, Житомирскаго уѣзда Волынской губерніи отъ 21-го октября 1903 г. о томъ, что М. А. Холодкова имущества ни движимаго, ни недвижимаго не имѣетъ, пенсіи отъ правительства не получаетъ, имѣетъ на своемъ попеченіи мать доктора Холодкова, 70 лѣтъ. До сего времени пропитывалась на полученное единовременное пособіе.

13-го ноября 1903 г. г-жа Холодкова сообщила, что она получила пособіе 16-го ноября 1902 г. въ размѣрѣ 1080 руб. (а съ вычетами всего 972 рубля).

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Марцелинѣ Александровнѣ **Холодковой** пенсіи, согласно п. а § 22 Уст. Кассы въ размѣрѣ 150 рублей въ годъ съ 1 января 1904 г. изъ суммъ Главной Кассы.

II. Доложено отношеніе Комитета Казанской Кассы о назначеніи врачу Дмитрію Яковлевичу **Попову** съ женою пенсіи въ виду его полной глухоты.

Изъ журнала засѣданія Комитета Казанской Кассы отъ 16-го августа 1903 г. видно, что врачъ Д. Я. Поповъ подавалъ прошеніе о назначеніи ему пенсіи 15 августа и 31-го декабря 1902 г. и 27-го мая и 6-го іюля 1903 г. Въ первыхъ трехъ прошеніяхъ г. Поповъ просилъ о назначеніи пенсіи только для себя, а въ послѣднемъ и для жены. Онъ вступилъ въ бракъ 30-го апрѣля 1903 г. съ мѣщанской дѣвицею Параскевой Савельевной Егоровой.

Первыя два прошенія разсматривались Комитетомъ Казанской Кассы 19-го августа 1902 г. и 26-го января 1903 года. Вопросъ о назначеніи пенсіи былъ оставленъ открытымъ, а опредѣлено было ходатайствовать объ единовременномъ пособіи въ размѣрѣ 100 рублей, которое и было назначено Главною Кассою 13-го марта 1903 г.

Третье и четвертое прошеніе разсматривались Комитетомъ Казанской Кассы 16-го августа 1903 года.

Изъ этихъ прошеній выяснилось, что докторъ Поповъ получилъ увѣдомленіе Министерства Юстиціи отъ 10-го мая 1903 г. за № 15972 объ отказѣ ему въ назначеніи пенсіи за службу его отца по означенному Министерству; далѣе выяснилось что Д. Я. Поповъ женатъ, зарабатываетъ 25 рублей въ мѣсяцъ, которые находитъ недостаточными для существованія вмѣстѣ съ женою.

Такъ какъ по § 17 Уст. Кассы право на пенсію имѣютъ лишь дряхлые и одержимые неизлѣчимою болѣзнью участники, пришедшіе въ невозможность содержать себя личнымъ трудомъ, а не профессіональнымъ и такъ какъ Д. Я. Поповъ зарабатываетъ 300 рублей въ годъ, т. е. столько, сколько могло бы быть выдано ему въ пенсію, если бы онъ не могъ содержать себя никакимъ трудомъ, то Казанскій Комитетъ нашелъ, что просьба Д. Я. Попова удовлетворенію не подлежитъ; но такъ какъ въ послѣднемъ прошеніи отъ 6-го іюля 1903 года г. Поповъ указываетъ, что у него есть жена, на долю которой онъ также проситъ назначить пенсію, то Комитетъ опредѣлилъ ходатайствовать о назначеніи Д. Я. Попову съ женою пенсіи въ размѣрѣ 100 рублей, съ 1 января 1903 года съ зачисленіемъ выданныхъ ему 28 марта 1903 года 100 рублей въ счетъ пенсіи. Опредѣленіе это однако состоялось послѣ разногласія между членами Комитета, такъ какъ нѣкоторые члены находили просьбу Попова странной; выходитъ такъ, что подавая первыя прошенія и высказывая въ нихъ свое тяжелое матеріальное положеніе, которое заставило его даже искать помощи въ благотворительномъ учрежденіи, Д. Я. Поповъ послѣ этого не задумывается надъ тѣмъ, что женившись, онъ еще болѣе усугубляетъ свое и безъ того тяжелое матеріальное положеніе, и дѣйствительно, въ своемъ послѣднемъ прошеніи г. Поповъ указываетъ, что на 25 рублей въ мѣсяцъ ему вмѣстѣ съ женою жить невозможно.

Далѣе Комитетъ Казанской Кассы сообщаетъ, что Д. Я. Поповъ окончилъ курсъ 16 октября 1901 г. и 2-го апрѣля 1902 г. сдѣлалъ взносъ за 1901 г., какъ льготный участникъ. Вступая въ кассу Д. Я. Поповъ былъ уже глухъ.

Опредѣлено: Въ виду того, что Д. Я. Поповъ способенъ къ личному труду и даже къ нѣкоторому профессіональному (какъ наприм. всѣ микроскопическія работы) то, на основаніи § 17 Уст. Кассы въ назначеніи пенсіи ему отказать.

III. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Ивана Корниловича Коврейнъ Ольги Васильевны о назначеніи ей съ 2-мя малолѣтними дѣтьми пенсіи въ виду отсутствія средствъ къ жизни.

Документы: а) 7-мь квитанцій Главной Кассы въ полученіи отъ И. К. Коврейнъ членскихъ взносовъ съ 1893 по 1899 гг. включительно и 2 квитанціи Московской Кассы въ полученіи взносовъ за 1900 и 1902 года. По справкѣ оказалось, что взносъ за 1901 г. также былъ сдѣланъ.

б) Выпись изъ метрической книги Покровской с. Перкушнова церкви, Звенигородскаго уѣзда, Московской губерніи, о смерти врача И. К. Коврейнъ, послѣдовавшей 25-го августа 1903 года.

в) Выписки изъ метрическихъ книгъ о рожденіи у И. К. Коврейнъ дѣтей: Вѣры 8-го декабря 1885 года и Ивана 20-го февраля 1890 года.

г) Свидѣтельство Пристава 2 участка Хамовнической части гор. Москвы отъ 17-го октября 1903 г. за № 1416 въ томъ, что О. В. Коврейнъ состоянія крайне бѣднаго, имущества никакого не имѣетъ, имѣя при себѣ 2-хъ малолѣтнихъ дѣтей.

д) Аттестатъ, выданный И. К. Коврейнъ Бѣлозерскою уѣздною земскою Управою 1-го февраля 1891 года удостовѣряющій, что докторъ Коврейнъ состоялъ на службѣ земства съ 15-го декабря 1886 года по 1-е ноября 1890 года.

Опредѣлено: ходатайствовать передъ Общимъ Собраніемъ о назначеніи Ольгѣ Васильевнѣ **Коврейнъ** съ 2-мя малолѣтними дѣтьми пенсіи, согласно п. г. § 22 Уст. Кассы, въ размѣрѣ 250 рублей въ годъ съ 1-го января 1904 года изъ суммъ Главной Кассы.

IV. Доложено прошеніе вдовы земскаго врача Анны Адріановны **Климовой** о назначеніи ей пособія въ виду стѣснительнаго матеріальнаго положенія.

Право просительницы на пособіе изложено въ журналѣ засѣданія Котитета Главной Кассы 24-го августа 1896 года. (Мужъ ея Петръ Александровичъ былъ участникомъ Кассы 4 года).

Г-жа Климова получала много разъ пособія съ 1897 года. Послѣдній разъ ей было назначено пособіе 14-го марта 1903 года въ размѣрѣ 25 руб. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: Назначить А. А. Климовой вновь пособіе въ размѣрѣ 25 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

V. Доложено ходатайство Комитета Казанской Кассы о назначеніи пособія матери участника кассы Ульянѣ Анисимовнѣ **Елагиной** въ размѣрѣ 50 рублей въ виду ея тяжелаго матеріальнаго положенія.

Сынъ просительницы врачъ Александръ Ивановичъ Елагинъ сдѣлалъ въ кассу 6-ть взносовъ, но былъ участникомъ менѣе 6-ти лѣтъ, почему въ назначеніи пенсій матери его 18-го сентября 1898 г. было отказано. Г-жа Елагина получала ежегодно два раза пособія по 50 рублей.

Послѣдній разъ ей было выдано пособіе въ размѣрѣ 50 рублей 17-го марта 1903 г. изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: Назначить У. А. Елагиной вновь пособіе въ размѣрѣ 50 руб. изъ капитала Я. А. Чистовича.

VI. Доложена просьба дочери врача Франциски Францевны **Гловацкой** о назначеніи ей пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія и преклоннаго возраста (72 лѣтъ).

Г. предсѣдателемъ Главной Кассы 17-го ноября 1903 года назначено единовременное пособіе въ размѣрѣ 25 рублей изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

Опредѣлено: утвердить сдѣланный расходъ.

VII. Доложено прошеніе вдовы ординатора Кременчугской больницы Елены Порфирьевны **Жаботинской** о назначеніи ей пособія въ виду тяжелаго матеріальнаго положенія.

Мужъ просительницы умеръ отъ сыпного тифа.

Вдова имѣетъ 41 рубль въ годъ пенсіи.

Опредѣлено: Назначить Е. П. **Жаботинской** 25 руб. единовременнаго пособія изъ капитала Е. Н. Чистовичъ.

VIII. Согласно разрѣшенію Общаго Собранія участниковъ Главной Кассы отъ 24 апрѣля 1902 г. приглашать къ участію въ работѣ по пересмотру Устава Кассы лицъ, которыя могутъ быть полезны дѣлу, былъ приглашенъ д-ръ В. И. Гребенщиковъ, который разработалъ статистическій матеріалъ кассы и въ настоящее время онъ представилъ статью «о возможности увеличенія пенсій, выдаваемыхъ изъ Вспомогательной Медицинской Кассы, учрежденной Я. А. Чистовичемъ».

Опредѣлено: выдать В. И. Гребенщикову вознагражденіе за его трудъ въ размѣрѣ 200 рублей.

ЗАСѢДАНІЕ

Комитета Главной Вспомогательной Медицинской Кассы 21 декабря 1903 года.

Присутствовали: предсѣдатель В. С. Кудринъ, тов. предсѣдателя Н. Я. Чистовичъ, казначей В. Ф. Штромъ, секретарь М. Г. Бовинъ и члены: А. А. Трояновъ, М. Н. Нижегородцевъ, А. П. Заболотскій и С. В. Шидловскій.

I. Доложено прошеніе вдовы военнаго врача Петра Ивановича **Ермакова** Надежды Федосѣевны о назначеніи ей пособія для взноса за право ученія дочерей Антонины и Надежды въ Вознесенскую женскую гимназію.

Г-жа Ермакова по опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 10-го декабря 1900 года, утвержденнаго Общимъ Собраніемъ, получала пенсію по 1-е января 1901 года въ размѣрѣ 325 рублей, но 21-го сентября 1901 г. пенсія ей прекращена, въ виду назначенія правительственной пенсіи въ размѣрѣ 338 руб. 40 к. въ годъ.

8-го марта 1902 г. и 17-го января 1903 г. ей были назначены пособія по 50 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

Опредѣлено: назначить вновь пособіе въ размѣрѣ 50 рублей изъ капитала Я. А. Чистовича.

II. Доложена просьба бездѣтной вдовы врача Ядвиги Петровны **Скавинской** о назначеніи ей пособія въ виду ея болѣзни.

Г-жа Скавинская, согласно опредѣленію Комитета Главной Кассы отъ 8-го мая 1898 г. получаетъ пенсію съ 1-го іюля 1898 г. изъ суммъ Енисейской Кассы въ размѣрѣ 200 рублей въ годъ.

Опредѣлено: въ назначеніи пособія отказать.

III. Доложено прошеніе бездѣтной вдовы доктора Александра Ивановича **Діомидова** Натальи Яковлевны о назначеніи ей 60 рублей пособія для уплаты долга.

А. И. Діомидовъ сдѣлалъ единовременный взносъ въ 200 руб. 22-го марта 1893 г. за № 184.

Документы: a) Удостовѣреніе Конторы Николаевской городской больницы въ Харьковѣ отъ 2-го декабря 1903 г. въ томъ, что Н. Я. Діомидова находилась для лѣченія въ больницѣ съ 20-го мая по 23-е іюня 1903 года.

b) Удостовѣреніе клиники Университета Св. Владиміра отъ 10 декабря 1903 г. о болѣзни г-жи Діомидовой.

c) Удостовѣреніе врачей Ламонова и Тутышкина отъ 5 декабря 1903 г. въ томъ, что Н. Я. Діомидова не имѣетъ никакихъ личныхъ средствъ къ существованію.

Г-жѣ Діомидовой были выданы послѣдніе разы пособія 23-го декабря 1902 г. и 25 апрѣля 1903 г. по 30 рублей.

Опредѣлено: въ назначеніи пособія отказать.

IV. Доложена просьба доктора Владиміра Адольфовича **Обольянинова** взять изъ типографіи Стасюлевича 3800 экземпляровъ его поэмы «Протився злу» и роздать ее по магазинамъ и выдать ему заимообразно пособіе въ размѣрѣ 200 рублей.

Опредѣлено. въ просьбѣ г. Обольянинова отказать.

Вѣдомость о лицахъ, получившихъ вспомоществованія изъ кассы въ 1903 году:

I. Главная касса:

Наименованіе лицъ, получившихъ пособія, и классъ, изъ коихъ выданы послѣднія:	Выдано вспомоществованій: Постоянныхъ. Руб.	Коп.	Единовременныхъ. Руб.
1. **Абрамовичъ М. Л.**, вдова врача	—	—	50
2. **Борщовъ П. Д.**, братъ врача	300	—	—
3. **Богданова А. А.**, мать врача	200	—	—
4. **Баженова М. А.**	100	—	—
5. **Бражасъ В. Н.**, вдова врача	150	—	—
6. **Бурундукова Е. А.**, вдова врача	62	—	—
7. **Варшавская А. Р.**, вдова врача	250	—	—
8. **Вышинская М. А**, вдова врача	140	—	—
9. **Вихорева М. А.**, вдова врача	200	—	—
10. **Гиршфельдъ Е. Н.**, вдова врача	150	—	—
11. **Гуленко Е. П.**, вдова врача	200	—	—
12. **Гаврилова Е. Н.**, вдова врача	150	—	—
13. **Голубева А. А.**, вдова врача	300	—	—
14. **Гридина Ж. И.**, вдова врача	150	—	—
15. **Гродецкая С. Ф.**, вдова врача	300	—	—
16. **Городецкій К. Н.**, докторъ	—	—	100
17. **Готтманъ А. М.**, докторъ	—	—	100
18. **Голицинская Э. В.**, вдова врача	175	—	—
19. **Дзичковская А. С.**, вдова врача	150	—	—
20. **Дравина С. Ф.**, вдова врача	100	—	—
21. **Донецкая А. В.**, мать врача	200	—	—
22. **Дзевульская С. Ф.**, вдова врача	50	—	—
23. **Довчинсіе**, дѣти участника	300	—	—
24. **Добычина А. А.**, вдова участника	150	—	—
25. **Декреръ В. Н.**, на похороны Тополевой	—	—	75
26. **Эдемская М. Н.**, вдова врача	225	—	—
27. **Эверсъ П. И.**, вдова врача	150	—	—
28. **Эйгесъ Р. М.**, врачъ	—	—	100
29. **Елагина У. М.**, мать участника	—	—	50
30. **Жданова А. А.**, вдова врача	125	—	—
31. **Заграйская Е. М.**, вдова врача	200	—	—
32. **Заварина П. И.**, вдова врача	125	—	—
33. **Захаровы**, родители участника	150	—	—
34. **Захарова Е. М.**	400	—	—
35. **Искова Е. Ф.**, вдова врача	300	—	—
36. **Ивановская А. И.**, вдова врача	150	—	—
37. **Казакова М. Е.**, вдова врача	93	60	—
38. **Кевролева А. М.**, вдова врача	300	—	—
39. **Коробковъ Г. Я.**, врачъ	400	—	—
40. **Квятковская А. В.**	50	—	—
41. **Коссобудзская В. В.**, вдова врача	57	16	—
42. **Краснитская А. М.**	487	50	—
43. **Крыжановская**	150	—	—
44. **Лившицъ Д. Г.**, вдова врача	150	—	—
45. **Лятошинская Ю. А**, вдова врача	200	—	—
46. **Листова В. Л.**, вдова врача	200	—	—
47. **Ландезенъ К. Ф**, вдова врача	200	—	—
48. **Ляндсбергъ П. И.**, вдова врача	100	—	—
49. **Лаврова А. В.**, вдова врача	—	—	50
50. **Мясникова Л. П.**, вдова врача	350	—	—
51. **Маковецкая Н. В.**, вдова врача	150	—	—
52. **Мейеръ С. Н.**, вдова врача	150	—	—
53. **Миловская Н. В.**, вдова врача	150	—	—
54. **Мерло С. К.**, вдова врача	20	—	25
55. **Мнинская А. Л.**, вдова врача	275	—	—
56. **Михайлова Е. Н.**, вдова врача	350	—	—
57. **Музыкантова С. Г.**, вдова врача	250	—	—
58. **Мансвѣтова Ю. П.**, вдова врача	—	—	25
59. **Москвина Е. В.**, мачиха врача	—	—	50
60. **Машевскій Б. Р**, врачъ	200	—	—
61. **Ненашева М. М.**, вдова врача	300	—	—
62. **Орловъ И. И.**, врачъ	400	—	—
63. **Онкель Л. М.**, вдова врача	150	—	—
64. **Оскерко Л. Я.**, вдова врача	150	—	—
65. **Окинчицъ М. Я.**, вдова врача	150	—	—
66. **Пржецишевская С. Э.**, вдова врача	150	—	—
67. **Пашинковская А. В.**, вдова врача	200	—	—
68. **Покровская О. В.**, вдова врача	300	—	—
69. **Попова В. Ф.**, вдова врача	275	—	—
70. **Португалова Р. И.**, вдова врача	275	—	—
71. **Петровская А. Н.**, вдова врача	—	—	75
72. **Поповъ Д. А.**, врачъ	—	—	100
73. **Павленко А. С.**, вдова врача	—	—	30
74. **Петрова О. Е.**, мать врача	20	—	—
75. **Рогова Г. В.**, вдова врача	140	—	—
76. **Россудовская С. А.**, вдова врача	47	—	—
77. **Семенова С. Л.**, вдова врача	300	—	—
78. **Столбовская М. Н.**, вдова врача	54	—	—
79. **Старова А. И.**, вдова врача	200	—	—
80. **Сергѣевы**, родители врача	250	—	—

81. Суходольская Л. И., вдова врача	75	—	—
82. Свицина Т. А, вдова врача	150	—	—
83. Старостина А. А., вдова врача	-	—	50
84. Станевичъ М. И., вдова врача	125	—	—
85. Соколова Е. Г., вдова врача	350	—	—
86. Скамницкая Ю. П., вдова врача	100	—	—
87. Солодовникова А. В.	75	—	—
88. Соколова В. И., вдова врача	300	—	—
89. Скрябина Е. А., вдова врача	—	—	40
90. Тополева О. И., вдова врача	250	—	—
91. Тронина Е. А., мать врача	200	—	—
92. Транчукъ И. И., ветеринарный врачъ	—	—	100
93. Тютнева Н. Н., вдова врача	100	—	—
94. Франковская С. И., вдова врача	200	—	—
95. Филатова С. Г., вдова врача	125	—	—
96. Худякова С. Д., вдова врача	250	—	—
97. Храмцова А. П., вдова врача	80	—	—
98. Чистякова Л. А., вдова врача	150	—	—
99. Шутова Н. М., вдова врача	200	—	—
100. Шиллингъ А К., вдова врача	200	—	—
101. Шулянская А. Ф., мать врача	200	—	—
102. Широкова О. В., вдова врача	—	—	75
103. Янушевская С. М., вдова врача	312	50	—
104. Яблонская Е. П, вдова врача	66	37	—
105. Янченко В. М., вдова врача	50	—	—
Итого	16680	13	1095
	17775 р. 13 к.		

II. Московская касса:

Арбузова Н. В., вдова врача	200	—	—
Авраменко Н. И., врачъ	400	—	—
Аркадьевъ В. В., врачъ	300	—	—
Блюменталь А. Е., вдова врача	350	—	—
Вольфъ В. А., вдова врача	350	—	—
Гамбурцева А. И., мать врача (изъ капитала *Куманиныхъ*)	150	—	—
Леманъ П. П, вдова врача	150	—	—
Липмановичъ О. А., вдова врача	300	—	—
Нарбекова О. А., вдова врача	170	—	—
Павловская Ю. В., вдова врача съ дѣтьми	375	—	—
Петрова В. П., вдова врача (изъ капитала *Куманиныхъ*)	100	—	—
Плавтова А. П., мать врача	200	—	—
Постникова Е. А., вдова врача	150	—	—
Тютнева Н. Н, вдова врача	150	—	—
Мануйловой М. А., вдова врача (изъ капитала *Ф. Л. Герольдштейна*)	—	—	50
Сырейщикова А. И., вдова врача	150	—	—
Важнова Н. С., вдова врача	250	—	—
Листова Т П., вдова врача	150	—	—
Ромашева К. А., вдова врача (изъ кап. пр. *И. Н. Новацкаго*)	—	—	100
Итого	3895	—	150
	4045 р.		

III. Архангельская касса.

Анисимова Е. И., вдова ветерин. съ дѣтьми	300	—	—

IV. Владимірская касса:

Глинчикова О. Н., вдова вр. съ 2 дочер.	300	—	—
Мукосѣева А. В., мать врача	200	—	—
Невская О. Ѳ., вдова съ дѣтьми	120	40	—
Тимешова Ю. Н., вдова вр. съ 2 дѣтьми	37	50	—
Итого	657	90	—

V. Вологодская касса:

Старостина А. А., вдова врача съ дочерью	225	—	—

VI. Волынская касса.

Вержейская Я., вдова врача	50	—	—
Долгушина Э., вдова врача	150	—	—
Фролова, вдова врача	225	—	—
Высоцкая, вдова врача	—	—	50
Итого	425	—	50
	475 р.		

VII. Воронежская касса:

Фіалковская Е. Н., вдова врача съ больн. сыномъ	200	—	—
Крыжановская М. М., вдова вр. съ дѣтьми	300	—	—
Итого	500	—	—

VIII. Енисейская касса:

Скавинская Я. П., вдова врача	200	—	—
Соломино Е. Д., вдова ветерин.	75	—	—
Итого	275	—	—

IX. Западно-Сибирская касса.

Галковская Л. Ф., вдова вр. съ 3 мал. дѣтьми	244	—	—
Добровольскіе, 3 дѣти врача	—	—	100
Итого	244	—	100
	344 р.		

X. Кавказская касса:

Петровская О. И., вдова врача	120	—	—
Стрѣлкова Н. В., вдова врача	300	—	—
Итого	420	—	—

XI. Казанская касса:

Скамницкая Ю. П., вдова врача	100	—	—
Шулеръ А. Е., вд. врача съ 2 дочерьми	100	—	—
Кузовкова Л. П., вдова врача	300	—	—
Дидова Е. А., вдова врача	200	—	—
Бронштейнъ А. С.	225	—	—
Елагина У. А., мать врача	—	—	50
Итого	925	—	50
	975 р.		

XII. Кіевская касса:

Прядо В. А., вдова врача	200	—	—
Соколова В. И., вдова врача съ дѣтьми	150	—	—
Садовская А. А., вдова врача	200	—	—
Краснитская А. М., вдова врача съ дѣтьми	325	—	
Палазова Е. Н., вдова врача съ дочерью	200	—	-
Сервичковская В. И., вдова вр. съ сыномъ	587	50	—
Дзѣгановская С. К., вдова врача	300	—	—
Итого	1952	50	—

XIII. Калужская касса.

Верденская В. И., вдова врача съ 3 дѣтьми	300	—	—

XIV. Курская касса:

Котелевская Е. В., вдова врача	100	—	—
Литвинова Н. К., вдова врача	40	—	—
Абрамовичъ М. Л., вдова съ 3 дѣтьми	375	—	—
Итого	515	—	—

XV. Минская касса:

Машевскій Б. Р., врачъ	200	—	—
Герловичъ М. Ф., вдова врача	150	—	—
Мочульская В. И., вдова врача	65	—	—
Итого	415	—	—

XVI. Нижегородская касса:

Россакъ А. Ф., вдова врача	150	—	—

XVII. Одесская касса.

Сердобова Е. Г., вдова врача	150	—	—
Шнейдеръ Кунич. Алдр., вдова врача	225	—	—
Итого	375	—	—

XVIII. Орловская касса:

Шумова А. С., вдова врача	83	32	—
Ромашева К. Л., вдова врача	12	50	—
Итого	95	82	—

XIX. Пермская касса:

Соколова О. А., мать врача	200	—	—
Шрейберъ А. Н., вдова врача	150	—	—
Итого	350	—	—

XX. Псковская касса.

Баумвальдтъ Р. Г., вдова врача	200	—	—

XXI. Ростовская на Дону касса.

Суходольской, вдовѣ врача	125	—	—

XXII. Самарская касса:

Станевичъ М. И., вдова вр. съ дѣтьми	225	—	—
Равенскій А. М., сынъ врача	175	—	—
Потоцкая М. Ф., вдова вр. съ сыномъ	225	—	—
Итого	625	—	—

XXIII. Саратовская касса:

Лурье М., вдова врача	100	—	—
Соколовой А.	150	—	—
Якимовой Т.	200	—	—
Итого	450	—	—

XXIV. Таврическая касса:

Высочинская М. А., вдова врача	115	—	—
Адамовичъ Е. М., вдова врача	200	—	—
Чалисова Р. И., вдова врача	46	67	—
Итого	361	67	—

XXV. Тульская касса:

Рамихъ А. А., вдова врача	150	—	—
Стржельбицкая К. И., вдова врача	200	—	—
Солонино Е. Д., вдова ветер. врача	75	—	—
Итого	425	—	—

XXVI. Туркестанская касса:

Бетлингъ В. И., вдова врача	200	—	—
Діаковская Е. А., вдова врача	325	—	—
Итого	525	—	—

XXVII. Харьковская касса:

Бражникова Е. И., вдова врача	200	—	—
Бутова А. Н., вдова ветеринара	150	—	—
Кедрова Ц. А., вдова врача	150	—	—
Полубинская Л. А., вдова врача	100	—	—
Ветуховы, сироты врача	250	—	—
Завитаевы, сироты врача	125	—	—
Красногорская С. М., вдова врача	325	—	—
Итого	1300	—	—

Списокъ лицъ, получившихъ пособія въ 1903 году изъ **капитала Я. А. Чистовича** (состоящаго при Главной Кассѣ):

	Рубли.
Ермакова Н. Ф., вдова врача	100
Созановичъ-Толстиковичъ С. И.	30
Діомидова Н. Я., вдова врача	30
Бѣляева В. Ф.	30
Стржалко, сирота врача	30
Попова С. А., вдова участника	75
Коганъ М. В.	40
Лурье Я. В., участникъ	50
Тезаврина М. С., вдова	35
Итого	420

Списокъ лицъ, получившихъ пособія изъ капитала имени Е. Н. Чистовичъ, въ 1903 году:

Безвозвратныя:

	Рубли.
Борисовичъ А. Б., вдова врача	35
Беневоленская Е. Ф., вдова врача	50
Буринская А. М., » »	30
Голубева О. И., » »	30
Гловацкая Ф. Ф., дочь врача	25
Елагина У. А., вдова врача	50
Эвенхова С. А., » »	30
Жаботинская Е. П., вдова врача	25
Иванова А. А., жена врача	50
Климова А. А., вдова врача	50
Коровко М. Я., слушат. женск. мед. кур.	50
Крылова Н. Н., семья врача	40
Чажарова А. П., дочь врача	50
Обольяниновъ В. А., врачъ	100
Попова А В., вдова врача	30
Голынецъ Е. Ѳ., вдова врача	25
Сирская М. И., » »	30
Усъ Л. М., » »	100
Шкляревская К. Н., » »	30
Широкова О. В., » »	30
Шестопалова А. И., » »	30
Шелешкова М. Я., » »	30
Итого	920

Заимообразныя:

Іофъ С. И., врачъ	75
Вегеръ И. С., врачъ	200
Итого	275

Главныя пожертвованія въ капиталъ В. А. Манассеина.

Главнѣйшие взносы и пожертвованія въ 1903 г. (отъ 5 руб. и болѣе).

	Руб.	Коп.
Отъ общества Ярославскихъ врачей	38	—
» » Севастопольскихъ врачей	18	—
» » Витебскихъ вр. собран. въ въ день разставанія съ докт. С. В. Виноградскимъ	20	—
Отъ д-ра Л. Л. Буткевичъ въ уплату долга	25	—
» разныхъ лицъ, присланныхъ С. В. Владиславлевымъ редакт. Русск. Врача	240	—

Эта сумма составилась:

Отъ членовъ Иваново-Вознесен. Медиц. Общ. 41 р.; отъ д-ра И. С. Зарха 1 р.; отъ членовъ Общ. Морск. вр. въ Кронштадтѣ въ память умершаго товарища А. П. Анисимова 76 р.; отъ Шлиссельбургск. земск. вр. въ память умершаго товар. женщ. вр. С. М. Абрашкевичъ Фюрстеръ 21 р.; отъ неизвѣстной черезъ Е. М. Достоевскую 7 р.; отъ д-ра Фесенко 1 р.; отъ членовъ общ. Могилевскихъ вр. 21 р.; отъ чл. общ. Архангельскихъ вр. 15 р.; отъ чл. общ. Нижегород. уѣзднаго врачеб. Совѣта въ память умер. тов. Д. А. Вѣнскаго и В. М. Фивейскаго 14 р.; отъ врачей Сенгилеевскаго земства Симб. губ. въ память умер. товар. Н. И. Сухова и В. Н. Ивановскаго 38 р.; отъ чл. общ. Могилевскихъ вр. 5 руб.

Отъ доктора Николая Николаевича Афонасьева	25	—
» разныхъ лицъ, присланные редакт. Русск. Вр. С. В. Владиславлевымъ	396	—

Сумма эта составлена:

Отъ врачей слушателей д-ра Г. И. Трахтенберга 45 р.; отъ морскихъ вр. въ Спб. 19 р.; отъ д-ра В. Г. Епинатьева 1 р.; отъ вр. Новоузенской Земск. Упр. 11 р.; отъ товарищей вмѣсто вѣнка на гробъ покойн. д-ру І. А. Макарскому 126 р.; вмѣсто вѣнка на гробъ д-ру А. Ф. Голицинскому 29 р.; отъ д-ра Вл. Никит. Сахновскаго въ память 2-го мая 1878 г. 150 р.; отъ общ. Тульскихъ вр. 15 р.

Отъ общ. ночныхъ врачебныхъ дежурствъ въ г. Кіевѣ	10	—
Отъ д-ра П. В. Лебедева	5	—
» редакт. «Русск. Врача» С. В. Владиславлева	226	25

Сумма эта составилась:

Отъ товарищей врачей и знакомыхъ д-ра Дурмашкина въ ознаменованія 10-ти-лѣт. его службы въ Нижегор. Земствѣ 57 р.; вмѣсто вѣнка на гробъ д-ра В. А. Ѳивейскаго 55 р.; собрано на товарищ. обѣдѣ по пов. 25-лѣтняго юбилея д-ра М. Ф. Цивинскаго 25 р. 25 к.; собр. общ. Оренбург. врачей и сослуживцевъ д-ра Малиновскаго въ ч. 30-тилѣтней врачеб. дѣятельности 31 р.; остатокъ отъ покупки вѣнка на гробъ покойн. д-ра С. В. Теплыкъ 25 р.; отъ д-ра Биржшико 1 р.; отъ врачей Могилев. губ. участник. прощальнаго обѣда въ честь ихъ любимаго товар. Л. А. Левитскаго 30 р.; отъ д-ра Т. Г. Жданова 2 р.

Отъ д-ра П. Н. Холшевникова собр. на обѣдѣ въ его честь Владивостокскими врачами	59	—
Отъ д ра Геронимуса В. И.	5	—
» ред. «Русскаго Врача» С. В. Владиславлева	90	—

Сумма эта составилась:

Отъ д-ра Шеффера 5 р.; отъ участниковъ 1-го съѣзда врачей Горнозаводскихъ и фабричныхъ Екатеринослав. губ. 84 р.; отъ д-ра Назарова 1 р.

Отъ д-ра П. Н. Барскаго	5	—
» ветеринарнаго врача П. Л. Бочковскаго изъ Портъ-Артура, собр. на обѣдѣ въ день празд. основ. Академіи	16	60
Отъ почитателей покойнаго д-ра А. В. Попова, вмѣсто вѣнка на гробъ	110	—
Отъ д-ра В. Н. Сахновскаго въ память А. А. Попова	100	—
» наслѣдника умершаго І. І. Мочутковскаго дворянина С. В. Трочевскаго, завѣщ. покойнымъ Мочутковскимъ въ капиталъ В. А. Манассеина	1000	—
Отъ д-ра Геронимусъ В. И.	5	—
» Московскихъ военныхъ врачей въ ознаменов. 35-лѣтія служ. Москов. Окр. военнаго медиц. инспект. Е. Т. Якубова	71	—
Отъ участниковъ Новомосковскаго у. съѣзда врачей 12-го ноября 1903 г.	9	—
Отъ врачеб. инспек. г. Астрахани Н. Я. Шмидтъ	28	95
» земскихъ врачей Бердянскаго уѣзда	200	—
» участниковъ Кіевской Вспомогательно-Медиц. кассы	26	—
Отъ врачей Олонецкой губ. взамѣнъ обѣда инспектору М. Н. Мотрохину	100	—
Отъ членовъ общ. врачей въ Батумѣ въ честь бывшаго предсѣдателя Общ. д-ра Шишкова	35	—
Отъ д-ра Киселя вмѣсто вѣнка на гробъ жен. врачу И. М. Овчинниковой	15	—

Списокъ лицъ, получившихъ пособія изъ капитала имени В. А. Манассеина въ 1903 году:

Безвозвратныя:

	Руб.	Коп.
Алмазова А. Г., вдова врача	35	—
Аргентовская А. В., жена врача	50	—
Адонисова Е. М., » »	40	—
Адонисова, дочь врача	35	—
Березовская Е. С., дочь врача	25	—
Богаевская В. С., » »	40	—
Бутовская А. В., » »	25	—
Воскресенская Г. С., вдова врача	30	—
Вомпе Е. Ф., » »	25	—
Гельтманъ Ю. Ф., » »	25	—
Голынецъ Е. Ѳ., » »	25	—
Добровольская, дочь врача	50	—
Дьяконова А. Д., вдова врача	50	—
Дубяго Е. М., врачъ	50	—
Зубковская Н. И., жена доктора	50	—
Завитаева, сирота врача	25	-
Закалинскій В. Г., врачъ	50	—
Игнатова О. В., вдова врача	75	—
Князева М. В., » »	25	—
Клопотовичъ А. У., жена врача	30	—
Короткевичъ-Гладкая Е. А., вдова врача	30	—
Кирѣева Е. Ф., вдова врача	50	—
Ламская Н. Я., » »	30	—
Лезевичъ Ю. В., » »	25	—
Лапчинская М., » »	25	—
Масленникова А. А., дочь врача	20	—
Мажарова А. П., » »	100	—
Манторова Е. П., вдова врача	47	80
Майеръ Н. Я., дочь врача	25	—
Новгородская О. В., вдова врача	20	—
Норкевичъ А. А., » »	20	—
Ноткинъ С. А., » »	35	—
Никонова А. В., » »	25	—
Покровская М. Ф., » »	30	—
Прибыльская О. С., » »	30	—
Петровсковская Е. В., » »	30	—
Разумовская М. Г., » »	25	—
Розенталь-фонъ С. А., » »	20	—
Соловьева Е. И., » »	30	—
Стротановичъ Ю. Я., » »	20	—
Стахевичъ Е. И., » »	10	—
Саенко Е. А., » »	30	—
Сверчкова М. И., мать врача	10	—
Савельева А. И., вдова врача	30	—
Тютнева Н. Н., » »	25	—
Тахова О. П., » »	25	—
Черняева Л. И., » »	45	—
Чижова Е. С., » »	25	—
Шовская Л. У., » »	15	—
Шварцъ Н. М., » »	20	—
Шестакова Н. П., » »	25	—
Шрейберъ А. Н., » »	25	—
Итого	1682	80

Заимообразно:

Бергманъ І. А., врачъ	30	—

ОТДѢЛЬНЫЕ КАПИТАЛЫ ПРИ ГЛАВНОЙ КАССѢ:

Капиталъ стипендіи при «Манассеинскомъ рублѣ».

	Наличными. Руб.	Коп.	% бумагами. Руб.
Къ 1 января 1903 года состояло	23	77¾	800
Поступило:			
отъ д-ра В. П. Клевезаля 1 р., отъ Я. М. Сивицкаго 4 р., отъ Л. А. Киселя вмѣсто вѣнка на гробъ женщинѣ-врачу И. М. Овчинниковой 5 р.	10	—	—
%% поступило	30	87½	—
Всего въ приходѣ	64	65¼	800
Заплочено за 4% Г. Ренту въ 50 р.	49	96	50
Осталось на 1 января 1904 г.	14	69¼	850

Капиталъ имени проф. Э. Э. Эйхвальда.

Къ 1 января 1903 года состояло	—	—	400
Поступило:			
отъ д-ра В. П. Клевезаля	1	—	—
» пр. О. В. Петерсена	10	—	—
» д-ра Г. А. Наркевича	—	93	—
%% съ капитала	15	20	—
Итого въ приходѣ	27	13	400
Въ расходѣ	—	—	—
Къ 1 января 1904 г.	27	13	400

Капиталъ въ память врача Ю. В. Иванова.

Къ 1 января 1903 года было	3	96½	650
Поступило %%	24	65	—
Всего	28	61½	650
Къ 1 января 1904 г. состоитъ	28	61½	650

Капиталъ врачей выпуска 1873 г. (изъ Медицинской Академіи).

Къ 1 января 1903 года состояло	50	¾	1000
Поступило отъ д-ра Н. Ф. Златковскаго, собран. отъ товарищей наличными деньгами	33	50	—
и % бумагами 4% Г. Р.	—	—	200
% поступило	45	60	—
Итого въ приходѣ	129	10¾	1200
Выдано въ пособіе вдовѣ врача Надеждѣ Зрѣловой	75	—	—
Къ 1 января 1904 года осталось	54	10¾	1200

Капиталъ въ память 100-лѣтія Императорской Военно-Медицинской Академіи:

Къ 1 января 1903 г. было	27	67½	50
Получено %%	1	90	—
Итого въ приходѣ	29	57½	50
Осталось на 1 января 1904 г.	29	57½	50

№№ по порядку.	НАИМЕНОВАНІЕ КАССЪ.	Состояло къ 1-му января 1903 г. Наличными деньгами: Рубли.	К.	% бумагами: Рубли.	Въ приходѣ: Наличными деньгами: Взносы и пожертвованія: Рубли.	К.	% съ капитала: Рубли.	К.	Переходящія суммы: Рубли.	К.	% бумагами: Рубли.	Въ расходѣ: Наличными деньгами: На пенсіи и единоврем. пособія: Рубли.	К.	По дѣламъ Управл. изъ хранящіеся %бумагъ: Рубли.	К.	Переходящія суммы: Рубли.	К.	% бумагами: Рубли.	Состоитъ къ 1-му января 1904 г. Наличными деньгами: Рубли.	К.	% бумагами: Рубли.	Всего. Рубли.	К.	Можетъ быть расходовано: Рубли.
1	Главная	2711	76¾	293950 a)	12980 b)	—	11173	37½	—	—	9900	17775	13	2681	82	2938	45	5000	3469	74¼	298850	302319	74¼	17296
2	Архангельская	849	—	6500	90	—	274	24	—	—	—	300	—	10	60	—	—	—	902	64	6500	7402	64	319
3	Владимірская	1560	74½	17700	560	—	703	38	—	—	1000	657	90	37	17	989	93	—	1139	12½	18700	19839	12½	983
4	Вологодская	678	55	3000	380	—	85	50	425	—	—	150	—	2	22	425	—	—	991	83	3000	3991	83	275
5	Волынская	869	50	4700	490	—	161	49½	—	—	—	475	—	12	50	—	—	—	1033	49½	4700	5733	19½	406
6	Воронежская	1134	14	8000	120	—	328	52	150	—	—	500	—	21	33	—	—	—	1211	33	8000	9211	33	388
7	Енисейская	262	25	11400	260	—	229	10	—	—	—	275	—	15	3	—	—	—	461	32	11400	11861	32	359
8	Западно-Сибирская	652	47	11500	310	—	440	90	—	—	—	344	—	11	76	—	—	—	1077	61	11500	12577	61	595
9	Кавказская	163	93	13100	149	36	497	80	—	—	200	420	—	9	76	196	—	—	185 c)	33	13300	13485	33	572
10	Казанская	798	18	15500	1350	—	631	62	50	—	1000	975	—	28	29	1005	2	—	821	49	16500	17321	49	1306
11	Калужская	251	32	10300	180	—	411	53	—	—	—	300	—	23	85	—	—	—	519	—	10300	10819	—	501
12	Кіевская	1029	1	20000	1050	—	821	52	325	—	500	1962	50	12	79	499	22	—	751	2	20500	21251	2	1346
13	Курская	828	83	10200	350	—	419	72	—	—	—	515	—	27	15	—	—	—	1056	40	10200	11256	40	594
14	Минская	216	16½	7200	120	—	273	60	30	—	—	415	—	16	92	30	—	—	177	84½	7200	7377	84½	333
15	Московская	2023	6	75700	3230	—	2877	40	60	—	2000	4045	—	86	88	2050	—	—	2008	58	77700	79708	58	3390
16	Нижегородская	383	72	5600	240	—	227	52	212	70	400	150	—	5	80	595	97	—	312	17	6000	6312	17	347
17	Одесская	401	47	2000	450	—	85	94	—	—	—	375	—	2	50	—	—	—	559	91	2000	2559	91	310
18	Оренбургская	—	—	—	90	—	—	—	—	—	—	—	—	11	96	—	—	—	78	4	—	78	4	45
19	Орловская	784	90	7200	160	—	298	29	—	—	—	95	82	2	91	—	—	—	1144	46	7200	8344	46	378
20	Пермская	2490	73	12600	870	—	859	26	700	—	—	350	—	8	28	700	—	—	3861	71	12600	16461	71	865
21	Псковская	195	33	6700	100	—	264	93	—	—	200	200	—	—	71	183	4	—	176	51	6900	7076	51	298
22	Ростовская на Дону	296	22	3600	340	—	143	35	—	—	—	125	—	—	—	—	—	—	654	57	3600	4254	57	213
23	Самарская	587	2	13000	710	—	461	88	125	—	600	625	—	11	42	698	10	—	552	38	13600	14152	38	819
24	Саратовская	597	65	5400	400	—	372	86	30	—	—	450	—	2	48	30	—	—	918	3	5400	6318	3	572
25	Таврическая	377	65	9400	160	—	366	56	—	—	—	361	67	13	20	—		—	529	34	9400	9929	34	446
26	Тамбовская	355	2	1000	320	—	53	56	—	—	—	—	—	—	21	—	—	—	728	37	1000	1728	37	213
27	Томская	—	—	—	784 [1]	90	16	62	—	—	—	—	—	54	90	—	—	—	746	62	—	746	62	280
28	Тульская	374	46	7350	310	—	279	30	—	—	100	425	—	4	60	98	16	—	436 c)	—	7450	7886	—	434
29	Туркестанская	67	70	17600	290	—	668	80	—	—	100	525	—	12	95	98	24	—	390 c)	31	17700	18090	31	813
30	Харьковская	1223	15	25800	1122	54	1070	75	225	—	—	1300	—	60	23	225	—	—	2056	21	25800	27856	21	1578
31	Херсонская	311	22	2100	220	—	92	9	—	—	400	—	—	—	80	388	42	—	234	9	2500	2734	9	202
	ИТОГО	*22475*	*15¾*	*628100*	*28216*	*80*	*24594*	*41*	*2332*	*70*	*16400*	*34092*	*2*	*3191*	*2*	*11150*	*55*	*5000*	*29185*	*47¾*	*639500*	*668685*	*47¾*	*36376*
	ВЪ ТОМЪ ЧИСЛѢ:																							
	Капиталъ засл. проф. И. Н. Новацкаго (при Московск. кассѣ)	179	62	10700	—	—	406	60	—	—	—	100	—	—	—	258	50	—	227	72	10700	10927	72	406
	Капиталъ Куманиныхъ (при Московск. Кассѣ)	215	93	12100	—	—	459	80	—	—	—	250	—	—	—	152	15	—	273	58	12100	12373	58	459
	Пироговскій капиталъ (при Главной Кассѣ)	5	87	5800	—	—	220	40	—	—	200	20	—	3	15	191	25	—	5	87	6000	6005	87	155
	Капиталъ въ память А. Г. Баталина	8	70	4650	—	—	176	70	—	—	—	40	—	2	50	—	—	—	142	90	4650	4792	90	132
	Капит. имени Фед. Андр. Герольдштейна (при Москов. Кассѣ)	101	50	5200	—	—	197	60	—	—	—	50	—	—	—	14	18	—	237	92	5200	5437	92	197
	Капит. на канцелярск. расходы (при Москов. Кассѣ)	47	75	1000	—	—	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	85	75	1000	1085	75	38
	КРОМѢ ТОГО:																							
	Капиталъ Я. А. Чистовича	26	55	17000	—	—	646	—	—	—	—	420	—	22	—	—	—	—	230	55	17000	17230	55	483
	Капиталъ для пособій имени проф. В. А. Манассеина	17	31¾	1850	2947	16	718	20	—	—	750	1712	80	12	25	747	85	—	1209	77¾	19250	20459	77¾	—
	Суммы для стипендіи при капит. проф. В. А. Манассеина	23	77¾	800	10	—	30	87½	—	—	50	—	—	—	—	49	96	—	14	69¼	850	864	69¼	21
	Капиталъ Е. Н. Чистовичъ	185	66½	39900	63	—	1341	65	—	—	200	1195	95	22	—	194	25	—	178	11½	40100	40278	11½	985

Примѣчаніе 1-ое. [1]) Томская Касса открылась 21 дек. 1902 г. Въ числѣ 784 р. 90 к. показаны 190 р. полученныя до 1-го янв. 1903 г.

Примѣчаніе 2-ое. a При Главной Кассѣ кромѣ того состоятъ показанные ниже капиталы кассъ: Кавказской, Тульской. Туркестанской и другіе отдѣльные капиталы.

b) Въ числѣ 12980 р. ежегодныхъ взносовъ по 10 р.—11710 р., два взноса по 250 р. и пожертвовано по завѣщанію отъ доктора мед. тайн. сов. Н. А. Зеландъ 500 р.

c) Въ томъ числѣ въ мѣстныхъ отдѣленіяхъ осталось: въ Кавказской кассѣ 182 р. 18 к., Тульской 310 р. и Туркестанской 19 р. 87 к.

Составъ Комитетовъ Вспомогательной Медицинской Кассы въ 1903 году:

№№.	Комитеты:	Предсѣдатели:	Помощники предсѣдателя:	Казначеи:	Секретари:	Члены:
1	Главный:	Кудринъ Владиміръ Сергѣевичъ.	Чистовичъ Никол. Яковлев.	Штромъ Вильгельмъ Федоровичъ.	Бовинъ Михаилъ Георгіевичъ.	Нижегородцевъ Мих. Николаевичъ. Трояновъ Алексѣй Алексѣевичъ. Шидловскій Сергѣй Владиміров. Заболотскій Алексѣй Павлов.
2	Московскій:	Клинъ Эрастъ Эрастовичъ.	Ложечниковъ Сер. Николаевичъ.	Константиновскій Иванъ Васильевичъ.	Норейко Александръ Никол.	Березкинъ Ѳ. И. Варнекъ Л. Н. Рейнъ Ф. А. Ширяевъ П. А.
3	Архангельскій:	Космовскій Юліанъ Александровичъ.	—	Мееодіевъ Никол. Владиміров.		
4	Вологодскій:	Горталовъ Сергѣй Федор.	Сухорскій Никол. Викентьев.	Пирошковъ Леонидъ Никитичъ.	Проскуряковъ Владиміръ Николаев.	Авринскій А. А. Баженовъ В. А. Грабовскій Ю. В. Якубовъ Н. И.
5	Волынскій:	Брунсъ Григорій Федоровичъ.	Андзелевичъ Ѳеофилъ Матвѣевичъ.	Дьяковскій Евменій Григорьевичъ.		—
6	Владимірскій:	Овчинскій Никол. Николаев.	—	Смирновъ Александръ Васильев.	Фаворскій Евгеній Ивановичъ.	Вербитскій А. Л. Архангельскій Н. П.
7	Воронежскій:	Гончаровъ Григор. Акимов.	—	Майзель Гавріилъ Андреевичъ.	Хрущевъ Филаретъ Ивановичъ.	—
8	Енисейскій въ г. Красноярскѣ:	Куркутовъ Ал-дръ Герасимовичъ.	Коноваловъ Петръ Николаев.	Прейнъ Андрей Павлов.		—
9	Западно-Сибирскій въ г. Омскѣ:	Соломинъ Петръ Андреев.	—	Фокинъ Алексѣй Ал-др.	Ишерскій Владиміръ Иванов.	—
10	Кавказскій:	Завѣдующій кассою Головковъ Агафангелъ Ивановичъ.				—
11	Казанскій:	Губкинъ Григор. Ильичъ.	Купидоновъ Василій Гаврил.	Каляпинъ Иванъ Васильев.	Протопоповъ Серг. Ал-дров.	Первушинъ В. П. Долговъ В. Н.
12	Калужскій:	Дубенскій Иван. Иван.	Васильевъ Дмитрій Иванов.	Парфіоновичъ Николай Афонасьевичъ.		—
13	Кіевскій:	Сахновскій Владиміръ Никитичъ.	Сулима Ксенофонтъ Платоновичъ.	Савинъ Федоръ Александровичъ.	Костковичъ Ал-дръ Ипполитовичъ.	Неезе Э. Н. Борнгауптъ Ф. К. Подрѣзанъ Н. Н Томашевскій С. П
14	Курскій:	Долженковъ Василій Ивановичъ.	Ассѣевъ В. И.	Шлоккеръ Германъ Леонтьевичъ.	Румянцевъ Всеволодъ Тимоф.	—
15	Минскій:	Капланъ Фебул. Яковл.	—	Машкиллейсонъ Нисонъ Калманов.		—
16	Нижегородскій:	Золотницкій Владим. Николаев.	Кащенко П. П.	Полякъ С. Г.	Агаповъ А. В.	—
17	Одесскій:	Діатроптовъ Петр. Никол.	Ульбышевъ Ал-др. Ивановичъ.	Васильевскій Никол. Петр.		Чаушанскій А. В. Падалка Л. Ф.
18	Оренбургскій.	Шемаевъ Анатолій Александров.	—	Касьяновъ Иванъ Тихоновичъ.		—
19	Орловскій:	Чеботаревъ Владиміръ Сергѣевичъ.	Шнейдеръ Рихардъ Юльевичъ.	Громанъ Вильямъ Владиміровичъ.		—
20	Пермскій:	Шипилинъ Петръ Павловичъ.	Виноградовъ Василій Михайловичъ.	Суслинъ Николай Николаевичъ.		—
21	Псковскій:	Раухъ Корн. Антоновичъ.	—	Бруттанъ Павелъ Андреевичъ.		—
22	Ростовскій на Дону:	Печисскій Іосифъ Матвѣевичъ.	Дубровъ Исай Як.	Мергель Вячесл. Конст.	Сабсовичъ Моис. Леонт.	—
23	Самарскій:	Боде Юлій Карловичъ.	Вертель Бронисл. Вацлав.	Щиголевъ Конст. Ал-др.		Мылицинъ В. И. Родзевичъ В. В. Шаровскій Н. К. Унженинъ И. В. Клыковъ Л. Л.
24	Саратовскій:	Романовъ Алексѣй Егоровичъ.	—	Виноградовъ А. А.	Чернышевскій Конст. Алекс.	Лисянскій В. И.
25	Таврическій:	Боткинъ Яковъ Алексѣев.	Тихоновъ Серг. Ивановичъ.	Покровскій Алдр. Ник.	Зокіевъ Артемій Давыд.	—
26	Тамбовскій:	Моллесонъ Ив. Ив.	—	Сперанскій Ф. В.	Андреевъ С. П.	Захарченко Б. Г. Коравко К. Ф.
27	Томскій.	Курловъ М. Г.	Смирновъ Алексѣй Ефимов.	Тимашевъ Сергѣй Михаил.	Закоурцевъ Ал-дръ Ефимов.	—
28	Тульскій:	Кнерцеръ Николай Андреев.	—	Авдыковичъ Антонъ Григорьевичъ.		—
29	Туркестанскій:	Градусовъ Е. И.	Осиповъ В. М.	Батыршинъ Мухамедъ Алюковичъ.		—
30	Харьковскій:	Гиршманъ Леонардъ Леопольдовичъ.	Зарубинъ Иванъ Кондратьевичъ.	Дудукаловъ Алексѣй Ивановичъ.	Масалитиновъ Ал—дръ Григорьевичъ.	—
31	Херсонскій:	Зильберштейнъ Михаилъ Леонтьев.	Синькевичъ В. И.	Лебедевъ П. Н.		—

О состояніи денежныхъ суммъ Вспомогательной Кредитной Кассы за 1903 годъ.

№№ по порядку.	НАИМЕНОВАНІЕ КАССЪ.	Состояло къ 1-му января 1903 г.: Наличными деньгами: Рубли.	К.	% бумагами: Рубли.	Въ приходѣ: Наличными деньгами: Взносы и пожертвованія: Рубли.	К.	% съ капитала: Рубли.	К.	Переходящія суммы: Рубли.	К.	% бумагами: Рубли.	Въ расходѣ: Наличными деньгами: На пенсіи и единоврем. пособія: Рубли.	К.	По дѣламъ Управл. изъ храненіе %бумагъ: Рубли.	К.	Переходящія суммы: Рубли.	К.	% бумагами: Рубли.	Состоитъ къ 1-му января 1904 г.: Наличными деньгами: Рубли.	К.	% бумагами: Рубли.	Всего. Рубли.	К.	Можетъ быть израсходовано: Рубли.
1	Главная	2711	76¾	293950 a)	12980 b)	—	11173	37½	—	—	9900	17775	13	2681	82	2938	45	5000	3469	74¼	298850	302319	74¼	17296
2	Архангельская	849	—	6500	90	—	274	24	—	—	—	300	—	10	60	—	—	—	902	64	6500	7402	64	319
3	Владимірская	1560	74½	17700	560	—	703	38	—	—	1000	657	90	37	17	989	93	—	1139	12½	18700	19839	12½	983
4	Вологодская	678	55	3000	380	—	85	50	425	—	—	150	—	2	22	425	—	—	991	83	3000	3991	83	275
5	Волынская	869	50	4700	490	—	161	49½	—	—	—	475	—	12	50	—	—	—	1033	49½	4700	5733	49½	406
6	Воронежская	1134	14	8000	120	—	328	52	150	—	—	500	—	21	33	—	—	—	1211	33	8000	9211	33	388
7	Енисейская	262	25	11400	260	—	229	10	—	—	—	275	—	15	3	—	—	—	461	32	11400	11861	32	359
8	Западно-Сибирская	652	47	11500	310	—	440	90	—	—	—	344	—	11	76	—	—	—	1077	61	11500	12577	61	595
9	Кавказская	163	93	13100	149	36	497	80	—	—	200	420	—	9	76	196	—	—	185 c)	33	13300	13485	33	572
10	Казанская	798	18	15500	1350	—	631	62	50	—	1000	975	—	28	29	1005	2	—	821	49	16500	17321	49	1306
11	Калужская	251	32	10300	180	—	411	53	—	—	—	300	—	23	85	—	—	—	519	—	10300	10819	—	501
12	Кіевская	1029	1	20000	1050	—	821	52	325	—	500	1962	50	12	79	499	22	—	751	2	20500	21251	2	1346
13	Курская	828	83	10200	350	—	419	72	—	—	—	515	-	27	15	—	—	—	1056	40	10200	11256	40	594
14	Минская	216	16½	7200	120	—	273	60	30	—	—	415	-	16	92	30	—	—	177	84½	7200	7377	84½	333
15	Московская	2023	6	75700	3230	—	2877	40	60	—	2000	4045	—	86	88	2050	—	—	2008	58	77700	79708	58	3390
16	Нижегородская	383	72	5600	240	—	227	52	212	70	400	150	—	5	80	595	97	—	312	17	6000	6312	17	347
17	Одесская	401	47	2000	450	—	85	94	—	—	—	375	—	2	50	—	—	—	559	91	2000	2559	91	310
18	Оренбургская	—	—	—	90	—	—	—	—	—	—	—	—	11	96	—	—	—	78	4	—	78	4	45
19	Орловская	784	90	7200	160	—	298	29	—	—	—	95	82	2	91	—	—	—	1144	46	7200	8344	46	378
20	Пермская	2490	73	12600	870	—	859	26	700	—	—	350	—	8	28	700	—	—	3861	71	12600	16461	71	865
21	Псковская	195	33	6700	100	—	264	93	—	—	200	200	—	—	71	183	4	—	176	51	6900	7076	51	298
22	Ростовская на Дону	296	22	3600	340	—	143	35	—	—	—	125	—	—	—	—	—	—	654	57	3600	4254	57	213
23	Самарская	587	2	13000	710	—	461	88	125	—	600	625	—	11	42	698	10	—	552	38	13600	14152	38	819
24	Саратовская	597	65	5400	400	—	372	86	30	—	—	450	—	2	48	30	—	—	918	3	5400	6318	3	572
25	Таврическая	377	65	9400	160	—	366	56	—	—	—	361	67	13	20	—		—	529	34	9400	9929	34	446
26	Тамбовская	355	2	1000	320	—	53	56	—	—	—	—	—	—	21	—	—	—	728	37	1000	1728	37	213
27	Томская	—	—	—	784 ¹)	90	16	62	—	—	—	—	—	54	90	—	—	—	746	62	—	746	62	280
28	Тульская	374	46	7350	310	—	279	30	—	—	100	425	—	4	60	98	16	—	436 c)	—	7450	7886	—	434
29	Туркестанская	67	70	17600	290	—	668	80	—	—	100	525	—	12	95	98	24	—	390 c)	31	17700	18090	31	813
30	Харьковская	1223	15	25800	1122	54	1070	75	225	—	—	1300	—	60	23	225	—	—	2056	21	25800	27856	21	1578
31	Херсонская	311	22	2100	220	—	92	9	—	—	400	—	—	—	80	388	42	—	234	9	2500	2734	9	202
	ИТОГО	*22475*	*15¾*	*628100*	*28216*	*80*	*24594*	*41*	*2332*	*70*	*16400*	*34092*	*2*	*3191*	*2*	*11150*	*55*	*5000*	*29185*	*47¾*	*639500*	*668685*	*47¾*	*36376*
	ВЪ ТОМЪ ЧИСЛѢ:																							
	Капиталъ засл. проф. И. Н. Новацкаго (при Московск. кассѣ)	179	62	10700	—	—	406	60	—	—	—	100	—	—	—	258	50	—	227	72	10700	10927	72	406
	Капиталъ Куманиныхъ (при Московск. Кассѣ)	215	93	12100	—	—	459	80	—	—	—	250	—	—	—	152	15	—	273	58	12100	12373	58	459
	Пироговскій капиталъ (при Главной Кассѣ)	5	87	5800	—	—	220	40	—	—	200	20	—	3	15	191	25	—	5	87	6000	6005	87	155
	Капиталъ въ память А. Г. Баталина	8	70	4650	—	—	176	70	—	—	—	40	—	2	50	—	—	—	142	90	4650	4792	90	132
	Капит. имени Фед. Андр. Герольдштейна (при Москов. Кассѣ)	101	50	5200	—	—	197	60	—	—	—	50	—	—	—	14	18	—	237	92	5200	5437	92	197
	Капит. на канцелярск. расходы (при Москов. Кассѣ)	47	75	1000	—	—	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	85	75	1000	1085	75	38
	КРОМѢ ТОГО:																							
	Капиталъ Я. А. Чистовича	26	55	17000	—	—	646	—	—	—	—	420	—	22	—	—	—	—	230	55	17000	17230	55	483
	Капиталъ для пособій имени проф. В. А. Манассеина	17	31¾	1850	2947	16	718	20	—	—	750	1712	80	12	25	747	85	—	1209	77¾	19250	20459	77¾	—
	Суммы для стипендіи при капит. проф. В. А. Манассеина	23	77¾	800	10	—	30	87½	—	—	50	—	—	—	—	49	96	—	14	69¼	850	864	69¼	21
	Капиталъ Е. Н. Чистовичъ	185	66½	39900	63	—	1341	65	—	-	200	1195	95	22	—	194	25	—	178	11½	40100	40278	11½	985

Примѣчаніе 1-ое. ¹) Томская Касса открылась 21 дек. 1902 г. Въ числѣ 784 р. 90 к. показаны 190 р. полученныя до 1-го янв. 1903 г.

Примѣчаніе 2-ое. a При Главной Кассѣ кромѣ того состоятъ показанные ниже капиталы кассъ: Кавказской, Тульской. Туркестанской и другіе отдѣльные капиталы.

b) Въ числѣ 12980 р. ежегодныхъ взносовъ по 10 р.—11710 р., два взноса по 250 р. и пожертвовано по завѣщанію отъ доктора мед. тайн. сов. Н. А. Зеландъ 500 р.

c) Въ томъ числѣ въ мѣстныхъ отдѣленіяхъ осталось: въ Кавказской кассѣ 182 р. 18 к., Тульской 310 р. и Туркестанской 19 р. 87 к.

Составъ Комитетовъ Вспомогательной Медицинской Кассы въ 1903 году:

№№.	Комитеты:	Предсѣдатели:	Помощники предсѣдателя:	Казначеи:	Секретари:	Члены:
1	Главный:	Кудринъ Владиміръ Сергѣевичъ.	Чистовичъ Никол. Яковлев.	Штромъ Вильгельмъ Федоровичъ.	Бовинъ Михаилъ Георгіевичъ.	Нижегородцевъ Мих. Николаевичъ. Трояновъ Алексѣй Алексѣевичъ. Шидловскій Сергѣй Владиміров. Заболотскій Алексѣй Павлов.
2	Московскій:	Клинъ Эрастъ Эрастовичъ.	Ложечниковъ Сер. Николаевичъ.	Константиновскій Иванъ Васильевичъ.	Норейко Александръ Никол.	Березкинъ Ѳ. И. Варнекъ Л. Н. Рейнъ Ф. А. Ширяевъ П. А.
3	Архангельскій:	Космовскій Юліанъ Александровичъ.	—	Мееодіевъ Никол. Владиміров.		
4	Вологодскій:	Горталовъ Сергѣй Федор.	Сухорскій Никол. Викентьев.	Пирошковъ Леонидъ Никитичъ.	Проскуряковъ Владиміръ Николаев.	Авринскій А. А. Баженовъ В. А. Грабовскій Ю. В. Якубовъ Н. И.
5	Волынскій:	Брунсъ Григорій Федоровичъ.	Андзелевичъ Ѳеофилъ Матвѣевичъ.	Дьяковскій Евменій Григорьевичъ.		—
6	Владимірскій:	Овчинскій Никол. Николаев.	—	Смирновъ Александръ Васильев.	Фаворскій Евгеній Ивановичъ.	Вербитскій А. Л. Архангельскій Н. П.
7	Воронежскій:	Гончаровъ Григор. Акимов.	—	Майзель Гавріилъ Андреевичъ.	Хрущевъ Филаретъ Ивановичъ.	—
8	Енисейскій въ г. Красноярскѣ:	Куркутовъ Ал-дръ Герасимовичъ.	Коноваловъ Петръ Николаев.	Прейнъ Андрей Павлов.		—
9	Западно-Сибирскій въ г. Омскѣ:	Соломинъ Петръ Андреев.	—	Фокинъ Алексѣй Ал-др.	Ишерскій Владиміръ Иванов.	—
10	Кавказскій:	Завѣдующій кассою Головковъ Агафангелъ Ивановичъ.				—
11	Казанскій:	Губкинъ Григор. Ильичъ.	Купидоновъ Василій Гаврил.	Каляпинъ Иванъ Васильев.	Протопоповъ Серг. Ал-дров.	Первушинъ В. П. Долговъ В. Н.
12	Калужскій:	Дубенскій Иван. Иван.	Васильевъ Дмитрій Иванов.	Парфіоновичъ Николай Афонасьевичъ.		—
13	Кіевскій:	Сахновскій Владиміръ Никитичъ.	Сулима Ксенофонтъ Платоновичъ.	Савинъ Федоръ Александровичъ.	Косткевичъ Ал-дръ Ипполитовичъ.	Неезе Э. Н. Борнгауптъ Ф. К. Подрѣзанъ Н. Н Томашевскій С. П
14	Курскій:	Долженковъ Василій Ивановичъ.	Ассѣевъ В. И.	Шлоккеръ Германъ Леонтьевичъ.	Румянцевъ Всеволодъ Тимоф.	—
15	Минскій:	Капланъ Фебул. Яковл.	—	Машкиллейсонъ Нисонъ Калманов.		—
16	Нижегородскій:	Золотницкій Владим. Николаев.	Кащенко П. П.	Полякъ С. Г.	Агаповъ А. В.	—
17	Одесскій:	Діатроптовъ Петр. Никол.	Ульбышевъ Ал-др. Ивановичъ.	Васильевскій Никол. Петр.		Чаушанскій А. В. Падалка Л. Ф.
18	Оренбургскій.	Шемаевъ Анатолій Александров.	—	Касьяновъ Иванъ Тихоновичъ.		—
19	Орловскій:	Чеботаревъ Владиміръ Сергѣевичъ.	Шнейдеръ Рихардъ Юльевичъ.	Громанъ Вильямъ Владиміровичъ.		—
20	Пермскій:	Шипилинъ Петръ Павловичъ.	Виноградовъ Василій Михайловичъ.	Суслинъ Николай Николаевичъ.		—
21	Псковскій:	Раухъ Корн. Антоновичъ.	—	Бруттанъ Павелъ Андреевичъ.		—
22	Ростовскій на Дону:	Печисскій Іосифъ Матвѣевичъ.	Дубровъ Исай Як.	Мергель Вячесл. Конст.	Сабсовичъ Моис. Леонт.	—
23	Самарскій:	Боде Юлій Карловичъ.	Вертель Бронисл. Вацлав.	Щиголевъ Конст. Ал-др.		Мылицинъ В. И. Родзевичъ В. В. Шаровскій Н. К. Унженинъ И. В. Клыковъ Л. Л.
24	Саратовскій:	Романовъ Алексѣй Егоровичъ.	—	Виноградовъ А. А.	Чернышевскій Конст. Алекс.	Лисянскій В. И.
25	Таврическій:	Боткинъ Яковъ Алексѣев.	Тихоновъ Серг. Ивановичъ.	Покровскій Алдр. Ник.	Зокіевъ Артемій Давыд.	—
26	Тамбовскій:	Моллесонъ Ив. Ив.	—	Сперанскій Ф. В.	Андреевъ С. П.	Захарченко Б. Г. Коравко К. Ф.
27	Томскій.	Курловъ М. Г.	Смирновъ Алексѣй Ефимов.	Тимашевъ Сергѣй Михаил.	Закоурцевъ Ал-дръ Ефимов.	—
28	Тульскій:	Кнерцеръ Николай Андреев.	—	Авдыковичъ Антонъ Григорьевичъ.		—
29	Туркестанскій:	Градусовъ Е. И.	Осиповъ В. М.	Батыршинъ Мухамедъ Алюковичъ.		—
30	Харьковскій:	Гиршманъ Леонардъ Леопольдовичъ.	Зарубинъ Иванъ Кондратьевичъ.	Дудукаловъ Алексѣй Ивановичъ.	Масалитиновъ Ал—дръ Григорьевичъ.	—
31	Херсонскій:	Зильберштейнъ Михаилъ Леонтьев.	Синькевичъ В. И.	Лебедевъ П. Н.		—

СПИСОКЪ

УЧАСТНИКОВЪ Вспомогательной Медицинской Кассы за 1903 годъ.

(*Звѣздочкою* обозначены пожизненные участники, внесшіе единовременно 200 руб. и болѣе.)

1.	*Абловъ* Влад. Ал-дров., в. в.	Главная.
	Абраамъ Пав. Люд., в. в. въ Абастум.	—
	Абрамовичъ Тим. Болесл., Бакин. у. в.	—
	Абрамовичъ Францъ Викент., в. въ Тверск. г.	—
	Абрамовичъ Эмилій Ал-дров., завод. в.	—
	Абрамсонъ Іос. Абрам., в.	Казанская.
	Абутковъ Вадимъ Дм., в. въ Казан. г.	Главная.
	Авенаріусъ Никол. Никол., з. в. на ст. Лапы, В. ж. д.	—
	Авдыковичъ Ант. Григ., Тульск. г. в.	Тульская.
10.	*Авербургъ* Ал-дръ Константин., в. въ Маргел.	Главная.
	Аврамовъ Петръ Георг., в. в.	—
	Авринскій Аѳанас. Алексѣев., ветерин.	Вологодская.
	**Авровъ* Ив. Павл., Соликамскій з. в.	Пермская.
	Автократовъ Дмитр. Михайл., ветерин.	Казанская.
	Автократовъ Федоръ Михайл., з. в. изъ Перм. г.	Главная.
	Агаповъ Ал-дръ Васил., о. лѣчебн. Нижег. з.	Нижегородск.
	Агафоновъ Борисъ Ник., в.	Казанская.
	Адамовичъ Адамъ Емельянов., в. въ Нижегор. г.	Главная.
	Адамовъ Ал-дръ Никол., в. Псковск. г.	—
20.	*Адамсонъ* Федоръ Федор., в. в.	—
	Адельгеймъ Конст. Львов., м. вр. Алексѣев. б.	Московская.
	Адлеръ Францъ Франц., Камышин. з. в.	Саратовская.
	Адріановъ Николай Конст., зем. вр. Цивильск. зем.	Главная.
	Азаровъ Павелъ Никол., о. Семенов. в. госп.	—
	Айзенштадтъ Миронъ Павл., о. евр. больн.	Минская.
	Акимовъ Васил. Марков., ветер. В. Донскаго.	Главная.
	Аксюкъ Лавръ Фед., зав. вр.	—
	Аладжаловъ Исаакъ Мануил., в.	Рост. на Дону.
	Алафузовъ Серг. Антон., фабр. в. въ Клину.	Московская.
30.	*Александровскій* Иванъ Васильев., сан. в.	Одесская.
	Александровъ Федоръ Алекс., доц. Моск. у.	Московская.
	**Алексѣевъ* Никол. Никол., ст. в. б. св. Владиміра.	—
	Алексѣевъ Мих. Тимоф., в. в.	Главная.
	Алексѣевъ Андрей Никол., Вязников. з. в.	Владимірская.
	**Алексѣевъ* Маркіанъ Иван., Хопер. з. в.	Главная.
	Алексѣевъ Никол. Вас., з. в. Моск. г.	—
	Алексѣевъ Дм. Алексѣев. в.	Московская.
	Алексѣевъ А., участковый врачъ, Вост.-Кит. ж. д.	Главная.
	Алихановъ Степ., Іосиф., с. в. въ г. Баку.	Кавказская.
40.	*Алоевъ* Конст. Ив., в. Нижег. г.	Главная.
	Алферовъ Левъ Роман., Сум. з. в.	Харьковская.
	Алферовъ Сергѣй Роман., в. в.	Одесская.
	**Алферьевъ* Никол. Павл., Спасскій у. в.	Казанская.
	Альбинскій Николай Андреев., ветер.	—
	Альбовъ Никол. Павл., з. в.	Калужская.
	Альтшуллеръ Евгеній Иван., Смоленск. з. в.	Кіевская.
	Альтшуллеръ Исаакъ Наумов., з. в.	Главная.
	Аляѳинъ Павелъ Алексѣев., Ив.-Вознесенск. г. в.	Владимірская.
	Аляѳинъ Фед. Ив., в. въ Пензѣ.	Главная.
50.	*Алямскій* Матв. Иван., ветер.	Саратовская.
	Амстердамскій Алексѣй Вас., в. въ Спб.	Главная.
	Ангилейко Иванъ Петров., в. Сибир. ж. д.	Томск.
	Андзелевичъ Ѳеофилъ Матвѣев., отст. в. в.	Волынская.
	Андреевъ Евгеній Ив., Двинск. с. в.	Главная.
	Андреевъ Николай Порфир., в. в.	—
	Андреевъ Степ. Павл., о. Тамб. псих. лѣч.	Тамбовская.
	Андроповъ Павелъ Васильев., в. 45 арт. парка.	Главная.
	Андрущенко Алексѣй Вас., в. въ Херсон. г.	—
	Анерикъ Валер. Ѳедѣев., в. Моск. ж. д.	Московская.
60.	*Аничковъ-Платоновъ* Ев. Ив., в. в. въ Ревелѣ.	Главная.
	Аннинскій Степ. Мих., ж. в.	Московская.
	**Антоненко* Александръ Федор.., отст. в. в.	Главная.
	Антоновскій Ив. Филим., з. в. Полтавской г.	—
	Антоновскій Платонъ Андреев., в. в.	—
	Антоновскій Ан. Мих., о. б-цы вс. скорб.	—
	Антоновъ Николай Васильев., Ирбитскій з. в.	—
	Анучинъ Михаилъ Николаевичъ, отст. врачъ въ Спб.	—
	Аптекманъ Осипъ Васильев., о. псих. л.	Саратовская.
	**Аргентовъ* Дм. Иван., Камышин. з. в.	Главная.
70.	**Аринкинъ* Фед. Иннокент., зав. в. въ Иркут. г.	—
	Аристовъ Сергѣй Ал-дров., з. в.	Казанская.
	Аристовъ Николай Павл., з. в. Вятской г.	Главная.
	Ароновъ Никол. Ив., переселенч. в.	Зап.-Сибирск.
	Архановъ Семенъ Михеев., в.	Енисейская.
	Арнольдовъ Никол. Алекс., в. въ Екатеринб.	Пермская.
	Арнольдовъ Вас. Петр. пер. в. (взн. за 1902 и 3 гг.).	Томск.
	Архангельскій Дмитрій Анкиндин., з. в.	Главная.
	Архангельскій Николай Никол., з. в.	—
80.	*Архангельскій* Николай Павл., Владимір. з. в.	Владимірская.
	Архангельскій Михаилъ Степан., в.	Самарская.
	Архангельскій Ал-дръ Фед., з. в. Колом. у.	Главная.
	Архангельскій Викторъ Ал-дров., Промзин. з. в.	—
	Архангельскій Феодоръ Серг., и Тульск. В. И.	Тульская.
	Архангельскій Петръ Ал-дров., з. в.	Главная.
	Архангельскій Ал-дръ Петр., в. Славянской з. б.	Харьковская.
	Архиповъ Ал-дръ Мих., в. в.	Московская.
	Аршавскій Павелъ Моисеев., в. училища.	Главная.
	Аскнази Яковъ Моис., в. въ Москвѣ.	Херсонская.
90.	**Асташевскій* Павелъ Петр., в. г. Иркутска.	Московская.
	Астраханъ Гершъ Давыдов. школьн. вр.	Главная.
	Асѣевъ Вас. Иван., о. Курск. губ. б.	Херсонская.
	Афанасьевъ Ал-дръ Никол., вол.-пр. вр. въ Кіевѣ.	Курская.
	Афанасьевъ Влад. Алекс., в. 11 п. Псковск. п.	Кіевская.
	**Афанасьевъ* Никол. Никол., в.	Тульская.
	**Афанасьевъ* Вячесл. Алексѣев., проф. Юрьев. у.	Московская.
	Афанасьевъ Вас. Фед., о. губ. зем. б-цы.	Главная.
	Ахметьевъ Мих. Влад., о. дѣтск. б.	Орловская.
	Авинскій Ник. Платон., о. 2 гор. Моск. б.	Московская.
100.	*Бабаловъ* Гавріилъ Давыд., в. въ Гори.	—
	Бабиковъ (Бабигянъ) Агапъ Карабет., в.	Кавказская.
	Бабушкинъ Петръ Иван., Симбир. з. в.	Главная.
	Багрецовъ Ник. Доримед., Кад. з. в.	Казанская.
	Багрянскій Петръ Ал-др., Кемскій у. в.	Главная.
	Баженовъ Викторъ Ал-дров., в. об. К. Креста.	—
	**Баженовъ* Николай Конст., земск. вр. Екатеринбургскаго уѣзда, Перм. губ. Пожизнен. взносъ.	Вологодская.
	**Байдиковъ* Ал-сѣй Мих., Яросл. з. в.	Главная.
	Байчеръ Іосифъ Никол., з. в.	—
	Бакитько Николай Федор., в. в. въ Семир. обл.	Курская.
110.	*Балковецъ* Степ. Варфолом., с. в. Минск. г.	Главная.
	Бальсисъ Ант. Осип., Суджанск. з. в.	—
	Банинъ Серг. Дмитр., Покровск. з. в.	Харьковская.
	Барабошкинъ Вас. Серг., ж. в.	Владимірская.
	Баранниковъ Ив. Андріанов., доц. Хар. Унив.	Московская.
	**Бари* Адольфъ Эдуард., д-ръ въ Спб.	Харьковская.
	Барановъ Никол. Ив. Ст. в. Чигир. у. Кіев. г.	Главная.
	Барановскій Ал-дръ Яковл., Витеб. г. с. в.	Кіевская.
	Барковъ Ник. Ал-др., з. в. Кадник. у.	Главная.
	Барскій Пав. Ник., ст. в. Сухумскаго Окр.	Вологодск.
120.	*Барскій* Янкель Аббовичъ, в. въ Екатеринославѣ.	Главная.
	Баронъ Карлъ Христ., в. въ Ригѣ.	—
	Барашъ Ал-дръ Петр., Васил. у. в.	—
	Бартошевичъ Петръ Іосиф., в.	Нижегородск.
	Барышевъ Ал-др. Вас. з. в.	Главная.
	Басовъ Ник. Матв., в.	Вологодск.
	Батлажанъ Абрамъ-Гершъ Алтеров., в.	Главная.
	Батыргинъ Мухамедъ Алюковичъ, в.	Херсонская.
	**Байковъ* Васил. Фролов., Самар. з. вр.	Туркестанск.
	Бедринъ Ал-дръ Ал-дров., Макарьевск. з. в.	Самарская.
130.	*Безуловъ* Мих. Григ., Дмитріевскій з. в.	Казанская.
	**Безсоновъ* Влад. Евгр., завод. в. въ Лысовѣ.	Курская.
	Бейнаръ Карлъ Андр., Тульск. з. в.	Пермская.
	Бекетовъ Ал-дръ Владим. в.	Тульская.
	Бекинъ Алексѣй Глѣбовичъ, младш. вр. пограничн. стражи Заамурскаго Округа.	Московская.
	Бекенскій Васил. Васил., з. в. Вятск. грб.	Главныя.
	Бекинъ Левъ Глѣб., о. Яузск. б.	Казанская.
	Бейлинъ Владиміръ Исааковичъ, земск. вр. г. Демянска.	Московская.
	Беккеръ Вячесл. Всевол., о. губ. б-цы.	Главная.
	Беккеръ (фонъ) Вячесл. Ал-дров., полиц. в.	Таврическая.
140.	*Бекъ* Евг. Влад. в. в. (г. Чита).	Московская.
	Бенедиктовъ Ник. Георг. в.	Главная.
	Бергеръ Мих. Ал-др., Демянск. з. в.	Оренбургск.
	Березанцевъ Ал-дръ Павл., ж. в.	Главная.
	Бередниковъ Пав. Григ., в. въ Спб.	—
	**Березовъ* Ѳедоръ Аароновъ., ветер.	—
	Березкинъ Петръ Ив., в. глазн. б-цы.	Саратовская.
	Березкинъ Федоръ Ив., ст. в. Басм. б.	Московская.
	Березскій Петръ Кузьмичъ, Псковскій з. в.	—
	Берковъ Федоръ Григ., Кирилов. з. в.	Псковская.
150.	*Берниковъ* Фед. Фед., ж. в.	Главная.
	Бертенсонъ Левъ Бернард., чл. Горн. Учен. Ком.	Зап.-Сибирск.
	Беръ Борисъ Осип., в. Морск. л. въ Колпинѣ.	Главная.
	Бетхеръ Дмитр. Алексѣев., в. дѣт. б-цы.	—
	Бейферманъ Иванъ Абрамовичъ, земск. вр. Сорок. Бессар. губ.	Московская.
	Бибиковъ Федоръ Андр., з. в.	Главныя.
	Билимовичъ Иванъ Васил., Бѣжецк. з. в.	Московская.
	Билинскій Казим. Іоак., з. в.	Главная.
	Бинимовъ Ал-дръ Израелев., в. Херсонской г.	Московская.
	Биркинъ Николай Данил., Кокандскій у. в.	Главная.
160.	*Бирюковичъ* Ив. Плат., в.	Туркестанск.
	**Бирюковъ* Митрофанъ Иван., ж. в.	—
	Бирюковъ Ив. Петр., Петерб. з. в.	Воронежская.
	Бискубскій Антонъ Викторов., Переясл. з. в.	Главная.
	Благовидовъ Дм. Евграф., в. в.	—
	Благовѣщенскій Ал-дръ Вас., Овруч. у. в.	—
	Благовѣщенскій Вас. Андр., в. в.	Волынск.
	Благовѣщенскій Ник. Фед. хранитель физич. кабинета (взносы за 1902 и 1903 г.).	Туркестанск.
	Благосклоновъ Конст. Мих., в. изъ Пинскаго у.	Томск.
	Блажеевичъ Юліанъ Викт., в. Петров. лаз.	Главная.
170.	*Бланкенфельдъ* Израиль Хаим., Череповец. з. в.	—
	Блидштейнъ Илья Борис., в. въ Минск. г.	—
	Блиндрейхъ Цалель Ноах., в. въ Вольмарѣ.	—
	Блюмъ Ал-дръ Ал-дров., в. в. въ Карсѣ.	—
	Блюменау Серг. Владимір. в. в.	—
	Блюменталь Фил. Марк., в.	Орловск.
	Бобинъ Вл. Павл., в. Лѣч. Харьк. Мед. Общ.	Московская.
		Харьковская.

	*Бобинъ Павелъ Павл., Зубцовскій з. в.	Главная.
	Бобровскій-Королько Леонар. Осип., з. в.	Харьковская.
	Бобровъ Ив. Ив., Холмогор. у. в.	Архангельск.
180.	*Бовинъ* Михаилъ Георг., д. м.	Главная.
	Богдановъ Вас. Вас., в. в.	—
	Богдановъ Леоп. Яковл., Ростов. Яросл. г. з. в.	—
	Богдановъ Петръ Федор., ассист. клин.	Московская.
	Богдановъ-Березовскій Ив. Валер., в. 4 Турк. б.	Туркестанск.
	Богольповъ Ал-др. Ал-др. О. клин. Томск. Ун. (взносъ 22 дек. 1902 г.).	Томская.
	Богословскій Алексѣй Ник., с. в. Ковен. г.	Главная.
	Богословскій Веніам. Павл., в. Екат. б-цы.	Калужская.
	Богословскій Серг. Мих., с. в.	Московская.
	Богословскій Вас. Григор., с. в.	—
190.	*Богословскій* Андрей Афон., Москов. г. в.	Главная.
	Богоявленскій Ник. Ив., в.	—
	Богоявленскій Ал. Вячесл., Кадниковск. з. в.	Вологодская.
	Богоявленскій А. Евл., Кадник. з. в.	—
	Богоявленскій Петръ Ал-др., Александр. з. в.	Владимірская.
	Богуславскій Алекс. Ѳедор., Ковров. з. в.	Владимірская.
	Богуцкій Викент. Мечислав., г. в.	Одесская.
	Боде Юлій Карл., о. Самарской губ. з. б.	Самарская.
	**Боковъ* Петръ Иван., в.	Московская.
	Болберъ Серг. Ал-др., о. Алекс. б-цы.	Казанская.
200.	*Болтуновъ* Иванъ Алексѣев., зем. вр. Бузул. у.	Самарская.
	Бонвечъ Эммануилъ Андр., в.	Саратовская.
	Бондаренко Митр. Карп., въ погр. стр. (Манджур.).	Главная.
	Бондыревъ Андр. Павл., фабр. в.	Владимірская.
	Бондыревъ Мих. Павл., о. Яузской б.	Московская.
	Бончъ-Осмоловскій Борисъ Федор., фабр. в.	—
	Борнестъ Андр. Георг., в.	—
	Бордзиловскій Вячесл. Казтан., в. в.	Главная.
	Боржекъ Петръ Петр., в. въ Балаклавѣ.	Харьковская.
	Боржинъ Серг. Григ., в. в.	Одесская.
210.	*Борисено* Ал-дръ Федор., орд. клиники.	Казанская.
	**Борисовъ* Мих. Павл., ветер.	Курская.
	Борисовъ Викторъ Васильев., в. 1 гор. б-цы.	Московская.
	Борковъ Ал-дръ Петр., Бирск. з. в.	Главная.
	Борковскій Конст. Данил., Орлов. г. в.	Орловская.
	Борнгауптъ Федоръ Карл., проф. Кіев. у.	Кіевская.
	Боровка Вильг. Ал-дров., о. б. М. Магд. въ Спб.	Главная.
	Боровикъ Мих. Филип., Яросл. з. в.	—
	**Боровковъ* Тим. Демьян., о. клин. Томск. у.	—
	Боровскій Федоръ Фокичъ, о. Ташк. в. госп.	Туркестанск.
220.	*Бородинъ* Никол. Іосиф., з. в.	Московская.
	Борхсеніусъ Ник. Фед., в. в. въ Спб.	Главная.
	Борчаниновъ Степанъ Афанас., Красноуф. з. в.	Пермская.
	Боршовъ Григ. Ив. з. в.	Казанская.
	Борщовъ Ал-др. Парфеніев. в. б-цы.	Пермская.
	Борщовъ Александ. Парфеньев., зем. вр. Пермск. губ.	Главная.
	Боткинъ Яковъ Алексѣев., зав. псих. отд. губ. з.	Таврическая.
	Бочковъ Феофанъ Михайл., з. в.	Саратовская.
	Брагинъ Васил. Никит., з. в.	Главная.
	Бразайтисъ Іосифъ Марціан., в.	—
230.	*Брайнинъ* Яковъ Менхен., в. въ Ригѣ.	—
	Братинъ Яковъ Исаак., Вытегор. з. в.	—
	Братчиковъ Иванъ Лавр., ветер. Вятск. з.	—
	Браунштейнъ Андр. Мих., в.	Туркест.
	Браунштейнъ Евсей Петр., доц. Хар. ун.	Харьковская.
	Браше Адольфъ Никол., воен. вр. л.-гв. Волынск. п.	Главная.
	Бржозовскій Антонъ Григор., Хвалынск. з. в.	—
	Бріо Петръ Спирид., Зубцовск. з. в.	—
	Бродскій Самуилъ Абрам., в.	Одесская.
	Бродовскій Бор. Макс., в.	Главная.
240.	*Бровкинъ* Фед. Аристарх., в. въ г. Перми.	Пермская.
	Бронниковъ Ал. Ал-др., Грязовецк. з. в.	Вологодская.
	Брунсъ Григ. Федор., Волын. губ. В. И.	Волынская.
	Брунсъ В.	Главная.
	Брусскинъ Айзикъ Беров., Яросл. з. в.	—
	Брутанъ Павелъ Андр., конс. губ. б-цы.	Псковская.
	Брюхановъ Никол. Ив., в.	Главная.
	Брюно Георгій Георгіев. Ассиц. Акушер. кл. Кіев. у.	Кіевская.
	Брянцевъ Серг. Алексѣев., в. в.	Главная.
	Бубновъ Серг. Федор., проф. Моск. у.	Московская.
250.	*Буданцевъ* Самуилъ Конст., чиновн. по кр. дѣл.	Енисейская.
	Будъзко Иванъ Иван., в. в.	Главная.
	Бузуновъ Викт. Алексѣев. ор. Клин. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Казанск.
	Букиничъ Влад. Петр., в. в.	Воронежская.
	Букинъ Алексѣй Вас., з. в.	Московская.
	Булатниковъ Ал-дръ Исидоров., в. в. въ Пензѣ.	Главная.
	Булатовъ Петръ Григ., Курск. з. в.	Курская.
	Булатовъ Павелъ Николаевичъ, Спб.	Главная.
	Булгаковъ Владим. Венедикт., в. Бахрш. б-цы.	Московская.
	**Булдаковъ* Дмитр. Афанас., Пермск. тюрем. в.	Пермская.
260.	*Булченко* Лаврент. Минычъ, зав. в. Харьк. г.	Главная.
	Булычевъ Михаилъ Вас., Сычевск. з. в.	—
	Бунѣевъ Ник. Алексѣев., в. Преображен. б.	Московская.
	Буровъ Валент. Фед., ф. в.	—
	Бурлаковъ Вас. Мих., в. Обуховск. б-цы.	Главная.
	Бурцевъ Сер. Егор., зав. зубовр. школ.	Московская.
	Бурцевъ Ив. Арсен., В. Устюж. у. в.	Вологодская.
	Бурцевъ Павелъ Петр., Богород. у. в.	Тульская.
	Бутенко Андр. Андр. в. Преобр. б-цы.	Московская.
	Бутомо Григор. Григорьев. Короч. з. в.	Курская.
270.	*Буткевичъ* Леонъ Леонов., в. въ Спб.	Главная.
	Буторинъ Ник. Мих. перес. в. (взносы за 1902 и 3 г.).	Томская.
	Бутурлинъ Ал-дръ Серг., в. въ Москвѣ.	Главная.
	Бухманъ Петръ Иван., в. в. въ Спб.	—
	Буховецкій Степанъ Адам., в. изъ Келецк. г.	—
	Буцевичъ Мих. Сатурн., в. въ Ковенск. г.	—
	Бушевитцъ Эрнстъ Христоф., в. Линдава.	—
	Бушмакинъ Ник. Дм., в. Казан. г.	—
	Бушуевъ Влад. Ѳед., в. в.	—
	Бушуевъ Викторъ Михайловичъ.	—
280.	*Бушъ* Викторъ Мих., в.	—
	Быковъ Конст. Вас., Землянскій з. в.	—
	**Быстровъ* Аркадій Егор., Алатыр. з. в.	—
	Быстрицкій Ал-дръ Вас., Тамб. з. в.	—
	Быховскій Григ. Борис., в. въ Кіевѣ.	Кіевская.
	Бычковскій Леонидъ Ал-дров., Меленк. з. в.	Владимірская.
	Бѣдняковъ Ал-дръ Михайл., ф. в.	Московская.
	Бѣлавинъ Ив. Ив., Верхотурск. з. в.	Пермская.
	Бѣлкинъ Евген. Владим., в. Чусовск. б-цы.	—
	Бѣловъ Вас. Вас., Овруч. г. в.	Волынская.
290.	*Бѣлоградскій* Пав. Ив. в.	Пермская.
	Бѣловъ Петръ Ал-др. О. Алек. б.	Саратовская.
	Бѣлоглазовъ Мих. Мих., Козл. з. в.	Тамбовская.
	Бѣлорусовъ Влад. Влад., Пермск. з. в.	Пермская.
	Бѣляевъ Ал-дръ Вас., в. въ Кіевѣ.	Главная.
	Бѣляевъ Викт. Семен., в. в.	—
	Бѣляевъ Капитонъ Алексѣев., о. г. б-цы.	Владимірская.
	Бѣлявскій Алексѣй Павл., Кіевск. г. в.	Кіевская.
	Бѣляковъ Ст. Ал-др., д. психіатр. колон.	Самарская.
	Вадковскій Вл. Вас., в. Спб.	Владимірская.
300.	*Вагнеръ* Конр. Эдуард.. проф. Кіев. у.	Кіевская.
	Важновъ Вас. Киров., з. в.	Московская.
	Вайнштейнъ Акимъ Сергѣев., въ Спб.	Главная.
	Вайнштейнъ Ив. Наумов., о. Одесск. б-цы.	Одесская.
	Вайнштейнъ Юлій Самойл., в. въ Астрахани.	Саратовская.
	Вайнштейнъ В. Е., земскій вр.	Главная.
	Валкъ Абрамъ Кафізлев., Новоржев. з. в.	Псковская.
	Валединскій Ив. Ал-др., в. въ Томскѣ.	Владимірская.
	Валенковъ Ив. Кузм., в. въ Смол. г.	Главная.
	Валицкій Бронисл. Зинонов. о. клин. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Казанская.
310.	*Валицкій* Витольд. Зинонов. ветерин.	—
	Вановскій Иванъ Иван., в. въ Харьковѣ.	Главная.
	Варинскій Мечиславъ Владим., в. въ Кіевѣ.	Кіевская.
	Варнекъ Леонидъ Никол., ст. в. 1 г. б.	Московская.
	Варпаховскій Ѳедоръ Никиф., в. в.	Кіевская.
	Варшавскій Евгеній Серг., в. в. въ Варшавѣ.	Главная.
	Варфоломѣевъ Ал-дръ Никол., в. Чердынск. у.	Пермская.
	Васильевъ Никол. Ал-ев., з. в.	Курская.
	Васильевъ Ал-дръ Павл., в.	Московская.
	Васильевъ Валер. Серг., в.	Главная.
320.	*Васильевъ* Петръ Фед., в. в.	—
	Васильевъ Влад. Васил., Актюбинск. у. в.	—
	Васильевъ Юлій Никол., в. Енисейск. гор. лѣч.	Енисейская.
	Васильевъ Дмитрій Иван., Вольск. з. в.	Саратовская.
	Васильевъ Веніам. Степ., Бійск. окр. в.	Главная.
	Васильевъ Дм. Ив., Калуж. пом. В. И.	Калужская.
	Василевскій Фед. Ал-др., п. Псковск. в. п.	Псковская.
	Васильевскій Ник. Петр., сан. в. въ Одессѣ.	Одесская.
	Васильевскій Петръ Петр., ф. в. Мур. у.	Владимірская.
	**Васильковичъ* Сафрон. Ив., о. Новознам. б-цы.	Главная.
330.	*Васильковъ* Михаилъ Осип., з. в.	Херсонская.
	Васьковъ Дмитр. Львов., дир. Батум. карант.	Главная.
	**Васютинскій* Антонъ Вас., Павлогр. у. в.	Харьковская.
	Ваховичъ Емельянъ Степ., в. въ Спб.	Главная.
	**Вахромѣевъ* Ал-дръ Ал-др., Зав. Смол. псих. отд.	—
	Вашкевичъ Петръ Адамов., Ямбург. у. в.	—
	Введенскій Ник. Дмитр., в.	—
	Введенскій Вас. Мих., в.	—
	Введенскій Мих. Ник. з. в.	—
	Вегеръ Илья Серг., в. въ Москвѣ.	Харьковск.
340.	*Веденяпинъ* Владим. Никол., в. въ Сарат. г.	Главная.
	Велямовичъ Влад. Феликс., в. Ижевск. зав.	—
	Венславъ Матв. Мих., (Туруханскъ), в.	—
	Венцель Веніам. Веніам., в. для бѣдн.	—
	Вербовъ Яковъ Федор., Воронежск. з. в.	Одесская.
	Вербовъ Ал-сѣй Фед., в. Воронежск. г.	Главная.
	Верблюнскій Абрамъ Львов., в. губ. з. б.	—
	Верещагинъ Вас. Ал-дров., в. в.	Владимірская.
	Верещагинъ Конст. Андр., Козлов. з. в.	Тамбовская.
	Вержбицкій Алекс. Юльян., з. в. въ Мотовилихѣ.	Главная.
350.	*Вержбицкій* Игн. Игн., в. Спб. Восп. Д.	Пермская.
	Вертель Брон. Вацл., о. Самарск. з. б.	Главная.
	Вертоградовъ Серг. Петр., в. в. Спб.	Самарская.
	Вертоградскій Влад. Влад., в. в. въ Благовѣщ.	Главная.
	**Верцинскій* Яковъ Савел., ж. в.	—
	Веселицкій Петръ Львовичъ, в. въ г. Казани.	Самарская.
	Веселовъ В., в. Томск. г.	Главная.
	Весницкій Алекс. Платон., Кремен. у. в.	—
	Вячеславовъ Всевол. Никол., Короч. з. в.	Волынская.
	Вейманъ Григ. Ильичъ, о. Сам. з. б.	Курская.
360.	*Вейтцлеръ* Ал-дръ Людв., ж. в.	Самарская.
	Взоровъ Мих. Мих., Суздальск. г. в.	Московская.
	Викулъ Влад. Ив., Ольгоп. у. в.	Владимірская.
	Вильчуръ Ааронъ Осип., в. Херсонск. г.	Главная.
	**Вилямовскій* Генр. Людгард., в. в.	—
	**Виноградовъ* Ал-дръ Никол., в. Моск. полиціи.	З.-Сибирская.
		Московская.

	*Виноградовъ Ник. Мих., Мценскій з. в.	Главная.
	Виноградовъ Вас. Мих., Перм. з. в.	Пермская.
	Виноградовъ Андрей Андр., ветерин.	Саратовская.
	Виноградовъ Ал-дръ Павл., в. въ Спб.	Главная.
370.	Виноградовъ Григорій Николаевичъ, ветеринаръ.	—
	Виноградскій Серг. Васил., Витеб. у. в.	—
	Винокуровъ Ал-дръ Ник., в. Н. Илимъ.	—
	Витковскій Антонъ Людвиг., в.	—
	Виттенъ (фонъ), в. в. (Варшава).	—
	Вихровъ Петръ Васил., в. с. Озеры.	—
	Вишгольцъ Владисл. Фридр., в. въ Петроковѣ.	—
	Вишневскій Анатол. Ал-др., ветер.	—
	Вишняковъ Никол. Дмитр., о. тюремн. б.	Московская.
	Вишняковъ Дм. Федор., Херсон. з. в.	Херсонская.
380.	Вишняковъ Мих. Вас., в.	Главная.
	Вивенскій Ник. Мих., в. в.	Главная.
	Віолинъ Яковъ Абрам., в. в.	—
	Владиміровъ Арк. Влад., в. въ Тотьмѣ.	—
	Владиміровъ Влад. Владим., ас. Каз. клин.	Казанская.
	Владиміровъ Гурій Прокл., Казан. з. в.	—
	Владиміровъ Ал-дръ Порфир., мир. судья.	Главная.
	Владиміровъ Петръ Прокл., ветер. Казан. з.	Казанская.
	Владимірскій Ив. Вадим., в. губ. б-цы.	Самарск.
	Влаевъ Георгій Минаев., ординаторъ клинич. госпит.	Главная.
390.	Влайковъ Георг. Федор., Полт. з. в.	—
	Власовъ Ал-др. Аким., ветерин. въ г. Одоевѣ.	—
	Власовъ Афанас. Тимоф., Борович. з. в.	—
	Власовъ Алексѣй Вас., изъ Волын. г.	—
	Власовъ Ник. Степ., з. в.	Казанская.
	Воблый Нилъ Ив., Мало-Арх. з. в.	Главная.
	Вовченко Владим. Ив., з. в.	Кіевская.
	Водопьяновъ Ал-дръ Ант., Харьк. з. в.	Главная.
	Вознесенскій Никол. Петр., ж. в.	Владимірская.
	Вознесенскій Сергѣй Серг., Ардат. з. в.	Нижегородск.
400.	Вознесенскій Ал-дръ Павл., в. в.	Казанская.
	Воищевъ Владим. Ник., в.	Воронежская.
	Волковъ Гавр. Мих., о. клиники.	Казанская.
	Волковъ Конст. Вас., в. въ Ялтѣ.	Московская.
	Волковъ Андрей Васильев., ф. в.	Калужская.
	Волковскій Ал-др. Мих. о. клин.	Томская.
	Волкъ Веніаминъ Лейб., Ярен. з. в.	Вологодская.
	Волковичъ Ник. Маркіан., проф. Кіев. у.	Кіевская.
	Волобуевъ Ник. Ник., з. в.	Казанская.
	Волошинъ Андр. Дмитр., м. в	Главная.
410.	*Вольскій Конст. Люціан., Старобѣл. з. в.	—
	Вольскій Владиславъ Карл., вр. 53 п.	—
	Вольтманъ Ал-дръ Ник., Самар. з. в.	Самарская.
	Вольфензонъ Вульфъ Іосиф., в. въ Никол.	Главная.
	Вольферцъ Валер. Юл., Самар. г. ветерин.	Самарская.
	Вольфсонъ Адольфъ Саломоновичъ земск. вр.	Главная.
	Вонзблейнъ Иванъ Никол., в. гор. амбул.	Московская.
	Вонзблейнъ Алексѣй Никол., в.	—
	Воробьевъ Ал-дръ Фед., Н.-Сергинск. з. в.	Пермская.
	Воронинъ Владим. Павл., з. в.	Главная.
420.	Воронинъ Ив. Ал-др. в. в.	—
	Вороновъ Алексѣй Алексѣев., в. Керч. л.	Московская.
	Воронцовъ Ал-дръ Аркадьев., Вольск. г. в.	Главная.
	Воскресенскій Владиміръ Ал-др., ж. в. (Оренбург.).	Оренбург.
	Воскресенскій Васил. Васильев., с. в.	Кіевская.
	Воскресенскій Конст. Серг., в. въ Ялтѣ.	Тульская.
	Воскресенскій Іосифъ Дмитр., в. 97 п. пол.	Главная.
	Воскресенскій Валеріанъ Платон., в. 137 п.	—
	Воскресенскій Ив. Алексѣев., ст. о. Двинск. в. госп.	—
	Воскресенскій Ал-дръ Петр., Ардат. з. в.	—
430.	Воскресенскій Никол. Мих., в. лаз. въ Минскѣ.	Минская.
	Воскресенскій Алексѣй Вас., з. в. Смол. г.	Главная.
	Воскресенскій Петръ Петр., зав. в.	—
	Воскресенскій Васил. Федор., доцентъ Харьк. у.	Харьковская.
	Воскресенскій Никол. Дмитр., в. в.	Главная.
	Востоковъ Евген. Вас. в. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Томская.
	Восторговъ Ник. Ив., в. в.	Главная.
	Войналовичъ Петръ Петр., завод. в.	—
	Войткевичъ Францъ Казимір., ветер.	—
	Войцеховичъ Ал-дръ Карлов., с. в. Оренб. б-цы.	Оренбур.
440.	Вызго Антонъ Осип., з. в. Чердынск. у.	Пермская.
	Выржиковскій Романъ Альфред., податн. ин.	Тульская.
	Вырубовъ Ник. Алексѣев., в. въ Воронежѣ.	Главная.
	*Вырубовъ Алексѣй Алексѣев., в. Вит. ж. д.	—
	Высоковичъ Владим. Конст., проф. Кіев. у.	Кіевская.
	Высоцкій Митроф. Капитон., в. в. (Варшава).	Главная.
	Высоцкій Ив. Ильичъ с. в.	Зап. Сибирск.
	Вышенскій Модестъ Ал-дров., Пенз. з. в.	Казанская.
	Вышинскій Феликсъ Антон., зав. в.	Главная.
	Вяжлинскій Ник. Кон., гл. в. Никол. д. б-цы.	—
450.	Вяльбутъ Витол. Казим., Бузул. з. в.	Самарская.
	Гаасъ Ал-дръ Георг., ветер.	Саратовская.
	Габай Ханмъ Шмуйлов., ф. в. Кіев. г.	Кіевская.
	Гавриловъ Тимоѳей Евграф., в.	Самарская.
	Гагаринъ Ник. Вас., о. Спб. глазн. лѣч.	Харьковская.
	Гагманъ Никол. Ѳедор., ст. в. Москов. ж. инстит.	Московская.
	Газе Владим. Евген., в. в.	Главная.
	Гаевскій Иван. Григ., Васильков. у. в.	Кіевская.
	Гаевскій Николай Антон., Литинскій с. в.	Главная.
	Галаховъ Влад. Степ., Орл. з. в.	Главная.
460.	Галанинъ Ал-дръ Платон., в. в.	—
	Гальперинъ, Давидъ Вас., в.	—
	Гамбургеръ Ник. Фед., з. в.	Московская.
	Ганъ Эдуардъ Эдуард., в.	Главная.
	Ганнушкинъ Иванъ Борис., о. б. Имп. Александра III.	Московская.
	*Гарднеръ Мих. Михайлов., в.	—
	Гаринъ Сергѣй Федор., Ставр. у. в.	Московская.
	Гартье Эдуардъ Эдуард., о. Семен. г. въ Спб.	Главная.
	*Гартманъ Маврикій Август., в.	Калужская.
	Гартманъ Густавъ Осип., в. въ Тулѣ.	Тульская.
470.	Гаръ Георг. Лукьянов., Воронеж. з. в.	Главная.
	Гаръ Евген. Лукичъ, в. для бѣдн.	Одесская.
	Гасиловъ Александръ Семенов., Тюмен. г. в.	Главная.
	Гаттовскій Ив. Іосиф., в.	—
	Гаузнеръ Іосифъ Петр., Рязан. з. в.	—
	Гаусманъ Ал-дръ Эдуард., о. Кіевск. кл.	Кіевская.
	Гайзманъ Влад. Иван., о. клин.	Московская.
	Гайдамовичъ (Гайдисъ) Ив. Гаск., в. в.	Главная.
	Гвоздиковскій Владим. Никол., Дубенск. с. в.	Волынская.
	Гедговдъ Эразмъ Леопольд., вр. дѣт. клин.	Московская.
480.	Гедройцъ-Юраго Владисл. Ромуальд., в.	Главная.
	Гедройцъ Алексѣй Каэтанов., в. в. въ Двинскѣ.	—
	Гейнацъ Гр. Никол., в. при Гл. Воен.-Мед. У.	—
	Гейнацъ Вл. Никол., в. в. доцентъ Мед. Ак.	—
	Гейшторъ Дмитрій Конст., в. в. Ферг. Обл.	Туркестанск.
	Геликоновъ Серг. Яковл., з. в.	Казанская.
	Гельманъ Ник. Ник., з. в. Пенз. г.	Главная.
	Гендельманъ Яковъ Эмануил., в.	Кіевская.
	Генелесъ Савел. Борис., в.	Харьковская.
	Генеропитомцевъ Серг. Никол., вр. сахарн. зав.	Главная.
490.	Генке Ал-дръ Васил., Велижск. с. в.	—
	Генъ Анат. Ал-дров., д. м. въ Спб.	—
	Георгіевскій Ив. Вас., в. Юрьев. ун.	Московская.
	Георгіевскій Конст. Никол., инстит. в.	Главная.
	Георгіевскій Серг. Вас., Пинск. у. в.	Минская.
	Георгіевскій Иванъ Васильев., в.	Главная.
	Герасимовъ Ив. Герас., ветер.	Запад.-Сибир.
	Герасимовъ Никифор. Илларіоновъ. в.	Московск.
	Гергардъ Вильг. Вильгельм., в. Политехн. И.	Кіевская.
	Герлихъ Илья Филип., в. в. въ Новочеркаскѣ.	Главная.
500.	Германъ Готлибъ Карл., в. Лифлянд. г.	—
	Германъ Исидоръ Семен., о. псих. б. Орловск. з.	Орловская.
	Германъ Ал-дръ Ал-дров., в. в.	Главная.
	Германъ Ник. Карл., ст. вр. Оренбург. каз. п.	—
	*Германъ Иванъ Карловичъ, Себежскій с. в.	—
	Геронимусъ Вигдаръ Израил., в. м. л. въ Т.-Х.-Шурѣ.	Главная.
	Герштопфъ Вольфъ Шлемов. в.	Томская.
	Гиджеу Левъ Никол., в. в. изъ Полтавы.	Главная.
	Гижицкій Юліанъ Ант., вол. пр. въ м. Бѣлая Церковь.	Кіевская.
	Гиккель Эмилій Иван., з. в.	Саратовская.
510.	Гиляровъ Мих. Дороф., ветерин.	Московская.
	Гиндлинъ Илья Абр., з. в.	Харьковская.
	Гинзбургъ Яковъ Марк., Владимір. з. в.	Владимірская.
	Гинзбургъ-Шикъ Давидъ Григ., в. в. въ Иркутскѣ.	Херсонская.
	Гинсбургъ Авраамъ Рубин., в. изъ Елизаветп. г.	Главная.
	Гинцбургъ Ханмъ Вульф., в. в.	—
	Гиршманъ Леонардъ Леопольд., засл. пр. Харьк. у.	Харьковская.
	Гиршфельдъ Мих. Львовичъ, Кролев. з. в.	Кіевская.
	Гиршъ Густавъ Ив., л.-хир. К. И. В.	Главная.
	Глаголевъ Ник. Петр., Клинскій з. в.	—
520.	Глаголевъ Мих. Иван., Кременч. з. в.	—
	Глаголевъ Алексѣй Ив. з. в. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Казанск.
	Главадскій Іосифъ Ал-др., в. в.	Главная.
	Глиндеманъ Федоръ Генрих., Мелитоп. з. в.	Харьковская.
	Глинскій Григор. Григор., о. Харьк. б-цы.	—
	Глинскій Давидъ Львов., в. в. въ Спб.	Главная.
	Глинчиковъ Владимір. Игнатьев. в. в.	Саратов.
	Глоріозовъ Ник. Петр., Горохов. у. в.	Владимірская.
	*Глубоковскій Вас. Никанор., в. Минск. г.	Главная.
	Глубоковскій Матв. Никонор., в. (Москва).	—
530.	*Глушковъ Никаноръ Андреев., Самар. з. в.	—
	Глушковъ Никол. Аркадьев., з. в.	Казанская.
	Глѣбовъ Никол. Ал-др., Вольск. з. в.	—
	Глассъ Викент. Ал-др., в. въ г. Томшовѣ.	Главная.
	Говорковъ Пав. Алексѣев., з. в.	—
	Гогинъ Леонидъ Вас., в.	Харьковская.
	Гойеръ Фрид. Герм., Бѣлгор. з. в.	—
	Гожинскій Павелъ Павл., у. в. въ г. Бѣльцы.	Главная.
	Голимонтъ Влад. Каспер., в. въ Семинаріат.	—
	Голіонко Никол. Петр., з. в.	Казанская.
540.	Голышевскій Евгр. Исид., о. губ. б-цы.	Самарская.
	Головковъ Агафанг. Ив., в. в.	Кавказская.
	Головко Фед. Ильичъ, Рыльск. з. в.	Курская.
	Головъ Алексѣй Петр., Инсарск. з. в.	Главная.
	Голосовъ Екусіель Нахман., завод. в.	—
	Голосовъ Андр. Алексѣев., вр. въ Ярославлѣ.	—
	Голубевъ Фед. Александр., ст. в. воен. госп.	Московская.
	*Голубевъ Порф. Григ., Д. М.	Главная.
	Голубинъ Серг. Мих., в. в.	—
	Голубовъ Петръ Вас., в. в. въ Екатеринодаѣ.	—
550.	Гольдбергъ Никол. Христ., в. Нижегор. Бабуш. б.	—
	Гольдбергъ Сем. Ив., инстит. в.	Главная.
	Гольденбергъ Адольфъ Фабіанов., в. Смол. г.	—
	Гольдгардтъ-Ландау Мих. Абелев., в.	Одесская.
	Гольцъ Станисл. Иван., в. въ Нерехтѣ.	Главная.
	Гольденштейнъ Францъ Израил., зав. в. Самар. г.	—
	Гольдингеръ Вас. Петр., в.	Московская.
	Гольстъ Виктор. Валент. в., Яузск. б.	—

	Гондлеръ Вольфъ Абрамов., в.	Одесская.
	Гонелинъ Як. Григ., в.	Самарская.
560.	*Гончаровъ* Дмитр. Ал-дров., Самар. з. в.	—
	Гончаровъ Иванъ Ант., в. въ Воронежѣ.	Воронежская.
	Гончаровъ Гр. Аким., о. б-цы въ Воронежѣ.	—
	Гончаровъ Степ. Прохор., в. на ст. Сиверск.	Главная.
	**Горбатовскій* Вацл. Ксав., въ 10 гренад. п.	—
	Гордонъ Людвигъ Филип., Муром. з. в.	Владимірская.
	Гордонъ-Клячко Гиршъ Лейбъ-Вульф., Владим. з. в.	—
	Гордѣевъ Иванъ Минычъ, в. пересел. пункта.	Московская.
	Гориновичъ Георг. Ильичъ, с. в. Старок. у.	Волынская.
	Горичевъ Ал-дръ Алексѣев., фабр. в.	Московская.
570.	*Горный* Аркад. Васил., Ирбит. з. в.	Пермская.
	Гродецкій Конст. Никол., Одоев. з. в.	Главная.
	Гродецкій Серг. Дмитр., в. при Данил. ман.	Московская.
	Гродецкій Вольфъ Ниссон., Бугурусл. з. в.	Самарская.
	Городецкій И. М., в. изъ Кубан. обл.	Главная.
	Гороховъ Дмитр. Егор., з. в.	Московская.
	Горскій Корн. Ив., Лодзск. г. в.	Главная.
	Горскій Мих. Іосиф., в.	—
	Горскій Степанъ Дмитр., Бугурусск. з. в.	—
	Горталовъ Владим. Фед., в. в.	—
580.	*Горталовъ* Серг. Фед., ст. вр. Волог. з. в.	Вологодская.
	Горшковъ Яковъ Павл., в. в.	Главная.
	Горяевъ Ник.Конст. о. клиники (взносы за 1902 и 3 гг.).	Казанская.
	Горянскій Тихонъ Иван., в. Сокол. б-цы.	Московская.
	Готлибъ Мееръ, в. въ Варшавѣ.	Главная.
	Готманъ Александръ Митрофановичъ.	—
	Гофманъ Петръ Фердинанд., в. Пермск. ж. д.	Пермская.
	Гофманъ Евгеній Юльев., в. въ Вильнѣ.	Харьковская.
	Гоффеншифферъ Шмерко Гилевичъ, земск. вр. Ростовск. у. Ярославск. губ.	Главная.
	Гравировскій Никол. Павл., в.	—
590.	*Гравировскій* Вас. Павл., г. в. въ г. Сызрани.	—
	**Грабовскій* Іосифъ Станисл. вр. 84 пол.	—
	Грабовскій Юліанъ Виктор., о. губ. б-цы.	Вологодская.
	Градусовъ Евг. Ив., в.	Туркестанск.
	Грамматикати Ив. Ник. проф. Томск. у.	Томская.
	Граменицкій Ал-дръ Серг., в. Нов. г.	Главная.
	Гранъ Моисей Марк., зав. сан. бюро Самар. г. з.	Самарская.
	Граціановъ Ал-дръ Алексѣев., Томск. г. в.	Главная.
	Граціановъ Алексѣй Алексѣев., в. 5 пѣх. пол.	—
	Граціановъ Николай Алек., в.	Нижегородск.
600.	*Граціановъ* Ив. Вас., Княгин. з. в.	Главная.
	**Грацинскій* Флорент. Иван., Лаишевск. з. в.	Казанская.
	Гребенщиковъ Василій Ильичъ, Спб.	Главная.
	**Гремяцкій* Θеодос. Вас., в. гор. амбул.	Московская.
	Гренъ Фед. Карл., Самар. з. в.	Самарская.
	Гретневъ Николай Ив., сел. в.	Енисейская.
	Грейденбергъ Борисъ Сав., ст. в. Харьк. з. б-цы.	Таврическая.
	Гречинскій Вас. Пав., с. в. Под. г.	Главная.
	Гречишкинъ Георгій Мих., в. погр. стр.	Саратовская.
	Гржегоржевскій Ольгерд. Виктор. с. в.	Томская.
610.	*Гржибовскій* Николай Вацсл., в. в.	Кіевская.
	Грибановъ Ник. Апол., в. Мар. б-цы въ Спб.	Главная.
	Грибинюкъ Еф. Сем., в. въ Спб.	—
	Григоровичъ-Барскій Фед. Петр., в.	Кіевская.
	**Григоровъ* Θедоръ Васильев., в. 3 стр. б.	Московская.
	Григорьевъ Павелъ Степан., з. в.	—
	Григорьевъ Ал-дръ Мих., в. в.	Главная.
	Григорьевъ Лаврент. Ив., в. Спб. полиціи.	—
	Григорьевъ Ал-сѣй Ксенофонт., з. в.	—
	Григорьевъ Евг. Павл., Серпух. з. в.	Московская.
620.	*Гринбергъ* Гр. Монс., в.	Харьковская.
	Гринбергъ Монс. Абрам., в.	Самарская.
	Грингартенъ М. Л. земск. вр. Староб. зем. управ.	Главная.
	Гриненко Аристархъ Прокофьевичъ, вр. больн. св. Магдалины Спб.	—
	Грищенко Алексѣй Андреев., в. 130 Херсон. п.	Кіевская.
	**Гродецкій* Викторъ Осип., в. изъ Тамб. г.	Главная.
	Гродецкій Францъ Осип., в. изъ Сувал. г.	—
	Громанъ Вильямъ Владимір. о. Орлов. г. б-цы.	Орловская.
	Громовъ Петръ Иван., ж. в. Сарат. г.	Саратовская.
	Груздевъ Викторинъ Сергѣев., проф.	Казанская.
630.	*Груздевъ* Антонъ Эверастовичъ.	Главная.
	Грушецкій Вячесл. Петр., Новосил. г. в.	Тульская.
	Грѣховъ Иванъ Семен., в.	Московская.
	Грязновъ Павелъ Иван., в. въ Одессѣ.	Главная.
	Губаревъ Ал-дръ Петр., проф. Моск. ун.	Московская.
	Губовичъ Ал-сѣй Ив., ст. вр. Пермск. ж. д.	Пермская.
	Губкинъ Григ. Ильичъ, Казанск. В. И.	Казанская.
	Гулевичъ Эваристъ Игн., в. изъ Дагест. Обл.	Главная.
	Гуревичъ Григорій Яковлевичъ.	—
	Гулькевичъ Валентинъ Орестовичъ, воен. вр.	—
640.	*Гуляевъ* Флегонтъ Ив., ветерин.	—
	Гуляковъ Ив. Никол., Самарск. з. в.	Самарская.
	Гурвичъ Борисъ Семен., в. въ Бѣлостокѣ.	Главная.
	Гурвичъ Миронъ Самойл., в.	Рост. на Д.
	Гуринъ Евгеній Георг., в. изъ г. Кіева.	Главная.
	Гуровичъ Аким. Аннс., в.	Самарская.
	Гурфинкель Ицка Лазар., в.	Московская.
	**Гусевъ* Мих. Федор., в. въ Тамб.	Главная.
	Гусевъ Павелъ Фед., Ветлуж. з. в.	—
	Гутцайтъ Лейба Зеликовичъ, в.	Кіевская.
650.	*Гутниковъ* Зинов. Вас., проф. Варш. у.	Главная.
	Гутшейнъ Савва Андр., о. псих. лѣч.	Херсонская.
	Давидовъ Яковъ Семен., Опин. з. в.	Пермская.
	Давыдовъ Ал-дръ Яковл., в.	Московская.
	Дагаевъ Владим. Фед. О. клин. Томск. У. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Томская.
	Дамскій Маркъ Владимір., о. Кіев. еврейск. б.	Кіевская.
	Данилевскій Мих. Яковл., в.	Харьковская.
	Данилейко Васил. Корнил., з. в. Тверск. г.	Московская.
	Даниловъ Владим. Владим., в. в. въ Новгор.	Главная.
	Даниловъ Мих. Мих., в. в. въ Варшавѣ.	—
660.	*Даниловъ* Дмитр. Никанор., окул. Туркест. в. Окр.	Туркест.
	Даниловичъ Мих. Осип., в. въ Астрахани.	Енисейская.
	Данини Наполеонъ Амвросіев., ст. вр. Пажеск. корп.	Главная.
	**Данчичъ* Ксенофонтъ Михайловичъ, старш. вр. Гофмедикъ, Царскос. госп.	Главная.
	Дахновичъ Ал-дръ Степан., участк. в. Житом. у.	Волынская.
	Даценко Акимъ Никит., в. въ Полтавѣ.	Главная.
	Дашевскій Иванъ Ромуальд., в.	—
	Дворянскій Ив. Ив., в. в.	Московская.
	Двуеглазовъ Ник. Мих., в. В. Д.	Главная.
	Двойченко Дмитр. Серап., в. при гор. Упр.	Московская.
670.	*Девель* Петръ Влад., в. в.	Главная.
	Дегтеревъ Иванъ Дмитр., з. в.	Казанская.
	Де-Ленсъ Антонъ Станисл., в.	Кіевская.
	Делекторскій Никол. Ив., орд. Томск. клин.	Томская.
	**Деменковъ* Вл. Григ., ветер.	Тульская.
	Демковъ Евг. Тит., ж. в.	Главная.
	Демченко Викторъ Платон., о. б-цы Покр. мон.	Кіевская.
	Демяновскій Ник. Дмитр., Житомір. у. в.	Волынская.
	Денисовъ Ал-дръ Сергѣев., в. в.	Главная.
	Денисовъ Мих. Адріан., п. Харьк. В. И.	Харьковская.
680.	*Денбскій* Іосифъ Станисл., Бесс. з. в.	Главная.
	Дергунъ Ив. Григор., в. в. изъ Умани.	—
	Дерябинъ Ал-дръ Поліевктов., о. клин.	Казанская.
	Дерюжинскій Серг. Федор., гл. в. Голиц. б.	Московская.
	Дессинъ Эрнстъ Вильгельмов., в.	Архангельск.
	Десслеръ Фед. Мих., в. въ Юрьевѣ.	Главная.
	Дехтеревъ Дм. Ал-дров., Корс. з. в.	—
	Джавахов Лука Антон., Тіонетск. у. в.	Кавказская.
	Дзѣвановскій Антонъ Андр., Одесск. з. в.	Одесская.
	**Дзѣдзюль* Конст. Франц., д. м.	Московская.
690.	*Дзюба* Никол. Иван., Устьсысольск. з. в.	Вологодская.
	Діаконенко Ник. Пантел., Чернигов. з. в.	Главная.
	Діатроптовъ Петръ Никол., зав. бактеріол. ст.	Одесская.
	Діуновичъ Ант. Иван., в. в.	Главная.
	Дикаревъ Дмитр. Васил., в. в.	—
	Дислеръ Ник. Никол., о. глаз. б.	Московская.
	Дмитріевъ Федоръ Корнил., з. в.	—
	Дмитріевъ Серг. Никол., о. Александр. б.	—
	**Дмитріевъ* Владиміръ Никол., в. въ Ялтѣ.	Главная.
	Дмитріевскій Ник. Федор., з. в.	Владимірская.
700.	*Дмитріевскій* Конст. Федор. лабор. Томск. У.	Томская.
	Дмоховскій Ал-дръ Мих., в.	Главная.
	Добатовкинъ Георгій Алексѣев., в. Кубан. обл.	—
	Добржанскій Казиміръ Ал-дров., в. Черниг. г.	—
	Добровольскій Адам. Михаил., в. Черниг. г.	—
	Добровольскій Константинъ Эрастов., в.	—
	Добровольскій Ив. Роман., Ямпольск. г. в.	—
	Добровольскій Никол. Дмитр., в. Чесмен. бог. въ Спб.	—
	Добровольскій Павелъ Кипріан., Камышин. в. ж. д.	Казанская.
	Доброзраковъ Евг. Ив., в. Шеремет. б-цы.	Московская.
710.	*Добросмословъ* Ив. Дм., з. в. Пенз. г.	Казанская.
	**Добротворскій* Ив. Зинов., Тарусс. г. в.	Главная.
	**Добрынинъ* Петръ Ив., Д. Москов. Род. зав.	—
	Догадкинъ Борисъ Конст., ветер.	—
	Догадовъ Михаилъ Иван., в. Перм. ж. д.	Пермская.
	**Догаевъ* Павелъ Васил., в. (СПБ).	Главная.
	Докелинъ Ал-дръ Яков., в. въ Нарвѣ.	—
	Долбежкинъ Іезекъ Іос., з. в. Обл. В. Дон.	—
	Долгополовъ Нифонтъ Ив., ст. вр. Нижег. б.	Курская.
	Долгополовъ Николай Михайл., зав. вр.	Главная.
720.	*Долговъ* Вас. Ник., о. Казан. губ. б.	Казанская.
	Долговъ Конст. Степан., в. Кіев. жен. Инст.	Кіевская.
	Долженковъ Вас. Ив., о. Курск. губ. б.	Курская.
	**Долинскій* Иванъ Лукичъ, Спб. сан. в.	Главная.
	Долматовъ Алексѣй Серг., в. в.	—
	Доманевскій Станисл. Оскар., в. Житоміръ.	Волынская.
	**Домарадзкій* Эразмъ Ксавер., в. изъ Н.-Новгор.	Главная.
	Домашевичъ Андр. Сигизмундов., в.	Зап.-Сибир.
	Домбровскій Францъ Андреев., в. въ г. Острогожскѣ.	Воронежская.
	Домбровскій Ромуальдъ Генрих., в. Курск. г.	Главная.
730.	*Домбровскій* Казиміръ Казимір., в. въ Гродно.	—
	Донсковъ Никол. Ал-дров., о. клин.	Казанская.
	Донченко Антонъ Дмитр., Староб. з. в.	Главная.
	Дорогоневскій Петръ Васильев., сан. в.	Кіевская.
	Дорфъ Давидъ Яков., з. в.	Московская.
	Дохневскій Петръ Никол., в. в.	Главная.
	Дорошинъ Ал-дръ Конст., вр. Каз. Ур. В.	—
	Драницынъ Ник. Мих., в. в.	—
	Дрейеръ Рудольфъ Август., о. Тульск. зем. б.	—
	Дробный Борисъ Алексѣев., о. клин. Харьк. у.	Харьковская.
740.	*Дроздовскій* Пав. Игн., о. Алекс. б. въ Спб.	Главная.
	Дроздовъ Митр. Вас., в. в. въ Новогеоргіевскѣ.	—
	Дружининъ Дмитр. Никол., Веневск. з. в.	—
	Дружининъ Анатол. Ал-дров., ветер.	Владимірская.
	Дубакинъ Влад. Мих., в.	Главная.
	**Дубенскій* Семенъ Ив., Духовщ. з. в.	—

	Дубенскій Ал-дръ Ал-др., в. Преображ. б.	Московская.
	Дубенскій Ив. Иван., ст. в. губ. б.	Калужская.
	Дубовъ Левъ Иван., в. Донск. Обл.	Главная.
	Дубровинъ Вячесл. Ал-дров., в. Казан. дор.	Московская.
750.	*Дубровинъ* Сем. Павл., з. в.	Вологодская.
	Дуброво Вас. Ив., Ковр. з. в.	Владимірская.
	Дубровъ Ис. Яковл., в.	Рост. на Д.
	Дубровскій Мих. Никол., Ефремов. з. в.	Владимірская.
	Дудинъ Ив. Серг., з. в.	Тамбовская.
	Дудукаловъ Алексѣй Ив., засл. проф. Харьк. у.	Харьковская.
	Дулько Георг. Каспер., ст. в. 9 флот. экип.	Главная.
	Дунаевъ Алексѣй Флегонт., Юрьев. у. в.	Владимірская.
	Дурасовъ Мих. Петр., з. в. Моск. г.	Главная.
	Дурмашкинъ Морд. Пинтусов., Макарьев. з. в.	—
760.	*Духовскій* Ив. Александр., Нерехтск. у. в.	—
	Дучинскій Ал-дръ Афанас., с. в. Подольск. г.	—
	Дьяковскій Евмен. Гр., о. Житом. б.	Волынская.
	Дьяконовъ Конст. Никол., Симф. сан. в.	Таврическая.
	Дьяконовъ Петръ Ив., проф. Моск. у.	Московская.
	Дьячковъ Ал-дръ Ефимов., в. в. въ Варшавѣ.	Главная.
	Дьячковъ Серг. Ив., в. в. въ Самарѣ.	—
	Дынинъ Дм. Авраам., в.	Харьковская.
	Дюковъ Евгр. Яковл., в.	Харьковская.
	Дюшусе Іосифъ Гавр., в. въ Баку.	—
770.	*Дяпилевъ* Ник. Мих., Тамбов. з. в.	Тамбовская.
	Евлампіевъ Евгр. Вас., Казанск. з. в.	Казанская.
	**Евменіевъ* Василій Алексѣев., Калужск. з. в.	Главная.
	Евреиновъ Ник. Ник., в. Либаво-Ром. ж. д.	—
	Евреиновъ Мих. Влад., в. в. въ Симбир.	—
	Евстифѣевъ Дмитр. Ефимов., в. въ Хоросанѣ.	—
	Евсѣевъ Н. И. сельск. в. Семипал. Обл.	Зап.-Сибирск.
	Евфорицкій Алексѣй Петр., в. в.	Главная.
	Егоровъ Ник. Дм., в. земли В. Д.	—
	Егоровъ Григ. Ник., в. въ Курскѣ.	Курская.
780.	*Егоровъ* Инокент. Елеозар., в. в.	Самарская.
	Едличко Влад. Вячесл., о. Обух. б.	Главная.
	Еленевскій Конст. Феликс., проз. Харьк. у.	Харьковская.
	Еліонскій Алексѣй Ал-др. в. в.	Зап.-Сибирск.
	Елизаровъ Николай Владимір., Рѣжиц. у. в.	Главная.
	Елистратовъ Павелъ Ив., в.	Московская.
	Ельцовъ Владим. Пармен., С.-Русск. у. в.	Главная.
	Епинатьевъ Г. В.	—
	Епифановъ Григор. Григор., д-ръ въ Спб.	—
	Еремичъ Федоръ Михайл., Влад. з. в.	Москов.
790.	*Ермолинскій* Дмит. Алек., мл. в. в. 46 Днѣпр. пол.	Главная.
	Ермолинскій Дмитр. Александр., г. Луга.	—
	Ершовъ Ник. Петр., о. Кувшин. лѣч.	—
	Есиповъ Ник. Серг., Буйск. з. в.	—
	Еськовъ Владиміръ Николаевичъ, земск. вр.	—
	Ефимовъ Андр. Ефим., обл. в. Донской О.	Московская.
	**Ефимьевъ* Митроф. Вас., в. Хопер. Ок.	Главная.
	Эберманъ Ал-др. Ал-др., в. Никол. д. б-цы въ Спб.	—
	Эбштейнъ Іерем. Григ., Сам. з. в.	Самарская.
	Эвенховъ Ив. Степ., о. клиники.	Харьковская.
800.	*Эдельбергъ* Федоръ Юльев., в. при Амур. В.-М. У.	Главная.
	Экземплярскій Конст. Федор., ф. в.	Владимірская.
	Эманъ Владим. Густав., в.	Пермская.
	Эрнстъ Ростисл. Вильгельм., в. изъ г. Мологи.	Главная.
	Эрнъ Эрихъ Густав., в.	Самарская.
	Эсауловъ Дмитрій Никол., Козельск. г. в.	Калужская.
	Эсауловъ Ник. Никол., Костр. В. И.	Вологодская.
	Жабко-Потаповичъ Болесл. Антон. в.	Главная.
	Жаметтъ Владисл. Ромуальд., в. въ Вильно.	—
	Жанинъ-Перро Никол. Антон., в. в. въ Псковѣ.	—
810	*Жардецкій* Владимір. Ал-др. з. в. (вз. за 1902 и 3 гг.).	Казанская.
	Жарковъ Владим. Егор., Тамб. з. в.	Тамбовская.
	Жбанковъ Дм. Ник., Смолен. з. в.	Главная.
	Ждановъ Серг. Серг., Масальск. у. в.	Калужская.
	Желтоношскій Тихонъ Митроф. пересел. в.	Зап.-Сибирск.
	Жестковъ Вас. Иван., в. въ Перми.	Пермская.
	Живаго Ал-дръ Васил., ст. о. Голиц. б-цы.	Московская.
	Живописцевъ Никол. Ал-дров., о. Павл. б.	—
	**Живописцевъ* Сем. Конст., ветерин.	Главная.
	Жиглевичъ Василій Кузьмичъ.	—
820.	*Житловскій* Яковъ Моис., Кадник. з. в.	Вологодская.
	Жордецкій Ник. Ал-др., Гряз. з. в.	Главная.
	Жоховскій Петръ Войцехов., ветер.	Самарская.
	Жудро Михаилъ Матв. з. в.	Владимірская.
	Жудро Ник. Матв., инсп. народн. уч.	—
	Жуковъ Никол. Филипп., пом. директ. В. Д.	Московская.
	Жуковъ Никол. Ал-др., ветер.	Саратовская.
	Журавъ Ал.-др. Алексѣевичъ в. Бахруш. б.	Московская.
	Журавскій Модестъ Конст., г. в. изъ Кіев. г.	Главная.
	Забѣлинъ Григ. Григ., з. в.	Московск.
830.	*Заболотскій* Алексѣй Павл., в. Спб. тюрьмы.	Главная.
	Заболотскій Алек. Ник., о. Мяс. чернор. б.	Московская.
	Завадскій Сигизм. Карл., в. въ м. Щучинѣ.	Главная.
	Завитаевъ Ал-дръ Семен., в. (Спб.).	—
	**Загорскій* Серг. Станисл., Бузулук. г. в.	Самарская.
	Загорянскій-Кисель Вас. Павл., мор. в.	Главная.
	Закіевъ Артем. Давыд., о. губ. б-цы.	Таврическая.
	Заколпскій Ник. Ант., Вязн. г. в.	Владимірская.
	Закоурцевъ Ал-др. Ефим., ст. в. б-цы Об. Пр.	Томская.
	Закинъ Мейеръ Соломон., в.	Московская.
840.	*Залога* Анатол. Егоров., ф. в.	—
	Замбржицкій Мих. Казим., в. в.	Главная.
	Замбржицкій Владим. Владим., з. в.	Главная.
	Занченко Пантелейм. Вас., о. Каз. кл.	Казанская.
	Заплатынскій Ал-др. Ив., в.	Главная.
	Запольскій Ал-дръ Ал-дръ в. (вз. за 1902 и 3 гг.)	Томская.
	Зарембо Викент. Викент., Опочец. з. в.	Главная.
	Зарубинъ Ив. Ефим. з. в.	Самарск.
	Зарубинъ Валент. Ив., доц. Харьк. Ун.	Харьковская.
	Зарубинъ Ив. Кондр., засл. проф. Хар. У.	—
850.	**Заруднцкій* Ив. Ипполит., в. в.	Воронежская.
	Зархи Израиль Самуил., в. въ Оршѣ.	Главная.
	Засуховскій Никол. Матв., в. в.	Тульская.
	Затварницкій Влад. Александр., в.	Архангельск.
	Захаревичъ Ал-дръ Ив., в. Сибир. каз. войска.	Западно-Сиб.
	Захаринъ Вульф. Михелев., в. въ Гомелѣ.	Главная.
	Захарченко Бор. Григ., ветерин.	Тамбовская.
	Захаровъ Ив. Ив., в. въ Балахнѣ.	Нижегородск.
	Захарьевскій Алекс. Ив., о. Каз. клин.	Главная.
	Заходеръ Николай Борисовичъ, земск. вр.	—
860.	**Зачекъ* Мечисл. Марк., Шлиссельб. з. в.	—
	Зайцевъ Сер. Кон., Старобѣльск. з. в.	—
	Збандутовъ Семенъ Лазар., в. въ Екатерин.	Харьковская.
	Зборомирскій Эдмундъ Петровичъ.	Главная.
	Збрицкій Дм. Никол., в. въ Ив.-Вознесен.	—
	Зворыкинъ Георг. Ив., в. въ Нижегор. г.	—
	Звѣревъ Дм. Мих., Владимір. з. в.	—
	Звѣревъ Алексѣй Петр., Суздал. у. в.	Владимірская.
	Звѣздинъ Ал-дръ Конст., Шуйск. г. в.	—
	Звѣздинъ Василій Константиновичъ.	Главная.
870.	*Зелинцевъ* Никол. Алекс., Кузнецк. з. в.	Саратовская.
	Згерскій Діонис. Никол., в.	Главная.
	Зденовскій Мих. Аким., о. Тульск. б.	Тульская.
	Зеленецкій Ал-дръ Михайл., в. в.	Нижегородск.
	Зеленинъ Василій Яковл., в.	Московская.
	Зеленцовъ Ник. Антон., Екатеринб. з. в.	Пермская.
	Зельвинъ Моис. Абрам. в. въ Екатеринбург. г.	Главная.
	Земблиновъ Влад. Иван., ст. в. Сызр.-Вяз. ж. д.	Калужская.
	Зеневичъ Адольфъ Іосиф., вет.	Казанская.
	Зенковъ Аркадій Михайл., Ирбит. г. в.	Главная.
880.	*Зеньковичъ (Секержъ)* Ив. Яков., ассист. клин.	Московская.
	Зерчениновъ Тимоф. Никифор., о. 2 Моск. г. б.	Москов.
	Зефировъ Павел. Вас. в. (вз. за 1902 и 3 гг.).	Томская.
	Зивъ Товія Гершев., в.	Главная.
	Зильберштейнъ Михаилъ Леонт., в. Хер. уч.	Херсонская.
	Зильбермана Моис. Исаак., з. в.	Главная.
	Зиминъ Ал-сѣй Никол., ас. Томск. Унив.	Томск.
	Зиминъ Серг. Федор., в. Голиц. б.	Московская.
	Зисманъ Леонт. Соломон., в. въ Иркутскѣ.	Главная.
	Златковскій Ник. Фил., д. м. въ Спб.	—
890.	*Златковскій* Мих. Филипп., в. в. въ Выборгѣ.	—
	Златорунскій Ал-сѣй Вас., в. Енис. г.	—
	Злоказовъ Иванъ Петр., в.	Казанская.
	Знаменскій Ал-дръ Павл., ф. в. въ Рязан. г.	Главная.
	Знаменскій Дм. Гр., Богучарск. у. в.	—
	Знаменскій Серг. Ник., в. Пятигор. б-цы.	Харьковская.
	Значковскій Константинъ Георгіевичъ, вр. Спб.	Главная.
	Зозулинскій Викторъ Болесл., в.	Кіевская.
	Золотавинъ Никол. Аванас., Петерб. г. з. в.	Главная.
	Золотницкій Влад. Ник., Нижегор. г. в.	Нижегородск.
900.	*Золотовъ* Мих. Иван., Пермск. з. в.	Пермская.
	Зосимовичъ Павелъ Иван., Борзен. з. в.	Главная.
	Зосимовичъ Анатол. Вас., в. писчеб. фабр.	—
	Зотиковъ Васил. Ал-дров., в.	Московская.
	Зубакинъ Ал-дръ Ефим., Оханск. з. в.	Главная.
	Зубаревъ Борисъ Иван., з. в.	Московская.
	Зубаревъ Георг. Серг., з. в. Тульск. г.	—
	Зубелевичъ Эдуардъ Антон., в.	Главная.
	Зубенко Емельянъ Данилов., о. Кременчуг. з. б.	—
	Зубовъ Андр. Мих., в. в. въ Мервѣ.	Туркестанск.
910.	*Зуевъ* Констант. Иван., в. в.	Главная.
	Зѣвакинъ Никол. Андр., в.	Одесская.
	*Иваки*нъ Андрей Гаврилов., о. 2 г. больн.	Московская.
	Ивановичъ Георгъ И., в. в. въ Житомірѣ.	Главная.
	Ивановскій Васил. Иванов., Ростов. з. в.	—
	Ивановскій Серг. Вас., в.	Московская.
	Ивановскій Ал-дръ Павл., переселен. в.	З.-Сибирская.
	Иванов Ал-сѣй Никол., в. (взн. за 1901 и 1902 гг.).	Главная.
	Иванов Васил. Ив., з. в.	—
	Иванов Никол. Ив., Козмодем. з. в.	—
	Иванов Мих. Ник., врачъ въ г. Гжатскѣ.	—
920.	*Иванов* Евг. Мих., сан. в.	Московская.
	Иванов Алексѣй Ив., вр. Вл. г. з. бол.	Главная.
	Иванов Ник. Ал-дров., о. Алафузов. б-цы.	—
	Иванов Ник. Серг., в. 13 стр. п.	—
	Иванов Степ. Евдок., в. губ. зем. б.	Московская.
	Иванов Владим. Владим., в. в.	Главная.
	**Иванов* Влад. Павл., в. 1 Башкир. мед. уч.	—
	Иванов Серг. Влад., в. въ Пензен. г.	—
	Иванов Митроф. Иван., Сызр. з. в.	—
930.	*Иванов* Мих. Иван., з. в. въ Саранскѣ.	—
	Иванов Иванъ Саввичъ, Костромск. пом. в. инсп.	—
	Иваницкій-Василенко Владим. Аристар., Курс. з. в.	—
	Иваницкій-Василенко Мих. Аристарх., Россиен. у. в.	Московская.
	Ивонинъ Апол. Елисѣев., з. в.	Самарская.
	Игнатовичъ Дмитр. Виниф. Бугур. з. в.	Московская.
	Игнатьевъ Михаилъ Вас., в.	—
	Игнатьевъ Варлаам Ефим., в. Межев. Ин.	

	Игнатьевъ Никол. Алексѣев., Крапивен. г. в.	Тульская.
	Игнатовъ Ал-дръ Митроф., ф. в. въ Серпух.	Главная.
940.	*Игнатовичъ* Арсен. Юліанов., о. Уездов. г.	—
	Игумновъ Серг. Никол., Моск. с. в.	Тамбовская.
	Ижевскій Ал. Петр., Кинешем. з. в.	Главная.
	Изачикъ Мих. Борис., в. в. въ Ахалцыхѣ.	—
	Изачикъ Илья Семен., Новгород. з. в.	—
	Израельсонъ Исидоръ Никол., д. м. въ Двинскѣ.	—
	Изразцовъ Влад. Гаврилов., дум. вр. въ Спб.	—
	Иллашевичъ Ив. Петр., в. в.	—
	Ильинъ Ал-дръ Степ., в. въ Пятигорскѣ.	—
	Ильинъ Николай Терентьев., Спасскій з. в.	Казанская.
950.	*Ильинскій* Владим. Капитон., ф. вр.	Московская.
	Ильинскій Борисъ Петр., в.	Туркестанск.
	Исаковичъ Моис. Исак. о. б-цы.	Одесская.
	Именитовъ Хацкель Мовш., в. Полоцк. учит. сем.	Главная.
	Истоминъ Петръ Павл., о. дѣт. б-цы.	Московская.
	Исцеръ Матв. Фил., о. 1-й гор. б.	—
	Ишерскій Влад. Ив., ж. в.	Зап.-Сибирск.
	Іогансонъ Евг. Карлов., о. псих. б. въ Уфѣ.	Тамбовская.
	Іоновъ Кузьма Ильичъ, Ананьев. з. в.	Одесская.
	Іорданъ Артуръ Павлов., в. 1 гор. б.	Московская.
960.	*Іорданскій* Левъ Григ., Нижегор. з. в.	Нижегородск.
	Іорданскій Петръ Андр., з. в.	Главная.
	Іоффе Абрамъ Григор., з. в.	Московская.
	Кабановъ Серг. Ал-дров., в. Харьк. г.	Главная.
	Каблуковъ Ал-дръ Фед., ст. в. губ. больн.	Таврическая.
	Кавецкій Евген. Леопольд., проз. з. б-цы.	Самарская.
	Каганъ Іосифъ Абрамов., Жиздр. з. в.	Калужская.
	Каганъ Самуилъ Гиршевичъ.	Главная.
	Кадкинъ Петръ Конст., в. изъ Кубанск. обл.	—
	Кадьянъ Ал-др. Ал-дров., ст. в. Петроп. б.	—
970.	**Кажданъ* Мих. Семен., бриг. в. въ Ярославлѣ.	—
	**Казановъ* Ив. Ѳеофилакт., в.	Московская.
	**Казанскій* Александ. Алексѣев., о. Казанин. в. госп.	Главная.
	Казанскій Андр. Петр., в.	Харьковская.
	Казасъ Ил. Ил., в. Симфероп. м. гимназіи.	Таврическая.
	Каковскій Мих. Анд., о. Одесск. б-цы.	Одесская.
	Какуринъ Модестъ Михайлов., в. в.	Главная.
	Калери Ив. Ал-дров., ж. в.	Харьковская.
	Калачниковъ Яковъ Ал-др., в. въ Томскѣ.	Томск.
	Калашниковъ Степ. Алексѣев., о. Краснояр. б.	Енисейская.
980.	*Калашниковъ* Петръ Яковл., ст. в. 1 Сап. б.	Главная.
	Калининъ Сем. Демьян., в. В. Д.	Московская.
	Калининъ Мих. Павл., Осинск. з. в.	Пермская.
	**Калинниковъ* Дм. Дм., в. Иркут. г.	Главная.
	Калиновскій Никол. Ив., в. в.	—
	Калита Викторъ Тимоф., в. въ Арханг.	—
	Калюжный Вас. Гр., в. въ Кіевѣ.	Кіевская.
	Каляпинъ Иванъ Васильев., о. губ. з. б-цы.	Казанская.
	Каменецкій Ал-дръ Ал-дров., в.	Самарская.
	Каменецкій Конст. Людв., зав. в. Пермск. г.	Главная.
990.	*Каменскій* Мих. Яковл., с. в. Эриван. г.	—
	Каминскій Юліанъ Леон., в. въ Новороссійскѣ.	—
	Камневъ Иванъ Семен., Меленков. з. в.	—
	Камневъ Мих. Сем., в. Меленки.	—
	Камповъ Никол. Ал-дров., в. в.	Зап.-Сибирск.
	Капитальный Павелъ Семен., в. в.	Одесская.
	Капланъ Самуилъ Абрам., в.	Минская.
	Капланъ Фебусъ Яковл., в.	—
	Капланъ Яковъ Фебус., о. псих. б-цы.	—
	Карабиновичъ Владим. Онисим., Ольвіопол. з. в.	Главная.
1000.	*Караваевъ* Фед. Львов., з. в. въ Гдовѣ.	—
	Карагеозянцъ (Каракозовъ) Григор. Иван., в.	Московская.
	Карпополовъ Ник. А-дров., фабр. в. Покров. у.	Владимірская.
	Карасевъ Зин. Семен. з. в. Вологодск.	Главная.
	Карасикъ Моисей Абрам., в.	Самарская.
	Карасинскій Генр. Станисл., Пермск. у. в.	Пермская.
	Кардашевъ Конст. Петр., в. гор. сан. ст.	Московская.
	Карелинъ Ив. Ив., Калуж. з. в.	Главная.
	Каринскій Семенъ Серг., з. в.	Московская.
	Каришневъ Влад. Дмитр., Хвалынск. г. в.	Саратовская.
1010.	*Карлинъ* Мих. Арсен., в. Моск. Техн. уч.	Московская.
	Карповъ Констант. Михайл., з. в. Петерб. у.	Главная.
	Карповъ Павелъ Петр., в. Ставр. г.	—
	Карташевъ Левъ Вас., з. в. Симбир. г.	Казанская.
	Карташевъ Никол. Инокент. ветер.	Казанск.
	Карцевъ Викт. Петр., Корсун. з. в.	Главная.
	Карчагинъ Леон. Герас., д. въ Спб.	—
	Карчевскій Влад. Сем., з. в.	Курская.
	Касперскій Леонидъ Михайл., о. Пск. губ. б.	Псковская.
	Кассандровъ Евген. Ал-дров., Сар. г. в.	Саратовская.
1020.	*Касталъскій* Ал. Ник., з. в.	Главная.
	Касторскій Евг. Серг., в. Влад. г.	—
	Касьяновъ Ив. Тихон., в. Перм. г.	Оренбург.
	Качъ Бор. Ал-др., г. в. Воронеж. г.	Главная.
	Качановскій Ал-дръ Антон., ветер.	Волынская.
	**Качановскій* Павелъ Степанов., морской вр.	Главная.
	Качковскій Петръ Эразмов. доц. Кіев. у.	Кіевская.
	Кащенко Петръ Петр., Нижегор. з. в.	Нижегородск.
	Квашонкинъ Андрей Матвѣев., Черепов. у. в.	Главная.
	Кевличъ Станисл. Михайл., в. Тобол. г. б-цы.	—
1030.	*Кедровскій* Васил. Ив., лабор. Москов. ун.	Московская.
	Кедровъ Владим. Никол., в. в.	Одесская.
	Кейзеровъ Ник. Яковл., в.	Московская.
	Кемпа Борисъ Антов., з. в. Борисогл. у.	Тамбовская.
	Кенигсберъ Іосифъ Самойлов., в.	Кіевская.
	Керстинъ Мих. Троф., Красноуф. у. в.	Пермская.
	Кефели Яковъ Іосиф., м. в.	Главная.
	Кизо Ал. Ал-др., Владим.-Вол. у. в.	Волынская.
	Кирьяковъ Влад. Ал-др., з. в.	Московская.
	Кириковъ Никол. Никол., ассист. кл. М. Ак.	Главная.
1040.	*Кирилловъ* Ал-дръ Вячеслав. з. в.	Московская.
	Киселевъ Мих. Гавр., Кунгур. у. в.	Пермская.
	Киселевъ Ник. Ник., ветер.	Казанская.
	Кисель Ал-дръ Андр., ст. в. б. Св. Ольги въ Москвѣ.	Московская.
	Кисинъ Яковъ Израил., в. въ Шкловѣ.	—
	Кистеръ Павелъ Эмил., Д. М.	—
	Китаевъ Фед. Яковл., орд. клин.	Казанская.
	Китерманъ Борисъ Петр., в. Спб.	Главная.
	Кищукъ Евстафій Давыд., в. в.	Туркестанск.
	Клаусманъ Исаакъ Моис., у. в.	Курская.
1050.	*Клаусманъ* Іосифъ Моис., в.	Главная.
	Кладницкій Ник. Никол., в. в.	—
	Клевезалъ Вл. Павл., з. в. Рязан. г.	—
	Клементьевъ Ник. Герас., сан. в.	Московская.
	Клепцовъ Конст. Захар. ветер.	Казанск.
	Климовичъ Ипполитъ Викент. Казимір., у. в. Каз. г.	Московская.
	Климовъ Вас. Ив., в. въ Серпуховѣ.	Главная.
	Климовъ Иванъ Артем., з. в. Донск. Обл.	—
	Клинъ Эрнстъ Эрн., гл. док. 1-й Москов. гор. б.	Московская.
	Клименко Вас. Никол., в. в. Спб.	Главная.
1060.	*Клиниковъ* Дмитрій Константин. з. в.	—
	Клоковъ Яковъ Георг., уч. в. Ковельск. у.	Волынская.
	Клопотовичъ Викт. Феофил., в. в.	Главная.
	Клочковъ Ив. Тер., Валков. з. в.	Харьковская.
	Клуттъ Хананъ Залман., в.	Главная.
	Клушанцевъ Серг. Ал-др., з. в. Тверск. г.	—
	Клыковъ Левъ Леонт., Самар. з. в.	Самарская.
	Клюжевъ Никол. Сем., в. сан. бюро.	—
	Ключаревъ Петръ Гавр., Вязник. з. в.	Владимірская.
	Ключаревъ Конст. Павл., ветерин.	Харьковская.
1070.	*Клярфельдъ* Исаакъ Нусимовичъ.	Главная.
	Клячкинъ Савел. Ал-др., ветерин.	—
	Кнерцеръ Никол. Андр., Тульск. В. И.	Тульская.
	Книжниковъ Влад. Вас., з. в.	Московская.
	Книжниковъ Мих. Вас., в.	Главная.
	Кнотте Богданъ Адольф., в.	Кіевская.
	Князевъ Вас. Ник., з. в.	Московская.
	Ковальскій Францъ Юліанов., в. изъ Сѣдлецк. г.	Главная.
	Ковалинскій Ив. Мих., в. въ Кіев. г.	—
	Ковалевскій Ник. Викентьев., Козмодемьян. з. в.	Казанск.
1080.	*Ковальскій-де-Шмиденъ* Ал. Макс., о. з. б. въ Чер.	Главная.
	Коварскій Илья Матв., Д. зубовр. школы.	Московская.
	Коганъ Евг. Аркад., о Калин. б.	Главная.
	Коганъ Григор. Абрам., з. в.	—
	Кожевниковъ Алексѣй Петр., в. в.	Воронежская.
	**Козаченко* Иванъ Андр., ветер.	Главная.
	**Козихъ* Констант. Нетр., в. въ Кяхтѣ.	—
	Козловскій Бронисл. Станисл., в. Софіев. б.	Кіевская.
	Козловскій Порфир. Іерон., в.	Главная.
	**Козловскій* Ник. Петр., у. в. Могил. г.	—
1090.	*Козловскій* Иванъ Іероним., о. Мар. б. въ Спб.	—
	Козловъ Фед. Ал-др., Переясл. з. в.	—
	Койранскій Моис. Мих., ветер.	Тамбовская.
	Кокинъ Павелъ Иван., в. в. въ Кіевѣ.	Главная.
	**Колесниковъ* Ник. Фалал., доцентъ.	—
	Колесниковъ Андр. Ал-др., Красноуф. з. в.	Пермская.
	Колесниковъ Евген. Макс., з. в. Уфим. г.	Казанская.
	Колесниковъ Феофилъ Ивановичъ.	Главная.
	Колбасенко Ив. Ст., в. в. въ Владивост.	—
	Колечицкій Алексѣй Павл., п. и. студ. М. У.	Калужская.
1100.	*Колли* Владим. Александр., о. Мороз. б.	Московская.
	Колокольниковъ Ив. Ник., ст. в. Хвалын. рез. б.	Туркестанск.
	Колокольниковъ Афон. Ив., Солик. з. в.	Пермская.
	Колосовскій Серг. Ал-др., Пенз. з. в.	Главная.
	Колосовъ Георгій Алексѣев., в. въ Спб.	—
	Колотинскій Серг. Діомид., о. Новозеам. б.	—
	Колошинъ Лавръ Дм., в.	—
	Колчинъ Васил. Васил., о. зем. б-цы.	Самарская.
	Коль Адол. Леоп., ф. в. Моск. г.	Московская.
	Коляго Степ. Ив., в. в.	Главная.
1110.	*Колюбакинъ* Вас. Ив., в.	Воронежск.
	Комаевъ Ал-дръ Вас., с. в. Ковен. г.	Московская.
	Комарницкій Никол. Антон., ж. в.	Пермск.
	Комаревскій Илья Васил., о 2-ой Моск. г. б.	—
	Комаровскій Дмитр. Елеазар., Луган. з. в.	Главная.
	Комаровъ Иванъ Яковл., Самар. з. в.	Самарская.
	Комаровъ И. К., ветер.	Вологодская.
	Комаровъ Мих. Павл., о. Яуз. б.	Московская.
	Комаровъ Ник. Мих., ас. клин. амбул.	—
	Комаръ Антонъ Семен., Охан. з. в.	Пермская.
1120.	*Компанцевъ* Пав. Гр., Проскур. г. в.	Харьковская.
	Конвалевскій Стан. Людв., в. в.	Кавказская.
	Кондорскій Мих. Конст., з. в.	Московская.
	Кондорскій Иванъ Константин., Курск. з. в.	Курская.
	Кондратовичъ Конст. Владисл., в.	Казанская.
	Кондратьевъ Фед. Дан., в.	Главная.
	Кондратьевъ Ник. Федор. с. в.	Кавказск.
	**Кондратьевъ* Петръ Алексѣев., Саран. с. в.	—
	Кониковъ Либер. Іезекіил., изъ Царицына.	—
	Коноваловъ Петръ Ник., в. Краснояр. рез. бат.	Енисейская.

1130. *Константиновскій* Иванъ Вас., гл. в. Преображ. б. — Московская.
Константиновъ Ал-дръ Фед., Бузулук. у. в. — Самарская.
Контребинскій Евг. Ксаверьев., в. сирот. Д. — Кіевская.
Концевичъ Гавр. Ив., в. — З.-Сибирск.
Копыловъ Петръ Степан., Кунгур. з. в. — Пермская.
Копыловъ Петръ Степан. Кунгур. з. в.
Копаневичъ Ef. Кон., в. Могил. г. — Главная.
Копосовъ Василій Петр., в. в. — —
Копѣйчиковъ Ив. Григ., з. в. — —
Коравко Клемент. Фед.. Тамб. з. в. — Тамбовская.
1140. *Кореневъ* Евг. Никол., в. въ Иркут. г. — Главная.
Корелинъ Вас. Вас. в. (вз. за 1902 и 3 гг.). — Томск.
Коринфскій Николай Иван. ветерин. — Главная.
Коркуновъ Ал-дръ Павл., проф. Том. у. — Томск.
Корнъ Ив. Гр.. с. вр. Минусинск. окр. — Енисейская.
Корнѣйчикъ-Севастьяновъ П. Ник., в. (Спб.). — Главная.
Королевъ Никол. Ал-др., з. в. — Московская.
Коровинъ Ал-дръ Мих., д. лѣчебн. алког. — Московская
Коровинъ Иванъ Петр., проз. В.-М. Ак. — Главная.
Коровицкій Конст. Илар., доц. Кіев. у. — Волынская.
1150. *Короневскій* Левъ Аарон. зав. повив. инст. — Томск.
Корсаковъ Никол. Серг., проф. Моск. у. — Московская.
Кортиковскій Борисъ Ал-дров., з. в. Пенз. губ. — Казанская.
Коссовскій Вандалинъ Никол. в. — Харьковская.
Корчемкинъ Иванъ Иван., з. в. — Московская.
Коршунъ Степанъ Павл., содерж. частн. лѣч. — Кіевская.
Космовскій Юліанъ Ал-др., в. в. — Архангельск.
Косминскій Никол. Ал-дров. в. — Курская.
Коссовъ Дмитрій Ал-др., з. в. Орл. г. — Московская.
Костевичъ Ив. Ал-др., з. д. дезифекц. камер. — Одесская.
1160. *Костецкій* Ив. Евмен., сельск. в. — Кіевская.
Костецкій Ник. Иван., ветер. — Главная.
Косткевичъ Ал-дръ Ипполит., ст. вр. б-цы Чернор. — Кіевская.
Котелевскій Дм. Дм., прозект. Варш. у. — Главная.
Котловъ Серг. Ал-дров., Луган. з. в. — —
Кочуринъ Конст. Евдоким., ж. в. — Саратовская.
Краевъ Вас. Андр., Кушвин. завод. в. — Пермская.
Кравецъ Мих. Григ., Лужск. з. в. — Главная.
Кравченко Павелъ Логинов., в. въ Тирасполѣ. — —
Крайневъ Ал-дръ Вас., з. в. — —
1170. *Крамольскій* Никол. Ефим., Инсар. з. в. — —
Краснобаевъ Тимоф. Петр., о. б. Св. Владиміра. — Московская.
Красноглазовъ Вл. Петр., о. Мясниц. б-цы. — —
Красновъ Вас. Осип., о. Жит. богоуг. зав. — Волынская.
Красновъ Мих. Никит., сел. в — Енисейская.
Красновъ Влад. Вас., в. въ Сарат. — Главная.
Краснопѣвцевъ Ал-дръ Алексѣевичъ, в. въ Спб. — —
Краснопѣвцевъ Дм. Егор., Крапивн. з. в. — Тульская.
Красовскій Конст. Никол., Киржачс. г. в. — Главная.
Красовскій Мих. Никол., в. — —
1180. *Краузе* Ив. Адольф., в. Маріин. б. въ Спб. — —
Крахоткинъ Дмитр. Ал-др., о. Брест.-Лит. г. — —
Крашевскій Каз. Гавр., в. — —
Крашевскій Стан. Гавр., в. вр. Вы. г. — —
Крестовъ Леонидъ Вас., Рост. Яросл. г. з. в. — —
Кретцеръ Лазарь Викт., в. въ Нарвѣ. — —
Кржижановскій Иванъ Васильевичъ, зав. вр. — —
Крюгеръ Фридрихъ Карл. проф. Томск. У. — Томская.
Кржичковскій Антонъ Карл., в. Варш. ж. д. — Главная.
Кривополянскій Алексѣй Ал-др., Курган. с. вр. — Зап.-Сибирск.
1190. *Кривскій* Леонидъ Ал-др., в. въ Спб. — Главная.
Крижевскій Эм. З., в. въ Кіевской г. — —
Кричевскій Левъ Влад., в. въ Воронежѣ. — Харьковская.
Криштопенко Алек. Кондр., Пятигор. окр. в. — Главная.
Кротковъ Ник. Ал-сѣев., з. в. — —
Круковскій Янкель, въ Спб. — —
Круковскій Вольфъ Моис., в. — Одесская.
Крупецкій Ал-сѣй Алексан., Черниг. з. в. — Главная.
Крыловъ Петръ Петр., Самар. з. в. — Самарская.
Крыловъ Петр. Гр., в. Костр. г. — Главная.
1200. *Крыловъ* Дмитрій Осип., в. в. — —
Крыловъ Ник. Алексѣев., в. — Московская.
Крыловъ Ив. Никол., Самар. з. в. — Самарская.
Ксюнинъ Порф. Порф. лабор. ун. — Томская.
Крюковъ Андріанъ Александр., проф. Моск. у. — Московская.
Крюковъ Мих. Мих., о. Обуховск. б. — Главная.
Крюковъ Ал-дръ Никол., в. — Московская.
Крюковъ Вас. Дмитр., ветер. — Самарская.
Кряжимскій Ал-дръ Григ., Самар. з. в. — —
Кудринъ Владим. Серг., Гл. Мед. Инсп. флота. — Главная.
1210. *Кудрявцевъ* Петръ Григор., в. въ Кубанск. О. — —
Кудрявцевъ Дм. Ник., Тамбов. з. в. — —
Кудряшовъ Ал-дръ Ив., в. клин. госп. въ Спб. — —
Кузнецовъ Леонидъ Андреев., Петров. Акмол. о. у. в. — —
Кузнецовъ Александръ Харит., з. проф. Харьк. у. — Харьковская.
Кузнецовъ Ив. Иппол., в. Волын. г. — Главная.
Кузнецовъ Ив. Павл., Нижегород. з. в. — Нижегородск.
Кузнецовъ Никол. Макар., в. въ Харьк. — Харьковская.
Кузнецовъ Никол. Федор., Полт. з. в. — Главная.
1220. *Кузнецкій* Дм. Петр., Тагельск. з. в. — —
Кузнецкій Петръ Васил., завод. в. Пермск. г. — —
Кузьминскій Самуилъ Абрамов. в. — —
Кузьминъ Сергѣй Аркадьев., в. Бахр. богад. — Кіевская.
Кузьминъ Ник. Ив., в. Полоцк. кад. корп. — Московская.
Кулаевъ Мстиславъ Ал-дров., з. в. — Главная.
Кулебякинъ Никол. Осип., завод. в. Оренбург. г. — Казанская.
Кулевъ Андр. Ник., в. въ Болградѣ. — Главная.
Кулевичъ Людв. Франц., Кролев. з. в. — —
Кулешовъ Ал-дръ Африк., Фатежскій з. в. — Кіевская.
1230. *Кулешовъ* Ник. Ак., в. в. — Курская.
Кулигинъ Владим. Никит., з. в. — Главная.
Культашевъ Мих. Михайл., з. в. Тул. г. — —
Кульчицкій Фаустинъ Семенов., з. в. — Московская.
Кунаковъ Г. Я. — Кіевская.
Куница Зельдманъ Завелев., в. въ Новозыбковѣ. — Главная.
Кунцевичъ И. А., в. — —
Купресовъ Конст. Вас. участков. в. — Нижегородск.
Курилбинъ Виктор. Ал-др. Шадрин. г. в. (взносъ за 1902 г.). — Томская.
Купаловъ Ал-дръ Яковл., з. в. — Казанская.
1240. *Купенскій* Гершъ Мееръ Іосифов., в. Спаск. з. — Владимірская.
Купидоновъ Вас. Гавр., о. Александр. б. въ Каз. — Казанская.
Купресовъ Вас. Вас., з. в. Самар. г. — —
Купревичъ Николай Семен., з. в. — Главная.
Кураевъ Никол. Никандр., з. в. — Казанская.
Курбатовъ Иванъ Ильичъ, ст. о. Павл. б. — Курская.
Курило Ив. Фед., з. в. — Московская.
Куркинскій Васил. Иван., о. гор. б. — Главная.
Куркинъ Петръ Ив., в. — Московская.
Куренковъ Ал-дръ Павл., о. Семенов. госп. — Главная.
1250. *Курзонъ* Беньям. Мордух. в. — —
Куркутовъ Ал-дръ Герасим., п. Енисейск. В. И. — Самарская.
Курловъ Михаилъ Георг., проф. Томск. у. — Енисейская.
Курносовъ Никол. Дмитр., в. г. Богучаръ. — Главная.
Куровскій Бр. Юльян., о. при В. Д. — —
Курочкинъ Ник. Никол., Пересл. з. в. — Московская.
Кусковъ Инок. Ив., Крас. г. в. — Владимірская.
Кутузовъ Ник. Афонас., в. Арханг. г. — Енисейская.
Кухтеринъ Поликарпъ Михайл., в. изъ Тобол. г. — Главная.
Кушниковъ Дм. Алексѣев., з. в. — —
1260. *Лаврентьевъ* Ник. Кирил., Царицын. в. — Казанская.
Лавровъ Ник. Дмитр., Козловск. з. в. — Саратовская.
Лавровъ Васил. Никол., з. в. — Главная.
Лавровъ Владим. Аркадьев., Бугульм. з. в. — Тульская.
Лавровъ Николай Дмитріев., ветерин. — Самарская.
Ладыгинъ Нилъ Андреев., Опочец. з. в. — Главная.
Лазовскихъ Мих. Федор., ветер. — —
Ламишнинъ Алексѣй Ал-дров., ф. в. (Серпуховъ). — Зап.-Сибирск.
Ланда Исай Моис., о. Херсон. псих. лѣч. — Главная.
Ланевскій Ник. Игнатьев., сан. в. (Житоміръ). — Херсонская.
1270. *Ланевскій* Витольдъ Никол., в. — Волынская.
Лапковъ Мих. Вас., Ставроп. з. в. в. Сам. г. — —
Ландесманъ Абрамъ Ишеров. в. — Главная.
Ласковъ Юдель Израил. с. в. Акмол. обл. — Харьковская.
Ласкій Мартынъ Мартын., в. в. въ Одессѣ. — З.-Сибирск.
Латухинъ Андрей Ивановичъ, вр. въ Спб. — Главная.
Лебедевъ Ал-дръ Никол., в. — —
Лебедевъ Петръ Никол., Херсон. сан. в. — Московская.
Лебедевъ Петръ Вас., ф. в. Калужск. г. — Херсонская.
Лебедевъ Алексѣй Петр., в. Томск. г. — Главная.
1280. *Лебедевъ* Дмитр. Никол., в. Томск. г. — —
Лебедевъ Иванъ Васил., з. в. Тверск. г. — —
Лебедевъ Вас. Ст., с. в. — Московская.
Лебедевъ Дмитр. Федоров., Казан. з. в. — —
Лебедевъ Иванъ Конст., в. въ Астрахани. — Казанская.
Лебединскій Петръ Васильевичъ, в. в. въ Кинешмѣ. — Харьковская.
Леваковскій Никол. Прокоф., санит. в. въ Спб. — Главная.
Левашовъ Федоръ Разумников., Галичск. у. в. — —
Левашовъ Серг. Васильев., проф. Казанск. у. — —
Левданскій Илья Моис., в. Курск. г. — —
1290. *Леви* Эмил. Семен., в. Рига. — Курская.
Левданскій Максъ Ильичъ з. в. (взносы за 1902 и 1903 гг.). — Главная.
Левензонъ Ал-дръ Ильичъ в. — Курская.
Левинъ Григ. Львов., в. Спб. — Рост. на Д.
Левитскій Василій Ал-дров., в. въ экон. гр. Строгон. — Главная.
Левитскій Михаилъ Ал-дров., Сумскій з. в. — Харьковская.
Левитскій Никол. Валент., Устюжск. з. в. — —
Левитскій Иванъ Андреев., отст. в. в. — Вологодская.
Левитскій Павелъ Ал-др., в. — Главная.
Левицкій Модестъ Филип., с. в. Кіев. г. — Вологодская.
1300. *Левковъ* Ал-дръ Никол., з. в. — Волынская.
Левъ Израиль Моис., в. въ Спб. — Саратовская.
Лезелъ Федоръ Франц., в. въ Харьк. — Главная.
Лезинъ Петръ Андреев., о. Яузск. б. — Харьковская.
Лемешевъ С. А., Старобѣльск. з. в. — Московская.
Ленкевичъ Казиміръ Валеріан., Слободск. з. в. — Главная.
Лентовскій Сергѣй Ал-дров., морск. в. — Казанская.
Леоновъ Ал-др. Никол., в. в. — Главная.
Леоновъ Дмитр. Никол., Ворон. з. в. — —
Леонтьевскій Петръ Михайлов., Вельскій з. в. — Тамбовская.
1310. *Лепехинъ* Евгеній Иван. о. б-цы. — Вологодская.
Леонтьевъ Павелъ Конст., ветерин. — Херсонская.
Леонтовичъ Петръ Евграфов., Валков. вет. — Казанская.
Леплинскій Конст. Мих., доц. Кіевск. Ун. — Харьковская.
Лещинскій Миронъ Исаев., Старобѣл. з. в. — Кіевская.
Лещукайтисъ Антонъ Антонов., з. в. — Главная.
Ліонъ Мих. Ефим., в. Самар. псих. кол. — Курская.
Либерманъ Моис. Хаимов. уч. в. Житомір. у. — Самарская.
Либеровъ Никол. Дм. клин. (взносы за 1902 и 1903 гг.). — Волынск.
— Томская.

	Лимбергеръ Яковъ Исааков.	Главная.
1320.	**Липковскій* Іосифъ Леонов., з. в.	—
	Липшицъ Файвель Абрам., в.	—
	**Липпоманъ* Адольфъ Адам., Кіев. г. в.	Кіевская.
	Лисовскій Осипъ Иван., Ковельск. г. в.	Волынская.
	Листовъ Влад. Вас., в. Кадет. корп.	Главная.
	Лисянскій Влад. Иван., о. губ. б-цы.	Саратовская.
	Линдваль Петръ Карл. з. в.	Казанская.
	Лисицинъ Ник. Ив. в.	Московская.
	Лихачевъ Алексѣй Николаевичъ, Консульт. Екатеринославской з. больн.	Главная.
	Лихтенштейнъ Матусъ Мойшев., вр. въ Кременч.	—
1330.	*Лиходѣдъ* Степ. Емельян., Нѣжинск. з. в.	—
	Лобановъ Васил. Павл., дѣлопр. мед. факульт.	Московская.
	Лобковъ Дмитрій Евсеев., вр. 24 п. Симб. п.	Харьковская.
	Логиновъ Георг. Мих., о. Рожд. б. въ Спб.	Главная.
	Ложечниковъ Сергѣй Никол., гл. в. Москов. глазной больницы.	Московская.
	Лозинскій Ал-др. Ал-дров., врачъ въ Спб.	Главная.
	**Лозинскій* Вас. Петр., в. въ Гапсалѣ.	—
	Лозинскій Евм. Плат., п. инсп. студ. Кіев. У.	Кіевская.
	Ломовицкій Павелъ Фирсов., в. при Томск. у.	Томская.
	Ломоновъ Васил. Никол. о. Никол. б-цы.	Харьковская.
1340.	*Лопатковъ* Ал-дръ Ал-дров., Ирбитскій з. в.	Пермская.
	Лопатинскій Іосифъ Григор., в. Спб.	Главная.
	Лопатинъ Алексѣй Ал др., в. Томск. г.	—
	Лопушанскій Павелъ Акимов., Дубенск. с. в.	Волынская.
	Лоскутовъ Ник. Мих., з. в.	Главная.
	Лось Абраамъ Исаак., в. въ с. Гуляй-Полѣ, Екатерин. г.	—
	Лотинъ Алексѣй Вас., врачъ въ Спб.	—
	**Лохвицкій* Ал-дръ Конст., Бирючин. у. в.	—
	Лохвицкій Левъ Граціанов. ж. в. (Омскъ).	Зап.-Сибирск.
	Лузинъ Федоръ Иван., ветер. Муром. з.	Владимірская.
1350.	*Лукинъ* Ал-дръ Ник., з. в.	Московская.
	Луковскій Людвигъ Иван., в.	Главная.
	Лукомскій Васил. Никол., Екат. сан. в.	—
	Лукьяновъ Серг. Мих., т. мин. нар. пр.	—
	Лунцъ Михаилъ Аркадьев., о. 1 гор. Моск. б.	Московская.
	Лурія Романъ Альберт. в.	Казанская.
	Лурье Юрій Ильичъ, Клинс. з. в.	Главная.
	Лурье Яковъ Владим., в. въ Острогѣ.	—
	Лурье Ал-дръ Григорьев., в.	Кіевская.
	Лучинскій Ал-дръ Ал-дров., в. въ Спб.	Главная.
1360.	*Лучковскій* Эдуардъ Иван., въ г. Холмѣ.	—
	Львовъ Леонъ Павл., Самар. з. в.	—
	Львовъ Рувимъ Абрам., в.	Кіевская.
	Лѣснобродскій Антонъ Иван., в. Могил. г.	Главная.
	Лѣсовой Вас. Герасим., в. Нижегор. у.	Нижегородск.
	Любарскій Владим. Михайл., в. почт. конторы.	Херсонская.
	Любашевскій Илья Семен., в. въ Баку.	Главная.
	Любенецкій Викт. Львов., Бѣлецк. г. в.	—
	Любецкій Ник. Серг., в. в.	Кавказская.
	Любимовъ Никол. Ив., Моск. з. в.	Главная.
1370.	*Любимовъ* Серг. Ник., Борович. з. в.	—
	Любимовъ Вас. Андр., Перм. г. з. в.	—
	Любимовъ Ал-дръ Павл., ветерин.	Самарская.
	Лысаковскій Іос. Владисл., в.	Вологодская.
	Любомудровъ Пав. Вас., о. Моск. г.	Главная.
	Любомудровъ Ал-дръ Петр., в.	—
	**Любославовъ* Сераф. Иван., Симбир. з. в.	—
	Любскій Вас. Евг., в. в. Байкал. О.	—
	Любушкинъ Алексѣй Лукичъ, в. Преобр. б.	Московская.
	Лянцъ Альфр. Ив., о. Мясниц. б.	—
1380.	*Лясс* Сав. Абр., Сарат. з. в.	Саратовская.
	Ляховецкій Мих. Ив., в. в.	Зап.-Сибирск.
	**Мазановскій* Осипъ Ант., ст. о. Динабург. в. г.	Томская.
	Маврицкій Владим. Абрам., Либав. г. в.	Главная.
	Магнитскій Ив. Корн., в. 19 стр. п.	—
	Маковъ Конст. Ник. в.	Томская.
	Макушинъ Алексѣй Ив. в. епарх. учил.	—
	Макѣевъ Мих. Ник. в.	Московская.
	Майзель Гавріилъ Андреев., в.	Воронежская.
	Майзельсъ Айзикъ Евфроим., в. Ошск. лаз.	Главная.
1390.	*Майковъ* Петръ Яковл., лабор. бактер. Инст.	Казанская.
	Макаровъ Мих. Викт., в.	Рост. на Д.
	Максимовъ Всевол. Васил., Бобровск. г. в.	Главная.
	Максимовъ Пав. Дм., з. псих. от. Курск. Бог. зав.	Херсонская.
	Маковскій Казим. Карл., з. в.	Саратовская.
	**Маковецкій* Николай Емельян., Иркутск. В. И.	Главная.
	Малевичъ-Малевскій Серг. Юліев., в. Бар. б. въ Спб.	—
	Малевскій Ив. Осип., Хвалынск. з. в.	Казанская.
	Малѣевъ Ив. Мих., Соликам. з. в.	Пермская.
	Малѣевъ Фед. Фед., въ Комерч. Уч.	Рост.-на Дону.
1400.	*Малиновскій* Бол. Ст., в. въ Слуцкѣ.	Главная.
	Малиновскій Ефим. Семен., Острог. у. в.	Волынская.
	Малиновскій Ипполитъ Викент., вр. въ Спб.	Главная.
	Малиновскій Иванъ Яковл., в.	Московская.
	Малиновскій Левъ Ал-др., проф. Кіев. у.	Кіевская.
	Малковъ Вас. Митр., в. (Ялта).	Главная.
	**Маловъ* Гр. Ив., Козлов. з. в.	—
	Маловъ Фед. Ив., з. в. Тамбов. г.	Тамбовская.
	Мальдутисъ Адріанъ Павл., в.	Главная.
	Малькевичъ Ив. Донат., в.	Минская.
1410.	*Мальмъ* Карлъ Фед., зав. в. въ Кизелѣ.	Пермская.
	**Мальцевъ* Владим. Ив., ветер.	Главная.
	**Мальцевъ* Ив. Олимпіев., Мценск. з. в.	Минская.
	Малышевъ Ник. Григ., в.	Московская.
	Малышевъ Ив. Мих., о. Мясн. б.	—
	Малышевъ Дм. Серг., в. въ Шуѣ.	Главная.
	Малюницкій Іосифъ Игнатьев., в.	—
	Мандельбергъ Левъ Евсѣев., в.	Кіевская.
	Мандельштамъ Эммануилъ Емельян., в. въ Кіевѣ.	—
	Маневскій Вас. Вас., в. в.	Главная
1420.	*Маниловскій* Іустин. Викт., в. для коман. Житом.	Волынская.
	Манковскій Исаакъ Іосиф., в. въ Россіенахъ.	Главная.
	Манкевичъ С. М.	
	Мануевичъ Мееръ Яков., в. въ Кременчугѣ.	Главная.
	Маньковъ Ал-дръ Влад., Мож. з. в.	—
	Мараевъ Андр. Викт., в. в. Спб.	—
	Марецкій Петръ Феликс., в. Сухум. лаз.	—
	Марголинъ Борухъ Гирш., Бѣлецк. з. в.	—
	Маріопольскій Борисъ Мих. Дир. фельдшер. школы.	З.-Сибирская.
	Маркевичъ Ник. Евстаф., Ровенск. с. в.	Волынская.
1430.	*Маркевичъ* Осипъ Павл., с. в.	Главная.
	Марковичъ Марк. Абрам., з. в.	—
	Марковичъ Владим. Стоян., в.	—
	Марковъ Михаилъ Яковл., Корсун. з. в.	—
	Марковъ Алексѣй Фед., о. Яузск. б.	Московская.
	Марковъ Ив. Егор., Пензен. з. в.	Харьковская.
	Марковъ Ив. Павл. ветер.	Московская.
	Мармельштейнъ Ив. Ив., изъ Черн. Яра.	Главная.
	Мартыновъ Ал-дръ Вас., в. Рожд. бар. б.	—
	Мартыновъ Лука Егор., Пермск. з. в.	Казанская.
1440.	*Мартыновъ* Никол. Андреев. з. в. (взносы за 1902 и 1903 гг.).	Казанская.
	Марциновскій Мих. Ив., в. Шемахин. резер. п.	Главная.
	Марциновскій Валент. Ив., Арх. у. в.	Архангельск.
	Марьянчикъ Наумъ Пет., в.	Кіевская.
	Масловскій Викторъ Юліан., в.	Казанская.
	Масловскій Петръ Алексѣев., в. Вятск. г.	Главная.
	Масловскій Мих. Степ., ж. в.	—
	Масловскій Ал-дръ Ник., в.	Харьковская.
	Масловъ Ал-сѣй Ал-др., в. Харьк. Мед. Общ.	—
	Масалитиновъ Алекс. Григ., в. въ Харьковѣ.	—
1450.	*Массенъ* Вас. Ник., проф. Одесск. унив.	Главная.
	Массонъ Павелъ Ал-др., в. в.	—
	Матвѣевъ Ал-дръ Павл., в. въ Кузнецкѣ.	Пермская.
	Матвѣевъ Ив. Матв., в. Долгор. л.	Московская.
	Матусовскій Андр. Іосиф., в. Спб.	Главная.
	Маховъ Ал-дръ Никол., Ирбитск. з. в.	Пермская.
	Машкиллейсонъ Нисон. Кельманов., в.	Минская.
	Медвѣдевъ Вас. Вас. о. Павл. б.	Московская.
	Меервщиковъ Н. К. зав. дѣт. пріют. Нижегород. зем.	Нижегородск.
	Медовиковъ Петръ Серг., в. в. въ Вильнѣ.	Главная.
1460.	*Мединцевъ* Ник. Мих., Острогожск. г. в.	—
	Мееръ Антонъ Венедиктовичъ.	
	**Мейеръ* Ив. Карл., в. пріюта душ.-бол. въ Перми.	Пермская.
	Мелешинъ Мих. Ант., з. в.	Тамбовская.
	Мельниковъ-Разведенковъ Ник. Ѳедот. пр. Харьк. у.	Харьковская.
	Мелкихъ Ал-дръ Ал-дров., лабор. Казан. унив.	Казанская.
	Мендельсонъ Ал-дръ Леонт., о. б-цы св. Пантел.	Главная.
	Мендлинъ Ал-дръ Ник., в.	—
	Ментовъ Ник. Ник., з. в. Калуж. г.	Московская.
	Меньшиковъ Ал-дръ Никол., о. Томск. Ун.	Томская.
1470.	*Меньшиковъ* Алексѣй Семен., Шадринскій з. в.	Пермская.
	**Меньшиковъ* Митроф. Ал-др., Повѣнеж. з. в.	Главная.
	Мергель Вячесл. Конст., в.	Ростов. на Д.
	Мерклейнъ Дмитр. Казимір., з. в. Ворон. г.	Московская.
	Меркуловъ Ал-дръ Ник., Воронеж. з. в.	Тамбовская.
	Металльниковъ Ал-дръ Мих., в.	Главная.
	Металловъ Владим. Ив., Бѣлев. з. в.	—
	Меѳодіевъ Вячесл. Алексѣев., в. в.	—
	Меѳодіевъ Ник. Владим., г. в. Арханг.	Архангельск.
	Мигаловскій Никол. Серг., о. кл.	Казанская.
1480.	*Мигринъ* Ник. Степан., в.	Харьковская.
	Мизеровъ Матв. Ив., Красноуф. з. в.	Пермская.
	Миклашевскій Мих. Матв., с. в. Витеб. г.	Главная.
	Миленковичъ Христоф. Ив., Коротояк. з. в.	—
	Миллеръ Эд. Эдуард., в. в. въ Кишиневѣ.	—
	**Миловидовъ* Ал-дръ Ник., Вятск. з. в.	—
	Мильскій Тихонъ Конст., з. в.	Харьковская.
	Минензонъ Іос. Яковл., з. в.	Курская.
	Мино Ник. Мих., в. 109 Волж. п.	Главная.
	Минаттъ Егоръ Леонид., в.	Таврическая.
1490.	*Мироновъ* Мих. Мих., Серпухов. з. в.	Главная.
	**Мироновичъ* Конст. Ильичъ, Балтскій с. в.	—
	Миропольскій Владим. Федор., с. в. въ Читѣ.	—
	Мисловскій Алек. Андр., Верхн.-Исет. зав. в.	Пермская.
	Мисловскій Серг. Ал-др., Екатер. тюремн. в.	—
	Митрофановъ Васил. Григ., Телов. у. в.	Кавказская.
	Мифле Іосифъ Эдуард., в. для бѣдныхъ.	Одесская.
	Михайловскій Як. Ив., о. Макс. лѣч.	Главная.
	Михайловскій Владим. Павл в.	Кіевская.
	Михайловъ Мих. Петр., в. в. въ Тифлисѣ.	Главная.
1500.	**Михайловъ* Ник. Степ., Старобѣльск. з. в.	—
	Михайловъ Вас. Алек., Валков. з. в.	—
	Михайловъ Петръ Петр., в. б-цы св. Ольги.	Московская.
	Михайловъ Ник. Вас., в. въ Кіевѣ.	Кіевская.
	Михайловъ Андр. Федор., з. в.	Московская.
	Михайловъ Викт. Мих., Д. М.	—
	Михайловъ Серг. Ал-др., ж. в.	—
	Михайловъ Серг. Ив., в. в.	Главная.

Михайловъ Серг. Мих., Серпухов. з. в.	Главная.
Михайловъ Николай Николаевичъ, мл. в. вр.	
1510. *Михайловскій* Александръ Ивановичъ, з. вр.	
**Михалевичъ* Афанас. Ив., в. (Елизаветградъ).	Главная.
Михайлопуло Георг. Конст., сан. в. въ Екатеринод.	—
Михалкинъ Петръ Ник., о. Нижегор. з. б.	Нижегородск.
Михальковъ Серг. Федор., ветер.	Казанская.
Михельсонъ Хаимъ Еселев., в.	Главная.
Михновскій Ант. Ив., в. в.	—
Мицкевичъ Серг. Ив., в.	Московская.
Мицкелюнасъ Ант. Франциск., в. Яросл. г.	Главная.
Мищенко Петръ Іосанов., Старобѣл. з. в.	—
1520. *Младенцевъ* Як. Ник., морск. в.	—
Млодзѣевскій Викент. Корнел., о. Марiин. Москов. б.	Московская.
**Могилевскій* Пав. Ив., ветер.	Главная.
Могилянскій Алек. Мих., пом. гл. в. клин. госп.	—
Модестовъ Ал-дръ Федор., в. изъ Могилева.	—
**Модестовъ* Андрей Мих., Корсун. з. в.	—
Можайкинъ Петръ Аркад., в. Воронеж. ж. д.	Курская.
Моисеевъ Яковъ Аристарх., в.	Туркест.
Мокѣевъ Ал-дръ Ник., в. Гатч. инст.	Главная.
Молдавскій Ал-дръ Павл., з. в.	—
1530. **Моллессонъ* Ив. Ив., з. в.	—
Молодыкинъ Андрей Ив., ветер.	Рост. на Дон.
Молчановъ Пав. Кузм., в. Гусевск. зав.	Владимiрская.
Молотковъ Алексѣй Гавр. о. клин.	Томская.
Мольковъ Альфредъ Владисл., в. сан. бюро Моск. з.	Московская.
Мондшейнъ Болесл. Эдуард., з. в. Смолен. г.	—
Мора Фридрихъ Август., в. Рязан. Ур. ж. д.	—
Морголинъ Борисъ Ильичъ.	
Моцаковъ Ростисл. Петр. в.	Харьковская.
Моргулисъ Юлій Абрам., в. еврейск. б.	Таврическая.
1540. *Моркеновъ* Влад. Ив., в. Никол. Херс. г.	Главная.
Морозовъ Владим. Ник., в. въ Спб.	—
Морозовъ Дмитрій Серг., пом. В. И.	Волынская.
Морозовъ Андрей Ал-др., з. в. Пензен. г.	Казанская.
Москвинъ Мих. Дмитр., в. в.	Главная.
Мостковъ Абрамъ Зильманъ, в. Кутанск. г.	—
Мультаненъ-Сахаровъ Ив. Самуил., в. в.	—
Муралевичъ Степ. Кипріан., Ѳеодос. г. в.	—
Муратовъ Ал-дръ Ал-дров. проф. Кіевск. У.	Кіевская.
Мурзаевъ Сем. Вик., ж. в. Акмолин. обл.	Зап.-Сибир.
1550. *Мусерскій* Прокоп. Михайл., в. в.	Туркестанск.
Мухановъ Левъ Никол., о. Самар. з. б.	Самарская.
Мухинъ Ал-дръ Ал-др., з. в. Пермск. г.	Главная.
Мушниковъ Вас. Иван., ветерин.	Енисейская.
Мылицынъ Васил. Ив., в.	Самарская.
Мыльцевъ Вас. Андр., в. Уссурійск. ж. д.	Главная.
Мысовскій Ал-дръ Мануил., в. Сарат. воен. л.	—
Мышкинъ Мих. Павл., Чердынск. з. в.	Пермская.
Мышкинъ Сократъ Петр., Осинск. з. в.	—
Мышкинъ Гавр. Георг., з. в. Орл. у., Вятск. г.	Главная.
1560. *Мѣжинъ* Іосифъ Антон., в. Нижегор. г.	—
Мясниковъ Ал-дръ Андр., думск. в.	Самарская.
Мясниковъ Мих. Андр., в. Моск. 6 гимназ.	Московская.
Надоховскій Викт. Людвиг., Ачинск. с. в.	Енисейская.
Надѣинскій Николай Фаветовичъ.	
Назаретскій Ал-дръ Петр., Шуйскій у. в.	Владимiрская.
Назаровъ Ал-дръ Ст., зав. в. Уфимск. губ.	Главная.
Назаровъ Иванъ Васил., Кашир. у. в.	Тульская.
Назаровъ Мих. Павл., думск. в.	Самарская.
Назаровъ Петръ Федор. О. б-цы св. Никол. Чуд.	Кіевская.
1570. *Назимовъ* Серг. Серг., о. 1 гор. б.	Московская.
Напалковъ Ал-дръ Егоров., в. въ Ив.-Вознесен.	Владимiрская.
Напалковъ Влад. Михайл., Казан. г. з. в.	Казанская.
Наркевичъ Георг. Антон., Нѣжин. г. в.	Главная.
Наркевичъ Людвигъ Осипов., в. для бѣдн.	Одесская.
Нарцисовъ Анатол. Евгеніев., ветер.	Казанская.
Нарцисовъ Иванъ Семенов., з. в.	Главная.
Насоновъ Сила Васил., Красноуф. з. в.	Пермская.
Насѣдкинъ Конст. Вас., Старобѣльск. з. в.	Главная.
Натанзонъ Нотель Иделов., в. въ Ростовѣ.	—
1580. *Натансонъ* Влад. Ефимьев., в. въ Кіевск. г.	—
**Науманъ* Ал-дръ Готфрид., в. Спб.	—
Науменко Петръ Макс., в.	Харьковская.
Нацкій Дм. Ив., Ливен. з. в.	Главная.
Неболюбовъ Евген. Ив. о. клин. (взн. за 1902 и 3 гг.).	Томская.
Невскій Николай Иван., в. въ Серпуховѣ.	Главная.
Невскій Виктор. Вас. в.	Московская.
Невзоровъ Владиміръ.	
Негребецкій Геронимъ Францев., в. въ Ковно.	Главная.
Недѣльскій Владиміръ Филарет. проз. Кіев. Ун.	Кіевская.
1590. *Недешевъ* Ив. Ксенофонт., в. въ Серпуховѣ.	Главная.
Недригайловъ Викторъ Иван., в.	Харьковская.
Недригайловъ Ив. Дмитр., в. въ Спб.	Главная.
Недзвѣцкій Ант. Филиппан., в.	Минская.
Недзвецкій Мих. Іосиф., в.	Главная.
Неезе Эрнестъ Никол. в. въ Кіевѣ.	Кіевская.
Нееловъ Ник. Констант., доц. Кіевск. Ун.	—
Некрасовъ Ал-дръ Мин., в. в. Никольска Уссурійск.	Главная.
Некрасовъ Ал-дръ Ал-дров., в. въ Новорос.	—
Нелидовъ Никол. Павл., Балаш. з. в.	—
1600. *Немзеръ* Моисей Генрих., о. Петропавл. б.	—
Непомнящій Илья Моис., в.	Воронежская.
Несвицкій Ал-дръ Ал-дров., Кременч. з. в.	Главная.
Несмѣяловъ Василій Васильевичъ.	

Нестеровъ Тихонъ Вас., Владивост. в.	Главная.
Неуйминъ Никол. Иван., в. в.	—
**Нечаевъ* Ив. Ив., Самарск. з. в.	Самарская.
Нечаевъ Петръ Михайл., гл. в. Сокольнич. б	Московская.
Нечаевъ Ив. Капитон., в. въ Рязанск. г.	Главная.
Нечаевъ В. А., в.	Нижегородск.
1610. *Нечипаевскій* Фед. Гаврил. уч. в. Жит. у (взносы за 1902 и 3 гг.).	Волынская.
Нещеретовъ Антонъ Ив., Одесск. з. в.	Одесская.
Нижегородцевъ Мих. Никол., в. въ Спб.	Главная.
Никитинъ Илья Данил., Самар. з. в.	—
**Никитинъ* Дм. Пимен., в. изъ Вилен. г.	—
Никитскій Конст. Евлампiев., Сѣвск. у. в.	Орловская.
Николаевъ Влад. Вас., лабор. Казан. У.	Казанская.
Николаевъ Ал-дръ Владим., з. в. Спб. г.	Главная.
Николаевъ Петръ Николаевичъ, уѣздн. вр.	
Никольскій Мих. Ник. о. клин.	Казанская.
1620. *Никольскій* Вас. Алексѣев., в. въ Пензѣ.	Главная.
Никольскій Алексѣй Ипполит., Богородицк. з. в.	Тульская.
Никольскій Ив. Павл., фабр. в.	Владимір.
Никольскій Іосифъ Герасим., ж. в.	Вологодская.
Никольскій Дмитр. Герасим., з. в. Калуж. г.	Саратовская.
Никольскій Ал-дръ Никол., Кайданов. с. в.	Минская.
Никольскій Никол. Васил., в. в.	Тамбовская.
Никольскій Никол. Владим., з. в.	Казанская.
**Никоновъ* Иванъ Петр., Маріупольск. з. в.	Главная.
Никоновъ Серг. Андр., в. Севастоп. гор. бол.	—
1630. *Никоноровъ* Павелъ Ал-др., в. в. Риги.	—
Никоноровъ Павелъ Ив. ст. в. Спб. ж. д. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Томская.
Ниренбергъ Ицко-Айзикъ Берков., Казан. з. в.	Казанская.
Нифантовъ Геннадій Дмитр., в.	Главная.
Новиковъ Всеволодъ Никол., в.	Оренбург.
Новиковъ Алексѣй Митр., з. в.	Московская.
Новиковъ Серапіонъ Мих., Моск. з. в.	Казанская.
Новицкій Антонъ Корнил., завод. в.	Главная.
Новицкій Андр. Іосиф., ж. в.	Тульская.
Новицкій Венцесл. Степан., в. въ Гродн. г.	Главная.
1640. *Новосельскій* Францъ Іосиф., Козелец. з. в.	Кіевская.
Новохатный Ив. Васил., з. в. Москов. г.	Московская.
Ноинскій Владим. Мих., в. Симбир. г.	Главная.
Ножниковъ Борисъ Петровичъ, в. въ Ялтѣ.	Харьковская.
Ножниковъ Илья Петров., Маріупол. г. в.	—
Ножниковъ Авраамъ Петр., о. Харьков. кл.	—
**Норейко* Ал-дръ Ник., ассист. клин. ун.	Московская.
Носальскій Антонъ Осип., г. в. въ В. Устюгѣ.	Главная.
Носиловъ Генад. Дмитр., ветер.	Пермская.
Носковъ Никол. Петр., з. в. Петров. у.	Саратовская.
1650. *Носковъ* Всевол. Ив., зав. в. Пермск. г.	Казанская.
Ноторинъ Давидъ Салман., в. въ г. Тюмени.	Главная.
Ночвинъ Гавр. Петр., вр. Перм. ж. д.	Пермская.
Ноторинъ Борисъ Зальман. участк. в.	Томск.
**Нѣмовъ* Никол. Иван., в. 2-й гор. б.	Московская.
Оатъ Серг. Александр. в. в.	Главная.
Обаполовъ Васил. Алексѣев., лабор. Казан. клин.	Казанская.
Образцовъ Никол. Виктор., в. губ. гимназ.	Калужская.
Образцовъ Евлампi. Ив. проф. Томск. у.	Томская.
Образцовъ Вас. Парм., проф. Кіев. у.	Кіевская.
1660. *Обрядчиковъ* Ив. Вас., о. Нижегор. з. б-цы.	Нижегород.
Оболдуевъ Григ. Ал-др., ветерин.	Саратовская.
Овсяницкій Георг. Степ., в. в.	Главная.
Овчининскій Вл. Ник., Под. з. в.	Владимiрская.
Овчининскій Никол. Никол., в. дух. уч. з. во Влад.	—
Овчинниковъ Петръ Яковл. з. в. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Казанская.
Огородниковъ Ал-дръ Никол., изъ г. Коврова.	Главная.
Огородовъ Мих. Вас., в. Яузск. б-цы.	Московская.
Одинцовъ Владим. Елисѣев., Спасск. з. в.	Главная.
Окиншевичъ Ал-дръ Исидор., в.	—
1670. *Онуфровичъ* Ив. Брин., тюремн. в.	Самарская.
Окмянскій Кипріанъ Осип., в. в.	Главная.
Окновъ Ив. Григ., вр. въ Спб.	—
Оленевъ Ник. Алексѣев., Красноуф. з. в.	Пермская.
Олехновичъ Францъ Франц., в. въ Москвѣ.	Главная.
Олисовъ Рафаилъ Михайл., Малмыж. з. в.	Казанская.
Ольшвангеръ Мих. Мих., сельск. в. Ачин. у.	Енисейская.
Ольшевскій Стан. Фом., в. Киргизск. орды.	Главная.
Омельченко Георг. Ив., Трубчев. у. в.	—
Оранскій Никол. Иван., в. в.	Туркестанск.
1680. *Ординъ* Николай Георгіевичъ, Кадниковскій у. в.	Вологодская.
Оржеховскій Ант. Фр. в. въ Кіевѣ (взносы за 1902 и 3 гг.).	Волынская.
Орловъ Алексѣй Ив., о. губ. б-цы.	Калужская.
Орловъ Вас. Вас., в. Житомiръ.	Главная.
Орловъ Никол. Ив. в. Преображ. б.	Московская.
Орловъ Владим. Дмитр. пр. Кіевск. у.	Кіевская.
Орловъ Конст. Павл. завод. в.	З. Сибирск.
**Орловъ* Никол. Иван., з. в.	Московская.
Орловъ Дмитр. Иван., з. в.	—
Орловъ Никол. Васил., Ковр. у. в.	Владимiрская.
1690. *Орловъ* Серг. Серг., г. в.	Московская.
Орловъ Иванъ Иван., з. в.	—
Орловъ Владим. Иван., с. в. Подольск. г.	Владимiрская.
**Орловъ* Леонидъ Влад., проф. Харьк. у.	Главная.
Орнатскій Васил. Иван., В. И.	Архангельск.
Ортенбергъ Петръ Ив., в. в.	Туркест.

	Осиповъ Василій Мих., корпусн. вр.	Туркестанск.
	Осиповъ Викт. Ив., в. в. въ Москвѣ.	Главная.
	Осиповскій Ал-дръ Андреев., ветер.	Казанская.
	Оссовскій Абрамъ Іосиф., в. Уральск. ж. д.	Пермская.
1700.	*Оссовскій* Никол. Пет., в. в. въ Уфѣ.	Главная.
	Остапчукъ Вас. Степ., в.	Туркестанск.
	Островскій Стан. Эдуард., в. пр. въ Спб.	Главная.
	Островскій Викторъ Антон., Холмск. у. в.	Псковская.
	Островскій Давидъ Исаевичъ в.	Рост. на Д.
	Острогорскій Сергѣй Алексѣевичъ, в. при клиникѣ.	Главная.
	Остроградскій Ив. Фед., в. въ г. Ковно.	—
	Остроменцкій Богданъ Львов., в.	—
	Остроумовъ Мих. Ал-др. з. в.	Владимірская.
	Остроумовъ Ив. Ив., Архангельск. г. в.	Архангельск.
1710.	*Остроумовъ* Алексѣй Андреевичъ, земск. вр.	Главная.
	Остряниновъ Григ. Яковл., вр. Мед. Общ.	Харьковская.
	Отроковъ Ник. Вас., Никольск. з. в.	Вологодская.
	Оффенбергъ Ив. Цезаров., в	Минская.
	Павловскій Федоръ Евген. орд. клин. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Томская.
	Павликовскій Эмил. Гекторов., Гатчинск. сир. ин.	—
	Павлушковъ Ив. Ив., в. Волын. г.	Главная.
	**Павловъ* Никол. Михайл., ст. в. Тверск. з. б.	Московская.
	Павертовъ Конст. Федор., ветерин.	Главная.
	Падалка Леонт. Федор., Одес. сан. в.	Одесская.
1720.	*Паевскій* Влад. Ив., в. в. въ Спб.	Главная.
	Паленинъ Иванъ Петр., ветерин.	Саратовская.
	Пальмбахъ Адольфъ Ал-др., ор. Витеб. гор. б.	Главная.
	Пальмовъ Ал-дръ Федоров., ж. в.	Зап.-Сибирск.
	Понаретовъ Ник. Ник., в. Том. г.	Главная.
	Панинъ Ал-сѣй Ал-сѣев., Заслав. с. в.	—
	Пановъ Мих. Конст., ветерин.	—
	Пановъ Евген. Петр., о. б-цы въ Владивост.	Тульская.
	Панфиловъ Петръ Вас., о. Екатер. б.	Московская.
	Панюшинъ Ник. Васильев., Тург. в. и.	Главная.
1730.	*Папиклицъ* Іосифъ Рафаил., в.	Московская.
	Парамоновъ Конст. Герасим., в. Спб.	Главная.
	Парскій Конст. Влад., в. Спб.	—
	Парфіановичъ Ник. Афон., Калуж. г. в.	Калужская.
	Папковъ Сергѣй Михаил. в.	Рост. на Д.
	Пацiанскій Павелъ Никол., з. в.	Казанская.
	Пацюковъ Вас. Емельян., с. в. Владим.-Волын. у.	Волынская.
	Пашкевичъ Феофанъ Ал-др., з. в.	Кіевская.
	Пашковскій Ив. Феофил., в.	Главная.
	Педашенко Анатол. Дмитр., в.	Туркестанск.
1740.	**Педьковъ* Ив. Львов., Бердян. з. в.	Главная.
	Пекелисъ Ал-дръ Юрьев., в. в.	Главная.
	Пензяковъ Іосифъ Федор., в. (Бухара).	—
	**Пенкинъ* Евгеній Михайл., Лихвин. у. в.	—
	Пеньковскій Маріанъ Генрих., в.	Кіевская.
	Пенязевъ Ив. Ив., сан. в.	Московская.
	Первушинъ Всевол. Прокоп., о. Казан. кл.	Казанская.
	Перель Юрій Леонид., в.	Московская.
	Перельманъ Исай Лазаровъ, в. Ник. д. б-цы Спб.	Главная.
	Перельцвайгъ Моисей Яков., в.	Волынская.
1750.	*Пересвѣтовъ* Серг. Перфил., Кромск. у. в.	Главная.
	Перимовъ Викт. Алексѣев., орд. Казан. губ. б-цы.	Казанская.
	Перлисъ Вас. Сидор., кон. еврейск. б-цы.	Кіевская.
	Перовъ Ник. Матв., в. в.	Главная.
	**Перовъ* Петръ Яковл., Цивильск. з. в.	—
	Персидскій Ник. Ив., Пронск., з. в.	—
	Перуанскій Дм. Аф., Лукоян. з. в.	—
	Перцевъ Владим. Ив., о. Новознам.	—
	Перцевъ Ив. Ник., з. в. З. В. Дон.	—
	Перцовъ Конст. Ник., в. в. въ г. Смоленскѣ.	—
1760	*Пескинъ* Аронъ Ехелев., в. въ Екатеринославѣ.	—
	**Песковъ* Петръ Алек., Тверск. фабр. инсп.	Владимірская.
	Песлякъ Людвигъ Устин., ветер.	Главная.
	**Пессисъ* Евсей Хаимов., с. в. въ Гдовѣ.	—
	Петанъ Ал. Осип., ф. в.	Тамбовская.
	Петинъ Ив. Конст., в. В. Д.	Московская.
	Петерсенъ Оскаръ Владим., проф. клин. Ин.	Главная.
	Петриковскій Стан. Валеріан., в. сах. зав.	Кіевская.
	Петровскій Дмитрій Яковл., в.	Харьковская.
	Петровъ Гр. Діомид., з. в.	—
1770.	*Петровъ* Ник. Серг., Чебоксар. з. в.	Казанская.
	Петровъ Алекс. Евгр., в. угольн. копей Бахмут. у.	Главная.
	Петровъ Алексѣй Ал-др., Чамбарск. у. в.	—
	Петровъ Кипр. Мартем., Верхотур. з. в.	Пермская.
	**Петровъ* Петръ Серг., Чебоксар. з. в.	Казанская.
	**Петропавловскій* Ал-дръ Орест., мл. вр. 112 пѣх. Уральск. п. Пожизн. взносъ.	Главная.
	Печатальщиковъ Вас. Степ., Чердын. з. в.	Казанская.
	Печковскій Петръ Степ., в.	Главная.
	Печискій Іосифъ Матв., в.	Рост. на Д.
	Пивоварскій Абр. Карл., в. в.	Главная.
1780.	*Пиккель* Влад. Эрнест., в. в.	—
	Пиликинъ Степ. Васил., Кунгурск. зав. в.	Пермская.
	Пинегинъ Григ. Никол., в. въ Херсон. г.	Главная.
	Пининскій Владисл. Артур., в. въ Спб.	—
	Пинчуковъ Ник. Ал-др., в. в.	—
	Пироговъ Ник. Яковл., Петроковск. г. в.	—
	Пирошковъ Леонидъ Никит., в. Вологод. глазн. б.	Вологодская.
	Пирусскій Владисл. Станисл. у. в.	Томская.
	Писаревъ Ал-дръ Конст., В. Устюг. з. в.	Вологодская.
	Писаревъ Ник. Конст., з. в.	Главная.

	Писаревъ Алекс. Никит., Сѣвск. з. в.	Главная.
	Писаревъ Ал-дръ Гавр., з. в. Рязан. г.	—
	Писячевскій Ал-дръ Іосиф., о. псих. б. въ Полтавѣ.	—
	Писячевскій Фотій Викт., Харьк. г. в.	Харьковская.
	Писемскій Григ. Федор., о. Кіев. гор. б-цы.	Кіевская.
	Письменный Ник. Ник., в. въ Серпуховѣ.	Главная.
	Пичугинъ Павелъ Ив., о. клин. (взносы за 1902 и 1903 гг.).	Казанская.
	**Піотровичъ* Ѳома Ив., о. Максим. лѣч. въ Спб.	Главная.
	Піотровскій Антонъ Осип., Енисейскій г. в.	Енисейская.
	**Пласковицкій* Бол. Конст., зав. в. въ Иркутскѣ.	Главная.
1800.	*Плешивцевъ* Рафаилъ Ник., в. въ Минскѣ.	—
	Плешковъ Леонидъ Льв., в. в.	—
	Платоновъ Ив. Яковл., в.	Харьковская.
	Плотниковъ Петръ Мих., Моршан. з. в.	Тамбовская.
	Плужанскій Кан. Генрихъ Казиміров., ф. в.	Кіевская.
	Пльшиковъ Ник. Мих., экст. Бахруш. б.	Московская.
	Пльшиковъ Дмитр. Мих., в. Яузск. б.	—
	Плюшкинъ Ник. Фед., в. Псково-рижск. ж. д.	Псковская.
	Пляскинъ Конст. Инокент. в. анжер. копей.	Томская.
	Побѣдимскій Анатол. Геннадіев., о. Казан. клин.	Казанская.
1810.	*Побѣдоносцевъ* Мих. Вас., ветер.	—
	Погребецкій Тим. Як., Эйск. г. в.	Главная.
	Подгайскій Ник. Ник., о. б-цы Покр. мон.	Кіевская.
	**Подкопаевъ* Ал-дръ Вас., Калуж. з. в.	Главная.
	Подладчиковъ Як. Вас., в. (Пенза).	—
	Подрѣзанъ Ник. Никоф., п. Кіев. В. И.	Кіевская.
	Подгурскій Викт. Франц., в. въ Сочи Черн. г.	Харьковская.
	Поддубскій Леонидъ Вас., в.	Главная.
	Поздняковъ Сер. Ник., Спасс. з. в.	Тамбовская.
	Покровскій Владим. Ефим., з. в. Кур. г.	Московская.
1820.	*Покровскій* Владим. Григ., Тетюшскій з. в.	Казанская.
	Покровскій Петръ Вас., в. въ Полтавѣ.	Самарская.
	Покровскій Дм. Петр., ветер.	Главная.
	Покровскій Ал. Ефим., в. в. въ Кіевѣ.	—
	Покровскій Ал-дръ Пав., о. Ал. б. въ Спб.	—
	Покровскій Мих. Мих., проз. жен. мед. курс.	—
	Покровскій Пав. Ник., ж. в. въ Пенз. г.	Московская.
	Покровскій Мих. Мих., в.	—
	Покровскій Ник. Ив., Дмитр. з. в.	Курская.
	Покровскій Вас. Вас., Дрисин. у. в.	Главная.
1830.	*Покровскій* Ник. Мих., о. гинек. кл.	Московская.
	Покровскій Дм. Мих., Моршан. з. в.	Тамбовская.
	Покровскій Ал. Ник., в. страннопр. д. Тар.-Бѣлоз.	Таврическая.
	Полинковскій Лейба Іон., г. в. въ г. Дубасары.	Кіевская.
	Политковскій Владим. Григ., ветер.	Главная.
	Половинкинъ Ал-дръ Нестор., з. в.	Казанская.
	Полозовъ Алексѣй Вас., ветер.	Главная.
	Полозовъ Ал-дръ Ал-др., ветер.	—
	Полтавцевъ Антонъ Петр., о. клин. Харьк. у.	Харьковская.
	Полтановъ Серг. Петр., о. Нижег. з. б.	Нижегородск.
1840.	*Полтовичъ* Густ. Ад. Францев., в. Подол. г.	Главная.
	Полунинъ Викт. Як., в. въ Орлѣ.	Орловская.
	Полуносовъ-Ярусовъ Серг. Ник., о Яузск. б.	Московская.
	**Полыковскій* Саламанъ Ильичъ, в. въ г. Меленки.	Главная.
	**Польновъ* Викт. Конст., в. Верхотур. у.	Пермская.
	Поляковъ Ал-дръ Владим., Черн. з. в.	Главная.
	Поляковъ Ѳед. Петр., в. Спб.	—
	Поляковъ Пантелейм. Мих., в. Асхабад. м. л.	—
	**Поляковъ* Конст. Владим., в. изъ Твер. г.	—
	Полякъ Завелъ Гиршов., в. Самар.	—
1850.	*Полякъ* Соломонъ Григор., проз. Ниж. зем. б.	Нижегородск.
	Полянскій Пав. Мих., ф. в.	Московская.
	Помбракъ Абрамъ Ерем., Ром.-Борисогл. з. в.	Главная.
	Померанцевъ Дм. Семен., в. Баевск. богадѣльни.	Московск.
	Пономаревъ Ив. Сидор., з. в.	—
	Пономаревъ Захаръ Ив., о. Харьк. клин.	Харьковская.
	Пономаревъ Мих. Ал-др., в. Крестов. прінск.	Пермская.
	Пономаревъ Гавр. Гавр., завод. в. въ Нытвѣ.	—
	**Пономаревъ* Ник. Вас., ветер. Ирбит. з.	—
1860.	*Пономаренко* Вас. Тим., участк. в. Акмолин. обл.	Главная.
	Поповъ Ник. Аркад., в. в.	Зап.-Сибирск.
	Поповъ Илья Петр., Камышл. г. в.	Самарская.
	Поповъ Валерій Эраст., з. в. Каз. г.	Пермская.
	Поповъ Мих. Петр., в.	Казанская.
	Поповъ Мих. Вас., в. Имп. Человѣкол. О.	Туркестанск.
	Поповъ Иванъ Васил., сан. в.	Московская.
	Поповъ Ал-дръ Ник., Перм. з. в.	—
	Поповъ Влад. Петр., ветер. Шадрин. з.	Пермская.
	Поповъ Митроф. Козьмичъ, Волчанскій г. в.	—
1870.	*Поповъ* Семенъ Моис., в. изъ Астрах.	Харьковская.
	Поповъ Вячеславъ Андр., в.	Главная.
	Поповъ Ал-дръ Владим., в. г. Оренбург.	Казанская.
	Поповъ Ипполитъ Степан., Устъ-Сысол. з. в.	Оренбург.
	Поповъ Вячесл. Владим., в. в.	Казанская.
	Поповъ Василій Титов., в. Екатер. богад.	Главная.
	Поповъ Георг. Андреев., з. в. Рязан. г.	Московская.
	Поповъ Вас. Степ., с. в. (взносы за 1902 и 1903 гг.).	—
	Поповъ Мих. Ник., проф. Томск. у.	Томская.
	Поповъ Конст. Никол., о. клин.	Томск.
1880.	*Поповъ* Ал-дръ Васил., з. в.	Томск.
	Попченко Вас. Иван., в. Самар. г.	Главная.
	Порта Серг. Ал-др., в. Земледѣльч. Инст.	Московская.
	Постниковъ Никол. Петр., Богород. г. в.	—

	Поспѣловъ Алексѣй Иван., проф. унив.	Московская.
	Постниковъ Петръ Ив., в.	—
	Постниковъ Никол. Григ., Ардат. з. в.	Главная.
	Постниковъ Никол. Иван., в.	Московская.
	Поталицинъ Никол. Лазар., з. в. Полтав. г.	Главная.
1890.	*Потѣенко* Вас. Викт., Уссур. ж. д. в.	—
	Потѣхинъ Вячесл. Алекс., ф. в.	Московская.
	Поюровскій Гр. Гр., в.	Таврическая.
	Правдинъ Леонидъ Евлам., ф. в.	Московская.
	Правдолюбовъ Вас. Вас., в. Брянск. зав.	Главная.
	Правосудъ Илларіонъ Матв., з. в. Черн. г.	Московская.
	**Правосудъ* Ник. Гр., о. Моск. глазн. б.	—
	Прасоловъ Вадимъ Мих., о. клин.	Томская.
	Предтеченскій Влад. Ѳед., Перм. з. в.	Пермская.
	Предтеченскій Серг. Никол., в. (Везенбергъ).	Главная.
1900.	*Прейнъ* Андр. Павл., ст. в. Краснояр. б-цы.	Енисейская.
	Прейсманъ Ааронъ Яковл., в.	Томская.
	Прейсъ Мейеръ Копелев., в. (взносы за 1902 и 1903 гг.).	Енисейская.
	Преображенскій Сем. Алексѣев., з. в. Симб. г.	Главная.
	Преображенскій Егоръ Петр., Темников. з. в.	Тамбовская.
	Пржедборскій Ал-дръ Леон., Онежск. у. в.	Архангельск.
	Пржиборовскій Антонъ Ал-дров., ветер.	Главная.
	Прибытковъ Георгій Алексѣев., в. въ Томск. губ.	—
	Прилуцкій Алексѣй Антон., Одесс. з. в.	Одесская.
	**Приходько* Георг. Пав., Старобѣльск. з. в.	Главная.
1910.	*Приходько* Федоръ Павл., Бирск. з. в.	Кіевская.
	Прожейко Конст. Васил., в.	—
	Прозоровскій Алексѣй Алексѣев., г. в. въ Тифлисѣ.	Кавказская.
	**Прокоповичъ* Вас. Ник., в.	Главная.
	Прокофьевъ Ал-дръ Андр., в. въ Калугѣ.	—
	Прокофьевъ Ал-дръ Петр., о. клин. Моск. ун.	Московская.
	Промысловъ Степанъ Вас., в. в.	Главная.
	Просвирнинъ Валентинъ Ив., в. въ Пензѣ.	Московская.
	Проскуряковъ Влад. Ник., о. г. з. б-цы.	Вологодская.
	Проскуряковъ Петръ Степ., Моск. з. в.	Главная.
1920.	*Проскуряковъ* Серг. Фод., в. Спб.	—
	**Протасовъ* Мих. Ив., прінск. в. Иркут. г.	—
	Протодьяконовъ Ал-дръ Вас., в. въ Н. Ладогѣ.	Енисейская.
	Протопоповъ Викт. Ал-др., Козмодемьян. з. в.	Главная.
	Протопоповъ Серг. Павл., Шенкур. у. в.	—
	Протопоповъ Арсеній Васил., Лепельск. у. в.	—
	Протопоповъ Василій Иван., з. в. Кур. г.	Курская.
	Протопоповъ Клавдій Иван., о. 2-й гор. Моск. б.	Московская.
	Протопоповъ Серг. Алексан., о. губ. з. б.	Казанская.
	Протопоповъ Серг. Серг., в. Преобр. б.	Московская.
1930.	*Прохоровъ* Петръ Никол., з. в.	Главная.
	Процвѣталовъ Гавр. Ив., в. в.	Саратовская.
	Проценко Алексѣй Федор., с. в. Нов.-Волын. у.	Волынская.
	Прощинъ Васил. Ник., Влад. з. в.	Владимірская.
	Прядильщиковъ Конст. Павл., Ветлуж. з. в.	Вологодская.
	Пряжкинъ Григор. Мих., с. в.	Московская.
	Псаломщиковъ Пав. Ив., Черд. у. в.	Пермск.
	Пудиковъ Конст. Петр., з. в.	Главная.
	Пузановъ Ал-дръ Ник., в. изъ Москвы.	—
	Пукаловъ Анатол. Федор., з. в.	Херсонская.
1940.	*Пустоваловъ* Павелъ Мих., Касим. з. в.	Главная.
	Путохинъ Михаилъ Никол., з. в. Рязан. г.	Московская.
	Путохинъ Серг. Никол., Данков. з. в.	Главная.
	Пухальскій Владисл. Станисл. з. в.	Кіевская.
	Пучковъ Серг. Васил., о. б. Импер. Александра III.	Московская.
	Пучковскій Мих. Серг., Мосальскій з. в.	Калужская.
	Пшеничновъ Ив. Ив., з. в. Рязан. г.	Главная.
	Пышновъ Серг. Петр., в. Яузск. б-цы.	Московская.
	Пьянковъ Никол. Алексѣев., Красноуф. з. в.	Пермская.
	Пьянковъ Егоръ Алексѣев., в. Спб. полиціи.	Главная.
1950.	*Пѣвницкій* Алекс. Ал-др., мл. орд. в. Одесск. госп.	—
	Пятницкій Васил. Григ., Борович. у. в.	—
	Рабиновичъ Герм. Зинов., Армян. г. в.	—
	Рабиновичъ Семенъ Зиновьев., в.	—
	Рабиновичъ Сол. Монс., в. въ Вилен. г.	—
	Рабиновичъ Ицко Сендер., въ Рост. на Д.	—
	Равенскій Вл. Ив., з. в.	Самарская.
	Рагозинъ Юрій Никол., в. Преобр. б.	Москов.
	Рагунасъ Ив. Осип., Самар. з. в.	Самарская.
	Радаевъ Петръ Петр., в. Спб.	Главная.
1960.	*Радецкій* Мих. Яковл., о. б-цы Покр. монаст.	Кіевская.
	Радкевичъ Влад. Ив., з. в. Калуж. г.	Московская.
	Радзвицкій Петръ Игн., о. з. б.	—
	Раздеришинъ Никол. Пал., Епифан. з. в.	Тульская.
	Разумовъ Никол. Серг., в. в. въ П.-Артурѣ.	Главная.
	Разумовскій Мих. Ив., о. Одесск. б.	Одесская.
	Райскій Алексѣй Ал-др., Кирсан. з. в.	Главная.
	Райскій Мих. Ив., проз. Том. У.	Томская.
	Райхеръ Харит. Никол., Углиц. з. в.	Главная.
	Райхеръ Мунишъ Кмелев. о. еврейск. б-цы.	Кіевская.
1970.	*Райхманъ* Мееръ Исаевичъ, в.	Кіевская.
	Раковскій Стан.-Ант. Ильичъ, г. в.	Московская.
	Ракшинскій Вас. Ив., ветер.	Казанская.
	Растегаевъ Пантел. Ив., з. в. Курск. г.	Главная.
	Ратьковъ Вас. Ал-др., Буйск. з. в.	—
	**Раухфусъ* Карлъ Андр., дир. дѣт. б. пр. Ольденб.	—
	Раухъ Корнелій Антон., Псков. В. И.	Псковская.
	Рахмановъ Владим. Вас., Харьков. г. з. в.	Главная.
	Рахшъ Петръ Петр., Курс. з. в.	Курская.
	Рацевичъ Вячесл. Казимір., в. Ков. г.	Главная.
1980.	*Рачинскій* Ив. Бронисл., з. в. Херс. г.	Кіевская.
	Рачковскій Петръ Иван., Енис. В. И.	Енисейская.
	Реберъ Альфредъ Эрнест., з. в.	Харьковская.
	Рейжевскій Іосифъ Григ., в. въ Кіевѣ.	Главная.
	Реймерсъ Влад. Іосиф., о. Новознам. б. въ Спб.	—
	Рейнгардтъ Готлибъ Готфрид., Новоуз. з. в.	Самарская.
	Рейновъ Павелъ Ильичъ, вр. Ниж. Турин. з.	Пермская.
	Рейнъ Федоръ Ал-др., проз. Моск. у.	Московская.
	**Рейнъ* Георг. Ермол., проф. В.-Мед. Акад.	Кіевская.
	Рейпольскій Ал-дръ Алексѣев., з. в.	Казанская.
1990.	*Рейхель* Іос. Франц., в.	Харьковская.
	Реренъ Ал-дръ Ив., Кунгур. з. в.	Пермская.
	Рессеръ Мих. Матв., в. Бахр. б.	Московская.
	Ретивовъ Митр. Ив., ж.-д. в. Спб.-Волог. ж. д.	Главная.
	**Реформатскій* Ник. Ник., гл. в. б. Никол. Чуд.	—
	Ржевкинъ Ник. Федор., з. в. Моск. г.	Московская.
	Ривкинъ Абрамъ Соломон., в. въ Оршѣ.	Главная.
	Ризенъ	—
	Рискинъ Яковъ Арон., в. въ Тер. обл.	—
	Ритъ Владим. Наумов., в. Либаво-Ромен. ж. д.	—
2000.	*Рихтеръ* Фед. Филип., г. в. Ровен. у.	Волынская.
	Робинсонъ Георг. Ал-др., в. (Екатеринодаръ).	Главная.
	Ровницкій Самуилъ Никол., Одесс. з. в.	Одесская.
	Роговичъ Ник. Афонас., пр. Томск. У.	Томская.
	Родіоновъ Викт. Ал-др., в. в.	Главная.
	Родзевичъ Антонъ Іосиф., П. В. И.	Самарск.
	Родзевичъ Влад. Викент., о. Самар. з. б.	—
	Родзевичъ Эдуардъ Владисл., в.	Кіевская.
	Рождественскій Ив. Алекс., Купян. з. в.	Харьковская.
	Рождественскій Ив. Ст., п. проз.	Казанская.
2010.	**Рождественскій* Мих. Вас., в. въ Ставроп. г.	Главная.
	Розановъ Викт. Викт., з. в. (г. Дмитріевъ).	—
	Розановъ Ник. Ив., фабр. в. въ Серп. у.	—
	Розановъ Павелъ Петр., сан. в. въ г. Ялтѣ.	Нижегородск.
	Розановъ Серг. Никан., в.	Главная.
	Розановъ Павелъ Григор., о Павл. б.	Московская.
	Розакутти Ник. Помп., в. въ Шуѣ.	Главная.
	Розенбергъ Л. А., Холмск. з. в.	—
	**Розенель* Альфр. Герм., в. Черниг. з. б.	—
	Розенблатъ Левъ Ант., в. въ г. Кіевѣ.	Кіевская.
2020.	*Розенблатъ* Вл. Вл., в. въ Витебскѣ.	Главная.
	Розенблюмъ Самуилъ Монс., в.	Московская.
	Розенбоймъ Пинхасъ Ахил., уч. в. Кременец. у.	Волынская.
	Розенгартъ Веніам. Марк., в.	Главная.
	Розенквистъ Андр. Ив., о. Мясн. б.	Московская.
	Розенштейнъ Философъ Людвиг., ветер.	Казанск.
	Розовъ Ал-дръ Евген., с. в. Ковен. г.	Главная.
	Романенко Алексѣй Ив., Карачан. з. в.	Курская.
	Романовъ Мих. Мирон., в. Владим. г.	Главная.
	Романовъ Алекс. Егор., в.	Саратовская.
2030.	*Романовъ* Ал-сѣй Игнат., ветер. г. з.	Пермская.
	Романовъ Ал-сѣй Вас., о. Томск. кл.	Томская.
	**Романовъ* Никол. Алекс., ж. в. въ Спб.	Главная.
	Романовъ Ал-дръ Ал-дров., з. в. Самар. г.	Саратовская.
	Романовъ Ал-дръ Антон., з. в.	Курская.
	Романовскій Федоръ Яковл., Зубцов. з. в.	Главная.
	Романовскій Ник. Митр., Самар. з. в.	Самарская.
	Романинъ Іосифъ Антон., Яранс. з. в.	Главная.
	Ромодановскій Ал-дръ Серг., в. Покров. общ.	Московская.
	Росинъ Ив. Конст., ветер. Кадник. у.	Вологодская.
2040.	*Ротерозенъ* Моисей Яковл., з. в.	Главная.
	Ротъ Владим. Карл., проф. нерви. бол.	Московская.
	Рубелъ Мих. Ник., в. въ Спб.	Главная.
	Рубелъ Аркадій Никол., в.	—
	Рубецкій Петръ Петр., в. Иркут.	—
	Рубинъ Конст. Никол., Прилук. з. в.	—
	Рубіо Алекс. Ал-дров., в. въ Асхабадѣ.	—
	Рубиновъ Савел. Матвѣев., Борисоглѣб. з. в.	Тамбовская.
	Рубинскій Васил. Ал-др., в. Хар. дух. учил.	Харьковская.
	Рубинскій Мих. Мих., з. в. Петерб. у.	Главная.
2050.	*Рубцовъ* Ал-дръ Павл., в. въ г. Кирилловѣ.	—
	Рубцовъ Ив. Иван., Миргород. в.	—
	Рудаковъ Вас. Ал-др., ж. в.	Енисейская.
	Рудаковъ Ник. Ник., ветер. Спб.	Главная.
	Руденко Михаилъ Панкр., з. в.	Харьковская.
	**Рудинъ* Всевол. Васил., Молог. Общ. в.	Главная.
	Рудинскій Яковъ Мих., Ахтыр. з. в.	Харьковская.
	Рудневъ Ал-сѣй Капитон., з. в.	Главная.
	Рудневъ Вас. Дмитр., Ковен. В. И.	—
	Рудневъ Ник. Квинтильян., в. в. Люблин.	—
2060.	*Руднеръ* Анатол. Никол., в.	—
	Рудницкій Иллар. Ѳомичъ, ж. в.	Московская.
	Рудявскій Алексѣй Ив., з. в. (взносы за 1902 и 1903 гг.).	Казанская.
	Ружицкій Евгеній Леопольд., з. в. Могил. г.	Главная.
	Рукавишниковъ Серг. Никанор., Ланш. в.	Казанская.
	Румянцевъ Всев. Тим., о. Курс. з. б.	Курская.
	Румянцевъ Мих. Касьян., в. въ Кіевѣ.	Кіевская.
	Русаковъ Исаакъ Абрам., в.	Орловская.
	**Русскихъ* Никол. Ал-др., з. в. Екатерин. у.	Главная.
	Русецкій Адамъ Фердин., ветер.	Орловская.
2070.	**Рустицкій* Осипъ Ал-др., б. проф. У.	Кіевская.
	Рутенбергъ Мандель Липов., з. в.	Главная.
	Рутковскій Ал. Вас., о. Ник. госп. въ Спб.	—
	Ручинскій Бруно Петр., въ Спб.	—
	Рыбаковъ Пав. Вас., о. Преобр. б.	Московская.

	Рыбинскій Конст. Клем., ст. в. 90 пѣх. п.	Главная.
	Рыковъ Ив. Ив., в. изъ В. Устюга.	—
	Рылло Ант. Ив., в.	Рост. на Д.
	Рымашевскій Марьянъ Мих., в. изъ Волын. г.	Главная.
	Рымвидъ-Мецкевичъ Устинъ Ал-др., д. м.	Московская.
2080.	**Рындовскій* Ал-дръ Григ., Харьк. у. в.	Харьковская.
	Рындовскій Федоръ Федор., в. Кіев. У.	Кіевская.
	Рыскинъ Б. Б., изъ Могил. г.	Главная.
	Рѣдниковъ Пав. Яков., Бѣжецк. з. в.	—
	Рѣзниковъ Дм. Мих., Черниг. з. в.	—
	Рѣзниковъ Мих. Мих., в. въ Полт. г.	—
	Рѣзниченко Мих. Георг., з. в. Харьк. у.	Харьковская.
	Рябининъ Серг. Ал-др., в. Нижегород. ж. д.	Московская.
	Рябовъ Ив. Лук., Уржум. з. в.	Главная.
	Рязановъ Андр. Яковл., в.	Харьковская.
2090.	*Рязанскій* Маркъ Аарон., в. изъ Витеб. г.	Главная.
	Рязанскій Левъ Аарон., в. Кіев. г.	—
	Савельевъ Ал-дръ Павл., в. Спб.	—
	Савельевъ Дм. Тим., з. в. въ Рост.-на-Дону.	—
	Савинъ Ѳед. Ал-др., зав. род. пріют. Терещенко.	Кіевская.
	Савинскій Василій Афанас., Тим. г. в.	Главная.
	**Савицкій* Павелъ Осип., в. въ Вильнѣ.	—
	Савицкій Ал-дръ Львов., Росіенск. г. в.	—
	Савичъ Евстафій Клем., в. въ Вильнѣ.	—
	Савченко-Бѣльскій Григ. Ал-др., в. Волын. г.	—
2100.	*Савченко-Маценко* Варл. Силичъ, в. в. въ Люблинѣ.	—
	Савченко Павелъ Степан., з. в.	—
	Сагатовскій Андрей Станисл., в. в. въ Маргеланѣ.	—
	Садовскій Петръ Тимоф., д. м. въ Спб.	—
	Садовскій Вас. Алекс., о. клин. (взносы за 1902 и 1903 гг.).	Томская.
	Садоковъ Алек. Плат., м. в.	Главная.
	Садоковъ Ник. Павл., з. в.	Вологодская.
	Сажинъ Иванъ Вас., в. в.	Московская.
	Сазоновъ Ив. Тимоф., Таганрог. з. в.	Главная.
	Саковичъ Феликсъ Станисл., Кременч. з. в.	Кіевская.
2110.	*Саковичъ* Федоръ Семен., в. работн. дома.	Московская.
	Саканцевъ Сергѣй Андр., Вологод., з. в.	Главная.
	Салищевъ Ник. Гавр., Курмыш. з. в.	Казанская.
	Салтыковъ Ник. Ник., в. изъ Владикавк.	Главная.
	Самборскій Серг. Иван., стол. ветер. инсп.	—
	Самецкій Ив. Ник., з. в. Саратов. г.	Волынская.
	**Самоглядовъ* Афанас. Вас., Слобод. з. в.	Главная.
	Самойловъ Ал-дръ Гр., в. въ Дв.	—
	Самсоновъ Влад. Алексѣев., о. Галиц. б.	Московская.
	Самойловъ Серг. Андр., Славяносерб. з. в.	Харьковск.
2120.	*Самуйло* Францискъ Онуфр., Богодух. з. в.	—
	Самуйловъ Влад. Влад., в. в.	Главная.
	Сапрыкинъ Тихонъ Вас., о. б. Имп. Ал-дра III.	Московская.
	Сапѣжко Кириллъ Мих., проф. Новорос. У.	Кіевская.
	Сарнецкій Бронисл. Карл., в. Ясинов. коп.	Кіевская.
	Сарычевъ Іона Дмитр., ст. в. 1 гор. б.	Московская.
	Сасыкинъ Конст. Иван., Ялуторов. г. в.	Главная.
	Сатрапинскій Ал-дръ Никол., Ставроп. з. в.	Самарская.
	Сатовъ Борисъ Григор., з. в.	Московская.
	Сатурновъ Петръ Мих., ветер.	Казанская.
2130.	*Сатурновъ* Ник. Мих., Краснослобод. з. в.	Главная.
	Сатурновъ Андрей Андр., в. в. въ Кронштад.	—
	Сахаровъ Никол. Ив., сан. в.	Московская.
	Сахновскій Владим. Никит., чл. ком. Кіев. б. для ч.	Кіевская.
	Свенцицкій Болесл. Болесл., Златоустов. з. в.	Казанская.
	Свенцицкій Вячесл. Плат., ветер.	Тульская.
	Свирскій Филип. Викен., Муром. г. в.	Владимірская.
	Свѣтловъ Григ. Ив., ветер.	Главная.
	Свѣтухинъ Мих. Ив., доц. Харьк. У.	Харьковская.
	Севастьяновичъ Мих. Мих., Д. М.	Харьковская.
2140.	*Севастьяновъ* Ив. Севастьян., о. губ. б-цы.	Орловская.
	Сегаль Авель Хонон., в. г. Черниг.	Главная.
	Секторовъ Раф. Петр., о. 2 гор. б.	Московская.
	Селаври Викт. Ив., в. в.	Главная.
	Селезневъ Мих. Тимоф., в.	Московская.
	Селенкинъ Влад. Ал-др., Уржум. з. в.	Главная.
	Селеговъ Павелъ Стеф., ветер.	Волынская.
	Селивановъ Андр. Веніамин., Камышл. з. в.	Пермская.
	Селивановъ Мих. Мих., Калуж. з. в.	Калужская.
	Селиховъ Митр. Ив., о. лѣчебн. Красн. Кр.	Харьковская.
2150.	*Селюгинъ* Серг. Ал-др., в. г. Опочка.	Главная.
	Семеновъ Мих. Семен., в. въ Ковно.	—
	Семеновъ Матв. Семен., в. въ Ковно.	—
	Семеновъ Петръ Петр., в. г. Галичъ.	—
	Семеновъ Ал-дръ Петр., в. Ворон. Рост. ж. д.	Саратовская.
	Семеновъ Петръ Иван., Ковр. з. в.	Владимірская.
	Сементовскій Пав. Петр., з. в. Сар. г.	Саратовская.
	Семонъ Людв. Людв., з. в. Каз. г.	Казанская.
	Семперовичъ Федоръ Федор., п. инсп. Кіев. У.	Кіевская.
	Сенюткинъ Ив. Ив., в.	Главная.
2160.	*Сербскій* Владим. Петр., ассист. псих. кл. у.	Московская.
	Сергіевскій Мих. Льв., Вятд. з. в.	Главная.
	Сергѣевъ Леонидъ Аггеевичъ, о. лѣчеб. въ Каз.	Казанская.
	Сергѣевъ Леонидъ Гавр., з. в.	—
	Сергѣевъ Мих. Порф., проф. Казан. У.	—
	Сергѣевъ Никол. Ал-дров., Ядрин. з. в.	—
	Сергѣевъ Ив. Вас., в.	Томская.
	Сердцевъ Кириллъ Осип., в. Яросл. м. лазар.	Главная.
	Серебренниковъ Ал-дръ Мих. в. Бахруш. б.	Московская.
2170.	*Серебряковъ* Дмитр. Мих., о. Калуж. з. б.	Калужская.
	**Серкъ* Юл. Петр., д. м. въ Спб.	Главная.
	Серманъ Юда-Едида Гирш., в. въ Берд.	Кіевская.
	Серповскій Кон. Гр., в.	Главная.
	Сибирцевъ Геннад. Евгеніев., Тюр. в. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Томская.
	Сибиряковъ Никол. Никол., ф. в.	Московская.
	Сидоровъ Петр. Ал., в. (Двинскъ).	—
	Сидорскій Петръ Кирил., з. в.	Владимірская
	**Силуяновъ* Вас. Андр., в.	Одесская.
	Сильвинскій Дм. Ал-др., с. в. въ Забайк. обл.	Главная.
2180.	*Симаковъ* Ал-дръ Егоров., г. в.	Самарская.
	Симилейскій Антонъ Петр., з. в. Пенз. г.	Казанская.
	Симоновъ Федоръ Кузм., ветер.	Саратовская.
	**Синицкій* Петръ Мих., Берд. з. в.	Кіевская.
	**Синельниковъ* Никол. Ал-др., Липец. з. в.	Главная.
	Синькевичъ Влад. Павл., ветер.	Херсонская
	Ситкевичъ Ал. Викт., в. въ Иркутскѣ.	Главная.
	Ситниковъ Мих. Яков., в. (Нолинскъ).	Херсонская.
	Ситниковъ Мих. Яковл., о. Никол. б-цы.	Харьковская.
	Сицинскій Леопольдъ Григ., ст. вр. губ. з. больн.	Главная.
2190.	*Скарга* Бол. Фед., в. Мед. Деп.	—
	Скаткинъ Ник. Ив., з. в. Москов. г.	Московская.
	Скварченко Гавр. Онуфр.	Туркестанск.
	**Скворцевъ* Конст. Никол., д. м. въ Спб.	Главная.
	Скворцевъ Ив. Андр., о. Тамб. Псих. лѣч.	Тамбовская.
	**Склифосовскій* Никол. Вас., д. Клин. Елен. Инст.	Московская.
	Скловскій Евген. Льв., о. дѣт. клин.	Кіевская.
	Скобе Леопольдъ Христофоровичъ.	Главная.
	Скороходовъ Янкель Изр., в. (Гомель).	—
	**Скуридинъ* Павелъ Сем., о. ок. Казан. лѣч.	Казанская.
2200.	*Скрябинъ* Мих. Гр., Пенз. з. в.	Главная.
	Славскій Георгій Конст., з. в.	Тамбовская.
	Слайчевскій Ал-дръ Вас., Ачин. г. в.	Енисейская.
	Слетовъ Павелъ Павл., Серп. з. в.	Главная.
	Слуцкій Вульфъ Берк., Холм. г. в.	—
	Слѣпакъ Исаакъ Соломоновичъ.	—
	**Слюнинъ* Петръ Георгіев., в. (Рыльскій).	—
	Слюсаренко Георг. Тимоф., Одесск. з. в.	Одесская.
	Смагинъ Виссар. Ал-др., м. в.	Главная.
	Смидовичъ Антонъ Людв., з. в.	Одесская.
2210.	*Смирновъ* Владим. Павл., Темников. з. в.	Тамбовская.
	Смирновъ Пав. Вас., Тюкалин. с. в.	Главная.
	Смирновъ Руфъ Яковл., з. в. Кур. г.	Московская.
	Смирновъ Петръ Григ., Зубц. з. в.	Главная.
	Смирновъ Ал-дръ Вас., Влад. г. санит. в.	Владимірская.
	Смирновъ Матвѣй Вас., в. 16 фл. экип.	Главная.
	Смирновъ Иванъ Вас., Переясл. з. в.	Кіевская.
	**Смирновъ* Ал-дръ Петр., Самар. з. в.	Главная.
	Смирновъ Серг. Дмитр., Москов. ф. в.	—
	Смирновъ Ник. Серг., в. в.	—
2220.	*Смирновъ* Алексѣй Ефим., проф. Томск. У.	Томская.
	Смицкій Иванъ Гавр., в. въ Кіевѣ.	Волынская.
	Смоленскій Вадимъ Вас., Баранов. уч. в.	—
	Смоловъ Михаилъ Дмитріевичъ.	Главная.
	Смольяниновъ Г. П., Старобѣл. з. в.	—
	Смородскій Петръ Ос., М. Арх. з. в.	—
	Смысловъ Викт. Викт., в.	—
	Смѣловъ Ник. Як., гл. в. б-цы св. Пантел.	—
	**Снарскій* Леон. Ант., Пересл. з. в.	—
	Снегиревъ Влад. Федор., проф. Моск. У.	—
2230.	*Снѣжко* Ипполитъ Адам., в. въ Калугѣ.	Московская.
	Сникеръ Петръ Мартын., в. в. Спб.	Калужская.
	Соболевъ Василій Григ., з. в. Харьк. г.	Главная.
	Соболевъ Ник. Ал-др., Яросл. з. в.	—
	Соболевъ Ник. Ник., Венев. у. в.	—
	Соболевъ Иннокент. Ал-др., в. в.	Тульская.
	Соболевъ Аполл. Евграф., в. Краснохолмск. з. б-цы.	Главная.
	Соборницкій Влад. Ив., в.	—
	Собсовичъ Моис. Леонтьев., в.	—
	Содманъ Мих. Мих., Вологод. з. в.	Рост. на Д.
2240.	**Сокальскій* Иванъ Як., Гайсин. у. сел. в.	Вологодская.
	Сокальскій Никол. Алекс., в. Уфим. псих. б-цы.	Главная.
	Соколовскій Григ. Абрам., Чебоксар. з. в.	—
	Соколовъ Андрей Прокоф., Бѣлевск. г. в.	Казанская.
	Соколовъ Никол. Андр., пр. Харьк. Ун.	Тульская.
	Соколовъ Андр. Дмитр., в.	Московская.
	Соколовъ Владим. Егоров. в. Софійск. б.	Московская.
	Соколовъ Владим. Иван., в. Бахруш. б.	—
	Соколовъ Серг. Петр., в. в. въ Ригѣ.	—
	**Соколовъ* Мих. Ив., в. въ Сар. г.	Главная.
2250.	*Соколовъ* Мих. Вас., в.	—
	**Соколовъ* Серг. Ал-сѣев., Липец. г. в.	—
	Соколовъ Николай Илар., Саранс. г. в.	—
	**Соколовъ* Ив. Вас., ветер.	—
	Соколовъ Алекс. Ив., в. в.	—
	Соколовъ Арсен. Ив., в. Ставроп. ж. гим.	—
	Соколовъ Петръ Никол., Сарат. сан. в.	—
	Соколовъ Дм. Степан., з. в.	Саратовская.
	Соколовъ Дм. Ал-др.	Орловская.
	Соколовъ Никол. Алексѣев., сан. в.	Орловская.
2260.	*Соколовъ* Никол. Вас., в. заразн. б-цы (взносы за 1902 и 3 гг.).	Одесская.
	Соллогубъ Іосафатъ Ив., с. в.	Томская.
	Соловейчикъ Ис. Льв., ст. в. Турк. сан. б.	Волынская.

	Соловьевъ Дм. Алекс., зав. в. въ Кушвѣ.	Пермская.
	Соловьевъ Ал-сѣй Федор., Майкоп. з. в.	Харьковская.
	Соловьевъ Никол. Ал-др., Юрьевец. з. в.	Главная.
	Соловьевъ Ник. Семен., о. клин.	Томская.
	Солодовниковъ Мих. Лавр., з. в.	Самарская.
	Соломинъ Петръ Андр., о. Омск. в. госп.	З.-Сибирская.
2270.	*Солоновичъ* Генрихъ Абрам., в.	Главная.
	Солоновъ Ал-дръ Петр., з. в.	—
	Сольтъ Петръ Петр., в. въ Лифлян. г.	—
	Сосминъ Михаилъ Федор., сан. в. Москов. з.	Московская.
	**Сотинъ* Ал-дръ Ник., изъ г. Череповецъ.	Главная.
	Сосуновъ Васил. Петр., в. въ г. Курганѣ.	—
	Сосуновъ Владим. Фед., ж. в.	Зап.-Сибирск.
	Сосунцевъ Никол. Никит., ветер.	Главная.
	Сотниковъ Ив. Вас., в.	Тамбовская.
	Софроновъ Фед. Вас., Орл. з. в.	Главная.
2280.	*Сощинъ* Фишель Іосиф., Старок. у. в.	Волынск.
	**Спасокукоцкій* Никол. Степ., в. Клиз. Ин.	Москов.
	Спасокукоцкій Серг. Ив., в. (Смоленскъ).	Главная.
	Спасскій Серг. Серг., в. в.	—
	Спасскій Серг. Иван., Одоев. у. в.	Тульская.
	Спасскій Владим. Никол., Юрьев. г. в.	Главная.
	Спасскій Пав. Ал-др., в. Урж. зем. б.	—
	Сперанскій Ал-дръ Иван., Урж. з. в.	—
	Сперанскій Ник. Серг., ас. Клин.	Московская.
	Сперанскій Фед. Вас., о. губ. больн.	Тамбовская.
2290.	*Сперанскій* Ал-дръ Конст., з. в.	Владимірская.
	Сперанскій Конст. Васил., вольнопр. в.	Главная.
	Спивакъ Веньяминъ Григор.	—
	Спижарный Ив. Конст., проф. Моск. У.	Московская.
	Спиридоновъ Мих. Мих., в. въ Дон. Обл.	Главная.
	Спиринъ Ив. Капит., в.	Саратовская.
	Споровъ Павелъ Лукичъ, в. губ. зем.	Владимірская.
	Спримонъ Вас. Феликс., ред. «Мед. Обозрѣнія».	Московская.
	Ставровскій Ив. Сем., В. И. въ Седлецѣ.	Главная.
	Ставровскій Васил. Федор., г. сан. в.	Московская.
2300.	*Ставскій* Ив. Устин., в.	Рост. на Д.
	Стадницкій Мих. Юрьев., в. Яросл. м. лаз.	Главная.
	Станевичъ Степ. Мих., о. Курск. б.	Курская.
	Станкевичъ Ал-дръ Никол., в. для бѣдн.	Одесская.
	Станкевичъ Леонар. Петр., в. в.	Харьковская.
	Станкевъ Ал-дръ Ал., о. Книс. б.	Енисейская.
	Старковъ Ал-дръ Вас., з. в. Костр. г.	Главная.
	Старцевъ Ал-сѣй Ал-сѣев., в.	Пермская.
	Стауайтисъ Ив. Викент., в.	Главная.
	Сташенко Ѳед. Ник., Трубчев. з. в.	—
2310.	*Стебловъ* Пав. Павл., морск. в. въ Спб.	—
	Стекольниковъ Сам. Льв., в. въ Тулѣ.	Тульская.
	Стельмаховичъ Филиппъ Григ., з. в. Вят. г.	Московская.
	**Стелецкій* Вас. Ив., ветер.	Главная.
	Стеллецкій Ив. Ив., в. (Пенза).	—
	Степаненко Ник. Дороф., Серпухов. з. в.	—
	Степановъ Ник. Ив., Цивильск. з. в.	—
	Степановъ Серг. Ив., в. в.	Одесская.
	Стефановичъ Іосифъ Никол., в. изъ Одессы.	Главная.
	Стеценко Петръ Наз., стар. в. Спб. полиціи.	—
2320.	*Стоеросовъ* Ал. Афиног., Ядрин. з. в.	—
	Стояновскій С. З., Староб. земск. управы.	—
	Стравинскій Вячесл. Ник., Курск. з. в.	Курская.
	Стравинскій Анатол. Мечеслав., в. в.	Енисейская.
	Стратіевскій Левъ Осип., в. Евр. б.	Волынская.
	Страховъ Влад. Петр., о. Москов. глазн. б.	Московская.
	Стржалко Домин. Вик., в. в. въ Т. Х. Шурѣ.	Главная.
	Стржалковскій Никол. Влад., ветер.	Самарская.
	Строгоновъ Вас. Вас., проф. Клин. Ин.	Главная.
	Строковецкій Влад. Ал-др., в. Спб.	—
2330.	*Стржельбицкій* Ив. Казимір., в. въ Тулѣ.	Тульская.
	Стржемецкій Казиміръ Адольф., в.	Одесская.
	Струковъ Владим. Гавр., в. въ Москвѣ.	Главная.
	Струковъ Ник. Петр., з. в.	—
	Струковъ Ив. Петр., в. в.	—
	Студенскій Ал-дръ Ал-сѣев., Д. М. Спб.	—
	Студенскій Ал-дръ Ал-др., ветер.	—
	**Стуковъ* Ив. Андр., в. въ Амур. обл.	—
	Ступницкій Никол. Иван., Екатер. у. в.	—
	Ступинъ Серг. Серг., о. психіатр. б.	Московская.
2340.	*Ступинъ* Петръ Алексѣевичъ.	Главная.
	Стурцелъ Павелъ Юльев., в. Бахруш. б-цы.	Московская.
	Субботинъ Гавр. Никол., в. в. въ Спб.	Главная.
	Суворовъ Иванъ Петр., в.	Туркестанск.
	Сулима Ксенофонтъ Платонов., В. И.	Кіевская.
	Сумарокъ Юлій Ив., в. въ г. Вильнѣ.	Главная.
	Суриновъ Ник. Никифор., з. в. Калужск. г.	Калужская.
	Суровцевъ Зосима Геогр., в. в. въ Спб.	Главная.
	Сурукчи Степ. Гавр., в.	Харьковская.
	Суслинъ Ник. Ник., пом. в. и.	Пермская.
2350.	*Суслинъ* Петръ Ник., ветерин.	—
	Сутыринъ Андр. Яковл., в. въ Казани.	Главная.
	Сухаревъ Ал-сѣй Андр., Казан. з. в.	Казанская.
	Сухичъ Владим. Ал-др., в. Оханск. у.	Пермская.
	Суховъ Афон. Ал-дров., морс. в.	Главная.
	Сухорскій Ник. Викент., в. Волог. реальн. у.	Вологодская.
	Сысоевъ Анат. Иван., зем. в.	Главная.
	Сычевъ Аркад. Иван., з. в.	Казанская.
	Сѣмашко Никол. Ал-др., з. в.	Орловская.
	Сѣрополко Георг. Анисим., в. в.	Главная.
2360.	*Таировъ* Ал-сѣй Ал-др., Гдовск. з. в.	Харьковская.
	Таліевъ Серг. Григ., в. Урал. ж. д.	Пермская.
	Тамбовскій Митр. Павл. з. в. (вз. за 1902 и 3 гг.).	Томская.
	Танинъ Аркад. Владим., в. Моск. клин.	Главная.
	Танфильевъ Пав. Ив., в. в. (Харьковъ).	—
	Таранъ Платон. Орестов., в.	Волынская.
	Тарарумъ Георг. Макс., Старобѣл. з. в.	Главная.
	Тарабринъ Георг. Яковл., обл. Дон. з. в.	—
	Тартаковскій Фроимъ Мееров., в.	—
	Тарчевскій Петръ Вас., Бердянскій з. в.	Таврическая.
2370.	*Татаркинъ* Ив. Алексѣев., в. Обл. в. Дон.	Главная.
	Таубе Евген. Петр., в. в. (Ямбургъ).	—
	Тваряновичъ Ив. Казим., в. 14 Гренад. п.	—
	Тезяковъ Ник. Ив., Воронеж. з. в.	Пермская.
	Телятникъ Фед. Калин., в. в.	Одесская.
	Тельтовтъ Маріанъ Францев., у. в. Яросл. г.	Минская.
	Тепловъ Порфир. Яковл., в. сирот. дома.	Казанская.
	**Терентьевъ* Павелъ Ал-др., в.	Главная.
	Терновскій Ал-сѣй Андреев., з. в.	Саратовская.
	Терешковичъ Аншель Мееров., в. въ г. Васильковѣ.	Главная.
2380.	**Тесль* Семенъ Троф., Старобѣл. з. в.	—
	Тетеревятниковъ Ив. Никанор., в.	Московская.
	Тимашевъ Серг. Мих., проф. Томск. у.	Томская.
	Тимашевъ Петр. Петр., в.	Оренбургская.
	Тимиревъ Петръ Серг., в. Спб.	Главная.
	Тиморевъ Прохоръ Порфир., з. в.	Вологодская.
	Тимошенко Ал-сѣй Ив. (Спб.), в. в.	Главная.
	Тимошокъ Гавр. Родіон., Черниг. з. в.	—
	Тимофеевскій Пав. Ильичъ, в. в.	Харьковская.
	Тимофеевскій Илья Тимоф., в. Бѣловод. лаз.	—
2390.	*Тимофеевъ* Пав. Вас., в. в.	Главная.
	Тимофеевъ Апполонъ Андр., ветерин.	Пермская.
	Тимофеевъ Леонидъ Андр., Шадрин. з. в.	—
	Типикинъ Мих. Мих., в. въ Серпуховѣ.	Главная.
	Титовъ Вас. Степ., с. в. Ровон. у.	Волынская.
	Титовъ Никол. Дороф., ст. в. Бахруш. б.	Московская.
	Тиховъ Пав. Мих., Глазов. з. в.	Главная.
	Тихоміровъ Павелъ Дмит., Цариц. з. в.	—
	Тихоміровъ Влад. Вас., в. Тул. м. л.	—
	Тихоміровъ Ал-дръ Ив., базарн. в.	Московская.
2400.	*Тихоновъ* Самуилъ Петр., Старобѣл. з. в.	Главная.
	Тихоновъ Серг. Иван., Тавр. з. в.	Таврическая.
	Тицнеръ Адольфъ Ал-др., д. м. въ Спб.	Главная.
	Тишковъ Ник. Дмитр., з. в. Яросл. г.	—
	Тишковъ Вас. Петр., ст. в. Ташкен. в. г.	Туркестанск.
	Тишуткинъ Ник. Павл., д. м. въ Спб.	Главная.
	Тодорскій Ал-сѣй Фил., в. (Харьковъ).	—
	Токаревъ Мих. Афон., Верхотур. з. в.	Пермская.
	**Токаревъ* Григ. Серг., в.	Главная.
	**Толкачевъ* Ром. Артам., ветер.	Курская.
2410.	*Толвинскій* Владисл. Зенов., Шлис. з. в.	Главная.
	Толоконниковъ Ал-дръ Ник., о. Алекс. б.	Московская.
	Толстухинъ Ал-дръ Григор., Казан. з. в.	Казанская.
	Томасевичъ Вячесл. Влад., в. в.	Главная.
	Томашевскій Серг. Петр., проф. Кіев. у.	Кіевская.
	Томашевскій Стан. Львов., в. Спб.	Главная.
	Тонконогов Моисей Абрам., о. Краснояр. б-цы.	Енисейская.
	Топальскій Ник. Ник., в. в.	Главная.
	Топорнинъ Васил. Ал-сѣев., Свіяж. у. в.	Казанская.
	Топорковъ Андр. Матв., в. Ставроп. бол.	Главная.
2420.	*Торговецъ* Давидъ Моисеев., изъ Волын. г.	—
	Тороповъ Дм. Ал-др., Верхолен. Окр. в.	—
	Торсуевъ С. Н., в.	Нижегородск.
	Тотешъ Моис. Давид., з. в.	Херсонская.
	Трайнинъ Пав. Данил., о. Нижегор. з. лѣч.	Нижегородск.
	**Транчукъ* Ипполитъ Игнат., ветер.	Главная.
	Трапезниковъ Ал-др. Вас., ст. в. б. з. Новочерк.	—
	**Трейберъ* Эд. Борис., с. в. Ковенск. г.	—
	Трей Борисъ Артур., в. в. (Чугуевъ).	—
	Третьяковъ Ал-дръ Никол., Камышл. з. в.	Пермская.
2430.	**Тринитатовъ* Анат. Ив., Уфим. з. в.	Главная.
	Тритшель Карлъ Генр., проф. Кіев. у.	Кіевская.
	Троицкій Ник. Дмитр., Мглинск. з. в.	Главная.
	Троицкій Петръ Вас., в. въ Спб.	—
	Троицкій Ив. Петр., Сам. з. в.	Самарская.
	**Троицкій* Ив. Иван., о. клин. Казан. у.	Главная.
	Троицкій Ник. Петр., Козмодем. з. в.	—
	Троицкій Васил. Степ., в. изъ Оренбург. г.	—
	Троицкій Владим. Вас., з. в.	Вологодская.
	Тромбицкій Григ. Самойлов., Сумск. з. в.	Харьковская.
2450.	*Трофимовъ* Владим. Кирил., въ Спб.	Главная.
	Трояновскій Карлъ Фридр., Остр. у. в.	Псковская.
	Трояновъ Ал-сѣй Алекс., гл. хир. Обух. б-цы.	Главная.
	**Труновъ* Мих. Павл., ж. в. Ю.-Вост. ж. д.	Воронежск.
	Трутовскій Ал-сѣй Яковл., з. в.	Одесская.
	Трушлевичъ Ив. Ив., в.	Главная.
	Тумиловичъ Фед. Ипполит., в. в.	—
	Туникъ Ник. Макс., Хотин. з. в.	—
	Туркевичъ Мих. Ѳеофан., с. в.	Кіевская.
	Туровскій Конст. Григ., з. в.	Главная.
2460.	*Туровцеровъ* Ал-дръ Тим., в. Кіев. 2-й гим.	Кіевская.
	Турчаниновъ Ал-сѣй Павл., в. Яузск. б.	Московская.
	Тутуткинъ Ник. Петр., в. в. Холмъ.	Главная.
	Тутышкинъ Петръ Петр., о. клин.	Московская.
	Туцевичъ Іосифъ Петр., Ефрем. г. в.	Тульская.
	Тхоржевскій Ѳома Валент., Староконст. у. в.	Волынская.

	Тыкуйнисъ Петръ Яковл., з. в. Олонец. г.	Главная.
	Тэріанъ Григ. Мартын., в. лѣч. душ. б.	Московская.
	Тюмянцевъ Ник. Фед., в. в.	Оренбургская.
	Тютрюмовъ Влад. Мат., в. при постр. Сибир. д.	Главная.
2470.	*Тяпочкинъ* Ал-дръ Павл., о. Батум. в. г.	—
	Тычининъ Ал-дръ Евген., Бугурусл. з. в.	Самарская.
	Уаровъ Ив. Ал-сѣев., в. в. въ Одессѣ.	Главная.
	Уваркинъ Ник. Павл., ветерин.	Саратовская.
	**Угрюмовъ* Конст. Ал-дров., ф. в. у В. Морозова.	Владимірская.
	Укладниковъ Ив. Онисим., в. Тифл. г.	Главная.
	Ульяновъ Ѳеодос. Леонид., в. в.	—
	Улыбышевъ Ал-дръ Иван., з. в.	Одесская.
	Унженинъ Ив. Вас., о. зем. б.	Самарская.
	Унтиловъ Ник. Вас., членъ зем. Упр.	Херсонская.
2480.	*Ураевскій* Серг. Вас., Перм. г. в.	Пермская.
	Урбановичъ Павелъ Ив., Усманск. з. в.	Тамбовская.
	Усаковскій Влад. Ив., в. Ростов. на Д. округа.	Рост. на Д.
	Усатенко Ал-др. Аполлинаріев., ветерин.	Саратовская.
	Успенскій Петръ Павл., в. г. Кургана.	З.-Сибирск.
	Успенскій Ал-др. Никол., влад. водолѣчебн. въ Кіевѣ.	Кіевская.
	Успенскій Ал-сѣй Вас., з. в. (взносы за 1902 и 3 гг.).	Томск.
	Успенскій Ал-дръ Ал-др., з. в. въ Яросл. г.	Главная.
	Успенскій Ал-сѣй Ив., в. г. Карачевъ.	—
	Успенскій Викторъ Петр., з. в. Ворон. г.	Московская.
2490.	*Успенскій* Ив. Ефим., в.	Главная.
	Успенскій Ник. Ив., в. Могилев. г.	—
	Устиновъ Вас. Ал-др., в.	Московская.
	Утѣхинъ Ник. Фед., Васильсурск. з. в.	Главная.
	Ушмарскій Гр. Ал-сѣев., в. в.	Самарская.
	Фаворовъ Ѳед. Степ., ветер.	Главная.
	Фаворскій Евг. Ив., Владим. дум. в.	Владимірская.
	Фаворскій Ив. Вас., в. въ Кіевѣ.	Кіевская.
	Фаверъ Влад. Егор., в.	Харьковская.
	Файерманъ Влад. Сем., Днѣпр. у. в.	Херсонская.
2500.	*Фаленцкій* Іосифъ Адольф., в. въ Кубан. обл.	Главная.
	Фалькъ Максимъ Григорьев., орд. псих. лѣчебн.	Нижегородск.
	Фалькъ Іосифъ Абрам., Покр. з. в.	Владимірская.
	Фаминскій Иванъ Неофит., в. в. (Митава).	Главная.
	Фегеръ Гр. Георг., в. Маргелан. л.	Туркестанск.
	Федерольфъ Ал-дръ Карл., в. в.	Главная.
	Федзюшко Мих. Франц., в. Дон. Обл.	—
	Федоренко Ив. Степ., з. в. Черниговъ.	—
	Федоровскій Вас. Леонид., в. Об. Кр. Креста.	Владимірская.
	Федоровскій Семенъ Леонт., в.	Главная.
2510.	*Федоровъ* Евг. Георг., ж. в. (вз. за 1902 и 3 гг.).	Кавказская.
	Федоровъ Ив. Иван., Звенигор. у. в.	Московская.
	Федоровъ Ив. Никол., ветер.	Самарская.
	Федоровъ Ал-дръ Ив., И. Спб. Вр. Пол. Ком.	Главная.
	Федоровъ Ал-дръ Ал-дров., Землянск. у. в.	Харьковская.
	Федоровъ Ип. Ип., Пенз. з. в.	Главная.
	Федоровъ Петръ Вас., Нижег. з. в.	Нижегородск.
	Федоровъ Влад. Степ., в. в. въ Минск. у.	Главная.
	Федорченко Мих. Мих., в. в.	Тульская.
	Федосовъ Максимил. Гр., в.	Главная.
2520.	**Федотовъ* Лавръ Фед., ст. в. Асхабад. лаз.	—
	Федотовъ Наумъ Серг., в. Екатериносл. г.	—
	Федотовъ-Чеховскій Як. Ал-др., ст. в. ю. з. ж. д.	Кіевская.
	Федотовъ Ал-дръ Федотов., в. Уфим. реальн. уч.	Самарская.
	Фейертагъ Герм. Осип., въ Двинскѣ.	Главная.
	Фельдманъ Геор. Фед., Духов. у. в.	—
	Фельдъ Соломонъ Яковл., в.	Волынская.
	Фенстеръ Мих. Яков., в. Батум. госп.	Главная.
	Фесенко Ал-сѣй Степ., в. въ Костр. г.	—
	Фивейскій Ник. Павл., о. б. чернор.	Московская.
2530.	*Фидельманъ* Іосифъ Авраам., в. въ Полт. г.	Главная.
	Филантроповъ Ал-дръ Ник., Спасск. з. в.	Казанская.
	Филатовъ Ал-дръ Тимоф., з. в. Тверск. г.	Московская.
	Филипсъ Ал-дръ Ю., в.	Харьковская.
	Фирсановъ Ал-дръ Ив., з. в.	Тамбовская.
	Фирсовъ Мих. Георг., ф. вр.	Главная.
	Фирсовъ Матв. Макс., в. зем. управы.	Московская.
	Фирфаровъ Ал-дръ Павл., в. в. Житомір.	Главная.
	Фишманъ Іос. Борис., в. душ.-больн. въ Перми.	Пермская.
	Фишманъ Бенціонъ Ицк., з. в. Пензен. г.	Главная.
2540.	*Фіалковскій* Влад. Ив., з. в. Воронеж. г.	—
	Флеровъ Леонидъ Ал-др., экст. Мар. б. въ Спб.	—
	Флеровъ Ник. Алексѣев., Вятск., з. в.	—
	Флеровъ Як. Матв., з. в.	Вологодская.
	Фокинъ Ал-сѣй Ал-др., в. в.	Зап.-Сибирск.
	Фоминъ Петръ Ал-др., Кумянск. у. в.	Харьковская.
	Фоминъ Серг. Ив., о. Александр. б.	Московская.
	Фоссъ Эдуардъ Христ., з. в.	Курская.
	Фофановъ Викт. Петр., з. в. Аткар. у.	Саратовская.
	Френкель Захаръ Григор., в.	Главная.
2550.	*Френкель* Захаръ Миронов., Миргор. г. в.	Одесская.
	Френкель Лейба Гиршов., Порховск. з. в.	Псковская.
	Фриндландъ Яковъ Матв., в. Пензен. губ. б.	Главная.
	Фриндландъ Ханъ Фаев., в. Каз. у. з.	Казанская.
	Фробергеръ Викт. Эд., в. в. (Рига).	Главная.
	Фроловъ-Багрѣевъ Ант. Фед., в. въ Ялтѣ.	—
	Фроловъ Виссаріонъ Ив., в.	—
	**Фроловъ* Валер. Яков., Екатеринбург. з. в.	Пермская.
	Фростъ Конст. Вас., з. в. Херсон. г.	Одесская.
	Фрязиновскій Ив. Мих., Устюгск. з. в.	Вологодская.
2560.	*Фудель* Никол. Ив., с. в.	Московская.
	[illegible]	[illegible]

	Фунтъ Ал-дръ Ефим., с. в. Минск. г.	Кіевская.
	Хабловскій Болесл. Ив., в. Восп. д.	Казанская.
	Хаджи Самуил. Исаяков., в.	Одесская.
	Ханелесъ Сем. Абрам., Козлов. з. в.	Тамбовская.
	**Ханыковъ* Иванъ Петр., в.	Курская.
	Харазовъ Тигранъ Георг., дум. в. Тифлис.	Кавказская.
	**Харламповичъ* Клем. Ив., Пересл. з. в.	Главная.
	Харизоменовъ Ксеноф. Никол., з. в.	Московская.
2570.	*Хасинъ* Моисей Борис., в. Херсонъ.	Херсонская.
	Хатунцевъ Иванъ Иван., в. Яузск. б.	Московская.
	Хвалынскій Вас. Ал-др., в. в. Полтава.	Главная.
	Хворостянскій Мих. Андр., Воронеж. з. в.	Харьковская.
	Хейкеръ Іосифъ Моисѣев., в. Житоміръ.	Главная.
	Хелмовскій Ив. Конст., в. в.	—
	Хелмовскій Евстаф. Каз., о. Т.-Х.-Ш. лаз.	—
	Хераскова Ник. Мих., в.	Московская.
	Хинкуловъ Калист. Петр., изъ Бессараб. г.	Главная.
	Хиринъ Дм. Вас., в.	—
2580.	*Хитровъ* Ник. Павл.	—
	Хитровъ Ив. Ив., в. 2 гор. б.	Московская.
	Хламовъ Виссар. Ив., Ирбит. з. в.	Пермская.
	Хлопинъ Григ. Виталіев., проф. Юрьев. у.	Московская.
	Хлѣбниковъ Ив. Гаврил., Ставроп. з. в.	Главная.
	Хлѣбниковъ Серг. Никол., ф. в.	Московская.
	Холодковскій Ал-дръ Мих., Богуч. з. в.	Главная.
	Холшевниковъ Порф. Ник., гл. д. Влад. морск. г.	—
	Хольцовъ Бор. Ник., орд. Обух. б-цы.	
	**Хомяковъ* Влад. Арист., Перм. з. в.	Пермская.
2590.	*Хорошевскій* Степ. Степ., в.	Московская.
	Хорцевъ Серг. Никол., в. в.	Главная.
	Хохловкинъ Юдель Исаак., изъ Тавр. г.	—
	Хоцятовскій Викент. Ив., в. Волын. г.	—
	Хруцкій Викт. Людв., в. въ Витебскѣ.	—
	Хрущевъ Конст. Григ., з. в. Воронеж. г.	Московская.
	Хрущевъ Филаретъ Иван., в. въ Воронежѣ.	Воронежская.
	Хрѣнниковъ Ив. Ал-сѣев., ж. в.	Московская.
	Палкинъ Іос. Марк., в. въ Иван.-Возн.	Владимірская.
	Цвѣтковъ Иванъ Семен., з. в.	Московская.
2600.	*Цвѣтковъ* Влад. Ал-сѣев., в. въ Полт. г.	Главная.
	Цвѣтковъ Петръ Семен., в.	—
	Цезаревскій Пав. Влад., ж. д. в., Рига.	—
	Цейтлинъ Матв. Наум., в. Минск. г.	—
	Цетлинъ Исидоръ Никол., ветерин.	Зап.-Сибир.
	Цераскій Петръ Мих., в. (Судогда).	Главная.
	Цехновицеръ Монс. Евсеев., в.	Курская.
	Цибульскій Владисл. Лавр., з. в. Самар. г.	Главная.
	Цилеръ Демьянъ Карл., в. въ Камышл.	—
	Цимбалинъ Вл. Влад., з. в. Сарат. г.	—
2610.	**Циммерманъ* Ив. Людв., ст. вр. Каз. мѣст. лаз.	Туркест.
	Циммерманъ Эммануилъ Георг., Красноуфим. з. в.	Главная.
	Цинкъ Ал-дръ Карл., в. (Пенза).	—
	Цинцинаторъ Петръ Иван., в.	Московская.
	Цыганковъ Триф. Ипполит., в.	Харьковская.
	Цѣслинскій Ал-дръ Кир., лабор. офт. клин.	—
	Чаванакскій Ник. Ник., в. Спб.	Главная.
	Чайковскій Мирос. Франц., с. в. Засл. у.	Волынская.
	**Чакалевъ* Ник. Григ., ст. в. Новгор. з. б.	Владимірская.
	Чаковскій Ал-дръ Матв., в.	Самарская.
2620.	*Чарнецкій* Адамъ Яковл., с. в. Феодос. карант.	Казанская.
	Чарницкій Бол. Альбин., вет.	Главная.
	**Чаушанскій* Ал-дръ Вас., в.	Одесская.
	Чеботаревъ Влад. Серг., о. Орл. з. б.	Орловская.
	Чекаловъ Фед. Петр., Плеск. г. в.	Главная.
	Чекуновъ Ив. Степ., в.	Харьковская.
	Чемезовъ Влад. Ив., гл. в. кл. воен. г.	
	Чемодановъ Ник. Вас., Уржумск. г. в.	Главная.
	Чемодановъ Вл. Ал-др., Сарапул. з. в.	Казанская.
	Чемодановъ Серг. Ал-др., з. в.	—
2630.	*Чепурковскій* Ремигій Іерон. Ив., в., Бѣлостокъ.	Главная.
	Черевковъ Пав. Сильвестр., в. О. Войск. Дон.	—
	**Черемухинъ* Никол. Мих., в. в. Примор. Обл.	—
	**Чериновъ* Мих. Петр., проф. Моск. у.	Московская.
	Черкасъ Анат. Ал-др., в. л.-гв. драг. п.	Главная.
	Черкесовъ Вас. Ал-др., в.	Московская.
	Черненко Ром. Фед., в. Гомель.	Главная.
	Чернецкій Фед. Григ., Елатьм. г. в.	—
	**Черновъ* Вас. Егор., проф. Кіев. у.	—
	Черномордикъ Левъ Самойл., изъ г. Керчи.	—
2640.	*Чернышевскій* Конст. Ал-др., ж. в.	Саратовская.
	Чернышевъ Степ. Петр., о. Яузск. б.	Московская.
	Чернѣга Эмиліанъ Діомид., в. Одесса.	Одесская.
	Чернѣевскій Ал-дръ Ник., в. Урал. ж. д.	Пермская.
	Чернявскій Григ. Прокоф., в. в.	Московская.
	Черняховскій Ал-дръ Григ., проз. Кіев. у.	Кіевская.
	Чесноковъ Симонъ Климент., в. Асхабадъ.	Главная.
	Четыркинъ Пав. Ив., Касимов. г. в.	—
	Чечинъ Макаръ Лавр., в. в.	—
	Чигаевъ Ник. Фед., въ Спб.	—
2650.	*Чиловскій* Мих. Мих., в. Акмолин. у.	Зап.-Сибирск.
	Чиловскій Болесл. Мих., в. в.	—
	Чижъ Серг. Фр., о. Бахр. б.	Московская.
	Чикинъ Серг. Евграф., в. Яузск. б.	—
	Чикинъ Ив. Никит., Годячск. з. в.	Харьковская.
	Чиркинъ Никол. Фед., Ветлужск. з. в.	Главная.
	Чирьевъ Серг. Ив., проф. Кіев. у.	Кіевская.
	[illegible]	[illegible]

	Чистовичъ Серг. Як., д. м. въ Спб.	Главная.
	Чистовичъ Фед. Як., доц. В.-М. А.	—
2600.	*Чистяковъ* Влад. Гавр., Казан. з. в.	Казанская.
	Чистяковъ Петръ Ив., с. в. Минусин. у.	Енисейская.
	Чмутовъ Вас. Кирил., в.	Московская.
	Чунихинъ Ант. Никан., Берд. з. в.	Харьковская.
	Чунихинъ Петръ Никан., в. Об. прикащик.	—
	Шабалинъ Владим. Яковл., в.	Московская.
	Шабуня Викт. Осип., з. в.	Главная.
	Шадринъ Алек. Ив., г. Вологод. в.	Вологодская.
	Шамшинъ Влад. Ив., в.	Московская.
	Шаньгинъ Влад. Степ., Верхотур. з. в.	Пермская.
2670.	*Шапира* Ашаръ Солом., в. въ Мин. г.	Главная.
	Шапиро Лейба Борох., з. в. Сарат. г.	—
	Шапиро Генрих. Адольф., в.	—
	Шаровскій Ник. Карл., о. Сам. губ. б.	Самарская.
	Шастинъ Пав. Ник., в. Иркут. дух. семин.	Главная.
	**Шафрановскій* Вас. Андр., Староб. з. в.	—
	Швабъ Романъ Никол., з. в.	Харьковская.
	Шварцманъ Григ. Яковл., в. лѣч. мѣщ. у.	Херсонская.
	Шварцъ Максъ Іосиф., маг. ветер.	Харьковская.
	Швайцеръ Сем. Мих., в.	Московск
2680.	*Швердловъ* Ив. Львов., в. въ Спб.	Главная.
	Швецовъ Ив. Мих., в. в. въ Ревелѣ.	—
	Шебалинъ Конст. Влад., участк. вр.	Харьковская.
	Шебиновъ Мих. Афон., Боровнч. з. в.	Главная.
	Шеболдаевъ Леон. Валент., Сумскій з. в.	Харьковская.
	Шеболдаевъ Даніилъ Валент., ст. вр. Курск. б.	Курская.
	Шелоумовъ Вас. Мих., Кирсан. з. в.	Тамбовская.
	Шемаевъ Анат. Ал-др., в. (Оренбургъ).	Оренбур.
	Шемельфеникъ Валент. Кон., о. б-цы чернораб.	Кіевская.
	Шендриковскій Вас. Ив., в. в.	Кавказская.
2690.	*Шендриковскій* Ив. Ив., в. в.	Главная.
	Шеповальниковъ Ник. Петр., в.	—
	Шервинскій Вас. Дмитр., проф. Моск. у.	Московская.
	Шереметевскій Влад. Никол., Нерехт. з. в.	Главная.
	Шеръ Мих. Бор., в. въ Аккерманѣ.	—
	**Шерстобитовъ* Никита Ильичъ, в. въ сл. Кочкары.	—
	Шестаковъ Ив. Ал-др., ветер.	—
	Шестопаху Сем. Владим., з. в.	Самарская.
	Шефтель Борисъ Григ., о. губ. б-цы.	Тульская.
	Шехтеръ Ал-дръ Петр., ветер.	Зап.-Сибирск.
2700.	*Шейнинъ* Б. Г., в. въ Могил. г.	Главная.
	Шидловскій Серг. Вл., проф. В.-М. Акад.	—
	**Шикунъ* Кон. Григ., вр. въ Минск. г.	—
	Шилкинъ Ал-дръ Петр., в. (Моршанск.).	—
	**Шильдкретъ* Лейб. Гирш., в. въ Слуцкѣ.	—
	Шимановскій Ал-дръ Филипп., доц. Кіев. у.	Кіевская.
	Шиманскій Север. Ал-др., в. в. въ Н.-Новгор.	Нижегородск.
	Шингаревъ Андр. Иван., в.	Московская.
	**Шимкевичъ* Стан. Амвр., изъ м. Вильки, Ков. г.	Главная.
	Шипилинъ Анат. Павл., Перм.-Котл. ж. д.	Пермская.
2710.	*Шипилинъ* Петръ Павл., Перм. В. И.	—
	Ширмо-Щербинскій Ник. Ник., з. в.	Главная.
	Ширяевъ Никол. Ал-сѣев., з. в.	Одесская.
	Ширяевъ Пав. Ал-сѣев., консульт. б. черн.	Московская.
	Шишковскій Іосифъ Феликс., ветер.	Пермская.
	Шишкинъ Гр. Нест., в.	Главная.
	Шишмаревъ Ник. Орестов., ж. в.	Московская.
	Шишовъ Серг. Полик., Невьян. зав. в.	Пермская.
	Шкоттъ Як. Ал-др., в. Комиссар. уч.	Московская.
	Шлезингеръ Оскаръ Ал-др., акуш. Спб.	Главная.
2720.	*Шлипперъ* Эдуардъ Адальберт., в. Саткин. зав.	Пермская.
	Шлоккеръ Герм. Леонт., в. въ Курскѣ.	Курская.
	Шлоссберъ Левъ Иван., з. в.	Главная.
	Шлоссберъ Іос. Иван., Кадом. г. в.	—
	Шмаковъ Ив. Ник., Казалинск. ж. в.	—
	Шмелевъ Вяч. Ал-др., Устьсысол. з. в.	Вологодская.
	Шмеманъ А., в. (Кведенштейнъ).	Главная.
	Шмидтъ Леп. Авг., в. Ялтин. гор. б.	—
	Шмидтъ Генр. Карлов., Сарат. В. И.	Саратовская.
	Шмидтъ Ник. Юльев., вр. въ Спб.	
2730.	*Шмуклеръ* Исаакъ Кальман., в. въ Кіевѣ.	Кіевская.
	Шмурло Ив. Юліан., о. зем. б-цы.	Самарская.
	**Шмитцъ* Ник. Ал-др., ж. в. въ Уфим. г.	Главная.
	Шмыголевъ Петръ Фед., в. въ г. Дмитріевѣ.	—
	Шнейдеръ Як. Григ., ветер.	Пермская.
	Шовэ Владисл. Иван., Бессараб. з. в.	Главная.
	**Шокальскій* Болесл. Петр., ст. вр. 5 Турк. л. б.	—
	Шокаревъ Ив. Вас., Дмитр. з. в.	—
	Шоклендеръ Влад. Влад., з. в. Пол. губ.	Таврическая.
	Шоръ Георг. Владим., морск. в.	Главная.
2740.	**Шоръ* Левъ Вас., в. Юзовск. Горнопр. Об.	—
	Шорръ Яковъ Моисеев., в.	Херсонская.
	Шостакъ Янкель Ефремов., Ардаг. з. в.	Главная.
	Шостацкій Вас. Евген., сельск. в.	Херсонская.
	Шпаковскій Францъ Ив., в.	Волынская.
	Шпейеръ Серг. Ал-др., в. в.	Главная.
	Шпиндлеръ Ал-дръ Марк., с. в. Тобольск. г.	—
	Шполянскій Соломонъ Львов., г. в.	Одесская.
	Шрейберъ Евген. Федор., Пермск. з. в.	Пермская.
	**Шрейберъ* Оттонъ Эрнст., в. въ м. Уцяны, Ков. г.	Главная.
2750.	*Штейерманъ* Як. Мих., в.	Московская.
	Штифельманъ Мих. Моис., в. для бѣдн.	Одесская.
	Штупперихъ Арт. Фр., Кадник. з. в.	Главная.
	Штромъ Вильг. Федор., гл. тюремн. в. Спб.	—
	Шубскій Георг. Петр., с. в. Кург. Окр.	Главная.
	Шулгинъ Капитонъ Яковл., о. Ташкент. в. г.	Туркестанск.
	Шульце Вильг. Вильгельм., в. Закавказ. ж. д.	Главная.
	Шульцъ Морицъ Альберт., в. в., Митава.	—
	Шульцъ Ал-др. Викентьев., з. в.	Казанская.
	Шуръ Федоръ Моис., в. Спб.	Главная.
2760.	*Щеголевъ* Алексѣй Вас., в. 1 гор. б.	Московская.
	Щеголевъ Ник. Ал-др., доц. мед. Ак.	Главная.
	Щепетильниковъ Ник. Ал-др., о. Пензен. з. б.	—
	Щепкинъ Ив. Степ., Соликам. у. в.	Пермская.
	Щепотьевъ Мих. Ив., о. Яузск. б.	Московская.
	Щербачевъ Нав. Ал др., о. Преображ. б.	—
	Щербина Григ. Моисеев., Полтавск. з. в.	Кіевская.
	Щиголевъ Конст. Ал др., в. Сам. г. пр. покоя.	Самарская.
	Щупакъ Исаакъ Солом., в. (Ровно).	Главная.
	Юделевичъ Моис. Лейв., в. изъ г. Дриссы.	—
2770.	*Юделевичъ* Як. Лейзар., в. изъ Вилен. г.	—
	Юдинъ Конст. Ал-др., з. в. Тульск. г.	—
	Юзефовъ Григ. Марк., з. в.	—
	Юльскій Марц. Ив., в. Спб. полиц.	—
	Юрасовъ Евг. Кронид.	—
	Юревичъ Вад. Ал-др., Инстит. в.	—
	Юрієвичъ Викт. Владисл., в. для бѣдн.	Одесская
	Юрманъ Ник. Ал-др., о. Ник. Восн. Госп.	Главная.
	Юрьевскій Никол. Павл., ветер.	Московская.
	Юцевичъ Антонъ Осип., Перм. ст. ветер.	Пермская.
2780.	*Юшанцевъ* Серг. Ал-др., в.	Главная.
	Яблоковъ Сергѣй Плат., Кинешем. з. в.	—
	Яблоновскій Ник. Андр., з. в. Ворон. г.	Московская.
	Яблонскій Фед. Викт., в. зем. б.	Самарская.
	Яворскій Ал-дръ Сем., в. Спб.	Главная.
	Ягодинъ Ал-дръ Ив., в. Охтен. пр. зав.	—
	Языковъ Серг. Дмитр., в. въ Москвѣ.	Московская.
	Якименко Як. Григ., в. въ Спб.	Главная.
	Яковлевъ Ник. Ник., в. Варш. ж. д.	—
	Якоревъ Ник. Серг., Новозыбк. з. в.	—
2790.	*Якубовичъ* Өедоръ Васил., Рыб. з. в.	—
	Якубовскій Алексѣй Яковл., в. ю. з. ж. д.	Кіевская.
	Якубовъ Ник. Ив., о. Волог. з. б.	Вологодская.
	Якубскій Іос. Владисл., в.	Волынская.
	Якушевичъ Серг. Гавр., з. в.	Главная.
	Янгродзскій Кипріянъ Антон., в. Волын. г.	—
	Янковскій Дм. Меф., з. в. въ г. Вязьмѣ.	—
	Янковскій Мих. Болесл., Серпухов. з. в.	—
	Янпольскій Самсонъ Давид., з. в.	—
	Яновскій Феофилъ Гавр., доц. Кіев. у.	Кіевская.
2800.	*Яновскій* Адольфъ Як., о. губ. б-цы.	Таврическая.
	Яновскій Ал-дръ Апполон., з. в. Тульск. г.	Тульская.
	Янчевскій Ник. Ив., з. в.	Таврическая.
	Янченко Ал-дръ Ив., в. Кіев. благ. об.	Кіевская.
	Янчинъ Андр. Вас., Сѣвск. з. в.	Орловская.
	**Ярмушъ* Ман. Тим., в. въ м. Дашевѣ.	Главная.
	Яровицкій Серг. Вас., в.	—
	Яровскій Сем. Мих., в. Кирил. б-цы.	Кіевская.
	Яроцинскій Леонидъ Фелиціан., в.	Московская.
	Яроцкій Ал дръ Ив., в.	Главная.
2810.	*Яроцкій* Адамъ Адольф., в.	Кіевская.
	Ярошъ Вас. Ив., з. в. Черн. г.	Главная.
	Ясенскій Казиміръ Донатов., Бугурусл. з. в.	—
	Ясницкій Ал. Андр., в. в. въ Читѣ.	—
	Ястремскій Вас. Дмитр., Курск. з. в.	Курская.
	Яхонтовъ Ал-дръ Петр., доц. Кіевск. Ун.	Кіевская.
2816.	*Ящуржинскій* Уст. Петр., в. изъ Могил. г.	Главная.

УМЕРШІЕ.

1)	Высоцкій С. О.	Волынская.
2)	Глассонъ В. Н.	Самарская.
3)	Глубоковскій М. Н.	Главная.
4)	Голицинскій А. Ф.	Тульская.
5)	Добровольскій К. О.	Зап.-Сибир.
6)	Коравко В. Ф.	Московская.
7)	Коврейнъ И. К.	Главная.
8)	Лаврентьевъ Н. К.	Саратовская.
9)	Мальмъ К К.	Пермская.
10)	Малиновскій Б. С.	Главная.
11)	Маліевъ И. М.	Пермская
12)	Мануйловъ С. С.	Московская.
13)	Небогинъ Н. А.	Главная.
14)	Поповъ А. В.	—
15)	Ромашевъ А. Д.	Московская.
16)	Самсоновъ В. А.	Таврическ.
17)	Тяпочкинъ П. К.	—
18)	Чарноцкій Д. В.	Самарская.

СПИСОКЪ БЛАГОТВОРИТЕЛЕЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАССЫ.

№.	Имя и фамилія:	Сумма взноса:	Отдѣлъ кассы, въ который поступило пожертвованіе:
1	*Чистовичъ* Яковъ Алексѣевичъ академикъ, тайный совѣтникъ, непремѣнный членъ Военно-Медицинскаго Ученаго Комитета и совѣщательный членъ Медицинскаго Совѣта Мин. Вн. Дѣлъ, основатель Вспомогательной Медицинской Кассы и Предсѣдатель Комитета Главной Кассы съ 1867 по 1885 (умеръ 19 октября 1885 г.).		
2	*Бѣлоголовый* Николай Андреевичъ докторъ медицины	500 р.	(1868) Въ Главную Вспомогательную Медицинскую Кассу.
3	*Дубовицкій* Петръ Александровичъ тайный совѣтникъ	500 »	»
4	*Рознатовскій* Антонъ Лукичъ штабъ-лѣкарь, надворный совѣтникъ	4000 »	(1870)
5	*Куманины* Валентинъ Алексѣевичъ и Татьяна Александровна	5625 »	(1869) Въ Московскую Всп. Медицин. Кассу.
6	*Дурново* Петръ Павловичъ генералъ-лейтенантъ	500 »	(1872) » Харьковскую » » »
7	*Менде* Карлъ Ивановичъ дѣйствительный тайный сов.	3800 »	(1875)
8	*Прозоровъ* Григорій Михайловичъ тайный совѣтникъ, непремѣнный членъ Военно-Медицинскаго Ученаго Комитета	1000 »	(1880)
9	*Треборнъ* Константинъ Александровичъ стат. сов.	7500 »	(1880)
10	*Тутковскій* Герасимъ Степановичъ штабъ-лѣкарь	1685 »	(1883) » Главную » » »
11	*Мазановскій* Осипъ Антоновичъ докторъ медицины стат. сов.	500 »	(1878)
12	*Кукинъ* Константинъ Кирилловичъ, потом. почетный гражданинъ.	500 »	(1885)
13	*Стадіонъ* Веніаминъ Михайловичъ докторъ медицины вносилъ по *50 руб.* въ годъ	200 » и по 50 »	(1886) (1887 по 1889) Въ Главную Всп. Медиц. Кассу.
14	*Бѣлокопытовъ* Алексѣй Григорьевичъ врачъ	1400 »	(1887) Въ Харьковскую » » »
15	*Сычуговъ* Савватій Ивановичъ земскій врачъ	1000 »	(1889) » Главную » » »
16	*Бессеръ* Викторъ Вилибальдовичъ, заслуженный профессоръ Имп. В.-М. Академіи	1000 »	(1890) » » » » »
17	*Манассеинъ* Вячеславъ Авксентьевичъ, редакторъ «Врача»	—	(1892) Многолѣтнее безплатное печатаніе отчетовъ Кассы.
18	*Чистовичъ* Екатерина Николаевна, жена доктора, члена Комитета Главной Кассы	31600 »	(1893) Въ отдѣльный капиталъ.
19	*Риккеръ* Карлъ Леопольдовичъ, издатель газеты «Врачъ»	5000 »	(1895) Въ отд. капиталъ для выдачи пособій 2500 р. въ Главную Кассу и 2500 р. въ капиталъ *В. А. Манассеина.*
20	*Бертенсонъ* Іосифъ Васильевичъ, д-ръ мед. тайный совѣтникъ	500 »	(1896) —
21	*Камкинъ* Леонидъ Павловичъ, мл. ординаторъ Ташкентскаго воен. госп.	1044 » 28 к.	(1896) Въ Главн. Кассу.
22	*Здекауэръ* Николай Федоровичъ, заслуж. профессоръ М.-Хир. Акад.	4460 » 80 к.	(1897) » » »
23	*Баталинъ* Анатолій Гавриловичъ, докт. мед. предсѣд. Главной Кассы	4000 »	(1897) » » »
24	*Буш* Александръ Юльевичъ, врачъ въ С.-Петербургѣ	500 »	(1897) » » »
25	*Брендель* Александръ Егоровичъ, врачъ въ Одессѣ	3000 »	(1898) » » »
26	*Новацкій* Иванъ Николаевичъ, заслуженный профессоръ Московскаго Университета	10000 »	(1898) Въ Московскую Кассу.
27	*Коломійцевъ* Георг. Фед., б. предс. Тульск. кассы	1000 »	(1899) Въ Главн. Кассу.
28	*Терещенко* Николай Артемьевичъ, тайный совѣтникъ	500 »	(1899) Въ Кіевскую Кассу.
29	*Суворовъ* Иванъ Петровичъ, д-ръ мед. дѣйств. тайный сов., б. предсѣдатель Туркестан. Вспом. Мед. Кассы пожертвовалъ капиталъ, собранный въ его честь бывшими сослуживцами его.	1199 » 70 к.	(1900) Въ Туркестанскую Кассу.
30	*Усенко* Афанасій Павл., врачъ въ 1886 г. завѣщалъ Кассѣ капиталъ, оставл. въ пожизненное пользованіе его жены, умершей въ 1902 г.	5200 » % бум. и 253 р. 14 к. нал. деньг.	
31	*Скрицкій* Феликсъ Казиміровичъ, врачъ	1500 р.	(1902) Въ Главную Кассу.
32	*Герольдштейнъ* Федоръ Андреевичъ, д. ст. сов. б. участн. Москов. кассы, по духовному завѣщанію	5000 »	(1902) Въ Калужскую Кассу.
33	*Предтеченская* Е. В., въ память покойной матери Ольги Ивановны Леонтовичъ	1000 »	(1902) Въ Москов. Кассу.
34	*Зеландъ* Н. А., тайный совѣтн., докторъ медицины	500 »	(1902) Въ Москов. Кассу на расходы секретаря. (1903) Въ Главную Кассу.

СПИСОКЪ ЖЕРТВОВАТЕЛЕЙ ВЪ КАССУ (съ 1898 г.).

1	*Гирнъ* Густавъ Ивановичъ, д. тайн. сов. лейбъ-хирургъ	150 р.	(1898) Въ Главн. Кассу.
2	*Троицкій* Александръ Петровичъ, д-ръ (въ Новгородѣ) пожертв. золотые часы съ цѣп., продан. за	100 »	(1898) » » »
3	*Богородицкій* Григорій Ивановичъ, уѣзд. врачъ, пожертвованіе въ его честь отъ его сестры	250 »	(1900) » » »
4	*Осмоловскій* Михаилъ Романовичъ, стар. вр. 12 Туркест. лин. батал. завѣщалъ	340 » 20 к.	(1900) Въ Туркест. Кассу.
5	*Поповъ* Александръ Васильевичъ докторъ медицины, казначей Главной Кассы	300 »	(1901) Въ Главную Кассу въ возвратъ вознагражд. по Кассѣ.
6	*Чарноцкій* Доминикъ Валентьевичъ вольнопракт. вр. въ г. Бугурусланѣ	50 »	(1901) Въ Самарск. Кассу.
7	*Дынинъ* Дмитрій Абрамовичъ вольнопракт. вр. въ г. Харьковѣ	175 »	(1888) Въ Харьков. Кассу.
8	*Односумовъ* Ал-дръ Іосиф., д-ръ, тайн. сов., завѣдывавшій Кавказск. Кассою съ 1867 г. въ теч. 33 лѣтъ завѣщалъ	200 »	(1902) Въ Кавказск. Кассу.

Поправка. Въ отчетахъ за 1895, 1896, 1900, 1901 и 1902 года ошибочно было показано, что Е. Н. Фіалковская получала пенсію изъ суммъ Воронежской и Нижегородской Кассъ. Въ дѣйствительности она получала по 200 р. въ годъ изъ Воронежской Кассы, при чемъ Воронежскій Комитетъ пересылалъ ея пенсію для выдачи ей въ Нижегородскую Кассу и расходъ этихъ денегъ Нижегородскою Кассою долженъ былъ быть поставленъ въ графѣ переходящихъ суммъ, а не въ графѣ расходовъ на пенсіи.

Штупперихъ Арт. Фр., Кадник. з. в.
Штромъ Вильг. Федор., гл. тюремн. в. Спб.

Главная.
—